

Bonney, Helmut

Neues vom "Zappelphilipp" - Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 4, S. 285-299

urn:nbn:de:0111-opus-9117

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

49. Jahrgang 2000

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Friedrich Specht, Göttingen – Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie

Helmut Bonney

Summary

Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories

Inquired for a therapeutic mode changing hyperactive behavior without application of drugs or diets we analyzed the patterns of cognition, communication and systembehavior related to such disturbed children and their families. Following our observations we created a clinically useful therapy basing on a special view to system- and communication theory. We applicated our therapeutic mode generally to as hyperactive identified primary school children and collected in N=46 cases catamnestic data about five years later. In more than 80% out of the sample we found successful developments after application of in means 8 therapeutic sessions during 9 months. About 53% out of the successful treatet children show a splendid school success. Our results are demanding for an extended discussion of relations and family constellations including hyperactive behavior of one child. Searching for the possibilities of change in the view of systemtheory it seems to be more appropriate to consider relations but individual behavior.

Zusammenfassung

Beauftragt von Eltern von Kindern mit hyperkinetischen Störungen, die eine Arzneitherapie ablehnten und/oder sich als Non-Responder auf pharmakologische und/oder diätetische Interventionen erwiesen hatten, entwickelten wir ein klinisch nützliches Behandlungskonzept. Die Ableitung und Begründung dieses therapeutischen Ansatzes wird vor dem Hintergrund von Kognitionspsychologie, Kommunikations- und Systemtheorie eingehend dargestellt. Die katamnestiche Prüfung der Effekte unseres Konzepts bezieht sich auf die Behandlung von 46 sechs- bis elfjährigen Kindern nach durchschnittlich fünf Jahren: Bei einer mittleren Häufigkeit von 8 Sitzungen innerhalb von 9 Monaten waren in mehr als 80% günstige Verläufe zu verzeichnen. In 53% der erfolgreich behandelten Fälle besuchen die Kinder mit gutem Erfolg eine weiterführende Schule. Diese im Vergleich guten Ergebnisse verlangen die Bedeutung familiärer

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49: 285-299 (2000), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2000

Strukturen und Kommunikationsmodalitäten zu diskutieren, innerhalb derer hyperaktives Verhalten beobachtet wird. Therapeutische Strategien mit dem Ziel, den Wandel hyperaktiven Verhaltens (ADHD) zu bewirken, erweisen sich offensichtlich dann als sehr aussichtsreich, wenn neben Interventionen auf individueller Ebene die Kommunikationsmuster und das familiäre Beziehungsgeschehen Berücksichtigung finden.

1 Einleitung

Der „Zappelphilipp“ des Nervenarztes Dr. Hofmann (1845) bereitet Eltern, Pädagogen, Therapeuten und Ärzten weiterhin Mühe. Auch in neuerer Zeit besteht im wissenschaftlichen Diskurs Einigkeit darüber, daß die meßbaren Befunde, die sich auf Zentralnervensystem, Neurobiologie, Intermediärstoffwechsel und genetischer Ausstattung beziehen, allein nicht zur ursächlichen Erklärung des spezifisch auffälligen Verhaltens herangezogen werden können (vgl. Laucht et al. 1986; Eisert 1993; Schulz et al. 1997; Breggin 1997; Rapoport et al. 1998). Zur Einflußnahme auf das sozial bedeutsame Störungsbild wurden in Kombination mit der Gabe von Stimulantien pädagogische und behavioristische Konzeptionen entwickelt (Döpfner et al. 1997; Frölich und Döpfner 1997).

Der von uns dargestellte und geprüfte Lösungsweg, dessen Ableitung und Effekt uns auf der Grundlage von Kommunikations- und Systemtheorie verstehbar erscheinen, erfüllt die Forderung nach klinischer Nützlichkeit (Reiter 1995) und eröffnet aus unserer Erfahrung heraus verbesserte Chancen für die betroffenen Kinder und deren Familien.

2 Falldefinition und klinisches Phänomen

2.1 Falldefinition

Zur Falldefinition wird im wissenschaftlichen Diskurs die Reduktion des interaktiven Geschehens auf die klinische Bewertung dreier kindlicher Verhaltenselemente mittels Beobachtungsratings vorgenommen: Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität und Impulsivität. Bestehen laut Beobachtung diese drei Elemente bei einem wenigstens sechs Jahre alten Kind länger als sechs Monate, kann nach geltender Falldefinition von einer hyperaktiven Störung oder ADHD gesprochen werden (Döpfner u. Lehmkuhl 1998).

2.2 Das typische klinische Phänomen

Ein Kind im Grundschulalter (meist ein Junge) in spielerischer/motorischer Aktivität, die er häufig durch sein Lautieren oder Erzeugen von Geräuschen begleitet, wird durch seine Umgebungspersonen mit sprachlichen Mitteln dazu aufgefordert, sein Verhalten zu unterbrechen und sozial erwünschte Verhaltensvorschriften zu befolgen. Statt die-

sen Aufforderungen Folge zu leisten, scheint es diese fortgesetzt zu ignorieren und darin zu persistieren, seinen eigenen Impulsen zu folgen. Alle Versuche der Umgebung, das Kind mit sprachlichen Mitteln zur Kontrolle seiner Impulse und zu Verhaltensänderungen zu bewegen, bleiben erfolglos. Das Kind scheint diese Aufforderungen nicht zu hören, perseveriert und/oder reagiert vielmehr mit gesteigerter motorischer und bisweilen akustischer Aktivität.

Da das Kind sich bezüglich der Aufforderungen durch die Umgebung ablehnend verhält, wird es als u.U. als oppositionell beurteilt. Bleibt es in bezug zu den Impulsen aus seiner Umgebung regelmäßig bei seinem Nein, reagieren die Umgebungspersonen nach ihren frustrierten verlaufenen Versuchen, Impulskontrolle zu bewirken, ihrerseits mit Rückzug aus der sozialen Situation, in die das Kind einbezogen ist. Das Kind handelt sich so das Nein seiner Umgebungspersonen ein und erfährt die Beurteilungen, nicht führbar, unaufmerksam, unsozial, unkontrolliert und/oder oppositionell zu sein.

