

ADHS: Sprachlose Innerlichkeit - unerhörte Botschaften

> Symptome verstehen – Beziehungen verändern <

Terje Neraal, Wettenberg

„Aber wer einmal gelernt hat, Bewegungserscheinungen auf das Ganze des Seelenlebens zu beziehen, wird.... immer von neuem über die Fülle der Zugänge zu Seelischem staunen, die sich ihm allenthalben eröffnen“ (August Homburger, 1926 im ersten deutschsprachigen Lehrbuch der Kinderpsychiatrie)

Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sind schon seit Jahrzehnten ein häufiger Grund für Eltern, um eine Erziehungsberatung oder Familientherapie in Anspruch zu nehmen.

Schon vor 30 Jahren zeigte eine eigene Studie bei der Befragung von 55 Elternpaaren, die in der Psychosomatischen Uni-Klinik in Giessen wegen psychischen Störungen ihres Kindes Rat suchten, dass „Unruhe und Zappeligkeit“ das von den Eltern mit 65% am häufigsten angegebene Symptom sei. Und schon an vierter Stelle folgte mit 49% „schlechte Konzentration und Vergesslichkeit“.

Gefragt nach den vermuteten Ursachen nannten die Eltern an erster Stelle „kindliche Ängste“ und „innere Hemmungen des Kindes“, - also emotionale Ursachen in der kindlichen Psyche. Schon an dritter Stelle folgte „der Vater hat zu wenig Zeit für das Kind“, - und zwar bemerkenswerterweise von den Vätern noch häufiger angegeben als von den Müttern. Und an vierter Stelle räumten die Eltern selbstkritisch ein, dass „Übertragung eigener Nervosität“ auf das Kind ein Grund für dessen Störung sein könnte. Die beiden letzten Ursachenvermutungen gaben wohl dann auch den Ausschlag für den Therapiewunsch der Eltern: 74 % der Eltern, also $\frac{3}{4}$ der Eltern wünschten sich „Familiengespräche“ gefolgt von „Erziehungsberatung“ mit 71 %. Und die Hälfte der Eltern gaben den Wunsch an, der Arzt möge gemeinsame Gespräche mit dem Lehrer oder der Lehrerin führen, - ein Hinweis auf den Zusammenhang mit schulischen Problemen.

Diese Ergebnisse finde ich heute noch bemerkenswert, machen sie doch deutlich, dass die Eltern, die ja wohl ihre Kinder am besten kennen, von Ängsten und

Unsicherheiten im Kind selbst sowie von Problemen in den Beziehungen zu den Kindern als Gründe für die nach Außen sichtbare motorische Unruhe und leichte Ablenkbarkeit annahmen.

Der Titel meines Vortrages kündigt an - und man könnte sagen: ganz in Übereinstimmung mit den damaligen Annahmen der Eltern selbst - dass hinter den Verhaltensauffälligkeiten bei ADHS sich im Inneren des Kindes etwas verbirgt, nämlich Gefühle, Vorstellungen und Motive, die nicht durch Sprache ausgedrückt werden können. Durch das gestörte und störende Verhalten werden wir Erwachsene, ob wir nun Eltern, Erzieherinnen, Lehrer, Jugendamtsmitarbeiter, Psychologen, Ärzte oder Psychotherapeuten sind, in unserer Aufmerksamkeit in Beschlag genommen und davon abgelenkt, mit der Innenwelt des Kindes Kontakt aufzunehmen. Deswegen bleiben die über das Verhalten ausgedrückten Botschaften von uns Erwachsenen so oft „unerhört“. Und dadurch entsteht eine Kontaktstörung zwischen dem Kind und seiner Umwelt.

Wenn Sie nun zu dieser Fortbildung so zahlreich gekommen sind, so fasse ich dies als einen Wunsch auf, Anregungen zu erhalten, die Ihnen helfen können einen Zugang zu eben dieser „sprachlosen Innenwelt“ der Kinder zu finden. Vielleicht stört es auch Sie, dass Kinder mit diesen Verhaltensauffälligkeiten nach dem gängigen neuropsychiatrischen Erklärungsmodell auf Biologie und Verhalten reduziert werden.

Wie Sie wissen, wird ADHS durch das biologische Modell als eine Transmitterstörung auf Grund eines Mangels an Botenstoffen an den Synapsen der Nervenschaltstellen im Gehirn des Kindes erklärt.

Laut den diagnostischen Kriterien des DSM-IV, die in den Leitlinien der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.“ übernommen wurden, müssen neben einer aufgelisteten Tabelle von Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität folgende Bedingungen erfüllt sein, um die Diagnose ADHS zu stellen:

- Die Symptome müssen schon vor dem Alter von 7 Jahren aufgetreten sein
- Sie müssen mindestens 6 Monate andauert haben
- Die Symptome müssen in mindestens 2 Bezugssystemen auftreten, z.B. Schule und Familie
- Es muss eine deutliche Beeinträchtigung im sozialen und Lernleistungsbereich vorliegen, und jetzt kommt eine interessante Einschränkung, die für meine

weitere Überlegungen wichtig ist, und die eine Brücke bildet zu einem anderen Erklärungsmodell als den rein biologischen, nämlich:

- Es muss ausgeschlossen werden, dass – ich zitiere: „Die Symptome nicht ausschließlich im Rahmen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie, oder andere Psychosen auftreten“, und – jetzt kommt es :
- **„Die Symptome nicht besser erklärt sind durch eine andere psychische Störung (z. B. emotionale Störung, Angststörung, Dissoziationsstörung, abnorme Persönlichkeit)“**. Zitat Ende.

