

Welche Ursachen hat „Hyperaktivität“,  
welche Maßnahmen können helfen?

Prof. Dr. Ruppert, Katholische Stiftungsfachhochschule München<sup>1</sup>

Inhalt

1	<a href="#">„Unruhig und kaum kontrollierbar“</a>	1
2	<a href="#">Diagnostische Kriterien</a>	2
3	<a href="#">Theorien zur Entstehung der Symptome</a>	5
3.1	<a href="#">Erklärungsvielfalt</a>	5
3.2	<a href="#">Medizinisch-naturwissenschaftliche Erklärungsansätze</a>	6
3.3	<a href="#">Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze</a>	8
3.3.1	<a href="#">Lerntheoretische Erklärungen</a>	8
3.3.2	<a href="#">Diathese-Streß-Theorie</a>	9
3.3.3	<a href="#">Kognitive Verarbeitungsstörung</a>	9
3.3.4	<a href="#">Hyperaktivität als Sekundärneurose</a>	10
3.3.5	<a href="#">Systemische/familiendynamische Erklärungsversuche</a>	10
3.3.6	<a href="#">Hyperaktivität aus Sicht einer mehrgenerationalen systemischen Psychotraumatologie</a>	12
3.4	<a href="#">Hyperaktivität und Trotzverhalten</a>	19
3.5	<a href="#">Hyperaktivität und soziale Ausgrenzung</a>	19
4	<a href="#">Medizinische, verhaltenspsychologische und familiensystemische Maßnahmen</a>	21

"ob der Philipp heute still  
wohl bei Tische sitzen will?  
Er gaukelt und schaukelt  
Er trappelt und zappelt  
auf dem Stuhle hin und her."

(Heinrich Hoffmann, "Der Struwwelpeter")

## 1 „Unruhig und kaum kontrollierbar“

Als „Nervensäge“ von Geburt an bezeichnet eine 35jährige Mutter ihr Kind, auf das sie sich nach Abschluss ihres Jurastudiums sehr gefreut hatte:

„Als wäre er angetrieben von einem permanent auf höchsten Touren laufenden Motor, turnte er auf den Möbeln herum, balancierte auf Fensterbänken, fegte Akten vom Schreibtisch, riss alles aus Schubladen und Schränken, nur um es sofort wieder liegen zu lassen. Im Handumdrehen konnte er buchstäblich die ganze Wohnung verwüsten. Es war unmöglich, ihn zu bremsen oder seine Aktivitäten in sinnvolle Bahnen zu lenken. Nie saß er, wie andere Kinder, ruhig da, in ein Spiel versunken. Auch nicht für ein Viertelstündchen. Den Turm aus Bauklötzen ließ er mich bauen, stieß ihn mit einer Handbewegung um, und der Fall war für ihn erledigt. Wollte ich ihm etwas vorlesen oder Bilderbücher zeigen, rutschte er mir schon nach Augenblicken ungeduldig wieder vom Schoß.“ (in Grissemann, 1986)

Auch die Eltern der zweijährigen Rebekka berichten von ähnlichen Problemen und erhoffen sich bei einem Kinderarzt Hilfe:

<sup>1</sup> Stand November 2006

"Rebekka ist bei uns zu Hause überall und nirgends. Alles muss sie haben, stets schaltet sie Geräte ein und aus. Sie hört es gar nicht, wenn man es ihr verbietet. Sie hört überhaupt nicht, auch dann nicht, wenn wir sie rufen. Das macht besondere Schwierigkeiten im Mini-Club. Abstoßend wild ist sie dort, rechthaberisch und wild. Unser Kinderarzt sagt, Rebekka hat diese Hyperaktivität. Er dachte zunächst auch an eine Kuhmilch-Unverträglichkeit, die er dann aber aufgrund seiner Untersuchungen ausgeschlossen hat."

Kinder mit Problemverhalten für ihre Umwelt gab es schon immer. In Heinrich Hoffmanns bekanntem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ werden solche Kinder porträtiert, deren Verhaltensweisen ihren Eltern Kummer und Sorgen bereiten und sie hilflos machen: Der Struwwelpeter mit seiner Abneigung gegen Körperpflege; der böse Friedrich, der hinterhältig und aggressiv ist; der Hans Guck-in-die-Luft, der unachtsam ist und sich von allem Möglichen ablenken läßt; der Suppenkasper, der nicht essen mag; das Paulinchen, das leidenschaftlich zündelt; der Daumenlutscher, der sich stereotyp nur mit sich selbst beschäftigt. Vermutlich hat Heinrich Hoffmann also Kinder beschrieben, die man heute als „hyperaktiv“ oder „aufmerksamkeitsgestört“ bezeichnen würde.

Woher kommen die Verhaltensweisen dieser Kinder? Lassen sie sich zu einem einheitlichen diagnostischen Bild zusammenfassen? Wo sind die Ursachen zu suchen – im Gehirn der Kinder, in den Verhaltensweisen der Eltern, eventuell sogar im gesamten Familiensystem? Und schließlich: Auch wenn wir heute überzeugt sind, dass solchen Kindern und ihren Eltern die Ermahnungen, drastischen Strafen und der Blick auf das schlimme Ende nicht weiterhelfen, den die „schwarze Pädagogik“ des vorletzten Jahrhunderts als Ausweg empfahl – was hilft dann?

## 2 Diagnostische Kriterien

Unterschiedliche Bezeichnungen.- Zur Bezeichnung der oben beschriebenen Verhaltensweisen werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet:

- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADS bzw. englisch ADD),
- hyperkinetische Störung,
- Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD),
- "minimal brain damage" (MBD),
- leichte frühkindliche Hirnschädigung,
- leichtes frühkindliches psychoorganisches Syndrom (POS),
- Teilleistungsschwäche bzw. -störung,
- neurogene Lernschwäche,
- unruhige Kinder.

Wie an diesen Begriffen unschwer zu erkennen, wird mit manchen Bezeichnungen mehr auf eine organische Ursache, mit anderen eher auf eine psychische Verursachung hingewiesen. Es werden in den unterschiedlichen Begrifflichkeiten auch verschiedene Symptombereiche fokussiert: Motorik, Konzentration, Lernen oder diszipliniertes und angepasstes Verhalten.

Normales oder abweichendes Verhalten?- Für eine Erstellung einer Krankheitsdiagnose ist zunächst zu klären, ob das Verhalten eines Kindes tatsächlich aus dem Bereich der altersgemäßen Entwicklung herausfällt. Ob das Kind vielleicht nicht nur auf eine Umwelt trifft, die sein an sich normales kindliches Verhalten nicht tolerieren kann. Berufsgestresste Eltern, beengte Wohnverhältnisse, disziplinarische Anforderungen in großen Schulklassen setzen enge Grenzen für die Spontaneität kindlichen Verhaltens. Zu fragen ist auch: Ist das häusliche Umfeld, in dem das Kind aufwächst, so unstrukturiert und chaotisch, dass das Kind Schwierigkeiten hat, Konzentration und zielgerichtetes Verhalten zu zeigen (z.B. weil in dem Zimmer, in dem das Kind seine

Schulaufgaben machen soll, beständig der Fernseher läuft)? Auch das Erziehungsverhalten der Eltern ist bei einer sorgfältigen Diagnoseerstellung genauer zu betrachten. Inwiefern fördert es das symptomatische Verhalten?

Eine Kindergärtnerin beklagt sich über Markus (4 Jahre): "Er ist überhaupt nicht steuerbar. Er kann in keine Beschäftigung eintauchen, keine richtig zu Ende führen, im Stuhlkreis kaspert er, läuft herum, wenn ich den Kindern Geschichten erzähle. Überall, wo er ist, entsteht Unruhe und Chaos." Bei einem psychologischen Test zeigte sich: Markus mangelt es nicht an Intelligenz und Konzentrationsfähigkeit. Während die Psychologin dann mit den Eltern spricht, macht Markus mit den Bauklötzen einen ohrenbetäubenden Lärm. Auf die Ermahnungen seiner Eltern reagiert er nicht. Die Fortsetzung des Gesprächs mit den Eltern gelingt der Psychologin erst dann, als die Mutter Markus den zur Untersuchung mitgebrachten Vorrat an Keksen und Safttüten zur Verfügung stellt.

Diagnosen.- Im aktuellen internationalen Klassifikationsschema für psychische Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem ICD 10 (Dilling, Mombour und Schmidt, 1993) ist nur von einem "hyperkinetischen Syndrom" die Rede. Dem Begriff Aufmerksamkeitsstörung begegnet man dort noch mit Vorsicht:

"In den letzten Jahren wurde der diagnostische Begriff 'Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit' ... für diese Syndrome empfohlen. Dieser Terminus wurde hier nicht verwendet, da er die Kenntnis psychologischer Prozesse impliziert, die noch nicht verfügbar sind, und den Einschluss verängstigter oder verträumter, unbeteiligter Kinder nahe legt, die wahrscheinlich andere Schwierigkeiten aufweisen. Gleichwohl ist unter Verhaltensgesichtspunkten klar, dass Aufmerksamkeitsprobleme ein zentrales Merkmal der hyperkinetischen Syndrome sind" (a.a.O., S. 293)

In der aktuellen 4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV) (Saß, Wittchen & Zaudig 1998), wird hingegen eine enge Verbindung zwischen hyperaktiven Verhaltensweisen und einer Aufmerksamkeitsstörung vermutet und deshalb die Diagnose "Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung" bei einem Kind oder Jugendlichen als angemessen betrachtet, wenn die in Kasten 1 dargestellten Kriterien erfüllt sind.

Kasten 1: DSM-IV Diagnosekriterien einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung:

Die Anzeichen der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung treten in unterschiedlichem Ausmaß in den meisten Lebensbereichen auf: zu Hause, in der Schule, bei Arbeiten, in sozialen Situationen. Sechs oder mehr der folgenden Symptome für Unaufmerksamkeit bzw. Hyperaktivität und Impulsivität müssen in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen und in den letzten sechs Monaten beobachtbar gewesen sein.

#### Unaufmerksamkeit

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten),
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,

- vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben und Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- lässt sich oft durch äußere Reize oft ablenken,
- ist bei Alltagstätigkeiten vergesslich;

#### Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf,
- läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- ist häufig auf „Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie getrieben,
- redet häufig übermäßig viel;

#### Impulsivität

- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist,
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Demnach kann entweder eine Aufmerksamkeits- oder Hyperaktivitätsstörung isoliert oder gepaart auftreten.

Eine Lehrerin beklagt sich über Ingo (6 Jahre):

"Ingo kann sich nichts vom Unterricht holen, er kann einfach seine Intelligenz nicht für das Lernen nutzen, weil er nicht zuhören und still sein kann. Selbst bei den spannendsten Geschichten rutscht er spätestens nach fünf Minuten vom Stuhl herunter, um im Klassenzimmer herumzugehen, zu hüpfen, mit Sachen zu spielen. Auf Anruf reagiert er nicht. Wenn ich ihn erreichen will, muss ich zu ihm gehen und ihn berühren. Tadel erträgt er überhaupt nicht. Dann fängt er an zu weinen wie ein Kleinkind und versteckt sich unter der Schulbank. Meist ist er aufgedreht, nervös und stimmungslabil."

Ist Ingo nach den DSM-Kriterien also "aufmerksamkeitsgestört und/oder hyperaktiv?"

Vorkommen.- Nach übereinstimmender Meinung aller Experten beginnt die Störung mindestens vor dem 7. Lebensjahr. Nach Davison & Neale (1979) sind 2-3% der Mädchen und 8-9% der Jungen in der Grundschule als "hyperaktiv" zu diagnostizieren. Nach Blocke (1984) sind 4-10% der Kinder von 2-15 Jahren "aufmerksamkeitsgestört". Im DSM IV wird die Auftretenswahrscheinlichkeit („Prävalenz“) der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Schulkindern auf 3-5% geschätzt. In Sondereinrichtungen (HPT, Sonderschulklassen) sollen teilweise bis zu 50% der Kinder in diesem Sinne verhaltensauffällig sein (Lauth & Schlottke, 1993). Bei klinischen Stichproben kommt „Hyperaktivität“ 6 - 9mal häufiger bei Jungen als bei Mädchen vor, bei nichtklinischen etwa dreimal häufiger.

