universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit in Familien mit ADHS-Kindern

–

ADHS im Spannungsfeld zwischen Medizin und psychoanalytischer Pädagogik

Verfasserin

Denise Viktoria Hebesberger

angestrebter Akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A297
Studienrichtung lt. Studienblatt::	Diplomstudium Pädagogik
Betreuerin:	Dr. Kornelia Steinhardt

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet sowie inhaltlich oder wörtlich übernommene Inhalte als solche ausgewiesen habe. Zudem wurde diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form weder einer anderen Prüfungskommission vorgelegt noch in anderer Weise veröffentlicht.

Wien, April 2012

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken. Dafür, dass sie es mir durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht haben zu studieren und dafür, dass sie gegenüber meinen Studienwünschen immer offen waren. Zudem möchte ich dafür Dank aussprechen, dass sie mich bei all meinen Praktika, welche ich im Laufe meines Studiums absolviert habe, unterstützt haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Dr. Kornelia Steinhardt herzlich bedanken. Zum Ersten für die Betreuung meiner Diplomarbeit und das wertvolle Feedback und zum Zweiten dafür, dass sie mich bei meinem eigenen Forschungsvorhaben unterstützt hat. Zudem gebührt auch Dank meinen beiden Gegenleserinnen Daniela Hofer und Natalie Andreoni, für ihre bereichernden Feedbacks zu meiner Arbeit. Danke auch an Julia Affenzeller die, genauso wie Daniela Hofer, bei der Auswertung meiner Interviews wichtige Diskussionspartnerin war. Ebenso gilt ein großer Dank all jenen, die mir in Zeiten der Freude wie auch in belastenden Phasen zur Seite gestanden sind.

Inhaltsverzeichnis

Teil I – Thematischer Einstieg und Ausweisung der Forschungsfrage 13

1 Gliederung der Arbeit 20

2 Psychoanalytisch-pädagogische Relevanz der vorliegenden Arbeit 21

Teil II – Ein Blick auf das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) 23

1 Perspektivenpluralität – zur Geschichte von ADHS 25

2 Charakteristika von ADHS 28

2.1 Weitere Merkmale von ADHS und komorbiden Störungen 30

2.2 Zum Verlauf von ADHS 32

2.3 Folgeprobleme einer ADHS-Betroffenheit 33

2.3.1 Soziale Folgen einer ADHS-Betroffenheit 33

2.3.2 Familiäre Folgen in Familien mit ADHS-Kindern 34

3 Differenzen zwischen der medizinisch-biologischen und der psychoanalytischen Perspektive in Bezug auf ADHS 36

3.1 ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive 37

3.1.1 Zur Ätiologie von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive 37

3.1.2 Zum Symptomverständnis und zur Diagnostik von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive 39

3.1.3 Zur Behandlung von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive 42

3.1.4 Zur Kritik an der medizinisch-biologischen Perspektive 47

3.2 ADHS aus psychoanalytischer Perspektive 50

3.2.1 Zur Ätiologie von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive 51

3.2.2 Zum Symptomverständnis von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive 58

3.2.3 Zur Diagnostik von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive 63

3.2.4 Zur Behandlung von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive 64

4 Zusammenfassung 70

Teil III – Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit in Familien mit ADHS-Kindern 73

1 Zu den Charakteristika von Beratung im weiten, sowie von tiefenpsychologischer Erziehungsberatung im engen Sinn 73

1.1 Zu den Charakteristika von Beratung 73

1.2 Charakteristika tiefenpsychologischer Erziehungsberatung *75*
2 Das Wiener Konzept der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung 77
2.1 Charakteristika von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung, die für den Beratungsprozess konstitutiv sind *79*
2.1.1 Etablieren einer positiven Übertragungsbeziehung *79*
2.1.2 Zum diagnostischen Arbeitsbündnis *80*
2.1.3 Zum pädagogischen Arbeitsbündnis *85*
2.2 Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auf Seiten der Eltern *86*
2.3 Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auf Seiten der Kinder *87*
3 Eine argumentative Hinführung zur Thematisierung psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern 88
4 Zusammenfassung 93

Teil IV – Darlegung des methodischen Vorgehens zur Beantwortung der Forschungsfrage 97
1 Zur Wahl des Forschungszuganges 97
2 Zur Datenerhebung 98
2.1 Charakteristika problemzentrierter Interviews *99*
2.2 Charakteristika von Experteninterviews *99*
2.3 Begründung für die Durchführung problemzentrierter Experteninterviews *101*
2.4 Zur Konzeption des Leitfadens *103*
2.5 Zur Durchführung der Interviews *108*
2.5.1 Zum Erstkontakt *109*
2.5.2 Zum Interview *110*
3 Zur Aufbereitung der Daten 111
4 Zur Analyse der Daten 112
4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring *113*
4.1.1 Die Fragestellung als richtungsweisend für die Inhaltsanalyse *114*
4.1.2 Bearbeitung des Transkriptmaterials *115*
5 Zur Einschätzung des Forschungsprozesses anhand von Gütekriterien 121
6 Zusammenfassung 124

Teil V – Darstellung der Untersuchungsergebnisse 125

1 Charakterisierung der Erziehungsberaterinnen sowie der Rahmenbedingungen von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung 127

2 Eine Beschreibung der Familien bzw. Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen 131

2.1 Vorgeschichten der Kinder mit Diagnose ADHS 132

2.2 Entwicklungsbedingungen der Kinder mit ADHS in Familie und Umfeld 133

3 Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern 135

3.1 Zur Anzahl der Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung 135

3.2 Erfahrungen und Umgang der Erziehungsberaterinnen mit der Diagnose ADHS sowie der Medikation von Kindern mit ADHS-Symptomen 138

3.2.1 Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen bezüglich der Diagnose ADHS 138

3.2.2 Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen hinsichtlich der Medikation von Kindern mit ADHS 141

3.3 Ablauf und Inhalte der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern 144

3.3.1 Die Aufklärung der pädagogischen Geister 148

3.3.2 Zusammenarbeit mit anderen Professionalisten im Helfernetz 149

3.3.3 Zur Dauer von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern 154

3.4 Problemlagen in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern 155

3.4.1 Schwierigkeiten in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern 155

3.4.2 Abbruch der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung 158

3.4.3 Nachteile der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern 161

4 Zum Ausgang der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern 164

4.1 Welche Veränderungen psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung für Familien mit ADHS-Kindern bringen kann 164

4.2 Welche Prognosen, bezogen auf die ADHS-Symptomatik des Kindes, durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung erwartet werden können .. 167

Teil VI – Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit für Familien mit ADHS-Kindern – eine Diskussion wesentlicher Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung 171

1 Bestärkung einer kritischen Betrachtung des medizinisch-dominierten Verständnis von ADHS 171

2 Positive Veränderung durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung... 175

3 Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Randgebiet in der Behandlung von ADHS 179

4 Eine Diskussion der Problemfelder im Zuge der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern 182

4.1 Die Rahmenbedingungen üben einen maßgeblichen Einfluss auf die Erziehungsberatung aus..... 183

4.2 Schwierigkeiten in der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern .. 185

4.2.1 Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen in der Beratung von Eltern mit ADHS-Kindern 185

4.2.2 Der Einfluss der Diagnose ADHS auf die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung..... 188

Teil VII – Resümee und Ausblick 191

Literaturverweis 197

Tabellen und Abbildungsverzeichnis 211

Anhang 1 213

Anhang 2 275

Zusammenfassung 287

Abstract 288

Lebenslauf – Denise Viktoria Hebesberger 289

Teil I – Thematischer Einstieg und Ausweisung der Forschungsfrage

Gegenwärtig und in den vergangenen Jahren fallen immer mehr Kinder und Jugendliche durch ein spezifisches Verhaltenssyndrom auf, welches durch die Symptomtrias Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität gekennzeichnet ist (Gerspach 2006, 91; Hopf 2007, 333; Mattner 2004, 7). Üblicherweise wird in diesen Fällen von einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS, gesprochen.
Die betroffenen Kinder fallen vor allem durch ihre motorische Unruhe auf (Drüe 2007, 198). Hinzu kommt ein Mangel an Ausdauer, vor allem bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen. ADHS-Kinder wechseln meist sprunghaft von einer Tätigkeit zur anderen und können einzelne Aufgaben nur selten zu Ende bringen (Saß et al. 2003, 118f). Ihre „Impulsivität manifestiert sich als Ungeduld, als Schwierigkeit, Reaktionen zurückzuhalten […]. Es fällt ihnen schwer, abzuwarten, bis sie an der Reihe sind“ (ebd., 120).
ADHS scheint ein Massenphänomen bei Kindern zu sein, die unter postmodernen Lebensbedingungen heranwachsen (Leuzinger-Bohleber 2006, 22). Derzeitige Prävalenzschätzungen für ADHS belaufen sich auf ca. 3 bis 10 Prozent (Hopf 2007, 335), Riedesser (2006, 112) spricht sogar von einer Prävalenz, nach der, dem Diagnosemanual DSM-IV folgend, bis zu 20 Prozent aller Kinder an ADHS erkranken[1]. ADHS gilt somit als die „häufigste und chronische kinderpsychiatrische Erkrankung“ (Drüe 2007, 76).

Obwohl die Diagnose ADHS immer häufiger gestellt wird, stehen sich wissenschaftliche Positionen bezüglich einer ätiologischen Erklärung von ADHS scheinbar unvereinbar gegenüber. Um die Differenzen zwischen den einzelnen Positionen darzustellen, sollen an dieser Stelle exemplarisch drei der gängigsten Perspektiven erläutert werden.
Mediziner[2], Psychiater und Neurobiologen vertreten großteils eine bio-medizinische Perspektive und plädieren für eine gehirnorganisch bedingte Verursachung von ADHS. Demnach sei eine Hirnstoffwechselstörung für das Auftreten der ADHS-Symptome verantwortlich (Altink et al. 2008, 1053; Banaschewski et al. 2004, 138; Becker et al. 2007, 145; Schimmelmann et al. 2006, 427).

[1] Diese unterschiedlichen Prävalenzraten lassen sich auf die einzelnen Diagnosemanuale zurückführen. So sind die ICD-10 Kriterien strenger als die des DSM-IV, wodurch die Anwendung des DSM-IV mit einer höheren Prävalenz von ADHS einhergeht (Haubl & Liebisch 2009, 130).
[2] Der besseren Lesbarkeit wegen, wird in der vorliegenden Arbeit die konventionelle Schreibweise des grammatikalischen Maskulinums verwendet, wobei damit keine geschlechterspezifische Differenzierung bzw. Diskriminierung vorgenommen wird.

Dem gegenüber steht eine psychosoziale Perspektive, in der das massenhafte Auftreten von ADHS auf gegenwärtige Bedingungen in der Gesellschaft zurückgeführt wird und nicht auf eine Fehlfunktion des kindlichen Gehirns. Aus psychosozialer Sicht beeinflussen familiärer, sozialer sowie ökonomischer Kontext die Entwicklung des Kindes (Gerspach 2006, 93). Sind die gesellschaftlichen Umstände ungünstig, kommt es zu einem massenhaften Auftreten psychosomatischer und psychischer Störungen, unter anderem ADHS (Amft 2004, 48; 139).
Vertreter der psychoanalytischen Perspektive bezweifeln, dass es sich bei ADHS überhaupt um eine abgrenzbare nosologische Einheit handelt. Ihrer Meinung nach sind die Symptome Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität kein Indiz für das Vorliegen eines eindeutig abgrenzbaren Syndroms. Vielmehr umgreifen die ADHS-Symptome andere Störungsbilder, wie beispielsweise Depression, narzisstische Störungen, Angststörungen, Borderline-Störungen, dissoziale Störungen und Früh- oder Anpassungsstörungen (Streek-Fischer & Fricke 2007, 280; Riedesser 2006, 113). Ein weiteres Charakteristikum der psychoanalytischen Sichtweise ist, dass Symptome als Manifestation unbewusster Konflikte verstanden werden (Schuster & Springer-Kremser 1997, 44). Im Sinne dieser Denktradition werden Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität als möglicher manifester Ausdruck unbewusster Konflikte interpretiert (Hopf 2007, 334). In Verbindung mit der psychosozialen Perspektive werden die ADHS-Symptome als Ausdruck einer inneren Notlage des Kindes verstanden, die sich aufgrund der veränderten Kindheit in postmodernen Gesellschaftssystemen ergeben (Mattner 2006, 67).

Modelle über Verursachung und Genese von ADHS sind infolge maßgebend für die Diagnose und die Wahl der anzuwendenden Behandlungs- und Interventionsmethoden. Denn die Perspektive des Erstbehandelnden bzw. des Diagnostikers lenkt den weiteren Behandlungsverlauf des ADHS-Kindes in bestimmte, der jeweiligen Perspektive entsprechende Bahnen (Drüe 2007, 180f).
Durch die Perspektivenpluralität bezüglich der Ätiologie von ADHS kommt es zu umfangreichen Kontroversen hinsichtlich der Behandlung dieses Syndroms (Riedesser 2006, 111), denn die jeweiligen Vertreter einer Perspektive konstatieren unterschiedliche Behandlungszugänge. So plädieren Anhänger der medizinisch-biologischen Perspektive für eine medizinische Behandlung, Anhänger der psychosozialen Perspektive für eine Veränderung gegenwärtiger Umwelteinflüsse (Drüe 2007, 180) und Vertreter der psychoanalytischen

Perspektive befinden psychoanalytische Kinderpsychotherapie als die geeignete Behandlungsmethode von ADHS (Bovensiepen et al. 2004).

Blickt man auf die gegenwärtige Behandlungspraxis von ADHS, stellt man fest, dass diese deutlich von der medizinisch-biologischen Perspektive dominiert wird. Als herrschende Lehrmeinung in der (Kinder-)Medizin gilt, dass ADHS hirnfunktionell (mit-)bedingt ist (Amft 2004, 93). In diesem Sinne werden ADHS-Symptome als Folge einer Hirnstoffwechselstörung interpretiert. Aufgrund dieses organpathologischen ADHS-Modells sei eine medizinische Behandlung indiziert (Amft 2006, 70f). Medizinische Behandlung im Fall von ADHS meint den Einsatz von Psychopharmaka.
So kommt es, dass viele Kinderärzte und Psychiater eine medikamentöse Behandlung verordnen (Leuzinger-Bohleber 2006, 26). Bei der medikamentösen Behandlung von ADHS hat sich das Psychostimulans Methylphenidat (kurz MPH) bewährt (z. B. Ritalin) und galt im Zusammenhang mit ADHS bereits 1995 als das weltweit am häufigsten eingesetzte Stimulans (Trott & Wirth 1995, 210). Mit der steigenden Zahl an ADHS-Diagnosen steigt auch die Verordnung von MPH. So kam es in den Jahren 1997 bis 2000 zu einem Anstieg der Ritalin-Verordnungen um 280 Prozent (Frankfurter Rundschau, 8.8.2001, 36 zit.n. Mattner 2004, 13). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurden weltweit rund 80 Millionen Kinder mit Ritalin behandelt (BMGS 2002 zit.n. Leuzinger-Bohleber 2006, 11). Medikalisierung scheint flächendeckend (zumindest in den westlichen Industriestaaten) die Behandlungsmethode der Wahl zu sein (Molitor 2004, 7).
Andere Behandlungsangebote werden von Betroffenen und deren Familien eher selten in Anspruch genommen, und wenn, dann oft nur als begleitende Intervention zur medikamentösen Behandlung. So werden im Fall von ADHS beispielsweise multimodale Therapieansätze vorgeschlagen (Frodl 2011, 556). Damit ist nach der Darstellung von Lehmkuhl und Döpfner (2006) eine Kombination von Medikation und zusätzlicher Verhaltenstherapie gemeint. Diese Behandlungsform scheint noch mit der Annahme einer ursächlichen Gehirnfunktionsstörung konform zu gehen. Tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsweisen gelten aus biologisch-medizinischer Perspektive als kontraindiziert (Molitor 2004, 7). Drüe (2007, 211) geht sogar so weit, dass sie psychodynamisch-orientierten Vorgehensweisen im Falle von ADHS ihre Wirkung absprecht.

Diese radikal biologisierende Vorgehensweise in der Behandlungspraxis von ADHS stößt bei Vertretern der psychosozialen sowie psychodynamischen Perspektive auf heftige Kri-

tik. Es wird befürchtet, dass es durch die steigende Zahl der MPH-Verordnungen zu einer „‘Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens‘“ (Amft 2004, 127) kommt. Außerdem würden bei einer Medikation lediglich die manifesten, also augenscheinlich zu Tage tretenden Symptome behandelt. Die innerpsychische Problematik des Kindes wird durch eine solche Behandlungsmethode hingegen außer Acht gelassen (du Bois 2007, 301).

Den Grund für den raschen Anstieg der MPH-Verordnung sieht Amft (2004, 136) darin, dass die Eltern[3] unter hohem Problemlösungsdruck stehen, es aber an Alternativen zur Medikation fehlt. Im Speziellen fehlt es auch an der Darstellung psychodynamisch-orientierter Behandlungsalternativen von ADHS. Es werden zwar manche ADHS-Kinder psychotherapeutisch behandelt (so umreißen beispielsweise Bovensiepen et al. (2004) einige Falldarstellungen von ADHS-Kindern in psychoanalytischer Kinderpsychotherapie), aber die Thematisierung psychoanalytischer Behandlungsansätze in der aktuellen ADHS-Literatur fällt spärlich aus (Bachmann et al. 2008, 330; Leuzinger-Bohleber 2006, 26).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der medikamentösen Behandlung von ADHS scheinbar nur wenig andere Behandlungsangebote gegenüber stehen, die von betroffenen Familien tatsächlich in Anspruch genommen werden.

Vertreter der psychosozialen und psychoanalytischen Perspektive haben diese Problematik erkannt und fragen nach alternativen bzw. additiven Behandlungsmethoden zur Medikation. So stellt Amft (2004, 112) die Frage, ob es Alternativen zwischen Medikation und Psychotherapie gäbe.
In der Literatur werden an anderer Stelle die Chancen und Potentiale pädagogischer Maßnahmen betont (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 363). Pädagogische Maßnahmen können im Fall von ADHS dazu beitragen, fehlgelaufene Entwicklungen durch die Bereitstellung neuer Bindungs- und Beziehungserfahrungen zu korrigieren (Leuzinger-Bohleber 2006, 38f). Könnte somit eine pädagogische Intervention im Sinne Amfts (2004, 112) eine Behandlungsform zwischen Medikation und Kinderpsychotherapie darstellen?
Folgt man Leuzinger-Bohleber (2006, 11-16) und Gerspach (2006, 91), werden die tiefgreifenden ADHS-Symptome oftmals unterbewusst mit determiniert. Um diesen unbe-

[3] Der einfacheren Lesbarkeit wegen werden unter dem Begriff „Eltern“ auch primäre Bezugspersonen der Kinder subsummiert.

wussten Determinanten der Symptome in der Behandlung gerecht zu werden, erweist es sich als günstig, wenn die Intervention psychoanalytisch fundiert ist.
Als weiteren wichtigen Aspekt in der Behandlung von ADHS sehen viele Autoren die zusätzliche Elternarbeit. Gerspach (2004, 212) betont, dass eine isolierte, lediglich am Individuum zentrierte Arbeit mit einem Kind, das als störend klassifiziert wurde, weniger erfolgreich ist, als wenn seine Eltern in die Arbeit miteinbezogen werden. Dieser Meinung sind auch Bürgin & Steck (2007, 330), wenn sie postulieren, dass es der begleitenden Arbeit mit Eltern und Lehrern bedarf, um die Entwicklung von Kindern, die als „schwierig" erlebt werden, zu unterstützen. Dies kann auch für die Behandlung von Kindern mit ADHS geltend gemacht werden.

Die zusätzliche Arbeit mit den Eltern bringt zwei Vorteile:

- Erstens kann es durch den Einbezug der Eltern eher gelingen, die emotionale Dynamik der Familie zu verstehen, die eventuell einen (mit-)auslösenden Faktor der ADHS-Symptomatik darstellt (Leuzinger-Bohleber 2006, 27). Durch die Sensibilisierung für den beziehungsdynamischen Hintergrund von ADHS können Entwicklungsprobleme und Ressourcen von Kindern und Eltern aufgedeckt werden, womit der Boden für pädagogisches und therapeutisches Vorgehen geschaffen werden kann (von Klitzing zit.n. Gerspach 2004, 208).
- Zweitens können die Eltern selbst durch das Einbezogensein in den Behandlungsprozess ein Stück weit Unterstützung erfahren. Denn wie Drüe (2007, 15) ausführt, stehen Familien, in denen ein Kind an ADHS leidet, selbst unter großem Leidensdruck, da Kinder mit ADHS ihren Eltern große erzieherische Leistungen abverlangen. Drüe (2007, 41) spricht in diesem Sinn sogar von einer sonderpädagogischen Leistung, welche die Eltern im Alltag mit ihrem ADHS-Kind aufbringen müssen. Auf diese sind Eltern in der Regel nicht vorbereitet und sind infolge meist überlastet. Durch die andauernde Überlastung der Eltern kann es zu einer Veränderung ihrer Erwartungen und ihres Erziehungsverhaltens gegenüber dem Kind kommen (ebd., 17). Verzweifelte Eltern greifen dann oft zu Erziehungsmethoden, die sie unter anderen Umständen ablehnen würden. Sie bedienen sich nun beispielsweise körperlicher Gewalt, obwohl sie dies einst abgelehnt hätten (ebd., 70) – kurz: es ergeben sich gravierende Erziehungsschwierigkeiten.

  In Folge prägen Konflikte, Resignation und Aggression so manchen Familienalltag. Viele Eltern fühlen sich im Familienalltag überfordert, verängstigt und verzweifelt

(Amft 2004, 111; Drüe 2007, 143). Ergo ist nicht nur die Lebensqualität des betroffenen Kindes beeinträchtigt, sondern auch jene der Eltern (Schreyer & Hampel 2009, 69). Aus diesem Grund braucht nicht nur das ADHS-Kind eine isolierte Behandlung, auch seine Eltern brauchen Hilfe und Unterstützung im Umgang mit ihren Sorgen, Ängsten und Empörungen. Dies markiert einen weiteren bedeutenden Aspekt, weshalb die Behandlung von ADHS-Kindern von additiver Arbeit mit den Eltern begleitet werden sollte.

Somit kann gesagt werden, dass bei der Behandlung von ADHS die zusätzliche Arbeit mit den primären Bezugspersonen zwei klare Vorteile bietet: Einerseits können durch die Beachtung der Familiendynamik eventuelle (mit-)auslösende Faktoren von ADHS ans Licht gebracht werden, welche sodann bearbeitet und verändert werden können. Andererseits erhalten Eltern Unterstützung im Umgang mit ihren eigenen Gefühlen, Ängsten und Sorgen.

Fasst man die soeben angeführten Vorschläge und Forderungen der Autoren für den Umgang mit ADHS zusammen, geht es darum, im Fall von ADHS eine pädagogische Interventionsmöglichkeit anzubieten, die gleichzeitig psychoanalytisch fundiert ist und bei der auch die Eltern selbst in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden. Eine denkbare Behandlungsmöglichkeit, die den genannten Vorschlägen und Forderungen gerecht wird, ist nach Meinung der Autorin der vorliegenden Arbeit psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Wiener Konzept von Helmut Figdor (1998; 2000). Dies lässt sich folgendermaßen begründen:

Zum Ersten stellt psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung eine pädagogische Behandlungsmethode dar, die von einem psychoanalytischen Grundverständnis getragen wird. Die ADHS-Symptome werden nicht als rein neurobiologisch verursacht angesehen. Vielmehr werden Symptome als Zeichen einer inneren Notlage des Kindes verstanden, denn alles manifeste Verhalten und Erleben ist Folge und Ausdruck unbewusster Abwehr (Datler 2005, 15).

Zum Zweiten wird angenommen, „daß Erziehungsschwierigkeiten und Erziehungsprobleme zwar nicht ausschließlich, so aber doch über weite Strecken in unbewussten psychischen Prozessen gründen“ (Datler et al. 2005, 7). Im Prozess der Erziehungsberatung geht

es sodann darum, unbewusste Gefühle seitens der Eltern und des Kindes und darin wurzelnde Beziehungen zu verstehen, um sie bearbeiten zu können (Datler et al. 2005, 7). Demnach werden Eltern in den Prozess der Erziehungsberatung miteinbezogen, um die emotionale Dynamik der Familie zu verstehen, welche die ADHS-Symptomatik eventuell (mit-)auslösen kann.

Zum Dritten soll es im psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatungsprozess auch darum gehen, Sorgen, Ängste und Wut auf Seiten der Eltern zu lindern, sodass diese in Folge „ein Stück mehr ‚Freude am Kind' empfinden können" (ebd., 9). Auch dieser Aspekt psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung entspricht der zuvor dargestellten Forderung, Eltern in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen um ihnen Unterstützung im Umgang mit ihren Gefühlen, Ängsten und Sorgen zu bieten.

Diese drei Punkte verdeutlichen, dass es eine gute Passung zwischen den zuvor dargestellten Anforderungen an eine Behandlung von ADHS und den für psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung bedeutsamen Aspekten gibt.

Dass sich Erziehungsberater im Fall von ADHS berufen fühlen, lässt sich anhand von Publikationsbeiträgen in Handbüchern über Erziehungsberatung zeigen. So erschienen 1998 und 2000 Beiträge von Kassebrock in den beiden Bänden des Handbuches für Erziehungsberatung. Im ersten Band mit dem Titel „Toleranz gegenüber unruhigen Kindern", im zweiten Band mit dem Titel „Unruhige Kinder, Jugendliche, ihre Eltern und Bezugspersonen in der Erziehungsberatung". Kassebrock spricht zwar nicht von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung, aber dennoch lässt sich an diesem Beispiel zeigen, dass sich vereinzelt Diskurse zum Thema Unaufmerksamkeit/AHDS in erziehungsberaterischer Literatur finden lassen.
Auch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater fühlen sich im Fall von ADHS berufen. Dies stellte sich zum einen in Gesprächen mit psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik Wien (APP) heraus. Bei diesen Gesprächen konnte in Erfahrung gebracht werden, dass Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Raum Wien, Niederösterreich und Burgenland in Anspruch genommen haben. Zum anderen findet sich in der Festschrift zum zehnjährigen Bestehen der APP eine Rubrik mit der Bezeichnung „Betreuung von Kindern mit Überweisung aufgrund der Diagnose AD(H)S". In dieser Rubrik

sind einige Erziehungsberaterinnen der APP aufgelistet, die von Familien mit Kindern mit der Diagnose ADHS kontaktiert werden können (Gruber & Kainersdorfer 2008, 336f). Somit zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung als Intervention in Familien mit ADHS-Kindern durchaus auch praktisch relevant ist.
Da eine umfassende theoretische Auseinandersetzung mit psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit bei Familien mit ADHS-Kindern weitgehend fehlt, stellt sich folgende Frage:

Wie gestalten sich die Erfahrungen von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern hinsichtlich der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern?

Um die Fragestellung beantworten zu können, werden empirisch-qualitative Experteninterviews mit psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern der APP geführt. Ein wesentliches Kriterium bei der Auswahl der Interviewteilnehmer ist, dass die Erziehungsberater bereits Erfahrung mit ADHS-Kindern und ihren Eltern in ihrer beratenden Praxis sammeln konnten, um darüber Auskunft geben zu können. Dies soll gewährleisten, dass Erfahrungen und Eindrücke jener Erziehungsberater in die vorliegende Arbeit einfließen, die praktisch nahe mit der Problematik ADHS konfrontiert sind bzw. waren.
Die Beantwortung der Fragestellung soll es ermöglichen, einen Überblick über Erfahrungen psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater im Umgang mit Familien mit ADHS-Kindern in der Erziehungsberatung geben zu können. Anhand dieser Erfahrungen soll sodann herausgearbeitet werden, wie sich psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern gestaltet.

1 Gliederung der Arbeit

Aufgrund des eben dargestellten Problemaufrisses ergibt sich folgende Gliederung der Arbeit:

Der zweite Teil der Arbeit wird dem Thema ADHS gewidmet sein. Dabei werden einander die medizinische und die psychoanalytische Perspektive auf ADHS gegenübergestellt und es wird nachgezeichnet, wie sich die jeweilige Perspektive auf die, von Vertretern der einzelnen Perspektiven vorgeschlagene Behandlungsform niederschlägt.

Der dritte Teil der Arbeit dient der Darstellung der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung als eine pädagogische und psychoanalytisch fundierte Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern. Im Zentrum steht dabei das Wiener Konzept von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. Um eine genauere Vorstellung davon zu vermitteln, soll ein Überblick über die Charakteristika von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung nach dem Wiener-Konzept gegeben werden.
Der vierte Teil der Arbeit dient der Veranschaulichung des methodischen Vorgehens. Dabei wird beschrieben, wie die Daten gewonnen und im weiteren Verlauf mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2008) aufgearbeitet werden.
Im fünften Teil werden die Ergebnisse der Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2008) präsentiert sowie mit den im Theorieteil angestellten Überlegungen verknüpft. Diese Darstellungen dienen der Beantwortung der Forschungsfrage, genauer, der Darstellung der Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern.
Im sechsten Teil werden die bedeutsamsten Ergebnisse kategorienübergreifend zueinander in Bezug gesetzt sowie einer Diskussion unterzogen.
Im abschließenden sechsten Teil wird Resümee gezogen. Dabei soll die Relevanz der Ergebnisse sowie deren mögliche Bedeutung für die Behandlungspraxis von ADHS aufgezeigt werden. Zudem werden die Ergebnisse sowohl hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Pädagogik als wissenschaftliche Disziplin als auch als Handlungspraxis beleuchtet.

2 Psychoanalytisch-pädagogische Relevanz der vorliegenden Arbeit

Im Zusammenhang mit der pädagogischen Relevanz der vorliegenden Arbeit muss zuerst geklärt werden, wie sich Pädagogik an der Universität Wien als wissenschaftliche Disziplin und als ein Fach, in dem Forschung betrieben wird, definiert. Welche Verantwortlichkeiten hat Pädagogik als Disziplin?
Auf der Homepage des Wiener Instituts für Bildungswissenschaft finden sich kurze Abrisse darüber, wie „Pädagogik“ und wie „psychoanalytische Pädagogik“ als wissenschaftliche Disziplin definiert werden. Forschung in der Pädagogik widmet sich demnach einer „kritischen Analyse und wissenschaftlichen Erklärung von Phänomenen der Bildung und Erziehung“ (http://bildungswissenschaft.univie.ac.at/ 11.04.2011) Dabei umfasst der Gegenstandsbereich der Pädagogik unter anderem Erziehungs- und Sozialisationsprozesse des gesellschaftlichen Lebens, die nicht an pädagogische Institutionen geknüpft sind (ebd.).

Darunter fallen Erziehungs- und Sozialisationsprozesse in der Familie. Demnach fällt sowohl die forschungsgeleitete Auseinandersetzung mit ADHS-Kindern und ihren Familien und den damit einhergehenden erschwerten Erziehungsbedingungen als auch die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten, welche diese Verhältnisse zu verändern mögen, in den Aufgabenbereich der Pädagogik als wissenschaftliche Disziplin.

Da es zusätzlich um eine Relevanzfindung innerhalb der psychoanalytischen Pädagogik gehen soll, gilt zu beachten, dass auch die „differenzierte Auseinandersetzung mit jenen Dimensionen von innerpsychischen Prozessen, Beziehungen [und] Entwicklungen, [...] die der bewussten Reflexion und Kontrolle nicht oder nur sehr schwer zugänglich sind“ (http://bildungswissenschaft.univie.ac.at/fe4/ 11.04.2011) einbezogen werden muss, da sie jeglichen pädagogischen Praxiszusammenhang beeinflussen. Dadurch bilden diese innerpsychischen Dimensionen einen wesentlichen Aspekt pädagogischer Forschung und Theoriebildung (ebd.). Demnach fällt es in den Bereich psychoanalytischer Pädagogik, nach einer psychoanalytisch-pädagogischen Interventionsmöglichkeit zu suchen, die den innerpsychischen Konflikten von ADHS- Kindern gerecht werden kann und solche psychodynamischen Aspekte in die Behandlung von ADHS miteinbezieht.

Der wissenschaftliche Aspekt der vorliegenden Arbeit liegt diesbezüglich darin, psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung und deren Potential als Behandlungsmethode im Fall von ADHS darzustellen. Ein wesentlicher Punkt besteht sodann darin, zu klären, wie sich die gegenwärtige Situation darstellt.

In der gängigen Literatur betonen zwar manche Autoren die Chancen pädagogischer Interventionen im Fall von ADHS (Moll et al. 2000 & Dawirs et al. 1992 zit.n. Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 365), gängige Praxis scheinen pädagogische Interventionen jedoch nicht zu sein. Auch die Thematisierung von psychoanalytischen Behandlungsmethoden und deren Wirksamkeit im Fall von ADHS in der Literatur fällt spärlich aus (Leuzinger-Bohleber 2006, 26; Bachmann et al. 2008, 328).

Somit soll diese Arbeit auch einen Beitrag zur theoretischen Auseinandersetzung mit einer psychoanalytisch-pädagogischen Behandlungsmethode von ADHS leisten.

Teil II – Ein Blick auf das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Dieses Kapitel ist der näheren Betrachtung von ADHS gewidmet. Denn bevor über psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern nachgedacht werden kann, muss zuerst dargestellt werden, was mit dem Begriff ADHS gemeint ist, mit welchen Symptomen ADHS einhergeht – kurz: was unter ADHS verstanden wird.

Im Nachdenken über ADHS ergeben sich viele Fragen: Wie wird ADHS definiert und in der Folge diagnostiziert? Welche Symptome verbergen sich hinter dieser knappen Bezeichnung? Welche Erklärungsmodelle gibt es für die Ätiologie von ADHS und welche Interventionsmöglichkeiten werden vorgeschlagen?

In diesem Kapitel soll eine thematische Annäherung an diese Fragen geschehen, um ein möglichst umfassendes Bild von ADHS zu geben. Dies ist jedoch kein leichtes Unterfangen, denn, wie bereits einleitend erwähnt, prallen in der Diskussion um ADHS diametral entgegengesetzte Auffassungen bezüglich dem Verständnis von Krankheit, „des Verhältnisses von Körper und Geist, […] Individuum, Familie und Gesellschaft“ (Warrlich 2007, 8) aufeinander, wodurch eine kongruente Beantwortung der zuvor gestellten Fragen kaum möglich ist. „Über keine Diagnose ist in den vergangenen Jahren weltweit so [...] heftig und so kontrovers diskutiert worden wie über die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (AD[H]S)“ (Haubl & Leuzinger-Bohleber 2007, 52). Im Fall von ADHS gibt es „unterschiedliche Vorannahmen bezüglich der Genese und Bedeutung des Syndroms [...die] jeweils monopolistisch vertreten werden“ (Reinke 2007, 36). Polar entgegengesetzte Meinungen stehen einander gegenüber, was zu einer Pluralität an Perspektiven und Erklärungsmodellen führt.

Eine Fraktion sieht ADHS aus einer medizinischen und biologisch-organischen Perspektive, eine andere Fraktion sieht ADHS psychosozial begründet (Benz 2007, 95) und sieht ADHS als Folge von Lebensbedingungen in der postmodernen Gesellschaft (Amft 2006, 87ff; Gerspach 2004, 162f; Gerspach 2006, 104). Psychoanalytisch-orientierte Autoren sehen die Symptomatik des ADHS als einen Ausdruck innerer Konflikte des Kindes (Bürgin & Steck 2007, 320).

Aufgrund dieser Perspektivenpluralität gibt es verschiedene Erklärungsansätze für die Ätiologie, die Symptomatik und Diagnostik von ADHS sowie verschiedene, daraus resultierende Interventionsmöglichkeiten.

Um dieser Vielfalt an Sichtweisen ein Stück weit gerecht zu werden, soll in diesem zweiten Teil der Arbeit nicht nur die psychoanalytische Perspektive, deren Erläuterung sich aus der Grundorientierung der Arbeit ergibt, dargestellt werden, sondern auch die medizinisch-biologische Perspektive. Die zusätzliche Darstellung der medizinischen Perspektive geschieht aus folgenden Gründen:

1. Der Begriff ADHS und die Beschäftigung mit dem Phänomen der kindlichen Unruhe ist stark in der medizinischen Geschichte bzw. medizinischen Tradition verwurzelt (Nissen 2005, 442-446), sodass ein Nachdenken über ADHS kaum losgelöst von medizinischen Termini möglich ist. Alleine die Verwendung der Begriffe „ADHS“ oder „hyperkinetische Störung“ gehen auf die psychiatrischen Diagnosemanuale zurück. Außerdem ist im europäischen Raum die Klassifizierung nach der ICD-10 innerhalb der Richtlinien für Psychotherapie für das Stellen von Diagnosen verbindlich (Hopf 2007, 334). Somit kommt man kaum umhin, im Nachdenken über ADHS auch die medizinische Perspektive miteinzubeziehen.
2. Die medizinische Perspektive dominiert den öffentlichen Diskurs um ADHS (Haubl 2007, 173). Die Betrachtung von Kindern mit ADHS erfolgt in den meisten Fällen nach medizinischen Gesichtspunkten. Demnach wird die Mehrzahl der Kinder, dieser Perspektive entsprechend, mit psychotropen Medikamenten behandelt.
3. Durch die zusätzliche Darstellung der medizinischen Sicht auf ADHS können die Besonderheiten bzw. Unterschiede zwischen dieser und der psychoanalytischen Perspektive veranschaulicht werden. Jeder Handlungspraxis, jeder Theorie und jeder Forschungsrichtung ist ein spezifisches Menschenbild inhärent, welches eine gegenstandskonstituierende und auch handlungsanleitende Funktion erfüllt (Mattner 2001, 18). Transferiert man dieses Wissen auf die Perspektivenvielfalt um ADHS, kann man sagen, dass innerhalb einer Perspektive ein spezifisches Menschenbild vorherrscht. Dieses ist sodann dafür verantwortlich, wie ADHS erklärt, diagnostiziert und folglich behandelt wird (Gerspach 2004, 176).

Somit wird in diesem Teil der Arbeit nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick (Kapitel 1) und einem groben Umriss dessen, wodurch ADHS charakterisiert ist (Kapitel 2), eine Differenzierung zwischen der medizinischen und der psychoanalytischen Perspektive vorgenommen (Kapitel 3). Dabei liegt der Fokus vor allem darauf, wie Mediziner und Psy-

choanalytiker die Genese von ADHS beschreiben und wie sich ihr Symptomverständnis sowie ihre Sichtweise auf die Diagnostik von ADHS unterscheiden. Im Anschluss daran soll aufgezeigt werden, wie aufgrund dieser Annahmen, die Behandlung entsprechend medizinischer oder psychoanalytischer Vorstellungen gestaltet wird.

1 Perspektivenpluralität – zur Geschichte von ADHS

„ADHS ist keine Modediagnose, sondern ein Phänomen bzw. ein Krankheitsbild, das schon lange bekannt ist“ (Grothe & Horlbeck 2006, 135). Bereits im 19. Jahrhundert wurden Ärzten vielfach psychomotorisch unruhige und konzentrationsschwache Kinder vorgestellt (Nissen 2005, 442). In der Medizingeschichte bezogen sich Kinderärzte und Psychiater jedoch immer wieder auf divergierende Erklärungsmodelle für das Entstehen von kindlicher Unruhe (Dammasch 2007, 2) die den „jeweiligen nosologischen Zeitströmungen entsprachen“ (Nissen 2005, 442). So wurden entweder Erziehungsfehler, Neuro- oder Psychopathien oder zerebrale Erkrankungen als Ursache vermutet. Die Annahme, dass die kindliche Unruhe auf eine körperliche Verursachung zurückzuführen sei, wurde bereits im 19. Jahrhundert mehrfach geäußert. So wurden beispielsweise ein erhöhter Phosphorspiegel oder Blutarmut als Auslöser für das unruhige Verhalten und die Konzentrationsschwäche gesehen (ebd., 442f). Ähnliche Ansichten hielten sich bis ins 20. Jahrhundert, wo als Ursache für ADHS unter anderem eine Allergiehypothese diskutiert wurde, der zufolge eine Unverträglichkeit von phosphorhaltigen Lebensmitteln und Lebensmittelfarbstoffen ADHS auslöse (Amft 2004, 48). Mit der Herausgabe des Lehrbuches von Wilhelm Griesinger im Jahr 1861 setzte der Trend ein, psychische Störungen als Nervenleiden zu sehen und folglich nach einer gehirnorganischen Ursache zu suchen (Perner 2007, 75).

Im 20. Jahrhundert rückte die Annahme einer gehirnorganischen Ursache in den Brennpunkt der Diskussionen. Dies fand vor allem mit dem Konzept des „minimal brain damage“ (MBD) nach Strauss und Lethinen in den 1940er Jahren seinen Ausdruck. Demnach seien morphologische Hirnschädigungen für das unruhige und unkonzentrierte Verhalten der Kinder verantwortlich (Nissen 2005, 444), da häufig beobachtet werden konnte, dass Hirnschädigungen oder eine abweichende Gehirnfunktion kindlichen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten zu Grunde lagen (Amft 2004, 59). Da in vielen Fällen kindlicher Unruhe jedoch keine Hirnschädigungen nachgewiesen werden konnten, wurde in den 60er Jahren von der Bezeichnung „minimal brain damage“ Abstand genommen und statt-

dessen der Terminus „minimal cerebral dysfunction“ (MCD) eingeführt (Nissen 2005, 444). Somit wurde nicht mehr von einer Hirnschädigung, sondern von einer Hirnfunktionsstörung als Ursache für die kindliche Unruhe ausgegangen (Amft 2004, 59).

Doch nicht nur Ansichten bezüglich der Verursachung der kindlichen Unruhe wandelten sich, auch die Bezeichnungen für die kindliche Unruhe unterlagen einem Wandel (Haubl 2007, 172). So wurde im Fall von kindlicher Unruhe und Unaufmerksamkeit unter anderem von einer einem „frühkindlichen exogenen Psychosyndrom“ oder einem „psychoorganischen Syndrom“ (POS) gesprochen (Hopf 2007, 335).

Beinahe zeitgleich mit dem Vermarktungsbeginn eines Medikaments gegen die kindliche Unruhe setzte sich der Begriff des „hyperkinetischen Syndroms“ (HKS) als Beschreibung für das auffällige Verhalten durch (Dammasch 2007, 2). Diesen Zusammenhang von der Einführung des Medikaments Ritalin und der Verbreitung der Diagnose stellen auch Dammann (2007, 195) sowie Heinemann & Hopf (2006, 134) fest[4].

Beginnend mit den 80er Jahren des vorherigen Jahrhunderts nahm die Zahl der Kinder zu, deren Verhalten von einem Überschuss an motorischer Bewegung und Aufmerksamkeitsstörungen geprägt war (Steinhausen 1982, 11). Als Ursache wurde nach wie vor eine zerebrale Steuerungsinsuffizienz diskutiert (ebd., 15ff). Gegen Ende der 80er Jahre begann sich eine Skepsis gegenüber dem MCD-Konzept abzuzeichnen (Mattner 2006, 60), denn die Verhaltensstörung trat in vielen Fällen auch dann auf, wenn keinerlei Hinweise auf eine hirnorganischen Veränderung vorlagen (Hüther 2004, 71) bzw. konnten bei betroffenen Kindern keine neuropathologischen Befunde erhoben werden (Biermann & Totzek 1981, 798). Bereits in den 80er Jahren wurde darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der Genese des hyperaktiven Verhaltens vor allem psychosoziale Risikofaktoren in Erwägung gezogen werden sollten (ebd., 801). Das MCD-Modell an sich war zwar haltbar, nicht aber die Annahme, dass MCD ätiologisch am häufigsten für eine gesteigerte kindliche Unruhe verantwortlich sei (Amft 2004, 66).

In der Folge kam es zu einem Rückgang der MCD-Diagnose (Mattner 2006, 61). Nachdem MCD als diagnostisches Kriterium verschwunden war, wurde in den 90er Jahren eine andere Bezeichnung für die gesteigerte Unruhe des Kindes eingeführt: ADHS. Diese Bezeichnung fusioniert zwei Symptome, die zuvor als HKS (Hyperkinese) und ADS (Aufmerksamkeitsdefizit) getrennt bezeichnet wurden, zu einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (Dammasch 2007, 3; Heinz 2004, 327). Obwohl bereits gezeigt

[4] Es bleibt die Frage offen, ob die Vermarktung des Medikaments als Antwort auf die gestiegenen Diagnoseraten zu verstehen ist, oder, ob die „Substanz ihre eigene Diagnose“ (Dammann 2007, 195) schuf.

werden konnte, dass HKS nicht nur auf eine gehirnorganische Störung zurückgeführt werden konnte, blieb im Fall von ADHS die Suche nach einer hirnorganischen Störung als primäre ätiologische Größe weiterhin bestehen (Barkley 2002, 111; 113f). Die Bezeichnung ADHS wurde in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) aufgenommen (Hüther 2004, 71) und fand als Diagnosekategorie in den 90er Jahren breite Anwendung in Amerika. Im europäischen Diagnosemanual ICD-10 hält man bis heute an der Bezeichnung „hyperkinetische Störung" (HKS) fest. Da, mit Ende der 90er Jahre, die ADHS-Diagnose auch im deutschsprachigen Raum Einzug hielt (Dammasch 2007, 3), stehen heute die Bezeichnungen HKS und ADHS synonym nebeneinander. Allerdings hat sich auch in unseren Breiten die Bezeichnung ADHS durchgesetzt (Staufenberg 2007, 88).
Neben ADHS oder HKS stößt man oftmals auf Bezeichnungen wie AD(H)S oder ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Dies soll darauf verweisen, dass es Aufmerksamkeitsstörungen gibt, die nicht mit Hyperaktivität einhergehen (Ahrbeck 2008, 693). Zante (2004, 104) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass mit dieser Doppelbezeichnung riskiert wird, verträumte oder verängstigte Kinder, welche an ganz anderen Problemen leiden als Kinder mit überschießender Motorik und Impulsivität, derselben Kategorie zuzuweisen. In der vorliegenden Arbeit soll konkret das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom *mit* Hyperaktivität thematisiert werden. Somit wird im Folgenden die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom bzw. das Kürzel ADHS verwendet.

Nicht nur in der Medizin beschäftigte man sich bereits im vorigen Jahrhundert mit der übermäßigen Unaufmerksamkeit und Unruhe bei Kindern, auch in psychoanalytischen Kreisen beschäftigte man sich schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit diesen Symptomen. Freud (1911, 20) befasste sich bereits 1911 mit Psychomotorik und beschrieb „die Beherrschung der Motilität als eine der wichtigsten Funktionen des reifen Ichs" (Häußler & Hopf 2004, 21). Auch Mahler beschäftigte sich mit den motorischen Funktionen des Ichs und unterschied zwischen einer Ausdrucksmotilität, die dem Es näher stand und einer Leistungsmotorik, die als Funktion des Ich verstanden wurde. Ist die motorische Kontrollfunktion des Ich beeinträchtigt, spricht Mahler (1946, 129) von einer „Gefühlsinkontinenz". Ebenso thematisiert Klein (1925, 175fff) die überschießende Motorik bei Kindern und beschreibt den motorischen Tic als Form der manischen Abwehr, mit deren Hilfe sich

ein Kind vor den Ängsten und vor seinem Es schützen kann (Häußler & Hopf 2004, 23; Klein 1925, 181f)[5].

Allgemein fällt bei dieser kurzen Ausführung auf, dass psychoanalytische Autoren im vergangenen Jahrhundert Motorik und auch deren gesteigerte Ausprägung in Verbindung mit der Funktion psychischer Strukturen sowie als Form der Abwehr unbewusster Konflikte beschrieben. Die gesteigerte Motorik gründete ihrer Meinung nach im Innerpsychischen und wurde, im Gegensatz zur medizinischen Perspektive, nicht auf einen Stoffmangel oder eine Gehirnfunktionsstörung zurückgeführt.

In diesem Abschnitt konnte gezeigt werden, dass bereits im 19. Jahrhundert übermäßige Unruhe bei Kindern bekannt war und dass die Suche nach somatischen Ursachen für die Symptomatik bereits früh begann. Im Lauf der Zeit haben sich allerdings Bezeichnungen und Erklärungsmodelle verändert. Seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kam es zu einer Zunahme dieser Verhaltensauffälligkeit, dahingehend, dass ADHS gegenwärtig als die häufigste psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen ausgewiesen wird (Döpfner et al. 2008, 257; Hampel & Petermann 2004, 131; Schimmelmann et al. 2006, 425).

2 Charakteristika von ADHS

Im ICD-10 wird die hyperkinetische Störung der Kategorie F9, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (Dilling et al. 2006, 187) zugeordnet. Im DSM-V wird ADHS zu den „Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens“ gezählt (Saß et al. 2003, 118). Als Kernsymptome von ADHS werden in beiden Diagnosemanualen Unaufmerksamkeit, Überaktivität/Hyperaktivität und Impulsivität genannt (Dilling et al. 2006, 187f; Saß et al. 2003, 118ff). Der ICD-10 zufolge wird die hyperkinetische Störung in eine „Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung“ (F90.0) und eine „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) unterteilt. Von zweiterer wird dann gesprochen, wenn das hyperkinetische Verhalten von einer Störung des Sozialverhaltens begleitet ist (Dilling et al. 2006, 189).

Diese Unterteilung trifft das DSM-IV nicht, sondern beschreibt je nach Ausprägung der einzelnen Kernsymptome Subtypen von ADHS. Zeigt das Kind Symptome der Unauf-

[5] Wetschnig (2008) hat sich im Zuge ihrer Diplomarbeit an der Universität Wien detailliert mit den klassischen psychoanalytischen Erklärungsmodellen für ADHS von Mahler, Klein und Bion auseinandergesetzt.

merksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gleicher Maßen wird von einem ADHS-„Mischtypus“ gesprochen. Überwiegen Symptome der Unaufmerksamkeit handelt es sich um einen „vorwiegend unaufmerksamen Typus“. Von einem „vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus“ wird dann gesprochen, wenn Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität jene der Unaufmerksamkeit dominieren (Saß et al. 2003, 120f). Die einzelnen Symptomkomponenten werden im Folgenden genauer beschrieben.

Kernsymptom Unaufmerksamkeit

Die Unaufmerksamkeit kann sich in verschiedenen Lebensbereichen wie Schule, Beruf oder sozialem Umfeld zeigen. Dabei sind Betroffene oftmals nicht fähig Einzelheiten zu beachten, sie machen Flüchtigkeitsfehler bei verschiedenen Aufgaben bzw. können diese oft nicht entsprechend durchführen. Außerdem treten häufig Schwierigkeiten in der Planung, Organisation und Durchführung von Aufgaben auf. Auch fällt es Betroffenen meist schwer, über eine längere Zeitspanne hinweg aufmerksam zu sein bzw. Aufgaben zu Ende zu bringen. Oft scheinen diese Kinder nicht zuzuhören oder geistig abwesend zu sein. Die Ursache für diese „geistige Abwesenheit“ kann oft daran liegen, dass sich Kinder mit ADHS nicht über eine längere Zeitspanne hinweg auf ein Gespräch konzentrieren können. Durch ihre Unaufmerksamkeit wechseln sie auch häufig von einer Tätigkeit zur nächsten. Überdies werden Betroffene oftmals von externen Stimuli stark abgelenkt, was die Konzentration auf eine bestimmte Sache zusätzlich erschwert. Neben ihrer mangelnden Konzentrationsfähigkeit fallen ADHS-Kinder oft auch durch übermäßige Vergesslichkeit auf (Dilling et al. 2006, 187; Saß et al. 2003, 118f).

Kernsymptom Überaktivität

Die Überaktivität bzw. Hyperaktivität von Kindern mit ADHS äußert sich in zappeln mit den Gliedmaßen sowie der Schwierigkeit ruhig sitzen zu bleiben. Die Kinder verlassen häufig ihren Platz im Klassenraum und laufen oder klettern in unpassenden Situationen herum. Meist fällt es ihnen schwer, während der Mahlzeiten am Tisch sitzen zu bleiben. Sie spielen oftmals nervös mit Gegenständen, klopfen mit den Händen oder wackeln mit den Füßen. Betroffene Kinder sind zumeist übermäßig laut beim Spielen. Besonders schwer fällt es ADHS-Kindern, ruhigen Tätigkeiten nachzugehen. Außerdem zeigen sie ein beständiges Muster von exzessiven, motorischen Aktivitäten, welche durch die Vorschriften oder Einflüsse der sozialen Umgebung kaum beeinflussbar sind (Dilling et al. 2006, 188; Saß et al. 2003, 119).

Kernsymptom Impulsivität

Die „Impulsivität manifestiert sich als Ungeduld, als Schwierigkeit, Reaktionen zurückzuhalten. Die Betroffenen platzen mit den Antworten heraus […]. Es fällt ihnen schwer, abzuwarten, bis sie an der Reihe sind“ (Saß et al. 2003, 120). Des Weiteren unterbrechen und stören betroffene Kinder häufig andere, reden meist exzessiv und reagieren auch häufig nicht auf soziale Beschränkungen. Ferner gehen sie oft potentiell gefährlichen Aktivitäten nach, ohne auf mögliche Folgen zu achten (Dilling et al. 2006, 188; Saß et al. 2003, 120).

Beide Klassifikationssysteme setzen voraus, dass die ADHS-Symptome in mehreren Lebensbereichen des Kindes auftreten. Dennoch können die Symptome in verschiedenen Lebensbereichen in differenter Ausprägung auftreten. So beschreiben Döpfner et al. (2008, 258), dass die Symptome typischerweise in jenen Situationen stärker auftreten, in denen eine längere Aufmerksamkeitsspanne bzw. Ausdauer erforderlich ist. Als Beispiel nennen sie die Situation im Unterricht oder während der Hausaufgaben.

Nach Banaschewski et al. (2004, 141) kann man festhalten, dass im Fall von ADHS „[d]ie Regulation komplexerer Funktionen, wie die Steuerung von Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, Motorik und exekutive Funktionen“ (ebd.) beeinträchtigt ist. Allerdings steht das Auftreten von ADHS „in keinem Bezug zu einer intellektuellen Minderbegabung“ (Wender 2002, 25).

2.1 Weitere Merkmale von ADHS und komorbiden Störungen

Neben den Kernsymptomen werden im DSM-IV weitere „zugehörige Merkmale und Störungen“ (Saß et al. 2003, 121) von ADHS-Betroffenen beschrieben.
Demnach zeigen Betroffene eine geringe Frustrationstoleranz und leiden unter Stimmungsschwankungen. Außerdem kommt es vermehrt zu Wutanfällen und Ansätzen von Herrschsucht. Kinder mit ADHS zeigen oftmals ein tyrannisches Verhalten anderen Kindern gegenüber und tendieren vielfach dazu, andere herum zu kommandieren (Wender, 2002, 30). Buben mit ADHS neigen auch des Öfteren zur physischen Aggression gegenüber andern Kindern (Heinemann & Hopf 2006, 35). Eine weitere Auffälligkeit im zwischenmenschlichen Bereich ist die Distanzlosigkeit, welche ADHS-Kinder häufig gegenüber ihren Mitmenschen und auch gegenüber fremden Personen zeigen (Drüe 2007, 60).

Kindern mit ADHS werden oft emotionale Defizite zugeschrieben (Drüe 2007, 82). So fehlt ihnen scheinbar schon früh die körperlich-emotionale Fähigkeit Bindungen einzugehen (ebd., 140). Wender (2002, 24) beschreibt, dass Kinder mit ADHS bereits im Säuglingsalter nicht an Zärtlichkeiten interessiert sind und sich lieber selbst beschäftigen. Von der abweisenden Haltung von Kindern mit ADHS gegenüber Berührungen und Annäherungsversuchen der Bezugspersonen wird auch in Falldarstellungen von Drüe (2007, 34) berichtet.
Zudem weisen viele Kinder mit ADHS Koordinationsschwierigkeiten auf. Diese betreffen die feinmotorische Kontrolle, Gleichgewichtsstörungen sowie Einschränkungen in der Koordination von Hand und Auge, wodurch es unter anderem zu Schwierigkeiten beim Schreiben kommt (Wender 2002, 29). Oftmals weisen Kinder mit ADHS ein herabgesetztes Schmerzempfinden auf (ebd., 31) und tendieren zu einer hohen Risikobereitschaft (ebd., 57).

Auffällig ist eine gravierende Asymmetrie in der Betroffenheit der Geschlechter. Auf ein Mädchen mit ADHS kommen neun Buben mit entsprechender Diagnose (Drüe 2007, 59). Psychoanalytisch-orientierte Autoren erklären diese Asymmetrie damit, dass „Jungen und Mädchen […] für Gefühlsprobleme unterschiedlich vorbereitet“ (Häußler & Hopf 2004, 36) zu sein scheinen. Buben reagieren auf Konflikte häufig alloplastisch, also mit einem Ausagieren, mit sozial störenden bzw. abweichenden Verhaltensweisen, sowie vermehrter Aggression, Mädchen verarbeiten Konflikte vielmehr autoplastisch, das bedeutet psychosomatisch oder neurotisch und neigen vermehrt zur Depression (Schepank 1987, 131 & Seiffge-Krenke 1986 beide zit.n. Häußler & Hopf 2004, 36). Auf einen nach außen hin ausagierenden, aggressiven Jungen werden psychologische Beratungsstellen eher aufmerksam gemacht als auf introvertierte Mädchen, die auf einen ähnlichen Konflikt eher depressiv oder niedergeschlagen reagieren (Perry et al. 1998 zit.n. Gerspach 2004, 192). Somit kann der differente Umgang mit Konflikten als Ursache dafür gesehen werden, warum wesentlich mehr Buben eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen als Mädchen.

ADHS stellt jedoch kein heterogenes Störungsbild dar, sondern ist durch eine große Varianz der Symptome und des Verhaltensspektrums gekennzeichnet (Drüe 2007, 15; Konrad & Gilsbach 2007, 13). So können die genannten Symptome mäßig oder schwer zu Tage treten (Drüe 2007, 52). Auch die Unterteilung von ADHS in die drei Subtypen im DSM-IV

(Saß et al. 2003, 120f) verweist darauf, dass selbst die einzelnen Kernsymptome in einem unterschiedlichen Maß ausgeprägt sein können.

Neben den vielfältigen Ausprägungsmöglichkeiten der Kernsymptome von ADHS treten in vielen Fällen noch komorbide Störungen[6] hinzu. Dabei wird von Anhängern der biologisch-medizinischen Perspektive die Komorbiditätshypothese vertreten. Diese Hypothese besagt, dass ADHS von anderen Störungen begleitet werden kann, wobei ADHS die ursächliche Störung darstellt (Heinemann & Hopf 2006, 16). ADHS ohne additive komorbide Störung stellt eher die Ausnahme dar, denn in bis zu 80 Prozent der Fälle werden begleitende Störungen diagnostiziert. Bei über 50 Prozent der Kinder mit ADHS kommen weitere Verhaltensstörungen hinzu. Darunter fallen oppositionelles Trotzverhalten oder Störungen des Sozialverhaltens (Jensen et al. 1997 zit.n. Döpfner et al. 2008, 260; Saß et al. 2003, 122). Unter oppositionellem Trotzverhalten wird ein repetitives Muster aufsässiger, ungehorsamer, negativistischer Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen verstanden (Wender 2002, 35). Des Weiteren können Angststörungen, affektive Störungen, Kommunikationsstörungen oder Lernstörungen ADHS begleiten (Saß et al. 2003, 122). Lernstörungen umfassen dabei Schwierigkeiten im Bereich des Lesens, Rechnens und Schreibens (Wender 2002, 18).

Auch wird beschrieben, dass ADHS von depressiven Störungen und Zwängen begleitet sein kann. In manchen Fällen können in späterer Folge Substanzmissbrauch bzw. Suchtprobleme hinzukommen (Benecke et al. 2007, 228).

Nachdem nun auf die Symptome von ADHS eingegangen wurde, soll im folgenden Abschnitt nachgezeichnet werden, wie sich der Krankheitsverlauf von ADHS gestaltet.

2.2 Zum Verlauf von ADHS

Die Diagnose ADHS akzentuiert sich bei Kindern im Alter zwischen sieben und acht Jahren (Drüe 2007, 25). Dies mag zum einen daran liegen, dass in der Schule erstmals ein angepasstes Verhalten der Kinder erwartet wird (ebd., 232). Zum anderen ist eine Diagnose in jüngerem Alter nur schwer möglich, da viele Verhaltensweisen, welche in späterem Alter als ADHS-Symptome markiert werden, im Kleinkindalter natürlich und nicht krankhaft sind (Saß et al. 2003, 123). Wender (2002, 37) verweist allerdings darauf, dass bei

[6] Komorbide Störungen bezeichnen Störungen, die zu ADHS hinzukommen, welche jedoch für sich genommen diagnostisch abgrenzbar sind (beispielsweise Depression).

Kindern, die später eine ADHS-Diagnose erhalten, nachweislich bereits im Säuglingsalter Schwierigkeiten wie Koliken, Fütter- und Schlafschwierigkeiten aufgetreten sind. Außerdem konnte eine Untersuchung zeigen, dass bei sogenannten Schrei-Babies später signifikant häufiger ADHS diagnostiziert wurde als bei Kindern, die im Säuglingsalter nicht durch exzessives Schreien auffällig waren (Wolke et al. 2002, 1057).
Allgemein weist ADHS eine sehr hohe Persistenz auf. Circa die Hälfte der Betroffenen zeigen auch noch im Erwachsenenalter ADHS-Symptome (Frodl 2011, 556; Saß et al. 2003, 124). Dies bedeutet, dass es im Fall von ADHS häufig zu einem chronischen Verlauf durch alle Lebensalter kommt (Döpfner et al. 2008, 260). Allerdings wird mit zunehmendem Alter häufig eine Verschiebung der Symptome beobachtet. Im Kindesalter dominieren Aufmerksamkeitsprobleme, oppositionelles sowie hyperaktives Verhalten. Im Jugendalter tritt oppositionelles Verhalten, Impulsivität und aggressiv-dissoziales Verhalten in den Vordergrund (Hampel & Petermann 2004, 132). Bei nur 20 bis 30 Prozent der Betroffenen verschwinden die Symptome bis zur Pubertät (Wender 2002, 53). Dadurch ist die Lebensqualität der meisten ADHS-Betroffenen noch im Erwachsenenalter beeinträchtigt (ebd., 9).

2.3 Folgeprobleme einer ADHS-Betroffenheit

Aus einer ADHS-Betroffenheit ergeben sich weit reichende Folgen. Denn von ADHS Betroffene haben (oft bis zum Erwachsenenalter) nicht nur selbst mit den Problemen der Symptomatik und seinen Folgen zu kämpfen, sondern auch das Umfeld wird durch die Auffälligkeit des Kindes stark beeinflusst, ja sogar beeinträchtigt. Nachstehend wird auf die sozialen sowie auf die familiären Folgeprobleme von ADHS näher eingegangen.

2.3.1 Soziale Folgen einer ADHS-Betroffenheit

Durch die Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten der ADHS-Betroffenen kommt es zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld. Schulkollegen oder Freunde entwickeln gegenüber dem ADHS-Kind häufig eine ablehnende Haltung. Zum einen, da das Kind durch seine Symptomatik das Umfeld stört und zum anderen, durch sein oftmals aggressives Verhalten den anderen Kindern gegenüber (Drüe 2007, 41). Dadurch werden ADHS-Kinder in Kindergruppen oft zu Außenseitern deklariert (Heinemann & Hopf 2006, 35). Diese Probleme sind manchmal so gravierend, dass Kinder mit ADHS kaum sozial integrierbar bzw. gruppenfähig sind (Drüe 2007, 19). In vielen Fällen gelingt es Kindern mit ADHS nur schwer,

Freundschaften zu schließen bzw. diese aufrecht zu erhalten (Drüe 2007, 40; Wender 2002, 31).

Aufgrund der Lernstörungen kommt es häufig zu massiven schulischen Problemen. Dies hat in vielen Fällen das Wiederholen einer Klasse oder einen Schulabbruch zur Folge (Drüe 2007, 236; Leuzinger-Bohleber 2006, 23). Oftmals werden Kinder, die aufgrund ihrer ADHS Symptome massive Schulprobleme zeigen, auch in Sonderschulen überwiesen (Drüe 2007, 231f). Eine ADHS-Betroffenheit geht somit oftmals mit einem niedrigen Bildungsabschluss einher.

Schulische und außerschulische Schwierigkeiten sowie die Ablehnung durch Altersgenossen rufen bei Kindern mit ADHS häufig ein negatives Selbstbild bis hin zu selbstdestruktiven Gefühlen hervor (Wender 2002, 52). Außerdem sind ADHS-Kinder durch die psychosozialen Konflikte zumeist emotional verunsichert oder instabil (Häußler & Hopf 2004, 27). Untersuchungen wie jene von Schreyer und Hampel (2009, 73) konnten zeigen, dass die Lebensqualität von Buben[7] mit ADHS deutlich niedriger ist, als die von gesunden Kindern.

2.3.2 Familiäre Folgen in Familien mit ADHS-Kindern

Manche Autoren weisen darauf hin, dass durch das Vorliegen von ADHS bei einem Kind das gesamte Familiensystem beeinträchtigt wird, da sich durch die ADHS-Betroffenheit des Kindes ein hoher psychischer und auch physischer Leidensdruck bei den Familienangehörigen ergibt (Drüe 2007, 16; Schreyer & Hampel 2009, 69). Die Eltern fühlen sich durch die Symptomatik ihrer Kinder häufig sehr beeinträchtigt (Mattejat et al. 2005, 39; Wender 2002, 35). „Die Eltern sind in Not“ (Amft 2004, 111), sie sind in ihrem alltäglichen Umgang mit dem ADHS-Kind überfordert und verunsichert. Kinder mit ADHS verlangen ihren Eltern im Alltag große erzieherische Leistungen ab, welche von Drüe (2007, 41) als sonderpädagogische Leistungen beschrieben werden. Da Eltern auf solch eine Leistung meist nicht vorbereitet sind, mündet diese Situation oft in der Überforderung der Eltern (ebd., 17).

Die hohe Alltagsbelastung und das häufige normwidrige oder regelverletzende Verhalten von ADHS-Kindern können ungünstige Interaktionsverläufe und kontrollierende Erziehungsmaßnahmen nach sich ziehen, welche häufig von Sanktionen begleitet sind (Barkley

[7] Es wird hier nur von Buben mit ADHS gesprochen, da die 2009 publizierte Studie von Schreyer und Hampel nur an Jungen mit ADHS durchgeführt wurde.

1990; Breen & Barkley 1988 alle zit.n. Lauth & Fellner 2004, 174). Eltern ergreifen aufgrund der Überforderung häufig zu Erziehungsmethoden, welche sie zuvor abgelehnt hätten: sie schreien mit dem Kind (Drüe 2007, 18) oder greifen, wenn andere Maßnahmen keine Wirkung zeigen, zu körperlicher Gewalt (ebd., 70).

In Studien konnte gezeigt werden, dass Mütter weniger positiv verstärkend auf das adäquate Verhalten ihres Kindes mit ADHS reagierten, als auf adäquates Verhalten von gesunden Geschwisterkindern (Tarver-Behring et al. 1985 zit.n. Jans et al. 2008, 338). Es kommt nachweislich häufiger zu Konflikten zwischen Müttern und ADHS-Kindern als zwischen Müttern und nicht betroffenen Geschwistern (Smith et al. 2002 zit.n. Jans et al. 2008, 338). Auch wird das ADHS-Kind häufiger als „böse" erlebt und getadelt, gesunde Geschwisterkinder hingegen als „brav" oder „gut" beschrieben. Geschwister werden häufiger gelobt und oftmals vielleicht sogar bevorzugt. Daraus resultiert meist eine gravierende Geschwisterproblematik und Rivalität zwischen den Geschwisterkindern (Wender 2002, 47f). Käppler (2005, 27) fasst als ein Ergebnis seiner Untersuchung von Familien mit ADHS-Kindern und deren gesunden Geschwistern zusammen, dass Kinder mit ADHS den elterlichen Vorstellungen und Erwartungen weitaus weniger entsprachen, als die nicht betroffenen Geschwisterkinder. Somit nimmt das Kind mit ADHS quasi eine Außenseiterrolle in der Familie ein.

Durch die tägliche Stressbelastung im Umgang mit dem hyperaktiven, unaufmerksamen und impulsiven Kind (Drüe 2007, 228) und den daraus resultierenden Schwierigkeiten wissen Eltern oft nicht, ob sie ihr Kind noch lieben können, sie sind hin und her gerissen zwischen Liebe und Enttäuschung (ebd., 16f). Viele Eltern machen sich Vorwürfe und leiden unter Schuldgefühlen für die Symptomatik ihres Kindes verantwortlich zu sein (Wender 2002, 51). Aber nicht nur die Beziehung zwischen Eltern und Kind ist belastet, auch die Partnerbeziehung der Eltern kann unter der Symptomatik des Kindes leiden, da das Verhalten des Kindes häufig Streit und Diskrepanzen zwischen den Eltern hervorruft (Drüe 2007, 17; Wender 2002, 50).

Infolge der Belastung kommt es bei Eltern oft zu körperlichen Symptomen wie einer reaktiven Erschöpfungsdepression, Bluthochdruck (Drüe 2007, 17) oder zu Nervenzusammenbrüchen (ebd., 223). Des Weiteren breitet sich das Gefühl von Unzufriedenheit, Aggression, (ebd., 18), Unsicherheit oder Ratlosigkeit aus (ebd., 22). Die Eltern sind meist verzweifelt und resignieren aufgrund der chronischen Erschöpfung und alltäglichen Überforderung (ebd., 55; 72; 143).

Neben den innerfamiliären Schwierigkeiten stoßen Familien mit ADHS-Kindern auch im außerfamiliären Kontext auf Probleme – so wird eine Familie mit einem ADHS-Kind oftmals abgelehnt. Drüe (2007, 17; 40) beschreibt beispielsweise, dass Freunde oder Verwandte die Familie aufgrund der Symptomatik des Kindes meiden, die Familie wird seltener eingeladen. Durch das fordernde Verhalten des Kindes können Eltern oftmals seltener persönlichen Vorlieben oder Interessen nachgehen, was weiter zu ihrer Isolation beitragen kann (ebd., 17).

Die Probleme, welche sich durch eine ADHS-Betroffenheit ergeben, sind vielschichtig und weitgreifend. Wie bereits erwähnt, ist es gerade deshalb von Bedeutung eine adäquate Behandlung von ADHS zu gewährleisten. Doch welche Behandlung gilt im Fall von ADHS als adäquat respektive als indiziert? Die Beantwortung dieser Frage ist sehr stark perspektivenabhängig. Denn je nach Erklärungsmodell für die Genese der ADHS-Symptomatik unterscheidet sich der behandlungsmethodische Zugang. Im folgenden Kapitel soll genau diese Problematik thematisiert werden, und zwar anhand einer Gegenüberstellung der medizinisch-biologischen und der psychoanalytischen Perspektive.

3 Differenzen zwischen der medizinisch-biologischen und der psychoanalytischen Perspektive in Bezug auf ADHS

Dieses Kapitel wird in zwei Unterkapitel geteilt. Das erste Kapitel konzentriert sich auf die Darstellung der medizinisch-biologischen Perspektive, das zweite auf jene der psychoanalytischen Perspektive. Beide Perspektiven unterscheiden sich dezidiert in ihren Annahmen bezüglich der Ätiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, ihrem Symptom- und Diagnoseverständnis sowie den entsprechenden Behandlungsmethoden von ADHS. Die Darstellung dieser Differenzen soll zeigen, wie die jeweilige Perspektive auf ADHS über die Behandlungsempfehlung entscheidet.

3.1 ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive

Da der Diskurs um ADHS von der medizinisch-biologischen Perspektive dominiert wird (Haubl 2007, 173; Molitor 2004, 7), wird die Darstellung dieser Perspektive an den Beginn dieses Kapitels gestellt.

3.1.1 Zur Ätiologie von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive

Innerhalb der medizinisch-biologischen Perspektive wird von einer neurobiologischen Grundlage von ADHS ausgegangen. Demnach resultieren die ADHS-Symptome aus einer Hirnfunktionsstörung, genauer, einer genetisch bedingten Störung im Neurotransmitterstoffwechsel. Dabei ist primär das Dopamin[8]-System betroffen, denn verschiedenen Untersuchungen zufolge wird „ADHS von einer Fehlregulation des Dopaminstoffwechsels mitverursacht bzw. begleitet“ (Banaschewski et al. 2004, 138). Ursache für diese Fehlregulation sind laut verschiedenen Untersuchungen Mutationen in mehreren bestimmten Genen, welche für Dopaminrezeptoren sowie Dopamintransporter kodieren (Banaschewski et al. 2004, 138; Becker et al. 2007, 145; Schimmelmann et al. 2006, 427). Aufgrund dieser Mutationen arbeiten die Dopaminrezeptoren und Dopamintransporter nicht in ihrer üblichen Weise. Um zu verstehen, zu welchen Abweichungen es im Dopaminstoffwechsel kommt, soll zunächst kurz umrissen werden, wie die synaptische Signalübertragung generell funktioniert. Danach folgt die Beschreibung der abweichenden Funktion des dopaminergen Systems, welches für die Genese von ADHS verantwortlich gemacht wird. Diese detaillierte Erklärung wird von der Autorin dieser Arbeit deshalb als notwendig erachtet, da erst dann ein Verständnis dafür gewonnen werden kann, warum Anhänger der medizinisch-biologischen Perspektive für eine medikamentöse Behandlung plädieren. Denn die Behandlung mit Psychopharmaka setzt genau bei diesen neuronalen Mechanismen an.

Im üblichen Fall werden elektrische neuronale Impulse über viele Nervenzellen (Neurone) hinweg weitergeleitet. Die einzelnen Neurone sind über Kontaktstellen (Synapsen) miteinander verbunden. Die elektrischen Impulse müssen diese Synapsen überwinden. Dazu schüttet die Senderzelle (Präsynapse) spezifische Botenstoffe aus. Im Dopamin-System stellt Dopamin den wesentlichen Botenstoff dar. Das von der Präsynapse entlassene Do-

[8] Dopamin ist ein Neurotransmitter, der in verschiedenen Gehirnarealen vorkommt. Dopamin beeinflusst Aufmerksamkeit, Lernen, Stimmung und Schlaf (Campbell & Reece 2003, 1240).

pamin diffundiert nun zu der Empfängerzelle (Postsynapse). An deren Oberfläche sitzen Dopaminrezeptoren, welche das Dopamin binden. Dadurch wird die Postsynapse erregt und leitet nun den elektrischen Impuls weiter. Damit diese Erregung wieder nachlässt, wird das Dopamin über Dopamintransporter in die Präsynapse zurücktransportiert und somit inaktiviert (Banaschewski et al. 2004, 142).

Neurobiologischen Befunden zufolge kommt es bei ADHS aufgrund von Mutationen zu einer hohen Dopamintransporterdichte. Folglich wird das bei der Erregungsleitung freigesetzte Dopamin zu rasch rückresorbiert. Des Weiteren vermitteln mutierte Dopaminrezeptoren das Signal nur in abgeschwächter Form, wodurch die Signalübertragung gestört ist (Banaschewski et al. 2004, 142). Durch den Dopaminmangel im dopaminergen System kann es zu Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit sowie der Selbstkontrolle kommen (Wender 2002, 38).

Für eine genetische Basis von ADHS sprechen auch verschiedene „Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien" (Banaschewski et al. 2004, 137). So ist in 55 Prozent der Fälle auch ein Elternteil eines Kindes mit ADHS von der Aufmerksamkeitsstörung betroffen (Smalley et al. 2000 zit.n. Schimmelmann et al. 2006, 426). Außerdem weisen Geschwister von ADHS-Kindern häufiger ADHS-typische Symptome auf, als Geschwister von gesunden Kindern (Wender 2002, 39). Nach einer Studie von Smidt et al. (2003 zit.n. Schimmelmann et al. 2006, 426) ergab sich eine Heritabilitätsschätzung für ADHS, der zufolge 60 bis 80 Prozent der Störung auf genetische Faktoren zurückzuführen sind. Ein weiteres Indiz für die hohe Erblichkeit von ADHS stellen Zwillingsstudien dar. So konnten Smidt et al. (ebd.) zeigen, dass, wenn bei einem eineiigen Zwilling ADHS auftritt, in 50 bis 80 Prozent der Fälle auch der andere Zwilling von ADHS betroffen ist. Im Fall von zweieiigen Zwillingen fällt diese Konkordanzrate etwas niedriger aus und liegt zwischen 30 und 40 Prozent. In Adoptionsstudien stellte sich heraus, dass Adoptiveltern genau so selten an ADHS leiden, wie Eltern von Kindern ohne ADHS-Symptomatik (Wender 2002, 40).

Becker et al. (2007, 145f) betonen jedoch, dass „die kindliche Verhaltensregulation stets im Kontext der Beziehungsregulation mit den Hauptbezugspersonen zu sehen und damit auch abhängig von deren regulierenden Fähigkeiten" (ebd.) ist. Für das Forscherteam stellt sich vielmehr die Frage, „ob nicht manche Säuglinge mit bestimmten genetischen Merkmalen ein erhöhtes Risiko mitbringen, eine Regulationsstörung zu entwickeln" (ebd., 146)[9].

[9] Gehirnanatomische Befunde scheinen das neurobiologische Erklärungsmodell von ADHS zu unterstützen. Exemplarisch sollen an dieser Stelle nur einige der neuroanatomischen Auffälligkeiten erwähnt werden.

Konrad und Gilsbach (2007, 13) betonen jedoch, dass „die biologische Basis von kindlichen Aufmerksamkeitsstörungen [...] immer noch sehr unzureichend erklärt“ (ebd.) ist. Außerdem hinterfragen sie, ob es für ein so heterogenes Störungsbild wie ADHS überhaupt eine einheitliche Ätiologie geben kann“ (ebd.)[10].

3.1.2 Zum Symptomverständnis und zur Diagnostik von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive

Um ein Bild davon zu entwickeln wie Anhänger der biologisch-medizinischen Perspektive Symptome verstehen, soll zu Beginn dieses Kapitels allgemein definiert werden, was mit Begriffen wie „Symptom“ bzw. „Syndrom“ aus biologisch-medizinischer Perspektive gemeint ist. Im Anschluss daran folgt eine deskriptive Zusammenfassung der wesentlichen Symptome von ADHS wie sie in Diagnosemanualen und von biologisch-medizinisch-orientierten Autoren beschrieben werden.

Der Begriff „Symptom“ leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet übersetzt so viel wie „Krankheitszeichen“ (Scharfetter 2002, 23). Der Psychiater Scharfetter (ebd.) definiert den Begriff „Symptom“ als „erkennbare Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich herausheben aus dem alltäglich Gewöhnlichen der Menschen eines bestimmten Kulturkreises“. Des Weiteren weist er darauf hin, dass nicht ein einzelnes psychopathologisches Symptom an sich abnorm bzw. krankhaft ist, sondern dass Symptome erst dann zu „Krankheitszeichen“ werden,

---

Mittels bildgebender Verfahren konnte gezeigt werden, dass bei ADHS-Betroffenen die zerebralen Hemisphären geringeres Volumen aufweisen als jene von nicht betroffenen Personen (Castellanos et al. 1996, 2001 zit.n. Banaschewski et al. 2004, 141). Des Weiteren ist auch das kortikale Volumen des Stirnlappens vermindert (Filipek et al. 1997 zit.n. ebd.). Diese kortikale Volumsminderung scheint die Ursache für die beeinträchtigte Verhaltenshemmung bei ADHS zu sein (Casey et al. 1997 zit.n. ebd.). Außerdem konnte ein erniedrigter Blutfluss sowie ein verminderter Energieumsatz, messbar am Glukoseumsatz, in Bereichen des präfrontalen Cortex sowie im Striatum festgestellt werden (Monastra et al. 1999 zit.n. Hampel & Petermann 2004, 132).

[10] Allgemein fällt auf, dass in medizinisch-orientierten Studien oftmals vor einer Verallgemeinerung der neurobiologischen Befunde (Becker et al. 2007, 149) respektive der genetischen Befunde (Schimmelmann et al. 2006, 431) sowie vor einem „neurobiologischen Reduktionismus in den Modellen über die Ätiologie und Pathophysiologie [...] bei ADHS gewarnt“ (Banaschewski et al. 2004, 143) wird. Auch im Bereich der Therapie, die sich an dem jeweiligen ätiologischen Modell orientiert, wird vor einer neurobiologischen Reduktion gewarnt (ebd.). In der eher praxisorientierten, nicht rein wissenschaftlich fundierten Literatur, welche von der Autorin bearbeitet wurde, wird eine neurobiologische bzw. genetische Basis für ADHS rezipiert, ohne dass darauf verwiesen wird, dass Verallgemeinerungen oftmals nicht zulässig sind. Dass Forscher oftmals auch darauf verweisen, dass viele Zusammenhänge auf neurobiologischer sowie genetischer Ebene noch nicht gänzlich geklärt sind, wird in diesen Werken ebenso wenig expliziert (Drüe 2007, 50; Wender 2002, 37). Vielmehr entsteht in diesen Abhandlungen der Eindruck, die neurobiologische Basis von ADHS sei beinahe dogmatisch gesichertes Wissen.

> „wenn sie in einer – je nach der lebensgeschichtlichen Lage und dem soziokulturellen Rahmen aufzufassenden – bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer auftreten und damit den Menschen leiden machen und in seiner Lebensführung inmitten seiner Gruppe behindern. […] Das Symptom ist die kleinste beschreibbare Untersuchungseinheit in der Psychiatrie“ (Scharfetter 2002, 24).

Besteht ein gewisser Zusammenhang im Auftreten bestimmter Symptome, spricht man von Symptomverbänden bzw. Syndromen (ebd.). Dementsprechend schließen sich auch beim Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom mehrere Symptome zusammen und nehmen einen gemeinsamen Krankheitsverlauf ein (Wender 2002, 35).

Um unterschiedliche Symptomverbände klar voneinander unterscheiden zu können, haben sich verschiedene Ansätze zur Klassifikation psychischer Krankheiten herausgebildet. Ein die medizinische Tradition stark dominierender Ansatz ist die kategoriale Klassifikation. Innerhalb dieses Ansatzes werden psychische Krankheiten als klar differenzierbare, voneinander abgrenzbare und diskrete Einheiten gesehen. Diesem kategorialen Ansatz sind die beiden Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM-IV zuzuordnen (Döpfner & Lehmkuhl 1997, 520). In diesen Klassifikationssystemen werden anhand von Symptomen und Symptomverbänden Kategorien dargestellt, welche sich gegenseitig weitgehend ausschließen und im Zuge der Diagnostik klar unterschieden werden können (Döpfner 2008, 30). Eine dieser Kategorien bildet ADHS.

Unter „Diagnose“ versteht man das „*Erkennen* eines klinisch beobachtbaren psychopathologischen Bilds (Symptom, Syndrom, Zustandsbild, Zustands-Verlaufs-Bild) als typisch, wiederholt in ähnlicher Grundgestalt vorkommend – und heißt Zuordnen dieses Bilds zu einer Krankheitsbezeichnung“ (Scharfetter 2002, 31). Als Ziel und Sinn der Diagnose beschreibt Scharfetter (ebd., 32) „*die therapeutische und prophylaktische Handlungsanweisung*“.

Dementsprechend geht es im Fall von ADHS darum, das zuvor umschriebene Symptomgefüge mittels einer Diagnosestellung verlässlich dem Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom zuzuordnen, um infolge therapeutische oder prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können.

Wie Scharfetter (ebd., 23f) im Zusammenhang mit der Definition von Symptomen beschrieben hat, stellen einzelne psychopathologische Symptome noch keine Krankheitszeichen dar. In diesem Sinn können die zuvor für ADHS beschriebenen Verhaltensmerkmale bzw. Symptome noch nicht per se als Krankheitszeichen aufgefasst werden. Vielmehr geht

es um die Dauer, Schwere, Dichte, Häufigkeit und Verbindung der einzelnen Symptome, sowie das Maß in dem sie die Lebensführung der betroffenen Person beeinträchtigen (Scharfetter 2002, 24). In den Klassifikationsmanualen finden sich Bedingungen, welche für das Stellen einer ADHS-Diagnose erfüllt werden müssen. So setzt die ICD-10 voraus, dass die Symptome bereits seit über sechs Monaten gezeigt werden (Dilling et al. 2006, 187f). Im DSM-IV wird sogar gefordert, dass die Kernsymptome bereits vor dem siebten Lebensjahr des Kindes auftreten müssen (Saß et al. 2003, 118).
Um ADHS diagnostizieren zu können müssen Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe eindeutig – im Vergleich mit Personen auf einer ähnlichen Entwicklungsstufe – in einem abnormen Ausmaß vorliegen (Dilling et al. 2006, 187; Saß et al. 2003, 118). Außerdem wird für eine ADHS-Diagnose das Auftreten mehrerer der beschriebenen Verhaltensmerkmale innerhalb eines Kernsymptoms verlangt (Dilling et al. 2006, 187f). Zusätzlich fordert die ICD-10 dass die Symptome in mindestens zwei Lebensbereichen auftreten. So muss eine Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität nicht nur im familiären Kontext gegeben sein, sondern darüber hinaus auch in Schule, Beruf oder anderen Kontexten (ebd., 188).
Ein weiteres wichtiges Kriterium für die ADHS-Diagnose ist ferner, dass die Symptome beim Betroffenen einen gewissen Leidensdruck hervorrufen oder mit einer „Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit“ (ebd., 188) einhergehen. Im Zuge der Diagnose muss außerdem ausgeschlossen werden, dass die Symptome nicht auf eine andere Störung wie beispielsweise Autismus oder eine affektive Störung, zurückzuführen sind (ebd., 187).

Dies bedeutet, dass aus medizinisch-biologischer Perspektive Symptome, wenn diese in einem bestimmten Ausmaß auftreten, als Zeichen für das Vorliegen einer Krankheit gesehen werden. Verschiedene Symptome bzw. Symptomverbände werden in Klassifikationsmanualen gelistet, wodurch verschiedene Krankheiten im Zuge des diagnostischen Prozesses klar voneinander abgegrenzt werden können. Somit wird Symptomen primär keine andere Bedeutung respektive Funktion zugesprochen, als ab einer nummerisch bestimmten Quantität sowie bei einer subjektiv beeinträchtigenden Qualität das Vorliegen einer Krankheit anzuzeigen.

Wender (2002, 15) konstatiert, dass es im Fall von ADHS „keine spezifischen psychologischen oder labortechnischen Testverfahren“ (ebd.) gibt, welche eine eindeutige Diagnose

von ADHS sichern könnte (vgl. auch Saß et al. 2003, 122). Zur Diagnosefindung wird unter anderem die Vorgeschichte des Kindes durch Befragung von Eltern oder anderen Betreuungspersonen sowie durch Gespräche mit dem Kind erhoben. Hinzu kommen Eltern- sowie Lehrerfragebögen, welche den Schweregrad und die Häufigkeit der Symptome erfassen. Diese werden meist von den Eltern aber auch von Lehrern und anderen Bezugspersonen ausgefüllt. Außerdem werden psychologische Tests, körperliche Untersuchungen sowie Verhaltensuntersuchungen in den Diagnoseprozess miteinbezogen (Drüe 2007, 89f; Wender 2002, 15). Die Diagnose sollte von einem „erfahrenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (ebd., 36), welcher eine solide Differenzialdiagnose stellen kann, vorgenommen werden.

3.1.3 Zur Behandlung von ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive

Die gängige Behandlungspraxis verweist darauf, dass die genetisch-biologische Basis von ADHS im medizinischen und psychiatrischen Bereich weitgehend angenommen bzw. akzeptiert wird. Denn großteils ist die Behandlung von ADHS, dem Modell einer neurobiologischen Stoffwechselstörung entsprechend, psychopharmakologisch ausgerichtet (Ahrbeck 2007, 29; Haubl 2007, 173). ADHS gründet in einer Hirnstoffwechselstörung, demnach sei eine medizinische Behandlung indiziert, welche mit einer Verhaltenstherapie gekoppelt sein kann (Frodl 2011, 556; Heger et al. 2006, 258; Wender 2002, 61f). Bei der medizinischen Behandlung sollen die „insuffizienten zerebralen Steuerungsmechanismen“ (Mattner 2006, 58) durch Psychopharmaka korrigiert werden. Diese Vorstellung von der Genese und der Behandlung von ADHS prägt die herrschende Lehrmeinung in der Medizin (Amft 2004, 93). In diesem Sinne konstatiert Wender (2002, 60), dass die medikamentöse Therapie im Fall von ADHS „die beste wie auch die einzig notwendige“ (ebd.) Therapieform darstellt.

Unter Kinder- und Jugendpsychiatern gelten vor allem die Pharmakotherapie und die Verhaltenstherapie als Behandlungsmethoden der Wahl (Dammasch 2004, 259) bzw. als „Goldstandard der Therapie“ (Heger et al. 2006, 258). In diesem Sinne wird von einer multimodalen Therapie gesprochen. Jedoch scheint der Psychotherapie in dieser Behandlungskombination lediglich eine begleitende Funktion zugeschrieben zu werden. So formuliert Frodl (2011, 556), dass Psychotherapie vor allem bezüglich der Behandlung von Folgeproblemen der ADHS-Betroffenheit, wie sozialen Schwierigkeiten oder Selbstwertproble-

men, von Nutzen sei. Lediglich die Medikation könne die Kernsymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung positiv beeinflussen.

Da, Angaben in der Literatur zufolge (Amft 2004, 136; Bachmann et al. 2008, 331; Käppler 2005, 28; Pozzi 2004, 175), die Medikation als Behandlungsmethode der Wahl gilt und in vielen Fällen keine additiven Maßnahmen in Gang gesetzt werden, wird nachstehend primär auf die Behandlung mit Psychopharmaka eingegangen. Dabei wird zum einen gezeigt, wie sich die Behandlung für die Mehrzahl der von ADHS betroffenen Kinder gestaltet. Zum anderen soll diese Darstellung als Vergleichsmöglichkeit dienen, wenn im nächsten Teil der vorliegenden Arbeit die psychoanalytische Perspektive auf ADHS erläutert wird.

Bei der medikamentösen Behandlung von ADHS wird zumeist auf Psychostimulanzien zurückgegriffen. Zwei häufig verwendete Psychostimulanzien sind Amphetamine und das amphetaminähnliche Methylphenidat (MPH) (Wender 2002, 65). Vor allem MPH-Präparate werden bezüglich der medikamentösen Behandlung von ADHS empfohlen (Heger et al. 2006, 258). Im Handel finden sich verschiedene Bezeichnungen für MPH-Präparate unterschiedlicher Hersteller, beispielsweise Ritalin, Medikinet, Equasym oder Concerta (Drüe 2007, 177). In Deutschland fallen diese Präparate unter das Betäubungsmittelgesetz (Amft 2004, 101). In Österreich wird Ritalin im Apothekenregister unter Suchtmittel angeführt (Angabe einer Wiener Apothekerin am 29.7.2010).
Die medikamentöse Behandlung von ADHS ist nach Wender (2002, 60) von „größter Wichtigkeit“. Er konstatiert, dass in jedem Fall von ADHS ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Die Arbeit von Psychologen, Sozialarbeitern oder Erziehern befindet er lediglich als unterstützend. Da diese Berufsgruppen nicht in der medikamentösen Behandlung ausgebildet sind, können sie „nicht die volle Verantwortung für die gesamte Therapie übernehmen“ (ebd.).

Der Einsatz von Psychopharmaka im Fall von ADHS wird durch deren neurobiologische Wirkung begründet. Wie bereits erklärt, scheint ADHS aus medizinisch-biologischer Sicht das Resultat eines Dopaminmangels in bestimmten Arealen des Gehirns zu sein. Dieser entsteht durch die zu rasche Wiederaufnahme von freigesetztem Dopamin über die Dopamintransporter. Genau hier setzt die Wirkung von MPH an. MPH blockiert die Dopamintransporter und hemmt so die Wiederaufnahme von Dopamin (Banaschewski et al. 2004,

142f). Außerdem fördert MPH die vermehrte Freisetzung von Dopamin aus der Präsynapse (Hüther 2004, 88). Somit bleibt mehr Dopamin im synaptischen Spalt erhalten und kann seine Wirkung entfalten.
Wie MPH den Dopamintransporter blockiert, konnte bislang noch nicht genau geklärt werden (Schimmelmann et al. 2006, 428). Konrad und Gilsbach (2007, 10) betonen ebenfalls, dass bisher noch sehr wenig über den „Mechanismus, wie die Medikation das Gehirn und kognitive Funktionen beeinflusst" (ebd.), bekannt ist. Auch ist weitgehend fraglich, welche Auswirkungen eine Langzeitbehandlung mit MPH auf die Gehirnentwicklung hat (Amft 2004, 116). Trotz der vielen offenen Fragen gilt die Medikation im Fall von ADHS als therapeutischer Standard (Dammasch 2004, 259; Heger et al. 2006, 258). Ebenso soll die durch die Medikation hervorgerufene Verhaltensänderung die ADHS-Diagnose validieren (Riedesser 2006, 114). In diesem Sinn gilt die neurobiologische Wirkung von MPH als Beweis für das Vorliegen einer Stoffwechselstörung im Gehirn von ADHS-Betroffenen (Wender 2002, 67).

In dem Maß, in dem die ADHS-Diagnosen zunehmen, werden immer mehr ADHS-Betroffenen Psychopharmaka verabreicht. Vor allem seit dem Jahr 1995 kam es zu einer deutlichen Steigerung der MPH-Verordnungen (Arzneiverordnungsreport 2000 & 2002 zit.n. Amft 2004, 98). Für Deutschland liegen Daten bezüglich des jährlichen MPH-Verbrauches vor. Laut dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit (zit.n. Heinz 2004, 317) wurden im Jahr 1993 34 kg MPH verbraucht. Sechs Jahre später, 1999, war der jährliche Verbrauch von MPH auf 242 kg gestiegen. Nur ein Jahr später, 2000, wurden bereits 463 kg MPH verbraucht. Kam es zwischen 1993 und 1999 zu einer Verordnungssteigerung von 208 kg, so stieg der MPH-Verbrauch von 1999 auf 2000 um 221 kg, womit der MPH-Verbrauch in diesem einen Jahr mehr als in den sechs Jahren davor angestiegen ist. Auch in der Schweiz stieg der MPH-Verbrauch von 1997 auf 2000 von knapp 6 kg auf 27 kg (Hüther & Bonney 2006, 13). Angaben von Arzneiverordnungs-Reporten (zit.n. Amft 2004, 97) können Daten über Verordnungshäufigkeiten von Medikamenten entnommen werden. So schien im Jahr 1988 Ritalin nicht unter den 2000 am häufigsten verordneten Substanzen auf. Im Jahr 2001 belegte Ritalin bereits den 138sten Rang. Auch diese Daten weisen auf die explosionsartige Zunahme der MPH-Verordnung hin.
Entsprechende Angaben für Österreich liegen laut dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit nur in begrenztem Umfang vor, da die Statistik nur Verordnungen von Ritalin auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers umfasst. Daten zur Verschreibung

im niedergelassenen Bereich stehen nicht zur Verfügung. Angaben des Bundesministeriums zufolge wurden im Jahr 2006 in Österreich knapp 9,6 kg Ritalin über Krankenversicherungsträger abgerechnet. Im Jahr 2008 war die Verordnung von Ritalin auf knapp 12 kg angestiegen (Stöger 2009). Angaben von Haubl und Liebisch (2009, 133f) zufolge werden gegenwärtig weltweit über zehn Millionen Kinder mit Psychostimulanzien behandelt, wobei es große internationale Unterschiede gibt. Vor allem in den USA, in Kanada, Norwegen und Australien ist die Verordnung von Psychostimulanzien sehr hoch. „In den USA nehmen täglich zwischen sechs und acht Millionen Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität“ (Dammann 2007, 190) MPH-Präparate zu sich. Das entspricht gut 90 Prozent des weltweiten Umsatzes von MPH. In Deutschland werden rund 400.000 Kinder mit MPH behandelt (BMGS 2002 zit.n. Leuzinger-Bohleber 2006, 11).

Nach Haubl und Liebisch (2009, 133) „erfolgen die meisten Verordnungen für das Alter zwischen neun und zwölf Jahren“. Angaben an anderer Stelle zufolge wird MPH zumeist im Alter zwischen sieben und acht Jahren verordnet. (Ferber et al. 2003, 43 zit.n. Amft 2004, 98). Beide Altersdaten markieren also entweder den Schulbeginn, die Volksschulzeit oder den Übertritt in eine Mittelschule, also dann, wenn eine Anpassungsleistung vom Kind verlangt wird. Zunehmend wird aber auch schon von einer MPH-Medikation von Kindern unter sechs Jahren berichtet und das obwohl die Behandlung von Kleinkindern mit Psychostimulanzien nicht zugelassen ist (Amft 2004, 100; Pozzi 2004, 169).

Die Wirksamkeit von MPH-Präparaten ist sehr gut. So sprechen rund 70 Prozent der Betroffenen auf die Behandlung mit MPH an (Döpfner et al. 2008, 266). Spricht das Kind auf die Behandlung mit MPH an, so setzt die Wirkung üblicherweise unmittelbar ein. Nach Einnahme des Medikaments verbessern sich viele der ADHS-Symptome. Die Kinder sind ruhiger und zappeln weniger, ihre Aufmerksamkeitsleistung verbessert sich, sie sind weniger stur und umgänglicher. Sie reagieren unter Medikamenteneinfluss besser auf Wünsche sowie Bedürfnisse anderer. Zusätzlich wird hervorgehoben, dass die Kinder durch die Behandlung mit MPH leichter erziehbar sind. Außerdem durchleben die Kinder weniger oft Wutanfälle und leiden seltener an Stimmungsschwankungen, ebenso wird die Impulsivität vermindert. Ein weiterer positiver Aspekt der medikamentösen Behandlung ist die Verbesserung der Schulleistung (Wender 2002, 67).

Diese Effekte sind jedoch nur vorübergehend, und gehen mit dem Absetzen des Medikamentes wieder verloren. Somit kann durch die Verabreichung von MPH keine langfristige Verbesserung der ADHS-Symptomatik erzielt werden (Wender 2002, 69).
Mit diesen positiven Effekten gehen auch negative Effekte mit der MPH-Behandlung einher. So wird beispielsweise beschrieben, dass Kinder unter dem Einfluss von MPH emotional abflachen, sich maschinenhaft verhalten (Amft 2006, 81). Obwohl der Einsatz von Stimulanzien bei Kindern als außergewöhnlich sicher gilt (Wender 2002, 71), wird die medikamentöse Behandlung von Nebenwirkungen begleitet. Einer Aussendung des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit (Stöger 2009) zufolge zählen Nervosität und Schlaflosigkeit zu den häufigsten Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Riatlin. Außerdem kommt es vielfach zu Kopfschmerzen und Schwindel sowie zur Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck bis hin zu Herzrhythmusstörungen. Ebenso häufig treten Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen auf. Auch das Hautbild kann durch die Medikation in Mitleidenschaft gezogen werden. So kann es zu Ausschlägen und Juckreiz kommen. In manchen Fällen wurde der Verlust der Kopfhaare berichtet. Außerdem konnte beobachtet werden, dass es im Zuge einer Langzeitmedikation mit Ritalin zu einer Wachstumshemmung kommt. Wender (2002, 71) berichtet auch von einem verminderten Appetit, was zu einer Gewichtsreduktion führen kann. Die psychologischen Auswirkungen, welche sich durch die Einnahme von Medikamenten für das Kind ergeben, werden in der zur Rate gezogenen medizinisch-orientierten Literatur kaum thematisiert[11].
Medizinisch-biologisch-orientierte Autoren pointieren, dass Wirkung und Nebenwirkung von MPH in einem günstigen Verhältnis zueinander stehen und dass der psychische Nutzen der medikamentösen Behandlung die Nebenwirkungen überwiegt (Drüe 2007, 190; Wender 2002, 73). So kann es durch eine gelingende Medikation möglich werden, ein schwer auffälliges ADHS-Kind in der Schule oder gar in der Familie zu halten (Drüe 2007, 55). Außerdem beeinflusst die Medikation auch das Sozialleben von ADHS-Betroffenen positiv. Sie können Freundschaften eingehen und werden wieder in soziale Unternehmungen integriert (ebd., 189).

In diesem Kapitel wurden nun die wesentlichen Aspekte der medizinisch-biologischen Perspektive dargestellt. Der medizinisch-biologische Trend in der Betrachtung von ADHS findet jedoch nicht nur Anhänger, sondern auch Kritiker, vor allem außerhalb der medizi-

[11] Mit der Bedeutung der Medikation für die betroffenen Kinder setzten sich der Psychoanalytiker Haubl und die Soziologin Liebisch 2009 in ihrem Aufsatz „Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD[H]S-Medikation für die betroffenen Kinder“ auseinander.

nischen Fachschaft. Welche Aspekte der medizinisch-biologischen Perspektive kritisiert werden, wird im nächsten Abschnitt erläutert. Dabei bildet der folgende Teil auch eine Überleitung zur Thematisierung von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive.

3.1.4 Zur Kritik an der medizinisch-biologischen Perspektive

Täglich nehmen über zehn Millionen Kinder ihre Dosis an MPH zu sich (Haubl & Liebisch 2009, 133f) und der Mainstream scheint dieses Vorgehen zu befürworten (Amft 2004, 93; Haubl 2007, 173; Wender 2002, 60). So beschreibt Amft (2002, 124): „Bei vielen Eltern, Lehrern und Medizinern ist eine zuvor bestehende ‚Hemmschwelle' gegenüber dem Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern weggefallen". So wird es als normal betrachtet Kindern, mit Verhaltensauffälligkeiten psychotrope Substanzen zu verabreichen. Ist es somit heute selbstverständlich geworden, dass Millionen von Kleinkindern und Kindern mit psychotropen Substanzen behandelt werden (Amft 2004, 121)?
Kritiker betonen, dass die Langzeitwirkung einer MPH-Behandlung nach wie vor fraglich ist (ebd., 116). Bovensiepen (2004, 17) hebt hervor, dass die Verabreichung von Ritalin einen massiven chemischen Eingriff in das sich entwickelnde Gehirn der Kinder darstellt, welches ein unkalkulierbares Risiko für die Gesundheit bergen kann, da bislang noch zu wenig über die psychobiologischen Zusammenhänge der Medikation bekannt ist.
Es wird auch gefragt, warum im Fall von ADHS noch immer an einem „organpathologischen, medizinischen Modell festgehalten wird, obschon sich inzwischen in der Medizin ein Paradigmenwechsel hin zu einem biopsychosozialen Modell vollzogen hat" (Leuzinger-Bohleber 2006, 20). Denn es ist diese organpathologische Sicht auf die Ätiologie von ADHS, die eine medikamentöse Behandlung rechtfertigt (Amft 2006, 70; Mattner 2006, 58).

Ein weiterer bedenklicher Aspekt der Medikation Minderjähriger ist, dass Dritte über die Vergabe einer psychotropen Substanz entscheiden (Amft 2006, 71). Denn meist bestimmen die Eltern, ob das Kind eine medikamentöse Behandlung aufnimmt oder nicht.
Ein weiterer Kritikpunkt an der Medikation ist, dass durch die eingesetzten Psychopharmaka die Intervention rein auf die körperliche Ebene zentriert ist, eine Intervention auf geistig-seelischer Ebene des Kindes jedoch unterbleibt (Häußler 2004, 137).

Des Weiteren wird an vielen Stellen der Verdacht laut, dass oft ungenau diagnostiziert wird, bzw. dass nicht nur Kinder mit gesicherter ADHS-Diagnose und Indikation mit psychotropen Medikamenten behandelt werden (Amft 2006, 80). In diesem Sinne beschreibt Heinz (2004, 323), dass Ärzte Ritalin oftmals ohne somatisch-neurologische Voruntersuchungen, ohne Labordiagnostik oder kognitive Leistungsdiagnostik verordnen. In vielen Fällen wird auch auf eine Familiendiagnostik und auf eine Verhaltensanalyse verzichtet. Haubl und Leuzinger-Bohleber (2007, 52) zufolge warnen auch Gesundheitsexperten vor laxen Indikationsstellungen für die Behandlung mit Psychostimulanzien. Amft (2006, 80) geht davon aus, dass bei 90 bis 95 Prozent der Kinder mit ADHS eine Behandlung mit MPH gar nicht indiziert sei.

Ein weiterer Kritikpunkt nach Dammasch (2004, 307) ist, dass seiner Meinung zufolge die Diagnose ADHS zu leicht gestellt wird. Bislang wurde noch kein naturwissenschaftliches, objektives Verfahren entwickelt, welches zwischen einem ADHS-Kind mit einer Hirnstoffwechselstörung und einem Kind ohne eine solche Stoffwechselstörung unterscheiden könnte (Leuzinger-Bohleber 2006, 15). Auch gibt es kein Verfahren mit denen das Vorliegen belegt bzw. ausgeschlossen werden kann (Amft 2004, 83). Da es somit „keine objektive Grenze zwischen ‚krank' und ‚gesund' gibt" (Haubl & Liebisch 2008, 675f) entfällt auf die diagnostische Kategorisierung immer ein Stück weit Beliebigkeit des Diagnostikers. In diesem Sinne beschreibt auch Amft (2004, 78), dass das Erteilen der ADHS-Diagnose vom Toleranzniveau des Diagnostikers gegenüber den kindlichen Auffälligkeiten abhängt. Somit wird, der jeweiligen Toleranz des Diagnostikers entsprechend, Verhalten, welches von der Norm abweicht als krank definiert, womit eine „psychopharmakologische Verhaltensbeeinflussung" (ebd., 121) als indiziert gilt. Sodann werden Psychopharmaka eingesetzt um dem Kind zur Normalität zu verhelfen (Amft 2006, 72; 88) oder erwünschtes (Schul-)Verhalten „herzustellen" (Amft 2004, 113; Amft 2006, 80).
Durch die Dominanz der psychopharmakologischen Behandlung von ADHS verzeichnen Pharmakonzerne bereits einen Milliardengewinn, wodurch auch Vorwürfe des Missbrauches laut werden (Benz 2007, 97). In diesem Sinne verweist Amft (2004, 101) darauf, dass mit der steigenden Verordnungszahl von MPH-Präparaten in Deutschland auch eine Teuerung dieser Substanzen einherging.

Andererseits wird auch hinterfragt, wie es in den letzten Jahrzehnten zu einer solch massiven Zunahme der ADHS-Diagnosen kommen konnte. Denn wie bereits dargestellt, wird

ADHS aus medizinisch-biologischer Perspektive als an der Basis genetisch verursacht angesehen. Doch die Gene des Menschen haben sich in den letzten 1000 Jahren im Vergleich zu den Umweltbedingungen kaum verändert (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 283). So ist fraglich wie es sein kann, dass die Diagnose ADHS in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, sich aber die menschlichen Gene kaum gewandelt haben. Außerdem bleibt die Anzahl jener Personen, welche von einer genetisch bedingten Erkrankung betroffen sind, in der Population konstant und steigt im Regelfall nicht plötzlich an. Diese Erkenntnis steht somit im Widerspruch zur sprunghaften Zunahme der ADHS-Diagnose. Amft (2006, 79f) konstatiert sogar, dass im Fall eines Geburtenrückgangs, wie in der westlichen Zivilisation, die Anzahl der Betroffenen sogar rückläufig sein müsste. Eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung kann somit nicht erklären, warum gegenwärtig um ein vielfaches mehr Kinder mit MPH behandelt werden als noch vor einem Jahrzehnt (Amft 2004, 117). Vielmehr findet Amft (ebd., 139) eine andere Erklärungsmöglichkeit für die massenhafte Zunahme der ADHS-Diagnose:

> „Wenn innerhalb einer menschheitsgeschichtlich relativ kurzen Zeitspanne, wie einigen Jahrzehnten, Krankheiten oder Störungen massenhaft auftreten oder verschwinden, die vorher selten oder häufig waren, dann spricht dies in erster Linie für eine Veränderung der Umweltbedingungen und nicht etwa für genetische Mutationen“ (ebd.).

Auffällig sind auch die internationalen Unterschiede. Bezüglich der ADHS-Diagnose und dem Konsum von MPH-Präparaten kommt es zu einer Akzentuierung der ADHS-Diagnosen in westlichen Staaten, vor allem in den USA[12], in ähnlich entwickelten Ländern, wie zum Beispiel Japan, ist das Krankheitsbild weniger bekannt (Molitor 2004, 9f; Dammann 2007, 190). Dies könnte auch dafür sprechen, dass vielmehr Umweltfaktoren als genetische Mutationen als Ursache für die Genese von ADHS anzudenken sind. In diesem Sinne sprechen auch manche medizinisch-orientierte Autoren dafür, angesichts eines solch heterogenen Störungsbildes wie ADHS von mehreren ätiologisch bedeutsamen Faktoren auszugehen (Konrad & Gilsbach 2007, 13).

Ein weiterer Kritikpunkt an der medizinischen Perspektive ist, dass im Fall von ADHS eine einheitliche Genese vermutet wird und das, obwohl ADHS verschiedene Ausprägungsformen annehmen kann, unterschiedliche Kombinationen mit anderen Auffälligkeiten auftreten können und psychosoziale sowie biologische Risiken sehr heterogen ausfallen

[12] Bis zum Jahr 2002 wurden allein in den USA über vier Millionen ADHS-Diagnosen gestellt (Wender 2002, 13).

(Lehmkuhl 2009, 67). Vielmehr sollte es Lehmkuhls Meinung zufolge darum gehen „im Einzelfall zu differenzieren“ (ebd.) und nicht in jedem Fall eine neurobiologische Verursachung anzunehmen.

Staufenberg (2007, 102) merkt jedoch an, dass es nicht per se um eine strikte Zurückweisung medikamentöser Behandlung geht, sondern dass es einerseits einer sorgfältigen Diagnose bedarf und andererseits auch Überlegungen bezüglich begleitender Interventionen zur Medikation angestellt werden sollen.