Dieser letzte Passus räumt ein, dass die Verhaltensstörungen die als ADHS bezeichnet werden auch andere als biologische Ursachen haben können, nämlich neben Psychosen und Entwicklungsstörungen die viel häufigeren emotionalen Störungen und Störungen der Persönlichkeit.

Wie oft es sich bei diesen als ADHS bezeichneten Verhaltensstörungen um psychische Störungen handelt, weist eine Studie von Frau Streeck-Fischer in Göttingen nach. Bei der Begutachtung von 30 Kassenanträgen für Psychotherapie bei Kindern mit der Überweisungsdiagnose ADHS fanden sich in allen Fällen bei der Psychodiagnostik emotionale Störungen oder strukturelle Störungen bei den Kindern, die die Symptome auf der Verhaltensebene erklären konnten. Es hängt also sehr von dem diagnostischen Blickwinkel des Untersuchers ab, ob eher eine biologische oder eine psychologische Erklärung für diese Störungen postuliert wird. Entsprechend unterschiedlich werden natürlich auch die Behandlungsansätze sein.

Um herauszufinden, ob sich hinter den äußerlich beobachtbaren ADHS-ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht doch Entwicklungsstörungen oder emotionale Störungen verbergen, ist es vom Diagnostiker notwendig, mit der psychischen Innenwelt des Kindes in Kontakt zu treten. Dies bedeutet, sich dafür zu interessieren, **was** das Kind **wie** erlebt.

Kontakt entsteht bekanntlich, wenn jemand mit dem Bedürfnis sich mitzuteilen auf jemand trifft, der das Mitgeteilte versteht, und dies zurückmeldet. Und Kontakt ist für unser psychisches Überleben so wichtig wie Nahrung für die Aufrechterhaltung unserer körperlichen Existenz.

Nun ist es wahrlich oft sehr schwer ein Kind zu verstehen, das entweder unaufmerksam in eigenen Gedanken versunken ist – das wäre dann auf der Verhaltensebene das ADS -, oder impulsiv ist und hektisch herumrennt, dies wäre dann die Störung ADHS. Solche Kinder geben uns durch ihre Symptome auf der Verhaltensebene einfach viele Rätsel auf.

Wenn man ein solches Kind fragt, was es denn hat, antwortet es zumeist: „Weiß ich nicht!“, - wenn es denn überhaupt antwortet. Und diese Art sich nicht erklären zu können, beruht in der Regel nicht auf Unwilligkeit, - sondern auf Unvermögen, sich mit Worten auszudrücken. Ich werde später darauf zurückkommen, woher diese Schwierigkeit, sich zu artikulieren, rührt.

Dies führt dazu, dass wir, die Erwachsenen, versuchen das gestörte, beobachtbare Verhalten zu beschreiben und in seiner Stärke zu schätzen, z. B. durch Fragebögen für Eltern bzw. Lehrer. Wenn dann ein Kind sowohl zu Hause wie im Kindergarten oder Schule ein gewisses Maß an auffälligem Verhalten aufweist, haben wir objektive Kriterien, um sagen zu können: „Das Kind hat ADHS“.

Damit ist das Kind nicht mehr, sagen wir z. B. Kevin, der Angst hat in der Unterrichtssituation zu versagen, und dem es „deswegen nicht mehr auf seinem Platz hält“. Oder „Lisa, die sich Sorgen macht, um den arbeitslosen Vater, der angefangen hat zu viel Alkohol zu trinken, und in der Familie zunehmend gereizt reagiert“. Beide sind vielmehr jemand, der oder die etwas hat, und zwar eine Krankheit, die durch die schon erwähnte vererbte Transmitterstörung im Gehirn des Kindes verursacht sein kann, so die gängige mainstream-Meinung.

Mit dieser Erklärung wandelt sich die Störung sowohl für das Kind wie auch für die Erwachsenen: Es geschieht eine objektivierende Distanzierung zu der emotionalen Innenwelt des Kindes. Diese wird auch dadurch offenkundig, dass seine Störung mit einer unemotionalen Buchstabenkombination, nämlich ADHS, bezeichnet wird. Der Versuch sich in das Kind empathisch einzufühlen wird aufgegeben zugunsten der Beschreibung von Oberflächenphänomenen auf der Verhaltensebene. Und die Behandlung besteht dann folgerichtig aus verhaltensregulierenden Maßnahmen, die chemischer Natur sein können, oder auf das Verhalten selbst, ansetzt durch korrektive Verhaltensregeln.

So kommt es zwischen dem Kind und seiner Umwelt zu dem was ich einen „Tanz auf der Verhaltensebene“ genannt habe: Durch das störende Verhalten des Kindes werden die Erwachsenen dazu eingeladen, das Kind einzugrenzen, alles dreht sich um das Verhalten, beide Seiten werden in einem Machtkampf verstrickt, in dem es darum geht, wer am Ende als Gewinner und wer als Verlierer daraus hervorgeht. Diese sich hochschaukelnde Interaktion hat psychisch gesehen etwas von einem existentiellen Überlebenskampf. Der emotionale Kontakt über Worte wird ersetzt durch einen über das Verhalten ausgetragenen Kampf.

