

Eurythmietherapie bei Kindern mit ADHS-Symptomen

Kurzbericht über eine Pilotstudie bei Kindern zwischen 5 und 7 Jahren

Forschungsinstitut BEWEMED

Schweizergasse 6
CH-8001 Zürich

<https://www.bewegungspraxis.ch>

Herbst 2022

Autoren:

Herbert Langmair & Heinrich Zwicky

Abstract Zusammenfassung

In einer Pilotstudie wurde bei fünf Kinder im Alter zwischen 5 und 7 Jahren mit ADHS-Symptomen untersucht, wie die Kinder selber und die direkt beteiligten Erwachsenen (Eltern, Lehrkräfte) sich für eine Eurythmietherapie entscheiden und wie sie die Ergebnisse dieser Therapie beurteilen. Dabei wurde eine qualitative Methode eingesetzt (Leitfadeninterviews), bei der in einem offenen Gespräch ein Austausch zu den gestellten Fragen stattfindet. Die Gespräche wurden aufgenommen und dann im Wortlaut transkribiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die beteiligten Erwachsenen ADHS-Symptome bei den untersuchten Kindern sowohl im schulischen Kontext als auch in der Familie zu Beginn der Therapie typische ADHS-Symptome wahrnehmen, die vor allem soziale und in geringerem Masse auch schulische Probleme auslösen. Die Bilanz der Eurythmietherapie wird von allen Befragten positiv beurteilt, auch wenn sich bei einzelnen Kindern im Verlauf der Therapie gewisse Motivationsprobleme zeigen. Die Eurythmietherapie trägt nachweislich zu einer Verbesserung der Körperkompetenzen bei, die auch zu einer Verbesserung der sozialen Beziehungen der Kinder führt. Allerdings können diesbezüglich nur erste Schritte festgestellt werden, die untersuchten Eurythmieperioden (in der Regel ein Schulsemester) scheinen zu kurz zu sein um grössere und nachhaltige Verbesserungen zu erreichen. Entsprechend verschwinden die ADHS-Symptome bei den untersuchten Kindern auch nicht vollständig, sondern werden in der Regel abgeschwächt und die Kindern (und teilweise auch die Erwachsenen in ihrem Umfeld) lernen, besser damit umzugehen.

Die Ergebnisse der Pilotstudie legen es nahe, die Forschung auf andere Altersgruppen, auf Mädchen auf und andere schulische Kontexte auszudehnen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung, Ausgangslage und Fragestellung	S.4
2. Fallauswahl und Erhebungsmethode	S. 6
3. Fallzusammenfassungen/ENTFERND - Datenschutz	S. 8
4. Ausgewählte Themenfelder im Fallvergleich	S. 17
a. Alter, Schulsituation und ADHS-Diagnose	S. 17
b. Familiärer Kontext	S. 20
c. Therapieentscheid	S. 21
d. Therapieverlauf	S. 23
e. Wirkungsmechanismen	S. 24
5. Typisierung der Fälle	S. 27
6. Folgerungen Ausblick	S. 29
Literaturhinweise	S. 31
Anhang 1:	
Leitfaden Elterninterview zu Beginn der Therapieperiode	S. 32
Anhang 2:	
Leitfaden Lehrkraftinterview am Ende der Therapieperiode	S. 36

1. Einleitung, Ausgangslage und Fragestellung

Seit vielen Jahren sind Pädagog*innen, Eltern und Familienangehörige mit Problemen fehlender Aufmerksamkeit, Ungeduld und Hyperaktivität bei Kindern konfrontiert, das Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsdefizit (ADHS) ist in aller Munde.



Internetquelle: brain4kids.de (heruntergeladen am 23.9.22)

In der Tradition der medizinischer Forschung sind auch unterschiedlich differenzierte Diagnostikinstrumentarien entwickelt worden, die es auf der Basis quantitativer Vorgaben ermöglichen sollen, eine entsprechende Störung zu identifizieren (vgl. insbesondere Döpfner et al. 2006 sowie Döpfner et al. 2009, Collins et al. 2011). Allerdings stellt sich inhaltlich die Frage, was durch eine solche Diagnose auf der Basis eines standardisierten Durchschnittswertes gewonnen ist, ausser dass ein unterschiedlich dringlicher Therapiebedarf festgestellt werden kann. Wenig trägt eine solche Diagnose dazu bei, mehr über die Ursachen des ADHS-Syndroms zu erfahren, die in aller Regel nicht nur beim diagnostizierten Kind, sondern auch in seinem sozialen Umfeld liegen, seien das die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen Kinder heute aufwachsen, die familiäre Situation oder die schulischen Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen.

In breiten Kreisen wird heute die Meinung vertreten, dass auf die ADHS-Problematik nicht einfach mit dem klassisch medizinischen – und in der Schweiz besonders verbreiteten – Griff zu einem Medikament (Ritalin) reagiert werden sollte (vgl. u.a. Hehli 2022 sowie Schweizer Elternmagazin (Fritz + Fränzi), ADHS-Serie 2015/16). Auch der bekannte

Schweizer Entwicklungspsychologie Remo Largo (Largo & Beglinger, 2009, S. 129), der uns zu Lebzeiten noch zur Durchführung dieses Pilotprojektes ermuntert hat, weist in seinem Bestseller «Schülerjahre» auf die multifaktorielle Verursachung von ADHD (Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder) hin (also das Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialer Faktoren) und, dass sowohl in Deutschland (S. 124) als auch in der Schweiz viel zu häufig Ritalin verschrieben wird (S. 129):

Doch längst nicht alle Kinder, denen ein ADHD zugeschrieben wird, erfüllen die entsprechenden medizinischen Kriterien. Ich gehe davon aus, dass nicht mehr als 1% aller Schulkinder wirklich an einem ADHD leiden

Im Kontext dieser Diskussion beschreibt dieser Kurzbericht ein Pilotprojekt, in dem das Potential von Eurythmietherapien als einer möglichen Alternative zur Verschreibung von Ritalin untersucht wird, und bei dem an Einzelfällen vertieft analysiert wird, wie diese alternative Therapieform konkret eingesetzt werden kann und welche Auswirkungen sie bei den Kindern und ihrem Umfeld hat. Mittels qualitativen Interviews werden vertiefte Informationen über die Wahrnehmung der Kinder selbst, ihrer Eltern, der Lehrkräfte sowie der Therapieperson erhoben. Diese wissenschaftliche Vorgehensweise unterscheidet sich bewusst von dem in der medizinischen Forschung dominierenden Wissenschaftsverständnis, das auf klaren messbaren Grössen, grossen Fallzahlen und sogenannten «randomisierten Forschungsdesigns» beruht und versteht sich als Beitrag einer «cognitive based medicine» (vgl. ausführlicher Kiene 2001).

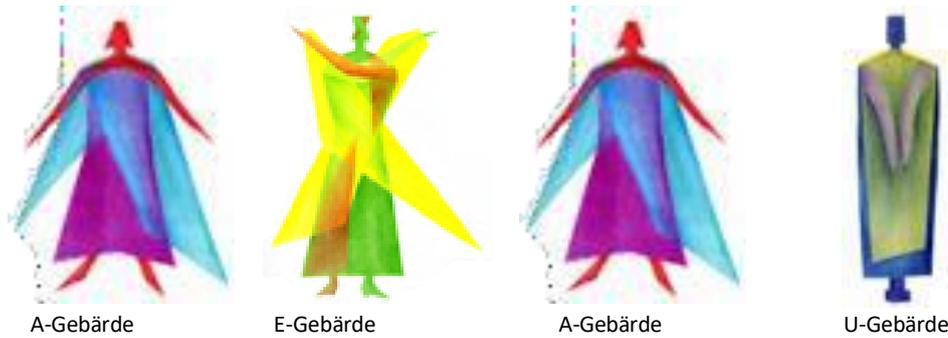
Dabei ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass ausserhalb der medizinischen Forschung, insbesondere in den Sozialwissenschaften, solche «kognitiv-basierten» Methoden schon länger eine grössere Akzeptanz aufweisen und heute als gleichberechtigte Vorgehensweisen neben quantitativ orientierter Sozialforschung anerkannt sind (vgl. unter anderem Flick 2009 oder Mayring 2010).

In der Versorgungsrealität von Eurythmietherapie-Praxen wird versucht, die ADHS-Problematik eines Kindes ganzheitlich und körperbezogen anzugehen (zur Vertiefung vgl. Keller 2001 oder Hamre et al. 2010).