Bei Kindern im Vorschulalter zeigt sich die Störung vor allem darin, dass sie "immer auf Achse" sind (übermäßiges Herumrennen und Klettern). Ältere Kinder und Heranwachsende zeigen eher übermäßiges Herumzappeln und Rastlosigkeit. Bei Adoleszenten besteht das Problemverhalten in einer gesteigerten Impulsivität bei sozialen Aktivitäten (z.B. etwas unternehmen, was für den Moment unterhaltsam ist, statt die Hausaufgaben zu erledigen). Die schulischen Leistungen sind bei Kindern mit dieser Symptomatik meist unterdurchschnittlich.

Meist zeigen sich die Symptome während der gesamten Kindheit hindurch, etwa ein Drittel der Kinder zeigt auch später im Erwachsenenalter noch Anzeichen der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Als Nebenmerkmale treten auf:

- niedriges Selbstwertgefühl,
- übermäßige Stimmungsschwankungen,
- niedrige Frustrationstoleranz,
- Wutausbrüche.

Die Vermutung, das Problem Hyperaktivität „wachse sich“ bis zur Pubertät aus, scheint nach neueren Erkenntnissen nicht zuzutreffen: „Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration bleiben im Erwachsenenalter bestehen. Aus Hyperaktivität wird jetzt Inaktivität, gepaart mit Nervosität. Weiter bestehen Stimmungsschwankungen, ausgeprägte psychische Labilität und Impulsivität (geschäftlich, finanziell, privat), die zu unüberlegten Entscheidungen führt, zu Ungeduld und Jähzorn und leider oft zur Unfähigkeit, sich und das Leben zu organisieren.“ (Skrodzki, 1996)

Calatin (1992) stellt dem "hyperkinetischen Syndrom" die Hypoaktivität, d.h. Unteraktivität gegenüber. Diese würde leicht übersehen, weil diese Kinder weniger auffallen und stören. Sie hätten jedoch Störungen in der Denkfunktion und der Konzentrationsfähigkeit mit den hyperaktiven Kindern gemeinsam.

Nach Döpfner, Schürmann und Fröhlich (1998, S. 6 f.) sollte man bei der Diagnostik wie folgt differenzieren:

- altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern,
- hyperkinetische Symptome bei schulischer Überforderung,
- hyperkinetische Symptome bei schulischer Unterforderung,
- hyperkinetische Symptome bei Intelligenzminderung,
- hyperkinetische Symptome als Folgen chaotischer psychosozialer Bedingungen,
- oppositionelle Verhaltensweisen,
- psychomotorische Erregung und Konzentrationsstörung bei affektiven Störungen und Angststörungen.

### 3 Theorien zur Entstehung der Symptome

#### 3.1 Erklärungsvielfalt

Das Phänomen Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsstörung ist ein Paradebeispiel für die unterschiedlichen und stark divergierenden Sichtweisen, welche die naturwissenschaftlich orientierte Medizin und die sozialwissenschaftlichen Fächer (Psychologie, Pädagogik, Soziale Arbeit) an Entwicklungsprobleme von Kindern herantragen. Während die Medizin entsprechend ihrem Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten als Krankheiten nach inneren, organischen Ursachen sucht, richten Psychologie und Pädagogik ihr Augenmerk auf die äußeren Einflüssen in der Umwelt des Kindes, die es möglicherweise unruhig werden lassen.

Wie es scheint, haben beide Sichtweisen ihre Berechtigung, folgt man etwa den Beobachtungen von Prekop und Schweitzer (1993): "Bei 20% unserer Kinder wurde die Unruhe bei der Geburt beobachtet, und einzelne Mütter berichteten davon, dass das Kind schon vor der Geburt unruhiger war als seine Geschwister. Bei 6,4% entstand die Unruhe im Laufe der aller ersten Lebensmonate. Alle übrigen Kinder waren bis zum 9. Monat ruhig und pflegeleicht. Erst ab dem Alter zwischen 9 und 18 Monaten war ihre Unruhe aufgefallen, die weit über den kindlichen Bewegungstrieb hinausging." (S.25)

Hyperaktivität bei Kindern ist also vermutlich weder alleine die Folge von Erziehungsfehlern bei Eltern und Lehrern, noch kann sie alleine auf angeborene, organische Ursachen reduziert werden. Die derzeit gängigen Erklärungen sollen im folgenden kurz dargestellt werden.

### 3.2 Medizinisch-naturwissenschaftliche Erklärungsansätze

Genetische Defekte:

Aus Untersuchungen, die zeigen, dass 20% hyperaktiver Kinder hyperaktive Eltern oder hyperaktive nahe Verwandte haben, dies aber nur für 5% der Kinder in einer Kontrollgruppe zutrifft, wird auf eine erbliche Prädisposition für diese Störung geschlossen (Neuhaus, 1999).

Die Suche nach konkreten Genen, welche Hyperaktivität verursachen, ist bislang nicht erfolgreich. Im Grunde können aus dem Vergleich von Gensequenzen von Gruppen mit dem ADHS-Syndrom und Vergleichsgruppen ohne ADHS-Diagnose auch nur Korrelationen berechnet werden. Korrelationen sagen jedoch über Ursache-Folgen-Beziehungen nichts aus, sondern nur, dass verschiedene Merkmale mit einer gewissen Häufigkeit gleichzeitig auftreten. Über den Grund, warum Merkmal A (z.B. ADHS-Syndrom) und Merkmal B ((z.B. ein bestimmtes Gen) gleichzeitig bei einer Untersuchungseinheit (z.B. einem Kind) vorhanden sind, kann durch Korrelationsstudien nichts ausgesagt werden. Entsprechend unklar sind auch die Aussagen, die Vertreter der Genetheorie machen. Sie sprechen z.B. von einer „Assoziation“ von Genen und ADHS-Syndrom, eine jener Argumentationskategorien die logisch nicht zwischen Grund, Bedingung und Folge unterscheidet (vgl. dazu meine Skriptum „Wissenschaft ist das, was Wissen schafft.“): „Die Mehrzahl der Studien zum DAT1-Gen zeigten eine Assoziation des 10-Repeat-Allels mit ADHS, die meisten der Studien zum DRD4-Gen eine Assoziation des 7-Repeat-Allels mit ADHS. Dabei ist aber zu bedenken, dass das 10-Repeat-Alleil beim DAT1-Gen auch in der Normalbevölkerung mit dem höchsten Prozentsatz vertreten ist, das 7-Repeat-Allel des DRD4-Gens liegt dagegen generell in allen Gruppen nur mit relativ niedrigen Werten vor (bei den Kontrollgruppen 11,5-23,6%, bei ADHS-Patienten 22-35%). Die Beziehung zwischen den Auffälligkeiten an den beiden untersuchten Allelen und der Manifestation einer ADHS sind nicht streng. So hatten in der Studie von LaHoste et. al. (1996) die Hälfte der diagnostizierten Patienten mit ADHS nicht das 7-Repeat-Allel und etwa 20% der Kontrollgruppe wies mindestens ein 7-Repeat-Allel auf.“ (Krause und Krause, 2003, S. 23)

Obwohl aus diesen Zitat hervorgeht, dass es keineswegs nachgewiesen ist, dass die untersuchten Gene die Ursache von ADHS sind, wird dennoch so getan, als sei die Genhypothese bereits ein fester Theoriebestandteil zur Erklärung von ADHS und es wird auf dieser Basis munter darauf spekuliert, was alles im Gehirn so „sein könnte“, damit am Ende das herauskommt, worauf man sich von Anfang an bereits festgelegt hat: Hyperaktivität ist ein durch Gendefekte hervorgerufenen Dopamindefizit im Gehirn: „Es ist nach Swanson et. al. (2001) durchaus möglich, dass die beobachteten genetischen Auffälligkeiten – ebenfalls einer dieser logischen Unsinnskategorien/Anm. F.R. – bei der ADHS zu dem postulierten Dopamindefizit führen. So könnte das das 7-Repeat-Allel des DRD4-Gens einen „subsensitiven Dopaminrezeptor produzieren, das 10-

Repeat-Allel des DAT1-Gens einen abnorm effizienten DAT. Dies könnte zu einer Dopaminverminderung führen, sowohl im mesokortikolimbischen System, das vor allem im Frontalhirn viele Dopamin-D4-Rezeptoren aufweist, als auch im nigrostriatalen System.“ (Krause und Krause, a.a.O., S. 23)

Erworbene Gehirnschädigungen:

Medizinische Erklärungsversuche gehen hier von Minimalen Cerebralen Dysfunktionen (MCD) aus. Dabei nimmt man an, dass das Aktivitätsniveau des Gehirns schon während des Säuglingsalters abnorm ist: entweder überaktiv oder zu passiv. Die vermuteten Hirnschäden könnten prä-, peri- oder postnatal erworben worden sein: durch schwierige Schwangerschaft, Sauerstoffmangel während der Geburt, Enzephalitis, Schädelverletzungen, Ohnmachtsanfälle, Umweltgifte (z.B. Bleivergiftung), Drogen, Ernährungsstörungen, Allergien. Die vermuteten cerebralen Dysfunktionen sind aber im EEG in der Regel nicht feststellbar (Facaoaru, 1998).

Theorie der Untererregung:

Weil das Noradrenalinsystem im Hypothalamus nach dieser Theorie zu schwach sei, diene dem Kind sein hyperaktives Verhalten zur Stimulation seines "trägen Nervensystems". Die Kinder verschlingen demnach optische, akustische und taktile Informationen, um ihren Reizhunger zu stillen und nicht etwa, um ihr Handeln danach auszurichten. Durch aufputschende Lebensmittel (z.B. Kaffee) oder Psychostimulantien wie Ritalin werden sie paradoxerweise eher beruhigt.

Theorie der Übererregung:

Amphetamine wie das Medikament Ritalin setzen im Gehirn verstärkt den Neurotransmitter Dopamin frei. Dadurch kommt es zu einer Erhöhung des Aktivitätsniveaus. „Pharmakologisch betrachtet sind Psychostimulantien zentral erregende Substanzen. Auf das menschliche Verhalten wirken sie weniger im Sinne einer Stimulation, vielmehr führen sie zu einer Veränderung von Wahrnehmung und Erleben. Signale der psychophysischen Regulation, wie Müdigkeit und Erschöpfung, werden nicht mehr wahrgenommen, körperliche Leistungsreserven lassen sich voll ausschöpfen, sogar über die Belastungsgrenze hinaus. ... Das Denken wird beschleunigt, die Initiative erhöht. Unter Amphetamin redet man lieber und ist von der Gültigkeit des Gesagten überzeugt. Routinearbeit macht mehr Spaß. Widerwärtigkeiten prallen eher ab, der soziale Kontakt funktioniert besser, man hat weniger Angst vor anderen.“ (Hüther und Bonney, 2002, S. 75)

Für die Theorie, ADHS-Kinder hätten ein Dopamindefizit in ihrem Gehirn, spricht als Hinweis nur die Beobachtung, dass die Gabe von Ritalin die Kinder für kurze Zeit ruhiger macht. Hüther und Bonney sehen aber Grund für die Annahme, dass bei solchen Kindern eher ein Dopaminüberschuss die Grundlage ihrer Unruhe sein könnte:

„Wenn diese Kinder nun aber gar kein ‚Dopamindefizit‘, sondern einen ‚Dopaminüberschuss‘ in ihrem Gehirn besitzen, so kann die Verabreichung von Amphetaminen die dort ohnehin schon erhöhte Dopaminfreisetzung nur noch weiter steigern. Vermutlich merkt das betreffende Kind davon jedoch nicht viel, da es ohnehin schon bis an die Grenze des erträglichen stimuliert ist. Wie bei vielen Amphetaminen kommt es durch die plötzlich massive Dopaminfreisetzung jedoch rasch zu einer Entleerung der Dopamin-Speichervesikel in den dopaminergen Präsynapsen. Der ‚Kick‘ kommt selbst bei ‚normalen Personen‘, auch bei Kindern schnell und dauert kurz, höchstens eine Stunde an, danach sind die Speicher leer und können nur sehr langsam und allmählich mit neu gebildeten Dopamin aufgefüllt werden. Das dauert erheblich länger, nämlich drei bis fünf Stunden. So lange bleibt die Dopaminfreisetzung nicht mehr so gut durch neue Reize stimulierbar. Jeder, der ein normal entwickeltes dopaminerges System besitzt, hängt dann so lange durch, wird lust- und antriebslos. ADHS-Kinder jedoch, so wäre zu vermuten, erleben für ein paar Stunden, wie es ist, wenn ihrem überentwickelten Antriebssystem sozusagen die Puste aus-

gegangen ist. Sie kommen zur Ruhe und können sich endlich auf eine Sache konzentrieren und reagieren nicht auf jeden Reiz wie ‚von der Tarantel gestochen‘. Sobald die Dopaminspeicher jedoch wieder aufgefüllt sind (nach ca. vier bis sechs Stunden), ist der alte Zustand wieder erreicht und macht sich erneut entsprechend bemerkbar.“ (a.a.O., S. 71f.)

