



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

i:mvr

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Arts“
im Fach Rehabilitationswissenschaften

Die Wirksamkeit geistiger Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten

Am Beispiel des Pilotprojektes „Lernsprünge“

Erstgutachterin: Dr. Ute Karbach

vorgelegt von:

Lisa Hagenhoff

Matrikelnummer: 5412536

Beisicht 6

58710 Menden

Tel.: 02373/3976070

Geb.-Datum: 09.10.1985

lhagenho@smail.uni-koeln.de

Abgabetermin: 30.09.2013

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Geistige Heilweisen: Begriffsbestimmung und Grundlagen	8
2.1.1	Wirkungsweise	14
2.1.2	Verortung neben Schul- und Alternativmedizin	17
2.2	Geistige Heilweisen bei Kindern	20
2.3	Kindliche Spiritualität	21
2.4	Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern	22
2.5	Aktueller Forschungsstand	25
3	Eigene Fragestellung	27
4	Methodisches Vorgehen	28
4.1	Hypothesen	28
4.2	Studiendesign und Untersuchungsdurchführung	28
4.2.1	Erhebungsinstrument	30
4.2.2	Datenerhebung	32
4.3	Datenkontrolle und Auswertungsverfahren	33
4.3.1	Datenkontrolle	33
4.3.2	Statistische Auswertungsverfahren	33
5	Ergebnisse	35
5.1	Soziodemografie	36
5.2	Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten	38
5.3	Einfluss des Geschlechts	42
5.4	Der Effekt geistiger Heilweisen	43
5.4.1	Sozialverhalten	44
5.4.2	Lernverhalten	51
6	Diskussion	57
7	Schlussfolgerungen	62
7.1	Implikationen für die Forschung	62

7.2	Implikationen für die Praxis	64
8	Zusammenfassung	65
9	Literatur	66
	Anhang	70
	Verzeichnis der Tabellen	97
	Verzeichnis der Abbildungen	98
	Eidesstattliche Versicherung	99

1 Einleitung

„Wenn ich meine Hand über einen Patienten halte, und er fühlt Wärme oder ein Kribbeln, dann besteht eine große Chance, dass er geheilt wird“ (Hippokrates).

Geistige Heilweisen gewinnen als therapeutische Alternative zu schulmedizinischen Verfahren immer mehr an Interesse. Obwohl die schulmedizinische und psychotherapeutische Versorgung große Erfolge erzielt, hat sich der Krankenstand nicht verringert. Besonders chronisch erkrankte Menschen sehen die Behandlung durch geistiges Heilen als große Chance zur Linderung ihrer Symptome.

Obwohl die Versorgungsforschung in Deutschland die interdisziplinäre Kranken- und Gesundheitsversorgung des Menschen in ihrem Mittelpunkt fokussiert, bleiben spirituelle Ansätze als mögliche intrinsische Ressource im Umgang mit chronischen oder psychischen Krankheiten zweitrangig (BÜSSING 2011).

Sowohl im deutschen als auch im englischen Sprachgebrauch werden unterschiedliche Begriffe für geistige Heilweisen verwendet wie *geistiges Heilen*, *Geistheilung*, *Handauflegen*, *geistig-energetische Heilweisen*, *spiritual healing* und *mental healing*. Obwohl es anscheinend noch aussteht, einen Begriff zu bestimmen, wird sich die folgende Arbeit auf die Bezeichnungen *geistige Heilweisen* und *geistiges Heilen* beschränken. Alle aufgeführten Begriffe beschreiben eine Heilmethode, welche aus der geistigen Welt geführt und durch Energieübertragungen vollzogen wird. Die geistige Ebene bezieht sich auf das, was nicht sichtbar ist (GREVE 2004).

Ein vielfältiges Spektrum an Phänomenen wird mit der Anwendung geistiger Heilweisen verbunden (BÖSCH 2007). Letztlich ist der Ausdruck geistiger Heilweisen ein Sammelbegriff für verschiedene Verfahren, welche nahezu nichts gemeinsam haben, bis auf die Intention, durch die konzentrierte Lenkung von Heilströmen, Menschen in ihrem Heilungsprozess zu unterstützen. In diesem Prozess werden keine Hilfsmittel integriert, welche nach dem aktuellen Erkenntnisstand in der Medizin wirksam sein könnten (WIESENDANGER 2006).

Ganz im Gegenteil zur Verwendung der gleichen Termini geistiger Heilweisen in Deutschland und Großbritannien unterscheiden sich die beiden Nationen gänzlich in ihrer Akzeptanz der Heilmethode. So besteht in Großbritannien bereits seit den 50er Jahren die Möglichkeit, geistige Heilweisen komplementär zu schulmedizinischen Verfahren in Kliniken anzuwenden. In Deutschland werden die geistigen Heilweisen nach wie vor aus dem Gesundheitssystem eliminiert (KROHNE 2012), obwohl sie inzwischen als offizielle Behandlungsmethode juristisch bestätigt sind (KNAUSS 2004). Im Rahmen des

komplementärmedizinischen Settings gewinnen geistige Heilweisen dennoch seit den 1970er Jahren immer mehr an Bedeutung (KOCH & MEISSNER 2011).

Das öffentliche und wissenschaftliche Forschungsinteresse wird vor allem durch Einzelfallberichte aufrecht erhalten (WALACH 2006). Beschreibungen wundersamer Genesungsprozesse berühren die Sensibilität der Menschen, nur selten erreichen sie jedoch aufgrund mangelhafter wissenschaftlicher Erkenntnisse ihren Verstand. Geistige Heilweisen sind naturwissenschaftlich nicht zu beleuchten, was für die Erklärungsversuche dieses Phänomens eine große Herausforderung darstellt (KROHNE 2012).

Die Wirksamkeit geistigen Heilens lässt sich demzufolge durch Vorher-Nachher-Vergleiche in Form von Längsschnittuntersuchungen nachweisen.

Hier setzt die vorliegende Arbeit an.

Ziel dieser Arbeit ist es, auf der Grundlage der Darstellung des Pilotprojektes *Lernsprünge*, die Wirksamkeit geistiger Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten zu beleuchten. Die Stiftung Trias Vita ist ein Heilkundezentrum für alternative Behandlungsmethoden. Dieses wurde von Ärzten und Therapeuten mit dem Ziel gegründet, Schulmedizin und alternative Heilmethoden zu verbinden. Durch den gemeinsamen Austausch praktischer Erfahrungen wollen die Mitarbeiter der Stiftung Menschen in ihrem Heilungsprozess unterstützen. Ihre therapeutische Arbeit fokussiert sich überwiegend auf die Anwendung geistiger Heilweisen. Die Stiftung hat sich mit dem Projekt *Lernsprünge* zur Aufgabe gemacht, Kindern einen positiven Start in ihr Schulleben zu ermöglichen. Die Therapeuten der Trias Vita haben seit vielen Jahren Erfahrungen in der Behandlung mit Kindern, welche Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, Kontakt zu den GrundschullehrInnen aufzunehmen. Deren Erfahrungen deckten sich zum großen Teil mit den Elternberichten. In Kooperation mit den Grundschullehrern und Eltern wurde als Intention des Projektes das Anstreben der Zugänglichkeit eines stressfreien Lernens vereinbart.

Die Intervention dieser Studie erfolgt demnach als eine Behandlung mit geistigen Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Kontext. Durch die Komplexität und ganzheitliche Betrachtung der Methode (vgl. Kap. 2) ist keine punktgenaue Beschreibung der Anwendung möglich.

Ausgehend von der Beurteilung des Ist-Standes hinsichtlich des Sozial- und Lernverhaltens der vorliegenden Stichprobe, wird durch statistische Verfahren der Effekt der Anwendung geistiger Heilweisen gemessen. Dabei werden die drei Erhebungszeitpunkte einzeln miteinander verglichen.

Einführend wird ein Überblick über den Aufbau der vorliegenden Arbeit gegeben.

Im Folgenden wird zunächst der theoretische Hintergrund des Themas mit Hilfe entsprechender Fachliteratur genauer beleuchtet. Dabei wird auf begriffliche Grundlagen sowie verschiedene Theorieansätze eingegangen (Kapitel 2.1). Das darauffolgende Kapitel 2.1.1 stellt mit Hilfe unterschiedlicher Erklärungsmodelle die Wirkungsweise geistigen Heilens dar. Darauffolgend wird der therapeutische Ansatz geistiger Heilweisen von der Schul- und Alternativmedizin abgegrenzt. Da der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf der Behandlung bei Kindern liegt, werden in Kapitel 2.2 bisherige Erkenntnisse zur Anwendung geistiger Heilweisen bei Kindern aufgezeigt. Diese Ausführungen sollen mit den Erläuterungen zur kindlichen Spiritualität ergänzt werden. In Kapitel 2.4 wird der Bezugsrahmen der nachstehenden Forschung festgelegt. Da sich die Erhebung der Studie auf den schulischen Kontext bezieht, wird die Deskription von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern in eben diesem Rahmen aufgezeigt. Aktuelle Forschungsergebnisse werden in Punkt 2.5 vorgestellt. Mit diesem Einblick in den Gesamtkontext kann die darauffolgende Untersuchungs idee in den bereits vorhandenen Wissenstand eingeordnet, und dadurch eingegrenzt werden.

Die aus der Fachliteratur abgeleitete Fragestellung wird in Kapitel 3 genauer beschrieben.

Das Methodenkapitel 4 beginnt mit der Beschreibung der Hypothesen (Kap. 4.1) sowie des Studiendesigns und der Untersuchungsdurchführung (Kap.4.2). Im Anschluss daran wird das verwendete Erhebungsinstrument vorgestellt (Kap. 4.2.1). Die Beschreibung der Datenerhebung folgt in Abschnitt 4.2.2. Den Abschluss des Methodenkapitels bildet die Deskription der Datenkontrolle sowie der verwendeten statistischen Auswertungsverfahren.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen präsentiert. Eingangs beschreibt die Soziodemografie die Stichprobe der Studie. Daraufhin wird die Verteilung der Variable Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu den Werten der Normstichprobe betrachtet (Kap. 5.2). Zudem wird der Einfluss der Geschlechterfrage eruiert (Kap. 5.3). Die anschließenden Darstellungen zeigen die Ergebnisse der Analysen des Effekts geistiger Heilweisen, gemessen an den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten. Die Unterteilung in die Bereiche Sozial- und Lernverhalten spiegelt die Gliederung des verwendeten Messinstrumentes wieder und soll zur besseren Übersicht beibehalten werden. Am Ende der jeweiligen Unterkapitel werden die Resultate zusammengefasst.

Das darauffolgende Kapitel 6 diskutiert die zuvor aufgeführten Ergebnisse und betrachtet sie im Kontext des in Kapitel 2 dargestellten aktuellen Forschungsstandes. In dem anschließenden Abschnitt werden die Inhalte der Arbeit sowie die methodische Grenzen kritisch reflektiert.

Die aus der Arbeit hergeleiteten Schlussfolgerungen werden in Kapitel 7 dargestellt. Dabei werden Implikationen für die weitere Forschung sowie für die Praxis aufgezeigt. Es gilt zu klären, welche Forschungsdefizite bestehen und wie diese angegangen werden können, um das Wissen um die Wirksamkeit geistiger Heilweisen weiter zu entwickeln. Für die Praxis werden aus den vorliegenden Resultaten der Untersuchung Konsequenzen abgeleitet.

Abschließend wird die Arbeit in Kapitel 8 zusammengefasst.

Aufgrund besserer Lesbarkeit wird lediglich eine Geschlechterform verwendet. Selbstverständlich sind stets beide Geschlechter gemeint und zu berücksichtigen.

2 Theoretischer Hintergrund

Geistige Heilweisen setzen dort an, wo der menschliche Verstand an seine Grenzen stößt (KARNADI 2013). Doch was kann man sich überhaupt darunter vorstellen?

Der Begriff *geistige Heilweisen* beschreibt eine Fülle alternativer Therapieverfahren unterschiedlicher Herkunft. Grundsätzlich verfolgen jedoch alle Ansätze das gleiche Ziel: Die Aktivierung der Selbstheilungskräfte.

Folglich werden in dem anschließenden Kapitel die Schnittstellen der Rechercheergebnisse zu verschiedenen Ideen der Begriffsbestimmung geistiger Heilweisen, dessen grundlegenden Verständnisses sowie den Erklärungsansätzen zur Wirksamkeit des Phänomens aufgezeigt.

2.1 Geistige Heilweisen: Begriffsbestimmung und Grundlagen

Die Erfahrungen geistiger Heilweisen sind schon in biblischen Aufzeichnungen fixiert. Im Neuen Testament wird bereits die Fähigkeit der Heilung von Krankheiten durch den Geist konstatiert (1. KORINTHER 12:9). Auch Höhlenmalereien in den Pyrenäen weisen auf die Applikation des Handauflegens hin. Durch die Überlieferungen unterschiedlicher Art gelten geistige Heilweisen als älteste Heilmethode (BÖSCH 2007). Seit jeher verfolgen Vertreter geistiger Heilweisen die Idee, die Selbstheilungskräfte der Menschen durch Energiearbeit aktivieren zu können (ERNST 2001).

Der Dachverband geistigen Heilens (DGH), welcher als standardisiertes Organ zur Akzeptanz und Integration geistiger Heilweisen in das Gesundheitssystem fungiert, definiert die geistigen Heilweisen als eine ergänzende Option zu akzeptierten und gleichgestellten schul- und alternativmedizinischen Ansätzen und Verfahren. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen sowie die Aktivierung seiner Selbstheilungskräfte und seiner Eigenverantwortung stehen dabei im Fokus (DGH o.J.).

WIESENDANGER (2003) definiert geistiges Heilen als „[...] ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Verfahren, die beinahe nichts verbindet - bis auf eine einzige Gemeinsamkeit: Die bloße Intention zu heilen, reicht offenbar häufig aus, Leiden entgegen ärztlichen Prognosen zu lindern oder gar zu beseitigen; dabei werden keinerlei therapeutische Mittel eingesetzt, die nach gegenwärtigem medizinischen Erkenntnisstand wirksam sein könnten. Was heilt, scheint purer `Geist´.“ (13). Daniel Benor, einer der ersten Forscher geistiger Heilweisen und Herausgeber der größten Übersichtsarbeit verschiedener Studien, betont ebenfalls den Verzicht jeglicher Mittel in seiner Definition geistiger Heilweisen (BÖSCH 2007).

Die Vertreter geistiger Heilweisen erweitern die Betrachtungsweise der körperlichen Gesundheit, welche durch die Naturwissenschaft überwiegend auf die physikalischen und biochemischen Gegebenheiten reduziert wird, um die Beeinflussung durch immaterielle und feinstoffliche Faktoren. Dabei bedient sich der Therapeut verschiedener Energien, welche sich den Bereichen der Bioelektrizität, des Biomagnetismus und der Biophotonen zuordnen lassen (KROHNE 2007). Im Allgemeinen wird Energie als eine „schwingende Information“ (DALE 2012: 23) beschrieben. Die Energiestrukturen, welche feinstofflicher Art sind, stützen die physische Wirklichkeit und den physischen Körper. Als feinstofflich werden solche Energien bezeichnet, die eine Frequenz haben, die zu hoch oder zu niedrig ist, um sie wissenschaftlich messen zu können. Ihre Existenz wird jedoch durch ihre Wirkung überzeugend wahrgenommen. Im Gegensatz zur materiellen Energie ist die feinstoffliche Energie nicht direkt sichtbar¹. Mit der Verlagerung der Energien ist es möglich, eine Veränderung im Energiefluss zu bewirken und somit die Heilung einer Erkrankung herbeizuführen (DALE 2012).

Diesen Ansatz umfassen geistige Heilweisen, ergo die direkte Interaktion zwischen einem Therapeuten und einem Patienten mit dem Ziel der Heilung bzw. Besserung der Krankheit durch Energiearbeit (ERNST 2001). Dieser Kontakt wird durch die Einwirkung einer bestimmten Kraft beeinflusst, welche aus einer höheren beziehungsweise undefinierbaren geistigen Dimension kommt. Bislang liegt kein allgemeingültiger Konsensus über die Definition dieser Kraft vor, jedoch versuchen verschiedene Ansätze dieses Phänomen der Kraftereinwirkung zu erklären. So spricht BÖSCH (2002) in diesem Zusammenhang von einer Energieübertragung, ERNST (2001) von der Kanalisierung einer Energie durch den Therapeuten zu dem Patienten, GREVE (2004) von der „[...] Übertragung harmonisierender parapsychischer Energien“ (46), KNAUSS (2004) von einer medialen Fähigkeit, die geistige Welt zu kontaktieren und KROHNE (2007) von der Übertragung von Informationen zur Selbstheilung. Diese Informationen seien stets an die Bedürfnisse des Betroffenen gebunden und auf diese gerichtet. Diese mannigfaltigen Erklärungsansätze geistiger Heilweisen konstatieren alle als Ziel des therapeutischen Ansatzes die Unterstützung der Selbstheilungskräfte. Zudem beschreiben die unterschiedlichen Autoren, dass Therapeuten geistiger Heilweisen die Unterstützung einer Dimension während des Heilungsgeschehens erfahren, welche weder sichtbar noch unmittelbar nachweisbar ist (GREVE 2004).

Der 1955 in England gegründete Verband von Geistesheilern beschreibt den Prozess des geistigen Heilens von Körper, Geist und Seele anhand von zwei Verfahren. Zum einen bei Anwesenheit der Patienten durch die Kontaktheilung mit physischem Kontakt, zum Beispiel Handauflegen, zum anderen bei Abwesenheit der Klienten durch Fernheilungen in Form von

¹ Eine ausführliche Übersicht über die Unterschiede zwischen grobstofflichen und feinstofflichen Energien findet sich bei Dale (2012: 25ff).

Meditationen oder Bittgebeten. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Imagination, welche auf der mentalen Vorstellung des Klienten als gesund basiert und mit dem Senden dieses spezifischen Bildes an den Betroffenen abgeschlossen wird. Diese Idee der Imagination vertraten bereits die Schamanen, auf dessen Grundlage die modernen Verfahren des Biofeedbacks und der Hypnose aufbauen (BUCHER 2007).

Das Handauflegen ist die älteste und meist verbreitetste Form geistiger Heilweisen. Durch die Kontaktaufnahme des Therapeuten zu seinem Klienten über die Handinnenflächen wird der Energiefluss des Betroffenen angeregt beziehungsweise ausgeglichen. Auf diese Weise können Blockaden und Ungleichgewichte entfernt werden. Das direkte Berühren der beiden Akteure ist dabei kein absolutes Kriterium. Der Heilungsprozess kann ebenso angeregt werden, wenn der Therapeut seine Handinnenflächen mit einigen Zentimetern Abstand über den Körper des Patienten hält. Ferner liegen erfahrungswissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise für Fernheilungen vor. Dabei wird der Heilungsprozess durch die mentale Aktivierung des Energieflusses des Therapeuten für den Klienten angeregt, obwohl sich die Beteiligten lokal voneinander getrennt befinden (WIESENDANGER 2000).

Dem Beschluss des Bundesverfassungsgericht von 2003 zufolge, brauchen Therapeuten geistiger Heilweisen keine Zulassung als Heilpraktiker zur Ausübung ihrer Tätigkeit. Die Therapeuten, welche geistige Heilweisen ausüben, enthalten sich jeglicher Diagnosestellung, sofern sie nicht dem Heilpraktikergesetz unterlegen sind (BIERBACH 2009).

Zusammenfassend deskribiert KROHNE (2007) den Begriff geistiger Heilweisen mit einigen Aspekten.

- Der Begriff ist eine übergeordnete Beschreibung für die Arbeit mit verschiedenen Energieformen.
- Die Sanftheit der Methode sowie das Ausbleiben von Nebenwirkungen sind maßgebend.
- Geistige Heilweisen beseitigen die Ursachen der Krankheiten und nicht nur die Symptome.
- Es werden verschiedenartige Verfahren eingesetzt, zum Beispiel Hellempfinden und außersinnliche Wahrnehmung
- Grundlegend ist die Empathie und Anteilnahme des Therapeuten.
- Der Glaube des Patienten an die Wirksamkeit geistiger Heilweisen ist förderlich, aber nicht unbedingt notwendig.
- Geistige Heilweisen gelten als Ergänzung und Unterstützung zur Schulmedizin, nicht als Ersatz.

Ergänzend skizziert KNAUSS (2004) als wichtigste Charakteristika geistiger Heilweisen:

- Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen.
- Jeder Mensch hat die Fähigkeit zur Aufnahme und Aussendung von Heilenergie.
- Die Voraussetzung zur Anwendung geistiger Heilweisen ist eine spirituelle Einstellung sowie der Glaube an eine geistige Dimension und die Unendlichkeit des Lebens.
- Geistige Heilweisen arbeiten mit der Kraft der Natur.
- „Geistheilen ist keine Technik, sondern das Ergebnis eines Prozesses der eigenen Bewusstwerdung“ (KNAUSS 2004: 35).

Das grundlegende Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Vertretern der geistigen Heilweisen ist der Ausgangspunkt ihrer Arbeit. Vergleichbar ist dieser Ansatz mit dem Salutogenese-Modell von Antonovsky. Dabei orientieren sie sich an dem gesamten Organismus des Menschen, welcher Körper, Geist und Seele inkludiert. Gesundheit beschreibt dabei einen Zustand vollkommenen Wohlbefindens, welcher deutlich über das Freisein von physischen Symptomen hinaus geht. Vielmehr repräsentiert es eine innere Gelassenheit des Menschen. Diese Ausgeglichenheit besteht durch den harmonischen Energiefluss der verschiedenen Ebenen des Menschen. Aufgrund der stetigen Entwicklung des Menschen ist auch der Gesundheitszustand ein dynamisches Konstrukt, was jederzeit veränderbar ist. Nicht alle Beschwerden des Körpers benötigen die Unterstützung der äußeren Umwelt. Doch häufig bedingen unterschiedliche Einflüsse die Entstehung von Krankheiten, welche nicht nur durch eigene Ressourcen zu bewältigen scheinen (GREVE 2004). Es können sowohl Einflüsse der grobstofflichen Welt, wie Unfälle oder Einwirkungen auf den Körper, als auch feinstoffliche Bestandteile zur Manipulation des Befindens führen (BERTI 2011). Dabei liegt das Agens für die Entstehung von Krankheiten auf der emotionalen, gedanklichen und bedürfnisorientierten Ebene. Diese können sowohl unbewusst als auch bewusst zu ungelösten Konflikten führen und letztlich Blockaden entstehen lassen (KROHNE 2007). Das Entstehen von Blockaden mündet in ein Ungleichgewicht von Körper, Geist und Seele (BERTI 2011). Das Geschehen geistiger Heilweisen vollzieht sich somit nicht auf physiologischer Ebene. Die Aufmerksamkeit der Anwendung geistiger Heilweisen richtet sich nicht auf ein spezifisches Organsystem oder einzelnes erkranktes System, sondern vielmehr auf die Ganzheitlichkeit des Menschen (KROHNE 2012).