Im Rahmen der detaillierten Beschreibung eines auch in diesem Kurzbericht der Gesamtstudie enthaltenen Falles beschreiben Langmair & Gerlach (2023, S.3) die angewandte Eurythmietherapiemethode EYT wie folgt:

Die EYT ist eine Therapieform, welche neben den körperlichen Aspekten auch noch mit anderen Elementen arbeitet. Es kommen, neben einem beziehungsfördernden Ansatz, harmonisierende Aspekte durch den gezielten Einsatz von den energetischen Kraftfeldern der EYT, den Lautgebärden und vor allem im Vorschulalter und frühen Schulalter durch die Bildung der Phantasiekräfte, z.B. durch eine Phantasiereise, dazu.

Als Bein-Vokale wurden gesprungen:



In den Eurythmietherapien der Pilotstudie besonders häufig eingesetzte Sprungsequenzen (Quelle: Langmair 2022)

2. Fallauswahl und Erhebungsmethode

Die untersuchten Fälle ergaben sich aufgrund von Eurythmietherapien bei beteiligten Therapiepersonen, die in der Schweiz an Steinerschulen tätig sind. Gemäss den ethischen Richtlinien der medizinischen Forschung wurde bei den Eltern vor dem ersten Interview eine Einverständniserklärung für eine wissenschaftliche Analyse der anfallenden Daten in anonymisierter Form eingeholt und auch sichergestellt, dass die Eltern die grundsätzliche Bereitschaft des Kindes abgeklärt hatten.

Bei der Pilotstudie handelt es sich um eine qualitative Evaluationsstudie (vgl. auch Kuchartz et al., 2008), bei der Hypothesen nicht getestet, sondern auf der Basis der vier untersuchten Einzelfälle entwickelt werden. Dabei werden auch relevante Beobachtungsgrössen (Variablen) herausgearbeitet, die dann in einer quantitativen Nachfolgestudie mit vertretbarem Aufwand für eine grössere Zahl von Fällen (Therapiesequenzen) erhoben und dann im Sinne eines Hypothesentests auch überprüft werden könnten (vgl. unter anderem die Übersicht zu verschiedenen Mixed-Methods-Designs bei Flick 2009, S.233).

Die **Datenerhebung** geschah mittels Leitfadeninterviews (vgl. unter anderem Flick 2009, S.113) mit den wichtigsten im Therapieprozess relevanten Akteuren (Kinder, Lehrkräfte, Eltern). Die Interviews wurden gemäss den Regeln der qualitativen Sozialforschung aufgenommen und anschliessend wörtlich transkribiert. Die Befragungsleitfaden für sämtliche Interviews sind bei einem ersten Fall im Jahre 2018 getestet und in der Folge geringfügig angepasst worden.

In den beiden Anhängen zu diesem Kurzbericht ist einerseits der Leitfaden für das Interview mit den Eltern vor Beginn der Therapieperiode (Anhang 1) dokumentiert, andererseits der Leitfaden für das Interview mit den Lehrkräften (Anhang 2).

Bei den Erstinterviews mit den Kindern (vor Beginn der Heileurythmie) wurde mit einer graphischen Hilfe gearbeitet, indem die Kinder entweder vor den Interviews entweder eine Zeichnung von der Schule und der Familie machten oder aber, dass Familien und Klassenfotos verwendet wurden, die dann im Gespräch thematisiert werden konnten.



Zeichnung eines Kindes aus der Pilotstudie von seiner Schule

Die **Datenauswertung** beinhaltet eine qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Interviewtexte (vgl. ausführlicher Mayring 2010), in der Gemeinsamkeiten und Unterschiede einerseits zwischen den vier Pilotfällen, andererseits bei jedem Pilotfall zwischen den verschiedenen Interviewpartnern bzw. dem Zeitpunkt des Interviews (mindestens jeweils vor Beginn und nach Beendigung der Therapiesequenz) herausgearbeitet werden und so dann auch der Grundfrage nach den Auswirkungen der Eurythmietherapie nachgegangen werden kann.

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die 5 Fälle, die in der Pilotstudie zwischen 2018 und 2022 untersucht und wissenschaftlich begleitet wurden. Die 5 Fälle wurden allen im Kontext von Steinerschulen in der Schweiz (RSS Wetzikon, RSS Sihlau) von zwei verschiedenen Eurythmietherapeut*innen betreut. Eine Besonderheit ist auch, dass es sich bei den Fällen 3 und 5 um das gleiche Kind handelt, für das zu zwei Therapieperioden eine wissenschaftliche Begleitung durchgeführt wurde.

Tabelle 1: Übersicht über die 5 Fälle der Pilotstudie

	Fallidentifikation	Alter des Kindes	Schulischer Kontext	Interviewzeitpunkte (je Kind, Eltern, Lehrkraft)	Therapieperiode
Fall 1	M.	6	RSS Wetzikon	3 (auch in Mitte der Therapie)	Jan. 18 – April 18
Fall 2	G.	6	RSS Wetzikon	2	Jan. 20 – Juni 20
Fall 3	A./1. Therapiesequenz	5	RSS Wetzikon	2	Jan. 21 – Mai. 21
Fall 4	L.	7	RSS Sihlau	2	Sept. 21 – Febr. 22
Fall 5	A./2. Therapiesequenz	6	RSS Wetzikon	3 (Lehrkraft, Mutter) bzw. 2 (Kind)	Jan. 22 – Juni 22

3. Fallzusammenfassungen

Die nachfolgenden Fallzusammenfassungen geben einen vertieften Einblick in Fragen und Feststellungen, die sich unmittelbar nach der Auswertung des Datenmaterials nach Abschluss der entsprechenden Therapieperiode ergaben. Sie enthalten noch keine Querbezüge zwischen den Fällen. Diese werden erst im Rahmen des nachfolgenden Kapitels 4 herausgearbeitet.

Die anonymisierten Zusammenfassungen sind in einer schriftlichen Version bei der BEWEMED GMBH anzufragen: bewegungspraxis@web.de

Therapiesetting mit einer halbstündigen Therapieeinheit pro Woche während – und als Abwechslung zu – dem Unterricht in der Gesamtklasse scheint sich aber bewährt zu haben. Auf eine Einstiegsphase mit konzentrierter Therapie (häufiger, längere Einheiten) wurde verzichtet, wobei nicht beurteilt werden kann, ob das positive oder negative Effekt hatte.



Stockkampf als Möglichkeit, Selbstvertrauen, Sicherheit und Geschicklichkeit zu erfahren

4. Ausgewählten Themenfelder im Fallvergleich

a. Alter, Schulsituation und ADHS-Diagnose

Die in dieser Pilotstudie untersuchten fünf Fälle (vier Kinder) besuchen alle eine Rudolf Steiner- Schule in der Schweiz (Wetzikon und Adliswil). Dadurch bewegen sie sich in einem Kontext, in dem die Eurythmie als Therapiemethode grundsätzlich eine hohe Akzeptanz aufweisen. Das Alter der Kinder (5-7 Jahre) liegt in einem engen Bereich, alle werden entweder im Kindergarten oder in der 1. Klasse beschult. Im Folgenden soll etwas genauer auf die ADHS-Diagnosen zu Beginn und am Ende der jeweiligen Therapieperioden eingegangen werden.

Tabelle 2 vergleicht die Einstufung von Eltern und Lehrkräften auf den drei Hauptdimensionen eines Screening- Bogens nach Döpfer, Lehmkuhl & Steinhausen (2006) jeweils zu Beginn und am Ende der Therapieperiode. Dabei bezieht sich die Beurteilung der Eltern auf die Situation zuhause, jene der Lehrkräfte auf die Situation in der Schule bzw. im Kindergarten.

Aus der nachfolgenden Tabelle 2a ist ersichtlich, dass zu Beginn der Therapieperiode in Bezug auf alle drei Hauptdimensionen von ADHS fast ausschliesslich die beiden höchsten Ausprägungsstufen (weitgehend oder besonders) angegeben wurden. Es fällt auch auf, dass vor allem in Bezug auf die Dimension „Unruhe“ die Einstufung durch die Lehrkräfte (in 4 von 5 Fällen) höher ist als die Einstufung durch die Eltern.