3 Soziale Bedeutung

Den Verhaltenselementen der Falldefinition ist gemeinsam, daß sie das Gelingen der sozialen Beziehungen in Familie, Kindergarten, Schule und Peergroup in Frage stellen. Eltern erleben sich hinsichtlich ihrer Erziehungsanstrengungen als unzureichend wirksam; Pädagogen im Kindergarten sehen das Scheitern ihrer Konzepte. In der Schule müssen die Lehrer mit dem mangelnden Erfolg der bezeichneten Kinder beim fachlichen und sozialen Lernen umgehen, und mit Blick auf die Peerbeziehungen haben die betreffenden Kinder ihre drohende Ausgrenzung zu bewältigen.

3.1 Problematik des sprachlichen Zugangs

Die Begriffsbildung und Definition hyperkinetischen/hypermotorischen Verhaltens bezieht sich auf die kindliche Expression mittels Bewegung. Entsprechend kritisieren Eltern und Pädagogen zwar die „Zappeligkeit“ des Kindes, bringen aber ihre Klagen in erster Linie in Begriffen zum Ausdruck, die Störungen der akustischen Perzeptionsleistungen implizieren: das Kind höre nicht, sei ungehorsam und begleite seine Aktivität mit unverständlichem Lautieren und hervorgerufenen Geräuschen. Wirksame pädagogische und/oder therapeutische Bemühungen werden bei unterschiedlicher Toleranz der Beobachter weniger wegen des motorischen Aktivitätsniveaus eingefordert, sondern mehr wegen des Versagens der Erziehungsanstrengungen mittels des gesprochenen Wortes. Die Reaktionen/Aufmerksamkeitsleistungen von ADHD-Kindern wurden von Lincoln (1998) eingehend untersucht. Generell werden Klagen über das unpassende motorische Verhalten eines Kindes im Verlauf der Entwicklungslinie erst dann geführt, wenn die nach kultureller Übereinkunft erwarteten und konstruktiven Reaktionen des Kindes auf die verbalen Interventionen durch die verantwortlichen Umgebungspersonen fortwährend enttäuscht werden.

3.2 *Aufmerksamkeitsleistungen in Ausnahmesituationen*

Die Eltern und Erzieher dieser Kinder berichten von regelmäßig zu beobachtenden Situationen, in denen länger gespannte Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und motorische und akustische Ruhe vorherrschen: Wenn das Kind etwa in eine Situation gestellt ist, die ihm ungewohnt und neu erscheint, kann es sich eher angemessen und aufmerksam verhalten; z. B. im Kontakt mit ihm noch unbekanntem Personen oder bei Angebot eines neuen Spielmaterials. Diese Bedingtheit hyperkinetischen Verhaltens ist regelmäßig zu beobachten, wenn das ADHD-Kind in der kinderpsychiatrischen Sprechstunde der Erstuntersuchung zugeführt wird und sich gänzlich unauffällig zeigt. Das mit dem Begriff „hyperkinetisch“ belegte Verhaltensmuster erscheint somit als eine mit Wahrscheinlichkeit beobachtbare und motivational abhängige Tendenz.

3.3 *Sensibilität und Motivation*

Hyperkinetische Kinder, die die Kriterien der Falldefinition erfüllen, lassen sich unter Verzicht auf psychopathologische Zuschreibungen charakterisieren als sensible Individuen mit der Tendenz, sich viel zu bewegen und unzuverlässige Reaktionen auf sprachliche Einlassungen zu zeigen. Kinder mit hypermotorischen Störungen werden in der Regel von den verantwortlichen Bezugspersonen als im Grunde empfindsam beschrieben. Dabei scheinen diese Kinder in problematischen Situationen auch auf sprachliche Aufforderung hin nur schwer zum Blickkontakt zu bewegen zu sein, weshalb in der Sprechstunde immer wieder die Frage aufgeworfen wird, ob das Kind womöglich autistische Züge haben könnte.

Zur Bedeutung motivationaler Aspekte: Sonuga-Barke (1998) konnte in einer kontrollierten experimentellen Studie zeigen, daß sich Kinder mit ADHD von einer Vergleichsgruppe durch ihre Fähigkeit unterscheiden, ihre Handlungsintentionen aufzuschieben. Als bemerkenswert stellte sich dabei heraus, daß die gesunde Kontrollgruppe der ADHD-Gruppe zwar überlegen war, wenn das „Delay-Verhalten“ relativ geringfügig belohnt wurde, daß die ADHD-Gruppe sich aber als weit überlegen zeigte, wenn hohe Belohnungen in Aussicht gestellt waren. Das heißt, daß die untersuchten ADHD-Kinder durchaus über die Fähigkeit zur Impulskontrolle verfügen, wenn sie dazu motiviert sind oder werden.

4 *Ausgangspunkte unserer Therapieentwicklung*

4.1 *Intraindividuelle Ebene*

Unser Ausgangspunkt war der Impuls, wirksame Handlungsweisen zu suchen, wenn Kinder mit ADHD-Syndromen mit den üblichen therapeutischen Strategien nicht be-

handelt werden sollten oder darauf nicht reagiert hatten. Gebunden an ambulante Arbeitskontexte, gingen wir zunächst vollkommen pragmatisch vor: Was erweist sich im Sinne von Reiter (1995) als klinisch nützlich?

4.1.1 *Bedeutung und Bewertung von Ausnahmen*

Um auf intraindividuelle Ebene zu therapeutischen Handlungen gelangen zu können, stützten wir uns zum einen auf die Schilderung und die eigene Wahrnehmung von Ausnahmen in der Kette von ADHD-Verhaltenssequenzen. Die zu beobachtenden Ausnahmen werteten wir als Beleg dafür, daß diese Kinder prinzipiell über ungestörte zentralnervöse Funktionsabläufe verfügen. Wenn sie aber solche Dysfunktionalität nicht (durchgehend) zeigen, müßten Möglichkeiten zur Umgehung ihrer Schwierigkeiten zu entdecken sein.

