

## ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern

Die unerhörten Botschaften der unaufmerksamen und unruhigen Kinder

Terje Neraal, Wettenberg

Überblick:

In dem vorliegenden Text soll es darum gehen die Bedeutung von *Kontakt* für die menschliche Entwicklung aufzuzeigen. Dabei spielen gerade bei den Verhaltensstörungen ADS und ADHS die Versuche über *non-verbale Mitteilungen* in Kontakt zu treten eine entscheidende Rolle.

Eine Studie von 7960 Kindern aus Schweden zeigen wichtige familiäre und soziale Hintergrundfaktoren bei dem Störungsbild ADHS deutlich auf.

Ein anderes wichtiges Thema wird sein, den Unterschied zwischen Leistungsmotorik und *Ausdrucks- oder Affektmotorik* darzustellen.

Weiter soll die Bedeutung einer sorgfältigen Diagnostik, einschließlich der *Situations-Diagnostik* beschrieben werden.

Mit einer Fallgeschichte eines Kindes mit ADHS-Symptomen soll die Prinzipien einer *bedürfnis-orientierten („need-adapted“)* Psychotherapie und eine Studie über die Wirksamkeit dieses Therapie-Modells dargestellt werden.

„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).

Einleitung

Wenn auch die Sprache in der oben zitierten Hypothese etwas altmodisch klingt, so ist die darin enthaltene Aussage doch sehr modern. Menschen drücken nur einen sehr geringen Teil ihrer seelischen Befindlichkeit über Worte aus. Vielmehr sagen Mimik, Körperhaltung, Verhalten, Handlungen und eben auch Symptome erheblich öfter und mehr über den Seelenzustand eines Menschen aus, als verbal geäußert wird.

Wenn z. B. ein Schulmädchen mit einer schlaffen Körperhaltung, einer ausdruckslosen Mimik und einem verlorenen Blick dem Unterricht nicht folgen kann, würde man auf der Verhaltensebene vermutlich die Diagnose AufmerksamkeitDefizitStörung – ADS – stellen.

Mit einem psychodynamischen Verstehensmodell würde man vermuten, dass es sich um ein bedrücktes und unglückliches Mädchen handelt. Eine Frage an die Schülerin wie: „Du siehst so bedrückt aus. Wie geht es dir?“ würde den Versuch darstellen, mit diesem Mädchen in Kontakt zu treten.

Ein anderes Beispiel: Ein Schüler, nennen wir ihn Nils, sitzt in der Klasse ruhig in seiner Bank, solange die Lehrerin sich an ihn wendet, mit ihm Augenkontakt hat. Als sie ihm den Rücken zudreht, um einem anderen Schüler etwas zu erklären, springt Nils aus der Bank und fängt an, durch Herumrennen zu stören. Die gezeigte Impulsivität und motorische Unruhe würde man oberflächlich betrachtet als eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung – also ADHS – bezeichnen. Auf der inneren Bühne geht es bei Nils offenbar darum, dass das Sich-Abwenden der Lehrerin einen Kontaktabbruch bedeutet, der bei ihm eine Verlassenheits- oder Trennungsangst hervorruft. Die damit verbundene Spannung reagiert er motorisch ab. Zugleich hat er den sekundären Gewinn, dass die Lehrerin nun wieder die Aufmerksamkeit auf ihn lenken und also – wenn auch irritiert – wieder in Kontakt zu ihm treten *muss*. Neben der vermutlich notwendigen Eingrenzung dieses Schülers könnte bei einer passenden Gelegenheit von der Lehrerin an ihn die Frage gestellt werden, wie es denn kommt, dass er immer so unruhig wird, wenn sie sich anderen Schülern zuwendet? Auch eine solche Frage würde den Versuch darstellen, mit diesem leicht zu beunruhigenden, trennungsängstlichen Kind in Kontakt zu kommen.

Da die Symptome, die mit ADHS bezeichnet werden, so unspezifisch sind wie „Stress“ bei Erwachsenen, ist es nicht leicht, dahinter zu kommen, was sie ausdrücken wollen. *Wodurch* die Aufmerksamkeit abgelenkt wird, und *woher* die in der aufgedrehten Motorik zum Ausdruck gebrachten Spannungen rühren. Dies herauszufinden stellt eine große Herausforderung dar für alle Erwachsene, die es mit solchen Kindern zu tun haben.