Tabelle 2a:
ADHS-Diagnose von Eltern (E) und Lehrkräften (L) zu Beginn der Therapieperiode im Vergleich
Zu Beginn der Therapieperiode

Untersuchungs- fälle	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5
Hauptdimensi- onen von ADHS	M.	G.	A. (2021)	L.	A. (2022)
nach Döpfner, Lemkuhl & Stein- hausen (2006)					
Unruhe	weitgehend (E) besonders (L)	ein wenig (E) besonders (L)	weitgehend (E) besonders (L)	weitgehend (E) weitgehend (L)	weitgehend (E) besonders (L)
Impulsivität	weitgehend (E) weitgehend (L)	besonders (E) besonders (L)	weitgehend (E) besonders (L)	ein wenig (E) weitgehend (L)	besonders (E) besonders (L)
Unaufmerk- samkeit	weitgehend (E) weitgehend (L)	weitgehend (E) besonders (L)	weitgehend (E) besonders (L)	ein wenig (E) ein wenig/weit- gehend (L)	besonders (E) besonders (L)

Ausprägungsstufen von ADHS:

1. gar nicht
2. ein wenig
3. weitgehend
4. besonders

In Tabelle 2b sind die entsprechenden Einstufungen am Ende der Eurythmietherapie aufgeführt. Nach wie vor dominieren hier die beiden höchsten Ausprägungen (weitgehend oder besonders). Farblich gekennzeichnet sind in dieser Tabelle die Veränderungen im Vergleich zum Beginn der Therapieperiode. Dabei bedeutet die Farbe rot, dass die entsprechende Ausprägung höher (bzw. stärker) ist als zu Beginn der Therapie. Entsprechend sind mit der Farbe grün die Einstufungen gekennzeichnet, die tiefer sind als beim Therapiebeginn, also die Dimensionen, bei denen die ADHS-Problematik zurückgegangen ist. Insgesamt zeigt sich daraus, dass bei den letzten beiden Fällen die ADHS-Problematik erkennbar reduziert worden ist, bei den ersten drei Fällen nicht.

Tabelle 2b:

**ADHS-Diagnose von Eltern (E) und Lehrkräften (L) am Ende der Therapieperiode im Vergleich
Am Ende der Therapieperiode**

Untersuchungs- fälle	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5
Hauptdimensi- onen von ADHS	M.	G.	A. (2021)	L.	A. (2022)
nach Döpfner, Lemkuhl & Stein- hausen (2006)					
Unruhe	weitgehend (E) besonders (L)	<i>weitgehend</i> (E) besonders (L)	weitgehend (E) besonders (L)	ein wenig (E) ein wenig (L)	weitgehend (E) besonders (L)
Impulsivität	weitgehend (E) <i>besonders</i> (L)	weitgehend/be- sonders (E) besonders (L)	<i>besonders</i> (E) besonders (L)	gar nicht (E) weitgehend (L)	besonders (E) besonders (L)
Unaufmerk- samkeit	weitgehend (E) <i>besonders</i> (L)	<i>besonders</i> (E) weitgehend (L)	weitgehend (E) weitgehend (L)	gar nicht (E) ein wenig (L)	besonders (E) weitgehend (L)

Die Analyse der ADHS- Einstufung auf den drei Hauptdimensionen gemäss Kurzbogen ergibt im Wesentlichen also folgendes Bild:

- 1.) Die Beurteilung der ADHS-Problematik von Lehrkräften und Eltern ist relativ gross. Mehrheitlich machen sie die gleiche Einstufung, bei Abweichungen betrifft diese in den allermeisten Fällen nur eine Ausprägungsstufe.
- 2.) Bei allen Fällen sind die drei Hauptdimensionen der ADHS- Symptomatik ähnlich stark ausgeprägt.
- 3.) Veränderungen der ADHS-Problematik während der Therapieperiode sind feststellbar (bei 13 von insgesamt 30 Einstufungen). Diese Veränderungen sind häufiger positiv (geringere Ausprägung des entsprechenden ADHS-Symptoms am Ende der Therapieperiode) als negativ (stärkere Ausprägung des entsprechenden ADHS-Symptoms). Aber bei immerhin 5 von 13 festgestellten Veränderungen hat sich die Situation doch verschlechtert. Teilweise (beispielsweise beim 1. Fall M.) hat das mit einem Entwicklungsrückschlag gegen Ende der Therapieperiode zu tun, nachdem sich die Situation zwischenzeitlich (in der Mitte der Therapieperiode) tendenziell sogar verbessert hatte.
- 4.) Die insgesamt positivste Entwicklung in Bezug auf die ADHS-Symptomatik ist bei Fall 4 festzustellen. Dabei wird in den Gesprächen mit Eltern und Lehrkraft aber deutlich, dass das nicht nur mit Veränderungen beim Kind zu tun hat, sondern auch mit Verbesserungen im familiären und schulischen Umfeld (deutlich kleinere Klasse, Abgang von anderen problematischen SchülerInnen).

b. Familiärer Kontext

Der familiäre Kontext der Kinder wird in der Pilotstudie vor allem im Gespräch mit den Eltern thematisiert. Im zweiten Gesprächsteil, der sich mit der aktuellen Situation des Kindes beschäftigt, wird in aller Regel auch die Familiensituation besprochen bzw. aufgrund von Nachfragen der Interviewperson explizit gemacht. Aber auch in den Gesprächen mit den Lehrkräften ist die Familiensituation immer wieder ein Thema und natürlich kommt diese auch in den Gesprächen mit dem Kind selber immer wieder zum Ausdruck. Im Vergleich der fünf Fälle (bzw. 4 Fälle, weil es sich bei den Fällen 3 und 5 ja um zwei Therapieperioden mit dem gleichen Kind handelt) zeigt die nachfolgende Tabelle 3, dass die Familiensituation sehr unterschiedlich ist, mehrheitlich handelt es sich aber um Einzelkinder. Festzuhalten ist auch, dass die Elterngespräche grossmehrheitlich mit den Müttern geführt wurden (nur eine Ausnahme beim ersten Elterngespräch zu Fall 4, wo auch der Vater anwesend war).

Tabelle 3:
Familiärer Kontext im Vergleich

Fallnummer	Eltern im gleichen Haushalt	Geschwister	Betreuungssituation	Anwesende im Elterngespräch
Fall 1	nein	Einzelkind	Grossfamilie mit sieben Personen, temporär Grosseltern, Hort	Nur Mutter
Fall 2	nein	Einzelkind	Mutter, regelmässige Betreuung durch Grossmutter	Nur Mutter
Fall 3/5	ja	drei	Vater und Mutter abwechselnd / Grosseltern	Nur Mutter
Fall 4	ja	Einzelkind	Eltern	Ein Gespräch mit beiden Eltern, eines nur mit der Mutter

Alle untersuchten Kinder leben in einem eher privilegierten Wohnumfeld, mehrheitlich auf dem Land umgeben von viel Natur, teilweise auch in der Stadt, aber auch da in einer Umgebung die für die Kinder Naturerfahrungen im eigenen Garten und in öffentlichen Naherholungsangeboten ermöglicht.



Zeichnung eines Kindes aus der Pilotstudie von einer Familienwanderung mit Hund

Besondere Familiäre Belastungen können die ADHS-Problematik verstärken oder die Kinder auf ihren Bewältigungsbemühungen zurückwerfen. Bei Fall 2 wird dies vor allem im Zusammenhang mit Streitigkeiten zwischen den (getrennten) Eltern erwähnt (Erstinterview mit der Mutter, Zeilen 169-74).

Bei Fall 4 sind es psychische Probleme des Vaters, die die ADHS-Symptome beim Kind zu verstärken schienen. Diese Verstärkungseffekte konnten dann aber offensichtlich mit Hilfe der Heileurythmie „abgedämpft“ werden (Schlussgespräch mit der Mutter, Zeilen 229-36).

Also die Familiensituation: Meinem Mann ging es zu Beginn relativ gut, dann als wir das erste Gespräch führten – über eine längere Zeit. Und nachher ist so im November, so typisch, ging es dann wirklich wieder sehr viel schlechter. Und es war dann auch so, dass wir als Paar es relativ schwierig hatten und erstaunlicherweise, das ist gut, dass sie das gefragt haben, erstaunlicherweise hat L diesmal nicht wirklich fest darauf reagiert. Also normalerweise war es so, dass L, wenn es seinem Vater schlechter ging, sich extrem auf mich fokussierte, wollte nur noch von mir und so. Und diesmal war es nicht so, und er hat dann jeweils den Vater auch fest abgelehnt oder provoziert, das war diesmal nicht so.

Bei Fall 3/5 ist besonders, dass das Phänomen ADHS in der Familie mit den vier Kindern als Thema sehr präsent ist. Beim grösseren Bruder wurde ADHS diagnostiziert, die auch zu grossen Problemen im Familienalltag führt, die Mutter selbst hat in ihrer Herkunftsfamilie auch Erfahrungen mit ADHS bei einem Bruder gemacht. Diese Erfahrungen bewegen sie dazu, im Kontakt mit anderen Familien eher zurückhaltend zu sein, auch weil es zu Stigmatisierungen als ADHS-Kind oder sogar als „ADHS-Familie“ führen kann (Erstinterview mit Mutter, Fall 5, Zeilen 258-61):

Also ich habe da, mein Bruder hatte ja auch ADHS, stärker als A. Ich bin vielleicht aus deshalb etwas gehemmt, weil meine Mutter das machte und, wissen Sie, das hat nicht immer gut gendet. Weil, wenn es dann zuviel ist, dann machen sie Dinge, die sie nicht tun sollten ..

c. Therapieentscheid

Im Erstinterview sowohl mit den Eltern als auch mit den Lehrkräften wurde gezielt gefragt, wie der Entscheid für eine Heileurythmietherapie zustande gekommen ist und wer an diesem Entscheid beteiligt war. Dabei wurden auch verschiedene Aussagen über die Beweggründe (Motivation) zur Therapie gemacht und über die Erwartungen

gesprächen, die die Beteiligten an die bevorstehende Heileurythmieperiode hatten. Dabei ist insbesondere von Bedeutung, ob sich Unterschiede in den Erwartungen von Eltern und Lehrkräften zeigen.