Obwohl jede einzelne dieser drei Ebenen ihr eigenes Bewusstsein beinhaltet, haben sie einen entscheidenden Einfluss aufeinander. Im Heilungsprozess ist das Zusammenspiel dieser drei Komponenten besonders wichtig. Der Körper wird von einem jeden Menschen bewusst wahrgenommen. Dieser ist für die Steuerung des willkürlichen Nervensystems und

die Denkprozesse zuständig. Die Seele hingegen ist dem Menschen unbewusst und folglich für die Steuerung der unbewussten Prozesse, wie das autonome Nervensystem und die Zellregeneration, verantwortlich (KROHNE 2012). Dennoch kreiert die Seele das menschliche Bewusstsein (JENNER 2001). Der Geist ist überbewusst. Dieser ist für die Steuerung die Heilung und des Energiekörpers ausschlaggebend. Ein Energiekörper ist für den Empfang, den Abbau, die Umwandlung und die Sendung von Energie zuständig. Nahezu jeder Organismus des menschlichen Körpers hat einen eigenen Energiekörper. Die Hauptenergiezentren sind die Chakras (vgl. Kap. 2.1.1), welche sowohl die grobstofflichen als auch die feinstofflichen Energien bewältigen und umwandeln. (DALE 2012). Aus der Erinnerung daran, wie der Körper sein sollte, steuert der Geist die Körperbildekräfte sowie die energetischen Gegebenheiten (KROHNE 2012).

Die schulmedizinisch vertretene Ansicht der Dichotomie des Körpers in die Zustände *gesund* oder *krank* wird im Setting geistiger Heilweisen nicht vorgenommen. Der Körper wird hier als Ausdrucksorgan für Informationen aus dem Bewusstsein wahrgenommen. Das Bewusstsein ist eines der Instanzen, welche für die Funktion eines lebenden Körpers zuständig ist. Neben dem Bewusstsein, also der Seele, ist es das Leben, der Geist, der die andere wichtige Rolle für die Funktionsfähigkeit eines lebenden Körpers einnimmt. Das Bewusstsein, welches für Wissenschaftler eine Funktion des Gehirns darstellt, speichert alle wahrgenommenen Erlebnisse und ist in der Lage, diese sichtbar zu machen (DETHLEFSEN&DAHLKE1998; BURKHARD 2013). Demnach ist jeder im Körper eines Lebewesens verlaufende Vorgang ein Ausdruck einer Information. Das harmonische Zusammenspiel unterschiedlicher physiologischer Körperfunktionen lässt ein Muster entstehen, welches die Menschen als Gesundheit bezeichnen. Die Disharmonie der verschiedenen Systeme gilt als Krankheit. Die verantwortliche Störung für dieses Ungleichgewicht liegt auf der Informationsebene des Bewusstseins und äußert sich lediglich über den Körper. Das Signal der Erkrankung wird zunächst an das Unterbewusstsein gesendet, wodurch ein psychisches Leiden entsteht. Häufig äußert es sich weiterhin in Form eines physischen Symptoms. Das Bewusstsein benutzt den Körper demnach, um sich darzustellen. Resultierend ist es also das Bewusstsein, welches sich durch seine fehlende Balance in Form eines körperlichen Symptoms zum Ausdruck bringt. Eine Krankheit entsteht folglich auf der Bewusstseinssebene, wohingegen sich ein Symptom auf der Körperebene zeigt und als Signal fungiert. Als Informationsträger hat das Symptom die Aufgabe, den Menschen darauf hinzuweisen, dass sein Bewusstsein nicht vollständig ist und ihn auf der Suche nach dem Fehlenden zu lenken (DETHLEFSEN&DAHLKE1998; JENNER 2011).

Heilung meint daher auch nicht die Vernichtung des Symptoms, sondern die Beseitigung der Ursache, die für das Entstehen des Ungleichgewichtes verantwortlich ist (DETHLEFSEN&DAHLKE1998). Im Sinne der Dualität ist die Wahrnehmung der Krankheit

jedoch notwendig, um Gesundheit und Wohlbefinden erfahren und wahren zu können (JENNER 2011).

Demzufolge streben die geistigen Heilweisen nicht bloß das Ziel der Beseitigung der physischen Beschwerden an, sondern vielmehr die Wiederherstellung des Wohlbefindens auf der körperlichen, psychischen, seelischen und spirituellen Ebene (GREVE 2004).

2.1.1 Wirkungsweise

Verschiedene Untersuchungsergebnisse, welcher die Art und Weise der Wirkung geistiger Heilweisen zu explorieren versuchen, sind bislang nicht hinreichend signifikant. Eine kausale Beziehung zwischen der Heilung der Krankheit eines Menschen und der Anwendung geistiger Heilweisen konnte noch nicht substantiiert werden (GREVE 2004). Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Medizin ist die Verfügbarkeit systematischer Informationen zu Studien geistiger Heilweisen nicht ausreichend. Vielmehr sind es unsystematische Erlebnisberichte, welche auf Erfahrungen gründen (WALACH 2006). Dennoch konstatieren zahlreiche erfahrene Therapeuten Ideen und Erklärungsansätze für die Wirkungsweise geistiger Heilweisen.

Wie bereits erwähnt geht die Mehrzahl der Therapeutinnen und Therapeuten davon aus, dass ihre Heilarbeit durch eine höhere Dimension bewirkt wird und sie selbst als ein Kanal für diese agieren. Mit dem Vertrauen und der Gewissheit, dass diese Art von Energieübertragung existiert, beginnt bereits dessen Wirkung. Der Therapeut kann sich dieser Energie bedienen und sie an einen Menschen weiterleiten (KNAUSS 2004). Die Untersuchungen von BINDER und WOLF-BRAUN (1995) weisen darauf hin, dass über 50% der Therapeuten ausschließlich die Übertragung der Energie als Wirkfaktor ansehen. In der Verbindung mit der höheren Dimension erfahren die Therapeuten häufig Eingebungen, welche auf Intuitionen gründen. Viele Therapeuten fühlen sich zudem in ihren Patienten hinein und kodieren die Beschwerden dessen auf ihren eigenen Körper. Wieder andere nehmen visuelle Bilder wahr, welche die Situation des Patienten symbolisieren. Das Abtasten des menschlichen Energiekörpers, der Aura, wird ebenfalls von Ausübenden der geistigen Heilweisen angewendet, um die Blockaden und Unregelmäßigkeiten des Betroffenen wahrzunehmen. Mit der Erkenntnis der aktuellen Situation des Patienten, können die Therapeuten die positive Energie gezielt für dessen Bedarf einsetzen (WIESENDANGER 2003).

KROHNE (2012) konnte in einer mehrjährigen Untersuchung feststellen, dass die Wirkungsmechanismen, welche die Patienten bewusst oder unbewusst in Richtung Gesundheit führen, von verschiedenen höheren Energiefeldern gesteuert werden. Durch weitere Verfahren ließ sich herausfinden, dass es sich um Energien handelt, welche den sieben Chakren zugeordnet werden können. KROHNE (2007) bezeichnet die Chakren als „[...] die Einfallstore des Geistes“ (67). Diese manifestieren sich auf der feinstofflichen Ebene und sind mit den fünf Sinnen nicht wahrnehmbar. Der Autor beschreibt die Chakren als „eine spiral-und trichterförmige, wirbelnde Energieverdichtung“ (KROHNE 2012: 38), welche geistig-spirituelle Schwingungen empfangen. Diese feinstofflichen Energiezentren versorgen ihren Organismus mit der Energie aus der Umwelt. Nach der Transformation und den

Stoffwechselprozessen der Energie wird diese über die Chakren wieder aus dem Körper geleitet. Ein intaktes Chakra dreht sich im Uhrzeigersinn. Blockierte Chakren drehen sich gegen den Uhrzeigersinn und verursachen durch die Abstoßung der Energie eine Energieanhäufung, was die gleichmäßige Energieversorgung behindert (BERTI 2011). Jedes einzelne Chakra wird von einer bestimmten Farbe geprägt, sodass es von erfahrenen Therapeuten visualisiert werden kann. Auf diese Weise kann es als intakt oder blockiert wahrgenommen werden. Der Konsens zwischen den Abweichungen dieser Energiezentren sowie den physischen Symptomen ermöglicht die Chakrendiagnose. Auf diese Weise konnte KROHNE (2007) feststellen, dass sich die Symptomatik der Erkrankungen konstant mit der energetischen Ausrichtung der Chakren verändert.

Auch BERTI (2011) betont den starken Einfluss der Chakren auf die Wirksamkeit geistiger Heilweisen. Er konstatiert, dass jedes Chakra durch die individuelle Entwicklung des Menschen geprägt ist und daher eine bedeutsame psychische Funktion einnimmt. Jedes einzelne dieser Energiezentren hat eine bestimmte Funktion.

Bisherige Forschungsergebnisse konnten diese Behauptung zwar noch nicht bestätigen, doch vielfältige Beobachtungen und Analysen von Einzelfällen bestärken diese Annahme mehrfach (KROHNE 2012). Die Erkenntnisse zeigen, dass jegliche Aktivierungen der Selbstheilungskräfte mithilfe der Chakrenenergie stets erfolgreicher sind, wenn die Ursache der Erkrankung eruiert werden konnte. Resultierend ist es eine wichtige Voraussetzung für jeden Therapeuten geistiger Heilweisen, die Ursachen der Krankheit des Patienten erkennen zu können. Ausschließlich mit dieser Überzeugung können die heilenden und erforderlichen Energien gezielt für den Patient eingesetzt werden (KROHNE 2012).

Viele erfahrene Therapeuten betonen, dass die Wirksamkeit ihrer Heilmethode von der Bereitschaft der Seele des Patienten abhängt. Die Zustimmung des Unbewussten ist eine wichtige Voraussetzung (BÖSCH 2007). Neben der Bereitschaft der Seele des Patienten ist auch dessen Compliance, ähnlich wie bei schulmedizinischen Therapieverfahren, ein ausschlaggebender Faktor für die Gesundung des Betroffenen. Dabei spielt die spirituelle Einstellung zum Leben eine übergeordnete Rolle. Das Bewusstsein und die Bereitschaft für die Aufnahme einer übergeordneten Energie und Kraft sollten vorhanden sein. Die vollständige Wiederherstellung der körperlichen Unversehrtheit kann nur unter Mithilfe der Seele vollzogen werden. Die Erkenntnis der Seele über die Ursache und den Sinn der Krankheit oder der Symptomatik, nämlich aus dieser etwas zu lernen, ist dabei entscheidend. Nach BÖSCH (2007) führt die ausschließliche Betrachtung der physischen und verhaltensorientierten Komponente im Rahmen der medizinischen Sichtweise zu einer Anhäufung chronischer Erkrankungen, da die seelischen Blockaden ignoriert werden.

Letztlich ist die emotionale Zuwendung im Rahmen einer therapeutischen Sitzung zu berücksichtigen. Die liebevolle Atmosphäre, das gegenseitige Verständnis sowie der

seelische und körperliche Kontakt werden ebenfalls als Wirkungsfaktor der Heilung gewertet. Die Resonanz zwischen Therapeut und Patient hat einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg einer Behandlung (OBRECHT 1999; KNAUSS 2004).

Im Rahmen der Untersuchung von BINDER UND WOLF-BRAUN (1995) gaben über 75% der Therapeuten an, mindestens drei Sitzungen für die Behandlung eines Patienten zu benötigen. 5% verzeichnen einen Effekt der Behandlung erst nach 20 Therapieeinheiten.

Das folgende Schaubild stellt den Prozess geistiger Heilweisen, ausgehend von dem Therapeuten, dar.

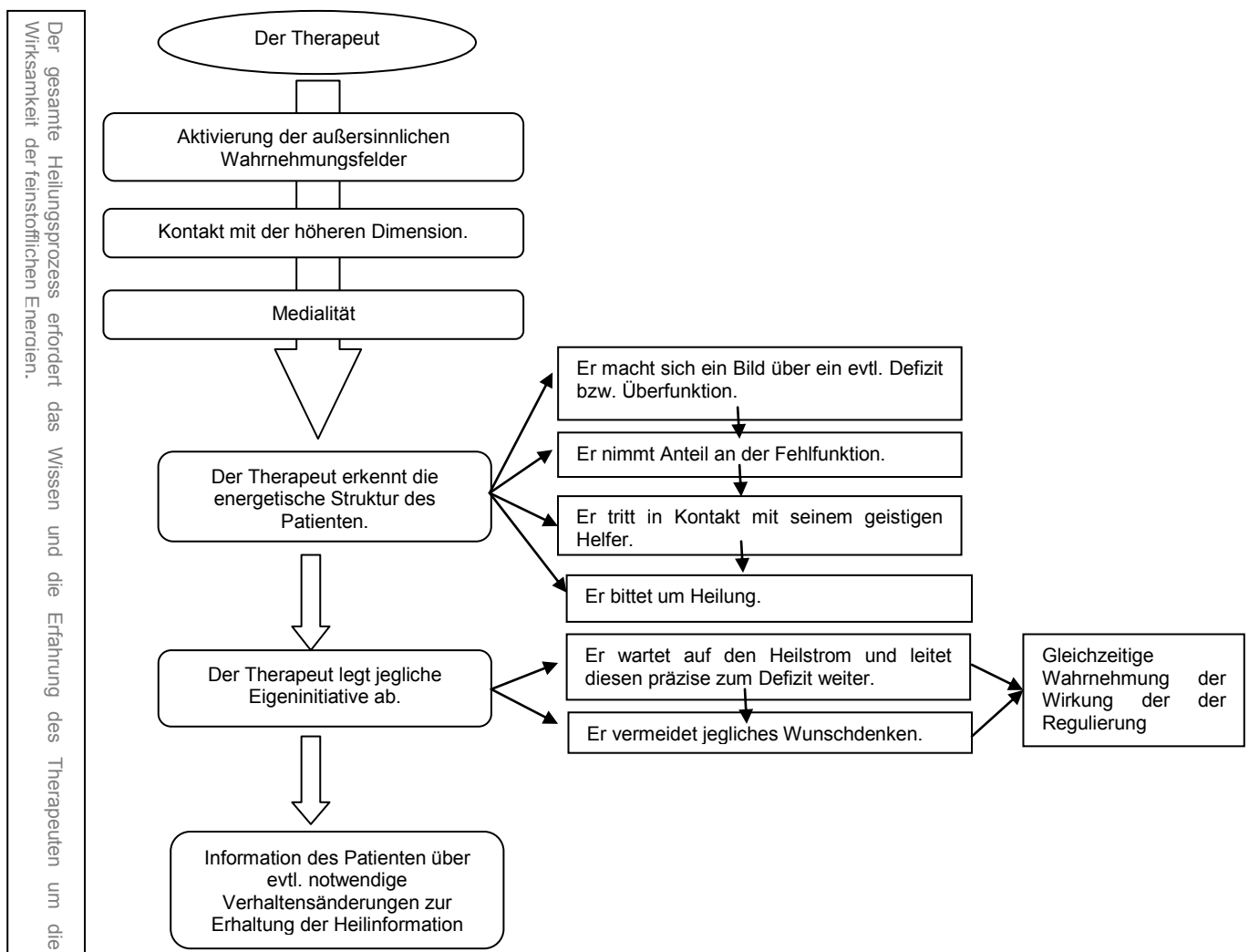


Abbildung 1: Der Prozess geistiger Heilweisen für den Therapeuten (eigene Abbildung)

Das wissenschaftliche Interesse zur Nachweisbarkeit der Wirkung geistiger Heilweisen bezieht sich vor allem auf die therapeutische Maßnahme der Fernheilung. Doppelblinde Versuchsanordnungen zur Kontrolle des Placebo-Effekts sind im Rahmen der Fernheilung im Gegensatz zur Anwendung der Kontaktheilung möglich, und daher besser überprüfbar. Die Cochrane Collaboration beurteilt nach der Revision einiger für sie methodisch befriedigenden Studien über Fernheilungen die Forschungsergebnisse als noch nicht hinreichend, jedoch als richtungsweisend, sodass die weitere Investition für Untersuchungen gerechtfertigt sei (BÖSCH 2007).

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass sich das Wohlbefinden der Menschen nach einer therapeutischen Maßnahme durch Handauflegen positiv verändert (BUCHER 2007). BINDER UND WOLF-BRAUN (1995) zeigten in ihrer empirischen Studie über Geistheilung mit 140 Befragten, dass sich die Beschwerden bei 76% durch die Anwendung des Handauflegens eines Therapeuten vermindern ließen. Die positive Entwicklung durch die Behandlung von Kinesiologen und Chiropraktikern lag bei 53%.² Weitere Ergebnisse zeigten, dass die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten von Therapeuten geistiger Heilweisen bei 60-80% lagen. Die Versuchsleiter konnten mit diesem Ergebnis einen deutlichen Unterschied zwischen dem Effekt geistiger Heilweisen und dem Einsatz von Placebos dokumentieren. Der Placebo-Effekt liegt Studien zufolge durchschnittlich bei 30%. Ergo kann die Wirksamkeit geistiger Heilweisen nicht ausschließlich durch den Placebo-Effekt erklärt werden (BINDER & WOLF-BRAUN 1995).

2.1.2 Verortung neben Schul- und Alternativmedizin

Geistige Heilweisen sind exemplarisch für das Verständnis der Theoriebildung der Komplementärmedizin (BÖSCH 2002). Dennoch werden sie als Teil der Komplementärmedizin zu dessen Außenseiterbereich zugeordnet. Sie erfahren von schulmedizinischer Seite Ablehnung und Ausgrenzung, werden häufig mit Quacksalberei und Scharlatanerie assoziiert. Der unzureichend wissenschaftliche Beweis der Wirksamkeit geistiger Heilweisen ist für die Schulmedizin ein Kriterium für die mangelhafte Nachvollziehbarkeit dieser Behandlungsmethode. Zudem können sie zu keinen wissenschaftlichen Konzepten der Naturwissenschaften zugeordnet werden, was häufig zu Unverständnis führt und die Akzeptanz erschwert (GREVE 2004). Dennoch ist die Tendenz des Interesses an alternativmedizinischen Methoden, auch an geistigen Heilweisen, steigend. Zwar ist das deutsche Gesundheitssystem noch weit davon entfernt, die geistigen Heilweisen in grundsätzlich schulmedizinisch orientierten Krankenhäusern anzubieten, so wie es in Großbritannien seit 50 Jahren praktiziert wird, doch die Offenheit der Ärzte gegenüber spirituellen Heilmethoden nimmt zu. KROHNE (2012) bezeichnet Deutschland

diesbezüglich sogar als „Entwicklungsland“ (15). Eine Studie der Arbeitsgruppe der Abteilung für Theoretische Medizin der Universität Osnabrück fixiert in ihren Ergebnissen, dass 73% aller Hausärzte alternative Heilmethoden befürworten. Knapp 26% von diesen stehen geistigen Heilweisen offen und positiv gegenüber, von den Schulmedizinerinnen sind es sogar 59%. Jeder Zweite sieht geistiges Heilweisen als möglich sinnvolle Maßnahmen zur Behandlung chronischer Erkrankungen. 77% halten die Heilmethode bei psychischen Erkrankungen als besonders empfehlenswert (GREVE 2004).

Die unterschiedlichen Ansichten der Schul- und Alternativmedizin beziehen sich überwiegend auf die differenten Krankheitskonzepte, welche ihre Arbeit richtungsweisend beeinflussen. Die defizitäre Ausrichtung der Schulmedizin lokalisiert die Ursachen einer Erkrankung im physischen Mechanismus, hervorgerufen durch externe Einwirkungen oder innere Störungen der Regulation, Produktion oder Abwehr. Diese Symptomatik wird in der Regel durch Pharmazeutika, chirurgische Eingriffe oder manuelle Therapien ausgeglichen und korrigiert, teilweise sogar eliminiert. In der klassischen Medizin „[...] werden Feldzüge gegen Krankheiten geführt“ (BÖSCH 2007: 95). Die Vertreter geistiger Heilweisen betonen hingegen die Entstehung von Krankheiten auf der seelisch- geistigen Ebene und ihre körperliche Manifestation als sekundäre Erscheinung. Das Auftreten einer Erkrankung verfolgt nach ihrem Verständnis immer einen Sinn, welcher sich auf den individuellen Entwicklungsprozess des Menschen bezieht. Aus diesem Grund pointieren die Therapeuten geistiger Heilweisen die Behandlung kranker Menschen, und nicht die Bekämpfung von Krankheiten. Hingegen der nosologischen Vorstellungen der Schulmedizin wird das Auftreten einer Krankheit im Bereich geistiger Heilweisen als einheitliches Resultat verschiedener Belastungen in Formen von Emotionen gesehen. Daher können die therapeutischen Ansätze dieser beiden Richtungen bei gleicher schulmedizinischer Diagnose variieren. Können Krankheiten mit geistigen Heilweisen schnell und einfach behandelt werden, können sie den schulmedizinischen Therapien komplett widerstehen. Ebenso kann die Schulmedizin eine Krankheit mit ihren Ansätzen besiegen, bei welcher die geistigen Heilweisen keine oder nur geringe Erfolge erzielen (BÖSCH 2007).