Anhand dieser exemplarischen Auflistung von kritischen Anmerkungen, konnte gezeigt werden, dass die massenhafte Medikation, deren Langzeitwirkung noch weitgehend ungeklärt ist, nicht von allen Seiten bedenkenlos akzeptiert wird. Man kritisiert unzureichend genaue Diagnoseverfahren und die rasche Vergabe von psychotropen Medikamenten an Minderjährige. Auch die internationalen Unterschiede der Prävalenz von ADHS sprechen dafür, dass eher Umwelteinflüsse das Zustandekommen von ADHS begünstigen, als genetische Mutationen.

Im Folgenden wird nun eine zum Mainstream alternative Sichtweise auf die Symptomatik, Diagnostik, Ätiologie und Behandlung von ADHS dargestellt werden – die psychoanalytische Perspektive. Damit soll gezeigt werden, dass es auch andere Erklärungsmodelle als die hirnorganische Stoffwechselstörung für die Genese einer ADHS-Symptomatik gibt und sich diesen Erklärungsmodellen entsprechend eine andere, als die medikamentöse Behandlung ableiten lässt.

3.2 ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Vielfach wird erwähnt, dass die Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit ADHS längere Zeit spärlich ausfiel (Ahrbeck 2007, 15; Häußler & Hopf 2004, 20). Erst in jüngster Zeit erscheinen zunehmend psychoanalytisch-orientierte Veröffentlichungen zum Thema ADHS. Dennoch fehlt es nach wie vor an Studien in welchen beispielsweise psychoanalytisch-orientierte Behandlungsmöglichkeiten von ADHS thematisiert werden (Bachmann et al. 2008, 330). An diesem Punkt soll die vorliegende Arbeit anknüpfen.
Innerhalb der Psychoanalyse stehen verschiedene Theorien und Modelle nebeneinander (Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 624). Jede dieser Theorien eröffnet einen etwas anderen

Blickwinkel im Hinblick auf die Genese von Symptomen. Daher werden im ersten Unterpunkt Annahmen zur Ätiologie von ADHS anhand verschiedener psychoanalytischer Theorien, wie Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie, erläutert. Auch der Bindungstheorie soll ein Abschnitt gewidmet sein. Obwohl es sich dabei nicht um ein genuin psychoanalytisches Modell handelt, greifen psychoanalytische Autoren oftmals darauf zurück, so auch im Zusammenhang mit ätiologischen Vorstellungen im Hinblick auf ADHS (Briesch 2004, 45-69; Leuzinger-Bohleber 2006, 33f). Im Anschluss an diese Ausführungen werden weitere mögliche Ursachen für ADHS dargestellt.

3.2.1 Zur Ätiologie von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Obwohl hier von *der* psychoanalytischen Perspektive die Rede ist, wäre der Eindruck, die Psychoanalyse bestehe aus einer einheitlichen Theorie, falsch. Wie Leuzinger-Bohleber et al. (2008, 624) beschreiben, ist die Psychoanalyse durch eine Pluralität an psychoanalytischen Theorien gekennzeichnet. Als Beispiel nennen sie Ich-Psychologie, psychoanalytische Objektbeziehungstheorie oder Bindungstheorie. Diese Vielfalt an Theorien gilt jedoch als positives Merkmal der Psychoanalyse, da sie ermöglicht, „ein so komplexes Phänomen wie ADHS aus verschiedenen theoretischen Perspektiven zu betrachten“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 360). Diese Perspektivenvielfalt findet vor allem in der Auseinandersetzung mit der Ätiologie von ADHS ihren Niederschlag, da die verschiedenen psychoanalytischen Theorien verschiedene Ursachen für die Genese einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung verantwortlich machen. Dies begünstigt die Auffassung, dass ADHS kein monokausales Phänomen darstellt, sondern, dass vielfältige Ursachen hinter der Ausbildung dieser Symptomatik stehen können (Leuzinger-Bohleber 2006, 14f).

Zur Ätiologie von ADHS aus Ich-psychologischer Perspektive

Ich-psychologische Autoren sehen in der Aufmerksamkeit eine wichtige Funktion des Ich (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 380). Die Reifung der Ich-Funktionen, somit in weiterer Folge die Reifung der Aufmerksamkeit, ist deutlich mit der psychosozialen sowie emotionalen Entwicklung verbunden (Bovensiepen 2004, 190). Der Auslöser für die Genese von ADHS liegt nach ich-psychologischen Autoren darin, „dass das Primärobjekt […] dem Kind kaum ermöglicht hat, genügend gute, stabile Ichfunktionen zu entwickeln. Das Kind ist auf eine verlässliche und kontinuierliche Unterstützung der Primärobjekte existenziell angewiesen“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 360). Denn nur durch ihre Unterstützung

kann das Kind eine stabile Verhaltensregulation entwickeln. Gelingt diese Unterstützung nicht, kann das Kind kaum die Fähigkeit zur Regulation von Affekten bzw. Triebimpulsen entwickeln. Triebimpulse können somit nicht psychisch integriert werden und „beeinträchtigen“ die Ich-Funktion. Als mögliche Folge dieser defizitären Regulationsfähigkeit wird die Ausbildung ADHS-typsicher Symptome genannt (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 360f).

Zur Ätiologie von ADHS aus Perspektive der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie

Ein zentrales Moment der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie stellt die Beschäftigung mit Internalisierungsprozessen früher (Beziehungs-)Erfahrungen, welche der Säugling mit anderen Personen durchlebt, dar. Diese Internalisierungen dienen dem Säugling als Grundlage für die Entwicklung psychischer Strukturen, von Persönlichkeitsmerkmalen sowie Triebbedürfnissen. Dabei wird vor allem zwei Affektzuständen des Säuglings eine wichtige Rolle im Zuge der Internalisierung zugesprochen. Zum einen handelt es sich dabei um einen milden Affektzustand. Während im Säugling milde Affekte vorherrschen, können normale Internalisierungsprozesse stattfinden. Diese gewährleisten in Folge eine normale Entwicklung der Ich-Funktionen. Herrschen jedoch intensive oder heftige Affekte, sogenannten Spitzenaffekte vor, kann der Säugling diese Reize nicht mehr adäquat verarbeiten und es kommt zur Bildung problematischer Internalisierungen. Dazu kann es sowohl in intensiv-positiven Situationen der Freude oder Euphorie kommen, als auch in intensiv-negativen Situationen der Angst oder Wut. Diese deutlich positiven oder deutlich negativen Erlebnisse werden in Form idealisierter Bilder von Beziehungserfahrungen internalisiert. Dadurch entwickelt das Kind die Tendenz Erlebnisse in entweder absolut gut oder in absolut schlecht zu unterteilen. Dadurch kommt es zu einer Aufspaltung von Beziehungserfahrungen „in einen idealisierten und in einen verfolgenden Teil“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 626). Erlebt das Kind genügend gute Beziehungserfahrungen und werden seine Spitzenaffekte zuverlässig und kontinuierlich von seinem Primärobjekt gemildert, entwickelt es nach und nach die Fähigkeit extreme Situationen integrieren zu können. Somit kann sich allmählich „ein tragendes, kohärentes Kernselbstgefühl entwickeln“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 362).

Blickt man auf die frühe Interaktionsgeschichte von Kindern mit ADHS finden sich häufig Faktoren, welche den eben beschriebenen Entwicklungsverlauf erschweren. Als Beispiel nennen Leuzinger-Bohleber et al. (2007, 362) die Interaktion zwischen Säugling und einer

depressiven Mutter. Eine Form, mit der manche Säuglinge auf das depressive Verhalten ihrer Mütter reagieren, ist hyperaktives Verhalten, mit dem sie versuchen die sonst emotional nur schwer erreichbare Mutter „zum Leben zu erwecken“ (ebd.).

Zur Ätiologie von ADHS aus Sicht der empirischen Bindungsforschung

Bowlby (1953, 11) Begründer der Bindungstheorie, misst der elterlichen Fürsorge im Kleinkindalter eine wichtige Bedeutung bei, da sie für die seelische Gesundheit im späteren Leben des Kindes ausschlaggebend ist. Reagiert die Mutter auf die Signale ihres Säuglings konstant feinfühlig und angemessen, kann das Kind eine sichere Bindung[13] zu ihr aufbauen (Ainsworth et al. 1978, 142; 242; 311ff; Leuzinger-Bohleber 2006, 34). Reagiert die Mutter weniger sensibel auf die Äußerungen ihres Kindes oder reagiert sie oftmals überstürzt oder abweisend, entwickelt sich beim Kleinkind ein unsicher-ambivalenter Bindungstyp. Reagiert die Mutter zumeist abweisend auf die Bedürfnisäußerungen ihres Kindes, entwickelt sich ein unsicher-vermeidender Bindungstyp (Ainsworth et al. 1978, 142; 314fff; Dornes 1999, 165). Dieses System der Bindungstypen wurde um den Typ der unsicher-desorganisierten Bindung erweitert. Diesem Typ wurde ein Bindungsverhalten zugeordnet, welches keinem der anderen Typen zugeordnet werden konnte. Dabei zeigt das Kind auffällige und sich widersprechende Verhaltensweisen (Briesch 2004, 48).

Leuzinger-Bohleber (2006, 33f) und Briesch (2004, 45-69) beschreiben die Genese von ADHS aus bindungstheoretischer Perspektive. Sie konstatieren eine Ähnlichkeit zwischen den ADHS-Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, wie sie bei Kindern mit einem desorganisierten Bindungsmuster zu Tage treten. Stiefel (1997 zit.n. Pozzi 2004, 174) verwies darauf, dass Kinder mit ADHS häufig desorganisierte oder ambivalente Bindungsmuster zeigen. Kinder mit sicherer Bindung entwickeln im Gegensatz dazu nur selten ADHS (Leuzinger-Bohleber 2006, 34).

Aus bindungstheoretischer Perspektive stellen die ADHS-Symptome einen Versuch des unsicher gebundenen Kindes dar, Nähe zu der primären Bezugsperson herzustellen (Greenberg et al. 1997 zit.n. Streeck-Fischer & Fricke 2007, 285). Auch du Bois (2007, 302) interpretiert ADHS als „frustrane Bindungssuche“ mit der das Kind versucht, die Aufmerksamkeit der Mutter (zurück) zu erlangen. Denn antwortet die primäre Bezugsperson nicht adäquat auf die Bindungssignale des Kindes, erfährt es keine Hilfe bei der Regu-

[13] Aus Platzgründen kann an dieser Stelle keine detailliertere Darstellung der einzelnen Bindungstypen gegeben werden. Fonagy und Target (2006, 321ff) geben jedoch einen lapidaren Überblick über Charakteristika der Bindungstypen im Zusammenhang mit dem „Fremde Situation Test“ nach Ainsworth et al. (1978).

lation seiner Affekte, wodurch seine „affektive Spannung“ nicht abgebaut werden kann. Somit bleiben dem Kind nur zwei Möglichkeiten diese Spannung abzubauen: zum Ersten durch eine gesteigerte motorische Aktivität oder zum Zweiten durch psychosomatische Reaktionen wie beispielsweise Essstörungen oder Probleme beim Ein- und Durchschlafen (Briesch 2004, 58).

Zusammenfassung

Somit wird ADHS entweder als Folge einer Ich-Pathologie, im Sinne der Ich-Psychologie oder als Folge einer Störung der inneren Objektbeziehung, im Sinne der Objektbeziehungstheorie aufgefasst (Bürgin & Steck 2007, 320). Aus Sicht der Bindungsforschung kann ADHS als Folge eines desorganisierten Bindungstyps interpretiert werden (Briesch 2004, 45). Obwohl die drei Theorien das Zustandekommen der für ADHS typischen Symptome auf unterschiedlichem Wege erklären, bildet in allen Modellen eine unzureichende Abstimmung in der Interaktion zwischen Eltern und Kleinkind die Basis für die Ätiologie von ADHS.

In der psychoanalytisch-orientierten Literatur werden jedoch noch weitere Hinweise genannt, auf welche Ursachen die Genese von ADHS zurückgeführt werden kann. So wird die Ätiologie von ADHS beispielsweise auf ein Dis-Match[14] der Vitalität zwischen Eltern und Kind, auf frühe Beziehungsabbrüche und frühen Objektverlust zurückgeführt. Anderen Ortes wird das Fehlen der Väter und damit einhergehend auf ihre fehlende Rolle im Triangulierungsprozess[14] innerhalb der Familie für die Ätiologie von ADHS verantwortlich gemacht. Andere Autoren befinden ein unzureichendes Containment[14] kindlicher Affekte durch die Eltern als Ursache für die gesteigerte kindliche Unruhe und Impulsivität. Auch Traumata können zur Genese von ADHS beitragen. Im folgenden Abschnitt sollen diese ätiologischen Aspekte von ADHS näher ausgeführt werden:

Ein Dis-Match zwischen Eltern und Kind als Ursache für ADHS

Leuzinger-Bohleber (2006, 28) beschreibt ein Dis-Match zwischen der Vitalität und dem Temperament des Säuglings und der primären Bezugspersonen (vor allem der Mutter) als eine mögliche Ursache für das Entstehen von ADHS. Ist die Mutter beispielsweise von

[14] Die Bedeutung dieser Begriffe wird in den entsprechenden Abschnitten geklärt.

ruhigem Gemüt, das Baby jedoch quirlig und temperamentvoll, kann dies insofern einen Risikofaktor darstellen, als dass es der Mutter eventuell nur schwer gelingt, „sich in die affektive Welt ihres Kindes adäquat einzufühlen und dessen Affekte zu regulieren“. Infolge kann es zu den bereits beschriebenen Abstimmungsschwierigkeiten in der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kleinkind kommen, welche unter Umständen die Genese von ADHS-Symptomen einleiten. Carey (2009, 76-90) thematisiert in seinem Buchbeitrag auch das kindliche Temperament im Zusammenhang mit ADHS. Er stellt fest, dass das Temperament des Kindes häufig nicht richtig eingeschätzt und infolge fälschlicherweise als ADHS diagnostiziert wird.

Frühe Bindungsabbrüche und frühe Trennung als Ursache für ADHS

Psychoanalytische Autoren konstatieren, dass es bei Kindern mit ADHS im frühen Leben oftmals zu gravierenden Beziehungsabbrüchen gekommen ist (Gerspach 2006, 107; Häußler & Hopf 2004, 32; 38; Heinemann & Hopf 2006, 104). Das Kind versucht nun mittels hyperaktivem Verhalten die Leere, welche sich durch den Verlust des bedeutungsvollen Objekts aufgetan hat, zu füllen. In diesem Fall dient die Hyperaktivität als eine Strategie des Kindes um den Objektverlust zu bewältigen (Bürgin & Steck 2007, 315). Dies tritt besonders dann zu Tage, wenn das Kind nicht erlebt, dass seine Affekte der Trauer durch bedeutungsvolle andere „contained“ und gehalten werden können. Die motorische Überaktivität dient sodann dem Ausdruck von Affekten. In einer solchen Situation ist zielgerichtetes Handeln nicht möglich (Bürgin & Steck 2007, 319).

In ähnlicher Weise reagiert das Kind auch auf frühe Trennungserfahrungen von einem geliebten Objekt. In der Untersuchung zu ADHS von Heinemann und Hopf (2006, 104) konnte in der Anamnese bei rund 26 Prozent der Kinder mit ADHS Krankenhausaufenthalte in früher Kindheit verzeichnet werden. Auch auf diese Trennung, die mit einem temporären Objektverlust einhergeht, kann das fehlende Objekt durch die Hyperaktivität des Kindes ersetzt werden. Durch die Hyperaktivität versucht das Kind die Trennung zu leugnen.

Als eine weitere Ursache für die Ätiologie von ADHS beschreiben psychoanalytische Autoren den „Verlust“ eines Elternteiles durch Trennung bzw. Scheidung (Häußler & Hopf 2004, 32). Nach Amft (2004, 76) werden rund „ein Drittel bis die Hälfte aller Ehen“ geschieden. Der Anteil alleinerziehender Mütter nach Trennungen ist im Fall von Kindern mit ADHS besonders hoch. Andererseits sind Väter auch in „intakten“ Familien häufig

weniger präsent (Häußler & Hopf 2004, 32), sie sind oftmals physisch „abwesend oder emotional nicht erlebbar“ (ebd., 38). Dadurch fehlt den Kindern, vor allem Buben die Triangulationsfunktion des Vaters (Hopf 2007, 337; Staufenberg 2009, 116f). Insbesondere für Buben kann diese Situation bedrohlich werden. Im Idealfall dient ihnen der Vater als ödipales Identifikationsobjekt, womit er eine entscheidende Rolle in der Geschlechtsidentifikation von Buben übernimmt (Heinemann & Hopf 2006, 115). Durch die Abwesenheit der Väter fehlt jedoch das ödipale Identifikationsobjekt, wodurch sich Buben häufig nicht gegen „eine inzestuöse Beziehung mit der Mutter“ (Hopf 2007, 344) identifizieren können. Infolge kann die enge Bindung zwischen Mutter und Kind nicht gelockert werden (Heinemann & Hopf 2006, 115). Durch die bestehenbleibende enge mütterliche Bindung kommt es bei Buben häufig zu einem Identifikationskonflikt mit ihrer Mutter (ebd.). Das hyperaktive Verhalten des Kindes dient dann als Ausdruck dieses Konfliktes (Häußler & Hopf 2004, 38). Dieses Erklärungsmodell könnte auch erklären, weshalb mehr Buben als Mädchen von ADHS betroffen sind.

Mangelnde Individuation des Kindes und Familiendynamik als Ursache für ADHS

Ähnlich gestaltet es sich, wenn die Individuation des Kindes durch unbewusste Aspekte in der Familiendynamik verhindert wird. So beschreiben Stork et al. (2001, 98f), dass in Familien mit ADHS-Kindern oftmals psychische Konflikte vorhanden sind. Diese Konflikte auf Seiten der Eltern bestanden bereits vor der Geburt des Kindes, in der Vergangenheit. In vielen Fällen „handelt es sich […] um unverarbeitete aggressive und libidinöse Triebregungen im Zusammenhang mit Enttäuschungen und Versagungen in der eigenen Kindheit“ (ebd., 98). Diese Konflikte dürfen aber nicht ausgesprochen bzw. ins Bewusstsein gerufen werden. Im Sinne der Verleugnung werden sie nach der Geburt des Kindes unbewusst auf das Kind projiziert. Das Kind soll im unbewussten Auftrag der Eltern Glück und Freude bringen „und ihnen über ihre Schwierigkeiten“ hinweghelfen (ebd., 99). Die Eltern projizieren Forderungen und Erwartungen auf das Kind, wodurch sie das Kind in seiner Eigenständigkeit bzw. Eigenheit in unbewusster Form unter Druck setzen (ebd., 108). Es kommt zu einer Suppression der kindlichen Individuation, da das Kind von den Eltern hauptsächlich als Objekt ihrer Projektion und weniger als ein eigenständiges Wesen gedacht wird (Stork et al. 2001, 99). Schon der Säugling reagiert auf diesen subtilen Zwang einerseits mit einer „Verklebung“ mit seiner Mutter bzw. mit einer unbewussten Ablehnung gegen diese Form der Unterdrückung, wodurch es zur Ausbildung verleugneter sowie unterdrückter Aggressionen kommt (ebd., 108). In diesem Zusammenhang kommt es sodann zu der

Genese hyperaktiven Verhaltens (Stork et al. 2001, 99). Somit dienen ADHS-Symptome den Kindern als Versuch, ihre Individuation wieder herzustellen (Heinemann & Hopf 2006, 109).

Unzureichendes Containment als Ursache für ADHS

Gerspach (2006, 101) beschreibt eine unzureichende Containment-Funktion der Eltern als Ursache für die Ätiologie von ADHS. Containment beschreibt die Fähigkeit der Eltern unerträgliche Gefühle des Säuglings, welche dieser auf sie projiziert aufzunehmen und zu verstehen sowie diese in sprachlicher, „verdauter" Weise zurückzugeben, wodurch es dem Kind möglich ist, diese Affekte zu integrieren (Diem-Wille 2003, 26). Gerspach zufolge (2006, 101) leistet Containment einen wesentlichen Teil zur frühen Strukturbildung im Rahmen von Interaktionsprozessen. Gelingt der Containment-Prozess nicht, wird den kindlichen Affekten keine Bedeutung zugeschrieben. Infolge wird die Bildung von Ich-Funktionen, Selbstwert, Symbolisierungsfähigkeit uvm. eingeschränkt (Hirschmüller 2000 zit.n. Gerspach 2006, 102) und es kann zur Ausbildung der für ADHS-typischen Symptomen kommen.

Traumata als Ursache für ADHS

Als eine andere Ursache für die Genese eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms sehen psychoanalytische Autoren frühe Traumata. Briesch (2004, 50) beschreibt einen bindungstheoretischen Zusammenhang zwischen Traumata und ADHS in dem er postuliert, dass Kinder nach Misshandlungen, Missbrauch und Vernachlässigung in den meisten Fällen desorganisierte Bindungsmuster aufweisen (Carlson et al. 1989 zit.n. Briesch 2004, 50). Und wie bereits zuvor dargestellt, sieht Briesch (2004) die Genese von ADHS als Folge desorganisierter Bindungsmuster. Zante (2004, 104) konstatiert ebenfalls, dass insbesondere Kinder mit Posttraumatischem-Stress-Syndrom oder nach Gewalterfahrungen ADHS entwickeln. Häußler und Hopf (2004, 28) sowie Pozzi (2004, 186) beschreiben ADHS ebenfalls als mögliches Abwehrverhalten nach bedrohlichen, belastenden respektive traumatischen Beziehungserfahrungen.

Dieser Auszug psychoanalytischer Modelle zur Ätiologie von ADHS konnte zeigen, dass der Genese dieser Symptomatik aus psychoanalytischer Perspektive eine Vielzahl unterschiedlicher Schwierigkeiten zu Grunde liegen kann. Zusammenfassend kann allerdings festgehalten werden, dass eine zentrale Gemeinsamkeit der verschiedenen psychoanalyti-

schen Erklärungsmodelle darin besteht, dass Kinder, die eine ADHS-Symptomatik ausbilden, „kaum genügend stabile Primärbeziehungen erlebt [...] haben“ (Leuzinger-Bohleber 2006, 33), wodurch sie kaum genügend stabile innere Strukturen und selbstregulative Fähigkeiten ausbilden konnten (ebd.).

3.2.2 Zum Symptomverständnis von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Im Folgenden wird dargestellt, mit welchem Verständnis und mit welcher Haltung psychoanalytisch-orientierte Autoren Symptomen begegnen. Da die psychoanalytische und medizinisch-biologische Perspektive in diesem Punkt stark divergieren und sich auch die ätiologischen Modelle für ADHS unterscheiden, ergibt sich, dass psychoanalytische Autoren neben jenen Symptomen, welche in den Klassifikationsmanualen aufgezählt werden, noch andere im Zusammenhang mit ADHS anführen. Diese sollen ebenfalls erläutert werden.

Mit dem Begriff Symptom wird nach Schuster und Springer-Kremser (1998, 34) „ein pathologisches Phänomen bezeichnet, das als Ausdruck eines krankhaften Vorgangs gesehen wird und das entweder in einer ungewöhnlichen Abänderung einer an sich normalen Funktion oder in einer neuen Leistung besteht“.
In der Psychoanalyse ist das Symptomverständnis an die psychoanalytische Konflikttheorie geknüpft. Dieser Konflikttheorie zufolge kommt es intrapsychisch zu Konflikten sobald sich „zwei miteinander unvereinbare seelische Strebungen gegenüberstehen“ (Schuster & Springer-Kremser 1997, 44). Dabei handelt es sich meistens um konflikthafte Strebungen des Es (Triebanteil) welche jenen des Ich (Triebhemmung) gegenübertreten (ebd., 45)[15]. Der Konflikt bleibt zumeist unbewusst, seine Auswirkungen können jedoch vielfältig sein. So werden unter anderem Symptome als Manifestation unbewusster intrapsychischer Konflikte verstanden (Schuster & Springer-Kremser 1997, 44). Symptome, als manifester Ausdruck unbewusster Konflikte, erfüllen eine Abwehrfunktion, da sie den innerpsychischen Konflikt vom bewussten Erleben fern halten (Mentzos 1982, 60). Pathologisch wird die

[15] Nach der Strukturtheorie Freuds wird der psychische Apparat in drei psychische Instanzen, nämlich das Es, das Ich und das Über-Ich geteilt (topisches Modell). Das Es bildet den „Triebpol der Persönlichkeit“ (Schuster & Springer-Kremser 1997, 42). Triebregungen, die dem Es entspringen, verlangen nach einer sofortigen Befriedigung bzw. Abfuhr. Das Ich spielt eine „Mittlerrolle zwischen den Triebansprüchen“ (ebd., 43), die dem Es entspringen und „Ansprüchen der Realität“ sowie „moralischen Ge- und Verboten (dem Über-Ich)“ (ebd.), welche sich durch die Identifikation des Heranwachsenden mit seinen Eltern und ethisch-moralischen Einstellungen, die der jeweilige Kultur entsprechen, entwickeln (ebd., 44). Im Fall eines psychischen Konfliktes, wenn sich also Triebregungen und Ansprüche des Über-Ich unvereinbar gegenüberstehen (ebd., 49), induziert das Ich Abwehrprozesse, um den Konflikt unbewusst zu halten (ebd., 43; 50). Eine Form der Abwehr ist sodann die Bildung von Symptomen.

Abwehr allerdings erst dann, wenn die Symptome die Ich-Funktionen und die freie Selbstentfaltung sowie Selbstverwirklichung erheblich einschränken (Mentzos 1982, 61).
Der psychoanalytischen Konflikttheorie folgend, werden auch die ADHS-Symptome als Ausdruck eines psychischen Konfliktes gesehen (Bürgin & Steck 2007, 320; Heinemann & Hopf 2006, 16; Hopf 2007, 337). Vor diesem konfliktdynamischen Hintergrund beschreibt Staufenberg (2009, 101) „[d]ie Funktion der Motorik als psychische *Abfuhr* und als psychische *Abwehr*".
Zwar orientieren sich psychoanalytisch-orientierte Autoren ebenfalls an den Klassifikationsmanualen ICD-10 und DSM-IV (Hopf 2007, 335; Leuzinger-Bohleber 2006, 11; Mattner 2006, 51f), allerdings werden die ADHS-Symptome von psychoanalytischen Autoren immer vor dem Hintergrund des zuvor beschriebenen psychoanalytischen Konfliktmodelles betrachtet. Somit werden Symptome als sinnvolle Äußerungen des Subjektes verstanden, hinter denen sich ein latenter Sinn verbirgt (Gerspach 2001, 67). Demnach machen Symptome auf eine innere Problematik des Betroffenen aufmerksam (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278).

Außerdem geht das psychoanalytische Krankheitsverständnis „davon aus, dass psychische und psychosomatische Symptome und Verhalten von den frühen emotionalen und affektiven *Beziehungserfahrungen* beeinflusst werden, die – weitgehend unbewusst geworden – in späteren Beziehungskontexten aktualisiert werden" (Bovensiepen 2004, 14). Somit können die ADHS-Symptome auch als Folge defizitärer Beziehungserfahrungen gesehen werden (Gerspach 2004, 168).
Es ist charakteristisch für die psychoanalytische Arbeit, dass das Hauptaugenmerk nicht primär auf Außenphänomenen wie Symptomen liegt, sondern vielmehr die innere Erlebnis- und Konfliktwelt des Kindes, seiner Eltern und ihre wechselseitigen Beziehungen zueinander fokussiert werden. Somit stehen „die psychische Realität und Konflikthaftigkeit der Individuen in ihrer bewußten, v.a. aber unbewußten Dimension" (Stork et al. 2001, 94) im Zentrum des Interesses.

Im Zuge dieser bedeutungs- und sinnzuschreibenden Sichtweise von Symptomen und vor dem Hintergrund der Strukturtheorie beschreiben psychoanalytische Autoren im Unterschied zu medizinisch-biologisch-orientierten Autoren neben den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität noch weitere Symptome, welche im Fall von ADHS zu Tage treten. Diese sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

Beeinträchtigte Funktion des Ich

Bürgin und Steck (2007, 313) betonen, dass bei Kindern mit ADHS die psychische Strukturierung sowie die Ich-Funktionen auf unterschiedlichen Niveaus ausgebildet sind.

Das Ich hat neben der Funktion als Mittlerinstanz zwischen Es und Über-Ich (Fonagy & Target 2006, 70) auch synthetische, integrative sowie organisierende Funktionen (Gilmore 2000, 1260; 1265). Diese Funktionen sind bei Kindern mit ADHS beeinträchtigt, wodurch sich Schwierigkeiten bezüglich der Verhaltensregulation, sowie der Regulation von sensorischen, physiologischen, motorischen und aufmerksamkeitsbedingten Abläufen ergeben (ebd., 1265f). Auch Bovensiepen (2004, 12) verweist darauf, dass „als Ausdruck der funktionellen Reife des Ich“ (ebd.) eine intakte Psychomotorik aufgefasst werden kann. Demnach weist die gesteigerte kindliche Unruhe als Mittel der Triebabfuhr und deren unzureichende Regulation auf eine beeinträchtigte Funktionalität des Ich hin.

Bürgin und Steck (2007, 311) beschreiben im Fall von ADHS zusätzlich eine spezielle Form der beeinträchtigten Ich-Funktionalität: eine beeinträchtigte Selbstregulation bzw. eine mangelnde Regulations- sowie Steuerungsfähigkeit des Ich als ein weiteres für ADHS typisches Symptom. Die Selbstregulation, als Fähigkeit des Ich, hat eine modulierende Funktion, sie beeinflusst rhythmische Abläufe, wie den Schlaf-Wach-Rhythmus und sorgt für eine situationsadäquate Verhaltensorganisation (ebd., 323). Außerdem dient die Selbstregulation der Regulierung von Affekten sowie Triebimpulsen und ist in Folge auch für die Entwicklung von Aufmerksamkeit von Bedeutung. Neben der verminderten Aufmerksamkeitsleistung zieht die schwach ausgebildete Selbstregulation bei Kindern mit ADHS auch eine Steuerungsinsuffizienz von fein- und grobmotorischen Aktivitäten nach sich (Leuzinger-Bohleber 2006, 29).

Beeinträchtigung der Fähigkeit zu symbolisieren

Mit der Entwicklung der Selbstregulation ist die Fähigkeit zu symbolisieren verknüpft (Leuzinger-Bohleber 2006, 29). Durch die nur marginal ausgereifte Fähigkeit zur Selbstregulation von Kindern mit ADHS ist auch ihre Symbolisierungsfähigkeit beeinträchtigt. Dieses Defizit in der Fähigkeit zu symbolisieren stellt ein weiteres, von psychoanalytisch rientierten Autoren häufig genanntes Symptom im Fall von ADHS dar (Ahrbeck 2007, 9; Ahrbeck 2008, 693; Bovensiepen 2004, 190; Bürgin & Steck 2007, 311).

Die Fähigkeit zu symbolisieren ermöglicht es dem Kind Trennungssituationen und damit verbundene Gefühle der Unlust zu ertragen, da diese Fähigkeit bei der Schaffung von Übergangsobjekten in Situationen des Getrenntseins eine bedeutende Rolle einnimmt (Fo-

nagy & Target 2006, 195f; Winnicott 1971, 15). Die Symbolisierungsfähigkeit entwickelt sich „von der symbolischen Gleichsetzung, über das Übergangsobjekt hin zu einer reifen symbolischen Darstellung“ (Hopf 2007, 339). Bei der symbolischen Gleichsetzung erfolgt eine Gleichsetzung vom „Symbol mit dem symbolisierten Objekt“, beide werden als ident erlebt (ebd.). Auf der nächsten Stufe der Entwicklung nimmt sich der Säugling ein Übergangsobjekt zur Hilfe, um die bewusst wahrgenommene Trennung von seiner Mutter zu ertragen. Als Übergangsobjekt kann beispielsweise ein Spielzeug oder Deckenzipfel dienen (Winnicott 1971, 10; 13). Das physische Objekt aktiviert im Säugling ein inneres Bild der abwesenden Mutter wodurch dieser das Getrenntsein bewältigen kann (Fonagy & Target 2006, 195). Bei der ausgereiften Symbolisierungsfähigkeit bzw. der Darstellung in symbolischer Form, wird das Symbol zu einem Repräsentanten des Objektes. Die Gleichsetzung zwischen Symbol und Objekt entfällt. Die Fähigkeit zu symbolisieren dient der Strukturierung der kindlichen inneren Welt, wodurch es von äußeren Objekten zunehmend unabhängiger wird (Hopf 2007, 339; Segal 1995, 210f). Da die Symbolisierungsfähigkeit vieler ADHS-Kinder beeinträchtigt ist, können sie Trennungen nur schwer bewältigen und Affekte nur schwer aufschieben (Hopf 2007, 339). Es bereitet ihnen häufig Probleme, ihre „Welt symbolisch zu ordnen“ (Ahrbeck 2007, 9), ihre Impulse und Spannungen in symbolischer Form zum Ausdruck zu bringen (Ahrbeck 2008, 693; Dammasch 2004, 273; 280). Vielmehr überführen sie diese direkt in Aktionen. Die eigentliche Bedeutung wird durch dieses Ausagieren ersetzt. Dies dient dem Kind „als Schutz vor psychisch nicht integrierbaren Ängsten und elementaren Gefühlen der inneren Leere“ (Ahrbeck 2008, 693).

Beeinträchtigtes kindliches Spiel

Die Fähigkeit zu symbolisieren ist ein wesentliches Element des kindlichen Spiels. Das Spiel ist symbolisch, es wird so getan „als ob“. Da bei Kindern mit ADHS die Fähigkeit zu symbolisieren oftmals beeinträchtigt ist, fehlt ihnen häufig die Fähigkeit auf symbolischer Ebene zu spielen. Ihr Spiel wird rasch konkretistisch und real und verliert somit den eigentlich symbolischen Charakter, den spielerischen Raum (Borowski 2004, 206; Hopf 2007, 334). Auch Bürgin und Steck (2007, 314) beschreiben eine Spielstörung als Merkmal von Kindern mit ADHS.

Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Mentalisieren

Mentalisierung, oftmals auch als Reflexionsfunktion bezeichnet, beschreibt die Fähigkeit des Kleinkindes seine innere von der äußeren Realität getrennt wahrzunehmen, sowie seine

eigenen innerpsychischen, emotionalen Vorgänge von jenen anderer Personen zu unterscheiden (Fonagy & Target 2006, 364). Streeck-Fischer und Fricke (2007, 281) beschreiben, dass es bei Kindern mit ADHS häufig zu einer Mentalisierungsstörung kommt. Von ADHS betroffenen Kindern ist es zumeist nicht möglich, sich über ihre innere Erlebenswelt in sprachlicher Form mitzuteilen, respektive sie zu reflektieren. Was in ihnen vorgeht, wird vielmehr über ihr Handeln oder ihr Interagieren mit anderen erkennbar. Somit schreiben sie ihrem Verhalten keine Bedeutung zu, es wird nicht in Sprache gehoben und bleibt somit unreflektiert. Infolge verfügen Kinder mit ADHS nur bedingt über die Möglichkeit der Selbstreflexivität. Wie Fonagy (2009, 42) beschreibt, hat eine defizitär ausgebildete Mentalisierungsfähigkeit nicht nur zur Folge, dass das Kind seine eigene innere Welt nicht reflektieren kann, sondern auch, dass es sich nur schwer vorstellen kann, wie andere Menschen fühlen oder denken. Das Kind kann sich nur schwer in die Erlebniswelt anderer hinein versetzen.

Komorbide Störungen von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben, wird ADHS von vielfältigen Problemen und Schwierigkeiten begleitet, wobei im Zuge der medizinischen Komorbiditätshyptohese davon ausgegangen wird, dass sich zu der primären Störung ADHS komorbide Störungen gesellen. Im Gegensatz dazu wird von manchen psychoanalytisch-orientierten Autoren ADHS nicht als primäre, sondern als sekundäre Störung beschrieben. Die Basis für das Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom bilden demnach unbewusste Konflikte oder anderen psychische Störungen (Heinemann & Hopf 2006, 16). In diesem Sinne beschreiben auch Streeck-Fischer und Fricke (2007, 279) ADHS als eine „Oberflächen- oder Horizontaldiagnose“ an deren Basis oft andere psychische Störungen, wie beispielsweise Borderlinestörungen, Angststörungen, Depressionen, narzisstische Störungen oder Traumata stehen. Da auch bei diesen Störungsbildern ADHS-typische Symptome zu verzeichnen sind, kann es sein, dass oberflächlich betrachtet ADHS diagnostiziert wird, obwohl die ADHS-typischen Symptome in einer anderen psychischen Störung gründen. So fasst auch Bovensiepen (2004, 95) den Beitrag von Häußler treffend zusammen, indem er beschreibt, dass bei vielen Kindern mit ADHS zusätzliche Probleme zu Tage traten, die weit über ADHS hinausgingen. Diese zusätzlichen Probleme werden von medizinischer Seite als Komorbiditäten bezeichnet und nicht ausreichend beachtet, da sie durch die ADHS-Symptomatik maskiert werden. Blickt man jedoch genauer hin, lässt sich oftmals erkennen, dass sowohl die ADHS-Symptome als auch die komorbiden Störungen „auf gemeinsame

tieferliegende, intrapsychische und/oder interpersonelle Konflikte zurückzuführen sind“ (Bovensiepen 2004, 95.).

Nachdem nun ADHS-Symptome aus psychoanalytischer Perspektive erläutert wurden, soll im nächsten Schritt dargestellt werden, wie sich die Diagnose von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive gestaltet.

3.2.3 Zur Diagnostik von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Ein spezifisches Merkmal psychodynamischer Diagnostik ist, dass „eine Diagnosenstellung nicht nur auf der *symptomatischen* Ebene, sondern auch auf der *strukturellen* und *beziehungsdynamischen* Ebene unter Einbeziehung der jeweils individuellen Lebensgeschichte“ (Bovensiepen 2004, 93) beruht. Es geht nicht primär darum, ADHS-typische Symptome möglichst objektiv zu messen, vielmehr soll in der psychoanalytisch-orientierten Diagnostik ein Verständnis für die verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen des Betroffenen, für seine intrapsychische Erlebnis- und Konfliktwelt, welche der Symptomatik zugrunde liegen, entwickelt werden. Zusätzlich ist es ein zentrales Anliegen dynamische Aspekte emotionaler Beziehungen sowohl innerhalb der Familie als auch in außerfamiliären Beziehungskontexten, welche die Genese von ADHS (mit-)bedingen könnten, zu erkennen. Somit spielen im Zuge der psychoanalytischen Diagnostik nicht nur mittelbar bewusste Aspekte eine Rolle, sondern vor allem auch unbewusste (Leuzinger-Bohleber 2006, 27; Stork et al. 2001, 94).
Ein weiteres Charakteristikum der psychoanalytisch-orientierten Diagnostik ist, dass sehr viel Wert auf das Erfassen der einzigartigen und individuellen Biographie gelegt wird. Dies soll einem grundlegenden Verständnis der Lebenssituation des Kindes samt seinen Beziehungen sowie seiner speziellen Entwicklungsgeschichte dienen, welche ja die ADHS-Genese mitbeeinflussen (Dammasch 2007, 1).
Daneben beschreibt Katterfeldt (2007, 139) das „Erkunden des Entwicklungsstadiums psychischer Strukturen“ als weiteres wesentliches Element des Diagnoseprozesses. Der jeweilige Entwicklungsstand des Kindes ist auch mit seinen Ich-Fähigkeiten sowie dem Niveau seiner Objektbeziehungen verknüpft, auf welche im Zuge der Diagnostik auch rückgeschlossen wird (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 280). Außerdem versuchen psychoanalytische Diagnostiker zu ermitteln, ob die Prozesse der Individuation sowie Separation des

Kindes gelungen sind – Prozesse, welche das Kind während seiner ersten drei Lebensjahre durchlaufen sollte (Katterfeldt 2007, 139).

In Bezug auf die große Bedeutung der diagnostischen Erfassung bewusster sowie unbewusster Beziehungserfahrungen des Kindes postuliert Dammasch (2007, 7), dass die Diagnose ADHS per se „nicht wirklich hilfreich ist“, da sie problemhafte Beziehungserfahrungen des Kindes ausblendet. Ein weiterer Punkt, den die Autorinnen Streeck-Fischer und Fricke (2007, 280) bezüglich der Diagnostik im Fall von ADHS kritisch anmerken, ist, dass es ihren Erfahrungen zufolge aus psychoanalytischer Sicht keine „einheitliche Nosologie für ADHS“ (Streeck-Fischer 2009, 120) gibt. Im Zuge der Studie wurden Kinder, die von Allgemeinmedizinern, Kinderärzten oder –psychiatern eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen hatten, einem Gutachten durch einen psychoanalytischen Kindertherapeuten unterzogen, mit dem Ergebnis, dass dieser verschiedene andere Störungen wie Depressionen, Borderline-Störungen, narzisstischen (Entwicklungs-)Störungen, Angststörungen, Frühstörungen oder dissoziale Störungen diagnostizierte. In diesem Sinne beschreibt auch Leuzinger-Bohleber (2006, 9ff) in ihrem Aufsatz „Einige Kinder mit Verdacht eines ‚Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms‘“ eindrucksvoll, welch verschiedene Lebensschicksale hinter dem Etikett ADHS verborgen sein können. Dem zufolge scheint es, als ob viele Kinder mit gestellter ADHS-Diagnose eigentlich an einem anderen Problem als ADHS leiden.

3.2.4 Zur Behandlung von ADHS aus psychoanalytischer Perspektive

Obwohl mittlerweile viele Fallstudien publiziert wurden, in denen positive Verläufe psychoanalytischer Therapien von Kindern mit ADHS skizziert werden (u.a. Bovensiepen et al. 2004; Cierpka et al. 2007; Neraal & Wildermuth 2008), postulieren Anhänger der medizinisch-biologischen Perspektive psychoanalytische Kinderpsychotherapie im Fall von ADHS als kontraindiziert (Drüe 2007, 105; Molitor 2004, 7). Begründet wird diese Aversion gegenüber der psychoanalytischen Behandlung mit dem Argument, dass es sich im Fall von ADHS um eine Erkrankung mit neurologischer Basis handle und sich somit „einer tiefenpsychologischen Betrachtung weitgehend entzieht“ (Drüe 2007, 105). Die vielen Fallstudien, die einen positiven Verlauf psychoanalytischer Intervention im Fall von ADHS beschreiben, sprechen jedoch für deren Einsatz bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität.

Wie bereits im medizinischen Abschnitt festgehalten, bestimmt die Perspektive die Form der Intervention. Die medizinische Behandlung von ADHS folgt einem „reparativen Ansatz“. Es wird versucht die genetisch bedingte Störung im Dopaminhaushalt „durch supportive Mittel“ (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278) wie Medikamente auszugleichen (ebd.). Begreift man die ADHS-Symptome jedoch nicht lediglich als Folge einer Summe von funktionellen Störungen, sondern vielmehr als sinnvolle Äußerungen des Subjekts, stellt sich für Streeck-Fischer (2007, 276) die Frage, was es für das Kind mit ADHS bedeuten mag, wenn ihm lediglich Medikamente verabreicht werden, seine inneren Nöte jedoch außer Acht gelassen werden.

Der psychoanalytische Behandlungsansatz setzt, im Gegensatz zum medizinischen, genau bei der inneren Problematik des Kindes, welche mit Hilfe der Symptomatik zum Ausdruck kommt, an (ebd., 278). Ziel der psychoanalytischen Intervention ist es, „den individuellen Sinn und die psychischen Ursprünge“ (Molitor 2004, 10) des hyperaktiven Verhaltens zu ergründen und im Laufe des Interventionsprozesses die zuvor unbewussten, symbolischen Mitteilungen in Sprache zu heben. Nach Molitor (ebd., 10) bedarf es dafür „der analytischen Reflexion in einer therapeutischen Dyade“ – es bedarf psychoanalytischer Kinderpsychotherapie.

Psychoanalytische Kinderpsychotherapie

Die wesentlichen Merkmale der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie im Fall von Kindern mit ADHS wird an dieser Stelle nur kurz umrissen, da es im Zuge der Fragestellung der vorliegenden Arbeit vielmehr um eine argumentative Hinführung zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern gehen soll – doch zu dem ein wenig später.

Die Autoren der Sammelbände „Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms“ (Bovensiepen et al. 2004) und „ADHS. Symptome verstehen – Beziehungen verändern“ (Neraal & Wildermuth 2008) sowie jene der Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive“ zeigen anhand vieler Beispiele und Darstellungen, dass psychoanalytische Kinderpsychotherapie im Fall von ADHS erfolgreich eingesetzt werden kann und durch die Therapie Entwicklungen in Gang gesetzt werden können, welche „in der Interaktion zwischen Mutter und Kind nicht gelebt werden konnten“ (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 297). Dadurch kann die ADHS-Symptomatik nach und nach gemindert werden (ebd., 276).

Am Beginn der therapeutisch-aufdeckenden Arbeit steht die Suche nach den Ursachen für die mangelhafte Impuls- und Affektregulation, welche der ADHS-Symptomatik zu Grunde liegen. Werden diese aufgedeckt, können sie im weiteren Verlauf aktiv bearbeitet werden (Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 630).

Wie bereits im Kapitel zur Ätiologie von ADHS beschrieben, sehen psychoanalytisch-orientierte Autoren Defizite in der Ich-Funktion der Kinder, mangelhafte Objektbeziehungserfahrungen, Bindungsstörungen, Objektverlust, Individuations- und Sexualisierungsstörungen, unzureichendes Containment oder Traumata als Ursache für ADHS, welche die Fähigkeit zur Regulation, Mentalisierung und Symbolisierung herabsetzen, sowie die Fähigkeit zu spielen. An diesen Punkten setzt die psychoanalytische Kinderpsychotherapie an. Im Therapieverlauf wird der Fokus unter anderem auf Regulierungsvorgänge, Mentalisierung, Objektbeziehungen und die Entwicklung einer „Als-Ob-Ebene", welche für das kindliche Spiel bedeutsam ist, gelegt (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 290).

Die Beziehung zwischen Kind und Therapeut bietet dem Kind eine Holding- sowie Containment-Funktion (Bürgin & Steck 2007, 319). Dadurch kann das Kind innerhalb der Therapie die Erfahrung nachholen, dass seine Affekte, seine unbewussten Phantasien und seine Impulse gehalten und aufgenommen und ihm in verdauter Form zurückgegeben werden (Bovensiepen 2004, 192). Durch das Holding und Containment, den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen sowie der deutenden Arbeit während der Therapie kommt es auf der Seite des Kindes zu Integrations-, Identifikations- und Internalisierungsprozessen (Bürgin & Steck 2007, 319). Dadurch braucht das Kind nicht mehr auf Symptome als unbewusste Ausdrucksform innerer Konflikte zurückzugreifen, sodass die ADHS-Symptomatik schwindet.

Präventive Maßnahmen

Psychoanalytisch-orientierte Autoren ziehen jedoch nicht nur psychoanalytische Kinderpsychotherapie als geeignete Interventionsmöglichkeit im Fall von ADHS in Betracht.

Leuzinger-Bohleber et al. (2007, 363) betonen beispielsweise das Potential präventiver Interventionen. Präventive Maßnahmen psychoanalytischer aber auch pädagogischer Art, bieten eine Chance „fehlgeleitete Bindungs- und Beziehungserwartungen durch neue, adäquatere Erfahrungen zu korrigieren und dadurch der Selbst- und Identitätsentwicklung des Kindes eine andere Richtung zu geben" (ebd., 366). Frühe präventive Maßnahmen finden sogar neurobiologische Abstützung (Leuzinger-Bohleber 2006, 34). Da im Kindesalter das Gehirn noch anpassungsfähig und plastisch ist, können negative Beziehungserfahrungen

durch ein Setzen früher Präventionsmaßnahmen noch korrigiert bzw. relativiert werden, wodurch dem Kind neue Entwicklungschancen eröffnet werden können (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 366f).

Pädagogische Intervention

Neben präventiven Maßnahmen werden von Seiten psychoanalytisch-orientierter Autoren auch pädagogische Maßnahmen im Fall von ADHS empfohlen. Denn auch innerhalb pädagogischer Interventionen werden den Kindern Beziehungsangebote zur Verfügung gestellt, welche zuvor „fehlgelaufene Entwicklungen" korrigieren oder mildern können (Ahrbeck 2007, 41; Gerspach 2001, 59; Leuzinger-Bohleber 2006, 38). An dieser Stelle verweist Leuzinger-Bohleber (2006, 38) auch auf eine Verknüpfung mit neurobiologischen Befunden. Nach Moll et al. (2000 zit.n. Leuzinger-Bohleber 2006, 38) ist das dopaminerge System, dessen gestörte Funktionalität – wie bereits im Vorkapitel beschrieben – von medizinisch-orientierten Autoren als Quelle für die Genese von ADHS gesehen wird, bis zur Pubertät nicht gänzlich ausgereift. Die Ausreifung des dopaminergen Systems sei nach Moll et al. bis zur Pubertät unter anderem durch pädagogische Interventionen noch sehr gut beeinflussbar. Auch Hüther (2004, 75f) hebt dezidiert hervor, dass die Gehirnentwicklung sehr dynamisch verläuft und sich veränderten „Nutzungsbedingungen" anpasst. Synaptische Verbindungen formen sich entsprechend der Nutzungsbedingungen und werden dementsprechend stabilisiert. Kommt es zu einer Veränderung der Nutzungsbedingungen, kommt es zu neuronalen „Reorganisationsprozessen" und „morphologischen Anpassungen". Vereinfacht dargestellt: fehlgeleitete neuronale Verknüpfungen können durch neue Beziehungserfahrungen geschwächt und adäquate neuronale Verknüpfungen dadurch gefördert werden (Leuzinger-Bohleber 2006, 39).

Einbezug der Eltern in die Behandlung des Kindes mit ADHS

Ein weiterer Aspekt, der vielfach sowohl von psychoanalytisch-orientierten als auch von medizinisch-biologisch-orientierten Autoren hervorgehoben wird ist, dass Eltern von Kindern mit ADHS in den Behandlungsverlauf miteinbezogen werden sollen.

Gerspach (2004, 212) betont, dass die „isolierte Arbeit mit einem als störend klassifizierten Kind meist nur von geringem Erfolg gekrönt ist". Die Arbeit mit den Eltern bringt verschiedene Vorteile:

1) Es können bedeutsame Informationen über die familiäre Situation, also die familiären Rahmenbedingungen gesammelt werden (Passolt 2001, 37f). Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da sowohl Kinder als auch Jugendliche in ihrer Entwicklung auf ihre Bezugspersonen angewiesen sind. Nur durch den Einbezug der sozialen Umwelt des betroffenen Kindes kann die Situation hinreichend beurteilt, verstanden respektive behandelt werden (Käppler 2005, 21). In diesem Sinn betonen Käppler (ebd.) sowie Ihle und Mattejat (2005, 1), dass sich im Fall von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter respektive ADHS, der Einbezug der Eltern bereits im Diagnoseprozess als vorteilhaft erweist.
2) Neben bewusst fassbaren Aspekten des familiären Zusammenlebens soll auch die emotionale und unbewusste Dynamik innerhalb der Familie erfasst werden. Dies kann durch den Einbezug der Eltern erreicht werden (Leuzinger-Bohleber 2006, 27). Immerhin wäre es unzureichend die fehlgelaufene Entwicklung nur einpersonenorientiert zu betrachtet, da das Kind in das interpersonelle System Familie mitsamt seiner konflikthaften Verflechtung und Dynamik verwoben ist (Borowski 2004, 201). Denn wie bereits beschrieben, kann das Vorliegen einer ungünstigen familiendynamischen Konstellation an der Ätiologie von ADHS beteiligt sein – durch mangelnde Individuation, unzureichende Sexualisierung etc.
3) Die Eltern können durch das Einbezogensein in den Behandlungsprozess ebenfalls Hilfe und Unterstützung erfahren. Wie bereits einleitend in diesem Teil der Arbeit dargestellt, ist die Mehrzahl der Eltern, welche ein psychisch erkranktes Kind haben, selbst sehr belastet. Aus diesem Grund brauchen auch sie Hilfe und Unterstützung (Mattejat et al. 2005, 46).
4) Durch das Einbeziehen der Eltern in die Therapie kann die Interaktion zwischen Eltern und Kind positiv beeinflusst werden (Schreyer & Hampel 2009, 74). So kann beispielsweise das Erziehungsverhalten verbessert werden, welches im Fall von

ADHS häufig von negativen Interaktionen getragen oder dysfunktional ist (Drüe 2007, 70; Trautmann-Villalba et al. 2001 & Johnston & Mash 2001 beide zit.n. Jans et al. 2008, 336). Auch die häufig konfliktbelasteten innerfamiliären Beziehungen können durch die additive Arbeit mit den Eltern oftmals entschärft und verbessert werden (Jans et al. 2008, 338; Schreyer & Hampel 2009, 74).

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die Behandlung von ADHS festhalten: psychoanalytisch-orientierte Autoren sehen in unbewussten innerpsychischen Konflikten die Basis für eine Genese von ADHS. In vielen Veröffentlichungen wird die erfolgreiche Anwendung psychoanalytischer Kinderpsychotherapie im Fall von ADHS beschrieben. Aber nicht nur Kinderpsychotherapie wird als Interventionsmöglichkeit im Fall von ADHS vorschlagen. An vielen Stellen wird auf das Potenzial von präventiven oder pädagogischen Maßnahmen verwiesen. Als weiteren wichtigen Aspekt in der Behandlung von ADHS sehen viele psychoanalytisch-, aber auch medizinisch-biologisch-orientierte Autoren den Einbezug der Eltern in den Behandlungsverlauf. Eine mögliche Behandlungsmethode, welche psychoanalytisch fundiert sowie pädagogisch ausgerichtet ist und vor allem die Eltern im Verlauf der Behandlung adressiert, ist die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Wiener Konzept von Helmut Figdor (1998; 2000). Inwiefern sich diese Beratungsform im Fall von Familien mit ADHS-Kindern als günstig erweist, soll im Teil III dieser Arbeit argumentiert werden.

4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde ADHS aus medizinischer sowie aus psychoanalytischer Perspektive beschrieben. Daraus wurde abgeleitet, welche Behandlungsformen der jeweiligen Perspektive entsprechend als indiziert erachtet werden. Zusammenfassend werden die wesentlichen Unterschiede der beiden Perspektiven in der Betrachtung von ADHS nochmals beschrieben und in Tabelle 1 visualisiert.

Tabelle 1 Unterschiede zwischen der medizinischen und der psychoanalytischen Perspektive, bezogen auf Symptomverständnis, Diagnostik, Ätiologie und Behandlung

	Medizinische Perspektive	**Psychoanalytische Perspektive**
Symptom-verständnis	· Symptome beruhen zumeist auf körperlichen Ursachen · keine tiefere Bedeutung von Symptomen	· Symptome beruhen auf einem innerpsychischen Konflikt und dienen seiner Abwehr · stellen sinnvolle Äußerungen des Subjektes dar
Diagnostik	· Erfassen einer bestimmten Anzahl von Symptomen entsprechend eines Symptomkataloges	· Versuch den latenten Sinn der Symptomatik zu verstehen · Einbezug der Biographie
Ätiologie	· neurobiologische Verursachung · Mangel des Neurotransmitters Dopamin · monokausale Ursache	· Schwierigkeiten in der frühen Abstimmung zwischen Eltern und Kind · frühe Trennungs- oder Verlusterfahrungen · Traumata, Missbrauch · defizitäre Bindung uvm. · Ursachenpluralität
Behandlung	· Medikation · Verhaltenstherapie und andere behaviorale Ansätze · teilweises Einbeziehen der Eltern (z.B:. behaviorales Elterntraining)	· psychoanalytische Kinderpsychotherapie · Frühprävention · pädagogische Maßnahmen · Einbezug der Eltern

Aus medizinischer Sicht bilden Symptome Krankheitszeichen (Scharfetter 2002, 23), welche zumeist auf eine körperliche Ursache zurückgeführt werden. Einen tieferen, subjektiven Sinn schreiben Mediziner Symptomen großteils nicht zu. Im Gegensatz dazu gründen nach der psychoanalytischen Konflikttheorie Symptome in unterbewussten, innerpsychischen Konflikten, welche abgewehrt werden. Symptome bilden somit eine Form der Abwehr, wodurch ihnen ein subjektiver, wenn auch latenter Sinn zugesprochen wird (Schuster & Springer-Kremser 1997, 44f).

Auch bezüglich der Diagnostik unterscheiden sich die beiden Fachrichtungen. Im medizinischen Bereich wird anhand von Diagnosemanualen, also Listen von Symptomen, das Verhalten des Patienten numerisch einer Krankheitskategorie zugeordnet. Es muss also eine bestimmte Anzahl verschiedener Verhaltensmuster auftreten, damit die Diagnose ADHS gestellt werden kann. Im Fall von ADHS erfolgt die diagnostische Zuordnung dann, wenn eine bestimmte Anzahl der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität vorliegen (Dilling et al. 2006, 187ff; Saß et al. 2003, 118-121). Im Zuge der medizinisch-orientierten Diagnostik werden psychologische und körperliche Tests, sowie Eltern- und Lehrerfragebögen zur Erfassung des kindlichen Verhaltens angewandt (Drüe 2007, 89f; Wender 2002, 15). Somit stellt Fremdbeurteilung des kindlichen Verhaltens durch Dritte einen wesentlichen Bestandteil medizinischer Diagnostik dar. Psychoanalytische Diagnostik beläuft sich nicht nur darauf, eine gewisse Anzahl an Symptomen oder Verhaltensweisen am Kind identifizieren zu können. Vielmehr geht es um das Verstehen der inneren Dynamik, welche die Symptome auslösen. Im Zentrum der Diagnostik stehen das Subjekt und die Sinnhaftigkeit seiner Symptome. Um ein Verständnis für die Dynamik der Symptomatik zu erlangen, werden auch biographische und beziehungsdynamische Aspekte in die Diagnostik miteinbezogen (Bovensiepen 2004, 93; Leuzinger-Bohleber 2006, 27f).

Ein markanter Unterschied zwischen den beiden Perspektiven stellt die Sichtweise auf die Ätiologie von ADHS dar. Nennen medizinisch-orientierte Autoren primär eine gehirnorganische Stoffwechselstörung des dopaminergen Systems als Auslöser von ADHS (Drüe 2007, 50; Wender 2002, 37), so gehen psychoanalytisch-orientierte Autoren bezüglich der Genese von ADHS von multiplen Auslösefaktoren aus. So können unter anderem Schwierigkeiten in der Abstimmung zwischen Säugling und Eltern, Objektverlust, Bindungsstörungen, unzureichende Individuation, Sexualisierung, Traumata oder Missbrauch ADHS verursachen (Briesch 2004; Heinemann & Hopf 101-116; Leuzinger-Bohleber 2007, 360f). Die Annahme einer primär hirnorganischen Verursachung wird auf Seiten der Psychoana-

lytiker somit nicht mit den Medizinern geteilt. Folglich sehen Vertreter der beiden Fachrichtungen unterschiedliche Behandlungsmethoden indiziert. Mediziner versuchen mittels Psychopharmaka die vermutete Gehirnfunktionsstörung auszugleichen (Banaschewski et al. 2004, 142f; Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278; Wender 2002, 60). Begleitend zur Medikation wird oftmals eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen. Diese diene dann der unmittelbaren Verhaltenskorrektur (Ahrbeck 2007, 7). Wender (2002, 60) geht sogar so weit, anderen als der medizinischen Profession die Hauptverantwortlichkeit in der Behandlung von ADHS abzusprechen. Seiner Auffassung nach haben Psychologen, Sozialarbeiter oder Erzieher nur eine unterstützende Funktion in der Behandlung von ADHS, wonach ADHS primär ein Terrain medizinischer Interventionen bildet.

Psychoanalytiker versuchen hingegen den latenten Hintergrund für die ADHS-Symptome zu erkennen und diesen zu bearbeiten (Molitor 2004, 10; Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278). Sie sehen neben psychoanalytischer Kinderpsychotherapie auch präventive oder pädagogische Maßnahmen als elementare Bausteine der Behandlung von Kindern mit ADHS (Leuzinger-Bohleber 2006, 38; Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 366f).

Teil III – Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit in Familien mit ADHS-Kindern

Im vorigen Kapitel wurde nachgezeichnet, wie ADHS aus der medizinisch-biologischen und aus der psychoanalytischen Perspektive betrachtet wird und welche Interventionsmöglichkeiten entsprechend der jeweiligen Perspektive, als indiziert erachtet werden. Der dritte Teil der vorliegenden Arbeit soll nun, im Kontrast zur Medikation oder zur Kinderpsychotherapie, der Darstellung einer *pädagogischen* Interventionsmöglichkeit im Fall von ADHS gewidmet sein – der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung.
Bevor allerdings eine argumentative Hinführung zur Thematisierung psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit in Familien, mit einem oder mehreren Kindern mit ADHS erfolgen kann, muss zuerst geklärt werden, wie diese Beratungsform charakterisiert ist. Es stellt sich die Frage, was denn charakteristisch für Beratung im Allgemeinen und für psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im speziellen Sinne ist. Wodurch zeichnet sich diese Form der Intervention aus?

1 Zu den Charakteristika von Beratung im weiten, sowie von tiefenpsychologischer Erziehungsberatung im engen Sinn

In diesem Kapitel wird zunächst eine allgemeine Charakterisierung des Begriffes „Beratung“ vorgenommen, bevor anschließend auf tiefenpsychologische Erziehungsberatung eingegangen wird. Diese Informationen dienen als Grundlage für das Verständnis von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung, denn dabei handelt es sich um eine spezielle Form tiefenpsychologischer Beratung.

1.1 Zu den Charakteristika von Beratung

Unter dem Terminus „Beratung“ werden „alltagssprachlich heterogene Handlungsformen und [...] personenbezogene Dienstleistungen [...subsummiert] die durch die problembezogene Weitergabe von Fachwissen durch ‚Experten‘ an ‚Laien‘ gekennzeichnet sind“ (Dewe 2006, 132; Nestmann 1988, 101). Diese Weitergabe von Wissen respektive Informationsvermittlung soll dazu dienen, Problemlösungsstrategien, Handlungs- sowie Entscheidungs-

kompetenz auf Seiten des Klienten zu erarbeiten (Rauchfleisch 2001, 40), denn Beratung wird vor allem dann aufgesucht, wenn eigene Kompetenzen, Erfahrungen und Kenntnisse nicht mehr ausreichen, um bestimmte Entscheidungen zu treffen, zu planen oder sich zu organisieren (Dewe 2006, 132; Nestmann 1988, 101). Krause (2003, 28) nennt weitere Gründe, weshalb Beratung in Anspruch genommen wird. Beispielsweise dann, wenn es auf Seiten des Ratsuchenden einen Informationsbedarf oder eine inadäquate Belastung (Krise, Konfliktlage oder ein Problem) gibt, oder im Zuge der Prävention antizipierter Probleme (ebd.).

Beratung gestaltet sich als ein „Triangulierungsverhältnis“ (Eggert-Schmid Noerr et al. 2009, 12), da sich Beratung immer zwischen dem Ratsuchendem, seinem vorgebrachten Problem, welches zur Beratung geführt hat und dem Berater spannt (ebd.). Hechler (2009, 52) bezeichnet die Konstitution der Beratung zwischen Berater, Ratsuchenden und dem vorgebrachten Problem als „didaktisches Dreieck“ und unterstreicht, dass es im Zuge der Beratung immer darum geht, eine konkrete Fragestellung, welche sich aus dem Problem des Ratsuchenden ableiten lässt, zu behandeln. Steinhardt (2009, 11) akzentuiert in diesem Zusammenhang, dass diese Dreieckskonstitution nicht losgelöst von der Umwelt, in welche der Ratsuchende, sein Problem sowie der Berater eingebettet sind, betrachtet werden kann.

Beratung ist vor allem durch ihren kommunikativen Charakter gekennzeichnet, denn Beratung ist ein Kommunikations- und Interaktionsprozess zwischen Ratsuchendem und Berater (Krause 2003, 23). Dewe (2006, 132) weist Beratung als „spezifische kommunikative Gattung“ oder „als institutionalisierte Form hilfreicher Kommunikation“ in der modernen Gesellschaft aus. Mollenhauer (1965, 40) bezeichnet das „aufklärende Gespräch“ als „das Medium der Beratung“. Das aufklärende Gespräch in der Beratung kann Distanz verschaffen und dem Ratsuchenden ermöglichen, das Besprochene objektivierend zu betrachten (ebd., 32).

Obwohl die freiwillige Inanspruchnahme von Dewe (2006, 133) als ein weiteres Charakteristikum von Beratung beschrieben wird, kann dies nicht als allgemeines Merkmal von Beratung angesehen werden, da es durchaus auch Beratungssituationen gibt, welche im Zwangskontext, beispielsweise durch Maßnahmen des Jugendamtes, in Anspruch genommen und durchgeführt werden müssen (Doppel 2001, 1).

Gegenwärtig wird eine Vielzahl an Beratungsangeboten mit diversen Schwerpunkten offeriert. Das Angebot reicht dabei von Beratung von Organisationen bis hin zur Beratung von

Einzelpersonen, von wirtschaftlich-orientierter Beratung bis hin zur sozialen oder psychologisch-orientierten Beratung. Im sozialen respektive psychologischen Bereich werden beispielsweise Lebensberatung, Sozialberatung, psychologische Beratung (Steinhardt 2007, 11) oder sozialpädagogische Beratung (Brandau & Kaschnitz 2008, 150) angeboten. Diesem Bereich kann auch die Erziehungsberatung subsummiert werden.

Erziehungsberatung findet dann Anwendung, wenn es zu Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensstörungen oder Schulproblemen beim Kind gekommen ist (Böhm 2005, 188). In diesem Sinn dient die Erziehungsberatung als Hilfe zur Erziehung. Die Eltern sollen durch die Erziehungsberatung bei der Klärung sowie der Bewältigung familienbezogener Schwierigkeiten Unterstützung erfahren (Sozialgesetzbuch VIII 1990 zit.n. Finger-Trescher 2009, 64). Ein Zweig der Erziehungsberatung ist die tiefenpsychologisch-orientierte Erziehungsberatung, zu der auch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung gezählt wird.

1.2 Charakteristika tiefenpsychologischer Erziehungsberatung

Die tiefenpsychologisch-orientierte Erziehungsberatung hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus der psychoanalytischen Pädagogik heraus entwickelt und wurde von Pionieren der Psychoanalytischen Pädagogik[16] konzipiert (Trescher 1985, 107). Die ersten tiefenpsychologischen Erziehungsberatungsstellen Wiens wurden von August Aichhorn gegründet, gefolgt von den individualpsychologischen Erziehungsberatungsstellen Alfred Adlers (Datler et al. 2005, 7). Auch Fritz Redl und Hans Zulliger lieferten wesentliche Beiträge zur Konzeption tiefenpsychologischer Erziehungsberatung (Trescher 1985, 107)[17]. Damals wurden die Erziehungsberatungsstellen an Wiener Bezirksjugendämtern, Schulen, Volkshochschulen oder Arbeiterheimen etabliert (Datler et al. 2005, 7f). Gegenwärtig stellt die Erziehungsberatung in Österreich einen Zweig der Kinder- und Jugendhilfe dar (Datler 2005, 11).

Psychoanalytisch-orientierte Beratung versucht durch die Anwendung der psychoanalytischen Methode den Ratsuchenden dabei zu helfen, im Hinblick auf das vorgebrachte Problem, eine eigenständige Entscheidung zu finden (Vogt 1980 zit.n. Argelander 1985, 168). Das gemeinsame Moment aller Konzepte tiefenpsychologischer Erziehungsberatung ist,

[16] Die Bezeichnung „Pioniere Psychoanalytischer Pädagogik“ entstammt dem Titel des 1995 herausgegebenen Werkes von Fatke und Scarbath.

[17] Hafner (2001, 7-15) bietet in ihrer Diplomarbeit einen Überblick über die Geschichte von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung und den Errungenschaften, welche auf den einzelnen Gründerfiguren beruhen.

dass mit ubiquitär unbewussten Vorgängen und Motiven gerechnet wird, welche (Erziehungs-)Krisen und Konfliktlagen mitbeeinflussen (Trescher 1985, 108). Diese latenten Vorgänge sind weder den Erziehern, noch den Kindern bewusst und werden durch gegenwärtige Erfahrungen aktualisiert (Datler et al. 2004, 616). Im Zuge der Erziehungsberatung sollen die bisher unbewussten Anteile von Konflikten ergründet und verstanden werden. Dabei liegt der Fokus darauf zu entschlüsseln, welche Bedeutung und welchen Sinn das krisenbehaftete Phänomen für den Ratsuchenden hat (Eggert-Schmid Noerr et al. 2009, 8; Trescher 1985, 108f). In Tabelle 2 werden die wesentlichen Grundzüge der tiefenpsychologischen Erziehungsberatung nach Trescher (1985, 108f) zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 2 Grundzüge tiefenpsychologischer Erziehungsberatung nach Trescher (1985, 108f). Die ersten fünf Punkte betreffen das Grundverständnis bezüglich des Zustandekommens von Erziehungsschwierigkeiten sowie deren unbewusste Bedeutung, die letzten fünf Punkte beziehen sich konkret auf die Beratungssituation.

• Unbewusste Konflikte spielen eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen von Erziehungsschwierigkeiten.
• Erziehungsschwierigkeiten ergeben sich aus gestörten Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Eltern ⇒ auch Eltern sind an den Schwierigkeiten beteiligt.
• Im System Familie werden die kindlichen Symptome funktionalisiert und dienen der Aufrechterhaltung unbewusster familiärer Dynamiken.
• Das Kind bereitet nicht nur Schwierigkeiten, sondern hat selbst Probleme.
• Symptome werden als „verschlüsselte Mitteilungen“ gedeutet.
• Allgemeine Ratschläge sind nur selten fruchtbar ⇒ die Individualität und die Besonderheiten des Ratsuchenden/der jeweiligen Situation achten und respektieren.
• Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse[18] in der Beratungssituation sind für das Verständnis unbewusster Konflikte bedeutsam.
• Der Berater fördert die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer positiven Übertragung.
• Im Beratungsverlauf kann mit unbewussten Widerständen gegen die Beratung auf Seiten der Eltern gerechnet werden.
• Der Berater bleibt passiv, neutral sowie unparteiisch und verzichtet auf autoritäres Verhalten oder Zwangsmaßnahmen.

[18] Als „Übertragung“ wird in der Psychoanalyse der Vorgang bezeichnet, bei dem unbewusste Strebungen Wünsche des Klienten seinem Gegenüber, im Fall des therapeutischen Settings – dem Therapeuten, entgegen gebracht werden (Schuster & Springer-Kremser 1998, 128). Dies zeigt sich in seinen Assoziationen, Einfällen und Äußerungen, sowie auch in der Weise, wie der Klient mit dem Therapeuten darüber spricht. „Übertragung“ bezeichnet demnach das „Beziehungsfeld“ (Mertens 1998, 269), welches der Patient dem Analytiker in bewusster und auch unbewusster Weise entgegen bringt (ebd.). Dabei handelt es sich oftmals um eine „Wiederholung infantiler Muster“ (Schuster & Springer-Kremser 1998, 128) von Beziehungserfahrungen, welche im Hier und Jetzt der Therapie eine Aktualisierung erfahren (ebd.).
Als „Gegenübertragung“ wird die „Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten und ganz besonders auf dessen Übertragung“ (ebd.) verstanden. Es gehört zur Kompetenz des Analytikers, die in ihm aufkommende Gegenübertragungsreaktion wahrzunehmen und ferner zu analysieren (Mertens 1998, 63; 65).

Innerhalb der tiefenpsychologischen Erziehungsberatung haben sich mehrere Konzepte herausgebildet. Als Beispiele seien das Wiener Konzept nach Helmut Figdor (2005, 76-89), die Eltern-Kleinkind-Beratung (Tavistock Clinc, London) (Diem-Wille 2005, 90-104) oder die institutionelle Erziehungsberatung, wie sie von Heinz Krebs (2005, 105-125) vorgestellt wird, genannt. Da in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf dem Wiener Konzept liegt, wird dieses im nächsten Abschnitt dargestellt.

2 Das Wiener Konzept der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung

Die Entwicklung des Wiener Konzeptes der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung geht auf Helmut Figdor zurück. Als Dozent an der Universität Wien tätig, hielt er im Wintersemester 1990/91 ein Seminar über „Psychoanalytisch-pädagogische Elternarbeit". Da bei einigen Studierenden das Interesse an der Thematik nach Ende des Seminares bestehen blieb, gründete Figdor eine außeruniversitäre Supervisionsgruppe, in der er mit den Studierenden, welche im Rahmen von beruflichen Nebentätigkeiten oder Praktika auch Elternarbeit leisteten, weiter arbeitete. Innerhalb dieser Arbeitsgruppe wurden zunehmend auch Themen wie Diagnostik, psychoanalytische Selbsterfahrung etc. fokussiert. Während dieser Zeit wurde Figdor von der Sigmund Freud-Gesellschaft eingeladen, eine „postgraduale Fortbildung zum ‚*Psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater*' [...] zu etablieren" (Figdor 2000, 9). Diese Aufforderung verband Figdor mit der bereits bestehenden Arbeitsgruppe, aus der 1994 die ersten Absolventen des Fortbildungslehrganges hervorgingen. Im Jahre 1996 wurde die Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP[19]) gegründet, welche seither als Träger des Ausbildungslehrganges zum Psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater fungiert (ebd., 8ff).

Nach diesem geschichtlichen Rückblick soll im Folgenden dargestellt werden, wodurch sich das Wiener Konzept der Erziehungsberatung auszeichnet. Da in dieser Arbeit untersucht werden soll, wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater mit Familien mit ADHS-Kindern umgehen, ist es notwendig zuvor darzustellen, wodurch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung gekennzeichnet ist und wie sie praktisch gestaltet wird.

Ausgehend von der Annahme, dass Erziehungsschwierigkeiten aus Beziehungen zwischen Eltern und Kind erwachsen und somit auch der Anteil der Eltern an den Schwierigkeiten akzentuiert wird (Trescher 1985, 108), gestaltet sich psychoanalytisch-pädagogische Er-

[19] Zu den Gründungsmitgliedern der APP zählten „die Sigmund Freud-Gesellschaft, der Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse und das Alfred Adler Institut des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie" (Figdor 2000, 10).

ziehungsberatung als Interventionsform, welche sich vornehmlich an die Eltern der Kinder richtet (Steinhardt 2005, 71). Dies bedeutet, dass die Beratung primär zwischen Eltern und Berater und nicht zwischen Kind und Berater stattfindet. Das „pädagogische Augenmerk" wird demnach auf die „Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern und [auf] die Aktivierung von Ressourcen des sozialen Umfelds" (Doppel 2005, 196) gerichtet. Somit ist das Kind während der Beratung zumeist abwesend. Nur im Zuge der „diagnostischen Beobachtung oder (Test-)Untersuchung" (Barth-Richtarz 2009, 37) des Kindes, wird es in die Beratung bestellt. Diese Vorgehensweise kennzeichnet vor allem die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach Figdor, denn in anderen Konzepten, wie beispielsweise in der Eltern-Kleinkind-Beratung nach Diem-Wille, wird und soll das Kind von Beginn an in die Beratung mitgenommen werden (Figdor 2005, 87)[20].

Da Erziehungsschwierigkeiten von unbewussten Motiven mitbestimmt sind (Trescher 1985, 108), soll die Arbeit mit den Eltern während der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung darauf abzielen, dass sie den dynamischen Zusammenhang zwischen der Außenwelt und der Innenwelt ihres Kindes erkennen (Figdor 1998, 73). Da nach Figdor (2005, 56) die Innenwelt der Eltern die wichtigste Variable der kindlichen Außenwelt darstellt, soll es vor allem darum gehen, dass Eltern ein Verständnis für ihren eigenen Anteil an den Erziehungsschwierigkeiten entwickeln (Datler 2005, 25).

Dieses Verständnis für die eigenen Beziehungsanteile auf Seiten der Eltern soll ihre Beziehung zum Kind verändern (Figdor 2005, 56) sowie zu „Veränderungen ihres erzieherischen Handelns" (Figdor 1998, 73) beitragen. Da die kindlichen psychischen Strukturen noch bis in das Latenz[21]- und Jugendalter alloplastisch sind, können „Veränderungen erzieherischer Haltungen und Beziehungsgestaltungen auf Seiten der Eltern bei den Kindern strukturelle Veränderungen [...] provozieren" (Figdor 2000, 8).

Dies ist jedoch kein einfaches Unterfangen, da Eltern Erziehungsberatung nicht primär aufsuchen „um sich selbst zu verändern" (ebd., 25), sondern um Hilfe zu suchen, „um ihre Kinder ‚verändern' zu können" (ebd.). Vielfach fühlen sich Eltern von den Schwierigkeiten mit ihrem Kind sehr bedroht. Dadurch verlieren sie scheinbar die Fähigkeit, „sich mit ihrem Kind zu identifizieren, d.h. sich in das Kind hineinzufühlen und zu verstehen, wel-

[20] Figdor argumentiert, dass es störend wäre, wenn das Kind in der Beratung anwesend ist, da die Eltern dadurch womöglich in ihrem freien Redefluss gestört würden. Durch die Absenz des Kindes, können Eltern ihre Probleme jedoch frei schildern. Außerdem könnte das Beisein des Kindes dazu führen, dass sich der Erziehungsberater vielmehr mit dem Kind als mit den Eltern identifiziert, und sich so eher mit dem Kind *gegen* die Eltern identifiziert (Figdor 2005, 77f)

[21] Als Latenzzeit wird jene Phase der psychosexuellen Entwicklung bezeichnet, die der infantil-genitalen Phase anschließt, also zwischen dem sechsten bzw. siebten und dem zehnten respektive elften Lebensjahr. In dieser Phase kommt es zu einer „fortschreitenden Unterdrückung" des kindlichen Sexualtriebs, welcher erst mit Einsetzen der Pubertät erneut aufflammt (Freud 1905, 84; 105; Tyson & Tyson 2001, 71).

che ‚Botschaft' es durch sein Verhalten zum Ausdruck bringt" (Barth-Richtarz 2009, 39). Demnach müssen die Eltern zuerst dafür gewonnen werden, sich auf ein Nachdenken „über die Erlebniswelt ‚ihrer' Kinder [...], über ihre eigenen (unbewußten) Gefühle und Gedanken, über deren Bedeutung für ihr Handeln als Erzieher" (Datler 2005, 25) einzulassen. Erst dann können sie den Zusammenhang, der zwischen ihrem erzieherischen „Handeln, dem Erleben ‚ihrer' Kinder [...] und den Schwierigkeiten besteht" (ebd.), verstehen. Dadurch sollen Eltern die Fähigkeit zurückgewinnen, sich langfristig wieder mit ihrem Kind identifizieren zu können (Figdor 2005, 58).
Um diesen Prozess auf Seiten der Eltern in Gang zu setzen, folgen psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater einem besonderen methodischen Vorgehen. Dieses soll im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

2.1 Charakteristika von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung, die für den Beratungsprozess konstitutiv sind

Im Folgenden werden die wesentlichen Etappen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung dargestellt. Um diese theoretischen Ausführungen zu illustrieren, werden sie an mancher Stelle mit Auszügen aus Falldarstellungen ergänzt.

2.1.1 Etablieren einer positiven Übertragungsbeziehung

Kommen ratsuchende Eltern in die Erziehungsberatung, nehmen sie den Berater sowie den Beratungsprozess nicht nur auf bewusster Ebene wahr, sondern bringen dem Beratungsgeschehen auch unbewusste Widerstände und Ambivalenzen entgegen (Datler 2005, 18). Damit diese unbewussten Regungen des Ratsuchenden die Etablierung einer „tragfähigen Arbeitsbeziehung" nicht gefährden, muss sich der Erziehungsberater ab dem Erstkontakt mit den Ratsuchenden um „die Entfaltung von gegenläufigen, positiven Übertragungsgefühlen" (ebd.) bemühen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass der Berater den Schilderungen der Eltern aufmerksam zuhört, sein Interesse daran bekundet (Aichhorn 1936, 61ff) und den Eltern das Gefühl vermittelt, hier in der Beratung mit ihrem Problem an der richtigen Stelle zu sein (Figdor 2005, 55)[22]. Zudem soll der Berater dem Ratsuchenden verdeut-

[22] Das Gefühl des „An-der-richtigen-Stelle-Seins", soll dann vermittelt werden, wenn die vorgebrachte Problemlage in den Zuständigkeitsbereich der Erziehungsberatung fällt. Würde sich herausstellen, dass die Erziehungsprobleme in stark neurotischen Problemen der Eltern gründen, sollten diese vielmehr eine Psychotherapie aufsuchen (Figdor 1998, 25).

lichen, dass der Ratsuchende für seine Gefühle sowie Gedanken nicht verurteilt wird (Figdor 2005, 33). Auch soll die Kompetenz des Beratenden für die Ratsuchenden nicht bedrohlich wirken (ebd., 34). Dadurch kann der Berater auf Seiten der Eltern Zuversicht und Vertrauen wecken, sodass ihre Widerstände gegenüber der Beratung geschwächt und überwunden werden können (Trescher 1985, 109).

2.1.2 Zum diagnostischen Arbeitsbündnis

Erst wenn eine positive Übertragung zwischen Berater und Ratsuchenden hergestellt wurde, kann der Anstoß zu einem gemeinsamen Nachdenken über die Erziehungsschwierigkeiten gegeben werden (Datler 2005, 18f; Trescher 1985, 109). Dieses gemeinsame Nachdenken über bzw. diese gemeinsame Suche nach dem latenten Sinn der Erziehungsschwierigkeiten wird als *diagnostisches Arbeitsbündnis* bezeichnet (Datler 2005, 19; Figdor 2005, 48). Dabei versucht der Erziehungsberater die Eltern „davon zu überzeugen, daß jegliche Lösungen des Problems, die sowohl ihnen als auch der Entwicklung des Kindes dienlich sein sollen, voraussetzt, die das Problem begründenden Zusammenhänge zu verstehen“ (Figdor 2005, 48). Nach Barth-Richtarz (2009, 44) ist es im Zuge des diagnostischen Prozesses von Bedeutung „das Kind und seine aktuelle Problematik zu verstehen und den Bedingungszusammenhang zwischen dem Erleben des Kindes […], seiner Symptomatik und dem Verhalten der Eltern zu rekonstruieren“ (ebd.). Denn nur dann, können weitere Maßnahmen für die Korrektur von (Beziehungs-)Erfahrungen bestimmt werden, um die Entwicklungschancen des Kindes wieder zu eröffnen (ebd.).
Durch dieses gemeinsame Vorgehen werden die ratsuchenden Eltern zu „Mit-Experten“ (Figdor 2005, 55), zu „‘Experten für ihr Kind‘“ (Datler 2005, 21). Dadurch kann auch die Angst vor Kritik, Beschämung und Demütigung auf Seiten der Eltern gelindert werden, und das Gefühl der Unterlegenheit gegenüber dem Berater verringert sich. Auch bietet das gemeinsame Verstehen die Aussicht auf den Rückgewinn von Kompetenz auf Seiten der Eltern. Somit fällt es leichter, die Eltern zur Mitarbeit zu gewinnen (Figdor 2005, 55). Im nachstehenden Abschnitt wird nun nachgezeichnet, wie die diagnostische Abklärung im Zuge der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung gestaltet ist.

Ein zentrales Thema des diagnostischen Arbeitsbündnisses ist die Entmachtung sogenannter „pädagogischer Geister“ (Figdor 1998, 51; Figdor 2000, 19). Mit diesem Begriff bezeichnet Figdor elterliche kognitive Konzepte oder Fehleinschätzungen von Zusammen-

hängen oder Aspekten in pädagogischen Handlungsfeldern, die von der Realität abweichen und/oder Irrtümer darstellen (Figdor 2000, 19f). Dabei handelt es sich jedoch nicht um Irrtümer, welche in einer Fehlinformation der Eltern gründen (Figdor 1998, 54). Um einen pädagogischen Geist handelt es sich dann, wenn diesen Konzepten, Fehleinschätzungen oder Irrtümern eine Abwehrfunktion zukommt und sie der Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichtes der Eltern dienen (Figdor 2000, 19f). Dies geschieht im folgenden Sinn:

Erziehung geht immer auch mit Entsagung, Triebverwehrung, Grenzsetzung und Forderungen einher. Diese werden von den Kindern oft als Einschränkungen, Zurückweisung oder Enttäuschung erlebt (ebd., 22f). Vielen Eltern ist es jedoch gedanklich unerträglich, ihren Kindern durch ihre Forderungen und dergleichen, Frust zu bereiten. Vor allem dann, wenn sie sich zurückerinnern, wie sie damals ihre Eltern im Zuge deren Erziehungsforderungen zeitweise gehasst haben. Dies verstärkt ihre Angst, nun im Rahmen ihrer eigenen erzieherischen Interventionen von ihren Kindern gehasst zu werden. So entwerfen Eltern unbewusst ein idyllisches Bild vom Zusammenleben mit ihren Kindern, in dem sie sich vorstellen, dass sie kraft ihrer elterlichen Liebe die Bedürfnisse ihrer Kinder so vollständig erfüllen können, dass erst gar keine Konflikte aufkommen (Figdor 2005, 45f). Diese Vorstellung vom familiären Idyll entspricht jedoch einem pädagogischen Geist, da sie den Eltern hilft „sie vor dem Durchbruch von Schuldgefühlen, Ängsten, Aggressionen oder narzißtischen Kränkungen [zu] bewahren“ (Figdor 1998, 54). Beispiele für pädagogische Geister, die auf Seiten der Eltern häufig auftreten, sind:

- „Ich bin eine gute Mutter und stelle meine persönlichen Bedürfnisse (…) gerne hinter meine mütterlichen Pflichten zurück.
- […] Wenn ich eine gute Mutter/ein guter Vater bin, wird mein Kind immer zufrieden sein.
- […] Wenn ich es richtig mache, braucht es zwischen mir und den Kindern keine Konflikte zu geben.
- […] Wenn eine Mutter/ein Vater das eigene Kind richtig liebt, darf es nicht vorkommen, daß man es manchmal am liebsten los wäre.
- […] Wenn ich mit meinen Kindern Probleme habe, zeugt das von meinem persönlichen Versagen“ (ebd., 51f; Formatierung durch die Verfasserin).

Pädagogische Geister sind also Forderungen der moralischen Art, respektive psychologisch-pädagogische Theorien, welche eigentlich unangemessen oder nicht erfüllbar sind (ebd., 52). Pädagogische Geister bilden den psychodynamischen „*Anteil der Erwachsenen*

an den sozialen, emotionalen, neurotischen und Entwicklungsproblemen von Kindern“ (Figdor 2000, 19). Sie beeinflussen die erzieherische Praxis der Eltern, was in negativen Fällen dazu führen kann, dass die erzieherische Praxis dem Entwicklungsinteresse des Kindes nicht mehr förderlich ist (Figdor 2005, 43). Durch die pädagogischen Geister kann es sogar zu Handlungszwängen auf Seiten der Eltern im Umgang mit ihrem Kind kommen (Figdor 2000, 22).

Anders als neurotische Symptome, sind die durch pädagogische Geister abgewehrten Strebungen, Gefühle und Phantasien der Bewusstseinsebene noch sehr nahe, wodurch es sich um eine sehr oberflächliche Form der Abwehr handelt (ebd., 19f). Durch ihre Bewusstseinsnähe können pädagogische Geister leicht aufgedeckt und dadurch vertrieben werden – dies geschieht durch *psychoanalytisch-pädagogische Aufklärung* (ebd., 20). Erst wenn diese unbewussten Anteile aufgeklärt sind, können die daraus resultierenden Handlungszwänge auf Seiten der Eltern entfallen (ebd., 21f). Denn so lange Eltern an dem pädagogischen Geist, der ein idyllisches, konfliktfreies Zusammenleben der Familie verspricht, festhalten, kann der Ungehorsam des Kindes in dem Sinn persönlich genommen werden, als dass er als Zurückweisung der elterlichen Liebe deklariert wird (Figdor 2005, 45; 47).

Um im Zuge der psychoanalytisch-pädagogischen Aufklärung aufkommende Widerstände der Eltern möglichst zu vermeiden oder zu reduzieren, kann der Berater Gleichnisse sowie Beispiele einbringen oder in Wir-Form sprechen (ebd., 48). Dies trägt dazu bei, dass sich beispielsweise Schuldgefühle auf Seiten der Eltern mäßigen, sowie Phantasien, Hoffnungen, Wünsche und Gefühle enttabuisiert werden. Auch erklärt der Berater den Eltern soziale und psychosoziale Zusammenhänge, wodurch illusionäre Hoffnungen oder Befürchtungen verändert werden können (Figdor 2000, 21). Dadurch verändert sich ihre Bewertung, Einschätzung und Wahrnehmung der Kinder, woraus wiederum eine veränderte emotionale Reaktion und ein verändertes Verhalten der Eltern gegenüber den Kindern resultieren. Auch wird es den Eltern wieder möglich, sich mit ihren Kindern zu identifizieren (ebd., 21f).

Aus dieser pädagogischen Aufklärung resultiert neben der Entmachtung der pädagogischen Geister und der Fähigkeit der Eltern sich mit ihrem Kind zu identifizieren, auch „die Haltung der ‚Verantworteten Schuld‘“ (ebd., 22). Dabei erlangen die Eltern nicht nur die Fähigkeit, sich mit ihrem Kind zu identifizieren, sondern darüber hinaus sich mit dem Kind gegen sich selbst zu identifizieren (ebd., 22) und das auch in konflikthaften Situationen (Figdor 2005, 51). Durch die psychoanalytisch-pädagogische Aufklärung werden den El-

tern jene Schuldgefühle bewusst gemacht, welche durch ihr grenzsetzendes Verhalten gegenüber den Kindern ausgelöst werden. Dadurch wird es ihnen möglich, sich diesen Schuldgefühlen zu stellen, anstatt sich „in deren Projektion zu flüchten“ (Figdor 2005, 47)[23]. Denn durch die Desillusionierung der elterlichen Vorstellungen von Erziehung erkennen Eltern, dass es im Entwicklungsinteresse des Kindes Gebote, Verbote und Entsagung geben muss. Der dadurch hervorgerufene Protest oder Trotz des Kindes wird nun von den Eltern nicht mehr als „Ausdruck *ihres Versagens*“ (ebd., 49) oder als Zeichen geringer Liebe des Kindes erlebt (ebd.). Wird den Eltern ihre Rolle im Erziehungsgeschehen bewusst, verlieren Sanktionen gegenüber den Kindern an Aggressivität und werden nicht mehr zur Abfuhr oder zur Befriedigung von Wut, Ärger oder Rachegelüsten genutzt. Vielmehr etabliert sich auf Seiten der Eltern ein Bedürfnis, die von ihren Sanktionen ausgehende Enttäuschung beim Kind wieder gut zu machen. Daraus resultiert, dass Eltern ihre pädagogische Praxis verändern (Figdor 2000, 22f). Denn erst wenn Eltern ihre Schuld an der, z.B. durch die Sanktion hervorgerufenen Betrübnis des Kindes erkennen und ertragen können, wird es ihnen möglich, ihrem Kind in solchen Situationen tatsächlich zu helfen, es zu trösten und sich auch in konflikthaften Situationen um das Wohl des Kindes zu kümmern (Figdor 1998, 57).

Durch die psychoanalytisch-pädagogische Aufklärung wird es den Eltern möglich, die Situation ihres Kindes genauer zu betrachten und nach potentiellen „Belastungsfaktoren im Alltag“ (Barth-Richtarz 2009, 44.) des Kindes zu suchen (ebd.). Im Zuge des gemeinsamen Nachdenkens von Berater und Eltern ergeben sich verschiedene Vermutungen und Annahmen, worin die Schwierigkeiten des Kindes möglicherweise gründen könnten. Diese Vermutungen werden von Barth-Richtarz (ebd.) und Neudecker (2008, 78) als „diagnostische Hypothesen“ bezeichnet.

Um zu zeigen, wie solche diagnostische Hypothesen in der erziehungsberaterischen Praxis aussehen, sollen nun, anhand eines Fallbeispiels von Barth-Richtarz (2009), Beispiele angeführt werden. Barth-Richtarz (ebd., 50ff) skizziert in ihren Darstellungen den Verlauf einer Beratung. In diesem Fall suchten die Eltern eines Buben im Kindergartenalter die Erziehungsberatung auf, da ihr Sohn im Kindergarten durch massives Masturbieren auffiel. In der gemeinsamen Arbeit mit den Eltern konnte die Beraterin folgende Hypothesen für

[23] Unter Projektion wird in der Psychoanalyse ein Abwehrmechanismus verstanden. Dabei werden zum Beispiel Wünsche oder Gefühle, welche Anstoß erregen, „aus dem subjektiven psychischen Raum eines Menschen und damit [...] aus seinem Bewußtsein ausgeschlossen […], um dann einer anderen Person oder einem nichtbelebten Objekt der Außenwelt zugeschrieben zu werden“ (Schuster & Springer-Kremser 1997, 59).

die Genese seiner Symptomatik formulieren: Die Symptomatik gründet in einem Objektbeziehungsproblem zwischen dem Jungen und seiner Mutter im Zuge einer sehr strikten Sauberkeitserziehung. Einen weiteren möglichen Grund für die Genese der Symptome könnte eine Überforderung im Kindergarten darstellen. Oder die Ankunft des Geschwisterkindes könnte Ängste und Aggressionen in besagtem Jungen auslösen, was das Zustandekommen der Symptomatik erklären könnte.

Im nächsten Schritt wird eruiert, welche der Hypothesen das Zustandekommen der Erziehungsschwierigkeiten erklären können (Barth-Richtarz 2009, 50). Im Zuge dessen wird das Kind dem Erziehungsberater zur psychoanalytisch-pädagogischen Diagnostik vorgestellt. Zur Diagnostik am Kind verwenden psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater verschiedene Testinstrumente und Methoden. So werden beispielsweise projektive Testverfahren und Leistungstests (Figdor 1998, 62)[24] angewandt, sowie Spielbeobachtungen (Barth-Richtarz 2009, 50) durchgeführt. Außerdem stellt das Gespräch mit den Eltern eine bedeutsame diagnostische Komponente dar, da sich Eltern und Berater nach der Formulierung der Hypothesen in den Beratungseinheiten vermehrt den einzelnen Themen dieser Hypothesen zuwenden, um diese detaillierter zu besprechen. Die psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik zielt darauf ab, „die stattgefundene Entwicklung von Kindern darauf hin zu *beurteilen*, ob bzw. in welchem Ausmaß die Bedingungen für eine Entwicklung zu ‚gut möglicher psychischer Gesundheit' (noch) erfüllt sind" (Figdor 1998, 37). Ein Charakteristikum der psychoanalytisch-pädagogischen Diagnostik ist, dass sie nicht zu Beginn des Beratungsprozesses, sondern erst nach einigen Beratungssitzungen stattfindet. Dies bietet zwei Vorteile (ebd., 62):

1) Anstatt nur das Anlasssymptom des Kindes bei der Diagnose zu fokussieren, kann nun das Kind vor dem Hintergrund des in der Beratung vorgebrachten Grundproblems der Eltern betrachtet werden.
2) Durch die, der Diagnostik vorangegangene pädagogische Aufklärung können sich die Eltern mit ihren Kindern wieder identifizieren, sie besser verstehen, als dies zu Beginn des Beratungsprozesses möglich gewesen wäre.

[24] Neudecker (2008, 84) führt exemplarisch folgende diagnostische Tests an, welche in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung eingesetzt werden: „Pigem, Bestiarium, Mensch-Test, Baum-Test nach Koch, Verzauberte Familie nach Kos/Biermann, CAT (Children's Apperception Test), Rorschach, Sceno-Test nach v. Staabs, Satz-Ergänzungs-Test, Düss-Fabeln, K-ABC Kaufman-Assessment Battery for Children".

Konnten mittels psychoanalytisch-pädagogischer Diagnostik bestimmte Hypothesen, welche das Zustandekommen der Erziehungsschwierigkeiten plausibilisieren, verifiziert werden, folgt die nächste Etappe im Erziehungsberatungsprozess. Dabei werden konkret jene Themen aufgegriffen, welche Inhalt der verifizierten Hypothesen waren. Es wird versucht, sich in das Kind einzufühlen und zu hinterfragen, welche Bedeutung verschiedene Situationen und dabei die Handlungen der Eltern für das Kind gehabt haben mochten. Außerdem, so beschreibt Barth-Richtarz (2009, 55) in ihrem Fallbeispiel, versucht der Berater auch die Gründe für das elterliche Verhalten gegenüber dem Kind zu verstehen. Beim zuvor dargestellten Fallbeispiel bleibend bedeutete dies, dass sich Erziehungsberater und Eltern noch einmal mit dem Thema Sauberkeitserziehung, Eintritt in den Kindergarten und die Ankunft des Geschwisterkindes auseinandersetzen, und gemeinsam über die Bedeutung dieser Situationen für das Kind, aber auch für die Eltern, nachdachten (Barth-Richtarz 2009, 54ff).

2.1.3 Zum pädagogischen Arbeitsbündnis

Ist es den Eltern im Laufe der Erziehungsberatung gelungen, Zusammenhänge zwischen ihrem erzieherischen Handeln, dem, wie ihre Kinder dieses erleben, sowie den bestehenden Schwierigkeiten zu erkennen (Datler 2005, 25), sind während der ersten Etappen der Erziehungsberatung die Aufklärung der pädagogischen Geister sowie die Etablierung der Haltung der verantworteten Schuld gelungen, verändert sich die Haltung der Eltern gegenüber den Erziehungsschwierigkeiten und gegenüber ihren Kindern. Sie erkennen, dass es sich bei den Erziehungsschwierigkeiten um komplexe Zusammenhänge handelt, in die auch sie selbst, als Eltern, mir ihrem Denken, Fühlen und Handeln verwoben sind. Dadurch wird es ihnen möglich, Mitteilungen des Beraters anzunehmen, ohne diese abwehren zu müssen (Figdor 2005, 56). Dieses Annehmen der eigenen Beteiligung an den Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind kennzeichnet nach Figdor (ebd.) eine neue Phase im Prozess der Erziehungsberatung: das *pädagogische Arbeitsbündnis*. Ging es also im Zuge des diagnostischen Arbeitsbündnisses darum, die Eltern für ein gemeinsames Nachdenken über die Ursachen für die Erziehungsschwierigkeiten überhaupt erst zu gewinnen, stellt das pädagogische Arbeitsbündnis eine Vereinbarung dar, dass die Eltern „die Erziehungsberatung im Hinblick auf die diagnostisch gewonnenen Einsichten“ (Figdor 2005, 56) fortsetzen und „durch sinnvolle oder notwendige weitere Maßnahmen“ (ebd.) ergänzen. Zudem können nun Veränderungen im erzieherischen Handeln initiiert werden (Figdor 1998, 73). Das pädagogische Arbeitsbündnis unterscheidet sich somit nicht durch

ein verändertes methodisches Vorgehen vom diagnostischen Arbeitsbündnis, sondern durch eben diese veränderte Haltung auf Seiten der Eltern (Figdor 2005, 56).
Im Zuge des pädagogischen Arbeitsbündnisses soll die pädagogische Situation nun dahingehend verändert werden, dass die Entwicklungsinteressen des Kindes auch zukünftig gesichert und Entwicklungspotentiale wieder eröffnet werden (ebd., 36). Im Zuge dessen müssen auch die nächsten notwendigen Entwicklungsschritte des Kindes mitgedacht werden (Figdor 1998, 61), denn diese Entwicklungsschritte sollen „durch geeignete Handlungen der Erzieher“ (ebd., 66) initiiert werden.
Für das, diese Ausführungen begleitende Fallbeispiel, hat Barth-Richtarz (2009, 56-59) verschiedene Schritte formuliert, welche die Situation des Buben und die Verhaltensprobleme entlasten und verbessern sollen. So solle beispielsweise für eine entspanntere Situation im Kindergarten gesorgt werden, auch wird kurz umrissen, wie die Objektbeziehung zwischen dem Buben und seiner Mutter verändert werden kann, welche ja durch die rigide Sauberkeitserziehung durch die Mutter problematisch geworden war. Auch sollen dem Jungen Möglichkeiten zur spielerischen Affektabfuhr geboten werden, mit deren Hilfe es auch möglich ist, sich mit der Ankunft des Geschwisterkindes auseinander zu setzen.

2.2 Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auf Seiten der Eltern

Durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung werden nicht nur jene Probleme fokussiert, welche zum Aufsuchen der Erziehungsberatung geführt haben. Vielmehr kann sich durch diese Intervention auch die emotionale Atmosphäre in der Familie ändern. Diese Veränderung lässt sich jedoch nicht auf das Erteilen von Ratschlägen in der Beratung zurückführen, sondern vielmehr auf die veränderte Fähigkeit der Eltern, verschiedene Situationen (im Erziehungskontext) spontan und unbewusst anders einzuschätzen (Figdor 2005, 49). Durch diese neugewonnene Fähigkeit, pädagogisch relevante Situationen anders einschätzen und verstehen zu können, werden die Eltern das Kind auch anders erleben, wodurch sich zum einen der Umgang der Eltern mit dem Kind verändert und zum anderen ihre Art, pädagogische Probleme zu lösen (Figdor 1998, 46; 73). Denn die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung soll dazu beitragen, dass sich Eltern nun vielmehr der Frage widmen, wie sie ihrem Kind bei der Bewältigung des Problems helfen können (Figdor 2005, 58).

Durch diese veränderte Einstellung auf Seiten der Eltern und ihre wiedererlangte Fähigkeit zur Identifikation mit ihrem Kind soll es ihnen nun wieder möglich sein, im Zusammenleben mit ihren Kindern, Freude erleben zu können (Figdor 2005, 58). Dies bedeutet, dass bei gelingender Beratung Vorwurfshaltungen, Überlastung sowie von Angst besetzte Übertragungen und Erwartungen abgelöst werden von einer veränderten Objektbeziehung zwischen Eltern und Kind, in der Freude, Neugierde, Loyalität und Respekt vorherrschen (Figdor 1998, 73).

2.3 Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auf Seiten der Kinder

In der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung geht es nicht nur darum, Eltern mit einem erweiterten Spektrum an Fähigkeiten auszustatten, welche es ihnen erlauben pädagogisch bedeutsame Situationen einzuschätzen. Es geht auch darum, die Probleme oder Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes zu lösen, welche zur Beratung geführt haben. Es stellt sich somit die Frage, wie durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung eine „Veränderung beim Kind“ (Figdor 1998, 24) initiiert werden kann. Diese Frage wird vor allem dann laut, wenn es sich bei den kindlichen Verhaltensweisen oder Eigenheiten um Anteile der Persönlichkeit des Kindes handelt, diese also strukturell bedingt sind. Vermag eine Veränderung der kindlichen Außenwelt (z.B. ein veränderter Umgang der Eltern mit ihrem Kind) auch zu strukturellen Veränderungen auf Seiten des Kindes zu führen? Oder sind derartige, die Persönlichkeit betreffende Veränderungen nur durch eine Kinderpsychotherapie zu erreichen (ebd., 24f)?

Figdor (ebd., 39-43) argumentiert, dass nicht nur Kinderpsychotherapie zu strukturellen Persönlichkeitsveränderungen führen kann, sondern dass auch Veränderungen in der Außenwelt des Kindes solch massive Veränderungen auf Seiten des Kindes hervorrufen können (ebd., 39). Gerade vor der Latenzzeit spielen sich Konflikte zwischen den Es- und Ich-Anteilen des Subjektes sowie seiner Außenwelt ab. Daher ist das Kind in diesem Alter noch sehr für veränderte Bedingungen der Außenwelt empfänglich (ebd.). Doch auch ältere Kinder können von Erziehungsberatung profitieren. Obwohl die Abwehr mit dem Alter an Intensität gewinnt, ist die Abwehr präödipaler und ödipaler Konflikte selbst nach der Installierung eines postödipalen Über-Ichs noch lückenhaft. So kommt es immer wieder zu „Trieb- und Angstdurchbrüchen“ deren Abwehr maßgeblich „von den Anforderungen der Außenwelt mitbestimmt wird“ (ebd., 41). Außerdem, so argumentiert Figdor (ebd., 42)

weiter, können selbst stabile Abwehrformen in jedem Alter erschüttert werden, beispielsweise durch bedeutsame äußere Ereignisse. Somit kann durch Erziehungsberatung darauf abgezielt werden, „daß die (neurotische) Abwehr eines Kindes durch eine wesentliche Veränderung der (äußeren) Beziehungsverhältnisse ihrer Anpassungsfunktion verlustig geht“ (Figdor 1998, 42). Durch diese veränderten Bedingungen ergeben sich neue Erfahrungen, welche genützt werden können, um eine neuerliche Abwehr überflüssig zu machen (ebd.). Diese Argumentation Figdors ist vor allem dann bedeutsam, wenn psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern zum Einsatz kommt. Denn wie bereits im zweiten Teil beschrieben, akkumulieren ADHS-Diagnosen um das siebte Lebensjahr (Dilling et al. 2006, 188; Saß et al. 2003, 124), also nach dem Erreichen der Latenzzeit (Tyson & Tyson 2001, 71).

Demnach bildet die Außenwelt des Kindes samt der Beziehungsgestaltung der Eltern mit dem Kind sowie deren erzieherischen Handlungen nicht nur eine wichtige Determinante im Zustandekommen von Erziehungsschwierigkeiten, sondern stellt auch eine wichtige Ressource in Bezug auf die Lösung dieser Schwierigkeiten dar (Figdor 1998, 43).

So beschreibt beispielsweise Barth-Richtarz (2009, 59), dass die Verhaltensauffälligkeiten des Buben sukzessive nachließen, da es den Eltern gelang, zum einen die Symptome als Ausdruck für innere Spannungszustände ihres Kindes zu verstehen und zum anderen, da es ihnen gelang, ihr erzieherisches Handeln dauerhaft zu verändern.

3 Eine argumentative Hinführung zur Thematisierung psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern

Wie bereits im zweiten Teil dieser Arbeit gezeigt werden konnte, differieren die Ansichten, welche Behandlungsform im Fall von ADHS indiziert sei. Diese Differenzen ergeben sich vor allem durch die unterschiedliche Auffassung von der Ätiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Anhänger der medizinisch-biologischen Perspektive plädieren dafür, dass im Fall von ADHS vor allem Medikation oder Verhaltenstherapie die adäquaten Behandlungsmethoden seien (Drüe 2007, 185; Frodl 2011, 556; Haubl & Liebisch 2009, 133; Wender 2002, 60), um die bei ADHS vorhandene Gehirnfunktionsstörung auszugleichen (Banaschewski et al. 2004, 142f; Schimmelmann et al. 2006, 428f). Vertreter der psychoanalytischen Perspektive sehen hingegen vor allem Kinderpsychotherapie als eine geeignete Behandlungsmethode, da diese die Möglichkeit bietet, den latenten Hinter-

grund der ADHS-Symptomatik zu bearbeiten (Bovensiepen 2004, 345; Molitor 2004, 10; Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278). In der vorliegenden Arbeit soll psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von Familien mit ADHS-Kindern thematisiert werden. Bei Durchsicht der Literatur finden sich mehrere Hinweise darauf, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern ein sinnvolles Behandlungsangebot darstellt. Diese Hinweise werden im Folgenden angeführt, um auf deren Basis für den Einsatz der psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in diesen Familien zu argumentieren:

Hinweis 1: In der Betrachtung des Phänomens ADHS schließt sich die Autorin dem psychoanalytischen Konfliktmodell als Erklärungsmodell für die Genese der Aufmerksamkeitsstörung an. Demnach resultiert die ADHS-Symptomatik in innerpsychischen unbewussten Konflikten und stellt somit eine sinnvolle Äußerung des Subjektes entsprechend seiner inneren Konflikthaftigkeit dar. Um dieser unbewussten (Konflikt-)Dynamik in der Behandlung von ADHS gerecht zu werden, soll die Behandlungsmethode *psychoanalytisch fundiert* sein.

Hinweis 2: Leuzinger-Bohleber (2006, 38) betont, dass eine *pädagogische Intervention* im Fall von ADHS die Chance bietet, fehlgelaufene Entwicklungen „durch geeignete, adäquate Beziehungs- und Umwelterfahrungen“ (ebd.) zu korrigieren.

Somit kann an dieser Stelle zusammenfassend festgehalten werden, dass die Behandlung von ADHS zum einen psychoanalytisch fundiert sein soll und zum anderen pädagogisch sein kann. Diese beiden Prädikate spiegeln sich bereits in der Bezeichnung *psychoanalytisch-pädagogische* Erziehungsberatung wider. Bei dieser Form der Intervention handelt es sich also erstens um eine psychoanalytisch fundierte und zweitens um eine pädagogische Intervention. Im Folgenden wird nachgezeichnet, inwiefern die Erziehungsberatung nach dem Modell von Figdor (1998; 2000) als eine psychoanalytische sowie pädagogische Interventionsform charakterisiert werden kann.

Das *psychoanalytische Fundament* der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung stellt die Annahme dar, dass das manifeste Verhalten, Wahrnehmen, Denken und Fühlen des Menschen „immer auch Ausdruck und Folge unbewusster Abwehr und Sicherung“ (Datler et al. 2004, 614) darstellt. In diesem Sinne werden auch „Erziehungsprozesse weitgehend durch unbewußte Dynamik, Motive, Affekte, Wünsche und Bedürfnisse be-

stimmt“ (Trescher 1985, 109), so auch Erziehungsschwierigkeiten und Beziehungsprobleme zwischen Eltern und ihren Kindern (ebd.)[25]. Zudem werden, wie bereits beschrieben, in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung auch den unbewussten Aspekten innerhalb der Beratungssituation zwischen Ratsuchendem und Berater im Hier und Jetzt Aufmerksamkeit geschenkt und Bedeutung zugestanden.