4.1.2 *Perzeptiv-expressive Lernstörung und sensorische Repräsentation*

Johnson und Myklebust (1969) entwickelten ohne Kenntnis des heute verfügbaren neurophysiologischen Detailwissens eine wirksame Konzeption zur Behandlung von Lern- und Teilleistungsstörungen. Sie trafen dazu die Unterscheidung nach perzeptiv und expressiv begründbaren Leistungsstörungen und machten differenzierte Angaben darüber, mit welchen heilpädagogischen Mitteln identifizierte Erschwernisse der Perzeption und Expression umgangen werden können.

Diese Konzeption erfährt mit praktischer Bedeutung eine Ergänzung durch die Annahmen von Grinder und Bandler (1985) über die Funktionsweisen sensorischer Repräsentationssysteme: Da ADHD-Kinder auf verbale Ansprache undifferenziert motorisch-expressiv reagieren, wäre demnach anzunehmen, daß bei ihnen die akustische Repräsentation der Erfahrung erschwert ist und sie vorwiegend taktil-kinästhetisch repräsentiert sind. Dieser Hypothese folgend war daher nach einem Weg zu suchen, die Fähigkeit zur zentralen akustischen Repräsentation der Hörerfahrung zu verbessern. Wäre das zu bewirken, müßte auch zu erreichen sein, daß ADHD-Kinder ihr undifferenziert wirkendes Mehr/Zuviel an motorischer Expression vermindern. Zweitens würde damit erreicht, daß ADHD-Kinder ihre Tendenz zu ständiger Geräuscherzeugung abbauen.

4.1.3 *Systemische Kognitionstheorie*

Heinz von Foerster (1985) bezieht sich bei der Darlegung seiner systemtheoretischen Vorstellungen über die Entwicklung der menschlichen Kognition auf die bereits von Piaget beschriebene rekursive Beziehung zwischen Motorium und Sensorium: Das Sensorium als das System der bewußten Sinneswahrnehmungen, das Motorium als das der gewollten Bewegungsabläufe. Piaget hat systematisch untersucht, daß Neugeborene und junge Säuglinge auf eine sensorische Stimulation (Erfahrung) hin zuerst eine motorische Reaktion zeigen. So ist in der Folge die motorischen Reaktion nutzbringend für die Interpretation der sensorischen Erfahrung und vice versa: Das Motorium liefert die Interpretation für das Sensorium und das Sensorium die Interpretation für das Motorium.

Diese Rekursion kann schematisiert folgendermaßen modellhaft dargestellt werden:

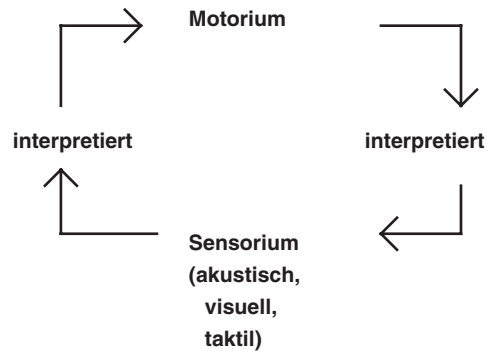


Abb. 1: Rekursive Beziehung zwischen Motorium und Sensorium nach v. Foerster (1985)

Die Anwendung dieses Modells auf unser Problem führt zu der Frage, ob bei ADHD-Kindern die Rekursion zwischen akustischer Stimulation und motorischer Antwort insofern gestört verläuft, als die passende Interpretation des akustischen Signals – Ansprache durch die Umgebung in bezug auf die soziale Situation – mißlingt und der kindliche Kognitions- und Erkenntnisprozeß gestört oder erschwert wird. Die Repräsentation (Wahrnehmung) der akustischen Afferenz wird unpassend und zieht lediglich eine ungerichtet wirkende, motorische Reaktion nach sich; die notwendige rekursive Sequenz wird gestört.

Zu der Entwicklung der Therapiechance unter Berücksichtigung dieses Kognitionsmodells und der angenommen, dominanten taktil-kinästhetischen zentralen Repräsentation hatten wir zu prüfen, ob Kinder mit hypermotorischen Störungen dann eher zur passenden Interpretation der akustischen Afferenz gelangen können, wenn dieser initial eine taktile Stimulation vorausgeht, sich die Kontaktaufnahme also – wie bei sehr jungen Kindern – auf die Perzeption der Berührung verläßt, bevor man von einem genügend entwickelten Sprachverständnis ausgehen kann.

4.2 Interaktive Bezüge

Wir ausgeführt haben, verstehen wir das ADHD-Verhalten nicht allein intraindividuell, sondern sehen bei der Entwicklung eines neuen Therapieansatzes auch die Notwendigkeit, die interaktiven Bezüge zu berücksichtigen. Zur Begründung verweisen wir auf die Theorie der zwischenmenschlichen Kommunikation nach Watzlawick (1985) und eine Anwendung der Systemtheorie nach Ludewig (1992). Bandler und Grinder (1989) haben später im Rahmen ihrer Entwicklung hypnotherapeutischer Therapieansätze den im Sinne von Watzlawick metakommunikativen Beziehungsaspekt der gegenseitigen Annahme der Interaktionspartner als „Ja-Haltung“ und denjenigen der Ablehnung als „Nein-Haltung“ bezeichnet.

Für unsere Fragestellung lassen sich diese Modelle nutzbringend anwenden: Antwortet das ADHD-Kind unpassend auf die Ansprache durch seine Umgebung, kann diese Interaktionssequenz, die in einen „Nein“-Zustand führt, unter den Aspekten von Kommunikation und Metakommunikation in folgendem Schema modellhaft dargestellt werden:

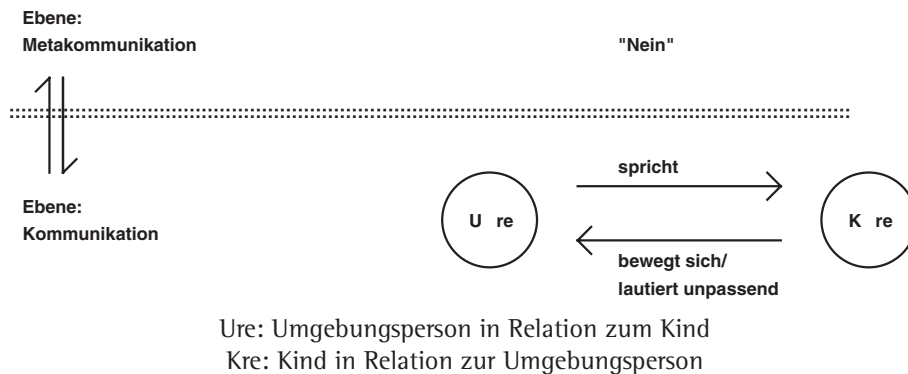


Abb. 2: Metakommunikationszustand „Nein“ bei Mißlingen der Kommunikation von Kind und Umgebung