Different ist außerdem, dass Therapeuten geistiger Heilweisen im Vorfeld der Behandlung nicht erläutern können, ob die Wirkung auf der seelischen, körperlichen oder geistigen Ebene vollzogen wird. Die heilende Energieübertragung setzt auf der individuell bedürftigen und empfänglichen Ebene an. Dieser Aspekt verdeutlicht das unterschiedliche Forschungsinteresse der Schul- und Alternativmedizin. Die ausschließliche Erfolgsmessung der therapeutischen Maßnahme auf ein bestimmtes Symptom ist im Rahmen geistiger Heilweisen unzureichend, da nie ein einziges Kriterium behandelt wird. Das gesamte Resultat der Behandlung ist maßgeblich. In der klassischen Medizin werden Wirkungen,

welche sich nicht direkt auf das zuvor deklarierte Symptom beziehen, als unspezifisch bezeichnet (BÖSCH 2007).

Therapeuten geistiger Heilweisen stellen an ihre Behandlung den Anspruch, positive Effekte im Hinblick auf das ganzheitliche Befinden des Patienten zu erzielen. Sie können weder die Wirkung der Behandlung noch die Linderung der Symptomatik versprechen. Zudem können Wirkungen entgegen der Erwartungen des Patienten eintreten, welche dennoch das Wohlbefinden unterstützen können. „In der schulmedizinischen Forschung des statistischen Wirkungsnachweises nach Goldstandard hat eine solche Methode kaum Chancen auf Anerkennung, da eben nur die im Voraus beabsichtigten Wirkungen zählen, nicht aber die sogenannten unspezifischen Effekte“ (BÖSCH 2007:108).

Wie bereits erwähnt, scheint die Wirksamkeit geistiger Heilweisen von der Bereitschaft der Seele des Patienten abhängig zu sein. So kann es sein, dass schulmedizinisch nicht zu heilende Personen durch geistige Heilweisen gesunden. Ebenso gilt der Umkehrschluss: Personen können durch geistige Heilweisen nicht geheilt werden, dafür aber durch schulmedizinische Maßnahmen (ebd).

Grundsätzlich wünschen sich immer mehr Akteure in diesem Feld der Medizin eine vernetzte Arbeit zwischen konventionellen und unkonventionellen Methoden. Der ehemalige Präsident der Berliner Ärztekammer, Ellis Huber, befürwortet seit Jahren eine größtmögliche Zusammenarbeit dieser beiden Ausrichtungen, einschließlich geistiger Heilweisen. Er plädiert dafür, die Sicherstellung der Medizin zu gewährleisten, indem verschiedene Menschen aufeinander aufpassen und die einzelnen Therapieangebote aufeinander abgestimmt und ergänzt werden (GREVE 2004).

2.2 Geistige Heilweisen bei Kindern

Die ausführliche Literaturanalyse zeigt deutlich, dass die Behandlung von Kindern mit geistigen Heilweisen bislang noch sehr unerforscht ist. Lediglich vereinzelte Forschungsergebnisse geben Einblicke in die Anwendung der alternativen Heilmethode bei Kindern. WIESENDANGER (2006) hat mit seinem Ratgeber für Angehörige die bislang einzige Literatur verfasst, in welcher sich das geistige Heilen ausschließlich auf Kinder bezieht. Doch auch diese Quelle wird von Einzelfallbeschreibungen dominiert.

Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse konstatieren, dass besonders Eltern chronisch kranker Kinder geistige Heilweisen als Behandlungsmethode in Betracht ziehen. Da sich nach aktuellen Erkenntnissen das Krankheitsspektrum in der Pädiatrie von akuten zu chronischen Erkrankungen verschiebt, steigt somit auch das Interesse an alternativmedizinischen Therapiemethoden. Außerdem lässt sich auch eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Störungen erkennen. Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs) des Robert-Koch-Instituts wird der Anstieg chronischer Krankheiten sowie unterschiedlicher Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten als neue Kinderkrankheiten diskutiert. Die KiGGs-Studie zeigt auf, dass mindestens jedes 8. Kind von einer chronischen Gesundheitsstörung betroffen ist (SCHLACK 2008). Neuere Umfragen aus den USA zeigen, dass mindestens ein Drittel aller Eltern von Kindern mit schwerwiegenden, anhaltenden Gesundheitsproblemen einen Therapeuten geistiger Heilweisen zur Behandlung hinzuziehen.

Die Anwendung geistiger Heilweisen bei Kindern verzeichnet häufig einen zügigen Erfolg. Vor allem bei allergischen Symptomen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst oder Enuresis wurden gute Erfahrungen der Wirksamkeit gemacht (HÖFLER 2011).

WIESENDANGER (2006) verweist vor allem auf erfolgreiche Behandlungen bei Problemen mit psychischer Symptomatik, wie Angststörungen oder Lernschwierigkeiten.

Da in Großbritannien die Wirksamkeit geistiger Heilweisen bereits akzeptiert wird und diese Form der alternativen Medizin auch in Kliniken Anwendung findet, besteht auch für Kinderkliniken die Möglichkeit der Integration dieser Behandlungsmethode. Das Middlesex Hospital in London zählt zum Beispiel seit dem Jahre 2004 einen Therapeuten geistiger Heilweisen in ihrer pädiatrischen Onkologie zu ihrem Team. Dieser wird für seine Unterstützung im Rahmen der Behandlung der Kinder von dem National Health Service (NHS) finanziert. Mit dem Einverständnis der Eltern behandelt der Therapeut acht Kinder pro Woche, jeweils eine halbe Stunde. Vor allem bei Kindern mit lymphoblastischer Leukämie verzeichnet die Klinik mit der Unterstützung geistiger Heilweisen Erfolge im allgemeinen Wohlbefinden der Kinder. Der Klinikleiter hebt überwiegend die Verringerung der Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie sowie die Reduktion von Angstzuständen hervor (WIESENDANGER 2006).

Lediglich kleine Hinweise der Literaturrecherche lassen einen positiven Zusammenhang zwischen der Anwendung geistiger Heilweisen und einem verbesserten Wohlbefinden bei Kindern erkennen. WIESENDANGER (2006) akzentuiert in seinen Ausführungen zu den Einzelfallberichten seines Ratgebers immer wieder die spirituelle Einstellung der Kinder als wichtige Voraussetzung für die Annahme und den positiven Effekt geistiger Heilweisen.

Die kindliche Spiritualität soll im Folgenden näher betrachtet werden, um die Offenheit und Zugänglichkeit der Kinder für diese Art der alternativen Behandlung zu beleuchten.

2.3 Kindliche Spiritualität

Spiritualität beschreibt ein intrinsisches Glaubenssystem des Menschen (HOUSKAMP ET AL 2004. in HOLDER, COLEMAN, WALLACE 2008). Die Religiosität eines Menschen muss dessen Spiritualität nicht ausschließen. Diese beiden Einstellungen können im Rahmen der Lebensführung miteinander kombiniert werden, sind aber auch nicht aufeinander angewiesen (HOLDER, COLEMAN, WALLACE 2008; VON GONTARD 2013). Im englischen Sprachraum wird Religiosität eher als Spezialfall von Spiritualität gesehen (FREUDENREICH & METTE 2005). Spiritualität ist bei jedem Menschen seit Beginn seines Lebens als Fähigkeit vorhanden und bedarf keiner Voraussetzungen zur Entfaltung, weder kognitiver noch emotionaler Art. Auch der Gesundheitszustand eines Menschen ist keine notwendige Bedingung der Spiritualität. Die Menschen unterscheiden sich in ihrer Kultivierung des Phänomens Spiritualität. Da sie ein tiefes Bedürfnis emotionaler Sehnsucht widerspiegelt, hat sie einen hohen subjektiven Stellenwert (VON GONTARD 2013). Diese Einstellung beeinflusst die individuelle Stärke des Menschen (HOUSKAMP ET AL. 2004 in HOLDER, COLEMAN, WALLACE 2008). Das wesentliche Merkmal der Spiritualität ist die „überpersönliche Transzendenz [...], d.h. im Erleben wird auf etwas Größeres hingewiesen, als man selbst ist“ (VON GONTARD 2013:19). Die rationale Erklärung dieses Phänomens ist aufgrund dieser metaphysischen Komponente diffizil, besonders weil sich dessen Erfahrungen auf das eigene Sein beziehen. Die Subjektivität der Wahrnehmung der Realität lässt die Psyche des Individuums nicht an dessen Wahrheitsgehalt zweifeln. Spirituelle Erfahrungen können sich in positiven als auch in negativen Erlebnissen mit variabler Intensität zeigen. Diese Wahrnehmungen beeinflussen die Richtung der Auswirkungen der Geschehnisse (VON GONTARD 2013).

Der mehrdimensionale Ansatz der Spiritualität ermöglicht keine Zuordnung zu einem bestimmten Gebiet der Sozialwissenschaften. Eine spirituelle Ausrichtung inkludiert verschiedene Aspekte, unter anderem die Beziehung zu einer anderen Dimension und das Übernatürliche sowie die Ausrichtung des eigenen Verhaltens auf diese Systeme des Glaubens und Überzeugungen, traditionelle Strukturen, übernatürliche Fähigkeiten und existentielle Fragen (ROEHLKEPARTAIN ET AL. 2006).

In der Kindheit scheint die spirituelle Aufgeschlossenheit noch besonders stark und unverfälscht zu sein. Jedoch lassen sich die unterschiedlichen Facetten der kindlichen Spiritualität nicht zu einem einheitlichen Muster zusammenfügen. Durch vielfältige spirituelle Erfahrungen, Einstellungen und Ausdrucksweisen der Kinder wird der individuelle Charakter der Spiritualität deutlich (FREUDENREICH & METTE 2005).

HAY UND NYE (2006) konnten in ihrer Untersuchung zur Spiritualität von Kindern und Jugendlichen herausfinden, dass Kinder besonders zugänglich für eine spirituelle Lebensausrichtung sind. Dabei konnte ein direkter Zusammenhang zwischen dem Empfinden von Glück und einer spirituellen Einstellung von Kindern verzeichnet werden. Ausschlaggebend ist im Rahmen dessen nicht die Ausübung von Riten, sondern vielmehr der Glaube an eine höhere Macht, welche den Kindern das Gefühl von Schutz und Liebe entgegenbringt. Die Kinder meinen ihre Sorgen und Hoffnungen verständnisvoll aufgehoben und können so ihre eigene Persönlichkeit entwickeln und leben. Dies impliziert nicht zuletzt die Erhöhung ihres Selbstwertes. Spiritualität ist der Ausdruck einer einzigartigen Persönlichkeit (KAMANN 2009).

Bereits Erik Erikson inkludiert in seinem Stufenmodell psychosozialer Entwicklung die Bedeutsamkeit religiöser Psychologie und spirituellem Wachstum. Schon für die Bewältigung der ersten Entwicklungsstufe führt er die Eigenschaft der zuversichtlichen Einstellung an. Erikson beschreibt Religion als etablierte Form der Hoffnung (HART 2006).

Aufgrund ihrer Unreife wurde Kindern eine spirituelle Intelligenz abgesprochen. Doch neue Erkenntnisse zeigen, dass viele Kinder ehrliche spirituelle Fähigkeiten besitzen. Das Interesse nach Evidenzen für spirituelle Erfahrungen und Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen wächst stetig. Bisherige Nachweise der Spiritualität und natürlichen Fähigkeiten von Kindern stellen die konventionellen Ansichten der kindlichen Entwicklung infrage. Qualitative Untersuchungen mit Kindern zeigen, dass alle Probanden bereits Erfahrungen mit ihrer Spiritualität gemacht haben (ebd).

2.4 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern

Da sich die vorliegende Untersuchung auf die Wirksamkeit geistiger Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten bezieht, werden diese im Folgenden zur Realisierung des einheitlichen Verständnisses erläutert. In Anlehnung an das Forschungsvorhaben liegt der Fokus der Betrachtung des abweichenden Verhaltens auf dem Kontext Schule. Daher werden zudem Störungen des Lernverhaltens thematisiert.

Zur Deklaration abweichenden Verhaltens ist ein konkreter Bezugsrahmen zu bestimmen, innerhalb dessen Auffälligkeiten benannt werden können. Dieser Kontext legt demnach eine

Norm fest, an welcher das Verhalten von Kindern gemessen wird. Diese Norm zur Bewertung von Abweichungen wird in der Psychologie von drei verschiedenen Faktoren bestimmt und durch diese auch voneinander differenziert. Die soziale Norm legt ihren Rahmen durch die Verhaltensbeurteilung einer Referenzgruppe fest, die sachorientierte beziehungsweise ideale Norm beurteilt das Verhalten eines Kindes in Relation zu gesetzlich festgelegten Standards und die individuelle Norm betrachtet das kindliche Verhalten im subjektiven Entwicklungsverlauf. Die ausschließliche Konstatierung der Abweichung von einer dieser drei Normen ist jedoch zur Konkretisierung einer Verhaltensauffälligkeit nicht ausreichend. Im Rahmen der Verhaltensbeurteilung ist in jedem Fall das kindliche Handeln mit der Adäquatheit des jeweiligen Alters zu parallelisieren. Dabei ist es nicht das singuläre Auftreten von Verhaltensschwierigkeiten, sondern deren Frequenz, Intensität oder die gegebene Situation, welche das Verhalten als auffällig wahrnehmbar machen (IMHOF 2010).

Die folgende Definition fasst diese Aspekte zusammen:

„Von Verhaltensauffälligkeiten im Schulalter soll gesprochen werden, wenn soziale und / oder emotionale Verhaltensweisen eines Schülers jenseits von tolerierbaren Abweichungen von idealen, sozialen und funktionalen Bezugsnormen liegen und wenn sie zur Beeinträchtigung des Schülers selbst und / oder seiner Umwelt führen“ (LANGFELDT&TENT 1999: 219).

Verhaltensauffälligkeiten haben meistens psychische Belastungen und gesundheitliche Einschränkungen des individuellen Wohlbefindens zur Folge. Diese Konsequenzen beziehen sich ebenso auf das soziale Umfeld, das familiäre Zusammenleben und die Schullaufbahn. Hinzukommt die finanzielle Beanspruchung durch notwendige Interventionen (HÖLLING et al. 2007).

Die Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten erfolgt häufig durch die Schuleintrittsuntersuchungen und dem steigenden Interesse der Eltern mit dem Schuleintritt, doch die Manifestation des abweichenden Verhaltens geschieht häufig bereits im Kindergartenalter. Die Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie fundieren diese Annahme. Die Untersuchung konstatiert, dass 17 % der 3-6-jährigen Kindergartenkinder pathologische Verhaltensauffälligkeiten zeigen, 18 % der Kinder werden als grenzwertig auffällig eingestuft. Die Manifestation externalisierender Störungen², wie Auffälligkeiten mit Wutanfällen, Streiten, Zerstörung, Beschimpfungen oder Lügen wird temporär früher wahrgenommen als die der internalisierenden Störungen³. Diese äußern sich unter anderem in misstrauischen, zurückgezogenen und ängstlich-depressiven Verhaltensweisen. Externalisierende Störungen und ein hyperaktives Verhalten treten im Kindergartenalter öfter bei Jungen als bei Mädchen auf. Diese geschlechtsspezifische Differenz ist im Schul- und

² Externalisierende Störungen umfassen Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen Menschen.

³ Internalisierende Störungen beziehen sich auf Probleme mit der eigenen Person (HÖLLING et al. 2007).

Jugendalter noch deutlich stärker ausgeprägt (SINZIG & SCHMIDT 2007). Signifikant höhere Werte für das Auftreten externalisierender Störungen bei Jungen konnten auch in einer epidemiologischen Studie von BERG und TISDALE (2005) gemessen werden. Zudem zeigen sie häufiger Sprach- und Sprechstörungen sowie Stimmungslabilität und Aggressionen. Bei Mädchen und Jungen werden im Vergleich zu anderen Verhaltensauffälligkeiten übereinstimmend Leistungsprobleme festgestellt (BERG & TISDALE 2005). Eben wie die Braunschweiger Kindegartenstudie weisen die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS) des Robert-Koch- Instituts analoge Resultate auf. Die bundesweite KiGGS - Studie erfasst erstmals den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. Die Erhebung erfolgte von 2003 bis 2006 und umfasst eine Stichprobe von 7102 Mädchen und 7376 Jungen im Alter von 3 - 17 Jahren. Nach den Elternangaben werden 7,2 % der Kinder und Jugendlichen als verhaltensauffällig erfasst, 7,5 % gelten als grenzwertig. Die Altersgruppe der 7-13 Jährigen inkludiert die Kinder mit dem höchsten Wert auffälliger Verhaltensweisen. Mädchen werden mit 5,3 % von ihren Eltern deutlich seltener als auffällig eingestuft als Jungen (9,0%). Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Kontext weisen ein erhöhtes Risiko (12,2%) für das Auftreten psychischer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten auf (HÖLLING et al. 2007). Dem Einfluss der Geschlechterfrage ging auch RAUSCHENBACH (2010) in seiner Analyse über leistungsschwache Schüler und deren Schulabschlüsse nach. Die Resultate zeigen, dass es sich bei den Schulabgängern ohne Hauptschulabschluss doppelt so oft um männliche Jugendliche als um Weibliche handelt. Eine Untersuchung von STORCK et al (1998) zeigt, dass 80-90% aller Kinder mit Entwicklungsstörungen Probleme beim schulischen Lernen aufweisen und disponiert für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten sind. Beinahe jedes zehnte Grundschulkind erfüllt trotz einer altersadäquaten Intelligenz nicht die Anforderungen im Lesen, Rechtschreiben und Rechnen (FISCHBACH et al 2010). Schwierigkeiten beim schulischen Lernen können Definitionen zufolge dann vorliegen, wenn die Leistungen eines Schülers unterhalb tolerierbarer Abweichungen von Bezugsnormen liegen oder wenn festgelegte Leistungsstandards mit dem Einhergehen von Belastungen verbunden sind, sodass sich diese in unerwünschtem Verhalten und Entwicklung des jeweiligen Schülers äußern (IMHOF 2010).

Die hier skizzierten Rechercheergebnisse zeigen den hohen Bedarf an intervenierenden Maßnahmen zur Verringerung abweichenden Verhaltens von Kindern und sich daraus entwickelnden Störungen des Sozial- und Lernverhaltens auf.

2.5 Aktueller Forschungsstand

Die empirische Auseinandersetzung mit der alternativen Behandlungsmethode geistiger Heilweisen ist bislang noch unzureichend. Es fanden zwar weltweit bereits über 200 Studien statt, doch keine konnte bislang eindeutige wissenschaftliche Evidenzen darlegen. Jedoch deuten einige Untersuchungsergebnisse darauf hin, dass die Wirkung geistiger Heilweisen nicht ausschließlich auf Suggestion, Placebo-Effekte oder andere psychologische Faktoren deriviert werden kann. Vor allem die Untersuchung geistiger Heilweisen bei Kindern ist bislang unerforscht. Der Großteil praktischer Erfolge in der Anwendung geistiger Heilweisen wird über Fallbeschreibungen publiziert. Diese stammen von den Therapeuten selbst, Angehörigen oder Patienten. Diese Erhebungen lassen daher keine Repräsentativität zu (WIESENDANGER 2006).

Eine Übersichtsarbeit von 37 randomisierten kontrollierten Studien zum geistigen Heilen von Abbot und Kollegen lässt zwar insgesamt einen signifikanten Effekt über die Wirksamkeit der Behandlungsmethode erkennen, die Befundlage bleibt jedoch unklar (ABBOT 2000).

KROHNE (2007) eruierte während seiner Arbeit mit geistigen Heilweisen, dass die Energieübertragung nicht nur bei Krankheiten heilend wirkt, sondern auch zur Unterstützung der individuellen Leistung eines Menschen beiträgt. Mehrfach konnten Erfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen konstatiert werden. Meistens ließen sich Traumata der frühen Kindheit auf der Chakrenebene feststellen. Sobald diese gelöst wurden konnte deutlich bessere Schulleistungen verzeichnet werden. Aktuelle Studien zur Inanspruchnahme geistiger Heilweisen von Kindern liegen nicht vor. Die letzten Ergebnisse sind aus dem Jahre 2006, in welcher eine niederländische Untersuchung herausfand, dass ungefähr 1,5 % der unter 10-Jährigen sowie 0,4% der unter 5-Jährigen die Unterstützung eines Therapeuten geistiger Heilweisen in Anspruch nahm (WIESENDANGER 2006).

Basierend auf einem Review unterschiedlicher Literaturrecherchen zu den Faktoren Freude, Religiosität und Spiritualität können positive Korrelationen zwischen einer spirituellen Lebenseinstellung und der Lebensfreude konstatiert werden (FRANCIS ET AL. 2000 zit. n. HOLDER ET AL. 2008).

Auch HOLDER ET AL. (2008) eruierten in ihrer Studie mit 320 Kindern im Alter zwischen 8 und 12 Jahre signifikante Korrelationsergebnisse zwischen den Aspekten Spiritualität und Freude. Ihr Studie untersuchte anhand zweier Fragebögen zur Spiritualität und Religiosität sowie eines Bogens zu Glück und Freude den Zusammenhang zwischen diesen vier Aspekten. Die Resultate der Selbstberichte sowie Fremdbeurteilungen durch die Eltern zeigen deutlich, dass die kindliche Spiritualität an ihre Lebensfreude gekoppelt ist. Die Freude der Kinder steigt mit ihrer Spiritualität. Hohe Signifikanzen weisen vor allem die Ergebnisse der Dimensionen

persönliche Spiritualität⁴ sowie die gemeinsame Spiritualität⁵ im Zusammenhang mit Glück und Freude auf.