Diese eben beschriebenen Beispiele zeigen wie wichtig es ist, die Situationen unter die Lupe zu nehmen, die das gestörte Verhalten auslösen oder verstärken. Mit anderen Worten: Eine „*Situationsdiagnostik*“ ist von großem Wert, wenn es darum geht, herauszufinden, welche Themen die Symptome hervorrufen, um diese aufzugreifen und in eine verbale Kommunikation zu überführen.

Die Verunsicherung und die Ratlosigkeit, die diese Kinder bei uns Erwachsenen auslösen, spiegeln gewiss die innere Befindlichkeit der Kinder selbst. Sie verführen leicht dazu, als Erwachsener ebenso unter Druck zu geraten und auf der Handlungsebene zu Bestrafungen oder Ausgrenzungen zu greifen. Wenn gerade solche Maßnahmen eher noch die Probleme verstärken, wird die ruhigstellende Wirkung von Psychostimulantien eingesetzt, noch bevor verstanden wurde, was die Störungen auf der Verhaltensebene zum Ausdruck bringen möchten.

Die Leichtfertigkeit, mit der derart in den kindlichen Hirnstoffwechsel eingreifende Medikamente verschrieben werden, würde sich ein Kinderarzt, der zu einem Kind mit dem unspezifischen Symptom „Fieber“ gerufen wird, nicht erlauben. Er würde sich nicht damit begnügen, festzustellen, dass die Oberfläche der Haut heiß und gerötet ist, um dann ein fiebersenkendes Medikament zu verschreiben. Vielmehr würde er die Ursache des Fiebers herausfinden wollen, indem er z. B. eine Mittelohr-, Lungen- oder Blinddarmenzündung ausschließt.

Die selbe Sorgfalt sollte bei der Psycho-Diagnostik erwartet werden, wenn es darum geht, die Ängste und depressiven Gefühle hinter den als ADHS bezeichneten Verhaltensauffälligkeiten zu ergründen.

Warum habe ich in dieser Einleitung dem Kontaktbedürfnis eine so große Bedeutung beigemessen? Kontakt ist für den Menschen psychisch existentiell so wichtig wie Nahrung für die Aufrechterhaltung der körperlichen Existenz. Und ein befriedigender Kontakt entsteht, wenn sich jemand einem Anderen mitteilt, dieser das Mitgeteilte versteht und dies zurückmeldet.

Eine Voraussetzung um mit dem affektiven Innenleben eines Kindes in Kontakt zu treten stellt die theoretische Unterscheidung zwischen Leistungs-Motorik und *Ausdrucks- oder Affektmotorik* dar.

Während Leistungsmotorik eingesetzt wird um ein Ziel zu erreichen oder eine Leistung zu vollbringen, wird die Ausdrucksmotorik bei starken Affekten in Gang gesetzt. Schon bei Säuglingen kann man beobachten – z.B. bei still-face-Observationen – wie Unlust, z.B. Hunger, erst eine motorische Unruhe, dann Wimmern und Schreien, und nach und nach heftige Bewegungen mit Armen und Beinen eine Abfuhr der inneren Spannungen hervorruft. Und auch die freudige Erwartung, gleich hochgenommen zu werden lösen ähnliche motorische Entladungen hervor.

Und ganz ähnlich stellt die motorische Unruhe bei grösseren Kindern und Erwachsenen eine Möglichkeit dar, innere Spannungen abzureagieren. Dies tritt besonders dann ein, wenn es nicht gelingt wahrzunehmen, woher der Druck und die Spannung herrührt, und die zugrundeliegenden Ängste verbal zu kommunizieren.

Im Folgenden sollen wichtige Hintergrundfaktoren bei schwedischen Kindern, die wegen ADHS-Symptome mit Psychostimulantien behandelt wurden, dargestellt werden.

### **Belastungsfaktoren**

In einer schwedischen Studie mit dem Titel „Social adversity predict ADHD-medication in school children – a national cohort study“ veröffentlicht in Acta paediatrica in 2010 (Hjern et al. 2010),- wurden die Familiensituationen und sozialen Hintergrunddaten von 7960 Kindern im Alter von 6 bis 19 Jahren, die im Jahr 2006 Psychostimulantien verschrieben bekommen hatten, verglichen mit dem Durchschnitt der 1,1 Millionen schwedischen Kinder in dieser Altersgruppe. Sie identifizierte vier Hintergrundfaktoren, die die „Ritalin-Kinder“ von der nationalen Kohorte unterschieden.