Das Kind (Kre) und seine Umgebungspersonen (Ure) stehen in inhaltlicher Kommunikation und werten die Beziehung schließlich als mißlungen: Tut das Kind nicht, was von ihm gefordert wird, erleben sich die Umgebungspersonen dadurch als entwertet. In der Folge erhält das Kind ablehnende Botschaften, die es seinerseits als erfahrene Entwertung klassifiziert: Das bedeutet ein gegenseitiges Nein auf der Ebene der Bedeutungszuschreibungen.

4.2.1 Systemtheoretischer Aspekt

Nach dem von Ludewig (1992) verwendeten Systemdefinition ist zwischenmenschliches Verhalten als interaktiver Prozeß zwischen den Systemelementen, den Mitgliedern des Systems, aufzufassen, die innerhalb einer Sinngrenze des Systems aufeinander bezogen und miteinander umgehen („relationieren“). Bewegt man sich von einer Beobachtungsweise, die auf die Analyse individuelles Verhaltens zielt, zur Betrachtung von Systemverhalten, ist das hypermotorische, impulsive, und aufmerksamkeitsgestörte Handeln eines Kindes nicht als eine seiner Eigenschaften aufzufassen, mittels derer es seine Modalitäten zu kommunizieren und zu metakommunizieren gestaltet. Vielmehr wäre von einem Beziehungssystem zu sprechen, das zu einem Beobachtungszeitpunkt ADHD-Verhaltensweisen enthält.

Im ungünstigen Fall spielt ein betroffenes Kind in der schlecht gelingenden Choreographie der sich innerhalb der Systeme organisierenden Elemente (Keeney 1987) schließlich eine problematische Rolle, die durch verschiedene psychopathologische Termini ihre Charakteristik erfährt. Schließlich kann sich das Systemverhalten einem Organisationsmuster nähern, das durch einen jederseitigen Rückzug bestimmt er-

scheint: Das Kind isoliert sich und ebenso stellen die es umgebenden Elemente ihre Kontaktbemühungen ein:

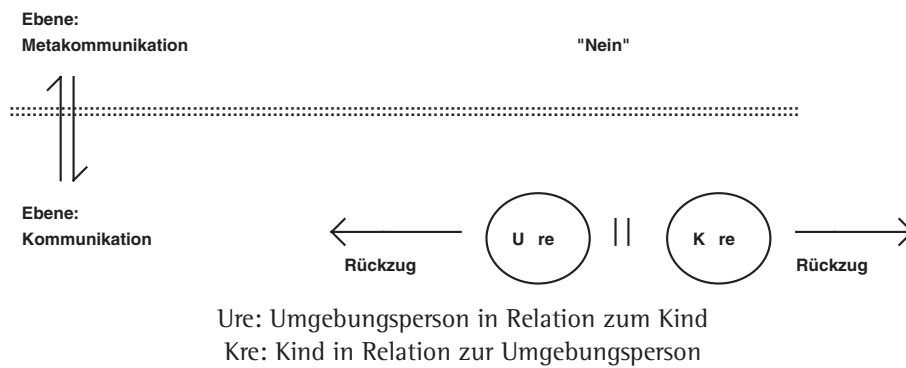


Abb. 3: Systemzustand „Nein“: Allseitiger Rückzug bei Mißlingen der Kommunikation

5 Integratives Modell des kognitionspsychologischen, kommunikativen und systemischen Prozesses

In Abgrenzung zu neurophysiologischen Annahmen, die allein auf intraindividuellem Ebene verhaltensbegründende Ursachen suchen, gelangen wir zu folgendem integrativen Modell:

Das Kind erfährt als sensorische Afferenz, von der Umgebung angesprochen zu werden und reagiert mit einer unpassend erscheinenden motorischen und bisweilen akustischen Efferenz.

Das Ausbleiben der erwarteten Reaktion entspricht in metakommunikativer Deutung einem Nein: Auf zahlreiche frustrane Versuche der Umgebung, vom Kind eine passende Reaktion zu erhalten, folgt schließlich ein Rückzug der Umgebungsperson; korrespondierend dazu wendet sich das in die kommunikative Sequenz eingebundene Kind ab.

In systemtheoretischer Deutung ist der Prozeß der gegenseitigen Bedeutungszuschreibungen (Metakommunikation) als eine Qualität des Relationierens der Systemmitglieder operational zu beschreiben. Diese Qualität hat im Ablauf des kommunikativen Geschehens Einfluß auf die rekursive Entwicklung des gegenseitigen Verhaltens und definiert das affektive Klima der innersystemischen Beziehungen: Im Systemzustand „Ja“ gelingen die Beziehungen der Systemmitglieder, im Systemzustand „Nein“ bleibt das Gefühl des gegenseitigen Verständnisses aus, und auf höheren Kommunikationsebenen erfolgen weitere Bedeutungszuschreibungen im Sinne von Entwertung und Ablehnung.

In einem System, das ADHD-Verhalten einschließt, erleben die Umgebungspersonen dann ihr auf das Kind gerichtete Handeln als wirkungslos, wenn die sensorische Modalität „Ansprache“ nicht zur geforderten Verhaltensänderung führt. Das Kind zeigt sich in Bewegung und/oder nutzt den motorischen Sprechapparat, seine sprachlichen oder undifferenzierten akustischen Antworten lassen eine inhaltsbezogene Relation

zur erfolgten Ansprache kaum oder nicht erkennen. Und dies veranlaßt gegebenenfalls zur Annahme/Konstruktion einer nicht beobachtbaren zentralnervösen Funktionsstörung, die das beobachtete Verhalten erklärbar machen soll (Simon 1995).