Eine bevölkerungsbezogene Studie aus den Niederlanden machte den Zusammenhang elterlicher Religiosität und kindlichem Verhalten zum Forschungsgegenstand. Eine Stichprobe von 2230 Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren wurde anhand standardisierter Erhebungsbögen⁶ befragt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigte deutlich, dass nicht die grundlegende Einstellung der Eltern zur Religiosität, sondern die Disharmonie der elterlichen und kindlichen religiösen Einstellung, einen entscheidenden Einfluss auf das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern hat. Diese Diskrepanz wird als Risikofaktor für die kindliche Verhaltensentwicklung deklariert. In dieser repräsentativen Studie betraf dies 15,8% aller Eltern (VAN DER JAGT-JELSMA ET AL 2011). Kritisch zu betrachten ist die Erfassung des Konstrukts Religiosität im Rahmen dieser Studie. Die Einschätzung der religiösen Einstellung in die Kategorien aktiv religiös und passiv religiös der Eltern erfolgte anhand von drei Fragen (eigene Einschätzung der Religiosität, die Kircheng Zugehörigkeit sowie der Besuch von Kirchen), welche durch die Mutter beantwortet wurde. Trotz fehlender Differenzierung dieser Kategorisierung kann das Ergebnis als richtungsweisend angesehen werden (VON GONTARD 2013).

Dennoch wurden grundsätzlich nur wenige Studien mit signifikanten Ergebnissen publiziert. Auch die methodologischen Einschränkungen verschiedener Untersuchungen effizieren eine geringe empirische Evidenz. Die große Heterogenität der Datenlage bedarf weiterer wissenschaftlicher Studien, um eindeutig signifikante Ergebnisse zu erhalten und somit die Validität einzelner Verfahren annehmen zu können. Unkontrollierte Untersuchungsbeobachtungen zeigen jedoch bislang gute Effekte (WALACH 2006).

⁴ Bedeutung und der Wert des persönlichen Lebens

⁵ Qualität und Intensität zwischenmenschlicher Beziehungen

⁶ Achenbach-Fragebögen: CBYL, YSR, TRF

3 Eigene Fragestellung

Aus der gesicherten Literatur können Hinweise abgeleitet werden, dass die Anwendung geistiger Heilweisen positive Effekte auf den Heilungsprozess von Menschen ausüben kann. Die Wirksamkeit geistiger Heilweisen bei Kindern ist bislang noch unzureichend erforscht. Studien zur Spiritualität von Kindern postulieren jedoch die Zugänglichkeit und Offenheit von Kindern für alternative Heilmethoden. Auf dieser Literaturlbasis sowie den in Kapitel 2.4 gewonnenen Erkenntnissen zum Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern bezieht sich das Forschungsinteresse auf die Anwendung geistiger Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten.

Dabei werden die nachstehenden Fragestellungen verfolgt:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anwendung geistiger Heilweisen und Verhaltensauffälligkeiten, gemessen durch das Lern- und Sozialverhalten, von Kindern?
- Zeigen Kinder nach der Behandlung mit geistigen Heilweisen weniger Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Kontext als vorher?

Es sei an dieser Stelle erneut erwähnt, dass trotz umfangreicher Recherchen in unterschiedlichen Datenbanken keine vergleichbaren Forschungsvorhaben aufgefunden werden konnten. Die vorliegende Untersuchung kann daher als Schritt in die Exploration eines Forschungsfeldes gesehen werden, welches zunehmend die Achtsamkeit der Menschen weckt.

4 Methodisches Vorgehen

Das nachstehende Kapitel enthält die Ausarbeitung der einzelnen Forschungsschritte sowie die Aspekte der Durchführung des Pilotprojektes. Bei der dargestellten Fragebogenerhebung handelt es sich um eine Längsschnittstudie. Die empirische Erhebung wird zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt und die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen werden miteinander verglichen.

Im Folgenden werden die Hypothesen der Studie, das Studiendesign und die Untersuchungsdurchführung einschließlich der Vorstellung des Erhebungsinstruments und Datenerhebung aufgezeigt. Daraufhin werden die Datenkontrolle und die Auswertungsverfahren skizziert.

4.1 Hypothesen

Aus den aufgezeigten Fragestellungen der vorliegenden Arbeit resultieren verschiedene Hypothesen.

Mit den Hypothesen werden die vermuteten Antworten auf die zuvor dargestellte Fragestellung formuliert. Sie werden für die wissenschaftliche Hypothesenprüfung provisorisch als wahr angenommen, um die eingangs gestellten Fragestellungen präziser bzw. eindeutiger zu beantworten (BORTZ & DÖRING 2009).

Auf den literaturbasierten Fragestellungen werden folgende Hypothesen fokussiert:

- (1) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anwendung geistiger Heilweisen und den Verhaltensauffälligkeiten, gemessen durch das Lern- und Sozialverhalten, von Kindern.
- (2) Die Behandlung mit geistigen Heilweisen zeigt nachhaltige positive Effekte auf das Lern- und Sozialverhalten von Kindern.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen sowie der aufgezeigten Hypothesen wird die Erhebung mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit anderen Untersuchungen, wird ein etabliertes und validiertes Messinstrument eingesetzt.

4.2 Studiendesign und Untersuchungsdurchführung

Die Grundlage dieser Arbeit ergibt sich aus den Daten einer Längsschnittuntersuchung, welche im Rahmen des Pilotprojektes *Lernsprünge* der Stiftung Trias Vita erhoben wurden. Die Studie inkludiert drei verschiedene Messzeitpunkte: Die Ersterhebung erfolgt vor der ersten Behandlung mit geistigen Heilweisen, die Zweite nach drei Behandlungssitzungen sowie die

dritte Beurteilung nach vier Wochen nach Abschluss des Behandlungszyklus. Der Erhebungszeitraum beläuft sich auf das Schuljahr 2012 / 2013 und umfasst folglich 11 Monate. Zum Zeitpunkt der Auswertung sind Schüler aus acht verschiedenen Schulen der Städte Wickede, Fröndenberg und Menden an dem Projekt beteiligt. Den Schulleitern und Lehrerkollegien der jeweiligen Grundschulen wurde das Projekt *Lernsprünge* vorgestellt und zur Empfehlung ihrer Schüler für das Projekt appelliert.

Die Erhebung erfolgt demnach durch die Lehrer und Lehrerinnen. Bei Interesse des Lehrers zur Empfehlung eines Schülers für die Teilnahme an dem Projekt, erfolgt nach Zustimmung des jeweiligen Kindes sowie der Eltern die Zusendung des Fragebogens an die Lehrperson. Nach dem Einverständnis der Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten und Durchführung der Ersterhebung wird dieser Bogen durch die Eltern oder die Lehrer an die Stiftung Trias Vita gesandt. Die Entscheidung zur Aufnahme des Behandlungszyklus in der Trias Vita erfolgt durch die Eltern des Kindes. Diese sind folglich für die Terminabsprachen verantwortlich. Die Kosten für die Behandlungen der Probanden des Projekts *Lernsprünge* werden von der Stiftung getragen. In Anlehnung an die Untersuchungsergebnisse von BINDER UND WOLF-BRAUN (1995) (vgl. Kapitel 2.1.1) wurden drei Sitzungen als Behandlungseinheit bestimmt. Nach den drei Behandlungssitzungen mit geistigen Heilweisen erfolgt die Zweiterhebung des Verhaltens des Kindes durch den entsprechenden Lehrer. Die Zusendung des Fragebogens für die zweite Erhebung erhält zusätzlich ein Schreiben, welches Durchführungsinstruktionen für den weiteren Ablauf beinhaltet. Nach weiteren vier Wochen, welche keine Behandlung mit geistigen Heilweisen inkludiert, wird die letzte Erhebung durchgeführt. Zur Aufforderung der Durchführung erhielten die Lehrer eine Information per Email. Diese dritte Beurteilung gilt als Kontrolle der Nachhaltigkeit des Effekts der letzten Behandlung. Alle Kontaktaufnahmen sowohl zu den Lehrern als auch zu den Eltern oder Erziehungsberechtigten des Kindes, erhielten den Appell, sich bei Fragen und Anmerkungen an die Stiftung zu wenden sowie eine Danksagung für die Unterstützung des Projekts.

Da die Anonymität der Kinder nicht gewährleistet werden konnte, erfolgte stets vor den Behandlungseinheiten gegenüber den Eltern und Erziehungsberechtigten ein Loyalitätsversprechen.

Die folgende Abbildung soll den Projektverlauf zusammenfassend visualisieren.

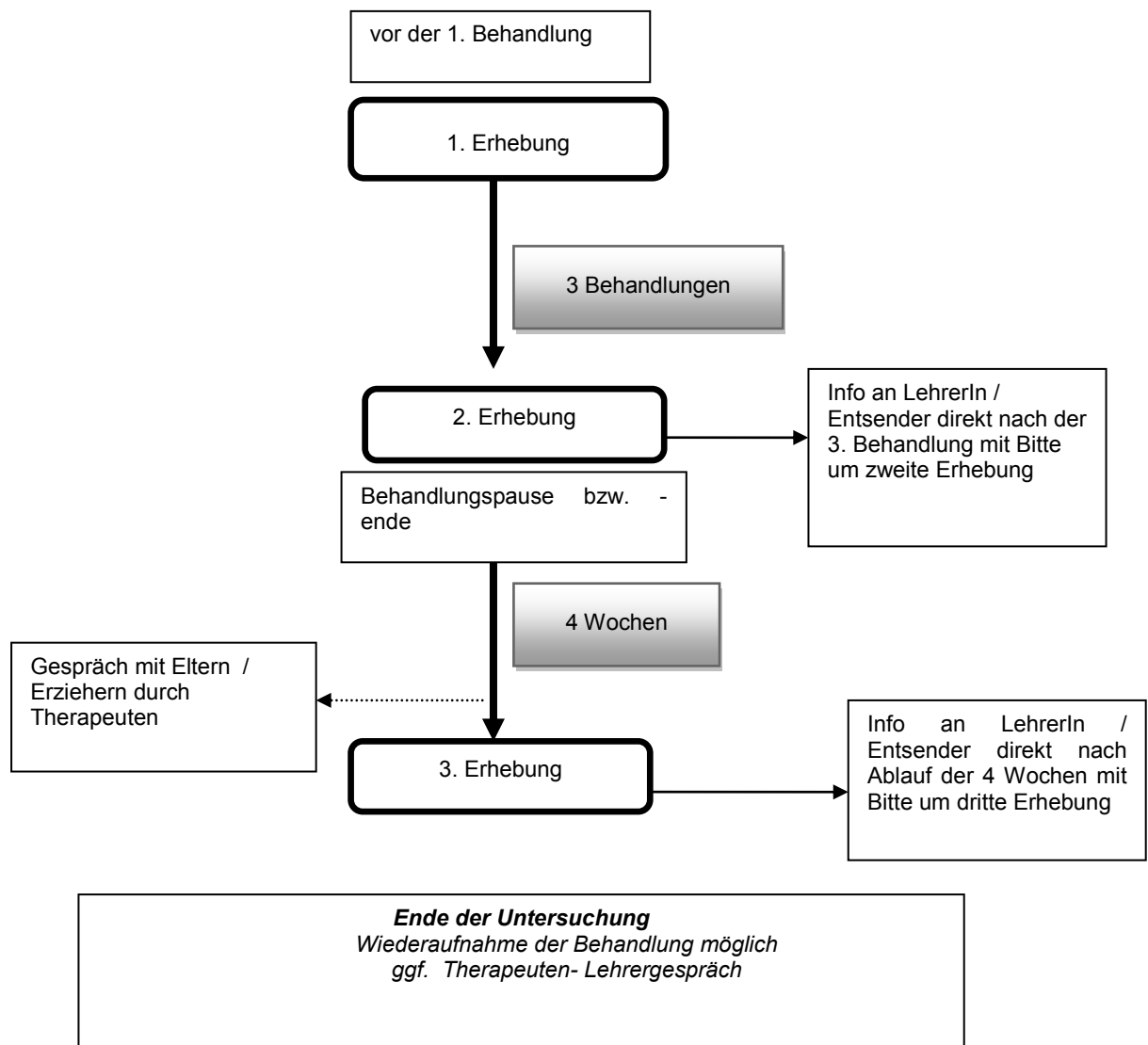


Abbildung 2: Ablauf des Projekts „Lernsprünge“

4.2.1 Erhebungsinstrument

Die Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL) wurde von PETERMANN und PETERMANN (2006) entwickelt. Die LSL ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument für Lehrkräfte aller Schultypen. Es ermöglicht die differentielle Fremdbeurteilung des im Schulalltag gezeigten Sozial- und Lernverhalten von Schülern im Alter von sechs bis 19 Jahren. Die Skala umfasst 50 ressourcenorientierte Items, welche sich in 10 Subskalen unterteilen lassen. Der

Erhebungsbogen wurde um ein Deckblatt zur Angabe soziodemografischer Merkmale erweitert (s. Anhang A).

Zur Veranschaulichung des Aufbaus des Fragebogens werden an dieser Stelle einige Items beispielhaft aufgezeigt:

- A.1: „Arbeitet mit anderen in einer Gruppe zusammen“
- B.8: „Versucht, eigene Fehler wieder gutzumachen“
- C.11: „Kontrolliert impulsives Verhalten“
- G.33: „Strengt sich an, um eine Aufgabe zu lösen“
- H.37: „Arbeitet ohne Unterbrechungen“

Diese werden den zwei übergeordneten Aussagebereichen *Sozialverhalten* und *Lernverhalten* zugeordnet. Das Sozialverhalten gliedert sich in die folgenden sechs Teilbereiche:

- Kooperation
- Selbstwahrnehmung
- Selbstkontrolle
- Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft
- Angemessene Selbstbehauptung
- Sozialkontakt

Der Bereich des Lernverhaltens unterteilt sich in die nachstehenden vier Bereiche:

- Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer
- Konzentration
- Selbstständigkeit beim Lernen
- Sorgfalt beim Lernen

Alle Items werden von den Lehrkräften anhand einer vierstufigen Skala eingeschätzt, welche die Häufigkeit des auftretenden Verhaltens misst (0= Verhalten tritt nie auf; 1= Verhalten tritt selten auf; 2= Verhalten tritt manchmal auf; 3= Verhalten tritt häufig auf). Da der Fragebogen ressourcenorientiert ausgerichtet ist, bedeuten hohe Werte demnach auch eine positive Ausprägung des Verhaltens. Die einzelnen Aussagen der Skala sind knapp und einfach formuliert, sodass ein systematisches Urteil möglich ist (SCHREYER-MEHLHOP et al. 2011). Mit einem Cronbachs alpha zwischen 0,82 und 0,95 liegt die Reliabilität der Aussagebereiche in einem guten bis sehr guten Bereich. Zur Validierung der Skala wurden die Ergebnisse mit der Deutsch - und Mathematiknote sowie dem Notendurchschnitt des letzten Zeugnisses korreliert. Die Resultate zeigen eindeutige Beziehungen zwischen den Schulleistungen und erfassten Merkmalen des Lern- und Sozialverhaltens. Zudem liegen für die LSL alters- und geschlechtsspezifische Normierungswerte an einer Stichprobe von 1.480 Schülern unterschiedlicher Schultypen vor.

Der Anwendungsbereich der LSL bezieht sich auf ein Screening für Lehrkräfte, welche sowohl auf Klassenebene als auch für einzelne Schüler eingesetzt werden kann. Mit einer Durchführungs- und Auswertungszeitzeit von insgesamt etwa sieben Minuten kann das Instrument zur Entwicklungsbeurteilung von Schülern mehrmals im Schuljahr angewendet werden. Die Beurteilung des beobachteten Lern- und Sozialverhaltens soll dabei stets auf die letzten vier Wochen bezogen werden (PETERMANN & PETERMANN 2006).

Durch die ökonomische und flexible Anwendbarkeit dieses Screeningverfahrens stellt es zudem eine Grundlage zur Wirksamkeitsüberprüfung von Maßnahmen, zum Beispiel Förderprogramme, dar. Daher wird es ebenso zur Qualitätssicherung im schulischen Bereich angewendet (GIENGER 2006).

Im Folgenden werden die zu erhebenden Variablen der Untersuchung dahingehend bestimmt, welche Variable von welcher beeinflusst wird. Als feststehende abhängige Variable (AV) werden die Verhaltensauffälligkeiten, gemessen an dem Sozial- und Lernverhaltens, gehandhabt. Beeinflusst wird dieses Verhalten durch die Behandlung mit geistigen Heilweisen zu drei verschiedenen Zeitpunkten als unabhängige Variable (UV).

4.2.2 Datenerhebung

Die in dieser Arbeit verwendeten Daten beruhen auf einer schriftlichen Befragung in Form einer Fremdbeurteilung. Die Lehrer haben aufgrund ihrer kompetenten Beurteilung die Kinder eingeschlossen, welche sie als verhaltensauffällig einschätzten. Als Ausschlusskriterium wurde im Vorfeld der Rekrutierung demnach ein unauffälliges Verhalten im Lern- und Sozialverhalten der Kinder deklariert. Aus ethischen und sozialen Gründen wurden keine weiteren Ausschlusskriterien festgelegt, wie zum Beispiel das Alter der Kinder oder die Jahrgangsstufe. Die Ressourcen der Stiftung ermöglichten eine Teilnahme an dem Projekt von 50 Kindern für den angegebenen Erhebungszeitraum (Schuljahr 2012/2013).

Die Rekrutierung der Probanden erfolgt im Anschluss eines Eltern - Lehrer Gespräches. In diesem Rahmen erläutert die Lehrperson die Notwendigkeit einer Intervention hinsichtlich der Behandlung des Verhaltens des Kindes. Neben der Darstellung des Projekts *Lernsprünge* zeigt der Lehrer alternative Intervention auf, sodass die Eltern unter verschiedenen Möglichkeiten wählen können. Schlussendlich konnten die Kinder als Probanden in das Projekt aufgenommen werden, sobald die Eltern ihr Einverständnis gegenüber dem Therapeuten bestätigten und folglich einen ersten Termin zur Behandlung im Trias Vita wahrnahmen.

4.3 Datenkontrolle und Auswertungsverfahren

Im Folgenden wird die Vorgehensweise der Dateneingabe sowie die Kontrolle dieser Daten beschrieben. In einem weiteren Abschnitt werden die in dieser Arbeit verwendeten statistischen Auswertungsverfahren zur Datenanalyse erläutert.

4.3.1 Datenkontrolle

Die Dateneingabe wurde manuell in das computergestützte Auswertungsprogramm SPSS 22 vorgenommen. Nach Abschluss der Eingabe wurden die Daten verschiedener Überprüfungsverfahren unterzogen. Mit dieser Datenbereinigung sollen fehlerhafte Daten gesucht und korrigiert werden. Stichprobenartige Kontrollen einzelner Datensätze geben einen ersten Überblick. Mit der Grundauszählung aller Variablen werden die Häufigkeiten bestimmt. Die Ausgabe dieser kann auf unzulässige Werte inspiziert und folglich in dem Datensatz korrigiert werden. Mit der Bestimmung der Maxima bzw. Minima der Variablen und ihrer Lage- bzw. Streuungsmaße können über- bzw. unterschrittene Grenzen sichtbar werden.

Da keine fehlenden Werte bei der Datenauswertung vorliegen und somit für die vorliegende Arbeit nicht relevant sind, wird auf die Ausführung dieses Aspekts im Folgenden verzichtet.

4.3.2 Statistische Auswertungsverfahren

Die Normalverteilung der Variablen in der Stichprobe ist die Voraussetzung zahlreicher statistischer Verfahren. Die Überprüfung auf Normalverteilung kann mit Hilfe des verteilungsfreien Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest erfolgen (vgl. Kapitel 5.1). Da die untersuchte unabhängige Variable der vorliegenden Stichprobe die Voraussetzungen der Normalverteilung nicht erfüllt, werden für die Ergebnisanalysen nicht-parametrische Verfahren angewendet.

Eingangs werden die vorliegenden Stichprobenwerte mit den Normwerten der Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten verglichen. Durch die Anwendung von Häufigkeitsauszählungen in Form von Kreuztabellen lassen sich die exakten Werte der Stichprobe ermitteln und den Normwerten gegenüberstellen.

Die in der Literatur konstatierten Geschlechterunterschiede hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten sollen auch für die vorliegende Untersuchung berücksichtigt werden. Daher wird mit Hilfe des U-Tests nach Mann und Whitney eine Signifikanzprüfung der Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden vorgenommen.

Um den Effekt geistiger Heilweisen auf das Verhalten von Kindern über die drei aufeinanderfolgenden Erhebungszeitpunkte zu überprüfen, werden zunächst die Mediane miteinander verglichen. Der darauf angewendete Friedman Test ermittelt signifikante

Unterschiede der Werte der einzelnen Messzeitpunkte. Der Friedman-Test ist bei mehr als zwei abhängigen Stichproben einzusetzen. Dieser basiert auf Rangreihen, welche fallweise für die Werte der beteiligten Variablen ermittelt werden (BRÜHL 2008). Der Friedman-Test gibt jeweils die Mittleren Ränge zu den verschiedenen Messzeitpunkten sowie die Signifikanz über die Veränderung der Rangplätze aus (LEONHART 2010).

Die mittels des Friedman- Tests eruierten signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Werten der drei verschiedenen Messzeitpunkte können mit Hilfe des Wilcoxon- Tests detaillierter betrachtet werden. Durch paarweises Testen kann ermittelt werden, welche Zeitpunkte sich im Einzelnen voneinander unterscheiden. Durch die Ausgabe der Mediane kann zudem die Richtung der Veränderung bestimmt werden (BRÜHL 2008).

5 Ergebnisse

Ausgehend von allgemeinen deskriptiven Daten, welche die unabhängige Variable des Lern- und Sozialverhaltens der vorliegenden Stichprobe strukturieren, wird die Wirksamkeit geistiger Heilweisen herausgearbeitet.