Die Kinder, die mit Psychostimulantien behandelt wurden, stammten

- 2,2 mal häufiger aus Familien, in denen die Mütter eine niedrige Schulausbildung hatten,
- 2,06 mal häufiger aus Familien, die Sozialhilfe-Empfänger waren,
- 1,45 mal häufiger aus Familien von alleinerziehenden Eltern, und schließlich
- 1,75 mal häufiger aus Familien, wo zumindest bei einem Elternteil eine Suchterkrankung oder eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden war.

Zusammengenommen konnten die genannten sozio-ökonomischen und psychosozialen Faktoren die Methylphenidat-Verordnungen zu 60% erklären.

In einer kollegialen Intervisionsgruppe, bestehend aus fünf Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (u. a. auch der Verfasser), einem klinischen Psychologen und einer Lehrerin (beide mit einer Familientherapie-Ausbildung) wurden über einen Zeitraum von vier Jahren insgesamt 15 Krankengeschichten von Kindern, die wegen „ADHS“-Symptome überwiesen und behandelt worden waren, sehr genau untersucht und diskutiert. 10 von diesen „Fallgeschichten“ sind in dem Buch „ADHS Symptome verstehen – Beziehungen verändern“ (Neraal, Wildermuth 2011) dargestellt.

Immer wieder konnte festgestellt werden, dass es sich – wie auch die zitierte schwedische Studie gezeigt hat – um sehr belastete und unter Druck stehende Familien handelte, in

denen ein Kind durch auffälliges Verhalten auf sich aufmerksam gemacht und dadurch auch selbst zu den Belastungen beigetragen hatte. Durch das Eingehen auf die *Bedeutung* und den *Sinn* der Symptome wurde die Tür zu den dahinter zunächst verborgenen innerfamiliären und sozialen Problemen geöffnet, von denen hier einige angedeutet werden sollen.

- Es stellte sich heraus, dass nicht selten – wie bei Lucas, - über den ich später berichten werde, – eine Art „Verklebung“ (Stork 1993) zwischen einem Elternteil und dem auffälligen Kind für die Spannungen und den entstehenden Druck in den Kindern verantwortlich war. In solchen Eltern-Kind-Beziehungen nimmt das Kind nicht selten eine Partner- bzw. Partnerin-Ersatzrolle ein, in der einerseits die eigene Bedeutung narzisstisch überhöht wird. Andererseits entstehen durch die einengende Verklammerung Entwicklungsdefizite, die sich in Unselbständigkeit, in mangelndem Selbstvertrauen und in brachliegenden Kontakten zu Gleichaltrigen zeigen.
- Aus Schuldgefühlen von Seiten der Eltern resultierte nicht selten ein Unvermögen dem Kind Grenzen zu setzen. Dadurch erlebt das Kind einen Mangel an Sicherheit und haltgebenden Beziehungsstrukturen. Dieses Defizit kommt oft zum Vorschein durch „grenzenloses Verhalten“, bei dem das Kind Regeln nicht einhält und störend herumrennt und somit durch sein Verhalten ein strenges Eingreifen und strukturgebende Maßnahmen herausfordert.
- Ein anderer, in der heutigen Gesellschaft sehr häufig vorkommender Druck-Faktor ist die allgegenwärtige Tendenz zur Leistungsoptimierung mit entsprechenden Versagensängsten. Viele Eltern möchten nichts versäumen, um die Ausbildungs- und Berufschancen ihrer Kinder nicht zu gefährden. Der Ehrgeiz der Eltern hat aber oft den Nebeneffekt, dass das Kind durch gutgemeinte Lernunterstützung eines Elternteils zunehmend verlernt, selbständig zu lernen. Es gibt dann allmählich die Verantwortung für Hausaufgaben und Üben ab. Wenn in der Schule Arbeiten geschrieben werden sollen, ist das Kind auf sich selbst „zurückgeworfen“. Es spürt die Angst, den elterlichen und den eigenen Erwartungen nicht zu genügen. Und durch eben diese „Prüfungsangst“ wird das Denk- und Erinnerungsvermögen blockiert, mit Leistungsergebnissen, die wiederum die Ängste der Eltern schüren. Solche Kinder können sich auf Grund von mangelndem Selbstvertrauen und Versagenängsten nicht konzentrieren und ergreifen die Flucht, wenn ihr Wissensrückstand sichtbar zu werden droht.
- In vielen sog. „bildungsfernen“ und sozial benachteiligten Familien herrschen oft sowohl materielle wie psychische Notlagen vor. In einem gereizten familiären Klima, in dem sich die Spannungen und der Druck der Erwachsenen oft eruptiv in Gewalttätigkeit äußert oder durch Alkoholmissbrauch zu dämpfen versucht wird, leben Kinder oft in ständiger Angst vor unerwarteten, nicht vorhersehbaren Situationen, in denen sich aggressive Gefühle entladen. Die Kinder lernen, immer „auf der Hut“ zu sein. Innerlich sich in einer ängstlichen „Hab-acht-Stellung“ zu befinden, ruft naturgemäß starke Spannungen hervor, die sich durch Aufmerksamkeitsstörungen zeigen und durch motorische Unruhe abregiert werden können.
- In solchen Ressourcen-schwachen Familien übernimmt nicht selten ein Mädchen eine *Eltern-Ersatzrolle*. Die Übernahme von Verantwortung, und der Verzicht auf eigene