6 Eine Lösung

Die Anwendung des entwickelten integrativen Modells hat zwei Ziele zu erreichen:

- (1) In intraindividuelle kognitionspsychologische Hinsicht muß es dem Kind gelingen, auf akustische Signale nicht undifferenziert motorisch-expressiv, sondern mit passendem Antwortverhalten zu reagieren.
- (2) In kommunikativ-systemischer Hinsicht muß der Wandel vom Systemzustand „Nein“ zum Zustand „Ja“ erreicht werden.

Wir prüften daher bei diesen zu behandelnden Kindern unter der Annahme der Dominanz des taktil-kinästhetischen Repräsentationssystems in einem ersten Schritt, wie sich ihre beobachtbaren Reaktionen verändern, wenn sie zu Beginn der kommunikativen Sequenz zuerst eine taktile Stimulation erfahren, bevor die Ansprache mit verbalen Mitteln geschieht.

Die Kaskade der mit diesem Schritt erzielten Veränderungen des kindlichen Verhaltens und denen des Systemverhaltens verdeutlicht Abbildung 4.

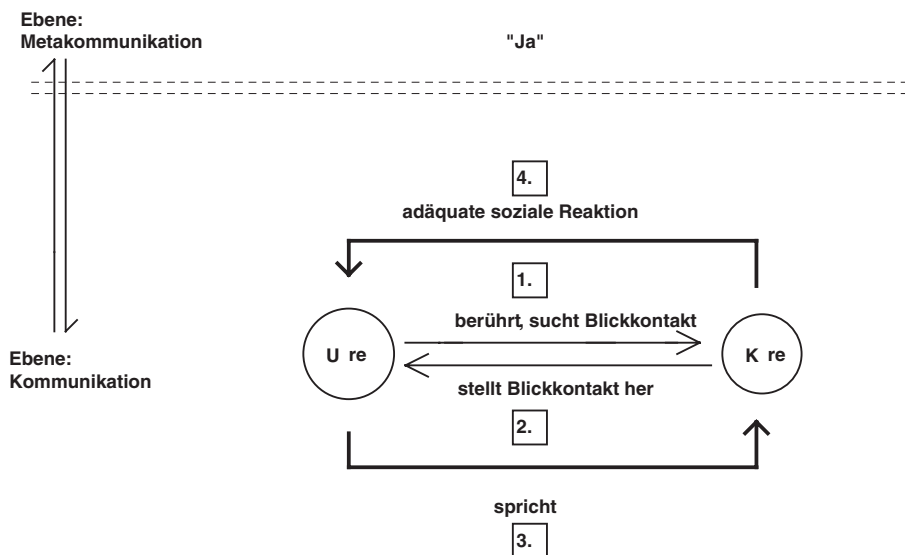


Abb. 4: Systemzustand „Ja“ bei Gelingen der Kommunikation zwischen Kind und Umgebung

Dieses im Prinzip sehr einfache Vorgehen bewirkt, daß das Kind nach initialer taktiler Stimulation (1.) zuerst eine gerichtete visuell-motorischen Reaktion (2.) zeigt: Es sucht in seiner Position verharrend mit Augen- und Kopfbewegungen den Blickkontakt mit seinem Kommunikationspartner. Ist der Blickkontakt zwischen beiden hergestellt, dann erfolgt auf die jetzt einsetzende

Ansprache (3.) eine adäquate soziale Reaktion des Kindes; die zuvor häufige, hypermotorisch genannte Reaktion bleibt aus, es nimmt Kontakt zu der Umgebungsperson auf (4.).

Die erzielten Veränderungen betreffen nicht nur die Ebene der Kommunikation zwischen dem Kind und der Umgebungsperson, sondern auch das affektive Klima und die Bedeutungszuschreibungen (Metakommunikation) im Verlauf der interaktiven Sequenz. Das erste Gelingen des Kontaktes zwischen den Kommunikationspartnern färbt auch die jeweiligen Empfindungen der Beziehungsqualität im Sinne von gegenseitiger Annahme („Ja-Haltung“), was im Rahmen der weiteren Interaktionssequenzen zu weiteren Erleichterungen im kommunikativen Geschehen führt. Die Erfahrung zeigt, daß die zuvor hyperkinetisch reagierenden Kinder sich bereits nach wenigen Tagen in Kontaktsituationen konstruktiver verhalten, so daß auf die geschilderten Kommunikationsfolge – zuerst taktile Zugang, dann optischer, dann akustischer Kontakt – allmählich wieder verzichtet werden kann. So berichten die Eltern initial davon, ihr Kind verhalte sich motorisch ruhiger und schließlich, ihr Kind höre (gehörche) besser.

Zudem wirken die Eltern angesichts der zu verzeichnenden Veränderung entspannter und gelassener; sie erleben sich pädagogisch wirksamer und zeigen sich optimistischer bezüglich der erwarteten weiteren Entwicklung ihres Kindes.

7 Voraussetzungen für das Gelingen der systemischen Lösung

Die dargestellte Lösung darf keinesfalls rezepthaft verstanden werden. Die Bemühungen um ihre Realisation muß in eine familienbezogene psychotherapeutische Arbeit eingebettet werden.

Zu Beginn der Beratung hat man sich die Ausgangssituation zu vergegenwärtigen: Diese ist (a) von Annahmen über die organisch/körperliche „Gestörtheit“ des Kindes und (b) von den Effekten der negativ erlebten Beziehungsdynamik mit Rückzugstendenzen bei Eltern und Kind („metakommunikatives Nein“) geprägt.

So wie die Eltern/Pädagogen die beklagten Verhaltensauffälligkeiten und deren Einbettung in spezifische Umstände darlegen, kann im Erstinterview die Differenzierung von bisher gewonnenen Überzeugungen bezüglich solcher, scheinbar festgefügtter somatischer Grundlagen geschehen.

Im Sinne des „Nichts-ist-Immer“ (DeShazer 1989) können die die Eltern bei differenzierter Anamnese und Verhaltensanalyse berichten, in denen sich ihr Kind in definierten Situationen angemessen zeigen kann. Das bietet den Eltern eine Grundlage dafür, neue Interventionen anzunehmen und deren Einsatz mit Hoffnung auf Verbesserung der Schwierigkeiten zu unternehmen. Aus unserer Erfahrung hat sich eine Reframing-Intervention bewährt, die den Eltern ihr Kind unter Verzicht auf psycho- und neuropathologische Begriffe als sensibel und bewegungsfreudig, aber verbal schlecht erreichbar widerspiegelt und sie dabei in ihren belastenden Alltagserfahrungen bestätigt.