Ich frage mich übrigens, ob das Thema der Kinder-„Tyrannen“, das derzeit populärwissenschaftlich so in Mode ist, nicht etwas mit diesem „Kampf der Generationen“ zu tun hat. Denn Ratschläge, wie die störenden Kinder zu bändigen sind, scheinen ja sehr in Mode. Und auch bei „Super-Nanny“ geht es immer wieder darum, wie eine Dompteurin grenzenlose Kinder in die Schranken zu weisen, ohne vorher zu verstehen, wie diese Grenzenlosigkeit zu erklären ist.

Nun zurück zu unserem Thema.

Wenn es uns nicht gelingt, uns verständlich zu machen, und wenn es uns auch nicht gelingt zu verstehen, werden wir mit Gefühlen von Hilf- und Ratlosigkeit konfrontiert. Wir Menschen, ob Kinder oder Erwachsene, möchten diese Gefühle uns ungern eingestehen, Jungen noch weniger als Mädchen, und wir, die sich Experten im Umgang mit Kindern nennen, sowieso. Zuzugeben, dass man im Moment nicht weiter weiß erzeugt einen enormen Druck durch die Angst zu versagen, die Orientierung und den Halt zu verlieren.

Sie werden eben bemerkt haben, dass ich solche Gefühle von Angst und Ohnmacht sowohl bei den verhaltensauffälligen Kindern, wie auch bei den Erwachsenen postuliert habe. Wir nennen in der psychoanalytische Fachsprache dieses „Überspringen“ von Gefühlen von einem Patienten auf den Pädagogen, Berater oder Behandler Übertragung-/Gegenübertragungs-Reaktionen. Ich erwähne diesen Begriff bereits hier, weil wir darauf später zurückkommen werden, wenn es um die Diagnostik und Therapie geht. Wichtig ist an dieser Stelle, dass wir als Helfer oder Pädagogen solche Gefühle bei uns selbst wahrnehmen und reflektieren, um daraus einen Zugang zu den Gefühlen des Kindes zu finden, die sich hinter dem auffälligen Verhalten verbergen.

Wenn es uns als Erwachsene gelingt zu einem in dieser Weise verhaltensauffälligen Kind dadurch in Kontakt zu kommen, indem wir z. B. zu ihm sagen: „Du scheinst aber mächtig unter Druck zu stehen“, wird es nach und nach möglich herauszufinden, woher dieser Druck kommt, aus welchen Sorgen und Ängsten der Druck herrührt.

Der Druck der eben beschriebenen Gefühle führt bei dem hyperaktiven Kind zu seiner hektischen Umtriebigkeit. Und auch uns als Helfer verführt der Druck zu vorschnellen Entscheidungen für medikamentöse Therapie oder Verhaltenskorrigierende Programme, - noch bevor wir den eigentlichen Sinn der Störungen begriffen haben.

Können denn die unter ADHS zusammengefassten scheinbar sinnlosen Verhaltensstörungen überhaupt einen Sinn machen?

Hier möchte ich Sie mit einem sehr wichtigen Begriff vertraut machen, nämlich dem der **Symptomsprache**. Was ist darunter zu verstehen?

Unter Sprache verstehen wir ja das gesprochene Wort, obwohl Verhaltensforscher herausgefunden haben, dass wir nur einen geringen Teil unserer Mitteilungen an die Umgebung über Sprache vermitteln. Unsere innere Befindlichkeit, unsere Wünsche und Ängste werden in einem viel größeren Umfang über unsere Körperhaltung, über Mimik und Gestik, über Kleidung und Outfit, über Handlungen und Verhalten, sowie überhaupt über Symptome zum Ausdruck gebracht.

Hierzu ein paar Beispiele:

Wenn ein Schulmädchen in seiner Bank ganz schlapp herum hängt, mit ausdrucksloser, starrer Mimik und einem verlorenen Blick, muss man nicht der versierte Psychodiagnostiker sein, um auf den Gedanken zu kommen: Das Mädchen ist bedrückt, es ist in Gedanken wo anders, - und kann von daher dem Unterricht nicht folgen. Auf der Verhaltensebene würde man sagen, das Kind hat ADS, eine Aufmerksamkeitsdefizit-Störung. Eine tiefenpsychologische Diagnose würde eher in Richtung Depression gehen, - zunächst ohne erklärbaren Grund.

Diesem Mädchen wäre sehr geholfen, wenn man versuchen würde unaufdringlich mit ihm in Kontakt zu treten, z.B. über eine Frage, was es denn so bedrückt macht. Auch wenn zunächst darauf keine Antwort gefunden wird - vielleicht ist es zu belastend sich klar zu machen, womit die Bedrückung zu tun hat - so stellt doch eine solche

Frage einen Anfang dar, um darüber nachzudenken, und später vielleicht darauf zurück zu kommen.

Nun weiter zum Begriff Symptomsprache.

Womit wir es bei den Kindern mit Verhaltensstörungen in der Regel zu tun haben, geschieht über **Handlungen** und **Verhalten**.

Wie wird innere Befindlichkeit durch Handlungen ausgedrückt?

Eine Handlung zielt darauf ab einen Zustand zu verändern. Eine Handlung setzt also ein Motiv oder eine Intention voraus. Es geht darum, etwas zu wollen, bzw. noch öfter vielleicht, nicht zu wollen, - oder schon zu wollen, aber nicht zu können.

Wenn ein Schüler z. B. in die Schule kommt, ohne die Hausaufgaben gemacht zu haben, stellt auch dies eine Handlung dar, die etwas aussagt über diesen Schüler. Er lädt praktisch über die Nicht-Erfüllung von auferlegten Aufgaben zu einem Dialog darüber ein, womit diese ausgebliebene Handlung zu tun hat. Wir sprechen von einem **Handlungsdiallog**, wenn eine auffällige Handlung Fragen aufwirft über den Sinn der Handlung.