Fürsorge überfordert es naturgemäß. Durch die Sorge um die Eltern entstehen in der Schule sichtbare Aufmerksamkeitsstörungen, die neben der depressiven Bedrücktheit anzeigen, welche Belastungen ein solches Mädchen zu ertragen hat. Nicht selten wird hierbei die Diagnose ADS gestellt – und oft genug auch medikamentös behandelt.

- Psychiatrische Erkrankungen eines oder beider Elternteile können für Kinder und Heranwachsende erhebliche Belastungen darstellen. Einerseits können die Kinder die Erfahrung machen, dass ein Elternteil durch die Krankheit – wie z. B. eine Depression – nicht in der Lage ist, dem Kind Kontakt und Zuwendung anzubieten, weil er oder sie in eigenen Gedanken und Stimmungen „versunken“ ist. Bei psychotischen Symptomen, wie z. B. Wahnvorstellungen, wird das Kind mit extremen Gefühlen von Angst und Misstrauen eines Elternteils konfrontiert. Sie relativieren kann es in der Regel nicht, weil es nicht in der Lage ist, auf „normale“, schützende Erfahrungen zurückgreifen.

Wie diese Ursachen-Hintergründe zeigen, können also mannigfaltige Störungen und Belastungen in den familiären Beziehungen Ängste, depressive Gefühle und damit verbundenen Ablenkungen der Aufmerksamkeit eines Kindes hervorrufen. Und der dadurch entstehende innerpsychische Druck kann sich in der motorischen Unruhe entladen. Entscheidend bei dem psychotherapeutischen und pädagogischen Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten und motorisch unruhigen Kindern ist, ob es gelingt, mit den Kindern und ihren Eltern in Kontakt zu kommen. Kontakt entsteht bekanntlich, wenn das Mitgeteilte verstanden und zurückgemeldet wird. Die Symptomatik bei ADHS lenkt die Aufmerksamkeit der Erwachsenen zunächst auf das äußere Verhalten ab. Dadurch stellt sich für das Kind zusätzlich zu den durch die Symptomatik hervorgerufenen Maßregelungen, Zurückweisungen und Bestrafungen eine *Kontaktstörung* ein. Die Beschäftigung mit beobachtbaren Verhaltensstörungen lenkt die Aufmerksamkeit der Erwachsenen weg von der Kontaktaufnahme mit dem Innenleben des Kindes und auch der Eltern untereinander.

Im Folgenden wird die Geschichte eines hyperaktiven und unkonzentrierten Jungen beschrieben, sowie die psychotherapeutische Behandlung, bestehend aus Kunsttherapie für das Kind und Familientherapie mit Mutter und Kind. Außerdem fanden von Seiten der behandelnden Kinderpsychiaterin Gespräche mit dem überweisenden Kinderarzt und der Klassenlehrerin statt.

### **„Lucas ist in der Klasse nicht mehr tragbar!“**

Die Klassenlehrerin hatte der Mutter dringend empfohlen, mit Lucas – 9 Jahre alt – einen Kinderarzt aufzusuchen, damit dieser ihm Methylphenidat verschreiben könnte. In der Klasse sei er untragbar. Er würde nur herumrennen, den Unterricht stören und auf keine Anweisungen der am Ende ihrer Geduld stehenden Klassenlehrerin hören. Auch sei er in der Klasse sozial völlig isoliert. Die Versetzung in die 4. Klasse sei ernsthaft gefährdet.

Der Kinderarzt war bereit, Psychostimulantien zu verschreiben. Die Mutter hatte aber Bedenken und wünschte eine zusätzliche Untersuchung beim Kinderpsychiater. Daraufhin wurde ein Erstgespräch mit einer niedergelassenen Kinderpsychiaterin vereinbart.