Störungen im Glucosestoffwechsel:

Zucker ist der wichtigste Energielieferant für das Gehirn. Ein mangelhafter Zuckerstoffwechsel hat daher gravierende psychische Auswirkungen, insbesondere auf die Konzentrationsfähigkeit:

"Es wurde festgestellt, dass die aufmerksamkeitsgestörten Probanden in 30 von 60 spezifischen Gehirnregionen einen signifikant eingeschränkten Glucosestoffwechsel hatten. Es waren vor allem die Hirnregionen (präfrontale und somatosensible Gebiete) betroffen, die als wesentlich für die Steuerung der Motorik gelten. ... Durch die Stoffwechselstörung kommt es zu einem Ungleichgewicht von erregenden und hemmenden Zentren im Gehirn, wobei die hemmenden Zentren nicht genügend aktiviert oder stimuliert sind und somit die erregenden Zentren ein Übergewicht bekommen. ..." (Mayer, 1995, S. 10f.)

Allergietheorien:

Nach Feingold, einem amerikanischen Kinderarzt und Allergologen sind zuviel Salicylate in unserer Nahrung (Tomaten, Äpfel, Aprikosen ...), die Kinder litten auch unter einer Unverträglichkeit von Lebensmittelfarbstoffen.

Nach Hafer, einer Apothekerin in der Schweiz, lösen vor allem hohe Phosphatgehalte bestimmter Lebensmittel (Eier, Nüsse, Kakao, Schokolade, Haferflocken, Milch, Zitrusfrüchte) und die Phosphatzusätze in Lebensmitteln (Schmelzkäse, Kondensmilch, Softdrinks, Backpulver, Brühwürste ...) bei empfindlichen Kindern Stoffwechselstörungen aus, bewirken Veränderungen des Gehirnstoffwechsels und damit des Verhaltens. Eine 1980 an der Universität Mainz durchgeführte Studie konnte die Phosphattheorie allerdings nicht stützen (Egger, Carter, und Wilson, 1983).

Durch Weglassdiäten kann man herauszufinden, auf welches Lebensmittel das Kind allergisch, d.h. hyperaktiv reagiert. Nach einer Studie von Egger, Carter und Wilson (1983) haben sich vor allem Milch(produkte), Schokolade/Kakao, Weizen, Zitrusfrüchte und Eier als unverträgliche Nahrungsmittel herausgestellt.

Verknüpfung von Allergie- und Erregungstheorie:

Noradrenalin ist direkt an der Regulation des Immunsystems beteiligt, weil die Immunorgane Thymus, Milz und Lymphknoten vom Sympathicus innerviert werden, mit Noradrenalin als Neurotransmitter. Die Wirkung ist immunsuppressiv, d.h. sie bremst die Tätigkeit der Immunorgane.

Ist daher die Noradrenalinbremse zu schwach, komme es zu überschießenden Immunreaktionen, damit zu Allergien. Die bei Immunreaktionen freigesetzten Interleukine beeinflussten ihrerseits den Gehirnstoffwechsel und den Spiegel des Noradrenalins negativ. Fehlfunktionen im Gehirn und im Immunsystem des Darms (d.h. Durchlässigkeit der Schleimhaut für Antigene, Toxine und Krankheitserreger erhöht sich) verstärkten sich dadurch.

### 3.3 Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze

#### 3.3.1 Lerntheoretische Erklärungen

Prekop und Schweizer (1993) unterscheiden zwischen einer angeborenen und einer "erworbenen Hyperaktivität". Hyperaktivität wird nach Meinung dieser beiden Autorinnen erworben, wenn

Kinder von ihren Eltern zu wenig Strukturierung erhalten und zu nachgiebig erzogen werden (Ja statt Ja oder Nein-Sagen). Die Kinder würden auch zu wenig lernen, ihre Körpersinne zu erfahren (aufgrund zu häufigen Fernsehens, durch passiv machendes Spielzeug). In Frühgeburt, früher Heimunterbringung, alleinerziehenden Eltern sehen sie Risikofaktoren für das Entstehen von Unruhe bei Kindern.

Nach der Theorie des Verstärkungslernens wird hyperaktives Verhalten durch die soziale Beachtung belohnt, die es hervorruft; das Kind erhält damit durch sein unruhiges Verhalten Kontrolle über seine Umwelt. Es "erzieht" dadurch seine Eltern, Erzieher- und LehrerInnen nach seinen Vorstellungen. Im Sinn der sozialen Lerntheorie könnte hyperaktives Verhalten auch von Geschwistern oder Eltern als Modellpersonen gelernt werden.

### 3.3.2 Diathese-Streß-Theorie

Bettelheim (1973) geht von einer organischen Prädisposition aus, wobei die Hyperaktivität des Kindes dann auf ungünstige Erziehungspraktiken treffe, wie ungeduldige und abweisende Eltern. Die Beziehung Mutter-Kind werde zu einem "Schlachtfeld" mit der Folge des Verfestigens von Störverhalten und Ungehorsam; daraus erwachsen dann wieder Probleme in der Schule. Nach Bettelheims Ansicht haben die Mütter schon im Säuglingsalter eine kritische und lieblose Einstellung gegen hyperaktive Kinder, die Eltern-Kind-Beziehung wird zum Teufelskreis.

### 3.3.3 Kognitive Verarbeitungsstörung

Dieser Erklärungsansatz geht von einer Störung in den Wahrnehmungsfunktionen aus, die dann zu weiteren kognitiven Verarbeitungsproblemen für das Kind führen. Nach Skrodzki (1996) sind die wichtigsten Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprobleme:

- § eine verminderte Erfassungsspanne: d.h. das hyperaktive/aufmerksamkeitsgestörte Kind (h/a-Kind) kann vieles in seiner Umwelt nur halb aufnehmen und erfassen.
- § eine verminderte Kanalkapazität: da die vielen Sinnesreize nicht verarbeitet werden können, führt dies zu einer Reizüberflutung und zum Versuch, Reize auszuschalten.
- § eine verminderte Diskriminationsfähigkeit: durch die mangelhafte Unterscheidung feiner Unterschiede kann z.B. Wichtiges und Unwichtiges nicht gut unterschieden werden.
- § eine veränderte Reizschwelle: erniedrigte Reizschwellen führen zu mangelnder Sensibilität (z.B. verringerte Schmerzempfindlichkeit), erhöhte Reizschwellen zu einer Reizüberflutung und Überforderung.
- § eine verlangsamte Umstellungsfähigkeit: sich rasch umzustellen, wird als Überforderung erlebt und führt zu Frustrationen.
- § eine intermodale Störung: Informationen aus den verschiedenen Sinnesbereichen können nicht sinnvoll integriert werden, visuelle und akustische Informationen wirken nicht zusammen, dies könnte ein Ursache für die Lese- und Rechtschreibprobleme sein.
- § eine seriale Störung: durch die lückenhafte Wahrnehmung können Handlungsabläufe schlechter erkannt, nachgeahmt und wiederholt werden.
- § eine mangelhafte Codierung und Optimierung erlernter Abläufe: da aus einer Summe von Einzelhandlungen keine koordinierte Gesamthandlung wird, verlangt die Durchführung von Handlungen mehr psychische Energie und es kommt schneller zu Ermüdung und Überdruß.
- § fehlerhafte Suchstrategien: durch wahlloses Herumsuchen werden Lösungen oft nur durch Zufall gefunden, systematisches Denken und Lernen wird dadurch erschwert.

### 3.3.4 Hyperaktivität als Sekundärneurose

Konzentrationsstörungen und unkontrollierte Motorik führen zu Misserfolgen im Leistungs- und Sozialbereich. Die sich daraus ergebenden Unsicherheiten und sich entwickelnden Minderwertigkeitsgefühle werden durch auffälliges (z.B. den Clown spielen, läppisches Verhalten demonstrieren) oder sogar antisoziales Verhalten überkompensiert. Antisoziale Einstellungen bilden sich zur Gewohnheit aus, es entstehen sich selbst verstärkende negative Entwicklungen:

"Die mangelnde Impulskontrolle führt dazu, dass der hyperaktive Schüler 'mit unglaublicher Geschwindigkeit seinem ersten Impuls' folgt (Wender & Wender, 1983, S. 18), seine Vorgehensweise indes unzureichend plant und beurteilt. Er akzeptiert überdies beim Lernprozess die "erste Lösung" als die einzig mögliche und richtige. Auch billigt er nur eine Deutung der vielfältigen und vielschichtigen Erscheinungsformen im Sozialbereich. Diese nicht willentlich provozierte soziale Ungeschicklichkeit, die keinesfalls eine bewusste Opposition darstellt, stößt auf Ablehnung. Dauerhafte unangenehme, ja schmerzhaft negative Verlebnisse und die ungenügende Durchdringung von sozialen Situationen rufen ihrerseits beim Schüler ohnmächtige Aggressivität hervor. Obgleich "soziales Wissen" (Eichsleder, 1991, S. 32) vorhanden ist, schätzt er 'die Absichten anderer notorisch schief ein'." (Schor, 1992, S. 671)

### 3.3.5 Systemische/familiendynamische Erklärungsversuche

Im Sinne des Systemansatzes zur Erklärung von Verhaltensauffälligkeiten ist das Kind nur der Symptomträger in einem sozialen Bezugssystem, in der Regel der Familie. Die Ursache der Unruhe liegt außerhalb des Kindes und ist in den konflikthafter Beziehungen der Familienmitglieder untereinander begründet. Das hyperaktive Kind bringt diese Spannungen durch sein Verhalten zum Ausdruck. So hat z.B. Mayer die Beobachtung gemacht:

"Gerade der Einfluss der Familie des Kindes ist meist sehr gravierend und hat auf das Verhalten der Kinder einen spürbaren Einfluss. Besonders deutlich tritt eine Verhaltensänderung der Kinder nach dem Wochenende oder nach den Ferien zutage, wenn die Kinder über einen längeren Zeitraum Zuhause waren. Die Kinder sind dann oft wie "umgewandelt" - sie sind total aggressiv, werfen mit Ausdrücken herum, versuchen die ganze Gruppe durcheinander zu bringen oder - im umgekehrten Fall - sprechen manche Kinder fast gar nichts mehr und ziehen sich völlig in sich zurück." (Mayer, 1995, S. 31)

Neurotisierende Familiendynamiken nach Richter.- Kinder können in der Familie nach Richter (1992) unterschiedliche Funktionen erfüllen. Besonders belastend für die seelische Entwicklung sind in seinen Augen:

- die Funktion des Kindes als "Wunsch/Traumkind": das Kind wird idealisiert (z.B. als Substitut des idealen Selbst eines Elternteils) und mit zu hohen Erwartungen belastet, die es nicht erfüllen kann;
- das Kind als elterliche Projektion des verbotenden Über-Ichs: Wie man selbst nicht sein darf, darf auch das Kind nicht sein ("Das tut man nicht!"); nehmen die Eltern sich selbst als minderwertig wahr, soll das Kind dafür moralisch perfekt werden;
- das Kind als "Unglücksfall": es wurde von den Eltern nicht eingeplant und spürt, dass es ihnen im Wege steht;
- das Kind als Bundesgenosse im Streit der Ehepartner: das Kind wird zwischen den Fronten der Eltern hin- und hergezerrt und verliert immer einen Elternteil, wenn es sich auf eine Seite schlägt;
- das Kind als Versöhnungskind: die Eltern haben die Illusion, dass ein Kind ihre Beziehung/Ehe kitten und retten könnte;
- das Kind als Partnersubstitut: es soll die verlorengegangene Beziehung zu einem erwachsenen Partner ersetzen und wird dadurch in eine unangemessene Rolle gebracht.

