

VERHALTENSTHERAPIE UND TAE-KWON-DO

ERFAHRUNGSBERICHT EINER KINDERPSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG

ANITA KAKAR-OEL

Zusammenfassung

In unserer Abteilung werden überwiegend Kinder mit massiven Teilleistungsstörungen im sprachlichen und im Leserechtschreibbereich, häufig in Verbindung mit gravierenden Verhaltensstörungen, aufgenommen. 22 ausgesuchte Kinder nahmen neben der kinderpsychiatrischen interdisziplinären Behandlung, die innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Settings stattfindet an einer Tae-Kwon-Do-Kindergruppe der Volkshochschule Pullach teil. Alle Kinder konnten sich an die Regeln innerhalb und außerhalb dieser Gruppen halten, sowie ihre erste Prüfung mit Erfolg ablegen. Die Hälfte der Kinder hat schon an zwei oder mehr Prüfungen teilgenommen. Alle Kinder konnten ihr Selbstbewußtsein steigern und nahmen motiviert am Training teil. Diese Maßnahme erwies sich als sinnvoll kombinierbar mit der sonstigen Therapie. Im Rahmen der kinderpsychiatrischen Behandlung zeigte sich eine Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Lernmotivation. Aufgrund der berichteten Erfahrungen liegt die Hypothese nahe, daß die Teilnahme an einer geeigneten Kinder Tae-Kwon-Do-Gruppe bei der Behandlung von ausgesuchten Kindern mit den oben angeführten Störungen eine Effizienzsteigerung bewirken kann.

Schlüsselwörter Teilleistungsstörungen - Lernstörungen - Verhaltensstörungen - Kognitive Verhaltenstherapie - Kampfkunst für Kinder

Summary

Most of the children on our child psychiatry ward suffer from severe speech and language disorders and dyslexia, often in combination with severe behavioral problems. Besides the interdisciplinary therapeutic setting, 22 selected children participated in evening classes for a Tae-Kwon-Do group for children. All children were able to follow the rules within these groups and outside, and were able to pass their first examination. More than half of the children have meanwhile passed two or more examinations. All children showed a gain in self-esteem and were eager to take part in the training. The therapy combination proved to be a useful one. The children's social competence and willingness to learn improved throughout the general therapeutic setting. Our results suggest that an increase in therapy efficacy for selected children with the disabilities mentioned can be achieved by introducing the participation in a suitable Tae-Kwon-Do group for children.

Keywords Dyslexia - learning disabilities - conduct disorders - cognitive behavior therapy - martial Art for children

Einleitung

Selbstverteidigung ist "in" - zweifelsohne ; jedoch ist sie nicht für Kinder, die sich in einer intensiven psychiatrischen Behandlung befinden, oft kontraindiziert? Wollen verhaltensgestörte Kinder dann ihre Frustrationen und Aggressionen nicht noch verstärkt ausleben, beim Training in einer Kampfkunst? Werden ihnen hier gar noch Tricks beigebracht, damit sie besser zuschlagen können? Unter besonderen Bedingungen kann das Gegenteil dieser Befürchtungen gefördert werden: Grundsätzlich arbeiten wir in unserer kinderpsychiatrischen Abteilung mit verhaltenstherapeutischen Konzepten. Nach der Diagnostik werden aus der Bedingungsanalyse des Verhaltens die individuellen therapeutischen Maßnahmen abgeleitet und empirisch überprüft. Ein Behandlungsziel, als ständiger Bestandteil des gesamten Behandlungsplanes, ist die Erhöhung der sozialen Kompetenz und Geschicklichkeit dieser Kinder. Im Rahmen des multimodalen Therapieansatzes in unserer Abteilung werden Kinder auch psychotherapeutisch behandelt. Die anderen Elemente des Therapiepakets bestehen aus medikamentöser, pädagogischer, motopädischer und sprachtherapeutischer Behandlung. Alle Kinder werden in der speziellen und integrierten Klinikschule unterrichtet.

Die Verhaltenstherapie beinhaltet ein strukturiertes Vorgehen, bei dem jeweils für das Individuum passende und genau formulierte Therapieziele angestrebt werden. Zunächst werden in einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse Hypothesen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Problematik gebildet; davon werden dann verhaltensmodifizierende Maßnahmen abgeleitet, deren Wirksamkeit in einem schrittweisen Vorgehen überprüft wird.