Nachdem nun gezeigt wurde, in welchen Aspekten sich die psychoanalytische Orientierung der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung zeigt, stellt sich nun die Frage, was *das Pädagogische an dieser Interventionsform* ist.

Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung stellt eine pädagogische Interventionsform dar. Weshalb, wird im Folgenden erläutert:

a) Beratung ist nach Mollenhauer (1965, 29) an sich ein pädagogisches Phänomen. Demnach bezeichnet Beratung insofern einen pädagogischen Vorgang, als die Beratung verschiedene Bestandteile moderner Bildung beinhaltet. In der Beratung sollen (wie im Zuge von Bildungsprozessen) Selbstständigkeit und Initiative des Ratsuchenden gefördert werden, soll aufgeklärt sowie Information vermittelt werden. Außerdem soll es dem Ratsuchenden möglich werden, subjektive Problemlagen auszudrücken (ebd., 35). Der „pädagogische Sinn“ von Beratung liegt nach Mollenhauer (ebd., 31) auch darin, den Ratsuchenden zu befähigen, selbstständig eine Lösung für das jeweilige Problem zu finden. In diesem Zusammenhang spricht auch Hechler (2009, 59) von Beratung als einem Erziehungsmittel, da es dazu verhilft, ein basales Anliegen der Pädagogik zu verwirklichen: das Individuum „in der Entwicklung selbstbestimmter und rational begründeter Entscheidungs-, Handlungs- und Urteilsfähigkeit“ (ebd.) zu stärken. Demnach spielen Bildungs- und Erziehungsprozesse im Zuge der Beratung eine bedeutende Rolle und markieren Beratung als ein pädagogisches Handlungsfeld. Auch Engel (2004, 103) beschreibt Beratung per se als eine der „Grundformen pädagogischen Handelns“ (ebd.), da es zwischen Beratung und Pädagogik viele Gemeinsamkeiten gibt. So nennt er unter anderem, dass beide Handlungsformen nicht von der Person zu trennen sind, dass das Handeln immer situations- sowie kontextabhängig ist und sich zwischen verschiedenen Personen und Lebenskontexten abspielt (ebd., 104).
b) Nach Krause (2003, 25) wird dann von pädagogischer Beratung gesprochen, wenn innerhalb eines pädagogischen Handlungsfeldes, wie beispielsweise der Erziehung, ein Bedarf an Beratung besteht. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsbera-

[25] Diese Annahme bildet, nach Trescher (1985, 108), den Grundsatz der psychoanalytischen Pädagogik.

tung kommt, wie die Bezeichnung bereits suggeriert, eben im Feld der Erziehung zum Einsatz – vor allem dann, wenn es zu Erziehungsschwierigkeiten gekommen ist (Böhm 2005, 188).

c) Außerdem erfüllt psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung ein wesentliches Moment psychoanalytischer Pädagogik. Figdor (1998, 35) sieht die Aufgabe der psychoanalytischen Pädagogik darin, Entwicklungsschritte im Kinde zu initiieren, welche die Ausbildung von psychischen Strukturen gewährleisten, die prädisponierend für psychische Gesundheit sind. Diese Aufgabe spiegelt sich in einem Ziel der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung wieder. Denn unter anderem versucht diese Form der Erziehungsberatung, günstige Entwicklungschancen für das Kind wieder zu eröffnen und langfristig zu sichern (Barth-Richtarz 2009, 44; Figdor 2005, 58).

Die psychoanalytische und pädagogische Ausrichtung sind jedoch nicht die einzigen zwei Gründe, welche für psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit in Familien mit ADHS-Kindern sprechen. In der Literatur wird ein weiteres Kriterium für die Behandlung von Familien mit ADHS-Kindern angeführt:

Hinweis 3: Im Fall von ADHS erweist es sich als sinnvoll, die Eltern in die Behandlung miteinzubeziehen. So hat sich in der psychoanalytisch-pädagogischen Jugendhilfe gezeigt, dass die Arbeit mit den Kindern alleine oft nicht ausreichend ist, sondern die Arbeit mit den Eltern auch vorteilhaft ist (Heilmann 2009, 184). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Haltungen oder Handlungen der Eltern die kindliche Entwicklung beeinträchtigen oder das Kind schädigen (Figdor 2000, 14). Die Bedeutung der additiven Arbeit mit Eltern kann durch folgende Argumente hervorgehoben werden:

a) Durch das Einbeziehen der Eltern in den Behandlungsverlauf können bedeutsame Informationen über die familiäre Situation in Erfahrung gebracht werden (Passolt 2001, 37f).
b) Durch das Einbeziehen der Eltern kann die unbewusste Familiendynamik erkannt werden, welche oftmals für die Genese von ADHS (mit-)verantwortlich ist (Leuzinger-Bohleber 2006, 27).
c) Durch die Intervention mit den oftmals stark belasteten Eltern erfahren auch diese Unterstützung und Hilfe (Mattejat et al. 2005, 46).

d) Die in Familien mit ADHS-Kindern häufig negativen Beziehungs- und Interaktionssituationen können positiv beeinflusst werden (Wynne 1988a & AWMF 2000 beide zit.n. Mattejat 2005, 4).

Somit kann festgestellt werden, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auch diesem Argument entgegen kommt, da in der Erziehungsberatung vor allem mit den Eltern gearbeitet wird. Dabei kommt psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung den vier eben genannten Anforderungen wie folgt nach:

Ad a) Im ersten Schritt der Erziehungsberatung wird versucht, das Grundproblem zu verstehen und aufzuklären. Im Zuge dieser ersten Annäherung an den Fall werden Informationen über die Familie, ihr Umfeld und ihre Probleme gesammelt (Figdor 1998, 60; Figdor 2005, 84).

Ad b) Wie Datler et al. (2005, 7) beschreiben, soll im Zuge der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung ein Verständnis für die emotionale Dynamik der Familie erlangt werden.

Ad c) Zudem sollen Sorgen, Ängste und Wut auf Seiten der Eltern gelindert werden (ebd., 9).

Ad d) Im Zuge der Erziehungsberatung gewinnen Eltern „neue Einsichten und besseres Verständnis pädagogisch relevanter Situationen“ (Figdor 1998, 46), wodurch sich ihr „Umgang mit dem Kind – in gewissen Grenzen – durchaus verändern“ (ebd.) kann.

Dass sich nicht nur eine theoretisch-argumentative Verbindung zwischen Erziehungsberatung und ADHS finden lässt, sondern dass sich Erziehungsberater auch praktisch im Fall von ADHS berufen fühlen, zeigt sich anhand verschiedener Publikationen im Bereich der Erziehungsberatung, in welchen ADHS thematisiert wird. So beschreibt beispielsweise Kassebrock (1998; 2000) die Aufgabe, die Erziehungsberatung im Zusammenhang mit Familien mit ADHS-Kindern erfüllen kann. Die Aufgabe von Erziehungsberatung ist nach Kassebrock (1998, 152; 155), die Bündelung diverser interdisziplinärer (therapeutischer) Hilfsangebote für die betroffene Familie. Das bedeutet, dass nach dem Einholen von Information über die familiäre Situation sowie über bisher in Anspruch genommene Interventionen gemeinsam mit den Eltern nach weiteren passenden (therapeutischen) Hilfsmaßnahmen gesucht wird. Nach Kassebrock (2000, 43) haben Erziehungsberatungsstellen den „Auftrag, Eltern bei der Erziehung in der Familie zu unterstützen und mit den beteiligten

Fachleuten aus Kindergarten, Schule, Medizin, Ausbildung sowie Kinder- und Jugendhilfe zusammenzuarbeiten“. In diesem Sinn erfüllt die Erziehungsberatung eine koordinative sowie vernetzende Funktion zwischen Familie und diversen Hilfsangeboten. Dieses Vorgehen der Erziehungsberatung unterscheidet sich erheblich von jenem, der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung. Denn psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung versucht nicht nur verschiedene andere Hilfsangebote zu bündeln und die Eltern entsprechend weiter zu vermitteln, sondern stellt für sich ein Hilfsangebot für die Eltern dar.
Nicht nur Erziehungsberatung im allgemeinen Sinn befasst sich mit dem Thema ADHS, auch innerhalb der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung hat diese Thematik bereits Eingang gefunden. So wurde im Jubiläumsband der APP eine Liste mit psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen publiziert, welche dezidiert Beratung für Familien mit ADHS-Kindern offerieren (Gruber & Kainersdorfer 2008, 336f).

Anhand dieser Darstellungen konnte nachgezeichnet werden, inwiefern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Modell von Figdor (1998; 2000) als eine Interventionsmöglichkeit für Familien mit ADHS-Kindern angedacht werden kann. Nachstehend folgt nun eine Zusammenschau dieses Teiles der Arbeit.

4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde eine Charakterisierung von Beratung sowie tiefenpsychologischer Erziehungsberatung im allgemeinen und von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung nach dem Wiener Konzept im engeren Sinn vorgenommen. Dabei wurde Beratung als Triangulierungsprozess zwischen Berater, dem Ratsuchenden und seinem vorgebrachten Problem ausgewiesen (Hechler 2009, 51f). Beratung wird dann aufgesucht, wenn eigene Erfahrungen sowie Kompetenzen nicht ausreichen, um bestimmte Entscheidungen zu treffen oder Probleme selbstständig zu lösen (Nestmann 1988, 101). Durch Kommunikations- und Interaktionsprozesse zwischen Ratsuchendem und Berater (Krause 2003, 23) wird versucht, die Problembewältigung des Ratsuchenden zu verbessern (Nestmann 1988, 101).
Eine spezielle Gattung der Beratung ist tiefenpsychologische Erziehungsberatung, zu der auch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung gezählt wird. Zentrale Annahmen dieser tiefenpsychologischen Beratungsformen sind, dass unbewussten Konflikten

beim Zustandekommen von Erziehungsproblemen eine bedeutende Rolle beigemessen wird. Durch die Fokussierung auf innerfamiliäre Beziehungen wird die Beteiligung der Eltern an den Schwierigkeiten hervorgehoben. Zudem werden die Symptome des Kindes als „verschlüsselte Mitteilungen“ gedeutet. Außerdem wird unbewussten Vorgängen während des Beratungsprozesses große Aufmerksamkeit geschenkt (Trescher 1985, 108f).
Das Wiener Konzept der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung geht auf Helmut Figdor zurück (Figdor 2000, 8f). Bei dieser Form der Erziehungsberatung wird vornehmlich mit den Eltern gearbeitet (Steinhardt 2005, 71), mit dem Ziel, sie für ihren eigenen Anteil an den Erziehungsschwierigkeiten zu sensibilisieren (Datler 2005, 25). Durch diese neugewonnenen Einsichten der Eltern sollen sich ihre Erziehungshaltung sowie ihre Art der Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind verändern. Dadurch verändert sich die Außenwelt des Kindes, wodurch sich auf Seiten des Kindes strukturelle Veränderungen ergeben und somit die Symptomatik verschwindet oder gemildert wird (Figdor 2000, 8; Figdor 2005, 56). Zentrale Elemente der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung nach Figdor sind:

- das Etablieren einer positiven Übertragungsbeziehung zwischen dem Erziehungsberater und den ratsuchenden Eltern (Datler 2005, 18),
- die gemeinsame Suche von Berater und Eltern nach den Ursachen der Erziehungsschwierigkeiten (diagnostisches und pädagogisches Arbeitsbündnis) (Datler 2005, 19; Figdor 2005, 56),
- die Entmachtung pädagogischer Geister durch psychoanalytisch-pädagogische Aufklärung (Figdor 1998, 51; Figdor 2000, 21),
- das daraus resultierende Erlangen der Haltung der „verantworteten Schuld“ auf Seiten der Eltern (Figdor 2000, 22),
- das Wiedererlangen der Identifikationsfähigkeit mit ihren Kindern (Figdor 2005, 58),
- das Wiedererleben der Freude an ihren Kindern (Figdor 2005, 58).

Im Anschluss daran wurde psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit im Fall von ADHS dargestellt. Bei Durchsicht der Literatur fallen drei Argumente auf, nach denen diese Form der Intervention bei diesem Störungsbild als indiziert erachtet werden kann. Erstens soll die Behandlung psychoanalytisch fundiert sein. Zweitens betont beispielsweise die Psychoanalytikerin Leuzinger-Bohleber (2006, 38), dass im Fall von ADHS auch pädagogische Maßnahmen fehlgelaufene Entwicklungen zu

korrigieren vermögen. Und als drittes Argument wird vorgebracht, dass im Fall von ADHS die Arbeit mit den Eltern einen zentralen Stellenwert einnimmt (Heilmann 2009, 184; Leuzinger-Bohleber 2006, 27; Mattejat et al. 2005, 46; Passolt 2001, 37f; Wynne 1988a & AWMF 2000 zit.n. Mattejat 2005, 4). Wie in der Argumentation des ersten Unterkapitels gezeigt werden konnte, entspricht psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung diesen drei Forderungen, die an eine Intervention für Familien mit ADHS-Kindern herangetragen werden.

Teil IV – Darlegung des methodischen Vorgehens zur Beantwortung der Forschungsfrage

Durch die Darstellung von ADHS sowie der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung in den beiden vorangegangenen Teilen dieser Abhandlung konnte der Gegenstandsbereich umrissen werden, vor dessen Hintergrund nun die Analyse zur Beantwortung der Forschungsfrage stattfindet. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, liegt dieser Arbeit folgende Fragestellung zu Grunde:

Wie gestalten sich die Erfahrungen von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern hinsichtlich der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern?

Um diese Frage zu beantworten, wurden mit fünf psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen[26] der APP, welche bereits Erfahrungen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern gesammelt hatten, problemzentrierte Experteninterviews durchgeführt. Im Folgenden soll der Forschungsprozess schrittweise dargestellt sowie begründet werden. Dabei wird mit der Wahl des allgemeinen Forschungszuganges begonnen. Anschließend werden die Methoden der Datenerhebung, -aufbereitung und -analyse beschrieben sowie begründet. Denn die Dokumentation des Forschungsprozesses sowie die Begründung für die Wahl bestimmter Methoden und Vorgehensweisen während der einzelnen Schritte des Analyseprozesses bilden ein wesentliches Kriterium um das Forschungsgeschehen intersubjektiv nachvollziehbar zu machen (Steinke 2004, 324).

1 Zur Wahl des Forschungszuganges

Die Frage, ob das Forschungsvorhaben eine qualitative oder quantitative Ausrichtung finden soll, oder ob gar beide Ansätze kombiniert werden sollten, steht in Abhängigkeit zum jeweiligen Forschungsgegenstand bzw. zur jeweiligen Fragestellung (Wilson 1982 zit.n. Flick 2004, 391).
In dieser Arbeit wird danach gefragt, wie in einem bestimmten pädagogischen Handlungsfeld mit einem bestimmten Klientel umgegangen wird. Es geht darum, Handlungserfah-

[26] Obwohl eingangs festgelegt wurde, dass im Zuge der Ausführungen das grammatikalische Maskulinum herangezogen wird, wird im Fall der Interviewpartnerinnen die feminine Schreibweise verwendet, da nur Frauen an den Interviews teilgenommen haben.

rungen von Personen zu sammeln, welche als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater tätig sind und bereits Familien mit einem oder mehreren ADHS Kindern beraten haben. Es sollen also Erfahrungen aus der „Sicht der handelnden Menschen“ (Flick et al. 2004, 14) erfasst werden. Dabei geht es weniger um die Quantität dieser Erfahrungen, als um deren Qualität. Für dieses Anliegen eignet sich vor allem die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden (ebd., 14), denn vor allem in der qualitativen Forschung liegt das Hauptaugenmerk auf dem Erfassen subjektiver Bedeutung, der subjektiven Erfahrung bzw. Perspektive (Flick 2004, 18; Flick et al. 2004, 17; Mayring 2002, 66). Zudem werden qualitative Forschungsmethoden auch dann empfohlen, wenn im Zuge des Forschungsvorhabens ein bislang kaum erforschter Bereich der Wirklichkeit erkundet wird (Blumer 1973 zit.n. Flick et al. 2004, 25). Dies ist auch bei der vorliegenden Arbeit der Fall. Denn zuvor wurden noch in keiner Forschungsarbeit die Erfahrungen psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater nach dem Wiener Konzept von Helmut Figdor (1998; 2000) in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern thematisiert.
Somit wird das qualitative Vorgehen zur Beantwortung der zuvor dargestellten Fragestellung zum einen dadurch begründet, dass (a) im Zuge der vorliegenden Arbeit den subjektiven Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern eine wesentliche Bedeutung beigemessen wird und dass (b) mit dieser Arbeit ein neues Gebiet in der psychoanalytisch-pädagogischen Forschungslandschaft ergründet wird.

Qualitative Forschungsmethoden bilden kein homogenes Gefüge, sondern werden in eine Vielzahl theoretischer und methodischer Ansätze differenziert (Flick 2004, 20). Es gibt verschiedenste Methoden der Datenerhebung, der Datenaufbereitung sowie der Datenauswertung (Flick 2004). Demnach muss die Entscheidung für ein bestimmtes Verfahren für jede dieser drei Etappen begründet werden, denn nicht jedes Verfahren kann für die Beantwortung jeder Fragestellung herangezogen werden (ebd., 192). Die Wahl der Methode ist somit vom Gegenstand und der Fragestellung der Untersuchung abhängig (Mayring 2002, 133).

2 Zur Datenerhebung

Wie Mayring (2002, 133) konstatiert, können verschiedene Methoden qualitativer Forschung kombiniert werden, wenn dies hinsichtlich der Fragestellung der Untersuchung sinnbringend ist. Im Zuge der vorliegenden Untersuchung werden problemzentrierte Ex-

perteninterviews als Instrumente der Datenerhebung eingesetzt. Das bedeutet, dass der Typ des problemzentrierten Interviews mit jenem des Experteninterviews kombiniert wurde. Dies scheint sinnvoll, zumal die interviewten Personen als Experten definiert werden können und das Interview vor allem die Problematik von Familien mit ADHS-Kindern in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung zentriert und somit Erfahrungen der Erziehungsberater mit anderen Klienten ausklammert. In den folgenden Unterpunkten werden nun Charakteristika beider Interviewtypen umrissen, bevor die Wahl dieser Methodik, im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage, begründet wird.

2.1 Charakteristika problemzentrierter Interviews

Das problemzentrierte Interview wurde in den 80er Jahren von Witzel konzipiert und soll als Überbegriff für „alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung“ (Mayring 2002, 67) dienen. Wie die Bezeichnung suggeriert, werden bei diesem Interviewtyp bestimmte Probleme fokussiert, welche eine gesellschaftliche Relevanz aufweisen. Im Unterschied zum fokussierten Interview bieten nicht Foto- oder Filmmaterial einen Erzählanreiz, sondern ein ex ante konzipierter Leitfaden, welcher Fragen zu diesem bestimmten Problemfeld beinhaltet (Flick 2004, 134f). Der Leitfaden dient dazu, das Interview auf die relevante Problemlage zu zentrieren. Allerdings sollen die Antwortvorgaben offen sein, damit die interviewte Person, gemäß ihrer subjektiven Erfahrung, frei auf die Fragen antworten kann (Mayring 2002, 69).

2.2 Charakteristika von Experteninterviews

Das Experteninterview zeichnet sich durch zwei Besonderheiten als eigenständige Methode im Kanon der qualitativen Interviewmethoden aus: zum Ersten durch das ihm zugrunde liegende spezifische Erkenntnisinteresse, zum Zweiten durch die besondere Form der Gesprächsführung (Pfadenhauer 2005, 113).
Das spezielle Erkenntnisinteresse liegt darin, dass beim Experteninterview nicht die Person des Experten von primärem Interesse ist, sondern vielmehr sein spezifisches Expertenwissen, also seine Expertise in einem bestimmten Handlungsfeld (Meuser & Nagel 2005, 72; Pfadenhauer 2005, 117). Dieses Expertenwissen soll im Experteninterview erschlossen werden (Gläser & Laudel 2009, 11). Im Folgenden wird näher definiert, was unter „Experten“ sowie unter „Expertenwissen“ verstanden wird.

Um darzulegen, welche Personen in der vorliegenden Arbeit als „Experten“ gelten können, soll an dieser Stelle der Begriff „Experte“ definiert werden. Folgt man Meuser und Nagel (2005, 73) sowie Gläser und Laudel (2009, 11), so gelten jene Menschen als Experten, die über ein besonders Wissen bzw. besondere Informationen verfügen, da sie in ein spezifisches Handlungs- oder Themenfeld unmittelbar involviert sind. Bogner und Menz (2005, 46) formulieren eine enger gefasste Definition des Expertenbegriffes. Demnach zeichnet nicht nur das spezifische, theoretische sowie praktische Wissen einen Experten aus, sondern auch, dass der Experte auf Basis dieses Wissens sein Handlungsfeld beeinflussen und strukturieren kann. Dies bedeutet, dass das Wissen des Experten „in besonderem Ausmaß praxiswirksam wird“ (ebd., 45, Formatierung durch die Verfasserin). Nach Meuser und Nagel (2005, 73) und Pfadenhauer (2005, 116) können Experten von Personen mit exklusivem Wissen dadurch abgegrenzt werden, dass Experten die Zuständigkeit zur Lösung von Problemen in ihrem Handlungsfeld innehaben. Dies bedeutet, dass Experten die Fähigkeit sowie die Bereitschaft zur Problemlösung mitbringen. Zudem betonen Bogner und Menz (2005, 41), dass die Bestimmung, wer als Experte gilt, immer in Bezug auf sein Handlungsfeld (soziale Repräsentation) sowie auf den jeweiligen Untersuchungsgegenstand (Forschungsinteresse) getroffen werden muss. Meuser und Nagel (2005, 73) bezeichnen dieses Charakteristikum als „relationalen Status“ des Experten.

Da das Experteninterview dazu dient, das Expertenwissen zu erschließen (Gläser & Laudel 2009, 11), soll an dieser Stelle angeführt werden, was mit dem Begriff „Expertenwissen“ gemeint ist. In Anlehnung an Hitzler (1994, 25f) unterscheidet Pfadenhauer (2005, 115) das Expertenwissen von Wissen, welches sich Spezialisten auf einem bestimmten Gebiet angeeignet haben. Dabei bezeichnet Expertenwissen jenes Wissen, das nötig ist, um einerseits Ursachen von Problemen erkennen und begründen zu können und andererseits um Wege zu deren Lösung anwenden und begründen zu können. Dabei unterscheidet vor allem der erstgenannte Aspekt das Expertenwissen von Spezialistenwissen. Meuser und Nagel (2005, 76) differenzieren Expertenwissen in Betriebswissen und Kontextwissen. Mit Betriebswissen ist Wissen über beispielsweise institutionsinterne Anwendungsprozesse oder Entscheidungsabläufe gemeint. Unter Kontextwissen verstehen die Autoren jenes Wissen von Experten, welches über Bezugsgrößen oder Rahmenbedingungen bestimmter Handlungssituationen aufklärt. Im Zuge der Durchführung von Experteninterviews ist vor allem die Ermittlung des Betriebswissens des Experten von zentraler Bedeutung (Pfadenhauer 2005, 120).

Das Interview mit Experten stellt eine besondere Gesprächsform dar (Pfadenhauer 2005, 113). Kommunizieren Experten untereinander, sind die Gespräche zumeist thematisch fokussiert. Der Expertise entsprechend werden Fachbegriffe verwendet, wobei davon ausgegangen werden kann, dass das Gegenüber diese versteht und grundlegende Inhalte nicht der Klärung bzw. Erläuterung bedürfen. Bei einem Gespräch mit einem Nicht-Experten kann der Experte nicht per se das Verständnis von Fachtermini sowie Hintergrundwissen auf Seiten seines Gesprächspartners voraussetzen. Dies kann die Gesprächssituation vor allem zwischen Experten und Laien massiv beeinflussen. Um Sachverhalte für den Laien darstellen zu können, müssen Experten oftmals simplifizieren und ihren Fachjargon in Alltagssprache übersetzen oder der Experte kann dazu tendieren, Metaphern zu verwenden, Sachverhalte entweder zu verharmlosen oder zu dramatisieren. Außerdem kann der Experte gegenüber dem Nicht-Experten zu paternalistischem Gesprächsverhalten neigen (Schütz 1972 zit.n. Pfadenhauer 2005, 118f). Um dies zu vermeiden, soll die Interviewsituation so gestaltet werden, dass sie der Gesprächssituation unter Experten so nahe als möglich kommt (ebd., 120). In diesem Sinne, so betont Pfadenhauer (ebd.), soll der Interviewer durch das Aneignen von einschlägigem Fachwissen den Status eines „Quasi-Experten“ erlangen. Meuser und Nagel (2005, 77) heben in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Verwendung eines Leitfadens bei der Durchführung von Experteninterviews hervor. Zum einen bietet dieser die Möglichkeit, dass sich der Interviewer in das Thema einarbeitet, zum anderen werden jene Themen fokussiert, welche für den Interviewer von Relevanz sind, und verhindert, dass sich das Gespräch in Themen verliert, welche für das Interview nicht von primärer Bedeutung sind.

2.3 Begründung für die Durchführung problemzentrierter Experteninterviews

Nachdem nun die beiden Interviewformen in ihren Grundzügen charakterisiert wurden, sollen nun Argumente gebracht werden, welche deren Anwendung zur Beantwortung der Forschungsfrage begründen.

Die Anwendung eines problemzentrierten Interviews ist, folgt man dieser Ausführung, gerechtfertigt, sobald ein konkretes, gesellschaftlich relevantes Problem im Zentrum des Erkenntnisinteresses steht (Flick 2004, 135). Bezieht man sich auf die Fragestellung, welche dieser Arbeit zugrunde liegt, geht es darum, Erfahrungen psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater mit Familien mit ADHS-Kindern zu sammeln. Obwohl psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater Familien mit unterschiedlichen Schwie-

rigkeiten und Lebenssituationen beraten, wie etwa im Fall von Trennung und Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen oder wenn ein Baby erwartet wird (Gruber & Kainersdorfer 2008, 319; 321), so geht es im Zuge dieses Forschungsvorgehens darum, gerade jene Erfahrungen der Erziehungsberater zu fokussieren, welche sie bei der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern gesammelt haben. Somit wird ein konkretes Problemfeld zentriert. Die Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS ist zudem von gesellschaftlicher Relevanz, da ADHS mittlerweile einer der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter darstellt (Hampel & Petermann 2004, 131; Schimmelmann et al. 2006, 425; Wender 2002, 14).

Experteninterviews finden dann Anwendung, wenn das Interview auf die Rekonstruktion von Expertenwissen abzielt, genauer, wenn „Wissensbestände von Experten im Kontext ihrer (letzt-)verantwortlichen Zuständigkeit für den Entwurf, die Implementierung und die Kontrolle von Problemlösungen“ (Pfadenhauer 2005, 117) im Zentrum des Forschungsinteresses stehen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung können psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater insofern als Experten konstituiert werden, als sie über ein besonderes Wissen verfügen und in einem spezifischen Handlungsfeld unmittelbar involviert sind. Zudem ist es dem psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater auf Basis seines Wissens möglich, sein Handlungsfeld zu beeinflussen, also die Praxis seiner Erziehungsberatung auf Basis seines angeeigneten Wissens seinem Ermessen nach zu gestalten. Zudem müssen Erziehungsberater Probleme, welche sich in der Erziehungsberatung ergeben können, zuerst ergründen und schließlich für deren Lösung sorgen.
Um die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, geht es in Anlehnung an Meuser und Nagel (2005, 76) vor allem darum, das „Betriebswissen“ der Experten zu erfassen. Somit kann auf Anwendungsprozesse sowie Entscheidungsabläufe, in diesem Fall innerhalb der Praxis der Erziehungsberatung, rückgeschlossen werden (ebd.).

Nachdem nun die Wahl der Methode zur Erhebung der Daten begründet wurde, werden im folgenden Abschnitt die einzelnen Schritte des Datenerhebungsverfahrens dargestellt. Eingangs wird auf die Konzeption des Leitfadens eingegangen, im Anschluss daran auf die Interviews, begonnen beim Erstkontakt bis hin zur Transkription. Danach wird erläutert, wie die Interviews ausgewertet wurden. Den Abschluss bildet ein Überblick über wissenschaftliche Gütekriterien qualitativer Forschung und wie diese in der vorliegenden Arbeit umgesetzt werden.

2.4 Zur Konzeption des Leitfadens

Wie bereits beschrieben, erweist sich die Verwendung eines Leitfadens im Zuge von Experteninterviews als sinnvoll, da dadurch das Interview thematisch zentriert und strukturiert werden kann (Meuser & Nagel 2005, 77). Zudem erhöht ein Leitfaden die Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Interviews (Flick 2004, 144). Der Leitfaden gilt als Erhebungsinstrument und ist eine im Vorfeld konstruierte Zusammenstellung von Fragen, die man dem Interviewpartner im Verlauf des Interviews stellen möchte. Wobei sogleich an dieser Stelle angemerkt werden soll, dass die Abfolge der Fragen keineswegs dogmatisch verstanden werden darf, sondern, dass die Abfolge der Fragen entsprechend dem Gesprächsverlauf während des Interviews angepasst werden kann (Gläser & Laudel 2009, 142).
Da es zur Konzeption von Leitfäden nur wenige allgemeine Regeln gibt, ist es essenziell die einzelnen Etappen der Konstruktion des Leitfadens zu dokumentieren um dessen Operationalisierung nachvollziehbar zu machen (ebd., 115).
Bei der Konzeption von Leitfäden ist zu berücksichtigen, dass die Fragen möglichst offen formuliert werden, wodurch die subjektive Sichtweise der befragten Person eher zum Ausdruck kommen kann, als in standardisierten Interviews oder Fragebögen (Flick 2004, 117; Froschauer & Lueger 2003, 76f). Offene Fragen werden dadurch charakterisiert, dass der Befragte den Inhalt seiner Antwort frei gestalten kann und dass die Frage den Inhalt der Antwort des Befragten so wenig wie möglich beeinflusst (Gläser & Laudel 2009, 131). Zudem sollen Fragen neutral formuliert werden, sodass sie dem Befragten nicht eine bestimmte Antwortmöglichkeit nahe legen (ebd., 135).
Obwohl es bezüglich der Konzeption des Leitfadens nur wenig Regulative gibt (ebd., 115), empfiehlt es sich bei der Anordnung der Fragen folgendes zu berücksichtigen:

1) Zu Beginn des Interviews sollen dem Interviewpartner nochmals Thema und Ziel der Untersuchung vermittelt werden sowie, dass die Daten anonym weiterverarbeitet werden. Auch ist eingangs das Einverständnis bezüglich der Aufzeichnung des Gesprächsverlaufes einzuholen. Zudem soll der Gesprächspartner vor Interviewbeginn die Möglichkeit erhalten Fragen, die noch offen geblieben sind, zu stellen (Froschauer & Lueger 2003, 67ff; Gläser & Laudel 2009, 144).
2) Die Hauptfragen sollen so angeordnet sein, dass sie thematisch zusammenpassen. Dies ermöglicht, dass das Interview einem alltäglichen Gesprächsverlauf möglichst nahe kommt (Gläser & Laudel 2009, 146).

3) Provozierende Fragen oder Fragen, welche heikle Themenbereiche zum Inhalt haben, sollten gegen Ende des Interviews gestellt werden. Zum einen, da die Gefahr besteht, dass die Interviewsituation durch solche Fragen verändert wird, oder dass im Interview etablierte Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Befragtem beeinträchtigt werden kann (Gläser & Laudel 2009, 149).
4) Abschließend sollte der Interviewpartner noch die Möglichkeit erhalten, Aspekte, die während des Interviews noch offen geblieben sind bzw. welche ihm noch wichtig sind, zu thematisieren (ebd.).

Im nachstehenden Abschnitt werden nun die Fragen des Leitfadens angeführt, welcher im Zuge der vorliegenden Untersuchung herangezogen wurde. Zusätzlich wird erläutert, welchen Beitrag die Fragen inhaltlich zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten sollen (Tabelle 3).
Der Leitfaden besteht aus 19 Fragen. Die erste Frage dient dabei als Einstiegsfrage, die Fragen zwei und drei dienen dazu, Hintergrundinformationen zu sammeln, wie zum Beispiel welches Klientel die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufsucht. Die Fragen vier bis neun zielen darauf ab, die Perspektive des Erziehungsberaters hinsichtlich der Diagnose ADHS sowie der medikamentösen Behandlung zu erheben. Im Anschluss folgen neun Fragen, welche die Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern thematisieren. Zum Abschluss können die Erziehungsberater noch bedeutsame Aspekte, welche im übrigen Interviewverlauf nicht angesprochen wurden, anmerken.

Tabelle 3 Darstellung der Fragen des Leitfadens

1) Wie lange arbeiten Sie bereits als ErziehungsberaterIn? Haben Sie die Ausbildung über die APP[27] gemacht? Arbeiten Sie in freier Praxis oder in einer Institution? (Land/Stadt) Gibt es in der Institution eine bestimmte theoretische Orientierung für Ihre Arbeit?
Ziel dieser Frage: Zum Einstieg soll der Ausbildungsweg sowie die professionellen Rahmenbedingungen des Befragten erhoben werden. Zudem soll hinterfragt werden, ob der institutionelle Rahmen, in dem psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung durchgeführt wird, einen Einfluss auf den Umgang des Erziehungsberaters mit Familien mit ADHS-Kindern ausübt.
2) Haben Sie bereits Familien mit ADHS-Kindern beraten?

[27] APP steht für Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik

Wenn ja, wie viele?
Wie alt waren die Kinder zum Zeitpunkt der Beratung?
Waren es Burschen oder Mädchen?
Wie sind die Familien zu Ihnen gekommen – von wem wurden sie geschickt?

Ziel dieser Frage: Einerseits soll erhoben werden, wie viele Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung beanspruchen respektive beansprucht haben. Sind es viele oder eher wenige Familien? Andererseits soll die Alters- bzw. Geschlechterverteilung der Kinder erhoben werden. Entsprechen die Ergebnisse den Angaben in der Literatur? Sind, genauso wie in der Kinderpsychotherapie, auch in der Erziehungsberatung mehr Burschen als Mädchen mit ADHS vertreten (Hopf 2007, 343)? Sind es vor allem Eltern von Kindern im Volksschulalter, welche die Erziehungsberatung aufsuchen? Denn nach Saß et al. (2003, 123) kann ADHS vor allem erst ab dem Erreichen des Vorschulalters „zuverlässig" diagnostiziert werden.
Zudem stellt sich die Frage, wie Eltern zur Erziehungsberatung kommen? Kommen sie aufgrund von Eigeninitiative oder werden sie von Institutionen wie Schulen oder von Ärzten zur Erziehungsberatung geschickt?

3) Hatten die Kinder bereits eine ADHS-Diagnose oder war ADHS nur eine erste Annahme seitens Pädagogen/Eltern/Ärzten?
Wenn eine Diagnose vorlag, von wem wurde sie gestellt?
War ADHS das Hauptproblem, weshalb die Eltern Erziehungsberatung aufsuchten?

Ziel dieser Frage: Durch Frage drei soll ermittelt werden, ob bei den Kindern bereits eine klinische Diagnose bestanden hat, als ihre Eltern in die Erziehungsberatung gekommen sind, oder ob zur Erziehungsberatung vermehrt Familien geschickt werden, wo erst der Verdacht auf eine ADHS-Betroffenheit besteht. Zudem stellt sich die Frage, wer die Diagnose ADHS stellt. Sind es Kliniken oder Einzelpersonen wie Psychologen bzw. Kinderärzte? Da sich in der Literatur der Hinweis findet, dass in Familien mit ADHS-Kindern häufig auch andere Probleme vorliegen (Heinemann & Hopf 2006, 28; 39), soll zudem eruiert werden, ob die Eltern die Erziehungsberatung konkret wegen der ADHS-Problematik ihres Kindes aufgesucht haben oder ob innerhalb der Familie auch andere Probleme vorliegen.

4) ADHS ist eine umstrittene Diagnose. Es gibt verschiedene Standpunkte: manche „verwenden" die Diagnose, andere lehnen sie ab. Was halten Sie von der Diagnose ADHS?

Ziel dieser Frage: Hiermit soll die Perspektive des Erziehungsberaters auf ADHS erfasst werden.

5) Wie erklären Sie sich, dass die Diagnose ADHS immer häufiger gestellt wird?

Ziel dieser Frage: Wie bereits erläutert, kam es vor allem in den letzten Jahren zu einer massiven Zunahme der Diagnose ADHS (Ahrbeck 2007, 13; Gerspach 2006, 91; Häußler 2004, 138). Bezüglich der Zunahme der Diagnose gibt es, wie bereits herausgearbeitet wurde, unterschiedliche Annahmen. Diese Frage dient dazu, die Perspektive des Erziehungsberaters auszuloten.

6) Es gibt verschiedene Behandlungsmethoden von ADHS: Medikation, Kinderpsychotherapie und Erziehungsberatung – welcher Stellenwert kommt diesen Methoden Ihrer Meinung nach zu?

Ziel dieser Frage: In den theoretischen Teilen wurde herausgearbeitet, dass je nach Perspektive auf ADHS

verschiedene Behandlungsmöglichkeiten als indiziert erachtet werden. Vertreter der medizinischen Position, welche den Diskurs um ADHS dominieren (Ahrbeck 2007, 13), sehen vor allem Medikation als geeignete Behandlungsform an (Dammasch 2004, 259; Wender 2002, 60), Vertreter der psychoanalytischen Perspektive befinden Kinderpsychotherapie als Methode der Wahl (Bovensiepen 2004, 345). Diese Frage soll Aufschluss darüber geben, in welche Beziehung der Erziehungsberater die einzelnen Behandlungsmethoden zueinander setzt. Werden sie gleichwertig betrachtet oder gibt es eine bestimmte Reihenfolge, welche die einzelnen Behandlungsmethoden im Behandlungsverlauf einnehmen sollten?

7) Wie stehen Sie zur Medikation? In welchen Fällen finden Sie die Verabreichung von Medikamenten angebracht?

Ziel dieser Frage: Hier wird hinterfragt, wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater mit der Medikation von ADHS-Kindern umgehen. Welchen Einfluss hat diese medizinische Behandlung auf die psychoanalytisch-pädagogische Praxis, wie wird damit umgegangen? Wie beurteilen psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater den Einsatz von psychotropen Substanzen bei Kindern mit ADHS?

8) Wenn ein Kind mit ADHS-Diagnose kommt, wie gehen Sie mit der Diagnose um? Benutzen Sie die Diagnose oder vermeiden Sie sie?

Ziel dieser Frage: In den Theorieteilen dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich die Diagnostik im Rahmen medizinisch-psychiatrischer und psychoanalytischer Praxis unterscheidet. Wird Verhalten im Zuge der medizinisch-psychiatrischen Diagnostik kategorischen Listen zugeordnet, so geht es im psychoanalytischen Bereich viel mehr um ein Verstehen latenter Zusammenhänge sowie der subjektiven Bedeutung von Verhalten (Dilling et al. 2006, 187ff; Leuzinger-Bohleber 2006, 27; Saß et al. 2003, 118-121). Wie gehen psychoanalytisch Professionelle nun mit der vorhandenen medizinisch-psychiatrischen Diagnose ADHS um? Wird die Diagnose übernommen? Wird eine zusätzliche bzw. ergänzende psychoanalytische Diagnostik durchgeführt? Wird mit solch einer Diagnose im psychoanalytisch-pädagogischen Behandlungsfeld überhaupt gearbeitet?

9) In einer telefonischen Umfrage unter Erziehungsberatern konnte in Erfahrung gebracht werden, dass derzeit nur wenige Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung beanspruchen – Woran, glauben Sie, liegt es, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern so selten beansprucht wird?

Ziel dieser Frage: Da sich bei der telefonischen Umfrage unter Erziehungsberatern der APP der Autorin das Bild präsentierte, dass nur wenige Familien mit ADHS-Kindern dieses Interventionsangebot nutzen, stellt sich die Frage, welche Gründe psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater dafür sehen. Woran liegt es, dass Familien mit ADHS-Kindern Erziehungsberatung selten beanspruchen? Ist Erziehungsberatung zu wenig bekannt oder zu wenig verbreitet?

10) Wie sieht Ihre konkrete Erfahrung in der Beratung von Familien mit ADHS Kindern aus?

Ziel dieser Frage: Diese Frage soll Aufschluss über das „Betriebswissen“ (Meuser & Nagel 2005, 76) der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater geben. Es soll erschlossen werden, wie Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern gestaltet wird. Gibt es etwaige Besonderheiten?

11) Ergeben sich im Beratungsverlauf bestimmte Schwierigkeiten für den Erziehungsberater?
Ziel dieser Frage: Beim Durcharbeiten von Literatur zum Thema Kinderpsychotherapie im Fall von ADHS formulierten Autoren oftmals, dass es im Therapieverlauf zu sehr schwierigen Abschnitten gekommen ist (Dammasch 2004, 268; Timmermann 2004). Somit stellt sich die Frage, ob es auch in der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern zu spezifischen Problemen bzw. Knackpunkten kommt.
12) Wer kommt dann zu Ihnen in die Beratung? Mit wem (Eltern/Kind) wird gearbeitet?
Ziel dieser Frage: Hierbei soll erhoben werden, mit wem die Erziehungsberater zusammen arbeiten. Kommen vermehrt Mütter oder Väter? Kommen beide Elternteile zur Erziehungsberatung? Inwieweit wird das von ADHS betroffene Kind in den Beratungsprozess miteinbezogen?
13) Werden Erziehungsberater in den Diagnoseprozess miteinbezogen oder besteht bereits eine Diagnose, wenn das Kind kommt?
Ziel dieser Frage: Hier soll erhoben werden, ob psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater den Diagnoseprozess von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (mit-)beeinflussen können, oder ob die Diagnose anderenorts gestellt wurde und das Kind dem Erziehungsberater mit Diagnose-ADHS vorgestellt wird.
14) Gibt es Ihrerseits Kooperationen mit Institutionen/Therapeuten in der Beratung?
Ziel dieser Frage: Es soll eruiert werden, wie und ob die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung mit anderen Professionellen, welche das Kind respektive die Familie zusätzlich zur Erziehungsberatung betreuen, vernetzt ist. Tauschen sich die Professionellen über den Fall aus? Werden Meinungen, Erfahrungen oder Wissensbestände über den Fall zwischen den Professionellen weitergegeben? Oder arbeiten einzelne Professionelle, welche in die Behandlung von ADHS involviert sind, für sich?
15) Gibt es Kooperationen mit den Diagnostikern?
Ziel dieser Frage: Es stellt sich die Frage, ob für den psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater die Möglichkeit besteht, seine Erfahrungen mit dem Fall bei den Diagnostikern einzubringen. Ist es beispielsweise dazu gekommen, dass eine Diagnosestellung durch konträre Erfahrungen des Erziehungsberaters revidiert wurde? Wird zwischen dem Bereich Diagnostik und Behandlung Rücksprache gehalten? Sind diese beiden Maßnahmen miteinander verbunden, oder stellen sie zwei gesonderte Etappen im professionellen Umgang mit ADHS-Kindern dar?
16) Werden auch Kinder ohne Diagnose behandelt, die aber auch in das Erscheinungsbild von ADHS passen würden?
Ziel dieser Frage: Die Diagnose ADHS ist in der Literatur sehr umstritten. Drüe (2007, 42f) merkt beispielsweise an, dass viele von ADHS Betroffene nicht als solche wahrgenommen werden und so keine entsprechende Diagnose erhalten. Demgegenüber plädieren verschiedene Autoren dafür, dass die Diagnose ADHS viel zu häufig bzw. gar fälschlicherweise vergeben wird (Amft 2006, 80; Dammasch 2004, 307;

Heinz 2004, 323; Perner 2007, 75; Zante 2004, 100). Zudem kann der Diagnoseprozess nicht vom Subjekt des Diagnostikers getrennt betrachtet werden, da die Diagnose vom jeweiligen Toleranzniveau des Diagnostikers abhängig ist (Amft 2004, 78). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob in der Erziehungsberatung auch Eltern von Kindern mit hyperaktivem Verhalten beraten werden, welche jedoch keine ADHS-Diagnose gestellt bekommen haben. Oder vielleicht auch umgekehrt, gibt es Fälle, wo sich die Diagnose ADHS auch wieder relativiert? Wie aussagekräftig könnte eine solche Diagnose sein, die bei manchen Kindern mit hyperaktivem Verhalten nicht gestellt wird, aber oftmals bei Kindern, deren Symptomatik in anderen Ursachen gründet?
17) Welche „pädagogischen Geister“ können in der Beratung von Familien mit Kindern mit ADHS aufgeklärt werden?
Ziel dieser Frage: Ein zentraler Schritt in der Etablierung des diagnostischen Arbeitsbündnisses zwischen Erziehungsberater und den Eltern ist die Aufklärung der pädagogischen Geister (Figdor 1998, 51ff; Figdor 2005, 43f). Gibt es vielleicht spezifische Geister, welche für Familien mit ADHS-Kindern typisch sind? Zeigen sich aus Perspektive der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater eventuell fallübergreifende Gemeinsamkeiten bezüglich vorherrschender Geister?
18) Was kann psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung Familien mit ADHS-Kindern bringen, auch im Vergleich zu anderen Behandlungsformen (Medikation, reine Kinderpsychotherapie etc.)? Bringt psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung auch Nachteile mit sich, wenn es um die Behandlung von ADHS-Kindern geht?
Ziel dieser Fragen: Hierbei soll die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung anderen Interventionsformen wie Medikation und Kinderpsychotherapie konkret gegenübergestellt werden. Welche Vorteile, aber auch welche Nachteile bringt psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung (im Vergleich) mit sich?
19) Gibt es von Ihrer Seite her noch etwas, das Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig ist?
Ziel dieser Frage: In Anlehnung an die Ausführung von Gläser und Laudel (2009, 149) soll diese Art der Abschlussfrage dem Interviewten die Gelegenheit bieten, noch Aspekte, die ihm persönlich wichtig sind, anzumerken bzw. zu ergänzen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass in diesem Zusammenhang neue Themen vorgebracht werden, welche in der Vorbereitung des Interviewleitfadens nicht berücksichtigt wurden.

2.5 Zur Durchführung der Interviews

Nach der Konzeption des Leitfadens wurde nach Interviewpartnern gesucht, die als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater tätig sind und während ihrer Tätigkeit bereits Familien mit ADHS-Kindern beraten haben. Somit ergeben sich für die Auswahl potentieller Interviewpartner folgende Kriterien:

1) Die befragte Person soll als psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater tätig sein, respektive als solcher tätig gewesen sein. Wie bereits im Theorieteil herausgearbeitet, steht dabei vor allem das Wiener Konzept der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung nach Figdor (1998; 2000) im Zentrum des Interesses. Somit kommen als Interviewpartner psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater in Frage, welche ihre Ausbildung über die APP absolviert haben und folglich dem Kodex des Wiener Konzeptes verpflichtet sind. Diese Beschränkung auf Erziehungsberater der APP mindert die Variabilität unter den befragten Personen, da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Praxis der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater der APP (der theoretischen Ausarbeitung im vorangegangenen Teil dieser Arbeit entsprechend) ähnlich gestaltet.
2) Die befragten Erziehungsberater sollen bereits Familien mit ADHS-Kindern beraten haben. Obwohl die vorliegende Arbeit der psychoanalytischen Perspektive auf ADHS folgt (Teil II), ist es von zentraler Bedeutung, dass bei diesen Kindern die klinische Diagnose ADHS entweder vor Beginn der Erziehungsberatung oder im Zeitraum, in welchem Erziehungsberatung beansprucht wurde, gestellt wurde. Dieses Kriterium verhindert, dass die Ergebnisse dieser Studie dahingehend angezweifelt werden können, als gesagt werden könnte, die Kinder, über deren Familien die Erziehungsberater in den Interviews Auskunft geben, hätten gar kein ADHS (vgl. Stork et al. 2001, 95). Demnach sind all die Fälle, über welche die befragten Erziehungsberater berichten, aus medizinisch-psychiatrischer Sicht als ADHS-Fälle zu bezeichnen.

2.5.1 Zum Erstkontakt

Um Interviewpartner zu finden, welche den beschriebenen Kriterien entsprechen, wurden alle psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater der APP telefonisch kontaktiert[28]. Nachdem die Erziehungsberater über die Untersuchung und deren Verortung am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien informiert wurden, wurden sie gefragt, ob sie, falls sie bereits Erfahrung in der Beratung von Familien mit diagnostizierten ADHS-Kindern haben, Interesse hätten, ein Interview zu geben. Falls sich die Erziehungsberater bereit erklärten, wurden Termin und Örtlichkeit für das Interview vereinbart. Dabei wurden die Erziehungsberater bereits darüber informiert, dass es sich beim Interview um ein

[28] Die Liste mit den Telefonkontakten findet sich online auf der Homepage der APP.

Leitfadeninterview mit 19 Fragen handelt und dass es circa eine bis eineinhalb Stunden in Anspruch nehmen würde.
Von den in der Telefonliste der APP angeführten Erziehungsberatern hatten fünf Beraterinnen bereits Erfahrung in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern. Mit diesen fünf Erziehungsberaterinnen wurden die Interviews durchgeführt.

2.5.2 Zum Interview

Für die rund eineinhalb Stunden dauernden Interviews wurde das face-to-face Setting gewählt, da dies gegenüber anderen Interviewsettings (beispielsweise via Telefon oder E-Mail) klare Vorteile bringt: der Interviewer kann direkt auf die Interviewsituation Einfluss nehmen. Findet das Interview am Arbeitsplatz des Befragten statt, können eventuell bedeutsame Hintergrundinformationen gewonnen werden. Außerdem ist man bei face-to-face Settings nicht nur auf akustische (Telefonat) oder geschriebene (E-Mail) Information angewiesen, sondern kann den Interviewpartner ganzheitlich wahrnehmen (Gläser & Laudel 2009, 153f). Vier der fünf Interviews wurden in der Praxis der Erziehungsberaterinnen durchgeführt, eines in einem gesonderten Raum eines Kaffeehauses.
Zu Beginn des Interviews wurde den Erziehungsberaterinnen noch einmal die Fragestellung der Studie vorgestellt. Zudem wurde noch einmal auf den Leitfaden sowie die geschätzte Dauer des Interviews verwiesen. Im Anschluss daran wurde, unter Zusicherung der Anonymität, die Erlaubnis eingeholt, dass das Interview mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet werden durfte. Auch wurden die Erziehungsberaterinnen darüber informiert, dass das Interview später transkribiert und interpretativ ausgewertet wird.
Obwohl das Wissen darüber, dass das Interview aufgezeichnet wird, die Gesprächssituation beeinflusst (Gläser & Laudel 2009, 157), sprechen doch mehrere Gründe für die Anwendung von Tonaufzeichnungen. Erstens geht die Transkription des Tonbandmaterials mit weniger Informationsverlusten einher als beispielsweise die handschriftliche Protokollierung während des Interviews. Zweitens kann sich der Interviewer ungestört auf die Gesprächsführung sowie die Inhalte und deren Beurteilung konzentrieren (Froschauer & Lueger 2003, 68; Gläser & Laudel 2009, 157f).

Da ein positives Gesprächsklima während des Interviews von zentraler Bedeutung ist (Froschauer & Lueger 2003, 63), gilt es für den Interviewer, dieses über den Interviewverlauf hinweg aufrecht zu erhalten. Dabei kann es helfen, dass der Interviewer Neugier und

Interesse an den Inhalten bekundet, dass er der interviewten Person nicht widerspricht und dass er zuhört. Im Interview soll sich der Interviewer vor allem informieren lassen. Demnach ist es wichtig, auf die vorgebrachten Inhalte des Befragten einzugehen, Rückfragen zu stellen, aber auch Denkpausen zuzulassen (ebd., 59f). Abgesehen von Denkpausen soll der Redefluss während des Interviews aufrecht erhalten bleiben. Dazu dienen Hörsignale oder Aussagen des Interviewers wie zum Beispiel „mhm", oder „ja", „sehr interessant", „genau" oder „stimmt". Ebenso kann der Interviewer sein Interesse durch Nachfragen bekunden.
Zudem soll sich der Interviewer für das Interview relevantes Fachwissen aneignen um im Gesprächsverlauf auch Kompetenz zeigen zu können (Gläser & Laudel 2009, 177). Dies ist vor allem bei der Durchführung von Experteninterviews von großer Bedeutung, da es dem Interviewer dadurch gelingen soll, den Status eines „Quasi-Experten" zu erlangen (Pfadenhauer 2005, 120).

Die interviewten Erziehungsberaterinnen haben großteils sehr klar und reflektiert auf die Fragen geantwortet. Zudem konnte man das Gefühl gewinnen, dass auch über Schwierigkeiten und Probleme im Rahmen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung offen und ehrlich gesprochen wurde.

3 Zur Aufbereitung der Daten

Die Interviews wurden mit dem Transkriptionsprogramm f4 (Version 4.2), welches als Freeware im Internet erhältlich ist, verschriftlicht. Dadurch sollte das Interview möglichst verlustfrei und möglichst objektiv festgehalten werden (Gläser & Laudel 2009, 157). Flick (2004, 252) sowie Gläser und Laudel (2009, 193) fordern, dass Interviews so genau wie möglich transkribiert werden. Dieser Forderung wurde bei der Transkription der Interviews Folge geleistet.
Da es sich bei den zu transkribierenden Interviews um Experteninterviews handelt, bei welchen vor allem inhaltlich-thematische Aspekte im Vordergrund stehen, wurden die Interviews in Schriftdeutsch übertragen (Mayring 2002, 91). Zudem wurde die Art der kommentierten Transkription gewählt, in der besondere Auffälligkeiten, Betonungen, körpersprachliche Gesten, Pausen oder Lachen an entsprechender Stelle des Gesprächsverlaufes in runder Klammer vermerkt wurden (ebd., 91f). Laut Mayring (ebd., 94) hängt es von der Fragestellung ab, ob die Zusatzinformationen, welche durch die kommentierte Transkription festgehalten werden, brauchbar sind. Obwohl es im Zuge der Auswertung von Exper-

teninterviews um inhaltlich-thematische Aspekte geht (Mayring 2002, 91), wurde die kommentierte Transkription gewählt. Dies gewährleistet, dass bei der Interpretation das Geschehen während der Interviews zuverlässiger in Erinnerung gerufen werden kann. Zudem ermöglicht dies beispielsweise auf Unsicherheiten im Redefluss zurückzuschließen.

Da es für die Transkription „bislang keine allgemein akzeptierten Regeln" (Gläser & Laudel 2009, 193) gibt, können eigene Regeln, sofern diese dokumentiert werden, Anwendung finden (ebd.). Diese sind in Tabelle vier dargestellt.

Tabelle 4 Gewählte Transkriptionsregeln

( ) = Kommentar
. = Beim Sprechen wurde ein Wort unterbrochen und durch ein anderes ersetzt
… = Sprechpause bis zu 5 Sekunden, längere Pausen wurden mit entsprechender Sekundenzahl in Klammer vermerkt
P = Proband
I = Interviewer

Um die Darstellung des Forschungsprozesses zu vervollständigen, wird im folgenden Kapitel der letzte Schritt der Auswertung dargestellt, die Datenanalyse.

4 Zur Analyse der Daten

In den durchgeführten Expertinneninterviews wurde Expertinnenwissen von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen gewonnen, welche bereits Erfahrung in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern gesammelt hatten. Für die Analyse der Interviewtranskripte steht einerseits dieses manifeste Wissen der Expertinnen im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Andererseits sollen auch latente Inhalte in der Analyse Beachtung finden. Daher gliedert sich die Datenanalyse in zwei Schritte.
Im ersten Schritt sollen die manifesten Anteile des Expertinnenenwissens erfasst werden. Für die Datenanalyse stehen verschiedene Methoden nebeneinander (Flick et al. 2004, 18). Im Zuge der Auswertung der problemzentrierten Experteninterviews, welche der vorliegenden Untersuchung zu Grunde liegen, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2008) durchgeführt. Die Wahl dieser Analysemethode legitimiert sich aus zweierlei Gründen:

1) Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring handelt es sich um ein sehr systematisches Vorgehen (Mayring 2002, 121; Mayring 2008, 42). Dies zeichnet sich dadurch aus, dass die Datenanalyse in einzelne Interpretationsschritte unterteilt wird, welche zuvor festgelegt werden (Mayring 2008, 43). In den Ausführungen von Mayring (2002; 2008) werden die einzelnen Analyseschritte sehr klar beschrieben und angeleitet, was somit Sicherheit im Umgang mit dem Datenmaterial bietet.
2) Da die Transkripte der Expertinneneninterviews insgesamt knapp 120 Seiten lang sind, bedarf es einer effizienten Methode zur Textbearbeitung. Dafür eignet sich die Inhaltsanalyse, da diese als eine Methode zur Bearbeitung von größeren Mengen an Textmaterial ausgewiesen wird (Mayring 2004, 474).

Im zweiten Schritt werden die Interviewtranskripte noch einmal bearbeitet, um nach latenten Aspekten der Interviews zu suchen. Diese zeigen sich beispielsweise in widersprüchlichen Aussagen, Brüchen im Erzählfluss oder Unausgesprochenem. Nach Schirmer (2009, 229) bilden Widersprüche im Erzählfluss ein „konstitutives Element von Untersuchungsmaterial“ (ebd.). Ihre Analyse kann es ermöglichen „hinter die Kulissen zu sehen und z.B. Konstruktionen aufzudecken“ (ebd.). Demnach werden Widersprüche als wertvolle Ressourcen gesehen, welche es ermöglichen, latente Inhalte innerhalb der Interviews zu entschlüsseln.
Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring sowie der Suche nach latenten Inhalten der Experteninterviews werden im fünften Teil dieser Arbeit ausformuliert. In Anlehnung an Flick (2004, 69f) wurde von der Formulierung spezifischer Hypothesen im Vorfeld der Interviewanalyse abgesehen. Dies gewährleistet, dass die Aufmerksamkeit während der Interviewanalyse nicht auf konkrete, durch die Hypothesen vorgegebene Aspekte fokussiert wird, sondern dass die Aufmerksamkeit gegenüber dem untersuchten Feld offen und breitgefächert bleibt.

4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Inhaltsanalyse dient der systematischen und regelgeleiteten Analyse von fixierter Kommunikation (Mayring 2008, 13). Die Inhaltsanalyse stammt ursprünglich aus der Kommunikationswissenschaft und diente primär der quantitativen Bearbeitung großer Textmengen – als Beispiel dafür sei die Häufigkeitsanalyse genannt (Mayring 2004, 469).

Diese ursprüngliche Form der Inhaltsanalyse fand jedoch Kritiker, die das rein quantitative Vorgehen bemängelten (Mayring 2002, 114). Somit wurde versucht, eine qualitative Form der Inhaltsanalyse zu entwickeln (Mayring 2004, 470), bei der zwar an der systematischen Technik festgehalten wird (Mayring 2002, 114), jedoch ein qualitativ-verstehender Zugang die Analyse des Textmaterials leiten sollte, bei dem es weniger um Variablenisolation aus repräsentativen Stichproben als um die Komplexität von Einzelfällen geht (Mayring 2008, 16ff). Mittlerweile findet die qualitative Inhaltsanalyse nicht nur in der Kommunikationswissenschaft, sondern in unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen Anwendung (Mayring 2004, 469).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird das Untersuchungsmaterial schrittweise analysiert (Mayring 2002, 114), wobei die Analyse an einem ex ante festgelegten Ablaufmodell orientiert ist, um der Willkür freier Interpretation vorzubeugen (Mayring 2008, 43). Dabei wird das Ablaufmodell der jeweiligen Fragestellung sowie dem zu untersuchenden Textmaterial angepasst (ebd.). Somit gilt die qualitative Inhaltsanalyse als eine flexibel an den Forschungsgegenstand anpassbare Analysetechnik (ebd., 45). Im Folgenden wird nun das Ablaufmodell für die qualitative Inhaltsanalyse der Expertinneninterviews schrittweise dargestellt, um den Ablauf transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

4.1.1 Die Fragestellung als richtungsweisend für die Inhaltsanalyse

Die Fragestellung bestimmt die Richtung der Inhaltsanalyse maßgeblich, denn von der Fragestellung hängt ab, welche Inhalte der Interviews weiter interpretiert werden, um diese beantworten zu können (Mayring 2008, 50). Wie bereits ausgeführt, wird mit dieser Untersuchung der Frage nach den Erfahrungen von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern nachgegangen. Um diese Frage beantworten zu können, sollen vor allem Interviewpassagen, welche folgende Aspekte zum Ausdruck bringen, bei der Interviewauswertung berücksichtigt werden:

a) Rahmenbedingungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung in diesen Fällen
b) Perspektive der Erziehungsberater bezüglich ADHS
c) Explizite Erfahrungen der Erziehungsberater in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern

d) Handlungen der Erziehungsberater in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern

Alle Aussagen der interviewten Erziehungsberaterinnen, welche sich auf diese Punkte beziehen, werden im Zuge der Inhaltsanalyse weiter bearbeitet.

4.1.2 Bearbeitung des Transkriptmaterials

Mayring (2008, 74f) differenziert zwei Möglichkeiten zur Bearbeitung des Textmaterials: die kategoriengeleitete deduktive Inhaltsanalyse und die induktive Inhaltsanalyse. Bei der deduktiven Variante werden im Vorfeld der Analyse, basierend auf theoretischem Vorwissen, Kategorien formuliert, an Hand derer das Interview analysiert wird. Im Fall von induktiver Inhaltsanalyse werden die Kategorien nicht vorab gebildet, sondern direkt aus dem Textmaterial abgeleitet.

Für die Analyse der Expertinneneninterviews wurde eine Mischform beider Varianten gewählt. Zum einen wurden die Fragen des Leitfadens aufgegriffen und als Kategorien formuliert. Danach wurden diesen Kategorien alle thematisch passenden Interviewpassagen der Erziehungsberaterinnen zugeordnet. Dies entspricht der deduktiven Vorgehensweise. Allerdings konnten nicht alle Interviewpassagen den Kategorien des Leitfadens zugeordnet werden. Diese Passagen wurden zuerst für jedes der fünf Interviews gesammelt und thematisch gebündelt. Danach wurden diese Aussagen von allen Interviews zusammengeführt und auf induktivem Wege entsprechende Kategorienbezeichnungen formuliert (Mayring 2002, 116f). Bevor mit der Zuordnung von Interviewpassagen zu Kategorien begonnen wurde, wurden die „Analyseeinheiten“ (Mayring 2008, 55) festgelegt, um einen „Suchraster“ zu definieren, anhand dessen die Interviews analysiert wurden. Dieser beinhaltet:

a) die Kodiereinheit: definiert den minimalen Textteil des Interviewtrankriptes, welcher einer Kategorie zugeordnet werden kann.
b) Die Kontexteinheit: definiert den maximalen Textteil, welcher einer Kategorie zugeordnet werden kann.
c) Die Auswertungseinheit: definiert die Reihenfolge, mit der die Interviewpassagen ausgewertet werden.

Die Definition der Analysefeinheiten, welche für die vorliegende Inhaltsanalyse angewandt wurden, wird in Tabelle 5 veranschaulicht.

Tabelle 5 Festlegung der Analysefeinheiten

Analysefeinheit	Definition	Beispiele aus den Interviews
Kodiereinheit	Paraphrasen mit wenigen Worten, solange sie als sinnvolle Äußerung verstanden werden können	3: „Nein!“ 20: „drei Monate“ 85: „hängt von Eltern ab“
Kontexteinheit	Paraphrasen in Satz- oder über Satzlänge, die jedoch nicht gekürzt werden können, ohne dass ihr sinnhafter Zusammenhang verloren gehen würde	160: „Finde es wissenswert, für Eltern, wie viel Kilogramm, gesehen über die letzten zehn Jahre, die Medikamente zugenommen haben, von der Verordnung her“
Auswertungseinheit	Die Interviews werden zuerst einzeln, Satz für Satz ausgewertet. Danach werden die Ergebnisse aller Interviews thematisch zusammengefasst.	

Mayring (2008, 58f) nennt drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

1) Zusammenfassung: zielt darauf ab, das Textmaterial soweit zu reduzieren, dass nur noch die wesentlichen Inhalte als Abbild des Grundmaterials erhalten bleiben.
2) Explikation: bei dieser Analyseform werden neben den zu analysierenden Texten zusätzliche Materialien herangezogen, um das Verständnis der Textteile zu erweitern.
3) Strukturierung: Bestimmte Aspekte des Textmaterials werden anhand zuvor definierter Ordnungskriterien formal, inhaltlich oder anhand von Typen bzw. Skalen gebündelt.

Diese drei Grundformen der Inhaltsanalyse können auch kombiniert werden (ebd.). Für die Analyse der Expertinneninterviews wurde eine Mischform aus Zusammenfassung und inhaltlicher Strukturierung durchgeführt. Dieses Vorgehen kann damit begründet werden, da die Inhalte des Textmaterials zum einen reduziert werden sollen. Zum anderen ergibt die Umformulierung der Fragen des Leitfadens zu Kategorien eine thematische Strukturierung der Inhalte auch hinsichtlich der Textanalyse. Im Folgenden wird die Anwendung der Zusammenfassung sowie der inhaltlichen Strukturierung bei der Analyse der Expertinneninterviews näher erläutert.

Vor Beginn der Analyse wurden Fragen des Leitfadens zu Kategorien umformuliert. Dieser Schritt wird in Tabelle 6 dargestellt, um die Kategoriengenerierung nachvollziehbar zu machen. Zudem werden auch jene Kategorien dargestellt, welche auf induktivem Wege, am Ende der Analyse, formuliert wurden. Diese leiten sich aus jenem Textmaterial ab, welches nicht primär den im Vorfeld formulierten Kategorien zugeordnet werden konnte. Die Darstellung der Ergebnisse im folgenden Teil der Arbeit ist an dieser Tabelle orientiert.

Tabelle 6 Deduktiv generierte Kategorien aus dem Interviewleitfaden sowie induktiv generierte Kategorien aus dem verbliebenen Textmaterial

Fragen des Leitfadens	**Kategorien**	**Überkategorien**
Frage 1	K1 Praktische Erfahrung als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin	ÜK1 Charakterisierung der Erziehungsberaterinnen sowie der Rahmenbedingungen, innerhalb welcher psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung angeboten wird
Frage 1	K2 Rahmenbedingungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung	
Frage 4	K3 Symptomverständnis der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen	ÜK 2 Perspektiven der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen in Bezug auf ADHS sowie dessen Behandlung
induktiv	K4 Behandlungssituation und Behandlungsformen im Fall von ADHS	
Frage 7	K5 Wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterinnen die Medikation von Kindern mit ADHS erleben und beurteilen	
Frage 6	K6 Stellenwert der verschiedenen Behandlungsformen	
Fragen 3, 4, 8	K7 Wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterinnen mit der Diagnose ADHS umgehen	
Frage 5	K8 Einschätzungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen, warum die Diagnosestellung ADHS in den letzten Jahren zugenommen hat	
Frage 16	K9 Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen aber ohne einer gestellten Diagnose in psychoana-	

	lytisch-pädagogischer Erziehungsberatung	
Frage 13, 15	K10 Einflussmöglichkeiten der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen auf die Diagnosestellung im Fall von ADHS	
Frage 8	K11 Psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik im Zuge der Erziehungsberatung	
Frage 10 & induktiv	K12 Charakterisierung der Familien bzw. der Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen – Vorgeschichten	ÜK 3 Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung
Frage 10 & induktiv	K13 Charakterisierung der Familien bzw. der Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen – Bedingungen der Kinder mit ADHS in Familie und Umfeld	
Frage 3	K14 Gründe, welche Eltern von Kindern mit ADHS veranlassen, psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufzusuchen	
Frage 2	K15 Wie Eltern von Kindern mit ADHS auf das Angebot der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung aufmerksam werden	
Frage 2, 9	K6 Anzahl der Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung	
Frage 2	K17 Geschlecht und Alter der Kinder mit ADHS	
Frage 12	K18 Wer zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommt	
induktiv	K19 Dauer und Frequenz der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern	
induktiv	K20 Ziele, welche in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern verfolgt werden	
Frage 10 & induktiv	K21 Ablauf der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern	
Frage 10 & induktiv	K22 Umgang der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen mit Familien mit ADHS-Kindern	
Frage 17	K23 Pädagogische Geister in Familien mit ADHS-Kindern	

Frage 14	K24 Kooperationen mit anderen Professionellen im Helfernetz	
Frage 11	K25 Schwierigkeiten und Problemlagen in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern	
induktiv	K26 Abbruch der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung	
Frage 18	K27 Nachteile der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern	
Frage 18	K28 Welche Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS induziert werden können	ÜK 4 Zum Out-Come von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern
Frage 18	K29 Welche Prognosen, bezogen auf die ADHS-Symptomatik des Kindes, aufgrund psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung erwartet werden können	
Frage 19	K31 Anmerkungen/Wünsche der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen	ÜK5 Wünsche der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen

Zu Beginn der Analyse wurden die fünf Interviews einzeln untersucht, um Textstellen ausfindig zu machen, welche sich den aus dem Leitfaden entwickelten Kategorien zuordnen ließen. Diese Textstellen wurden in Form einer Paraphrase übernommen, entsprechend der Kategorien thematisch gegliedert und in einen Auswertungsraster (Tabelle 7 und Anhang 1, Seite 213) überführt. Dabei wurden auch innerhalb der Kategorien thematisch gleiche oder ähnliche Paraphrasen untereinander gestellt. Dieser Schritt entspricht der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (2008, 89). Gleichzeitig wurden hier bereits Regeln der Zusammenfassung nach Mayring (ebd., 62) angewandt, sodass eine Verdichtung des Textmaterials bereits ab dem ersten Analyseschritt gewährleistet war. Diese Regeln geben vor, dass die Paraphrasen in Kurzform angegeben werden. Das bedeutet, dass nichtinhaltstragende Textbestandteile, wie wiederholende, verdeutlichende oder ausschmückende Wendungen, gestrichen werden. Damit zu einem späteren Zeitpunkt zurückverfolgt werden kann, aus welchem der fünf Interviews die Paraphrase stammt, wurden sie mit einem Verweis zur jeweiligen Interviewnummer sowie mit der Seitenzahl des Interviewtranskripts versehen. Zusätzlich erhielten die Paraphrasen eines Interviews auch eine laufende

Nummer, um für spätere Bearbeitungsschritte eine Zuordnung der Paraphrasen zu ermöglichen.

Im nächsten Analyseschritt wurden die Paraphrasen generalisiert und dadurch abstrahiert. Das bedeutet, dass die Paraphrasen in eine allgemeine aber dennoch fallspezifische Äußerung umformuliert wurden (Mayring ebd., 62). Im Zuge der Generalisierung wurden oftmals mehrere Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt zusammengefasst[29]. Das bedeutet, dass eine generalisierte Äußerung formuliert wurde, welche den Inhalt aller zusammengefassten Paraphrasen widerspiegelt. Diese Generalisierungen wurden ebenfalls in den Auswertungsraster überführt.

Im Anschluss an die Generalisierung wurden die Inhalte in einem weiteren Analyseschritt reduziert. Dabei wurden thematisch ähnliche Generalisierungen wieder zusammengefasst und eine, alle Inhalte repräsentierende, Aussage getroffen. Das Ergebnis dieser Reduktion wurde ebenfalls im Auswertungsraster vermerkt und mit einer laufenden Nummer, welche mit dem Buchstaben R (für Reduktion) gekennzeichnet wurde, versehen.

Tabelle 7 Grundschema des Auswertungsrasters (nach Mayring 2008, 64-70)

Interview-nummer	Seite im Interviewtranskript	Laufende Paraphrasennummer	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion (R)

Nachdem dieser reduzierende Analyseschritt für alle fünf Interviews abgeschlossen war, erfolgte eine Zusammenfassung der Reduktionsergebnisse aller Interviews. Um diese Zusammenfassung übersichtlich zu gestalten, wurde ein neuer Auswertungsraster (siehe Anhang 2, Seite 275) angelegt. In diesen wurden die Kategorien und anschließend die thematisch passenden, reduzierten Aussagen eingetragen. Dabei wurden wieder thematisch gleiche oder ähnliche reduzierte Aussagen der einzelnen Interviews zusammengefasst und eine treffende generelle Aussage darüber formuliert. Um den Rückbezug zu den reduzierten Aussagen der einzelnen Interviews zu gewährleisten, wurden zu jeder neuen generalisierten Aussage die Nummern der reduzierten Aussagen vermerkt.

Jene reduzierten Passagen der Interviews, welche keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden gesammelt und thematisch gebündelt. Zu diesen Themenblöcken wurden dann induktiv passende Kategorien gebildet (Mayring 2008, 75).

[29] Im Unterschied zu Mayring (2008, 64-70) wurden ähnliche Paraphrasen nicht gestrichen, sondern zusammengefasst. Daher finden sich im Auswertungsraster (Anhang 1, Seite 213) fusionierte an Stelle von durchgestrichenen Zellen.

Danach wurden alle Kategorien thematisch geordnet. Da einzelne Kategorien oftmals unterschiedliche Aspekte eines Themenbereiches zum Inhalt hatten, wurden in einem letzten Schritt der inhaltlichen Strukturierung Überkategorien formuliert (siehe Anhang 2).
Abschließend wurden die generalisierten Aussagen aller Interviews mit den ursprünglichen Paraphrasen der Einzelinterviews abgeglichen, um zu überprüfen, ob deren Inhalt, über die Reduktionsschritte hinweg, erhalten geblieben ist (Mayring 2008, 61).

Obwohl Mayring (ebd., 9f) darauf hinweist, dass mittels qualitativer Inhaltsanalyse auch auf latente Inhalte des Textmaterials geschlossen werden kann, wurde die Untersuchung der Interviewtranskripte auf latente Inhalte hin, in einem von der Inhaltsanalyse gesonderten Arbeitsschritt vorgenommen. Denn bei der Suche nach Ungesagtem oder Brüchen im Erzählfluss ist es vorteilhafter, das gesamte Interviewtranskript in einem Stück zu bearbeiten, als die einzelnen Interviewfragmente, welche im Prozess der Inhaltsanalyse entstehen. In diesem Sinn wurden die einzelnen Interviewtranskripte Satz für Satz analysiert und dahingehend diskutiert und interpretiert, ob:

a) widersprüchliche Aussagen ausmachbar sind,
b) Brüche im Erzählfluss auffallen,
c) Interviewstellen auf Ungesagtes verweisen.

Dieser Schritt wurde gemeinsam mit einem zweiten Diplomanden durchgeführt, um den Argumentationsdruck im Sinne der Triangulation zu erhöhen (Froschauer & Lueger 2003, 167; Mayring 2002, 147).

5 Zur Einschätzung des Forschungsprozesses anhand von Gütekriterien

Mayring (2002, 140) konstatiert, dass die Einschätzung des Forschungsprozesses, insbesondere der Ergebnisse, einen wesentlichen Standard in der empirischen Forschung darstellt. Im wissenschaftlichen Diskurs gibt es differente Positionen, welche die Anwendung von Gütekriterien im qualitativen Forschungsprozess thematisieren. Einerseits wird dafür plädiert, Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität, Validität) auch auf qualitative Forschungsprojekte anzuwenden. Andererseits wird argumentiert, dass es für qualitative Forschung eigener Gütekriterien bedarf, da sich qualitative Forschung methodologisch erheblich von quantitativer Forschung unterscheidet. Dem gegenüber findet sich eine dritte Position, welche die Formulierung bestimmter Kriterien an sich ablehnt (Steinke 2004, 319ff).

Froschauer und Lueger (2003, 166) argumentieren gegen die Anwendung von quantitativen Gütekriterien in der qualitativen Forschung: Validität ist in der qualitativen Forschung kein brauchbares Kriterium, da sie vor dem Hintergrund interpretativer Forschung nicht definierbar ist. Auch das Kriterium Reliabilität ist bei einem Forschungsvorgehen, bei dem nicht gemessen wird, irrelevant. Zudem heben die Autoren hervor, dass auch Objektivität kein entsprechendes Kriterium darstellt, da im Zuge interpretativer Forschung kein „Anspruch auf die ‚wirkliche' Verfaßtheit von Forschungsobjekten" (ebd.) gestellt wird.
Somit sollen, in Anlehnung an Froschauer und Lueger (2003, 166) sowie Mayring (2002, 140), eigens für qualitative Forschung formulierte Gütekriterien an die vorliegende Untersuchung herangetragen werden. Dies soll der Qualitätssicherung dieser Untersuchung dienen[30].

1) Dokumentation des Untersuchungsverfahrens

   Kirk und Miller (1986 zit.n. Mayring 2002, 145) sowie Steinke (2004, 324) heben die Bedeutung der Dokumentation des Forschungsprozesses hervor. Da die Methoden qualitativer Forschung nicht standardisiert sind, können sie nur dann intersubjektiv nachvollziehbar sein, wenn alle Schritte des Untersuchungsprozesses detailliert dargestellt werden.

   Dieses Kriterium wird dadurch erfüllt, dass alle Schritte des Forschungsprozesses dokumentiert wurden. Im Anschluss daran wurde das Forschungsvorgehen, beginnend bei der Wahl der geeigneten Forschungsausrichtung bis hin zur Auswertung der Daten, dargestellt.

2) Argumentative Interpretation der Daten und Triangulation

   Um die Qualität der Interpretation zu sichern, muss diese argumentativ begründet werden (Hirsch 1967 & Terhart 1981 zit.n. Mayring 2002, 145). Um den Argumentationsdruck zu erhöhen, empfehlen Froschauer und Lueger (2003, 167) die Interpretation im Team vorzunehmen. Die Interpretation durch mehrere Interpreten beschreibt Mayring (2002, 147) auch unter dem Kriterium der Triangulation. Somit

[30] Neben diesen Kriterien führt Mayring (2002, 147) die kommunikative Validierung als Gütekriterium qualitativer Forschung an. Darunter versteht man die Validierung der Analyseergebnisse durch Rücksprache mit der befragten Person. Dieses Vorgehen kann, muss jedoch nicht, angewendet werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde auf solch eine Rücksprache verzichtet, da die Aussagen der interviewten Personen sehr klar und präzise formuliert wurden. Zudem geht es bei dieser Untersuchung nicht nur um die subjektiven Bedeutungsstrukturen, sondern auch um einen Vergleich zwischen den einzelnen Interviews.

werden an dieser Stelle beide Kriterien (argumentative Interpretation und Triangulation) zusammengefasst.

Auch diese Kriterien werden in der vorliegenden Arbeit erfüllt. Zum einen wurde die Interpretation des Interviewmaterials theoriegeleitet durchgeführt bzw. argumentiert. Zum anderen wurde die Interpretation der Daten unter Mithilfe von zwei Kollegen aus dem Diplomandenseminar durchgeführt.

3) Regelgeleitetheit der Analyse

Obwohl der Forscher in der qualitativen Forschung gegenüber dem Gegenstand offen sein soll, sich auf Revisionen oder Ergänzungen einlassen muss, sofern dies der Gegenstand erfordert (Mayring 2002, 28), muss das qualitative Vorgehen doch an Verfahrensregeln orientiert sein. Dies bedeutet, dass die Analyse bzw. die Interpretation des Interviewmaterials anhand zuvor explizierter Regeln durchgeführt wird.

Auch diesem Kriterium wird die vorliegende Arbeit gerecht, da sich die Auswertung und Interpretation auf die im Methodenteil festgelegte Analysemethode stützte.

4) Nähe zum Gegenstand

Ein Leitgedanke qualitativer Forschung ist, dass in der Untersuchung die Nähe zum Gegenstand gegeben sein soll (Flick 1987, 247). Das bedeutet, dass die Untersuchung in keiner artifiziellen Laborsituation stattfinden soll, sondern möglichst im Feld, in der natürlichen Lebenswelt der beforschten Personen. Daneben empfiehlt es sich, auch eine Interessensübereinstimmung mit den befragten Personen zu etablieren, da dies die Nähe zum Gegenstand fördert.

Die Interviews wurden in Räumlichkeiten der Alltagswelt der Befragten durchgeführt, eben in ihrer eigenen Praxis oder in einem Kaffeehaus. Zudem knüpfte die Befragung der Erziehungsberaterinnen an konkrete Erfahrungen ihrer eigenen psychoanalytisch-pädagogischen Tätigkeit an. Somit berührt die Untersuchung Ausschnitte der natürlichen Lebenswelt der befragten Erziehungsberaterinnen.

6 Zusammenfassung

Um die Forschungsfrage, welche dieser Arbeit zu Grunde liegt, beantworten zu können, wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt. Dabei wurden mit fünf Erziehungsberaterinnen der APP, welche dem Kodex des Wiener Konzeptes psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater nach Figdor folgen, problemzentrierte Experteninterviews durchgeführt. Wesentlich für die Auswahl der Interviewpartnerinnen war dabei, dass diese bereits Erfahrung in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern vorweisen konnten. Um die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Untersuchung möglichst zu erhöhen, war es von Bedeutung, dass die Kinder zum Zeitpunkt der Erziehungsberatung offiziell eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen hatten. Dies könnte etwaigen kritischen Argumenten wie: „Die Kinder in den herangezogenen Fällen hatten kein ADHS.“, den Boden entziehen.
Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und mittels des Transkriptionsprogramms f4 in schriftliche Form gebracht. Dabei wurde das Gesprochene ins Schriftdeutsch übertragen und zusätzlich mit Kommentaren versehen, welche sich auf außersprachliche Handlungen der Befragten beziehen. Das transkribierte Interviewmaterial wurde mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Dabei wurden die Interviews zuerst einzeln analysiert, bevor die Einzelergebnisse der fünf Interviews zusammengeführt wurden. Die Bildung von Kategorien fand auf zwei Wegen statt, einerseits deduktiv, andererseits induktiv. Das Interviewmaterial wurde mittels inhaltlicher Strukturierung sowie Zusammenfassung auf 31 Kategorien reduziert. Diese wurden fünf Überkategorien zugeordnet. Zudem wurden latente Aspekte der Interviews erfasst. Im Zuge dessen wurde nach Widersprüchen in den Aussagen der Erziehungsberaterinnen, Brüchen im Erzählfluss sowie Unausgesprochenem gesucht.
Abschließend wurden Gütekriterien qualitativer Forschung an die vorliegende Untersuchung herangetragen, um die Qualität der Ergebnisse abzusichern.

Teil V – Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Nachdem das methodische Vorgehen beschrieben und begründet wurde, werden in diesem Teil der Arbeit die Ergebnisse dargestellt, die im Zuge der Untersuchung gewonnen wurden. Dabei wird darauf abgezielt, die durch die Forschungsfrage eröffnete Forschungslücke (ADHS im Spannungsfeld zwischen Medizin und psychoanalytischer Pädagogik) mit Information zu füllen und die Forschungsfrage, welche der Arbeit zugrunde liegt, zu beantworten. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, lautet diese:

Wie gestalten sich die Erfahrungen von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatern hinsichtlich der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern?

Zur Orientierung wird an dieser Stelle ein Überblick über den thematischen Aufbau dieses Teils der Arbeit gegeben:
Eingeleitet wird die Darstellung der Ergebnisse von einer kurzen Charakterisierung der Interviewpartnerinnen. Dies soll einen Eindruck der Erziehungsberaterinnen und ihrer beruflichen Praxis bieten. Dabei wird unter Wahrung der Anonymität beschrieben, wie lange die Erziehungsberaterinnen bereits tätig sind und innerhalb welcher Rahmenbedingungen sie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung durchführen. Anhand dieser Informationen kann infolge ein Bezug zwischen beruflicher Erfahrung, den Rahmenbedingungen und den Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern hergestellt werden.
Anschließend werden jene Ergebnisse, welche anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewonnen wurden, sowie jene der Analyse von latenten Aspekten der Interviews, dargestellt. Im Zuge dessen werden zuerst die Familien, welche zur Beratung gekommen sind, charakterisiert. Im Anschluss daran werden jene Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen beschrieben, welche sich direkt auf den Verlauf sowie die Inhalte der Erziehungsberatung mit Familien mit ADHS-Kindern beziehen. Dabei ist die thematische Abfolge der Ergebnisse am Ablauf der Erziehungsberatung orientiert. Dem entsprechend werden die Erfahrungen der Interviewpartnerinnen, beginnend bei der Eingangsphase der Erziehungsberatung bis hin zu den erzielten Veränderungen auf Seiten der Familien und in Bezug auf die ADHS-Symptomatik, dargestellt. Inwiefern die einzelnen Ergebnisse dazu dienen, die forschungsleitende Fragestellung zu beantworten, wird jeweils zu Beginn eines neuen

Themenfeldes erörtert. Ein Überblick über die bevorstehenden Themen findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8 Überblicksschema zur thematischen Aufbereitung der Ergebnisse

Themenbereiche	Inhalte
Hintergrundinformationen	• Charakterisierung der Interviewpartnerinnen
Charakterisierung der Zielgruppe	• Darstellung der Familien mit ADHS Kindern die Erziehungsberatung aufsuchen • Lebensumstände und Entwicklungsbedingungen der Kinder mit ADHS
Ablauf und Inhalte der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern	• Umgang mit der Diagnose ADHS in der Erziehungsberatung • Umgang mit der Medikation von Kindern mit ADHS • Verlauf und Inhalte der Beratung • Problemfelder
Effekte der Erziehungsberatung	• Erzielte Veränderungen • Prognosen in Bezug auf die ADHS-Symptomatik

Um einen Rückbezug der Ergebnisse auf die Reduktionsschritte der Analyse sowie zu den ursprünglichen, den Interviews entnommenen Paraphrasen zu ermöglichen, befinden sich zwei Ergebnistabellen im Anhang: zum einen jene der Reduktionsschritte der Mayring'schen Inhaltsanalyse (Anhang 1, Seite 213), zum anderen eine Tabelle, in welcher die, aus allen fünf Interviews gewonnenen Reduktionsschritte zusammengefasst und zu Kategorien sowie Überkategorien gebündelt wurden (Anhang 2, Seite 275). Um nachvollziehbar zu machen, in welchem Zusammenhang die Ergebnisse mit den Analysetabellen stehen, finden sich im Fließtext R-Nummern-Verweise. Diese stellen die laufenden Nummern der Reduktion der Inhaltsanalyse dar (Anhang 1). Werden Paraphrasen der Erziehungsberaterinnen wörtlich übernommen, wird mit dem Kürzel (I Nummer – P Nummer) auf die Nummer des Interviews und die Nummer der Paraphrase im jeweiligen Interview verwiesen (Anhang 1). An thematisch entsprechenden Abschnitten der Darstellung der Ergebnisse wird auf die latenten und widersprüchlichen Aspekte der Interviews eingegangen. Um diese Abschnitte deutlich kenntlich zu machen, sind sie kursiv gesetzt.

Auch soll vorab erwähnt sein, dass gewisse Ergebnisse bereits in Bezug zur Literatur gesetzt werden. Dies erscheint oftmals notwendig, um die Erfahrungen der Beraterinnen in einen umfassenderen Begründungszusammenhang einzubetten bzw. Vergleiche mit Aspekten, welche im Theorieteil ausgearbeitet wurden, anzustellen. Eine umfassende Diskussion der Ergebnisse findet jedoch gesondert im sechsten Teil der Arbeit statt.

1 Charakterisierung der Erziehungsberaterinnen sowie der Rahmenbedingungen von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung[31]

In diesem Abschnitt werden die Interviewpartnerinnen und der Rahmen ihrer beruflichen Praxis als Erziehungsberaterinnen vorgestellt. Dies geschieht aus zweierlei Gründen. Einerseits soll ein Eindruck über die Interviewpartnerinnen gegeben werden, andererseits soll der Hintergrund, vor welchem einerseits die Beratung von Familien mit ADHS-Kindern und andererseits die Interviews stattfinden, abgebildet werden.

Erziehungsberaterin 1 (Interview 1): Frau V. ist bereits seit über 20 Jahren als Erziehungsberaterin tätig (R1). Damit weist sie, im Vergleich mit den anderen Interviewpartnerinnen, die längste Berufserfahrung auf. Frau V. war bei den ersten Studierenden dabei, welche nach dem Universitätsseminar bei Helmut Figdor in Supervision gingen (R2). Gegenwärtig arbeitet sie in zwei Familienberatungsstellen des Vereins Q. und bietet dort einerseits Familienintensivberatung und andererseits psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Figdor‘schen Modell an. Die Eltern können das Angebot freiwillig, anonym und kostenlos in Anspruch nehmen. Zudem arbeitet sie in freier Praxis als Sachverständige (R3, R4). In ihrer Tätigkeit folgt sie einem psychoanalytisch-pädagogischen Grundparadigma, wie es auch vom Verein Q gewünscht wird. Zudem nimmt sie regelmäßig an Supervisionen und Fortbildungen teil.
Während ihrer Laufbahn hat Frau V. bereits 50 bis 60 Familien mit ADHS-Kindern beraten (R10). Im Vergleich mit den Angaben der anderen Interviewpartnerinnen sind dies sehr viele Familien. Dies lässt sich vielleicht mit der längeren beruflichen Tätigkeit von Frau V. erklären. Bricht man die Anzahl der Familien jedoch auf einen Durchschnittswert pro Praxisjahr herunter, sind es bei ihr nach wie vor deutlich mehr Familien mit ADHS-Kindern als bei ihren Kolleginnen.

[31] Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf jene Ergebnisse der Inhaltsanalyse, welche im Anhang 1 (Seite 213) unter Kategorie eins und zwei dargestellt werden.

Erziehungsberaterin 2 (Interview 2): Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau W. seit 13 Jahren als Erziehungsberaterin tätig, nachdem sie den Ausbildungslehrgang zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterin des APP absolviert hat (R92). Frau W. arbeitet sowohl in freier Praxis als auch institutionsgebunden in zwei Familienberatungsstellen. Dabei folgt sie dem Kodex der APP[32] (R102). In den Familienberatungsstellen liegt der Schwerpunkt in der Arbeit mit Familien mit Kindern mit Behinderung. Allerdings steht das Angebot für alle Familien offen. Über diese Beratungsstellen sind bisher vier Familien mit ADHS-Kindern zu Frau W. gekommen (R99). In allen Fällen waren Burschen von ADHS betroffen, zwei im Alter von sieben Jahren, zwei im Alter von 14 Jahren (R101).

Erziehungsberaterin 3 (Interview 3): Nach der Ausbildung über die APP ist Frau X. seit fünf Jahren als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin tätig und orientiert ihre Tätigkeit an den Leitlinien (Kodex) der APP (R246, R249). Zum Zeitpunkt des Interviews bietet Frau X. psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in freier Praxis innerhalb einer Praxisgemeinschaft an. Während ihrer beruflichen Laufbahn kamen zwei Familien mit ADHS-Kindern zur Erziehungsberatung (R231). In einem Fall war der Bub sieben, im anderen Fall neun Jahre alt (R261). Allerdings wurde keine der Beratungen zu Ende gebracht. Im ersten Fall kamen die Eltern des siebenjährigen Buben nur zum Erstgespräch. Nach Angaben von Frau X. haben sich die Eltern für ein anderes Behandlungsangebot als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung entschieden, da ihnen der Prozess der Erziehungsberatung zu lange gedauert hätte. Im zweiten Fall, der Familie des neunjährigen Buben, wurde die Beratung nach einer Dauer von circa drei Monaten abgebrochen, da die Mutter angab, neben der bestehenden Kinderpsychotherapie und der medikamentösen Behandlung, keine Zeit mehr für die Erziehungsberatung zu finden.
Bei der Auswertung des Interviews fiel auf, dass vor allem Frau X. vermehrt Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern zum Ausdruck brachte. Dies könnte auf die vergleichsweise geringere Berufserfahrung von Frau X. zurückzuführen sein.

Erziehungsberaterin 4 (Interview 4): Frau Y. hat wie Frau W. 1997 den Ausbildungslehrgang zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterin abgeschlossen (R341). Nach dem Lehrgang begann Frau Y. beim Verein Q. Familienintensivbetreuung und in einer interdisziplinären Praxisgemeinschaft psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsbe-

[32] Eine Darstellung des Kodex der APP findet sich in Figdor (2000, 45-61).

ratung anzubieten. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet Frau Y. vormittags in freier Praxis innerhalb einer Praxisgemeinschaft sowie in einem medizinischen Ambulatorium als Erziehungsberaterin. An den Nachmittagen bietet sie heilpädagogische Lernförderung an. In den zwei Jahren vor dem Interview hat Frau Y. 15 Familien mit ADHS-Kindern beraten, dabei handelte es sich, bis auf eine Ausnahme, vor allem um Familien von Buben mit der Diagnose ADHS (R355, R356).

Da sich die Arbeitssituation der Erziehungsberaterin im Ambulatorium auf ihre Tätigkeit im Beratungsfeld auswirkt, soll diese näher beschrieben werden: Im Ambulatorium tritt das psychoanalytisch-pädagogische Paradigma weit hinter das medizinische zurück (R346, R353, R354). Dies spiegelt sich in der Paraphrase 9 (Interview 4) wider: „Diese tiefenpsychologische Sichtweise, das ist da nicht mehr vorgesehen." Dies zeigt sich einerseits darin, dass die Erstbegutachtung von Kindern mit Auffälligkeiten immer von Medizinern durchgeführt wird und die Familien erst in Folge zur Erziehungsberatung kommen. Andererseits ist die Außenstellung der psychoanalytisch-pädagogischen Perspektive auch daran ersichtlich, dass der Erziehungsberaterin die Möglichkeiten fehlen, mit dem medizinischen Personal verstehend über die einzelnen Fälle nachzudenken bzw. zu sprechen (R346). Auch ist ihr Angebot der Erziehungsberatung strikt an andere, im Ambulatorium durchgeführte, Behandlungen geknüpft. So können Eltern Erziehungsberatung nur dann in Anspruch nehmen, wenn sich ihre Kinder auch im Ambulatorium in psychotherapeutischer Behandlung befinden (R347). Beendet das Kind die Psychotherapie, muss auch die Erziehungsberatung mit den Eltern abgebrochen werden (R348).

Es drängt sich die Frage auf, wie es dazu gekommen ist, dass in diesem Ambulatorium, welches medizinisch geprägt ist, psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung angeboten wird. Diesbezüglich informiert Frau Y. darüber, dass sie diese Stelle selbst geschaffen habe, allerdings noch unter der vorhergehenden tiefenpsychologisch-orientierten Therapieleitung. Diese sei jedoch zurückgetreten, da sie den tiefenpsychologischen Ansatz im Ambulatorium nicht durchsetzen konnte. In der weiteren Darstellung der Ergebnisse wird mehrfach zu bemerken sein, wie diese Rahmenbedingungen die Arbeit der Erziehungsberaterin beeinflussen. Diese ersten Ausführungen verdeutlichen bereits das Bild, welches sich in der Literatur (Ahrbeck 2007, 29; Staufenberg 2008, 654) abgezeichnet hat: Dass im Diskurs um ADHS das medizinische Paradigma das tiefenpsychologische dominiert.

Erziehungsberaterin 5 (Interview 5): Frau Z. hat ebenfalls 1997 die Ausbildung zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterin über die APP abgeschlossen (R465). Nach der Ausbildung arbeitete Frau Z. beim Verein Q. Seit 2004 ist sie in freier Praxis als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin tätig. Daneben arbeitet sie auch als Sachverständige, bietet Fortbildungen und Supervisionen für Professionelle in pädagogischen Arbeitsfeldern an und leitet Erziehungsberatungsprojekte an Kindergärten. Damit stellt die Tätigkeit als Erziehungsberaterin nur eines unter mehreren beruflichen Standbeinen dar. In einem Zeitraum kurz vor dem Interview hat sie vier Familien mit ADHS-Kindern beraten, wobei ihr während des Interviews immer wieder Fälle in den Sinn kommen, die bereits vor längerer Zeit bei ihr in Beratung waren (R473). In diesen Familien waren hauptsächlich Buben im Alter zwischen sieben und neun Jahren von ADHS betroffen (R476). Nur in einem Fall (vor längerer Zeit) kam eine Familie mit einer hyperaktiv-auffälligen Tochter zu Frau Z. in Beratung.

Werden alle Erziehungsberaterinnen in den Blick genommen, lässt sich festhalten, dass sich die Arbeit der Erziehungsberaterinnen nach einem psychoanalytischen Grundparadigma und am Kodex der APP orientiert. Im Hinblick auf das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom vertreten die Erziehungsberaterinnen ein psychoanalytisches Symptomverständnis. Es gebe zwar die für ADHS typischen Symptome, diese sollten jedoch nicht pathologisiert werden (R139). Vielmehr werden sie als Stütze der Psyche im Alltag und als Ausdruck verschiedener, innerpsychischer Schwierigkeiten verstanden, wodurch sie zum aktuellen Erleben und Verarbeiten des Kindes dazu gehören (R149, R159, R151, R228, R269). Geprägt von diesem Symptomverständnis steht in der Beratung nicht das Etikett ADHS im Vordergrund, sondern vielmehr eine ideosynkratische Betrachtung des jeweiligen Falles, wo der Ist-Zustand des Kindes (R489), psychodynamische Prozesse sowie die innerfamiliäre Beziehungsebene (R272) mitgedacht werden. Die Beratung orientiert sich sodann viel mehr an diesen Gesichtspunkten, als an dem Vorhandensein einer ADHS-Diagnose. Somit stellt ADHS für die psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen keine handlungsanweisende Leitkategorie dar.

2 Eine Beschreibung der Familien bzw. Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen

Im Anschluss an die Charakterisierung der Interviewpartnerinnen und deren beruflichen Rahmenbedingungen werden an dieser Stelle die Familien, welche die Beratung aufsuchten, vorgestellt. Die geschieht aus zweierlei Gründen: Zum einen, ist die Kenntnis der Lebensgeschichte sowie gegenwärtigen Lebenssituation für ein psychoanalytisches Fallverständnis von großer Bedeutung (Datler & Stephenson 1999, 88) und bildet den Hintergrund, vor welchem die Erziehungsberaterinnen die kindlichen Symptome interpretieren und ihre Interventionen setzen. Zum anderen bestärken die Falldarstellungen der Erziehungsberaterinnen das psychoanalytische Entstehungsmodell von ADHS, da die Beraterinnen in vielen Fällen von auffälligen Vorgeschichten bzw. weniger günstigen (familiären) Entwicklungsbedingungen des Kindes mit Diagnose ADHS sprechen. Diese werden, wie im Theorieteil erläutert, von psychoanalytisch-orientierten Autoren (Briesch 2004; Häußler & Hopf 2004, 38; Heinemann & Hopf 2006, 104; Leuzinger-Bohleber 2006, 33f; Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 362f; Pozzi 2004, 186) in Zusammenhang mit der Genese ADHS-typischer Symptome gesetzt. Da, wie auch bereits im theoretischen Teil der Arbeit herausgearbeitet werden konnte, manche Autoren wie Drüe (2007, 105) der psychoanalytischen Perspektive im Diskurs um ADHS eher ablehnend gegenüberstehen bzw. ein medizinisch-biologisches Erklärungsmodell von ADHS vertreten (Altink et al. 2008, 1053; Hampel & Petermann 2004, 132; Loo et al. 2008, 950; Martel 2009, 1042; Wender 2002, 37), erscheint es sinnvoll, an dieser Stelle die Erfahrungen der Beraterinnen aus der Praxis anzuführen, da sie weniger für das medizinische als für ein alternatives Entstehungsmodell von ADHS sprechen.

Zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kamen, den Erfahrungen aller interviewten Erziehungsberaterinnen nach, deutlich mehr Eltern von Buben als von Mädchen mit ADHS (R52, R101, R261, R356, R476). Dies kann daran liegen, dass vermehrt Buben von ADHS betroffen sind (Häußler & Hopf 2004, 35f; Hopf 2007, 343). Das Alter der Kinder mit Diagnose ADHS, deren Eltern zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung gekommen sind, reicht vom Vorschul- bis ins Jugendalter. Eines der Kinder ist sogar erst vier Jahre alt (R50, R51, R101, R261, R364, R475). Die Diagnosestellung ADHS bei einem vierjährigen Kind weist darauf hin, dass die Diagnose entgegen der Empfehlung des DSM-IV (Saß et al. 2003, 119) auch in jungem Alter gestellt wird.

Obwohl den Erziehungsberaterinnen die Anwesenheit der Väter in der Erziehungsberatung sehr wichtig ist (R72, R132, R294, R361), zeigt sich in der Praxis, dass zumeist (vor allem bei getrennt lebenden Elternpaaren) nur die Mütter zur Beratung kommen (R72, R295, R361, R427). Nur in wenigen Fällen kommen beide Elternteile regelmäßig zur Erziehungsberatung (R131, R471).

Den Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen zufolge, sind die einzelnen Fälle sehr unterschiedlich. Allerdings unterscheiden sie sich in der Erziehungsberatung nicht grundlegend von Familien, die aufgrund anderer Problemlagen die Beratung aufsuchen (R203). Dies verdeutlicht, dass es keine bestimmten Merkmale gibt, welche Familien mit ADHS-Kindern typischerweise charakterisieren. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Entstehungszusammenhänge von ADHS plurikausal sind und es nicht die „typische ADHS-Familie“ gibt.
Bei der Inhaltsanalyse fiel auf, dass die Erziehungsberaterinnen oftmals auffällige Vorgeschichten bzw. weniger günstige (familiäre) Entwicklungsbedingungen des Kindes mit Diagnose ADHS schilderten.

2.1 Vorgeschichten der Kinder mit Diagnose ADHS

Obwohl sich ADHS zumeist erst im Vorschulalter manifestiert (Drüe 2007, 25), berichten die Erziehungsberaterinnen durchgängig, dass sich Schwierigkeiten oftmals schon in jüngeren Jahren abzeichnen. Die Erziehungsberaterinnen nennen dabei (Sprach-)Entwicklungsverzögerungen, auffällige oder verzögerte Entwicklung motorischer Fertigkeiten, Wahrnehmungsstörungen, Schlafstörungen oder Schwierigkeiten in der Kontrolle ihrer Impulse. Zudem können diese Kinder ihre Affekte schlecht halten, sodass es zu aggressiven Durchbrüchen kommen kann (R50, R56, R108, R283, R514). Diese Erfahrungen sprechen dafür, dass ADHS nicht spontan mit Beginn des Schulbesuchs auftritt, sondern oftmals schon früher Probleme auftreten. Wender (2002, 37) nutzt das Vorliegen von Schwierigkeiten im frühen Kindesalter als Argument dafür, dass es sich bei ADHS um ein angeborenes Phänomen handelt. Dem gegenüber können diese Schwierigkeiten aber auch psychoanalytisch gedeutet werden. So beschreibt beispielsweise Briesch (2004, 58) Schlafstörungen, Schwierigkeiten der Impuls- sowie Affektkontrolle als Folge unzureichender Bindungs- respektive Beziehungserfahrungen im frühen Kindesalter, welche später in die Ausbildung einer ADHS-Symptomatik münden. Berücksichtigt man auch die von den Er-

ziehungsberaterinnen beschriebenen familiären Hintergründe der Kinder mit ADHS, welche unter der nächsten Kategorie zusammengefasst werden, finden sich viele Faktoren, welche die Beziehung zwischen Eltern und ADHS-Kindern erschweren.

In zwei Fällen, lagen auf Seiten der Kinder mit ADHS auch schwerwiegende körperliche Erkrankungen vor. Einerseits ein Herzfehler, andererseits Epilepsie (R108, R51). Der Zusammenhang zwischen diesen körperlichen Erkrankungen und ADHS kann darin liegen, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind, durch das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, von Trennungsängsten und daraus resultierenden Trennungsproblemen gekennzeichnet ist. Dadurch kann sich keine sichere Bindung zwischen Mutter und Kleinkind etablieren, sodass es zur Ausbildung eines desorganisierten Bindungsmusters kommen kann. Folgt man den beiden Autoren weiter, so fallen Kinder mit einem desorganisierten Bindungstypus oftmals durch für ADHS typische Symptome auf (Heinemann & Hopf 2006, 103).

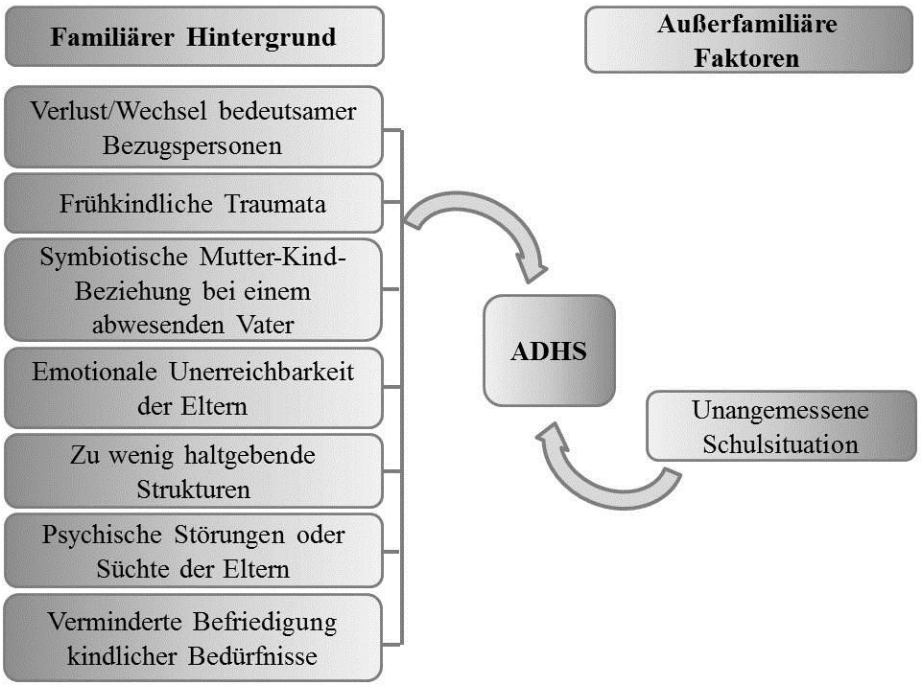
2.2 Entwicklungsbedingungen der Kinder mit ADHS in Familie und Umfeld

Blicken die Erziehungsberaterinnen auf ihre Fälle von Familien mit ADHS-Kindern zurück, so berichteten alle von weniger günstigen Bedingungen im familiären und außerfamiliären Bereich, unter welchen die Kinder mit ADHS aufwuchsen (R323). Die Erziehungsberaterinnen beschreiben, dass es im Leben der Kinder mit ADHS oftmals zum (frühen) Verlust bzw. Wechsel wichtiger Bezugspersonen durch Trennung, Scheidung, Adoption oder Tod gekommen ist (R58, R109, R253, R254, R400, R506, R514). In manchen der Fälle liegen auch frühkindliche Traumata vor (R514). Mehrfach erwähnen die Erziehungsberaterinnen, dass die Beziehung zwischen Eltern und Kindern mit ADHS oft erschwert war. Sei dies durch eine symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind bei einem abwesenden Vater oder durch zu wenig haltgebende Strukturen bzw. zu wenig affektiven Halt, welchen die Eltern ihren Kindern zur Verfügung stellen können (R155, R255, R400, R506, R514). Oft bieten Eltern ihren Kindern auch zu wenig Beziehungsangebote an oder sind für ihre Kinder emotional nicht erreichbar (R58, R155, R514). Oder die Kinder erlebten die Beziehung zu ihren Bezugspersonen durch lebensbedrohliche Erkrankungen gefährdet. Dies wurde vor allem in einem Fall sehr deutlich, wo sich eine massive ADHS-Symptomatik bei einem Buben einstellte, bei dessen Mutter eine Krebs-Diagnose gestellt wurde (R511). Im Rückblick auf die Familien mit ADHS-Kindern erinnern sich die Erzie-

hungsberaterinnen auch an Fälle von Verwahrlosung (R400), Missbrauch und körperlicher Gewalt (R58).
In mehreren Fällen lagen auch auf Seiten der Eltern von Kindern mit ADHS psychische Störungen, wie psychotische oder neurotische Störungen oder Süchte (Alkohol etc.) vor (R400, R515). Zudem bemerken Frau X., Frau Y. sowie Frau Z. in der Arbeit mit Eltern von ADHS-Kindern, dass es den Eltern oft schwer fällt über sich oder innerfamiliäre Probleme nachzudenken oder es ihnen oftmals kaum gelingt, auf die Bedürfnisse ihres Kindes adäquat einzugehen (R322, R424, R508, R509, R517, R551).

Neben den weniger günstigen Bedingungen im familiären Bereich, beeinflussen auch außerfamiliäre Gegebenheiten das kindliche Verhalten. So berichtet Frau W. von einer unangemessenen Schulsituation eines Kindes mit ADHS, wo es kaum Bewegungsangebote gab und die Volksschulkinder vier Stunden, inklusive der Pausenzeit, still sitzen sollten (R110). In diesem Fall kam es nach einem Schulwechsel wieder zum Erliegen der ADHS-Symptomatik (R225), was für einen kausalen Zusammenhang zwischen der Situation in der Schule und der Symptomgenese spricht.
In der nachstehenden Grafik (1), werden die verschiedenen Gesichtspunkte, welche die Vorgeschichte bzw. aktuelle Lebenssituation der Fälle kennzeichnen und die Genese der ADHS-Symptomatik (mit-)bedingen könnten, nochmals zusammengefasst.

Grafik 1 Überblick über familiäre und außerfamiliäre Hintergründe



Diese Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen stehen im Einklang mit Schilderungen psychoanalytisch-orientierter Autoren, welche in Familien mit ADHS oftmals einen frühen Objektverlust, problematische Mutter-Kind-Beziehungen, Traumata, Scheidung/Trennung, Missbrauch oder (Wohlstands-)Verwahrlosung ausmachen (Amft 2004, 76f; Bürgin & Steck 2007, 315). Dies bekräftigt wiederum die Annahme eines plurikausalen Entstehungszusammenhanges von ADHS (Bürgin & Steck 2007, 323; Leuzinger-Bohleber 2006, 13ff; Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 622), wobei vor allem familiären Variablen eine wesentliche Rolle in der Genese expansiver Störungen, zu welchen auch ADHS gezählt wird, zugstanden wird (Linderkamp 1998 zit.n. Mattner 2001, 24).