Größere Hindernisse, an „die Möglichkeit des Andersseins“ (Watzlawick 1986) zu glauben, ergeben sich für Eltern und Erzieher aus der bis dahin erfolgten Entwicklung des metakommunikativen „Nein“. Die Eltern sind im Grunde sehr enttäuscht über die mangelnde Wirkung ihrer pädagogischen Bemühungen und stehen angesichts der Er-

wartungen von Kindergarten und Schule in der Angst, ihr Kind werde wohl an den kommenden Anforderungen scheitern müssen, weil es sich allen erzieherischen Anstrengungen bisher widersetze.

Für den Prozeß, die Eltern zu neuen kommunikativen Strategien einzuladen, ist es sehr vorteilhaft, wenn es gelingt zu zeigen, wie das Kind auf den primären taktilen Zugang mit Blickwendung und gesteigerter Aufmerksamkeit reagiert. Bereits in der ersten Sitzung werden die Eltern in Erinnerung an ihren Umgang mit dem Säugling dazu ermutigt, die veränderte kommunikative Kaskade unmittelbar einzusetzen. Sollte sich zeigen, daß das Kind durch die Eltern mit anderen Erwachsenen aus der früheren Erfahrung negativ identifiziert wird, sind familienbezogene psychotherapeutische Maßnahmen zu entwickeln, deren Erfolg eine weitere Voraussetzung für die Entwicklung eines metakommunikativen „Ja“ bedeutet.

8 Katamnese­daten

Das Klientel der kinderpsychiatrischen Praxis umfaßte im Zeitraum der letzten 7 Jahre ca. 2000 Kinder und Jugendliche (Bonney 1998a). Davon waren 680 Kinder (45,3%) zwischen 6 und 11 Jahre alt. Bei 102 Patienten aus der Grundgesamtheit wurden Behandlungen wegen hyperkinetischer Störungen erbeten. In 46 Fällen (ca. 7% der in der Praxis vorgestellten Grundschul­kinder) mit ADHD-Verhalten waren die Kinder 6 Jahre und älter und wurden unter dem Gesichtspunkt der geltenden Falldefinition in die katamnestiche Erhebung miteinbezogen.

Von diesen 46 Fällen erreichten wir 23 Familien, in denen die Eltern nach 86 bis 41 Monaten hinsichtlich der Entwicklung ihrer Kinder telefonisch nachexploriert werden konnten. Die semistandardisierte Nachexploration fragte nach dem klinischen Bild, nach eventuell fortbestehender Behandlungsindikation, Verhaltenscharakteristik und Schulerfolg.

Tabelle 1 beschreibt die Grundgesamtheit mit ADHD- Störungen, die bei Behandlungsbeginn 6 Jahre und älter waren, sowie die Katamnese­gruppe von n=23 Kindern bezüglich Alter, Therapiedauer und Anzahl der Therapiesitzungen.

Tab. 1: ADHD- und Katamnese­gruppe im Vergleich

	ADHD-Gesamtgruppe n=46	Katamnese­gruppe n=23
Alter	7,8 Jahre	7,3 Jahre
Therapiedauer	7,4 Monate	8,8 Monate
Zahl der Sitzungen	7	8,5
Katamneseintervall	65 Monate	65 Monate

In vier nachexplorierten Fällen (17,4% von n=23) besteht das früher beklagte hyperkinetische Verhaltensmuster fort. Drei dieser Kinder zeigten zu Behandlungsbeginn

einen bedeutsamen psychomotorischen Entwicklungsrückstand und wurden in Einrichtungen für geistig Behinderte fremdplaziert. Bei einem Jungen, der die Hauptschule besucht und weiterhin wegen hyperkinetischen Verhaltens auffällt, ist ein IQ von 136 bekannt.

Die befragten Eltern von 19 Kindern/Jugendlichen (82,6% von n=23) bezeichnen deren Verhalten bezüglich Aktivitätsniveau und Aufmerksamkeitsleistungen heute als unauffällig. Zur Temperamententwicklung geben die Eltern zu 36% an, ihre Kinder bzw. Jugendlichen tendierten zu eher lebhaftem bis unruhigem Verhalten. In 10 Fällen (52,6%) gelingt der Besuch einer weiterführenden Schule.

Bezüglich der Sitzungshäufigkeit besteht kein Unterschied zwischen den heute als lebhaft und ruhig bezeichneten Jugendlichen. Sie unterscheiden sich auch nicht hinsichtlich früher bestehender individueller und familiärer Problemmuster.

9 Diskussion

Gestützt auf Elemente der System- und Kommunikationstheorie entwickelten wir eine pragmatische Lösung zur Therapie bei hyperkinetischen Störungen und ADHD-Verhalten. Die günstigen Ergebnisse der klinischen Nützlichkeitsprüfung mittels einer katanestischen Untersuchung widersprechen anderen Forschungsberichten, die angesichts ungünstiger Verläufe die primäre Chronizität hyperkinetischer Störungen annehmen (Barkley et al. 1991). Zur Klärung dieser Differenz möchten wir zwei Fragenkomplexe diskutieren: (a) Wie unterscheidet sich der Prozeß der Falldefinition anderer Untersucher von dem unseres systemisch-kommunikativen Ansatzes? (b) Worin besteht der spezifische therapeutische Wert unseres Vorgehens ?

(a) Die Prävalenz von 7% Kindern mit ADHD-Störungen in unserer Stichprobe entspricht den Ergebnissen von bekannten epidemiologischen Studien die nachweisen, daß bei 8 bis 18% der Grundschul Kinder mit hyperaktiven Störungen zu rechnen ist (Lauth u. Schlottke 1993; Baumgärtel et al. 1995). Wir dürfen damit in Anspruch nehmen, daß wir bezüglich unserer diagnostischen Einschätzungen mit Strenge vorgegangen sind. Zwei Fallskizzen mögen aufzeigen, daß die von uns behandelten Kinder im Sinne der gültigen Falldefinition identifiziert wurden.