Wichtig ist in der familiendynamischen Betrachtung auch die Geschwisterkonstellation. Von besonderer Bedeutung ist insbesondere die Rivalitäten unter den Geschwistern und die unterschiedlichen Bemühungen der jeweiligen Kinder, ein gestörtes Beziehungssystem auszubalancieren.

Fallbeispiel Peter.- Im folgenden Fallbeispiel ist bei Peter die problematische Familiensituation als Hintergrund für seine Verhaltensauffälligkeiten nicht zu übersehen. Peter erfüllt unter anderem in klassischer Weise am Ende die Funktion eines Partnersubstituts nach Richter. Auf der Bindungsebene ist augenfällig, dass seine Mutter seit seiner Zeugung in einer äußerst konfliktreichen Beziehung zu ihrem Ehemann steht, die sich vermutlich auch auf ihre Gefühle dem Kind gegenüber auswirkt.

Peter ist 8 Jahre alt, geht in die 2. Klasse der Grundschule. Das Resümee seiner Lehrerin: "Peter ist ein typisches Problemkind. Peter ist desinteressiert, nicht kooperativ, hinterlistig und stört unaufhaltsam. Die Tatsache, dass Peter des öfteren, wenn die Lehrerin abgelenkt ist, seinen Mitschülern mit dem Lineal heftig auf den Kopf schlägt, führt dazu, dass die Lehrerin der Mutter zu einer "Behandlung" rät.

Die städtische Beratungsstelle diagnostiziert "altersbedingte Entwicklungsprobleme" und verordnet eine Gruppentherapie, der Arzt verordnet ein Medikament, dass ihn "erst einmal ruhig stellen soll."

Als Peter geboren wird, lebt seine Mutter mit ihrem damaligen Mann in Scheidung, Peter ist das Kind einer außerehelichen Beziehung. Peter lernt seinen leiblichen Vater nie kennen. Sein juristischer Vater will ihn in ein Heim einweisen lassen, was die Mutter durch die endgültige Trennung verhindern kann.

Wenige Jahre nach der Scheidung heiratet Peters Mutter ein zweites Mal, einen türkischen Mann, der für Peter zunächst die Vaterrolle einnimmt, ihn jedoch nicht adoptiert. So behält Peter den Namen seiner Mutter aus erster Ehe. Als Peter vier Jahre alt ist wird sein Halbbruder Josef geboren, der als "Erstgeborener" die ganze Aufmerksamkeit und Liebe seines Vaters erhält. Josef hat auch nur eine Niere und ist ständig krank. Peters Versuche, vom Vater den Verlust von Zeit und Zuwendung zu fordern, wird vom Vater zunächst schroff, dann mit Schlägen abgelehnt. In solchen Situationen beginnt Peter immer dann, wenn der Vater abgelenkt ist, seinen Bruder zu ärgern, zu malträtieren, was zu weiteren Schlägen vom Vater führt.

Wiederum zwei Jahre später wird Ludwig, ein weiterer Halbbruder, geboren, zu dem Peter eine gewisse Beziehung aufbaut, da sie beide im Schatten des kranken Bruders leben.

Die Beziehung zwischen den Eltern wird in den Jahren immer schlechter. Peters Mutter klagt darüber, dass sich ihr Mann immer stärker von der Familie zurückzieht. Wichtig ist ihm alleine noch der Kontakt zu seinem Erstgeborenen, mit dem er auch nachts in einem Bett schläft. Während dieser Zeit wird Peter ein immer wichtigerer Gesprächspartner für seine Mutter, die sich nun "ganz auf ihre Kinder konzentriert".

Peters Auffälligkeit beginnt mit der Schulzeit, als ihn die Klassenkameraden zu hänseln beginnen, weil er einen anderen Namen als seine Mutter hat. Diese Hänseleien werden besonders durch einen türkischen Klassenkameraden gefördert, sein bester Freund aus früheren Zeiten, den er durch eine Familienfehde verloren hat. Während dieser Zeit wurde Peter unter Polizeischutz zur Schule gebracht.

Peter unterhält zu seinen Mitschülern kaum Kontakt, sitzt alleine, in der Pause streunt er meist allein über den Schulhof. Der Kontakt zur Lehrerin wie zu den Klassenkameraden ist ge-

spannt. Am Ende bleibt Peter nur noch seine Mutter, er geht nicht mehr vor die Türe, da er weder Freunde in der Schule noch in der Nachbarschaft hat. Während dieser Zeit verstärkt sich sein antisoziales Verhalten in der Schule, indem er immer öfter seine versteckte Aggressivität auslebt und so zu einem absoluten Außenseiter in der Klasse wird.

Im Sinne der familiensystemischen Theorien lässt sich also die Hypothese aufstellen, dass Peters unruhiges, weder von seinen (Stief)Eltern noch von seinen Lehrern zu kontrollierendes Verhalten durch die für ihn äußerst problematische Familienkonstellation hervorgerufen wird.

- Als Kind aus einer außerehelichen Beziehung hat er von Anfang keinen angemessenen Platz in irgendeinem Familiensystem.
- Er hat keinen Rückhalt durch seinen leiblichen Vater, dieser ist Peter nicht bekannt.
- Der gesetzlich festgelegte Vater möchte ihn los haben und in ein Heim geben.
- Für seinen türkischen Stiefvater ist er nach der Geburt von dessen eigenem Sohn nur zweite Wahl.
- Der kranke Stiefbruder steht aus Peters Sicht seiner Beziehung zum Stiefvater im Weg, weshalb Peter Aggressionen dem Bruder gegenüber zeigt.
- Eine Koalition der Vernachlässigten zwischen Peter und seinem später geborenen anderen Halbbruder entschärft die Situation etwas.
- Durch den Bruch der Beziehung von Mutter und Stiefvater erhält Peter aus seiner Sicht die Chance, für seine Mutter zum wichtigsten Mann zu werden. Er wird von seiner Mutter in die Rolle des Partnersubstituts gebracht.
- Seine ungewöhnlichen Familiengeschichte wirkt sich auf seine schulische Karriere negativ aus. Er findet auch in dem Schulsystem keinen angemessenen Platz für sich. Er bleibt Außenseiter und wiederholt die innerfamiliären Streitigkeiten in den Konflikten mit seinen Lehrern und mit seinen Klassenkameraden.

### 3.3.6 Hyperaktivität aus Sicht einer mehrgenerationalen systemischen Psychotraumatologie

In dem von mir entwickelten Theorierahmen einer systemischen bzw. mehrgenerationalen Psychotraumatologie suche ich nach den Ursachen von psychischen Auffälligkeiten in zweierlei Richtung:

- Liegt dem Symptom eine Traumaerfahrung zugrunde?
- Lässt sich das Symptom als Folge einer Bindungsstörung erklären?

Bindungsstörungen erweisen sich häufig als die Folge von Traumatisierungen, da Mütter mit Traumaerfahrungen häufig nicht in der Lage sind, ihrem Kind eine sichere emotionale Bindung an sich anzubieten. Dieser Ansatz erweist sich nach meinen therapeutischen Erfahrung für Ängste, Depressionen und sogar Psychosen als zutreffend (Ruppert 2002; Ruppert 2005), inwieweit auch für das ADHS-Syndrom spezifische Zusammenhänge zu finden sind, muss noch erforscht werden. Eine aktuell an der KSFH München verfasste Diplomarbeit (Schwer, 2004) zeigt zumindest vielversprechende Ansätze auf, wenn mit Hilfe von Aufstellungen die Beziehungsdynamiken innerhalb einer Familie deutlicher werden. Im folgenden ein Fallbeispiel aus dieser Diplomarbeit.

Fallbeispiel Lukas.- „Der erste Fall handelt von Lukas Huber, der 1992 geboren wurde. Bei dieser Aufstellung geht es vor allem um die Beziehung zwischen Lukas und seinen Eltern.

Entwicklungsgeschichte von Lukas:

Die Schwangerschaft und Geburt von Lukas seien nach Aussagen der Eltern normal verlaufen, jedoch kam der Junge drei Wochen zu früh zur Welt. Lukas sei ein Wunschkind gewesen, wobei

Frau Huber zum Zeitpunkt der Geburt 25 Jahre alt, und Herr Huber 24 Jahre alt waren. Lukas ist das einzige Kind von Familie Huber. Es gab keine Abtreibungen oder Fehlgeburten von Geschwisterkindern.

Laut Familie Huber sei Lukas schon als kleines Kind sehr anstrengend gewesen. Sie mussten ihn mit eineinhalb Jahren in die Kinderkrippe geben, da sie beide ganztags arbeiteten. Als Lukas mit drei Jahren keine Windel mehr benötigte, kam er in den Kindergarten. Die Erzieherin des Kindergartens machte Frau Huber darauf aufmerksam, dass Lukas kaum still sitzen und sich schlecht in die Gruppe einfügen könne. Deshalb bekam Lukas vom vierten bis siebten Lebensjahr Ergotherapie. Mit sieben Jahren (im September 1999) wurde Lukas eingeschult, und zwar in die Förderschule. Von der ersten bis zur dritten Klasse besuchte er die Diagnose- und Förderklasse. Im Dezember 1999 wurde Lukas bei einer Kinderärztin getestet mit der Diagnose Hyperaktivität mit teilweise deutlich oppositionellem Verhalten. Aufgrund dessen nahm Lukas seit Februar 2000 Ritalin und später Medikinet ein. Zeitgleich besuchte Lukas von Juni 2000 bis August 2002 eine Lernstube. Im September 2002 wurde ihm dann die Maßnahme in einer HPT zugeteilt. Zu diesem Zeitpunkt wechselte Lukas auch in die dritte Klasse des Grundschulzweiges an der Förderschule. Ein Jahr später besuchte er die vierte Klasse des Schulzweiges „Individuelle Lernförderung“.

Seit November 2001 befindet sich Lukas auch in ambulanter Behandlung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, der ein Konzentrationstraining und Aufbautraining für soziale Verhaltensweisen mit ihm durchführt. Im Oktober 2002 wurde bei Lukas ferner eine Lese- und Rechtschreibschwäche diagnostiziert, woraufhin er seit November 2002 einmal wöchentlich eine Legasthenieförderung erhält.

#### Familiengeschichte:

Abgesehen von der frühen Trennung von Vater und Mutter durch den Aufenthalt in der Kinderkrippe, erlitt Lukas nach Aussagen der Eltern in seinem bisherigen Leben noch keine gravierenden Schicksalsschläge. Im Alter von drei bis sieben Jahren hätten Lukas und sein Vater zwar eine schwierige Beziehung zueinander gehabt, wobei ihn sein Vater auch oft geschlagen habe. Die Beziehung verbesserte sich jedoch und Frau Huber bezeichnet sie als sehr gut und herzlich.

Zur Familie Huber gehören folgende Mitglieder: Herr Huber, Frau Huber, Lukas, Vater von Herrn Huber und dessen Lebensgefährtin.

Die Mutter von Herrn Huber sei verstorben, als Herr Huber sechs Jahre alt war. Aus diesem Grund wuchs Herr Huber im Heim auf.

Frau Huber hat keinen Kontakt zu ihren Eltern und sechs Geschwistern. Die Eltern von Frau Huber seien beide Alkoholiker und ein Bruder von Frau Huber sei verstorben. Frau Huber und fünf ihrer Geschwister wuchsen im Heim auf, wobei Frau Huber acht Jahre alt war, als sie ins Heim kam. In der Familie einer Schwester von Frau Huber fand ein sexueller Missbrauch der Kinder statt. Der Mann (Schwager von Frau Huber) misshandelte und missbrauchte seine beiden Söhne im Alter von einem halben und zwei Jahren. Frau Huber hat seit diesem Zeitpunkt zu ihrer Schwester keinen Kontakt mehr, wobei nun dreizehn Jahre vergangen sind.