3 Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

Im folgenden Kapitel werden jene Ergebnisse dargestellt, welche sich direkt auf die forschungsleitende Fragestellung beziehen: die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen im Hinblick auf die Beratung von Familien mit ADHS-Kindern.
Einleitend wird beschrieben, wie viele Familien dieses Interventionsangebot überhaupt nutzen, bevor näher auf den Verlauf der Beratung eingegangen wird. Dabei wird darauf eingegangen, welche Bedeutung die medizinisch-psychiatrische Diagnose ADHS sowie eine etwaige medikamentöse Behandlung des Kindes im Zuge der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung einnimmt. Daran anschließend werden Ablauf und Inhalte der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern näher beleuchtet, sowie Problemlagen und Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang erörtert. Diese thematische Abfolge erscheint sinnvoll, da anhand des vorgegebenen zeitlichen Verlaufs einer Erziehungsberatung ein Orientierungsrahmen für das vorliegende Kapitel gelegt wird.

3.1 Zur Anzahl der Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung

Wird die Frage nach den Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen mit der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern gestellt, muss zuerst erläutert werden ‚wie viele dieser Familien überhaupt diese Form der Intervention bis zum Zeitpunkt des Interviews in Anspruch genommen haben. Dies soll im folgenden Abschnitt geschehen.

Verglichen mit der hohen Zahl an Familien, welche einer medikamentösen Behandlung ihres Kindes zustimmen, konsultieren nur wenige Familien mit einer vorhandenen ADHS-Problematik psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung. Wie bereits in der einleitenden Darstellung der einzelnen Erziehungsberaterinnen erwähnt, kamen pro Erziehungsberaterin zwei (Frau X.), vier (Frau W. und Frau Z.), 15 (Frau Y.) und 50 (Frau V.) Familien mit ADHS-Kindern[33] zur Beratung (R10, R99, R231, R355, R473). Obwohl die Angaben von 50 Familien mit ADHS-Kindern in Erziehungsberatung viel klingen mag, verweist Frau W. darauf, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung vorwiegend wegen anderer Problemlagen als ADHS in Anspruch genommen wird (R100).
Die Erziehungsberaterinnen äußern verschiedene Vermutungen, warum psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von ADHS vergleichsweise selten aufgesucht wird. Diese können zu fünf Punkten zusammengefasst werden:

1) Bei massiven Problemen besteht der Wunsch nach einer schnellen Lösung (R54, R312). Somit scheinen sich Eltern von ADHS-Kindern oftmals nicht auf den langen Prozess der Erziehungsberatung einlassen zu wollen, sodass es zu einer Präferenz jener Behandlungsmaßnahmen kommt, welche schneller greifen.
2) Als weiterer Grund wird angeführt, dass vor allem psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung, welche in freier Praxis ausgeübt wird, einen relativ geringen Bekanntheitsgrad aufweist (R415, R535). Dies kann daran liegen, dass diese Form der Erziehungsberatung österreichweit nur lokal begrenzt offeriert wird und es sich mit knapp 40 (Homepage der APP, 26.06.2011) ausübenden Erziehungsberatern um einen vergleichsweise kleinen Fachkreis handelt. Dadurch ist psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit vielen betroffenen Familien möglicherweise nicht bekannt.
3) Frau Z. meint außerdem, dass Eltern die Tendenz haben, bei Problemen mit ihren Kindern primär einen Arzt zu konsultieren. Einmal in der ärztlichen Behandlungsschiene, kommen Eltern selten zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung (R536), da durch die Einnahme der Medikation der Leidensdruck zumeist sinkt, sodass weitere Behandlungsmaßnahmen oftmals ausbleiben (R315).

[33] Wie bereits im Methodenteil beschrieben, wurden die Erziehungsberaterinnen nach der Anzahl der Familien jener Kinder gefragt, welche zum Zeitpunkt der Beratung eine offizielle ADHS-Diagnose hatten.

4) Frau X. vermutet auch, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als drittes Behandlungsangebot neben ärztlichen Kontrollterminen und Kinderpsychotherapie für die Familien zu viel wird (R314).
5) Ferner verweisen Frau V. und Frau X. darauf, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung Widerstände auf Seiten der Eltern provozieren kann, da die Eltern im Zuge der Erziehungsberatung mit ihrer Rolle im Beziehungsgeschehen zwischen ihnen und ihrem ADHS-Kind konfrontiert werden und nicht primär das Kind verändert werden soll. Da sich Eltern dieser Konfrontation nicht stellen wollen, suchen sie lieber andere Hilfsangebote auf (R54, R313, R315).

Nachdem die Erfahrung der Erziehungsberaterinnen zeigt, dass relativ wenige Familien mit ADHS-Kindern zur Beratung kommen, bzw. in der Literatur auf die Dominanz des medizinischen Behandlungsansatzes verwiesen wird, eröffnet sich die Frage, wie die Erziehungsberatungsprozesse in den von den Beraterinnen beschriebenen Fällen überhaupt initialisiert wurden. Diesbezüglich schildern die Erziehungsberaterinnen, dass Eltern von ADHS-Kindern auf unterschiedlichen Wegen zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen. Bei einem Großteil der Fälle liegt eine Zuweisung durch das Jugendamt vor (R47, R125, R328, R469, R477). In vielen Fällen folgen die Eltern auch einer Empfehlung von Seiten der Schule, des Kindergartens, der Tagesheimbetreuung oder von Psychotherapeuten. In wenigen Fällen überweisen Mediziner zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung (R47, R125, R262, R477). In Fällen, wo keine konkrete Empfehlung vorlag, stießen Eltern eher zufällig auf das Angebot der Erziehungsberatung.

Die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen zeigen also, dass vergleichsweise wenige Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in Anspruch nehmen. Die Familien, welche den Weg zur Erziehungsberatung finden, kommen primär über die Vermittlung durch Jugendämter oder Institutionen der Kinderbetreuung. Dies könnte für die Vermutungen der Erziehungsberaterinnen sprechen, dass Erziehungsberatung unter Eltern kaum bekannt ist, oder aber auch, dass sich Eltern eine rasche Lösung erhoffen oder der Konfrontation mit eigenen Anteilen am Beziehungsgeschehen aus dem Weg gehen. Letzteres würde jedoch voraussetzten, dass den Eltern das Angebot dieser Form der Erziehungsberatung sowie die Vorgehensweise bereits bekannt sind.

3.2 Erfahrungen und Umgang der Erziehungsberaterinnen mit der Diagnose ADHS sowie der Medikation von Kindern mit ADHS-Symptomen

Kommen Eltern von Kindern mit einer ADHS-Diagnose zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung, sind die Beraterinnen mit zweierlei Dingen konfrontiert: zum Ersten mit dem Vorhandensein der medizinisch-psychiatrischen Diagnose ADHS und zum Zweiten in vielen Fällen mit einer bestehenden Medikation des Kindes. Demnach scheint es im Hinblick auf die Forschungsfrage von Relevanz zu sein, darzustellen, wie die Erziehungsberaterinnen mit der ADHS-Diagnose sowie der Medikation umgehen und welche Bedeutung das Vorliegen dieser Diagnose bzw. die bestehende Medikation für ihre Tätigkeit als Erziehungsberaterinnen haben.

3.2.1 Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen bezüglich der Diagnose ADHS

Bei den Kindern, über welche im Zuge der Interviews gesprochen wurde, bestand bereits im Vorfeld der Erziehungsberatung eine offizielle ADHS-Diagnose. In den Berichten der Erziehungsberaterinnen finden sich jedoch Aussagen, welche den Verdacht wecken, dass bei manchen Fällen die Diagnose ADHS ungerechtfertigt oder zu rasch vergeben wurde. Als Beispiel werden zwei Falldarstellungen herangezogen:
Bei einem Buben, der in der Schule durch sein unangebrachtes Verhalten massiv auffällig war, wurde im Vorschulalter ADHS diagnostiziert sowie eine Medikation vorgeschlagen. Allerdings kam es zu einem Schulwechsel, woraufhin die Symptome wieder verschwanden (R114). Rückblickend kann das auffällige Verhalten des Buben in der Schule in Zusammenhang damit verstanden werden, da es dort keine Bewegungsangebote gab und die Kinder angehalten waren, den ganzen Vormittag (inklusive Pausenzeit) still zu sitzen (R110). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Diagnose ADHS auch in Fällen vergeben wird, wo die Symptome nachweislich ungünstigen Umweltbedingungen entspringen.
Bei einem anderen Buben wurde ebenfalls die Diagnose ADHS gestellt. Nach drei Monaten erfolgloser stationärer Behandlung auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie kam man von dieser Diagnose wieder ab und vermutete, dass es sich doch eher um Depression handeln könnte (R136). Die Beraterinnen machten in mehreren Fällen die Erfahrung, dass die ADHS-Diagnose oftmals verworfen wird, wenn die Medikation nicht die gewünschte Wir-

kung erzielt (R14, R107)[34]. Im Hinblick auf diese Falldarstellung stellt sich die Frage, ob es möglich ist, die klinische Symptomatik einer Depression mit jener, eines Kindes mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu verwechseln, oder ob in diesem Fall verschiedene Diagnosen solange einander ablösen, bis eine Behandlung wirksam wird und die dazu passende Diagnose sodann beibehalten werden kann.

Frau Y. berichtet von Fällen, in welchen sie aus ihrer Sicht die Diagnose nicht bestätigen konnte: „In der Erziehungsberatung [war ich] weit weg von der Idee […] ADHD[35]“ (I4-P72) bzw. „Obwohl er offiziell eine ADHD hatte, [fällt er] für mich vom Blickwinkel her überhaupt nicht da hinein“ (I4-P55). Dies verweist darauf, dass immer wieder Kinder eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen, deren Verhalten von anderen Professionellen fern ab der diagnostischen Kategorie ADHS zu beurteilen wäre. Dies deutet darauf hin, dass das auffällige kindliche Verhalten von verschiedenen Professionellen unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt wird.

Somit scheint die Diagnose ADHS schwer fassbar zu sein: unter welchen Bedingungen wird diese Diagnose nun gestellt, wie wird ADHS (differenzialdiagnostisch) von anderen Störungsbildern abgegrenzt? Wann wird diese Diagnose gestellt und wann nicht? Wie sehr repräsentiert diese Diagnose tatsächlich die Problemlage des Kindes? Diese Fragen stellen sich vor allem dann, wenn man den Bericht von Frau W. bedenkt, wo die Symptomatik retrospektiv vielmehr auf eine unangemessene Schulsituation als auf eine gehirnorganische Funktionsstörung zurückführbar war.

Den Berichten der Erziehungsberaterinnen zufolge, haben sie keine Einflussmöglichkeit auf die Diagnosestellung ADHS. Selbst in dem Fall nicht, in dem die Erziehungsberaterin in einem Ambulatorium arbeitet. Obwohl die Kinder, welche dort behandelt werden, oft mehrfach während des Behandlungsverlaufes diagnostisch beurteilt werden, hat die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin kein Mitspracherecht. Die Diagnosestellung wird allein auf ärztlicher Seite vorgenommen. Meinungen oder Befunde anderer Professioneller, welche mit dem Kind respektive der Familie arbeiten, bleiben aus dem Diagnoseprozess ausgeschlossen (R188, R381, R382). Dies verdeutlicht wiederum das im Theorieteil herausgearbeitete Bild, dass dem psychoanalytischen Ansatz innerhalb des medizinisch-orientierten Ambulatoriums kein Raum gegeben wird, dass das psychoanalytische Paradigma im Diskurs um ADHS hinter jenes der Medizin zurücktritt.

[34] Diese Erfahrungen untermauern die Aussagen von Riedesser (2006, 114), der postuliert, dass die Verhaltensänderung durch die Medikation bei ADHS-Kindern zur Validierung der Diagnose genutzt wird.

[35] Die Erziehungsberaterin verwendete durchgängig die englische Abkürzung für das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom: ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)

Jede der interviewten Erziehungsberaterinnen hat die Erfahrung gemacht, dass auch Familien von Kindern zur Beratung kommen, die zwar das für ADHS typische Verhalten zeigen, jedoch keine offizielle Diagnose gestellt bekommen haben (R84, R238, R336, R391, R474, R486). Frau W. meint: „Ich würde sagen, dass sicher 50 Prozent der Buben, die zu mir kommen [...], dass diese mit ADHS diagnostiziert werden würden“ (I2-P283).

Theoretisch macht es für die Erziehungsberaterinnen keinen Unterschied, ob eine Diagnose vorliegt oder nicht, da ADHS, wie bereits erläutert, keine Arbeitsdiagnose für die Erziehungsberaterinnen darstellt. Auch in Bezug auf das diagnostische Arbeitsbündnis, so geben Beraterinnen an, spielt das Vorhandensein der Diagnose ADHS keine Rolle, da dessen Ablauf sowie die Inhalte, auch bei Familien mit ADHS-Kindern dem Konzept von Figdor (1998; 2000) entsprechen (R145, R147, R497, R498).

Im Widerspruch dazu scheint das Vorhandensein einer ADHS-Diagnose aber doch die Wahrnehmung des Falles zu beeinflussen. Frau W. berichtet beispielsweise: „[Wenn Eltern]kommen und sagen: 'Mein Kind ist unruhig in der Schule‘, das ist das, womit ich dann auch viel lieber arbeite, weil dann kann man schauen: 'Okay, das Kind ist unruhig in der Schule‘, das ist ganz etwas anderes als ein sehr abstraktes: 'Mein Kind hat ADHS und im Kopf oder im Gehirn läuft etwas nicht richtig'“ (I2-280; 281). Somit scheint das Vorhandensein der Diagnose ADHS die Perspektive auf das Kind einzuengen, sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten der Erziehungsberaterin. Somit kann festgehalten werden, dass Erziehungsberaterinnen zwar der Diagnose ADHS per se keine Bedeutung beimessen, die Diagnose allerdings doch die Perspektive der Beraterinnen auf das Kind beeinflusst.

Eine Bemerkung, welche Frau X. am Ende des Interviews anbringt, verweist ebenfalls darauf, dass das Vorhandensein der Diagnose ADHS die Erziehungsberaterin beeinflusst. So meint Frau X.: „Mich würde interessieren, ob es so ein psychoanalytisch-pädagogisches Erziehungsberatungs-Konzept quasi gibt für ADHS, ob man da nachdenkt darüber, oder ob es gar nicht so wichtig ist, weil es ja so wie jedes andere Symptom [zu behandeln wäre]“ (I3-P186). *Frau X. ist sich also unsicher, ob es für die Beratung von Familien mit ADHS-Kindern eines speziellen Konzeptes bedarf, oder, ob mit ADHS wie mit anderen Symptom umgegangen werden soll (R339, R340). Dies steht im Widerspruch zu Aussagen, welche Frau X. während des Interviews tätigt. Denn bezüglich der Frage nach dem Umgang mit der Diagnose ADHS antwortete Frau X. während des Interviews, dass ADHS wie jedes andere Symptom zu behandeln wäre (R280). Zudem spricht sie sich während des Interviews auch gegen eine Spezialisierung von manchen Erziehungsberatern der APP auf*

ADHS aus „so etwas würde ich nicht machen" (I3-P60b). Allerdings scheint sie, wie sie am Ende des Interviews anmerkt, doch das Bedürfnis nach einem speziellen Konzept von Erziehungsberatung für diese Familien zu haben. Dieser Wunsch könnte auch verdeutlichen, dass Frau X. somit der Diagnose ADHS doch eine größere Bedeutung beimisst, als sie dies im Interview angibt.

Die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen hinsichtlich der Diagnose ADHS bestätigen somit einerseits, dass, wie auch im Theorieteil aufgezeigt, die Diagnosestellung in manchen Fällen fragwürdig ist. Andererseits konnte auch verdeutlicht werden, dass das Vorhandensein dieser Diagnose die Wahrnehmung der Erziehungsberaterinnen beeinflusst, sowie Unsicherheiten im Umgang mit diesen Fällen hervorruft, obwohl sie angeben, dass die Diagnose ADHS hinsichtlich des Beratungsverlaufs nicht von Bedeutung sei.

3.2.2 Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen hinsichtlich der Medikation von Kindern mit ADHS

Nachdem die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen hinsichtlich der Diagnose ADHS erläutert wurden, werden nun ihre Erfahrungen in Bezug zur medikamentösen Behandlung von Kindern mit ADHS dargestellt.

Dass Psychostimulanzien, wie im ersten Theoriekapitel bereits herausgearbeitet werden konnte, im Fall von ADHS als Therapie der Wahl gelten (Drüe 2007, 185; Molitor 2004, 7; Wender 2002, 60), kommt auch in den Erfahrungsberichten der Erziehungsberaterinnen deutlich zum Ausdruck. So erleben sie häufig, dass Medikation als primäres Hilfsangebot im Fall von ADHS angepriesen und auch eingesetzt wird. In den meisten Fällen, welche während der Interviews dargestellt wurden, nehmen die Kinder bereits seit ihrer frühen Kindheit Medikamente ein (R45, R115, R524). Auch gibt es Fälle, bei welchen Ritalin trotz ungesicherter Diagnosestellung verordnet wurde. Frau W. berichtet, dass der 14-jährige Bub, dessen Eltern zur Erziehungsberatung gekommen waren, im Laufe seiner Behandlung verschiedenste Psychopharmaka verabreicht bekommen hat. Zuerst wurden im Zuge der ursprünglichen Diagnose ADHS Methylphenidat-Präparate verordnet. Nachdem diese keinen erwünschten Effekt erzielten und auch monatelange, stationäre Behandlungsaufenthalte auf der Psychiatrie die Lage nur verschlechterten, wurde die Diagnose ADHS wieder verworfen und der Jugendliche auf Antidepressiva eingestellt (R116). Frau Y. berichtet ebenfalls von einem Fall, bei dem ein fünfjähriger Bub, ursprünglich mit dem Ver-

dacht einer frühkindlichen Psychose, doch eine ADHS-Diagnose gestellt bekam. Daraufhin begannen verschiedene Medikationsversuche mit Methylphenidat-Produkten. Nachdem die Medikation jedoch heftige Reaktionen auf Seiten des Kindes hervorrief, wurde diese wieder abgesetzt, die Diagnose ADHS in Frage gestellt und eine andere psychiatrische Diagnose in Betracht gezogen (R401). Diese Erfahrungen bekräftigen den Verdacht von Amft (2006, 80), „dass nicht nur Kinder behandelt werden, bei denen eine gesicherte medizinische Diagnose und Indikation vorliegt, sondern dass in großem Umfang Ritalin symptombezogen eingesetzt wird“ (ebd.).

Neben der Medikation werden kaum andere Interventionsmöglichkeiten angedacht (R525). Werden zusätzliche Interventionen in Gang gesetzt, stellt die Medikation dennoch oftmals die grundlegende Behandlungsmethode dar. So schildert Frau Y. anhand ihrer Berufserfahrung im Ambulatorium, dass in mehreren Fällen bereits eine Medikationsverordnung stattgefunden hat, bevor verschiedene andere Angebote im Helfersystem des Ambulatoriums, wie beispielsweise Erziehungsberatung, überhaupt anlaufen respektive greifen können (R402).

Auf die Verordnung von Medikamenten können die Erziehungsberaterinnen nur wenig bis gar keinen Einfluss nehmen (R124). Frau V. und Frau Z. pointieren jedoch, dass Medikation als einzige Interventionsform nicht genügen kann (R522, R523) und vor allem langfristig keinen Sinn macht (R40). Zudem würde ein verstehender Zugang hinsichtlich der kindlichen Problematik dadurch ausgeklammert werden (R293, R523). Sie sind vielmehr der Meinung, dass eine Medikation immer in Kombination mit einer Psychotherapie oder Elternarbeit geschehen sollte, um so die Chance auf eine langfristige Veränderung zu eröffnen und auch den Affekten sowie Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden (R286, R288, R327, R522, R530).

Vor allem in schweren Fällen sei nach Aussagen der Erziehungsberaterinnen eine Medikation, in Kombination mit Erziehungsberatung oder Psychotherapie, als eine temporäre Notlösung angebracht. Als Beispiel werden Fälle genannt, wo es immer wieder zu massiven Eskalationen kommt, oder wo das Kind Gefahr läuft aus dem Kindergarten oder der Schule exkludiert zu werden (R, 285, R286). Frau Y. berichtet von einem Fall, wo Erziehungsberatung und Kinderpsychotherapie nur sehr schlecht voran kamen, sodass sie in Absprache mit der Psychotherapeutin eine Empfehlung zu Medikation des Kindes aussprach: „[da] haben die Psychologin und ich besprochen, wir schicken ihn zum Kinderarzt, der soll ihn einstellen auf ein Medikament, weil so kommen wir keinen Millimeter weiter“ (I4-P116).

Die Vorteile der medikamentösen Behandlung liegen den Beraterinnen zufolge dann darin, dass durch eine wirksame Medikation der Leidensdruck der Familie sinkt (R405) oder Eltern wieder Hoffnung auf Besserung schöpfen, wodurch sie wieder anders mit dem Verhalten ihres Kindes umgehen können, was wiederum eine Chance für das Kind darstellen kann (R120). Zudem kann die schulische Situation entlastet werden (R406, R528).
Somit kann festgehalten werden, dass die Erziehungsberaterinnen der Medikation von Kindern mit ADHS prinzipiell skeptisch gegenüberstehen, diese jedoch befürworten, sofern sie temporär eine Entlastung bei sehr schwerwiegenden Fällen bringen kann. Die letztgenannte Aussage von Frau Y. erweckt den Eindruck, dass Medikation außerdem dann eine Notlösung sein kann, wenn auch professionell Tätige keinen Ausweg mehr finden.
Wird die Medikation sozusagen als letzter Ausweg eingesetzt, stellt sich jedoch die Frage, wer den Zeitpunkt bestimmt, an dem es keinen anderen Ausweg mehr geben kann. Auf welcher Ebene wird diese Entscheidung getroffen? Dann, wenn die Eltern bereits keinen Ausweg mehr sehen? Oder wenn Lehrkräfte überfordert sind? Oder erst dann, wenn auch Erziehungsberater nicht mehr erfolgreich intervenieren können? Wer bestimmt also letztlich, ab welchem Zeitpunkt der Intervention nur noch eine Medikation Abhilfe schaffen kann? Im Zusammenhang mit diesen Fragen sei an die Ausführungen von Figdor (2006, 170) sowie Konrad und Gilsbach (2007, 9) erinnert, in welchen die subjektive Wahrnehmung der Symptome in deren Beurteilung pointiert wird. Demnach bleibt die Entscheidung hinsichtlich der Ausweglosigkeit immer ein subjektives Urteil.

Bei der Analyse der Interviews konnte festgestellt werden, dass eine bestehende Medikation einen direkten Einfluss auf die Erziehungsberatung ausübt, da dadurch die Wahrnehmung des Falles durch die Erziehungsberaterin beeinflusst wird. Durch die Medikation ist es oftmals schwer, zwischen genuinen Eigenschaften des Kindes und jenen, welche durch das Medikament hervorgerufen werden, zu unterscheiden. So beschreibt Frau V.: „[D]ass die Medikamentation auch etwas mit dem Kind tut und eine Reihe von Verhaltensmerkmalen oder Persönlichkeitsmerkmalen erst durch die Medikation auftauchen. Dann wird es schwer herauszufinden, was ist eigentlich das Kind“ (I1-P67). Dadurch kann auch die psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik verfälscht werden (R148).

Die Erziehungsberaterinnen gehen mit einer vorhandenen Medikation unterschiedlich um. Frau W. berichtet von Fällen, wo die Medikation im Lauf der Erziehungsberatung unter ärztlicher Aufsicht abgesetzt wurde (R122, R193). Frau V. rät den Eltern hingegen nicht

dazu, die Medikation abzusetzen, da dies zu einer weiteren Verunsicherung der Eltern führen könnte (R44).
Wird die Medikation abgesetzt, sind die Erziehungsberaterinnen darauf bedacht, dass dies „unter sehr genauer medizinischer Kontrolle“ (I1-P78) abläuft.

Die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen hinsichtlich der medikamentösen Behandlung von Kindern mit ADHS-Symptomen decken sich mit den Ausführungen im Theorieteil, also, dass es Fälle gibt, wo trotz ungesicherter Indikation eine Medikation verordnet wird. Zudem wird deutlich, dass die Beraterinnen der Medikation eher kritisch gegenüber stehen, diese aber in schwierigen Fällen in Erwägung ziehen, wenn zusätzlich auch andere Interventionen wie Kinderpsychotherapie oder Erziehungsberatung gesetzt werden. Wie mit einer Medikation von Kindern, deren Eltern in Beratung sind, umgegangen wird, wird je nach Ermessen der Beraterin unterschiedlich gehandhabt.

3.3 Ablauf und Inhalte der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten erläutert wurde, wie viele Familie mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in Anspruch nehmen und wie die Beraterinnen mit der Diagnose und der medikamentösen Behandlung dieser Kinder umgehen soll, nun näher auf den Ablauf und die Inhalte der Beratung eingegangen werden.
Den Schilderungen der Erziehungsberaterinnen zufolge entspricht der Ablauf der Erziehungsberatung dem Beratungskonzept von Figdor (1998; 2000), wonach das Vorhandensein der Diagnose ADHS den Ablauf der Erziehungsberatung nicht beeinflusst.
Zu Beginn der Beratung sind die Beraterinnen primär darum bemüht, ein positives Übertragungsverhältnis sowie ein Arbeitsbündnis mit den Eltern zu etablieren (R175, R176, R429, R545). Dabei ist es leichter ein Arbeitsbündnis mit Eltern zu etablieren, welche mit einer gewissen Bereitschaft zur Beratung kommen (R545), oder welche einen großen Leidensdruck haben (R389). Im Gegensatz dazu gestaltet es sich bei Familien, die von anderen Institutionen zur Erziehungsberatung geschickt werden, schwieriger (R429).
Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung soll den Eltern einen Raum bieten, wo sie über ihr Kind und dessen Verhalten differenziert nachdenken können. Mit Hilfe der Erziehungsberaterin wird das Verhalten des Kindes beschrieben und in Sprache gehoben

(R222, R431, R432, R543). Zudem werden Ängste und Phantasien auf Seiten der Eltern und deren Wirkung auf das Kind aufgespürt (R221).

Als wesentlichen Aspekt im Verlauf der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung nennen alle Erziehungsberaterinnen, dass sie die Eltern über unbewusste Anteile des Seelenlebens aufklären und ihnen ein psychoanalytisches Symptomverständnis vermitteln. Gemeinsam mit den Eltern werden Hypothesen darüber gebildet, welche Ursachen für die kindliche Symptomatik verantwortlich sein könnten (R78, R173, R174, R220, R281, R298, R430, R433, R539). Um Hypothesen bilden zu können, sind die Erziehungsberaterinnen eingangs darum bemüht, sich ein Bild von der familiären Situation ihrer Klienten zu machen. Im Zuge dessen, gilt es folgende Aspekte zu erfassen:

a) die Lebenssituation der Familie
b) den Umgang der Eltern mit dem Kind
c) die Fähigkeit der Eltern auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen
d) wie die Eltern auf das kindliche Verhalten reagieren
e) welche Aspekte des kindlichen Verhaltens die Eltern nur schwer aushalten können
f) welche familiären Konflikte auszumachen sind

Dabei berücksichtigen die Erziehungsberaterinnen auch auftauchende Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und beziehen diese in das Bild über die Familie mit ein (R79, R301).

Nach circa fünf bis sechs Sitzungen der Eltern, wird das Kind zu einer Testdiagnostik eingeladen (R74, R296). Allerdings dient diese Diagnostik nicht dem Fixieren von Krankheit, sondern ist viel mehr dazu gedacht, die Hypothesen bezüglich der Ursachen für das kindliche Verhalten, welche gemeinsam mit den Eltern im Vorfeld erarbeitet wurden, zu überprüfen. Dabei finden verschiedene Testinstrumente[36] bzw. Leistungstests Anwendung oder bei jüngeren Kindern wird eine Spielbeobachtung durchgeführt (R492, R495).

Entsprechend dem Konzept von Figdor (1998; 2000) arbeiten alle Erziehungsberaterinnen, mit Ausnahme von Frau V. nur mit den Eltern. Frau V. bietet neben der Erziehungsberatung der Eltern auch Förderung für die Kinder im schulischen, wie auch im außerschulischen Bereich an (R75). *Dies wirkt verwunderlich, denn warum offeriert gerade Frau V., die Erziehungsberaterin mit der längsten Praxiserfahrung, im Gegensatz zu ihren Kolleginnen auch Angebote für Kinder? In der Erziehungsberatung wird das Ziel verfolgt, die*

[36] Es werden folgende Testinstrumente als Beispiele angeführt: CAD, verzauberte Familie, Rorschach, Sceno, Mensch-Baum Anwendung. Wenn nötig werden auch Leistungstests (R493, R494, R496, R499).

Eltern dazu zu befähigen, ihr Kind besser verstehen und somit besser mit ihm umgehen zu können (R186). Könnte durch diese zusätzliche Förderung des Kindes durch die Erziehungsberaterin den Eltern aber nicht wieder ein Stück ihrer elterlichen Kompetenz abgenommen werden, da die Beraterin Aufgabenbereiche der Eltern übernimmt? Zudem impliziert dies, dass die Erziehungsberaterin über Kompetenzen zu verfügen scheint, welche den Eltern selbst jedoch fehlen. Dies wirkt nun in Bezug auf das Ziel der Erziehungsberatung, elterliche Kompetenzen zu fördern bzw. wiederzuerwecken, widersprüchlich.
Könnten sich hinter diesem widersprüchlichen Verhalten der Erziehungsberaterin vielleicht unbewusste Tendenzen verbergen? Gelangt die Erziehungsberaterin durch die zusätzliche Übernahme von Aufgaben vielleicht in eine Art „Allmachtposition", indem sie durch ihr Wissen und ihre Fähigkeiten nun nicht nur den Eltern Unterstützung bietet, sondern auch dem Kind Förderung angedeihen lässt?

Obwohl das Vorhandensein der Diagnose ADHS den Ablauf der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung per se nicht beeinflusst, ergeben sich aufgrund dieser Problematik dennoch spezifische Themen, welche im Zuge der Beratung behandelt werden. Nachstehend werden diese kurz dargestellt um zu veranschaulichen, woran die Erziehungsberaterinnen speziell mit Familien mit ADHS-Kindern arbeiten:

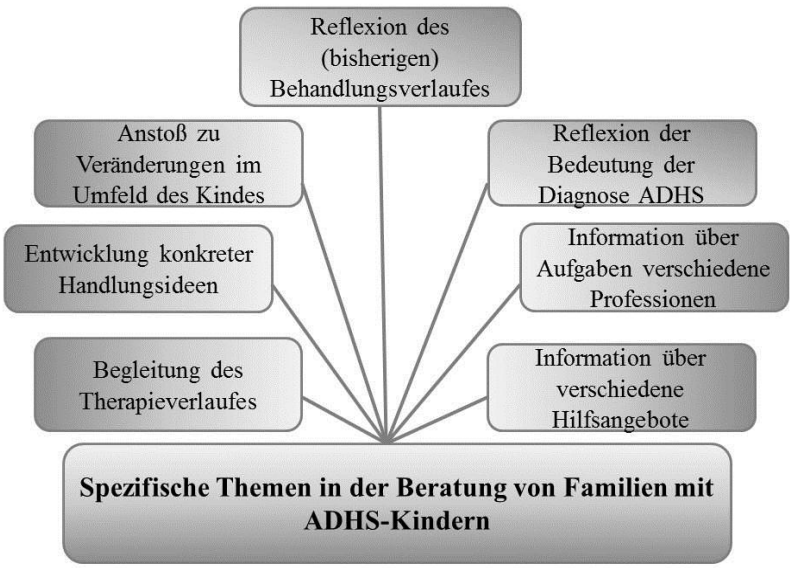
1) In der Beratung wird mit den Eltern über die Diagnose ADHS gesprochen: welche Vor- und Nachteile gehen für die Familie mit der Diagnose einher und was würde sich durch diese Diagnosestellung verändern (R337, R539).
2) Es wird gemeinsam mit den Eltern über bisherige (auch fehlgelaufene) Interventionen nachgedacht (R153, R177, R178). So meint Frau W.: „Was mich natürlich schon interessiert ist was haben Eltern bisher gemacht, was ist mit dem Kind schon an Behandlung passiert" (I2-P101) und „wie erklären sich die Eltern, dass das, was sie bis jetzt getan haben, nicht funktioniert" (I2-P161). Durch dieses gemeinsame Nachdenken erhalten die Eltern die Chance über den bisherigen Behandlungsverlauf ihres Kindes zu reflektieren.
3) Frau W. machte die Erfahrung, dass Eltern oft nicht zwischen Zuständigkeitsbereichen einzelner Professionen im Helfersystem differenzieren können. Demnach betrachtet sie es als ihre Aufgabe, den Eltern die Obliegenheiten einzelner Professionen näher zu bringen (R179).
4) Frau W. berichtet auch davon, dass die Erziehungsberatung dafür genutzt werden kann, die Eltern während des Therapieverlaufs ihres Kindes zu begleiten. Dabei

geht es einerseits darum, die Veränderungen des Kindes, welche sich durch die Therapie ergeben, zu verstehen und andererseits darum, den Therapieverlauf adäquat zu unterstützen.

5) In ähnlicher Weise kann Erziehungsberatung auch dann hilfreich sein, wenn die Medikation der Kinder beendet wird. So können die Eltern auf etwaige Verhaltensänderungen des Kindes nach Absetzen des Medikamentes vorbereitet werden (R180, R195).
6) Frau W. sowie Frau Z. suchen gemeinsam mit den Eltern auch nach zusätzlichen respektive anderen Interventionsmöglichkeiten als Erziehungsberatung. Beispielsweise denken sie in manchen Fällen auch Kinderpsychotherapie oder andere Betreuungsmöglichkeiten an (R434, R540).
7) Frau V., Frau Y. sowie Frau Z. vermitteln den Eltern auch konkret umsetzbare Ideen wie beispielsweise sonderpädagogische (Lern-)Methoden oder erarbeiten gemeinsam mit den Eltern Rituale. Zudem wird, sofern notwendig, versucht auch im Umfeld des Kindes Veränderungen anzustreben, beispielsweise einen Klassen- oder Schulwechsel. (R76, R179, R544).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Ablauf der Beratung auch im Fall von Familien mit ADHS-Kindern dem Konzept von Figdor (1998; 2000) entspricht. Allerdings ergeben sich aufgrund der ADHS-Betroffenheit des Kindes spezifische Inhalte, welche in der Beratung thematisiert werden. Diese werden in Grafik 2 noch einmal zusammengefasst.

Grafik 2 Spezifische Themen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern



3.3.1 Die Aufklärung der pädagogischen Geister

Da die Aufklärung pädagogischer Geister einen zentralen Stellenwert in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung nach Figdor einnimmt (Figdor 2000, 21), stellte sich die Frage, welche pädagogischen Geister in der Beratung der Familien mit ADHS-Kindern geklärt werden konnten. Im Zuge der Interviewauswertung konnten zumeist solche pädagogischen Geister festgemacht werden, welche sich auf ganz allgemeine Fehlanahamen der Eltern belaufen, wie sie auch von Figdor (1998, 51f) angeführt werden (R80, R546, R80, R138, R184, R185, R303, R438, R547). Daneben fanden sich auch Fehlannahmen, welche in Zusammenhang mit der ADHS-Betroffenheit des Kindes gebracht werden können. Dabei beziehen sich manche Geister auf die Vorstellungen der Eltern, was es bedeutet ein guter Elternteil zu sein, mache stehen in Bezug zur kindlichen Symptomatik. Dabei lassen sich die spezifischen Fehlannahmen zu drei übergeordneten Annahmen der Eltern abstrahieren (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9 Übersicht über pädagogische Geister, welche im Zusammenhang mit ADHS stehen

Übergeordnete Fehlannahmen	Spezifische Fehlannahmen
Die Symptomatik ist das Resultat schlechter Erziehung	• Eine gute Mutter bin ich dann, wenn ich mein Kind so erziehen kann, dass es in dieser Welt so zurechtkommt, wie es erwartet wird (R438) • Man war zu wenig streng (R183) • Man hat das Kind zu sehr verwöhnt (R183)
Die Symptomatik ist im Kind verwurzelt	• Die Symptome haben nichts mit mir als Elternteil zu tun (R183) • Die Symptome sind dem Kind inhärent (dieser Geist wird von der Medizin geteilt) (R183)
Die Symptomatik als Zeichen eines unfolgsamen Kindes	• Würde sich mein Kind zusammennehmen wäre Veränderung leicht zu erzielen (R183) • Das Kind ist schlimm (R183)

Manche Eltern sehen die Symptomatik im Zusammenhang mit einer unzureichenden Erziehungsleistung. Sie waren entweder zu streng, oder hätten das Kind zu sehr verweich-

licht. Zwar stellen die Eltern im Zuge dieser Annahme einen eigenen Anteil an der kindlichen Problematik fest, dieser bezieht sich jedoch rein auf das Erziehungsgeschehen, weniger auf die Beziehungsebene zum Kind. Kontrastierend dazu befinden manche Eltern die Symptome als dem Kind inhärent. Somit sind sie ihrem Anteil an der Problemlage enthoben. Eine weitere Annahme bezieht sich darauf, dass die Symptome als Unfolgsamkeit des Kindes interpretiert werden. Dass die ADHS-Symptome jedoch nicht in einem unfolgsamen Verhalten des Kindes gründen, sondern vielmehr psychodynamische Aspekte eine Rolle spielen, wurde bereits im ersten Theoriekapitel der Arbeit herausgearbeitet. Die Bedeutung der Aufklärung dieser speziellen pädagogischen Geister kann im Zuge des diagnostischen Arbeitsbündnisses darin liegen, den Eltern ein zutreffenderes Bild der Symptomatik sowie ein psychodynamisches Symptomverständnis zu vermitteln.

3.3.2 Zusammenarbeit mit anderen Professionalisten im Helfernetz

Da im Fall von ADHS oftmals mehrere Helfer mit dem Fall betraut sind, oder aber verschiedene Professionelle, wie Kindergärtner oder Lehrer, mit dem auffälligen Verhalten des Kindes konfrontiert sind (Gerspach 2001, 50; Heinemann & Hopf 2006, 37; Neraal 2008, 13; 21f), stellt sich die Frage, ob diese auch untereinander kooperieren.
Die Erziehungsberaterinnen benennen mehrere Vorteile der Vernetzung mit anderen Professionellen:

1) Es kann mehr Informationen über den Fall gewonnen werden
2) Verschiedene Perspektiven auf das Kind können erfasst werden (beispielsweise bei der Kooperation mit Lehrkräften)
3) Durch die Zusammenarbeit können verschiedene Professionelle, welche mit dem Fall betraut sind, gemeinsam eine positive Entwicklung fördern
4) Fachgrenzen übergreifendes Handeln wird möglich
5) Verschiedene Aufgaben der Fallbetreuung können unter den Professionellen aufgeteilt werden
6) Vielfältige Informationen können für die Eltern gebündelt werden
7) Durch die Vernetzung können Eltern auf ein breit gefächertes Angebot zurückgreifen.

Institutionen, mit welchen die Erziehungsberaterinnen im Zuge der Beratung von Familien mit ADHS kooperieren, sind Kindergärten, Schulen und Ambulatorien. Daneben kooperieren die Erziehungsberater auch untereinander (R36, R167, R561). Bezüglich der Koopera-

tion mit Schulen merkt Frau W. an, dass der Erfolg der Zusammenarbeit nicht nur von der Persönlichkeit der einzelnen Lehrer abhängig ist, sondern vor allem durch das Gesamtsystem Schule beeinflusst wird. Also, wie viele Unterstützungsmöglichkeiten der Lehrer erhält, welches Klima in der Schule vorherrscht und wie das Verhältnis mit anderen Lehrkräften und der Direktion beschaffen ist (R31). Des Weiteren kooperieren Erziehungsberaterinnen mit Medizinern, wenn die Medikation des Kindes im Laufe der Erziehungsberatung besprochen oder abgesetzt werden soll (R310, R440) und auch mit Psychologen oder Psychotherapeuten um freie Therapieplätze zu vermitteln oder Redundanzen im Diagnoseprozess zu vermeiden. Läuft parallel zu Erziehungsberatung eine Psychotherapie kommt es auch zu einem Austausch mit dem Therapeuten bezüglich des Fallverlaufs bzw. um die beiden Behandlungsformen aufeinander abzustimmen (R165, R309, R440).

In der Zusammenarbeit mit anderen Professionalisten nehmen die Erziehungsberaterinnen vielfach eine informierende Rolle ein. Sie informieren beispielsweise Lehrer oder Kindergärtner über die Dauer des Erziehungsberatungsprozesses bzw. wie dabei vorgegangen wird oder versuchen den anderen Professionellen ein Verständnis für die psychoanalytisch-pädagogische Sichtweise des Falles zu vermitteln (R171). Zudem erleben sich die Erziehungsberaterinnen im Zuge der Zusammenarbeit als helfend und einwirkend. Sie zeigen anderen Professionellen im Umgang mit den Kindern helfende Maßnahmen, Handlungsmöglichkeiten und Problemlösungen auf (R32, R171, R172, R447, R563). Diese Ausführung vermittelt den Eindruck, als seien die psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen gegenüber anderen Professionellen in einer handlungsanweisenden Rolle.
Impliziert dies eine gewisse fachliche Überlegenheit der Erziehungsberaterinnen gegenüber anderen Professionellen? Frau W. führt aus, dass andere Professionelle von der Erziehungsberatung der Familie des auffälligen Kindes rasche Hilfe und Erleichterung erwarten (R168). Diese Erwartungshaltung anderer Professioneller an die Erziehungsberatung könnte vielleicht der Grund dafür sein, weshalb Erziehungsberaterinnen in der Zusammenarbeit mit anderen eine handlungsanweisende Rolle einnehmen.

Folgt man Frau V. und Frau Z., findet die Zusammenarbeit zwischen Erziehungsberatern und anderen Professionellen, trotz der genannten Vorteile, nur selten statt (R166, R561). Gründe dafür lassen sich in weiteren Ausführungen der Erziehungsberaterinnen finden. So fällt beispielsweise auf, dass sich Erziehungsberaterinnen, welche in freier Praxi tätig sind, weniger mit anderen Professionellen vernetzen (R34, R557, R558). Dies liegt womöglich

daran, dass Kooperationsarbeit den Erziehungsberatern in freier Praxis finanziell nicht vergütet wird, wenn Erziehungsberaterinnen in einer Institution angestellt sind hingegen schon (R29, R170, R444, R558). Neben der finanziellen Vergütung bieten Institutionen prinzipiell günstigere Rahmenbedingungen für Kooperationen und Vernetzungsarbeit. So wurde beispielsweise im Verein Q., verglichen mit anderen Beratungsstellen und Einrichtungen der APP, ein größeres Netzwerk zwischen Institutionen und Professionellen aufgebaut (R33). Dieser Aspekt betrifft freilich nicht nur die Arbeit mit Familien mit ADHS-Kindern, allerdings wäre gerade in diesen Fällen, bei welchen häufig viele Helfer involviert sind, bzw. verschiedene Professionelle mit dem auffälligen Verhalten den Kindes konfrontiert sind (Gerspach 2001, 50; Heinemann & Hopf 2006, 37; Neraal 2008, 13; 21f), eine Vernetzung sehr sinnbringend.

Betrachtet man die Aussagen der Erziehungsberaterinnen, treten manche besonders hervor, da sie widersprüchlich oder irritierend erscheinen. Diese werden nun kurz angeführt und hinterfragt.

Frau V. verdeutlicht, dass sie sich vor allem in schweren Fällen eine Kooperation mit möglichst vielen Beteiligten im Helfersystem wünscht. Zu einem aktuellen, schwierigen Fall eines Buben mit ADHS meint sie: „Da habe ich von vornherein gesagt, ich übernehme den nur, wenn es Helferkonferenz mit allen beteiligten Fachleuten gibt (I1-P46). *Obwohl Frau V. während des Interviews viele Vorteile der Vernetzungsarbeit anführt, scheint sie lediglich in für sie schwierigen Fällen darauf zurückzugreifen. Warum wird also in weniger schwerwiegenden Fällen auf eine Zusammenarbeit mit anderen Professionellen verzichtet? Fühlt sich die Erziehungsberaterin dann kompetent genug, die Fälle alleine zu betreuen? Dies könnte für ihre langjährige Erfahrung in der Tätigkeit als Erziehungsberaterin sprechen. Allerdings stellt sich die Frage, weshalb die Vorteile der Vernetzung nicht auch für weniger schwere Fälle fruchtbar gemacht werden.*

Die Kooperationsmöglichkeiten von Frau Y. werden maßgeblich von den Rahmenbedingungen des Ambulatoriums beeinflusst. So bleiben Kooperationen mit externen Professionellen immer dem Fallführer, also einem Mediziner überlassen. Innerhalb des Teams des Ambulatoriums finden nur oberflächliche Fallbesprechungen statt, die sich eher an einem Austausch medizinisch relevanter Fakten orientieren. Zu einem tiefgründigen Nachdenken über einzelne Fälle kommt es nicht. Somit kann Frau Y. nur gelegentlich ihre Erfahrungen im Team einbringen. Zudem merkt sie an, dass ihre Perspektive auch nicht von allen angenommen wird (R442). *Dieses Beispiel verdeutlicht abermals, wie sehr die Handlungsmög-*

lichkeiten von Erziehungsberatern von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängen sowie die Dominanz des medizinischen Paradigmas gegenüber anderen Ansätzen, wie dem der psychoanalytischen Pädagogik.

Frau Z. scheint Kooperationen eher einzugehen, wenn sie mit dem Kooperationspartner bekannt ist: „Es kommt ein bisschen auf die Therapeutin an, ob ich die kenne oder nicht, wenn ich sie kenne gibt es eher Kontakt, wenn das eine institutionelle Ergotherapie ist, gibt es meistens eher keinen Kontakt“ (I5-R223). *Diese Aussage wirft die Frage auf, warum Kooperation nur auf bekannte Personen beschränkt bleibt. Wird dadurch vielleicht gewissen Ängsten aus dem Weg gegangen? So könnte Frau Z. befürchten, dass sie gegenüber noch nicht bekannten Professionellen unter Legitimationsdruck gerät, dass sie ihren Behandlungsansatz verteidigen oder rechtfertigen muss? Dies wäre gerade im Fall von ADHS, wo Medikation als Intervention der Wahl gilt, durchaus denkbar. Vielleicht könnte es auch sein, dass nicht bekannte Professionalisten das Handeln von Frau Z. kritischer betrachten, als dies bekannte tun würden.*
Des Weiteren berichtet Frau Z. von der Kooperation mit zwei Kinderpsychologen. Diese Zusammenarbeit begründet Frau Z. damit, dass sie die Erfahrung gemacht hat, dass die Erziehungsberatung oftmals beendet wird, sobald das Kind einen Psychotherapieplatz erhalten hat und die Eltern dann einer Auseinandersetzung mit sich selber aus dem Weg gehen können. Die Kooperation mit den Psychologinnen erfülle dann den Zweck vor einem Abbruch der Erziehungsberatung bei einer gut laufenden Kinderpsychotherapie zu schützen. Sie berichtet: „Ich habe zwei Kolleginnen, mit denen ich zusammenarbeite, die sagen [zu den Eltern] oft ‚Ich nehme das Kind nur in Therapie wenn Sie in Erziehungsberatung gehen‘ (I5-P222). Dies verdeutlicht zum einen, dass es Frau Z. sehr wichtig ist, dass sich Eltern auch nach dem Beginn der Kinderpsychotherapie weiter mit ihren Anteilen am Beziehungsgeschehen zwischen ihnen und dem Kind auseinandersetzen. *Zum anderen entsteht der Eindruck, als würde die Beraterin daran zweifeln, dass es ihr eigenständig gelingen kann, dass die Eltern, trotz beginnender Psychotherapie des Kindes, die Erziehungsberatung fortführen. Führt man diese Gedanken weiter, könnte dies verdeutlichen, dass Frau Z. vielleicht die Stabilität ihres Arbeitsbündnisses mit den Eltern anzweifelt. Demnach würde die Kooperation zur Kompensation eigener Unsicherheiten oder Ängsten erfolgen.*

Frau X. berichtet, dass sie in einem ihrer beiden Fälle mit Familien mit ADHS-Kindern mit den Psychotherapeuten Rücksprache hielt. Als Grund für die Rücksprache führt Frau X.

an, dass sie dadurch ihre Hypothesen, welche sich in den ersten Elterngesprächen gebildet haben, verifizieren könne (R309). *Dieser Wunsch von Frau X. ihre Überlegungen noch einmal von einem externen Professionellen bestätigen zu lassen, könnte eventuell auf Unsicherheiten bezüglich ihrer eigenen Einschätzung des Falles hinweisen. Diese Unsicherheit könnte in der vergleichsweise geringen Praxiserfahrung von Frau X. wurzeln.*
Dieses Beispiel verdeutlicht, wie jenes von Frau Z., dass die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen zur Kompensation eigener Unsicherheiten genutzt werden könnte.

Diese Ausführungen zeigen, dass sich psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterinnen in der Zusammenarbeit mit anderen Professionellen oftmals in einer informierenden und handlungsweisenden Rolle finden. Dieses Rollenbild scheint jedoch mit der eigenen Hilflosigkeit bei schweren Fällen von ADHS zu kollidieren. Des Weiteren konnte verdeutlicht werden, dass es neben manifesten Gründen auch latente Aspekte gibt, welche die Erziehungsberaterinnen zu einer Zusammenarbeit mit anderen Professionellen veranlassen. In Grafik 3 wird eine Zusammenschau dieser Gründe vorgenommen.

Grafik 3 Manifeste und latente Gründe für eine Zusammenarbeit mit anderen Professionellen

3.3.3 Zur Dauer von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern

Den Schilderungen von Frau W. zufolge handelt es sich bei der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern um einen länger andauernden Prozess (R210), wobei eine Dauer von rund sechs Monaten bis zu über zwei Jahren angegeben wird. Dabei beginnt die Beratung zumeist intensiver, in einem wöchentlichen oder vierzehntägigen Rhythmus. Gegen Ende findet die Beratung dann nur noch monatlich statt (R97, R98, R366, R467), wobei die Frequenz entsprechend dem Leidensdruck der Eltern variiert wird (R368).
In Kontrast zu diesen Angaben bezüglich der Dauer der Erziehungsberatung stehen zum Teil die Aussagen von Frau V. Sie berichtet, dass es entweder relativ kurz, binnen drei bis vier Beratungen, gelingt, dass die Beratung positiv ausgeht. Oder aber, dass die Beratung über einen Zeitraum von circa zwei Jahren läuft. Diese lange Dauer der Beratung sei dann nicht unbedingt auf schwerere Fälle zurückzuführen, sondern viel mehr auf Fälle „wo immer wieder etwas dazwischen kommt“ (I1-P8). *In diesem Fall wird die längere Dauer der Erziehungsberatung ungünstigen, externen Faktoren zugeschrieben, nicht der Schwierigkeit in der Arbeit mit Familien mit ADHS-Kindern. Dient dieses Vorschieben externer Ursachen im Sinne der Abwehr in Form einer Rationalisierung (Mertens 1998, 186) vielleicht dem Schutz vor Gefühlen der Inkompetenz auf Seiten der Erziehungsberaterin?*

Somit sprechen alle Erziehungsberaterinnen, mit Ausnahme von Frau V., von einem längerdauernden Beratungsprozess im Fall von Familien mit ADHS-Kindern. Diese Erfahrungen stimmen auch mit Schilderungen von psychoanalytisch-orientierten Kinderpsychotherapeuten überein, welche die Therapie von ADHS-Kindern als langen Prozess beschreiben (Pozzi 2004, 183; Seitz 2004, 242; Zante 2004, 98). Zwar handelt es sich bei den Angaben aus der Literatur um Erfahrungswerte aus der Kinderpsychotherapie und nicht aus dem Bereich der Beratung, dennoch wird dabei eine gemeinsame Tendenz sichtbar, die zeigt, dass sich die Arbeit mit ADHS-Kindern und ihren Familien über einen langen Zeitraum erstreckt.

Im Fall von Frau Y. ist die Dauer der Beratung an die Dauer anderer Behandlungsangebote, welche die Familie im Ambulatorium beansprucht, geknüpft. Besteht beispielsweise kein Therapiebedarf des Kindes oder kommt die Therapie des Kindes zum Ende, kann auch keine Erziehungsberatung für die Eltern mehr angeboten werden (R365). Dies erlebt

Frau Y. als unbefriedigend, da sie die Erziehungsberatung nicht frei führen und ihrem Ermessen entsprechend ausklingen lassen kann. Vor allem bei Familien, welche sich noch mitten im Beratungsprozess befinden, muss sie im Falle eines Abbruchs eine neue Beratungsstelle für die Familie ausfindig machen. Dies wird von den Eltern oftmals weniger gut angenommen, da das bisher etablierte Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und der Erziehungsberaterin aufgelöst wird und die Familie bei einem anderen Erziehungsberater die Beratung erneut beginnen muss (R348). Demnach beeinflussten die Rahmenbedingungen des Ambulatoriums die Erziehungsberatung maßgeblich. Dadurch, dass der Verlauf anderer Angebote den Ablauf der Erziehungsberatung determiniert, wird dieser die Geltung als eigenständige Intervention abgesprochen.

Nachdem nun der Ablauf der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern nachgezeichnet wurde, wird im nachstehenden Abschnitt auf Problemlagen im Behandlungsverlauf eingegangen.

3.4 Problemlagen in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

Da Kinderpsychotherapeuten in ihren Schriften oftmals von schwierigen Etappen in der Behandlung von Kindern mit ADHS schildern (Dammasch 2004, 268; Timmermann 2004), stellt sich die Frage, ob auch die Erziehungsberaterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern mit Schwierigkeiten bzw. Problemlagen konfrontiert waren. Im Verlauf des Interviews sprechen die Erziehungsberaterinnen mehrfach offen über schwierige Situationen in den Beratungssituationen und antworten auch offen auf die explizite Frage nach schwierigen Situationen im Verlauf der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern. Im Folgenden wird auf die beschriebenen Problemlagen eingegangen, wobei der Problematik des Abbruchs der Erziehungsberatung ein eigener Abschnitt gewidmet ist.

3.4.1 Schwierigkeiten in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern

Die Erziehungsberaterinnen geben unterschiedliche Aspekte und Begebenheiten an, welche sich für sie im Umgang mit den Familien oder den Kindern mit ADHS schwierig gestalteten:

Situationen, in welchen Kooperationspartner beispielsweise nicht von der psychoanalytisch-pädagogischen Perspektive auf ADHS zu überzeugen sind, empfindet Frau V. als sehr schwierig. So berichtet sie von ihrem „Zorn, wenn Kooperationen mit anderen, […] Ärzten, […] Lehrern, nicht gewinnend sind. Wenn man die nicht dazu bringt, nicht nur dieses medizinische und diesen Anpassungsprozess durch zu laufen“ (I1-P167). Dies verdeutlicht, dass sich Professionelle mit einer medizinischen Perspektive auf ADHS kaum auf eine andere Sichtweise des Störungsbildes einlassen, was abermals verdeutlicht, dass sich die psychoanalytische Perspektive auf ADHS gegenüber der medizinischen kaum durchsetzen kann.

Eine andere Schwierigkeit hängt mit Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen in der Beratung zusammen. Frau V. befindet es als schwierig, „wenn ich es mit dem Kind selbst auch zu tun hab und ADHS mit Aggressionsdurchbrüchen gekoppelt ist, dass man unheimlich zornig wird auf das Kind“ (I1-P164*). Dieser Zorn könnte als Gegenübertragungstendenz auf das Verhalten des Kindes gedeutet werden. Da die Erziehungsberaterin jedoch in diesem Zusammenhang nicht von Übertragung bzw. Gegenübertragung spricht, könnte es sein, dass dieser Zorn nicht als Resultat dieser Tendenzen erkannt wurde, sodass sie die Arbeit der Beraterin erschweren.*

Auch Frau Y. berichtet von Situationen, wo Übertragung und Gegenübertragung ihre Arbeit erschweren. Vor allem dann, wenn der Druck der Eltern nach rascher Hilfe so groß ist, dass sie Übertragung und Gegenübertragung in die Lage der Eltern zwingen (R453).

Eine weitere Schwierigkeit in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern stellen Fälle dar, wo die Eltern sehr an der Diagnose haften und kaum etwas anders als eine Gehirnfunktionsstörung als Ursache für die kindliche Symptomatik andenken können. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Familien erst spät zur Erziehungsberatung kommen und die Diagnose bzw. Medikation bereits seit längerem besteht (R234, R333, R334, R389). Auch ist es oftmals schwer, Eltern davon zu überzeugen, dass die Diagnose ADHS noch nichts darüber aussagt, wie es sich mit ihrem Kind tatsächlich verhält (R332). Dies verdeutlicht, dass der *Beratungsprozess durch das Vorhandensein der Diagnose ADHS direkt beeinflusst wird. Vergegenwärtigt man sich die Aussage von Frau X., in der sie meint, dass das Vorhandensein der ADHS-Diagnose für sie in der Erziehungsberatung nicht von Bedeutung ist und so wie jede andere Diagnose zu behandeln wäre (R280), so zeigt sich auch an dieser Stelle, dass die Diagnose ADHS das Geschehen in der Erziehungsberatung dennoch beeinflusst. Zwar schreibt die Erziehungsberaterin selbst der Diagnose keine*

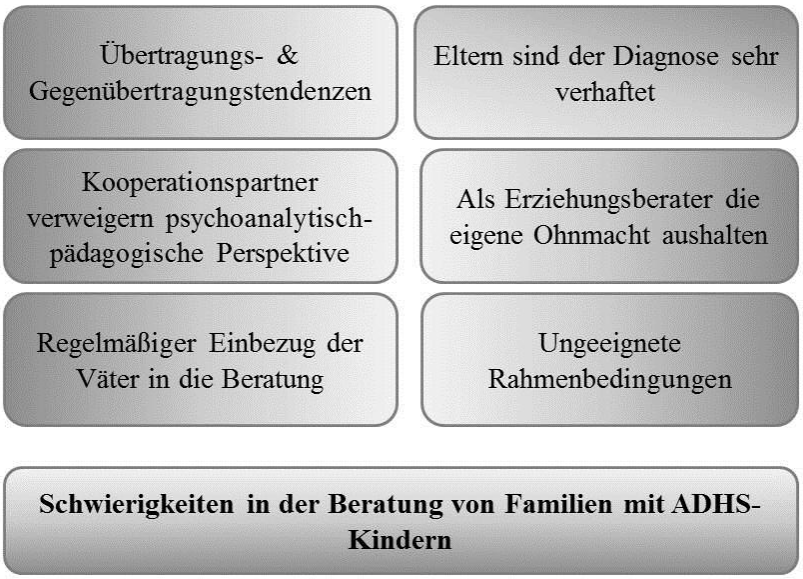
Bedeutung zu, allerdings scheint die Diagnose oftmals innerhalb der Familie einen zentralen Stellenwert einzunehmen und die Perspektive der Eltern maßgeblich zu prägen, sodass dies auch in der Erziehungsberatung spürbar wird.

Auch bezeichnet Frau Y. es als hochgradig schwierig neben den Müttern, auch die Väter regelmäßig in die Beratung zu holen (R452), wobei das Beisein der Väter in der Erziehungsberatung sehr wichtig wäre (R72, R132, R294, R361).

Frau Z. befindet es als schwierig, dass „man das aushalten kann, das ein Stückl Ohnmächtig-Sein – weil man ist nicht jemand, der hinausgeht mit der Mutter und draußen versucht das Kind zu unterstützen, sondern ich sitze da mit ihr und weiß, wenn sie hinaus geht hat sie Tohuwabohu hoch fünf, das sind ganz schwierige Situationen. […] Weil ich sitze dann in meinem Sessel und kann ihr mein Ohr leihen, kann mit ihr darüber nachdenken, aber ich kann real nichts ins Handeln bringen, also für mich war das im Verein Q. leichter, da war ich vor Ort […] dann habe ich mich nochmal hingesetzt, habe mit dem Kind die Hausübung gemacht, oder ich bin mit der Mutter auf die Sozialabteilung und habe geschaut, dass die noch Geld bekommt“ (I4-P203;205;206). Diese Passage verdeutlicht abermals, wie sehr das Agieren der Erziehungsberaterin von den äußeren Rahmenbedingungen abhängig ist. War es Frau Z. innerhalb des Vereins Q. noch möglich, der Familie auch in konkreten Alltagssituationen beizustehen, ist ihr dies in freier Praxis nicht möglich. Diese Aussage verdeutlicht, dass Erziehungsberaterinnen, welche Beratung über Vereine anbieten, mehr Handlungsmöglichkeiten ausschöpfen können, um der Familie zu helfen, als dies in freier Praxis möglich ist. Auch pointiert Frau Z. im Zusammenhang mit der Frage nach den Problemen in der Beratung noch einmal die schwierige Situation im Ambulatorium. Dort wird ihre Fallarbeit durch den mangelnden Austausch unter den Professionellen sowie durch das mangelnde Verständnis respektive Interesse an der psychoanalytisch-pädagogischen Perspektive erschwert, da es durch die differente Ausrichtung an einer gemeinsamen Kommunikationsebene über die Fälle fehlt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern von unterschiedlichen Schwierigkeiten geprägt ist. In der folgenden Abbildung werden diese nochmals überblicksmäßig zusammengefasst:

Grafik 4 Erschwerende Aspekte der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern



Eine weitere Problemlage im Beratungsverlauf stellen Situationen dar, in welchen es zu einem Abbruch der Erziehungsberatung kommt. Zwar besteht die Gefahr des Beratungsabbruchs auch bei Familien mit anderer Problemlage als ADHS, da die Beraterinnen jedoch in Bezug auf diese spezielle Zielgruppe auch von Abbrüchen als einem erschwerenden Moment der Beratung sprechen, wird im folgenden Punkt darauf eingegangen.

3.4.2 Abbruch der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung

Für den Abbruch der Erziehungsberatung gibt es unterschiedliche Gründe. So konnten die Erziehungsberaterinnen die Erfahrung machen, dass es durch eine etwaige Medikation oder Psychotherapie des Kindes zu einem Abbruch der Erziehungsberatung kommt. Mit beginnender Medikation werden die Symptome abgemildert, wodurch es zu einer Entschärfung der familiären Situation kommt und die Erziehungsberatung abgebrochen wird (R418, R549). In ähnlicher Weise kommt es auch nach Einsetzten einer Kinderpsychotherapie oftmals zum Beratungsabbruch. Diesen Zeitpunkt könnten Frau Z. zufolge Eltern als Chance nutzen, der Konfrontation mit der eigenen Rolle im Beziehungsgeschehen auszuweichen (R469).

Beide Beispiele verdeutlichen, dass es nach dem Einsetzen einer zusätzlichen Intervention zu einem Beratungsabbruch kommen kann. Demnach scheint die Erziehungsberatung gegenüber anderen Interventionsformen an Priorität zu verlieren. Oder könnten Abbrüche

dieser Art auf ein unzureichendes pädagogisches Arbeitsbündnis zwischen Erziehungsberaterinnen und Eltern verweisen? Figdor (2005, 56) beschreibt als einen Aspekt des pädagogischen Arbeitsbündnisses die Fähigkeit der Eltern, ihre eigenen Anteile am Beziehungsgeschehen anzuerkennen. Nutzen die Eltern jedoch die Therapie ihres Kindes, wie Frau Z. schildert, dafür, der Konfrontation mit dem eigenen Beziehungsanteil auszuweichen, könnte dies für ein schwaches pädagogisches Arbeitsbündnis sprechen.
Die Tendenz mancher Eltern die Beratung nach Anlauf einer zusätzlichen Intervention abzubrechen, scheint bei Erziehungsberaterinnen eine gewisse Unsicherheit auszulösen. Als Indiz dafür könnte die Kooperation von Frau Z. mit Kinderpsychotherapeutinnen herangezogen werden. Diese dient, den Aussagen von Frau Z. zufolge, primär dem Zweck, einen Abbruch der Erziehungsberatung bei einsetzender Psychotherapie des Kindes zu vermeiden.

Zwei Erziehungsberaterinnen berichten detailliert über Fälle von Familien mit ADHS-Kindern, wo es aus unterschiedlichen Gründen zum Abbruch der Beratung gekommen ist. Da in beiden Fällen latente sowie widersprüchliche Aspekte ausfindig gemacht werden konnten, sollen sie näher erläutert werden:
Im Fall von Frau X. brach die Mutter die Erziehungsberatung nach knapp drei Monaten wieder ab. Als Grund gab sie an, im Zuge ihrer neuen beruflichen Tätigkeit, keine Zeit mehr für die Erziehungsberatung zu finden. Allerdings scheint diese Beratung unüblich verlaufen zu sein. Frau X. meint, dass sie normalerweise das Kind, nach circa fünf bis sechs Sitzungen mit den Eltern, zur Testdiagnostik einlädt. In diesem Fall kam es jedoch nicht dazu. Die Sitzungen mit der Mutter erstreckten sich über einen Zeitraum von drei Monaten, wobei Frau X. anmerkt, dass die Mutter sehr viel Persönliches in die Beratung einbrachte. Als nach den drei Monaten der Bub zur Diagnostik eingeladen werden sollte, bricht die Mutter die Beratung ab. Nun kann man die Frage stellen, warum die Mutter die Erziehungsberatung gerade zu diesem Zeitpunkt abbricht. Könnten sich vielleicht auch latente Motive dahinter verbergen?
Es fällt auf, dass die Mutter die Beratung zu einem Zeitpunkt abbricht, wo der Fokus wieder zurück auf ihren Sohn gelenkt werden sollte. Darf dies vielleicht nicht geschehen? Oder aber hatte die Mutter die Erziehungsberatung bis zu diesem Zeitpunkt als eine Möglichkeit erlebt, ihren eigenen Sorgen und Problemen Raum geben zu können und wehrt den Verlust dieser Möglichkeit durch den Abbruch ab?

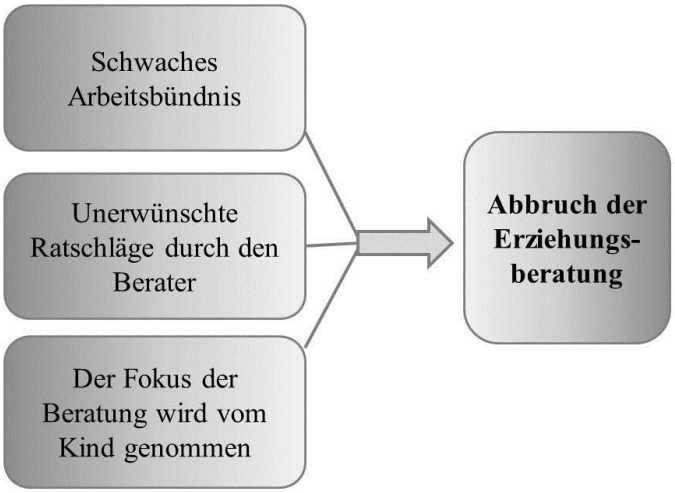
Andererseits stellt sich die Frage, ob in diesem Fall die Erziehungsberaterin vielleicht ihren primären Arbeitsauftrag verfehlt haben könnte. Nimmt man auf Aussagen von Frau Y. Bezug, so soll die Erziehungsberatung strikt von einer Psychotherapie für die Eltern abgegrenzt werden und der Fokus primär am Kind bleiben. Sprechen die Eltern jedoch immer wieder über Themen, welche mit ihrer eigenen Persönlichkeit oder Lebensgeschichte zu tun haben, verweist Frau Y. darauf, dass diese nicht Gegenstand der Erziehungsberatung sein können, sondern vielmehr im Rahmen einer Psychotherapie geklärt werden sollen (R435). Demnach steht der Verlauf der Beratung bei Frau X. im Kontrast zu diesen Schilderungen, da dabei die drei Monate Erziehungsberatung dem Zweck dienen, den persönlichen Sorgen der Mutter Raum zu geben. Weshalb aber lenkt Frau X. den Fokus erst so spät auf das Kind zurück? Vielleicht könnte der Grund darin liegen, dass sich die erste Familie, welche wegen der ADHS-Problematik ihres Sohnes zur Beratung kam, gegen eine Erziehungsberatung entschieden hat und dieses besondere Eingehen auf die Bedürfnisse der Mutter nun einen Versuch von Frau X. darstellt, einem erneuten Abbruch vorzubeugen.

Auch Frau Z. berichtet von einem Fall, wo die Mutter eines Buben mit ADHS die Beratung abgebrochen hat. Als Grund für den Abbruch nennt Frau Z., dass die Mutter nicht mit der Meinung der Erziehungsberaterin konform ging, dass ihr Sohn in einer normalen Hauptschule nicht bestehen könne. Dem Bericht zufolge habe Frau Z. viel Mühe und Überzeugungsarbeit bezüglich dieser Thematik investiert, konnte jedoch die Mutter nicht für ihre Meinung gewinnen. Infolge dieser Meinungsverschiedenheit kam es zum Abbruch der Erziehungsberatung.
Es stellt sich die Frage, weshalb die Erziehungsberaterin in diesem Fall so massive Überzeugungsarbeit leistet. Steht dies nicht im Widerspruch zu dem, was Beratung eigentlich ausmacht, nämlich dass keine direkten Ratschläge gegeben werden, sondern viel mehr die Problemlösungskompetenz des Ratsuchenden gestärkt werden soll (Mollenhauer 1965, 31)?

Den Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen zufolge können drei Variablen definiert werden, welche einen Abbruch der Beratung provozieren können. Somit kann es dann zu einer Gefährdung des Beratungsprozesses kommen, wenn das Arbeitsbündnis zwischen Erziehungsberater und Eltern nicht stark genug ist oder wenn vom Grundsatz der Beratung, keine direkten Ratschläge zu erteilen (Mollenhauer 1965, 31), abgesehen wird. Des Weiteren ist es dem Beratungsverlauf nicht dienlich, wenn sich Berater vielmehr den persönlichen

Problemen der Eltern widmen, als dass sie den Fokus auf dem Kind beibehalten. Diese, mit der Erziehungsberatung intervenierenden Variablen, werden in Grafik 5 überblicksmäßig dargestellt.

Grafik 5 Störvariablen der Erziehungsberatung



3.4.3 Nachteile der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern

Wird psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit für Familien mit ADHS-Kindern angedacht und kritisch in den Blick genommen, stellt sich auch die Frage, ob mit dieser Form der Intervention aus Sicht der Erziehungsberaterinnen auch etwaige Nachteile einhergehen.

Frau X. befindet die lange Dauer der Erziehungsberatung im Vergleich zur Unmittelbarkeit der Medikation als einen Nachteil. Zwar ist auch sie der Meinung, dass Erziehungsberatung, langfristig betrachtet, eine gute Chance auf Veränderung bringt, allerdings musste sie die Erfahrung machen, dass Erziehungsberatung im Vergleich zur raschen Medikation ins Hintertreffen gelangt, „da können wir [als Erziehungsberater] nur verlieren, dieses Nachdenken dann, hat keine Chance“ (I3-P160). Diese Aussage vermittelt eine gewisse Ohnmacht der Erziehungsberaterin. Diese kann in Bezug auf ihre Erfahrungen mit der Familie verstanden werden, welche sich an Stelle von Erziehungsberatung doch für Medikation entschieden hat, mit dem Argument, Erziehungsberatung würde zu lange dauern. So meint Frau X.: „Das liegt wirklich an dem, dass da so schnelle Hilfe gefragt ist, schnelle Entlas-

tung und Erziehungsberatung ist ein Prozess, da musst du dich drauf einlassen, das dauert, braucht Zeit“ (I3-P126). Und weiter beschreibt sie: „Wenn ich die Möglichkeit habe, wenn ich so einen Leidensdruck habe, mache ich lieber den Knopfdruck“ (I3-P128). Diesen Aussagen zufolge scheint Frau X. nicht hinter der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit für Familien mit ADHS-Kindern zu stehen, da Erziehungsberatung keine sofortige Lösung des Problems liefern kann. Versetzt sie sich in die Lage der Eltern, würde sie ebenfalls eine Medikation der Erziehungsberatung vorziehen. Natürlich lässt sich nicht leugnen, dass eine Medikation rascher als eine Erziehungsberatung wirksam wird. Allerdings fällt auf, dass Frau X. diesen Aspekt der Erziehungsberatung sehr negativ bewertet, sodass ihrer Meinung nach Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern nur scheitern kann. Diese Aussagen stehen im Kontrast zu jenen der anderen Erziehungsberaterinnen. Beispielsweise beschreibt Frau Z. die lange Dauer der Erziehungsberatung viel mehr als Chance, denn als einen Nachteil (R572). Da Frau X. in keinem anderen Zusammenhang davon spricht, dass sich psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nicht als Interventionsmöglichkeit für Familien von ADHS-Kindern eignen würde, stellt sich die Frage, ob sich hinter dieser Aussage vielleicht latente Aspekte verbergen.

So könnte es sein, dass es sich bei dieser Aussage, forciert durch die beiden Abbrüche, die Frau X. erleben musste, vielleicht auch um eine Gegenübertragungsreaktion handelt: Die Eltern der Kinder mit ADHS kamen mit einem großen Leidensdruck zur Erziehungsberatung und erhofften sich eine rasche Verbesserung ihrer Situation. Sie fühlen sich vielleicht ohnmächtig, da sie diesen Leidensdruck bisher nicht lindern konnten. Nun bietet Erziehungsberatung aber keine rasche Lösung, sondern vielmehr ein längerfristiges Hinsehen und Nachdenken auf bzw. über die familiäre Lage. Unter dem Druck, an der Lage rasch etwas zu ändern, wenden sich die Eltern von der Erziehungsberatung ab. Die Ohnmacht der Eltern und deren Druck, in der schwierigen Situation möglichst rasch etwas zu verbessern, scheinen sich auf die Erziehungsberaterin zu übertragen. Sie scheint ebenso ohnmächtig wie die Eltern zu werden, als sie merkt, dass sie den Eltern keine Lösung auf „Knopfdruck“ offerieren kann. Darin könnte ihr Empfinden gründen, dass psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung, im Gegensatz zur medikamentösen Therapie, nicht helfen kann, den Leidensdruck der Eltern rasch zu lindern.

Des Weiteren konstatieren die Beraterinnen, dass die hohen Kosten, welche Eltern im Laufe der Erziehungsberatung tragen müssen, einen Nachteil darstellen. Neben dem finanziel-

len Aufwand müssen die Eltern auch viel Zeit in die Beratung investieren (R233, R330). Einen weiteren Nachteil sieht Frau W. in der Tatsache, dass es sich bei der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung um ein örtlich begrenztes Angebot handelt (R202, R233). Somit können vergleichsweise wenige Familien das Angebot der Erziehungsberatung nutzen. Als nachteilig findet Frau W. zudem, dass die Bereitschaft der Eltern, in Beratung zu gehen, darüber entscheidet, ob das Kind Hilfe erfährt oder nicht (R233).

Zudem kann es für die Eltern nachteilig sein, dass sie in der Beratung keine klaren Ratschläge und Handlungskonzepte erhalten (R454): „Zu kommen und nicht sofort, insbesondere wenn Leidensdruck hoch, nicht Rezept in die Hand zu kriegen, das ist ein riesiger Nachteil“ (I4-P155). Ein weiterer Nachteil für die Eltern liegt darin, dass sie im Zuge der Beratung massiv mit der eigenen Beteiligung an der Beziehung zum Kind sowie verdrängten Konflikten konfrontiert werden. Dies kann für Eltern sehr schwierig sein, besonders dann, wenn diese Konfrontationen auch Ängste auslösen. Können die Eltern diese Konfrontation nur schwer aushalten, kann es durchaus zu einem Abbruch der Erziehungsberatung kommen (R252, R330, R455). In Grafik 6 findet sich ein Überblick über die genannten Nachteile welche mit der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung als Intervention für Familien mit ADHS-Kindern einhergehen.

Grafik 6 Mögliche Nachteile psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung

Anhand der Interviewauswertung konnte somit gezeigt werden, dass mit der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern auch nachteilige Aspekte verbunden sind. Demnach wäre es sinnvoll, Überlegungen anzustellen, wie diese Nachteile vermindert oder ausgeräumt werden könnten. Dem wird im Diskussionsteil der Untersuchung ein eigener Abschnitt gewidmet sein.

4 Zum Ausgang der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern

Nachdem in der vorliegenden Arbeit psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Intervention in Familien mit ADHS-Kindern im Fokus steht, stellt sich die Frage, was diese Form der Intervention einerseits für die Familie, andererseits für das von ADHS betroffene Kind bringen kann. Demnach werden in den beiden folgenden Unterpunkten jene Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen dargestellt, welche sich auf die Veränderungen auf Seiten der Familie, als auch auf Seiten des Kindes, durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung beziehen.

4.1 Welche Veränderungen psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung für Familien mit ADHS-Kindern bringen kann

Die Auskünfte der Erziehungsberaterinnen können insofern zusammengefasst werden, als dass durch die Beratung Veränderungen innerhalb der Familie initialisiert werden sollen (R550, R552). Wobei das, was durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung geleistet werden kann, von der Persönlichkeitsstruktur der Eltern abhängig ist (R457). Durch die Erziehungsberatung können sich sowohl Veränderungen auf Seiten der Persönlichkeit der Eltern als auch in Bezug auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind einstellen, wobei die Beraterinnen die Erfahrung machen, dass diese Veränderungen zumeist langfristig erhalten bleiben (R217, R326).
So berichten Erziehungsberaterinnen davon, dass Eltern von ADHS Kindern im Laufe der Beratung mehr Selbstsicherheit sowie ein gestärktes Selbstbewusstsein ausbilden konnten. Zudem ist es gelungen elterliche Ich-Strukturen zu stärken (R419, R458, R568).
Des Weiteren erleben es Eltern als eine große Erleichterung, in der Erziehungsberatung Probleme aussprechen zu können und die Erfahrung zu machen, dass es für Veränderungen noch nicht zu spät ist. Somit können die Eltern Hoffnung auf Neues fassen. Auch kann es

für Eltern entlastend sein, wenn sie über weitläufige Klischees (auch im Sinn der pädagogischen Geister) aufgeklärt werden. So beschreibt Frau Y.: „Wenn die [Mütter] dann hören: ‚Eigentlich wäre fein, wenn der Vater auch kommt!' das ist dann eine riesen Entlastung, weil die mitkriegen, es muss nicht alles auf ihnen hängen, sie können nicht alles leisten, für alles zuständig sein" (I4-P148). Somit lernen die Eltern, dass auch die Väter, im Sinne der Triangulation eine wichtige Rolle im Familienleben einnehmen. Frau Y. formuliert dazu: Väter lernen: „Ich als Vater habe wichtige Funktion, es ist nicht so, dass ich erst dann wichtig bin, wann Frau überhaupt nicht mehr zurechtkommt und erst dann brüllend und schreiend auf den Plan trete" (I4-P148).

Alle Erziehungsberaterinnen beschreiben, dass sich im Laufe der Erziehungsberatung die Beziehung zwischen Eltern und Kindern insofern verändert, als diese beginnen, ihren Anteil an der Beziehung zum Kind wahrzunehmen und sich zu fragen, welcher Zusammenhang zwischen dem kindlichen Verhalten und ihrem eigenen bestehen könnte (R213, R214, R215, R226, R325, R458, R566, R569). Zudem lernen die Eltern die kindlichen Affekte zunehmend besser zu containen und anzusprechen (568). Dies fördert ein differenzierteres Verständnis der Eltern für das Verhalten ihres Kindes, die Symptome sowie für aufkommende Konfliktsituationen. Folglich lernen Eltern über ihr Kind in differenzierter Weise nachzudenken sowie ihre Beziehung zum Kind zu reflektieren. Das bedeutet auch, dass Eltern erkennen können, was kindliche Verhaltensweisen respektive die Symptome des Kindes in ihnen auslösen und des Weiteren zu reflektieren, wie es ihnen in dieser Situation geht und was ihnen in diesem Moment hilfreich sein könnte (R216, R223, R325, R420, R458, R568).

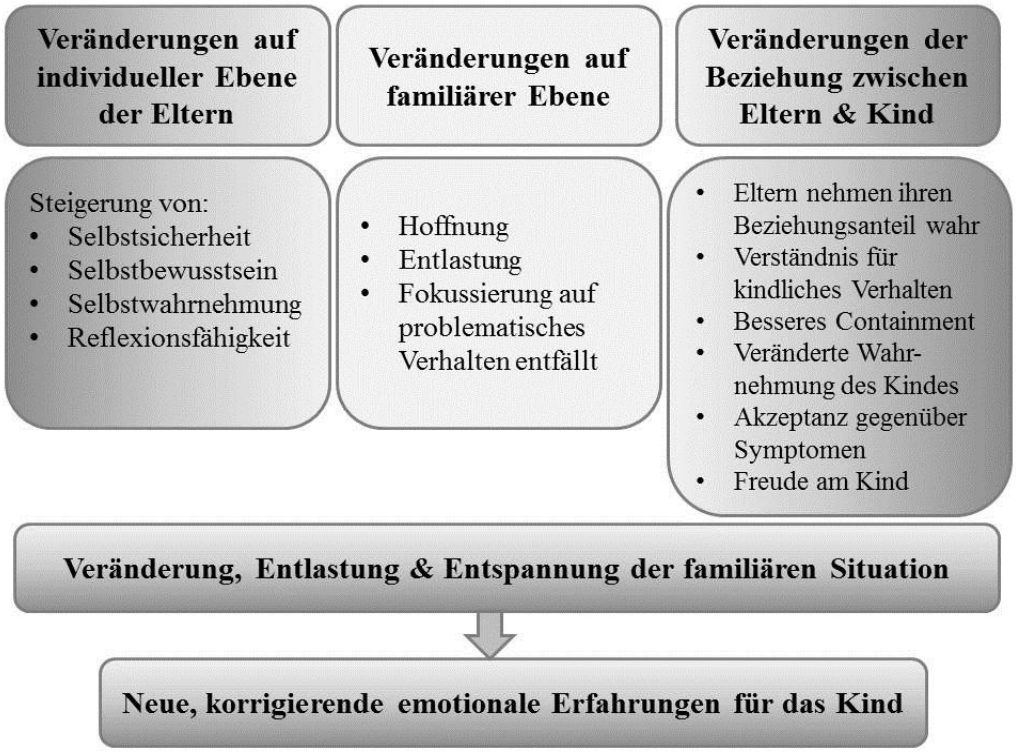
Durch diese veränderte Sichtweise kommt es zu einer veränderten Perspektive auf das Kind, sodass Eltern ihr Kind anders bzw. wieder positiv wahrnehmen und eine Akzeptanz gegenüber den Symptomen bzw. dem Anderssein entwickeln können (R69, R324, R458, R460). Auch brechen rigide Vorstellungen über das Verhalten des Kindes sowie bezüglich der Anforderungen an das Kind auf (R460), sodass es, wie Frau X. in den Worten Figdors (2005, 59) beschreibt, zur „Wiederentdeckung der Freude in der Beziehung zum Kind" kommt (R325).

Durch diese Veränderungen wird der innerfamiliäre Fokus vom problematischen Verhalten des Kindes genommen, wodurch auch andere familiäre Themen wieder aufgegriffen werden können. So berichtet Frau W.: „Und dementsprechend ist dann die Tochter, die vorher kein Thema war, in den Mittelpunkt gerückt […]. [Die] Mutter [hat] vorher so viel mit dem Buben zu tun gehabt, dass das Mädchen völlig aus [dem] Blick gerutscht [ist]" (I4-

P149). Durch diese Verschiebung der familiären Aufmerksamkeit kommt es zu einer Entlastung des Kindes (R212, R219). Durch diese veränderte familiäre Situation kann das ADHS-Kind neue, korrigierende emotionale Erfahrungen sammeln (R325). Diese Erfahrungen sind nach Leuzinger-Bohleber (2006, 39) sehr bedeutsam, da sie dazu beitragen, „der Selbst- und Identitätsentwicklung des Kindes eine andere Richtung zu geben“ (ebd.).

Diese Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen zeigen, dass durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung eine Entlastung und Entspannung der familiären Situation bewirkt werden können. Dies stellt vor allem deshalb einen bedeutsamen Erfolg der Intervention dar, als, wie im zweiten Teil dieser Arbeit dargestellt, in Familien mit ADHS-Kindern der Leidensdruck zumeist sehr hoch ist und die familiäre Situation durch die Symptome des Kindes sehr belastet wird (Drüe 2007, 17f; Jans et al. 2008, 335). Die bedeutsamsten Veränderungen, welche durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung erzielt werden können, werden in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst:

Grafik 7 Wesentliche Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung



4.2 Welche Prognosen, bezogen auf die ADHS-Symptomatik des Kindes, durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung erwartet werden können

Neben den Veränderungen auf Seiten der Eltern, und somit des primären Umfeldes des Kindes kommt es auch zu Veränderungen auf Seite des Kindes. Den Erfahrungen der Beraterinnen zufolge können vor allem junge Kinder durch die Veränderung ihrer Eltern profitieren (R531). Diese Erfahrung entspricht auch den Ausführungen von Mattejat (2005, 8), in denen er elternbezogenen Interventionen vor allem im Vor- und Volksschulalter eine wichtige Rolle beimisst.

In Fällen, wo die kindliche Symptomatik familiendynamisch genutzt wird, um einen anderen Konflikt zu maskieren, ist die Prognose sehr gut. Durch die Erziehungsberatung können die, der Symptomatik zu Grunde liegenden, familiären Konflikte entschärft werden, wodurch das Kind die Symptome nicht mehr zeigen muss. Somit kann es, neben der Entlastung der familiären Situation auch zu einer Entlastung der Schulsituation kommen (R68, R461, R453). Allerdings verweist Frau W. darauf, dass „es ist nicht so [ist], dass, wenn man Erziehungsberatung macht, dass das innerhalb von, weiß nicht, so und so viel Beratungsstunden dann weg ist, sondern ein Stückchen gehören Symptome zu dem, was das Kind erlebt hat und zu dem was es braucht zum Verarbeiten, zu der Zeit gehört das Symptom dazu“ (I2-P159/160). Dies verdeutlicht die Prozesshaftigkeit der Erziehungsberatung, die nicht eine „Lösung auf Knopfdruck“ darstellt, sondern vielmehr zu sukzessiven Veränderungen der Erlebenswelt und Verarbeitungsstrategie des Kindes führt, sodass das Kind langfristig gesehen auf die Symptome verzichten kann (R227).

Andererseits machten Frau V. und Frau W. die Erfahrung, dass sich die ADHS-Symptome zwar oftmals verbessern, es dann aber zu anderen Schwierigkeiten innerhalb der Familie kommt (R67, R211). *Diese Aussage von Frau V. wirkt in gewisser Weise irritierend. Warum kommt es innerfamiliär zu anderen Schwierigkeiten, sobald sich die ADHS-Symptome verbessern? Könnte dies daran liegen, dass durch die Erziehungsberatung der innerfamiliäre Konflikt, welcher zuvor durch die ADHS-Symptome maskiert wurde, nun nicht gelöst, sondern vielmehr verschoben wurde? Oder liegt es dem gegenüber daran, dass durch die entfallene Maskierung der innerfamiliäre Konflikt aufbricht, welcher der ADHS-Problematik zugrunde lag? Oder gründet diese Verschiebung des Konfliktes darin, dass durch das veränderte Verständnis der Eltern für das kindliche Verhalten der Fokus vom Kind mit ADHS genommen wird und die Eltern wieder ein Bewusstsein für andere familiäre Probleme erlangen? Diesen Überlegungen zufolge könnten verschiedene Gründe für*

das Auftauchen anderer familiärer Konflikte nach einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik in Erwägung gezogen werden.

Frau Z. machte die Erfahrung, dass die Symptome durch die Veränderung der Beziehung zwischen Eltern und Kind nur ein Stück weit entfallen können (R566, R569). Von welchen Faktoren es abhängt, ob die Symptome gänzlich abklingen oder nur ein Stück weit gemildert werden können, geht aus diesem Interview nicht hervor. Allerdings gibt Frau V. während des Interviews Auskunft darüber, welche Faktoren, ihren Erfahrungen nach, die Prognose begünstigen oder verschlechtern können. Die Prognosen stehen gut, sofern die Eltern eine gute Reflexionsfähigkeit mitbringen oder entwickeln und wenn sich die Symptomatik noch nicht zu sehr verfestigt hat. Eine weitere wichtige Rolle misst Frau V., in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Frau Z., der schulischen Situation des Kindes bei. Einerseits ist damit gemeint, dass der Lehrkörper damit umgehen kann, dass Erziehungsberatung keine sofortige Abhilfe schafft, andererseits, dass das Kind eine Schulsituation vorfindet, welche seinen Fähigkeiten entspricht. Die Prognosen stehen hingegen schlecht, wenn es innerhalb der Familie regelmäßig zu Gewalthandlungen kommt oder Alkoholmissbrauch auf Seiten der Eltern vorliegt. Zudem scheinen die Fälle weniger gut zu verlaufen, wenn es sich um Adoptiv- oder Pflegefamilien handelt. Oder aber auch, wenn im Schulsystem sehr rigide und unkooperativ auf die Erziehungsberatung reagiert wird. Zudem können auch familiäre Zwischenfälle und Wendungen die Prognose der Erziehungsberatung verschlechtern oder die Dauer der Beratung verlängern (R60, R61, R62, R63, R64, R65, R553). So beschreibt Frau V.: Wenn „ein gewalttätiges Klima in der Familie [herrscht] oder immer wieder Unterbrechungen oder kleine Katastrophen [passieren], wird's eine langfristige Geschichte" (I1-P128). Dies verdeutlicht, dass der Erfolg der Erziehungsberatung nicht nur von der Kompetenz der Erziehungsberaterin abhängig ist, sondern sehr stark von äußeren Faktoren, wie der Schulsituation oder Zwischenfällen innerhalb der Familie, beeinflusst wird.

Diese letztgenannte Erfahrung bezüglich der Prognose der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung verdeutlicht die Bedeutsamkeit eines kooperativen und vernetzten Arbeitens zwischen Erziehungsberatern, Kindergärtnern, Lehrern und anderen Professionellen, welche die Lebensumwelt des Kindes prägen. Allerdings steht dies im Widerspruch zur Praxis der Erziehungsberaterinnen, denn wie zuvor genannt, findet Vernetzung und Zusammenarbeit vergleichsweise selten statt, wie beispielsweise bei schwierigen Fällen, oder wenn die Kooperationspartner bekannt sind. Wäre es bezüglich der Prognose für die Kinder mit ADHS jedoch nicht auch bei weniger schwerwiegenden Fällen sinnvoll

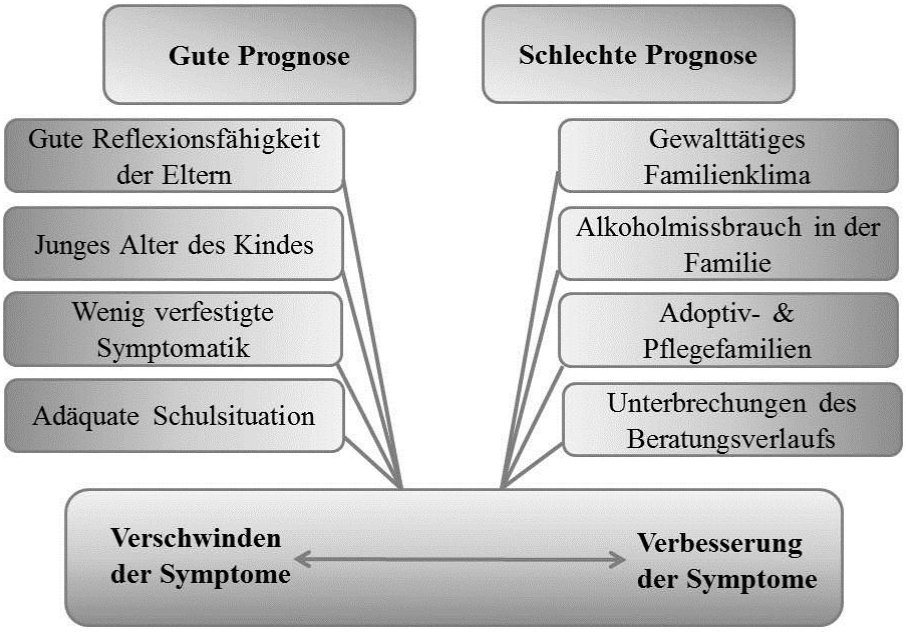
vernetzt zu arbeiten, oder auch dann, wenn die Kooperationspartner noch nicht bekannt sind?

Dieser Widerspruch zwischen den Anforderungen an eine gelingende Erziehungsberatung und der tatsächlichen Beratungspraxis lässt zwei Bilder entstehen:

1) *Wie bereits beschrieben, arbeiten Erziehungsberaterinnen in freier Praxis aufgrund der fehlenden finanziellen Vergütung eher selten mit anderen professionellen zusammen. Demnach stellt sich die Frage, welche strukturellen Veränderungen getroffen werden könnten, um den Handlungsspielraum freiberuflicher Erziehungsberater zu erweitern, um so vernetzendes Arbeiten zu ermöglichen.*
2) *Könnten aber neben finanziellen Gründen auch unbewusste Strebungen die geringe Vernetzungsarbeit im Zuge der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern begründen? Wie bereits erwähnt, erleben sich Erziehungsberaterinnen gegenüber anderen Professionellen oftmals in einer handlungsweisenden Rolle. Dies suggeriert, dass Erziehungsberater Kompetenzen aufweisen, über welche andere Professionelle nicht oder nur in geringerem Ausmaß verfügen. Soll der Erfolg der Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern gesteigert werden, sind nun die Erziehungsberater oftmals auf eine fruchtbare Zusammenarbeit mit anderen Professionellen angewiesen. Diese Situation, in der die Erziehungsberaterinnen in einer Abhängigkeit zu anderen Professionellen stehen, bildet einen Widerspruch zu der Rolle, in welcher die Erziehungsberaterinnen eine handlungsweisende Rolle gegenüber anderen einnehmen. Das Abhängigkeitsverhältnis scheint sich umgekehrt zu haben: waren zuerst andere Professionelle von den Kompetenzen der Erziehungsberater abhängig, so scheinen nun die Berater von der (Mit-)Arbeit anderer Professioneller abhängig zu sein. Könnte die geringe Vernetzungsarbeit vielleicht der Abwehr oder der Verleugnung dieser Rollenumkehr dienen? Denn, wird nicht mit anderen Professionellen zusammengearbeitet, entfällt eine Konfrontation mit der eigenen Abhängigkeit gegenüber anderen.*

Im Hinblick auf die Prognose bezüglich der ADHS-Symptome, lässt sich anhand der Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen konstatieren, dass es im Zuge der Beratung zu einer Verbesserung oder zu einem Abklingen der Symptomatik kommen kann. Allerdings wird die Prognose von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Diese werden in der folgenden Grafik nochmals zusammengefasst.

Grafik 8 Überblick möglicher Einflussfaktoren auf die Prognose von ADHS



Im Ergebnisteil wurden nun die verschiedenen Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern dargestellt. Im folgenden Teil der Arbeit werden nun die bedeutsamsten Ergebnisse zu einer Diskussion zusammengeführt.

Teil VI – Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Interventionsmöglichkeit für Familien mit ADHS-Kindern – eine Diskussion wesentlicher Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung

Nachdem im vorhergehenden Teil der Arbeit die Untersuchungsergebnisse eingehend erläutert wurden, so ist dieser Teil deren Diskussion gewidmet, wobei die bedeutsamsten Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern kategorienübergreifend zueinander in Bezug gesetzt und diskutiert werden. Dabei lassen sich fünf zentrale Erkenntnisse herausgreifen, welche in den folgenden Abschnitten dargestellt werden.

1 Bestärkung einer kritischen Betrachtung des medizinisch-dominierten Verständnis von ADHS

Viele Aspekte am gängigen Verständnis des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms, an welchen psychoanalytisch-orientierten Autoren Kritik üben, finden sich auch in den Erfahrungsberichten der Erziehungsberaterinnen wieder. So schildern die Beraterinnen, in Bezug auf ihre Fälle, übergreifend von verschiedenen Faktoren, durch welche die Entwicklungsbedingungen der Kinder mit ADHS erschwert waren. In einigen Fällen erlebten die Kinder bereits im frühen Alter einen Verlust bzw. den Wechsel einer bedeutsamen Bezugsperson durch Trennung, Scheidung, Adoption oder Tod. Oftmals lagen frühkindliche Traumata, Gewalterfahrungen oder Süchte sowie psychische Störungen der Eltern vor. Oder die Beziehung zwischen Eltern und Kind war durch ein symbiotisches Verhältnis geprägt. Auch berichten die Beraterinnen von Eltern, welche den Kindern nur wenig Beziehungsangebote entgegen brachten, oder die für ihre Kinder emotional nur schwer erreichbar waren. Interpretiert man diese Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen nun vor dem Hintergrund eines psychoanalytischen Symptomverständnisses, so können die ADHS-Symptome viel mehr als Folge unzureichender Bindungs- respektive Beziehungserfahrungen im frühen Kindesalter verstanden werden, denn als Folge einer gehirnorganischen Funktionsstörung. Folgt man Leuzinger-Bohleber (2006, 33f) und Briesch (2004, 45-69), kann es durch diese ungünstigen Beziehungserfahrungen zur Ausbildung eines desorganisierten oder unsicheren Bindungsmusters kommen. Betrachtet man die ADHS-

Symptomatik aus bindungstheoretischer Perspektive, kann diese als Versuch des unsicher oder desorganisiert gebundenen Kindes verstanden werden, die Nähe zu den primären Bezugspersonen wieder herzustellen (Greenberg et al. 1997 zit.n. Streeck-Fischer & Fricke 2007, 285). Auch die Schwierigkeiten, welche sich den Erfahrungen der Beraterinnen zufolge oftmals bereits im frühen Kindesalter abzeichnen, wie beispielsweise Schlafstörungen, mangelnde Affekt- sowie Impulskontrolle, müssen nicht im Sinne Wenders (2002, 37) auf eine angeborene Stoffwechselstörung im Gehirn hinweisen. Diese frühen Symptome können ebenfalls als Zeichen für eine ungenügende Beziehung zwischen Eltern und Kind verstanden werden (Briesch 2004, 58; Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 360f).
Demnach unterstreichen die Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen die Kritik an der monokausal-biologistischen Betrachtungsweise des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms und verweisen vielmehr auf einen plurikausalen Entstehungszusammenhang dieses Störungsbildes.

Auch der von Amft (2006, 80), Dammasch (2004, 307), Heinz (2004, 323) und Perner (2007, 75) formulierte Verdacht, dass die Diagnoseverfahren oftmals ungenau durchgeführt werden bzw. die Diagnose ADHS und eine Medikationsverordnung oftmals zu leicht vergeben werden, erhärtet sich anhand der Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen. Betrachtet man die Falldarstellungen der Beraterinnen, fällt auf, dass vielfach unterschiedliche Diagnosestellungen einander ablösen, vor allem dann, wenn die, der aktuellen Diagnose entsprechende Medikation nicht wirksam wird. So wandelt sich ADHS oftmals in einen Intelligenzmangel, in eine frühkindliche Psychose, eine Depression oder in ein anderes psychiatrisches Störungsbild. Damit einhergehend wandeln sich auch die Medikationsverordnungen. Wurden zuerst Methylphenidat-Präparate verabreicht, wird das Kind dann auf Antidepressiva umgestellt. Wirken auch diese nicht, werden sogar Medikamente verordnet, welche normalerweise im Fall von Schizophrenie indiziert sind.
In einem Fall wurde die Diagnose ADHS gestellt, obwohl eine inadäquate Schulsituation hinter dem Verhalten des Kindes stand. Dennoch wurde aufgrund der Diagnose eine medikamentöse Behandlung angesetzt.
Natürlich könnte man annehmen, dass sich in den genannten Falldarstellungen die differierenden Beurteilungen der kindlichen Symptomatik, im Hinblick auf die Diagnosestellung, aufgrund der unterschiedlichen subjektiven Perspektiven der Diagnostiker ergeben. Diese beeinflussten Amft (2004, 78; 85) sowie Konrad und Gilsbach (2007, 9) zufolge den Diag-

noseprozess maßgeblich. Dennoch wecken die Falldarstellungen der Erziehungsberaterinnen den Eindruck des willkürlichen Umgangs mit der Diagnose ADHS sowie mit der, damit einhergehenden, medikamentösen Behandlung. Demnach stellen sich folgende Fragen: Handelt es sich bei ADHS tatsächlich um eine klar von anderen Störungsbildern abgrenzbare nosologische Entität? Wie valide ist die Diagnose ADHS? Wie kann es sein, dass die Diagnose ADHS in Fällen vergeben wird, wo die Gründe für das problematische Verhalten des Kindes offensichtlich nicht an einer gehirnorganischen Funktionsstörung, sondern vielmehr an unpassenden Umweltbedingungen festzumachen sind? Oder, dass aufgrund einer misslingenden Medikation die Diagnose ADHS verworfen und stattdessen eine andere psychiatrische Diagnosestellung in Erwägung gezogen wird? Dient in diesen Fällen allein der Meidikationserfolg der Validierung der gestellten Diagnose, wie es bereits Riedesser (2006, 114) in der Auseinandersetzung mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom postuliert?

Die Diagnose ADHS wird so häufig vergeben, dass sie mittlerweile eine der dominierenden Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt (Drüe 2007, 76; Heinemann & Hopf 2006, 18). Allerdings zeigen die Erfahrungen von tiefenpsychologisch-orientierten Kinderpsychotherapeuten (Bovensiepen et al. 2004; Leuzinger-Bohleber 2006; Neraal & Wildemuth 2008) sowie von psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen (vorliegende Untersuchung), dass sich hinter der Symptomtrias Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität oftmals verschiedenste Problemlagen in der Lebenswelt des Kindes verbergen. Dies verdeutlicht, dass es eines kritischen und differenzierenden Umgangs hinsichtlich der Diagnose ADHS sowie der damit einhergehenden Medikationsverordnung bedarf, um dem komplexen Entstehungszusammenhang dieses Störungsbildes gerecht zu werden.

Ein weiterer Aspekt, welcher in den Erfahrungsberichten der Erziehungsberaterinnen immer wieder hervortrat, ist die Dominanz des medizinischen Paradigmas im Umgang mit ADHS. Dieser Sachverhalt stellt nun wahrlich keine neue Erkenntnis dar (vgl. Ahrbeck 2007, 29; Staufenberg 2008, 654), trat aber in den Schilderungen der Beraterinnen oftmals so prägnant hervor, dass er im Zuge eines kritischen Hinblickens auf die gängige Perspektive und Behandlungswahl im Fall von ADHS in die Diskussion miteinfließen soll.

Vor allem in den Schilderungen der Erziehungsberaterin über die Arbeit im Ambulatorium zeigt sich die Vorherrschaft der medizinischen Perspektive auf ADHS. Obwohl im Ambulatorium multiple Professionen vertreten sind, liegen Erstbegutachtung, Diagnostik sowie

Fallführung in medizinischer Hand. Ebenso laufen Kooperationen mit externen Professionellen über das ärztliche Personal. Andere Professionelle, wie die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin, bleiben davon ausgeschlossen. Auch intern erhalten nicht medizinisch-ausgebildete Professionelle, welche mit der Fallbetreuung betraut sind, kaum die Möglichkeit, in einen Austausch über den Fall zu treten, oder andere, als die medizinische Perspektive auf die Klienten vorzubringen. Selbst dann nicht, wenn es in regelmäßigen Abständen während des Behandlungsverlaufs zu einer erneuten diagnostischen Überprüfung kommt. Auch auf die Verordnung von Psychopharmaka kann kein Einfluss genommen werden. Demnach werden sämtliche nicht-medizinische Perspektiven auf ADHS kategorisch ausgeklammert.

Als Konsequenz entfällt ein verstehender Zugang, ein verstehendes Nachdenken über den jeweiligen Fall. Die zuvor nachgezeichnete Vielschichtigkeit der Problemlagen, welche sich den Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen und tiefenpsychologisch arbeitenden Kinderpsychotherapeuten zufolge oftmals hinter der ADHS-Symptomatik verbergen, bleibt unausgesprochen, verborgen hinter dem monokularen Brennglas der medizinischen Perspektive. Dieser Perspektive entsprechend, stellt eine medikamentöse Behandlung im Fall von ADHS die Intervention der Wahl dar (R45, R115; Amft 2004, 96; Wender 2002, 61f). Begleitende oder alternative Angebote werden kaum angedacht (R525) bzw. sind eher im Bereich kognitiver oder verhaltenstherapeutischer Ansätze angesiedelt (Ahrbeck 2007, 29; Dammasch 2004, 259; Frodl 2011, 556).

Da die Erfahrungen unterschiedlicher tiefenpsychologisch-orientierter Professionalisten im Umgang mit von ADHS betroffenen Kindern und Familien zeigen, dass zumeist auch andere Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Symptomatik stehen, würde es von Vorteil sein, wenn sich Anhänger der medizinischen Perspektive gegenüber anderen Deutungs- und Erklärungsansätzen öffnen würden, um so ein Fachgrenzen überschreitendes Verständnis vom jeweiligen Fall zu erlangen und somit, dem jeweiligen Fall entsprechend, handeln zu können.

Für den ersten Themenpunkt der Diskussion lassen sich nun zusammenfassend drei Kernaussagen formulieren:

1) die Erfahrungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen bestärken die in der Literatur formulierte Annahme, dass die Genese der ADHS-Symptomatik von ungünstigen Lebensbedingungen (mit-)bedingt wird.

2) den Erfahrungen der Beraterinnen zufolge kann der in der Literatur beschriebene Verdacht, die Diagnose ADHS sowie die Medikationsverordnung würde zu rasch und ungenau vergeben, erhärtet werden.
3) die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen belegen die von verschiedenen Autoren konstatierte Dominanz der medizinischen Perspektive im Umgang mit ADHS.

Anhand dieser Kernaussagen lassen sich des Weiteren drei Implikationen für den Umgang mit ADHS konstatieren:

1) In Bezug auf die Genese von ADHS sollte vielmehr ein plurikausaler als ein monokausaler Erklärungsansatz herangezogen werden.
2) Bezüglich ADHS bedarf es eines kritischeren sowie differenzierteren Umgangs hinsichtlich der Diagnosestellung als auch der Medikamentenvergabe.
3) Um im Zuge einer Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms den vielschichtigen Problemlagen, welche sich hinter der Diagnose ADHS verbergen, gerecht zu werden, wäre es sinnbringend, wenn sich Vertreter der medizinisch-biologischen Perspektive auf ADHS gegenüber anderen Denk- und Erklärungsansätzen öffnen würden.

2 Positive Veränderung durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung

Nachdem in der vorliegenden Arbeit psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als eine Form der *psychoanalytischen* und *pädagogischen* Interventionsform für Familien mit ADHS-Kindern vorgestellt wird, stellen die von den Beraterinnen beschreibbaren Effekte dieser Interventionsform ein zentrales Ergebnis der Untersuchung dar. Diese werden nachstehend diskutiert.

In der Beratung wurden gemeinsam mit den Eltern bzw. zumeist Müttern von ADHS-Kindern verschiedene Themen und Inhalte bearbeitet respektive reflektiert. So wurden, dem Konzept Figdors (1998; 2000) entsprechend, gemeinsam mit den Eltern nach Ursachen für das kindliche Verhalten gesucht, ein verstehender und psychoanalytisch getragener Zugang zum Verhalten des Kindes erarbeitet sowie pädagogische Geister aufgeklärt um Irrtümer und Fehlhaltungen auf Seiten der Eltern aufzulösen. Zudem wurde den Eltern ihr eigener Anteil am Beziehungsgeschehen im Hinblick auf das Kind vermittelt sowie Veränderungen im Umfeld angestoßen bzw. wurden gemeinsam konkrete Handlungsideen entwickelt. Mit spezifischem Blick auf ADHS wurde der bisherige Behandlungsverlauf

sowie die Bedeutung der Diagnose ADHS mit den Eltern reflektiert. Zudem wurden verschiedene Informationen über verschiedene Hilfsangebote für diese Familien weitergegeben.

Den Berichten der Erziehungsberaterinnen zufolge, konnten durch diese Interventionen im Rahmen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern positive Veränderungen auf verschiedenen Ebenen des Familiensystems erwirkt werden:

1) Veränderungen auf individueller Ebene der Eltern

   Im Zuge der Beratung konnten die Eltern ihre Selbstsicherheit im Umgang mit dem Kind sowie ihr Selbstbewusstsein steigern. Durch den reflektierten Umgang mit den Symptomen, sowie der Verdeutlichung eigener Anteile in der Beziehung zum Kind, konnten sowohl Reflexionsfähigkeit als auch Selbstwahrnehmung auf Seiten der Eltern verbessert werden.

2) Veränderungen auf familiärer Ebene

   Durch die Inanspruchnahme der Erziehungsberatung konnten die Familien erneut Hoffnung auf Veränderung schöpfen sowie eine Entlastung und Entspannung des familiären Alltags erleben. Dadurch minderte sich der Leidensdruck, der nach Drüe (2007, 17f) bei Familien mit ADHS-Kindern zumeist sehr hoch ist. Durch die gesetzten Interventionen entfiel auch der Fokus auf das problematische Verhalten des Kindes, wodurch wieder andere Themen oder aber auch andere Probleme bzw. Konflikte in den Vordergrund rücken und bearbeitet werden konnten.