Im Kontext der Steinerschule hat die Eurythmie einen festen Platz, die Kenntnisse über die Heileurythmie, auf denen der Entscheid basiert, sind allerdings doch sehr unterschiedlich. So gibt die Mutter bei Fall 2 an, nicht sehr viel über die Heileurythmie zu wissen (Erstgespräch, Zeilen 210-216):

Also, spannenderweise nicht sehr viel, also einfach das was Sie mir erklärt haben. Ich für mich habe eine ganz einfache Brücke gemacht mit wie verstehe ich das und ich nenne es einfach Bewegungstherapie und kenne das halt von mir selber. Und wir durften es hier ja an einem Elternabend erleben, wo wir selber so eine Eurythmielektion oder Session bekommen haben und ich einfach aufgrund von ein paar Bewegungen gemerkt habe, was das in mir auslöst oder was das mit mir macht. Und das hat natürlich auch noch zum Entscheid beigetragen. Ich finde es extrem spannend wie eine Bewegung mit dem Körper ein anderes Gefühl in einem auslösen kann.

Auch bei den anderen Fällen sind die Kenntnisse über die Heileurythmie eher gering, insbesondere bei den Eltern, aber mehrheitlich auch bei den Lehrkräften. Das heisst dann auch, dass das Vertrauen in die fachlichen Kompetenzen der Therapiepersonen relativ gross ist.

Die Ziele für die anstehende Heileurythmie sind bei den Eltern häufig nicht sehr klar. Das formuliert die Mutter von Fall 1 beispielsweise so (Erstinterview Mutter), Zeilen 145-48):

Das finde ich jetzt ganz schwierig zu sagen, was das Ziel ist. Vielleicht, dass er ausgeglichen ist in der Schule und .. äh .. durch die Übungen besser bei sich bleiben kann. Und ich glaube, er hat sich jetzt auch darauf gefreut, zu Ihnen zu kommen, zu einem Mann, das ist für ihn recht wichtig. Und jetzt glaube ich, dass es für ihn ok ist, in die Heileurythmie zu kommen.

Beim gleichen Fall werden die Ziele seitens der Lehrkraft doch etwas klarer formuliert (Erstinterview Lehrkraft, Zeilen 299 -302):

Also, beim M. merke ich ja jetzt schon, dass er immer mehr sich selber wahrnimmt und sein Inneres zum Vorschein kommt. Und das wäre das Ziel, dass er so auf dem Boden steht und dass er wirklich aus sich heraus die Dinge tun kann und nicht was von aussen, und er das wieder nach aussen tragen muss.

Der Entscheid für eine Eurythmietherapie wird ausschliesslich von den Eltern getroffen, aber in den meisten Fällen wesentlich durch die Meinung der Lehrkräfte beeinflusst. Teilweise kommt der Entscheid auch erst zustande, nachdem weitere Meinungen dazu vorliegen, beispielsweise von Fachärzten (Fall 4) oder von spezialisierten Förderlehrkräften (Fall 1). Die Zustimmung der Kinder wird in der Regel nachträglich „eingeholt“, indem die Eltern die Kinder nachträglich erfolgreich davon überzeugen, dass eine Eurythmietherapie Sinn macht.

Im Zusammenhang mit Fall 4 wird in den Interviews auch die die Frage der Kombination von verschiedenen, gleichzeitig laufenden Therapien diskutiert (Sandtherapie, anthroposophische Medikamente). Als Gesamtpaket werden diese Therapien dabei als bewusste Alternative zur Verschreibung von Ritalin wahrgenommen, es wird aber auch festgestellt, dass aufgrund des parallelen Einsatzes verschiedener Therapie nicht klarbestimmt werden kann, wie gross der Anteil einer einzelnen Therapie (wie eben der Eurythmietherapie) zu den beobachteten Fortschritten ist.

d. Therapieverlauf

Aufgrund des Interviewleitfadens und der durchgeführten Gespräche lassen sich in Bezug auf den Therapieverlauf folgende beiden Hauptdimensionen festhalten:

Beschreibung des Verlaufs: Kontinuität / Linearität der Veränderungen insgesamt und in Bezug auf einzelne Unterdimensionen/ Durchbrüche und Rückschritte / Ausserordentliche Ereignisse, die den Verlauf beeinflussen.

Bilanzierung der Therapieperiode, Erreichung der Erwartungen.

In Bezug auf die erste Hauptdimension (Verlauf) lässt sich festhalten, dass bei den meisten Fällen die Entwicklung im Laufe der Therapieperiode relativ kontinuierlich ist. Auf der Basis eines sich verstärkenden Vertrauensverhältnisses zwischen dem Kind und der Therapieperson werden in der Therapie selbst schrittweise Fortschritte erzielt, die teilweise unmittelbar, teilweise allenfalls auch zeitlich verzögert auch im schulischen und familiären Alltag der Kinder sichtbar werden. Im Unterschied dazu ist der Therapieverlauf beim Fall 2 viel weniger linear, es lassen sich hier deutlich zwei Therapiephasen feststellen. Eine erste Phase in der relativ schnell grosse Fortschritte erzielt werden und – nach einem Unterbruch – eine zweite Phase, in der das Kind wieder in die Ausgangssituation zurückfällt und dann auch kaum mehr Fortschritte erreicht werden können. Dieser Bruch im Therapieverlauf wird ausgelöst durch den Lockdown in der Coronakrise (Frühling 2020) und einen damit verbundenen zweimonatigen Unterbruch der Therapie, die als Folge davon dann auch viel länger dauert als geplant und erst im nachfolgenden Schulsemester beendet werden kann.

In Bezug auf die zweite Hauptdimension (Bilanz, Erwartungserfüllung) zeigen die Interviews, dass die beteiligten Erwachsenen in der Regel eine positive Bilanz ziehen und die Meinung äussern, dass sich die Heileurythmie insgesamt gelohnt hat. Bei den Kindern ist die Bilanz in den Schlussgesprächen in der Regel nicht so klar. Sie können sich in der Regel an bestimmte Übungen erinnern, die ihnen besonders gefallen haben, sind aber auch froh, dass die Heileurythmie nun abgeschlossen ist. Bei Fall 4 beispielsweise sagt das Kind, dass er einerseits froh sein, dass die Therapieperiode zu Ende ist, weil es ja auch anstrengend gewesen sei, andererseits bedauert er es aber auch, weil sie doch auch häufig „coole Sachen“ gemacht hätten (Zeilen 77-80). Er spricht von sich aus auch an, dass er nicht immer so genau gewusst habe, was die Therapieperson von ihm wolle (Zeilen 26-29) und dass er den Unterschied zwischen der Klasseneurythmie und der Heileurythmie noch immer nicht so ganz verstehe.

Bei Fall 1 formuliert die Lehrkraft im Schlussgespräch, dass durch die Heileurythmie zwar nicht alle Probleme gelöst werden konnten (was sie auch nicht erwartet habe), dass sie aber das Gefühl habe, dass „ein Fundament entstanden ist, auf dem aufgebaut werden kann“ (Zeilen 190/91). Die Mutter beurteilt in Ihrer Schlussbilanz die Heileurythmie selber als positiv, für sie sind aber die positiven Effekte in der Schule kaum sichtbar und auch in Bezug auf die ADHS-Problematik sieht sie keine klaren Verbesserungen (Zeilen 147-49), sie fügt aber bei, dass sie da auch nichts Konkretes erwartet habe. Bei diesem Fall werden dann in der Schlussbilanz auch organisatorische Fragen thematisiert, dass die Therapieelektion über einen längeren Zeitpunkt, dafür aber weniger häufig stattfinden sollten und dass sie besser im schulischen Ablauf eingebettet werden sollten.

e. Wirkungsmechanismen

Ausgehend von der insgesamt doch positiven Bilanzierung der Heileurythmie durch die beteiligten Erwachsenen stellt sich die Frage, inwieweit sich in den 4 bzw. 5 Fällen dieser Pilotstudie Hinweise darauf ergeben, in welcher Form die Heileurythmie konkret auf die Entwicklung der Kinder und insbesondere auch auf die ADHS-Problematik wirkt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den körperlichen Auswirkungen im engeren Sinne (Bewegungskompetenzen, Geschicklichkeit, Achtsamkeit der Bewegungen, Ausdauer und Bewegungsgefühl), den Beziehungsaspekten, die eine Einzeltherapie ermöglicht und den sozialen Beziehungen, die in der Therapie ja nicht eingeübt werden können, die aber doch in den meisten Fällen eine relativ grosse Bedeutung haben. Der Fokus der Heileurythmie liegt auf der Körperarbeit, aus der heraus einerseits Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes in der Schule und der Familie und schlussendlich auf die Grunddimensionen der ADHS-Problematik (Unruhe, Impulsivität und Unaufmerksamkeit) erwartet werden. Andererseits kann die Körperarbeit in der Therapie mit Themen verknüpft werden, die für das Kind relevant und aktuell sind. Insofern setzt eine gezielte Körperarbeit immer auch eine Diagnose der aktuellen Situation des Kindes in seinen Lebenswelten voraus.