Das Gesamtsetting für alle Kinder war verhaltenstherapeutisch orientiert (s. Titel). Zusätzlich erhielten von den 22 Kindern 9 Kinder in der Einzelpsychotherapie kognitive Verhaltenstherapie in der Kombination mit Hypnotherapie nach M. Erickson (s. Kakar-Oel und Forster, 1995); 10 Kinder erhielten in der Gruppenpsychotherapie ebenso Verhaltenstherapie und Hypnotherapie, 1 Kind erhielt eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie und 2 Kinder eine klientenzentrierte Spieltherapie.

Wichtige Therapiezieldefinitionen sind u.a. die Verbesserung der sozialen Kompetenz, die Stärkung des Selbstbewußtseins und die Intensivierung der Lernfreude (vgl. Petermann und Petermann, 1989, 1996; Ullrich de Muijnck und Ullrich, 1976).

Die Kinder sollen z.B. lernen, Blickkontakt zu halten, Fragen zu stellen, sich bei schwierigen Aufgaben zusehends selber zu instruieren und "am Ball zu bleiben", mit einem anderen Kind zu spielen, Wünsche adäquat in einer Gleichaltrigen-gruppe zu äußern, bei den Hausaufgaben höflich um Hilfe zu bitten usw. Dazu ist es auch notwendig, daß die Kinder lernen, sich ihrer positiven Fähigkeiten, also ihrer Ressourcen, bewußt zu werden bzw. ihre Interessen wahrzunehmen, wie z.B. Malen oder eben Sport.

In allen Therapien wird den Kindern ihr positives Vermögen gespiegelt bzw. verstärkt und oft auch die kleinsten Ansätze im erfolgreichen Lernen bzw. im Bemühen ums Weiterlernen. Nach Schachtner und Höfner (1996) ist dies ein sehr wichtiges Ziel in der Psychotherapie allgemein. Die Kinder lernen Methoden der Ruhefindung bzw. Entspannung und sollen insgesamt ihre Freude am Lernen erhöhen oder wiedergewinnen. In der gesamten Behandlung und im Leben dieser Kinder ist also ein beständiges Üben essentiell - beim Sprechen, Lesen und Schreiben, in der koordinierten Bewegung und beim sinnvollen Umgang mit sich selbst und anderen Menschen. Was sich für viele andere Kinder oft spielend leicht zu entwickeln scheint ist hier es oft harte Arbeit, und die Lernfortschritte sind meist klein. Und da ist auch die Schnittstelle zu den Kampfkünsten.

Konzept des Kinder-Tae-Kwon-Do

Denn auch dabei gilt: Um weiterzukommen und das Erlernte zu verfestigen, ist ein beständiges und konzentriertes Üben wichtig. Wir möchten hier exemplarisch unsere Erfahrungen mit Kinder-Tae-Kwon-Do-Kursen der benachbarten Volkshochschule Pullach schildern. (Sowohl unsere Außenabteilung als auch ein Teil der VHS Pullach ist erfreulicherweise räumlich auf dem Gelände von Kloster St. Gabriel untergebracht. So benutzen wir z.B. die gleiche Turnhalle).

Zur Erklärung: "Tae-Kwon-Do" kommt aus dem Koreanischen und bedeutet wörtlich übersetzt "der Weg des Hand- und Fußkampfes". "Do" heißt neben "Weg" auch "Geist" im Sinne von "Einstellung". Die hier praktizierte Einstellung ist sehr pazifistisch. Die T.W.D. Abteilung Pullach wird von Jürgen Englerth (5.Dan T.W.D.) geleitet; das Kinder-Tae-Kwon-Do von Kelhi Englerth (3.Dan T.W.D.). Die Abteilung ist sehr beeinflusst von der Persönlichkeit von Chä-Yong Song (6.Dan T.W.D.), der die Gesundheitsabteilung der Münchner Volkshochschule mitleitet. (Zur Erklärung: mit den Kupgraden werden die Schülergrade bezeichnet, mit den Dangraden die Meisterstufen). Die Kampfkunst wird hier ohne Kontakt gelehrt, d.h., die ausgeführten Fuß- und Handtechniken werden kurz vor dem Partner gestoppt. Statt als Gegner wird der andere als Partner gesehen. Respekt, Fairness und Disziplin gegenüber den Partnern und den Lehrern sind wesentliche Grundlagen des T.W.D. Man verbeugt sich, wenn man den Übungsraum betritt, was symbolisch heißt, daß man jetzt die Regeln anerkennt, und man verbeugt sich vor dem Partner. „Kyonge“ (sprich: künge) heißt das auf koreanisch und bedeutet grüßen; und „chariot“ heißt Achtung, Konzentration, gleich geht's los.