3) Veränderungen auf Ebene der Beziehung zwischen Eltern und Kind

   Durch den veränderten Zugang zu den ADHS-Symptomen sowie die Fähigkeit der Eltern ihre eigenen Anteile an der Beziehung zum Kind zu reflektieren, kommt es zu einer veränderten Wahrnehmung des kindlichen Verhaltens sowie zu einer differenten Perspektive auf die Symptome. Dadurch können die Eltern ihr Kind wieder positiver wahrnehmen und das Beisammensein mit ihrem Kind wieder freudvoll erleben. Zudem verbessert sich die Fähigkeit der Eltern Gefühlsäußerungen ihrer Kinder zu containen.

Durch diese Veränderungen auf elterlicher und familiärer Ebene sowie auf Ebene der Beziehungsgestaltung, welche durch die Erziehungsberatung induziert werden, kommt es zu einem Wandel im direkten Umfeld des Kindes. Dadurch kann das Kind neue, korrigierende emotionale Erfahrungen sammeln (R325) welche Leuzinger-Beohleber (2006, 39) zufolge dazu beitragen, „der Selbst- und Identitätsentwicklung des Kindes eine andere Richtung zu

geben“ (ebd.). Demnach stellen sich im Zuge der Erziehungsberatung auch auf einer weiteren Ebene Veränderungen ein:

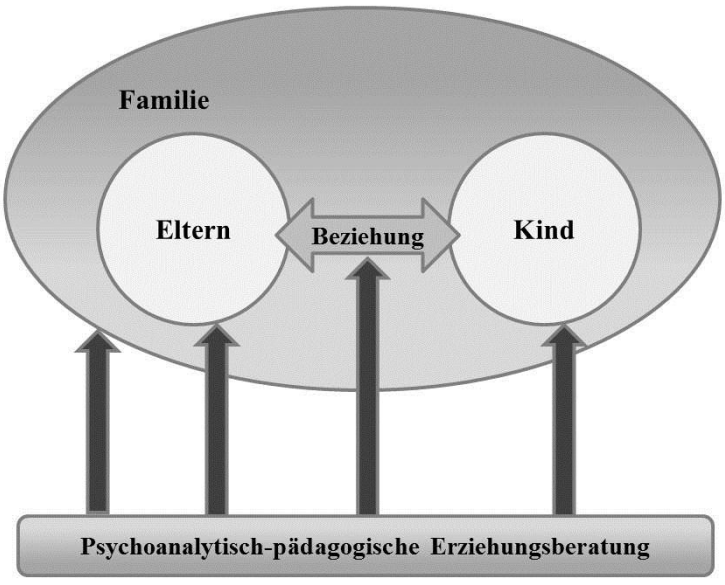
4) Veränderungen auf individueller Ebene des Kindes

   Durch die veränderten Bedingungen im familiären Rahmen kommt es auch zu Veränderungen hinsichtlich der ADHS-Symptomatik des Kindes. Diesbezüglich geben die Erziehungsberaterinnen unterschiedliche Auskünfte, einerseits können die Symptome gänzlich verschwinden, andererseits kommt es zu einer Verminderung der Symptomatik. Inwieweit sich die Symptomatik verbessert, hängt den Erfahrungen der Beraterinnen zufolge von äußeren Faktoren ab: umso jünger das Kind ist und umso weniger sich die Symptomatik verfestigt hat, desto besser sind die Prognosen. Auch dann, wenn die Eltern über eine gute Reflexionsfähigkeit verfügen und die Schulsituation angemessen und unterstützend beschaffen ist. In Familien, wo die kindliche Symptomatik familiendynamisch genutzt wird, kann es auch zu einem Verschwinden der Symptome kommen.

   Schlechte Prädiktoren hinsichtlich des Out-Comes der Erziehungsberatung sind ein gewalttätiges Klima in der Familie oder Süchte auf Seiten der Eltern sowie Adoptiv- und Pflegefamilien. Auch dann, wenn es immer wieder zu Unterbrechungen des Beratungsverlaufs kommt, sieht die Prognose weniger gut aus.

In der folgenden Abbildung sind die Wirkebenen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung grafisch dargestellt, um die vielfältigen Einflussbereiche dieser Beratungsform nochmals hervorzuheben.

Grafik 9 Die vier Wirkebenen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung



Anhand der Ergebnisse lässt sich zeigen, dass durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung vielfältige Veränderungen innerhalb des familiären Kontextes in Gang gebracht werden, welche sich auch in vielen Fällen positiv auf die kindliche Symptomatik auswirken.

Doch nicht nur als Primärmaßnahme, sondern auch als begleitende Intervention zu einer bestehenden Psychotherapie oder einer medikamentösen Behandlung wäre es sinnbringend, psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung vermehrt anzudenken. Denn wie die Erfahrungen der Erziehungsberaterinnen zeigen, können durch eine zusätzliche Arbeit mit den Eltern mehrere Vorteile erwachsen:

a) Die Eltern erfahren zusätzlich Unterstützung und Hilfe.
b) Der Therapieverlauf des Kindes kann günstig beeinflusst werden.
c) Die Behandlung bleibt nicht auf einer individuellen Ebene stehen, sondern umfasst sodann auch das unmittelbare Lebensumfeld des betroffenen Kindes, das familiäre System.

Aufgrund dieser positiven Effekte wäre es wünschenswert, wenn der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung innerhalb des Behandlungsspektrums von ADHS mehr Raum gegeben würde. Wie auch die Erziehungsberaterinnen formulieren, wäre es sinnbringend im Fall von ADHS in erster Instanz eine Erziehungsberatung einzuleiten, je nach Sachlage könnten dann Kinderpsychotherapie, Psychotherapie für die Eltern oder in bestimmten Fällen auch eine temporäre Medikation angedacht werden. Solch ein Behandlungsverlauf wäre insofern vorteilhalft, als zunächst das Umfeld des Kindes im Fokus steht, bevor die Intervention auf eine individuenzentrierte Ebene herabgebrochen wird.

Demnach würde einerseits dem psychodynamisch-interaktiven Modell, wo Familie, Umwelt, frühe Pflegebedingungen und Interaktionserfahrungen als bedeutsame Einflussgrößen auf die kindliche Entwicklung erachtet werden (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 280), Rechnung getragen. Andererseits würde ein solches Behandlungsvorgehen auch dem Modell des Menschen als ein bio-psycho-soziales System[37], welches nach Ahrbeck (2007, 33) wohl mehr theoretisch als praktisch in der Psychiatrie Einzug gehalten hat, vielmehr entsprechen, als die derzeit präferierte Medikation, welche lediglich auf biologischer Ebene zu wirken vermag.

[37] Im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells wird die menschliche Entwicklung als Resultat dynamischer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen sowie sozialen Größen, welche das Menschsein ausmachen, interpretiert (Berger 2010, 9).

Zusammenfassend lassen sich im Hinblick auf die positiven Effekte der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung für Familien mit ADHS-Kindern folgende Kernaussagen treffen:

1) Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern kann wesentlich zu einer Entlastung sowie Entspannung der familiären Situation beitragen.
2) Durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung kann in vielen Fällen ein Verschwinden bzw. ein Rückgang der für ADHS typischen Symptome erwirkt werden.
3) Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung kann als additive Intervention zu einer bestehenden Kinderpsychotherapie oder Medikation den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen und unterstützen.

Daraus ergibt sich folgende Implikation für die Handlungspraxis:

Aufgrund der positiven Effekte psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Zuge der Behandlung von Familien mit ADHS-Kindern, sollte diese Form der psychoanalytisch-pädagogischen Intervention häufiger als primäre oder additive Interventionsform im Fall von ADHS angedacht werden.

3 Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Randgebiet in der Behandlung von ADHS

Obwohl durch die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung positive Effekte erzielt werden können, nehmen nur wenige Familien mit ADHS-Kindern dieses pädagogische Angebot in Anspruch. Dies mag, nach den Ausführungen im Literaturteil dieser Arbeit, in welchem Medikation als primäre Intervention im Fall von ADHS (Drüe 2007, 185; Molitor 2004, 7; Wender 2002, 60) beschrieben wurde, nicht verwundern. Soll die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung jedoch als eine genuin pädagogische Behandlungsmethode im Fall von ADHS vorgeschlagen und diskutiert werden, muss die Frage gestellt werden, weshalb nur so wenige Familien auf dieses Angebot zurückgreifen. Denn nur so können in weiterer Folge Überlegungen angestellt werden, wie man diese Beratungsform den betroffenen Familien als eine Form der Intervention näher bringen kann.

Wie bereits im Ergebnisteil dargestellt, äußern die Erziehungsberaterinnen verschiedene Vermutungen, weshalb nur so wenige Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufsuchen. Um diese wieder ins Gedächtnis zu rufen, werden sie in knapper Form nochmals dargestellt:

1) Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung (vor allem in freier Praxis) ist wenig bekannt.
2) Befinden sich Familien einmal innerhalb der medizinischen Behandlungsschiene, werden selten zusätzliche bzw. andere Interventionen angedacht.
3) Im Fall von ADHS prägt der Wunsch nach einer schnellen Abhilfe die Wahl der Behandlungsform.
4) Eltern tendieren dazu, eine Konfrontation mit eigenen Anteilen am Beziehungsgeschehen zu vermeiden.
5) Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung könnte neben anderen Interventionen nicht mehr in den Alltag der Familie integriert werden.

Nachstehend werden nun Überlegungen formuliert, wie den angeführten Punkten entgegen getreten werden könnte, um diese Form der Intervention einer breiteren Zielgruppe zugänglich zu machen:

Ad 1) Der geringe Bekanntheitsgrad der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung könnte mit der relativ kleinen Gruppe an Praktikern sowie mit der lokalen Begrenztheit dieses Angebots zusammenhängen. So finden sich auf der Homepage der APP (Stand Februar 2012) um die 40 ausübende Erziehungsberater. Mit dem speziellen Hinweis auf die Zuständigkeit im Fall einer Überweisung mit der Diagnose ADHS finden sich lediglich acht Einträge. Auch wird dieses Angebot in nur drei von neun österreichischen Bundesländern offeriert.

Demnach wäre es von Vorteil, wenn das Angebot der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung, personell als auch örtlich betrachtet, ausgeweitet werden könnte, oder wenn der offiziellen Listung zufolge mehr Berater ADHS in ihren Zuständigkeitsbereich inkludieren würden. So könnten vielleicht mehr hilfsbedürftige Familien mit ADHS Kindern von diesem speziellen Angebot profitieren.

Die Auskunft der Interviewpartnerinnen, dass vor allem Erziehungsberatung in institutionsgebundener Praxis bekannter als in freier Praxis sei, lässt die Vermutung entstehen, dass innerhalb von Organisationen die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung vor allem über Vernetzungsarbeit mit anderen Organisationen

an Bekanntheit gewinnt – wie es am Beispiel des Vereins Q. deutlich wurde. Demnach wäre zu fragen, wie es möglich wird, Beratung, welche in freier Praxis ausgeübt wird, einem größeren Personenkreis bekannt zu machen.

Ad 2) In diesem Zusammenhang wäre es dann möglich, Familien andere als die medizinische Behandlungsmöglichkeit aufzuzeigen, wenn auch Mediziner die Bedeutsamkeit anderer, als nur der medizinischen oder verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen anerkennen würden. Da, den Erfahrungen der Beraterinnen zufolge, Eltern bei Problemen mit ihren Kindern primär einen Arzt konsultieren, könnte somit bereits an der Behandlungsbasis ein umfangreicheres Behandlungsangebot für die Eltern bereitgestellt werden.

Ad 3) Trotz des Wunsches nach einer raschen Abhilfe im Fall massiver Probleme, welche sich aufgrund der ADHS-Symptomatik des Kindes ergeben, sollten die Eltern darauf hingewiesen werden, dass eine reine Medikation zwar die Symptome lindert, jedoch langfristig betrachtet keine Chance auf Heilung bieten kann (Wender 2002, 15). Demnach sollen die Eltern dafür sensibilisiert werden, dass vielmehr durch ein prozesshaftes Vorgehen, wie beispielsweise der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung neue Beziehungserfahrungen sowie Entwicklungsbedingungen für das Kind eröffnet sowie langfristig gesichert werden können (Barth-Richtarz 2009, 44; Figdor 2005, 58). Eine Medikation sollte demnach durch eine prozessorientierte Interventionsmöglichkeit zumindest ergänzt werden, da nach Leuzinger-Bohleber (2006, 39) sonst die Gefahr besteht, die Chance auf eine Wendung in der kindlichen Entwicklung zu verpassen.

Ad 4) Die Fähigkeit der Eltern, ihre eigenen Anteile im Beziehungsgeschehen zu ihrem Kind zu akzeptieren, nennt Figdor (2005, 56) als eine der Voraussetzungen dafür, dass sich aus dem diagnostischen Arbeitsbündnis ein pädagogisches Arbeitsbündnis entwickeln kann. In Bezug auf die Genese der ADHS-Symptome sehen Eltern oftmals vielmehr eine gehirnorganische Funktionsstörung denn ihre eigenen Anteile im Beziehungsgeschehen als ursächlich. Im Fall von ADHS spitzt sich die Situation insofern zu, als den Eltern, durch die Dominanz des medizinisch-biologischen Erklärungsansatzes von ADHS, ein Modell vorgelegt wird, das sie ihrer Verantwortung für das Zustandekommen der Schwierigkeiten entbindet (Ahrbeck 2007, 29;

Pozzi 2004, 168). Aufgrund dieser Perspektive auf ADHS kann es für die Eltern oftmals nur schwer erträglich sein, mit den eigenen Anteilen an der Entstehung der kindlichen Symptomatik konfrontiert zu werden. Können Eltern diese Konfrontation nur schwer aushalten, bedarf es einer besonders feinfühligen Vorgehensweise in der Arbeit mit den Eltern zur Etablierung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses. Da sich, wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, im Hinblick auf das diagnostische Arbeitsbündnis zwischen Berater und Eltern von ADHS-Kindern bestimmte Erschwernisse ergeben, wird dieses Thema nochmals im Kapitel über Schwierigkeiten in der Beratung aufgegriffen und diskutiert.

Ad 5) Um die zeitlichen Ressourcen der Familien weniger zu belasten, wäre eine Synchronisation von anderen Behandlungen und Erziehungsberatung eine Lösungsmöglichkeit. Als Beispiel könnte das Ambulatorium dienen, in welchem Frau Y. tätig ist. Dort werden beispielsweise die Psychotherapie des Kindes und die Erziehungsberatung der Eltern so aufeinander abgestimmt, dass sie zeitlich parallel laufen. Dies würde jedoch bedeuten, dass es zweckmäßig wäre, wenn die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung an Organisationen angeschlossen sein würden, wo auch andere Interventionsmaßnahmen angeboten werden, oder wenn es zum Zusammenschluss verschiedener Professioneller in Praxisgemeinschaften kommen würde.

4 Eine Diskussion der Problemfelder im Zuge der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

Im Zuge der Ergebnisaufbereitung konnte gezeigt werden, dass durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in Familien mit ADHS-Kindern vielfältige positive Entwicklungen angeregt werden können. Allerdings kann anhand der Interviewauswertung auch gezeigt werden, dass im Zuge der Beratung dieser Familien auch Probleme und Schwierigkeiten auftreten können, welche sich negativ oder hinderlich auf den Prozess der Erziehungsberatung auswirken. Es erscheint sinnvoll, diese Aspekte der Beratung einer Diskussion zu unterziehen, da so eine Basis für weiterführende Überlegungen hinsichtlich des Umgangs mit diesen Problemfeldern erarbeitet werden kann.

Nimmt man die gesamten Ergebnisse in den Blick, lassen sich Problemlagen, welche sich im Zuge der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern ergeben, auf zwei Ebe-

nen konstatieren: Zum Ersten ergeben sich bestimmte Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den jeweiligen Rahmenbedingungen, innerhalb welcher die Beratung stattfindet. Zum Zweiten lassen sich Schwierigkeiten der Beraterinnen im Umgang mit diesen Fällen feststellen. Im Folgenden werden die Problemlagen entsprechend dieser Aufzählung diskutiert.

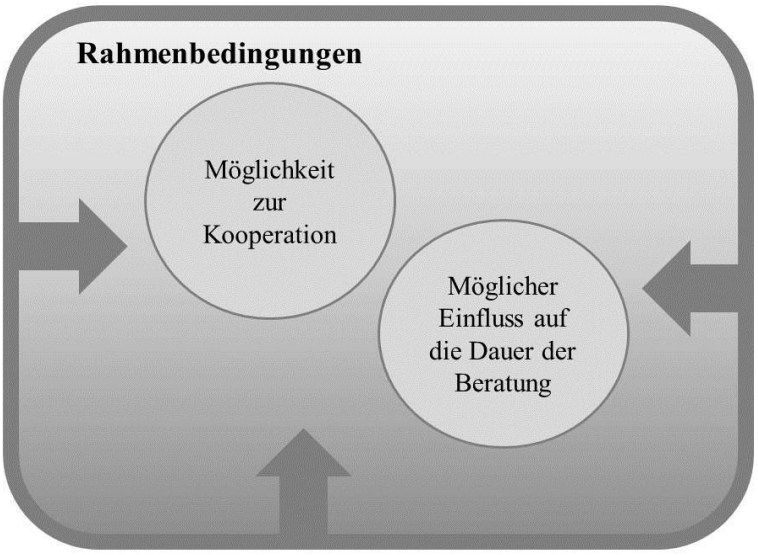
4.1 Die Rahmenbedingungen üben einen maßgeblichen Einfluss auf die Erziehungsberatung aus

Anhand der Schilderungen der Erziehungsberaterinnen kann festgehalten werden, dass die Rahmenbedingungen, innerhalb welcher psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung angeboten wird, die Beratung sowie Handlungsmöglichkeiten maßgeblich beeinflussen. Dieser Einfluss lässt sich bestimmt nicht nur im Fall der Beratung von Eltern mit ADHS-Kindern feststellen, sondern betrifft die Erziehungsberatung als solches. Dennoch soll dieser Aspekt diskutiert werden, da auch Familien mit ADHS-Kindern davon betroffen sind und sich speziell im Hinblick auf diese Zielgruppe auch Konsequenzen ergeben.
Die Interviewpartnerinnen übten Erziehungsberatung innerhalb drei verschiedener Kontexte aus: zum Ersten in einem medizinisch-psychiatrischen Ambulatorium, zum Zweiten in einem Verein, in welchem nach dem psychoanalytisch-pädagogischen Paradigma gearbeitet wird und zum dritten in freier Praxis. Welcher Einfluss sich auf die Beratung von Familien mit ADHS-Kindern ergibt, wird in Folge erläutert:
Ist die Erziehungsberatung an eine andere Institution gebunden, wie im Fall von Frau Z. an ein medizinisch-psychiatrisches Ambulatorium, ist die Zeitspanne, über welche hinweg Erziehungsberatungseinheiten angeboten werden, von den Vorgaben der Institution abhängig. Im Hinblick auf ADHS lässt sich folgendes bemerken: den Angaben der Beraterinnen zufolge stellt die Beratung von Eltern mit ADHS-Kindern zumeist einen längerdauernden Prozess dar. Kann dieser durch die institutionellen Vorgaben jedoch nicht gewährleistet werden, kommt es zur vorzeitigen Beendigung der Erziehungsberatung und die Eltern werden an andere Stellen weiter vermittelt. Dies ist einerseits für die Eltern von Nachteil, da es zum Beziehungsabbruch zur bereits vertrauten Beraterin kommt, andererseits ist diese Situation auch für die Beraterin unbefriedigend, da sie ihre Arbeit nicht zu Ende bringen kann. Demnach wäre es im Fall der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern sinnbringend, wenn hinsichtlich der Dauer der Erziehungsberatung keine Vorgaben bestehen, so wie es beispielsweise in freier Praxis oder im Verein mit psychoanalytisch-pädagogischer Grundausrichtung der Fall ist.

Neben der Beratungsdauer werden auch die Beraterinnen, bezüglich ihrer Möglichkeit zur Kooperation, von den Rahmenbedingungen beeinflusst. So werden kooperative Maßnahmen in organisationsgebundener Erziehungsberatung finanziert, in freier Praxis hingegen nicht. Wie anhand der Untersuchungsergebnisse jedoch gezeigt werden konnte, bringt die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen vielfältige Vorteile für die Beratung bzw. für die Familien mit ADHS-Kindern. Auch wurde herausgearbeitet, dass der Effekt der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Hinblick auf die Symptomatik des Kindes, stark von der schulischen Situation des Kindes abhängig ist. Eine Zusammenarbeit zwischen Beratern und Lehrpersonal ist im Fall von ADHS demnach insofern von Bedeutung, als dadurch die schulische Situation des Kindes optimiert werden könnte und auch Lehrpersonal Unterstützung im Umgang mit dem von ADHS betroffenen Kind erfahren könnte. In Bezug auf kooperatives Handeln und Zusammenarbeit mit anderen Professionellen sind in Organisationen günstigere Rahmenbedingungen für die Erziehungsberater gegeben. Diese Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (siehe auch Grafik 10):

1) Wird die Dauer des Erziehungsberatungsprozesses von den Rahmenbedingungen, innerhalb welcher die Beratung angeboten wird, eingeschränkt, ist dies hinsichtlich der längeren Beratungsdauer im Fall von Familien mit ADHS-Kindern für Eltern als auch Erziehungsberater von Nachteil.
2) Für Erziehungsberater, welche in freier Praxis tätig sind, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Professionellen nur schwer möglich, was in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern von Nachteil ist.

Grafik 10 Einfluss der Rahmenbedingungen auf die Erziehungsberatung



In Anbetracht dessen, wie die Handlungsspielräume psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberater durch Rahmenbedingungen beeinflusst werden, stellen sich folgende weiterführende Fragen:
Was wäre notwendig, damit psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung innerhalb von Institutionen als eigenständige Interventionsform Raum erhält? Wodurch können die Möglichkeiten der Berater, welche in freier Praxis tätig sind, im Hinblick auf Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Professionellen erweitert werden?

4.2 Schwierigkeiten in der Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

Anhand der Untersuchungsergebnisse lassen sich zwei zentrale Problembereiche in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern umschreiben. Einerseits kommt es in der Beratung dieser Familien zu Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen, welche, bleiben sie unbewusst, den Beratungsverlauf infolge gefährden. Andererseits beeinflusst das Vorhandensein der Diagnose ADHS vor allem die Eingangsphase der Erziehungsberatung.

4.2.1 Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen in der Beratung von Eltern mit ADHS-Kindern

Wie in der Darstellung der Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte, kann es im Umgang mit den ratsuchenden Eltern von ADHS-Kindern zu Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen kommen. Dies scheint vor allem dann der Fall zu sein, wenn der Leidensdruck der Eltern sehr hoch ist und diese eine rasche Lösung für ihre Probleme erhoffen. So kann sich die Ohnmacht, welche die Eltern im Hinblick auf ihre Hilflosigkeit gegenüber dem Kind erleben, auf den Berater übertragen, wodurch dieser in Gegenreaktion dieselbe Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber seinen Klienten erlebt. Sind diese Tendenzen sehr stark und dem Berater nicht bewusst, so kann es, wie im Fall von Frau X., dazu kommen, dass der Berater das Gefühl entwickelt, psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung sei im Fall von ADHS zu „langsam“ und somit als Intervention fraglich.
Dass es im Fall der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern zu Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen kommt, scheint eine Ausnahme darzustellen. Denn folgt man Figdor (2000, 24; 26) kommt es in der Erziehungsberatung kaum zu Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, da der Berater darum bemüht ist, sowohl die reale Bezie-

hungsebene zu den Eltern zu stärken als auch regressive Übertragungsprozesse zu verhindern.

In diesem Fall lässt sich das Zustandekommen dieser Gegenübertragungstendenzen damit erklären, dass sich die Beraterin gänzlich mit den Eltern identifiziert und so den inneren Kontakt zum Kind verloren hat, wodurch sie sich „ähnlich hilflos fühlt, wie die Eltern" (Figdor 2000, 27). Zu dieser einseitigen Identifizierung kommt es nach Figdor (ebd., 26) unter anderem aufgrund professioneller Unsicherheit bei Berufsanfängern. Dies könnte tatsächlich als Erklärung dienen, da Frau X. die Erziehungsberaterin mit der geringsten Praxiserfahrung ist. Andere Beraterinnen, mit längerer Berufserfahrung, konnten diese Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen hingegen benennen und betrachteten die lange Dauer der Erziehungsberatung nicht als problematisch.

Auch der Beratungsabbruch im Fall von Frau X. kann dahingehend gedeutet werden. So könnte das Vorgehen von Frau X., den Problemen der Mutter innerhalb der Beratung zu viel Raum zu geben, in einer übermäßigen Identifikation mit der Mutter gründen. Diese Identifikation wäre durch ihre geringe berufliche Erfahrung als auch ihre starken Gegenübertragungstendenzen im Zuge der Beratung begründbar.

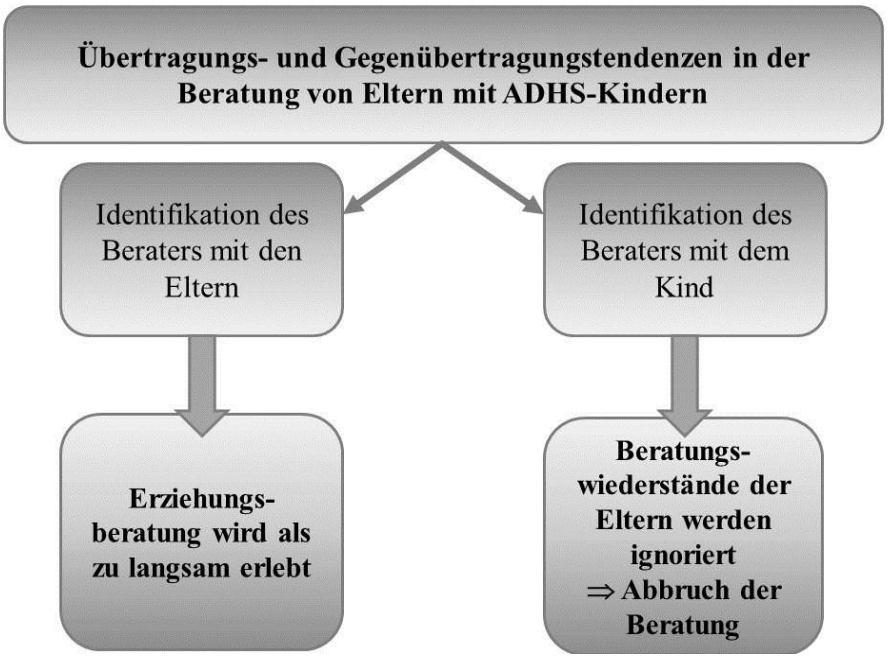
Ein weiteres Beispiel für eine ungünstige Übertragungstendenz in der Beratung stellt der Fall von Frau Z. dar, wo es infolge von nachdrücklichen Ratschlägen Seitens der Erziehungsberaterin zum Abbruch der Beratung gekommen ist. Es ist fraglich, weshalb die Beraterin in diesem Fall ihre Ratschläge trotz Widerständen auf Seiten der Mutter beibehielt und mehrfach zum Ausdruck brachte. Könnte Frau Z. in diesem Fall ihren inneren Kontakt zur Mutter aufgegeben und sich gänzlich mit dem Kind identifiziert haben, sodass sie die Beratungswiderstände auf Seiten der Mutter ignoriert, bis es zum Abbruch der Beratung kommt (ebd., 26f)?

Nimmt man diese Beispiele zusammen, scheint es im Zuge der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern zum Teil für Berater schwierig zu sein, ihre „Doppelidentifizierung" (ebd., 27) mit den Eltern und mit dem Kind aufrecht zu erhalten, wodurch es einerseits zu starken Gegenübertragungsreaktionen oder zum Abbruch der Erziehungsberatung kommen kann. Somit ist es bedeutsam, dass sich Berater dieser Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen im Fall der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern bewusst sind, damit sie besser hinter ihrem Angebot der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung stehen können und damit die Gefahr des Beratungsabbruchs gemindert wird.

Überblicksmäßig lassen sich folgende zentralen Aussagen formulieren (siehe Grafik 11):

1) In der Beratung von Eltern von ADHS-Kindern kann es zu starken Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen kommen.
2) Aufgrund dieser Tendenzen kann die Doppelidentifizierung mit den Eltern sowie mit dem Kind nur schwer aufrechterhalten werden.
3) Kommt es zur Identifikation mit den Eltern, wird psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern als zu langsam erlebt.
4) Kommt es zur Identifikation mit dem Kind, kann es passieren, dass Erziehungsberater aufkommende Beratungswiderstände auf Seiten der Eltern ignorieren und so die Gefahr des Beratungsabbruchs besteht.

Grafik 11 Auswirkung unreflektierter Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen



Im Hinblick auf die Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern lassen sich diesbezüglich folgende Implikationen ableiten:

Implikation 1: In der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern ist es bedeutsam, eventuelle Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen, welche sich aufgrund des hohen Leidens- oder Problemlösungsdruckes der Eltern ergeben, aufzuspüren und zu reflektieren.

Implikation 2: Um Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen sowie Abbrüchen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern vorzubeugen, scheint es bedeutsam zu sein, dass Erziehungsberater ihr Ausmaß der Identifizierung mit den Eltern, als auch mit dem Kind, im Blick behalten.

4.2.2 Der Einfluss der Diagnose ADHS auf die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung

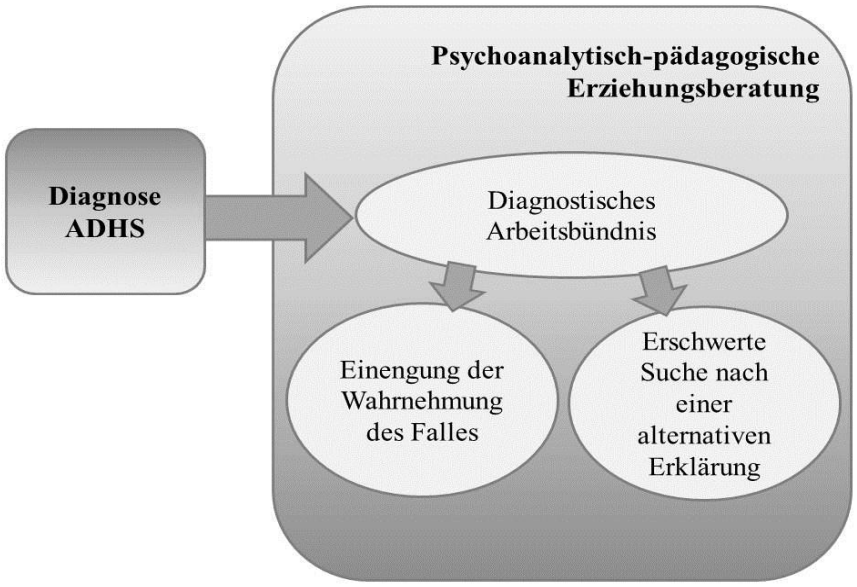
Während der Interviews betonten die Beraterinnen, dass das Vorliegen der Diagnose ADHS für die Erziehungsberatung nicht von Bedeutung ist. Dies trifft insofern zu, als auch in der Beratung von Eltern mit ADHS-Kindern dem Erziehungsberatungskonzept Figdors (1998; 2000) gefolgt wird. Allerdings lässt sich dennoch feststellen, dass das Vorhandensein der Diagnose die Erziehungsberatung beeinflusst. Dies betrifft vor allem die Arbeit am diagnostischen Arbeitsbündnis.

Während dieser Phase des Beratungsprozesses geht es darum, den Eltern ein psychoanalytisches Symptomverständnis zu vermitteln und gemeinsam nach möglichen Ursachen für das problematische Verhalten des Kindes zu suchen (Figdor 2005, 42). Dies erleben die Beraterinnen jedoch aufgrund des vorhandenen Etiketts ADHS erschwert. So kann die vorhandene Diagnose den Blick der Erziehungsberaterinnen und die Wahrnehmung des Falles beeinflussen. Das insofern, als ihr Nachdenken über das Kind ein Stück weit eingeengt wird und Überlegungen hinsichtlich der Ursachen der Symptomatik nicht mehr ganz frei angestellt werden können.

Des Weiteren ist es aufgrund der Diagnose ADHS für die Eltern oftmals schwierig die kindlichen Symptome aus einem anderen Blickwinkel heraus zu betrachten und zu verstehen, dass die Diagnose ADHS noch nicht konkretisiert, wie es sich mit ihrem Kind tatsächlich verhält. Diesen Perspektivenwechsel auf die Symptome zu initiieren ist vor allem dann erschwert, wenn die Diagnose ADHS schon länger besteht und sich auf Seiten der Eltern das Bild einer gehirnorganischen Funktionsstörung bereits verfestigt hat. Hinzu kommt, dass der pädagogische Geist: „Das Symptom hat nichts mit mir als Elternteil zu tun“, durch die medizinisch-biologische Perspektive auf die Symptomatik mitgetragen wird. Demnach ist es in diesen Fällen besonders schwierig, mit den Eltern einen anderen Fokus auf das Kind zu richten, einen Fokus, wo auch Eltern mit ihren eigenen Anteilen am Beziehungsgeschehen konfrontiert werden. Diese Aspekte, welche auch in der nachstehenden Abbildung veranschaulicht sind, lassen sich zu folgenden Kernaussagen bündeln:

1) Das Vorliegen der Diagnose ADHS kann die Wahrnehmung des Falles auf Seiten des Erziehungsberaters einengen.
2) Der Umgang mit Eltern, welche aufgrund rigider Vorstellungen bezüglich der Genese von ADHS im Zuge des diagnostischen Arbeitsbündnisses kaum andere Erklärungsansätze für die Symptomatik andenken können, ist für Erziehungsberater schwierig.

Grafik 12 Einfluss der Diagnose auf die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung



Anhand dieser Ausführung kann gezeigt werden, dass das Vorliegen der Diagnose ADHS die Beratung beeinflusst, auch wenn psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberater ihr prinzipiell keine Bedeutung zuschreiben. Zudem verweist die zweite Kernaussage darauf, dass es in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern eines feinfühligen Vorgehens während des diagnostischen Prozesses bedarf, bzw. es ein geduldiges Vorgehen braucht, wenn sich Eltern vom Bild einer gehirnorganischen Verursachung der Symptomatik ihres Kindes nur langsam lösen können.

Teil VII – Resümee und Ausblick

In diesem Abschnitt wird ein abschließender Überblick über die gesamte Arbeit gegeben. Im Zuge dieser Zusammenschau werden bedeutsame Inhalte der Theorieteile nochmals verknappt dargestellt und in Bezug zur wahrgenommenen Forschungslücke und der daraus abgeleiteten Fragestellung gesetzt. Im Anschluss daran wird nochmals nachgezeichnet, anhand welches methodischen Vorgehens die Ergebnisse zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung gewonnen wurden und welche Bedeutung die vorliegenden Ergebnisse, einerseits für die Pädagogik als wissenschaftliche Disziplin und andererseits für die Pädagogik als Praxisfeld aufweisen. Abschließend wird aufgezeigt, welche weiterführenden Überlegungen sich dadurch ergeben.

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung bildet die Feststellung, dass in den letzten Jahrzehnten immer mehr Kinder und Jugendliche durch unaufmerksames, impulsives sowie hyperaktives Verhalten auffallen (Mattner 2004, 7), welches im Zuge medizinisch-psychiatrischer Diagnostik der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS, zugeordnet wird. Mittlerweile zählt ADHS zu den häufigsten Diagnosen innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Döpfner et al. 2008, 257; Drüe 2007, 76; Wender 2002, 9). Aufgrund der dominierenden Annahme, dass die Symptome auf einer Gehirnstoffwechselstörung beruhen, scheint eine medikamentöse Behandlung flächendeckend die Behandlungsmethode der Wahl zu sein, manchmal auch in Kombination mit einer Verhaltenstherapie (Frodl 2011, 556; Molitor 2004, 7).
Im ersten Theoriekapitel wurde herausgearbeitet, dass sich Experten bezüglich ihrer Annahmen über die Genese der Symptome und der, diesen Annahmen entsprechenden, indizierten Behandlung in unterschiedliche Lager spalten (Haubl & Leuzinger-Bohleber 2007, 52; Reinke 2007, 36). So steht beispielsweise die psychoanalytische Perspektive der medizinischen gegenüber. Anhänger der psychoanalytischen Sichtweise gehen davon aus, dass die ADHS-Symptome aufgrund psychodynamischer Reaktionen auf äußere Einflüsse und Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen auftreten (Briesch 2004; Heinemann & Hopf 2006, 18; Leuzinger-Bohleber 2006, 33f; Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 360ff). Entsprechend dieser Perspektive wird vielmehr eine tiefenpsychologische Kinderpsychotherapie als Behandlungsmöglichkeit vorgeschlagen (Bovensiepen et al. 2004; Molitor 2004, 10).

Auch konnte im theoretischen Teil nachgezeichnet werden, dass im Fall von ADHS nicht nur Perspektive und Behandlungspraxis medizinisch geleitet sind, sondern, dass auch der wissenschaftliche Diskurs medizinisch-psychiatrisch dominiert wird. Leuzinger-Bohleber (2006, 26) und Bachmann et al. (2008, 328) pointieren, dass es im Diskurs um ADHS an Untersuchungen über die Wirksamkeit psychoanalytisch-fundierter Behandlungsweisen fehlt. Diese Bemerkung markiert den ersten Bezugspunkt der aufgespürten Forschungslücke. Einen weiteren Bezugspunkt stellt, wie Amft (2004, 136) formuliert, die Frage nach alternativen Behandlungsmethoden im Fall von ADHS dar.

Von diesen Bezugspunkten abgeleitet, stellt sich aus pädagogischer Perspektive die Frage, ob im Fall von Familien mit ADHS-Kindern auch eine pädagogische Intervention fruchtbar werden kann. Da im Sinne eines psychoanalytisch-pädagogischen Grundverständnisses hinsichtlich der Symptomgenese, als auch hinsichtlich erzieherischer Prozesse, mit unbewussten Dimensionen gerechnet werden muss (Trescher 1985, 108), konnte herausgearbeitet werden, dass es im Zuge der Behandlung von ADHS notwendig ist, diese mitzudenken. Daher sollte die Intervention nicht nur pädagogisch, sondern auch psychoanalytisch fundiert sein.

Des Weiteren ist es bedeutsam, dass auch die Eltern in die Behandlung miteinbezogen werden. Dies begründet sich darin, dass zum Ersten auf Seiten der Eltern von ADHS-Kindern oftmals ein hoher Leidensdruck vorliegt (Drüe 2007, 17f; Schreyer & Hampel 2009, 69). Durch ihren Einbezug in die Behandlung könnten auch sie Unterstützung erfahren (Mattejat et al. 2005, 46). Zum Zweiten können so auch Einblicke in familiendynamische Prozesse erlangt werden (Leuzinger-Beohleber 2006, 27).

Als Behandlungsmöglichkeit, welche diesen Forderungen gerecht werden kann, wurde im zweiten Theoriekapitel die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Wiener Konzept von Figdor (1998; 2000) vorgeschlagen.

Bei diesem Konzept versuchen Erziehungsberater gemeinsam mit den Eltern, ohne Beisein des Kindes, mögliche Ursachen für das Verhalten ihrer Kinder aufzuspüren. Dabei sollen die Eltern ein psychodynamisch fundiertes Verständnis für das Erleben sowie für die Innenwelt des Kindes gewinnen, wodurch sie ihre erzieherische Praxis verändern können. Durch diese Veränderung kann ein neuer Entwicklungsrahmen für das Kind entstehen, wodurch bisher fehlgelaufene Entwicklungen korrigiert werden können. Fernziel ist, dass es dadurch zu einer Verbesserung oder einem Entfall der Symptomatik des Kindes kommt.

Dem zufolge wird anhand der vorliegenden Untersuchung darauf abgezielt, Erkenntnisse im Zusammenhang mit psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Fall von

Familien mit ADHS-Kindern zu generieren. Im Zuge einer ersten Annäherung an dieses Untersuchungsfeld wurden Experteninterviews mit fünf psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen durchgeführt, welche bereits Familien mit einer medizinisch-psychiatrisch festgestellten ADHS-Diagnose beraten haben. Leitend war dabei die Frage nach den Erfahrungen, welche die psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen in der Beratung dieser Familien sammeln konnten.
Das Interviewmaterial wurde transkribiert und einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) unterzogen. Zudem wurde auch auf Widersprüche oder Brüche im Erzählfluss der Interviewpartnerinnen geachtet, welche Hinweise für latente Inhalte darstellen können (Schirmer 2009, 229).
Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Untersuchung im Hinblick auf ihre Relevanz für die Pädagogik als wissenschaftliche Disziplin sowie als Praxisfeld nochmals beleuchtet und weiterführende Überlegungen im Sinne eines Ausblicks abgeleitet.

Relevanz der Ergebnisse hinsichtlich der Pädagogik als wissenschaftliche Disziplin

Wie bereits dargestellt wurde, wird der wissenschaftliche Diskurs im Hinblick auf ADHS medizinisch dominiert. Obwohl es eine Vielzahl medizinisch-psychiatrischer Studien und Abhandlungen über ADHS gibt, halten andere Perspektiven in der Diskussion um ADHS kaum oder nur langsam Einzug. Vor allem eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik aus psychoanalytischer Perspektive fällt spärlich aus (Bachmann et al. 2008, 330; Leuzinger-Bohleber 2006, 26).
Demnach sind die vorliegenden Ergebnisse insofern bedeutsam, als es sich um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ADHS aus psychoanalytischer und pädagogischer Perspektive handelt. Diese kann dazu dienen, die aufgezeigte Lücke in der Forschungslandschaft um ADHS ein stückweit zu schließen.
Anhand der Untersuchungsergebnisse kann gezeigt werden, dass im Fall von ADHS auch eine andere Intervention als Medikation fruchtbar sein kann. Zudem kann anhand der Erfahrungen psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberaterinnen, in Übereinstimmung mit Angaben psychoanalytisch-orientierter Autoren, die Kritik am medizinisch-dominierten Verständnis der ADHS-Symptomatik bestärkt werden.

Aufgrund dieser Ergebnisse wäre es allgemein betrachtet sinnbringend, weitere Untersuchungen anzustellen, in welchen eine psychoanalytisch-pädagogische Intervention im Fall

von ADHS thematisiert wird. Speziell im Hinblick auf psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Fall von ADHS wären ebenfalls weiterführende Studien wünschenswert:

1) Da in dieser Untersuchung das Augenmerk rein auf dem Expertenwissen psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberaterinnen lag, wäre es sinnbringend in folgenden Untersuchungen auch die Eltern bzw. die von ADHS betroffenen Kinder einzubeziehen, um so primäre Erfahrungen betroffener Familien in den Blick nehmen zu können.
2) Da im Zuge der Experteninterviews primär retrospektiv über Fälle gesprochen wurde, wäre ein weiteres mögliches Untersuchungsthema Fallverläufe von Familien mit ADHS-Kindern, welche psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung in Anspruch nehmen, zu begleiten und zu untersuchen.

Dies würde die Ergebnisse der vorliegenden Studie um wertvolle Primärerfahrungen betroffener Familien erweitern und auch den Aspekt des zeitlichen Verlaufs der Intervention mit einschließen.

Relevanz der Ergebnisse hinsichtlich der Pädagogik als Praxisfeld

Die im Zuge der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse sind auch für die Praxis der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater von Relevanz. So können verschiedene Hinweise und Überlegungen formuliert werden, welche sich auf den Umgang mit Familien mit ADHS-Kindern in der Erziehungsberatung beziehen:

1) Im Hinblick auf ADHS scheint es bedeutsam zu sein, den Eltern zu verdeutlichen, dass eine rein medikamentöse Behandlung keine Heilung bringt, sondern langfristig betrachtet, nur durch prozessorientierte Interventionen Veränderungen geschehen können.
2) In der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern sollte bedacht werden, dass sich das Vorhandensein der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf das Beratungsgeschehen, vor allem auf das diagnostische Arbeitsbündnis, auswirkt.
3) In der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern ist mit starken Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen zu rechnen. Bleiben diese unreflektiert, wirken sich diese nachteilig auf den Erziehungsberatungsprozess aus.
4) Da nur wenige Familien mit ADHS-Kindern psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufsuchen, kann es von Bedeutung sein, den Bekanntheitsgrad der

psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung zu steigern und Wege zu finden, betroffene Familien über dieses spezielle Angebot zu informieren.

5) Da sich im Umgang mit Familien mit ADHS-Kindern die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen, welche mit dem Fall betraut sind, als vorteilhaft erweist, stellt sich in Bezug auf freiberuflich ausgeübte Erziehungsberatung die Frage, wie die Rahmenbedingungen gestaltet werden könnten, sodass kooperatives Handeln vermehrt möglich wird.

Vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse sowie den Ausführungen psychoanalytisch-orientierter Autoren wäre es wünschenswert, wenn sich bezüglich der Perspektive auf das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom als auch auf dessen Behandlung, ein Wandel vollziehen würde. Denn wie sich zeigt, ist die kindliche Symptomatik in vielen Fällen Ausdruck vielschichtiger Problemlagen, für deren Erfassung ein medizinisches Erklärungsmodell oftmals zu kurz greift. So sollte der Diskurs um ADHS einem perspektivenübergreifenden Erklärungs- und Behandlungsansatz weichen, sodass der Besonderheit des jeweiligen Falles gerecht werden kann.

„Jede Landschaft hat ihre eigene besondere Seele,
wie ein Mensch, dem du gegenüber stehst.“

Christian Morgenstern

Literaturverweis

Ahrbeck, B. (2007): Einführung. In: Ahrbeck, B. (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 7-12

Ahrbeck, B. (2007): Hyperaktivität, innere Welt und kultureller Wandel. In: Ahrbeck, B. (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 13-48

Ahrbeck, B. (2008): Erregte Zeiten, unaufmerksame und hyperaktive Kinder. In: Psyche, 62 (7), 693-713

Aichhorn, A. (1936): Die Übertragung in der Erziehungsberatung. In: Aichhorn, A. (Hg.): Psychoanalyse und Erziehungsberatung. Frankfurt a.M. (1974): Fischer Taschenbuch Verlag, 55-120

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978): Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

Altink, M.E., Arias-Vásquez, A., Franke, B., Slaats-Willemse, D.I.E., Buschgens, C.J.M., Rommelse, N.N.J., Fliers, E.A., Anney, R., Brookes, K.-J., Chen, W., Gill, M., Mulligan, A., Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Sergeant, J.A., Faraone, S.V., Asherson, P. & Buitelaar, J.K. (2008): The dopamin receptor D4 7-repeat allele and prenatal smoking in ADHD-affected children and their unaffected siblings: no gene-environment interaction. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49 (10), 1053-1060

Amft, H. (2004): Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In: Amft, H., Gerspach, M. & Mattner, D. (Hg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2. Auflage, 47-149

Amft, H. (2006): ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 70-90

Argelander, H. (1985): Zusammenfassung und Ausblick. In: Argelander, H. (Hg.): Psychoanalytische Beratung im Spannungsfeld von persönlicher Auseinandersetzung, methodischer Aneignung und theoretischer Aufarbeitung. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 167-185

Bachmann, M., Bachmann, Ch., Rief, W. & Mattejat, F. (2008): Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36 (5), 321-333

Banaschewski, T., Roessner, V., Uebel, H. & Rothenberger, A. (2004): Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Kindheit und Entwicklung, 13 (3), 137-147

Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern: Verlag Hans Huber

Barth-Richtarz, J. (2009): Diagnostik im Kontext psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: Datler, W., Steinhardt, K., Gstach, J. & Ahrbeck, B. (Hg.): Der pädagogische Fall und das Unbewusste. Psychoanalytische Pädagogik in kasuistischen Berichten. Gießen: Psychosozial-Verlag, 37-60

Becker, K., El-Faddagh, M., Schmidt, M.H. & Laucht, M. (2007): Dopaminerge Polymorphismen und frühkindliche Regulationsprobleme. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35 (2), 145-151

Benecke, C., Juen, F., Unterhofer, K., Bock, A., Wyl von, A., Schick, A. & Cierpka, M. (2007): Affekt, Repräsentanz und Reflexives Verständnis bei Hyperaktivität im Kindergarten. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.) (2007): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 223-254

Benz, U. (2007): Zum Erregtsein verführt, zum Stillhalten gezwungen. Die Instrumentalisierung der kindlichen Unruhe. In: Ahrbeck, B. (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 95-106

Berger, E. (2010): Neuropsychologische Grundlagen kindlicher Entwicklung. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag

Biermann, G. & Totzek, P. (1981): Kindliche oder elterliche Verhaltensstörungen? Vom Mythos der leichten frühkindlichen Hirnschädigung. - Ein gesellschaftliches Phänomen. In: Biermann, G. (Hg.): Handbuch der Kinderspychotherapie. Band 4. München: Ernst Reinhardt Verlag, 798-817

Bogner, A. & Menz, W. (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 33-70

Böhm, W. (2005): Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag, 16., vollständig überarbeitete Auflage

Borowski, D. (2004): Ein misslungener Dialog. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 194-208

Bovensiepen, G. (2004): Einführung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 12-19

Bovensiepen, G. (2004): Einführung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 92-96

Bovensiepen, G. (2004): Einführung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 189-193

Bovensiepen, G. (2004): Epilog. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 344-345

Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage

Bowlby, J. (1953): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München (2005): Verlag Ernst Reinhardt, 5., neu gestaltete Auflage

Brandau, H. & Kaschnitz, W. (2008): ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und soziale Arbeit. Weinheim & München: Juventa Verlag

Brisch, K.H. (2004): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 45-69

Bürgin, D. & Steck, B. (2007): Psychoanalytische Psychotherapie und ADHS-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 310-332

Campbell, N.A. & Reece, J.B. (2003): Biologie. Heidelberg & Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, 6. Auflage

Carey, W.B. (2009): Der Umgang mit dem kindlichen Temperament. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 76-90

Cierpka, M., Lehmkuhl, U., Lenz, A., Seiffge-Krenke, I. & Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2007): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4)

Dammann, G. (2007): ADHS – The Making of a Disease. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 187-210

Dammasch, F. (2004): „Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört!“ In: Bovensiepen G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 257-311

Dammasch, F. (2007): “Immer vorwärts und nie zurück”. ADHS: Krankheit oder Beziehungsstörung? Online im WWW unter Url: http://www.psychoanalyse-aktuell.de/kinder/adhs.html (12.04.2012)

Datler, W. (2005): Erziehungsberatung und die Annahme eines dynamischen Unbewußten. Über einige Charakteristika psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 11-31

Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.) (2005): Vorwort. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pä-

dagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 7-10

Datler, W., Steinhardt, K. & Gstach, J. (2004): Psychoanalytisch orientierte Beratung. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt Verlag, 613-627

Datler, W. & Stephenson, T. (1999): Tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie. In: Slunecko, T. & Sonneck, G. (Hg.): Einführung in die Psychotherapie. Wien: Facultas-Univ. Verlag, 77-139

Dewe, B. (2006): Beratung. In: Krüger, H.H. & Helsper, W. (Hg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 131-142

Diem-Wille, G. (2003): Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Stuttgart: W. Kohlhammer

Diem-Wille, G. (2005): Über den Zusammenhang zwischen Trennungsproblemen einer Mutter und Schlafproblemen eines Kleinkinds. Robin – eine Falldarstellung einer Eltern-Kleinkind-Beratung. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 90-104

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, 4. Überarbeitete Auflage

Döpfner, M. (2008): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag, 6., vollständig überarbeitete Auflage, 29-48

Döpfner, M., Banaschewski, T. & Sonuga-Barke, E. (2008): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag, 6., vollständig überarbeitete Auflage, 257-276

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997): Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46 (o.H.), 519-547

Doppel, R. (2001): „…und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt". Über die Arbeit mit Eltern im Zwangskontext. Schriftauszug vom Vortrag am 20.11.2001

Doppel, R. (2005): „Und willst Du nicht mein Bruder sein, so schlag ich Dir den Schädel ein." Über Konflikte zwischen Professionisten in der Arbeit mit Multiproblemfamilien und die Institutionalisierung fachlicher Kooperation. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 196-219

Dornes, M. (1999): Bindungstheorie und Bindungsforschung – eine Herausforderung für die Schule? In: Garlichs, A. & Leuzinger-Bohleber, M. (Hg.): Identität und Bindung. Die Entwicklung von Beziehungen in Familie, Schule und Gesellschaft. München: Juventa Verlag, 161-173

Drüe, G. (2007): ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Stuttgart: W. Kohlhammer

Du Bois, R. (2007): Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 300-309

Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Heilmann, J. & Krebs, H. (2009): Einleitung. In: Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Heilmann, J. & Krebs, H. (Hg.): Beratungskonzepte in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 7-18

Engel, F. (2004): Allgemeine Pädagogik, Erziehungswissenschaft und Beratung. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Tübingen: dgvt Verlag, 103-114

Fatke, R. & Scarbath, H. (1995): Pioniere Psychoanalytischer Pädagogik. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften

Figdor, H. (1998): Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung. Die Renaissance einer „klassischen" Idee. Wien: APP-Schriftenreihe, Band 2

Figdor, H. (2000): Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung. Der Ausbildungslehrgang. Wien: APP-Schriftenreihe, Band 3

Figdor, H. (2005): Aufklärung, verantwortete Schuld und die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Grundprinzipien des Wiener Konzeptes psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 32-60

Figdor, H. (2005): Toni ist wie verwandelt. Über den Beginn der Erziehungsberatung bei einem 7-jährigen Buben mit aggressiven Auffälligkeiten. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 76-89

Figdor, H. (2006): Mythos „Verhaltensstörung": Wer stört wen? Denkanstöße für einen anderen Umgang mit pädagogischen Problemen in Kindergarten und Schule. In: Figdor, H. (Hg.): Praxis der psychoanalytischen Pädagogik 1. Vorträge und Aufsätze. Gießen: Psychosozial-Verlag, 165-178

Finger-Trescher, U. (2009): Psychosoziale Beratung – (Wieder-)Herstellung von Entwicklungschancen und Bewältigungskompetenzen. In: Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Heilmann, J. & Krebs, H. (Hg.): Beratungskonzepte in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 63-78

Flick, U. (1987): Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In: Bergold, J.B. & Flick, U. (Hg.): Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Tübingen: DGVT, 247-262

Flick, U. (2004): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Flick, U., Kardorff von, E. & Steinke, I. (2004): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Kardorff von, E. & Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 3. Auflage, 13-29

Fonagy, P. (2009): Bindung, Trauma und Psychoanalyse. Wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 40-61

Fonagy, P. & Target, M. (2006): Psychoanalyse und Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett Kotta

Freud, S. (1905): Studienausgabe. Band 5: Sexualleben. Frankfurt a.M. (1982): Fischer Taschenbuch Verlag

Freud, S. (1911): Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In: Mitscherlich, A., Richards, A. & Strachey, J. (Hg.): Sigmund Freud. Studienausgabe. Psychologie des Unbewussten. Band 3. Frankfurt am Main (2000): Fischer Taschenbuchverlag, 13-24

Frodl, T. (2011): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. In: Schiepek, G. (Hg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 556-566

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. Wien: WUW-Universitätsverlag

Gerspach, M. (2001): Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, M. (Hg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 50-79

Gerspach, M. (2004): Unkonzentrierte Kinder verstehen lernen. In: Amft, H., Gerspach, M. & Mattner, D. (Hg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2. Auflage, 150-217

Gerspach, M. (2006): Zum Verstehen von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 91-110

Gilmore, K. (2000): A Psychoanalytic Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Journal of the American Psychoanalytic Association, 48 (o.H.), 1259-1293. Online im WWW unter Url: http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.048.1259a [26.03.2012]

Gläser, J. & Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 3., überarbeitete Auflage

Grothe, K.-D. & Horlbeck, A.-M. (2006): Warum ich auch mit Medikamenten behandle. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 134-142

Gruber, R. & Kainersdorfer, I. (2008): III. Teil: Das Beratungs- und Fortbildungsangebot der APP. In: Figdor, H. (Hg.): „Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen…“ (J.W. von Goethe). Festschrift zum 10jährigen Bestehen der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalyitsche Pädagogik (APP). Wien: Empirie Verlag, 315-375

Hafner, H. (2001): Die Wirkungsweise der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung. Universität Wien, Diplomarbeit

Hampel, P. & Petermann, F. (2004): Themenschwerpunkt. Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen. In: Kindheit und Entwicklung, 13 (3), 131-136

Haubl, R. (2007): Krankheiten, die Karriere machen: Zur Medizinalisierung und Medikalisierung sozialer Probleme. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 159-186

Haubl, R. & Leuzinger-Bohleber, M. (2007): Hilfe für kleine Störenfriede: Frühprävention statt Psychopharmaka. Vom kritischen Umgang mit der Diagnose „Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung". In: Forschung Frankfurt. Das Wissenschaftsmagazin der Universität Frankfurt, o.Jg, (3), 52-55. Online im WWW unter Url: http://www.sfi-frankfurt.de/fileadmin/redakteure/pdf/Publikationen2007/Haubl-Leuzinger_Forschung_Frankfurt_2007k.pdf [17.04.2012]

Haubl, R. & Liebisch, K. (2008): Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD[H]S-Medikation für die betroffenen Kinder. In: Psyche, 62 (7), 673-692

Haubl, R. & Liebisch, K. (2009): „Wenn man teufelig und wild ist". Funktion und Bedeutung von Ritalin in der Sicht von Kindern. In: Haubl, R., Dammasch, F. & Krebs, H. (Hg.): Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 129-166

Häußler, G. (2004): Im Vorfeld der psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung. Wege – Umwege – Irrwege. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 136-164

Häußler, G. & Hopf, H. (2004): Psychoanalytische Theorien. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 20-44

Hechler, O. (2009): „…kann die Beratung eine Form erzieherischer Hilfe sein…?" Annäherung an das Phänomen Beratung in pädagogischer Absicht. In: Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Heilmann, J. & Krebs, H. (Hg.): Beratungskonzepte in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 35-62

Heger, S., Trott, G.-E., Meusers, M., Schulz, E., Rothenberger, A., Rettig, K., Medori, R., Schreiner, A. & Remschmidt, H. (2006): Umstellung von einem unretardierten auf ein retardiertes Methylphenidatpräparat: Eine multizentrische, offene Studie an Kindern mit ADHS. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (4), 257-265

Heilmann, J. (2009): Psychoanalytisch-pädagogische Beratung als Bestandteil der Elternarbeit bei Jugendhilfemaßnahmen. In: Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Heilmann, J. & Krebs, H. (Hg.): Beratungskonzepte in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 169-186

Heinemann, E. & Hopf, H. (2006): AD(H)S. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer

Heinz, J. (2004): Nervosität in der Moderne. Vom Leiden in der, an der und durch die Gesellschaft. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 315-343

Hitzler, R. (1994): Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In: Hitzler, R., Honer, A. & Maeder, Ch. (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, 13-31

Hopf, H. (2007): Zwischen Empathie und Grenzsetzungen – Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei psychoanalytischen Therapien von hyperkinetischen Störungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 333-355

Hüther, G. (2004): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 70-91

Hüther, G. & Bonney, H. (2006): Neues vom Zappelphilipp. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln. Düsseldorf: Walter Verlag, 7. Auflage

Ihle, W. & Mattejat, F. (2005): Themenschwerpunkt. Familienorientierte Diagnostik und Intervention bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kindheit und Entwicklung, 14 (1), 1-2

Jans, T., Philipsen, A., Graf, E., Schwenck, Ch., Gerlach, M. & Warnke, A. (2008): Die Bedeutung des Vorliegens einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS – Überblick und Skizze des Studienprotokolls einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36 (5), 335-343

Käppler, Ch. (2005): Wirksamkeitsstudie. Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. In: Kindheit und Entwicklung, 14 (1), 21-29

Kassebrock, F. (1998): Toleranz gegenüber unruhigen Kindern. In: Körner, W. & Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung. Band 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung. Göttingen: Hogrefe- Verlag, 149-166

Kassebrock, F. (2000): Unruhige Kinder, Jugendliche, ihre Eltern und Bezugspersonen in der Erziehungsberatung. In: Körner, W. & Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung. Band 2: Praxis der Erziehungsberatung. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 43-58

Katterfeldt, R. (2007): Hyperaktivität – Ausdruck einer gestörten Autonomieentwicklung. In: Ahrbeck, B. (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer, 139-154

Klein, M. (1925): Ein Kind entwickelt sich. Methode und Technik der Kinderpsychoanalyse. München (1981): Kindler Verlag

Konrad, K. & Gilsbach, S. (2007): Grundlagen. Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter. Erkenntnisse funktioneller Magnetresonanztomographie. In: Kindheit und Entwicklung, 16 (1), 7-15

Krause, Ch. (2003): Pädagogische Beratung: Was ist, was soll, was kann Beratung. In: Krause, Ch., Fittkau, B., Fuhr, R. & Thiel, H.-U. (Hg.): Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh, 15-31

Krebs, H. (2005): Der Erstkontakt in der institutionellen Erziehungsberatung – dargestellt am Beispiel eines von psychosozialer Ausgrenzung bedrohten Jugendlichen und seiner Familie. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 105-125

Lauth, G.W. & Fellner, C. (2004): Therapie. Therapieverlauf und Langzeiteffekte eines multimodalen Trainingsprogramms bei Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen. Einzelfallstudien. In: Kindheit und Entwicklung, 13 (3), 167-179

Lehmkuhl, G. (2009): Entwicklungsrisiken und ihre Folgen. Auswirkungen auf Bindung und Mentalisierung. Diskussion zum Beitrag von Peter Fonagy. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 62-69

Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2006): Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 118-133

Leuzinger-Bohleber, M. (2006): Einführung. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 9-49

Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K.L. & Waldung, Ch. (2008): Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. In: Psyche, 62 (7), 621-653

Leuzinger-Bohleber, M., Staufenberg, A. & Fischmann, T. (2007): ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 356-385

Loo, S.K., Carpenter Rich, E., Ishii, J., McGough, J., McCracken, J., Nelson, S. & Smalley, S.L. (2008): Cognitive functioning in affected sibling pairs with ADHD: familial clustering and dopamine genes. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49 (9), 950-957

Lüpke von, H. (2001): Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In: Passolt, M. (Hg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 111-130

Mahler, M. S. (1946): Studien über die ersten drei Lebensjahre. Frankfurt am Main (1992): Fischer Taschenbuch Verlag

Martel, M.M. (2009): Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50 (9), 1042-1051

Mattejat, F. (2005): Übersichten. Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung, 14 (1), 3-11

Mattejat, F., König, U., Brachewitz, Ch., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Kirchner, J., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, Ch., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. & Remschmidt, H. (2005): Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). In: Kindheit und Entwicklung, 14 (1), 39-47

Mattner, D. (2001): Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, M. (Hg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. Münschen: Ernst Reinhardt Verlag, 13-27

Mattner, D. (2004): Zur Biologiesierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: Amft, H., Gerspach, M. & Mattner, D. (Hg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2. Auflage, 7-46

Mattner, D. (2006): ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 51-69

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 5., überarbeitet und neu ausgestattete Auflage

Mayring, P. (2004): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., Kardorff, E.v. & Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 3. Auflage, 468-474

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 10., neuausgestattete Auflage

Mentzos, S. (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Mertens, W. (1998): Psychoanalytische Grundbegriffe. Ein Kompendium. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2., überarbeitete Auflage

Meuser, M. & Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 71-94

Molitor, G. (2004): Prolog. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 7-11

Mollenhauer, K. (1965): Das pädagogische Phänomen „Beratung“. In: Mollenhauer, K. & Müller, C.W. (Hg.): „Führen“ und „Beraten“ in pädagogischer Sicht. Heidelberg: Quelle & Meyer, 25-50

Neraal, T. (2008): Neurobiologische versus psycho- und familiendynamische Ursachenerklärungen. In: Neraal, T. & Wildermuth, M. (Hg.): ADHS. Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag, 19-38

Neraal, T. (2008): Überblick. In: Neraal, T. & Wildermuth, M. (Hg.): ADHS. Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag, 13-18

Neraal, T. & Wildermuth, M. (Hg.) (2008): ADHS. Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag

Nestmann, F. (1988): Beratung. In: Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention. Opladen: Westdeutscher Verlag, 101-113

Neudecker, B. (2008): Aus der Praxis der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung: Beat der Glückliche. In: Figdor, H. (Hg.): „Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen…“ (J.W. von Goethe). Festschrift zum 10jährigen Bestehen der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP). Wien: Empirie Verlag, 71-95

Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta

Passolt, M. (2001): Im Dialog mit hyperaktiven Kindern. Psychomotorische Therapie im Netzwerk von Alltag, Familie, Schule und Gesellschaft. In: Passolt, M. (Hg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 28-49

Perner, A. (2007): Das Drängen des Triebes und die postmoderne Nervosität. In: Ahrbeck, B. (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 73-94

Pfadenhauer, M. (2005): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 113-130

Pozzi, M. E. (2004): Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Riatlin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen? In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 165-188

Rauchfleisch, U. (2001): Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Reinke, E. (2007): AD(H)S als Metapher – oder: Die Grenzen rationaler Gesundheitsaufklärung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 35-66

Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 111-117

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-Textversion. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Scharfetter, Ch. (2002): Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 5., neubearbeitete Auflage

Schimmelmann, B.G., Friedel, S., Christiansen, H., Dempfle, A., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006): Genetische Befunde bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (6), 425-433

Schirmer, D. (2009): Empirische Methoden der Sozialforschung. Grundlagen und Techniken. Paderborn: Wilhelm Fink

Schreyer, I. & Hampel, P. (2009): ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37 (1), 69-75

Schuster, P. & Springer-Kremser, M. (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. Wien: WUV-Universitätsverlag, 4. Auflage

Schuster, P. & Springer-Kremser, M. (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht. Wien: WUV-Universitätsverlag, 2. überarbeitete Auflage

Segal, H. (1995): Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius, E. (Hg.): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 2., durchgesehene Auflage, 202-224

Seitz, R. (2004): „Der Sohn des Verbrechers". In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 237-256

Staufenberg, A. (2007): Motorik und Bedeutung – Hyperaktivität als Suche und Abwehr psychischer Verarbeitung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 87-106

Staufenberg, A. (2008): Bewegung und Bedeutung. Aus der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung eines sogenannten „ADHS"-Kindes. In: Psyche, 62 (7), 654-672

Staufenberg, A. (2009): Bewegung und Bedeutung. Aus der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung eines sogenannten „ADHS-Kindes". In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 100-117

Steinhardt, K. (2005): Überlegungen zur Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Erziehungsberatung und psychoanalytisch orientierter Supervision. In: Datler, W., Figdor, H. & Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3. Auflage, 61-75

Steinhardt, K. (2007): Psychoanalytisch orientierte Supervision. Auf dem Weg zu einer Profession? Gießen: Psychosozial-Verlag, 2. Auflage

Steinhardt, K. (2009): Beratung und Persönlichkeitsentwicklung – Psychoanalytische Perspektive. PowerPoint- Präsentation zur Vorlesung, Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaften, Sommersemester 2009

Steinhausen, H.C. (1982): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind – eine klinische Einführung. In: Steinhausen, H.C. (Hg.): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Ergebnisse aus Klinik und Forschung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 11-25

Steinke, I. (2004): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff von, E. & Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 3. Auflage, 319-331

Stöger, A. (2009): Bundesministerium für Gesundheit. Online im WWW unter Url: http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_02454/fnameorig_166247.html [17.04.2012]

Stork, J., Hüttl, W. & Thaler A.-L. (2001): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung – Syndrom oder Symptom? Erfahrungen aus der psychoanalytischen Arbeit mit HKS-Kindern und ihren Familien. In: Passolt, M. (Hg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 93-110

Streeck-Fischer, A. (2007): Editorial. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 275-276

Streeck-Fischer, A. (2009): ADHS aus empirischer und klinischer Perspektive. Diskussion zur Falldarstellung von Adelheid Staufenberg. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 118-125

Streeck-Fischer, A. & Fricke, B. (2007): „Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt". Zum Verständnis und zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. ADHS aus psychodynamischer Perspektive, 56 (4), 277-299

Timmermann, F. (2004): Beunruhigte Eltern. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 113-135

Trescher, H.-G. (1985): Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik. Frankfurt a. M.: Campus Verlag

Trott, G.-E. & Wirth, S. (1995): Die Pharmakotherapie der hyperkinetischen Störungen. In: Steinhausen, H.-Ch. (Hg.): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer, 209-224

Tyson, P. & Tyson, R. L. (2001): Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2. Auflage

Warrlich, Ch. (2007): Einführung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hg.) (2007): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 7-34

Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Stuttgart: W. Kohlhammer

Wetschnig, U. (2008): ADHS aus psychoanalytisch-pädagogischer Perspektive. Worin gründet aus der Sicht psychoanalytisch orientierter Autoren das Zustandekommen von ADHS und welche praxisleitenden Konsequenzen liegen aus deren Sicht nahe? Universität Wien, Diplomarbeit

Winnicott, D.W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (1995): Klett Kotta, 8. Auflage

Wolke, D., Rizzo, P. & Woods, S. (2002): Persistant Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. In: Pediatrics, 109 (6), 1054-1060

Zante, W. (2004): Erfahrungen zwischen Theorie und Praxis – psychoanalytische Therapie und HKS. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 2. Auflage, 97-112

Homepages

Homepage der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP): Online im WWW unter Url: http://www.app-wien.at/EB.html#eb3 [17.04.2012]

Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft: Online im WWW unter Url: http://bildungswissenschaft.univie.ac.at/ [17.04.2012]

Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft, Psychoanalytische Pädagogik: Online im WWW unter Url: http://bildungswissenschaft.univie.ac.at/psychoanalytische-paedagogik [17.04.2012]

Tabellen und Abbildungsverzeichnis

1 Tabellen

Tabelle 1……..…**70**
Unterschiede zwischen der medizinischen und der psychoanalytischen Perspektive bezogen auf Symptomverständnis, Diagnostik, Ätiologie und Behandlung

Tabelle 2…….…**76**
Grundzüge tiefenpsychologischer Erziehungsberatung nach Trescher (1992, 108f)

Tabelle 3……..……**104-108**
Darstellung der Fragen des Leitfadens

Tabelle 4……..**112**
Gewählte Transkriptionsregeln

Tabelle 5…….....**116**
Festlegung der Analysefeinheiten

Tabelle 6…….….**117-119**
Deduktiv generierte Kategorien aus dem Interviewleitfaden sowie induktiv generierte Kategorien aus dem verbliebenen Textmaterial

Tabelle 7…….……**120**
Grundschema des Auswertungsrasters

Tabelle 8……..**126**
Überblicksschema zur thematischen Aufbereitung der Ergebnisse

Tabelle 9…….....**148**
Übersicht über pädagogische Geister, welche im Zusammenhang mit ADHS stehen

2 Grafiken

Grafik 1……...…**134**
Überblick über familiäre und außerfamiliäre Hintergründe

Grafik 2…….....**147**
Spezifische Themen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern

Grafik 3……...**153**
Manifeste und latente Gründe für eine Zusammenarbeit mit anderen Professionellen

Grafik 4……**158**
Erschwerende Aspekte der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern

Grafik 5……**161**
Störvariablen der Erziehungsberatung

Grafik 6…….....**163**
Mögliche Nachteile psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung

Grafik 7…….166
Wesentliche Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung

Grafik 8……..170
Überblick möglicher Einflussfaktoren auf die Prognose von ADHS

Grafik 9……..…177
Die vier Wirkebenen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung

Grafik 10……...…184
Einfluss der Rahmenbedingungen auf die Erziehungsberatung

Grafik 11…….....187
Auswirkung unreflektierter Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen

Grafik 12……189
Einfluss der Diagnose auf die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung

Anhang 1

Inhaltsanalyse nach Mayring (2008): Paraphrasierung, Generalisierung und erster Reduktionsschritt

Abkürzungsverweis: EB = psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung, FIB = Familienintesivbeteruung, PT = Psychotherapie, SV = Supervision, papäd = psychoanalytisch-pädagogisch

Interview	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Interview 1					
Welcher Ausbildungsweg?					
1	1	1	Das sind schon gut 20 Jahre	20 Jahre als EB	R1 - 20 Jahre als EB
1	1	2	Ich war beim ersten Schwung an Studenten bei Helmut Figdor in Supervision	War beim ersten Ausbildungsweg zum psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberater dabei	R2 - Erster Ausbildungslehrgang von Helmut Figdor
In welchem Setting wird EB durchgeführt?					
1	1f	3	In freier Praxis arbeite ich jetzt nur mehr als Sachverständiger, ansonsten in Familienberatungsstellen des Vereins Q in Kleinstädten	Tätigkeit als Erziehungsberater ist in einem Verein eingebettet	R3 - Erziehungsberatung über den Verein Q
1	2	4	Einerseits Familienintensivbetreuung im Auftrag der Jugendabteilung und dann hat der Verein Q eine Familienberatungsstelle, da kommen Leute anonym, kostenlos, freiwillig	Erziehungsberaterin ist in verschiedene Settings der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung tätig 1) FIB 2) kostenlose Beratung	R4 - Bietet FIB und kostenlose, anonyme und freiwillige Beratung an
1	22	5	Kinder kommen: im Schnitt einmal in der Woche, kommt darauf an, macht man es im Einzelsetting oder in der Gruppe	Frequenz wird mit dem Setting abgestimmt Es gibt verschiedene Arbeitssettings: Einzel oder Gruppe	R5 - EB arbeitet auch mit Kindern – in der Regel wöchentlich im Einzel- oder Gruppensetting
1	22	6	Eltern kommen: nja schon wöchentlich	Zumeist kommen Eltern wöchentlich	R6 - EB zumeist wöchentlich wobei das auf die aktuellen Bedürfnisse der Eltern angepasst wird
1	23	7	Wenn Krisenzeiten sind, wo man sich darauf einstellt, dass man mit einer Stunde nicht auskommt, dann versuche ich die Familien eine Randzeit zu vergeben	EB wird auf die Bedürfnisse der Eltern angepasst – in Akutfällen adaptiert	
1	13	8	Entweder es gelingt relativ kurz, nach 3,4 Beratungen, alles was über diese Kurzfristigkeit hinausgeht, sind nicht unbedingt schwierige Fälle, aber wo immer wieder etwas dazwischen kommt.	Bei EB die länger als 3, 4 Sitzungen andauert wird EB immer wieder unterbrochen (Schwierigkeiten etc.)	R7 - 3-4 Sitzungen = erforderlich, wenn Schule nicht kooperiert klassisch zwei Jahre Widerspruch zu Dauer anderer EB!
1	13	9	Wenn es Geschichte, wo Eltern reflektiert sind, wo aber Schule nicht kann, dann dauert es länger, dann so klassische zwei Jahre	Dauer wenn Schule nicht kooperativ ist = zwei Jahre	
Gibt es eine bestimmte theoretische Orientierung? Bestimmte methodische Vorgaben?					
1	2	10	Die theoretische Ausrichtung ist psychoanalytisch-pädagogisch. Es gibt dann schon Methodenfreiheit und unterschiedliche Orientierungen, aber eine sehr fundierte Kenntnis im Bereich der Psychoanalyse muss da sein	Grundlegende Ausrichtung nach dem Psychoanalytischen Paradigma, wobei verschiedene tiefenpsychologische Ansätze gelebt werden	R8 - Psychoanalytisches Grundparadigma, Offenheit verschiedener tiefenpsychologischer Ansätze
1	2	11	Rahmenbedingungen: Supervision, Fortbildungen	In den Rahmenbedingungen durch den Verein sind Angebote wie SV und Fortbildung inkludiert	R9 - Fortbildungen und SV über Verein Q
Wie viele Familien mit ADHS-Kindern?					
1	2	12	50-60 Familien	50-60 Familien	R10 - Die EB hat 50-60 Familien mit ADHS-Kindern betreut
ADHS-Diagnose					

1	2	13	Diagnose ADHS ist etwas, was sich so wandelt. Manchmal hat ein Kind das im Lauf seines Lebens gehabt oder man hat eines gehabt und bekommt die Diagnose später, man hatte es einmal und jetzt nicht mehr und so	Die Diagnose-ADHS scheint nicht griffig, das Erscheinungsbild scheint variabel, Auftreten der Symptome und Diagnose gehen nicht immer Hand in Hand	R11 - Erlebt Diagnose ADHS als schwammig/inkonsistent/schwer fassbar
1	4	14	Ich käme jetzt nicht auf die Idee ADHS zu diagnostizieren	ADHS ist aus Sicht der papäd EB keine Diagnose, die gestellt wird	R12 - ADHS stellt für EB keine diagnostische Kategorie dar
1	20	15	Ich vergebe keine ADHS	ADHS stellt für die EB keine diagnostische Kategorie dar	
1	5	16	Ich mache einen gesonderten Blick (auf das ADHS-Kind/seine Familie), weil mit ADHS, was will ich da mit Eltern arbeiten?	Spezielle Perspektive auf ADHS da sonst keine Elternarbeit möglich ist Komisches Argument!	R13 - Nur mit der Diagnose ADHS kann man noch nicht mit den Eltern arbeiten=> gesonderter Blick
1	6	17	Diagnose ADHS hat man halt gegeben weil man gedacht hat man probiert mal ob ihm Medikamente helfen	Diagnose ADHS als Legitimation für die Vergabe von Medikamenten	R14 - Wechselwirkung Diagnose Medikation
1	6	18	Nach zwei Jahren ist man drauf gekommen, Medikamenten helfe nicht, jetzt kann man die absetzten und jetzt heißt es halt, wahrscheinlich eher nicht ADHS	Wirkung der Medikation scheint über die Beibehaltung der ADHS-Diagnose zu entscheiden	Diagnose als Legitimation für Medikation, wirkt Medikation nicht, war die Diagnose nicht entsprechend
1	20	19	Granz brutal gesagt, ein riesengroßer Bluff, medial riesig aufgezogen	ADHS ist ein Bluff, der medial sehr hochstilisiert wird	R15 - ADHS per se ist ein Bluff
1	21f	20	Wenn man davon ausgehen kann, dass es in Wirklichkeit ADHS gar nicht	ADHS per se gibt es nicht	
1	20	21	Es ist ein Unterschied ob man sagt, der war überall dran und hat alles kaputt gemacht, nie gefolgt oder der war so ein neugieriger Kerl	Wahrnehmung der Symptome und deren Beurteilung ist sehr perspektivenabhängig	R16 - Die Perspektive auf Symptome sowie deren Wahrnehmung entscheiden über ihre Beurteilung
1	6	22	Wenn heute jemand in der Pause rauft ist er aggressiv und verhaltensauffällig (im Vergleich zu früher) eine fortschreitende Pathologisierung		
1	20	23	Früher hat man auch gesagt: „sie ist ein kleiner Wirbelwind“		
1	3	24	Vorher schon in anderen Institutionen zur Abklärung, viele von Kindern- und Jugendpsychiatern	Abklärung läuft über Psychiater (medizinische Schiene)	R17 - Die Abklärung (Diagnosestellung) läuft zumeist über die Kinder- und Jugendpsychiatrie also abseits der EB im medizinischen Kontext
1	3	25	Seit dem die Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet worden sind, ist di e Anzahl der ADHS-Kinder noch einmal in die Höhe gegangen	Nun ein professionelles Umfeld wo Symptomatik adäquat gedeutet werden kann Durch die Institution entsteht ein Diagnose-Boom	R18 - Durch diagnostizierende Institutionen nimmt die Zahl der ADHS-Diagnosen zu
ADHS					
1	16	26	Symptom vom Kind hat einen fixen Platz in der Familie	Symptom dient zum Aufrechterhalten einer familiären Dynamik, hat seinen fixen Platz im Familienleben	R19 - Symptome spielen in der Familiendynamik eine wesentliche Rolle
1	10	27	Forschung pro ADHS, die ist mit anderen Geldmittel ausgestattet, als die gegen ADHS	Forschung pro ADHS besser finanziert	R20 - Medizinische ADHS-Forschung ist mit besseren Geldmitteln ausgestattet
Zusätzliche Auffälligkeiten /Differentialdiagnose					
1	19	28	Im Intelligenzbereich sehr inhomogene Gruppe – in einigen Bereichen wirklich sehr gut, in anderen sehr schlecht	Im Intelligenzbereich sehr inhomogene Gruppe	R21 - Zusätzlich fällt auf: • Im Intelligenzbereich inhomogen • Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung Verzögerung, schiefe Abläufe • Wahrnehmungsstörung (räumliche Orientierung, Serialität) • Schwierigkeiten in der Impulskontrolle • Aggressive Durchbrüche • Schlafstörungen • Trennungsängste
1	19	29	Verzögerung der motorischen Entwicklung, oder schiefe Abläufe (erst Gehen dann Krabbeln, oder gar kein Krabbeln)	Verzögerte oder schiefe motorische Entwicklung	
1	19	30	Lange motorische Auffälligkeiten	Motorisch Auffällig	
1	19f	31	Wahrnehmungsstörungen, besonders im Bereich räumlicher Orientierung, Serialität	Wahrnehmungsstörungen (räumliche Orientierung, Serialität)	
1	20	32	Schwierigkeiten in der Impulskontrolle	Schwierigkeiten in der Impulskontrolle	
1	20	33	Aggressive Durchbrüche	Aggressive Durchbrüche	
1	20	34	Schlafstörungen	Schlafstörungen	
1	20	35	Trennungsängste	Trennungsängste	

		36			
Zunahme der Diagnose?					
1	6f	37	Im ersten Schritt eine sehr entlastende Diagnose für die Eltern und Lehrer, nach Motto: „ich da keine Schuld daran habe“ – das Kind ist auch nicht schuld, es hat eben ADHS, also ein Freispruch für alle (gutes Zitat)	Diagnose entlastet vor der Schuldfrage (auf Seiten von Eltern, Lehrern, Kindern)	R22 - Die Diagnose ADHS hat zugenommen weil: • Sie vor Schuldfragen entlastet • Sich kindliche Entwicklungsbedingungen verändert haben • Kindliches Verhalten zunehmend pathologisiert wird • Keine Toleranz gegenüber Abweichungen von der Norm R23 - Zunahme ist aus Sicht der EB besorgniserregend
1	6	38	Das einfach Entwicklungsräume kleiner geworden sind und größerer Anpassungsdruck auf den Kindern lastet	Kindliche Entwicklungsbedingungen haben sich verändert	
1	6	39	Wenn heute jemand in der Pause rauft ist er aggressiv und verhaltensauffällig (im Vergleich zu früher) eine fortschreitende Pathologisierung	Kindliches Verhalten wird zunehmend eher pathologisiert	
1	20	40	Früher hat man auch gesagt: „sie ist ein kleiner Wirbelwind“		
1	21	41	Ich glaube dass der Gleichschritt immer stärker wird – es wird effizienter unterrichtet, das heißt dass alle zur gleichen Zeit auch wirklich das Gleiche machen müssen	Durch den gesellschaftlichen Gleichschritt kann man sich keine Andersartigkeit erlauben. Abweichungen entsprechen nicht mehr der Norm.	
1	24	42	Was mir halt Sorgen macht, und das macht mir wirklich Sorgen wie das zunimmt, das ist ja erschreckend	Auf Seiten der EB löst die zunehmenden ADHS-Diagnosen Besorgnis aus	
1	7	43	Glaube, dass es ja schon auch um Geld geht, es ist ein Medikament am Markt, das sind ja keine kleinen Summen von denen wir da reden	Pharma-Markt und steigende Diagnosezahl = verwoben	R24 - Pharma-Markt wirkt auf die Zunahme der Diagnose ADHS
Kooperation					
1	5	44	Kooperation ist schwer, weil es fast unmöglich ist mit Ärzten zusammenzuarbeiten. Die haben fixe Vorstellung und sind nicht gewohnt in einem Team oder miteinander zu arbeiten	Kooperation wird durch nicht-teamorientierte Arbeitseinstellung von Ärzten erschwert	R25 - Ärzte verlassen nur ungern ihre handlungsanweisende Rolle um mit anderen Professionellen zu kooperieren
1	5	45	Die (Psychiater) sind gewohnt dass man kommt und das man sich von ihnen anhört und man tut was sie sagen, dass es da gemeinsame Überlegungen gibt ist ganz, ganz selten der Fall	Psychiater befinden sich normalerweise in einer professionellen Rolle, in der sie Handlungen anweisen. Daher sind davon abweichende, gemeinsame Überlegungen kaum möglich	
1	5	46	Aktueller schwieriger Fall: da habe ich von vornherein gesagt, ich übernehme den nur, wenn es Helferkonferenz mit allen beteiligten Fachleuten gibt	Auf Seiten der EB besteht bei einem schweren/langwierigen Fall der Wunsch nach Kooperation	R26 - Kooperation in Notfällen R27 - Auf Seiten der EB besteht der Wunsch nach Kooperation
1	5	47	Das ist ein Fall, der sich über Jahre gesteigert hat und so eskaliert, dass dem (der Bitte nach Kooperation) nachgekommen worden ist	Bei massiven Problemfällen wird dann doch kooperiert	
1	14	48	In der Familienberatungsstelle anonym, freiwillig, kostenlos, geschützter Kontext (dann keine Kooperation)	Im Punkto Kooperation ist Wahrung der Anonymität vorrangig	R28 - Im Punkto Kooperation ist Wahrung der Anonymität vorrangig
1	11	49	Beim Verein Q enge Zusammenarbeit mit Jugendabteilung	im Vereinswesen: Kooperation von EB und Jugendabteilung	R29 - Finanzierung setzt Kooperation Grenzen R30 - Im Notfall (bei FIB) oder wenn EB vom Jugendamt angeordnet wird kooperieren beteiligte Helfer (Lehrer etc.)
1	14	50	Wenn das schon eskaliert und Eltern Einverständnis geben zusammensetzten mit anderen im Helfersystem	Im Notfall Zusammenarbeit	
1	14	51	Kommt drauf an aus welchem Finanzierungstopf das ganze kommt	Finanzierung setzt EB Grenzen	
1	17	52	Bei der FIB Kooperation mit allen beteiligten Helfern, da geht es jetzt nicht nur um ADHS da geht’s um Kindeswohlgefährdung	In der FIB ist die Kooperation beteiligter Helfer per se gegeben	
1	14	53	Wenn EB im aus dem Bereich der sozialen Dienste subventioniert wird, dann (ist EB) oft Empfehlung vom Jugendamt, da dann mehrere Zusammenkünfte auch mit Lehrern	Wenn Subventionen vorhanden sind und das Jugendamt die EB eingeleitet hat kommt es zu Kooperation mit Lehrern	
1	14	54	Kooperationswille: kommt auf die Persönlichkeit der Lehrerin an, schulisches Klima, Team in der Schule, wie viel Unterstützung die Lehrerin hat	Nicht nur die Persönlichkeit des einzigen Lehrers beeinflusst den Erfolg der Kooperation, sondern das gesamte System Schule	R31 - Erfolg der Kooperation wird beeinflusst von d. Lehrerpersönlichkeit und dem System Schule

1	14	55	Gemeinsamer Versuch Kind besser zu verstehen, verstehen warum tut sie etwas	Bei Kooperation wird versucht ein gemeinsames Verständnis für die Ursachen der Symptomatik zu erlangen	R32 - Ziel der Kooperation: • Gemeinsames Verständnis für Ursache der Symptome • Lehrern Handlungsmöglichkeiten aufzeigen • Gemeinsam nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie suchen • Positive Entwicklung anregen • Sicherung des Kindeswohls
1	14	56	Mit Lehrern erarbeiten, welche Möglichkeiten hätten sie	In der Kooperation Lehrern Handlungsmöglichkeiten aufzeigen	
1	17	57	Gemeinsam schauen, wie kann die Familie unterstützt werden, welche Entwicklungsschritte können sie machen, dass das Wohl des Kindes nicht mehr gefährdet ist	Es wird gemeinsam geschaut, wie die Familie unterstützt werden kann um eine positive Entwicklung anzuregen, sodass das Kindeswohl nicht mehr gefährdet ist	
1	11f	58	Durch Zusammenarbeit wissen wir (EB) wesentlich mehr als in der durchschnittlichen EB	Zusammenarbeit bietet mehr Informationen zum einzelnen Fall	R33 - Vernetzung bringt Vorteile für die einzelnen Erziehungsberater • Mehr Informationen über den Fall • Aufgabenverteilung • Zusätzliche Infos für Eltern • Breitgefächertes Angebot auf welches Eltern zurückgreifen können (abseits von EB)
1	17	59	Bei den sozialen Diensten ist die Familie Auftraggeber, di können über die EB hinausgehend sich mir Fragen an uns wenden, wir haben dann Angebote: juristische Beratung, sozialarbeiterische, psychologische, pädagogische usw.	Angebote: juristische Beratung, sozialarbeiterische, psychologische, pädagogische usw.	
1	17	60	Das ist in der Kollegenschaft, ich sagen z.B. zu X.Y. für den Buben bräuchte ich eine Diagnostik könntest du	Durch Vernetzung können Aufgaben intern der Kollegenschaft	
1	17f	61	Das unterscheidet uns von anderen EB-Stellen der APP, dass wir da (Verein Q) ein größeres Netzwerk	Nicht alle EB-Stellen sind so vernetzt wie Verein Q.	R34 - Wobei: Nicht alle EB-Stellen sind so vernetzt wie Verein Q
1	14	62	Mit Lehrern erarbeiten welche Möglichkeiten hätten sie eigentlich, da gibt's wahnsinnig viel, was überhaupt nicht ausgeschöpft wird, die Schulen sind da sowas(betont) von wenig kreativ, das ist echt erschreckend	EB bemängelt, dass Lehrer nicht alle Möglichkeiten ausschöpfen, dass sie wenig kreativ sind, zu wenig pädagogisch-methodisches Know-How haben	R35 - EB kritisiert an Lehrern: • Schöpfen Möglichkeiten nicht aus • Wenig kreativ • Wenig pädagogisch-methodisches Know-how Vor diesem Hintergrund findet „Kooperation" statt
1	15	63	Dass da (bei der Arbeit mit K) mehr an diesem pädagogisch-methodischem Know-how einfließt, was eigentlich die Lehrer haben sollten		
1	17	64	In der Kollegenschaft, dann sage ich zu XY für den Buben bräuchte ich eine Diagnostik, die möchte ich aus bestimmten Gründen nicht machen, könntest du…oder der Bub wird delinquent und dann sage ich zu XY die juristische Beratung macht: „die Familie kommt zu dir"	Intern scheint die Kooperation sehr partnerschaftlich/ausgewogen zu verlaufen	R36 - Intern: Kooperation auf Augenhöhe
1	22	65	(EB Arbeitet mit K wenn) Eltern wo anders in EB und man sagt, man braucht Abklärung	EB übernimmt für Kollegen die Abklärung mit dem K	
1	19	66	Zorn, wenn in der Kooperation mit Ärzten oder Lehrern, wenn die nicht gewinnbringend sind, wenn einem die nicht so darauf einsteigen	EB verspürt Zorn wenn sich andere nicht auf die EB-Perspektive einlassen	R37 - Es entsteht Eindruck, als ob Kooperation meint, andere sollen sich auf die EB-Perspektive einlassen, wenn nicht, dann Zorn bei EB Allerdings: Im anderen Sinn werden sicher auch Ärzte/Lehrer zornig sein, wenn sie mit ihrer Perspektive nicht durchkommen – in diesem Zusammenhang reflektiert die EB nicht (setzt nicht ihre Gegenübertragung ein), Koop. Nicht um Erfahrungen der andere zu erfragen etc. nur um Handlungsanweisung an andere zu geben
Medikation					
1	5	67	Schwierigkeit: dass die Medikamentation auch etwas mit dem Kind tut und eine Reihe von Verhaltensmerkmalen oder Persönlichkeitsmerkmalen erst durch die Medikamentation auftauchen. Dann wird es schwer herauszufinden, was ist eigentlich das Kind?	Medikamente beeinflussen die Persönlichkeit des Kindes, sodass es schwer wird zu sagen, welche Eigenschaften genuin jene des Kindes sind, oder welche durch das Medikament hervorgerufen werden	R38 - Medikamente wirken Persönlichkeitsverändernd • Erschwert Differenzierung zwischen genuin kindlichen Eigenschaften und durch Medi-

1	8	68	Erstens tut es etwas mit dem Kind, es verändert etwas, das ist etwas das Kindern Angst macht, sie verunsichert, da Medikament ihr ganzes Wese beeinflusst	Diese Wirkung macht Angst und verunsichert	kament erzeugte • Verunsichern das Kind • Macht dem Kind Angst • Negativ für Identitätsfindung
1	8	69	Kindheit und Jugendzeit dadurch ausgezeichnet „wer bin ich denn?“ Persönlichkeitsstrukturen formiert zu einer Identität, und das ist da (mit Medikamenten) ganz furchtbar	Medikation wirken negativ auf die Identitätsfindung	
1	9	70	Eltern müssen mir ehrlich sagen, ob der das Medikament nimmt oder nicht	EB informiert sich über den Medikamentengebrauch der ADHS-Kinder	R39 - EB möchte wissen ob das Kind Medikamente einnimmt oder nicht
1	8	71	Ich hätte noch nie erlebt, dass es wirklich Sinn gemacht hätte, langfristig	Langfristig macht Medikation keinen Sinn	R40 - Obwohl Medikation die Symptomatik rasch verbessert macht sie langfristig keinen Sinn
1	10	72	Verspricht schnelle einfache Hilfe	Medikamente verbessern Symptomatik rasch	
1	8	73	Es gibt immer eine Besserung		
1	8	74	Da viele Fachleute beteiligt sind und die beratenden Stellen oft gewechselt werden, ist es so, dass man das langfristig überhaupt nicht verfolgt	Fälle wo Medikamente verabreicht werden, werden nicht langfristig begleitet/verfolgt	R41 - Einnahme der Medikamente wird nicht langfristig verfolgt/begleitet/kontrolliert
1	8	75	Dass die x-ten Kinder die Medikamente gar nicht nehmen	Medikamente werden gar nicht regelmäßig eingenommen	R42 - Einmal verschrieben bleibt die Familie sich selber überlassen
1	9	76	Oft nimmt es (das Medikament) gar nicht, manchmal vergessen sie, manchmal nicht		R43 - Auch die psychischen Auswirkungen der Medikation wird nicht langfristig begleitet/beobachtet (In Kombi mit Rest von Seite 8)
1	9	77	Nein das rate ich nicht (Medikamente bei der EB abzusetzen), hat keinen Sinn Eltern noch einmal zu verunsichern	Zu raten, dass die Eltern die in EB kommen die Medikamente absetzten sollen würde verunsichern	R44 - Im Zuge der EB wird nicht zum Absetzen der Medikamente geraten um Verunsicherung zu meiden und da das unter medizinischer Kontrolle ablaufen muss
1	9	78	Absetzen der Medikation: muss unter sehr genauer medizinischer Kontrolle ablaufen	Absetzen der Medikation bedarf genauer medizinischer Kontrolle	
1	10	79	Durch die Bank werden die gefüttert mit Psychopharmaka	Die meisten Kinder mit ADHS bekommen Medikamente Gefüttert: es wird einfach so (wie Nahrung) vergeben	R45 - Die meisten Kinder bekommen Medikamente. Der Druck kann auch von Seiten der Schule kommen
1	10	80	ADHS: Krankheit die medizinisch behoben wird	Medikation als einziges Mittel um die Krankheit ADHS zu behandeln	
1	10	81	Druck von der Schule nach Medikamenten	Druck von Schulen in Richtung Medikation	
1	10	82	Wenn sich das Kind so aufführt muss es erst medikamentös eingestellt werden, dann unterrichtet sie wieder		
Kommen die Fam. explizit wegen ADHS zur EB?					
1	2f	83	Also wenn es wirklich definitiv um ADHS geht ist es oft so, dass die schon wegen dem kommen	ADHS ist oftmals der Hauptgrund (sofern tatsächlich eine ADHS-Betroffenheit vorliegt)	R46 - Familien suchen explizit aufgrund von ADHS EB auf
Wie kommen Eltern zur EB?					
1	3	84	Eher selten von der Psychiatrie. Von den abklärenden Institutionen ist es oft so, dass sie sagen mit der medikamentösen Einstellung ist die Sache erledigt	Psychiater schicken selten primär zur EB, Medikation ist Intervention der Wahl, und die einzige	R47 - Zur EB wird überwiesen: • Selten von Psychiatrien direkt • Kinderärzte • Schulen • Jugendabteilung
1	3	85	Kann doch von dort (Psychiatrie) eine Aufforderung zur EB kommen	Mache Psychiater scheinen doch zur EB zu überweisen	
1	3	86	Sehr oft ist es so, dass nach Phase wo es relativ gut geht, die erste Zeit nach der Medikation, dann eine Phase kommt wo alles wieder beim Alten ist. Dann ist ein Schwung wenn Eltern oft kommen.	Trotz Medikation kommt es wieder zu Schwierigkeiten die andere Interventionen wie EB erforderlich macht	R48 - Zum Verein Q wird nicht nur direkt im Bezug auf EB überwiesen, sondern um dort einen Überblick über diverse Hilfsangebote zu erhalten
1	3	87	Über unterschiedliche Stellen: Schulen, Jugendabteilung, Kinderärzte – jedoch oft nicht mit „holen Sie sich Erziehungsberatung“, sondern: „wenn	Verschiedene Stellen verweisen an helfende Institutionen, wobei nicht unbedingt direkt an EB verwiesen wird	

			Sie nicht mehr weiter wissen, schauen Sie mal zum Verein Q, die werden schon etwas haben“		R49 - Eltern kommen oft dann, wenn Medikation nicht den erhofften Effekt erbringt, dann kommen Eltern über verschiedene Stellen
Alter / Geschlecht der Kinder					
1	3	88	Meistens fangt es mit der Schule an, so 7, 8	Richtig manifest mit Schulbeginn (7, 8 Jahre)	R50 - Obwohl sich ADHS vor allem im Schulalter manifestiert haben diese Kinder oft schon längere Vorgeschichten oder fallen schon früher durch gesteigerte Unruhe auf
1	3	89	Im Kindergarten meistens schon unruhig	Oft sind die Kinder schon im KG-Alter unruhig,	
1	5	90	Ein Bub, den kenne ich seit er eineinhalb: Besuchsbegleitung etc., jetzt ADHS diagnostiziert	Der Diagnose ADHS gingen über knapp 10 Jahre andere Probleme voraus	
1	4	91	Bei Jugendlichen kommen die Eltern, besonders bei Burschen oft auch bei Mädchen, wegen aggressiver Durchbrüche	Bei Jugendlichen mit ADHS scheinen aggressive Durchbrüche Hauptgrund für das Aufsuchen von EB zu sein	R51 - Auch Eltern von Jugendlichen kommen zur EB, wobei dann Hauptthema Aggression ist
1	4	92	Wesentlich mehr Buben, fast ausschließlich	Zur EB kommen mehr Familien mit einem Buben mit ADHS	R52 - Es kommen mehr Eltern von Burschen als Mädchen mit ADHS zur EB
1	5	93	Ein Bub, der ist jetzt 11	Eine Familie mit einem 11jähigen Buben mit ADHS	
Stellenwert der Behandlungsweisen					
1	7	94	Erziehungsberatung den allergrößten Anteil hat, und am aller wichtigsten ist	EB stellt verglichen mit Medikation und PT den wichtigsten Anteil in der Intervention im Fall von ADHS dar	R53 - EB als der wichtigste Anteil in der Intervention im Fall von ADHS
1	11	95	EB das absolut wichtigste		
Warum wenige Eltern in EB?					
1	9	96	Es ist ein Unterschied ob Eltern davon ausgehen, und durch Fachleute bestärkt bekommen, mit dem Kind stimmt etwas nicht, das muss jetzt geändert werden oder ob Eltern reflektierter sind und sich denken, das ist ja eine Beziehung, da bin ich auch beteiligt – je nach dem suchen sie die Stellen an die sie sich wenden unterschiedlich aus	Grundeinstellung der Eltern beeinflusst an welche helfenden Stellen sie sich wenden, feinfühlige Eltern geben nicht nur Medikament, sondern erkundigen sich weiter • Rückschluss: zu wenig reflektierte Eltern?	R54 - Relativ wenig Eltern suchen im Fall von ADHS EB auf da: • Primär das Kind verändert werden soll • Rasche Hilfe erwünscht ist • Druck durch Schule in Richtung Medikation R55 - Perspektive und Grundeinstellung beeinflussen die Wahl des Behandlungsweges
1	9	97	Die durchschnittlich feinfühlige Mutter wird mit ihrem schwierigen Kind nicht auf eine Kinderpsychiatrie oder wenn der Kinderarzt sagt „da haben sie jetzt ein Medikament“ die wird das nicht tun denke ich, wird sich noch andere Meinung einholen, noch etwas anderes wollen		
1	10	98	Eltern mit starkem Druck wollen nur das Kind ändern und an sich nichts arbeiten	Oft soll primär das Kind verändert werden	
1	10	99	Eltern haben Druck und wollen schnelle Hilfe	Eltern: schnelle Hilfe ist erwünscht Widerspruch zu später, wo sie meint die Langsamkeit der EB sei kein Problem	
1	10	100	Druck von der Schule nach Medikamenten	Druck von der Schule, ohne Medikation wird K nicht mehr unterrichtet	
1	10	101	Dass die Direktorin sagt, wenn sich ihr K eben so auffährt, das ist krank und das muss erst medizinisch abgeklärt und medizinisch eingestellt werden, dann unterrichte ich es weiter		
Ursachen von ADHS?					
1	5	102	Ein Bub, den kenne ich seit er eineinhalb: Besuchsbegleitung etc., jetzt ADHS diagnostiziert	Der Diagnose ADHS gingen über knapp 10 Jahre andere Probleme voraus	R56 - ADHS-Kind hat lange Problemgeschichte
1	11	103	Kommt darauf an was dahinter steck t	Mehrere verschiedene Ursachen für Auftreten von ADHS möglich	R57 - Es kann mehrere Ursachen für ADHS geben
1	6	104	Ein Bub mit Diagnose ADHS: ich bezweifle diese, da eine frühkindliche Bindungsstörung und zwar eine ziemlich heftige	Hinter den Symptomen verbirgt sich eine frühkindliche Bindungsstörung	R58 - Hinter ADHS verbergen sich eigentlich Bindungs- und Objektbeziehungsstörungen durch: • Frühes Life-Event
1	21f	105	Wenn man davon ausgehen kann, dass es in Wirklichkeit ADHS gar nicht	ADHS per se gibt es nicht – dahinter verbergen sich	

			gibt und das in Wirklichkeit eine Bindungsstörung ist	andere Problematiken	• Missbrauch • Körperliche Gewalt in der Familie • Verluste bedeutsamer Bezugspersonen in früher Kindheit • Emotionale Unerreichbarkeit von Bezugspersonen • Nach familiären Wendungen kommt es auch zu Verlust vertrauter Strukturen durch Umzug etc. • In Pflege- und Adoptivfamilien häufig
1	11	106	Eigentlich immer Bindungsstörungen, frühkindliche Störung in der Objektbeziehung, innere Objekt nicht gut/fest genug => Explorationsverhalten und Sachzuwendung geht nicht	Ursache von ADHS: nicht gehirnorganischen Funktionsstörung, sondern Bindungs- oder Objektbeziehungsstörungen	
1	20	107	Bindungsdefizite oder -schwierigkeiten	Bindungsdefizite oder -schwierigkeiten	
1	11	108	Oft bei Pflegekindern oder Adoptivkindern	In Pflege- oder Adoptivfamilien häuft sich diese Symptomatik	
1	11	109	Frühkindliches Life-Event => Objektbeziehung eingebrochen	Frühes Life-Event (zwischen erstem und zweiten Lebensjahr) => Objektbeziehungsstörung Dadurch wird es dem Kind nicht möglich sich wieder anzunähern, es bleibt (auch emotional) alleine	
1	12f	110	Life-Event zwischen erstem und zweitem Lebensjahr		
1	13	111	So die Phase der Wiederannäherung, die erste Mobilität, sich bewegen können aber nicht mehr zurück kommen können, auch nicht emotional		
1	12	112	Verdacht des sexuellen Missbrauches, Vater inhaftiert	Missbrauch Körperliche Gewalt gegenüber dem Kind	
1	12	113	Das andere war auch Missbrauchsfall, da sind viele Missbrauchsfälle dabei		
1	18	114	Bub: immer wieder vom Vater geschlagen , aus dem Nichts heraus		
1	12	115	Innerhalb kürzester Zeit Halbgeschwister, die er gern gehabt hat verloren, den Vater verloren	In relativ kurzer Zeit viele Verluste bedeutsamer Bezugspersonen in früher Kindheit	
1	12	116	Gefängnis	Gefängnisaufenthalt einer Bezugsperson	
1	12	117	Selbstmord des Vaters	Tot einer Bezugsperson	
1	12	118	Krebserkrankung der Mutter, längerfristige, bedrohliche Erkrankung	Die Beziehung zur Bezugsperson ist aus div. Gründen (emotional) gefährdet	
1	12	119	(Durch familiäre Schwierigkeiten) Emotional komplett die Mutter verloren		
1	12	120	(neben persönlichen Verlusten) Wohnung wechseln	Wechsel der Wohnung	
1	16	121	Dass dieses Symptom von dem Kind, dieses ADHS schon einen fixen Platz in der Familie eingenommen hat	Familiendynamisch erfüllt ADHS eine Aufgabe, hat in der Familie seinen Platz	R59 - ADHS = familiendynamisch Verankert
Prognose von EB?					
1	11	122	Bei frühem Life-Event wo Eltern halbwegs reflektieren können ist das prognostisch sehr gut	Prognose für den Einsatz von EB im Fall von Familien mit ADHS sehr gut: bei frühem Life-Event wo Eltern gut reflektieren können, wenn die Symptomatik noch nicht zu sehr verfestigt ist und auch das Schulsystem stützt	R60 - Prognose von EB gut wenn: • Gute Reflexionsfähigkeit der Eltern • Wenn Symptom noch nicht verfestigt • Wenn Schulsystem stützt
1	16f	123	Bei einer durchschnittlich neurotischen Familie plus Life-Event, und es hat sich nicht zu sehr verfestigt und ich habe in der Schule gute Prognosen, dann kann es (durch EB) zu einer Erleichterung kommen		
1	11f	124	Prognostisch ganz schlecht: (heimliche) familiäre Gewalt, bei Adoptiv- und Pflegekindern	Prognose für den Einsatz von EB im Fall von ADHS-Familie sehr schlecht: bei familiärer Gewalt, Adoptiv- oder Pflegefamilien , bei Alkoholismus und wenn die Schule sehr rigide ist	R61 - Prognose von EB schlecht wenn: • Familiäre Gewalt • Alkoholismus • In Adoptiv- oder Pflegefamilien • Wenn die Schule rigide und wenig kooperativ ist • Wenn es immer wieder zu Zwischenfällen kommt, welche das Erreichen der Ziele von EB verhindern R62 - EB Erfolg = von äußeren Faktoren R63 - Kompetenz der EB nicht allein für den Erfolg der EB maßgeblich
1	17	125	Familiäre Gewalt, Alkoholismus plus rigide Schule, dann ist es prognostisch relativ schlecht		
1	12	126	Pflegeltern: intensiver Kinderwunsch, das Bild vom Kind und das Pflegekind/Adoptivkind entspricht dann nicht	Spezielle familiäre Dynamik in Pflege- Adoptivfamilien	
1	13	127	Längerfristige Begleitung wenn das Ganze dramatische Wendungen nimmt und man so das was man erarbeiten will nicht erarbeiten kann	EB dauert länger wenn zu erwartende Ziele durch dramatische Zwischenfälle nicht erarbeitet werden können	
1	14	128	Wenn gewalttätiges Klima oder immer wieder Unterbrechungen oder kleine Katastrophen wird's eine langfristige Geschichte	Die EB dauert länger, wenn sie durch Zwischenfälle immer wieder unterbrochen wird EB dauert länger, wenn in der Familie ein gewalttätiges Klima vorherrscht	
1	13	129	Alles was über Kurzfristigkeit hinausgeht sind halt nicht unbedingt schwierige Fälle, aber wo immer wieder etwas dazwischen kommt, das ganze	Durch Wendungen und Unterbrechungen kann die EB ihre Ziele nicht verfolgen	

			unterbricht		R64 - Verlauf von ADHS bzw. dessen Prognose = sehr stark von äußeren Faktoren abhängig
1	13	130	Längerfristige Begleitung ist immer ein dauerndes Scheitern	Dauert eine EB zu lange können keine Erfolge erzielt werden	
1	13	131	Wenn Eltern verantwortete Schuld aushalten können, Lehrerin das Kind mag reichen drei, vier zehn Treffen	Nur wenige Beratungseinheiten wenn Eltern und Schule gut mitarbeiten Widerspruch zu 2J Dauer??	
1	13	132	Wenn Eltern recht reflektiert sind, aber die Schule nicht kann, dauert es länger, dann muss ich Anpassungsprozess in der Schule hinbekommen	Wenn die Schule nicht kooperiert braucht es länger EB EB Versucht Situation in der Schule zu verbessern	
1	13	133	Die, die man kürzer gehabt hat, da ist es gut gegangen	Wenn EB erfolgreich greift, ist der Beratungszyklus relativ kurz	R65 - Sind die Umstände gut bedarf es eines eher kurzen Beratungszyklus
1	13	134	Schnitt zwei Jahre	Die durchschnittliche Dauer der EB liegt bei rund 2 Jahren	R66 - Im Schnitt kommen Familien mit ADHS-Kindern zwei Jahre zur EB
1	16	135	Wenn ADHS-Symptome gemildert wurden: meistens wird ein anderes Kind schwierig, besonders wenn es lange dauert	Nach Milderung der ADHS-Symptome kommt es zu einer Verschiebung von Problemen auf ein anders Kind	R67 - Die ADHS-Symptome spiegeln eine familiäre Dynamik wieder – gehen sie verloren kommt es oft zu anderen Schwierigkeiten innerhalb der Familie => dh. Familiendynamik hat sich nur verschoben, nicht behoben! R68 - Oder: durch EB wird grundlegender Konflikt entschärft => K muss nicht mehr als Symptomträger fungieren
1	16	136	Wenn das ein Stückchen ausgeglättet oder entschärft wird, dann taucht meistens etwas anderes auf, dann kommt das nächste Kind		
1	16	137	Oder die Eltern lassen sich dann doch scheiden, das (Symptom) wird familiär genutzt um andere Dinge/ Konflikte nicht aufkommen zu lassen	Fällt das Symptom ADHS weg, tauchen andere Probleme innerhalb der Familie auf Pos.: durch EB kommt der wahre Konflikt zu Tage => Eltern lassen sich scheiden => K nicht mehr als Symptomträger innerhalb der Familiendynamik	
Was bringt EB?					
1	21	138	Am allermeisten so etwas wie Neugierde mit den Eltern aufs Kind entwickeln, ohne Angst zu haben	Eine angstfreie Neugierde auf das Kind entwickeln	R69 - EB versucht: • Neugierde auf das Kind entwickeln • Angst vor dem Anderssein zu nehmen • Bindung stabilisieren • Arbeit pädagogischen Geistern • Erreichen, dass Eltern das Symptom positiv bewerten
1	21	139	Dass man es sich leisten kann auch seine eigenen Schattenseiten als Mutter oder Vater zu entdecken und sich und das Kind trotzdem mögen kann	Arbeit an den pädagogischen Geistern	
1	21	140	Es macht (durch EB) nicht Angst, dass er sich oder sie sich nicht so anpasst wie es alle gerne hätten	Durch EB wird die Angst vor dem Anderssein genommen	
1	22	141	Wenn Beziehungsaspekt ein bisschen mehr gesichert ist (EB sieht ADHS als Bindungsstörung), dann kann eine Sachzuwendung oder zu Dingen in der Welt wieder leichter erfolgen	EB hilft die Bindung zu stabilisieren, sodass sich das Kind wieder der Umwelt zuwenden kann	
1	21	142	(Eltern) diese Symptomatik auch positiv zu bewerten	Eltern können Symptom positiv bewerten	
1	14	143	Langfristige Geschichte, die immer wieder Unterbrechungen hat, wo die Eltern aber immer wieder zurück kommen, also die immer wieder wo die Eltern immer wieder aktiv zurückkommen,	Eltern kommen trotz Unterbrechungen aktiv zur EB zurück	R70 - Eigeninitiative der Eltern => Eltern bringt EB etwas, Arbeitsbündnis ist gut => sie kommen aktiv wieder R71 - Viell. Dadurch, dass sie hier ihren Schuldgefühle Raum geben können, die Eltern von dem Angebot der EB überzeugt sind, EB auch unterschlechten Bedingungen Hoffnung spendet • Raum Schuldgefühle aussprechen zu können • EB vermittelt Hoffnung, dass es noch nicht zu spät für Veränderung ist
1	16	144	Dann geht es (in EB) meistens darum, dass ein ganz großes Schuldgefühl dem K gegenüber da ist, und das überhaupt einmal bewusst werden zu lassen	Eltern haben Raum ihre Schuldgefühle aussprechen zu können	
1	16	145	„Und es ist noch nicht alles zu spät“	EB vermittelt den Eltern das Gefühl, das es noch nicht zu spät ist, etwas an der Sache zu ändern	