Eine wichtige Bezugsperson für Lukas sei eine gute Bekannte der Familie, deren Name „Tante Steffi“ ist.

Als Lukas zwei Jahre alt war, hatten Herr und Frau Huber eine große Ehekrise, weswegen Herr Huber kurzzeitig die Familie verließ. Auslöser war der Tod des Großvaters von Herrn Huber, der diesem sehr nahe stand.

Herr und Frau Huber kannten sich gerade ein Jahr, als sie geheiratet hatten.

Herr und Frau Huber waren bei der Aufstellung am 22. Juli 2003 anwesend. Sie erklärten sich vorab zu einer aktiven Mitarbeit bereit.

## Aufstellung

PROFESSOR RUPPERT zu Herr und Frau Huber: Bitte schildern sie ihre Situation, jeder für sich. Wo stehen Sie? Was möchten sie verändern?

HERR HUBER: Lukas ist ein lebhaftes Kind, das kaum ruhig sitzen, sich nicht lange konzentrieren kann und manchmal nicht zuhört. Dann ist er wieder wie ausgewechselt, das genaue Gegenteil: Er hört zu und alles klappt super. Er kommt pünktlich nach Hause, zieht sich alleine aus und geht selber schlafen. Was geht nur in seinem Kopf vor? Ich sage etwas, und zehn Minuten später weiß er es nicht mehr. Er weiß auch nicht, warum er irgendwelche Sachen macht. Zum Beispiel verteilt er überall im Zimmer Sonnencreme oder schnitzt mit dem Taschenmesser an seinem Bett herum, und er weiß nicht warum. Ich verstehe ihn nicht, dass er nicht weiß, warum er es macht! Gehört das zu seinem Krankheitsbild? Warum reagiert Lukas so? Ich möchte ihn besser verstehen lernen!

FRAU HUBER: Ich bin viel alleine mit Lukas, da mein Mann drei Schichten arbeiten muss. Lukas tanzt mir auf dem Kopf herum und er hört nie. Er führt sich wie ein kleines Kind auf, wenn er etwas nicht bekommt. Er ist dann trotzig und brüllt. Ich habe das Gefühl, dass ich mich nicht passend gegenüber ihm verhalte. Wie kann ich richtig mit ihm umgehen? Ich möchte einen besseren Kontakt zu Lukas!

PROFESSOR RUPPERT: Ich ersehe aus den Vorinformationen, die mir die Bezugsbetreuerin von Lukas geschickt hat, dass Lukas Ihr einziges Kind ist und es keine Fehlgeburten gab. Die Mutter von Herrn Huber ist schon früh gestorben, als Herr Huber sechs Jahre alt war.

HERR HUBER: Das ist richtig. Ich habe noch eine Schwester, die drei Jahre älter ist. Sie stammt auch von meiner leiblichen Mutter. Als ich nämlich elf Jahre alt war, hat mein Vater noch einmal geheiratet. Daraus folgten noch zwei Geschwister.

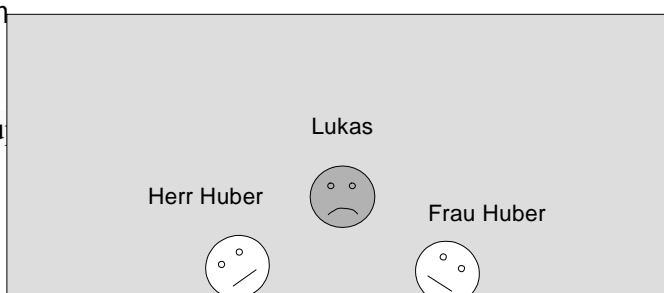
FRAU HUBER: Wir waren sechs Geschwister. Davon bin ich das fünfte Kind. Ein älterer Bruder von mir ist schon gestorben. Wir sind alle im Heim aufgewachsen. Ich war mit einem jüngeren Bruder und einer älteren Schwester im gleichen Heim. Damals war ich acht Jahre alt. An die Zeit in meiner Familie kann ich mich nicht mehr erinnern. Ich weiß nur, dass meine Eltern Alkoholiker waren. Seit meinem achten Lebensjahr habe ich keinen Kontakt mehr zu meinen Eltern und meinen anderen Geschwistern.

PROFESSOR RUPPERT: Wir Menschen sind Mehrgenerationenwesen. Damit wir verstehen, wie wir handeln, denken und fühlen, müssen wir das Geflecht von drei Generationen (Kinder – Eltern – Großeltern) ansehen. Vielleicht zeigen sich Zusammenhänge. Vielleicht gibt es Bindungen bei Lukas, die sein Verhalten beeinflussen.

PROFESSOR RUPPERT zu Herr und Frau Huber: Zunächst wollen wir Ihre Gegenwartsfamilie aufstellen. Bitte suchen Sie sich Stellvertreter aus für sie beide und Lukas und stellen diese auf. Frau Huber sollte damit beginnen und wenn sie die drei Personen aufgestellt hat, soll es Herr Huber korrigieren. Anschließend sollen die Stellvertreter in sich hineinfühlen, wie es ihnen geht, und ihren Bewegungsimpulsen folgen.

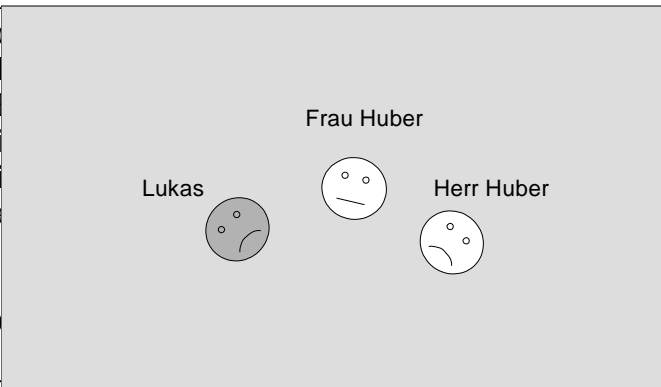
Frau Huber positioniert die Stellvertreter und Herr Huber ist damit einverstanden.

Die drei Stellvertreter bewegen sich anschließend ständig hin und her. Dabei acht Lukas immer seiner Mutter, Frau Huber, n



Nach Beendigung der Bewegungsimpulse ergibt sich folgendes Bild:  
 PROFESSOR RUPPERT: Wie fühlen sich die Stellvertreter?

FRAU HUBER  
 ihm. Ich möchte  
 Deshalb stelle  
 HERR HUBER  
 Mir fehlt die  
 Reichweite in  
 LUKAS (Stellvertreter)  
 ich bin am liebsten  
 näher zum Vater  
 schwach und

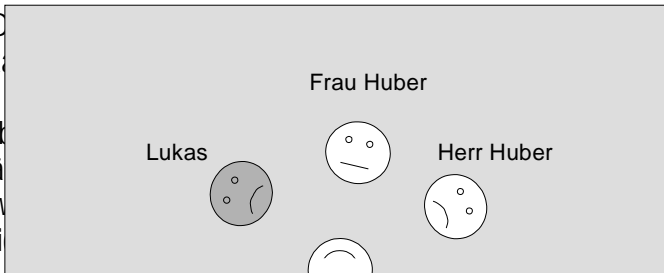


...den, verbringe viel Zeit mit  
 ...ie Hilfe von meinem Mann.  
 ...ich aber auch Lukas zu.  
 ...ist zu nah bei seiner Mutter.  
 ...s ist gut, wenn er in meiner  
 ...tern stehen so geballt da und  
 ...er Mutter, möchte aber auch  
 ...n Vater. Ich fühle mich so

PROFESSOR RUPPERT: Wie fühlen sich die Stellvertreter für die Hyperaktivität aus.

PROFESSOR RUPPERT:  
 pulsen im Raum

Frau Huber  
 Hyperaktivität  
 ständig in Bewegung  
 Dabei steht die

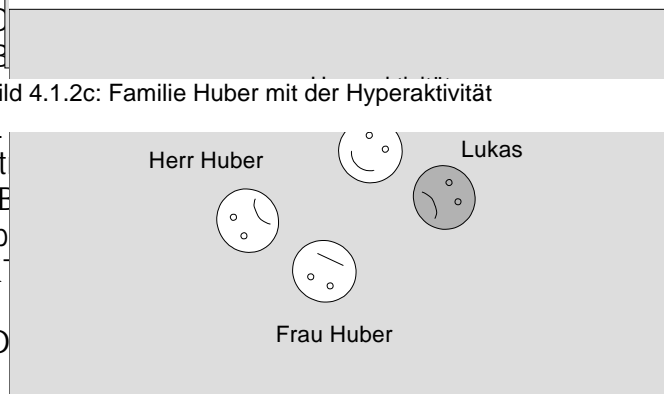


gemäß ihren Bewegungsimpulsen

Lukas seiner Mutter folgt und die  
 Frau an. Alle Stellvertreter sind

PROFESSOR RUPPERT:  
 FRAU HUBER

LUKAS (Stellvertreter) (Bild 4.1.2c: Familie Huber mit der Hyperaktivität)  
 Sie steht nun  
 Luft zum Atmen  
 HERR HUBER  
 alle auf Trab  
 HYPERAKTIVITÄT



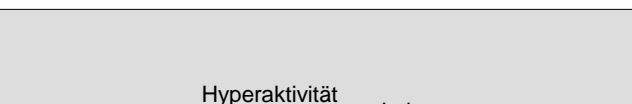
jetzt?

...amer hinterher kommt.  
 ...vität. Sie nimmt mir die  
 Lukas und mir! Sie hält uns  
 ...indere Lukas!

PROFESSOR RUPPERT:  
 dazu.

...e jeweils Ihre eigene Mutter

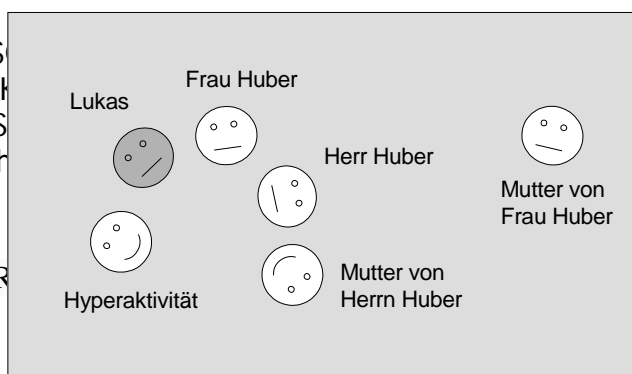
PROFESSOR RUPPERT:



...i Bewegungsimpulsen.

PROFESSOR RUPPERT:  
 HYPERAKTIVITÄT  
 LUKAS (Stellvertreter)  
 ist, dass ich

Prof. Dr. Ruppert



...eter?  
 ...geschlossen in einen Kreis.  
 ...sammen. Das einzige Problem

Bild 4.1.2f: Familie Huber mit der Hyperaktivität und den Großmüttern von Lukas nach der Bewegung

FRAU HUBER (Stellvertreterin): Ich fühle mich sehr wohl zwischen Lukas und meinem Mann.  
HERR HUBER (Stellvertreter): Ich fühle mich auch gut. Ich bin meiner Frau nahe und auch näher bei Lukas. Die Hyperaktivität steht nun nicht mehr zwischen uns. Meine Mutter ist nun hinter mir und ich habe sie im Blick. Das tut gut.  
MUTTER VON FRAU HUBER (Stellvertreterin): Ich fühle mich nicht dazugehörig.  
MUTTER VON HERRN HUBER (Stellvertreterin): Ich muss die Hyperaktivität im Blick haben und im Griff halten. Ich bin eine Stütze für meinen Sohn, stehe jedoch hinter ihm, da ich seine Familie nicht blockieren möchte.  
LUKAS (Stellvertreter) zu seiner Mutter (Frau Huber - Stellvertreterin): Es tut mir gut, wenn ich neben Dir stehen kann.  
FRAU HUBER (Stellvertreterin) zu Lukas (Stellvertreterin): Mir tut es auch gut. Ich kann nun Deine Nähe aushalten.  
HERR HUBER (Stellvertreter): Die Hyperaktivität ist nun mehr auf der Seite. Nehme nun Lukas als Lukas wahr und sehe nicht mehr die Hyperaktivität zuerst!  
HYPERAKTIVITÄT (Stellvertreterin): Ich stehe nun mehr außen. Stehe nicht mehr dazwischen.