Die folgenden Ausführungen stellen die Ergebnisse der Untersuchung dar. Eingangs wird das Resultat des Erhebungsrücklaufs skizziert. Die Darstellung der soziodemographischen Merkmale dient der Beschreibung der Stichprobe. In Kapitel 5.2 wird die Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Das nachstehende Kapitel widmet sich dem Einfluss des Geschlechts auf die zuvor dargestellte Verteilung. Anschließende hypothesenprüfende Tests ermitteln die Ergebnisse der Effektmessung für die einzelnen Skalen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird die Ausfallquote von verschiedenen Faktoren bestimmt. Das natürliche Setting der Schule ist sensibel gegenüber dem Problem der statistischen Mortalität der Ausgangsstichprobe. So können einzelne Schüler während des Erhebungszeitraumes aus der Längsschnittstudie fallen, weil sie die Schule verlassen oder die Klasse wechseln. Hinzukommt die Möglichkeit des Lehrerwechsels. Letztlich sind die individuellen Sozialstrukturen eines jeden Schülers ausschlaggebend zur vollständigen Projektdurchführung. Insgesamt konnten bis zum Zeitpunkt der Auswertung 32 vollständige Datensätze verzeichnet werden. 10 weitere Probanden haben die Projektdurchführung aufgrund der zuvor beschriebenen Möglichkeiten noch nicht abgeschlossen und bleiben in den weiteren Ausführungen daher unberücksichtigt. Die Ausfallquote beträgt demnach 23,8%.

5.1 Soziodemografie

Im Folgenden werden die soziodemographischen Parameter der realisierten Stichprobe (n=32) beschrieben. Diese sind für den Überblick der Untersuchung sowie für den weiteren Verlauf im Rahmen der Analyse relevant.

Die soziodemographischen Faktoren der Stichprobe können der nachfolgenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Variable	Codierung	n	%			
Geschlecht	männlich	20	62,5			
	weiblich	12	37,5			
Schulform	Förderschule	3	9,4			
	Grundschule	24	75,0			
	Gesamtschule	3	9,4			
	Gymnasium	1	3,1			
	Realschule	1	3,1			
Schulklasse	1	1	3,1			
	2	7	21,9			
	3	8	25,0			
	4	6	18,8			
	5	3	9,4			
	6	2	6,3			
	7	1	3,1			
	8	1	3,1			
	9	1	3,1			
	U1	1	3,1			
	M2	1	3,1			
	Variable	Codierung	MW	Min	Max	SD
Alter	In Jahren	9,16	6	15	2,22	

Die vorliegende Stichprobe besteht zu 62,5% aus männlichen Teilnehmern, 37,5 % sind weiblich (Abb. 3). Das durchschnittliche Alter liegt bei 9,16 Jahren, mit einer Standardabweichung von 2,22 Jahren. Der jüngste Proband ist 6 Jahre, der älteste 15 Jahre.

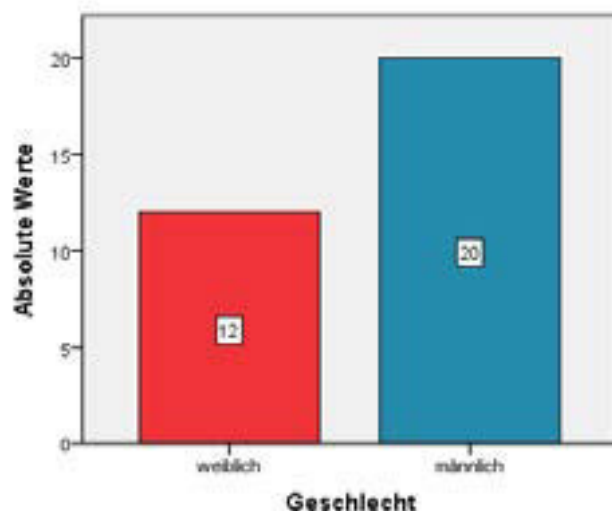


Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Stichprobe in absoluten Werten

Der Großteil der teilnehmenden Schüler besucht die Grundschule. Über Schulverbände wurden außerdem einzelne Schüler anderer Schulformen für die Projektteilnahme empfohlen und dementsprechend auch aufgenommen. Das nachstehende Diagramm veranschaulicht die Verteilung (Abb.4). Die Grundschule ist mit 75% die meist besuchte Schulform der Schülerinnen und Schüler der vorliegenden Stichprobe.

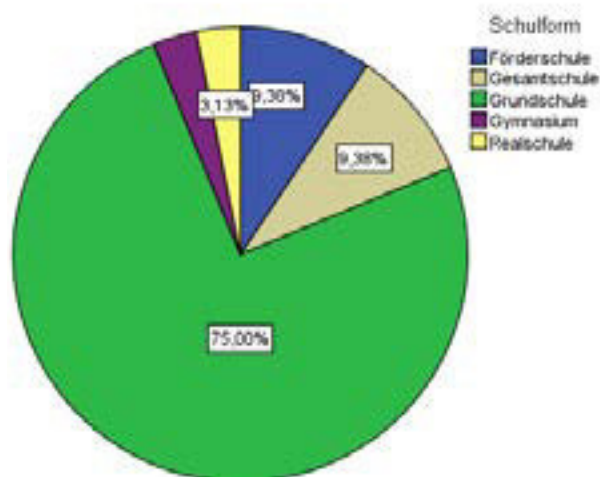


Abbildung 4: Verteilung der Schulform (in %)

Über die Hälfte der Kinder besucht die 2. 3. und 4. Klasse der Grundschule (65,7%). 5 Kinder befanden sich zur Zeit der Erhebungen in der Erprobungsstufe sowie jeweils ein Kind in den

Klassen 1, 7, 8, und 9. Die Klassen U1 und M2 (Unter- bzw. Mittelstufe der Förderschule) wurden ebenfalls von jeweils einem Kind besucht.

5.2 Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten

Um den Ist-Stand der Beurteilung des Lern- und Sozialverhaltens der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler durch die Lehrpersonen zu eruieren, werden die Daten der ersten Erhebung aller Kinder mit den Normwerten der LSL verglichen (s. Anhang B). Die Normierung des LSL wurde an 1.480 Schülern in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus 776 Jungen und 704 Mädchen. Bis auf das Gymnasium wurden alle Schultypen in die Stichprobe inkludiert. Die Normtabellen zeigen geschlechts- und altersspezifische Kennwerte. Zur Auswertung sollen die Summenwerte der einzelnen Fragebogenkategorien mit den aus der Normtabelle abzulesenden Prozenträngen und T-Werte bestimmt werden. PETERMANN & PETERMANN (2006) empfehlen jedoch zur Interpretation der Ergebnisse die Orientierung an den Prozenträngen. Mit den jeweiligen Prozenträngen wird die Position des Schülers in seiner Altersgruppe definiert. Der Prozentrang sagt demnach aus, wie viel Prozent der Schüler der Normierungsstichprobe gleich viele oder weniger Punkte in den betreffenden Kategorien erreicht haben. „Je höher der Prozentrang ist, desto positiver wird die Fertigkeit des Schülers bewertet“ (PETERMANN & PETERMANN 2006:22). Für die Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind also die geschlechts- und altersspezifischen Kennwerte erforderlich. Die folgende Tabelle gibt die Verteilung der vorliegenden Stichprobe nach dieser Einteilung wieder.

Tabelle 2: Geschlechts- und altersspezifische Kennwerte der vorliegenden Stichprobe

Alterskategorie	Weiblich		Männlich	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
6-8 Jahre	3	9,4	10	31,3
9-10 Jahre	6	18,8	5	15,6
11-14 Jahre	2	6,3	5	15,6
15-19 Jahre	1	3,1	0	0

Anhand dieser Tabelle können die Prozentränge für die einzelnen Rohwerte eines Aussagenbereiches des jeweiligen Probanden ermittelt werden. Zur Interpretation der Ergebnisse legten die Entwickler des Erhebungsinstrumentes folgende Kategorien fest:

- Prozentrang von 10 oder kleiner : starke Verhaltensabweichung
- Prozentrang zwischen 10 und 20 : risikobehaftetes Verhalten

Zur übersichtlichen Darstellung zeigt die nachstehende Tabelle 3 die gesamten Prozentränge für die einzelnen Aussagebereiche an. Die geschlechts- und altersspezifische Unterteilung zur Eruiierung der Prozentränge ist in Anhang B einsehbar.

Tabelle 3: Prozentränge der vorliegenden Stichprobe (für die einzelnen Aussagebereiche)

Skala (N=32)	PR \leq 10	PR 10 - 20	PR $>$ 20
Kooperation	3	4	25
Selbstwahrnehmung	7	2	23
Selbstkontrolle	2	7	23
Einfühlungsvermögen/Hilfsbereitschaft	0	4	28
Selbstbehauptung	2	9	21
Sozialkontakt	3	5	24
Anstrengungsbereitschaft/Ausdauer	8	7	17
Konzentration	9	7	16
Selbstständigkeit beim Lernen	11	8	13
Sorgfalt beim Lernen	4	6	22
Gesamtsumme	49	59	271

(PR= Prozenrang)

Die Bestimmung der Prozentränge indiziert deutlich höhere Werte (über 20) als Werte unter 20 für alle Aussagebereiche. Dennoch liegen insgesamt 49 Prozentränge von \leq 10 vor und gelten demnach in diesen Bereichen als stark verhaltensabweichend. Die Subkategorien Selbstwahrnehmung (7), Anstrengungsdauer/Ausdauer (8), Konzentration (9) und Selbstständigkeit beim Lernen (11) weisen dabei die meisten Fälle auf.

Risikobehaftetes Verhalten wird durch 59 Prozentränge zwischen 10 und 20 begründet. In diesem Bereich zeigen die Unterkategorien Selbstkontrolle (7), Selbstbehauptung (9), Anstrengungsdauer/ Ausdauer (7), Konzentration (7) und Selbstständigkeit beim Lernen (8) die höchsten Werte auf.

Insgesamt werden also vor allem für die Variable *Lernverhalten* Auffälligkeiten im Verhalten, bestimmt durch die Werte der Subkategorien Anstrengungsdauer/Ausdauer, Konzentration und Selbstständigkeit beim Lernen, eruiert.

Trotz der insgesamt 108 auffälligen Prozentränge zeigt die Mehrzahl der Werte in den Aussagebereichen keine Hinweise auf auffälliges Verhalten.

Neben dem Vergleich der Roh- und Normwerte lassen sich ebenfalls die statistischen Kennwerte der vorliegenden Stichprobe und Normstichprobe vergleichen.

Zunächst werden die untersuchten Merkmale mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov- Test auf Normalverteilung getestet (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung hinsichtlich der 10 Subskalen zum Messzeitpunkt 1

	Skala A	Skala B	Skala C	Skala D	Skala E	Skala F	Skala G	Skala H	Skala I	Skala J
N	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Mittelwert	11,0000	9,6250	8,7188	10,3125	9,9375	10,7500	7,8125	7,0938	7,5000	10,093
Standard- Abweichung	3,33118	4,52769	3,38149	3,29650	3,73249	2,85115	4,29131	4,37264	4,03213	3,61323
Kolmogorov- Smirnov-Z	,226	,169	,226	,164	0,136	,169	,138	,161	,174	,131
Asymp- totische Signifikanz (2-seitig)	,000	,021	,000	,028	,142	,020	,129	,034	,015	,172

Da die abhängige Variable „Lern- und Sozialverhalten“ von einer Normalverteilung abweicht, können keine Signifikanztests zum Vergleich der Mittelwerte angewendet werden. Jedoch können die statistischen Kennwerte augenscheinlich betrachtet und folglich richtungsweisend beschrieben werden. Tabelle 5 stellt die Werte beider Stichproben gegenüber. Unberücksichtigt bleibt dabei die Verteilung für die Altersklasse 15-19, da nur ein Proband der Stichprobe in diese Kategorie fällt und die statistische Darstellung daher wertlos ist.

Evident ist, dass nahezu alle Mittelwerte der Subskalen der vorliegenden Stichprobe geringer sind als die der Normstichprobe. Äquivalent zur Beurteilung der Stichprobenwerte mit Hilfe der Bestimmung der Prozenträge können auch hier deutlich geringe Mittelwerte in den Subkategorien *Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer*, *Konzentration* sowie *Selbstständigkeit beim Lernen* des Teilbereiches Lernverhalten konstatiert werden. Zu beachten bleibt jedoch stets die große Differenz zwischen den beiden Stichprobenumfängen, welche maßgeblich für die Bestimmung der statistischen Kennwerte sind.

Insgesamt kann der Vergleich der vorliegenden Stichprobenwerte mit den Normwerten jedoch als richtungsweisendes Ergebnis gesehen werden. Ausreichende Hinweise lassen einen Teil der Stichprobe als verhaltensauffällig erkennen: die Beurteilungskompetenz der Lehrer, die Bewertung anhand der Mittelwerte sowie der Vergleich der statistischen Kennwerte.

Tabelle 5: Darstellung der statistischen Kennwerte der Normstichprobe (N=1480) und vorliegenden Stichprobe (N=32)

Skala	Alter /Geschlecht	Normwerte		Stichprobe		
		M	SD	M	SD	
Kooperation	6-8	weiblich	12.77	2.68	13.33	2.88
		männlich	10.98	2.93	9.70	3.59
	9-10	weiblich	12.68	2.75	12.50	3.39
		männlich	11.64	3.06	10.40	3.36
	11-14	weiblich	11.91	2.86	10.50	3.53
männlich	10.48	3.66	10.60	3.05		
Selbstwahrnehmung	6-8	weiblich	11.70	2.96	12.66	2.08
		männlich	9.18	3.70	7.80	5.35
	9-10	weiblich	11.83	3.14	12.50	3.08
		männlich	10.50	3.73	9.20	3.89
	11-14	weiblich	11.28	3.04	9.00	0,00
männlich	9.30	3.74	8.00	5.57		
Selbstkontrolle	6-8	weiblich	10.78	3.54	9,00	1,00
		männlich	9.34	3.72	8.20	3.88
	9-10	weiblich	11.73	3.69	10.17	3.87
		männlich	10.91	3.75	8.40	3.36
	11-14	weiblich	11.44	3.33	9.50	3.53
männlich	9.19	4.23	8.20	3.96		
Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft	6-8	Weiblich	12.62	2.80	13.67	1.52
		Männlich	9.13	4.43	8.60	2.19
	9-10	weiblich	12.27	2.85	12.83	1.60
		männlich	10.01	3.04	8.40	3.36
	11-14	weiblich	11.51	3.43	11.50	0,70
männlich	9.42	3.96	8.00	2.45		
Selbstbehauptung	6-8	weiblich	12.22	3.15	11.33	3.21
		männlich	10.21	3.64	9.30	4.88
	9-10	weiblich	12.27	3.00	12.00	2.68
		männlich	11.00	3.53	9.80	3.03
	11-14	weiblich	11.82	3.16	10.00	2.83
männlich	9.90	4.03	7.40	3.13		
Sozialkontakt	6-8	weiblich	12.24	2.48	13.00	1.73
		männlich	10.44	3.20	10.00	2.98
	9-10	weiblich	12.57	2.57	11.83	2.93
		männlich	11.95	2.60	9.80	3.11
	11-14	weiblich	11.63	2.80	10.00	0.00
männlich	10.32	3.35	10.40	3.36		
Anstrengungsbereitschaft/ Ausdauer	6-8	weiblich	11.23	3.51	7.33	1.53
		männlich	10.16	3.86	8.10	5.02
	9-10	weiblich	11.18	3.31	8.67	3.93
		männlich	10.18	3.82	6.40	4.98
	11-14	weiblich	11.06	3.54	8.00	5.66
männlich	9.10	3.88	7.00	4.85		
Konzentration	6-8	weiblich	11.06	3.29	8.33	2.08
		männlich	9.67	3.89	7.00	5.68
	9-10	weiblich	11.17	3.46	6.88	4.60
		männlich	9.67	4.06	4.80	2.39
	11-14	weiblich	10.53	3.68	8.50	3.54
männlich	8.50	4.12	7.26	4.22		
Selbstständigkeit beim Lernen	6-8	weiblich	11.16	3.24	6.67	3.06
		männlich	10.64	3.69	7.50	5.40
	9-10	weiblich	11.23	3.17	7.19	4.20
		männlich	11.12	3.85	6.00	2.34
	11-14	weiblich	10.87	3.49	8.5	2.12
männlich	9.46	3.97	7.04	3.98		
Sorgfalt beim Lernen	6-8	weiblich	12.57	3.21	12.67	2.08
		männlich	11.34	3.30	9.30	4.10
	9-10	weiblich	13.17	2.57	9.96	3.72
		männlich	11.57	3.40	9.60	2.07
	11-14	weiblich	12.41	3.38	10.00	7.07
männlich	9.38	4.29	10.29	3.59		

(M= Mittelwert, SD= Standardabweichung)

5.3 Einfluss des Geschlechts

Zur Berücksichtigung des in der Literatur wiederholend aufgeführten Geschlechtereinflusses auf das Vorliegen von Verhaltensauffälligkeiten, soll die vorliegende Untersuchung auf diesen Aspekt untersucht werden, um mögliche Verzerrungen der Ergebnisse kontrollieren zu können.

Im Folgenden wird demnach der Einfluss des Geschlechts auf das Vorliegen von Verhaltensauffälligkeiten, gemessen am Lern- und Sozialverhalten, untersucht.

Da die abhängige Variable *Lern- und Sozialverhalten* signifikant von einer Normalverteilung abweicht (vgl. Tabelle 4) und sich die unabhängige Stichprobe sowohl der weiblichen (n=12) als auch männlichen (n=20) Probanden auf unter 30 belaufen, wird ein nicht-parametrisches Verfahren eingesetzt (EID et al. 2010). Aus dieser Kombination ergibt sich die Berechnung des Unterschieds mit dem U-Test nach Mann und Whitney. Dieses Verfahren basiert auf der Rangreihe der Werte der beiden Stichproben (BRÜHL 2008).

Das ungerichtete Hypothesenpaar des U-Tests lautet:

(1) Die Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Beurteilung ihres Lern- und Sozialverhaltens (Nullhypothese).

(2) Die Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der Beurteilung ihres Lern- und Sozialverhaltens (Alternativhypothese).

Die nachstehende Tabelle 6 stellt die Ergebnisse der Mittleren Ränge beider Gruppen sowie die statistische Signifikanzprüfung der Unterschiede mittels des U-Tests nach Mann und Whitney dar.

Tabelle 6: Einfluss des Geschlechts auf das Lern- und Sozialverhalten ; Ergebnisse des U-Tests

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Exakte Signifikanz [2*(1-seitige Sig.)]
Skala A	weiblich	12	20,75	249,00	,048
	männlich	20	13,95	279,00	
Skala B	weiblich	12	21,00	252,00	,036
	männlich	20	13,80	276,00	
Skala C	weiblich	12	19,29	231,50	,195
	männlich	20	14,83	269,50	
Skala D	weiblich	12	23,13	277,50	,001
	männlich	20	12,53	250,50	
Skala E	weiblich	12	20,67	248,00	,053
	männlich	20	14,00	280,00	
Skala F	weiblich	12	20,38	244,50	,070
	männlich	20	14,18	283,50	
Skala G	weiblich	12	18,63	223,50	,326
	männlich	20	15,23	304,50	
Skala H	weiblich	12	20,83	250,00	,044
	männlich	20	13,90	278,00	
Skala I	weiblich	12	19,79	237,50	,125
	männlich	20	14,53	290,50	
Skala J	weiblich	12	19,92	239,00	,116
	männlich	20	14,45	289,00	

Die Ergebnisse des U-Tests beschreiben nur für vier Subskalen einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern: Skala A *Kooperation* ($p= 0,048$), Skala B *Selbstwahrnehmung* ($p= 0,036$), Skala D *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* ($p= 0,001$) sowie Skala H *Konzentration* ($p= 0,044$). Die mittleren Ränge dieser aufgeführten Skalen zeigen ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen den weiblichen und männlichen Teilnehmern. Da ein höherer Wert eine höhere Ausprägung bedeutet (0=Verhalten tritt nie auf; 3= Verhalten tritt häufig auf), sprechen die Lehrkräfte die Verhaltensressourcen im Mittel eher den Mädchen zu. Dementsprechend zeigen Jungen hinsichtlich der vier genannten Skalen mehr Auffälligkeiten in ihrem Verhalten. Für diese vier Skalen wird die Nullhypothese „Die Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Beurteilung ihres Lern- und Sozialverhaltens“ abgelehnt. Hinsichtlich der anderen sechs Skalen werden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich, sodass die Alternativhypothese „Die Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der Beurteilung ihres Lern- und Sozialverhaltens“ gestützt wird.

Die signifikanten Ergebnisse der Skalenwerte A, B, D und H werden in der Ergebnisinterpretation berücksichtigt.

5.4 Der Effekt geistiger Heilweisen

In den folgenden Ausführungen wird der Effekt geistiger Heilweisen auf das Lern- und Sozialverhalten von Kindern gemessen. Dazu werden in einem ersten Schritt die Mediane der Summenwerte der Subskalen über die drei Messzeitpunkte miteinander verglichen. Nach dieser einführenden Taxierung werden in einem zweiten Schritt Signifikanzanalysen zur Veränderung der Messwerte durchgeführt.

Tabelle 7: Darstellung der Mediane der Subskalen zu den einzelnen Messzeitpunkten

Skala	Median		
	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Messzeitpunkt 3
Kooperation	12,00	13,00	12,00
Selbstwahrnehmung	11,00	12,00	12,00
Selbstkontrolle	7,00	10,00	10,50
Einfühlungsvermögen/ Hilfsbereitschaft	11,00	12,00	13,00
Angemessene Selbstbehauptung	9,50	12,00	12,00
Sozialkontakt	11,00	13,00	12,50
Anstrengungsbereitschaft/ Ausdauer	7,00	9,50	10,00
Konzentration	6,00	8,50	9,00
Selbstständigkeit beim Lernen	7,00	9,00	10,00
Sorgfalt beim Lernen	8,50	11,00	11,50

Die Darstellung der verschiedenen Mediane der Subskalen lässt zu den drei Zeitpunkten in allen Bereichen eine Veränderung erkennen. In keiner der aufgezeigten Messreihen verringert sich der Median im Verlauf. Da hohe Werte eine positive Ausrichtung des Verhaltens bedeuten (vgl. Kapitel 4.2.1), lässt diese Entwicklung ein richtungsweisendes Ergebnis vermuten. Zur detaillierten Betrachtung und Beurteilung soll ein Signifikanztest angewendet werden. Da die abhängige Variable *Lern- und Sozialverhalten* anhand einer vierstufigen Ratingskala gemessen wird und diese nicht konstant normalverteilt ist, wird ein parameterfreies Verfahren gewählt. Aus diesen Aspekten sowie der vorliegenden abhängigen Stichprobe mit drei verschiedenen Messzeitpunkten ergibt sich die Anwendung des Friedman - Tests. Dieser basiert auf Rangreihen, welche fallweise für die Werte der beteiligten Variablen ermittelt werden. Der Friedman – Test stellt lediglich fest, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Medianen der Messzeitpunkte besteht. Er gibt keine Auskunft darüber, welche Messzeitpunkte sich signifikant voneinander unterscheiden. Um dieses Ergebnis der Paarvergleiche zu erhalten, muss nach Anwendung des Friedman-Tests ein Post-hoc Test durchgeführt werden. Die Verletzung der Normalverteilungsannahme in der vorliegenden Untersuchung effiziert daher die notwendige Durchführung des Wilcoxon-Tests (BRÜHL 2006). Um eine Veränderung zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zu eruieren, sollen die Werte der einzelnen Subskalen miteinander verglichen werden.