Wie uns die Trainerin, Frau Kelhi Englerth, erklärte, sind die Übungseinheiten beim Kinder-Tae-Kwon-Do wesentlich kürzer als bei den Erwachsenen: also ca. 12 verschiedene Einheiten à ca. 5 Minuten. So können die Kinder konzentriert bei der Sache bleiben. Wichtig sei auch, jeweils nachzufragen, ob alle Kinder die Aufgaben verstanden haben und ohne Verletzungsgefahr, also sicher, anwenden können. Von großer Bedeutung sei auch ein schnelles und häufiges Feed-back zu den Bemühungen und Anstrengungen der Kinder bzw. schnelle Hilfestellungen. Aus diesem Grunde leiten meistens zwei Trainer eine Kindergruppe. Die meisten Übungen werden mit einem Partner durchgeführt. Da es hier im Gegensatz zum Sportverein nicht um Wettkampf und um Höchstleistungen ginge, könne jedes Kind nach seinem Tempo und eben für sich diese Kunst lernen. Somit sei es auch in Ordnung, wenn ein Kind etwas unsportlich ist, Koordinationsprobleme oder ein anderes Handicap hat. Wichtig seien die Freude und die Steigerung des Selbstbewußtseins: Bei den Übungen würden neben dem Körper auch sicherlich Seele und Geist beeinflusst.

Ziele des Tae-Kwon-Do

Respekt vor den anderen und die Einhaltung der Regeln werden großgeschrieben und sind die Voraussetzung für die weitere Teilnahme. Vergessen derselben wird mit kurzer (5 Minuten) bis längerer Trainingspause beantwortet (dies entspricht einem Time-out im verhaltenstherapeutischen Setting). Die Kinder (und die Erwachsenen) lernen, daß sie mit Kontakt nur kämpfen dürfen, wenn sie realiter ihr Leben verteidigen müssen (oder wenn sie in einen Verein wechseln, in dem mit Helm und Schutzweste gekämpft wird). Dies sind ganz wichtige Prinzipien, welche nach Song (1989) ein essentieller Bestandteil des Trainings sind. Oder wie Marx (1989) schreibt: "Charakterschulung ist der schwierigste Teil von Tae-Kwon-Do". Wegen diesen wichtigen Prinzipien schreiben wir auch ganz bewußt über "Kampfkunst".

Insgesamt fällt auf, daß sich die Kinder oft länger konzentrieren und daß sie durch die lange Aufwärmgymnastik und die dann folgenden Fuß- und Handtechniken ihre Bewegungskoordination verbessern lernen. Die Wichtigkeit der Konzentration auf den Augenblick wird auch in anderen Kampfkünsten als wichtige Grundlage des Übens gesehen (vgl. dazu Deshimaru-Roshi, 1978.)

Spaß und Lachen sind übrigens auch erlaubt! Ansonsten wird ständig partnerschaftliches Verhalten und Rücksichtnahme geübt. Die Fortgeschrittenen helfen den Anfängern und werden von ihnen mit Respekt behandelt. Am Anfang geht es um die ungefähr richtige Ausführung der Bewegung, und später wird diese und die Körperhaltung immer bewußter. Alle Kinder üben nach den gleichen Regeln, und die Prüfungen sind für alle gleich. Natürlich verbessert das T.W.D. auch das Selbstbewußtsein und die Selbstsicherheit, da die Kinder mit zunehmender Trainingsdauer die Bewegungsabläufe immer besser beherrschen und da sie wissen, daß sie sich im Notfall auch selbst verteidigen können. Das ist sicher besonders für Mädchen ein wichtiger Aspekt.

Ein sportlicher und geistiger Höhepunkt sind natürlich die Gürtelprüfungen, die aus einem praktischen und einem theoretischen Teil bestehen. In Vorprüfungen wird festgelegt, wer mitmachen kann. Am Anfang sind die Lernanforderungen so gehalten, daß sie von möglichst vielen Kindern zu bewältigen sind. Die Kinder sind sehr stolz, wenn sie im Rahmen ihrer Trainingsgruppe vor vielen Zuschauern ihre Prüfung absolviert haben. Und die Kinder unserer Abteilung darüber hinaus, weil sie ja dies alles mit ganz "normalen" Kindern schafften.