Auf die Frage an diesen Schüler, was ihn davon abgehalten hat die Hausaufgaben zu machen, kann man sich viele Antworten vorstellen: Vielleicht war die Mutter, die sonst immer mit ihm die Hausaufgaben macht, ausnahmsweise verhindert. Oder die Eltern hatten einen Streit, bei dem nicht gelernt und sich konzentriert werden konnte. Oder der Vater ist betrunken nach Hause gekommen und hat seine Frustrationen auf die Kinder ausgelassen. Und so weiter...

Ein anderes Beispiel: Wenn ein Schüler im Unterricht dadurch auffällt, dass er immer impulsiv auf Fragen des Lehrers aus der Bank springt, mit der Hand wedelt und die Fragen beantwortet, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob er gefragt wurde, lädt er über diese nicht so seltene, aber doch seltsame Handlung dazu ein, sich mit dem Warum zu beschäftigen.

Deutlich wird ja, dass dieser Schüler ohne Rücksicht auf die anderen, also wiederum unter sehr großem Druck, zeigen muss, dass er etwas weiß. Möchte er unbedingt auf sich aufmerksam machen, im Mittelpunkt stehen, oder steht er unter einem enormen Leistungsdruck, vielleicht von überhöhten Erwartungen der Eltern mit bedingt?

Hinter störendem Verhalten oder Handlungen verbergen sich also Motive, die wenn man sie versteht, einen Sinn machen.

Jetzt möchte ich auf das zentrale Symptom beim ADHS, die Hyperaktivität oder das Zappeln zu sprechen kommen.

Machen solche störende Verhaltensweisen wie Hyperaktivität, Hippeligkeit, zielloses Herumrennen auch einen Sinn?

Wir unterscheiden zwei grundsätzlich verschiedene Formen der Motorik: zum einen die Leistungsmotorik, zum anderen die **Ausdrucksmotorik**.

Die Leistungsmotorik, das sagt ja schon das Wort, wird eingesetzt, um ein Ziel zu erreichen, eine Leistung zu vollbringen. Die Ausdrucksmotorik hingegen drückt innere Befindlichkeit aus.

Die ersten Kindesbewegungen im Mutterleib bringen zum Ausdruck, dass hier etwas lebt, - sie stellen einen Appell an die Eltern dar, das Kind wahrzunehmen, es gefühlsmäßig zu besetzen. Bewegung und Motorik bringt also Lebendigkeit zum Ausdruck. Aber nicht nur die Mutter und evt. auch der Vater spürt diese Lebendigkeit, das Kind selbst nimmt sich körperlich auch wahr über seine Beweglichkeit. Man könnte als einen Aspekt der frühen Kindesbewegungen nennen: „Ich bewege mich, also bin ich, und zwar lebendig“.

Dieses Motiv taucht wieder auf auch bei größeren Kindern, die an einem Mangel an Zuwendung leiden oder gelitten haben, wie z. B. bei schwer vernachlässigten oder in Heimen aufgewachsenen Kindern, wenn sie auf Grund von Personalmangel eine Deprivation, also einen Mangel an Zuwendung, erleben mussten. Die daraus resultierende Schaukelbewegungen, Jactationen genannt, stellt eine Art Selbstvergewisserung dar, die bei Kontaktmangel eine Beruhigung bewirkt. „Wenn ich von der Umwelt so wenig wahrgenommen werde, beruhigt es mich, dass ich mich selbst durch Bewegung spüren und wahrnehmen kann“ ist eine Aussage hinter dieser schwerwiegenden Störung.

Einen Kontaktabbruch und -mangel erleben auch frühgeborene Kinder, die nach der Geburt wochenlang in einem Brutkasten verbringen müssen. Dort erleben sie auch bei optimaler Pflege nicht den Kontakt von Körper zu Körper wie in der Gebärmutter. Und auch für die Mutter selbst entsteht eine Situation, in der plötzlich die innige Beziehung zum Kind unterbrochen wird und um das Leben des Kindes oft gebangt wird. Untersuchungen zeigen, dass die Mütter frühgeborener Kinder auch nach dem Verlassen des Brutkastens es schwer haben, eine natürliche Beziehung zum Kind

wieder aufzubauen. Nicht selten fangen die Mütter an, um das Kind zu trauern, als ob es schon gestorben wäre.

Eine Untersuchung in Oslo von Kindern im Schulalter, die mit einem Geburtsgewicht unter 1500 (!) Gramm auf die Welt gekommen waren, zeigt, dass 27 %, also über einen Viertel dieser Kinder Verhaltensauffälligkeiten wie beim ADHS aufweisen. Hier ist es nahe liegend zu vermuten, dass sowohl organische Funktionsstörungen des kindlichen Gehirns als Folge von zeitweiliger Unterversorgung mit Sauerstoff oder auch Mikrotraumen des Gehirns zu der Symptomatik beitragen, wie aber auch der Beziehungsabbruch zur Mutter und die folgende Deprivationssituation im Brutkasten. Es wäre also eine Kombination von hirnrorganischen und psychischen Faktoren denkbar als Ursache für die extrem hohe Zahl der Kinder mit ADHS.

Zurück zum Thema Motorik als Ausdrucksmittel.