Wer kommt zur EB?					
1	15	146	Klassischerweise eher Mütter	Es kommen mehr Mütter zur EB	R72 - Zumeist kommen Mütter, wobei die Anwesenheit der Väter auch wichtig ist/wäre. R73 - Die EB arbeitet auch mit den Kindern
1	15	147	Wenn es geht ist ich r schon wichtig, dass Väter dabei sind	Väter sollten nach Möglichkeit auch zur EB kommen	
1	18	148	Wenn ich es mit dem Kind selbst auch zu tun hab	Ab und zu arbeitet die EB schon auch mit dem Kind	
Arbeit mit dem Kind					
1	22	149	Wenn Eltern wo anders in EB sind und man braucht eine Abklärung	Mit dem Kind wird im Zuge von Abklärung gearbeitet	R74 - Kind kommt zur Abklärung in die EB
1	22	150	Das man sagt man muss eine andere emotionale Besetzung an einen Lernstoff herstellen	Förderung im schulischen Bereich (emotionale Besetzung des Lernstoffes, lustvolles Lernen)	R75 - Die Förderung ist an die Bedürfnisse des Kindes angepasst: • Schulisch • Über schulischen Bereich hinaus
1	22	151	Form von Förderung im schulischen Sinn		
1	22	152	Lustvolles Entdecken der Sprache		
1	22	153	Förderung über den schulischen Bereich hinaus – also in einem Bereich wurscht ob emotionaler Natur, kognitiver oder wahrnehmungsmäßiger, wo das Kind Unterstützung braucht	An die Bedürfnisse des Kindes angepasste Förderung	
Wie arbeiten sie mit den Familien?					
1	15	154	Unterscheidet sich nicht von Figdor'schen Konzept der EB außer eine Ausnahme	Neben der Arbeit nach dem Figdor'schen Konzept werden in der EB den Eltern auch sonderpädagogische Methoden vermittelt	R76 - Vermittlung sonderpädagogischer Methoden, Lernmöglichkeiten etc. R77 - Versuch in der Schule einen Anpassungsprozess zu initiieren.
1	15	155	Auch gemeinsam nach methodischen Kniffen oder Zugängen sucht, wie eine Hausaufgabensituation erleichtert werden kann, oder sonderpädagogische Methodik, motorische Lernmöglichkeit, dass mehr pädagogisch-methodisches Know-How einfließt		
1	13	156	Habe ich eine Schule die nicht kann, dann muss ich Anpassungsprozess in der Schule hinbekommen	In der EB wird an einem Anpassungsprozess gearbeitet wenn dies durch eine rigide Struktur des Schulsystems erforderlich ist	
1	19	157	Wenn man sie (Kooperationspartner) dazu bringen möchte neugierig auf das Kind zu werden und sich anzuschauen was steckte denn da dahinter, warum könne das so sein nicht darauf einsteigen	Die Arbeit folgt dem psychoanalytischen Paradigma, dass es innerpsychische Ursachen gibt, welche sich hinter den Symptomen verbergen	R78 - Arbeit entsprechend dem psychoanalytischen Paradigma: gemeinsam mit Eltern oder Kooperationspartner Gründe und Ursachen für die Symptomatik suchen
1	4	158	Wenn ich ein Kind bekomme mit dem Schild ADHS ist natürlich der erste Schritt, das man versucht mit Eltern herauszufinden wie es überhaupt dazu gekommen ist, warum tut das Kind so wie es tut	Es werden gemeinsam mit den Eltern Gründe für die Symptomatik gesucht	
1	18	159	Kind wo ADHS mit Aggressionsdurchbrüchen gekoppelt ist, das man unheimlich zornig wird auf das Kind, dieser Zorn bei mir, der war so groß, ich hätte dem eine knallen können	EB nimmt Gegenübertragung wahr und nutzt diese differenzialdiagnostisch	R79 - In der EB findet Gegenübertragung Beachtung und wird differenzialdiagnostisch genutzt
1	18	160	Das war aber ein Bub, der immer wieder vom Vater geschlagen wurde, aus dem Nichts heraus, das ist dann etwas was man differenzialdiagnostisch gut nutzen kann, weil man da oft drauf kommt „hoppala, da gibt es noch etwas in der Geschichte, was an mir vorbeigeschleust wurde!"		
Welche pädagogischen Geister?					
1	16	161	Die ganzen klassischen Geister	Klassische Geister	R80 - Im Fall von ADHS liegen klassische Geister vor: • Schuldgefühle gegenüber dem Kind • Kann ich trotz versch. Problemlagen/Schwierigkeiten noch ein gutes Elternteil sein?
1	16	162	Wenn es frühkindliche Bindungsstörung oder Objektbeziehungsstörung meistens ganz großes Schuldgefühl dem Kind gegenüber	Schuldgefühle gegenüber dem Kind	
1	16	163	Man kann immer noch eine gute Mutter oder guter Vater sein, wenn man seine Frau täglich krankenhausreif geschlagen hat	Die Frage ob man trotz massiven Problemen in der Familie dennoch eine gute Mutter/ein guter Vater sein kann	
Schwierigkeiten in der EB					
1	18	164	Wenn ich es mit dem Kind selbst auch zu tun hab und ADHS mit Aggres-	Zorn auf das Kind wegen seiner Aggressionsdurchbrü-	R81 - Gegenübertragungstendenzen bei aggressiven

			sionsdurchbrüchen gekoppelt ist, dass man unheimlich zornig wird auf das Kind	chen	Kindern
1	18f	165	Wenn es bei den Eltern so im Kreis dreht, so Phasen „alles nutzt nichts“, wenn man merkt die sind schon am Absprung, dann wird man auf die Eltern zornig und fühlt sich unheimlich hilflos und inkompetent	Wenn die Gefahr besteht, dass die Eltern abspringen könnten kommt es zu Zorn, Hilflosigkeit und Gefühlen der Inkompetenz bei EB	R82 - Wenn ein Abbruch der EB von Seiten der Eltern droht führt dies auf Seiten der EB zu Hilflosigkeit, Gefühlen der Inkompetenz sowie Zorn
1	19	166	Häufiger Wechsel der Helfer bei ADHS-Kindern dadurch, dass Eltern Erfahrung machen wollen, niemand kann ihnen helfen, das mildert das Leid, das sie haben. Weil die besten Fachleute scheitern an ihrem Fall	Schwierigkeit bei der EB: Eltern suchen oft den Abbruch um ihre eigene Erfahrungen der Hilflosigkeit zu bekräftigen	
1	19	167	Zorn wenn Kooperation mit anderen, Ärzten, Lehrern, nicht gewinnend sind. Wenn man die nicht dazu bringt nicht nur dieses medizinische und diesen Anpassungsprozess durch zu laufen.	Wenn man andere Kooperationspartner nicht von der medizinischen Perspektive abbringen kann löst dies Zorn bei der EB aus	R83 - Wenn man andere Kooperationspartner nicht von der psychoanalytisch-pädagogischen Perspektive der EB überzeugen kann, löst dies Zorn bei der EB aus
1	19	168	Wenn man sie (Kooperationspartner) dazu bringen möchte neugierig auf das Kind zu werden und sich anzuschauen was steckte denn da dahinter, warum könne das so sein nicht darauf einsteigen	Wenn Kooperationspartner nicht bereit sind, nach alternativen Ursachen für ADHS zu suchen	
Familien wo Symptome aber keine ADHS-Diagnose					
1	20	169	Ich glaube schon, dass das häufig ist	Es kommt oft vor, dass Kinder zwar ADHS-typische Symptome zeigen, jedoch keine Diagnose haben	R84 - Häufig, dass Kinder mit Symptomen aber ohne Diagnose kommen
1	20	170	Es kommt darauf an, wie das Symptom interpretiert wird und welchen Stellenwert es in der Familie und sozialen Umfeld hat	Es kommt auf die Interpretation der Symptome seitens Familie/Umfeld an	R85 - Es kommt darauf an wie das Umfeld/die Familie die Symptome bewerten (negativ/positiv)
1	20	170	Es gibt eine ganze Reihe die dieses Verhalten zeigen, dieses wird nicht als störend oder negativ gesehen. Die hat man halt man selten direkt in der Familienberatungsstelle, oder die Eltern kommen wegen einem Geschwisterl,	In vielen Familien wird das hyperaktive Verhalten nicht als störend erlebt oder negativ bewertet, daher kommen diese dann nicht primär deswegen in EB	
Nachteile der EB?					
1	23	172	Nachteil der entstehen kann, wenn viele Helfer drinnen sind, dass es zu Verunsicherung der Eltern kommt, besonders wenn Uneinigkeit da ist	Wenn viele Helfer involviert sind kommt es zu Verunsicherungen der Eltern, welche durch Uneinigkeiten im Helferkorpus noch bestärkt werden	R86 - Verunsicherung der Eltern durch viele beteiligte Helfer
1	23	173	Das mit der längeren Zeit sehe ich nicht als Problem	Lange zeitliche Dauer der EB ist kein Problem	R87 - Lange Dauer wird nicht problematisch gesehen
1	23	174	Meistens Eltern, die schon bei X andern Leuten waren, schon ungeschickt von Leuten konfrontiert worden sind => Angst zu einer Fachfrau zu gehen ist dann schon ziemlich groß	Eltern haben im Vorfeld schon oft schlechte Erfahrungen mit Fachleuten gemacht => Angst erniedrigt zu werden	R88 - Angst vor Erniedrigung bei Eltern, da oft schon vorher schlechte Erfahrung mit Fachleuten
1	23	175	Angst erniedrigt zu werden		
Zusatz durch die EB					
1	24	176	Die (ADHS-Kinder) werden ja mal erwachsen, und die werden ja mal Eltern und was ist dann mit der nächsten Generation?	Welche Konsequenzen die Symptomatik und allem was daraus resultiert auf die spätere Elternschaft dieser Kinder hat, ist fraglich	R89 - Durch hohe Aggressionsbereitschaft junger Väter ist es fraglich wie dies auf deren eigene Elternschaft und auf nächste Generation wirkt
1	24	177	Wir haben eine Generation von jungen Vätern, die zeitweise eine unglaubliche Brutalität an den Tag legen, die halt- und hemmungslos sind	Halt- und Hemmungslosigkeit und Brutalität bei jungen Vätern dieser Generation	
1	24	178	Eine ganz neue Generation an jungen Burschen nämlich in dieser Ausprägung	Die Art dieser Burschen scheint Angst zu machen, Besorgnis erregend zu sein WIDERSPR: zuvor soll EB helfen den Eltern die Angst vor ihren K zu nehmen, dabei hat EB selber Angst was da aus den K werden soll	
1	24	179	Umstellung durch Integrationsschulen oder Integrationsklassen es dazu gekommen ist, dass sinnesbehinderte Kinder in die Regelschule integriert	Verhaltensauffällige Kinder werden in unserem Schulsystem segregiert statt integriert	R90 - Verhaltensauffällige K werden im Schulsystem segregiert, finden schwer Lehrstellen => Zukunftschan-

			wurden und die Sonderschulen sind ja bestehen geblieben und mit diesen verhaltensauffälligen Kindern gefüllt worden		cen = gering
1	24	180	Verschiebung, vorher waren die eigentlich integriert und jetzt ist es anders rum		Eigentlich wäre gerade hier gute Kooperation mit Schulen wichtig, damit die K nicht aus dem Regelsystem fallen, gerade der Bereich der Kooperation scheint durch kritische Haltung der EB gegenüber Lehrern und Schulsystem gefärbt zu sein
1	24	181	Kinder die in diesen Mosaikklassen oder Sonderbeschulung fertig geworden sind, die dann nie in eine Lehre kommen, das ist ja chancenlos	Berufliche Perspektive für diese Kinder ist äußerst schlecht	
1	25	182	Ich frage mich was kommt da heraus?	Es ist fraglich was das Resultat dieses segregierenden Schulsystems ist, welche Folgen bzw. Konsequenzen ergeben sich daraus?	
1	25	183	Das macht mir schon (lange Pause – Ende des Interviews)	Was macht diese Situation? Angst? Diese bleibt scheinbar unausgesprochen	R91 - Angst der EB vor diesen Entwicklungen scheint unausgesprochen
Ergänzung					
1	7	184	Wo Eltern dann immer wieder kommen, also immer wieder aktiv zurück kommen	Eltern kommen aktiv zur EB zurück	R579 -Eltern kommen aktiv zur EB zurück
Interview 2					
Welcher Ausbildungsweg?					
2	1	1	Seit 1997	Arbeitet seit 1997 als EB	R92 - Arbeitet seit 1997 als EB
Setting					
2	1	2	Fälle sind aus der Familienberatungsstelle… die eigentlich einen Schwerpunkt hat für behinderte Kinder, aber für jeden offen	EB ist an eine Institution gebunden, die zwar für jedermann offen ist, jedoch einen Schwerpunkt für behinderte Kinder hat	R93 - EB ist an eine Familienberatungsstelle gebunden die Außenstellen im ländlichen Raum Österreichs hat.
2	1	3	Beratungsstellen in Kleinstädten oder ländlichen Gegenden eines Österreichischen Bundeslandes	EB berät in Außenstellen der Familienberatungsstelle im eher ländlichen Raum Österreichs	R94 - Der Schwerpunkt liegt auf Familien mit behinderten Kindern, wobei die Beratungsstelle auch für Familien mit andren Problemhintergründen offen ist
2	15	4	Die Mutter ist noch eine Zeit lang zu mir gekommen, weil es ihr sehr schlecht gegangen ist (nachdem ihr jugendlicher Sohn in eine WG verwiesen wurde)	Die EB läuft noch weiter, auch wenn das Kind an sich nicht mehr in der Familie lebt	R95 - EB passt sich an die Lebensumstände und Problemlagen der Familie an
2	18	5	Wenn Kinder wieder Schwierigkeiten haben, dass sie wieder kommen	EB kann erneut aufgesucht werden falls es nach Abschluss einer Beratungsepisode wieder zu Problemen kommt	R96 - Eltern können bei erneuten Schwierigkeiten wieder kommen
Dauer/Frequenz					
2	18	6	(im Schnitt) ein halbes Jahr, dann mit vereinzelten Stunden noch ein Bisschen weiter	Etwa ein Jahr	R97 - Dauer = etwa ein Jahr
2	18	7	Am Anfang wöchentlich, dann zweiwöchentlich und dann einmal nur einmal im Monat	Wöchentlich, dann 14-tägig und monatlich	R98 - Wöchentlich, dann 14-tägig und monatlich
Wie viele Fam. mit ADHS-Kindern?					
2	1	8	Seit ich da (Familienberatungsstelle) angefangen haben zu arbeiten waren es vier	Vier Familien mit ADHS-Kindern	R99 - Vier Familien mit ADHS-Kindern
2	11	9	Prozentsatz (an Familien mit ADHS-Kindern) ist nicht hoch, ich habe sehr viel mehr Kinder mit Enuresis zum Beispiel oder Scheidungssymptomen	In die EB kommen mehr Eltern, deren Kinder andere Problemen als ADHS zeigen	R100 - Viel mehr Familien mit anderen Problemhintergründen als ADHS in der EB
Alter und Geschlecht der ADHS-Kinder					
2	1	10	Zwei sieben jährige und zwei 14 jährige Buben	Vier Buben, kein Mädchen, Alter sieben und 14	R101 - Vier Buben, kein Mädchen, Alter sieben und 14
Gibt es eine bestimmte theoretische Orientierung? Bestimmte methodische Vorgaben?					
2	1	11	Kodex der APP	Kodex der APP	R102 - Die theoretische Orientierung orientiert sich am Kodex der APP

Behandlungsvorgeschichte					
2	2	12	Ambulatorium, waren bei einer Logopädin und bei einem Psychotherapeuten dort, wobei die PT abgebrochen wurde und die Logopädie zu Ende war	Der EB gingen zwei Jahre systemische Familientherapie und Logopädie voraus Logopädie war zu Ende PT abgebrochen	R103 - Systemische Familientherapie, Logopädie R104 - Abbruch der PT
2	2	13	Das war eine Familientherapie eine systemische (die wegen ADHS aufgesucht wurde)		
2	2	14	Wobei sie schon , glaube ich, zwei Jahre sporadisch stattgefunden hat		
2	2	15	Der Jugendliche wollte an dieser Familientherapie nicht teilnehmen, deswegen wurde sie abgebrochen	Abbruch da Jugendlicher nicht mehr an der familienorientierten PT teilnehmen wollte	
2	2	16	Der eine Jugendliche jahrelang in psychiatrischer Behandlung, das heißt er hat Medikamente bekommen gegen ADHS	Psychiatrische Behandlung geht mit Medikation einher	R105 - Psychiatrische Behandlung + Medikation
2	3	17	Kind stationär für drei Monate auf der Psychiatrie	Kind stationär für drei Monate auf der Psychiatrie	R106 - Aufenthalt auf der Psychiatrie (mit eher negativen Folgen für das K)
2	3	18	(Eltern haben) Gefühl, dass des Kind nach diesem stationären Aufenthalt noch schlechter gegangen ist	Stationärer Aufenthalt mit eher negativen Folgen	
2	12	19	Dann hat eine Ärztin (nach 7 Jahren medikamentöser ADHS-Therapie) das erste Mal festgestellt „nein, eigentlich hat er eh gar nicht ADHS“	Wirken Medikamente nicht, wird oft die Diagnose ADHS zurückgezogen	R107 -Wirkten Medikamente nicht, wird Diagnose ADHS zurückgezogen
2	12	20	Für mich war es immer schwer nachvollziehbar, wenn gewisse Symptome da sind wird es verschrieben, wenn … die Eltern dann wieder kommen habe ich oft erlebt, dass die Psychiater dann entweder sagen „aha dann war es kein ADHS“		
Fallvignetten					
2	12	21	dass er seit nach der Geburt Schwierigkeiten hatte, Frühgeburt, somatische Probleme, Entwicklungsverzögerungsgeschichten die sich fortgesetzt haben und summiert haben	Seit Geburt waren verschiedene Probleme vorhanden	R108 - Von Geburt an verschiedene Probleme: • Entwicklungsverzögerung • Epilepsie
2	16	22	In dem anderen Fall war es ein Kind der hatte gleichzeitig Epilepsie	ADHS plus Epilepsie	
2	16	23	Wo Kind auch entwicklungsverzögert war	Entwicklungsverzögerung	
2	16	24	In einem Fall ein Scheidungskind	Scheidung	R109 - Verluste innerhalb der Familie • Scheidung • Verlust des älteren Geschwisterkindes (=> veränderte Beziehung in der Familie)
2	16	25	Dritte Geschichte, da ist die Familienkonstellation schon schwierig, da gibt es einen bisschen älteren Bruder, den die Mutter weggeben musste, an Familienmitglieder, wo es jetzt kein Kontakt mehr gibt zu dem Buben	Verlust des älteren Sohnes beeinflusst auch die aktuelle Beziehung zum jüngeren Sohn	
2	16	26	Wo es auch erklärbarer wird: wenn ich einen Sohn verloren habe, dann werde ich den anderen mehr wieder an mich binden		
2	23	27	(Fall wo durch Klassenwechsel Symptomatik wegfiel) In der ersten Klasse kaum Bewegungsangebote, verlangt dass die vier Stunden durch sitzen bleiben, auch zum Teil in der Pause	Unangemessene Schulsituation	R110 - Unangemessene Schulsituation • Motorisches Aufbegehren kann nicht als Ausdruck einer Pathologie gewertet werden
2	23	28	Also da verstehe ich, das ein Kind nicht mehr kann, aufsteht und einen Klassenkasperl macht und nicht mehr mittut	In diesem Umfeld (Schule) ist das motorische Aufbegehren des Kindes für die EB sehr verständlich und nicht Ausdruck einer Pathologie	
2	23	29	Das ist eine gesunde Reaktion vom Kind und nicht wo ich sagen muss, das brauch jetzt ein Medikament		
2	15	30	Eben der zweite Jugendliche ist in eine Wohngemeinschaft gekommen	Jugendlicher kam in WG	R111 - Jugendlicher kam in WG
2	15	31	Der hat sich in der Zwischenzeit in der Schule dermaßen aufgeführt, dass er nicht mehr tragbar war und von der Schule her und vom Jugendamt her beschlossen wurde	Druck von Jugendamt und Schule	R112 - Jugendamt/Schule leiten Intervention ein
2	15	32	sie haben nicht die Zeit zu warten bis in der EB ein Stück etwas geschehen kann	Unter Zeitdruck ist EB zu langsam	R113 - Unter Zeitdruck ist EB zu langsam
2	15	33	Da war einfach die Zeit zu kurz mit der Mutter zu arbeiten		
2	19	34	Das zu Hause haben die Eltern ja nie als problematisch empfunden, der	Kind war nur in der Schule auffällig, dennoch wurde	R114 - ADHS-Diagnose obwohl K nur im System

			war einfach in der Schule auffällig	ADHS-Diagnose gestellt und Medikation vorgeschlagen	Schule auffällig war (entspricht nicht den Diagnosekriterien)
2	19	35	Die Psychologin hat das diagnostiziert und die hätten ihm schon Medikamente verabreichen sollen und fertig		
Medikation					
2	3	36	Der war damals 14 und seit dem siebten Lebensjahr aber Medikamente bekommen	Das halbe Leben unter Einfluss psychotroper Substanzen	R115 - Ab frühster Kindheit leben die Kinder unter Einfluss psychotroper Substanzen
2	3	37	(nachdem ADHS-Diagnose vielleicht nicht ganz passte => Verdacht Depression) => er ist entlassen worden mit Antidepressiva	Sofort eine neuer Medikationsversuch (Antidepressiva)	R116 - Im Laufe der Behandlungszeit werden verschiedenste Medikamente verordnet, zuerst wird innerhalb der Medikamententypen für ADHS probiert, wirken diese nicht wird auf Antidepressiva oder Schizophrenie-Medikation zurück gegriffen
2	9	38	Bei einem Jugendlichen, der ist dann in PT gekommen, der hat dann diese Medikamente für ADHS nicht mehr bekommen, kriegt aber sehr wohl Antidepressiva		
2	18	39	Der bekommt Medikamente, die eigentlich Schizophrenen Erwachsenen verschrieben werden	Es werden sogar Medikamente verordnet, die eigentlich bei Schizophrenie eingesetzt werden	
2	11	40	In dem Fall war das so, der hat verschiedene Medikamente bekommen, zum Schluss dann Straterea, zuerst Concerta, mit Ritalin hat er begonnen	Über sieben Jahre hinweg (Diagnose mit 7, jetzt ist der Bub 14) –das halbe Leben – wurden nacheinander verschiedene Medikamente verordnet	
2	12	41	Oder dass herumexperimentiert wird mit verschiedenen Präparaten	Wirken Medikamente nicht werden verschiedene Präparate verschrieben	
2	4	42	Dass Medikamente etwas helfen, davon bin ich auch nicht überzeugt	Medikamente wirken oft nicht	R117 - Eine deutliche Verbesserung der Symptomatik durch die Medikation ist oft nicht gegeben
2	4	43	In den Fällen, die ich begleitet habe, weil die ja logischerweise die sind, bei denen es nichts geholfen hat		
2	4	44	Das Kinder das jahrelang verschrieben bekommen, wenn man sonst nichts(betont) anderes tut, nichts anderes begleitend	Neben der Medikation gibt es keine zusätzliche Intervention	R118 - Nach Verschreibung eines Medikamentes gibt es keine weitere Interventionen resp. Begleitung der Eltern bzw. kein Monitoring der Medikation R119 - Die Eltern bleiben im Punkto Medikation sich selbst überlassen
2	4	45	Die bekommen Medikamente und werden damit nach Hause geschickt	Weitere Begleitung nach Verschreibung von Medikamenten unterbleibt	
2	12	46	Wenn gewisse Symptome da sind, wird es (Medikament) verschrieben, wenn die Eltern dann nicht wieder kommen, ist das für die Psychiater quasi erledigt	Wirken die Medikamente gibt es keine weiteren Interventionen	
2	8	47	Die allermeisten werden mit dem Medikament nach Hause geschickt und „ja kommen Sie in einem Jahr wieder, oder wenn es ihnen nicht gut geht damit!“	Nach Verschreibung der Medikation bleibt die begleitende Betreuung der Familie aus	
2	8	48	Und viele Eltern wurschteln halt da dann irgendwie weiter	Medikation bleibt der Familie überlassen	
2	4	49	Das den Kindern auch nicht die Medikamente helfen, sondern dass Plazeboeffekt: weil sie Eltern entlasten, weil Eltern so das Gefühl haben: „ durch diese Medikamente hab ich jetzt die Sache im Griff“	Durch die Medikation haben Eltern die Sache im Griff	R120 - Medikation beeinflusst die Einstellung der Eltern • Gibt ihnen Sicherheit zurück • Hoffnung auf Besserung • Werden geduldiger • Veränderung gegenüber dem Kind => Veränderung des Kindes
2	4	50	Durch dieses das wird besser und da müssen wir Geduld haben“ sie vielleicht wirklich mehr Geduld haben und sich dann dadurch etwas verändert	Eltern können mehr Verständnis aufbringen und können auf Besserung hoffen	
2	8	51	(Effekt der Med.) In vielen Fällen Kinder müde, bei manchen Kindern sogar gegenteiligen Effekt	Effekte des Medikaments divergieren: ermüdend oder aufputschend	R121 - Effekte des Medikamentes werden divergierend beschrieben: aufputschend vs. ermüdend
2	8	52	Grundsätzlich ist es so, dass durch das Ausschleichen sich meist gar nicht viel ändert, es werden Kinder kaum wieder zappeliger	Nach dem Absetzten der Medikation verändern sich die Kinder kaum Widerspruch zu massive Beeinflussung der kindlichen Psyche durch Medikation	R122 - Das Absetzten der Medikation zieht keine merklichen Verhaltensveränderungen nach sich
2	12	53	Eltern waren vorerst immer sehr entlastet durch „da gibt es diese Diagnose,	Diagnose und Medikation wirken erst entlastend für	R123 - Medikation wirkt entlastend, wirkt es nicht

			mein Kind ist krank und da gibt es Medikamente“	Eltern	Hilflosigkeit, Frust, Wut bei Eltern
2	12	54	Nach dem zweiten oder dritten Medikament kommt sehr rasch der Frust oder Wut auf das Kind	Wirken Medikamente nicht, kommt es auf Seiten der Eltern zu Frust und Wut sowie einer sehr große Hilflosigkeit	
2	12	55	„bei dir helfen ja nicht einmal die Medikamente!“ , da tritt eine sehr große Hilflosigkeit ein		
2	18	56	Kriegt Psychopharmaka, nämlich solche, die ich für bedenklich halte, aber wo ich keinen Einfluss habe	EB hat keinen Einfluss auf die Medikation es Buben	R124 - EB hat keinen Einfluss auf Medikation des Buben
Wie sind die Eltern zur EB gekommen?					
2	2	57	Nach Ende der anderen Interventionen: Leiterin des Ambulatoriums dann gemeint, die Möglichkeit gibt es auch noch EB zu versuchen	EB als neuer Interventionsversuch nach zwei anderen Interventionen – verweis von Ambulatorium	R125 - Zur EB überweist: • Jugendamt • Ambulatorium • Eigeninitiative der Eltern
2	2	58	Der zweite Jugendliche wurde vom Jugendamt geschickt, wegen massiver Schulschwierigkeiten	Überweisung durch das Jugendamt	
2	2	59	Zwei kleinen, da haben die Eltern selber gesucht und sind von selber gekommen	Eigeninitiative der Eltern	
Warum kommen Eltern zur EB?					
2	2f	60	Eltern bemerkt, dass es seit dann (Psychiatrische Behandlung plus Medikation) immer schlimmer geworden	Trotz Medikation stellt sich keine deutliche Besserung ein => Eltern suchen weiter nach Hilfsangeboten • EB dann wenn Medikation auch nicht hilft	R126 - EB wenn Medikation nicht Hilft und Eltern Glauben an Medizin verloren haben
2	4	61	Die bei denen es nicht geholfen hat, die dann noch weitersuchen, die langen dann zum Beispiel in EB-Stellen		
2	3	62	Eltern waren schlichtweg verzweifelt, weil sie nicht mehr an Ärzte glaubten	Verzweiflung auf Seiten der Eltern, Glaube an Medizin verloren	
2	16	63	Die Eltern haben deshalb EB aufgesucht, weil sie finden, wenn ein Kind schon Epilepsie hat und da auch Medikamente nehmen muss, ist es wirklich die Frage ob man dem Kind noch andere Medikamente verabreichen muss	EB um im Fall von Epilepsie zusätzliche Medikation zu vermeiden	R127 - EB um im Fall von Epilepsie zusätzliche Medikation zu vermeiden
2	7	64	Eltern waren sehr skeptisch (gegenüber ADHS-Diagnose) und deshalb jemand anderen aufgesucht haben	Eltern sind gegenüber Diagnose skeptisch und wollen jemand anders aufsuchen	R128 - Skepsis gegenüber Diagnose=> andere Meinung einholen
2	7	65	Weil sie Gefühlt gehabt haben, wie sie von der Psychologin behandelt worden sind, haben sie sich völlig missverstanden gefühlt	Eltern fühlen sich an anderer Stelle missverstanden	R129 - Eltern fühlen sich an anderer Stelle missverstanden => EB
Wer kommt zur EB?					
2	13	66	Arbeiten tu ich mit den Kindern nicht	Die EB arbeitet mit Kindern nur im Rahmen der Diagnostik und um herauszufinden, ob weitere Unterstützungsangebote notwendig sind und wenn ja welche	R130 - Im Rahmen der Diagnostik Arbeit mit dem K (Suche nach passenden Unterstützungsangeboten für K) R131 - Sonst kommen Eltern (in drei von vier Fällen kommen beide, einmal nur Mutter
2	13	67	(Arbeit mit Kindern) im Sinn von der Diagnostik		
2	13	68	Hauptidee ist dann einfach herauszufinden, brauchen die Kinder zusätzliche Unterstützung und in welcher Form, das könnte eine PT sein,, aber auch eine andere pädagogische Begleitung, Kindergruppen		
2	13	69	Ansonsten bleibt die Beratung der Eltern	Die EB arbeitet vornehmlich mit den Eltern, wobei in drei von vier Fällen Mütter und Väter zur EB gekommen sind	
2	14	70	In drei Fällen war es möglich mit beiden Elternteilen zu arbeiten		
2	14	71	In einem Fall war die Mutter geschieden, und der Stiefvater hat gemeint, er will nichts damit zu tun haben. Der Fall ist auch nicht gut ausgegangen	Der Fall wo nur die Mutter kam, ging nicht gut aus	R132 - Für das Gelingen der EB ist es sehr wichtig das beide Elternteile zur Beratung kommen
2	14	72	Gerade wenn es nicht gelingt, den anderen Elternteil mit ein zu beziehen ist es wahnsinnig schwierig	EB ist erschwert, wenn nur ein Elternteil kommt MEIST kommen aber sowieso nur Mütter!	
Diagnose ADHS					
2	1	73	Bei einem Kind ist es nicht soo ganz klar, ob er nicht eine andere Diagnose auch hat	ADHS sowie zusätzliche Probleme	R133 - In einem Fall ADHS-Epilepsie, in drei Fällen „nur“ ADHS
2	1	74	Die anderen sind ansonsten gesunde Kinder	Bei drei von vier Kindern bestehen neben ADHS keine	

				weiteren gesundheitlichen Probleme	
2	2	75	Diagnose schon gehabt (zu Beginn der EB)	Schon vor Beginn der EB bestand die ADHS-Diagnose	R134 - Alle K hatten Diagnose bereits zu Beginn der EB
2	2	76	In zwei Fällen von Kinderpsychiatern	Die Diagnose ADHS wurde von Kinderpsychiatern und Psychologinnen vergeben	R135 - Diagnose durch: Kinderpsychiater, Psychologen
2	2	77	In zwei Fällen von Psychologinnen		
2	3	78	Diagnose bekommt von Kinderpsychiatern oder von Psychologinnen	Kinderpsychiater, Psychologen stellen Diagnose ADHS	
2	3	79	(nach 3 Mo Psychiatrie): Idee, dass es wahrscheinlich doch nicht ADHS war	Diagnose wird flexibel gehandhabt – ADHS ist kein eindeutig bestimmbares Phänomen – Ev . nicht nur ADHS, sondern ein vielschichtigeres Problem – zu ADHS vielleicht eine Depression?	R136 - Frage ob sich Diagnostiker an Diagnosekriterien halten R137 - Abgrenzung zwischen ADHS und anderen Störungsbildern nicht klar gehandhabt R138 - ADHS vs. Depression (wäre das so schwer diagnostisch abzugrenzen?)
2	3	80	Zweifelhaft (nach 3 Mo Psychiatrie) ob es nicht noch eine andere Diagnose gibt		
2	3	81	Bei dreien von vieren (Burschen) war: „naja wenn es nicht ADHS alleine ist, dann Idee von Depression“		
2	19	82	Ja, das ist der nächste Punkt, wieweit sich die an ihre eigenen Diagnosekriterien halten	Es scheint fraglich zu sein, ob Diagnosekriterien wirklich eingehalten werden	
2	3	83	Dass es für mich die Diagnose so nicht gibt	Für die EB gibt es die Diagnose ADHS per se nicht	R139 - Für EB gibt es zwar die Symptome, diese sollen jedoch nicht pathologisiert werden => Diagnose ADHS gibt es so für EB nicht
2	4	84	Es gibt wohl dieses Hyperkinetische, Überschießende, Ausagierende, das ist evident, aber es ist fraglich bzw. eigentlich nicht notwendig, das als eigene Krankheit zu definieren	Die Symptome existieren zwar, sollen jedoch nicht als Krankheit bezeichnet werden	
2	11	85	Bursche hat mit sieben Jahren die Diagnose gekriegt	Mit Eintritt in die Schule (oder Kindergarten) kommt es zu massiven Verhaltensproblemen => dann Diagnose	R140 - Diagnose zumeist nach Problemen beim Schuleintritt
2	11	86	Was auch spannend ist, das sehr oft mit Eintritt entweder in Kindergarten oder Schule Verhaltensprobleme auftreten die massiv sind		
2	16	87	Der ist dann in eine andere Klasse gewechselt und plötzlich war von hyperkinetischem Syndrom nicht mehr	Besserung nach Klassenwechsel: dies spricht nicht für eine gehirnorganische Verursachung der Symptomatik	R141 - Besserung nach Klassenwechsel: spricht nicht für gehirnorganische Verursachung von ADHS
2	23	88	mein Kind hat ADHS“ und im Kopf oder im Gehirn läuft etwas nicht richtig, was schnell dazu führt, dass Eltern entlastet sind	Durch die Diagnose ADHS und das Bild von der gehirnorganischen Ursache entlastet die Eltern (entbindet sie aus ihrer Verwobenheit in ihrer Beziehung zum Kind)	R142 - Was EB Eltern bringt: • Eltern sind von Schuld entlastet • Eltern werden ihrer Verwobenheit in der Beziehung zum K enthoben
2	8	89	Wo ich gar nicht so das Gefühl hatte, dass das mit dem ADHS auch nur annähernd hinkommt als Diagnose	Zweifel der EB an der vergebenen Diagnose – diese werden bestätigt, da Symptome nach Klassenwechsel verschwinden	R143 - EB zweifelt in einem Fall an der Diagnose – Zweifel werden bestätigt, da nach Klassenwechsel Symptome verschwinden
2	8	90	Der hat dann in eine andere Klasse gewechselt und plötzlich war von hyperkinetischem Syndrom nichts mehr		
Gesonderte pa Diagnose?					
2	6	91	In den allermeisten Fällen	In den meisten Fällen	R144 - In den meisten Fällen erfolgt eine psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik in der EB
2	6	92	Unsere Befunde sind ja sozusagen nicht da um eine Diagnose im Sinn von Krankheit zu fixieren	Nicht Diagnose um Krankheit zu fixieren	R145 - Diagnostik in der EB nicht um Krankheit zu fixierten, sondern um: • Eltern Innenwelt des K zu erklären • Herauszufinden was K an neuen /anderen Beziehungserfahrungen braucht R146 - Schauen was Eltern dann tun können
2	6	93	Sondern, um herauszufinden was braucht denn das Kind eigentlich an neuen oder anderen Erfahrungen in den Beziehungen	Diagnose um herauszufinden, was K an neuen/anderen Beziehungserfahrungen braucht und um Eltern die Innenwelt des K zu erklären ⇨ Schauen was Eltern tun können	
2	6	94	Diagnostik dazu, mit den Eltern dann herauszufinden was können sie für ihr Kind tun		
2	6	95	Ein Stückchen verwenden wir die Diagnostik um Eltern die Innenwelt ihrer Kinder zu erklären und nicht um eine Diagnose zu stellen		
2	6	96	(Gründe für die Symptome) dass oft schon in der Anamnese zum Vorschein kommt	EB erfährt schon in der Anamnese diagnostische Hinweise	R147 - EB nutzt Anamnese ihre diagnostische Überlegungen
2	8	97	(Medikation) dass natürlich die Diagnostik unter dem leidet, weil wenn ich mit einem Kind Diagnostik mache, dass Medikamente bekommt, dann	Medikation verfälscht die Diagnostik	R148 - Medikation des K verfälscht Diagnostik

			krieg ich auch ein Stückchen ein anderes Ergebnis		
Symptomverständnis der EB					
2	25	98	Wenn ein Kind ein Symptom entwickelt, sagt es ja „Hallo, mir geht es nicht gut!“ und wenn ich nichts anderes mache als dieses Symptom zu unterdrücken, dann passiert nichts lösendes, passiert keine Veränderung, und das finde ich schade	Symptom als Ausdruck innerer Schwierigkeiten Wird das Symptom nur unterdrückt, kann die zu Grunde liegende Schwierigkeit nicht behoben werden	R149 - Symptom ist Ausdruck innerer Schwierigkeiten R150 - Symptom stützt die Psyche im Alltag
2	17	99	(die Eltern) darauf hinweisen, was bedeuten denn Symptome, sind auch eine Stütze der Psyche um den Alltag zu schaffen	Symptome stützen die Psyche im Alltag	R151 - Wird Symptom unterdrückt, kann die grundlegende Problematik nicht behoben werden
Vorhandensein der ADHS Diagnose für EB wichtig?					
2	6	100	Nein! Also nein!	Vorhandensein der Diagnose ADHS ist für die EB nicht wichtig	R152 - Ob die Diagnose vorhanden ist spielt für EB keine Rolle
2	6	101	Was mich natürlich schon interessiert ist was haben Eltern bisher gemacht, was ist mit Kind schon an Behandlung passiert	EB möchte über vorherige Behandlungen Bescheid wissen	R153 - EB interessiert sich für der EB vorausgehende Interventionen
Ursache ADHS					
2	5	102	Es gibt welche die gehen so in Richtung, ob nicht Ernährung Rolle spielt – Ernährung beeinflusst auch die Psyche	Ernährung, und vor allem Rahmenbedingungen der Nahrungsaufnahme (Familienstruktur) beeinflusst die Psyche	R154 - Rahmenbedingungen der Nahrungsaufnahme (Familienstruktur) spielt eine Rolle
2	5	103	Wobei nicht unbedingt die Nahrungsmittel ans sich, sondern was rundherum eine Rolle spielt, es spielen Familienstrukturen eine Rolle		
2	13	104	Wenn man davon ausgeht, dass die Kinder unter einer sehr großen Anspannung stehen, dass kann aus verschiedenen Situationen heraus	Aus verschiedenen Ursachen steht das Kind unter hoher Anspannung	R155 - Viele Ursachen für ADHS - die Lebensumstände des Kindes spielen bei der Genese von ADHS eine wichtige Rolle. a) Fehlende Beziehungsangebote durch den Vater b) Eine symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind c) Viele äußere Reize, äußere Unruhe Vor allem eine Kombination mehrerer Faktoren kann für das Kind zu viel werden => Symptombildung
2	13	105	Genese, die die PA sich für ADHS vorstellt, das heißt es ist wichtig zu schauen, dass der Vater eine andrer Rolle bekommt	Fehlende Beziehungsangebote des Vaters für das Kind als Ursache für ADHS	
2	14	106	Vater der eigentlich nicht vorhanden ist oder zu wenig Beziehungsangebote macht		
2	14	107	Oder was denn Gründe dafür sind, für eine Mutter, das Kind nicht so gut auslassen zu können	Zu symbiotische Bindung zwischen Mutter und Kind als Ursache für ADHS Die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind kann auch durch eine Krankheit auf Seiten des Kindes (Epilepsie) verursacht sein Oder durch den vorangegangenen Verlust eines älteren Geschwisterkindes	
2	14	108	Und welche Gründet gibt es zum Beispiel außerhalb der Familie, warum die Mutter das Kind vielleicht mehr an sich bindet		
2	14	109	Eine sehr symbiotische Mutter-Kind-Beziehung		
2	16	110	Dass die Epilepsie des Kindes natürlich eine andere Mutter-Kind-Beziehung gestaltet und sich die Mutter tendenziell natürlich mehr Sorgen um ihr Kind macht und das Kind aus diesen Gründen vielleicht nicht so gerne auslässt		
2	16	111	Dritte Geschichte, da ist die Familienkonstellation schon schwierig, da gibt es einen bisschen älteren Bruder, den die Mutter weggeben musste, an Familienmitglieder, wo es jetzt kein Kontakt mehr gibt zu dem Buben		
2	16	112	Wo es auch erklärbarer wird: wenn ich einen Sohn verloren habe, dann werde ich den anderen mehr wieder an mich binden	Bei Verlust eines Geschwisterkindes, klammert sich Elternteil vermehrt an das verbliebene K	
2	15	113	Ich denke schon in verschiedenen Ausformungen, es sind schon auch die Lebensumstände, in denen ein Kind ist, relevant	Lebensumstände sind im Nachdenken um die Genese von ADHS relevant	
2	15	114	Es kann schon ein Vater sein, der halt nicht genügend Beziehungsangebot macht, wenn das kombiniert ist mit einer Mama, die von der Persönlichkeit her so strukturiert ist, das sie ein Kind schwer auslassen kann	Vor allem wenn mehrere Faktoren aufeinander treffen (mäßiges Beziehungsangebot durch den Vater, plus Symbiose mit der Mutter plus viele äußere Reize) kann dies ADHS bedingen	
2	15	115	das in Kombination mit dem, das es wirklich Unruhe und sehr viele Reize gibt, das Insgesamte wird dem Kind wahrscheinlich zu viel		
Zunahme der Diagnose?					

2	5	116	Dieses Verhaltensbild tatsächlich häufiger geworden ist	Hyperaktives, Impulsives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme werden tatsächlich häufiger	R156 - ADHS typische Verhaltensweisen werden tatsächlich häufiger
2	5	117	Früher diese einzelnen Verhaltensauffälligkeiten vielleicht differenzierter betrachtet worden	Früher wurden Verhaltensauffälligkeiten differenziert betrachtet (nicht an Hand von Katalogen)	R157 - Verhaltensauffälligkeiten werden heute weniger differenziert betrachtet
2	5	118	Es für z.B. Psychologen an einigen Punkten sehr gut festmachbar ist: wenn die von einer Liste von verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten einen Teil erfüllt sehen, dann ist es für sie einfach ADHS	Diagnosekataloge erleichtern den Psychologen die Zuordnung der Diagnose ADHS, da sie bestimmte Verhaltensmerkmale, die vorkommen sollen explizieren	R158 - Diagnosemanuale geben einerseits genaue Richtlinien zur Diagnosefindung vor, womit sie die Zuordnung von Verhaltensauffälligkeiten zu einer Krankheitskategorie erleichtern.
2	5	119	Jetzt ist es so, dass ein Katalog abgearbeitet wird		
2	5	120	Ich habe das einmal gesehen, was da alles an Verhalten hinein gehört und da denke ich, dass eigentlich jedes verhaltensauffällige Kind sehr schnell die Diagnose bekommt	Zuordnungskategorien sind sehr allgemein gehalten und könnten beinahe jedes verhaltensauffällige Kind betreffen	R159 - Andererseits sind die Kategorien so allgemein, dass Gefahr besteht, dass beinahe jedes Kind mit auffälligem Verhalten dem AHDS zugeordnet werden könnte
2	5	121	Idee: dann gibt es Medikamente und dann kann man sozusagen helfen	Diagnose eröffnet das Tor zur Medikation, zur Hilfe	R160 - Diagnose eröffnet das Tor zur Medikation, zur Hilfe
2	5	122	Müsst sich ansehen, wie hat sich der Alltag von Kindern heute zu der Zeit davor verändert	Eventuell haben sich Alltagsbedingungen der K von heute verändert	R161 - Veränderte Alltagsstrukturen: • Mehr Stress • Mehr Reize • Veränderte Familienstrukturen • Mehr Struktur und Vorgaben • Weniger Möglichkeiten sich aus zu toben, wild zu sein, Aggressionen ab zu bauen
2	5	123	Unser Alltag stressiger geworden	Mehr Stress im Alltag	
2	5	124	Kinder sehr viel mehr an Reizen	Mehr Reize	
2	5	125	Familienstrukturen doch auch einiges verändert	Veränderte Familienstrukturen	
2	6	126	Dass das sehr strukturiert und sehr geplant ist => gerade auch Buben Schwierigkeiten	Mehr Struktur und Planung	
2	5	127	Im städtischen Bereich sicher auch dieses nicht ausagieren können von Wild-Sein, Aggression, Toben, Spielen	Weniger Möglichkeiten wild zu sein, sich aus zu toben	
2	5	128	Ist ja, dass Diagnose sehr sehr häufig bei Buben => in den Familien auch Verschiebung in den Rollenbildern oder Vorstellungen über Männer, über Buben	Verschiebung von Rollenbilder , Erwartungen über/von Buben/Männer	R162 - Veränderte Rollenbilder und Erwartungen gegenüber Buben und Männern
2	6	129	Heute von den Buben etwas anderes erwartet	Früher wurde Wildheit Buben zugestanden	R163 - Früher wurde Buben viel mehr Wildheit zugestanden
2	6	130	Dass man früher Buben noch mehr zugestanden hat wild zu sein		
2	6	131	Betreuungspersonen in Institutionen weiblich, das hat sich nicht unbedingt verändert, eher sogar verbessert	Betreuungspersonen waren schon damals vornehmlich weiblich, da hat sich nichts verändert	R164 - EB denkt nicht, dass es an vermehrt weiblichen Betreuungspersonal liegt – das war damals auch schon so
Kooperationen mit anderen Institutionen/Therapeuten?					
2	20	132	Ja mit Psychotherapeuten	Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten nur im Zuge der Überweisung	R165 - Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten nur im Zuge der Überweisung
2	20	133	Ich überweise sie (zu den PT)		
2	20	134	Ich habe schon mit der Psychotherapeutin telefoniert, aber nur ob sie Platz hat oder so		
2	20	135	Manchmal, wie in diesen Fällen eigentlich eh nicht, gibt es Rücksprache, Austausch	In den genannten ADHS-Fällen fand keine Kooperation mit anderen Professionalisten statt	R166 - Bei den ADHS-Fällen fand keine Kooperation mit anderen Professionalisten statt, obwohl Kooperation schon manchmal gemacht wird
2	21	136	Grundsätzlich mache ich das schon manchmal	Manchmal wird mit anderen Professionalisten zusammengearbeitet	
2	21	137	Da habe ich Eltern auch einmal belgeitet zu einem Gespräch mit der Lehrerin	Begleitung der Eltern zu einem Lehrergespräch	R167 - Begleitung der Eltern zu Lehrerin: • Um zu erfahren wie Lehrerin mit dem ADHS-K umgeht
2	21	138	Weil ich wissen wollte, wie sie (Lehrerin) mit ihm umgehen kann	EB möchte Erfahrungen der Lehrerin mit dem ADHS-Kind in Erfahrung bringen	R168 - Hoffnung der Lehrerin: schnelle Hilfe durch EB
2	21	139	Sie (Lehrerin) hätte gerne gehabt, dass ich ihr sage „ja, die Eltern kommen jetzt zu mir und es wird bald gut!“	Lehrerin erhofft sich durch die Zusammenkunft Entlastung, schnelle Hilfe	R169 - EB informiert Lehrerin über die lange Dauer bis

2	21	140	Da habe ich sie leider enttäuschen müssen	EB informiert über die lange Dauer bis sich Veränderungen einstellen, muss dadurch die Lehrerin enttäuschen	sich Veränderungen einstellen Kooperation um zu erfahren wie die Lehrerin tut! (Unterschied zu I1, wo EB als Ratgeberin in Schule kommt)
2	21	141	Aber sie hat ein Bild davon gehabt was auf sie zukommt		
2	21	142	Wo ich ihr (der Lehrerin) gesagt habe es gibt keine Entlastung schnell, das kann bis zu einem Jahr dauern		
2	21	143	Nachdem ich nicht lange mit der Lehrerin arbeiten kann, weil das bei uns nicht im Budget ist	Kooperation mit andren Professionalisten ist budgetär nicht abgedeckt	R170 - Kooperation ist von Rahmenbedingungen abhängig: • Wird die Kooperation bezahlt? • Bezahlt wird nur ein Gespräch mit der Lehrerin, und das nur in Begleitung der Eltern • Intensivere Arbeit (abseits von Information) mit anderen Professionalisten kann nicht stattfinden
2	21	144	Ich kann nicht mit der Lehrerin arbeiten	EB kann nicht mit der Lehrerin arbeiten	
2	21	145	Und wenn, ich kann sie (die Lehrerin) nur informieren	EB kann die Lehrerin nur informieren	
2	21	146	Wir arbeiten nur mit Eltern nicht mit Institutionen	Die Zusammenarbeit zwischen EB und anderen Institutionen ist in diesem Rahmen nicht vorgehsehen	
2	21	147	Ich kann nur mit einer Lehrerin reden, das wird bezahlt, wenn ich mit den Eltern hingeh	EB kann nur mit Lehrern in Kontakt treten, wenn Eltern mit gehen	
2	21	148	Und das ist ein Stückchen halt was anderes, dadurch passiert ein anderer Prozess	EB ist sich bewusst, dass diese Informationsvermittlung einen anderen Prozess in Gang setzt, als wirklich ein kooperatives Zusammenarbeiten mit der Lehrerin	R171 - EB weiß: Informationsvermittlung gegenüber Lehrerin = ein anderer Prozess als Kooperation Das hat so noch niemand gesagt!
2	21	149	Es gelingt nicht überall, dann wirklich hilfreich zu sein oder für das Kind etwas zu erreichen	EB erlebt sich als die helfende, einwirkende Position wenn es zu Kontakt mit anderen Professionalisten kommt	R172 - Bei Kooperationen ist EB in einer helfenden, einwirkenden Rolle
Wie Arbeitet EB mit Eltern?					
2	3	150	Verwende Diagnose als Ansatzpunkt	Diagnose ADHS als Ansatzpunkt für einen gemeinsamen Verstehensprozess, was hinter dem Symptomen verborgen liegen könnte. => ist besser als wenn man Eltern direkt sagt, ADHS gibt es für die EB nicht Sonst wird es schwierig mit Eltern, die ADHS als eine Erkrankung verstehen zu arbeiten	R173 - Diagnose ADHS als Ansatzpunkt um: • Ursache und Bedeutung der Symptome zu klären • Gemeinsames Verstehen der Symptomatik R174 - Eltern das psychoanalytische Symptomverständnis vermitteln
2	3	151	Eltern denken, dass das eine Diagnose ist, dass es eine Erkrankung ist		
2	3	152	Aller erster Fall: hab ich den Eltern gesagt, dass es für mich die Diagnose so nicht gibt, das war schwierig		
2	3	153	Dass es leichter ist, mit den Eltern gemeinsam in einem Prozess drauf zu kommen, was denn mit diesem Verhalten, dass ja dann die Diagnose ADHS bekommt, ob man das anders erklären kann, ob man es anders sehen kann		
2	6	154	Mit Eltern herauszufinden warum ein Kind unruhig oder fahrig wird kann viele Gründe haben		
2	9	155	Ein Stückchen gehören diese Symptome zu dem was das Kind erlebt hat und zu dem was es braucht zum Verarbeiten, zu der Zeit gehört das Symptom dazu	Eltern Bedeutung des Symptoms für die kindliche Psyche erklären	
2	17	156	(die Eltern) darauf hinweisen, was bedeuten denn Symptome, sind auch eine Stütze der Psyche um den Alltag zu schaffen	Eltern darauf hinweisen, dass Symptome als Stütze der Psyche im Alltag dienen	
2	15	157	Versucht herauszufinden, ‚wo liegt den bei dem jeweiligen Kind der Schwerpunkt (bezüglich der Ursache für seine Symptomatik [siehe Gründe für ADHS])	In der EB wird nach den Ursachen für die kindliche Symptomatik geforscht	
2	4	158	Eltern die zu mir kommen, weil sie sehr verzweifelt sind, ihnen das (gemeinsame Nachforschen) sozusagen als neuer Weg gut gefällt	Eltern lassen sich durch den großen Leidensdruck leicht auf die gemeinsame Ursachensuche in der EB ein	R175 - Arbeit im Sinne Figdors: Etablieren der positiven Übertragung
2	17	159	Wenn es glückt eine positive Übertragung zu bekommen	Arbeit im Sinne Figdors: Etablieren der positiven Übertragung	R176 - Leidensdruck der Eltern erleichtert Etablieren des Arbeitsbündnis
2	6	160	Was mich schon interessiert, ist was haben die Eltern bisher alles gemacht	EB bringt in Erfahrung welche Interventionen bisher gemacht wurden	R177 - Informationen zur bisherigen Interventionen
2	6	161	Wie erklären sich die Eltern, dass das was sie bis jetzt getan haben nicht funktioniert	Mit Eltern überlegen, warum bisherige Maßnahmen erfolglos waren	R178 - Mit Eltern nachdenken, warum bisherige Maßnahmen erfolglos waren

2	9	162	Dass es darum geht (in der EB) ein Stückchen die Symptome die die Kinder haben auszuhalten, also mit den Eltern so zu arbeiten, dass die diese Symptome aushalten	Mit Eltern arbeiten, dass sie die Symptome des K aushalten können	R179 - In der EB wird: • Daran gearbeitet, dass Eltern Symptome des K aushalten können • Keine Ratschläge, sondern eigene Lösungsfindung der Eltern unterstützt • Konkret umsetzbare Ideen werden entwickelt • Aufklärung über Aufgabenbereiche einzelner Professionen im Helfersystem
2	13	163	(da auf Seiten der Eltern Fachgrenzen nicht klar waren) Ich habe mit ihnen einmal besprochen, was die einzelnen Professionen eigentlich anbieten	Eltern Aufgabenbereiche einzelner Professionen im Helfersystem zu erklären	
2	13	164	Mit den Eltern so hin zu arbeiten, dass die Eltern quasi selber drauf kommen	Es werden keine Ratschläge erteilt, sondern Eltern werden bei ihrer Eigenen Lösungsfindung unterstützt	
2	15	165	Ganz konkrete Ideen müssen daran auch entwickelt werden (als Bsp. wird genannt, dass der Vater mit dem Kind ohne Beisein der Mutter hinausgeht, spielt und tobt)	In der EB werden auch konkrete, umsetzbare Ideen entwickelt	
2	18	166	Ein Bursche ist in PT und ich begleite die Eltern	EB für Eltern begleitend während das Kind in PT ist	R180 - EB für Eltern während ihr Kind in PT geht um: • Ein Verständnis für die Veränderungen durch die PT zu verstehen • Um Kinder im Lauf der PT adäquat unterstützen zu können
2	18	167	Oft so, dass Kinder in PT schwieriger werden, so wie kann man das verstehen	Wie können Eltern die Veränderungen, die durch PT entstehen verstehen und wie können sie ihr Kind dabei unterstützen	
2	18	168	Wie können Eltern zur Verfügung stehen, den Kindern hilfreich sein, wenn die Kinder in Therapie sind		
Wie Arbeit mit Kind?					
2	23	169	dass für die Kinder immer nachvollziehbar sein muss, warum mache ich das eigentlich	EB ist um Transparenz ihrer Arbeit gegenüber den Kindern bemüht	R181 - Transparenz der Arbeit gegenüber dem K
Pädagogische Geister					
2	20	170	Poah, welche pädagogischen Geister habe ich da klären können?	EB ist mit dieser Frage etwas überfordert	R182 - EB ist mit Frage überfordert (viell. Durch mangelnde Vorbereitung auf das Interview)
2	20	171	Das ist jetzt eine Spezialaufgabe		
2	20	172	Da hätte ich gerne mehr Zeit gehabt mir das zu überlegen	Thema ist für eine spontane Antwort zu komplex	
2	20	173	Bei diesen Familien gibt es fast überall ähnliche Geister	Geister sind in den Familien ähnlich	R183 - Geister sind sehr ähnlich: • Das K = schlimm • Würde sich K zusammennehmen wäre Veränderung leicht zu erzielen • Symptome haben nichts mit mir als Elternteil zu tun • Symptome = dem K inhärent (dieser Geist wird von Medizin geteilt) • Man war zu wenig streng • Man hat das K zu sehr verwöhnt • Wenn ich nicht ständig verfügbar bin kommt K nicht zurecht
2	20	174	Dass Kinder schlimm sind	Das Kind ist schlimm	
2	20	175	Dass sie sich ja nur zusammenreißen müssten, dann würde sich das ja ganz leicht verändern	Wenn sich das Kind zusammennimmt, wäre eine Veränderung leicht zu erzielen	
2	20	176	Ein ganz wichtiger Geist: dass das nicht mit der eigenen Person zu tun hat wie das Kind ist, sondern das Kinder an sich so sind	Die Symptome haben nichts mit mir als Elternteil zu tun, sondern sind dem Kind inhärent	
2	20	177	Manche suchen Erbfaktoren, wo sie ja durch die Medizin auch unterstützt werden mit dieser Idee	Die Idee, dass die Symptome im Kind inhärent, also gesondert von den Personen der Eltern zu betrachten ist, wird von den Medizinern geteilt	
2	20	178	Das ist ein pädagogischer Geist, den haben Eltern nicht alleine, sondern teilen sie sich mit Medizinern		
Nachtrag via Mail		179	Wir bzw. ich war zu wenig streng mit meinem Kind - hab ihm zu viel durchgehen lassen, es zu sehr verwöhnt	Man war zu wenig streng, hat zu viel durchgehen lassen, das K zu sehr verwöhnt	
		180	Bei fehlenden Vätern - Geist bei den Müttern: Der Papa fehlt ihm eh nicht	Nach Trennung Idee der Mutter: Der Papa fehlt ihm nicht, gut dass Vater weg ist, er würde dem K eh schaden	R184 - Bei Müttern nach Trennung: • Der Papa fehlt ihm nicht • Gut dass der Vater weg ist, er würde dem K schaden
		181	Bei fehlenden Vätern: Gut, dass er weg ist , er würde dem Kind schaden		
		182	Bei Vätern, die zwar anwesend sind, die aber einen emotionalen Abstand haben: "Für die Erziehung ist meine Frau zuständig - ich kann das nicht so gut bzw. bei der Mama ist er lieber.	Idee bei Vätern: Für Erziehung ist meine Frau zuständig, bei der Mama ist er lieber, die Mama hat er lieber als mich	R185 - Idee bei Vätern: • Für Erziehung ist die Frau zuständig • Er hat die Mama lieber als mich • Er ist lieber bei der Mama
		183	Bei Kleineren:"Er fragt, weint nach der Mama weil er mich nicht mag oder er hat die Mama lieber		
		184	Bei den Müttern: "Wenn ich nicht ständig verfügbar bin, ist mein Kind einsam, allein, kommt nicht zurecht	Wenn ich nicht ständig verfügbar bin, kommt mein K nicht zurecht	

Was EB erreichen will					
2	6	185	Was braucht das Kind, dass es dem Kind besser geht	Herausfinden was das K braucht, damit es ihm besser geht	R186 - Herausfinden was das K braucht, damit sich sein Verhalten ändern kann
2	6	186	Um dieses Nervöse, Fahrige, Unaufmerksame sich verändern kann	Durch die EB sollen sich Veränderungen beim Kind einstellen	
2	13	187	Beratung der Eltern in dem Sinn, dass sich dann bei den Kindern was entlasten und verändern kann		
Sonstige Auffälligkeiten					
2	3	188	Etwas niedrigeren IQ, wobei das nicht sein Verhalten erklärte	In einem Fall niedriger IQ, wobei das nicht im Zusammenhang mit ADHS	R187 - Niedriger IQ wobei das nicht das auffällige Verhalten erklärt
Kooperationen mit Diagnostiker?					
2	3	189	Nein	Es gibt keine Kooperation mit Diagnostikern	R188 - Keine Kooperation mit Diagnostikern
Stellenwert der Behandlungsformen					
2	7	190	Reihenfolge die ich bevorzuge ist, in der EB zu schauen, was kann man mit EB erreichen	Zuerst EB	R189 - Mit EB beginnen, geht es K schlecht tiefenpsychologisch-orientierte K-PT (das ist am Land schwer) R190 - Am Land schlechtere Versorgungsmöglichkeit (vor allem mit tiefenpsychologischen Ansätzen) R191 - Fällt das „schützende Dach“ von tiefenpsychologisch-orientierten Institutionen weg, kommt das medizinische Behandlungsparadigma rasch wieder zum tragen Ob Medikation als 3. Stufe hinzukommen soll wird nicht explizit gesagt
2	7	191	Inwieweit geht es dem Kind doch so schlecht, dass es PT braucht, dann schicke ich die Kinder in PT	Wenn es dem K schlecht geht => EB verweist zu PT	
2	7	192	Wobei das in X (Bundesland Österreichs) sehr schwierig ist, welche zu finden, die einen tiefenpsychologischen Zugang haben	Am Land weniger tiefenpsychologisches PT-Angebot	
2	7	193	Wenn ich sie wo anders hinschicke (nicht tp PT) passiert es auch, dass dort Eltern schnell in die Schiene kommen, das Kind braucht doch Medikamente	Kommen Eltern an nicht tp orientierte Stelle bekommt das K rasch doch Medikation	
2	7	194	Wenn, dann versuche ich jemanden zu finden, der einen tiefenpsychologischen Zugang hat und dann kriegen die Kinder keine Medikamente		
2	7f	195	In zwei Fällen haben Kinder doch Medikamente bekommen, da haben wir die ausschleichen lassen	Medikation im Zuge der EB unter ärztlicher Aufsicht ausschleichen lassen	R192 - Medikation und EB = ein Widerspruch R193 - Medikation im Zuge der EB unter ärztlicher Aufsicht ausschleichen lassen R194 - Ärzte befürworten das nicht unbedingt R195 - In der EB daran arbeiten, dass Eltern nach Absetzen der Medikation die Veränderungen des kindlichen Verhaltens aushalten können R196 - Verordnet die Psychologin Medikation, lieg dies in deren Verantwortungsbereich, EB geht normal weiter => Sobald die Verantwortung bei jemand anderem liegt scheint Medikation und EB kein Widerspruch mehr zu sein!?
2	8	196	(Ausschleichen lassen) schon mit der Begleitung von Ärzten, weil ich mir denken, das kann ich auch nicht so leicht verantworten	Ärzte sind darüber nicht so glücklich	
2	8	197	Dann brauche ich schon jemanden im Hintergrund, entweder den der verschrieben hat		
2	8	198	Wobei die meistens nicht so glücklich sind (die erstverschreibenden Ärzte) eher jemand anderen, also einen anderen Kinderpsychiater, der auch auf der Wellenlänge ist und so sieht, dass eine Therapie die bessere Variante ist		
2	8f	199	Wenn man mit Eltern begleitend arbeitet (bei Absetzten der Med.) kann man sie darauf vorbereiten, wenn sie wieder zappeliger werden, es ein Stück mit ihnen auszuhalten Widerspruch – dachte K werden dann grundsätzlich nicht wieder zappelig	EB kann Eltern helfen, die Veränderungen des Kindes nach Absetzen der Medikation auszuhalten	
2	9	200	(Wurde Med. weiter genommen in Ihren Fällen) Nein, weil sich das ja widerspricht	Medikation und EB als Widerspruch	
2	9	201	Das habe ich sozusagen in die Hand der Psychotherapeutin und der Psychiaterin gegeben, die sind dafür verantwortlich (dass der Jugendliche Antidepressiva bekommt) und ich berate die Eltern	Sobald die Verantwortung bei jemand anderem liegt scheint Medikation und EB kein Widerspruch mehr zu sein!?	
2	8	202	Das ist ein Stückchen auch ein Vorwurf, es ist von den Pharmafirmen explizit gedacht, dass man die verabreicht in Kombination mit PT	Nach Pharmafirmen soll Medikation in Kombination mit PT verschrieben werden, verbessert sich nach 3 Monaten nichts, Medikation wieder absetzten – das wird aber nicht kontrolliert	R197 - Medikation sollte nach Anweisung der Pharmafirmen mit PT Kombiniert werden & verbessert sich nach 3 Monaten nichts, soll Medikation abgesetzt werden – das wird allerdings nicht kontrolliert
2	8	203	Und wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten wirklich etwas bringen, soll man sie absetzten		

2	8	204	Das wird aber überhaupt nicht so gehandhabt – weder die Kombination mit Therapie noch dass das nach drei Monaten abgesetzt wird		
2	8	205	Es gibt auch kaum Kontrollen		
2	8	206	Therapie bessere Variante (als Medikation)	Eher PT als Medikation	R198 - EB bevorzugt PT an Stelle von Medikation
Warum so wenige Fälle in der EB?					
2	9	207	Also wenn sie nicht mit der Diagnose kommen, die Eltern, es bei uns ja nicht diagnostiziert wird	Da in der EB keine ADHS-Diagnose gestellt wird, sind sicher viele Eltern in EB deren Kinder an anderer Stelle mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr wohl eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen hätten	R199 - DA in EB keine ADHS-Diagnose gestellt wird sind sicher viele Kindern mit ADHS-Symptome aber ohne ADHS-Diagnose in EB
2	10	208	Also dass Kinder die bei uns landen, oder Eltern die zu uns kommen, dann von jemand anderen sehr wohl die Diagnose bekommen hätten, das wäre ein großer Prozentsatz		
2	9	209	Weiß ich nicht, dass in Wien mittlerweile wieder weniger diagnostiziert wird	EB fragt sich, ob die Diagnoseraten allgemein im Raum Wien rückläufig sind	R200 - Vielleicht sind Diagnoseraten im Raum Wien allgemein rückläufig
2	10	210	Dass manche sagen sie haben keine, weil sie sich dem entziehen wollen, dass sie sich mit Ihnen zusammensetzten, aber das verfälscht nämlich ihr Bild	EB gaben am Telefon die Auskunft keine Familien mit ADHS-Kindern in der EB zu haben um dem Interview aus dem Weg zu gehen	R201 - Wenig Ergebnisse beim Telefonat weil: • EB dem Interview aus dem Weg gehen wollten • Weil Eltern vor Forschung zurück schecken
2	10	211	Dass man entweder geneigt ist zu sagen „ich hab keine – mich gibt es nicht“		
2	10	212	Das wir den Eltern ja Anonymität zugestehen, und selbst wenn Sie nicht die Namen veröffentlichen ist es Eltern wahrscheinlich unangenehm, die Vorstellung da wird geforscht	Eltern schrecken vor Forschung zurück, da sie einen Verlust ihrer Anonymität befürchten könnten	
Erfahrungen in der EB					
2	13	213	EB gibt es jetzt nicht so häufig	EB = selten	R202 - EB ist kein flächendeckendes Angebot
2	11	214	Sie sind in der Beratung letztendlich genauso wie die andren	Keine Spezifika in der EB von Familien mit ADHS-K	R203 - Familien von ADHS-K sind nicht anders, als andere Familien
2	12	215	Die Idee: „ich gehe wohin, dann krieg ich dort eine Lösung dann gehe ich wieder nach Hause!“	Eltern hoffen auf sofortige Lösung des Problems	R204 - Eltern hoffen auf rasche Lösung
2	12	216	Wo für die Eltern dargestellt worden ist, die Psychiatrie kann helfen oder Logopäden oder Ergotherapeuten können helfen, aber immer nur bis zu einem gewissen Grad	Viele Angebote versprechen Hilfe, aber nur bis zu einem gewissen Grad, dann sind Eltern wieder auf sich gestellt	R205 - Viele Angebote können nur zu gewissen Grad helfen => dann sind Eltern auf sich gestellt
2	12	217	Dann sind sie doch wieder mit ihm allein gewesen und auf sich zurückgeworfen gewesen		
2	12	218	Was den Eltern nie angeboten wurde ist sozusagen mit ihnen zu arbeiten, das habe ich sehr schade gefunden	Eltern wird selten angeboten, dass mit ihnen gearbeitet wird	R206 - Mit Eltern wird selten gearbeitet
2	12f	219	Sie sind auch zum Teil wirklich fehlinformiert worden: wo die Mutter gesagt hat, da war er acht oder neun, ob er nicht in PT gehen kann und ein Kinderpsychiater gesagt hat, „das geht nicht, dafür ist er ja zu jung“	Eltern werden Fehlinformationen vermittelt: z.B. ein neun-jähriger Bub sei zu jung für PT	R207 - Eltern wird Fehlinformation vermittelt
2	13	220	Eltern die nach all den Jahren noch immer nicht den Unterschied verstanden haben, was tut ein Psychiater, was tut ein Psychotherapeut und was tut eine Erziehungsberaterin	Fachgrenzen und -eigenheiten sind für Eltern nicht klar nachvollziehbar	R208 - Professionelle Fachgrenzen und Aufgabenbereiche sind für Eltern unklar
2	13	221	Gut Erziehungsberatung gibt es jetzt nicht so häufig	EB ist kein weitverbreitetes Angebot	R209 - EB ist ein lokal begrenztes Angebot
2	17	222	Es gibt schon Phasen wo Eltern ungeduldig werden,	Den Eltern kann es phasenweise zu lange dauern	R210 - EB ist ein länger andauernder Prozess
2	17	223	und dann muss man sie erinnern „okay es geht aber nur auf diese Weise“ und das Kind wird sich nicht so schnell ändern	Eltern müssen verstehen, dass sich Veränderungen (beim Kind) nur langsam einstellen	
2	18	224	dass wenn ein Kind ein anderes Symptom entwickelt, dass das keine Katastrophe ist, sondern es geht sich das wieder anzusehen womit das zusammen hängt, wo kommt es denn her	Es kann zu einer Neubildung anderer Symptome kommen	R211 - Es kann zur Neubildung anderer Symptome kommen

Was bringt EB?					
2	13	225	Beratung der Eltern, dass sich dann bei den K was entlasten und verändern kann	EB der Eltern=> K sind entlastet und können sich verändern	R212 - EB der Eltern => Entlastung und Veränderung beim K
2	13	226	Zu schauen, dass der Vater eine andere Rolle bekommt in dieser Familien-konstellation	Es wird versucht die Beziehungsqualität zwischen Vater und Kind zu verbessern	R213 - EB stellt eine (die einzige) Möglichkeit dar, die Beziehungsstrukturen zwischen Vater und Kind sowie Mutter und Kind zu verändern.
2	13	227	Dass dieses Kind (vom Vater) eine andere Beziehungsqualität braucht		
2	13	228	Dass es notwendig ist, dass sich der Papa viel Zeit nimmt		
2	14	229	Oder dass das, was der Papa anbietet an Beziehung spannend ist		R214 - Zu enge Bindung zwischen Mutter und Kind gelockert und in Richtung Beziehung zum Vater hin öffnen. Wobei alle Beteiligten in diesem Prozess unterstützt werden.
2	14	230	Wie kann man die Mutter entlasten, was kann man für die Mutter tun (die ihr Kind zu sehr an sich bindet)	Wie kann man den Loslösungsprozess des Kindes von der Mutter für beide Seiten (Mutter und Kind) positiv fördern Dies auch durch die Förderung der Vaterbeziehung	
2	14	231	Da geht es um das, dass die Eltern stückweise selber entdecken, dass sie merken „okay, es geht darum dass der Bub mit seiner Mama einen guten Kontakt hat, aber doch auch ein Stückchen die Möglichkeit hat, gefahrlos gehen zu dürfen, ohne dass der Mama etwas passiert, oder dass die Mama traurig ist“		R215 - Eltern wird ihr Anteil an der Beziehung zum K verdeutlicht ⇨ Eltern fragen sich, wie das Verhalten des K mit ihrem eigenen Verhalten zusammen-hängt
2	14	232	Dass das nicht unbedingt ein Aufgeben ist, das was ich da jetzt verlasse bei der Mama, sondern ein, ein Stückchen etwas ist was lustig ist, was Spaß macht, ohne dass ich da traurig sein muss, dass ich da etwas verliere		
2	14	233	Also dass sich da eine Wertigkeit verschiebt, das kann man eigentlich nur über EB machen, da gibt es gar keinen andren Ansatz	EB bietet als einziger Ansatz die Möglichkeit Beziehungsstrukturen zwischen Kind und Vater sowie Kind und Mutter um zu strukturieren	R216 - Verhalten des K verstehen
2	17	234	Für Eltern wird mehr wieder in den Vordergrund gerückt, was manche instinktiv eh wissen, dass das natürlich zusammenhängt, das natürlich was sie sagen, was sie tun auf das Kind Auswirkungen hat	Der Anteil der Eltern innerhalb der Beziehung zum Kind wird wieder in den Vordergrund gerückt	R217 - EB liefert keine rasche Heilung, sondern langfristige Veränderung in vielen Lebensbereichen, nicht nur symptombezogen
2	17	235	Dann viel mehr die Idee auch kommt (bei den Eltern) „gut, was hat das ein Stückchen mit mir zu tun, wie das Kind gerade tut?“	Eltern fragen sich, wie das Verhalten des K mit ihrem eigenen Verhalten zusammenhängen kann	
2	19	236	Vater hat Beziehungsangebot verändern können, aber nicht sehr gut	Veränderung des Beziehungsangebotes	
2	21	237	Ein Verstehen der Innenwelt des Kindes und das bezieht sich jetzt nicht nur auf die eine Symptomatik, sondern überhaupt	Verstehen der Innenwelt des K	
2	17	238	Was die Eltern dann mitnehmen ist: „das ist jetzt nicht erledigt“, also es ist nicht so, dass Eltern weggehen und jetzt das Kind geheilt ist	EB liefert keine rasche Heilung, sondern eine veränderte Perspektive auf die Eltern-Kind-Beziehung	
2	18	239	Eine andere Vorstellung von dem was zwischen Eltern und Kindern läuft		
2	18	240	Das heißt, dass das dann viel länger eine Auswirkung hat, nämlich auch in anderen Bereichen, wenn die Kinder dann auch älter werden	Positiver Effekt der EB: die Veränderungen bleiben in vielen Lebensbereichen auch noch langfristig bestehen	
2	19	241	Eltern haben ihn auch wenn er unruhig war so akzeptieren können wie er ist	Eltern können die Symptome des K akzeptieren	R218 - Eltern gewinnen Akzeptanz gegenüber den Symptomen des K
2	17	242	Da beginnt dann sich etwas zu verändern, in dem Sinn als dass der Fokus vom Kind weg kommt, was für das Kind ja sehr entlastend ist	Durch die Verschiebung des Fokus wird das Kind entlastet	R219 - Durch die EB kommt es zu einer Veränderung der Perspektive, weg vom defizitären Kind hin zu den Eltern => Entlastung für das Kind
2	17	243	Dann wird nicht immer darüber geredet was man am Kind verändern muss, oder was das Kind nicht kann	Der Fokus verlagert sich weg vom Kind hin zu den Eltern	
2	17	244	Es verändert sich der Schwerpunkt weg vom Kind zu den Eltern, auch in den Gedanken der Eltern		
2	17	245	Dass es sozusagen etwas gibt wie das Bewusste und das Unbewusste	Aufklärung über Unbewusste Aspekte des Seelenlebens	R220 - Aufklären über unbewusste Aspekte des Seelenlebens
2	17	246	Wo sind meine Ängste und wie haben meine Ängste, meine Phantasien Auswirkungen auf das wie es dem Kind geht	Aufspüren von Ängsten und Phantasien und deren Wirkung auf das K	
2	17	247	Intuitiv wissen das die meisten Eltern, die sind nicht wahnsinnig überrascht	Intuitives Wissen in Sprache heben und mit Bedeutung	R221 - Aufspüren von Ängsten und Phantasien und

			wenn man mit ihnen über das spricht	versehen	deren Wirkung auf das K
2	17	248	Aber es wirklich zu verbinden und die Bedeutung vor allem herzustellen, das ist die Aufgabe der EB		R222 - Intuitives Wissen in Sprache heben
2	18	249	Es passieren so viele Aha-Erlebnisse	Eltern gewinnen viele neue Einsichten	R223 - Eltern gewinnen viele neue Einsichten (von Zusammenhängen)
2	18	250	Das eine Kind ist in eine WG gekommen, kriegt Psychopharmaka, wo ich keinen Einfluss habe	Der Fall scheint für die Erziehungsberaterin nicht mehr konkret fassbar zu sein, Bub in einer WG unter schwerer Medikation, Mutter gab Obsorge ab	R224 - In einem Fall ist der Ausgang nicht ganz klar, da der Bub in eine WG kommt
2	18	251	Das ist so, dass die Mutter das abgibt, ihren Anteil der Obsorge		
2	19	252	Der, der Epilepsie hatte, da war es nach einem halben Jahr dann, hat der sich stabilisiert, also dem ist es gut gegangen	K wird ruhiger, kann auf Symptome verzichten In einem Fall durch Klassenwechsel	R225 - K wird ruhiger kann auf Symptome verzichten (in einem Fall durch Klassenwechsel)
2	19	253	Er ist ruhiger geworden		
2	19	254	Wo Erziehungsberatung in eine andere Richtung gelaufen ist, der das Symptom relativ verändert hat in dem er in eine andere Klasse gekommen ist		
2	9	255	Irgendwann einmal kann das Kind auf das Symptom verzichten		
Was bringt EB den Eltern?					
2	17	256	Sehr viel Hoffnung auf etwas Neues	Hoffnung auf Neues	R226 - EB bringt Eltern: • Hoffnung auf Neues • Eltern verstehen ihren Anteil in der Beziehung zum K • Eltern wissen, an wen sie sich bei Schwierigkeiten wenden können => sind nicht alleine/hilflos
2	17	257	Erkenntnis „aja, da muss ich an mir arbeiten und da geht es auch um mich“	Eltern verstehen ihre Verwobenheit in das Ganze und arbeiten auch mit	
2	17	258	Wenn Kinder wieder Schwierigkeiten haben, dass sie wieder kommen	Eltern verfügen über Wissen, an wen sie sich im Fall erneuter Schwierigkeiten wenden können	
2	9	259	Es ist nicht so, dass wenn man EB macht, dass das innerhalb von weiß nicht so und so viel Beratungsstunden dann weg ist	EB zielt nicht darauf ab dass die Symptome binnen einigen Stunden weg sind	R227 - EB bringt Symptome nicht binnen wenigen Sitzungen zum Verschwinden – erst langfristig kann das K langsam auf das Symptom verzichten R228 - Symptom gehört zum aktuellen Erleben/Verarbeiten des K
2	9	260	Sondern, ein Stückchen gehören Symptome zu dem was das K erlebt hat und zu dem was es braucht zum Verarbeiten, zu der Zeit gehört das Symptom dazu	Symptome gehören zum aktuellen Erleben/Verarbeiten des K	
2	9	261	Und irgendwann kann das K auf das Symptom verzichten	Längerfristig gesehen kann K auf Symptom verzichten	
Ausgang der Beratungen?					
2	24	262	Einer ist in PT	Einer ist in PT	R229 - Einer ist in PT
2	24	263	Einer ist in die WG gekommen	Einer ist in eine WG gekommen	R230 - Einer ist in eine WG gekommen
2	24	264	Der dritte, da ist der Fall nicht zu Ende, weil die jetzt wegen der Trennung da sind	Fall noch nicht abgeschlossen	R231 - Fall noch nicht abgeschlossen
2	24	265	Vierte, war wo er Schule gewechselt hat	Symptome lassen durch Schulwechsel nach	R232 - Symptome lassen durch Schulwechsel nach
Negative Effekte					
2	22	266	Dass es für Kinder nur dann eine Unterstützung gibt, wenn die Eltern bereit sind	Ob Kinder Hilfe erfahren ist von Bereitschaft der Eltern abhängig	R233 - Nachteile der EB: • Bereitschaft der Eltern als limitierender Faktor ob das K Hilfe erfährt • Kosten (kostenlose EB = selten • Pa.päd. EB = lokal begrenztes Angebot
2	22	267	Wenn die Eltern nicht bereit sind, kriegen die Kinder gar nichts		
2	22	268	Ein Konzept, das funktioniert, wenn Eltern mittun		
2	22	269	Es sind die Kosten sicher auch ein Nachteil, es kostet Geld	Kosten als Nachteil der EB	
2	22	270	Es kostet Zeit	Zeitlicher Aufwand als Nachteil	
2	22	271	In der Familienberatungsstelle ja nicht, da kostete es Zeit und kein Geld, die gebt es aber kaum	Beratungsstellen, in denen EB kostenlos angeboten wird sind selten	
2	22	272	Dass es die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung außer in F	Psychoanalytisch-pädagogische EB ist in Österreich	

			(Großstadt Österreichs) und in A (Bundesland Österreichs) nirgendwo gibt	kaum verbreitet	
Schwierigkeiten in der EB					
2	11	273	Was schwierig ist, ist bei Kindern, die sehr spät kommen, wo die Jugendlichen seit vielen Jahren Medikamente nehmen	EB gestaltet sich schwieriger, wenn Diagnose und Medikation bereits sehr lange bestehen	R234 - Schwierigkeiten: • EB = schwer wenn Diagnose und Medikation bereits lange bestehen • Wenn das K von vielfachen Diagnoseprozessen gelangweilt ist und nicht mehr Kooperiert
2	22	274	Jugendlicher, traumatisiert vom letzten stationären Aufenthalt in der Psychiatrie, dass es mir nicht möglich war Diagnose mit ihm zu machen	Wenn das Kind von vielfachen vorangegangenen Diagnoseprozessen derart gelangweilt, und nicht kooperativ ist, dass eine Zusammenarbeit kaum möglich ist	
2	22	275	Der ist einfach im Raum gewesen, hat sich fetzenweise mit mir unterhalten, manchmal nicht mal mehr reflektiert auf das was ich gesagt habe, ist aufgestanden und hätte, wenn ich ihn gelassen hätte einiges im Zimmer zerlegt		
2	22	276	Das einzige was er gemacht hat bei der Diagnostik war der Rorschach-Test, den hat er spannend gefunden		
2	22	277	Der ist geschätzte fünf, sechs Mal durch diverse Diagnoseverfahren gegangen, er hat sogar einige dieser Tests gekannt und das war für ihn „jetzt kommt die schon wieder mit irgendetwas daher!“		
Fälle wo Kinder die Symptomatik zeigen, aber keine Diagnose haben in der EB?					
2	23	278	Ja natürlich, weil das sind sehr anstrengende Kinder, entweder sie sind auch zu Hause anstrengend oder die Lehrerin kommt mit dem Kind nicht zurecht oder das Kind tut sich in der Schule schwer, dann kommen die schon (obwohl es keine Diagnose gibt)	Die Eltern kommen manchmal aufgrund der massiven Probleme schon bevor es eine Diagnose gibt	R235 - Eltern kommen weil sie massive Probleme mit dem Verhalten des K haben (schon bevor es Diagnose gibt)
2	23	279	Es kommen viele Eltern dies sagen „mein Kind ist schlimm!“	Eltern kommen weil sie das Verhalten des K als schlimm befinden	
2	23	280	Kommen und sagen „mein Kind ist unruhig in der Schule“ und das ist das, womit ich dann auch viel lieber arbeite,	EB Arbeitet lieber mit Familien wo die Diagnose ADHS noch nicht gestellt wurde, da man dann konkreter schauen kann, wo denn die Probleme genau liegen und nicht alles auf eine gehirnorganische Funktionsstörung zurückgeführt wird	R236 - Es ist leichter wenn die Diagnose noch nicht besteht => man kann unvoreingenommen auf das K schauen R237 - Es macht also schon einen Unterschied ob Diagnose ADHS oder nicht
2	23	281	weil dann kann man schauen „okay das Kind ist unruhig in der Schule!“ das ist ganz etwas anderes als ein sehr abstraktes „mein Kind hat ADHS“ und im Kopf oder im Gehirn läuft etwas nicht richtig		
2	23	282	Habe jetzt einen Vater gehabt, wenn der nicht gekommen wäre, glaub ich, wenn der wo anders hingegangen wäre, dann hätten die wahrscheinlich auch ADHS diagnostiziert	Wenn Familie nicht zur EB gekommen wäre, hätte es sicher eine ADHS-Diagnose gegeben	R238 - Hoher Prozentsatz der K (50% der Burschen) in EB würden nach Ermessen der Beraterin an anderer Stelle eine ADHS-Diagnose erhalten
2	24	283	Wenn Kinder nicht massiv ein anderes Symptom haben, z.B. auch noch Enuresis, ich würde sagen, dass sicher 50% der Buben, die zu mir kommen, könnte ich mir vorstellen, dass diese mit ADHS diagnostiziert werden würden	50% der Burschen in der EB würden nach Ermessen der Beraterin an anderer Stelle eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen	
2	10	284	Dass K die bei uns landen, oder Eltern die zu uns kommen, dann von jemand anderen sehr wohl die Diagnose bekommen hätten, das wäre ein großer Prozentsatz	Viele K von Eltern in EB hätten an anderer Stelle Diagnose ADHS erhalten	
Zusatz durch die EB					
2	24	285	Dieser eine Fall, von dem Burschen, der zuerst in der Kinderpsychiatrie war, dann auch in der Wohngemeinschaft, da habe ich das sehr vermisst, dass es keine Angebote für die Kinder in Richtung PT nachzudenken, es überhaupt keinem Kind wo es die Diagnose gibt eine PT vorgeschlagen worden wäre, obwohl eben wenn das Medikament verschrieben wird, es eigentlich indiziert wäre	Auf der Kinderpsychiatrie wurde die Verordnung einer PT (trotz Vergabe von Medikamenten) nicht angedacht	R239 - Auf der K-Psychiatrie wird PT oder EB (als Angebot für die Eltern) zumeist nicht verordnet
2	24	286	Warum Kinderpsychiater das nicht anbieten verstehe ich einfach nicht,	EB versteht nicht, warum Psychotherapie oder Angebote	

				für Eltern von Seiten der Kinderpsychiatrie nicht verordnet werden	
2	25	287	Ich glaube auch nicht, dass es überall so ist. Ich weiß, dass es in F (Großstadt Österreichs) schon andere Ansätze auch gibt	Möchte nicht verallgemeinernd sprechen, da es auch andere Behandlungsansätze gibt	
2	24	288	Was ich wirklich besonders vermisse ist, dass en Eltern nichts(betont) angeboten wird	Für die Eltern gibt es im Zusammenhang mit Intervention keine Angebote	R240 - Das Interventionsangebot ist zu sehr auf das K zentriert
2	24	289	Und dass es wirklich die Idee ist, an dem Kind müsste etwas verändert werden, dann würden die Eltern eh mit diesem Kind zurecht kommen	Ansatz bleibt auf individuellem Level zentriert: Veränderung am Kind als zentraler Punkt der Intervention	R241 - Es fehlt an Interventionsangebote für Eltern
2	25	290	Was mich schockiert ist die hohe Dunkelziffer von Leuten, die zu einem Hausarzt gehen, wo die Eltern nie irgendwo hinkommen und wo die Kinder Medikamente nehmen über einen langen Zeitraum	Die Dunkelziffer an Familien, die beim Hausarzt Medikamente erhalten und sonst keine Hilfsangebote beanspruchen scheint groß	R242 - EB = schockiert über große Dunkelziffer an Familien, die beim Hausarzt Medikamente erhalten und sonst keine Interventionsangebote nutzen
2	25	291	Was mir wichtig wäre, ist ein anderer Zugang zum Thema	Wünscht sich einen anderen Zugang zum Thema (als den medizinisch-psychiatrischen)	R243 - EB wünscht sich einen anderen als den medizinisch-orientierten Zugang zu ADHS
2	25	292	Wir haben es schon probiert von der APP aus mehr Pädagogen zu erreichen und sozusagen mehr zu publizieren, wie kann man denn ADHS noch sehen	EB hat versucht die psychoanalytisch-pädagogische Perspektive auf ADHS publik zu machen	R244 - EB versuchte die pa.päd. Perspektive auf ADHS publik zu machen
2	25	293	Es wäre es wichtig, wenn die Lehrer auch schon eine Idee hätten, wo könnte ich denn die Eltern hinschicken	Aufklärung der Lehrer über diverse Hilfsangebote wäre notwendig	R245 - Aufklärung der Lehrer über diverse Hilfsangebote wäre notwendig
Interview 3					
Wie lange als EB?					
3	1	1	Fünf Jahre da in der Praxis	5 Jahre in der Praxis	R246 - 5 Jahre in der Praxis
Ausbildung über die APP?					
3	1	2	Genau. Ich bin Sonder- und Heilpädagogin und Erziehungsberaterin und habe ein Lehramt für Volksschule und mache so etwas ähnliches wie eine mobile Beratungslehrerin	Ausbildung über APP Sonder- und Heilpädagogin Lehramt VS Mobile Beratungslehrer	R247 - Ausbildung über APP R248 - Sonder- und Heilpädagogin Lehramt VS Mobile Beratungslehrer
Spezielle theoretische Orientierung?					
3	1	3	Es gibt ganz klar verschiedene Phasen der EB und gibt theoretische Setting-Vorgaben, die geraden den Beginn betreffen, der Hypothesenbildung und der Diagnostik	Hält sich an Setting-Vorgaben des Figdor'schen Konzeptes	R249 – Setting-Vorgaben des Figdor'schen Konzeptes
3	1	4	Natürlich gibt es immer wieder etwas das abweicht, aber da ist die klare Vorgabe das in der Supervision zu besprechen oder im Team	Was vom Figdor'schen Konzept abweicht, wird in SV oder im Team besprochen	R250 - Abweichungen vom Figdor'schen Konzept werden in SV oder im Team besprochen
Wie viele Familien mit ADHS-Kindern?					
3	2	5	Zwei	zwei	R251 - Zwei
Falldarstellung					
3	2	6	Eine Familie, die haben sich dann für etwas anderes entschieden	Eltern kamen nach erster Sitzung nicht mehr	R252 - Eltern kamen nur zum Erstgespräch, da EB in akuter Phase zu langsam gewesen wäre
3	8	7	Bei dem anderen, das (Diagnose) war sehr frisch, Eltern haben herumgeschaut im Netzt, was gibt es da und das wäre dann ein zu langsamer Prozess gewesen für die Eltern im Moment	Situation war gerade akut und EB wurde als eine zu langsame Interventionsform wahrgenommen	
3	12	8	Drei Jahre alt, wie sich Eltern getrennt haben	Trennung der Eltern, die für Mutter schwer zu bewältigen war, keine Erklärungen für das K	R253 - Verluste wichtiger Bezugspersonen
3	13	9	Vater Mutter verlassen, das war sehr kränkend für Mutter, sie hat sehr viel Unterstützung gebraucht, war depressiv		R254 - Trennung Eltern, die für Mutter schwer zu bewältigen war und keine Erklärungen fürs K
3	13	10	Bub hat Gefühl, dass er Mutter helfen muss		
3	13	11	(Trennung) mit nicht erklären (dem Kind), da war sehr viel unklar		
3	13f	12	Einige Verluste gleichzeitig, Kontaktabbruch Großmutter und Großvater	Verluste zu wichtigen Bezugspersonen	

			mütterlicherseits, die aber wichtige Bezugspersonen waren		
3	17f	13	Unsicherheiten dem K Alltagsstruktur zu geben	Mutter fällt es schwer Alltagsstrukturen vor zu geben	R255 - Keine Struktur-Gebung durch Mutter
3	2	14	Wo das Kind medikamentös behandelt wurde und in Therapie ging	PT und Medikation	R256 - PT + Medikation
3	3	15	Das Kind war da auch schon in Therapie		
3	12	16	Empfehlung der Klinik wegen ADHS => Empfehlung Medikamentation und Therapie	Klinik empfiehlt Medikation und PT	
3	12f	17	Es war dort (Klinik) auch immer jemand anderer, es war schon jemand hauptzuständig, aber Gespräche waren nicht mit nur einer Person	Keine Kontinuität in den Ansprechpersonen für die Mutter	R257 - Im Behandlungsverlauf gibt es keine Kontinuität in den Ansprechpersonen
3	8	18	Diagnose ein halbes Jahr vorher (vor der EB)	Diagnose seit 6 MO vor EB-Beginn	R258 - Diagnose seit 6 MO vor EB-Beginn
3	23	19	Das ging von der Psychagogin aus, (dass K zur X-Ambulanz gebracht wurde	Anlass zur Abklärung lieferte Psychagogin	R578 - Anlass zur Abklärung kam von extern (Psychagogin)
Dauer/Frequenz					
3	11	20	Drei Monate	Drei Monate	R259 - Drei Monate
3	10	21	Die, die das erste Mal gekommen sind	Nur eine Sitzung	R260 - Nur eine Sitzung
Alter/Geschlecht					
3	2	22	Das andere Kind, das war erste Klasse, sieben	7	R261 - Zur EB kamen Familien zweier Buben (sieben und neun Jahre alt)
3	2	23	neun	9	
3	2	24	Beide Buben	2 Buben	
Wie sind die Familien zur EB gekommen?					
3	2	25	Die eine Geschichte, das haben sie halt irgendwie im Internet glaube ich gefunden	Internetrecherche	R262 - Die Eltern wurden auf EB aufmerksam: • durch Internetrecherche • persönliche Empfehlung durch eine Kollegin • erste Empfehlung durch die Klinik
3	2	26	Das andere ging über eine Kollegin, durch persönliche Empfehlung	Persönliche Empfehlung durch eine Kollegin	
3	3	27	War es eine konkrete Empfehlung von Seiten der Klinik, dass die Mutter auch etwas tut und die Überlegung der Kollegin, sie dahingehend zu unterstützen	Klink empfahl der Mutter auch etwas zu machen	
5	14	28	Aber das sind dann eher Zufälle	Eltern kommen eher zufällig auf EB	R263 - Eltern kommen eher zufällig auf EB
Kinder hatten schon die Diagnose wie sie zur EB gekommen sind?					
3	2	29	Ja, genau	K mit offizieller ADHS-Diagnose	R264 - K mit offizieller ADHS-Diagnose
War ADHS Grund für die EB?					
3	2	30	Bei der Familie die nur kurz da war, war es eine Überlegung, da noch anders hinzuschauen	Ja, Familie wollte anders auf ADHS auch schauen	R265 - In der EB wollte man eine Andere Perspektive auf ADHS
Wissen Sie wir die Diagnose gestellt hat?					
3	2	31	Das eine war eine selbstständige, hat sie eine medizinische Ausbildung auch noch gehabt? Irgendjemand der selbstständig war	Diagnose in der Klinik und von einer selbstständigen Person	R266 - Diagnose in der Klinik und von einer selbstständigen Person
3	2	32	Und das andere war im klinischen Kontext, das war die Klinik	EB ist sich aber nicht sicher	R267 - EB ist sich aber nicht sicher
Diagnose ADHS					
3	5	33	Vor Jahren eine andere Modediagnose, MCD und ich hab den Verdacht, dass es jetzt niese Neue ist, ich meine das ist eh schon eine alte Idee	Modediagnose in Wandel – alte Ideen werden neu Bezeichnet (MCD-ADHS), diese beobachtbare Entwicklung wird auch weiter gehen	R268 - ADHS = Modediagnose im Wandel der Zeit
3	5	34	Sicher spannend zu schauen wohin geht das jetzt, auch mit der Medikation, mit den Pharmafirmen die dahinter stehen und was ist dann vielleicht in zehn Jahren die nächsten Diagnose oder in 20		
3	2	35	Das war so eine Zeit lang auch die Modediagnose, geht jetzt auch noch in die Richtung	ADHS als Modediagnose	
3	3	36	Weil das ist ja eine Worthälse für vieles, wo was anderes vielleicht dahinter steckt	ADHS als Worthülse für vieles was dahinter liegen kann	R269 - ADHS als Worthülse – dahinter steckt mehr, es gibt nicht DAS ADHS-K

3	11	37	Wenn man für diese Worthülse eine Beschreibung gefunden hat	ADHS als Worthülse, hinter der sich versch. Ursachen verbergen können	R270 - Diagnose sagt noch nichts darüber aus, wie es sich tatsächlich mit dem K verhält
3	4	38	Jeder ist einfach wieder anders, es gibt nicht das(betont) ADHS-K aus meiner Sicht	Jedes K muss für sich betrachtet werden, es gibt keine einheitliche Erscheinungsform des ADHS-Kindes	
3	25	39	Es gibt ja solche und solche ADHS-Kinder	ADHS beschreibt kein einheitliches Verhaltensbild	
3	24f	40	Wenn man sagt, man muss noch wo anders hinschauen, oder das ist nur die Worthülse und wenn sie mir das sagen, kann ich mir noch gar nicht vorstellen wie das ist mit ihrem Kind	Diagnose sagt noch nichts darüber aus, wie es sich tatsächlich mit dem K verhält Das muss ja die EB auch den Eltern klar machen und das ist schwer	
3	3	41	Wenn das jetzt eine Klinik macht (Diagnose) ist das für mich auch noch ein Unterschied, ob das eben eine Einzelperson macht	Für EB Unterschied, ob die Diagnose von einer Klinik oder Einzelperson gestellt wird	R271 - EB unterscheitet zwischen Diagnose von Klinik und von Einzelperson • mehr Vertrauen in die Klinik als zu Einzelpersonen; Ärztliches Urteil scheint anders beurteilt zu werden als das einer Einzelperson
3	4	42	Wenn es eine Einzelperson ist, wäre es eine andere Zusammenarbeit, oder kritisches Schauen	EB steht Diagnosen von Einzelpersonen kritisch gegenüber	
3	12	43	Bei der ersten Geschichte habe ich Vorbehalte (gegenüber der Diagnose), weil es nur eine Person gemacht hat	Vorbehalte gegenüber Diagnosen von Einzelpersonen	
3	5	44	Prinzipiell bin ich skeptisch gegenüber Diagnosen, die nichts sagen, also die Psychodynamik auslassen	Diagnose lässt Psychodynamik aus	R272 - EB = skeptisch gegenüber ADHS-Diagnose • lässt Psychodynamik aus • Blick auf die Beziehungsebene fehlt • Blick auf das, was in dem Fall konkret los ist fehlt
3	5	45	Ich finde das schwierig, weil sozusagen der Blick „was ist da los“, weil der Beziehungsaspekt möglicherweise dadurch verloren geht	Durch die Diagnose ADHS geht der Blick auf die Beziehungsebene verloren und darauf, dass man hinsieht, was in dem Fall konkret los ist	
3	5	46	Für viele Eltern hilfreich, diese Diagnose gibt eine Lösung ihres Problems oder ihrer Fragen und auch Entlastung in Richtung „was hab ich damit zu tun?“ oder Schuldgefühle	Diagnose entlastet Eltern vor Schuldgefühlen Zudem wird ihr Anteil im Beziehungsgefüge in Frage gestellt	R273 - Vorteil der Diagnose: • Entlastet Eltern von Schuldgefühlen • Entlastung dadurch, dass ihr Anteil in der Beziehung in Frage gestellt wird • Ermöglicht Inanspruchnahme bestimmter Angebote
3	24	47	Etikett (ADHS) bringt für Eltern eine Entlastung, Schuldgefühle sind weniger		
3	5	48	Für Eltern Trugschluss: „ich habe ein ADHS-KIND“ => damit halt dann auch das oder das gemacht werden kann	Diagnose ADHS ist erforderlich um bestimmte Angebote beanspruchen zu können	
3	8	49	Aufgrund schulische Auffälligkeiten Empfehlung der Schule da zu schauen,	Schule empfiehlt Abklärung	R274 - Der Impuls zur Abklärung kommt von extern (Schule)
3	25	50	Arzt, Psychiater, irgendwann haben das ja sogar Kinderärzte in freier Praxis gemacht	Klinik: Diagnostizierung = > Medikation und Therapie, Ärzte, Psychiater, K-Ärzte in freier Praxis diagnostizieren	R275 - ADHS Diagnose durch: (K-)Ärzte in Kliniken und freien Praxen, Psychiater
3	8	51	Die sind dann auf die Klinik, dort hat es Abklärung gegeben und Medikamentation und Therapie für das Kind		
Warum Diagnose immer häufiger? (z.T. aus Sicht er Eltern beantwortet – im Unterschied zu I5 – dort Antwort eher über den Zugang zur EB					
3	6	52	Weiß nicht, ob ich das jetzt so schnell beantworten kann	Ist sich spontan nicht sicher warum	R276 - Kein fundiertes Wissen darüber warum Diagnose häufiger wird
3	6	53	Es ist eine Antwort	ADHS als Zeichen unserer Zeit, als Antwort auf die Fülle an Eindrücken im Lebensalltag	R277 - ADHS als Zeichen unserer Zeit, als Antwort auf die Fülle an Eindrücken im Lebensalltag
3	6	54	Möglicherweise ist es ein Zeichen unserer Zeit, dass viel mehr Eindrücke, wie kann man das filtern, dann ist das vielleicht zu viel		
3	6	55	Dass man halt immer nach etwas sucht	ADHS als Kategorie für Verhalten abseits der Norm Durch Bezeichnung von Verhalten können konkrete Überlegungen angestellt werden	R278 - ADHS als: • Kategorie für Verhalten abseits der Norm • Abhilfe für die Angst vor dem Anders-Sein • Erst durch Bezeichnung wird Nachdenken über konkrete Überlegungen angestellt wer-
3	6	56	Eine Worthülle, die hilfreich ist für Pädagoginnen, weil da kann man auch wieder überlegen „ich habe ein ADHS-Kind“		
3	6	57	Kinder die vielleicht anders sind, die versucht man zu kategorisieren, dann ist das halt eine neue Kategorisierung		

				ADHS als Abhilfe für die Angst vor dem Anders-Sein	den
3	6	58	Warum das so viel mehr geworden ist? Ob das nicht gelenkt ist auch, das ist vielleicht eine paranoide Phantasie, so von Pharmafirmen	Zunahme der Diagnose ADHS vielleicht von Pharmafirmen gesteuert	R279 - Vielleicht durch Pharmafirmen gesteuert
3	6	59	Glaube schon, dass es sehr stark gesteuert ist von der Pharmaindustrie		
Gesonderte psychoanalytisch-pädagogische Diagnose?					
3	3	60	Ich denke, das wäre so wie alles andere ein Symptom und das wäre in meinem Verständnis so zu behandeln wie alles andere	ADHS wäre in der EB so zu behandeln wie alles andere	R280 - ADHS wäre so zu behandeln wie alles andere – Diagnose an sich hat keine Bedeutung für die EB =Widerspruch zu S. 24 => das hier scheint mehr eine ideale Vorstellung zu sein, real sieht es anders aus (S.24)
3	25	60b	Da gibt es ja auch so eine Spezialisierung ADHS und EB, ich würde das nie machen, dass ich mich auf das spezialisiere	EB ist gegen eine Spezialisierung von EB auf ADHS	R208b EB ist gegen eine Spezialisierung von EB auf ADHS
3	3	61	Einmal zu schauen was ist das – es geht ja darum in der ersten Phase des Erziehungsberatungsprozesses die Sprache des Symptoms zu verstehen	Die Sprache des Symptomes verstehen, schauen was ist das	R281 - EB versucht • die Sprache des Symptoms verstehen, was steckt dahinter • Kind samt seiner Lebenswelt zu erfassen
3	3	62	Anzuschauen wofür das steht, was das heißen könnte		
3	3	63	Es muss unbedingt geschaut werden, was da sonst noch los ist in dem Umfeld des Kindes	K samt seiner Lebenswelt erfassen, nicht isoliert	
3	3	64	Eltern sind da schon oft recht Experten, dass sie mit den Diagnostikschemata die es so gibt gut umgehen können, aber um da genauer hinzuschauenden, was das eigentlich dann konkret heißen könnte, also da gibt es dann so ein Neuland der Entdeckung	Für Eltern ist das Hinschauen auf das K (im Zuge der Diagnostik der EB) ein Neuland der Entdeckung	R282 - Für Eltern ist das Hinschauen auf das K (im Zuge der Diagnostik der EB) ein Neuland der Entdeckung
Zusätzliche Auffälligkeiten					
3	6	65	Sehnsucht nach einem abwesenden Vater	Sehnsucht nach abwesenden Vater	R283- Besondere Themen bei den ADHS-K: • Abwehr von Trauer • Sehnsucht nach abwesenden Vater • Beziehungsschwierigkeiten • Sprachentwicklungsverzögerung
3	14	66	Abwehr der Traurigkeit (nach Trennung und Verlusten)	Abwehr von Trauer	
3	18f	67	Schwierig, dass er Beziehungen annehmen hat können	Schwierigkeiten mit Beziehungen	
3	23	68	Ganz lange Geschichte: Sprachentwicklungsverzögerung	Sprachentwicklungsverzögerung	
Medikation					
3	6f	69	Habe Kinder gehabt (in der Schule) die Medikamentation bekommen haben, da war ich sehr skeptisch, weil da nicht irgendwie eine Gefahr war, dass die jetzt rausfliegen	Kinder erhalten Medikamente, wo keine Gefährdung ihres Schulplatzes bestand	R284 - Vergabe von Medikation in weniger dringlichen Fällen Dem steht EB skeptisch gegenüber
3	7	70	Wenn Kinder aus einer Gruppe rausfallen, aus dem schulischen Kontext, da klar ist, das könnte helfen und eine schnelle Lösung gefragt ist, dann bin ich dafür	Medikation wenn: • Kind aus der Gruppe/Schule fallen würde • Wenn eine schnelle Lösung gefragt ist • Wenn Beziehung kurzzeitig entlastet werden soll	R285 - Medikation soll nicht prinzipiell verneint werden. R286 - Medikation wenn: • Kind aus der Gruppe/Schule fallen würde • Wenn eine schnelle Lösung gefragt ist (Notlösung) • Wenn Beziehung kurzzeitig entlastet werden soll • Nicht das einzige Hilfsangebot • Nicht langfristig
3	7	71	Für schnell und für gut durchdacht, wenn das jetzt hilfreich ist und das Kind im sozialen Kontext bleiben kann, dann finde ich es gut		
3	7	72	Wenn das helfen kann, dass es in der Gruppe/Klasse bleiben kann, oder auch Beziehung entlastet für eine bestimmte Zeit, bin ich dafür		
3	7	73	Jetzt nicht, dass ich sage „auf keinen Fall!“	Es geht nicht um eine strikte Verneinung der Medikation	
3	7	74	Für längerfristig, wenn jetzt keine andere Therapie da wäre, bin ich dagegen	Medikation nicht als langfristige und einzige Intervention	
3	16	75	Zur Notlösung, für den Augenblick	Als Notlösung, aber nur temporär	R287 - Ein Bub erhielt neben EB Medikation => wurde nicht abgesetzt
3	25	76	Immer wieder versuchen wir es dann weg zu kriegen, wenn die Situation eh nicht mehr so ist, dass es eskaliert	Med. soll sobald es weniger eskaliert abgesetzt werden	