Der sechsjährige Mario hat einen 13 Jahre alten Bruder, der zunächst wegen eines hyperkinetischen Syndroms über längere Zeit mit Stimulantien behandelt worden war und zum Vorstellungszeitpunkt eine psychotische Entwicklung zeigt, die seitens der vorbehandelnden Ärzte als Folge der Amphetamingaben interpretiert wurde. Mario besucht wegen seines hypermotorischen Verhaltens mit massiven Aufmerksamkeitsdefiziten von vornherein die Sonderschule für Erziehungshilfe. Auch zu Hause zeigt er sich grenzenlos und schwer zu führen. Die Eltern sind im Begriff, sich scheiden zu lassen; der Vater macht die Geburt von Mario verantwortlich für die psychotische Entwicklung des älteren Sohnes. Trotz größter Belastung durch die Probleme mit dem psychotischen Sohn, dessen Integration in das Elternhaus weiterhin versucht wird, sucht die Mutter nach einer therapeutischen Hilfe, die begründet durch die Vorerfahrungen mit dem älteren Sohn auf Medikation verzichten soll. Die Behandlung mit einem systemisch-kommunikativen Konzept erstreckt sich in 65 Familien- und Einzelkontakten über 3 1/4 Jahre. Mario zeigt in einer Schule für Lernbehinderte eine ruhige Entwicklung. Die Katamnesezeit betrug 48 Monate.

Der 8jährige Michael wird wegen seines hypermotorischen Verhaltens und bedrohtem Schulerfolg vorgestellt. Auch im Elternhaus zeigt er sich grenzenlos und sprunghaft. Er war mit zwei Jahren an einem M. Hodgekin erkrankt, weshalb damals noch kontinuierliche Kontrolluntersuchungen vorzunehmen waren. Die Eltern standen noch zum Zeitpunkt der Erstvorstellung unter dem Eindruck der damals tödlichen Bedrohung für ihren Sohn. Sie hatten sich daran gewöhnt, dem offensichtlich gut begabten Kind kaum Grenzen zu setzen, da sie fürchteten, ihm mit als falsch empfundenen Erziehungspraktiken zu schaden. Sie erfuhren in drei Sitzungen während eines Monats, welchen Einfluß sie auf ihren Sohn hatten, wenn sie ihren vorwiegend verbal geprägten Erziehungsstil durch taktile Maßnahmen ergänzten. Nach einer Katamnesezeit von 75 Monaten war zu dokumentieren, daß der lebhaft und an sportlichen Leistungen interessierte Michael mit gutem Erfolg das Gymnasium bewältigt.

Wenn Barkley (1990), der bei hyperaktiven Kindern von einem „biological based handicap“ ausgeht, betont, daß deren Verhaltensmuster erst durch deren Interaktion mit der sozialen Umwelt zum Problem wird, und Saile (1997, S. 881) zusammenfaßt: „Unaufmerksames, impulsives und überaktives Verhalten des Kindes konfliktiert das Bestreben der Eltern und Lehrer, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aufgaben zu richten“, wird deutlich, daß auch aus klassischer Sicht die Bewertung von Verhaltenselementen zur diagnostischen Beurteilung eines Kindes auch von der Einstellung und der Toleranz der Beobachter abhängt. Kritisch anzumerken ist zudem, daß subjektiv wertende Annahmen über die motivationale Lage des Kindes zur Beurteilung in vorgelegten diagnostischen Inventarien mitherangezogen werden: Nach Douglas (1980) „nehmen hyperaktive Kinder die zu bearbeitende Aufgabe nicht ernst genug und bringen nicht genügend Selbstdisziplin auf.“ Die von Döpfner und Lehmkuhl (1997) zusammengestellten Interviewitems verlangen das moralische Urteil der befragten Eltern und Pädagogen: „Flüchtigkeitsfehler“, „Abneigungen“, „widerwillige Beschäftigung“, „Vergeßlichkeit“, „Unbeeinflussbarkeit“, „Getriebenheit“ und „unangemessene Reaktion auf soziale Beschränkungen“ sollen bemessen werden. Dagegen lassen sich operationale Definitionen dieser Konstrukte nicht angeben. Döpfner et al. (1997) die ein Therapiekonzept (THOP) vorlegen, das „bei hyperkinetischen und oppositionellen Kindern einsetzbar ist“ fordern zum Vergleich mit Patterson (1992) heraus, der hyperaktiven und aggressiven Kindern einen „Zwangsprozess“ zuschreibt, in dessen Folge es ihnen gelinge, „mittels drastischer Steigerung aversiver und aggressiver Reaktionen die Grenzsetzungen der Eltern abzuwenden.“

Wenn also die zur Falldefinition herangezogenen Skalenkonstruktionen in dieser Weise von Einstellungsvariablen bei den Beobachtern und deren moralischem Urteil mitgeprägt werden, stellt sich die Frage, wie in einem Untersuchungsdesign mit berechtigter Schärfe zwischen Fällen und Nicht-Fällen differenziert werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt müssen sich auch unsere eigenen katamnestischen Ergebnisse in Frage stellen lassen.

Mit Rotthaus (1995) teilen wir die Erfahrung, daß der diagnostische Prozeß im Unterschied zu den Angaben von Frölich und Döpfner (1997) und Döpfner und Lehmkuhl (1998) eine Differenzierung erfährt, wenn er als lösungsorientierter Erkenntnisprozeß auf systemtheoretischer Grundlage versucht wird. Bei unserem Vorgehen geschieht der Erkenntnisprozeß in zwei Stufen: 1. Eltern und/oder Pädagogen schildern Verhaltensweisen, die ein Kind als ADHD-Fall im Sinne der Falldefinition darstellen. 2. Das systemisch geführte Erstinterview stellt das beklagte Verhalten unmittelbar in den Bezie-

hungskontext. Der Gegenstand der therapeutischen Bemühungen ist dann nicht mehr das Verhalten identifizierten Kindes, sondern der Wandel des Kommunikationssystems, das das ADHD-Verhalten eines Systemmitglieds umfaßt.