### ***Szenische Präsentation der Familie:***

In der Erstgesprächssituation bei der psychotherapeutisch arbeitenden Kinderpsychiaterin waren nur die Mutter und Lucas anwesend. Der Vater war trotz der Einladung nicht

mitgekommen, weil er von solchen „Gesprächen nichts halten“ würde. Lucas war zunächst total aufgedreht, schoß mit einem großen Ball im Zimmer herum, während die Mutter versuchte, der Ärztin die Probleme mit ihm zu beschreiben. Wenn die Ärztin sich mit einer Frage an Lucas wandte, war dieser jedoch sofort aufmerksam und beteiligte sich am Gespräch.

Bereits in dieser Erstinterview-Szene zeigte sich also, dass der Vater nicht präsent war, und dass Lucas nicht ertragen konnte, sich ausgeschlossen zu fühlen, wenn die Ärztin sich in dieser Dreiersituation mit der Mutter unterhielt. Es wurde somit eine *Trennungsangst* deutlich, die sich aber verflüchtigte, sobald die Ärztin den direkten Kontakt mit Lucas aufnahm.

### **Vorgeschichte:**

**Die** Mutter berichtete, dass Lucas unter ganz schwierigen Umständen auf die Welt gekommen sei. Sie war damals die Geliebte eines verheirateten Mannes, der in seiner Ehe schon ein Kind hatte. Als dann Lucas' Mutter schwanger wurde, erfuhr sie, dass ungefähr zur selben Zeit die damalige Noch-Ehefrau von Lucas' Vater auch von ihm geschwängert worden war. Lucas Mutter war nun völlig im Unklaren, zu wem der Mann halten würde, denn dieser konnte sich zwischen den beiden Frauen nicht entscheiden. Diese Situation wurde erst beendet, als die Ehefrau von der Nebenbeziehung ihres Mannes und der daraus resultierenden Schwangerschaft seiner Geliebten erfuhr: sie setzte ihn kurzerhand vor die Tür.

Lucas' Vater konnte sich immer noch nicht entscheiden, mit seiner schwangeren Geliebten – also Lucas Mutter – zusammenzuziehen, sondern zog in eine eigene Wohnung. So kam Lucas in einer Situation auf die Welt, in der seine Mutter durch die Unklarheit darüber, ob der Kindsvater zu ihr halten würde, völlig verunsichert, ängstlich und depressiv war.

In den ersten 6 Monaten war Lucas ein „Schreikind“, das nachts sehr wenig schlief und die Mutter ständig in Anspruch nahm. Sie deutete sein Schreien als einen Beweis für ihre eigene Unzulänglichkeit und versuchte, diese durch Allgegenwärtigkeit zu kompensieren. Die ängstliche Sorge, ihm könnte etwas fehlen, habe sie damals nicht mit ihrer eigenen Situation, nämlich dem Fehlen des Vaters, in Verbindung bringen können.

Lucas entwickelte sich etwas langsam. Als er 13 Monate alt war, kam sein jüngerer Bruder auf die Welt, und die Eltern zogen nun zusammen. Allerdings blieb die Beziehung zum Vater sehr „dünn“, auch weil dieser in seinem Beruf als Fahrschullehrer viel unterwegs war. So blieb die enge Beziehung zur Mutter ungebrochen aufrechterhalten, über die er außerdem wie ein Pascha dominierte. Sie musste z. B. stets neben ihm sitzen, wenn er Hausaufgaben machte. Ansonsten hing er die meiste Zeit passiv vor dem Fernseher, hatte keine Freunde und ging kaum aus dem Haus. Mit seinem jüngerem Bruder rivalisierte er sehr um die Aufmerksamkeit der Mutter.

Da ein Psychotherapieplatz bei der Ärztin erst sieben Monate später frei werden würde – so sieht die Versorgungssituation in diesem Bereich leider meistens aus – wurde vereinbart, dass Lucas an einer gerade gestarteten Kunsttherapie-Gruppe mit drei anderen Kindern teilnehmen konnte, und alle drei Wochen Familiengespräche bei der Ärztin stattfinden sollten.

Kaum hatte die vereinbarte Behandlung angefangen, meldete sich die Klassenlehrerin wieder bei der Mutter und berichtete über die unhaltbare Situation in der Schule. Sie drängte darauf, dass Lucas nun unbedingt Psychostimulantien bekommen müsste. Sonst würde er womöglich in einer Schule für Verhaltensgestörte landen. Zögernd ließ sich die Mutter darauf ein, in den zwei Monaten bis zu den Sommerferien ihrem Sohn probeweise

Methylphenidat zu geben. Und tatsächlich wurde Lucas durch das Medikament ruhiger, konnte in der Schule besser mitarbeiten und störte kaum noch. Aber die Mutter erlebte ihn als sehr verändert: „wie abwesend, ohne Gefühlsregungen, abgestumpft“, und sie machte sich deswegen Sorgen.