Fragestellung

Welche Kinder schickten wir nun zum Kinder-Tae-Kwon-Do? Welche Verbindung gibt es zwischen den Zielen des Tae-Kwon-Do und des verhaltenstherapeutischen Settings einer kinderpsychiatrischen Abteilung? Wie waren die Ergebnisse, und welche Probleme gab es?

Verlauf und Ergebnisse

In unserer Abteilung befinden sich durchschnittlich 24 Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren. Im Zeitraum von 1992 bis 1998 schickten wir 22 Kinder in Tae-Kwon-Do-Gruppen. Bei den unterschiedlichsten Kombinationen von Diagnosen waren folgende Diagnosen nach der ICD-10 gestellt worden:

- F 90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F 90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F 91 Störungen des Sozialverhaltens
- F 92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 98.5 Adipositas
- F 80.1 Expressive Sprachstörung
- F 80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

Ein Kind trug zusätzlich nach einem Unfall eine Unterschenkelprothese, außerdem litt es seitdem an einer Aphasie und Suizidgedanken.

Der Behandlungsplan für alle Kinder war verhaltenstherapeutisch orientiert. Die Probleme im Verhalten reichten von Rückzug und Schüchternheit bis zu häufigem Stören, Schreien bei den geringsten Anforderungen, Schlägen gegenüber Kindern und Erwachsenen und sexuell provokantem Verhalten. Dazu kamen bei einigen vorübergehende Rückzugstendenzen in Phantasiewelten, die dann nur noch schwer von der Realität zu unterscheiden waren (bis zu Suizidandrohungen). Bei einigen traten neben Phasen der Verzweiflung massive tätliche Aggressionen gegenüber Sachen und Personen auf, insbesondere wenn Anforderungen gestellt wurden, welche die Kinder glaubten nicht erfüllen zu können, oder bei sprachlichen Mißverständnissen. Obwohl meist durchschnittlich intelligent, werden diese Kinder von ihrer Umgebung kaum verstanden, bzw. sie können sich nur sehr mühsam verbal ausdrücken (Amorosa, 1992).

Anhand von verhaltensanalytischen Interviews und Verhaltensbeobachtungen ergaben die bedingungsanalytischen Befunde, daß diese Kinder aufgrund häufiger Mißerfolge eine starke Selbstabwertungstendenz haben ("Ich bin dumm, ich kann gar nichts" etc.). Neben den Selbstabwertungstendenzen zeigt sich meist ein eklatanter Mangel an sozialer Kompetenz (vgl. Brack, 1986). Ein massiv sprachgestörter Junge, der unter Versagensängsten litt, konnte z.B. an einem Abend verbal nicht adäquat vermitteln, daß er eine neue Zahnbürste braucht, weil die alte aus Versehen in ein Waschbecken gefallen war, in dem noch Reste von einer Aquariumssäuberung waren. Da er zusätzlich noch zwanghafte Tendenzen hatte, war ihm der Vorfall besonders zuwider, und nachdem er sprachlich nicht verstanden wurde, schlug er in seiner Wut der Nachtwache so stark auf die Nase, daß diese fast ohnmächtig wurde. Der tobende Junge mußte dann von zwei Erwachsenen festgehalten und in sein Zimmer gebracht werden, bis er sich beruhigte. Später brach er in ein verzweifertes Weinen aus. (Der Junge hatte in seiner Anfangszeit diese massiven Wutausfälle 2-3mal täglich).

Ein Mädchen litt u.a. aufgrund ihrer Aufmerksamkeitsproblematik und ihrer rezeptiven Sprachproblematik sehr unter Versagensängsten und glaubte, daß sie jeder für dumm hielt. Sie versuchte zu Beginn der Behandlung, wenn sie glaubte, eine Aufgabe nicht zu können oder diese tatsächlich nicht konnte, mehrmals wöchentlich, ihre Lehrerin anzuspucken oder zu treten. Daneben beschimpfte sie diese sehr.