Körperkompetenzen

In den Abschlussberichten der Therapiepersonen zu den evaluierten Therapiesequenzen werden Veränderungen in der Körperkompetenzen der Kinder differenziert dokumentiert. In den meisten Fällen lassen sich deutliche Fortschritte in der Körperkompetenz (Geschicklichkeit) aufzeigen. In Bezug auf die Ausdauer, mit der körperliche Übungen gemacht werden können, sind die Fortschritte der therapierten Kinder weniger eindeutig. Insbesondere bei Fall 1 zeigt sich dabei, dass das auch mit der Grundmotivation des Kindes für die Eurythmietherapie zu tun hat, wenn das Kind, aus welchen Gründen auch immer, nur widerstrebend in eine Therapielektion kommt, verringert sich in der Regel die Ausdauer. Die feststellbaren Verbesserungen in der körperlichen Geschicklichkeit sind in der Regel auch verknüpft mit einer besseren Körperwahrnehmung.

Für den Fall 2 hält die Therapieperson in ihrem Schlussbericht beispielsweise fest:

Auf der körperlichen Ebene hat der Klient einige Fortschritte gemacht. Er bekam mehr Bewusstsein von seinen Füßen und konnte eine allgemeine Schwere beim Laufen und Springen gut überwinden.

Mithilfe der Verbesserung der Körperkompetenzen kann auch erreicht werden, dass das generelle Selbstwertgefühl gestärkt wird, was sich dann auch positiv auf die soziale Integration in der Klasse auswirken kann (beispielsweise auch im Fall 2 feststellbar).



Bild eines Kindes aus der Pilotstudie, in dem in der Therapie erworbene Leichtigkeit sichtbar wird

Beziehung zur Therapieperson

Bei verschiedenen Fällen, insbesondere bei Fall 1 und Fall 4 wird deutlich, dass im Rahmen der Therapiesequenz auch eine stabile Beziehung zur Therapieperson aufgebaut werden kann, die für das Kind wichtig ist und es in seinem Alltag stärkt. Dieser Effekt scheint insbesondere bei einem unruhigen und instabilen Umfeld und auch bei besonderen Belastungen in Familie oder Schule wichtig zu sein. In den analysierten Fällen ist diese qualitativ gute Beziehung teilweise bei Therapiebeginn gegeben und dadurch von Beginn weg eine wichtige Ressource für die Erreichung der Therapieziele (Fall 4), teilweise muss sie im Verlauf der Therapiesequenz „erkämpft“ werden und konnte dann für die Therapie erst in der Schlussphase als Ressource eingesetzt werden (Fall 1). Im Bericht der Therapieperson ist dazu zu lesen:

.. es dauerte 9-10 Heileurythmieeinheiten, bis er die Heileurythmie als etwas, das ihm guttut, akzeptieren konnte.

Die individuelle Beziehung zur Therapieperson ist es auch, was eine Heileurythmietherapie von in den Steinerschule in den Stundenplan integrierten „Klasseneurythmie“ unterscheidet. Dabei kann für alle untersuchten Fälle festgehalten werden, dass die Kinder in ihrer Wahrnehmung sehr stark zwischen den beiden Eurythmieformen unterscheiden und zur Klasseneurythmie teilweise eine kritische Haltung zum Ausdruck bringen, während sie gleichzeitig die individualisierte Heileurythmie positiv würdigen. Festzuhalten ist auch, dass in den untersuchten Fällen die Klasseneurythmie von anderen Personen unterrichtet wurde als die individualisierte Heileurythmie.

Arbeit an den sozialen Beziehungen des Kindes

Die Heileurythmietherapie nimmt Probleme in den sozialen Beziehungen von Kindern auf und versucht sie in den Therapieeinheiten zu bearbeiten. Dabei kann zwischen den Problemen unterschieden werden, die insbesondere im Klassenumfeld durch mangelnde Körperkompetenz verursacht werden. Typisch für diesen Aspekt sind Konflikte mit anderen Kindern auf dem Pausenplatz bei denen anderen Kindern behindert oder leicht verletzt werden und von diesen dann als aggressives Verhalten wahrgenommen werden. Hier kann die Heileurythmie unzweifelhaft das Konfliktpotential verringern und auch die Sensibilität des therapierten Kindes für diese Problematik erhöhen.

Vor allem beim Fall 3 bzw. 5 zeigt sich noch ein anderer Aspekt der Arbeit an den sozialen Beziehungen. Hier wird im Rahmen der einleitenden Diagnose bald klar, dass das Kind ein Defizit in Bezug auf die Wahrnehmung anderer Kinder aufweist, es kennt nicht einmal ihre Namen. Die Therapieperson entwickelt dazu das Bild des Cocon's, in das sich das Kind eingehüllt hat und das es schrittweise aufzubrechen gilt.

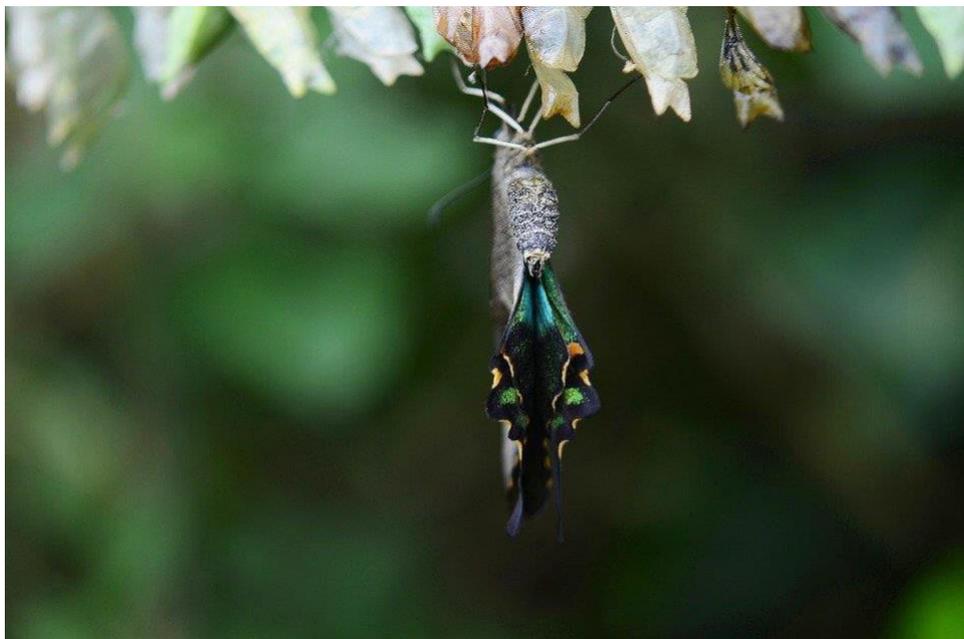


Bild eines Schmetterlings, der seinen Kokon verlässt

Quelle: [Kokon Schmetterling Insekt - Kostenloses Foto auf Pixabay](#)

Innerhalb der Therapieeinheit wird dann, unter anderem mithilfe von Klassenfotos, daran gearbeitet, dass das zunächst einmal überhaupt einmal die Namen seiner Mitschüler*innen kennt. Es zeigt sich, dass damit die Relevanz der anderen Kinder für das therapierte Kind erhöht werden kann, was dann auch zu einer Verstärkung der Kontaktsuche im Klassenumfeld sucht, die dann im Therapieverlauf aber auch mit Rückschlägen

zu kämpfen hat (in der Form, dass sich die Kinder, zu denen schrittweise Freundschaftsbeziehungen aufgebaut werden, zurückziehen und wieder stärker mit anderen Kindern spielen).