(b) Folgen wir dem Systembegriff von Ludewig (1992), stehen im systemisch konzipierten Erkenntnisprozeß Kind und Beobachter als Systemelemente in wechselseitiger Beziehung. Dabei verlangt das Handeln der Beobachter und das Verhalten des Kindes gleichwertige Beachtung: Das Kind zeigt Reaktionen auf die ihm begegnenden sensorischen Stimuli, die vom Beobachter mittels seines sensorischen Apparats bezeichnet und bewertet werden. Unser Studie sucht zu klären, wie bei Kindern mit ADHD-Verhalten bleibende positive Verhaltensänderungen anzuregen sind, wenn in den systemisch-kommunikativen Sequenzen ihrer sensorischen Verarbeitungsmodalität Rechnung getragen wird.

Zu erklären und beschreiben ist hier zudem aus systemtheoretischer Sicht das Verhalten eines Systems (Bonney 1998b), das die als Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung bezeichneten Phänomene enthält. Diese Elemente färben die Interaktionen der Systemmitglieder und deren wechselseitige Reaktionen: das Systemverhalten.

Auf der Suche nach Veränderungsmöglichkeiten für dieses Systemverhalten sind sowohl die sensorischen Kompetenzen des Kindes als auch diejenigen des Beobachters zu berücksichtigen. Verändert sich das Systemverhalten im Sinne gelingender sozialer Prozesse, verlieren die zuvor bestehende Phänomene an Bedeutung: ADHD-Verhalten sistiert, das gegenseitige „Nein“ der Systemmitglieder in metakommunikativer Deutung erfährt seinen Wandel in ein „Ja“. Aus systemtheoretischer Sicht hängt die Veränderung eines Systemverhaltens grundsätzlich auch von der Induktion des Informationszuwachses ab. Die Wirksamkeit systemischer Psychotherapie ist generell darin zu sehen, daß das Therapeutenverhalten als hinzukommendes Systemelement für einen solchen Informationszuwachs sorgt. Während die störungsorientierte Therapie auf die Identifikation von Pathologie und deren individuelle Voraussetzungen setzen muß, nimmt die lösungsorientierte systemische Psychotherapie die Chance wahr, unter Nutzung der Ressourcen aller Systemmitglieder den zu erzielenden Wandel zu ermöglichen.

Für den Fall von ADHD-Verhalten erweist sich unsere Konzeption in dreierlei Hinsicht als nützlich:

(a) Die betroffenen Kinder zeigen ihre vollständigen Reaktionskompetenzen und erfahren damit ihre Annahme durch Eltern und Pädagogen.

(b) Die Eltern/Pädagogen erweitern ihre kommunikativen Ressourcen außerhalb eines ausschließlich sprachlichen Zugangs zum Kind.

(c) Das Gelingen von Therapie und Pädagogik befreit die Kinder und deren Eltern von belastenden Annahmen über ein dysfunktionales Nervensystem.

Literatur

- Bandler, R.; Grinder, J. (1982): *Metasprache und Kommunikation*. Paderborn: Junfermann.
- Barkley, R.A. (1990): *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1991): The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32: 233-255.

- Baumgärtel, A. (1995): Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 629-644.
- Bonney, H. (1998a): Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie* 47: 499-510.
- Bonney, H. (1998b): Modelling the psychopathological development of anorexia nervosa. Vortrag beim 14. Kongreß der „International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions“, Stockholm.
- DeShazer, St. (1989): *Der Dreh*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J. (1997): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1998): Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen. *Der Kinderarzt* 29: 171-181.
- Douglas, V. (1980): Treatment and training approaches to hyperactivity: establishing internal or external control. In: Whalen, C.W.; Henker, B. (Hg.): *Hyperactive Children. The social ecology of identification and treatment*. New York: Academic Press, S. 283-317.
- Eisert, H.G. (1993): Hyperkinetische Störungen. In: Steinhausen, H.C.; von Aster, M. (Hg.): *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union, S. 131-159.
- Foerster, H.V. (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg.
- Foerster, H.V. (1993): *Wissen und Gewissen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Frölich, J.; Döpfner, M. (1997): Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46: 597-609.
- Grinder, J.; Bandler, R. (1982): *Kommunikation und Veränderung*. Paderborn: Junfermann.
- Johnson, D.J.; Myklebust, M.R. (1969): *Lernschwächen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Keeney, B. (1987): *Ästhetik des Wandels*. Hamburg: Isko Press.
- Laucht, M.; Eisert, H.G.; Esser, G. (1986): Minimale cerebrale Dysfunktion: Ende eines Mythos? In: Neuhäuser, G. (Hg.): *Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystem*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 189-198.
- Lauth, G.W.; Schlotke, P.F. (1993): *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lincoln, A.J. (1998): Neuropsychological and neurophysiological indices of auditor processing impairment in children with multiple complex developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37(1): 110-112.
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Patterson, G.R. (1992): *Antisocial boys*. Eugene, Oregon: Castalia.
- Rapoport, J.L.; Giedd, J.; Castellanos, X. (1998): Attention deficit/Hyperactivity disorder: Neurobiological research. Vortrag beim 14. Kongreß der „International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions“, Stockholm.
- Reiter, L. (1995): Das Konzept der „Klinischen Nützlichkeit“ – Theoretische Grundlagen und Praxisbezug. *Zeitschrift für systemische Therapie* 3: 193-197.
- Rotthaus, W. (1995): *Systemische Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Vortrag DAF-Kongreß, Hamburg.
- Saile, H. (1997): Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern: Ursachen und neue Akzente bei der Behandlung. *Report Psychologie* 22: 872-883.
- Schulz, K.P.; Halperlin, J.M.; Newcorn, J.H.; Sharma, V.; Gabriel, S. (1997): Plasma cortisol and aggression in boys with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 605-609.
- Simon, F. (1995): *Die andere Seite der Gesundheit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Sonuga-Barke, E. (1998): A fresh look at the cognitive and motivational basis of ADHD. Vortrag beim 14. Kongreß der „International Association for Child and Adolescent Psychiatry an Allied Professions“, Stockholm.
- Watzlawick, P. (1985): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Watzlawick, P. (1986): *Die Möglichkeit des Andersseins*. Bern: Huber.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Helmut Bonney, Rohrbacher Str. 61, 69115 Heidelberg.