Nach der Geburt werden Affekte des Säuglings über Mimik und Motorik zum Ausdruck gebracht. Bei freudiger Erregung lächelt es und strampelt mit Armen und Beinen, z. B. wenn es hochgenommen werden soll. Bei Unlust, z. B. bei Hunger, weint es, schreit und strampelt dann auch mit den Extremitäten. Man kann hier also schon beim Säugling von einer Ausdrucks- oder **Affektmotorik** sprechen.

Nun sind es bei Kindern mit ADHS eher nicht freudige Affekte, die sich in der Hypermotorik entladen. Vielmehr stammen die motorischen Entladungen von Unlustgefühlen, wie z.B. auch bei den sog. „Schreikindern“, die im Säuglings- und Kleinkindalter nicht aufhören zu schreien und sich motorisch unruhig verhalten. Eine umfangreiche Forschung, besonders durch die Gruppe um Papousek in München, die über 700 solche Kinder untersucht und behandelt hat, zeigt, dass die Unruhe dieser Kinder daraus resultiert, dass es den Eltern nicht gelingt, sich in ihr Kind einzufühlen und herauszufinden, welche Bedürfnisse es zum Ausdruck bringt. Die Gründe für diese Empathiestörung sind vielfältig: Oft sind die Kinder nicht erwünscht, besonders, wenn die Mütter der Kinder schwerwiegende Partnerprobleme angeben. Außerdem werden Probleme mit der eigenen Herkunftsfamilie der Mütter angegeben, in der sie belastende und traumatisierende Erfahrungen in der eigenen Kindheit gemacht haben. Hinzu kommen eine soziale Isolation der Mütter, sowie die ständige Konfrontation mit eigenen Versagensgefühlen durch das unstillbare Schreien des Kindes. Es entsteht eine sich hochschaukelnde Spirale von

Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen, die dann auch in Wut auf das Kind umschlagen kann.

Frau Papousek schreibt über die Gefühlsreaktionen der Erwachsenen, wenn sie es mit einem schreienden Säugling zu tun haben, - ich zitiere:

„Was gibt es Schöneres, als ein schreiendes Baby auf den Arm zu nehmen und zu erleben, wie es sich anschmiegt und allmählich zur Ruhe kommt?! Was gibt es Enttäuschenderes, Entmutigenderes, vielleicht sogar Verletzenderes, als ein Baby im Arm zu halten, das ohne erkennbaren Grund unstillbar schreit, sich steif macht und aufbäumt und in seiner Erregung unerreichbar ist?! Das Schreien des Säuglings hat zwei Gesichter: Es gibt Anlass zur Zärtlichkeit und Glück oder aber zu Hilflosigkeit und Wut; es wirkt als bindungstiftendes Signal oder aber als bindungsgefährdender Auslöser von Depressivität oder sogar Kindesmisshandlung“. Zitat Ende.

Die Art, wie mit Ohnmacht und daraus resultierender Wut umgegangen wird, kann also in zwei Richtungen ausschlagen. Sie entlädt sich entweder direkt auf das Kind, oder sie führt zur Resignation und Rückzug. In beiden Fällen werden schwerwiegende Schuldgefühle bei der Mutter wachgerufen, die dazu führen, dass sie dem Kind nichts verbietet, keine Grenzen setzen kann, wodurch das Kind Orientierung und Halt verliert. Einer solchen Dynamik entspricht oft die, die ich vorher in den von der Super-Nanny betreuten Familien beschrieben habe.

Warum habe ich mich so ausführlich mit den frühen Regulationsstörungen dieser Kinder beschäftigt?

Nachuntersuchungen zeigen, dass „Schreikinder“ später im Schulalter in fast 20 % die Verhaltensstörungen des ADHS entwickeln, und zwar 12-mal so häufig wie in einer Kontrollgruppe.

Nun möchte ich zur Aufmerksamkeitsstörung zurückkehren.

Jeder von uns hat erlebt, dass die eigene Konzentration z. B. beim Lesen nicht aufrechterhalten werden kann, wenn wir gleichzeitig durch sehr besorgniserregende, aber auch freudige Gedanken abgelenkt werden. Zuhören, lesen und lernen stellen kognitive Vorgänge dar, die nur dann ungestört vollzogen werden können, wenn nicht emotional hoch besetzte Gedanken uns davon abbringen. Wir nehmen unwillkürlich eine Selektion (T. Bauriedl) vor, und zwar nach der emotionalen Gewichtung.

Vielleicht haben Sie bei sich beobachtet, dass Sie während eines Vortrages plötzlich nicht mehr zuhören und den Inhalt auffassen können. Es kann sich dabei um einen emotional wichtigen Gedanken handeln, an den Sie durch den vorgetragenen Text erinnert werden. Dann nimmt dieser Gedanke ihre Aufmerksamkeit in Beschlag und lenkt vom Vortrag ab. Das könnte Ihnen auch heute passieren.

Und gewiss haben Sie die Erfahrung gemacht, dass eine sehr belastende Nachricht von einer schwerwiegenden Krankheit oder dem Todesfall eines geliebten Verwandten sie außerstande setzt, sich auf eine Fernsehsendung oder ein Buch zu konzentrieren.

Wir alle können also durch aktuelle oder in der Erinnerung an früher erlebte psychisch belastende Situationen in unsere kognitive Aufmerksamkeit abgelenkt werden.

Wie sieht es bei kleinen Kindern aus?