Die Heileurythmie als ganzheitliches Therapieangebot

Die Heileurythmie bietet die Chance die ADHS-Problematik in ihrer sozialen Einbettung aufzunehmen und auf der Basis einer qualitativen Diagnose (in Ergänzung zu den standardisierten ADHS-Diagnostikbogen) gezielt und auf die individuellen Voraussetzungen des Kindes und seine soziale Einbettung bezugnehmend an Verbesserungen zu arbeiten. In den untersuchten Fällen ist es gelungen, den Kindern über die Beziehung zur Therapieperson zur Bewältigung der individuellen Herausforderungen den Weg zur Heileurythmie zu öffnen. In Bezug auf den Fall 4 wird das von der Therapieperson folgendermassen zusammengefasst, bei den anderen untersuchten Fällen gab es teilweise auch stärkere Störungen des Therapieprozesses, die die Wirksamkeit der Therapie etwas stärker beeinträchtigten (Fall 4, Interview mit Eltern (Mutter) t2 am Ende der Therapieperiode, Zeilen 153-163).

Was ich aber wirklich den Eindruck habe, dass er unglaublich gut auf die Heileurythmie anspricht und dass er wie nicht einfach in die Heileurythmie geht, weil er muss oder es auch lässig ist, sondern weil er merkt, dass es ihm hilft. Und das glaube ich drum, weil er mir die Sachen gezeigt hat und wie .. ja .. er hat auch einmal gesagt, es gehe ihm ins tiefste Herz. Dass er dank der Übungen sich besser spürt. Und was ich aber auch glaube, das sagte ich gestern auch zu meinem Mann, wenn die Therapie durch eine «strenge» Heileurythmistin durchgeführt worden wäre, mit wenig Nerven, wenn er sich nicht aufgehoben gefühlt hätte, dann hätte es nicht funktioniert. Er ist stark darauf angewiesen, dass er eine Beziehung zu einer Person haben kann: Das ist bei Herrn W. (Lehrkraft) so, aber eben auch bei Frau P. (Eurythmietherapeutin) und bei Frau R., der Sandtherapeutin. Bei allen merkt er, dass er mit seinen Eigenheiten akzeptiert wird und ihm diese Personen Halt geben.

5. Typisierung der Fälle

Im Rahmen von qualitativen Studien kommt der Typisierung der untersuchten Fälle in der Regel eine wichtige Rolle zu. Flick (2009, S. 185) weist darauf hin, dass „dies insbesondere bei qualitativer Forschung ein häufig eingesetzter Schritt der Verdichtung und Darstellung von Ergebnissen“ ist. Bei Mayring (2002, S.130 ff.) wird aufgezeigt, mit welchen konkreten Schritten man zu einer Typisierung kommt. Auch er betont dabei, dass die Typen, das empirische „Material überschaubarer und anschaulicher repräsentieren können. Mayring (2002, S.131) weist auch darauf hin, dass in der Regel zwischen 2 und 10 Typen aus dem empirischen Material herausgearbeitet werde.

Da diese Pilotstudie lediglich 4 bzw. 5 Fälle beinhaltet (je nachdem, ob man die beiden Therapieperioden mit dem gleichen Kind als einen oder zwei Fälle betrachtet) und die Fälle eine grosse Homogenität aufweisen (insbesondere bezüglich des Alters der Kinder und bezüglich des schulischen Kontextes von Steiner-Schulen) ist das Potential für eine typologische Analyse eher gering.

Eine Möglichkeit wäre, für eine Typisierung bei der **ADHS-Symptomatik** anzusetzen. Bezugnehmend auf Tabelle 2a könnte dann unterschieden werden zwischen einem Typus mit schwerer ADHS-Problematik (Fälle 2 sowie 3/5) und einem Typus mit weniger starker Ausprägung (Fälle 1 und 4). Oder man würde die drei grundlegenden Dimensionen von ADHS in Relation zueinander setzen und dann folgende Typisierung vornehmen:

- Typ 1: ADHS stark an der Unruhe sichtbar
- Typ 2: ADHS stark an der Impulsivität sichtbar
- Typ 3: ADHS stark an der Kombination von Impulsivität und Unaufmerksamkeit sichtbar

Beispiele Fälle 1 & 4
 Beispiel Fall 2
 Beispiel Fall 5 (3)

Eine weitergehende Analyse dieser Typen ist natürlich im vorliegenden Fall nur beschränkt aussagekräftig, vor allem weil die einzelnen Typen ja nur aus einem oder zwei Fällen bestehen. Immerhin fällt in Bezug auf die ADHS-Problematik auf, dass bei beiden Typisierungen die Fälle 1 & 4 dem gleichen Typus zugezählt werden, als die Fälle, die eine eher weniger starke ADHS-Ausprägung aufweisen und bei denen diese vor allem auf der Dimension „Unruhe“ sichtbar wird. Interessant für weitergehende Überlegung ist dann aber auch die Feststellung, dass bei diesen beiden Fällen sich die Heileurythmie sehr unterschiedlich auswirkte: bei Fall 1 waren am wenigsten Fortschritte in Bezug auf die ADHS-Symptomatik feststellbar, bei Fall 4 deutlich am meisten (vgl. Tabelle 2b).

Eine weitere Möglichkeit zur Typisierung der in der Pilotstudie untersuchten Fälle würde auf die **Motivation der Kinder** für die Heileurythmie fokussieren und wäre für eine vertiefende Analyse des Therapieverlauf interessant. Man würde dann zwischen einem Typus unterscheiden, bei dem die Kinder motiviert in die Therapie einsteigen und diese Motivation im Therapieverlauf auch erhalten bleibt (Fälle 2 & 4) und einem Typus, bei dem die Motivation gering ist und wo immer wieder auch motivationale Widerstände des Kindes überwunden werden müssen (Fälle 1, 3/5).



**Mädchen mit oppositionellem Verhalten:
 Vorwärtsdrängender Wille wird durch die A-Gebärde zurückgehalten**

Im Hinblick auf eine mögliche Erweiterung der Pilotstudie könnte das Potential für typisierende Analysen natürlich dadurch erweitert werden, dass man (wie oben angetönt) gezielt andere Altersgruppen in die Studie einbezieht und/oder den schulischen Kontext

auf öffentliche Schulen (oder andere Privatschulen) erweitert. Ein weiteres Typisierungskriterium, das bei vielen anderen Studien relevant ist, wäre das Geschlecht. Auch dieses war in der vorliegenden Pilotstudie hinfällig, weil es sich in allen Fällen um Knaben handelte.

6. Folgerungen, Ausblick

Die in diesem Kurzbericht zusammengefasste Pilotstudie hat gezeigt, dass bei einer ADHS-Problematik bei Kindern im Alter zwischen 5 und 7 Jahren eine Eurythmietherapie eine sinnvolle Möglichkeit darstellt, die die Entwicklung des Kindes unterstützt und in auch zu einem Rückgang der ADHS-Symptome führen kann. Als ganzheitliche und auf die individuelle Situation des Kindes und auf seine Bedürfnisse ausgerichtete Therapie weist sie im Vergleich zu anderen Therapieformen, insbesondere im Vergleich zu einer Verschreibung von Ritalin und anderen auf Methylphenidat basierenden Medikamenten, viele Vorteile auf. Es scheint aber so, dass die evaluierten Eurythmietherapieperioden von einem Semester zu kurz waren, um nachhaltige und auch mit den gängigen ADHS - Messinstrumenten nachweisbare Verbesserungen zu erzielen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei verschiedenen Fällen die Coronapandemie zu Unterbrüchen und Störungen des Therapieverlaufs führten.

Die in dieser Pilotstudie dokumentierten Fälle zeigen aber das Potential einer individualisierten, auf die Bedürfnisse des Kindes zugeschnittenen Eurythmietherapie, auf der Basis einer Vertrauensbeziehung mit der Therapeutin mittels Körperarbeit die Ressourcen des Kindes zu stärken und so gesundheitliche, aber auch soziale Probleme anzugehen.

Insgesamt zeigen die durchgeführten Interviews mit den Eltern und den Lehrkräften der Kinder eine erstaunlich hohe Übereinstimmung in der Beurteilung der Situation der Kinder und auch in Bezug auf mögliche Verbesserungsschritte. Das wirft unter anderem natürlich auch die Frage, inwieweit in zukünftigen Studien der Erhebungsaufwand ohne grossen Informationsverlust reduziert werden könnte, indem man beispielsweise nur noch mit den Eltern Gespräche durchführt. Festzustellen ist auch, dass in allen Gesprächen die aktuelle Situation und auch die Therapiefortschritte sehr kritisch diskutiert wurden, es gab keinerlei Anzeichen (weder bei Eltern noch bei Lehrkräften oder Therapeutinnen), dass eine Therapieerfolg im Sinne einer Self-fulfilling-prophecy vorausgesetzt wurde.