3	8	77	(Hat der Bub neben EB Medikation gehabt?) Ja, ja	Bub hatte neben der EB Medikation	
3	7	78	(parallel ein Zusatzangebot) das wäre fast die Bedingung, das müsste aneinander geknüpft werden, schauen parallel, was braucht das Kind, zu überlegen was ist da los und mit Eltern zu arbeiten, zu schauen was braucht das Kind noch	Zur Medikation sollten zusätzliche Angebote genutzt werden: • Kinderpsychotherapie • Arbeit mit den Eltern	R288 - Zur Medikation sollten zusätzliche Angebote genutzt werden: • Kinderpsychotherapie • Arbeit mit den Eltern
3	7	79	Eventuell Therapie für das Kind und EB für Eltern		
3	7	80	Es gab ein Papier wo schwarz auf weiß steht, was notwendig ist, nicht nur medikamentöse Therapie, sondern Punkt, Punkt, Punkt	Es gibt ein Papier mit konkreten Vorschlägen von Behandlungspunkten im Fall von ADHS	R289 - EB hätte gerne konkrete Behandlungspunkte für ADHS
3	7	81	Es müsste jemanden geben, der das koordiniert, den Eltern sagen, das eine ist für ganz schnell, es wirkt schon bald, das andere, da müssen wir aber auch hinschauen, weil sonst wird es sich nicht verändern	Es bräuchte eine Koordination der einzelnen Hilfsangebote	R290 - Dabei müsste es aber eine Koordination geben – diese sollte von Ärzten übernommen werden
3	7	82	Vielleicht auch nicht schlecht, wenn Ärzte diese koordinierende Rolle	Ärzte sollen Koordination übernehmen	Koordination wieder in *ärztlicher* Hand
3	7	83	Es geht immer darum was das für das Kind bedeutet wenn das so oder so ist	EB rückt die Bedeutung der Intervention für das Kind in den Vordergrund	R291 - Bedeutung der Intervention für das Kind muss mitberücksichtigt werden
3	15	84	Inwieweit spürt das Kind, wenn es Medikamente nimmt, was denn jetzt nicht mehr ganz echt…	Es ist fraglich inwieweit es dem Kind möglich ist zwischen seinem Ich und der Medikamentenwirkung zu differenzieren Wie nimmt sich das Kind überhaupt selber war?	R292 - Die Wirkung der Medikation auf die Psyche des K und auf seine Eigenwahrnehmung sind fraglich
3	19	85	(im Schulischen Beriech) Der hat dann Ritalin bekommen und es war so eigenartig, versteht er das, oder ist das echt, wie erlebt er das, wie ist das für ihn, schwierig zu schauen, wie der das jetzt verstehen könnte		
3	16	86	Schulischen Bereich, wo es um Suspendierung geht, sicher kann man am Beginn eine Maßnahmen setzten, aber solange man nicht versteht was los ist, ist es nur ein Experiment	Maßnahmen ohne verstehenden Zugang sind nur ein Experiment	R293 - Maßnahmen ohne verstehenden Zugang sind nur ein Experiment
Wer kommt zur EB?					
3	13	87	Beim ersten waren die Eltern	Im Idealfall beide Eltern	R294 - Im Idealfall kommen (vor allem vor der Testdiagnostik) beide Eltern R295 - Im Fallbsp. ist der Vater einmal gekommen, sonst die Mutter
3	13	88	Da ist die Mutter gekommen, Vater einmal da	Vater nur einmal dabei, sonst Mutter	
3	13	89	Wenn man die Diagnostik gemacht hat, ist es zu spät dann erst den anderen Elternteil zu holen, es muss vorab sein	Vor der Diagnostik mit den Kind sollen beide Elternteile in der EB gewesen sein	
Arbeiten Sie auch mit den Kindern?					
3	4	90	Eigentlich schon, nur die Kinder habe ich nicht getroffen	Es ist vorgesehen, dass die Kinder kommen, nur in beiden ADHS Fällen kam es nicht dazu	R296 - Es ist vorgesehen, dass die Kinder nach fünf bis sechs Sitzungen zur EB kommen, nur in diesen Fällen nicht da: • nur Erstgespräch • Abbruch der EB
3	4	91	Einerseits die Eltern nur zu einem Erstgespräch	Nur Erstgespräch	
3	4	92	Beim anderen die Mutter bevor es darum ging mir das Kind her zu holen, Gründe gefunden hat, warum es nicht weiter gehen kann, zeitliche Umstellungen, Alltagsgeschichten, da ist ein Stück Abbruch passiert	Abbruch	
3	11	93	Normalerweise kommt man ungefähr nach sechs, fünf Stunden dazu, dass das Kind kommt	Nach fünf bis sechs Sitzungen kommt Kind zur EB	
3	11	94	Aber aufgrund dessen, das sie viel persönliches erzählt hat, da mal wichtig war zu schauen wie, wo sie das besprechen kann	Probleme der Mutter werden lange in der EB besprochen => Kind kommt nicht Verkennung des Arbeitsauftrages der EB?	R297 - Probleme der Mutter werden lange (drei Monate besprochen), als K kommen sollte verändert sich Alltag der Mutter => sie bricht EB ab Verkennung des Arbeitsauftrages der EB?
3	11	95	Dann erst wieder zum Kind schauen, dann war der Alltag anders (neuer Job) und da konnte sie das nicht mehr organisieren	Zum Zeitpunkt wo Kind kommen soll, verändert sich der Alltag der Mutter => EB hat keinen Platz mehr	
Wie geht EB in der Beratung vor?					
3	3	96	Einmal zu schauen was ist das – es geht ja darum in der ersten Phase des Erziehungsberatungsprozesses die Sprache des Symptoms zu verstehen	Zu sehen, was hinter dem Symptom verborgen ist, wie ist das Symptom zu verstehen, wie erlebt das K die	R298 - In der EB wird versucht

3	11	97	Zu schauen, wie mag das Kind die Eltern erleben, wofür oder wie ist das zu verstehen das Symptom, das Verhalten des Kindes	Eltern,	• Zu verstehen was hinter dem Symptom verborgen ist • Mit Eltern Hypothesen sammeln warum sich das K so verhält • Sich gemeinsam mit Eltern in die Lage des Kindes versetzten um sein Verhalten besser zu verstehen • Schauen wie Eltern Bedürfnisse des K erfüllen können • Wie können Eltern auf das kindliche Verhalten reagieren
3	3	98	Und welche Hypothesen man haben könnte, warum das so sein könnte und das ist der erste Teil um ein Arbeitsbündnis mit den Eltern zu bekommen	Mit den Eltern Hypothesen sammeln, warum das (Verhalten) so sein könnte	
3	11	99	Wenn man für diese Worthülse eine Beschreibung gefunden hat, dann überlegen welche Ideen die Mutter dazu hat, warum das so sein könnte		
3	23	100	Wie kann ich tun, wenn er das und das (macht)	Wie kann Mutter die Bedürfnisse des K erfüllen, oder auf sein Verhalten reagieren und wie wirkt sich das auf das K selber aus	
3	23	101	Da geht es um die Bedürfnisse des K, wie kann er die erfüllt bekommen und wenn er die nicht erfüllt kriegt, was braucht er dann, oder wie tut er dann		
3	13	102	Der Vater war zu einem Gespräch, da ging es wie war für den Buben die Trennung, wie hat er das erlebt, wie kommt er mit Gefühlen, Traurigkeit, so Hypothesen halt	Mit dem Vater wird darüber gesprochen wie Kind die Trennung erlebt hat => Hypothesen dazu Belegt, dass in der Arbeit mit Eltern nicht primär die Diagnose ADHS im Vordergrund steht	
3	12	103	Einen Befund oder irgendetwas denke mir vielleicht hat es schon gegeben, aber ich glaube sie (Mutter) hat dann gesagt „nein, so wichtig ist das nicht“	EB erkundigt sich nicht mehr nach dem Befund, da ihn die Mutter nicht als wichtig erachtet => steigt auf Meinung der Mutter ein	R299 - Andere Befunde werden von der EB nicht eingesehen
3	22	104	Die Fragestellung, was würde das dann ändern, was würde man dann anders machen müssen	Mit der Mutter wird besprochen, was denn die Diagnose ADHS dann verändern würde	R300 - Es stellt sich die Frage (mit den Eltern) was die Diagnose ADHS verändern würde
3	24	105	Was bringt es dieses Etikett zu haben, was bringt es für das was eh schon ist?		
3	19	106	Bei den Gegen.also bei den Gefühlen, die bei einem selber auftauchen	EB achtet auf Ü+GÜ und bezieht diese mit ein	R301 - Ü+GÜ werden in der EB miteinbezogen
3	20	107	Wo mir selber in einer GÜ das eine oder andere aufgefallen wäre		
Pädagogische Geister?					
3	22	108	Fällt mir jetzt nicht wirklich etwas ein sofort	EB muss zuerst nachdenken	R302 - EB kann die Frage nicht sofort beantworten
3	22	109	Wenn ich nur lieb zu ihm bin, dann wird es immer gut gehen	Wenn ich lieb zum K bin, wird es immer gut gehen	R303 - Ganz allgemeine Fehlannahmen: • Wenn ich lieb zum K bin, wird es immer gut gehen • Wenn ich mit dem K viel Zeit verbringe, geht es ihm gut und umgekehrt
3	22	110	Wenn ich viel Zeit verbringe, dass geht es ihm gut, wenn ich nicht viel Zeit verbringe, dann geht es ihm nicht gut	Wenn ich mit dem K viel Zeit verbringe, geht es ihm gut und umgekehrt	
3	22	111	Also so ganz allgemeine Fehlannahmen	Ganz allgemeine Fehlannahmen, keine besonderen im Bezug auf ADHS	
Kooperation mit Diagnostikern?					
3	4	112	Im Einverständnis der Eltern ja, würde ich das aus meiner Sicht und wie ich das sonst gewohnt bin, würde es Kontakt geben	Für die EB wäre Kooperation üblich	R304 - Kooperation mit Diagnostikern wenn Eltern einwilligen
3	5	113	Immer nur im Einverständnis mit den Eltern	Kooperation bedarf der Einwilligung der Eltern	
3	4	114	Würde ich auch wenn es diese Diagnostik gibt, aus meiner Erfahrung würde ich eher schon machen um da halt irgendwie so gemeinsam zusammen zu arbeiten	Würde mit Diagnostikern zusammenarbeiten	R305 - EB würde mit Diagnostikern zusammenarbeiten ⇨ Aber wer Diagnostiziert hat weiß EB nicht!! ⇨ Diese Aussage = eher eine Idealvorstellung, wird real in diesen Fällen aber nicht praktiziert
3	4	115	Wobei es hängt davon ab, wer das empfiehlt, wenn das eine Einzelperson ist, dann wäre es noch einmal ein Stück eine andere Zusammenarbeit oder kritisches Schauen	Bei Empfehlungen durch Einzelpersonen bedarf es eines kritischen Schauens durch die EB, kommen Empfehlungen von einer Institution ist es anders, dann schauen was sie als EB noch leisten kann	R306 - EB Vertraut (wieder) Einzelempfehlungen weniger als jenen von Institutionen
3	4	116	Oder wenn es jetzt eine Institution ist die sagt „ die Medikamentation ist eine Therapie und es gibt noch andere“, dann ist es wieder eine andere Art		R307 - Art der Zusammenarbeit hängt davon ab, von wem die Diagnose gestellt wurde (Einzelper-

			der Zusammenarbeit		son/Institution)
3	4f	117	Dann wäre es so ein Überlegen, was wäre jetzt wichtig, oder worauf soll ich noch schauen		R308 - Bei Einzelperson: kritisches Schauen Bei Institution: kein kritisches Schauen sondern was EB noch einbringen kann
Kooperation mit anderen Professionellen?					
3	14	118	Mit der Therapeutin durfte ich telefonieren	Rücksprache mit der PT um die Arbeitshypothesen der EB zu bestätigen	R309 - Kontakt mit der PT um: • Redundanzen in der Diagnostik zu vermeiden • Um eigene Arbeitshypothesen bei der PT zu bestätigen EB traut ihrem eigenen Urteil nicht (=> Rückversicherung bei PT)
3	14	119	Die hat das auch so ein Stück bestätigt, also diese Verlustgeschichten, da zu schauen		
3	4	120	Kontakt mit der Therapeutin um zu schauen, was an Diagnostik wurde getan um nicht hier zu wiederholen oder auch zu schauen, was bedeutet das für das Kind wenn es gerade angefangen hat wieder wohin zu gehen, verwirrt das (das Kind) zu sehr?	Kontakt mit der Diagnostikerin um diagnostische Tests nicht zu wiederholen (EB ist sich nicht sicher, wie eine Wiederholung von Tests auf das K wirken würde)	
3	14	121	(mit der PT) einmal ein Gespräch um zu klären, was sie an Diagnostik gemacht hat, um nicht wieder einen Test zu machen, den man eh gerade gemacht hat	Um Redundanzen zu vermeiden Gespräch mit PT um diagnostische Vorgeschichte zu erfragen	
3	25	122	Wenn wir mit K zu tun haben, die Medikamente nehmen, ist man immer in Rücksprache, wir versuchen Kontakt auf zu nehmen, im Einverständnis der Eltern, mit dem Verschreibenden	Kontakt mit der Verschreibenden Person im Zuge des Ausschleichens der Medikation	R310 - Ausschleichen der Medikation (unter Absprache mit Verschreibenden) wird angedacht
Warum nur wenige Familien mit ADHS-Kindern in EB?					
3	9	123	Dass einerseits niemand so dran bleibt, es wird vielleicht von einer Klinik gesagt (dass es EB gibt), weiß ich nicht, wer dann darauf schaut, weil ja dann immer vielleicht jemand anderer zuständig ist, wenn die dann wieder kommen	In der Klinik scheint es keinen fixen Fallführer zu geben => das Angebot wird für Eltern unübersichtlich	R311 - Es gibt keine kontinuierlichen Fallführer => Angebot würd für Eltern unübersichtlich
3	9	124	das es sehr langsam geht, Veränderungen langsamer sind	Wenn Probleme massiv sind und sich Eltern eine schnelle Abhilfe wünsche, ist EB vielleicht nicht der bevorzugte Weg , da Veränderungen in der EB zu langsam sind	R312 - Wenn es massive Probleme gibt ist EB zu langsam
3	9	125	Wenn man sich eine Lösung oder schnelle Veränderung wünscht, ich denke, da ist ja einfach schon viel los, dann ist das halt ein Weg, den man halt nicht so gleich mal geht		
3	9	126	Liegt wirklich an dem , dass da so schnelle Hilfe gefragt ist, schnelle Entlastung, EB ist ein Prozess, da musst dich drauf einlassen, das dauert, braucht Zeit		
3	10	127	Das war in der einen Geschichte so, dass sich da so langsam etwas verändert hätte		
3	10	128	Wenn ich die Möglichkeit habe, wenn ich so einen Leidensdruck habe, mache ich lieber den Knopfdruck	EB würde selber bei großem Leidensdruck eher die schnelle Variante bevorzugen Wie soll man das interpretieren? EB ist nicht von ihrem Angebot überzeugt	
3	9	129	Und ein unangenehmer Weg, weil man halt selber in der Beziehung zum Kind, weil man da wieder hinschaut, wo man grade froh ist „ich bin nicht schuld“, „der ist krank“	EB = auch Konfrontation mit unangenehmen: Konfrontation mit der Schuldfrage, mit der eigenen Verwobenheit & Symptome sind mehr als Ausdruck einer Krankheit	R313 - EB Konfrontiert Eltern mit unangenehmen Aspekten (Schuldfrage, eigene Beziehungsanteile)
3	9	130	Dass es zu viel ist, du musst immer wieder zu Kontrollen, bringst Kind in Therapie, und dann selber noch, drei Dinge dann zu viel	Neben medizinischen Kontrollen, Kinderpsychotherapie ist eine dritte Verpflichtung viell. zu viel	R314 - Neben anderen Terminen (Arzt, PT) ist EB zu viel
3	10	131	Kind ja eh schon in Therapie, „was hat denn das noch mit mir zu tun?“	Wenn das K schon in PT erübrigt sich für Eltern Frage nach eigenem Beteiligt sein, eigene Konfrontation	R315 - EB wird nicht aufgesucht wenn:

				meiden	• K in PT und Eltern eigene Konfrontation meiden • Durch Medikation Leidensdruck sinkt
3	9	132	Durch Medikament eine Besserung, dann verringert sich der Leidensdruck, dass dann die Empfehlung nicht aufgegriffen wird	Medikation => Besserung=> weniger Leidensdruck => keine weitere Intervention	
3	10	133	„Wissen Sie, entweder glauben Sie dass es um Beziehung, Psychodynamik, Verstehen geht und dass das nur das Symptom ist, und dass man schauen muss warum ist das so!“ – ob man vielleicht in der EB so tun müsste, dass man sich am Anfang schon diese Gretchenfrage stellt	Eltern sollen schon von Beginn an entscheiden, welchen Weg sie gehen wollen, ob schnelle Hilfe oder doch hinsehen => das würde dann vlt Abbruch verhindern	R316 - Eltern sollen sich zu Beginn Gretchenfrage stellen – ob schnelle Hilfe oder langfristiges Hinschauen ⇨ EB wäre aber nur für Fälle, die sich von Anfang an auf psychoanalytische Sichtweise einlassen ⇨ Können „andere“ Eltern nicht im Prozess der EB auch erst gefallen finden? Die würden dann ausgeschlossen werden
Erfahrungen der EB					
3	2	134	Ich habe mich vor ein paar Jahren im Zuge der ADHS-Tagung mehr damit beschäftigt	Erziehungsberaterin hat sich früher mehr mit ADHS beschäftigt	R317 - EB hat sich schon früher mit ADHS auseinandergesetzt – sollte einiges an Hintergrundwissen mitbringen
3	4	135	Weil das was ich hier anbiete ja etwas langsameres ist, als das was von der Klinik angeboten wird	EB wird im Vergleich zu Interventionen durch die Klinik als langsam erlebt	R318 - EB wird im Fall von ADHS von der EB als zu langsam erlebt
3	10	136	Die, die das erste Mal gekommen sind, da ist es daran gescheitert, dass das zu lange gewesen wäre, zwar interessant, aber zu lang	EB hätte zu lange gedauert, daher wurde EB nicht beansprucht	
3	11	137	Die ist mit einer anderen Vorstellung gekommen, das war eine Empfehlung, sie hat aufgrund der Empfehlung Vertrauen gehabt, sie hat immer gesagt, sie hätte es gerne weiter gemacht aber sie hat eine neue Lebenssituation und da geht es sich zeitlich nicht mehr aus	Mutter bricht durch neue Lebensumstände nach drei Monaten EB ab	R319 - In einem Fall Abbruch der EB nach drei Monaten (wo es darum ging, dass die Mutter etwas verändert) Grund: neue Lebensumstände
3	11	138	Ich denke mir dann muss man überlegen wie man Priorität setzt	EB hinterfragt die Prioritäten der Mutter	R320 - für EB ist die Frage nach dem wie sich die Mutter ihre Prioritäten setzt
3	11	139	Dann ging es in eine Richtung „was hat es mit mir zu tun, was könnte ich verändern“, wobei ich sagen muss, dass dieser Mutter ist es nicht wirklich gut gegangen, immer wieder Auf und Abs	Wo es um Konfrontation ging, daran dass Mutter etwas verändert, kam es zum Ende der EB (weil es der Mutter schlecht ging)? Ist somit Zeitgrund eher der Vorwand?	
3	17	140	(EB trifft oft auf) das Nicht-Verstehens, dass jede Beziehung und jede Gestaltung anders ist und wenn das Kind älter ist, ist es anders als wenn es jünger ist, da baut man andere Gefühle auf	Jede Beziehung ist einzigartig	R321 - EB befindet jede Beziehung als einzigartig
Erfahrungen aus der Mosaikklasse					
3	19	141	(im Kontext Schule) Ist auch nie gelungen eine richtige Beziehung zu halten mit den Eltern (eines Buben mit ADHS)	Aufrechterhalten der Beziehung zu den Eltern war erschwert	R322 - Aufrechterhalten der Beziehung zu Eltern erschwert
3	20	142	Kind eine schwierige Familiengeschichte	Schwierige Familiengeschichte	R323 - Schwierige Familiengeschichte
Was bringt EB?					
3	11	143	„es hat mir gut getan, hab ich auch mein Kind anders sehen können“	EB ermöglicht andere Perspektive auf das Kind, das tut gut	R324 - Eltern gewinnen andere Perspektive auf das K
3	14	144	Eine andere Beziehungsgestaltung, ein anderes Erleben von Seiten des Kindes hin zur Mutter oder zum Vater	Verändertes Beziehungserleben auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Eltern	R325 - Korrigierende Emotionale Erfahrungen für das K durch: • Das Beziehungserleben auf Seiten des K und auf Seiten der Eltern werden längerfristig verändert • Eltern können sich in das Kind besser hineinversetzten
3	14	145	Im Alltag ein anderes Beziehungserleben und andere Beziehungserfahrungen auch von Seiten der Eltern		
3	15	146	Längerfristig schauen, welche Beziehungserfahrungen das K brauchen würde, das es ihm besser geht	Längerfristig Veränderungen in Beziehungserfahrungen des K andenken	
3	14	147	Sich in das K hinein zu versetzten, zu schauen, was könnte es brauchen	Sich in das Kind hineinversetzen können	

3	15	148	Das man das Erleben des K anschaut, überlegen wie könnte es dem K gehen	Sich in das K hineinversetzten, die kindliche Perspektive überdenken	• Besseres Verständnis für die Symptomatik, was dahinter stecken könnte • Besseres Verständnis für Situationen und wie darauf eingegangen werden kann • Wiederentdeckung der Freude am K
3	14	149	Andere, korrigierende emotionale Erfahrungen im Alltag	korrigierende emotionale Erfahrungen	
3	15	150	Verstehen, was es noch sein könnte	Verstehen, was sich hinter ADHS verbergen könnte	
3	15	151	Weil man dann besser versteht	Besseres Verständnis	
3	15	152	Verstehen, was es halt auch braucht	Situationen adäquat beurteilen können und entsprechend darauf eingehen können	
3	14	153	Wiederentdeckung der Freude am Kind	Trotz alltäglicher Schwierigkeiten Wiederentdeckung der Freude am Kind EB zusätzlich zu Med. die gegeben werden MÜSSEN – dh es wird nicht an das Absetzen gedacht?	
3	14	154	Trotz des schwierigen Alltags oder der Medikamente die gegeben werden müssen, mehr Freude haben		
3	15	155	Dieses Längerfristige, wenn man nur Medikamente gibt, was dann ist nach zehn Jahren, dass das halt klar wird, dass das das einzige ist, dass längerfristig helfen würde	EB wirkt im Unterschied zur Medikation längerfristig	R326 - EB wirkt langfristig
Stellenwert der Behandlungsformen					
3	15	156	Dieses Längerfristige, wenn man nur Medikamente gibt, was dann ist nach zehn Jahren, dass das halt klar wird, dass das das einzige ist, dass längerfristig helfen würde	EB einzige Möglichkeit langfristig etwas zu verändern	R327 - EB als einzige Möglichkeit zur langfristigen Veränderung
3	15	157	PT ist halt für das K, das bringt sicher auch ganz viel, je nach dem was er für Therapie ist	Stellenwert der PT kommt auf die Art der PT an	R328 - Art der PT beeinflusst ihren Stellenwert: • VT = oberflächlich korrigierend • Tiefenpsychologische PT + Elterngespräch hilfreich
3	15	158	Wenn nur am Verhalten des Kindes, oder nur an der Oberfläche korrigierend ist, wird sich nicht wirklich so viel tun	VT die nur oberflächlich korrigiert, bewirkt weniger	
3	15	159	Wenn es psychoanalytische oder tiefenpsychologische Therapie ist mit Elterngesprächen, kann ich mir schon vorstellen, dass das hilfreich ist	Tiefenpsychologische PT in Kombination mit Elterngesprächen können hilfreich sein	
3	25	160	Dass man von Anfang an parallel schaut, oder sie entscheiden sich für das quasi und dann muss das andere ausschleichen, das Schnelle, die Medikamentation, weil beides, da können wir nur verlieren, dieses Nachdenken dann hat keine Chance	Langsame Variante, das Nachdenken hat im Vergleich zur schnellen Medikation keine Chance	R329 - EB als langsame Variante hat im Vergleich zur raschen Medikation keine Chance – Eltern wollen sich weniger auf das Nachdenken einlassen Sehr negativ formuliert ⇨ Als „Lösung“ dafür meint EB sollten sich Eltern schon von Beginn der Behandlung an die Gretchenfrage stellen, ob sie sich darauf einlassen ja oder nein
Nachteile der EB?					
3	16	161	Dass es länger dauert	EB dauert sehr lange	R330 - Nachteile der EB: • EB dauert lange • Finanzieller Aufwand • Konfrontation der Eltern mit Unangenehmen
3	16	162	Dass man nicht so ganz ganz schnell etwas hat		
3	16	163	Für die Eltern eine finanzielle Geschichte	EB verursacht Kosten	
3	16	164	Oder dort hinschauen zu müssen, was vielleicht unangenehm ist	Konfrontation der Eltern mit Unangenehmen	
Schwierigkeiten bei der EB?					
3	17	165	Bei der Mutter Unsicherheiten gab in Struktur, also dem K Alltagsstrukturen zu geben	Es fiel schwer, die Mutter dabei zu unterstützen, dass diese den Alltags ihres K besser strukturieren hätte können	R331 - Es fiel schwer, die Mutter zu unterstützen, dass sie ihrem K mehr Alltagsstruktur bieten konnte
3	20	166	Im Verlauf mit der Mutter, war das mit der Struktur und der Orientierung		
3	18	167	Schwierigkeit (mit der Mutter) noch einmal hinzuschauen, dass das sicher gute Ratschläge sind, aber dass halt vielleicht bei jedem auch anders sein kann	Die Mutter davon zu überzeugen, dass allgemeine Ratschläge, nicht für jeden Menschen gleich anzuwenden sind	R332 - Es ist schwer Eltern davon zu überzeugen, dass allgemeine Ratschläge nicht für jedes K gleiche Geltung haben

3	19	168	(im Kontext Schule) Schwer mit den Eltern da hinzuschauen (auf das K), weil es dann die Diagnose gegeben hat und nicht mehr möglich war so hinzuschauen, sondern nur noch wann das gegeben wird und wie das halt ist und endlich haben wir eine Lösung	Diagnose erschwert mit den Eltern auf das Kind zu sehen	R333 - Durch Diagnose fällt es den Eltern schwerer anders auf das K hinzusehen
3	24f	169	Wenn man sagt, man muss noch wo anders hinschauen, oder das ist nur die Worthülse und wenn sie mir das sagen, kann ich mir noch gar nicht vorstellen wie das ist mit ihrem Kind	Diagnose sagt noch nichts darüber aus, wie es sich tatsächlich mit dem K verhält Das muss ja die EB auch den Eltern klar machen und das ist schwer	R334 - Es ist schwer Eltern zu verdeutlichen, dass die Diagnose noch nichts darüber aussagt, wie es sich mit ihrem K tatsächlich verhält
3	19	170	Von meiner Seite ganz unklar und Verwirrtheit, wie man denn tut, was ihm helfen könnte, was man tun könnte	EB ist verunsichert, weiß nicht weiter	R335 - Auf allen Ebenen Schwierigkeiten: • Situation für EB schwer fassbar • Situation für PT schwer fassbar • Arbeit mit Eltern schwer
3	19	171	War es sehr, sehr schwierig mit Eltern auf das K hinzuschauen	Es ist schwer mit Eltern auf das Kind zu schauen	
3	19	172	Die Therapeutin (des K) hat auch so etwas ähnliches erzählt	Auch PT wusste in dem Fall nicht weiter	
Auch K ohne Diagnose ADHS diese Symptomatik?					
3	22	173	Da fällt mir ein Kind ein	Ein Bub, würde an anderer Stelle ADHS diagnostiziert bekommen	R336 - Es kommen Familie mit ein paar Buben zur EB wo Bub an anderer Stelle die Diagnose sicher erhalten würde
3	23	174	Könnte ich mir vorstellen, wenn der wohin gehen würde und wenn das die Fragestellung der Mutter wäre, dass er das vielleicht dann kriegt		
3	22f	175	Die Phantasie von der Psychagogin (das es ev. ADHS ist)	Psychagogin meint es sei ADHS	
3	24	176	Also spannend, meistens nur bei Buben, da sind jetzt ein paar	Es kommen einige Buben mit ADHS-Symptomen die keine Diagnose haben	
3	24	177	Eltern die wegen einem Mädchen da sind ist nie		
3	22	178	Die Fragestellung, was würde das dann ändern, was würde man dann anders machen müssen	Mit der Mutter wird besprochen, was denn die Diagnose ADHS dann verändern würde	R337 - Es stellt sich die Frage (mit den Eltern) was die Diagnose ADHS verändern würde
3	24	179	Was bringt es dieses Etikett zu haben, was bringt es für das was eh schon ist?		
Macht es für Sie einen Unterschied ob Diagnose oder nicht Diagnose?					
3	24	180	Schon	Ja	R338 - Durch die Diagnose, und der Zuschreibung einer organischen Erkrankung verändert sich der grundlegende Zugang, es wird schwerer mit Eltern auch noch anders hinzusehen
3	24	181	Es ist die Schwierigkeit, dann noch etwas anderes denken zu können, freie Hypothesen mit den Eltern bilden zu bilden warum das so sein könnte	ADHS-Diagnose engt die Perspektive auf das K ein	
3	24	182	Weil auch die Haupthypothese „mein Kind ist krank“, es tut auch etwas wenn, wenn etwas so beginnt, es schon den Stempel gibt	Hypothese „mein Kind ist krank“ verändert den grundlegenden Zugang	
Ergänzung durch d. EB:					
3	26	183	Dass, wenn man das diagnostiziert, das man noch einmal aufklärt, was das bedeutet, was das für Entwicklungswege verschließt so früh	Über Bedeutungen der Diagnose aufklären (auch im Bezug auf Entwicklungschancen)	R339 - EB wünscht sich: • Bessere Aufklärung über die Bedeutung der Diagnose • Keine einseitige Information an Eltern
3	26	184	Von Seiten der Klinik, die die sich forschungsmäßig damit beschäftigt, keine zu einseitige Berichterstattung oder dass man da Aufklärung hat oder mehr Information	Das der Informationsfluss zu den Eltern nicht einseitig (medizinisch-dominiert) verläuft	
3	25	185	Die APP hat ja so herausgegebene Spezialisierungen, da gibt es Spezialisierung ADHS und EB, ich würde das nie machen, dass ich mich auf das spezialisiere, eben weil ich finde das einfach schwierig	APP hat eine Spezialisierung, diese wird jedoch von der EB als schwer empfunden, eher abgelehnt, da eben nicht alle ADHS-K gleich sind, dann stellt sie sich doch d. Frage ob es eine Spezialisierung bzw . ein Konzept extra für ADHS und EB gibt – oder ob es halt so wie jedes andere Symptom behandelt wird/werden sollte	R340 - EB wünscht sich ein spezielles Konzept der EB für ADHS Hier scheint die Diagnose ADHS doch eine gravierende Bedeutung zu haben Wiederspruch zu dem zuvor gesagten, dass sie APP Spezialisierung nicht begrüßt (S.25)
3	27	186	Mich würde interessieren ob so ein psychoanalytisch-pädagogisches EB-Konzept quasi gibt für ADHS, ob man da nachdenkt darüber,		
3	27	187	oder ob es gar nicht so wichtig ist, weil es ja so wie jedes anders Symptom		
Interview 4					
Wie lange als EB?					
4	1	1	Seit 97	Seit 97	R341 - 13 Jahre

Rahmenbedingungen					
4	1	2	Bis 2007 beim Verein Q, eben FIB	Bis 2007 FIB bei Verein Q	R342 - 10 Jahre bei Verein Q als FIB
4	1	3	Ausbildung über APP	Ausbildung über APP	R343 - Ausbildung über APP
4	1	4	Habe immer zwei Standbeine gehabt	Im Ambulatorium und in freier Praxis EB und heilpädagogische Lernförderung	R344 - EB in freier Praxis und in Ambulatorium Zusätzlich heilpädagogische Lernförderung
4	1	5	Parallel zu freiberuflichen Tätigkeit in einem Ambulatorium		
4	1	6	Im Ambulatorium am Vormittag EB und am Nachmittag heilpädagogisch Lernförderung, in P (Großstadt Österreichs) biete ich das selbe an		
4	3	7	Hab dort (EB) aufgebaut, was deswegen gelungen ist, weil zu dem Zeitpunkt hat es eine Therapieleiterin gegeben, die auch tiefenpsychologisch-orientiert gedacht hat und eine Kollegin die auch tiefenpsychologisch-orientiert arbeitet	EB braucht von den Rahmenbedingungen her ein passendes Paradigma	R345 - EB braucht von den Rahmenbedingungen her ein passendes Paradigma 1. Vom Paradigma her 2. Von Vernetzungsmöglichkeiten her (S.
4	2+3	8	(Warum dort am A. eine EB) weil ich die Stelle geschaffen habe – konsequente Elternberatung hat es nicht gegeben	EB als absolutes Randgebiet im Ambulatorium (schon früher)	R346 - Im Ambulatorium tritt das PA-Paradigma hinter das medizinische zurück, nicht einmal bio-psycho-soziales Modell ist anzudenken • EB als Randgebiet im Ambulatorium • Nachdenken über Erziehung im med. Kontext nicht vorgesehen (wenn nur in Form von einem Punktekatalog, was man mit K tun sollte vgl. I3, S.7)
4	4	9	Diese tiefenpsychologische Sichtweise, das ist da nicht vorgesehen, oder nicht mehr vorgesehen (im Ambulatorium)	Tiefenpsychologie nicht vorgesehen, Nachdenken über Erziehung scheint im med. Bereich nicht üblich	
4	3	10	Therapieleiterin hat Funktion zurückgelegt, weil sie diesen theoretischen Ansatz (PA) nicht mehr durch gebracht hat, weil die Leitung des Hause hat ein Primar der K-Arzt ist	PA-Paradigma tritt hinter das medizinische zurück	
4	3	11	Die K-Ärztin, die das Tagesgeschäft macht, ist durch und durch Ärztin		
4	3	12	Es spricht nichts dagegen es medizinisch zu betrachten, aber so ein bio-psycho-soziales Modell war nicht zu kriegen	Bio-psycho-soziales System wird nicht angedacht	
4	6	13	Es ist nicht möglich von der Finanzierung her, Elternberatung anzubieten, ohne dass das K in Therapie ist	Im Ambulatorium hat EB keinen eigenen Rahmen – ist streng an PT geknüpft	R347 - Im Ambulatorium hat EB keinen eigenen Rahmen – ist streng an PT geknüpft R348 - Ist PT zu Ende muss EB kurzfristig abgebrochen werden, EB verweist dann an andere Beratungsstellen • EB (Arbeitsbündnis)wird zwanghaft abgebrochen obwohl noch Beratungsbedarf gegeben • Eltern müssen zu neuen EB verwiesen werden R349 - Besteht primär kein Bedarf an PT kann auch keine EB stattfinden R350 - Keine eigene Finanzierung für EB
4	6	14	Wann das K in Therapie kommt, dass ich auch mit EB starte, dass es parallel läuft	Keine eigene Finanzierung für EB	
4	7	15	Das ist unser großes Problem, sobald K jetzt keinen Therapiebedarf mehr haben muss ich binnen drei bis fünf Stunden Elternberatung ab schließen und mir überlegen wohin schicke ich die Eltern, in welche Beratungsstelle	Sobald K nicht mehr in PT muss EB relativ kurzfristig abgebrochen werden EB verweist dann an andere Stellen	
4	8	16	Wenn man drauf kommt, es bräuchte keine Therapie für das K, können Eltern nicht bei uns bleiben in Beratung	Besteht kein Bedarf an PT für K kann auch EB nicht in Anspruch genommen werden	
4	8	17	Was von den Strukturen noch dazu kommt ist, dass es möglichst nichts kosten soll	EB soll keine Kosten verursachen Verweist auf die mindere Bedeutung die EB beigemessen wird	
4	8	18	Weil die dann sagen „hörns, jetzt wissen Sie unsere ganze Geschichte und jetzt sollen wir bei jemand neuem wieder anfangen!“ – das ist ein Problem	Problem, dass das Arbeitsbündnis mit Eltern aufgebrochen werden muss und Verweis (somit Neuanfang) zu/bei jemand neuen	
4	23	19	Haus ist ja sehr funktionell-therapeutisch entstanden, eigentlich als Haus wo mit behinderten K im klassischen Sinn gearbeitet wird	Ambulatorium hat sehr funktionell-therapeutische Geschichte => Eltern meine, dort wird nur mit K mit Behinderung gearbeitet => ist eine Hürde dort mit eigenem (nicht behinderten) K hin zu gehen	R351 - Vor Hintergrund, dass im Ambulatorium vorwiegend mit K mit Behinderung gearbeitet wird => ist eine Barriere für Eltern, die mit K mit psychischen Problemen kommen
4	23	20	Das Eltern diesen Hintergrund haben, da wird mit behinderten K gearbeitet und mein K ist ja gar nicht behindert		
Gibt es bestimmte theoretische Orientierung?					
4	1	21	Ich habe vorher in der Praxisgemeinschaft freiberuflich gearbeitet dort hat	Früher in Praxisgemeinschaft interdisziplinäres Team	R352 - Früher Arbeit in interdisziplinärer Praxisgemein-

			es nicht wirklich theoretische Ausrichtung gegeben, das war ein interdisziplinäres Team	=> nicht wirklich theoretische Ausrichtung	schaft, ohne bestimmte theoretische Ausrichtung
4	1	22	Im Ambulatorium wo ich jetzt arbeite, da gibt es auf jeden Fall eines und da ist psychoanalytische Pädagogik nicht wirklich an erster Stelle	Im Ambulatorium gibt es medizinisches Paradigma, psychoanalytische Pädagogik als Randgebiet	R353 - Im Ambulatorium gibt es medizinisches Paradigma, psychoanalytische Pädagogik als Randgebiet
4	2	23	Es beeinflusst mich insofern, als das Eltern die kommen teilweise schon K haben, dass Medikament verordnet gerkriegt hat	Durch medizinisches Paradigma kommen oft Familien zur EB wo K bereits Medikation	R354 - Auswirkungen des med. Paradigmas auf EB: • Durch med. Paradigma ist EB mit Fam. konfrontiert wo K Medikation erhalten • Fachlicher Austausch ist durch den versch. Zugängen zu Grunde liegenden Kommunikationsebenen erschwert
4	2	24	Vom Austausch her, vom Fachlichen, über die K und wie ich über Familien in einer Teambesprechung spreche, da hat es einen riesigen Einfluss	Fachlicher Austausch ist schwer durch unterschiedliche Zugänge ergeben sich unterschiedliche Kommunikationsebenen	
4	2	25	Für mein Empfinden schon sehr schwierig, also wenn man einen neurobiologischen Zugang hat und jemand anderer hat einen anderen Zugang, also da wirklich eine Kommunikationsebene zu finden ist nicht leicht		
4	4	26	(Auswirkungen) ja die hat es	Für EB = die Auswirkungen der med. dominierten Arbeit in der Ambulanz groß	
Wie viele Familien mit ADHS-K in EB?					
4	4f	27	In den letzten zwei Jahren 15 Familien, die Diagnose gehabt haben	Im Ambulatorium 15 Familien in letzen beiden Jahren	R355 - In den letzten zwei Jahren 15 Familien
4	5	28	(die Familien die kommen) das ist eher ambulatoriumsmäßig		
Geschlechterverteilung/Alter					
4	5	29	Klassisch mehr Burschen, nur ein Mädchen	Mehr Burschen, nur ein Mädchen	R356 - Mehr Burschen
Wie kommen Eltern zu Ihnen?					
4	5	30	Im Ambulatorium K angemeldet, je nach Problem das Eltern der Sekretärin am Telefon schildern entscheidet dann Primar ist da jetzt in erster Linie eine Psychologin heran zu ziehen, die das K begutachtet oder ist es für die K-Ärztin – abhängig davon wo man als erster eingeteilt wird bleibt dann die Fallführung	Depersonalisierte Fernbeurteilung des Primars der am Telefon erhaltenen Info (der Sekretärin) als Einwegticket für die Ausrichtung der Fallführung (psychologisch, K-ärztlich)	R357 - Familien durchlaufen zuerst einen Zuweisungsprozess ehe sie zur EB kommen können • Depersonalisierte Zuordnung anhand Telefoninformation Entsprechend der ersten Zuordnung: • die Ausrichtung der Fallführung • die Behandlung (Medikation oder Musiktherapie und EB)
4	6	31	Fallführung bleibt dann hauptzuständig für das K und dementsprechend weitere Schritte		
4	6	32	Dann schon mal die erste Teilung, weil die K-Ärztin betrachtet das natürlich aus ihrer Sicht		
4	6	33	Das ist in diesem Haus sehr offen, was dann ist und wie das dann läuft		
4	6	34	K mit motorischer Unruhe, K-Ärztin sagt „klassische Hyperaktivität“, erklärt wie das neurobiologisch zu sehen ist, vorschlägt eine Medikation und psychologische Diagnostik, Hauptzuständigkeit dann bei ihr	Wie die Behandlung verläuft entscheidet sich entsprechend der ersten Zuordnung und kann sehr unterschiedlich aussehen – Medikation oder Musiktherapie und EB	
4	6	35	Das gleiche K bei der Psychologin, (die) schaut sich das an, macht Test, kann sein, dass Schluss „eigentlich , ADHD“ müsste man eigentlich der K-Ärztin vorstellen mit Fragestellung Medikation		
4	6	36	Die andere Psychologin macht dann Rorschach dazu, kommt dann zu ganz anderem Ergebnis: viel zu wenig haltgebende Strukturen, keine Ich-Strukturen, massive innere Unruhe, nein wir machen Musiktherapie und EB		
4	8	37	KG wo Screening-Verfahren von den Kindergärtnerinnen	KG führen Screening-Verfahren durch => Eltern werden bei entsprechendem Ergebnis ins Ambulatorium geschickt	R358 – Eltern kommen durch: • KG schicken (nach Screening-Verfahren) • Schulen Schon im KG-Alter Screening
4	8	38	Entsprechend dieses Screenings werden Eltern geschickt		
4	8	39	Wir haben viele geschickte Eltern von KG, Schulen	KG, Schulen schicken zur EB	
4	8	40	Dann werden K gebracht und behandelt, und versucht, dass Eltern zu mir	Eltern kommen über das Ambulatorium zur EB	R359 - Durch Ambulatorium

			kommen		
Wer kommt zur EB?					
4	7	41	Wobei Eltern heißt in vielen Fällen nur die Mutter - es ist schwierig auch die Väter mit herein zu kriegen in die Beratung, bin da sehr dran und dahinter	Zumeist kommen nur die Mütter, es ist schwer Väter zur EB zu bekommen	R360 - EB arbeitet primär mit Eltern. R361 - Obwohl Väter wichtig wären, kommen zumeist nur Mütter
4	7	42	bin da sehr dran und dahinter	Für EB ist es wichtig, dass auch der Vater kommt	
4	21	43	Arbeite primär mit Eltern	Arbeite primär mit Eltern	
4	21	44	Sobald K in Musiktherapie, überlasse ich es der Therapeutin	K wird der Therapeutin überlassen	R362 - Keine Arbeit mit dem K, das wird der Therapeutin überlassen
4	21	45	Dazu holen (K) tu ich sie eigentlich nie	Keine Arbeit mit dem K – nur Miniinterventionen am Rande (Aufgreifen positiver Begebenheiten bei Begegnung nach PT)	
4	21	46	Dass das (K) dann da her kommt und ich halt ein paar Takte rede mit dem K und versuche Interventionen zu setzten, dass ich dann hervorhole, wenn mir Mama irgendetwas geliefert hat an Material, dass sie sagt „das ist so gut gegangen“, dass ich dann auch sage „na weißt eh, das habe ich gehört und das ist ja voll super – das sind meine Miniinterventionen bei den K		R363 - Wenn nur kurze Gespräche mit K
Alter der K?					
4	9	47	ADHD-Diagnostik meistens Vorschuljahr, früher nicht	K ab Vorschulalter	R364 - Ab Vorschulalter
Wie lange kommen Eltern zur EB? Frequenz?					
4	19	48	Ein Jahr, also auch die Therapie des K so lange dauert	Dauer ist an PT gekoppelt	R365 - Dauer ist an PT gekoppelt
4	20	49	Drei Monate bis zu einem Jahr	3-12 Monate	R366 - 3-12 Monate
4	25f	50	(Eltern) die dann mal wieder kommen, nicht erst wenn es so massiv ist und die dann Möglichkeit haben zwei, drei, vier Stunden zu kommen, dass man ein Bisschen begleitet	Nachbetreuung wird gewährleistet für Eltern die wieder kommen	R367 - Wenn Probleme auftauchen, können Eltern wieder kommen
4	19f	51	14-tägig, dann Intervall herunter schrauben	14-tägig, dann längere Intervalle	R368 - 14-tägig, dann längere Intervalle – ja nach Bedürfnis der Eltern
14	20	52	14-tägig außer wenn der Leidensdruck der Eltern hoch ist, dass man sagt wöchentlich	Intervalle orientiert an Bedürfnissen der Eltern	
Diagnose ADHS?					
4	4	53	Frage ist ja, wie betrachtet man es dann, also diagnostizierte(betont) ADHS-K?	Die Frage ist wie man ADHS betrachtet => Perspektivenabhängigkeit	R369 - EB hinterfragt, wie sich Diagnose auf die Perspektive auf das K auswirkt
4	9	54	Bub mit ADHS diagnostiziert worden, wo man gedacht hat, der hat keine haltgebenden Strukturen erfahren, der kann sich selber nicht regulieren, steuern, weil er das nie gelernt hat	Diagnose ADHS ist für EB unangebracht, viel eher erfuhr der Bub nie haltgebende Strukturen => erlernte keine Regulation bzw. Steuerung	R370 - Diagnose bei K, wo EB andere Problematiken als ADHS im Vordergrund sieht
4	9	55	Obwohl er offiziell eine ADHD hatte für mich vom Blickwinkel her überhaupt nicht da hinein fällt	EB hat anderen Blickwinkel auf die Symptomatik	
4	9	56	Diagnostiziert wird das so vor Schulbeginn, von Psychologinnen	Diagnose von Psychologen	R371 - ADHS-Diagnose von Psychologen, Hausärzten
4	9	57	Von Psychologinnen große Zurückhaltung bei jungen K	Meist im Vorschuljahr, bei jüngeren K ist man zurückhaltend	R372 - Medizinische Diagnose bedarf psychologischen Gutachtens
4	10	58	Diagnose ADHD meistens Vorschuljahr, früher nicht		
4	10	59	In P (Großstadt Österreichs) wurden Standards herausgegeben: es kann ein Mediziner nicht alleine ADHD diagnostizieren, es braucht eine psychologische Begutachtung	ADHS-Diagnose durch Mediziner + Gutachten von Psychologen ist standardmäßig vorgeschrieben	R373 - Diagnose wird im Vorschulalter gestellt, bei jüngeren K eher Zurückhaltung
4	10	60	Auch Hausärzte, die sagen dann locker vom Hocker „ADHD, da gehen Sie da hin“	Hausärzte vergeben ADHS-Diagnose rasch	
4	10	61	Andere Hausärzte sagen „na sicher nicht, und schon gar keine Medikamente“	Wobei Meinungen bei Hausärzten bezüglich ADHS auseinander gehen	
4	12	62	Die wird ganz klar diagnostiziert nach ICD-10	Diagnose nach ICD-10 => Verrechnung mit Kranken-	R374 - Im Ambulatorium Diagnose nach ICD-10 (=>

4	12	63	Auf für die Verrechnung mit der Krankenkasse	kasse = möglich	mit Krankenkasse verrecehnbar)
4	10	64	Aber je nachdem welche Psychologin das K sieht, kommt das wieder anders heraus	Perspektive des Psychologen beeinflusst das Ergebnis des Gutachtens	R375 - Diagnostik = von Perspektive des Diagnostikers abhängig
4	11	65	Glaube dass der nächste Zug Autismus ist, der die ADHD-Geschichte ablösen wird	Von einer Modediagnose zur nächsten • zeigt, dass diese Phänomene steigen und abflauen, nicht konstant sind • Bis ca. 2000 war ADHS für EB kein Thema	R376 - ADHS als Modediagnose: • Phänomene haben nicht auf Dauer bestand, sie kommen und gehen • Bis ca. 2000 war ADHS für EB kein Thema
4	18	66	Wo diese ADHD-Diagnostik noch nicht so en vogue war, 97-2000 und da war das Thema einfach noch nicht da		
4	14	67	Für manche Eltern ist das egal, die kommen „mein K ist so diagnostiziert, ich sehe das aber gar nicht so“	Für manche Eltern hat Diagnose keine Bedeutung, sie sehen das trotz Diagnose anders	R377 - Manche Eltern verlieren trotz Diagnose nicht den Blick auf das K
4	16	68	Für viele Eltern aber Erleichterung dieses Verhalten fassen z können, froh sind Begriff dafür zu haben	Erleichterung für Eltern, Verhalten wird fassbar, man hat Begriff dafür	R378 - Diagnose bringt: • Erleichterung • Beruhigung • Verhalten wird fassbar
4	19	69	Ein Stückchen eine Beruhigung, weil sie jetzt wissen, das ist so	Beruhigung für Eltern	
4	16	70	Für mich ist sie nicht notwendig um mit den Eltern arbeiten zu können	Für Arbeit mit Eltern ist Diagnose nicht notwendig – tritt in EB in den Hintergrund: es geht mehr Gründe für das Verhalten zu suchen	R379 - EB bedarf nicht der Diagnose ADHS – vordergründig geht es darum Gründe für das Verhalten zu suchen
4	16	71	Im Beratungsprozess ist es so, dass die Eltern und ich diese Diagnose vergessen, genau schauen warum ist das K so, wie tut es jetzt, wie kommt es zurecht, warum ist das so, im Beratungssetting verwenden wir Diagnose nicht mehr		
4	19	72	In der EB weit weg von der Idee eines psychotischen Geschehens, auch ganz weit weg von ADHD	In EB kann das Verhalten keiner der beiden Diagnosen zugeordnet werden (hier tiefenpsychologischer Zugang)	R380 - Medizinischer Diagnoseverdachte (Psychose/ADHS) kann von EB nicht bestätigt werden
Kooperation zwischen EB und Diagnostikern?					
4	12	73	Nein, das K bekommt Diagnose sofort nach der kinderärztlichen Vorstellung oder nach der psychologischen	Kinderärzte oder Psychologen stellen Diagnose, EB nicht eingebunden Diagnoseschleifen, dass K wieder neu getestet wird, auch da EB kein Mitspracherecht	R381 - Diagnose und Diagnoseschleifen werden von Kinderärzten oder Psychologen gestellt R382 - EB hat in beiden Fällen kein Mitspracherecht Müsste es nach dem Standard nicht heißen K-Ärzte und Psychologen? Scheinbar diagnostizieren die doch gesondert
4	12	74	In diesen Diagnoseprozess werde ich überhaupt nicht miteinbezogen		
4	12	75	Es gibt schon so Schleifen, dass K wieder vorgestellt, re-getestet werden		
Zunahme der ADHS-Diagnose?					
4	2	76	Im Ambulatorium bin ich seit 2002, da hat es einen ziemlichen Schub von der Diagnostik her gegeben, mit 2004 beginnend zunehmend mehr ADHS diagnostizierte K dort	Seit 2004 Zunahme der ADHS-Diagnosen im Ambulatorium	R383 - Im Ambulatorium seit 2004 Zunahme an ADHS-Diagnosen
4	10	77	Wird zunehmend im oberen Q (sehr ländliche Gegend) Thema	ADHS-Diagnose verbreitet sich auch im ländlichen Raum zunehmend Im urbanen Raum scheint Diagnose rückläufig zu sein	R384 - Diagnose verbreitet sich im Ländlichen Raum, urban scheint sie eher zurück zu gehen
4	11	78	Wobei ich das Gefühl habe dass es in P (Großstadt Österreichs) im Abflauen ist		
4	10	79	Es spricht sich herum, dass man ADHS haben kann, habe schon erlebt, dass Mutter die ihr K bei uns vorgestellt hat, dann drauf kommen ist, dass ihre Schwester auch ihrem Sohn Medikamente gibt, weil er auch ADHD hat, weil er auch bei uns im Haus war	Mutter kommt in das Ambulatorium da Schwester dort Medikation verschrieben bekam	R385 - Idee, das eigene K habe ADHS, nach dem man von anderen Fällen hört
4	10	80	Oder in der Schule Eltern drauf kommen „Frau sowieso war dort und deren K hat ADHD, vielleicht hat meines auch ADHD“	Idee, das eigene K könnte ADHS haben sobald man von andren Fällen hört	
4	10	81	Auch Hausärzte, die sagen dann locker vom Hocker „ADHD, da gehen Sie da hin“	Hausärzte vergeben rasch ADHS-Diagnose	R386 - Hausärzte vergeben Diagnose rasch
4	11	82	Glaube das gesamtgesellschaftlich gut in unser Konzept passt,	Gesellschaftliche Bedingungen bieten passenden Rahmen für ADHS-Diagnose	R387 - Gesellschaftliche Bedingungen bieten der Diagnose passenden Rahmen
4	11	83	alles muss schnell gehen, alles muss rapide behandelbar sein, alles mach-		

			bar sein, nichts darf viel Zeit verbrauchen	Alles muss schnell in kurzer Zeit geschehen	• Alles schnell in kurzer Zeit • Eltern Angst gegenüber K machtlos zu sein
4	11	84	Angst, dass K machen was sie wollen, dass man sie als Eltern nicht mehr bändigen kann, nicht mehr weiß was man tun soll	Angst als Eltern machtlos gegenüber dem K zu sein	
Wie wichtig ist für Sie das Vorhandensein der Diagnose?					
4	13	85	Hängt sehr von Eltern ab	Hängt von Eltern ab	R388 - Vorhandensein der Diagnose ist für EB an sich nicht relevant nur im Hinblick auf die Eltern: R389 - Haben Eltern großen Leidensdruck, oder sind mit anderen Methoden gescheitert, ist es leichter für EB, als wenn Eltern sehr auf die Diagnose fixiert sind
4	13	86	Wenn Eltern Fokus haben auf dieser Diagnose, Bücher gelesen haben, da macht es dann schon einen Unterschied	Es ist ein anderes Arbeiten, wenn Eltern den eigenen Leidensdruck als Basis sehen, als wenn Eltern sehr auf die Diagnose fixiert sind	
4	13	87	Wenn Eltern kommen und Leidensdruck haben, sagen: „ich hab überhaupt keine Freude mehr mit K“, dann kann man auch anders arbeiten		
4	14	88	Oder Eltern die erlebt haben, diese Tipps, das nützt nichts, da geht es dann auch besser		
4	14	89	Aber für mich macht das nur aus dem Fokus einen Unterschied	Nur im Bezug auf die Eltern und deren Arbeitsbereitschaft macht es Unterschied	
4	14	90	Weil ob da jetzt eine Diagnose ist oder nicht, ist es für mich wirklich nicht der Punkt	Vorhandensein der Diagnose ist für die EB an sich nicht relevant	
Werden dann K behandelt, die schon hyperkinetisches Verhalten, aber nicht die Diagnose haben?					
4	33	91	Ja, weil es auch quantitativ sehr schwierig ist	Ob ADHS diagnostiziert wird oder nicht ist eine quantitative Sache	R390 - Ja, weil quantitative Abgrenzung zwischen ADHS und Nicht-ADHS schwer ist
4	33	92	Es ist rein auch eine quantitative Sache, manchmal , dass das nicht als ADHS diagnostiziert wird		
4	33	93	Habe auch K gesehen oder mit Eltern gesprochen, wo K nicht diagnostiziert war, wo auch sichtbar war, der tut sich nicht leicht sitzen zu bleiben, oder tut sich schwer mit Aufmerksamkeit	Es gibt schon Fälle mit denen EB zu tun hat, wo Symptomatik da ist, aber keine Diagnose	R391 - Es gibt Fälle in der EB, wo Symptomatik da ist, aber keine ADHS-Diagnose
ADHS					
4	5	94	Was ja massiv störend ist für KG und Schule = motorische Unruhe	Motorische Unruhe	R392 – ADHS: • Motorische und innere Unruhe • Wenig halt-gebende Strukturen • Keine Ich-Strukturen
4	6	95	Die andere Psychologin macht dann Rorschach dazu, kommt dann zu ganz anderem Ergebnis: viel zu wenig haltgebende Strukturen, keine Ich-Strukturen, massive innere Unruhe	Wenig haltgebende Strukturen, keine Ich-Strukturen, massive innere Unruhe	
4	14	96	(Eltern): „wir halten dieses K nicht mehr aus, wir können nirgendwo hingehen, weil der kann sich überhaupt nicht benehmen, wir können gar nichts tun“	Hoher Leidensdruck bei den Eltern, Hilflosigkeit, Isolation	R399 – ADHS: • Hoher Leidensdruck bei Eltern • Hilflosigkeit • Isolation
Zusätzliche Auffälligkeiten/Falldarstellungen					
4	9	97	Eltern haben Landwirtschaft, wohnen mit den Großeltern (auf) nicht mal 100m², Bub Bett im Elternschlafzimmer, überhaupt keinen Intimbereich, Eltern arbeiten viel, Großvater cholerisch	Kein Intimbereich für Familienangehöre, unpassende Wohnbedingung Kein Freiraum für Individuation?	R400 - Familiäre Hintergründe: • Kein individueller Freiraum • Wenig haltgebende Strukturen • Wenig affektiver Halt • Trennung/Scheidung • Verwahrlosung • Sucht eines Elternteiles
4	20	98	Dass Eltern präsent sind, haltgebend, dass sie dem K Strukturen anbieten können, weil das meiner Erfahrung nach oft nicht ist	Eltern bieten wenig haltgebende Strukturen	
4	25	99	Meistens sind es dyadische Systeme wo niemand dritter da ist, der den beiden hilft wenn massiver Konflikt oder so	Meist Trennung/Scheidung und alleinerziehende Elternteile	
4	30	100	Mutter, die hat K völlig alleine gelassen, der war vier und ist affektiv total durchgebrochen, hat alles kaputt gemacht und sie hat gewartet bis er fertig ist mit seinem „Anfall“	K findet affektiv keinen Halt	
4	31	101	Mutter gekommen, weil Tochter Konzentrationsstörungen und wo sich herausgestellt hat, die ist ziemlich verwahrlost	Verwahrlosung des K	
4	31	102	Suchtproblematik der Mutter: massive Essstörung	Essstörung als Suchtproblematik bei Mutter	

4	32	103	Familiengeschichte (der Mutter) wo auch massive Suchtproblematiken Richtung Alkohol	Sucht ist in Familie schon lange Thema	
Medikation					
4	18f	104	Mit Fragestellung frühkindliche Psychose Mutter und K auf Kinder- und Jugendpsychiatrie => Verdacht ADHD => Medikationsversuch mit Ritalin, nachdem der ganz heftig reagiert hat, Absetzung der Medikation – entlassen mit Verdachtsdiagnose A)frühkindliche Psychose B) ADHD mit allg. Entwicklungsverzögerung	Aufgrund eines Verdachts Medikationsversuch Unsicherheit bezüglich richtiger Diagnose	R401 - Diagnose und Medikation: Verdacht auf ADHS=> Medikationsversuch (Trotz Unsicherheit bezüglich Diagnose Medikation)
4	2	105	Es beeinflusst mich insofern, als das Eltern die kommen teilweise schon K haben, dass Medikament verordnet gerkriegt hat	Im Ambulatorium erhalten K als erste Instanz Medikation, dann werden sie zur EB weiter geschickt	R402 - Im Ambulatorium erhalten K in erster Instanz Medikation • Es werden gar nicht alle Helfersysteme hinzu gezogen (z-B- EB) bevor Entscheidung zur Medikation getroffen wird
4	2	106	Weil ich bei sehr vielen K das sehr in Frage stelle, ob die ein Medikament brauchen	Für EB fraglich, ob die K wirklich eine Medikation brauchen	R403 - Für EB ist es fraglich, ob K Medikation brauchen
4	2	107	Bruchteil (der K die im Ambulatorium Diagnose ADHS und Medikation erhalten haben) wo ich gesagt hätte, es macht einen Sinn eine Medikation	Nur ein Bruchteil der K bräuchten aus Sicht der EB Medikation	R404 - Wenn nur temporär um beteiligte Systeme zu entlasten • im Fall starker Eskalation in Ordnung um • Situation im KG zu entschärfen • Positive Erfahrungen zu ermöglichen
4	2	108	Es gibt wirklich welche, die ich gesehen hab ohne Medikation wo die Eltern so an Grenzen ihrer Belastbarkeit, weil die Schule das K nicht mehr getragen hat, wo es wirklich Sinn gemacht hat		
4	2	109	um einmal kurzfristige Entlastung aller beteiligten Systeme (Familie und Schule)	Wenn Med. nur temporär zur Entlastung beteiligter Systeme	
4	8f	110	Mutter, deren K war so auffällig, wo ich gedacht habe es ist wirklich einmal, damit der KG wieder zurechtkommt und K nicht nur negative Erfahrungen macht eine Medikation gescheit	Medikation = im Fall starker Eskalation in Ordnung um • Situation im KG zu entschärfen • Positive Erfahrungen zu ermöglichen	
4	4	111	Immer wieder vorkommt, dass wenn der Druck nachlässt, dass Eltern abbrechen, wenn das Medikament wirkt , die sind dann so froh, dass das wirkt und dass das vieles entschärft	Durch Medikation sinkt Leidensdruck => Abbruch der EB • Med. vs. EB	R405 - Durch Medikation sinkt Leidensdruck => Abbruch der EB Med. vs. EB
4	4	112	Wenn Spitze des Eisberges geschmolzen ist, dass ist es erledigt		
4	4	113	(Durch Med.) dass Schule wieder mit dem K kann und dass das K in der Schule zurecht kommt	Medikation => K kommt in der Schule zurecht => Schule kommt mit K zurecht	R406 - Medikation beeinflusst Lage in Schule positiv
4	14	114	Eltern die kommen „ich möchte alles probieren, aber ich will nicht Medikamente geben, weil ich glaube nicht, dass das gut sein kann“	Eltern wollen anstelle von Medikation alles andere probieren, nur wenn nichts anders mehr hilft	R407 - Medikation als letztmögliche Intervention
4	14	115	(Eltern): „Wenn es gar nicht geht, bin ich bereit Medikamente zu geben		
4	14	116	(bei sehr schlimmen Fall): haben Psychologin und ich besprochen, wir schicken ihn zu K-Arzt, der soll einstellen auf Medikament, weil so kommen wir keinen Millimeter weiter	In schlimmen Fällen Medikation um mit Behandlung (PT & EB) voran zu kommen	R408 - In massiven Fällen ist EB für Medikation um mit der Behandlung voran zu kommen • Medikation dann, wenn bei Professionellen auch Ausweglosigkeit
4	15	117	In dem Fall hätte ich, wo ich wirklich Medikament drei Mal überdenke und hochkritisch bin, hätte ich gesagt „Ja – nur ne Zeit lang!“	Steht Medikation kritisch gegenüber außer in schweren Fällen – da auch nur temporär	R409 - In schwerem Fall will EB temporär Med. über gesamte Beratungs- und PT-Dauer – sind gegen vorzeitiges Abbrechen der Med. Wollen EB und PT einen gesicherten Verlauf der EB und PT durch Beibehalten der Med.? Angst wie sich Absetz-
4	14f	118	In dem Fall waren (PT und EB) dagegen sie (Medikation) so schnell wieder abzusetzen, weil der hat die genommen ein halbes Jahr und wir hätten gedacht ein Jahr, während Musiktherapie und Elternberatung läuft und regelmäßige Psycho-Kontrollen	In einem Fall waren PT und EB gegen vorzeitigen Medikationsabbruch – ihr Gedanke: Med. während gesamten Beratungs- und PT-Dauer	

					ten auf eigene Tätigkeit auswirken würde?
4	18	119	K weiter Medikamente, so lange verordnet hat niemand ein Problem	So lange Medikation gut greift, hat niemand ein Problem	R410 - Solange Medikation gut greift, haben Beteiligte kein Problem
4	24	120	Ich mache meins und mische mich nicht in Medikation ein, sage ich den Eltern, dass sie das mit K-Ärzten besprechen müssen,	EB hält sich aus Medikation raus	R411 - EB überlässt Medikation zuständigen Professionellen – sie steckt ihren Zuständigkeitsbereich genau ab
4	24	121	Das eben nicht mein Aufgabenbereich ist, sondern meiner schaut so und so aus	Steckt ihre Aufgaben genau ab und verweist auf ihren Zuständigkeitsbereich	
4	30	122	Wenn K Medikament kriegt und es funktioniert nicht, wieder zum Arzt, dann schraubt der an der Dosierung herum, dann beobachte ich (als Elternteil) und denke „das passt jetzt gerade“, dann kommt es wieder zu Situation wo das nicht passt, dann stellen wir um auf anderes Medikament und probieren das aus – aber da bin ich (als Elternteil) ja völlig draußen	Wenn Medikation nicht optimal greift: andere Dosierung oder anders Medikament => Eltern sind dann nicht mehr direkt im Prozess beteiligt	R412 - Greift Medikation nicht wird Dosierung verändert => Eltern sind nicht mehr am Prozess beteiligt
4	30	123	Wenn K Medikament kriegt und es funktioniert nicht, wieder zum Arzt, dann schraubt der an der Dosierung herum, dann beobachte ich (als Elternteil) und denke „das passt jetzt gerade“, dann kommt es wieder zu Situation wo das nicht passt, dann stellen wir um auf anderes Medikament und probieren das aus – aber da bin ich (als Elternteil) ja völlig draußen	Wenn Medikation nicht optimal greift: andere Dosierung oder anders Medikament => Eltern sind dann nicht mehr direkt im Prozess beteiligt (wenn sie nicht lernen Prozesse in sich zu durschauen)	R413 - Durch Medikation werden Eltern ihrer Verwobenheit im Beziehungsgeschehen enthoben R414 - Greift Medikation nicht, wird Dosierung verändert (es wird ausgetestet)
Warum nur so wenige Eltern mit ADHS-K in EB?					
4	17	124	Ich glaube dass dort in dieser Praxisgemeinschaft (Wo Fokus auf ADHS) viele K und Eltern gelandet sind letztlich	EB glaubt, dass Eltern eher in spezifischen Praxisgemeinschaft gingen, als in die Privatpraxis des EB	R415 - In Praxisgemeinschaft mit Fokus ADHS = viell. mehr Familien mit ADHS-K
4	17	125	Das kann ich nicht so bestätigen, weil (im) Ambulatorium ist es nicht so, dass man sich aussuchen könnte in EB zu gehen	Im Ambulatorium werden Eltern zur EB zugewiesen, sie können sich Behandlung nicht aussuchen	R416 - Im Ambulatorium werden Eltern zur EB zugewiesen, haben keine Wahl
Erfahrungen der EB					
4	2	126	Eltern an Grenzen ihrer Belastbarkeit, weil die Schule das K nicht mehr getragen hat	Eltern = unter Druck, da Schule das K nicht mehr trägt	R417 - Eltern beurteilen Symptomatik nicht so schlimm wie KG oder Schulen • Perspektiven abhängige Wahrnehmung • Eltern geraten durch Schule unter Druck, wenn diese K nicht mehr tragen kann
4	8	127	(geschickte Eltern) oft überhaupt kein Problembewusstsein	Eltern empfinden Verhalten des K als nicht störend, KG und Schulen schon (da die oft schicken)	
4	9	128	Mutter hat überhaupt keinen Leidensdruck gehabt, der ist das auch nicht aufgefallen, für die war er völlig normal		
4	18	129	Sehr verschieden	EB Verläufe = verschieden	R418 - Verläufe der EB = verschieden: • Eltern kommen Kontinuierlich • Eltern kommen in Phasen wo es schwer wird • Eltern kommen wenn Leidensdruck, kaum lindert Medikation den Druck wird EB beendet
4	15	130	Kaum war es ein Bisschen Berg auf (durch Med.) hat sie ihm vermittelt „viell. Ist die Therapie aus!“	Durch Besserung der Symptomatik durch Medikation kommt es oft zum Abbruch der EB oder PT	
4	18	131	Wenn jemand kommt, der ziemlichen Leidensdruck hat und die Medikamente wirken, es relativ leicht zu Abbruch kommen kann der Beratung	So lange Medikation gut greift, hat niemand ein Problem	
4	18	132	K weiter Medikamente, so lange verordnet hat niemand ein Problem		
4	18	133	Eltern mit K mit Diagnose, die auch Leidensdruck haben, das Medikament nicht so super wirkt, wo man im Beratungsprozess merkt, die kommen dann, wenn es wieder schwierig ist und kaum hat es sich ein Bisschen beruhigt, fallen die nächsten Termine aus	Medikation wirkt nicht recht => Eltern kommen in schweren Phasen, wenn es besser geht, bleiben sie wieder weg	
4	18	134	Oder Eltern die mit Konstanz kommen	Eltern kommen kontinuierlich	
4	22	135	Meilensteine wenn Eltern dann sitzen und ich Sachen aus deren Mund höre, wo ich, ich weiß nicht 25 Mal geredet habe	Nach längeren Prozessen integrieren Eltern neue Sichtweisen	R419 - Im Laufe der EB integrieren Eltern neue Sichtweisen
4	23	136	Vom Verstehen her, das es K auch nicht gut gehen kann, wenn es nicht behindert ist, also wenn man es nicht sieht – (das ist) ein riesen Schritt (für die Eltern)	Zu erkennen, dass es dem K auch psychisch (ohne sichtliche Behinderung) nicht gut gehen kann	R420 - Verständnis der Eltern unterscheidet sich hinsichtlich: • Dass es dem K auch psychisch (ohne körperliche Mängel) schlecht gehen kann • Dass Emotion auf Kognition und Leitung
4	23	137	Und andere (Eltern) die leicht verstehen, dass Emotion Wirkung hat auf Kognition und Leistung nach außen	Manche Eltern verstehen leichter, dass Emotion auf Kognition und Leistung wirkt	

					wirkt
4	26	138	Dass K vorgestellt wird ist oft gegen Willen von Vätern und Großeltern	Väter/Großeltern sind oft dagegen, dass K wo hin gebracht wird	R421 - Für Mutter ist das Einleiten einer Intervention oft erschwert, da andere Familienangehörige diese nicht befürworten
4	26	139	Für Mütter oft wahnsinnige Entscheidung, überhaupt etwas zu tun	Für Mutter ist es oft schwierig eine Intervention in die Wege zu leiten	
4	26	140	Die sagen: „es passt eh alles, und blöde Kindergärtnerin“	Fehlendes Problembewusstsein bei Eltern/Familie	R422 - Bei Eltern mangelt es an Problembewusstsein
4	27	142	Wenn erste Anruf aus KG oder Schule, ist es schwierig, dann sehr restriktiv vom Familiensystem darauf reagiert: „du hast ja“ oder „du tust ja nicht“ (gegenüber der Mutter?)	Nach Beschwerden von Schule/KG reagiert Familie restriktiv mit Vorwürfen (gegen Mutter)	R423 - Erziehung wird auch heute noch als Frauensache angesehen => Mutter wird für kindliches Fehlverhalten verantwortlich gemacht
4	28	143	Erziehung ist noch immer Frauensache	Erziehung als Frauensache	
4	27	144	Aber nicht in der Weise, dass man sich zusammensetzt und überlegt, wer könnte denn was noch übernehmen oder wie könnten wir das gemeinsam angehen	Bei Problemen gibt es kaum gemeinsames Nachdenken	R424 - In Familien gibt es kaum gemeinsames Nachdenken über Probleme
4	32	145	Nicht wenige Eltern, die parallel zur EB selber in PT	Viele Eltern sind parallel zu EB in PT	R425 - EB + PT bei Eltern • Verweist auf größere Problematik auf Seiten der Eltern
4	32	146	(Eltern) die aus PT kommen und Elternberatung in Anspruch nehmen	Eltern die zuvor in PT kommen auch zur EB	R426 - Eltern kommen nach/während PT zur EB weil sie gute Eltern sein wollen
4	32	147	Vater zu mir gekommen, hat gesagt: „Ich will ein guter Vater sein!“ – weil der in Therapie seine Vatergeschichte aufgearbeitet hat	Vater kommt nach eigener PT um ein guter Vater sein zu können	
4	26	148	Wenn die dann hören: „eigentlich wäre fein, wenn Vater kommt“ das ist dann eine riesen Entlastung, weil die mitkriegen, es muss nicht alles auf ihnen hängen, sie können nicht alles leisten, für alles zuständig sein	Das Vater auch zur Beratung kommen soll, entlastet Mutter	R427 - Für Mutter ist es entlastend zu erfahren, dass sie nicht alleine verantwortlich ist, sondern auch Vater wichtige Rolle spielt
4	7	149	In manchen Geschichten erkennbar, es wird nichts werden, wo die Musiktherapeutin gesagt hat „weißt du, da wäre es gescheit gewesen, du hättest vorher mit der Mutter einmal geredet, dann wäre das wahrscheinlich ganz anders gelaufen!“	Oft wäre es gut, wenn vor Einsetzten der K-PT EB stattfinden würde => dann wäre es anders gekommen (kein Abbruch)	R428 - Der K-PT vorgelagerte EB kann davor schützen, dass Eltern PT des K abbrechen
Wie Arbeit mit Eltern?					
4	8	150	Viele geschickte Eltern, wo es am Anfang schwierig ist, weil die keinen Handlungsbedarf sehen, überhaupt kein Problem haben, im Bezug auf Arbeitsbündnis, es ist überhaupt keine Compliance da	Bei geschickten Eltern ohne Problembewusstsein ist etablieren des Arbeitsbündnisses erschwert	R429 - Bei Eltern die geschickt werden, ist das Etablieren des Arbeitsbündnisses erschwert
4	16	151	Im Beratungsprozess ist es so, dass die Eltern und ich diese Diagnose vergessen, genau schauen warum ist das K so, wie tut es jetzt, wie kommt es zurecht, warum ist das so, im Beratungssetting verwenden wir Diagnose nicht mehr	Mit Eltern schauen warum das K so ist, wie es sich tut	R430 - Gemeinsam mit Eltern Ursachen suchen: • warum das Kind sich so verhält • warum kommt es zu schwierigen Situationen
4	22	152	Wie kommt es dann dazu (zu solchen Situationen)	Ursache für schwierige Situationen suchen	
4	21	153	Eine Mutter, die hat alles zusammengeschrumpft auf „schlimm“, da habe ich versucht ein Bild zu kriegen, was ist schlimm für sie	Klären welches Verhalten Mutter als „schlimm“ erlebt - differenziertere Wahrnehmung schaffen	R431 - Nicht wertendes, differenziertes Nachdenken und Beschreiben von Verhalten
4	22	154	Da habe ich mit ihr auseinander dividiert, was empfindet sie schlimm,		
4	22	155	Verhalten des K einmal beschreiben ohne es zu bewerten und zu schauen, wie kommt es überhaupt dazu	Verhalten nicht gleich bewerten und Ursachen finden	
4	23	156	(Eltern) lernen müssen über sich zu reden, über ihr K zu reden, über ihre Beziehung zu sprechen, das einmal in Worte zu kleiden, das sind wirklich Projekte	Eltern sollen über sich selber, ihre K und ihre Beziehung sprechen lernen	R432 - Eltern über sich, ihre K und ihre Beziehung sprechen
4	24	157	Manchmal gelingt es rüber zu bringen, dass für die das klar ist, man kann ein K nicht nur so betrachten, dass man sagt „wie funktionieren seine Synapsen“	Den Eltern vermitteln, dass es bei Verhalten um mehr geht als Funktion der Synapsen	R433 - Vermitteln, dass es bei Verhalten nicht nur um Funktionieren der Synapsen geht

Empfehlen sie Eltern auch in PT zu gehen?					
4	32	158	Schon, also ich sage ihnen, dass mir auffällt, dass im Rahen der EB aber nicht der Rahmen, Platz dafür ist, dass es eine Möglichkeit wäre	EB zeigt in entsprechenden Fällen Möglichkeit der PT auf – da bestimmte Problemalgen nicht in den Rahmen der EB passen Abgrenzung EB und PT – in der EB = Fokus am K	R434 - EB zeigt Möglichkeit der PT auf, wobei die Wahl den Eltern überlassen bleibt R435 - EB grenzt EB strikt von PT (in der EB = Fokus am K) R436 - Manche Eltern werden durch aufdeckende Arbeit in der EB angeregt in PT zu gehen
4	32	159	Diese Abgrenzung mache ich auf jeden Fall, dass ich sage „das hat eigentlich keinen Platzt da, wir haben den Fokus K – Sie merken, dass auch Teile dabei sind, die Sie betreffen, im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte, aber wenn es darum geht wie Sie sich gefühlt haben, wie sie zwölf waren und mir Ihrer Mama und so – das können wir da nicht bearbeiten		
4	32	160	Manche fragen ob man jemanden empfehlen kann, andere machen es dann nicht	Eltern bleibt Wahl ob PT ja oder nein frei	
4	32	161	Manche nutzen das auch (und gehen) dann parallel zur EB selber in PT	Aufdeckende Arbeit in EB wird genutzt => Eltern gehen in PT	
Pädagogische Geister					
4	27	162	Tu mich total schwer	Fällt EB schwer Antwort zu geben	R437 - Fällt EB schwer Antwort zu geben
4	27	163	Könnte jetzt nicht sagen, dass irgendetwas aus meiner Sicht besonderes herausragend wäre (an) Geister die primär den ADHS-diagnostizieren Familien zuzuordnen (sind)	Keine spezifischen ADHS-Geister	R438 - Keine spezifischen Geister Hauptthematik: „wie kann man gute Mutter sein“: „gute Mutter bin ich dann, wenn K in der Schule alle Leistungen vollbringt! „gute Mutter bin ich dann, wenn ich mein K so erziehen kann, dass es in dieser Welt zurechtkommt wie es erwartet wird!“ „gute Mutter bin ich wenn…“ = zentraler Geist R439 - Mütter stellen hohe Ansprüche an sich selber, K mit ADHS bringen das Mutterbild jedoch leicht zum Einstürzten
4	27	164	Ein kunterbunter Strauß, wo ich nicht sagen könnte „das sind die, die wirklich zentral sind“		
4	27	165	„gute Mutter bin ich dann, wenn K in der Schule alle Leistungen vollbringt!	Mütter haben hohe Ansprüche an sich was es heißt „gute Mutter zu sein“: „gute Mutter bin ich dann, wenn K in der Schule alle Leistungen vollbringt! „gute Mutter bin ich dann, wenn ich mein K so erziehen kann, dass es in dieser Welt zurechtkommt wie es erwartet wird!“ „gute Mutter bin ich wenn…“ = zentraler Geist	
4	27	166	„gute Mutter bin ich dann, wenn ich mein K so erziehen kann, dass es in dieser Welt zurechtkommt wie es erwartet wird!“		
4	27	167	Wo Frauen sehr hohe Ansprüche an sich selber haben, was „eine gute Mutter sein“ bedeutet		
4	28	168	Dieser Geist „eine gute Mutter bin ich wenn…“ ist sehr zentral		
4	27	169	Wo gerade K mit hyperaktiven Verhalten dieses Mutterbild zum Einstürzen bringen	K mit ADHS bringen dieses Mutterbild zum Einstürzen	
Kooperation					
4	6	170	Wir besprechen wann das K in Therapie kommt, dass ich mit EB parallel starte	Absprache um EB-Beginn mit Therapie zu synchronisieren	R440 - EB kooperiert mit Musiktherapeuten die verstehend arbeiten: • PT und EB synchronisieren • Fallbesprechungen • Absprache wenn Medikation einsetzt
4	21	171	Versuchen das für Eltern parallel zu schalten, dass die nicht so viele Termine haben		
4	7	172	Von den Musiktherapeuten her gesehen ist große Resonanz in tiefenpsychologische Richtung, weil die auch verstehend arbeiten	Stimmung zwischen Musiktherapie und EB gut, da beide verstehenden Zugang haben => besprechen gemeinsam Fälle	
4	7	173	Musiktherapeutin ist letztens gekommen und hat gesagt „diese K wünscht sich einen anderen Vater und spielt Szenen nach Motto die Mama sucht sich einen neuen Mann“ und ich sage „das kann ich dir genau erklären!“		
4	14	174	(bei sehr schlimmen Fall): haben Psychologin und ich besprochen, wir schicken ihn zu K-Arzt, der soll einstellen auf Medikament, weil so kommen wir keinen Millimeter weiter	Absprache zwischen EB und PT wenn es um Einführen der Medikation geht	

4	12	175	Wo ich Möglichkeiten habe meines einzubringen ist (in den) Mittagsteams die 14-tägig eine Stunde sind – wo sich alle treffen, die an dem Tag im Haus arbeiten	Einfluss der EB in das interdisziplinäre Team sind nur minimal	R441 - Perspektive der EB findet nur minimalen Einfluss in 14-tätigen Teamsitzungen
4	13	176	Wo ich sagen kann „ja, aber das ist mir aufgefallen, oder so sehe ich das!“		
4	13	177	Aber da kommt es auch nicht bei allen an	Perspektive der EB findet nicht bei allen Anklang	
4	12	178	Strukturell schwierig (Teams), weil es gibt Leute die nur am MO da sind, andere drei Tage und das macht Koordination/Vernetzung schwierig	Fallbesprächen sind unvollständig, da nicht das gesamte Personal immer anwesend ist => Blickwinkel einzelner Beteiligter gehen verloren	R442 - Obwohl an einer Familie viele Helfer zur Seite stehen gibt es hier spärlichen/oberflächliche Kooperation • Fallbesprechungen nicht mit allen Helfern • Austausch über Telefon/Zettel (nicht direkt) • Austausch von Information R443 - Tiefgründiges Nachdenken scheint für das System nicht von Bedeutung zu sein, wird nicht in Erwägung gezogen (vielleicht sogar abgewehrt?)
4	12	179	An diesem Tag wo ich da bin, ist vielleicht nur die Psychologin da, es fehlt der Blickwinkel der Musiktherapeutin, der Kinderärztin		
4	12	180	Wir telefonieren zwar oder schreiben Zettel	Austausch über Telefon, Zettel, aber selten direkt	
4	12	181	Da sind dann an der Familie dran die K-Ärztin, die Psychologin, die Musiktherapeutin und ich	Viele Helfer für eine Familie	
4	12f	182	In diesem Haus ist es eher Austausch von Informationen, aber nicht ein verstehender	Im Ambulatorium = Teams zum Informationsaustausch = typisches Prozedere für medizinische Institutionen	
4	13	183	Das ist in den Ambulatorien grundsätzlich so, in Krankenhäusern ist das glaube ich noch schlimmer		
4	12	184	Vernetzung im Sinne von eingehender über eine Familie nachdenken	EB sieht Teamsitzung als Chance mit allen Anwesenden über die Familie nachzudenken	
4	12	185	Was ich bei Verein Q schätzt habe, dass es wirklich Teambesprechung wöchentlich gegeben hat und auch ein sehr fundiertes Nachdenken über diese Familien war	Beim Verein Q fundiertes Nachdenken über Familien im Team	
4	13	186	(Vernetzung) die zahlt ja auch keiner	Vernetzung wird nicht Finanziert	R444 - Fehlende Finanzierung und fehlende Zeitressourcen setzt der Vernetzung Grenzen
4	13	187	Und es ist ja auch nicht Zeit wirklich das intensiv zu diskutieren	Zeitmangel => keine intensiven Diskussionen	
4	23	188	Zweite Kollegin die auch EB macht	Diese Info folgt erst auf S. 23, sonst hatte man den Eindruck, EB sei mit ihrer Perspektive im Ambulatorium allein auf weiter Flur	R445 - Es gibt eine zweite EB im Ambulatorium
4	26	189	(Kooperation mit Schulen/Lehrer) machen Fallführer	Kooperation mit externen Institutionen ist Fallführer oder Psychologinnen vorbehalten	R446 - Kooperation mit externen Institutionen durch Fallführer oder Psychologinnen R447 - Nur im Ausnahmefall fährt EB z.B. in den KG mit um dort ihre Sichtweise zu vertreten und helfende Maßnahmen zu formulieren
4	26	190	Primär machen das zuständige Psychologinnen		
4	26	191	Ich habe ein paar Situationen gehabt, wo ich mitgefahren bin in den KG, dort meine Sichtweise vertreten habe, oder was ich denke, das hilfreich sein könnte	EB fährt manchmal mit in KG um Sichtweise zu vertreten und helfende Maßnahmen zu formulieren	
Schwierigkeiten in der EB?					
4	4	192	Immer wieder vorkommt, dass wenn der Druck nachlässt, dass Eltern abbrechen, wenn das Medikament wirkt	Durch Medikation sinkt Leidensdruck => Abbruch der EB • Med. vs. EB	R448 - Medikation senkt Leidensdruck => Abbruch der EB • Med. vs. EB
4	2	193	Es beeinflusst mich insofern, als das Eltern die kommen teilweise schon K haben, dass Medikament verordnet gerkriegt hat, was für mich nicht so einfach ist, weil ich das sehr in Frage stelle, ob die Medikament brauchen	Im Ambulatorium erhalten K bevor sie zur EB kommen meist eine Medikamentenverordnung, das ist für EB nicht so einfach	R449 – EB = erschwert wenn K Medikamente bekommt
4	2	194	Bruchteil (der K die im Ambulatorium Diagnose ADHS und Medikation erhalten haben) wo ich gesagt hätte, es macht einen Sinn eine Medikation – und das ist dann nicht so leicht von der Beratung her	Wenn K eine Diagnose und Medikation erhalten, bei denen es die EB als sinnlos erachtet, ist es dann in der Beratung erschwert	
4	2	195	Für mein Empfinden schon sehr schwierig, also wenn man einen neurobiologischen Zugang hat und jemand anderer hat einen anderen Zugang, also da wirklich eine Kommunikationsebene zu finden ist nicht leicht	Es ist schwer mit medizinisch-neurobiologisch-orientiertem Personal im Ambulatorium eine Kommunikationsebene zu finden	R450 - Medizinisch-neurobiologische Ausreichung des Ambulatoriums =>

4	4	196	Tiefenpsychologische Sichtweise nicht mehr vorgehsehen => das Schwierige in der Überlegung welche Schritte setzt man jetzt, welche Therapien sind jetzt hilfreich, sinnvoll, notwendig, das hat andere Konsequenzen	Medizinische Ansicht dominiert => Überlegungen über Maßnahmen sind für EB erschwert – da Entscheidung darüber in den ärztlichen Bereich fällt	• Keine gemeinsame Kommunikationsebene • EB kann nur bedingt Überlegungen bezüglich Interventionsmaßnahmen anstellen, da Entscheidung in den ärztlichen Bereich fällt
4	4	197	Also ob K jetzt in Ergotherapie geht oder in Musiktherapie		
4	4	198	Frage ob das dann auch genehmigt wird, weil es noch Entscheidungen ärztlicher Natur sind		
4	8	199	Viele geschickte Eltern, wo es am Anfang schwierig ist, weil die keinen Handlungsbedarf sehen, überhaupt kein Problem haben, im Bezug auf Arbeitsbündnis	Bei geschickten Eltern ohne Problembewusstsein ist etablieren des Arbeitsbündnisses erschwert	R451 - Es ist schwer ein Arbeitsbündnis zu schaffen wenn Eltern • Geschickt werden • Kein Problembewusstsein haben
4	7	200	Es ist hochgradig schwierig auch Väter herein zu kriegen	Es ist schwer Väter in die Beratung zu holen	R452 - Es ist schwer Väter in die Beratung zu holen
4	28	201	Was für mich persönlich am schwierigsten auszuhalten ist, wenn so viel Druck das ist, dass sofort irgendetwas gelöst werden müsste	EB schwer wenn viel Druck in Richtung schneller Lösung ist => EB gerät durch Ü und GÜ in eine ähnliche Situation wie Eltern mit ihrem K	R453 - Hoher Druck nach Lösung löst solch eine Ü und GÜ aus, das EB in die Situation wie Eltern mit ihren K kommt
4	28	202	Da denke ich mir von der Übertragung und Gegenübertragung her, genau in dieselbe Situation komme wie diese Eltern mit diesem K		
4	28	203	Und dass man das aushalten kann, das ein Stückl Ohnmächtig-Sein – weil man ist nicht jemand, der hinausgeht mit der Mutter und draußen versucht K zu unterstützten, sondern ich sitze da mit ihr und weiß wenn sie hinaus geht hat sie Tohuwabohu hoch fünf, das sind ganz schwierige Situationen	EB fühlt sich Ohnmächtig, dass sie nicht direkt eingreifen/helfen kann, sondern nur vom Schreibtisch aus helfen kann – vor allem wenn es der Mutter schon sehr schlecht geht	R454 - Ohnmacht, weil EB nur von ihrem Schreibtisch aus helfen kann, nicht direkt eingreifen kann (besonders wenn es Mutter sehr schlecht geht) R455 - Im Verein Q war es leichter, da konnte EB direkte Hilfe leisten und eingreifen => die Situation war leichter auszuhalten
4	29	204	Diese Ohnmacht zu spüren, wenn man weiß, es gibt sonst niemanden der unterstützt, wenn man weiß Mutter geht am Zahnfleisch, nimmt viell. schon Schlaftabletten		
4	29	205	Weil ich sitze dann in meinem Sessel und kann ihr mein Ohr leihen, kann mit ihr darüber nachdenken, aber ich kann real nichts ins Handeln bringen, also für mich das im Verein Q leichter war , da war ich vor Ort,		
4	29	206	Also für mich das im Verein Q leichter war , da war ich vor Ort, dann habe ich mich nochmal hingesetzt, habe mit dem K HÜ gemacht, oder ich mit Mutter auf die Sozialabteilung und haben geschaut, dass die noch Geld bekommt	Im Verein Q war es leichter, da konnte EB direkt helfen (K bei der HÜ, mit Mutter zu Ämtern fahren • Es war leichter auszuhalten	
4	29	207	Das war leichter auszuhalten, aber wenn man nur Beratung macht ist das viel schwerer		
Ziel der Beratung?					
4	21	208	Bündel an Zielen, die man versucht ein Stückchen zu erreichen, was eh nicht immer gelingt logischerweise	EB hat viel Ziele, erkennt aber, dass nicht alles erfüllt werden kann	R456 - EB hat viele Ziele, diese sind aber nicht alle erfüllbar (EB ist sich dessen bewusst/reflektiert): • Dass Eltern haltgebende Strukturen geben können • K wieder mögen und positive Seiten sehen können • Aufleben der Beziehung zwischen Eltern und K • Soziale Integration der Familie fördern • Dass K mehr aus sich herausgehen kann
4	20	209	Dass Eltern präsent sind, haltgebend, dass sie dem K Strukturen anbieten können	Dass Eltern präsent sind und haltgebende Strukturen geben können	
4	20	210	Dass sie K wieder mögen können,	K wieder mögen können	
4	20	211	Seiten sehen können, die in den Hintergrund gerutscht sind, weil auffällige Verhalten im Vordergrund	Positive Seiten am K sehen können	
4	20	212	Dass K auch wieder mehr aus sich herausgehen, nicht so weg driften	Dass K ein Stück mehr aus sich herausgehen können	
4	20f	113	Weil K in Schule nicht fertig wird ganzen Nachmittag Aufgaben und Nachschreiben => dass es wieder auch eine Beziehung wird, wo man Spaß haben kann	Wiederbelebung der Beziehung zwischen Eltern und K abseits der Schulaufgaben und schweren Situation	
4	21	114	Bewusst fokussiert „wie geht es uns miteinander abgesehen von der Schulsituation?“		
4	21	115	Auch das Familienleben, dass die auch wieder sozial sich integrieren	Soziale Integration der Familie fördern	

			können		
Was bringt EB? Was verändert sich durch EB?					
4	14	116	Mutter unsicher, schüchtern, das hat sich so fein entwickelt, dass die total taff geworden ist	Stärkung des Selbstbewusstseins	R457 - Was EB leisten kann ist von Persönlichkeitsstruktur der Eltern abhängig: R458 - EB bewirkt Veränderungen auf mehreren Ebenen: 1) Auf Seite der Eltern - Stärkung Selbstbewusstsein - Stärkung elterlicher Ich-Strukturen 2) Wie Eltern das K wahrnehmen - K wird positiv erlebt - Eltern haben Verständnis für ihr K -kindliches Verhalten kann differenziert wahrgenommen/beschrieben werden 3) Eltern lernen über K nachzudenken 4) Eltern reflektieren ihre Beziehung zum K - Blick auf sich: wie geht es mir in bestimmten Situationen, was löst das Verhalten des K bei mir aus, wie reagiere ich darauf und warum 5) Eigene Anteile am Beziehungsgeschehen wahrnehmen 6) Durch Vertrautheit mit sich selbst erkennen, wie man sich selber in gewissen Situationen beruhigen kann 7) Eltern lernen zu Triangulieren – Bedeutung des Vaters wird erkannt
4	19	117	Die ist von einem Selbstbewusstsein		
4	15	118	Sie mittlerweile so innerlich von ihrer Ich-Strukturen gewachsen	Stärkung der Ich-Strukturen der Mutter	
4	15f	119	Wie die über ihren Sohn spricht, sie kann ihn loben, sie kann ihn wieder mögen	Mutter erlebt ihren Sohn wieder positiv und kann das auch so aussprechen	
4	19	120	Die versteht heute über ihr K weit mehr wie die heilpädagogische KG	Verständnis der Eltern für das K	
4	19	121	Hängt sehr von der Persönlichkeitsstruktur der Eltern ab	Der Verlauf der EB = von Persönlichkeitsstruktur der Eltern abhängig	
4	21	122	Differenziertes Betrachten von Verhaltensweisen	Verhaltensweisen können differenziert betrachtet und bezeichnet werden, es ist nicht alles nur „schlimm“	
4	21	123	Eine Mutter, die hat alles zusammengeschrumpft auf „schlimm“, da habe ich versucht ein Bild zu kriegen, was ist schlimm für sie		
4	22	124	Überhaupt Wörter dafür zu finden		
4	22	125	Dass es nicht so ist, dass K jetzt schlimm sind und Eltern haben jetzt das schlimme K und müssen etwas tun, sondern dass das ein Prozess zwischen ihnen (K) und mir (als Elternteil) ist	Erkennen der eigenen Anteile der Beziehung/bei Schwierigkeiten	
4	22	126	Auch einmal schauen, wie geht es denn mir in so einer Situation, weil die oft über sich selber nicht nachdenken	Zu erkennen was das kindliche Verhalten in einem selber auslöst, wie man darauf reagiert und warum genau so	
4	30f	127	Zu lernen, was geht in meinem K da vor, was macht es mit mir, warum macht es das => das ich dann wieder fähig werde zu handeln und mir zu überlegen warum tut er jetzt so, oder was wäre da gescheit oder mir hilfreich		
4	31	128	Zu schauen: „warum stehe ich nur und lasse ihn tun?“		
4	25	129	(Eltern) die dann mal wieder kommen, nicht erst wenn es so massiv ist, das man schon nicht mehr weiß wie man tut, sondern die Gelernt haben, dass Beratung und Nachdenken über mich und mein Kund etwas Hilfreiches sein kann	Eltern lernen, dass Nachdenken über sich und das K hilfreich ist Kehren bei Problemen zur EB zurück (rechtzeitig)	
4	29	130	Eltern Fähigkeit erwerben, über Verhalten ihres K nachzudenken, nachzudenken, war macht denn das mit mir	Über Verhalten des K nachdenken zu können, auch über das, was dieses Verhalten in Eltern auslöst	
4	29f	140	Lernen zu schauen: „wenn die jetzt so und so anfängt, dann weiß ich über mich in mir geht so und so die Post ab und ich bin gefährdet so und so zu tun“	Seine eigene Reaktion auf das kindliche Verhalten kennen lernen, darauf vorbereitet sein	
4	30	141	Und mich da innerlich runter holen zu können, im Wissen „ich kenne das schon, ich weiß was uns jetzt passieren wird“	Sich durch das Vertraut-Sein mit eigenen Gefühlen runter holen können	
4	30	142	Hilfreich wenn man Strategie lernt wie man sich in solchen Situationen en selber helfen kann	Vermitteln von Strategie/Bild (Balu der Bär) damit sich Eltern in solchen Situationen helfen können	
4	30	143	ich muss schauen, dass ich das in mir stoppen kann, weil er kann es nicht, ich weiß ich bin die Mutter, er ist das K“	Die Rolle als Elternteil erkennen, wahrnehmen und dementsprechend reagieren	
4	30	144	Ich muss (als Mutter) dafür sorgen, dass zwischen uns die Situation nicht total eskaliert		
4	30	145	(lernen) diese Prozesse zu durschauen	Lernen diese Prozesse zu durschauen und seine Anteile erkennen	
4	30	146	In solchen Situationen, dass es mit mir (als Elternteil) auch etwas zu tun hat)		
4	25	147	Eltern lernen wie tut man als Eltern gemeinsam , Triangulierung	Eltern lernen gemeinsam Triangulierung zu etablieren	

4	25	148	Lernen „ich als Vater habe wichtige Funktion, es ist nicht so, dass ich erst dann wichtig bin, wann Frau überhaupt nicht mehr zurecht kommt und erst dann brüllend und schreiend auf den Plan trete“	Vater lernt, dass er nicht nur in eskalierenden Konfliktsituationen wichtig ist	
4	25	149	Und dementsprechend Tochter, die vorher kein Thema war in den Mittelpunkt gerückt ist – Mutter vorher so viel mit Buben zu tun gehabt, dass das Mädchen völlig aus Blick gerutscht	Fokus auf das ADHS-K fällt weg => auch andere familiäre Probleme/Themen können nun angesehen werden	R459 - Fokus auf das ADHS-K fällt weg => auch andere familiäre Themen können nun aufgegriffen werden
4	25	150	(Eltern stellen) sehr hohe Anforderungen wie K zu sein hat, oder was alles erlaubt ist oder nicht erlaubt, also sehr rigide Vorstellungen was ein K darf oder sich verhalten muss	Rigide Vorstellungen über kindlichen Verhalten und Anforderungen werden aufgebrochen	R460 - Aufbrechen rigider Vorstellungen über Verhalten des K und Anforderungen an das K
Prognose der EB im Fall von Familien mit ADHS?					
4	25	151	Fällt eine Familie ein, wo sich das so verändert hat, dass Bub sein Verhalten nicht mehr zeigen hat müssen Eine Familie von 15??!!	Bedingungen verändern sich => Bub muss Verhalten nicht mehr zeigen	R461 - Durch veränderte Bedingungen muss Bub sein Verhalten nicht mehr zeigen
4	25	152	Das Eltern Verhalten von K besser aushalten können	Eltern können Verhalten des K besser aushalten	R462 - Eltern können das Verhalten des K besser aushalten
4	25	153	Wo Eltern sagen „das geht jetzt in der Schule recht gut! Und so lang er sich daheim aufführt ist es mir recht!“ => Eltern dann entlastet	Eltern sind entlastet wenn es in der Schule gut geht	R453 - Eltern und Schulsituation werden entlastet
Nachteile der EB?					
4	31	154	Dass es keine Ratschläge in der Weise gibt, aus der Sicht der Eltern ist das sicher ein Nachteil	Es werden keine Ratschläge/Rezepte gegeben, welchen Eltern das Handeln (vor allem bei Leidensdruck) anweisen würden	R454 - Es gibt keine klaren Ratschläge/Handlungsrezepte
4	31	155	Zu kommen und nicht sofort, insbesondere wenn Leidensdruck hoch, nicht Rezept in die Hand zu kriegen, das ist ein riesiger Nachteil		
4	31	156	Viell. empfinden es viele Eltern als Nachteil in die Situation zu kommen (wo) so viel über sich selber nachdenken zu müssen	Das Eltern viel über sich nachdenken müssen	R455 - Massives Nachdenken und massive Konfrontation der Eltern mit verdrängten Konflikten, eigener Beteiligung an der Beziehung zum K • Löst Ängste aus • Ist für Eltern schwierig • Abbruch der EB kann folgen
4	31f	157	(Nachdenken) was manchmal dazu führt, dass Eltern sehr aufmachen – aus Sicht der Eltern viell. Manchmal Nachteil, dass Dinge (Familiengeschichte) irgendwie wieder auftauchen, die sie gerne weg hätten	Massive Konfrontation mit familiären Themen/Schwierigkeiten, die lieber verdrängt werden würden => ist für Eltern oft nicht angenehm	
4	32	158	Dass sich durch EB etwas tut (bei Eltern), wo ich (als Elternteil) erkenne, eigentlich mit dem geht es mir nicht gut, habe es zwar hingen abgelegt gehabt und jetzt kommt die Frau sowieso und kramen wir da irgendwo, oder Fallen mir Geschichten ein, die nicht so angenehm sind		
4	32	159	Für manche ist diese eigene Beteiligung echt schwierig und macht auch viel Angst, dass sie nicht mehr kommen können	Eigene Beteiligung ist für Eltern schwierig, beängstigend => können nicht mehr in EB kommen	
Ergänzung durch die EB					
4	33	160	Ich finde es wirklich wissenswert, auch für Eltern, wie viel Kilogramm, gesehen über die letzten zehn Jahre, die Medikamente zugenommen haben, von Verordnungen her	Eltern sollten über Zunahme der Medikationsverordnungen innerhalb der letzten 10 Jahre informiert werden	R456 - Es wäre gewinnbringend Eltern über die Zunahme der Medikation in den letzten zehn Jahren aufzuklären => so, dass sie der Medikation kritischer gegenüber stehen können
4	34	161	Wenn Eltern das mitkriegen, dass sie auch kritischer dieser Medikationsgeschichte gegenüber stehen würden	Aufklärung über Zunahme der Medikation würde Eltern kritischer machen, ihnen verdeutlichen, dass das nicht so sein kann	
4	34	162	Würden Eltern verstehen, dass das nicht sein kann, eben jetzt plötzlich so viele K so reagieren, dass man so viel mehr Medikamente austeilen muss		
4	34	163	Also damit wäre schon viel gewonnen	Dadurch wäre viel gewonnen	
4	33f	164	Wenn Eltern das wüssten, da ist es mir so gegangen, wie ich Statistiken durgeschaut habe: „Das kann jetzt nicht sein“	EB sieht Statistiken durch - informiert sich über Medikation	R457 - EB informiert sich über Medikation
4	34	165	Dass K, die so sind uns dazu nötigen Inne zu halten, weil wann die immer funktionieren, dann ist es super, weil ich als Eltern kann auch wunderbar	K mit ADHS nötigen Eltern inne zu halten – solange K funktionieren wird gemacht und getan	R458 - K mit ADHS nötigen Eltern dazu inne zu halten, mehr Zeit zu geben, langsamer zu machen.

			funktionieren, und wir tun und wir machen		
4	34	166	Dass K zeigen, signalisieren, dass machen Sachen einfach ihre Zeit brauche, dass man ein Bisschen zu sich kommen muss, über sich nachdenkt, Geschwindigkeit ein Bisschen runter zu bremsen, das wäre oft hilfreich	K mit ADHS signalisieren, dass manches Zeit braucht, langsamer geht	R459 - Dieses Langsamer ist bei K mit Behinderung offensichtlicher als bei solchen mit Verhaltensstörungen R460 - Die Situation für sich (als Eltern) positiv sehen und selber zur Ruhe kommen Diese Aussage ist vlt auf die längere Dauer der EB bezogen (Das ist sicher schwer, weil mit ADHS-K hat man alles andere als „Ruhe“)
4	34	167	Mit behinderten K K ist es anders, da ist es für viele klarer, dass alles nicht so schnell geht, K mit Wahrnehmungsverzögerungen, was man nicht sieht, da ist es für Eltern schwerer langsamer zu tunt, K direkt anzuschauen wann ich etwas sage oder so	Bei K mit Verhaltensauffälligkeiten ist dieses „langsamer“ schwerer erkennbar als z.B. bei K mit Behinderung	
4	34	168	Wenn man was Positives sehen könnte, für sich selber, dass man auch einmal ein Bissl zur Ruhe kommt	Der Situation doch auch positives abgewinnen können	
Interview 5					
Wie lange als EB?					
5	1	1	Seit 97, das heißt 14 Jahre	14 Jahre	R461 - 14 Jahre
Rahmenbedingungen					
5	1	2	Hebe begonnen in der institutionellen Beratung, beim Verein Q	EB bei Verein Q	R462 - EB im Verein Q und sechs Jahre in freier Praxis
5	1	3	Seit 2004 arbeite ich in freier Praxis	Seit sechs Jahren in freier Praxis	
5	1	4	In Z (Großstadt Österreichs) mache ich vorwiegend Privatpraxis		
5	1	5	Aber immer wieder Kooperation mit Trägern, z.B. bietet ein Bundesland Österreichs in allen Kindergärten die Möglichkeit zur Beratung, das ist ein Auftrag der an die CARITAS vergeben worden ist, und dort mache ich für die Cariats Beratung	Kooperation mit Trägern (Bundesland, Caritas, und im Zuge dessen Beratung in KG)	R463 - Träger (Bundesland und Caritas) organisieren Beratungsangebote in KG => EB arbeitet dort
5	1	6	Arbeite auch als Sachverständige, Fortbildungsbereich für Lehrerinnen und Behindertenbetreuerinnen, Erzieherinnen, Supervision mit pädagogischen Tätigen	Andere Tätigkeiten: Sachverständige, Fortbildungsbereich für Lehrerinnen und Behindertenbetreuerinnen, Erzieherinnen, Supervision mit pädagogischen Tätigen	R464 - Sachverständige, Fortbildungsbereich für Lehrerinnen und Behindertenbetreuerinnen, Erzieherinnen, Supervision mit pädagogischen Tätigen
Ausbildung über APP?					
5	1	7	Ja, den ersten offiziellen Lehrgang, 97 fertig geworden	Ausbildung über die APP	R465 - Ausbildung über die APP
Rahmenbedingungen/Setting/Dauer/Frequenz					
5	5	8	Die kommen schon relativ lange	EB in Fall von ADHS ein langer Prozess	R466 - EB dauern lange, 6 Monate bis über 2 Jahre
5	15	9	Das sind meistens längere Prozesse		
5	18	10	Das sind schon längere Geschichten		
5	18	11	Mit im weitersten Sinn ADHS-Problematik sind das alles längere Beratungen		
5	15	12	Die ist sicher zwei, zweieinhalb Jahre gekommen	6 Monate bis über 2 Jahre	
5	17	13	Zweieinhalb Jahre, eineinhalb Jahre, ein Jahr und ein halbes Jahr		
5	5f	14	Anfänglich 14-tägigg, jetzt kommen sie alle vier Wochen	14-tägig (zu Beginn) dann einmal im Monat	R467 - Beginn 14tägig, später einmal im Monat R468 - Frequenz wird an das Bedürfnis der Eltern angepasst
5	6	15	Ein Jahr 14-tägig		
5	17	16	Fangt intensiver an, mit 14-tägigem Rhythmus		
5	18	17	(Frequenz) = unterschiedlich, kommt auf den Druck der Eltern an, wie sehr brauchen sie es öfter zu kommen um es selber gut aushalten zu können	Frequenz wird an das Bedürfnis der Eltern angepasst	
Wie kommen Eltern zur EB?					
5	13f	18	Die Mutter, die mit einer Diagnose gekommen ist, da habe ich einen Vortrag in der Volkshochschule gemacht, die war dort und ist dann in EB gekommen	Mutter wird durch Vortrag auf die EB aufmerksam	R469 – Eltern kommen zur EB durch: • Mutter wird durch Vortrag auf EB aufmerk-