### ***Behandlung in der kinderpsychiatrischen Praxis:***

In der Kunsttherapiegruppe zeigte Lucas zunächst das von der Schule beschriebene Verhalten: er rannte umher, konnte sich auf nichts konzentrieren und störte die anderen Kinder. Nach einigen Wochen entschied er sich, mit „harten Materialien“ wie Holz und Mineralien werkeln zu wollen, mit denen er bald sehr konzentriert und erfolgreich arbeitete. Die parallel verlaufenden Familiengespräche fanden nur mit Mutter und Lucas statt, weil sich der Vater weiterhin weigerte mitzukommen. Die Ärztin versuchte, die Abwesenheit des Vaters dadurch teilweise auszugleichen, dass sie ihn quasi symbolisch in den Raum holte, indem sie die Mutter häufig danach fragte, was der Vater zu diesem und jenem wohl sagen würde, wenn es um Probleme mit Lucas ging. Und sie fragte, ob die Mutter dem Vater von den Gesprächen berichten würde. Es wurde bald deutlich, dass sich der Vater daheim sehr wohl für diese Themen interessierte. Immer öfter saßen die Eltern abends nach dem Einschlafen der Kinder zusammen und redeten über sie und auch über ihre Paarbeziehung. Zunehmend konnte der Vater so zumindest indirekt in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Zur gleichen Zeit schaffte es Lucas, den Vater für seine Arbeiten mit Holz zu interessieren, denn es stellte sich heraus, dass dies auch ein Hobby des Vaters war. So kam es immer häufiger vor, dass Vater und Sohn am Wochenende gemeinsam in der Keller-Werkstatt bastelten.

Nach den Sommerferien fiel Lucas ohne Methylphenidat – die Mutter hatte entschieden, es abzusetzen – in sein früheres unruhiges Verhalten zurück. Die Klassenlehrerin drängte auf die Wiederaufnahme der Medikamentengabe. Aber diesmal stellte sich die Mutter stur und widerstand dem Druck der Schule. Erst nach den Weihnachtsferien kam es auch in der Schule zu einer Wende im Verhalten des Jungen: er wurde zunehmend ruhiger, konnte länger still sitzen und sich konzentrieren. Im Frühjahr war es dann so weit, dass er für die Übernahme in die Gesamtschule vorgeschlagen wurde.

### ***Die „Sternstunde“:***

Beispielhaft für die Arbeit mit Lucas und seiner Mutter in der Familientherapie war eine Stunde im Monat Mai, in der Lucas Papiersterne auf einen großen Ball klebte. Die Therapeutin und die Mutter wunderten sich über den Zeitpunkt für diese Aktion, bis gemeinsam erarbeitet wurde, dass Lucas ja zwei Tage vor Weihnachten geboren wurde, zu einem Zeitpunkt also, zu dem die Sternen-Symbolik allgegenwärtig war. Nun begann die Mutter erstmalig, über die genaueren Umstände um die Geburt von Lucas ausführlich zu berichten. Sie musste dabei sehr oft weinen, als sie sich an die für sie und Lucas so schwierige Zeit erinnerte. Sie konnte nachvollziehen, wie sehr ihre damaligen Schuldgefühle der Ehefrau und den Kindern ihres Geliebten gegenüber dazu geführt hatten, dass sie an Lucas etwas wiedergutmachen wollte. Deswegen konnte sie ihm keine Grenzen setzen, ihm keinen Wunsch abschlagen. In ihrer damaligen Depression habe sie sich vielmehr selber sehr an Lucas geklammert, habe in der Beziehung zu ihrem Sohn Trost gesucht. Dem Mann gegenüber habe sie keine Forderungen stellen können, denn sie hatte das Gefühl, kein „Recht“ auf ihn zu haben, der doch eigentlich einer anderen Frau gehörte. Lucas war in dieser Gesprächs-Situation sehr aufmerksam und fragte viel nach. Zu Beginn der Sommerferien wurde die Behandlung beendet. Bei einem Nachgespräch 8

Monate später erzählte die Mutter, dass Lucas nun in der 5. Klasse der Gesamtschule erfolgreich sei, wo er auch Freunde gefunden habe. Der Kontakt zum Vater sei weiterhin sehr gut, und die Hausaufgaben könne er nun alleine erledigen.