Kleine Kinder lernen durch Spielen. Durch Spielen erkunden sie die Umwelt, sammeln Erfahrungen über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Fähigkeiten. Ich finde, dass wiederum Frau Papousek die Bedeutung des Spielens sehr gut beschrieben hat, ich zitiere:

„Das Spiel ist der Kontext, in dem das Kind selbst-initiiert lernt und selbst-gesteuert seine Erfahrungen mit der Umwelt integriert. Es hat ein genuines Bedürfnis, sich mit der sozialen und materiellen Umwelt vertraut zu machen, sie zu begreifen, auf sie einzuwirken, Regeln und Zusammenhänge zu erkennen. Den Antrieb zum Spiel und zur Fokussierung und Aufrechterhaltung seiner Aufmerksamkeit gewinnt es aus seinen *inneren Motivationen*: seinem Neugier und seinem Explorationsbedürfnis; seiner Freude am Entdecken von Vertrauten, von Regeln, Zusammenhängen und an erfüllten Erwartungen; seinem Bedürfnis nach Urheberschaft, Selbstwirksamkeit, Selbermachen, Selberkönnen und Selberbeherrschen; seinem Erfolgs- und Kompetenzbedürfnis“. Zitat Ende.

Ich hatte vorhin kurz von den sog. Schreikindern berichtet. In den von Papousek durchgeführten Untersuchungen wurde eine Untergruppe ermittelt, die etwa 45 % der Gesamtgruppe ausmachte. Diese Gruppe von Kleinkindern war charakterisiert durch eine auffällige Spielunlust sowie dysphorischer Unruhe und Umtriebigkeit.

Es braucht nicht viel Phantasie, um diese Kinder wieder zu erkennen: Es sind genau dieselben Symptome wie beim ADHS bei größeren Kindern. Und es handelt sich um, wie wir gesehen haben, Kinder von psychisch und sozial sehr belasteten Müttern

bzw. Eltern. Eine Störung des Spielverhaltens deutet somit an, dass sich nicht auf diese Lern- oder Erkundungsaufgabe konzentriert werden kann, und zwar wegen konflikthafter Beziehungen zu den Eltern.

Nun möchte ich einen Aspekt der Bindungsforschung herausgreifen, die uns weiter helfen kann zu verstehen, warum das Spielverhalten gestört ist.

Wie den meisten von Ihnen schon bekannt ist geht es in der Untersuchungssituation bei dieser Forschung darum, die Qualität der Bindung zwischen der Mutter und dem Kind zu untersuchen. Und zwar dadurch, dass das kleine Kind zwischen 1 und 2 1/2 Jahren vorübergehend von der Mutter getrennt, und nach 3 Minuten wiedervereint wird.

Kinder mit einer sicheren Bindung protestieren, wenn die Mutter sie verlassen. Sie beruhigen sich aber relativ bald, und nehmen das Spielen wieder auf. Wenn die Mutter wiederkehrt, laufen sie zur Mutter hin, wollen kurz auf den Schoß genommen werden, nehmen aber nach kurzer Beruhigung das Spielen wieder auf.

Auf der anderen Seite gibt es unsicher gebundene Kinder, wobei wir 3 verschiedene Typen unterscheiden, nämlich:

- die ambivalent-unsicher
- die vermeidend-unsicher
- die desorientiert- oder desorganisiert-unsicher gebundenen Kinder.

Sie alle nehmen nach der Trennung von der Mutter das Spielen nicht wieder auf, auch nicht nach ihrer Wiederkehr. Sie sind emotional erregt, haben eine erhöhte Pulsfrequenz und sondern vermehrt Cortison im Speichel aus.

Welche Folgerungen können wir aus diesen Beobachtungen ziehen?

Eine sichere Beziehung zur Mutter ermöglicht dem Kind, auch bei dem durch die Trennung verursachten Stress, das Spielen weiterzuführen.

Unsicher gebundene Kinder stellen ihr Erkundungsverhalten durch Spielen ein, weil sie innerlich okkupiert sind von der gefühlsmäßigen Verunsicherung durch die Trennung. Mit anderen Worten: Die natürliche Neugier und Freude am Spielen wird geopfert, um dafür zu versuchen, sich der unsicheren Beziehung anzupassen.

Wiederum hat die Beziehung und ihrer Regulation Vorrang vor dem kognitiven Lernen. Deswegen haben wir in unserem Buchtitel „Symptome verstehen – Beziehungen verändern“ aufgenommen.

Nun möchte ich diesen Teil abschließen mit einer wichtigen These aus der Entwicklungspsychologie, wie sie von Mentzos konzipiert wurde.

Er postuliert, dass wir Menschen es mit einem Grundkonflikt zu tun haben: einerseits geht es um unsere an uns nahe stehenden Menschen gerichteten Bedürfnisse, die sog. objektbezogenen Bedürfnisse.

Diese sind Bedürfnisse nach Kontakt, Zuwendung, Bestätigung, Verlässlichkeit, Vorherseh- und Berechenbarkeit, Halt, Nähe, Zärtlichkeit und Intimität.

Zum anderen geht es um Bedürfnisse nach Abgrenzung, Unterschiedlichkeit, Autonomie, Selbstverwirklichung, Selbstentfaltung und Entwicklung einer eigenen Identität. Diese Bedürfnisse nennen wir selbstbezogene oder narzisstische Bedürfnisse, wobei der Begriff „narzisstisch“ hier nicht im pathologischen Sinn zu verstehen ist.