Die erarbeiteten Erhebungsinstrumentarien (Interviewleitfaden, Dokumentation des Therapieverlaufs) zur qualitativen Evaluation der Fälle bzw. Therapieperioden haben sich grundsätzlich bewährt und sind im Laufe der vierjährigen Dauer des Pilotprojektes auch schrittweise optimiert werden. In Bezug auf die Gespräche mit den Kindern selbst scheint eine grundsätzliche Reflexion angebracht. Diese müssten noch gezielter auf die entsprechende Altersgruppe ausgerichtet werden, womit die Motivation der Kinder erhöht und der Unterschied zu einer Therapieeinheit verdeutlicht werden könnte.

Aus Ressourcengründen sind in dieser Pilotstudie die meisten Interviews durch die Therapeutinnen selber durchgeführt worden. Dabei wurde zu Beginn der Interviews bewusst auf die Doppelrolle der Interviewenden (als Therapeutinnen und Fragestellerinnen) hingewiesen, es hat sich aber in den Gesprächen dann immer wieder gezeigt, dass es schwierig ist, die besondere Rolle des „therapeutischen Experten bzw. der therapeutischen Expertin“ ganz aus dem Gespräch herauszuhalten.

Dieser Kurzbericht zeigt auch auf, dass die verallgemeinerbaren Erkenntnisse trotz der grossen Homogenität der Fälle durch die reine Fallzahl doch eher beschränkt sind. Es bräuhete nur schon in der untersuchten Altersgruppe und im Kontext von

anthroposophisch orientierten Schulen mehr Fälle um dann gezielt Vorschläge für die Optimierung der Therapiemethode zu machen.

Und natürlich wäre – wie mehrfach angetönt – eine Ausweitung einer solchen qualitativen Studie auf andere Altersgruppen und andere schulische Kontexte – aus wissenschaftlichen Gründen unbedingt anzustreben. In Bezug auf die öffentliche Volksschule steht dabei weniger der Klassenunterricht im Vordergrund als vielmehr ein Einbau der Eurythmietherapie in die Palette von sonderpädagogischen Angeboten wie beispielsweise die Rhythmik (vgl. Neumann 2022).

Es ist zu hoffen, dass für diese neuen Einsatzfelder und ihre wissenschaftliche Begleitung im Rahmen von Evaluationsstudien dann auch die nötigen Ressourcen erschlossen werden können.

Literaturhinweise

Collins Scott H., Sparrow Elizabeth & Connors, C. Keith (2011). *Guide to Assessment Scales in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Second Edition.* Berlin: Springer Healthcare.

Döpfner, Manfred, Lehmkuhl, Gerd & Steinhausen, Hans-Christoph (2006). *Kinderdiagnostiksystem (Kids 1). Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung.* Göttingen: Hofgreve.

Döpfner, Manfred, Görtz-Dorten, Anja, Lehmkuhl, Gerd unter Mitarbeit von Dieter Breuer und Hildgard Goletz (2009). *DISYPS-II. Diagnostic-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche -II. Nachdruck.* Bern: Huber.

Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen.* Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Hamre, Harald J. et al. (2010). Anthroposophic therapy for attention deficit hyperactivity: a two-year prospective study in outpatients. *International Journal of General Medicine*, 3. S. 239-53.

Hehli, Simon (2022). Immer mehr Schweizer greifen zu Ritalin – warum eigentlich? NZZ 29.6.2022.

Kiene, Helmut (2001). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based medicine.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Keller Roth W. (2021). *System und Methode der Heil-Eurythmie,* Goetheanum-Verlag.

Kuckartz, Udo, Dresing, Thorsten, Rädiker, Stefan & Claus Stefer (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2. Auflage.

Langmair, Herbert (2022). *Behandlung eines Kindergartenkindes mit ADHS-Symptomen und oppositionellem Verhalten, Fallstudie.*

Langmair, Herbert & Gerlach, Katharina (erscheint 2023). *5-jähriges Kind mit starken ADHS-Symptomen und oppositionellem Verhalten behandelt mit Eurythmie-Therapie (EYT) in einer Waldorfschule – Eine Fallbeschreibung.* Merkestab ..., S. x – y. Internetquelle: <https://www.merkestab.de/>

Largo, Remo & Beglinger Martin (2009). *Schülerjahre. Wie Kinder besser lernen.* München: Piper.

Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Beltz-Verlag, Weinheim und Basel, 12. Überarbeitete Auflage.

Neumann, Juliane (2022). *Eurythmie im Rhythmikunterricht der Grundschule. Der Rundbrief für Heileurythmie, Nr. 77, S.53-56.*

Schweizer Elternmagazin (Fritz + Fränzi), ADHS-Serie 2015/16.

Anhang 1: Leitfaden zum Interview mit den Eltern vor Beginn der Therapieperiode

Erhebungszeitpunkt 1: Vor Beginn der Therapiesequenz

Vorbemerkungen und Rahmenbedingungen

Dieses qualitative Interview sollte mindestens 2 Wochen vor Beginn der Heileurythmietherapie durchgeführt werden, damit die Eltern (bzw. Erziehungsberechtigten) dem Kind noch einen **Zeichnungsauftrag** im Hinblick auf das Erstgespräch des Kindes mit der Therapieperson geben und erläutern können («Ich, mein Lebensumfeld und die Schule»). Die Eltern haben im Vorfeld den **Kurzbogen zu ADHS** ausgefüllt und bringen diesen ins Gespräch mit (Gesprächsabschnitt 3).

Für das Interview ist rund eine Stunde vorzusehen. Das Gespräch wird von Beginn weg, d.h. also inklusive Einstiegs- und Vorstellungssequenz aufgenommen (Audio-Datei).

Der Therapeut bzw. die Therapeutin fungieren im Gespräch als Forschende, die sich mit Erklärungen und Anweisungen zurückhalten und alles tun, dass die Sicht der Eltern im Gespräch zum Ausdruck kommt. Die nachfolgenden Gesprächssequenzen sollten in der Reihenfolge thematisiert werden, was nicht ausschliesst, dass z.B. im Zusammenhang mit den allgemeinen Ausführungen zum Kind schon Aspekte der ADHS-Problematik besprochen werden. Die zu klärenden Aspekte/Stichworte in der 2.Kolonne des Leitfadens sind deshalb - vor allem auch um Doppelspurigkeiten und Wiederholungen zu vermeiden - auch nicht zwingend innerhalb des Themenblockes und in der Reihenfolge abzuarbeiten.

1. Einstiegs- und Vorstellungssequenz

Das Aufnahmegerät wird eingeschaltet und für eine gute Tonqualität möglichst optimal platziert. Durch Testaufnahmen vor dem Interview soll sichergestellt werden, dass auch das Kind für die spätere wörtliche Transkribierung gut verständlich ist.

Liebe Eltern oder Erziehungsberechtigte

Vielen Dank dass ich heute noch vor Beginn der Therapiesequenz mit Ihnen darüber sprechen darf wie Sie die Situation und den Therapiebedarf Ihres Kindes beurteilen.

Mein Name ist wie Sie wissen (Name) und ich werde die Eurythmietherapie mit Ihrem Kind durchführen. Wir führen dieses Gespräch am ... (Datum) in (Raumangabe, z.B. Klassenzimmer oder Therapieraum in einer Praxis oder bei den Eltern zuhause) und zwar in ... (Ortangabe).

Meine Rolle in diesem Gespräch ist die eines Forschenden und nicht eines Therapeuten, ich möchte Ihre Einschätzungen kennenlernen und weniger mein eigenes Fachwissen einbringen.

Der Inhalt des Gesprächs wird absolut vertraulich behandelt und lediglich für die wissenschaftliche Begleitforschung verwendet. Das heisst, dass weder ihr Kind selbst noch Lehrkräfte und Schule davon Kenntnis erhalten und dass bei der wissenschaftlichen Auswertung sämtliche Aussagen anonymisiert werden.

Könnten Sie sich zu Beginn auch einmal ganz kurz vorstellen (Name, kurze Angabe zu Ihrer aktuellen Lebenssituation), vor allem damit wir auch noch die Aufnahmequalität kontrollieren können.

Bitte bestätigen Sie auch, dass Sie eine Einverständniserklärungen zur Beteiligung an dieser wissenschaftlichen Studie unterschrieben und auch von Ihrem Kind im Gespräch eine Zustimmung dazu eingeholt haben.

2. Ihr Kind

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Wie erleben Sie Ihr Kind gegenwärtig? Hat es gegenwärtig eine eher gute oder eher schlechte Phase?	Gründe für «gute» oder «schlechte» Phase?
Was schätzen Sie an Ihrem Kind, was sind seine Stärken?	Ist Ihr Kind beispielsweise besonders spontan, besonders kreativ, besonders einfühlsam?
Was sind die besonderen Probleme und Schwierigkeiten ihres Kindes?	Hat Ihr beispielsweise oft Streit mit Anderen, ist es eher ängstlich oder verschlossen?