### **Zusammenfassende Beurteilung:**

Die unangemessen innige, geradezu symbiotische Beziehung zwischen ihm und seiner Mutter resultierte aus der für alle Beteiligten belastenden Situation während der Schwangerschaft und bei der Geburt von Lucas. Durch die Schwierigkeit des Vaters, sich für die neue Familie zu entscheiden, die wegen der Schuldgefühle seiner Ehefrau und seinen ehelichen Kindern gegenüber nachvollziehbar sind, blieb er auch dann noch randständig, als er zu seiner neuen Familie zog. Dies trug dazu bei, dass die enge, anklammernde Beziehung zwischen der Mutter und Lucas nicht aufgelöst werden konnte. Da die Beziehung zwischen den Eltern auch sehr distanziert blieb, wuchs Lucas in eine Art Partnerersatz-Rolle für die Mutter hinein, die er meinte herumkommandieren und beherrschen zu können. Ganz so, wie er sich auch von der Lehrerin nichts sagen ließ.

Andererseits war er z. B. bei den Hausaufgaben auf die Mutter angewiesen wie ein Kleinkind. Nicht verwunderlich also, dass er in der Schule ohne die Nähe zur Mutter keine Leistungen zustande bringen konnte. Dort wurde er bei normalen schulischen Anforderungen immer neu mit seiner Unselbständigkeit und Unzulänglichkeit konfrontiert. Die dadurch ausgelösten Versagensängste und die damit verbundenen inneren Spannungen wurden durch ruheloses Herumrennen abgeführt. Auf die gestellten Aufgaben sich einzulassen, hätte bedeutet, einsehen zu müssen, dass er vieles noch nicht schafft, eine allzu große Kränkung für jemanden, der an einer Art Prinzen-Rolle bei der Mutter gewohnt ist. Erst gar nichts anzufangen, also die Verweigerung, ist dann eine Möglichkeit, dem eigenem Versagen auszuweichen.

Sich zu Hause vor dem Fernseher zu langweilen, lässt sich verstehen, als ein Kompromiss: er bleibt in der Nähe der Mutter, und er hält den Kontakt zur Außenwelt zumindest über den Bildschirm aufrecht. Die Langeweile resultiert daraus, dass er in dieser Ambivalenz „gefangen“ bleibt und somit nicht wie andere Kinder Interessen außerhalb der Familie nachgehen kann.

### **Was war in der Therapie wirksam?**

Die Kunsttherapie-Gruppe stellte für Lucas eine überschaubare Kleingruppen-Situation dar, in der nicht schulische Lernanforderungen erwartet wurden, die bei ihm sofort Versagensängste ausgelöst hätten. Vielmehr konnte er selber die handwerkliche Arbeit mit „harten Materialien“ auswählen, und damit auch schnell Erfolge erzielen, die sein Selbstwertgefühl stärkten. Nicht zufällig wählte er typisch „männliche“ Arbeitsmaterialien, die auch auf das Interesse des Vaters abgestimmt waren. So gelang es ihm, über seine neuen Fertigkeiten einen Kontakt zum Vater herzustellen und nach und nach mit ihm zusammen eine befriedigende Beziehung aufzubauen.

In den begleitenden Familiengesprächen stellte die Dreier-Situation Ärztin-Mutter-Kind eine Art Übungsplatz für Lucas dar, auf dem er nach anfänglichen Schwierigkeiten in der Erstuntersuchungs-Situation – wo er förmlich ausgerastet war – allmählich erfahren konnte, wie sehr es auch *ihn* entlastete, wenn die Mutter mit der Ärztin eine Beziehung einging, in der über ihre Probleme geredet werden konnte. Erst die Verantwortung für die unglückliche und unzufriedene Mutter abgeben zu können, erlaubte es ihm, eine eigenständige Entwicklung einzuleiten und den Kontakt zum Vater zu initiieren.

Nicht weniger wichtig war es, den in den Familiengesprächen real abwesenden Vater immer wieder *symbolisch* in den Therapieraum hereinzuholen. Durch das betonte Interesse der

Ärztin an den Äußerungen und Ansichten des abwesenden Vaters war dieser doch „mit im Raum“. Dadurch wurde auch der Kontakt zwischen den Eltern zu Hause intensiviert, gerade auch als Paar. Dies trug nicht nur dazu bei, dass der Vater mehr Verständnis und Interesse für seinen Sohn entwickelte. Vielmehr wurde Lucas auch in seiner Partnerersatz-Rolle bei der Mutter entlastet, weil die Eltern sich nun mehr austauschten und ihre Beziehung sich dadurch besserte.