Der sog. primäre Grundkonflikt leitet sich davon ab, diese zunächst in einem Gegensatz zu einander stehenden Bedürfnissen gewissermaßen „unter einem Hut“ zu bekommen.

Dies gelingt, wenn wir nacheinander diese Bedürfnisse befriedigen können. Dabei stellt die Befriedigung der objektbezogenen Bedürfnisse die Voraussetzung dafür da, dass wir unsere narzisstischen Bedürfnisse in Ruhe ausleben können. Und umgekehrt ist die Befriedigung der selbstbezogenen Bedürfnisse eine Voraussetzung dafür, den Kontakt und die Nähe in den primären Beziehungen zuzulassen und zu genießen.

Wenn Sie jetzt aufgepasst haben - und ich zweifle natürlich nicht an Ihrer Konzentrationsfähigkeit! - werden Sie bei allen Theorien und

Forschungsergebnissen, die ich jetzt kurz angerissen habe, etwas grundsätzlich Gemeinsames erkannt haben: Immer wieder geht es darum, dass befriedigende, sichere Beziehungen die Voraussetzung darstellt für die Entwicklung von Autonomie sowie Freude am Spielen, Erkunden und Lernen. Und gerade diese Voraussetzung fehlt in den allermeisten Fällen, die wir in unserer Intervisionsgruppe 4 Jahre lang sehr genau studiert haben. Immer wieder stießen wir auf konflikthafte familiäre Beziehungen, bei denen die Kinder Rollen einnehmen, die sie belastet haben. Oft handelt es sich um Kinder, die bei einem Elternteil als Ersatz für den Partner oder die Partnerin gebraucht werden. Dadurch entstehen eine zu enge Beziehung zu einem Elternteil, und die so wichtige Triangulierung durch den zweiten Elternteil kann sich

nur unvollständig vollziehen. In einigen Fällen nimmt ein Kind, meist ein Mädchen, die Rolle als Ersatzmutter ein, wenn die eigene Mutter auf Grund von psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ihre häuslichen Aufgaben zu erfüllen. In wiederum anderen Fällen lasteten übermäßige Leistungserwartungen auf den Kindern, meist begründet durch unerfüllt gebliebene eigene Bildungschancen der Eltern selbst. Die derzeitige Angst, etwas zu versäumen, wenn den eigenen Kindern nicht durch die Eltern genügend Unterstützung bei den Hausaufgaben zu Teil wird, spiegelt die in der Gesellschaft sich ausbreitende Angst, um zukünftige Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Daraus resultiert nicht selten eine Dynamik zwischen einem Elternteil und dem Schulkind, bei der die Verantwortung für die schulischen Hausaufgaben immer mehr von diesem Elternteil übernommen wird, und das Kind dadurch immer unselbständiger wird bei der Lösung von Aufgaben.

Auch Sie haben bestimmt von Eltern gehört, die die Hausaufgaben gemeinsam mit ihrem Kind erledigen wollen. Das Kind spürt, dass ihm die Verantwortung abgenommen wird, reagiert mehr und mehr lustlos, hampelt auf dem Stuhl, rennt im Zimmer herum und stört den Elternteil. Wenn dann das Kind in der Schule Arbeiten schreiben soll, ohne einen Elternteil an der Seite, wird es unsicher, weil es nicht gelernt hat, selbständig zu lernen. Es bekommt Angst zu versagen mit entsprechenden Blockaden des Denkens. Und dieses Versagen in der Schule löst wiederum erhöhte Anstrengungen des betroffenen Elternteils aus, wodurch die Dynamik immer weiter eskaliert.

Ich habe anfangs angekündigt, etwas darüber zu sagen, warum die Kinder mit Verhaltensstörungen sich eher nicht über Worte ausdrücken.

Zum einen: Ein Vokabular für innere Empfindungen und Bedürfnisse zu entwickeln, hängt naturgemäß davon ab, ob es in der Kindheit von den Erwachsenen dazu Anregungen gab. Wenn Kinder bei Eltern aufwachsen, die selber diesbezüglich auch nicht über Worte verfügen, können sie diese Fähigkeit nur schwer weitergeben, sondern reagieren eher selbst auf der Verhaltensebene.

Zum anderen: Kinder, die durch Vernachlässigung, Gewalterfahrungen oder sexuelle Grenzüberschreitungen traumatisiert werden, haben oft kognitiv keinen Zugang zu diesen Erlebnissen. Die Erinnerungen daran sind oft verdrängt und dem expliziten Gedächtnis entzogen, in der Fachsprache als Dissoziation bezeichnet. Dennoch, oder gerade deswegen, führen diese nicht erinnerbaren Erlebnisse zu Spannungen im Kind, die sich in Impulsivität und Umtriebigkeit ausdrücken können.

So weisen Kinder mit sog. posttraumatischen Belastungsstörungen – PTBS – genau dieselben Verhaltensauffälligkeiten wie beim ADHS auf.

Solche Kinder werden in der Regel nicht ihren Freunden oder der Lehrerin erzählen, was es erlebt hat, auch nicht auf eine diesbezügliche Frage hin. Eher fallen sie auf durch sexualisiertes Verhalten, oder durch eigene Aggressivität anderen Kindern gegenüber. Die Psychodiagnostik bei diesen oft sehr misstrauischen Kindern erfordern besondere Achtsamkeit und ein Hinzuziehen von projektiven Tests.

Zum Schluss möchte ich einige Worte zur Behandlung der Kinder und ihren Familien sagen.