3. ADHS - Diagnose

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Sie haben ja den ADHS-Bogen ausgefüllt . Was sind für Sie die wichtigsten Erkenntnisse daraus und was ist Ihnen beim Ausfüllen durch den Kopf gegangen?	<p>Was deutet aus Ihrer Sicht bei Ihrem Kind auf ADHS hin, was eher nicht?</p> <p>Unterschiede zwischen Familie und Schule?</p>

Gibt es spezifische Probleme in der Schule?	Wie beurteilen Sie die Rolle der Lehrkräfte? Welche Rolle spielen KlassenkameradInnen Ihres Kindes?
Gibt es spezifische Probleme zuhause?	Wie äussern sich diese Probleme bei Ihnen zuhause? Wo ergeben sich vor allem Konflikte?

4. Eurythmietherapie

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Wie ist der Entscheid für eine Eurythmietherapie zustande gekommen?	Haben Sie sich auch Alternativen zur Eurythmietherapie überlegt? Was gab den Ausschlag beim Entscheid? Wer hat den Entscheid mitbeeinflusst?
Was wissen Sie über die Eurythmie und was halten Sie davon?	Wie stark haben Sie sich schon mit der Heileurythmie auseinandergesetzt? Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen?
Was sind aus Ihrer Sicht realistische Ziele für die bevorstehende Therapiesequenz?	Bei welchen Verhaltensmustern sollten aus Ihrer Sicht Verbesserungen erreicht werden (beispielsweise in Bezug auf den ADHS-Bogen)? Fokus eher auf der Schule oder auf dem Verhalten zuhause?

Was sind Ihre Befürchtungen? Wann würden Sie sagen, dass sich die Eurythmietherapie mit dem Kind nicht gelohnt hat?	Beispielsweise wenn die Disziplinarprobleme in der Schule zunehmen?
Was sind Ihre Hoffnungen, wann würden Sie sagen, dass sich die Eurythmietherapie mit dem Kind gelohnt hat?	Beispielsweise wenn Sie merken, dass Ihr Kind zufriedener ist? Oder eher, wenn es weniger «aneckt»?

5. Abschluss

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Wir kommen bereits zum Abschluss dieses Gesprächs. Wie haben Sie es gefunden? Hat Sie etwas gestört oder etwas besonders gefallen?	Haben Sie besondere Anliegen im Hinblick auf unser nächstes Gespräch? Allenfalls. Haben Sie Interesse daran, dass wir uns in der Mitte der bevorstehenden Therapiesequenz nochmals zu einem qualitativen Interview treffen (ansonsten werde ich mich spätestens am Ende der Therapiesequenz wieder bei Ihnen melden, damit wir einen Termin für ein Abschlussgespräch vereinbaren können).
Möchten Sie abschliessend noch etwas beifügen, was wir vergessen haben oder was Sie nachträglich noch korrigieren möchten?	Vielen Dank, dass Sie sich an dieser qualitativen Evaluation der Eurythmietherapie bei ADHS mitmachen und für Ihr Offenheit. Sie erhalten nun noch den Zeichnungsauftrag, den Sie bitte Ihrem Kind erläutern und dann auch sicherstellen möchten, dass es die erarbeitete Zeichnung in das Erstgespräch mit mir mitnimmt. (Termin vereinbaren)!

Anhang 2: Leitfaden zum Interview mit Lehrkraft am Ende der Therapieperiode

Name / Funktion:

Erhebungszeitpunkt 3: Abschlussgespräch

Nach Abschluss der Therapie

Datum:

Rahmenbedingungen

Es ist rund **1 Stunden** zu veranschlagen. Das Gespräch wird vollständig aufgenommen (Audio-Datei). Der Leitfaden sollte den Lehrkräften spätestens 1 Woche vor dem Gespräch per Mail zugestellt werden.

Begrüssung / Einstieg

Liebe Lehrperson

Ich möchte mit Ihnen in diesem abschliessenden Gespräch über Ihre Einschätzung der Auswirkungen meiner Eurythmietherapie mit Kind xy sprechen. Ich bitte Sie, auch Bedenken oder Fragen in diesem Gespräch offen zu äussern. Meine Rolle in diesem Gespräch besteht vor allem am Anfang darin, Ihre Meinung zu erfragen und für eine Evaluation zu dokumentieren. Erst gegen Ende des Gesprächs möchte ich Ihnen kurz auch etwas über meine therapeutische Einschätzung sagen und bin dann natürlich auch auf Ihre Kommentare dazu gespannt.

Aktuelle schulische Situation

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Wie beurteilen Sie die gegenwärtige schulische Situation von xy?	leistungsmässig? Soziales Verhalten (gegenüber KlassenkameradInnen bzw. Lehrpersonen)? Disziplinarische Aspekte? Spezifisch: Indikatoren der ADHS-Problematik?
Haben Sie im Verlaufe der letzten Wochen, seit unserem letzten Gespräch Veränderungen im schulischen Verhalten von xy festgestellt?	Falls ja welche?

<p>Wie erklären Sie sich diese schulischen Veränderungen?</p>	<p>Sehen Sie einen Zusammenhang zu den laufenden Eurythmiektionen?</p> <p>Andere Einflüsse (familiär, Klasse etc.)?</p>
---	---

Erkenntnisse und Ihre Einschätzungen bezüglich Eurythmietherapie

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
<p>Hat xy die abgeschlossene Eurythmietherapie Ihnen oder der Klasse gegenüber seit unserem Zwischengespräch erwähnt?</p>	<p>Falls ja, wie genau und in welchem Zusammenhang (z.B. aufgrund einer Nachfrage der Lehrkraft)?</p>
<p>Hat sich Ihre Einschätzung der Auswirkungen der Eurythmietherapie auf das schulische Verhalten und die ADHS-Problematik bei xy seit unserem Zwischengespräch verändert?</p>	<p>Nachfragen, wann genau sich Veränderungen gezeigt haben und was die Indikatoren sind, auf der die Einschätzung der Lehrperson basiert!</p>
<p>Wie sieht Ihre abschliessende Bilanz bezüglich Möglichkeiten und Grenzen einer Eurythmietherapie im Zusammenhang mit der ADHS-Problematik aus?</p>	<p>Hat sich die nun abgeschlossene Eurythmietherapien bei xy rückblickend gelohnt?</p>
<p>Wie beurteilen Sie die schulischen Perspektiven von xy nach Abschluss der Eurythmietherapie?</p>	<p>Was für Massnahmen sind aus Ihrer Sicht zu treffen?</p> <p>Wäre eine neue Eurythmietherapie auch Ihrer Sicht auch eine Option? Unter welchen Voraussetzungen?</p>
<p>Gibt es konkrete Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf zukünftige Eurythmietherapien mit anderen Kindern?</p>	<p>Bezüglich Übungen und Schwerpunkten?</p> <p>Bezüglich organisatorischer Aspekte (Zeitpunkt und Rhythmus der Therapiesitzungen)?</p>

Bilanz aus Sicht der Therapieperson

Bevor wir zum Abschluss kommen, möchte ich in aller Kürze auch noch aus meiner Sicht beschreiben, wie ich die Therapiesequenz mit xy erlebt habe und bitte Sie um Ihre Kommentare zu meinen Überlegungen.

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Gesamtbilanz? Was meinen Sie zu meiner Einschätzung? Sind Sie damit einverstanden oder sehe ich etwas falsch?	<ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Zusammenarbeit: Aufeinander hören? Verbindlichkeit und Kontinuität etc. - Fortschritte bezüglich verschiedener Aspekte inkl. Schule und Familie.
Was hat sehr gut funktioniert? Was meinen Sie zu meiner Einschätzung?	<ul style="list-style-type: none"> - Übungstypen, Lektionen «in guter Atmosphäre» - Gründe für diese Erfolge?
Krisen und Konflikte? Was meinen Sie zu meiner Einschätzung?	<ul style="list-style-type: none"> - Wann ist es warum zu Konflikten oder Krisen gekommen?

Abschluss

Erläuterungen, Leitfragen	Zu klärende Aspekte, Stichworte
Wir kommen bereits zum Abschluss dieses Gesprächs. Wie haben Sie es gefunden? Hat Sie etwas gestört oder etwas besonders gefallen?	Gibt es insbesondere auch Bemerkungen im Zusammenhang mit den ersten beiden Gesprächen?
Möchten Sie abschliessend noch etwas beifügen, was wir vergessen haben oder was Sie nachträglich noch korrigieren möchten?	
Nochmals vielen herzlichen Dank , dass Sie bei dieser qualitativen Evaluation der Eurythmietherapie bei ADHS mitgemacht haben.	Würden Sie gerne informiert werden, wenn Ergebnisse dieser Evaluation vorliegen? In welcher Form?