Wie oben schon erwähnt, hat uns also folgende Fragestellung interessiert: Ist es sinnvoll, daß Kinder wie diese beschriebenen an einer Kinder-Tae-Kwon-Do-Gruppe teilnehmen? Wieviele Kinder nahmen nun mit welchem Ergebnis am Training teil? Wir haben bisher 22 Kinder zu den oben erwähnten Kursen geschickt und dabei sehr gute Erfahrungen mit der gedulden und überaus freundlichen, wenngleich konsequenten Unterrichtsform der Lehrer gemacht.

Bisher nahmen 22 Kinder und 1 Geschwisterkind im Zeitraum von 1992 bis 1998 an diesen Kursen teil. Alle Kinder konnten sich mit Hilfe des klar strukturierten verhaltenstherapeutischen Settings an die Regeln, auch auf Station und im Unterricht, halten. Alle Kinder haben die Lern- und Verhaltensanforderungen für die Prüfung nach einem Semester bestanden; 6 Kinder absolvierten jetzt schon ihre zweite Prüfung; 3 Kinder die dritte Prüfung und 1 Kind die vierte Prüfung. Mehrere Kinder setzten ihr Tae-Kwon-Do wegen Wegzugs an einem anderen Ort fort. Frau Englerth stellte auch fest, daß "unsere" Kinder im Durchschnitt motivierter waren zu lernen als die anderen Kinder. Einige seien in sportlicher Hinsicht sehr gut gewesen. Im Training tritt eine Hauptschwäche dieser Kinder, nämlich die Sprachentwicklungsstörung absolut in den Hintergrund, und Stärken werden bewußt. Dies könne sich nach Aussage der Trainerin natürlich auch in einer Gymnastikgruppe oder beim Malen oder Singen zeigen. Insgesamt konnten die Kinder sich in allen Bereichen einschließlich Konzentration und Ausdauer verbessern, vor allem auch in der sozialen Kompetenz, wie z.B. Wahrnehmen des anderen, Fairness, Impulskontrolle, und im Selbstvertrauen.

Selbstverständlich können wir mangels einer parallelisierten Kontrollgruppe keine Aussagen über die Effizienz einzelner Therapie- oder Trainingskomponenten machen. An den Erfolg einer Gürtelprüfung läßt sich natürlich auch therapeutisch anknüpfen, z.B. im bildhaften Vergleich: "In einer schwierigen neuen Situation in deiner neuen Schule kannst du an die T.W.D.-Prüfung denken und dich dabei wie auf einer Bühne sehen, und du kannst daran denken, wie gut Du es damals bewältigt hast, und wieder das angenehme Gefühl von damals spüren..." usw. (vgl. Grinder und Bandler, 1984 und Araoz, 1989).

Probleme bei den Teilnehmern und Auswahlkriterien

Natürlich gab es auch Probleme mit den Regeln: Bei einigen Kindern mußten wir öfter an die Regeln erinnern (z.B. T.W.D.-Üben auf den Stationen nur mit Trainingspartnern und nur ohne Kontakt); bei mehreren Kindern wurde, wie schon erwähnt, im Rahmen der Psychotherapie ein Trainingsprogramm zur Verbesserung der sozialen Kompetenz durchgeführt. Mit einem Jungen wurde darüber hinaus, da er noch zu Wutanfällen neigte und einmal seine Motopädin in den Bauch boxte, für die nächste Grenzüberschreitung eine Trainingspause festgelegt (zu der es dann nicht kommen mußte, weil dem Jungen das Training sehr wichtig war und er mittlerweile gelernt hatte, z.B. Ärger adäquater zu vermitteln). Weitere Probleme sind, daß die Kinder meist ein unterdurchschnittliches Kurzzeitgedächtnis für Gehörtes haben. Trotzdem können sie sich die Übungen und Techniken im Laufe der Zeit genauso gut merken wie die anderen Kinder. Das läßt sich damit erklären, daß diese Techniken auch immer vorgemacht werden und dann begleitend dazu erklärt wird. Und das Merken des Vorgemachten und der Regeln? Hier gilt auch, daß Lerninhalte, die eine hohe emotionale Bedeutung haben, leichter gemerkt werden als andere und daß man durch ständiges Üben daran dann doch weiterkommen kann.

Zu den Auswahlkriterien: Wir ließen Kinder (noch) nicht zum Training zu, die sich trotz ihrer Therapien wenig an Regeln halten konnten und die nach Grenzüberschreitungen wenig Einsicht und Empathie zeigten. Ebenso solche, bei denen man z.B. auf dem Spielplatz beobachten konnte, daß sie noch wenig Gespür für andere Menschen entwickelt haben, bei denen z.B. ein "fairer Raufen" gar nicht möglich war.