Wichtig ist zunächst, sich durch die Eltern genau informieren zu lassen, wann das vorgestellte Kind zuerst auffällig wurde und in welchen Situationen es die Verhaltensauffälligkeiten zeigt, oder diese verstärkt auftreten. Diese Situationsdiagnostik ist deswegen so wichtig, weil aus ihnen die Themen hervorgehen, die das Kind unter Druck bringen. Hierbei sind auch Beobachtungen aus dem Kindergarten und der Schule sehr wichtig.

Weiterhin ist es wichtig, sich ein Bild zu machen über die Beziehungsmuster in der Familie. Welche Rolle hat das Kind inne, wie ist der Kontakt zu beiden Elternteilen, zu den Geschwistern.

Wichtig ist es auch, sich nach der sozialen Situation der Familie zu erkundigen: Lebt sie zurückgezogen, gibt es besondere finanzielle oder berufsbedingte Belastungen, psychische oder körperliche Erkrankungen, die auch das Kind belastet?

Welche Behandlungsversuche sind bisher gelaufen? Warum wurde eine Behandlung evt. abgebrochen, worin bestanden die Enttäuschungen?

Welche Erwartungen werden an die jetzige Therapie gerichtet?

Diese letzten Fragen sind enorm wichtig, um ein Behandlungsangebot machen zu können, das sich sehr an den Bedürfnissen jedes einzelnen Kindes und jeder einzelnen Familie richtet, also bedürfnisorientiert - oder im angloamerikanischen Sprachgebrauch „need adapted“ - ausgerichtet ist.

Ich hoffe, dass ich Ihnen in der Kürze der Zeit einige Anregungen gegeben habe, die dazu führt, dass Sie im Umgang mit Verhaltensstörungen des Kindes sich nicht begnügen mit der Oberflächen-Diagnose ADHS. Diese Diagnose ist meiner Meinung

nach so unspezifisch wie der Begriff Stress oder Fieber, - auch diese Begriffe sagen nichts über die Ursachen vom Stress oder Fieber aus.

Wenn ein Kinderarzt zu einem Kind mit Fieber gerufen wird, begnügt er sich auch nicht damit, festzustellen, dass die Hautoberfläche gerötet und heiß ist, um dann ein fiebersenkendes Mittel zu verschreiben. Vielmehr fahndet er nach den Ursachen des Fiebers, prüft, ob eine Mittelohr- oder Lungenentzündung für das Fieber verantwortlich ist, und schließt eine Blinddarmentzündung aus.

Und dieselbe Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit sollte auch gelten, wenn es um die Diagnosestellung bei den unter der Bezeichnung ADHS zusammengefassten Verhaltensstörungen geht. Zumal bei der Behandlung oft vorschnell durch den Druck der Eltern und der Schule Psychostimulantien verordnet werden. Meiner Meinung nach sollten so potente, in den Hirnstoffwechsel eingreifende Mittel bei Kindern mit großer Vorsicht verordnet werden, - wo es sich doch um Substanzen handelt, die bei jedem normalen Menschen auch zu einer gesteigerten Konzentration führen, und also nicht nur spezifisch bei Kindern mit Verhaltensstörungen wirksam sind.

Stattdessen können für das Kind eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, eine Gruppentherapie, eine Kunsttherapie oder Ergotherapie in Erwägung gezogen werden. Aber eine Therapie mit dem Kind alleine genügt nicht. Auch die Eltern brauchen eine Unterstützung.

Zum Abschluss möchte ich auf eine Studie hinweisen, die vom ärztlichen Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Herborn, Prof. Wildermuth und seiner Partnerin, der Kinderpsychiaterin, Frau Sant'Unione, durchgeführt wurde. Sie haben eine Nachuntersuchung von 93 Kindern mit den als ADHS bezeichneten Symptomen durchgeführt, und zwar mindestens 6 Monate nach abgeschlossener Therapie. Diese bestand aus mindestens 10 Sitzungen nach dem oben zitierten bedürfnisangepassten Modell.

Dabei stellte sich eine hohe Frequenz von deutlichen Verbesserungen bei den Verhaltensstörungen heraus. Und nur ein Kind bedurfte vorübergehend bei einer familiären Krise Psychostimulantien.

Diese ermutigenden Ergebnisse haben uns veranlasst, die Erfahrungen, die wir in unserer kollegialen Intervisiongruppe über 4 Jahre gesammelt haben in einem Buch zu beschreiben. Dabei ging es in dieser Arbeitsgruppe immer wieder darum, sich nicht vom Druck und Hektik der Kinder, ihrer Eltern und der Schule anstecken zu

lassen, sondern, sich für jedes Kind und jede Familie Zeit zu nehmen, meist 1 ½ bis 2 Stunden, und mit Geduld zu versuchen, die Sprache der Symptome zu verstehen und zu übersetzen. In dieser Weise haben wir 15 Patientengeschichten sehr sorgfältig untersucht und besprochen.

Es stellte sich immer wieder heraus, dass, wenn die Kinder in der Psychotherapie und der Familientherapie die Fähigkeit erworben hatten, sich mit Hilfe von Sprache zu kommunizieren, sie darauf verzichten konnten, sich über störendes Verhalten auszudrücken.

Ich werde nie die Äußerung von dem Kollegen, Herrn Seitz-Stroh, vergessen, die er immer am Ende unserer Diskussionen einer neuen Patientengeschichte formulierte: „Und wo ist jetzt die ADHS geblieben?“.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, - so ich sie denn aufrechterhalten konnte!