Zur weiteren Ergebnisdarstellung wird außerdem folgendes Hypothesenpaar formuliert:

- (1) Das Lern - und Sozialverhalten ist über alle Messzeitpunkte unverändert (Nullhypothese)
- (2) Das Lern- und Sozialverhalten ist zumindest zu zwei Messzeitpunkten verschieden (Alternativhypothese)

5.4.1 Sozialverhalten

Im Folgenden werden die Subskalen des Teilbereichs *Sozialverhalten* einzeln betrachtet.

Skala A: Kooperation

Die aufgezeigten Mittelereen Ränge zu den drei Zeitpunkten zeigen, dass bei Item 1, 3 und 4 zwischen den ersten beiden Messungen ein deutlicher Unterschied besteht. Zwischen Zeitpunkt 2 und 3 wird bei allen Items kaum eine Differenz deutlich. Das Ergebnis des Friedman-Tests zeigt für die Aussage 1 ($p=0,002$) ein signifikantes und für Aussage 4 ($p= 0,000$) ein höchst signifikantes Ergebnis (vgl. Tab.8).

Tabelle 8: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Kooperation*

Skala A: Kooperation		Mittlere Ränge			Friedman-Test	
Item		t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
1. Arbeitet mit anderen in einer Gruppe zusammen		1,67	2,16	2,17	32	,002
2. Zeigt Freude am gemeinsamen Tun		1,91	2,06	2,03	32	,469
3. Lässt fremde Beiträge gelten		1,83	2,08	2,09	32	,053
4. Schließt Kompromisse		1,69	2,17	2,14	32	,000
5. Akzeptiert gemeinsame Ziele		1,84	2,06	2,09	32	,107

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Durch paarweises Testen mit dem Wilcoxon - Test wird im Folgenden eruiert, welche Zeitpunkte sich voneinander unterscheiden. Da die Alternativhypothese ungerichtet formuliert wurde, wird der Wilcoxon-Test für die vorliegende Untersuchung zweiseitig durchgeführt (vgl. Tab. 9).

Tabelle 9 :Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Items 1 und 4 der Subskala *Kooperation*

Skala A: Kooperation		Perzentile			Wilcoxon-Test	
Item (N=32)		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
1. Arbeitet mit anderen in einer Gruppe zusammen	t1	1,0	2,0	3,0	t2_t1	,035
	t2	2,0	2,0	3,0	t3_t2	1,00
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,025
4. Schließt Kompromisse	T1	1,0	2,0	3,0	t2_t1	,019
	T2	2,0	2,0	3,0	t3_t2	,317
	T3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,021

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Der Vergleich des ersten und zweiten sowie des ersten und dritten Zeitpunktes zeigt bei beiden Items einen signifikanten Unterschied. Die ausgegebenen Werte der deskriptiven Statistik zeigen, dass die Werte beider Items auf der 25. Perzentile von dem ersten zum zweiten Zeitpunkt steigen. Dies beträgt somit 25% der Messwerte. Daraus lässt sich schließen, dass das Lern- und Sozialverhalten nach der Behandlung mit geistigen Heilweisen mit höheren Werten beurteilt wurde. Die anderen Zeitpunkte lassen keine Veränderung erkennen.

Die Nullhypothese „Das Lern- und Sozialverhalten ist über alle Messzeitpunkte unverändert“ wird im Bezug auf diese beiden Items abgelehnt.

Skala B: SelbstwahrnehmungTabelle 10: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Selbstwahrnehmung*

Skala B: Selbstwahrnehmung					
Item	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
6. Sieht bei Konflikten mit anderen eigene Fehler	1,73	2,11	2,16	32	,008
7. Nimmt eigene Gefühle wahr	1,78	2,05	2,17	32	,019
8. Schätzt die Folgen eigenen Handelns realistisch ein	1,67	2,13	2,20	32	,002
9. Versucht, eigene Fehler wieder gutzumachen	1,92	2,02	2,06	32	,497
10. Beschreibt eigenes Verhalten genau	1,50	2,20	2,30	32	,000

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Die Ergebnisse für die Subskala *Selbstwahrnehmung* zeigen signifikante Werte für das Item „Nimmt eigene Gefühle wahr“ ($p=0,019$) sowie sehr signifikante Unterschiede für die Aussagen 6 ($p=0,008$) und 8 ($p=0,002$). Mit der Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,000$ liegt für Item 10 „Beschreibt eigenes Verhalten genau“ ein höchst signifikanter Unterschied vor. Die Unterschiede in den Mittleren Rangsummen scheinen also nicht zufällig. Ausschließlich Aussage 9 zeigt kein signifikantes Ergebnis (vgl. Tab. 10).

Tabelle 11: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7, 8 und 10 der Subskala *Selbstwahrnehmung*

Skala B: Selbstwahrnehmung						
Item (N=32)		Perzentile			Wilcoxon-Test	
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
6. Sieht bei Konflikten mit anderen eigene Fehler	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,013
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,705
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,025
7. Nimmt eigene Gefühle wahr	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,088
	t2	2,0	2,5	3,0	t2_t3	,257
	t3	2,0	2,5	3,0	t3_t1	,039
8. Schätzt die Folgen eigenen Handelns realistisch ein	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,057
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3	,336
	t3	1,25	2,0	3,0	t3_t1	,015
10. Beschreibt eigenes Verhalten genau	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,003
	t2	2,0	2,5	3,0	t2_t3	,317
	t3	2,0	2,5	3,0	t3_t1	,001

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

In allen aufgezeigten Fällen der Skala *Selbstwahrnehmung* liegt ein signifikanter Unterschied zwischen dem ersten und dem dritten Messzeitpunkt vor. Die Werte der Perzentile lassen einen positiven Effekt während der Zeit der Behandlung mit geistigen Heilweisen auf das Lern- und Sozialverhalten erkennen. Die Veränderungen innerhalb der ersten beiden Erhebungen werden

bei den Items sechs und 10 durch ein signifikantes ($p=0,13$) beziehungsweise sehr signifikantes ($p=0,003$) Resultat deutlich. Unverändert bleibt der Effekt der Behandlungsmaßnahme zwischen den Zeitpunkten der zweiten und dritten Erhebung (vgl. Tab. 11).

Die Nullhypothese „Das Lern- und Sozialverhalten ist über alle Messzeitpunkte unverändert“ wird im Bezug auf diese Items abgelehnt.

Skala C: Selbstkontrolle

Die Ergebnisdarstellung der Skala C *Selbstkontrolle* dokumentiert in allen Bereichen eine signifikante Veränderung des Sozialverhaltens innerhalb des Projektverlaufs. Die nachstehende Tabelle 12 konstatiert einen positiven Effekt der Anwendung geistiger Heilweisen auf das Verhalten der Kinder. Signifikante Unterschiede werden auch bei dieser Skala bei allen Messwerten des ersten und dritten Zeitpunktes deutlich. Eine positive Verhaltensänderung zeigt sich ebenfalls innerhalb der ersten und zweiten Erhebung bei den Items 11, 12 und 14. Unverändert bleibt das Verhalten zwischen den Erhebungen zwei und drei (vgl. Tab.13).

Tabelle 12: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Selbstkontrolle*

Skala C:Selbstkontrolle Item	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
11. Kontrolliert impulsives Verhalten	1,59	2,19	2,22	32	,000
12. Schiebt eigene Bedürfnisse auf	1,59	2,19	2,22	32	,000
13. Erträgt Misserfolge	1,77	2,05	2,19	32	,015
14. Geht mit Kritik angemessen um	1,77	2,13	2,11	32	,025
15. Zeigt außerhalb des Unterrichts Selbstkontrolle	1,73	2,06	2,20	32	,005

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Tabelle 13 : Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Selbstkontrolle*

Skala C: Selbstkontrolle		Perzentile			Wilcoxon-Test		
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt.	Signifikanz (2-seitig)
11. Kontrolliert impulsives Verhalten	t1	1,00	2,0	2,0	t1_t2		,001
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3		,564
	t3	1,25	2,0	3,0	t3_t1		,002
12. Schiebt eigene Bedürfnisse auf	t1	1,0	2,0	2,0	t1_t2		,002
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3		,564
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1		,003
13. Erträgt Misserfolge	t1	1,0	2,0	2,75	t1_t2		,083
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3		,102
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1		,018
14. Geht mit Kritik angemessen um	t1	1,0	2,0	2,3	t1_t2		,025
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3		,655
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1		,049
15. Zeigt außerhalb des Unterrichts Selbstkontrolle	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2		,134
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3		,083
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1		,029

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala D: Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft

Höchst signifikante Unterschiede des Sozialverhaltens zwischen den drei verschiedenen Messzeitpunkten weisen die Werte der Items 18 „Tröstet andere, wenn ihnen Schaden zugefügt wurde“ ($p=0,000$) und 20 „Muntert andere auf“ ($p=0,000$) auf. Ebenfalls sehr signifikant ist das Ergebnis des 16. Items „Erkennt, wenn andere Hilfe brauchen“ mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,004$ (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*

Skala D: Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
16. Erkennt, wenn andere Hilfe brauchen	1,70	2,11	2,19	32	,004
17. Hilft aus eigener Initiative	1,84	2,05	2,11	32	,166
18. Tröstet andere, wenn ihnen Schaden zugefügt wurde	1,66	2,16	2,19	32	,000
19. Teilt mit anderen	1,98	1,98	2,03	32	,905
20. Muntert andere auf	1,66	2,14	2,20	32	,000

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Die Anwendung des Wilcoxon-Tests für die drei signifikanten Items belegt in allen Fällen eine Veränderung im Verhalten bezüglich des Einfühlungsvermögens und der Hilfsbereitschaft von Kindern. Die steigenden Perzentilwerte sowie die Signifikanzen der Wertepaare von den Zeitpunkten 1 und 2 sowie 1 und 3, lassen auf einen positiven Effekt geistiger Heilweisen schließen (vgl. Tab. 15).

Tabelle 15: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*

Skala D: Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft		Perzentile			Wilcoxon-Test	
		Item (N=32)	25.	50.	75.	Wertepaar
16. Erkennt, wenn andere Hilfe brauchen	t1	2,0	2,0	3,0	t1_t2	,018
	t2	2,0	3,0	3,0	t2_t3	,157
	t3	2,0	3,0	3,0	t3_t1	,012
18. Tröstet andere, wenn ihnen Schaden zugefügt wurde	t1	1,0	2,0	2,0	t1_t2	,001
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,564
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,003
20. Muntert andere auf	t1	1,0	2,0	2,0	t1_t2	,013
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,705
	t3	1,25	2,0	3,0	t3_t1	,012

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala E: Angemessene Selbstbehauptung

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass die Verhaltensweisen, welche die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* inkludiert, sehr signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten aufweisen. Das Item zur gewaltfreien Konfliktlösung bleibt über den Behandlungszeitraum unverändert.

Tabelle 16: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Angemessene Selbstbehauptung*

Skala E: Angemessene Selbstbehauptung	Mittlere Ränge			Friedman-Test		
	Item	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
21. Löst Konflikte gewaltfrei		2,02	1,92	2,06	32	,558
22. Reagiert auf unangebrachtes Verhalten anderer angemessen		1,70	2,08	2,22	32	,005
23. Äußert eigene Meinungen Angemessen		1,67	2,05	2,28	32	,001
24. Äußert Kritik angemessen		1,70	2,13	2,17	32	,003
25. Äußert eigene Wünsche Akzeptabel		1,73	2,11	2,16	32	,002

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Der paarweise Vergleich der einzelnen Zeitpunkte (vgl. Tab.17) dokumentiert auch für diese Skala einen signifikanten Unterschied zwischen den Erhebungen 1 und 3. Ebenfalls lässt sich bei 2 Items ein positiver Effekt geistiger Heilweisen zwischen den ersten beiden

Messzeitpunkten erkennen. Das Wertepaar von den Erhebungen 2 und 3 weist für Item 23 einen signifikanten Wert auf.

Tabelle 17: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Angemessene Selbstbehauptung*

Skala E: Angemessene Selbstbehauptung		Perzentile			Wilcoxon-Test		
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)	
Item (N=32)							
	22. Reagiert auf unangebrachtes Verhalten anderer angemessen	t1	1,0	2,0	2,75	t1_t2	,092
		t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,102
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,007	
23. Äußert eigene Meinungen angemessen	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,033	
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,034	
	t3	2,0	2,5	3,0	t3_t1	,003	
24. Äußert Kritik angemessen	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,053	
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,414	
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,026	
25. Äußert eigene Wünsche akzeptabel	t1	1,25	2,0	3,0	t1_t2	,011	
	t2	2,0	2,5	3,0	t2_t3	,414	
	t3	2,0	2,5	3,0	t3_t1	,008	

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala F: Sozialkontakt

In Anlehnung an die vorangegangenen Ausführungen können bei der Sichtung der Ergebnistabelle für die Skala *Sozialkontakt* 3 von 5 Items mit einem signifikanten Wert während des Erhebungszyklus verzeichnet werden (vgl. Tab.18).

Tabelle 18: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Sozialkontakt*

Skala F: Sozialkontakt		Mittlere Ränge			Friedman-Test	
Item		t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
26. Hält angemessene Distanz		1,89	2,03	2,08	32	,236
27. Zeigt Gefühle angemessen		1,77	2,03	2,20	32	,029
28. Drückt Anerkennung gegenüber anderen aus		1,70	2,17	2,13	32	,006
29. Nimmt angemessen Kontakt Auf		1,70	2,13	2,17	32	,002
30. Will zu einer Gruppe gehören		1,91	2,05	2,05	32	,541

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Mit einem p-Wert von 0,157 des Items 27 für das Variablenpaar Zeitpunkt 1 und 2 liegt kein signifikanter Unterschied auf dem 5% -Niveau vor. Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,046$ für die Zeitpunkte 1 und 3 eben dieser Aussage lässt jedoch auf eine Veränderung des Verhaltens schließen. Umgekehrt ist es bei dem Item „Drückt Anerkennung gegenüber anderen aus“, welches einen signifikantes Ergebnis für das Variablenpaar t1 und t2 aufweist, jedoch nicht für t1 und t3. Die Resultate der Aussage 29 zeigen sowohl für die Erhebungszeitpunkte 1

und 2 als auch 1 und 3 signifikante Unterschiede im Sozialverhalten (vgl. Tab.19). Die in der Stichprobe beobachteten Differenzen der Mittleren Ränge für die Zeitpunkte 2 und 3

(vgl. Tab. 18) scheinen auf einem Zufall zu beruhen, da für diese Variablenpaare keine signifikanten Ergebnisse vorliegen.

Tabelle 19: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Sozialkontakt*

Skala F: Sozialkontakt		Perzentile			Wilcoxon-Test	
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
27. Zeigt Gefühle angemessen	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,157
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,408
	t3	2,0	2,0	3,0	t1_t3	,046
28. Drückt Anerkennung gegenüber anderen aus	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,029
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,564
	t3	2,0	2,0	3,0	t1_t3	,051
29. Nimmt angemessen Kontakt auf	t1	2,0	2,0	3,0	t1_t2	,046
	t2	2,0	3,0	3,0	t2_t3	,317
	t3	2,0	3,0	3,0	t1_t3	,029

(t1= Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Für 21 von 29 Items des Teilbereichs *Sozialverhalten* können signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten 1 und 2 beziehungsweise 1 und 3 unterschiedlicher Signifikanz konstatiert werden. Die zweite und dritte Erhebung bleibt nahezu in allen Fällen konstant. Durch mehrfaches Verwerfen der Nullhypothese kann ein richtungsweisender Unterschied fixiert werden. Das Lern- und Sozialverhalten ist hinsichtlich der meistens Items zu mindestens zwei Messzeitpunkten verschieden.

5.4.2 Lernverhalten

Äquivalent zum vorherigen Kapitel 5.3.1 werden mit Hilfe des Friedman-Tests die abhängigen Stichproben miteinander verglichen. Zur richtungsweisenden Bewertung der Veränderung werden die Items mit signifikanten Werten durch den Wilcoxon - Test detailliert betrachtet.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der Kategorie *Lernverhalten* dar.

Skala G: Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer

Für alle Aussagen der Skala *Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer* zeigt der Friedman-Test signifikante Unterschiede zwischen den drei Erhebungszeitpunkten. Für die Items 32, 34 und 25 liegen höchst signifikante Werte ($p=0,000$) vor sowie deutliche Differenzen in den Mittleren Rängen für die Erhebungen 1 und 2 (vgl. Tab.20).

Tabelle 20: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer*

Skala G: Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer					
Item	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
31. Arbeitet ohne ständige Rückmeldung/Hilfestellung	1,72	2,11	2,17	32	,002
32. Bearbeitet Aufgaben mit Ausdauer, selbst wenn diese uninteressant sind	1,63	2,19	2,19	32	,000
33. Strengt sich an, um eine Aufgabe zu lösen	1,80	2,14	2,06	32	,045
34. Bearbeitet Aufgaben über die Pflichtaufgaben hinaus	1,64	2,16	2,20	32	,000
35. Zeigt Ausdauer bei Interessanten Aufgaben	1,69	2,20	2,11	32	,000

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Die Ergebnisse des Friedman-Tests werden durch die des Wilcoxon-Tests bestätigt. Mit Ausnahme der Erhebungen 1 und 3 des 33. Items weisen alle Werte der Messzeitpunkte 1 und 2 sowie 1 und 3 signifikante Unterschiede auf. Die Perzentilwerte lassen in diesen Fällen auf einen positiven Effekt der Anwendung geistiger Heilweisen bezüglich der Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer der Kinder im Kontext Schule erkennen (vgl. Tab.21).

Tabelle 21 : Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der *Subskala Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer*

Skala G: Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer						
Item (N=32)		Perzentile			Wilcoxon-Test	
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
31. Arbeitet ohne ständige Rückmeldung/Hilfestellung	t1	1,0	2,0	2,75	t1_t2	,004
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3	,234
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,008
32. Bearbeitet Aufgaben mit Ausdauer, selbst wenn diese uninteressant sind	t1	0,25	1,0	2,0	t1_t2	,002
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3	1,00
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,003
33. Strengt sich an, um eine Aufgabe zu lösen	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,039
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3	,157
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,090
34. Bearbeitet Aufgaben über die Pflichtaufgaben hinaus	t1	0,0	1,0	2,0	t1_t2	,005
	t2	,25	1,0	2,0	t2_t3	,564
	t3	,25	1,0	2,75	t3_t1	,003
35. Zeigt Ausdauer bei interessanten Aufgaben	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,002
	t2	2,0	2,5	3,0	t2_t3	,157
	t3	2,0	2,0	3,0	t3_t1	,012

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala H: Konzentration

Die folgende Tabelle 22 stellt die Ergebnisse für die Subskala *Konzentration* dar. Die Mittleren Ränge zu den drei Zeitpunkten unterscheiden sich vor allem in den ersten beiden Zeitpunkten. Die p-Werte aller Variablen der Skala H *Konzentration* liegen deutlich unter dem Signifikanzniveau.

Tabelle 22: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Konzentration*

Skala H: Konzentration					
Item	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	t1	t2	t3	N	Asympt. Signifikanz
36. Lenkt die Aufmerksamkeit gezielt auf eine Aufgabe, wenn dies erforderlich ist	1,69	2,17	2,14	32	,002
37. Arbeitet ohne Unterbrechungen	1,77	2,08	2,16	32	,016
38. Arbeitet im Allgemeinen ohne Flüchtigkeitsfehler	1,70	2,08	2,22	32	,004
39. Sieht bei Anforderungen genau hin	1,66	2,11	2,23	32	,001
40. Hört bei Anforderungen genau zu	1,75	2,06	2,19	32	,014

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Die Signifikanzprüfungen des Wilcoxon-Tests weisen in allen Fällen auf eine bessere Bewertung der Konzentrationsleistungen der Schüler zwischen den ersten beiden Erhebungen sowie der ersten und dritten Erhebung hin. Die Werte der zweiten und dritten Erhebungen bleiben konstant (vgl. Tab.23).

Tabelle 23: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Konzentration*

Skala H: Konzentration						
Item (N=32)		Perzentile			Wilcoxon-Test	
		25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
36. Lenkt die Aufmerksamkeit gezielt auf eine Aufgabe, wenn dies erforderlich ist	t1	1,0	2,0	2,75	t1_t2	,039
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,317
	t3	1,25	2,0	3,0	t3_t1	,039
37. Arbeitet ohne Unterbrechungen	t1	0,0	1,0	2,0	t1_t2	,039
	t2	1,0	2,0	2,75	t2_t3	,317
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,043
38. Arbeitet im Allgemeinen ohne Flüchtigkeitsfehler	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,025
	t2	1,0	2,0	2,0	t2_t3	,157
	t3	1,0	2,0	2,0	t3_t1	,006
39. Sieht bei Anforderungen genau hin	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,008
	t2	1,0	1,5	2,0	t2_t3	,157
	t3	1,0	2,0	2,75	t3_t1	,004
40. Hört bei Anforderungen genau zu	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,035
	t2	1,0	2,0	2,0	t2_t3	,257
	t3	1,0	2,0	2,75	t3_t1	,018

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala I: Selbstständigkeit beim Lernen

Der Aspekt der Selbstständigkeit beim Lernen des Teilbereiches *Lernverhalten* weist für alle Variablen erhebliche Differenzen in den Mittleren Rängen über den Erhebungszeitraum auf. Dies bestätigen die höchst signifikanten Unterschiede ($p=0,000$ und $p=0,001$), ermittelt durch den Friedman-Test ($p=0,000$ und $p=0,001$) (vgl. Tab. 24).