PROFESSOR RUPPERT: Ich tausche nun die Stellvertreter von Herr und Frau Huber gegen Herr und Frau Huber selbst aus. Austausch findet statt. Wie geht es Ihnen nun?  
FRAU HUBER: Mir geht es gut so damit! Zu Lukas (Stellvertreter) gewandt: Es tut mir gut, wenn Du mir nahe bist. Ich empfinde es als angenehm.  
LUKAS (Stellvertreter): Ich empfinde es auch so.  
MUTTER VON HERRN HUBER (Stellvertreterin): Ich möchte meinen Sohn (Herrn Huber) mehr bei mir haben, verliere dann aber die Hyperaktivität aus den Augen. Gehe deshalb weiter zurück.  
HERR HUBER: Ich fühle mich wohl so nahe bei meiner Frau.  
LUKAS (Stellvertreterin): Ich trete einen Schritt zurück, da Oma (Mutter von Herrn Huber) zu nahe ist. Fühle mich nicht so wohl dabei.  
HYPERAKTIVITÄT (Stellvertreterin): Ich habe nun mehr Raum, da der Kreis nun weiter ist, denn die Großmutter (Mutter von Herrn Huber) ist weiter weg.  
PROFESSOR RUPPERT zu Herrn Huber: Schauen Sie bitte Ihre Mutter an!  
HERR HUBER: Es ist ungewohnt. Ein fremdes, unangenehmes Gefühl, weil ich es nicht kenne. Ich musste ohne Dich aufwachsen. War schwer, war viel alleine! Habe das Gefühl vermisst, eine Mutter und einen Vater zu haben! Ich habe Dich vermisst! Konnte nirgendwo hin. War alleine!  
MUTTER VON HERRN HUBER (Stellvertreterin): Es tut mir leid! Wäre gerne da geblieben und für Dich da gewesen!  
Herr Huber verlässt unter Tränen den Raum.  
LUKAS (Stellvertreterin): Es geht mir nicht gut, da mein Vater (Herr Huber) nicht mehr da ist. Ich fühle mich total unwohl.  
FRAU HUBER: Ich fühle mich auch total unwohl, da mir die Mutter von meinem Mann (Herrn Huber) gegenüber steht und ich auch meine Mutter im Blick habe. Das passt mir überhaupt nicht.  
MUTTER VON FRAU HUBER (Stellvertreterin): Ich fühle eine Spannung, ein Gefühl zu meiner Tochter (Frau Huber) hin.  
FRAU HUBER: Ich kann meiner Mutter nie verzeihen.  
PROFESSOR RUPPERT: Sagen Sie es Ihr!  
FRAU HUBER: Ich kann Dir nicht verzeihen, dass Du mich mit acht Jahren ins Heim gegeben hast. Ich werde es auch nie verzeihen! Ich kann es nicht verstehen, wie eine Mutter sein Kind weggeben kann! Ich hätte Dich gebraucht! Du hast Dich auch nie gerührt.

MUTTER VON FRAU HUBER (Stellvertreterin): Es war zuviel für mich, alle Kinder. Ich will nichts mehr damit zu tun haben.

FRAU HUBER: Das kann ich nie verzeihen!

Herr Huber betritt wieder den Raum.

LUKAS (Stellvertreterin): Es betrifft mich nicht, was zwischen meiner Mutter (Frau Huber) und meiner Großmutter (Mutter von Frau Huber) passiert. Mich berührt mein Vater (Herr Huber), der jetzt auf der Seite steht. Ich möchte, dass Du, Vater, mir wieder gegenüber stehst. Ich möchte den Kontakt zu Dir!

HERR HUBER: Ich möchte auch den Kontakt zu Dir! Ich möchte mehr Zeit für Dich haben.

MUTTER VON HERRN HUBER (Stellvertreterin): Jetzt geht's mir wieder besser, wenn mein Sohn (Herr Huber) wieder mehr bei mir steht. Ich möchte Dich, mein Sohn, unterstützen und Dir helfen. Ich möchte mich aber nicht in den Kreis integrieren. Ich möchte die Hyperaktivität im Blick haben!

HERR HUBER: Es ist in Ordnung für mich, wenn das Gefühl von meiner Mutter so da ist.

HYPERAKTIVITÄT (Stellvertreterin): Der Blick der Großmutter (Mutter von Herrn Huber) belastet mich nicht. Ich bin nun eingegrenzter und habe weniger Freiraum, denn der Vater (Herr Huber) ist wieder näher da!

HERR HUBER zu Lukas (Stellvertreterin): Ich sehe, dass Dich etwas belastet, was Dir nicht gefällt, wofür Du nichts kannst!

LUKAS (Stellvertreterin): Ich fühle mich belastet, möchte die Hyperaktivität weg haben! Ich möchte eine Einheit mit Mutter und Vater haben!

HYPERAKTIVITÄT (Stellvertreterin): Ich bin durch den Vater nun eingegrenzt!

### Nachbefragung

Bei der sechs Monate späteren Nachbefragung waren sowohl Herr und Frau Huber als auch die Bezugsbetreuerin Michaela von Lukas zugegen. Ich befragte die Beteiligten getrennt voneinander, woraus sich die nachfolgenden Aussagen ergaben.

Frau Huber gab an, dass sie die Aufstellung im Juli 2003 als sehr positiv empfunden habe. Sie könne sich seit der Aufstellung viel besser in ihren Sohn Lukas hineinversetzen, was er denke und wie er fühle. Ihr sei bewusst geworden, wie sehr die Hyperaktivität bei Lukas im Vordergrund stehe. Aus diesem Grunde werde sie auch nicht mehr so schnell böse, wenn Lukas sie reizen würde. Sie bewahre dann Ruhe und reagiere einfach nicht. Dieses Verhalten bewirkte, dass Lukas sie wiederum nicht mehr so oft ärgern würde. Das Aufkommen ihrer Kindheitserinnerungen und derer ihres Mannes bei der Aufstellung habe sie nicht als Belastung erfahren. Ganz im Gegenteil, es habe ihr gut getan, darüber zu sprechen. Sie habe dabei erkannt, wie sehr ihr Mann früher ein Familienleben vermisst haben musste. Dies beeinflusse seither auch ihren Umgang untereinander, indem sie das „Miteinander“ verstärken würden. Sie würden nun viel mehr Gespräche führen, was sich auch auf die Elternarbeit mit der Betreuerin Michaela auswirkte. Der Kontakt zu ihr, der schon immer gut gewesen sei, habe sich seitdem noch intensiviert und habe eine tiefere Ebene erreicht. Ferner sei die Aufstellung ein Anstoß für die Systemische Familientherapie gewesen, die sie nun besuchten und worüber sie sehr froh sei. Ohne diese Fortführung hätte sie sich sehr allein gelassen gefühlt. Aus der ursprünglichen Neugierde, die Familienaufstellung einmal kennen zu lernen, habe sich ein positives Erfahrungsbild entwickelt. Sie könne diese Methode unbedingt weiterempfehlen, da man viele hilfreiche Tipps daraus bekomme.

Auch Herr Huber, der der Aufstellung anfangs noch skeptisch gegenüber stand, hatte sie nach eigenen Worten als eine interessante und hilfreiche Methode kennen und schätzen gelernt. Er könne die Hyperaktivität nun als eine Behinderung für Lukas sehen, die der Junge nicht möchte, aber auch nicht verhindern könne. Er betrachte die Hyperaktivität und Lukas seither als zwei

getrennte Faktoren, wobei die Hyperaktivität ständig an Lukas klebe und sehr störend für ihn sei. Herr Huber selbst würde sich seit der Aufstellung viel ruhiger gegenüber Lukas verhalten. Bei einem Wutausbruch warte er ab, bis sich sein Sohn wieder beruhigt hätte, und würde anschließend mit Lukas über dessen Verhalten reden. Ferner würde er mit seiner Frau viel besser zusammenarbeiten, was auch das Reden über unangenehme Dinge beinhalte. Dies habe er früher gar nicht gekannt. Die positive Wirkung der Aufstellung sehe er vor allem im Umgang mit Lukas. Dennoch habe er festgestellt, dass auch in seiner eigenen Geschichte einiges im Verborgenen läge. Er denke einfach nicht darüber nach oder verdränge es. Es wäre ungewohnt für ihn gewesen, darüber zu sprechen, hätte ihm aber sehr gut getan. Speziell das offene Sprechen vor anderen Leuten über seine tiefsten Gefühle hätte ihm ein positives Gefühl vermittelt. Er würde nun selbst im Alltag mit seiner Frau darüber reden. Insgesamt habe er die Aufstellung als sehr hilfreich und angenehm erfahren. Jedoch befürwortet er eine daran anschließende Therapie, um alle Ereignisse noch einmal in Ruhe aufzuarbeiten und daraus immer neue Ratschläge für das eigene Leben zu bekommen.

Die Betreuerin Michaela berichtet, sie habe bei der Aufstellung gesehen, wie sehr sich bei Lukas alles um seine Hyperaktivität drehe. Sie hinge an ihm dran, verfolge ihn und gehöre einfach zu ihm. Dennoch könne sie Lukas und die Hyperaktivität als letztlich zwei voneinander getrennte Objekte wahrnehmen. Sie sehe hinter dem Verhalten von Lukas keinen bösen Willen mehr und sei deshalb dem Jungen gegenüber viel verständnisvoller. Sie reagiere selber nicht mehr gereizt auf Lukas, könne sich einiges besser erklären und würde auch mit dem Jungen darüber reden. Ferner sei ihr bei der Aufstellung bewusst geworden, welche große Rolle die Familie bezüglich des Verhaltens von Lukas spiele. Der Vater nehme ihn ihren Augen eine Schlüsselrolle ein, sei aber oft nicht greifbar für die Betreuerin gewesen. Anhand der Aufstellung ist der Betreuerin Michaela deutlich geworden, dass der Vater für Lukas sehr wichtig sei, jedoch aufgrund seiner eigenen Lebensgeschichte selbst Hilfe bräuchte. Darüber hinaus habe die Aufstellung die Elternarbeit mit der Familie Huber verändert, da sie den Anstoß für eine weiterführende Therapie gegeben hätte, die im Rahmen der normalen Elternarbeit nicht möglich gewesen wäre. Zudem habe sich auch Lukas Verhalten seit der Aufstellung und dem dadurch veränderten Betreuer- und Elternverhalten gewandelt. Der Junge sei nun viel ausgeglichener und erzähle von seiner Familie, was er vorher kaum gemacht hätte. Die Betreuerin nimmt an, dass Lukas zu Hause mehr positive Erlebnisse erfahre, indem der Vater bewusst Zeit mit dem Jungen verbringen würde. Herr Huber würde mehr mit Lukas reden und ihn nicht mehr anschreien. Insgesamt habe die Betreuerin Michaela den Eindruck, dass in der Familie mehr gesprochen würde. Es gäbe daraufhin auch weniger Konflikte, von denen Lukas berichten würde. Die Betreuerin selbst würde sich ruhig gegenüber dem Jungen verhalten, wenn er gerade ausflippe, und nach fünf Minuten sei er wieder zugänglich. Seit der Aufstellung habe die Betreuerin mit dem Jungen kein Chaos in der HPT mehr erlebt. Jetzt hätte sich die Problematik jedoch auf den Bereich der Schule verlagert. Insgesamt habe sie die Aufstellung als ein einschneidendes und positives Erlebnis erfahren, das regelmäßig stattfinden sollte. Jedoch findet sie eine weiterführende Therapie für die Eltern als erforderlich, da aufgewühlte Gefühle ansonsten im Raum stehen bleiben, mit deren Umgang die Betreuerin überfordert ist. Da sie selbst bei der Aufstellung Stellvertreterin für ein hyperaktives Kind war, fand sie es als überaus interessant zu spüren, wie solche Kinder fühlen und empfinden.“ (Schwer 2004, S. 55-63).