Dass diese Entwicklung überhaupt möglich wurde, war nicht zuletzt der Mutter zu verdanken. Sie hatte sich nicht mit dem Vorschlag zufrieden gegeben, die Verhaltensstörung ihres Kindes mit Psychostimulantien zu dämpfen. Ihre Entschlossenheit dem Kinderarzt und der Klassenlehrerin gegenüber stellte *die* Voraussetzung für den eingeschlagenen psychotherapeutischen Weg dar. Durch dieses Verhalten der Mutter wurde nicht nur die Auflösung der Verhaltensstörung möglich, sondern eine entscheidende *Veränderung der Beziehungen*, durch die die Störung von Lucas ausgelöst und aufrechterhalten wurde. Und zwar Beziehungen, die vom Anfang an so belastet gewesen waren durch die allseits vorhandenen Schuldgefühle aller Beteiligten.

Auch die manchmal an ihre Grenzen geratene Lehrerin, die letztlich doch die schwierige Unterrichtssituation mit Lucas durchgestanden hatte, trug entscheidend zu der erfolgreichen Veränderung bei ihm bei. Durch ihre Geduld und ihren guten Kontakt zu der Mutter konnte Lucas in der Regelschule gehalten und gefördert werden.

#### **Die Therapie-Effektivitäts-Studie:**

In einer mit dem „Förderpreis der Stiftung für Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ 2005 ausgezeichneten Studie (Sant'Unione, Wildermuth 2007) ist eine Nachuntersuchung von 93 Kindern mindestens 6 Monate nach abgeschlossener Behandlung mit mindesten 10 Sitzungen nach dem hier beschriebenen *bedürfnisorientierten Modell* dargestellt. Es stellte sich heraus, dass nur bei *einem* Kind, während einer Trennungs-Krise der Eltern, *vorübergehend* auf eine Psychostimulantien-Therapie zurückgegriffen werden musste.

Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe der sog. ADHS-Kinder stellen in der Regel nur die sichtbare „Spitze des Eisberges“ dar. Hinter den Verhaltensauffälligkeiten sind meistens Ängste, Depressionen und Selbstzweifel verborgen, die gerade Jungen sich nicht gerne eingestehen. Dies erklärt wohl auch, warum so viel mehr Jungen als Mädchen an dieser Störung leiden.

Es ist auch deutlich geworden, wie schwer es für Eltern, aber auch für Lehrer und Behandler ist, zu verstehen, was diese Kinder wirklich zum Ausdruck bringen möchten. So entsteht eine schwerwiegende, spiralenförmig sich immer weiter fortsetzende Kontaktstörung zwischen dem Kind und seiner Umgebung. Kontakt kann aber erst dann entstehen, wenn das Kind, das über sein *Verhalten* versucht, etwas von seiner inneren Befindlichkeit auszudrücken, spürt, dass die Erwachsenen auch mithelfen möchten, das zunächst dem Kind selber Unverstehbare durch *Worte* verstehbar zu machen.

Der emeritierte Lehrstuhlinhaber für Geschichte der Medizin Seidler (2004) schließt seine Arbeit „Von der Unart zur Krankheit“ mit folgender Frage:

*„Ist es sinnvoll bei einer solchen Vielzahl von Verhaltensweisen überhaupt nach einer einheitlichen Ursache zu suchen? Sagt dieser Streit nicht ebenso etwas aus über die Handlungszwänge der heutigen Medizin, über die Nöte heutiger Eltern, über die gewachsenen Leistungsanforderungen der Gesellschaft? Die Natur des Kindes ist offen in alle Richtungen. Um ihr gerecht zu werden, müssen diese Fragen immer neu gestellt werden“ (S. 203).*

Literatur:

Hjern, A. et al. (2010): Social adversity predicts ADHD-medication in school-children - a national cohort study. *Acta paediatrica*. 99: 920-924

Homburger, A. (1926): Monographie *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*

Neraal, T., Wildermuth, M. (2011): ADHS Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Psychosozial-Verlag, Gießen

Sant'Unione, A. M., Wildermuth, M. (2007): Zur Therapie des hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 17. Jahrgang, Heft 2 und 3

Seidler, E. (2004): „Zappelphilipp“ und ADHS. Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt* 5, 101. Jg., 199-203

Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse* 2: 203-230