Tabelle 24: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Selbstständigkeit beim Lernen*

Skala I: Selbstständigkeit beim Lernen	Mittlere Ränge			Friedman-Test	
	Item	t1	t2	t3	N
41. Führt eine Aufgabe vollständig Allein aus	1,69	2,14	2,17	32	,000
42. Holt nur Hilfe, wenn dies die Aufgaben erfordern	1,59	2,23	2,17	32	,000
43. Setzt sich erreichbare Ziele	1,59	2,14	2,19	32	,001
44. Kann erreichte Ergebnisse Selbstständig bewerten	1,67	2,05	2,27	32	,000
45. Geht gezielt vor	1,39	2,28	2,33	32	,000

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Bestätigt werden diese Ergebnisse mit der Anwendung des Wilcoxon –Tests für die einzelnen Variablenpaare. Diese weisen nahezu alle sehr signifikante Unterschiede des Verhaltens zwischen der ersten und zweiten Erhebung sowie zwischen der ersten und dritten Erhebung auf. Das zielorientierte Verhalten sowie die eigenständige Bewertung erreichter Ergebnisse verändern sich auch zwischen der zweiten und dritten Erhebung positiv (vgl. Tab. 25).

Tabelle 25: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Selbstständigkeit beim Lernen*

Skala I: Selbstständigkeit beim Lernen	Perzentile			Wilcoxon-Test		
	Item (N=32)	25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
41.Führt eine Aufgabe vollständig allein aus	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,002
	t2	1,0	2,0	2,75	t2_t3	,564
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,002
42.Holt nur Hilfe, wenn dies die Aufgabe erfordert	t1	1,0	2,0	2,0	t1_t2	,001
	t2	2,0	2,0	3,0	t2_t3	,414
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,003
43.Setzt sich erreichbare Ziele	t1	1,0	2,0	2,0	t1_t2	,007
	t2	1,0	2,0	2,75	t2_t3	,564
	t3	1,0	2,0	2,75	t3_t1	,003
44.Kann erreichte Ergebnisse selbstständig bewerten	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,013
	t2	1,0	2,0	2,0	t2_t3	,034
	t3	1,0	2,0	2,75	t3_t1	,001
45.Geht gezielt vor	t1	1,0	1,0	2,0	t1_t2	,008
	t2	1,0	2,0	3,0	t2_t3	,014
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,001

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Skala J: Sorgfalt beim Lernen

Die nachstehende Tabelle zeigt für die Skala *Sorgfalt beim Lernen* drei von fünf Variablen mit einem signifikanten Ergebnis auf. Eine Verhaltensänderung für die Aspekte „Erledigt Hausaufgaben sorgfältig“ und „Macht Hausaufgaben vollständig“ kann nicht verzeichnet werden.

Tabelle 26: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala *Sorgfalt beim Lernen*

Skala J: Sorgfalt beim Lernen	Mittlere Ränge			N	Friedman-Test
	t1	t2	t3		Asympt. Signifikanz
46. Geht mit schulischen Arbeitsmaterialien sorgfältig um	1,69	2,14	2,17	32	,003
47. Erledigt Hausaufgaben sorgfältig	1,91	2,08	2,02	32	,289
48. Macht Hausaufgaben vollständig	1,92	2,06	2,02	32	,497
49. Geht mit Heften ordentlich um	1,77	2,14	2,09	32	,017
50. Bereitet Materialien für den nächsten Schultag vor	1,67	2,19	2,14	32	,000

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Die signifikanten Unterschiede des Lernverhaltens für die Aussagen 46, 49 und 50 lassen in Kombination mit den veränderten Perzentilwerten auf einen positiven Effekt geistiger Heilweisen auf die Entwicklung der Sorgfalt beim Lernen der Schüler schließen (vgl. Tab.27).

Tabelle 27: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala *Sorgfalt beim Lernen*

Skala J: Sorgfalt beim Lernen	Item (N=32)		Perzentile			Wilcoxon-Test	
			25.	50.	75.	Wertepaar	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
46. Geht mit schulischen Arbeitsmaterialien sorgfältig um	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,031	
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,564	
	t3	1,25	2,5	3,0	t3_t1	,027	
49. Geht mit Heften ordentlich um	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,033	
	t2	1,0	2,5	3,0	t2_t3	,317	
	t3	1,0	2,5	3,0	t3_t1	,052	
50. Bereitet Materialien für den nächsten Schultag vor	t1	1,0	2,0	3,0	t1_t2	,002	
	t2	1,25	2,0	3,0	t2_t3	,564	
	t3	1,0	2,0	3,0	t3_t1	,005	

(t1=Messzeitpunkt 1; t2= Messzeitpunkt 2; t3= Messzeitpunkt 3)

Für den Teilbereich *Lernverhalten* können 18 von 20 Items mit signifikanten Unterschieden von mindestens zwei Messzeitpunkt fixiert werden. Für diese Aussagen kann die Nullhypothese „Das Lern - und Sozialverhalten ist über alle Messzeitpunkte unverändert“ verworfen und die Alternativhypothese „Das Lern- und Sozialverhalten ist zumindest zu zwei Messzeitpunkten verschieden“ angenommen werden.

6 Diskussion

Im Folgenden werden die zuvor skizzierten Ergebnisse im Hinblick auf die in Kapitel 2 vorgestellte Literaturanalyse diskutiert. Äquivalent zu der Ergebnisdarstellung wird das nachstehende Kapitel gegliedert. Zudem werden die methodischen Grenzen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt.

Mit einer einführenden Darstellung des theoretischen Hintergrundes hinsichtlich der Thematik geistiger Heilweisen wird eine kontextuelle Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand ermöglicht.

Die Stichprobenkennwerte der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen im Querschnitt betrachtet richtungsweisende Ergebnisse bezüglich des Vorliegens von Verhaltensauffälligkeiten. Die Referenzwerte der Normstichprobe von PETERMANN und PETERMANN (2006) liegen mit einer Stichprobengröße von 1480 Probanden deutlich über der vorliegenden Stichprobengröße von 32 Teilnehmern, wodurch die Verteilung der Werte erheblich differieren kann. Dennoch betonen die Entwickler der Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL) die Möglichkeit der Vergleichbarkeit einzelner Schüler oder kleiner Stichproben mit den aufgeführten Normwerten. Die Beurteilung mit Hilfe der Prozenträge verweist überwiegend auf erhebliche Auffälligkeiten im Lernverhalten der Kinder. Diese Resultate korrelieren mit den Untersuchungsergebnissen von FISCHBACH et al. (2010). Er beschreibt, dass jedes 10. Grundschulkind Lernschwierigkeiten beim Lesen, Rechtschreiben und Rechnen aufzeigt. Die dominante Ausprägung der Auffälligkeiten im Lernverhalten könnte daraus resultieren, dass die Defizite erst mit dem Schuleintritt erkannt werden. Störungen des Sozialverhaltens werden häufig bereits im Kindergarten manifest und daraufhin behandelt, sodass sie beim Eintritt in die Schule teilweise schon minimiert werden konnten. Zudem bedingt die Kompetenz der Lehrkräfte die Ausrichtung ihrer Aufmerksamkeit auf die schulischen Fähigkeiten. Auffälligkeiten im sozialen Verhalten zeigen sich überwiegend in internalisierenden Störungen der Formen Selbstbehauptung, Selbstkontrolle und Selbstwahrnehmung. Übereinstimmend zu den Forschungsergebnissen von HÖLLING et al. (2007) manifestieren sich Probleme mit der eigenen Person häufig erst im Schulalter. Entsprechend der temporären Wahrnehmung der Störung lässt sich hier die vorangegangene Argumentation aufgreifen. Die Erkenntnis der Störungen wird erst im Schulalter erkannt und ist daher stärker ausgeprägt.

Die aufgeführten Ergebnisse zur Verteilung der Verhaltensauffälligkeiten in der vorliegenden Stichprobe implizieren einen hohen Bedarf an Interventionen zur Verringerung der Störungen im Sozial- und Lernverhalten.

Entgegen der beschriebenen Geschlechterdifferenz der unterschiedlichen Forschungsergebnisse (BERG & TISDALE 2005; SINZIG & SCHMIDT 2007; RAUSCHENBACH 2010)

liegen in der vorliegenden Stichprobe nur für vier von 10 Skalen signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen vor. Diese betreffen die Bereiche Kooperation, Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft sowie Konzentration. Das von SINZIG und SCHMIDT (2007) beobachtete häufigere Auftreten externalisierender Störungen bei Jungen kann für die vorliegende Erhebung nicht fixiert werden. Übereinstimmend mit den Resultaten der Studie von BERG und TISDALE (2005) unterscheiden sich die Geschlechter nicht in ihrem Lern- und Leistungsverhalten. Ausschließlich die Skala Konzentration weist einen signifikanten Unterschied auf. Die wenigen signifikanten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zur Frage des Geschlechtereinflusses geben keinen Anlass dazu, die Geschlechter in der Ergebnisdarstellung differenziert voneinander zu berücksichtigen. Eine mögliche Erklärung für die indifferenten Beurteilungen des Lern- und Sozialverhaltens kann die Verteilung der Schulform sein. Doch mit 75,0% ist die Grundschule die meistbesuchte Schulform, sodass sich hier die Mehrzahl beider Geschlechter verteilt.

Die Ergebnisse der Effektmessung geistiger Heilweisen auf das Lern- und Sozialverhalten der Kinder zeigen deutlich eine positive Entwicklung des Verhaltens.

In Anlehnung an die Forschungsergebnisse von HÖFLER (2011) und WIESENDANGER (2006), welche einen zügigen Erfolg und positive Behandlungseffekte bei Verhaltens- und Lernstörungen aufzeigen, kann auch die vorliegende Untersuchung hinsichtlich dieser Aspekte einen Erfolg verzeichnen.

Hinsichtlich der Variable *Sozialverhalten* lassen sich bei 21 von 29 Items bessere Werte nach der Behandlung geistiger Heilweisen erkennen. Vor allem die Bereiche *Selbstwahrnehmung*, *Selbstkontrolle* und *angemessene Selbstbehauptung* weisen einen positiven Effekt auf. Diese Resultate spiegeln die Annahme wider, dass die Wirkung geistiger Heilweisen auf der Aktivierung der Selbstheilungskräfte basiert (vgl. Kapitel 2.1). Die Wirksamkeit der Maßnahme wird in Verhaltensweisen, welche die eigene Person direkt betreffen, besonders deutlich.

In Anlehnung an die Darstellungen von KROHNE (2007) hinsichtlich der Verbesserung der individuellen Leistung und daraus folgenden Erfolge geistiger Heilweisen bei Lernstörungen, können auch für die vorliegende Studie positive Veränderungen im Lernverhalten konstatiert werden. Für die Variable *Lernverhalten* können 18 von 20 Items als signifikant bewertet werden. Resultierend kann für diesen Bereich festgehalten werden, dass sich die Anwendung geistiger Heilweisen positiv auf das Lernverhalten der Kinder auswirkt. Keinen Effekt zeigte die Behandlung bei den Aspekten „Erledigt Hausaufgaben sorgfältig“ und „Geht mit Heften ordentlich um“.

Anhand dieser Ergebnisse kann ein direkter positiver Einfluss geistiger Heilweisen auf das Lern- und Sozialverhalten bestätigt werden.

Die nachhaltige Wirkung des positiven Effekts auf das Verhalten lässt sich nicht auf signifikante Ergebnisse stützen. Zwar liegen für einige Bereiche signifikante Unterschiede zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt vor, jedoch sind diese nicht hinreichend. Die Verschiebung der Mediane sowie die Signifikanzen für den Vergleich des ersten und dritten Erhebungszeitpunktes deuten dennoch auf einen kontinuierlichen beziehungsweise steigenden positiven Effekt geistiger Heilweisen auf das Verhalten der Kinder hin. Ein längerer Behandlungszyklus könnte die Nachhaltigkeit des Effekts möglicherweise unterstützen.

Im Rahmen dieser Arbeit fand eine intensive Auseinandersetzung mit der alternativen Behandlungsmethode geistiger Heilweisen statt. Das behandelte Thema ist aufgrund seines zunehmenden Interesses der Gesellschaft literarisch sehr verbreitet. Jedoch scheint die Spezifizierung auf die Anwendung bei Kindern noch nicht umfassend erforscht zu sein. Die verschiedenen Studien befassen sich häufig sehr allgemein mit den Ansätzen geistigen Heilens. Zudem ist eine kritische Bewertung der recherchierten Literatur zu diesem Thema unabdingbar. Viele Quellen verzichten auf eine wissenschaftliche Fundierung und erläutern anhand von Einzelfalldarstellungen ihre Erfahrungen. Daher erwies sich die Literaturanalyse hinsichtlich der Betrachtung der aufgeführten Hypothesen als sehr anspruchsvoll. Umso mehr schien jedoch die Bedeutsamkeit einer Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit bezüglich der Anwendung geistiger Heilweisen bei Kindern zu steigen.

Mit der Durchführung der vorliegenden Längsschnittuntersuchung werden einige methodische Grenzen deutlich.

Die Art der Stichprobengewinnung kann die Qualität der Ergebnisse erheblich beeinträchtigen. Jedoch konnte aus Kosten- und Ressourcengründen keine Totalerhebung erfolgen.

Zudem kann die Stichprobenerhebung in Form einer Fremdbeurteilung durch die Lehrkräfte die Gültigkeit der Aussagen eingrenzen. Die subjektive Bewertung kann durch unterschiedliche Faktoren (z.B. Sympathie, Zeitdruck) beeinflusst und demnach verzerrt werden. Jedoch ließ sich für das vorliegende Forschungsvorhaben keine andere Datenerhebung durchführen, da die Zuverlässigkeit der Angaben durch die Kinder selbst als nicht adäquat eingeschätzt wurden. Den Lehrkräften wurde daher die Kompetenz zugesprochen, zuverlässige Aussagen zu den einzelnen Schülern anhand des Fragebogens treffen zu können. Neben dieser kritischen Betrachtung der subjektiven Bewertung bleiben die geringen Einschluss- und Ausschlusskriterien zur Eruiierung der Probanden zu nennen.

Die Messung des Behandlungserfolges impliziert in der Regel im Rahmen der wissenschaftlichen Analyse eine vorausgehende Diagnose zur Beurteilung und Kontrolle der Maßnahme. Mit einem festgelegten Ausgangswert kann eine Vergleichsanalyse durchgeführt werden. Jedoch treten immer häufiger Symptome auf, welche sich nicht durch medizinisch-

messbare Parameter wie zum Beispiel Labor- und Röntgendiagnostiken einem Krankheitsbild zuordnen lassen. Viele Menschen fühlen sich krank und zeigen keine Auffälligkeiten im Rahmen dieser objektivierbaren Parameter (THURNEYSEN 1996). Auch in der vorliegenden Studie wurde kein konkreter Ausgangswert bestimmt, der als Kriterium für die Aufnahme in die Projektdurchführung entscheidend ist. Auf das Vorliegen einer eindeutigen Diagnose kann verzichtet werden, da der therapeutische Ansatz ganzheitlich ausgerichtet ist und keine exakte Befundlage benötigt. Aufgrund ethischer Aspekte und des sozialen Auftrags der Stiftung, jedem Kind die Möglichkeit zu gewähren, an dem Projekt Lernsprünge teilzunehmen, wurde auf einen direkten Einfluss auf die Datenerhebung verzichtet. Zudem wurde die Beurteilungskompetenz der Lehrer als zuverlässiger Parameter eingeschätzt.

Weiterhin lässt sich die Anwendung geistiger Heilweisen nicht objektivieren, da die Heilphänomene keine Messbarkeit zulassen. Da die Durchführung keinen konstanten Bedingungen unterliegt, ist eine Messwiederholung nicht möglich. Aus ressourcenorientierten Gründen wurden die Kinder zwar während der Projektdurchführung stets von einem Therapeuten begleitet, jedoch wurden alle teilnehmenden Kinder auf verschiedene Therapeuten verteilt. Dieser Aspekt kann ebenfalls die Ergebnisse beeinflussen, da die Behandlungszyklen in ihrer Intensität durch die individuelle Anwendung geistiger Heilweisen durch die unterschiedlichen Therapeuten differieren können.

Unberücksichtigt bleiben aufgrund zeitlicher, organisatorischer oder praktischer Aspekte mögliche Störvariablen, welche die abhängige Variable beeinflussen können. Potentielle Störvariablen sind unter anderem der sozioökonomische Status, die familiären Gegebenheiten, andere therapeutische Maßnahmen, die Einnahme von Medikamenten oder zeitweise Klinikaufenthalte. Unterschiedliche Aspekte wie Sympathie zwischen Therapeut und Klient oder die Kontaktaufnahme durch die Hände des Behandelnden können die Ergebnisse beeinflussen. Auf den Anspruch der Randomisierung musste aufgrund der nicht realisierbaren Kontrollgruppe durch die zuvor dargestellten Aspekte des ethischen und sozialen Auftrages verzichtet werden. Da keinem Kind die Teilnahme an dem Projekt verwehrt werden sollte, konnte keine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen werden. Folglich handelt es sich um eine Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe, was die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich einschränkt. Dennoch sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung richtungsweisend und begründen die Aufnahme weiterer Forschungsvorhaben.

Drei Behandlungssitzungen scheinen den Ergebnissen zufolge ausreichend, um einen positiven Effekt messen zu können. Im Falle einer Wiederholung der Untersuchung könnte zur möglichen Erreichung einer sich erhöhenden positiven nachhaltigen Wirkung der Behandlungszyklus um mehr Sitzungen erhöht werden. Jedoch zeigten sich bereits bei einer Frequenz von drei

Sitzungen Schwierigkeiten bei der Einhaltung regelmäßiger Termine. Die Steigerung der Anzahl der Behandlungssitzungen könnte demzufolge eine höhere Ausfallquote bedeuten.

Nicht zuletzt sollte die aktuelle Situation des Schulsystems in Nordrhein-Westfalen betrachtet werden. Zwischen Selektion und Förderung befindet sich das Bildungssystem mit der Einführung der Inklusion in enormen Umstrukturierungsmaßnahmen. Mit der Bestätigung der UN-Behindertenrechtskonventionen hat jedes Kind ein Recht auf eine inklusive Beschulung. Ungefähr ein Viertel der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf wird an Allgemeinen Schulen unterrichtet. An Grundschulen ist es bereits ein Drittel. Im Gemeinsamen Unterricht lernen Kinder mit sonderpädagogischen Förderbedarf mit Kindern ohne sonderpädagogischen Förderbedarf zusammen. Langfristig ergibt sich daraus die Abschaffung der Förderschulen. Darüber hinaus wird mit der potentiellen Einführung von Gemeinschaftsschulen auf ein längeres gemeinsames Lernen innerhalb der Sekundarstufe 1 und somit die Chancengleichheit für alle Schüler angestrebt werden. Nicht unbeachtet bleiben soll die Verkürzung des Bildungsgangs zum Abitur auf 8 Jahre (MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2013). Die Veränderungen der Struktur des Schulsystems erfordert eine hohe Flexibilität und Leistungsbereitschaft der Lehrkräfte. Durch die fortwährenden Trends Eingruppierungen zu vermeiden, muss der Weg eines Schülers sehr individuell gestaltet werden. Diese Ansprüche erfordern einen hohen Zeitaufwand sowie eine intensive Auseinandersetzung mit dem System. Diese Faktoren können einen erheblichen Einfluss auf die Beurteilungsfähigkeit und das Interesse der Lehrkräfte hinsichtlich der Durchführung des Projekts Lernsprünge ausüben.

7 Schlussfolgerungen

Im Anschluss findet eine kritische Auseinandersetzung mit den gewonnenen Erkenntnissen statt. Dabei werden Implikationen für die Forschung gegeben, welche versuchen, die aktuelle wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema geistiger Heilweisen bei Kindern essentieller und erkenntnisreicher zu gestalten. Darauffolgend soll die Bedeutung für die praktische Anwendung aufgezeigt werden.

7.1 Implikationen für die Forschung

In Anlehnung an die vorliegende Arbeit lassen sich einige grundlegende Forderungen für die Forschung erkennen.

Die Vertiefung mit dem Thema *geistige Heilweisen* lässt große Defizite in der wissenschaftlich fundierten Literatur zu diesem Phänomen erkennen. Einzelfalldarstellungen sowie Erlebnisberichte prägen die literarische Präsentation des Themas. Unterschiedliche Erklärungsansätze versuchen die Wirkungsweise geistiger Heilweisen zu beleuchten. Die verschiedenen Quellen des Wissens führen zu einem Vorhandensein vielfältiger Begriffe und Ansätze. Zwar tragen alle Ideen dazu bei, eine aussagekräftige und sinnvolle Erklärung zu erhalten, jedoch kann dies kein ganzheitliches Erklärungsmodell ersetzen. Die heterogene Sprache der einzelnen Therapeuten kann zu Konfusion und Aufgeregtheit der Klienten führen, und damit die Akzeptanz geistigen Heilens schwächen. Zudem lässt die eingeschränkte Messbarkeit geistiger Heilweisen viele Möglichkeiten für Spekulationen offen. Daher sollte als Ziel der Forschung die Entwicklung eines ganzheitlichen Theoriensatzes zu der Wirkung geistiger Heilweisen formuliert werden.