Ein Schwerpunktseminar von mir zu ADHS im Jahr 2004 hat die Hypothese weitgehend bestätigt, dass sich in den Symptomen der Hyperaktivität die traumatischen Erfahrungen der Vorfahren der Kinder widerspiegeln. Vor allem über die mütterliche Linie wirken Traumata wie der frühe Tod von Eltern oder schwere Gewalt in familiären Beziehungen und Bindungen auf die

Kinder weiter. Christina Freund hat in ihrer Diplomarbeit die Fälle in diesem Seminar beschrieben und sorgfältig dokumentiert (Freud 2006).

### 3.4 Hyperaktivität und Trotzverhalten

Möglicherweise wird die weitere Forschung also zeigen, dass Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung ein zu grobes Raster ist für all die Entwicklungsstörungen, die darunter heute gefasst werden. Differentialdiagnosen sind daher wichtig, um in der Maßnahmenfindung keine Wege einzuschlagen, welche die Situation eher verschlimmern als verbessern. Im Falle von Peter ist z.B. an die DSM-Diagnose "Störung mit oppositionellem Trotzverhalten" zu denken, die eher auf systemische als auf organische Hintergründe für das Problemverhalten verweist, sich jedoch auch im Sinne der These von der Sekundärneurose aus einer H/A-Störung entwickeln kann (vgl. Kasten 2).

Kasten 2: Diagnostische Kriterien für die "Störung mit oppositionellem Trotzverhalten" (DSM IV):

- wird schnell ärgerlich,
- streitet sich häufig mit Erwachsenen,
- widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen,
- verärgert andere häufig absichtlich,
- schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere,
- ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern,
- ist häufig wütend und beleidigt,
- ist häufig boshaft und nachtragend.

Mindestens fünf der genannten Kriterien müssen mindestens 6 Monate zu beobachten sein. Hauptmerkmal ist ein negativistisches, feindseliges und trotziges Verhalten. Die Symptome zeigen sich deutlicher im Umgang mit vertrauten Erwachsenen oder Gleichaltrigen, weniger in der Schule. Die Betroffenen schätzen sich selbst nicht als oppositionell oder trotzig ein, sie rechtfertigen ihr Verhalten als Reaktion auf unglückliche Umstände.

Die Prognose ist bei dieser Störung ungünstig

- bei niedrigem IQ,
- schweren psychischen Störungen der Eltern.

### 3.5 Hyperaktivität und soziale Ausgrenzung

Gleich, ob organische oder psychosoziale Ursachen überwiegen, eine von Kindern gezeigte hyperaktive Symptomatik beeinträchtigt ihre Entwicklungsmöglichkeiten sehr stark. Zum einen können sie aufgrund ihres ruhelosen Verhaltens und ihrer Konzentrationsschwächen ihre intellektuellen Kapazitäten nicht ausreichend nutzen und weiterentwickeln. Sie geraten spätestens in der Schule ins Hintertreffen. Zum anderen geraten sie durch ihren ungebremsen Bewegungsdrang und die Unruhe und das Chaos, das sie um sich herum verursachen, sozial immer

stärker unter Druck. Sie enttäuschen die Erwartungen ihrer Eltern, Erzieher- und LehrerInnen und erfahren daher immer mehr Ablehnung. Durch ihre Impulsivität und Unzuverlässigkeit finden sie kaum Freunde. Hyperaktives Verhalten provoziert stets soziale Ablehnung und Sanktionen.

Auch wenn hypoaktive Kinder vermutlich mit gleichen kognitiven Defiziten zu kämpfen haben, so treffen sie als ruhige und stille Kinder eher auf Rücksichtnahme und Verständnis. Die Karriere vom hyperaktiven Kind zum sozialen Außenseiter ist daher wahrscheinlich, wenn das Problem des Kindes nicht erkannt und behandelt wird. Es sieht sich dann selbst immer stärker isoliert und reagiert entsprechend mit Ablehnung und Hassgefühlen gegenüber seiner Umwelt und schließlich auch mit Misstrauen gegenüber jeglichen Versuchen einer sozialen Reintegration. Der Teufelskreis von Aktion und Reaktion dreht sich dann immer schneller. Symptome, die auf eine massive "Störung des Sozialverhaltens" (vgl. Kasten 3) hinweisen, werden sich mehren.

### Kasten 3: Diagnostische Kriterien der "Störung des Sozialverhaltens" gemäß DSM-IV:

#### Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

- bedroht oder schüchtert andere häufig ein,
- beginnt häufig Schlägereien,
- hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z.B. Schlagstöcke, Ziegelsteine, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehre),
- war körperlich grausam zu Menschen,
- quälte Tiere,
- hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall),
- zwang andere zu sexuellen Handlungen;

#### Zerstörung von Eigentum

- beging vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen,
- zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung);

#### Betrug oder Diebstahl

- brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein,
- lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen (d.h. „legt andere herein“),
- stahl Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer (z.B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen);

#### Schwere Regelverstöße

- bleibt schon vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg,
- lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er/sie noch bei den Eltern oder einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit),
- schwänzt schon vor dem Alter von 13 Jahren häufig die Schule.

Mindestens 3 der genannten Kriterien müssen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten zu beobachten sein.

Die Störung tritt schätzungsweise bei 9% der Jungen und 2% der Mädchen unter 18 Jahren auf.

Die Störung wird bei Kindern von Eltern mit Antisozialer Persönlichkeit und Alkoholabhängigkeit häufiger festgestellt. Weitere prädisponierende Faktoren:

- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung,
- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten,
- Zurückweisung durch die Eltern,
- Inkonsequente Erziehung,
- häufiger Wechsel der Bezugsperson,
- frühe Einweisung in eine Anstalt,
- Abwesenheit oder Alkoholabhängigkeit des Vaters,
- Großfamilie,
- Zugehörigkeit zu einer kriminellen Randgruppe.

Eine Prognose über den Verlauf ist nur schwer zu treffen, schwere Formen werden beim Einzelgängertypus - agiert alleine seine Aggressivität aus - leicht chronisch, als Erwachsener hat er dann eine "Antisoziale Persönlichkeitsstörung". Beim Gruppentypus treten die Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang mit Gruppenaktivitäten auf, weil die Gruppe von ihren Mitgliedern ein loyales Verhalten verlangt.

Der Unterschied zwischen einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und einer Störung des Sozialverhaltens wird darin gesehen, dass bei ersterer die grundsätzlichen Rechte anderer und wichtige altersgemäße gesellschaftliche Normen und Regeln nicht verletzt werden.

#### 4 Medizinische, verhaltenspsychologische und familiensystemische Maßnahmen

Braun (2000) hat anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt, wie schwer es in der Praxis fällt, eindeutige Ursachenzuschreibungen bei einer H/A-Störung zu machen. Es ist nicht verwunderlich, dass je nach Diagnose- und Erklärungsansatz ("Ätiologie") auch unterschiedliche Interventionen gewählt werden.

Medikamente:

Für die medizinischen Erklärungsansätze stehen medikamentöse Behandlungen im Vordergrund. Mit Berufung auf die Theorie der Untererregung und des Dopaminmangels wird vor allem eine Behandlung mit "Ritalin" empfohlen, möglichst regelmäßig und in hoher Dosierung von bis zu 60 mg (0,2 – 1,0 mg/kg Körpergewicht): Amphetamine verstärken die Ausschüttung und Wirkung der Neurotransmitter Noradrenalin und Dopamin und normalisieren damit die Aktivität der Gehirnregionen, die beim hyperkinetischen Syndrom unteraktiv seien.

60% der Kinder sprechen auf die Stimulantien anfangs gut an, sie werden aufmerksamer, können sich besser konzentrieren, bewegen sich ruhiger und gezielter, die Schrift wird klarer und besser. Nebenwirkungen sind Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Magenbeschwerden, möglicherweise Wachstumsstörungen. Die Dosis muss wegen des Gewöhnungseffekts gesteigert werden. Aggressives und antisoziales Verhalten wird durch Stimulantientherapie wenig beeinflusst. Es gibt damit kaum Langzeiterfolge.

"Was sich mit Medikamenten ebenfalls nicht ändert, ist die Fernprognose. Nachuntersuchungen zeigten, dass Methylphenidat die Kinder in Schule und Elternhaus umgänglicher macht, dass aber das Verlaufsergebnis nach 5 Jahren nicht beeinflusst wurde." (Ruf-Bächtiger, 1987, S. 76)

Die Verordnung und der Konsum von Ritalin-Tabletten ist in den letzten Jahren drastisch angestiegen. „Nach den Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) stieg der Verbrauch von Methylphenidat, dem Wirkstoff dieser Tabletten, von 34 kg im Jahr 1993 auf 119 kg im Jahr 1997. Das entspricht einem Anstieg der insgesamt abgegebenen Tagesdosen von 1,1 Millionen auf 3,9 Millionen. Die im ersten Halbjahr 2001 verschriebene Menge reiche für 16,4 Millionen Einzeltagesdosen.“ (Hüther und Bonney, 2002, S. 13)

Kinder, die beständig Medikamente einnehmen müssen, werden damit in eine Krankenrolle gebracht, mit der sie alleine nur schwer umgehen können. Sie müssten zumindest Unterstützung dabei bekommen, wie sie sich Gleichaltrigen gegenüber verhalten sollen, wenn diese sie wegen ihres Medikamentenkonsums hänseln und stigmatisieren.

Das Gehirn durchläuft auch nach der Geburt einen Reifungs- und Entwicklungsprozess. Medikamente nehmen Einfluss auf die Gehirnentwicklung. Inzwischen mehren sich die Stimmen, welche die Einnahme von Ritalin mit der Entwicklung des Parkinsonsyndroms in Verbindung sehen. Durch die Dauergabe von Ritalin werde die normale Entwicklung des Gehirns gebremst, weil weniger Nervenfortsätze ausgebildet werden, an deren Ende Dopamin ausgeschüttet wird. Dopaminmangel führe dann zu den Symptomen der Parkinsonerkrankung.

„Die frühe Behandlung mit Amphetaminen hätte dann zur Folge, dass bis zur Pubertät weniger dopaminerge Fasern in den entfernteren Hirnregionen ankommen und das dort entstehende ‚Gestrüpp‘ dieser Nervenfortsätze und –endigungen weniger dicht wird. Wenn das dopaminerge System bei ADHS-Kindern tatsächlich zu stark ausgebildet sein sollte, so würde es durch die Behandlung an seiner weiteren Entfaltung gehindert, also gewissermaßen ‚zurückgestutzt‘. Werden aber Kinder mit Ritalin behandelt, die gar kein überstark ausgebildetes dopaminerges System besitzen und nur ähnliche Verhaltensstörungen aufweisen, so würde durch die ‚Behandlung‘ eine defizitäre Ausformung der dopaminergen Innervation in den distalen Zielgebieten (z.B. im Striatum) erzeugt. Damit liefe man Gefahr, die Voraussetzungen für die Entstehung eines Krankheitsbildes zu verbessern, das durch eine unzureichende Aktivität des nigrostriatalen dopaminergen Systems gekennzeichnet ist, aber erst viel später zutage tritt: das Parkinson-Syndrom.“ (Hüther, 2002, S. 73)

Auch Joachim Bauer warnt angesichts der steigenden Tendenz, Kindern Methylphenidat-Präparate zu verschreiben, vor den Nebenwirkungen und Spätfolgen: „Methylphenidat beziehungsweise Ritalin kann erhebliche Nebenwirkungen wie z.B. Schlafstörungen und Magenbeschwerden mit sich bringen. Als besonders schwere Nebenwirkung von Ritalin wurde das Auftreten von Ticks (unwillkürliche, zuckende stereotype Bewegungen) beschrieben.“ (Bauer, 2002, S. 159).

#### Diäten:

Die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen ist bei Diäten weniger gegeben, solange es zu keiner Mangelernährung kommt. Der Einfluss der Nahrung auf die körperliche und seelische Gesundheit wird damit in den Vordergrund gerückt, was bei normalen Kindern sicher angebracht ist. Entsprechend der Theorie besteht eine "Feingold-Diät" in einer salicylatarmen und farbstofffreien Diät.