Zusammenfassung

Es wurde beschrieben, wie einige schwer sprach-, teilleistungs- und verhaltensgestörte Kinder mit Erfolg an einem Kinder-Tae-Kwon-Do-Kurs einer Volkshochschule teilnehmen konnten. Dabei wurde auf Ähnlichkeiten und Überschneidungen innerhalb des verhaltenstherapeutischen Settings einer kinderpsychiatrischen Abteilung und der Prinzipien des praktizierten Tae-Kwon-Do nach Ch.Y. Song hingewiesen. Daneben wurde deutlich gemacht, wie groß die Übereinstimmungen waren und wie wichtig das ständige Üben für diese Kinder ist. Bewegungsfreude und Spaß am Lernen werden ver-

knüpft mit partnerschaftlichem Umgehen und dem Einhalten von Regeln. Hier ist die Einstellung des Lehrers natürlich von großer Bedeutung. Außerdem wurde deutlich, wie ausgefeilt das sonstige Therapiesetting der Kinder ist. Unter den obengenannten Bedingungen kann also eine T.W.D.-Gruppe für eine kinderpsychiatrische Klientel eine Bereicherung sein, und die Integration in eine öffentliche Gruppe kann gelingen.

Literatur

- Amorosa, H.: Sprachverständnisstörungen bei Kindern. In: F.J. Freisleder, M.Linder (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. MMV Medizin Verlag, München 1992.
- Araoz, D.L.: Die Neue Hypnose. Junfermann, Paderborn 1989.
- Brack, U.: Leitsymptom: Störungen der Aktivität und des Spielverhaltens. In: Brack, U.B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologie Verlags Union Urban & Schwarzenberg, München, Weinheim 1986, 288-298.
- Deshimaru-Roshi, T.: Zen in den Kampfkünsten Japans. Knauer, München 1978.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.: (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). Huber, Bern, Göttingen, Toronto 1991.
- Grinder, J.; Bandler, R.: Therapie in Trance. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1984.
- Höfner, E.; Schachtner, H.U.: Das wäre doch gelacht! Rowohlt, Hamburg, 1995.
- Kakar-Oel, A.; Forster, T.: Der Einsatz von hypnotherapeutischen Techniken im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Behandlung von teilleistungs- und verhaltensgestörten Kindern. - 2 Fallbeispiele. In: Zeitschrift f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 23. Jahrg, Heft 3, Hans Huber, Bern, Göttingen, Seattle, Toronto 1995.
- Marx, H.: Charakterschulung ist der schwierigste Teil von Taek-Won-Do. In: Hartl, J.; Faber, U.; Bögle, R. (Hrsg.): Taek-Won-Do im Westen. Mönchseulen-Verlag, München 1989.
- Petermann, F.; Petermann, U.: Training mit aggressiven Kindern. Psychologie Verlags Union, München 1996.
- Petermann, F.; Petermann, U.: Training mit sozial unsicheren Kindern. Psychologie Verlags Union, München 1989.
- Song Ch.-Y.: Es gibt überall Leute, die wollen nur angreifen. In: Hartl, J.; Faber, U.; Bögle, R. (Hrsg.): Taekwon-Do im Westen. Mönchseulen-Verlag, München 1989.
- Sulz, S.K.D.: Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie. Thieme, Stuttgart, New York 1987.
- Ullrich de Muynck, R.; Ullrich, R.: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz, Bd.1-3. Pfeiffer, München 1976.

Danksagung Wir bedanken uns herzlich bei den Tae-Kwon-Do-Lehrern, bei den interdisziplinären Teams der Stationen und bei Frau Dipl.Soz.Päd. U. Fröhlich für die kreative und positive Zusammenarbeit!

Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Direktor: Dr. F.J. Freisleder) Außenstelle München-Solln f. teilleistungs- und verhaltensgestörte Kinder (Leitung: Prof. Dr. H. Amorosa; Leitung des Kinder-Tae-Kwon-Do: K. u. J. Englerth)

Dipl. Psych. Anita Kakar-Oel

Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Abt. Solln, Wolfratshausener Str. 350 • 81479 München
Heckscher Klinik, Heckscherstr. 4 u. 9 • 80804 München
Für C.Y. Song und P. Fenzl.