5	14	19	Sobald man in die ärztliche Schiene kommt, ein Arzt schickt kaum zur EB	(Kinder-) Ärzte schicken kaum zur EB	sam • Schule schickt zur EB • Psychotherapeutin schickt zur EB • Ärzte schicken kaum zur EB • Über Tagesheimbetreuerin
5	14	20	Gibt schon auch Kinderärzte, aber das sind sicher die wenigsten		
5	14	21	Oder die Schule schickt aus irgendeinem Grund	Schule schickt Eltern zur EB	
5	16	22	Eine Mutter ist noch einmal gekommen (nach Ende der EB), aber nur halb freiwillig, weil da war der Bub in Therapie und da hat sie die Kollegin dann wieder zu mir geschickt	Psychotherapeutin schickt zur EB	
5	21	23	Ich bin auch Nachmittagsbetreuerin, da hat mich Tagesheimbetreuerin angefragt (wegen schwierigen Zwillingen) (=> Mutter kam zur EB)	Über Tagesheimbetreuerin	
5	13	24	In der Privatpraxis kriegen wir halt wirklich einzelne Fälle, die halt zufällig zu uns kommen	Eltern kommen nur zufällig zur EB in privater Praxis	R470 - In die Privatpraxis kommen Eltern eher zufällig Angebot scheint in der Öffentlichkeit wenig bekannt zu sein
Wer kommt zur Beratung?					
5	18	25	Beide, wenn die Eltern zusammen sind…stimmt das?...Ja!	Wenn Eltern zusammen sind kommen beide	R471 - Bei Paaren kommen beide Elternteile
5	18	26	Wenn Eltern nicht zusammen sind, leben K meist bei Müttern, da kommen meistens nur Mütter, von den Vätern ist es dann unterschiedlich	Bei getrennten Elternpaaren kommt zumeist die Mutter, der Kontakt zum Vater variiert	R472 - Bei getrennten Paaren kommt zumeist Mutter, Kontakt zum Vater variiert
5	18	27	D a habe ich manchmal Kontakt manchmal gar keinen Kontakt		
Wie viele Fam. mit ADHS-K?					
5	1	28	Die, die wirklich Diagnose gehabt haben, waren jetzt drei oder vier	3 -4 Familien wo K Diagnose hatten	R473 - In freier Praxis 4 Familien mit ADHS-K – bei Verein Q mehrere (schon länger her)
5	1	29	Also jetzt relativ wenige		
5	1	30	Bei einer Familie, die ich jetzt aktuell berate, die haben jetzt gerade die Diagnose stellen lassen	Diagnose wurde im Verlauf der EB gestellt	
5	1f	31	Beim Verein Q habe ich ein paar Familien gehabt, die auch schon die Diagnose gehabt haben, da waren sicher mehrere, wobei das ist schon lange her	Bei Verein Q mehrere Familien mit ADHS-K	
Kinder mit den Symptomen aber ohne die Diagnose in EB?					
5	2	32	Sonst war es eher so Hyperaktivität, wo halt die Eltern gesagt habe: „Okay, das Kind ist sehr auffällig!“, aber sie waren jetzt noch nirgendwo dieses ADHS abklären zu lassen	Viele Eltern kommen, wenn es in Schule Schwierigkeiten gibt (auch wegen Aufmerksamkeitsproblemen) wo die K aber noch keine Diagnose haben	R474 - Viele Eltern kommen wo K noch keine Diagnose hat, aber dennoch Aufmerksamkeitsschwierigkeiten in der Schule zeigt
5	2	33	Ja, also sehr viele Eltern kommen wenn es in der Schule Schwierigkeiten gibt, und das ist eine klassische Geschichte, wenn K in der Schule auffällig sind, kommen die Eltern in Beratung, diese Aufmerksmakeits-Geschichten Anlass dass sie kommen		
Alter der K? Geschlechterverteilung?					
5	2	34	Das jüngste ist jetzt vier	Vier bis neun	R475 - 4-9 Jahre alte K
5	2	35	Schulkinder zwischen sieben und neun, das ist das häufigste		
5	2	36	Verdacht, vor Schuleintritt, da hat die KG geschickt	Vor Schuleintritt zur EB	
5	2	37	Ein Mädchen mit Diagnose habe ich gehabt, beim Verein Q und ein Mädchen, die habe ich dann in Betreuung gehabt, wo einfach der Verdacht war	2 Mädchen sonst alles Buben (abgeklärte und nicht abgeklärte Fälle)	R476 - 2 Mädchen sonst alles Buben (abgeklärte und nicht abgeklärte Fälle)
5	2	38	Ansonsten glaube ich alles Buben		
Wie kommen Fam. zur EB?					
5	2	39	Bei Verein Q war es klar, da waren es einfach Jugendamtszuweisungen	Bei Verein Q Jugendamtszuweisung	R477 - Bei Verein Q: • Jugendamtszuweisungen In freier Praxis: • Empfehlung Lehrer, APP-Kollegen, ehema-
5	3	40	Ansonsten Empfehlung Lehrerin	Empfehlung durch Lehrer	
5	3	41	Über den Berater im KG, der allerdings auch ein APP-Kollege ist	Über APP-Kollegen	
5	3	42	Manche über die Homepage	Über die Homepage	

5	3	43	Teilweise über Empfehlungen, weil irgendeine Familie die sie kennen bei mir war	Empfehlung über ehemalige Klienten	lige Klienten • Internetrecherche, Homepage
Warum kommen Eltern in EB?					
5	19	44	Kommen meistens nicht weil das K die Diagnose hat, sondern wie kommen weil es in der Schule und daheim eskaliert	Beweggrund zur EB = nicht die Diagnose, sondern die Probleme die das Verhalten aufwirft	R478 - Die Eltern kommen nicht aufgrund der Diagnose zur EB, sondern wegen den Probleme, die das Verhalten aufwirft
ADHS-Diagnose					
5	3	45	(Diagnose zu Beginn der EB schon) Genau!	Diagnose zu Beginn der EB vorhanden	R479 - Alle K hatten ADHS-Diagnose
5	3	46	Also bei einem ist jetzt während der Beratung die Diagnose gestellt worden	Eltern suchen nicht nur EB, sondern auch andere Hilfseinrichtungen auf	
5	3	47	(Wer stellt Diagnose) hmhm, gute Frage, ich nehme an, es waren ärztliche Diagnose	Eventuell Diagnosen durch Ärzte,	R480 - Diagnose vielleicht durch Ärzte, einmal sicher in Ambulatorium
5	3	48	Dieses X-Ambulatorium, die haben Diagnose gemacht	Diagnose wurde in einem Ambulatorium gestellt	R481 - EB kann keine genauen Aussagen zu den Diagnostikern treffen EB ist sich aber nicht sicher => Diagnose wurde unhinterfragt übernommen
5	4	49	Stark vom KG ausgegangen,	KG drängt zur Abklärung	R482 - KG drängt zur diagnostischen Abklärung
5	4	50	Eltern waren sehr skeptisch, wollten die Abklärung eigentlich nicht, weil irgendwie im Raum gestanden ist, dass das dann auch mit Ritalin verbunden sein wird	Eltern wollen keine Abklärung, da sie Medikation skeptisch gegenüberstehen, machen sie dann aber	R483 - Eltern waren anfangs gegen Abklärung
5	8	51	(Vorhandensein der ADHS-Diagnose) ist nicht wirklich wichtig	Vorhandensein der Diagnose nicht wichtig für EB, da mit Familien gleich gearbeitet wird, egal ob Diagnose oder nicht	R484 - Für die EB macht das Vorhandensein der Diagnose keinen Unterschied in der Arbeit mit Eltern – sie arbeitet mit allen gleich: • Lebenssituation erfassen • Umgang der Eltern mit dem K • Wo gibt es Schwierigkeiten, Konflikte • Was tut das K • Was ist für Eltern schwer auszuhalten • Wo kann EB die Eltern unterstützten
5	8	52	Hab eine Mutter gehabt, das sind Zwillingsbuben, die auch in die Richtung gehen, und im Prinzip arbeite ich mit dieser Mutter wo die Buben keine Diagnose haben nicht anders wie wenn jetzt Eltern kommen, die die Diagnose haben		
5	8	53	Weil es in der EB darum geht, mit den Eltern zu arbeiten wie können sie bessern verstehen, wurscht ob da jetzt Diagnose oder nicht		
5	9	54	(Ausblenden der Diagnose bei EB), das tu ich eh immer, wurscht mit welchem Phänomen, ich schaue wie ist die Lebenssituation, wie tun Eltern mit Kind, wo gibt es Schwierigkeiten, unabhängig von Diagnose	EB schaut unabhängig von Diagnose: wie ist Lebenssituation, wie tun Eltern mit dem Kind, wo Schwierigkeiten/Konflikte, was tut das Kind, was halten Eltern schwer aus, wo können Eltern unterstützten	
5	9	55	Ich schau trotzdem egal ob Etikett oder nicht, was tut das Kind, wo kommt es zu Konflikten, was halten Eltern schwer aus und wo können Eltern unterstützen		
5	14	56	Und jetzt unterscheide ich nicht zwischen Diagnose oder Nicht-Diagnose (wo Eltern bestimmte Probleme haben)		
5	8	57	Ich überlege, ob es für Eltern schwieriger ist, wenn es nicht mit mir zu tun hat, es hat eine Diagnose	Überlegt welchen Einfluss das (nicht) Vorhandensein der Diagnose auf die Eltern in der EB hat	R485 - EB stellt sich die Frage, wie das (nicht) Vorhandensein der Diagnose auf Eltern wirken kann: • Schuldgefühle • Eigenes Involviert-Sein Wird durch Diagnose aufgehoben => das kann in manchen Fällen das verstehende Hinsehen auf das kindliche Verhalten erleichtern
5	8	58	Manche Eltern tun sich mit Diagnose leichter „mein Kind ist schwierig, wie kann ich es verstehen“ als wenn sie das Gefühl haben, sie haben etwas falsch gemacht	Diagnose kann in manchen Fällen das verstehende Hinsehen auf das kindliche Verhalten sein, wenn Eltern nicht das Gefühl haben etwas falsch gemacht zu haben, oder nicht primär das Gefühl haben, dass es etwas mit ihnen zu tun hat	
5	8f	59	Insofern kann es durchaus Entlastung für Eltern (in der EB) sein		
5	19	60	Dass wenn es nichts mit mir zu tun hat kann ich sogar leichter hinschauen		
Auch Familien mit auffälligen Kinder, die aber nicht Diagnose haben in EB?					
5	8	61	Hab eine Mutter gehabt, das sind Zwillingsbuben, die auch in die Richtung	Zwillingsbuben, die zwar Verhalten zeigen aber nicht	R486 - Es kommen auch Familien zur Beratung, wo K

			gehen, und im Prinzip arbeite ich mit dieser Mutter wo die Buben keine Diagnose haben nicht anders wie wenn jetzt Eltern kommen, die die Diagnose haben	Diagnose haben = Mutter in der EB EB arbeitet da aber gleich (mit oder ohne Diagnose)	zwar Verhaltensauffälligkeiten zeigen, aber keine Diagnose haben • EB macht aber keinen Unterschied zw. Diagnose oder nicht-Diagnose
Was halten Sie von der Diagnose ADHS?					
5	7	62	Ich frage mich immer „wozu braucht man es?“, was bringt die Diagnose	EB fragt sich was die Diagnose bringt	R487 - EB fragt sich, was bringt die Diagnose: • Sicherheit für Eltern • Beruhigung für Eltern • Freispruch von Schuld • Eigene Kompetenz als Elternteil wird nicht in Frage gestellt • Löst Eltern von Verantwortung • Auseinandersetzung der Eltern mit dem Problem, Hinsehen auf das K entfällt
5	7	63	Für Eltern aber ein Stück Sicherheit	Sicherheit für Eltern	
5	7	64	Dann hat sie (Mutter) nicht nur ein schlimmes Kind mit dem sie nicht fertig wird, sondern ist eine Krankheit und dann hat sie nicht so viel Schuld	Elterliche Kompetenz wird nicht in Frage gestellt, da das Kind ja krank ist	
5	7	65	Dann hat sie nicht so viel Verantwortung, sondern dann ist das ein körperliches Phänomen	Löst Eltern vor Verantwortung	
5	7	66	Dann brauche ich mich (Mutter) nicht mehr so viel damit auseinander setzen		
5	7f	67	Das ist die Gefahr, weil wenn ich sage das ist jetzt ein neurologisches Phänomen, dann brauche ich nicht schauen was hat das mit mir als Elternteil zu tun	„ADHS“ schützt vor dem genauen Hinsehen, (das was EB eigentlich versucht zu machen)	
5	8	68	Aber es ist mehr Beruhigung der Eltern, als das es wirklich etwas bringt	Eher Beruhigung der Eltern als tatsächlichen Nutzen	
5	8	69	Bin mir nicht sicher, ob es für Kinder wirklich hilfreich ist	Frage ob die Diagnose für die K hilfreich ist	R488 - Für EB fraglich, was Diagnose dem K bringen kann
5	7	70	Ich hab das Gefühl, es bringt nicht wirklich etwas, weil es nicht wirklich einen Unterschied macht, ob das jetzt ein umschriebenes Phänomen ist oder nicht	Es kommt nicht auf das Etikett an, sondern auf den Ist-Zustand des Kindes	R489 - Verhalten soll unabhängig von der Diagnose beschrieben werden, nicht das Etikett, sondern der Ist-Zustand des K ist wichtig
5	9	71	Verhalten beschreiben muss man mit Diagnose und ohne	EB beschreibt Verhalten unabhängig von Diagnose	
5	8	72	Bin eher skeptisch was es bringt Mascherl umzuhängen	EB steht dem Etikett ADHS skeptisch gegenüber	R490 - Skepsis gegenüber ADHS-Diagnose
5	8	73	Dann gibt es im KG mehr Möglichkeiten der Unterstützung, dann ist es mit Integrationskindergärten leichter	Durch Diagnose bekommt Familie mehr Unterstützung	R491 - Vorteile der Diagnose: • Mehr Unterstützungsangebote für die Familie (z.B. Ergotherapie)
5	8	74	Im Zuge der Diagnose kriegen Eltern Ergotherapie im KG		
5	8	75	Das sind die Vorteile, die ich schon sehe	EB sieht auch Vorteile	
Gesonderte psychoanalytisch-pädagogische Diagnose?					
5	5	76	In diesem Fall nicht (beim Kindergartenkind, wo Diagnose während EB), bei Schulkindern würde ich es vermutlich machen	Bei Kindergartenkindern nicht (da zu jung?), bei Schulkindern vermutlich	R492 - Bei Vorschulkindern Psychodiagnostik, bei kleineren K Spielbeobachtung
5	5	77	Das war drei wie es zu mir gekommen ist		
5	6	78	Mit einem Dreijährigen mache ich maximal eine Spielbeobachtung, aber keine Diagnostik	Bei kleinen K eher Spielbeobachtung	R493 - Psychodiagnostik: CAD, verzauberte Familie, Rorschach, Mensch-Baum, Szeno,
5	6	79	Psychodiagnostik: CAD, verzauberte Familie, Rorschach, Mensch-Baum, Szeno sind klassische Tests die ich immer mache	Psychodiagnostik: CAD, verzauberte Familie, Rorschach, Mensch-Baum, Szeno,	R494 - Bei Leistungsschwierigkeiten oder Hyperaktivitätsgeschichten Leistungstest
5	7	80	Wenn es um Leistungsschwierigkeiten oder Hyperaktivitätsgeschichten geht, mache ich auch einen Leistungstest um zu schauen, wie schaut es mit Konzentration, Wahrnehmung aus	Bei Leistungsschwierigkeiten oder Hyperaktivitätsgeschichten Leistungstest	R495 - Spielbeobachtung: sind Eltern gut reflektiert => Hypothesen aus Erzählungen gut ableitbar entfällt Spielbeobachtung
5	6	81	(bei diesem Fall war Spielbeobachtung) nicht notwendig, weil ich Gefühl gehabt habe über das was die Eltern erzählen komme ich gut zu meinen Hypothesen	Wenn Eltern gut reflektiertes Problembewusstsein haben fällt Spielbeobachtung weg, da EB so auch auf Hypothesen kommt	
5	6	82	(bei anderen Fällen) habe ich meistens, also überall eine Diagnostik gemacht glaube ich	EB ist sich nicht sicher, ob sie (Test)Diagnostik in allen Fällen macht	R496 - Testdiagnostik scheint nicht standardmäßig gemacht zu werden
5	6	83	Diagnostik um mit Eltern gut arbeiten zu können und mit Eltern ein Bild	Diagnostik = mit Eltern ein Bild zu bekommen, wie geht	R497 - Diagnostik orientiert sich an Fragestellung, die

			zu kriegen, wie geht es dem Kind, wie erlebt das Kind die Welt, wo steht das Kind	es dem K, wie erlebt es die Welt, wo steht das K	gemeinsam mit Eltern erarbeitet wurde: • Gemeinsames Einfühlen und Verstehen des kindlichen Erlebens • Hypothesen über Schwierigkeiten bilden R498 - Testdiagnostik zur Hypothesenprüfung
5	6	84	Immer mit der Fragestellung und die Fragestellung erarbeite ich in der Beratung mit den Eltern	Diagnostik vor HG einer Fragestellung (die mit Eltern erarbeitet wird)	
5	6	85	Bilde mir so Hypothesen wo könnte es Schwierigkeiten geben	Hypothesen über Schwierigkeiten	
5	6	86	Habe ich meistens schon vorher eine Idee, die ich mit Eltern im Vorfeld erarbeite, insofern ist Diagnostik ein Stück die Bestätigung dessen	Diagnostik als Bestätigung für zuvor mit Eltern erarbeitete Ideen	
5	7	87	Zur Diagnostik kommt das Kind alleine	Zur Diagnostik kommt Kind alleine	R499 - Testdiagnostik: K kommt alleine, danach gesonderte Testbesprechung mit K und mit Eltern
5	7	88	Dann bespreche ich mit dem Kind wieder alleine, eine kurze Testbesprechung	Testbesprechung mit Kind allein um es über Ergebnisse zu informieren	
5	7	89	Wenn Leistungstest gemacht haben, wollen Kinder wissen		
5	7	90	Ausführliche Testbesprechung mit Eltern (allein)	Testbesprechung mit Eltern alleine	
Wie erklären Sie sich, dass Diagnose so zugenommen hat?					
5	9	91	Ich glaube es ist ein Modephänomen	Modephänomen	R500 - ADHS als Modephänomen
5	9	92	Waren auf Kongress der von Pharmafirmen gesponsert worden ist, seither hab ich so eine Idee, wie man Diagnose puscht	Diagnose wird durch Pharmafirmen gepuscht	R501 - Pharmafirmen puschen ADHS-Diagnose
5	9	93	Habe schon das Gefühl, das ist schon etwas was ein Stückl gepuscht wird		
5	10	94	Auf der neurologischen Ebene kann ich es nicht beantworten ob wirklich heute so viele Kinder mehr Schwierigkeiten haben wie früher, ob es früher einfach nicht aufgefallen ist	EB ist sich ihrer Kompetenzen bewusst Frage: • haben Kinder heute mehr Schwierigkeiten als früher (Veränderte Kindheit?) • ist es früher nicht aufgefallen (heute bessere Diagnostik?)	R502 - Fragen der EB: • haben Kinder heute mehr Schwierigkeiten als früher (Veränderte Kindheit?) • ist es früher nicht aufgefallen (heute bessere Diagnostik?)
5	10	95	Weil das Schulsystem hätten wir doch nicht erst seit zehn, 20 Jahren	Schulsystem hat sich ja nicht verändert => Schulsystem kann nicht Zunahme der Diagnose verursachen Gestiegener Leistungsdruck => Kinder mit Schwierigkeiten rutschen leichter durch	R503 - Es ist fraglich, ob sich das Schulsystem tatsächlich so sehr verändert hat, dass das Schulsystem für Diagnosezunahme verantwortlich sein kann. R504 - Gesteigerter Leistungsdruck in der Schule Schulsystem ist schon anders geworden – nicht mehr so autoritär, rigide, Lehrer haben weniger Durchsetzungsrechte
5	10	96	Es ist aber der Leistungsdruck, der immer mehr zunimmt => glaube schon, dass Kinder mit Schwierigkeiten heut zu Tage leichter durchrutschen		
5	10	256	Wie ich noch zur Schule gegangen bin, wir haben das Alphabet im ersten Jahr gelernt. Heute können alle Kinder alle Buchstaben bis zu Weihnachten		
5	10	97	Kinder emotional viel unreifer als früher und emotionale Unreife = ADHS-Phänomen, dass es nicht altersgemäß mit Konflikten umgehen kann	Veränderung auf Seiten der Kinder im Vergleich zu früher: Kinder heute emotional unreifer – das zieht sich bis ins Schulalter Nicht altersgemäßer Umgang mit Konflikten	R505 - Zunehmende emotionale Unreife sowie affektive Probleme als Ursache für steigende ADHS-Diagnosen & nicht altersgemäßer Umgang mit Konflikten
5	10	98	Wo ich mir denke, welche Kinder kommen heute mit drei Jahren in den KG und wie war das vor 25 Jahren, ist bei vielen Kindern eine emotionale Unreife, dass sich das bis in die Schule zieht		
5	10	99	Insofern bin ich mir nicht sicher, ob sich nicht bei Kindern etwas verändert hat		
5	10	100	Insofern glaube ich schon an eine Häufung, weiß allerdings nicht, ob das ein neurologisches Problem ist glaube eher das ist ein affektives Problem	Frage ob diese Häufung neurologisch oder nicht – EB glaubt, dass das eher affektiv bedingt ist	
ADHS					
5	4	101	Meine grundsätzliche Einschätzung wie ADHS entsteht ist dieser psychoanalytisch-pädagogische, dass man davon ausgeht, dass es auch Schwierigkeiten in der Abstimmung zwischen Mutter und K gibt	Schwierigkeiten in der Abstimmung zwischen Mutter und Kind und es möglicherweise auch Wahrnehmungsschwierigkeiten oder neurologische Schwierigkeiten	R506 - Neben Wahrnehmungsstörung en oder neurologische Schwierigkeiten spielen Schwierigkeiten in der Abstimmung zwischen

5	4	102	Und das es dann möglicherweise auch Wahrnehmungsschwierigkeiten oder wirklich eine Gehirn, ah, neurologische Schwierigkeiten gibt, aber, das es sicher mit bedingt wird durch die frühe Eltern-Kind-Beziehung	gibt	Mutter und Kind eine wesentliche Rolle: • kindliche Affekte können nicht gehalten werden • Adoptionsfamilie
5	4	103	Und da habe ich das Gefühl, dass ist jetzt eben dieser Fall von den Adoptiveltern	Adoptivfamilie	
5	12	104	Weil er es überhaupt nicht geschafft hat, seine ganzen Affekte zu halten	Affekte können nicht gehalten werden	
Falldarstellungen					
5	11	105	Mutter war ganz schwierig, auch ganz schwer mit ihr zu arbeiten	Arbeit mit der Mutter war schwierig	R507 - Arbeit mit Mutter war schwierig
5	16	106	Sie hat die Beratung dann abgebrochen (da Meinungsverschiedenheiten bezüglich Schulbesuch des Buben)	Abbruch der EB da Meinungsverschiedenheit bezüglich Schulbesuch des K	R508 - Abbruch der EB wegen Meinungsverschiedenheiten bezüglich Schulbesuch des K
5	16	107	Die Dynamik zwischen ihr und K sich immer wieder verschlechtert hat, da war es schwankend, es hat sich verbessert, die ist auch lange gekommen, sicher zwei, zweieinhalb Jahre	Dynamik zwischen Mutter und K verbessert sich und verschlechtert sich immer wieder – langer EB Prozess	R509 - EB langer Prozess, da Dynamik zwischen Mutter und K sehr instabil Beleg für Interview 1: lange EB = ein ständiges Scheitern?
5	16	108	Eine Mutter ist noch einmal gekommen (nach Ende der EB), aber nur halb freiwillig, weil da war der Bub in Therapie und da hat sie die Kollegin dann wieder zu mir geschickt	EB und K-PT	R510 - EB + K-PT
5	17	109	Das ist dann wieder gekippt, Mutter ziemlich krank geworden, lange im KH, bedrohliche Geschichte => K hat ganz massiv reagiert und Schulsymptomatik und ADHS-Problematik ist voll in die Höhe gegangen	Rückkehr der Symptome und Schwierigkeiten im Zuge bedrohlicher Erkrankung der Mutter	R511 - Durch bedrohliche Erkrankung der Mutter kehren ADHS-Symptome zurück verweist auf äußere Bedingungszush. Der Symptomatik
5	20	110	Mit der Therapie (des K) hat sie die Beratung beendet, Kollegin hat mir dann gesagt die Mutter hat nach zehn Stunden die Therapie abgebrochen => Mutter die weder die Auseinandersetzung mit sich selber, noch dem K die Auseinande4rsetzung geben hat können	Beginn der PT als Grund EB zu beenden=> Perspektive es hat nichts mit mir (als Mutter) zu tun	R512 - PT vs. EB Beginnt PT => Abbruch der EB (Problem hat nichts mit mir als Elternteil zu tun) Auch PT abgebrochen, Aufarbeitung für Mutter und für K nicht möglich => Problem familiendynamisch so wichtig?
Kommen Fam. wegen ADHS zur EB?					
5	3	112	Bei einem K war es im Zusammenhang mit einer doch, also der hat einen Herzfehler gehabt das K, Mutter schwerst neurotisch	K mit ADHS, Herzfehler und neurotische Mutter	R513 - Fast alle Fälle wegen ADHS in EB
5	3	113	Die anderen war eher Hauptphänomen ADHS	Fast alle Fälle wegen ADHS in EB	
Ursachen ADHS					
5	6	114	Frühkindlichen traumatischen Erlebnisse	Frühkindlichen traumatischen Erlebnisse	R514 - Lebensumstände auf Seiten des K: • frühkindliche Traumata • Trennungen in früher K-heit • Wechselnde Bezugspersonen • Adoption und Übersiedelung in völlig andere Kultur • Mutter kann kindliche Affekte nicht halten • Mangelndes Beziehungsangebot • Schwierige Eltern-K-Beziehung
5	22f	115	Was auch sehr fot ist bei den K sind traumatische Trennungen in der frühen Kindheit	Traumatische Trennung in früher Kindheit	
5	11	116	Was bei ihr ganz auffällig, dass sie zwar viel da ist aber ganz wenig Beiziehungsangebote für die K macht	ADHS-Symptome als Ausgleich für ein mangelndes Beziehungsangebot	
5	11	117	Wenn die wahrscheinlich Beziehungsangebote machen kann, dann bin ich optimistisch, dass die K nicht mehr so aufdrehen müssen, dass die ein Stückl zur Ruhe kommen		
5	12	118	Mutter die ganz wenig Möglichkeiten gehabt hat, für das K etwas zu halten	Mutter, die Affekte des K nicht halten kann	
5	4	119	Adoptiveltern, ein afrikanisches Kund mit einem Jahr aus einem Heim in Afrika adoptiert – traumatische Geschichte im ersten Lebensjahr, zuerst	Häufig wechselnde Bezugspersonen im ersten Lebensjahr, durch Adoptivfamilie in eine völlig andere Kultur	

			bei der Familie, dann ins Heim, dann weg von dem Heim in eine völlig fremde Welt, mit fremder Sprache mit allem Drum und Dran		
5	5	120	Meistens Eltern-Kind-Beziehung eine schwierige	Schwierige Eltern-Kind-Beziehung	
5	22	121	Was mir grundsätzlich auffällt, ist das alle Mütter selber massive Schwierigkeiten gehabt haben: eine, das war fast psychotische Störung, hat wie K klein war Heizkörper aus der Wand gerissen, Wutanfälle, hat das nicht halten können	Meist schwierige Lebensumstände: • Abhängigkeit der Mutter (Medikamente/Alkohol) • Psychische Schwierigkeiten • Zwangsneurose • Wutanfälle • Psychotische Störung • Krankheit der Mutter • Neurotische Mutter	R515 - Meist schwierige Lebensumstände oder massive Probleme der Eltern: • Abhängigkeit der Mutter (Medikamente/Alkohol) • Psychische Schwierigkeiten • Zwangsneurose • Wutanfälle • Psychotische Störung • Neurotische Mutter • Krankheit der Mutter Wo bleiben Väter in diesen Erzählungen?
5	22	122	In den meisten Fällen ganz schwierige Lebensgeschichten		
5	22	123	Schwerst zwangsneurotischen Mutter vom herzkranken K		
5	22	124	Mutter, die dann plötzlich (schwer) krank wird		
5	22	125	(Mutter): psychische Schwierigkeiten		
5	3	126	Mutter schwerst neurotisch		
5	22	127	Alkoholikerin		
5	22	128	Eine Mutter medikamentenabhängig		
Zusätzliche Auffälligkeiten/Probleme					
5	3	129	Herzfehler	Herzfehler beim Kind	R516 - Herzfehler (Grund für gestörte Mutter-K-Beziehung?)
5	5	130	Problematik, dass meisten Eltern die bei mir waren, erstens dieses Nachdenken über sich um einiges schwieriger ist	Eltern können schwer über sich nachdenken und/oder nicht auf das Kind eingehen	R517 - Eltern von ADHS-K können meist nur schwer über sich nachdenken und/oder auf das K eingehen
5	5	131	Nur wenig Ressourcen, dass Eltern wirklich auf K eingehen können		
5	10	132	Kinder emotional viel unreifer als früher und emotionale Unreife = ADHS-Phänomen, dass es nicht altersgemäß mit Konflikten umgehen kann,	Emotionale Unreife, keine altersgemäße Konfliktlösung, Regulationsmöglichkeiten = beeinträchtigt	R518 - Symptome: • Gestörtes kindliches Spiel • Emotionale Unreife • Keine altersgemäße Konfliktlösung • Beeinträchtigte Regulationsmöglichkeiten • Kognitive Beeinträchtigung • Neurotische Leistungseinschränkung? • Affekte können nicht gehalten werden
5	10	133	Dass man ein Stückl überschwemmt wird und dass nicht regulieren kann		
5	5	134	Hat keine zehn Minuten spielen können	Gestörtes kindliches Spiel	
5	3	135	War mir nicht sicher, wie sehr der auch eine kognitive Beeinträchtigung gehabt hat, war mir nie ganz sicher wie sehr ist das wirklich eine neurotische Leistungseinschränkung was dazu gekommen ist	Ev. kognitive Beeinträchtigungen des K – fragliche neurotische Leistungseinschränkung	
5	12	136	Weil er es überhaupt nicht geschafft hat, seine ganzen Affekte zu halten	Bub konnte seine Affekte nicht halten	
Medikation					
5	4	137	Eltern waren sehr skeptisch, wollten die Abklärung eigentlich nicht, weil irgendwie im Raum gestanden ist, dass das dann auch mit Ritalin verbunden sein wird	Skeptische Haltung der Eltern gegenüber Medikation	R519 - Prinzipiell skeptische Haltung gegenüber Medikation
5	11	138	Stehe der Medikation sehr skeptisch gegenüber	Skeptische Grundhaltung gegenüber Medikation	
5	5	139	Gleichzeitig (zur EB) Medikation.	Medikation läuft gleichzeitig zur EB	R520 - In einem Fall läuft Medikation gleichzeitig zur EB
5	4	140	Das ist der erste Fall, wo ich wirklich das Gefühl habe, das Ritalin bringt etwas	Ein Fall wo Medikation etwas bringt	R521 - Was Medikation in diesem Fall bringt: • Bub kommt zur Ruhe => kann spielen
5	5	141	Da dürfte es wirklich sein, dass das Medikament den Buben ein Stück beruhigt	Medikation ermöglicht dem Bub zu spielen Eltern bestätigen den Erfolg der Medikation	
5	5	142	Sodass der ausdauernder spielen kann, und der hat wirklich keine zehn Minuten spielen können und ist permanent herum geflitzt		
5	5	143	Eltern: „Jetzt sitzt er und spielt eine halbe Stunde! Also etwas , was sie nicht gekannt haben, was das K nicht gekannt hat		
5	5	144	Gleichzeitig sind die aber gut im immer wieder Ansprechen von Affekten, immer wieder schauen wie geht es dem Kind	Nicht nur Medikation, sondern auch Ansprechen von Affekten, Bedürfnisse des Kindes beachten	R522 - Neben Medikation ist auch das Ansprechen von Affekten und Bedürfnissen des K wichtig
5	5	145	So, habe ich das Gefühl, das dürfte jetzt eine recht gute Kombination sein	Medikation und EB als gute Kombination in diesem Fall	

5	11	146	Stehe dem ganzen kritisch gegenüber, wenn man mit Medikation anfängt, weil das löst das Problem zumeist überhaupt nicht	Medikation löst das Problem zumeist nicht	R523 - Medikation alleine löst das Problem meist nicht Beleg für die pa Perspektive!
5	9	147	War nach Kongress (von Pharmafirmen gesponsert) so schockiert, weil da die einzige Möglichkeit der Heilung ist Ritalin, das ist einem dort so ein Bisschen eingeimpft worden	Ritalin wird von Pharmafirmen als einzige Heilungschance angepriesen	R524 - Ritalin wird von Pharmafirmen als einzige Heilungschance angepriesen
5	9	148	Und kaum Überlegungen dass man das begleitend unterstützen muss, vereinzelt in Workshops war das ein Bisschen Thema, aber von den Hauptvorträgen: Ritalin, Ritalin, Ritalin	Nachdenken über begleitende Angebote nur minimal am Rande	R525 - Nachdenken über begleitende Angebote nur minimal am Rande
5	11	149	Medikamente überlegen, und das kann sicher bei manchen K notwendig sein	Medikation kann bei manchen K notwendig sein	R526 - Bei manchen K ist Medikation notwendig Bei welchen K, wird nicht gesagt
5	12	150	Am Schulweg, oder in der Schule hat er das erste Ritalin genommen, nach der dritten Stunde das zweite	Medikation als schulischer Begleiter	R527 - Medikation als schulischer Begleiter
5	12	151	Die Schule hat gesagt es war eine Verbesserung	Verbesserung in der Schule dafür mehr Eskalation zu Hause	R528 - Durch Medikation verbessert sich die Schulsituation, dafür mehr Eskalation zu Hause
5	12	152	Dann ist er heim gekommen und da war er wesentlich mehr aufgedreht wie früher und daheim ist es viel mehr eskaliert		
5	12	153	Am Vormittag (mit Medikation) Affekte gedämpft, am Nachmittag (ohne Med.) voll in die Höhe gegangen		
5	12f	154	Bei Verein Q haben, naja, haben zwar immer wieder K Medikamente bekommen, aber sicher nicht alle, in der Privatpraxi, .also außer dieser eine, glaube ich, naja hätte ich jetzt nachschauen müssen hat er keine gekriegt, bin mir nicht 100prozentig sicher	Unsicher wie viele K, deren Eltern in EB überhaupt Medikation bekommen haben Der junge Bub sicher, ev. ein zweiter, sonst keine	R529 - EB ist sich nicht sicher, in wie viele Familien Medikamente eingesetzt wurden
5	13	155	Ich glaube es hat keiner Medikamente bekommen in der Privatpraxis, Mädels sicher nicht, bei diesem herzkranken K bin ich nicht sicher, der hat es sicher erst im Lauf der Beratung gekriegt, aber er ist nicht gekommen damit, ich glaube, dass die anderen keine gehabt haben, nein glaub ich nicht		
Stellenwert der Behandlungsformen?					
5	11	156	Stehe der Medikation sehr skeptisch gegenüber, vor allem wenn sonst nichts gemacht wird	Wenn nur Medikamente gegeben werden ist EB skeptisch	R530 - EB ist skeptisch wenn mit Medikation begonnen wird und nur Medikation passiert
5	11	157	Stehe dem ganzen kritisch gegenüber, wenn man mit Medikation anfängt, weil das löst das Problem zumeist überhaupt nicht	Skepsis gegenüber Medikation als ersten Schritt, da so das Problem meist nicht gelöst wird	
5	11	158	Wobei das eine Frage des Alters ist, je jünger K umso mehr können (sie) profitieren wenn sich Eltern verändern	Vor allem junge K können von EB profitieren	R531 - Von EB können vor allem junge K profitieren
5	11	159	Im Idealfall probiert man es mit EB,, also ich würde mit EB immer beginnen, vor allem je jünger	Im Idealfall als erstes EB	R532 - Im Idealfall: 1. EB 2. PT 3. Medikation
5	11	160	Erst wenn man sieht das greift nicht (EB) würde ich sagen brauchen die K zusätzlich Unterstützung um selber mit ihren Gefühlen umgehen zu können	Wenn EB nicht greift braucht das K selber Unterstützung (PT)	
5	11	161	Und ein dritter Bereich, wenn das auch noch nicht reicht, dann könnte man Medikamente überlegen, und das kann sicher bei manchen K notwendig sein	Als dritte Möglichkeit, wenn sonst nichts funktioniert - Medikation	
5	20	162	Wo zuerst „es hat nichts mit mir zu tun“ dann Therapie und drum bin ich keine Freundin die K zu schnell in Therapie zu schicken, weil das nützen Eltern oft zum Abbruch	Eltern nutzen PT als Grund für Abbruch der EB => brauchen selber nicht hinschauen	R533 - PT gefährdet EB, da Eltern so die Möglichkeiten haben der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Rolle auszuweichen
5	20	163	Kolleginnen mit denen ich zusammenarbeite, die sagen oft „ich nehme das	PT bei Kolleginnen der EB nur, wenn Eltern EB machen	

			K nur in Therapie wenn Sie in EB gehen“		• PT als Konkurrenz zur EB ? R534 - Es wird geschaut, dass EB trotz PT weiter besucht wird
Warum wenig Familien mit ADHS-K in EB?					
5	14	164	Es ist noch nicht so etabliert, dass man sagt „okay EB ist die erste Anlaufstelle“ – etabliert sich langsam in andren Bereichen aber sicher nicht bei ADHS	EB = wenig etabliert, vor allem bei ADHS	R535 - Vor allem freie EB Praxen scheinen noch wenig etabliert als institutionalisierte EB => ist weniger bekannt, Klienten kommen eher zufällig Ist institutionelle EB besser bekannt, oder liegt das daran, dass da einfach vom Jugendamt etc. hin verwiesen wird?
5	13	165	Ich glaube dass da im institutionellen Bereich der EB da ist es viel mehr wie in der Privatpraxis	In der institutionellen EB ist es mehr als in der privaten	
5	13	166	In der Privatpraxis kriegen wir halt wirklich einzelne Fälle, die halt zufällig zu uns kommen	Eltern kommen nur zufällig zur EB in privater Praxis	
5	14	167	EB grundsätzlich etwas was nicht die erste Wahl ist	EB nicht die erste Wahl: zumeist geht man meist zum Arzt, aus der ärztlichen Schiene kommt man kaum zur EB	R536 - EB ist nicht die erste Wahl – man geht eher zuerst zum Arzt Aus der ärztlichen Schiene kommt man kaum zu EB
5	14	168	Noch immer das Phänomen, dass man eher zum Arzt geht und in zweiter Linie in EB		
5	14	169	Sobald man in die ärztliche Schiene kommt, ein Arzt schickt kaum zur EB		
Wie arbeiten sie mit Eltern?					
5	4	170	(Adoptivfamilie) das ist den Eltern sehr gut nachvollziehbar (die Geschichte des Kindes und, dass das traumatisch war), da habe ich das Gefühl, diese Eltern können sehr fein mit dem K umgehen, die haben sich auch viel aus der Beratung mitnehmen können	Eltern können Geschichte des K gut nachvollziehen und können die kindlichen Affekte gut ansprechen, das ist für die EB wichtig	R537 - Wichtige elterliche Fähigkeit: Ansprechen der kindlichen Affekte, Befindlichkeit des K gut nachvollziehen können
5	4	171	(Eltern sind gut) wenn es um das Ansprechen von Affekten mit dem Kind geht		
5	5	172	Haben im Vorfeld Pro und Contras der Medikation und Diagnose diskutiert (bei Fam. wo Diagnose erst im Laufe der EB gestellt wurde)	Im Vorfeld Vor- und Nachteile von Medikation und Diagnose diskutieren	R538 - Vor- und Nachteile der Medikation werden mit Eltern besprochen
5	7	173	Was ich mit den Eltern lange diskutiert habe, was bringt die Diagnose		
5	6	174	Immer mit der Fragestellung und die Fragestellung erarbeite ich in der Beratung mit den Eltern	Mit Eltern Fragestellung erarbeiten anhand der Diagnostik gemacht wird umso zu Hypothesen zu kommen	R539 - Arbeit mit Eltern: • Mit den Eltern eine Fragestellung erarbeiten • Mit Eltern Verständnis für kindliches Verhalten gewinnen • Mögliche Ursachen ausfindig machen (Hypothesen bilden)
5	6	175	Bilde mir so Hypothesen wo könnte es Schwierigkeiten geben		
5	6	176	Wie können wir es verstehen, dass das Kind soziale Ängste hat, mit was könnte das zusammenhängen	Verhalten des Kindes verstehen und Zusammenhänge zu möglichen Ursachen herstellen	
5	8	177	Weil es in der EB darum geht, mit den Eltern zu arbeiten wie können sie bessern verstehen	Mit Eltern ein Verständnis für das kindliche Verhalten entwickeln	
5	7	178	Zu schauen (nach Leistungstest) wo braucht das Kind Unterstützung	Unterstützung für das Kind organisieren (im Leistungsbereich)	R540 - Nach passenden Betreuungs- und Unterstützungsangeboten suchen
5	12	179	Frage welcher Betreuung bedarf es	Welche Betreuung braucht das K	
5	9	180	(Ausblenden der Diagnose bei EB), das tu ich eh immer, wurscht mit welchem Phänomen, ich schaue wie ist die Lebenssituation, wie tun Eltern mit Kind, wo gibt es Schwierigkeiten, unabhängig von Diagnose	EB schaut unabhängig von Diagnose: wie ist Lebenssituation, wie tun Eltern mit dem Kind, wo Schwierigkeiten/Konflikte, was tut das Kind, was halten Eltern schwer aus, wo können Eltern unterstützten	R541 - Unabhängig von der Diagnose: • Lebenssituation beurteilen • Umgang der Eltern mit dem K • Verhalten des K • Was halten Eltern schwer aus • Wo können Eltern Unterstützung brauchen • Wo gibt es Schwierigkeiten/Konflikte
5	9	181	Ich schau trotzdem egal ob Etikett oder nicht, was tut das Kind, wo kommt es zu Konflikten, was halten Eltern schwer aus und wo können Eltern unterstützen		
5	11	182	Mutter vor 14 Tagen zu Erstgespräch, gestern zum zweiten Mal da, beim Erstgespräch schon geschaut, wie geht es ihr mit den Kindern und wie sie	Beim Erstgespräch wird geschaut wie es Mutter mit den K geht	R542 - Beim Erstgespräch erfragen wie es der Mutter mit den Kindern geht

			gestern gekommen ist, hat sie gesagt es war viel besser, sie weiß nicht warum		
5	11	183	Wo ich das Gefühl habe, es hat sich bei ihr etwas verändert, dass wir uns über K unterhalten haben, auch wie schwierig es für sie ist, wie belastend	EB als Ort wo Eltern über ihre Schwierigkeiten und Belastungen sprechen können	R543 - EB als Ort wo Eltern über Schwierigkeiten und Belastungen sprechen können
5	12	184	Da war dann der Versuch kann man ihn in einer normalen Klasse halten, oder wäre es gescheiter die kleinere Klasse, (was) unterstützt ihn mehr	Nach schulischen Lösungen suchen	R544 – Wie mit Eltern gearbeitet wird: • Schulische Lösungen suchen • Rituale erarbeiten • Beziehung festigen/aufbauen • Blick auf das K etablieren
5	15	185	meine sämtlichen Bemühungen, mit dieser Mutter zu arbeiten und ihr zu sagen, das ist nicht die passende Schule war völlig…das wollte sie nicht hören		
5	11	186	Wo ich mit ihr erarbeite wo brauchen die K eine Beziehung (Mutter macht wenig Beziehungsangebot)	Rituale erarbeiten	
5	17	187	Da haben wir so ein Bisschen Rituale erarbeitet, wo kann die Mutter für das K da sein, dass das Sicherheit in der Beziehung erleben kann	Beziehung festigen/aufbauen	
5	17	188	(nach bedrohlichen Krh.) hat sie überhaupt nicht das K gesehen, war ja durchaus nachvollziehbar, wenn ich vorher nicht sicher bin, werde ich überleben oder nicht – (durch EB) hat sich relativ gut stabilisiert, sie wieder Blick auf das K , Rituale wieder etabliert	Blick auf das K (auch nach schwerer Krh.) wieder etablieren	
5	18f	189	Das diagnostische Arbeitsbündnis ist nicht wirklich ein Problem, wenn das nicht gelingen würde, dann kommen Eltern eh nicht	Eltern die zur EB kommen bringen die entsprechende Bereitschaft mit => Arbeitsbündnis = gut zu etablieren	R545 - Eltern die zur EB kommen, bringen entsprechende Bereitschaft mit => Arbeitsbündnis ist gut zu etablieren Bestätigung zu Interview 1: Eltern die reflektiert, sich auf so einen Prozess einlassen wollen kommen zur EB, andere eh nicht Unterschied zu Interview 3: hier wird es positiv gesehen, sobald Eltern in EB kommen besteht Interesse an EB, bei I3 ist Gefahr des Abbruches ständig präsent
5	19	190	Wenn die Eltern kommen und sich dafür entscheiden, dann kommen kriege ich auch ein Arbeitsbündnis zusammen		
Pädagogische Geister?					
5	22	191	Spezifische pädagogische Geister würde ich jetzt überhaupt nicht sehen	Keine spezifischen pädagogischen Geister	R546 - Keine spezifischen pädagogischen Geister
5	22	192	Was mir grundsätzlich auffällt, ist dass Mütter massive Schwierigkeiten haben, das würde ich ehr als am charakteristischsten sehen	Weniger bestimmte pädagogische Geister als zumeist schwere Problemlagen auf Seiten der Mutter – darauf beziehen sich auch die Geister	R547 - Geister beziehen sich oft auf Problemlagen der Eltern
5	23	193	Pädagogische Geister hängen sich eher an diesen Geschichten auf		
EB – Erfahrungen					
5	14	194	Tu mir schwer das zu pauschalisieren	Fälle sind sehr unterschiedlich	R548 - Die Fälle sind sehr unterschiedlich
5	16	195	Eltern hören auf, wenn es sich ein Bisschen stabilisiert hat, wenn sich HÜ-Situation entspannt hat, Schulsituation entspannt, dann beenden sie	Eltern beenden die EB wenn sich die Probleme etwas gelegt haben	R549 - Wenn sich durch Interventionen der Leidensdruck etwas vermindert hat beenden Eltern die EB
5	16	196	da habe ich das Gefühl, das hat für die Familie etwas gebracht, Eltern haben dann genügend Sicherheit, dass sie sagen, auch wenn es Schwierig wird, können wir jetzt damit umgehen	EB bewertet das pos.: dass es dann eben etwas für die Familie gebracht hat Sobald Leidensdruck weg=> keine Intervention mehr Aber wäre der Prozess dann wirklich schon vorbei?	R550 - EB bewertet das positiv: dass schon diese kleinen Veränderungen etwas für die Familie gebracht hat
5	14f	197	Weil es ganz vielen Eltern, und da unterscheide ich jetzt nicht zwischen Diagnose oder Nicht-Diagnose, denen es schwer fällt, den Blick auf das K zu haben, zu sehen was es braucht, wie geht es dem K	Unabhängig von der Diagnose ADHS gibt es Familien denen es schwer Fällt den Blick auf das K zu richten	R551 - Vielen Eltern fällt es schwer den Blick auf das K zu richten

5	23	198	Trotzdem ist für mich immer die Frage wo die Grenze, wo ein Bisschen etwas kann man verbessern, alles geht sicher nicht	EB versucht Veränderung zu erreichen, auch wenn diese nur minimal sind	R552 - EB versucht auch kleine Veränderungen einzuleiten
5	16	199	Mit den ungünstigen Rahmenbedingungen die das K dann gehabt hat (Schule die für seine Leistungen nicht adäquat) war die ganze Arbeit, die wir vorher gemacht haben, war sofort wieder weg	Durch Wechsel in eine unpassende Schule geht das zuvor in der EB erarbeitete verloren	R553 - Erfolg von EB = von äußeren Rahmenbedingungen (Schule) abhängig – passt dieses System nicht, kann EB nicht greifen
5	15	200	(bei einem Fall) Ende der Beratung absolut nicht befriedigend: da ist es um einen Umstieg in die Hauptschule gegangen, die Mutter wollte den unbedingt in die Regelschule bringen, hat versucht in irgendeine Schule hineinzubringen, meine sämtlichen Bemühungen, mit dieser Mutter zu arbeiten und ihr zu sagen, das ist nicht die passende Schule war völlig…das wollte sie nicht hören	Rahmenbedingungen (Schule, Familie) beeinflussen das Out-Come der EB	
5	16	201	Mit den ungünstigen Rahmenbedingungen die das Kind dann gehabt hat (unpassende Schule etc.) war die ganze Arbeit, die wir vorher gemacht haben, war sofort wieder weg		
Schwierigkeiten bei EB					
5	14f	202	Zache Arbeit, weil es ganze vielen Eltern schwer fällt den Blick auf das K zu haben und zu sehen was braucht das K, wie geht es dem K	Wenn es Eltern schwer fällt den Blick auf das K zu haben wird es zäh	R554 - Für die EB ist es schwierig wenn: • Es Eltern schwer fällt, den Blick auf das K zu richten • Wenn Eltern das Grundproblem auf die Schule schieben • Wenn Eltern zu rasch das Gefühl bekommen, die Probleme haben mit ihnen zu tun • Wenn sich Eltern in gewissen Bereichen (z.B. Schule) nicht von der EB überzeugen lassen ⇨ Zweifel an eigenen Kompetenzen der EB
5	18	203	Schwierig wird es manchmal, wenn Eltern zu schnell in das Gefühl kommen „das hat mit mir zu tun“	Wenn Eltern sofort das Gefühl bekommen, dass die Probleme mit ihnen zu tun haben wird es schwer	
5	19	204	Schwieriger wenn Eltern Gefühl haben: „das ist nur Problem der Schule, aber es hat nichts mit mir zu tun!“	Wenn Eltern das Grundproblem auf die Schule abwälzen wird es schwierig	
5	23	205	An meinen Kompetenzen zweifle ich oft	Wenn Dinge mit Eltern nicht bearbeitbar sind, wenn sich Eltern nicht von der Meinung der EB überzeugen lassen – wo EB mit ihrer Kunst dann ansteht => Zweifel an eigenen Kompetenzen	
5	23	206	Phasen wo ich mir denke „Das darf nicht wahr sein!“ – wo ich mir denke es geht ganz gut und dann kann die Mutter nicht verstehen, dass das K in einer normalen Hauptschule nicht bestehen kann – da versucht man mit allen Tricks da das K rein zu bringen – das sind so Momente wo ich denke „Warum arbeite ich?“		
5	23	207	Wo ich mit meiner Kunst dann auch anstehe		
5	23	208	Solche Situationen gibt es immer wieder wo ich das Gefühl habe es gibt Dinge, die für Eltern nicht bearbeitbar sind		
5	24	209	Wo ich empfohlen habe, eigentlich braucht er eine Kleinklasse und mit den Eltern (war das) nicht bearbeitbar => die haben EB dann beendet	EB beendet, da Eltern K nicht in Kleinklasse geben wollten Eltern haben Angst wenn K zur Sonderschule oder Kleinklassen für verhaltensauffällige K müsste	R555 - EB beendet, da Eltern K nicht in Kleinklasse geben wollten Massive Widerstände bei Eltern wenn es darum geht K in andere Schule zu versetzten, so groß, dass EB sogar beendet wird => Druck bezüglich guter schulischer Ausbildung auf Eltern = groß
5	24	210	Diese Angst diese Abstufung in die Sonderschule		
5	24	211	Obwohl das wären ja diese Verhaltensauffälligen-Klassen, wo K ja nach Lehrplan unterrichtet werden und trotzdem ist das für die Eltern so ein Bruch den sie nicht schaffen		
Kooperation					
5	4	212	Nein, das wird an der Stelle (Ambulatorium in einer Österreichischen Großstadt) dort gemacht	Diagnose wird extern, im medizinischen System gestellt EB hat kein Mitspracherecht	R556 - EB wird nicht in den Diagnoseprozess eingebunden, auch keine Kooperation mit Diagnostikern im Nachhinein • EB hat keinen Auftrag dazu • Ansicht der EB wird bei Diagnose nicht berücksichtigt • Diagnose extern im med. System
5	5	213	(mit Diagnostikern): nein, habe ich jetzt keinen Auftrag	Keine Kooperation mit Diagnostikern, da kein Auftrag dazu	
5	5	214	In den Prozess (der Diagnose) war ich nicht eingebunden (obwohl Diagnose während der EB gemacht wurde)	EB wird nicht in den Diagnoseprozess, der gleichzeitig zur EB vollzogen wird, eingebunden	
5	21	215	Bei Verein Q hat es grundsätzlich mehr Vernetzung gegeben	Im Vereinswesen bessere Vernetzung	R557 - Im Vereinswesen:

5	21	216	Da war es (Vernetzung bei Verein Q) viel mehr unser Auftrag	Vernetzung im Vereinswesen als Auftrag	• Bessere Vernetzung • Expliziter Auftrag zur Vernetzung • Kooperation lebt vom Ruf der Institution Kooperation eher, wenn auch der Auftrag dazu gegeben ist? R558 - Vernetzung hängt von Rahmenbedingungen und Finanzierung ab • In privater Praxis gibt es keine adäquaten Rahmenbedingungen/Finanzierung • Als Privatperson ist Kooperation schwieriger = deshalb Vernetzung nur in Ausnahmen?
5	20	217	Bei diesen Vernetzungsgeschichten ist Frage der Bezahlung, in der Privatpraxis wird nicht finanziert	Kooperation wird vor allem in privater Praxis nicht finanziert	
5	21	218	Damals (bei Verein Q) sind wir oft in die Schule gegangen, was ich aber in der Privatpraxis kaum mache	In Privater Praxis weniger Kooperation als im Vereinswesen	
5	21	219	Auch schwieriger als Privatberaterin, hingegen wenn ich an Verein Q denke, dort hat die Institution einen Ruf, dort ist das etwas völlig anderes	Als Privatberaterin ist Kooperation schwieriger als bei Verein Q, da dort die Institution einen Ruf hat	
5	12	220	Bub auch schon Einzelbetreuung gehabt, das hat auch die Kollegin gesagt, das ist kaum zu halten (die Affekte des K)	Austausch über den Fall zwischen Kollegen	R559 - Kooperation mit PT: • Austausch über den Fall • Vermittlung von PT und EB untereinander • Kooperation mit PT die dafür sorgen, dass das Helfernetzt PT und EB koppelt – und nicht, dass EB durch PT abgebrochen werden kann
5	20	221	Hab dann einer Kollegin Therapie vermittelt, die hat mir dann gesagt die Mutter hat nach zehn Stunden abgebrochen	Vermittelt PT bei Kolleginnen Auch dann noch Gespräche über den Fall	
5	20	222	Kolleginnen mit denen ich zusammenarbeite, die sagen oft „ich nehme das K nur in Therapie wenn Sie in EB gehen“ – ich arbeite mit zwei PT zusammen, die das beide ein Stück aneinander koppeln	Kooperation mit PT PT bei Kolleginnen der EB nur, wenn Eltern EB machen	
5	20	223	(z.B. wenn K Ergotherapie – dann Kontakt?) kommt ein Bisschen auf die Therapeutin an, ob ich die kenne oder nicht, wenn ich sie kenne gibt es eher Kontakt, wenn das eine institutionelle Ergotherapie ist meistens eher kein kontakt	Kooperation = davon abhängig, ob EB die anderen Therapeuten kennt oder nicht	R560 - Kooperation nur, wenn Kooperationspartner jemand bekanntes der EB ist ? möchte/kann man nicht über den Tellerrand eigener Bekannter blicken? – weil es nicht finanziert wird?
5	20	224	(Koop.mit anderen Institutionen): kaum, in Einzelfällen	Kooperationen mit anderen Professionellen als EB und PT = selten	R561 - Vernetzung mit anderen Institutionen = selten • Schule (um K in der Schule halten zu können) • KG • Ambulatorium
5	20	225	Sind eher die Ausnahmen		
5	20	226	(in mehreren Fällen) Schulkontakt	Schulkontakt Um die K z.B. in der Schule halten zu können	
5	21	227	Damals (bei Verein Q) sind wir oft in die Schule gegangen um die K überhaupt in der Schule halten zu können		
5	20	228	Mit Ambulatorium	Ambulatorium	
5	5	229	Die Kindergärtnerin war einmal da	Kooperation mit Kindergärtnerin	
5	21	230	Schwierige Rolle, weil es sind nicht alle Schulen zur Zusammenarbeit bereit, die wollen gar nicht wissen, wollen sich nicht helfen lassen, wollen nicht akzeptieren, dass da wer kommt, der eventuell wüsste wie man mit Problemen leichter umgehen könnte	Schulen sind oft nicht zur Kooperation bereit, sie wollen sich nicht von extern helfen lassen Rolle der EB: anderen Professionellen helfen, zeigen wie es geht	R562 - Schulen blocken Hilfe von Extern häufig ab R563 - Rolle der EB: anderen Professionellen helfen, Problemlösungen aufzeigen
Ziel von EB?					
5	16	231	Dass sie einfach verstehen kann, wo ist es für das K schwer	Dass Eltern verstehen können, wo es für das K schwer ist	R564 - Dass sich Eltern in die Lage ihres K hineinversetzen können
Was bringt EB?					
5	11	232	Mutter vor 14 Tagen zu Erstgespräch, gestern zum zweiten Mal da, beim Erstgespräch schon geschaut, wie geht es ihr mit den Kindern und wie sie gestern gekommen ist, hat sie gesagt es war viel besser, sie weiß nicht	Besserung schon durch das Erstgespräch – wobei der Grund für die Besserung für Mutter nicht reflektiert wurde/nicht fassbar war	R565 - Erleichterung bei Eltern, da sie in EB über ihre Probleme, Belastungen usw. sprechen können

			warum		
5	11	233	Wo ich das Gefühl habe, es hat sich bei ihr etwas verändert, dass wir uns über K unterhalten haben, auch wie schwierig es für sie ist, wie belastend	Veränderung auf Seiten der Mutter, durch Möglichkeit über die Belastung und Schwierigkeiten zu sprechen	
5	11	234	Wenn die wahrscheinlich Beziehungsangebote machen kann, dann bin ich optimistisch, dass die K nicht mehr so aufdrehen müssen, dass die ein Stückl zur Ruhe kommen	Durch besseres Beziehungsangebot für die K können deren Symptome weg fallen	R566 - Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Eltern und K ⇨ Symptome können ein Stück weit weg fallen Wobei Beziehung oft dennoch problematisch bleibt
5	15	235	Es ist scher generell zu sagen, aber meistens ist eine gewisse Verbesserung in der Beziehung zwischen Eltern und K	Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Eltern und K	
5	15	236	Wenn Eltern wirklich kommen, habe ich das Gefühl es verbessert sich qualitativ etwas in der Beziehung		
5	15	237	Und das entspannt meistens ein Stück	Das entspannt meist ein Stück	
5	15	238	Problematisch bleibt es aber in den meisten Fällen trotzdem, von der Beziehung her	Wobei die Beziehung trotzdem Problematisch bleibt	
5	25	239	Dann glaube ich, kann sich ganz viel in der Beziehung verbessern	• Verbesserung in der Beziehung	
5	15	240	Manchmal geht die Symptomatik dann so zurück, dass die Eltern so quasi sagen: „okay, es ist so, dass wir irgendwie besser damit können“, also das ist eigentlich das meiste	Symptomatik geht so weit zurück, dass Eltern besser damit umgehen können	R567 - Durch den Rückgang der Symptome können Eltern besser mit K umgehen
5	16	241	Eltern hören auf, wenn es sich ein Bisschen stabilisiert hat, wenn sich HÜ-Situation entspannt hat, Schulsituation entspannt, dann beenden sie	HÜ und Schulsituation = entspannter Aber nur ein Bisschen	R568 - Durch EB verändert sich bei Eltern: • Affekte containen & ansprechen • Verhalten des K verstehen • Erlangen Selbstsicherheit R569 - Durch EB verändert sich bei K: • Verbesserung in der Beziehung • K lernen mit ihren Gefühlen besser umzugehen • Symptomatik verbessert sich ein Stück weit • Schulsituation entspannt sich ein Stück weit Nur ein STÜCK Verbesserung
5	17	242	Haben wir (EB) zu einem Zeitpunkt beendet, wo ich Gefühl gehabt habe, es hat gut gepasst, Bub in der Schule halbwegs zurechtgekommen, Aufgabensituation nicht mehr so eskaliert, es hat sich ein Bisschen beruhigt	Aufgaben und Schule ist weniger problematisch=> Erfolg hängt viel damit zusammen, wie die Familie/das K mit schulischen Angelegenheiten fertig werden kann Das Ganze hat sich ein Bisschen beruhigt	
5	16	243	da habe ich das Gefühl, das hat für die Familie etwas gebracht, Eltern haben dann genügend Sicherheit, dass sie sagen, auch wenn es Schwierig wird, können wir jetzt damit umgehen	Eltern erlangen Sicherheit dass sie mit Schwierigkeiten umgehen können	
5	24	244	Dass Eltern Affekte der K ein Stück containen können und auch ansprechen können	Affekte containen & ansprechen	
5	25	245	Verhalten der K verstehen können	Verhalten verstehen	
5	25	246	Dann glaube ich, kann sich ganz viel in der Beziehung verbessern und können K durch Eltern lernen mit ihren eigenen Gefühlen ein Bissl besser umzugehen und das verbessert die Symptomatik ein Stück	• Verbesserung in der Beziehung • K lernen mit Gefühlen besser umzugehen => Symptomatik verbessert sich	
Nachteil der EB?					
5	25	247	Mir fällt keiner ein	Fällt kein Nachteil ein	R570 - EB fällt kein Nachteil ein, da Arbeit im Sinne des K R571 - Falls Nachteil, müsste EB diesen beheben
5	25	248	Wenn mir einer einfällt, würde ich es als meine Aufgabe sehen diesen Nachteil möglichst zu beheben	Würde den Nachteil beheben	
5	25	249	Meine Arbeit ist ja im Sinnes des Kindes, da könnte ich mir keinen Nachteil vorstellen	Arbeit im Sinne des K => kein Nachteil	
5	25	250	Das es lange dauert würde ich nicht als Nachteil sehen, natürlich das Medikament wirkt schneller	Lange Dauer ist kein Nachteil für das K - Eher ein Argument das von Eltern kommen kann	R572 - Lange Dauer ist kein Nachteil für das K – eher ein Argument, das von Eltern kommen kann Aber EB wird ja nur für K wirksam, wenn Eltern in EB gehen => schon gravierendes Argument!?
5	25	251	Das es das Argument von Eltern ist, das kommen kann glaube ich schon, aber ich glaube jetzt nicht, dass es ein Nachteil für das K ist		
5	25	252	Da sehe ich viel mehr die Chance, die sich durch die Beratung, oder die Veränderung die sich ergibt	Chancen auf Veränderung durch Beratung wiegen lange Dauer von EB wieder auf	

					R573 - Chancen auf Veränderung durch Beratung wiegen lange Dauer von EB wieder auf
5	26	253	Aus Sicht der Eltern spricht die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erziehungsverhalten gegen die EB	Gegen EB könnte die Auseinandersetzung mit eigenem Erziehungsverhalten sprechen	R574 - EB dauert zwar länger und ist (durch Auseinandersetzten mit eigenem Erziehungsverhalten) schwieriger – das soll aber nicht als Nachteil der EB gewertet werden
5	26	254	Für die Eltern viel einfacher ein Medikament zu geben, aber das würde ich nicht der EB als Nachteil anlasten	Dass EB nicht so rasch/einfach ist wie Medikation, soll nicht der EB als Nachteil angelastet werden	
5	26	255	Ein Nachteil wäre, wenn man glaubt mit EB alles heilen zu können und dabei vergisst doch PT für das K anzudenken, oder Medikation anzudenken	Nachteil wäre zu glauben mit EB könne alles geheilt werden Wichtig: auch PT/Medikation anzudenken	R575 - Nachteil wäre zu glauben mit EB könne alles geheilt werden R576 - EB erkennt eigene Grenzen und akzeptiert diese R577 - Wichtig: auch PT/Medikation anzudenken

Anhang 2

Zweiter Reduktionsschritt der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008)

ÜK1 – Charakterisierung der Erziehungsberaterinnen sowie der Rahmenbedingungen innerhalb welcher psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung angeboten wird
K1 - Praktische Erfahrung als psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterin
R1, R92, R461, R246, R341, R2, R247, R343, R465
Erziehungsberaterinnen weisen zwischen fünf und zwanzig Jahren Praxiserfahrung in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung nach Figdor (1998; 2000) auf
R10, R99, R251, R355, R473
Pro Beraterin kamen zwischen zwei und 50 Familien mit ADHS-Kindern
K2 - Rahmenbedingungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung
R342, R344, R462
Erziehungsberatung wird institutsgebunden oder in freier Praxis angeboten
R2, R8, R102, R247, R249, R465
Die Erziehungsberaterinnen arbeiten nach einem psychoanalytisch-pädagogischen Grundparadigma, gemäß der Setting-Vorgaben des Konzeptes nach Figdor (1998; 2000)
R345, R347, R348, R349
Um institutionsgebundene Erziehungsberatung zielführend anbieten zu können, braucht es passende Rahmenbedingungen sowie ein passendes Grundparadigma
R353, R354
In einem Ambulatorium mit medizinischem Grundparadigma wird psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung als Randgebiet gelebt
UK2 – Perspektiven der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen in Bezug auf ADHS sowie dessen Behandlung
K3 –Symptomverständnis der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen
R57
ADHS kann mehrere Ursachen haben
R392, R518
ADHS äußert sich in • motorischer und innerer Unruhe • Affekte können nur schwer gehalten werden • wenig haltgebenden Strukturen • keine Ich-Strukturen • gestörtes kindliches Spiel • emotionale Unreife • keine altersgemäße Konfliktlösung
R399
Folgen von ADHS: • hoher Leidensdruck bei Eltern • Hilflosigkeit • Isolation
R417, R422
Eltern beurteilen Symptome weniger störend als Kindergärten oder Schulen – fehlendes Problembewusstsein
R89, R90, R91
Zukunft der Kinder mit ADHS ist ungewiss, beruflich als auch familiär Das ist beängstigend für die Erziehungsberaterin
R149, R150, R151, R228
Das Symptom stützt die Psyche im Alltag und ist Ausdruck verschiedener, innerer Schwierigkeiten, gehört zum aktuellen Erleben/Verarbeiten des Kindes
R19, R67
Symptom spielt in der Familiendynamik eine bedeutende Rolle
R151
Wird das Symptom unterdrückt, kann der zu Grunde liegende Konflikt nicht gelöst werden
K4–Behandlungssituation und Behandlungsformen im Fall von ADHS
R208
Professionelle Fachgrenzen sind für Eltern oft unklar
R257, R311
Im Behandlungsverlauf fehlt es an einer kontinuierlichen Ansprechperson
R290
Erziehungsberaterin wünscht sich eine Koordination im Behandlungsverlauf von ADHS-Kindern
R291
Bedeutung der Intervention für das Kind muss mitberücksichtigt werden

R421
Einleiten einer Intervention oftmals durch Vorurteile innerhalb der Familie erschwert
R88, R129
Angst vor Erniedrigung, da Eltern oftmals schlechte Erfahrungen mit Fachleuten sammeln
R204
Eltern hoffen auf rasche Lösung
R205
Viele Angebote helfen nur teilweise, dann sind Eltern wieder auf sich gestellt
R206, R240, R241 des
Mit Eltern wird selten gearbeitet – es fehlt an Angeboten
R207
Eltern werden oft Fehlinformationen vermittelt
R510
Erziehungsberatung und parallel Kinderpsychotherapie
K5–Wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterinnen die Medikation von Kindern mit ADHS erleben und beurteilen
R520
Medikation und Erziehungsberatung
R410
So lange Medikation gut greift, haben die Beteiligten kein Problem
R39, R529
Erziehungsberaterin möchte wissen, ob das Kind Medikamente einnimmt oder nicht – eine andere weiß darüber nicht sicher bescheid
R120, R123, R405
Vorteil der Medikation für die Eltern • Entlastung • Rückgewinn an Sicherheit • Hoffnung auf Besserung • Verringerter Leidensdruck • Rückgewinn an Geduld • Verändertes Verhalten gegenüber dem Kind (dies kann Kind positiv beeinflussen)
R406, R521, R527, R528
Vorteil der Medikation für das Kind • Verbesserte Schulsituation • Kind kommt zur Ruhe • Kind kann Spielen
R38, R292
Fragliche Wirkung der Medikation auf die Psyche des Kindes • Verunsicherung • Angst • Identitätsfindung/Eigenwahrnehmung ist gestört, da Differenzierung zwischen eigenen und durch das Medikament erzeugte Eigenschaften erschwert ist
R38, R40, R117, R121
Wirkung der Medikamente wird different beschrieben (keine Wirkung, Verbesserung der Symptomatik, Persönlichkeitsveränderung, aufputschend, ermüdend)
R412, R413
Durch Medikation werden Eltern ihrem Anteil im Beziehungsgeschehen enthoben
R123
Greift Medikation nicht, kommt es auf Seiten der Eltern zu Wut, Frust & Hilflosigkeit
R414
Greift Medikation nicht, wird die Dosierung verändert
R284, R403, R519
Skepsis der Erziehungsberaterinnen gegenüber Medikation (vor allem bei weniger dringlichen Fällen) – fraglich ob manche Kinder wirklich Medikation brauchen
R285, R286, R404, R408, R409
Medikation soll nicht prinzipiell verneint werden → temporäre Medikation in massiven Problemfällen
R41, R42, R43, R118, R119
Nach Verschreibung der Medikation bleiben Familien sich selbst überlassen – Eltern/Kinder werden nicht langfristig begleitet
R45, R54
Druck zur Medikation von Seiten der Schule
R45, R115
Die meisten Kinder bekommen (ab früher Kindheit) Medikamente
R116, R401
Experimente mit der Medikation (Medikamententypen, Dosen)
R124, R402
Erziehungsberater können auf die Verordnung von Medikation keinen Einfluss nehmen

R402, R524
Medikation wird als primäres Hilfsangebot im Fall von ADHS angepriesen
R525
Neben Medikation werden kaum andere Interventionsmöglichkeiten angedacht
R44, R411
Erziehungsberaterinnen überlassen Medikation den zuständigen Professionellen
R44, R122, R193, R411
Ob das Medikament im Laufe der Erziehungsberatung abgesetzt wird oder nicht, wird von Erziehungsberaterinnen unterschiedlich gehandhabt
R522, R523
Medikation alleine genügt nicht
R40
Medikation macht langfristig keinen Sinn
R410
Erziehungsberaterin informiert sich über Medikation
R242
Erziehungsberaterin ist über große Zahl an Kindern, welche beim Hausarzt Medikamente verordnet bekommen, schockiert
K6 - Stellenwert der verschiedenen Behandlungsformen
R577
Es ist wichtig, dass in der Erziehungsberatung auch Psychotherapie oder Medikation angedacht werden
R288, R530
Es soll nicht Medikation alleine verordnet werden, sondern in Kombination mit Psychotherapie oder Elternarbeit
R53R189, R198, R407, R532
1. Erziehungsberatung 2. Psychotherapie 3. Medikation
R293, R328
Tiefenpsychologische Psychotherapieformen haben höheren Stellenwert als Verhaltenstherapie
R192
Medikation und Erziehungsberatung als Widerspruch zueinander
R329
Erziehungsberatung hat im Vergleich zur raschen Medikation keine Chance
R327
Erziehungsberatung als einzige Möglichkeit der langfristigen Veränderung
R191
Medizinische Behandlung dominiert abseits tiefenpsychologisch-orientierter Institutionen die Behandlung von Kindern mit ADHS
K7– Wie psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberaterinnen mit der Diagnose ADHS umgehen
R264, R479, R134
In EB waren Eltern, deren K eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen hatten
R140, R373
ADHS-Diagnose wird zumeist im Vorschulalter oder mit Schuleintritt gestellt
R17, R135, R266, R275, R371, R372, R373, R480
Die Diagnose ADHS wird gestellt von: • Kinder- und Jugendpsychiater • Psychologen • Hausärzten (In Kliniken, Ambulatorien und freien Praxen)
R271, R306, R307, R308
Erziehungsberaterin schenkt der Diagnose, welche in Kliniken/Ambulatorien gestellt wurden, mehr Vertrauen, als wenn Einzelpersonen die Diagnose stellen
R267, R481
Erziehungsberaterinnen wissen nicht genau wer die ADHS-Diagnose gestellt hat bevor die Familien zur Erziehungsberatung gekommen sind
R12, R15, R139
ADHS stellt für Erziehungsberaterinnen keine diagnostische Kategorie dar
R489
Nicht die Etikette, sondern der Ist-Zustand des Kindes ist für Erziehungsberaterinnen von Bedeutung
R13, R379, R484, R489
Es bedarf für EB keine ADHS-Diagnose um mit Eltern arbeiten zu können – Erziehungsberatung gehen unabhängig von der Diagnose in allen Fällen gleich vor
R142, R160, R273, R378, R487, R491
Die Diagnose bringt: • Erleichterung, Beruhigung, Sicherheit • Verhalten wird fassbar

• Entlastung von Schuldgefühlen • Kompetenz der Eltern wird nicht in Frage gestellt • Anteil der Eltern/der Beziehung wird nicht in Frage gestellt • Löst Eltern von Verantwortung • Eltern müssen sich nicht mit dem Problem auseinandersetzen
Durch die Diagnose können Eltern auf mehr Unterstützungsangebote zurückgreifen
R141, R143, R270, R272, R490
Skepsis der EB gegenüber der Diagnose ADHS • Diagnose lässt Psychodynamik aus • Blick auf die Beziehungsebene fehlt • Ideosynkratische Fallbetrachtung fehlt • Wenn Symptome nach Klassenwechsel nachlassen - dies spricht nicht für eine gehirnorganische Verursachung
R369, R488
Es ist fraglich • wie die Diagnose die Perspektive auf das Kind beeinflusst • was die Diagnose dem Kind bringen kann
R485
Vorteil der ADHS-Diagnose für die Erziehungsberatung, wenn es Eltern durch Diagnose leichter fällt auf das kindliche Verhalten hinzusehen
R114, R136
Es ist fraglich, ob sich Diagnostiker an die Diagnosekriterien halten
R137, R138
Diagnostische Abgrenzung zwischen ADHS und anderen Störungsbildern wird nicht klar gehandhabt
R141, R370, R380
In manchen Fällen kann die Diagnose ADHS, aus Sicht der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen, nicht bestätigt werden
R11
Der Verlauf von ADHS scheint für die Erziehungsberaterin nur schwer fassbar zu sein
R139
Es gibt die für ADHS typischen Symptome, diese sollen aber nicht pathologisiert werden
R375
Die Perspektive des Diagnostikers beeinflusst die Wahrnehmung von Verhalten und dessen Beurteilung
R16, R85
Die Bewertung der Symptome durch das Umfeld spielt bei der ADHS-Diagnostik eine bedeutende Rolle
R268, R376, R500
ADHS als Modediagnose im Wandel der Zeit
R274, R482, R483, R578
Impuls zur diagnostischen Abklärung geht oftmals nicht von den Eltern, sondern von Kindergärten oder Schulen aus
R14, R107
Diagnose als Legitimation für Medikation – wirkt Medikation nicht, war es kein ADHS
K8 – Einschätzungen der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen, warum die Diagnosestellung ADHS in den letzten Jahren zugenommen hat
R156
ADHS-typisches Verhalten nimmt tatsächlich zu
R22, R23, R383, R384
Erziehungsberaterinnen verzeichnen auch ein Ansteigen der ADHS-Diagnosen (vor allem im ländlichen Raum, urban scheint sie eher rückläufig)
R24, R279, R501
Pharmaindustrie wirkt auf die Zunahme der ADHS-Diagnose
R22, R161, R162, R163, R277, R387, R504
ADHS als Zeichen der Zeit • hohe Reizbelastung • Schnelllebigkeit • Stress • Gesteigerter Leistungsdruck (in der Schule) • Veränderte Rollenbilder von Buben • Veränderte Entwicklungsbedingungen der Kinder • Veränderte Familienstrukturen
R22, R157, R278, R505
Zunahme der Diagnose aufgrund von: • Zunehmende emotionale Unreife der Kinder • Zunehmende Affektive Probleme • Wenig Toleranz/Angst gegenüber/vor dem Anders-Sein • Kindliches Verhalten wird zunehmend pathologisiert

- Verhaltensweisen werden zunehmend weniger differenziert betrachtet
- Diagnose vor der Schuldfrage entlastet
- Diagnose ermöglicht Pädagogen konkretes Nachdenken über Handlungsmöglichkeiten

R502

Es ist fraglich, ob Kinder heute mehr Schwierigkeiten haben als früher, oder ob diese früher nicht aufgefallen sind

R164

Es liegt nicht an den vorwiegend weiblichen Betreuungspersonen in pädagogischen Einrichtungen – das war schon damals so

R158, R159

Verhalten ist anhand von Diagnosemanualen rasch kategorisierbar – allerdings sind diese Manuale sehr allgemein, sodass viele Verhaltensweisen ADHS subsummiert werden können

R386

Hausärzte vergeben Diagnose rasch

R385

Über Mundpropaganda werden Eltern auf die Existenz von ADHS aufmerksam, worauf hin die diagnostische Abklärung mit ihren Kindern folgt

K9 - Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen aber ohne einer gestellten Diagnose in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung

R84, R238, R336, R391, R474, R486

Es kommen oftmals Eltern von Kindern zur Erziehungsberatung, welche die für ADHS typischen Symptome zeigen, jedoch keine Diagnose gestellt bekommen haben

R235

Eltern kommen aufgrund der Probleme die sie haben, nicht wegen der Diagnose

R390

Quantitative Abgrenzung zwischen ADHS und Nicht-ADHS ist schwierig

R85, R152, R236, R237, R280, R338, R388

Theoretisch macht es keinen Unterschied für die Erziehungsberatung, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht – in der Praxis engt die Diagnose jedoch die Perspektive der Eltern, sowie die der Erziehungsberaterinnen auf das Kind oftmals ein (es fällt schwer etwas anderes zu denken)

K10 – Einflussmöglichkeiten der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen auf die Diagnosestellung im Fall von ADHS

R188, R381, R382

Es gibt keine Kooperation zwischen Erziehungsberaterinnen und Diagnostikern – Erziehungsberaterinnen können keinen Einfluss auf die Diagnosestellung ausüben, diese bleibt bei Kinderärzten oder Psychologen

K11 - Psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik im Zuge der Erziehungsberatung

R74, R296

Das Kind kommt nach fünf bis sechs Sitzungen der Eltern für eine Abklärung zur Erziehungsberatung

R145

Psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik dient nicht dem Fixieren von Krankheit, sondern dazu:

- den Eltern die Innenwelt des Kindes zu erklären,
- herauszufinden was Kind an neuen/veränderten Beziehungserfahrungen braucht,

mit dem Ziel herauszuarbeiten, was Eltern dann machen können

R147, R497, R498

Psychoanalytisch-pädagogische Diagnostik orientiert sich an der Fragestellung, die mit den Eltern erarbeitet wurde und geht folgendermaßen vor:

- gemeinsames Einfühlen und Verstehen des kindlichen Erlebens
- Einbezug der Informationen aus der Anamnese
- Hypothesen über die Schwierigkeiten bilden
- Testdiagnostik zur Hypothesenüberprüfung

R493, R494, R496, R499

Test- /Psychodiagnostik (wird nicht immer durchgeführt):

- CAD
- Verzauberte Familie
- Rorschach
- Sceno
- Mensch-Baum
- Rorschach
- Leistungstests (wenn erforderlich)

R181, R499

Zur Testdiagnostik kommt das Kind alleine, danach werden die Ergebnisse mit ihm und gesondert mit den Eltern besprochen

R492, R495

Bei jüngeren Kindern wird eine Spielbeobachtung durchgeführt

R148

Medikation verfälscht die Ergebnisse der Diagnostik

ÜK3- Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung

K12 - Charakterisierung der Familien bzw. der Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen - Vorgeschichten
R50, R56, R108, R283, R514
Obwohl sich ADHS im Vorschulalter manifestiert, haben die Kinder oft schon zuvor Probleme: • (Sprach-) Entwicklungsverzögerung • Auffälligkeiten/Verzögerung motorischer Entwicklung • Wahrnehmungsstörungen • gestörte Impulskontrolle • Affekte können nicht gehalten werden • aggressive Durchbrüche • Trennungsängste • Schlafstörungen
R108, R516,
Herzfehler, Epilepsie
K13 - Charakterisierung der Familien bzw. der Kinder mit ADHS, welche zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommen - Bedingungen der Kinder mit ADHS in Familie und Umfeld
R58, R109, R154, R155, R253, R254, R255, R323, R400, R506, R511, R514, R515
Im Fall von ADHS-Kindern finden sich oftmals ungünstige familiäre Entwicklungsbedingungen: • Verluste wichtiger Bezugspersonen (Trennung, Scheidung, Tod) • Wechselnde Bezugspersonen • Adoption • Frühkindliche Traumata • Schwierige Eltern-Kind-Beziehung • Abwesende Väter • Symbiotische Mutter-Kind-Beziehung • Wenig haltgebende Strukturen • Wenig affektiver Halt • Wenig Struktur im Familienalltag (z.B. rund um Nahrungsaufnahme) • Psychische Störungen der Eltern • Sucht bei Eltern • Verwahrlosung • Missbrauch • Körperliche Gewalt • Lebensbedrohliche Erkrankung von Bezugspersonen
R425, R426, R436
Eltern besuchen auch Psychotherapie → Hinweis auf tiefersitzende Problematik bei Eltern
R110
Unangemessene Schulsituation
R424, R509, R517, R551
• Eltern können schwer über sich nachdenken • Eltern können schwer auf das Kind eingehen • Dynamik zwischen Mutter und Kind ist instabil • Arbeit mit Mutter gestaltete sich schwierig, Beziehung zu Eltern kann schwer aufrecht erhalten werden • kaum gemeinsames Nachdenken über Probleme innerhalb der Familie
K14 – Gründe, welche Eltern von Kindern mit ADHS veranlassen, psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufzusuchen
R46, R478, R513
Eltern kommen wegen der Probleme, welche sich durch die ADHS-Betroffenheit des Kindes ergeben zur Erziehungsberatung (→ sie kommen nicht wegen der Diagnose, sondern aufgrund der Schwierigkeiten)
R128, R265
Eltern sind gegenüber der Diagnose ADHS skeptisch und kommen zur Erziehungsberatung, um eine andere Perspektive auf ADHS zu erlangen
R129
Eltern fühlen sich an anderer Stelle missverstanden und kommen daraufhin zur Erziehungsberatung
R126
Eltern suchen Erziehungsberatung dann auf, wenn die Medikation nicht erfolgreich verlaufen ist (Glaube an Medizin verloren)
R127
Eltern kommen zur Erziehungsberatung um eine zusätzliche Medikation für ihr Kind mit Epilepsie zu vermeiden
R55
Perspektive und Grundeinstellung beeinflussen Wahl der Behandlungsweise
K15 - Wie Eltern von Kindern mit ADHS auf das Angebot der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung aufmerksam werden
R47, R48, R49, R112, R125, R262, R263, R357, R358, R359, R469, R470, R477

Eltern kommen auf unterschiedlichen Wegen zur Erziehungsberatung: • Jugendamtszuweisung (vor allem bei institutioneller Erziehungsberatung) • Empfehlung: Schulen, Kindergärten, Kollegen der Erziehungsberatung, Klinik/Ambulatorium, Psychiater, Kinderärzte, Psychotherapeuten, Tagesheimbetreuung • Nicht viele Mediziner überweisen zur Erziehungsberatung • Eigeninitiative der Eltern (Internetrecherche) • Eltern werden zufällig auf das Angebot der EB aufmerksam (durch Vortrag, Recherche) • Eltern werden nicht nur direkt im Hinblick auf Erziehungsberatung zum Verein Q. überwiesen, sondern um sich dort einen Überblick über diverse Hilfsangebote verschaffen zu können
R239
Kinderpsychiatrien überweisen selten zur Kinderpsychotherapie oder Erziehungsberatung
K16 – Anzahl der Familien mit ADHS-Kindern in psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung
R100
Erziehungsberatung wird vorwiegend wegen anderer Problemlagen als ADHS in Anspruch genommen – Familien mit ADHS-Kindern sind vergleichsweise selten
R54, R312
Bei massiven Problemen ist schnelle Hilfe erwünscht
R415, R535
Vor allem EB in freier Praxis ist den Eltern oftmals nicht bekannt
R311
Für Eltern ist das Behandlungsangebot unübersichtlich
R54, R313, R315
Widerstand gegen die EB, da dabei die Eltern mit ihrer Rolle im Beziehungsgeschehen konfrontiert werden und nicht primär das Kind verändert werden soll
R315
Wenn Medikation den Leidensdruck senkt, bleiben weitere Behandlungsmaßnahmen oftmals aus
R314
EB wird neben Arzt- und Psychotherapieterminen vielleicht zu viel
R536
Tendenz bei Problemen zuerst zum Arzt zu gehen, statt zur EB – aus ärztlicher Schiene kommen Eltern dann kaum zur EB
K17 - Geschlecht und Alter der Kinder mit ADHS
R52, R101, R261, R356, R476
Es kommen deutlich mehr Eltern von Buben als von Mädchen mit ADHS zur EB
R50, R51, R101, R261, R364, R475
Kinder mit ADHS deren Eltern zur EB kommen sind vom Vorschulalter bis ins Jugendalter – ein Kind ist erst vier Jahre alt
K18 - Wer zur psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung kommt
R72, R131, R294, R295, R361, R471, R472
Obwohl die Anwesenheit der Väter in der Erziehungsberatung wichtig wäre, kommen zumeist (vor allem bei getrennten Paaren) nur die Mütter – wobei es schon auch Paare gibt, die gemeinsam regelmäßig zur EB kommen
R132
Für das Gelingen von Erziehungsberatung ist es sehr wichtig, dass beide Elternteile zur Beratung kommen
K19 - Dauer und Frequenz der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern
R7, R66, R97, R210, R366, R466
Dauer der EB mit Familien mit ADHS-Kindern beläuft sich auf ca. sechs Monate bis zu zwei Jahren – Erziehungsberatung als länger dauernder Prozess
R365
Dauer der EB im Ambulatorium ist an die Dauer der Kinderpsychotherapie gekoppelt
R6, R98, R368, R467
EB beginnt zumeist mit einer Frequenz von einmal wöchentlich oder 14tägig, wobei es im Verlauf zu einer Ausdehnung der Frequenz auf monatlich kommt
R6, R95, R368, R468
Frequenz wird an Bedürfnisse der Eltern angepasst
R418
Kontinuität mit der Eltern zur Erziehungsberatung kommen variiert
R549
Wenn sich der Leidensdruck etwas vermindert beenden Eltern die Erziehungsberatung
R96, R367, R579
Wenn nach Ende der EB erneut Probleme entstehen, können Eltern wieder zur EB kommen
K20 – Ziele, welche in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern verfolgt werden
R186, R456, R564
Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung zielt darauf ab: • dass sich Eltern in die Lage ihres Kindes hineinversetzen können • dass Eltern haltgebende Strukturen geben können

• dass Eltern ihre Kinder wieder mögen und positiv sehen können • Aufleben der Beziehung zwischen Eltern und Kind • soziale Integration der Familie • herausfinden was das Kind braucht, damit es sein Verhalten ändern kann • dass das Kind mehr aus sich herausgehen kann
R456, R575
Erziehungsberatung verfolgt viele Ziele, diese sind jedoch nicht gänzlich erfüllbar - mit Erziehungsberatung kann nicht alles geheilt werden
R179, R544
In der Erziehungsberatung wird daran gearbeitet, • dass Eltern die Situation des Kindes verstehen können, • dass die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu festigen, • dass Eltern die Symptome ein Stück weit aushalten können
K21 – Ablauf der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern
R175
Etablieren einer positiven Übertragung
R176, R429, R545
Erziehungsberaterinnen etablieren ein Arbeitsbündnis (wobei dies durch EB im Zwangskontext erschwert, oder durch hohen Leidens-druck besser etabliert werden kann)
R78, R173, R174, R220, R281, R298, R430, R433, R539
Aufklären über unbewusste Anteile des Seelenlebens: Eltern ein psychoanalytisches Symptomverständnis vermitteln • Gründe und Ursachen für die Symptomatik suchen (Hypothesen bilden), • Gemeinsames Verstehen dessen, was hinter den Symptomen verborgen liegt
R79, R301
Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen
R221, R222
Aufspüren von Ängsten und Phantasien und deren Wirkung auf das Kind Intuitives Wissen in Sprache heben
R298, R484, R539, R542
Erziehungsberatung versucht ein Bild der Familie zu erhalten: • Lebenssituation der Familie erfassen, • Schwierigkeiten und Konflikte ausmachen, • Sich in das Kind hineinversetzen um sein Verhalten besser zu verstehen, • Was ist für Eltern schwer auszuhalten, wie reagieren Eltern auf Verhalten des Kindes, • Umgang der Eltern mit dem Kind, • Wie Eltern Bedürfnisse des Kindes erfüllen können
R539
Mit Eltern gemeinsam eine Fragestellung erarbeiten
K22 – Umgang der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen mit Familien mit ADHS-Kindern
R548
Die Fälle sind sehr unterschiedlich
R203
Familien mit ADHS-Kindern unterscheiden sich in der Erziehungsberatung nicht von Familien, welche aufgrund anderer Probleme zur Beratung kommen
R389
Haben Eltern großen Leidensdruck, oder sind Eltern an anderen Methoden gescheitert ist es für die Erziehungsberaterin leichter, wenn Eltern sehr an der Diagnose haften ist es schwieriger
R431, R432, R543
Erziehungsberatung als Raum um über das Kind und sein Verhalten differenziert nachzudenken, das Verhalten zu beschreiben und in Sprache zu heben
R337, R539
Mit Eltern Vor- und Nachteile der Diagnose ADHS und der Medikation besprechen
R153, R177, R178
Gemeinsam mit den Eltern über bisherige (fehlgelaufene) Interventionen nachdenken
R180
Mit Eltern den Psychotherapieprozess ihres Kindes begleiten
R434, R540
Die Möglichkeit anderer/zusätzlicher Interventionen aufzeigen
R195
Mit Eltern daran arbeiten, dass sie nach Absetzen der Medikation, die Veränderungen des kindlichen Verhaltens aushalten können
R76, R179, R544
Vermittlung von konkret umsetzbaren Ideen: • Sonderpädagogische Methoden/Lernmöglichkeiten,

• Rituale erarbeiten, • Schulische Lösungen suchen
R179
Aufklärung über Aufgabenbereiche einzelner Professionen im Helfersystem
R179
In der Erziehungsberatung werden keine Ratschläge erteilt, vielmehr wird die Lösungsfindung der Eltern unterstützt
R435
Strikte Abgrenzung der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Psychotherapie – Fokus liegt beim Kind
R75
Förderung des Kindes im schulischen sowie außerschulischen Bereich
K23 - Pädagogische Geister in Familien mit ADHS-Kindern
R80, R438, R546
In Familien mit ADHS-Kindern existieren keine spezifischen pädagogischen Geister
R80, R183, R184, R185, R303, R438, R547
Allgemeine Fehlannahmen wie: • Wie kann man eine gute Mutter sein? • Rollenklischees in der Erziehung • Geister beziehen sich auf Problemlagen der Eltern und den daraus resultierenden Schuldgefühlen gegenüber dem Kind etc.
R182, R302, R437
Erziehungsberater müssen lange nachdenken um über pädagogische Geister dieser Familien Auskunft geben zu können
K24–Kooperationen mit anderen Professionalisten im Helfernetz
R31
Wahrung der Anonymität ist vorrangig → Einverständnis der Eltern
R166, R561
Kooperation mit anderen Professionellen ist eher selten
R560
Kooperation nur, wenn der Kooperationspartner jemand bekanntes ist
R34, R557, R558
Das Vereinswesen bietet bessere Rahmenbedingungen für Kooperation→ es findet mehr Kooperation mit anderen Professionellen statt
R29, R170, R444, R558
Finanzierung setzt der Kooperation Grenzen
R26, R30, R27
Kooperation in schwerwiegenden Fällen, da besteht auch bei der Erziehungsberaterin der explizite Wunsch
R36, R167, R561
Kooperation mit: • Schulen, • Kindergärten, • Ambulatorien, • Kollegen innerhalb der Erziehungsberatung
R31
Erfolg der Kooperation wird von Lehrerpersönlichkeiten sowie vom System Schule beeinflusst
R165, R309, R440, R442, R559
Kooperation mit Psychologen: • nur im Zuge der Überweisung, • um Redundanzen im Diagnoseprozess zu vermeiden, • Austausch über den Fall, • eigene Hypothesen bei der Psychotherapeuten bestätigen, • Synchronisation der Erziehungsberatungs- und Psychotherapietermine, • Vermittlung von Fällen zwischen Erziehungsberatung und Psychotherapie, • als Schutz vor Abbruch der Erziehungsberatung bei gut laufender Psychotherapie, • zur Absprache bezüglich der Medikation des Kindes
R441, R442, R446
Im Ambulatorium gibt es: • nur oberflächliche Fallbesprechungen, • kein tiefgründiges Nachdenken über die Familien, • Einfluss der Erziehungsberaterin ist minimal, • Kooperation mit externen Institutionen bleibt der Fallführung überlassen (→Erziehungsberaterin hat keine Möglichkeit zur Kooperation)
R32, R167, R169, R447
Ziele von Kooperation: • Gemeinsames Symptomverständnis, • Handlungsmöglichkeiten für Lehrer anzeigen, • Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie,

- Sicherung des Kindeswohls,
- positive Entwicklung anregen,
- in Erfahrung bringen, wie sich andere Professionelle mit dem Kind tun,
- um psychoanalytisch-pädagogische Sichtweise auf den Fall zu vertreten,
- um andere Professionelle über Dauer/Vorgehen des/im Erziehungsprozesses zu informieren (wobei Erziehungsberater dabei nicht von Kooperation spricht!)

R33

Vorteile der Vernetzung:
- mehr Information über den Fall,
- Aufgabenverteilung,
- zusätzliche Infos für Eltern,
- breitgefächertes Angebot für Eltern

R25, R526

Probleme bei Kooperationen:
- andere Professionelle verlassen ihren Standpunkt nicht,
- Schulen blocken Hilfe von extern ab

R310

Wenn Medikation abgesetzt wird, gibt es Kooperation mit zuständigen Professionellen

R32, R171, R172, R447, R563

In welcher Rolle sich Erziehungsberaterinnen im Zuge der Kooperation sehen:
- anderen Professionellen helfen,
- auf andere Berufsfelder einwirken,
- um psychoanalytisch-pädagogische Sichtweise auf den Fall zu vertreten,
- helfende Maßnahmen aufzeigen,
- Problemlösungen aufzeigen,
- Handlungsmöglichkeiten aufzeigen,

Erziehungsberaterin grenzt Informationsvermittlung von Kooperation ab

R168

Andere Professionelle erwarten von Erziehungsberatung schnelle Hilfe und Erleichterung

K25 – Schwierigkeiten und Problemlagen in der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern

R331, R332, R334, R389, R507, R554

Schwierigkeiten auf Seiten der Eltern:
- Arbeit mit Mutter gestaltete sich schwierig, Beziehung zu Eltern kann nur schwer aufrecht erhalten werden, da die Mutter den Rat der Erziehungsberaterin, die Schule zu wechseln, nicht annehmen möchte.
- Es ist schwierig Eltern zu davon zu überzeugen, dass allgemeine Ratschläge nicht für alle Kinder gleiche Geltung haben.
- Es ist schwierig Eltern zu überzeugen, dass die Diagnose noch nichts darüber aussagt, wie es sich mit ihrem Kind tatsächlich verhält.
- Es ist schwierig, wenn die Eltern zu sehr an der Diagnose ADHS haften.
- Wenn Eltern zu rasch das Gefühl bekommen, selber involviert zu sein.
- Wenn sich Eltern in gewissen Bereichen nicht von der Erziehungsberaterin überzeugen lassen.

R333

Diagnose ADHS erschwert es den Eltern anders auf das Kind hinzusehen

R170

Beratung von Familien mit ADHS-Kindern ist schwierig, die Situation für die Erziehungsberaterin nur schwer fassbar, ähnliches gilt auch für die Psychotherapie des Kindes

R83

Wenn andere Kooperationspartner nicht von der psychoanalytisch-pädagogischen Perspektive zu überzeugen sind

R81

Gegenübertragungstendenzen können Arbeit erschweren

R453

Wenn Druck der Eltern nach Hilfe so groß ist, dass Übertragung und Gegenübertragung die Erziehungsberaterin in die Lage der Eltern zwingen

450

Arbeit am Fall ist dann erschwert, da im Ambulatorium medizinisches Paradigma vorherrscht → Keine gemeinsame Kommunikationsebene mit anderen Professionellen
→ nur bedingte Einflussnahme der Erziehungsberaterin ist möglich

R234

Testdiagnostik ist erschwert, wenn das Kind von den vielfachen Diagnoseprozessen bereits gelangweilt ist

R234, R449

Die Erziehungsberatung ist erschwert, wenn die Diagnose bereits länger besteht
Die Erziehungsberatung ist erschwert, wenn das Kind Medikamente bekommt

R451

Ein Arbeitsbündnis ist dann schwer zu etablieren, wenn:

• Eltern nicht aus freien Stücken zur Beratung kommen. • Wenn Eltern das Problembewusstsein fehlt.
R452
Es ist schwierig Väter in die Beratung zu holen
R455
Im Vereinswesen konnten Erziehungsberater selber mehr handeln – Hilfe nur vom Schreibtisch aus, fällt schwer, macht ohnmächtig
R82
Es ist schwer mit einem Abbruch der Erziehungsberatung umzugehen – führt zu Gefühlen der Hilflosigkeit, Inkompetenz und Zorn auf Seite der Erziehungsberaterin
R190
Am Land ist die Versorgung mit tiefenpsychologisch-orientierten Angeboten schlechter
K26 - Abbruch der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung
R297, R319, R508, R555
1) Wenn Eltern das Kind nicht, wie in der Erziehungsberatung vorgeschlagen, in eine Kleinklasse geben wollen. 2) Abbruch der EB nach drei Monaten (wo es darum ging, dass die Mutter etwas verändert, dass das Kind zur Testdiagnostik kommt) Grund: neue Lebensumstände
R455
Massive Konfrontation der Eltern mit verdrängten Konflikten kann zum Abbruch der EB führen
R512, R533
Medikation senkt Leidensdruck→ Abbruch der Erziehungsberatung Psychotherapie als Konkurrenz der Erziehungsberatung → Abbruch der Erziehungsberatung sobald das Kind in Psychotherapie geht
K27 - Nachteile der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern
R570
Kein Nachteil, da die Arbeit im Sinne des Kindes ist
R571
Erziehungsberaterin würde Nachteile beheben
R87, R113, R318, R330, R572, R573, R574
Lange Dauer als Nachteil – wird unterschiedlich gewertet
R252, R330, R455
Massive Konfrontation (→Ängste, Schwierig für Eltern, Abbruch der EB)
R330, R233
Hoher finanzieller Aufwand
R233
Bereitschaft der Eltern entscheiden darüber ob das Kind Hilfe erfährt oder nicht
R202, R233
Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung ist ein örtlich begrenztes Angebot
R454
Es gibt keinen klaren Ratschläge/Handlungskonzepte
R86
Verunsicherung der Eltern durch viele Beteiligte im Helfersystem
UK4 – Zum Out-Come von psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung im Fall von Familien mit ADHS-Kindern
K28 – Welche Veränderungen durch psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung von Familien mit ADHS-Kindern induziert werden können
R457
Was Erziehungsberatung leisten kann, ist von der Persönlichkeitsstruktur der Eltern abhängig
R419, R458
Veränderung auf Seiten der Eltern: • Gestärktes Selbstbewusstsein • Gestärkte elterliche Ich-Strukturen • Mehr Selbstsicherheit • Eltern integrieren neue Sichtweisen
R71, R226, R565
Erleichterung und Hoffnung, da Probleme ausgesprochen werden können und vermittelt wird, dass es für Veränderung nicht zu spät ist
R423, R427
Entlastung für die Mutter, da sie erfährt, dass entgegen weitläufiger Klischees, nicht nur sie für Erziehung zuständig ist
R213, R214, R215, R226, R325, R458, R566, R568, R569
• Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern verändert sich • Die Eltern Können Affekte besser containen und ansprechen • Die Eltern nehmen ihren Anteil an der Beziehung zum Kind wahr
R216, R325, R420, R458, R568
Besseres Verständnis der Eltern für ihr Kind, für die Symptome, die Konfliktsituationen
R458

Eltern lernen über ihr Kind nachzudenken
R223
Eltern erlangen neue Einsichten (über Zusammenhänge)
R69, R324, R325, R458, R460
Andere Perspektive auf das Kind • Eltern nehmen ihr Kind anders/positiver wahr • Akzeptanz gegenüber Symptomen/Anderssein • Wiederentdeckung der Freude am Kind
R460
Aufbrechen rigider Vorstellungen über das Verhalten des Kindes und Anforderungen an das Kind
R212, R219, R459
Fokus hebt sich vom Kind: • Kind wird entlastet (kann sich verändern), • andere familiäre Themen können aufgegriffen werden
R217, R326
Veränderungen durch Erziehungsberatung bleiben langfristig erhalten
R70, R226
Eltern wissen, an wen sie sich bei Schwierigkeiten wenden können → sind nicht alleine/hilflos Eltern nutzen dies auch aktiv und kommen bei erneuten Schwierigkeiten wieder
R552
In der Erziehungsberatung werden Veränderungen eingeleitet
R550
Auch kleine Veränderungen werden von der Erziehungsberaterin positiv gewertet, sobald sie den Eltern etwas gebracht haben
K29 – Welche Prognosen, bezogen auf die ADHS-Symptomatik des Kindes, aufgrund psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung erwartet werden können
R531
Vor allem junge Kinder können von Erziehungsberatung profitieren
R227, R461, R462, R463,
Prognose: • Kind muss Symptome nicht mehr zeigen, • Eltern können das kindliche Verhalten besser aushalten, • Entlastung der Eltern und der Schulsituation
R566, R569
Symptome können ein Stück weit entfallen
R68
Durch die EB wird der zugrundeliegende Konflikt entschärft → Kind muss die Symptome nicht mehr zeigen
R67, R211
Fällt ADHS innerhalb der Familiendynamik weg, kommt es zu anderen Schwierigkeiten oder Bildung anderer Symptome
R60, R61, R62, R63, R64, R553
Die Prognose der EB ist nicht nur von der Kompetenz des Erziehungsberaters, sondern auch von äußeren Faktoren abhängig: Gute Prognose wenn: • Eltern gut reflektieren können • Symptom noch nicht verfestigt ist • Wenn das Schulsystem stützt Schlechte Prognose bei: • Familiäre Gewalt • Alkoholismus • Adoptiv- Pflegefamilien • Rigidem und unkooperativen Schulsystem • Bei Zwischenfällen
R65
Unpassende Umstände verlängern die Dauer der Erziehungsberatung
ÜK5 - Wünsche der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen
K30 – Anmerkungen/Wünsche der psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen
R243, R245, R339, R456
Erziehungsberaterinnen wünschen sich: • Bessere Aufklärung bezüglich Diagnose und Medikation • Keine einseitige Information • Ein spezielles Konzept für Erziehungsberatung für Familien mit ADHS-Kindern • Einen anderen als den medizinischen Zugang zu ADHS • Aufklärung der Lehrer über Hilfsangebote
R20
Medizinische Forschung ist mit besseren Geldmitteln ausgestattet

Zusammenfassung

In den letzten Jahren fallen immer mehr Kinder und Jugendliche durch Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite auf. Dies führt zu einer Zunahme der Diagnosestellung „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom“ (ADHS). Den Diskurs um eine Erklärung für das Zustandekommen dieses Verhaltenssyndroms dominiert der medizinisch-biologische Ansatz, in dem eine gehirnorganische Funktionsstörung als ursächlich betrachtet wird. Diesem Erklärungsmodell entsprechend, werden zur Behandlung Psychopharmaka eingesetzt, welche das neurobiologische Ungleichgewicht ausgleichen sollen. Hinsichtlich weiterer Interventionen werden primär verhaltenstherapeutische Ansätze in Erwägung gezogen. In der vorliegenden Arbeit wird demgegenüber eine pädagogische, genauer, eine psychoanalytisch-pädagogische Intervention im Fall von ADHS in den Blick genommen: psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung nach dem Wiener Konzept von Helmut Figdor. Dabei werden die kindlichen Symptome weniger als neurobiologisch verursacht gesehen, denn vielmehr als Manifestation unbewusster Konflikte.

Anhand von Experteninterviews mit psychoanalytisch-pädagogischen Erziehungsberaterinnen wird der Frage nachgegangen, welche Erfahrungen die Beraterinnen in der Beratung von Familien mit ADHS-Kindern erlangen konnten.

Die Auswertung der Daten zeigt, dass durch die Beratung vielfältige Veränderungen im familiären Kontext angestoßen werden, welche zu einer Verbesserung bis hin zum Verschwinden der kindlichen Symptomatik führen können. Des Weiteren zeigen sich in der Beratung dieser Familien folgende Spezifika: Einerseits beeinflusst das Vorhandensein der medizinisch-psychiatrischen Diagnose ADHS die Wahrnehmung des Falles durch die Erziehungsberaterinnen, andererseits kommt es aufgrund des großen Leidensdrucks auf Seiten der Eltern zu Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen, welche, sofern sie unreflektiert bleiben, den Beratungsprozess gefährden können. Auch zeigt sich, dass nur wenige Familien mit ADHS-Kindern die psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung aufsuchen, sodass zu fragen bleibt, wie der Bekanntheitsgrad dieses psychoanalytisch-pädagogischen Interventionsangebots gesteigert werden könnte.

Abstract

In the last couple of years, the number of children and adolescents displaying certain behavioral problems which are marked by hyperactivity, impetuousness and attention deficit has risen significantly. As a result the number of diagnosis where "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" (ADHD) is attested has increased. The public discourse about the cause of these behavioral problems is dominated by the bio-medical perspective. According to this approach a disturbance in brain function is responsible for this behavioral disorder. Corresponding to this line of explanation, the treatment consists of psychotropic drugs or behavioral therapy. In contrast to this approach, a pedagogical, more specific a psychoanalytic-pedagogical intervention in case of ADHD is drawn into focus within the current study: Psychoanalytic pedagogical counseling of parenting after the Viennese concept primarily developed by Helmut Figdor. Thereby the behavioral traits are not interpreted as a result of inadequate brain function but as a manifestation of unconscious conflicts.

Based on five interviews led with psychoanalytic pedagogical counselors, the aim of this study is to answer the following question: What are the experiences of psychoanalytic-pedagogical counselors working with parents of children diagnoses with ADHD?

The analysis of the data shows that due to the counseling various changes within the family context can be induced. These can lead to an improvement or even an elimination of the behavioral symptoms. Furthermore, some specifics in the counseling of families with children diagnosed with ADHD could be found: First, the presence of the psychiatric diagnosis ADHD influences the counselor's perception of the case or the family. Secondly, counselors are confronted with strong transference and countertransference tendencies because of the high level of suffering within the family. If the counselor is not aware of these tendencies, they can jeopardize the process of counseling. In addition to these findings the data show that only few families with children showing ADHD symptoms consult psychoanalytic pedagogical counseling of parenting. Thus the question arises how the publicity of this specific psychoanalytic pedagogic intervention could be increased.

Lebenslauf – Denise Viktoria Hebesberger

Kontakt

Mob.Tel.: 0043 (0) 650 520 21 92
Mail: a0404299@unet.univie.ac.at

Geboren am 18.10.1984 in Kirchdorf an der Krems

Schulische Ausbildung

1991 – 1995	Volksschule Micheldorf
1995 – 1999	Bundesrealgymnasium in Kirchdorf an der Krems
1999 – 2003	Bundesoberstufenrealgymnasium in Kirchdorf an der Krems

Studium an der Universität Wien

2004 – 2005	Publizistik und Kommunikationswissenschaft
2004 – 2012	Diplomstudium Pädagogik (Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik, Heil- und integrative Pädagogik)
seit 2005	Diplomstudium Biologie (Schwerpunkt Zoologie, Neurobiologie)

Zusatzqualifikationen

Fremdsprache:	Cambridge First Certificate (Grade A)
Universitär:	Teilnahme an der FRONTER-Schulung Step@nline Einführung in den Umgang mit der Studierendenplattform „Lerndorf“

Laufende Ausbildung

Ausbildung zur Voltigiertherapeutin über das Kuratorium für Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren Österreich

Wissenschaftliche Praktika

September 2007
Zweiwöchiges Forschungspraktikum am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt/Main unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Schwerpunkte: ADHS Präventionsstudie, Psychotherapieforschung (Depression)

Herbst 2007 – 2008
Mitarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien im Projekt „Die Entwicklung der Beziehung von Mutter und Baby“ unter der Leitung von Frau Dr. Kornelia Steinhardt
Tätigkeitsbereich: Digitalisieren von aufgenommenen Untersuchungsvideos

Sommersemester 2008, Wintersemester 2008/2009 & Sommersemester 2010
Arbeit als Tutorin am Institut für Bildungswissenschaft in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Christa-Monika Reisinger, M.Ed.
Tätigkeitsbereiche: Administrative Arbeiten, Abhalten von Vorträgen, Betreuung der StudentInnen uvm.

August und Oktober 2008

Sechswöchige Mitarbeit an der Universitätsklinik für Neurologie an der Medizinischen Universität Wien Studie zum Thema Neuro-Feedback-Training unter der Leitung von Frau Dr. Doris Moser
Tätigkeitsbereiche: Setzen und Abnehmen von EEGs, Betreuung der ProbandInnen, Dateneingabe

Sommersemester 2009

Arbeit als Tutorin am Institut für Bildungswissenschaft in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Kornelia Steinhardt
Tätigkeitsbereiche: Konzeption und Verwaltung der e-learning Plattform Fronter

Juni 2009

Mitarbeit bei der Studie „Gesund mit Hund" in Kooperation mit der Universität Rostock unter der Leitung von Frau Dr. Andrea Beetz und Prof. Kurt Kotrschal
Tätigkeitsbereiche: Mithilfe bei der Durchführung des Trier Stresstests bei Volksschulkindern, Vorbereitung der Untersuchungsräumlichkeiten, Betreuung der teilnehmenden Kinder

Berufliche Tätigkeiten im pädagogischen Bereich

Seit Jänner 2012

Voltigiertherapeutin in Ausbildung bei „Mit Pferden stärken"

Jänner 2011-Jänner 2012

Assistentin der freizeitpädagogischen Parkbetreuung des Wiener Familienbundes

Mai bis September 2010 sowie Mai bis September 2011

Pädagogische Parkbetreuung für Kinder und Jugendliche über den Wiener Familienbund.

Oktober 2010 bis Juni 2011

Lernhilfebetreuerin über die Fa. „Interface" an einer Volksschule im 10. Wiener Gemeindebezirk

Praktika im Bereich Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

Sommer 2005

dreiwöchiges Praktikum am Schottenhof bei Wien
Schwerpunkt: Heilpädagogisches und integratives Reiten

Sommer 2005 und 2006

insgesamt siebenwöchiges Praktikum auf der „Lucky-Horse Ranch" in Oberösterreich
Schwerpunkt: Spielpädagogisches Reiten

Sommer 2007

Mitbetreuung einer Kinderwoche beim Verein „e.motion" in Wien
Schwerpunkt: Equotherapie

Wintersemester 11/12:

Begleitpraktikum beim Verein „e.motion" in Wien
Schwerpunkt: Equotherapie

ꕥ Wien, April 2012 ꕥ