Aber nur eine Minderheit von Kindern reagiert positiv auf solche Diäten, wahrscheinlich nur jene, die eine Überempfindlichkeit gegen Aspirin (Acetylsalicylsäure) aufweisen und eine Le-

bensmittelallergie haben; um den Salicylatgehalt einer Aspirin-Tablette zu erreichen, müsste ein Kind ca. 200 kg Tomaten auf einmal verzehren.

Medikamentöse und ernährungsbezogene Maßnahmen müssen selbstverständlich unter fachärztlicher Kontrolle stattfinden.

Frühförderung, Sonder-, Behinderten-, Heilpädagogik:

Die einzelnen Begriffe sagen zwar unterschiedliches aus, beinhalten aber alle den Ansatz, durch gezielte, der Störung des Kindes angemessene pädagogische Interventionen zu versuchen, Behinderungen aufzuheben oder zumindest zu kompensieren oder ihrer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken. Oft ist auch die Rede vom neurologischen, wie emotionalen Nachreifen, das durch die jeweiligen Fördermaßnahmen erreicht werden soll. Maßnahmen im Einzelnen sind:

- Nachentwicklung von Basisfertigkeiten wie Wahrnehmung, Konzentration, Denken, Handeln in vielen kleinen Lernschritten,
- Training der Motorik (Turnen, Schwimmen, Schneiden, Malen ...),
- Logopädie,
- Kognitionen und Emotionen in Einklang bringen,
- "innere" Ordnung herstellen,
- Erziehung zur Selbständigkeit,
- Entwicklung von sozialen Fertigkeiten.

Psychotherapie mit den Kindern:

Meist handelt es sich dabei um die Anwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien: unerwünschtes Verhalten ignorieren, um es zu "löschen", erwünschtes Verhalten durch Zuwendung, Lob, Anerkennung aufbauen und "verstärken". Die zur Untererregung passende Therapie lässt die Kinder sich zunächst einmal austoben, um sie dann schrittweise von der Außensteuerung zur Innensteuerung zu bringen ("Stop! Schau! Höre! Denke!").

Mittels der sog. Festhaltetherapie, wie sie von Irina Prekop entwickelt wurde, sollen Eltern ihre körperliche Überlegenheit nutzen und das Kind so lange in einer festen Umklammerung halten, bis es seinen Widerstand erschöpft aufgibt. In dieser Phase soll es dann zu einer emotionalen Wiederannäherung zwischen dem Kind und seinem Elternteil kommen. Kontrollierte Studien zu dieser Therapieform, die vor allem auf einer sorgfältigen Diagnose der behandelten Verhaltensauffälligkeiten beruhen, fehlen.

Methoden, die zur Beruhigung gestresster Erwachsener konzipiert wurden (Entspannungsübungen, Autogenes Training) werden in jüngster Zeit zunehmend auch für Kinder entwickelt (Friebel, Erkert, & Friedrich, 1993; Krowatschek, 1994). Auch hier fehlen Studien, ob solche Methoden Kindern mit der Diagnose Hyperaktivität ermöglichen, Verhalten wieder besser zu kontrollieren und ihre eigene Entwicklung wieder besser zu steuern (Krampe, 2000).

Elterntherapie:

Die Eltern hyperaktiver Kinder fühlen sich meist überfordert und suchen nach dem Schuldigen an der Misere. Zum Teil machen sie das Kind dafür verantwortlich, unterstellen ihm mangelnde Elternliebe und einen schlechten Charakter, zum Teil suchen sie die Schuld bei sich, in ihrem Erziehungsverhalten oder Problemen in ihrer Partnerschaft. Für Eltern ist es daher hilfreich zu erkennen, dass es organische Grundlagen für das hyperaktive Verhalten ihres Kindes geben kann, auf die das Kind keinen Einfluss hat und dass das Kind sie nicht "aus bösem Willen" terrorisiert. Die begrenzten Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung müssen ihnen jedoch

auch verdeutlicht werden, da das Ausbleiben von durchschlagenden Fortschritten bei vielen Einzelmaßnahmen verzweifelnde Eltern anfällig für angebliche Wundermittel und -therapien macht (Blutwäsche, Bestrahlungen ...).

Andererseits ist es für die Eltern auch hilfreich, ihr Erziehungsverhalten besser zu erkennen. Sie sollten lernen, wie sie dem Kind konsequent vernünftige Grenzen setzen und welche Verhaltensweisen sie mit Rücksicht auf die Hyperaktivität tolerieren können. Schließlich sollten sie sich darüber klar werden, welche konflikthafter Beziehungen in der Familie das hyperaktive Kind zusätzlich belasten.

Elternarbeit und das Einbeziehen anderer Beteiligter (v.a. Erzieherinnen, Lehrer in der Schule, behandelnde Ärzte) in die Interventionsmaßnahmen, damit diese nicht unterlaufen werden (z.B. durch nachgiebige Mutter), ist mindestens genauso wichtig, wie die pädagogisch-psychologische Arbeit mit dem Kind, z.B. in einer Heilpädagogischen Tagesstätte. Hier haben vor allem Erzieher- und SozialpädagogInnen die wichtige Aufgabe, zur Qualitätssicherung der sozialpädagogischen Arbeit die Vernetzung der verschiedenen Beteiligten (HPT, Familie, Schule, Ärzte ...) voranzubringen, die Verbreitung von Wissen, den Austausch von Erfahrungen, den Abgleich von Diagnosen und die Koordination von Behandlungsmaßnahmen zu fördern.

**Aufstellungen als Diagnose- und Therapiemethode:**

Wie die Arbeit von Bettina Schwer (2004) zeigt, kann durch Familienaufstellungen deutlicher erkannt werden, von welcher Qualität die Unruhe eines Kindes ist und in welchen Zusammenhängen es mit den ungelösten emotionalen Konflikten der Eltern steht. Für Eltern wie für die Mitarbeiter der HPT war es sehr hilfreich, durch Aufstellungen einen anderen Blick auf das als „hyperaktiv“ diagnostizierte Kind zu bekommen. Die unterschiedlichen Ursachen, welche die Unruhe eines Kindes hervorrufen, konnten deutlicher von einander unterschieden werden: Einer der erfreulichsten Ergebnisse dieser kleinen Studie zum Hyperaktivitätssyndrom war, dass die Eltern, Erzieher und Sozialpädagogen, die es mit hyperaktiven Kindern zu tun hatten, offenbar zum erstenmal das Kind besser verstehen konnten. Das Wesentliche dabei war, das Symptom Hyperaktivität und das Kind durch zwei Stellvertreter darstellen zu lassen. Nachbefragungen der Eltern sechs Monate nach der Aufstellung erbrachten z.B.: „Herr und Frau Huber erlebten durch die Aufstellung nach eigenen Angaben eine große Erleichterung. Sie können Lukas und seine Gefühlswelt nun besser verstehen, dass er sich eingeeengt und belastet fühlt. Frau Huber kann die Nähe ihres Sohnes nun besser ertragen, während Herr Huber seinen Sohn getrennt von der Hyperaktivität wahrnehmen kann. Er kann ihn als Lukas wahrnehmen, der eine große Belastung mit sich trägt. Sie sehen das Verhalten ihres Sohnes nicht mehr als böswillig an, reagieren selbst ruhiger und erhalten dadurch einen besseren Zugang zu Lukas. Der Junge scheint viel ausgeglichener zu sein.“ (Schwer 2004, S. 81)

Wie schon erwähnt, habe ich im November 2004 ein Sonderseminar mit Familienaufstellungen zum Thema Hyperaktivität durchgeführt. 7 Elternpaare waren zur Mitarbeit bereit und jeweils einer der Eltern machte eine Aufstellung. Demnach bestätigte sich die Hypothese, dass Hyperaktivität bei einem Kind ein Symptom sein kann, dass auf eine Störung in der Eltern-Kind-Bindung verweist, die durch Traumaerfahrungen der Eltern hervorgerufen werden kann. Die Unruhe und Nervosität des Kindes ist somit ein Traumasymptom, das es im Bindungsprozess von den Eltern übernommen hat. Sind die Eltern somit bereit und in der Lage, an ihren eigenen seelischen Auf- und Abspaltungen therapeutisch zu arbeiten, so verbessert dies ihre Bindung zum Kind und die traumabedingte Unruhe kann zum Abklingen kommen, das unruhige Kind kann sich entspannen.

## Literatur:

- Bauer, J. (2002). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt/M.: Eichborn.
- Bettelheim, B. (1973). So können sie nicht leben. Die Rehabilitierung emotional gestörter Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Braun, A. (2000). Welche Ursachen hat Hyperaktivität? Überprüfung verschiedener Annahmen anhand eines Fallbeispiels. Konsequenzen für die Sozialpädagogische Betreuung eines hyperaktiven Jugendlichen. Diplomarbeit. Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Calatin, A. (1992). Kursbuch Eltern: Das hyperaktive Kind. München: Heyne.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1979). Klinische Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Döpfner, M. (1993). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. (S. 165-217). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Egger, J., Carter, C. M. & Wilson, J. (1983). Is migraine food allergy? A double blind controlled trail of olioantigenetic treatment. *Lancet*, 2, 865-869.
- Eichsleder, W. (1991). Psychopathologische Hintergründe des hyperkinetischen Syndroms. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 2, 27-39.
- Facaoaru, C. (1998). Das Hyperkinetische Syndrom: Erscheinungsbild, Ursachen, Interventionsmöglichkeiten. Kinder- und Poliklinik der TU München: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Freund, Christina (2006). Welche Ursachen hat die ADHS-Symptomatik? Fallanalysen auf der Basis einer mehrgenerationalen Psychotraumatologie. Möglichkeiten für eine hilfreiche Sozialarbeit. München: Katholische Stiftungsfachhochschule.
- Friebel, V., Erkert, A. & Friedrich, S. (1993). Kreative Entspannung im Kindergarten. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Grisseemann, H. (1986). Hyeraktive Kinder. Bern: Huber Verlag.
- Krampen, G. (2000). Interventionsspezifische diagnostik und Evaluation beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kinder und Jugendlichen. *Report Psychologie*, 3, 182-205.
- Krause, J. & Krause, K.-H. (2003). ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart: Schattauer.
- Krowatschek, D. (1994). Entspannung in der Schule: Anleitung zur Durchführung von Entspannungsverfahren in den Klassen 1-6. Dortmund: Borgmann.
- Lauth, G. & Schlottke, P. (1993). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz.
- Mayer, M. (1995). Aufmerksamkeitsgestörte Kinder in einer Heilpädagogischen Tagesstätte - Ausarbeitung eines systemischen, fachübergreifenden Arbeitsansatzes auf der Basis praktischer Erfahrungen und eigener Analysen in diesem Arbeitsfeld. Diplomarbeit: Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Neuhaus, C. (1999). Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Berlin: Urania-Ravensburger Verlag.
- Prekop, J. & Schweizer, C. (1993). Unruhige Kinder. Ein Ratgeber für beunruhigte Eltern. München: Kösel.
- Richter, H. E. (1991). Eltern, Kind, Neurose. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Ruf-Bächtiger, L. (1987). Das frühkindliche psychoorganische Syndrom: minimale zerebrale Dysfunktion, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: ?.
- Ruppert, F. (2002). Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie. München: Kösel.

- Ruppert, F. (2005). Trauma, Bindung und Familienstellen – seelische Verletzungen verstehen und heilen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schor, B. (1992). Hyperkinese - ein Trauma für Kind und Mitwelt. Zeitschrift für Heilpädagogik, 10, 667-674.
- Skrodzki, K. (1996). Das Hyperkinetische Syndrom. In Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität (Hg.), Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? Forchheim: o.V.
- Voß, R. (1991). Hyperaktivität: Warum Philipp zappelt. Psychologie heute, 6, 36-42.
- Wender, P. & Wender, H. E. (1983). Das hyperaktive Kind und das Kind mit Lernstörungen. Ravensburg:
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). Diagnostische und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schwer, B. (2004). Kann die Systemische Psychotraumatologie Betreuern und Eltern beim Umgang mit hyperaktiven Kindern helfen? Einsichten gewonnen aus Familienaufstellungen an einer Heilpädagogischen Kindertagesstätte. Diplomarbeit. Katholische Stiftungsfachhochschule München.