Die Transparenz dieses Bereiches ist eine wichtige Voraussetzung zur Akzeptanz dieser Behandlungsmöglichkeit im Rahmen der medizinischen Versorgungsforschung. Das kritische Bewusstsein der Gesellschaft hinsichtlich der medizinischen Versorgung konnte begünstigend auf die Zuwendung der Menschen für geistige Heilweisen einwirken. Die schulmedizinischen Grenzen werden vor allem im Rahmen der Behandlung chronischer Erkrankungen wahrgenommen. Durch die steigende Nachfrage der Gesellschaft steigt auch das Interesse der Mediziner, diese Maßnahme ergänzend anzubieten. Zudem ist geistiges Heilen mittlerweile eine juristisch bestätigte Behandlungsmethode.

Repräsentative Forschungsergebnisse könnten diese Annahmen stabilisieren. Aufgrund der Zunahme der gesellschaftlichen Relevanz sollten geistige Heilweisen daher stärker in die Forschung mit einbezogen werden. Bisher gibt es kaum Längsschnittstudien mit zufriedenstellender Qualität. Die meisten Untersuchungen belegen subjektive Besserungen des Zustandes und stellen Einzelfälle dar. Veröffentlicht werden nur die wenigsten Studien.

Die Voraussetzung für ein Forschungsvorhaben sollten im Vorfeld genau ergründet werden. Die Eruiierung einer angemessenen Zugangsweise ist aufgrund ethischer Komponenten nicht unkompliziert. Eine randomisierte Studie könnte durch die mögliche Vergleichbarkeit der tatsächlichen Versuchspersonen und der Kontrollgruppe repräsentative Ergebnisse aufzeigen. Diese Durchführung wäre allerdings nur unter kontrollierten Bedingungen ethisch vertretbar, sodass keinem Probanden die Möglichkeit auf Heilung durch die Anwendung geistiger Heilweisen verwehrt werden kann. Zudem lassen sich die auftretenden Heilphänomene nicht messen und somit auch keine experimentellen Wiederholbarkeit zu, da sie keine konstanten Bedingungen unterliegen. Dieser Aspekt stützt die Forderung einer einheitlichen Erklärung des Vorgangs geistiger Heilweisen, sodass objektive Effekt-Messungen möglich sind.

Neben der Zielvorstellung der einheitlichen Sprache der Vertreter geistiger Heilweisen, sollte auch der verstärkte Einbezug in die Forschung intendiert werden.

Außerdem sollte zur Zunahme der Akzeptanz geistiger Heilweisen die Seriosität der Therapeuten auf dem alternativen Markt hinterfragt werden. Da kein akademisches oder berufsbildendes Zertifikat für die Anwendung geistiger Heilweisen verpflichtend ist, können Laien ohne kontextuelles Wissen um diese Heilmethode Unsicherheiten hinsichtlich der Glaubwürdigkeit und Seriosität der Therapeuten empfinden. Durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes im Jahre 2004, dass für die Anwendung geistiger Heilweisen keine Zulassung als Heilpraktiker verpflichtend ist, wird diese Unsicherheit untermauert (GREVE 2004).

Hinsichtlich des vorliegenden Pilotprojekts können ebenfalls Implikationen für die Forschung konstatiert werden.

Mit der LSL stellen PETERMANN und PETERMANN zwar ein gutes Instrument zur Fremdbeurteilung des Lern- und Sozialverhaltens bereit, jedoch lässt diese Erhebungsart keine Darstellung der subjektiven Empfindungen der Probanden zu. Wie bereits beschrieben, wäre die Zuverlässigkeit einer Selbstbeurteilung durch die Kinder infrage zu stellen. Die Entwicklung eines Messinstrumentes, in welchem beide Perspektiven berücksichtigt werden könnten, wäre daher wünschenswert.

Für die weitere Evaluation der Projektidee sollte dessen Sinnhaftigkeit und Effekt aus Lehrerperspektive beschrieben werden, um den weiteren Projektverlauf im Sinne einer Weiterführung oder Beendigung zu bestimmen.

7.2 Implikationen für die Praxis

Aufgrund der hier gezeigten Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit geistiger Heilweisen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten erscheint eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Möglichkeit der Therapie oder Prophylaxe als dringend notwendig.

Grundlegend ist eine Kooperation zwischen der Schulmedizin und Therapeuten geistiger Heilweisen sehr wichtig, um die bestmöglichen Bedingungen für den Betroffenen zu eruieren und zu erschaffen. Dementsprechend sollte auch die Gesundheitspolitik diesen Aspekt verstärkt betrachten. Folglich könnten zum Beispiel auch die Ärztekammern diese Art der Heilung in ihren Förderungsplänen berücksichtigen. Darauf aufbauend sollten, wie bereits in Kapitel 7.1 erwähnt, Aufklärungen der Gesellschaft den Wissensstand optimieren und ihnen so die Möglichkeiten zur Wahrnehmung ihrer Ressourcen darbieten.

Im Gegensatz zu Großbritannien oder der USA wird der Nutzen der Wirksamkeit geistigen Heilens in Deutschland nur minimal ausgeschöpft. Die Implementierung in Kliniken und therapeutischen Institutionen könnte auch bei uns, besonders im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden Betroffener, den Genesungsprozess unterstützen.

Aber auch die Annahme der Behandlungsmöglichkeit im schulischen Kontext könnte langfristig eine bessere Lernsituation für die Kinder schaffen. Aufgrund der aktuellen Herausforderungen der Bildungssituation lassen sich große Bedarfe und Notwendigkeiten für eine intervenierende Maßnahmenplanung zur Stressreduktion der Kinder und deren Umfeld erkennen. Durch die prophylaktische Anwendung können Defizite im Lernverhalten gemindert werden und einen stressfreien Start in das Schulleben ermöglichen. Die vorliegende Untersuchung zeigt eindeutig richtungsweisende Ergebnisse hinsichtlich einer positiven Verhaltensentwicklung, auch bezüglich des Lernverhaltens. Die Integration in der Behandlungsmaßnahme in das Schulsystem könnte mit seiner Wirkung positive Veränderungen für die gesamte Schullandschaft erzielen. Die durch die Förderung der persönlichen Ressourcen entstehenden Effekte können auch auf die Umwelt wirken, indem zwischenmenschlichen Beziehungen harmonischer gestaltet werden können.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Akzeptanz der Gesellschaft die Voraussetzung zur grundsätzlichen Annahme und Integration der Behandlung durch geistige Heilweisen in das Versorgungssystem ist. Nur auf dieser Grundlage lassen sich die aufgezeigten Implikationen effektiv einsetzen.

8 Zusammenfassung

Obwohl vielfältige Ansätze und Theorievorschläge zu der Anwendung geistiger Heilweisen vorliegen, kann kein einheitlicher Konsensus über dieses Phänomen dargestellt werden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche weisen zwar auf positive Effekte geistigen Heilens hin, lassen jedoch aufgrund des ungenügenden Forschungsstandes noch einige Fragen zu dessen Wirksamkeit offen.

Die vorliegende Arbeit setzt genau an diesem Punkt an. Mit einer Längsschnittstudie sollte der Zusammenhang zwischen der Anwendung geistiger Heilweisen und dem Lern- und Sozialverhalten von Kindern aufgezeigt werden. Eingangs wird der aktuelle Ist - Stand der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich der Verteilung der Verhaltensauffälligkeiten, gemessen am Lern- und Sozialverhalten, dargestellt und mit den Werten der Normstichprobe verglichen. Der geschlechterspezifische Vergleich der Verteilung soll eine Beeinflussung der Ergebnisse kontrollieren. Der strukturierte Studienverlauf lässt nach drei Therapiesitzungen eine weitere Erhebung des Lern- und Sozialverhaltens zu, sodass der Effekt zwischen diesem und dem Ist-Stand gemessen werden kann. Die anschließende Erhebung nach vierwöchiger Behandlungspause bestimmt den nachhaltigen Effekt geistigen Heilens.

Zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten der Probanden wurde die Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL) von PETERMANN und PETERMANN eingesetzt. Mit Hilfe dieses Messinstrumentes beurteilten die Lehrkräfte das Lern- und Sozialverhalten ihrer Schüler zu den aufgeführten Zeitpunkten.

Die vorliegenden Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die teilnehmenden Kinder vor Beginn des Behandlungszyklus nur teilweise Auffälligkeiten im Sozialverhalten zeigten, jedoch deutlich größere Defizite im Lernverhalten konstatiert werden konnten. Eine Geschlechterdifferenz hinsichtlich des Lern- und Sozialverhaltens konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Die Ergebnisse der Vergleiche der drei Erhebungszeitpunkte zeigen deutlich eine positive Entwicklung des Verhaltens. Hervorzuheben sind die Effekte auf das Lernverhalten der Kinder. Hier konnte in nahezu allen Bereichen eine positive Entwicklung nach der Anwendung geistiger Heilweisen verzeichnet werden.

Die Resultate dieser Arbeit weisen deutlich auf die Möglichkeiten und Chancen einer ressourcenorientierten Entwicklung der Kinder durch die Anwendung geistiger Heilweisen hin. Im Hinblick auf die stetig wachsenden Anforderungen des Schulsystems an die Kinder, stellen diese Ergebnisse eine Argumentationsgrundlage für die weitere Anwendung, Forschung und Integration geistiger Heilweisen in die entwicklungsfördernde Maßnahmenplanung dar.

9 Literatur

- ABBOT, Neil C.: Healing as a therapy for human disease: A systematic review. In: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2 (2000), S.159-169.
- BERG, Detlef ; TISDALE, Tim: *Verhaltensauffälligkeiten bei Grundschulkindern*. Bamberg: opus, 2005.
- BERTI, Aldo: *Geistheilung und Energiearbeit. Basiswerk der energetischen Medizin*. Darmstadt: Schirner, 2011.
- BIERBACH, Elvira (Hrsg.): *Naturheilpraxis heute. Lehrbuch und Atlas*. München: Elsevier, 2009.
- BINDER, Markus; WOLF-BRAUN, Barbara: Geistheilung in Deutschland. Teil I: Ergebnisse einer Umfrage zum Selbstverständnis und zur Arbeitsweise Geistiger Heiler und Heilerinnen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 37 (1995), S.145-177.
- BORTZ, Jürgen; DÖRING, Nicola: *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer, 2009.
- BÖSCH, Jakob: Wissenschaftliche Grundlagen des geistig- energetischen Heilens. Teil 1. In: *Schweizerisches Medizin-Forum*. 21 (2002), S.511-516.
- BÖSCH, Jakob: *Spirituelles Heilen und Schulmedizin. Eine Wissenschaft am Neuanfang*. Baden und München: AT Verlag, 2007.
- BRÜHL, Achim: *SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München:Pearson,2008.
- BUCHER, Anton: *Psychologie der Spiritualität. Handbuch*. Weinheim: Beltz, 2007
- BÜSSING, Arndt: *Spiritualität / Religiosität als Ressourcen im Umgang mit chronischer Krankheit*. In: Büssing, Arndt; Kohls, Niko (Hrsg.): *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011, S.107-122.
- DACHVERBAND GEISTIGER HEILWEISEN E.V.(DGH): *Geistige Heilweisen von Handauflegen und Reiki bis hin zu Quantenheilung*. URL <http://drupal.dgh-ev.de/>. Aktualisierungsdatum: o.J.
- DALE, Cyndi: *Der Energiekörper des Menschen . Handbuch der feinstofflichen Anatomie*. München: Lotos, 2012.
- EID, Michael ; GOLLWITZER, Mario; SCHMITT, Manfred: *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim, Basel: Beltz, 2010.
- ERNST, Edzard: *Praxis Naturheilverfahren*. Berlin: Springer, 2001.
- FISCHBACH, Anne, SCHUCHARD, Kirsten, MÄHLER, Claudia, HASSELHORN, Marcus: Zeigen Kinder mit schulischen Minderleistungen sozio-emotionale Auffälligkeiten? In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 4 (2010) , S.201-210.
- FREUDENREICH, Delia; METTE, Norbert: *Spiritualität und interreligiöses Lernen*. In: Scheiner, Peter; Sieg, Ursula; Eisenbast, Volker (Hrsg.): *Handbuch Interreligiöses Lernen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2005, S. 304-315.

- GIENGER, Claudia: Lehrereinschätzliste für Sozial und Lernverhalten (LSL). Göttingen: -- Hogrefe. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 55, (2006), S.209-210.
- GREVE, Karin: *Geistig-spirituelle Heilweisen neben Medizin und Schulmedizin. Akzeptanz, Verbreitung, geschichtliche und weltanschauliche Hintergründe*. Marburg: Tectum Verlag, 2004.
- HART, Tobin: *Spiritual Experiences and Capacities of Children and Youth*. In: Roehlkepartain, Eugene C; Ebstyn King, Pamela; Wagener, Linda; Benson, Peter L. (Hrsg.): *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence. The Science of Child and Adolescent Spiritual Development: Definitional, Theoretical, and Field-Building Challenges*. California: Sage, 2006, S.163-177.
- HAY, David; NYE, Rebecca: *The spirit of the child*. London: Jessica Kingsley, 2006.
- HÖFLER, Anne: *Open Hands. Grundlagen und Praxis des Handauflegens*. München: Knauer, 2011.
- HOLDER, MD; COLEMAN, B; WALLACE, JM: Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8-12 years. In: *Journal of Happiness Studies*. 11 (2010), S.131-150.
- HÖLLING, H, ERHART, M, RAVENS- SIEBERER, U, SCHLACK, R: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 5/6 (2007), S.784-793.
- IMHOF, Margarete: *Psychologie für Lehramtsstudierende. Lehrbuch*. Wiesbaden: Springer, 2010.
- JENNER, Ottmar: *Spirituelle Medizin. Heilen mit der Kraft des Geistes*. Hamburg: Rowohlt, 2011.
- KAMANN, Matthias: Kinder suchen Spiritualität. In: *Die Welt*. 8 (2009), S.11.
- KARNADI, Andreas: *Meine Heilergeschichte*. In: Wood Publishing/PR (Hrsg.): *Geistheilung und energetisches Heilen. Geistheiler berichten aus ihrer Praxis. Geistiges Heilen durch Handauflegen, Energiearbeit, Channeling und mehr*. Weinheim: Rainer Bloch Verlag, 2013, S.112-118.
- KNAUSS, Harald: *Geistiges Heilen. Grundlagen, Schulung und Praxis*. Kandern: Narayana Verlag, 2004.
- KOCH, Anne; MEISSNER, Karin: *Psychische und vegetative Effekte des geistigen Heilens in ihrem rituellen und religionsgeschichtlichen Kontext: Zwei exemplarische Falldarstellungen*. In: Büssing, Arndt; Kohls, Niko (Hrsg.): *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011, S.145-163.
- KROHNE, Horst: *Geistheilung ist ansteckende Gesundheit. Wie und warum Heilung durch Energie funktioniert*. München: Ansata, 2007.
- KROHNE, Horst: *Geheimnis Lebenskalender. Heilen mit dem Gedächtnis des Energiekörpers*. München: Ansata Verlag, 2012.
- KRUMMRICH, Mara Zoe; PETERMANN, Ulrike: *Verhaltenstherapie in der Pädagogik*. In: Schneider, Silvia; Margraf, Jürgen (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer, 2009, S.959-974.
- LANGFELDT, H.-P.; TENT, L.: *Pädagogisch- psychologische Diagnostik. Bd 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder*. Göttingen: Hogrefe, 1999.

- LEONHART, Rainer: *Datenanalyse mit SPSS*. Göttingen, Hogrefe: 2010.
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN: *Das Schulsystem in NRW*. URL: <http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/index.html>. Aktualisierungsdatum: 14.09.213.
- OBRECHT, Andreas J. (Hrsg.) : *Die Welt der Geistheiler Die Renaissance magischer Weltbilder*. Wien/ Köln/ Weimar, 1999.
- PETERMANN, Ulrike; PETERMANN, Franz: *LSL- Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten. Manual*. Göttingen: Hogrefe, 2006.
- RAUSCHENBACH, Thomas : *Schwache Schüler. Über erfolgreiche Inszenierungen und Ambivalenzen eines Konstrukts*. In: Honer, Anne(Hrsg.): *Fragile Sozialität. Inszenierungen, Sinnwelten, Existenzbastler*; Ronald Hitzler zum 60. Geburtstag. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften (2010) S. 283-298.
- ROEHLKEPARTAIN, Eugene C; EBSTYNE King, Pamela; WAGENER, Linda; BENSON, Peter L.: *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence. The Science of Child and Adolescent Spiritual Development: Definitional, Theoretical, and Field-Building Challenges*. California: Sage, 2006.
- SCHLACK, Robert.; KURTH, Bärbel-Maria; HÖLLING, Heike: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). In: *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*. 13 (2008), S. 245-260.
- SCHREYER-MEHLHOP, Ina; PETERMANN, Franz; SIENER, Cathrin; PETERMANN, Ulrike: Ressourcenorientierte Diagnostik in der Schule. Ein Baustein zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. In: *Kindheit und Entwicklung*. 20 (2011), S. 201-208.
- SINZIG, J, SCHMIDT MH: Verhaltensstörungen im Kindergarten. In: *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*. 10 (2007), S. 915-920.
- STORCK, M.; WEBEL, D.; STEINMACHER, J.; KUPFERSCHMIDT, C.; BODE, H. : Diagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter. In: *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*. 10 (1998), S. 988-992.
- THURNEYSSEN, A.: *Zur Erfassung des Behandlungserfolges*. In: Hornung, J. (Hrsg.): *Forschungsmethoden in der Komplementärmedizin. Über die Notwendigkeit einer methodologischen Erneuerung*. Stuttgart: Schattauer, 1996.
- VAN DER JAGT-JELLSMA, W, DE VRIES-SCHOT M, DE JONG R, VERHULST FC, ORMEL J, VEENSTRA R, SWINKELS S, BUITELAAR J: The relationship between religiosity and mental health of pre-adolescents in a community sample: the TRAILS study. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (2011), S. 253-260.
- VON GONTARD, Alexander: *Spiritualität von Kindern und Jugendlichen. Allgemeine und psychoanalytische Aspekte*. Stuttgart: Kohlhammer, 2013.
- WALACH, H. : Verfahren der Komplementärmedizin. Beispiel: Heilung durch Gebet und geistiges Heilen. Ein Beitrag zur Diskussion. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 49 (2006), S.788-795.

WIESENDANGER, Harald: *Das große Buch vom Geistigen Heilen. Möglichkeiten, Grenzen, Gefahren.* Schönbrunn: 2000.

WIESENDANGER, Harald: *Das große Buch vom geistigen Heilen. Die umfassende Darstellung sämtlicher Methoden, Krankheiten auf geistigem Wege zu erkennen und zu behandeln.* Bern/ München: Lea, 2003.

WIESENDANGER, Harald: *Geistiges Heilen bei Kindern. Ein Ratgeber für Angehörige.* Schönbrunn:Lea, 2006.

Anhang

Anhang A

Datum: _____



Name des Kindes : _____

geb. am _____

Klasse : _____

Schule: _____

Ansprechpartner : _____

Emailadresse: _____

Weitere Beobachtungen und Anmerkungen :

Erhebung 1

Erhebung 2

Erhebung 3

Trias Vita
info@triasvita.de
02373/391214

Lisa Hagenhoff
lisa.hagenhoff@gmx.de

Aus lizenzrechtlichen Gründen sind die Seiten 71 bis 96 in der Online-Version dieser Masterarbeit nicht verfügbar.

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	36
Tabelle 2: Geschlechts- und altersspezifische Kennwerte der vorliegenden Stichprobe	38
Tabelle 3: Prozenträge der vorliegenden Stichprobe (für die einzelnen Aussagebereiche).....	39
Tabelle 4: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung hinsichtlich der 10	
Subskalen zum Messzeitpunkt 1	40
Tabelle 5: Darstellung der statistischen Kennwerte der Normstichprobe (N=1480) und vorliegenden Stichprobe (N=32).....	41
Tabelle 6: Einfluss des Geschlechts auf das Lern- und Sozialverhalten ; Ergebnisse des U-Tests	42
Tabelle 7: Darstellung der Mediane der Subskalen zu den einzelnen Messzeitpunkten	43
Tabelle 8: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Kooperation</i>	45
Tabelle 9 :Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Items 1 und 4 der Subskala <i>Kooperation</i> ...	45
Tabelle 10: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Selbstwahrnehmung</i>	46
Tabelle 11: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7, 8 und 10 der Subskala <i>Selbstwahrnehmung</i>	46
Tabelle 12: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Selbstkontrolle</i>	47
Tabelle 13 : Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Selbstkontrolle</i>	48
Tabelle 14: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft</i>	48
Tabelle 15: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft</i>	49
Tabelle 16: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Angemessene Selbstbehauptung</i>	49
Tabelle 17: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Angemessene Selbstbehauptung</i>	50
Tabelle 18: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Sozialkontakt</i>	50
Tabelle 19: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Sozialkontakt</i>	51
Tabelle 20: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer</i>	52
Tabelle 21 : Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der <i>Subskala Anstrengungs-bereitschaft und Ausdauer</i>	52
Tabelle 22: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Konzentration</i>	53

Tabelle 23: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Konzentration</i>	53
Tabelle 24: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Selbstständigkeit beim Lernen</i> ..	54
Tabelle 25: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Selbstständigkeit beim Lernen</i>	54
Tabelle 26: Ergebnisse des Friedman-Tests für die Subskala <i>Sorgfalt beim Lernen</i>	55
Tabelle 27: Ergebnisse des Wilcoxon Tests für die Items 6,7,8 und 10 der Subskala <i>Sorgfalt beim Lernen</i>	55

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Der Prozess geistiger Heilweisen für den Therapeuten (eigene Abbildung).....	16
Abbildung 2: Ablauf des Projekts „Lernsprünge“	30
Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Stichprobe in absoluten Werten	37
Abbildung 4: Verteilung der Schulform (in %)	37

Eidesstattliche Versicherung

„Hiermit versichere ich, dass ich diese Masterarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen meiner Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken und Quellen, einschließlich der Quellen aus dem Internet, entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht. Dasselbe gilt sinngemäß für Tabellen, Karten und Abbildungen. Diese Arbeit habe ich in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise nicht im Rahmen einer anderen Prüfung eingereicht.“

Ort, Datum

Unterschrift Verfasserin