

Revidierte Fassung des Aufsatzes erschienen in:
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40: 158-166, 1991

Unruhige Kinder Eine Übung in epistemischer Konfusion¹

von Kurt Ludewig

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund systemischen Denkens (sprich: konstruktivistische Systemtheorie) werden in groben Zügen die Annahmen untersucht, die das Phänomen der kindlichen Unruhe („Hyperaktivitätssyndrom“) als eingeständige nosologische Einheit begründen und den bisherigen Behandlungsansätzen zugrundeliegen. Im Einklang mit zeitgenössischen Auffassungen wird dieses soziale Phänomen als ein interaktionelles betrachtet. Ausgehend von zwei Beispielen aus der Praxis des Verfassers werden Bestandteile für ein Verständnis der kindlichen Unruhe zusammengetragen, die, unter Vermeidung der Extreme „medizinisierter“ und sozio-normativer Auslegung, die Möglichkeiten systemischer Betrachtung nutzen, um den Therapeuten zu helfen, eine nachvollziehende und respektvolle Haltung zu ihren kleinen Klienten und deren Angehörigen

Summary

Restless Children. A Exercise in Epistemic Confusion

Drawing on systemic thinking (i. e. constructivist systems theory) the paper reviews grossly the assumptions underlying childhood's restlessness ("hyperactivity") both as a distinct nosological entity and as foundation for different treatments. The phenomenon is considered, in accordance with contemporary ideas, as an interactional one. Two case examples serve as a starting point for gathering basic elements which, if put together, allow to understand this phenomenon without falling into the extremes of a mainly medical or socio-normative understanding. This allows to make use of the systemic view in a manner that enables the therapist to adopt an attitude of respectful acceptance and understanding towards his/her small clients and their relatives.

1 Unruhige Kinder: Protagonisten eines interaktionellen Dramas

Spätestens von dem Zeitpunkt an, von dem aus den Erfordernissen gesellschaftlicher Organisation das Recht bezüglich der Kinder abgeleitet wurde, dass sie das Ausleben ihrer Körperlichkeit zügeln, ihre Impulsivität kontrollieren und ihre Aufmerksamkeit gezielt richten, war die Grundlage für eine Differenzierung entstanden, die sich als folgenreich erweisen sollte. Man konnte nun zwischen Kindern hinsichtlich ihres Talents, sich gemäß den oben genannten

¹ Manuskript zum Workshop gleichen Namens im Institut für systemische Studien Hamburg vom 24.—25. August 1990.

Erwartungen zu verhalten, differenzieren. Spätestens von da an dürften Kinder danach bewertet worden sein, ob sie ruhig und daher artig oder unruhig und daher unartig waren. Das Phänomen „kindliche Unruhe“ war entstanden und somit auch die Grundlage für die sog. schwarze Pädagogik, die im 19. Jahrhundert ihren Höhepunkt erreichte und in Bezeichnungen wie Zappelphillip, Kasperle, Störenfried usw. Ausdruck fand.

Aus meiner fast zwei Jahrzehnte umfassenden Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sehe ich keinen Grund, anzunehmen, dass alle Kinder gleichermaßen imstande sein sollen, obigen Anforderungen nachzukommen. Das Merkmal der Ruhe bzw. Ruhelosigkeit dürfte abbildbar sein auf einer linearen Dimension, deren Pole mit Apathie einerseits und Zappeligkeit andererseits zu benennen sind. Die Kinder, die dem apathischen Pol zugeordnet werden, geben zwar Anlass zur Besorgnis, die anderen aber, die unruhigen, sind darüber hinaus unangenehm und störend; es gilt also ihre Unruhe abzustellen. Dementsprechend hat im letzten Vierteljahrhundert die wissenschaftliche und klinische Beschäftigung mit den Kindern auf dem unruhigen Pol einen regelrechten Boom erfahren. Diese Beschäftigung ist zu einer der Hauptaufgaben von Kinderpsychiatrie, klinischer Kinderpsychologie und Sonderpädagogik geworden. In ihrer modernsten Version begann sie in den USA, wo man eine Zeitlang gar davon ausging, dieses Phänomen sei ein Spezifikum jenes Landes. Nach und nach dehnte sie sich aber auf andere Länder aus. Inzwischen hat das in den USA erfundene und mittlerweile weltweit etablierte „Hyperaktivitätssyndrom“ auch in Europa, Afrika und Asien Einzug gehalten. Diese und andere Gesichtspunkte verführten Minde (1985) in seiner epidemiologischen Übersicht dazu, die Hyperaktivität nicht etwa als primär kulturell bedingte Fehlanpassung des Kindes, sondern als eine allgemeine Abnormität zu betrachten.

Die Diagnose „Hyperaktivität“ betraf zuerst nur eine klar definierte kleine Gruppe besonders auffälliger Kinder. Aber ähnlich wie bei den meisten anderen Zuordnungskategorien der Psychiatrie, wie z.B. dem Schizophreniesyndrom (vgl. Ludewig 1989), wurde sie auch, knapp war sie entstanden, nach und nach auf die Beschreibung und Einordnung vieler Verhaltensauffälligkeiten des Kindesalters ausgedehnt. Schließlich war sie kaum noch von jedweder sozial unerwünschten Verhaltensform zu unterscheiden. Die diagnostische Zuordnung der betroffenen Kinder stieß aber auf die üblichen Schwierigkeiten psychopathologischer Diagnostik: Sie hielt nicht, was sie versprach, nämlich ein interaktionelles Phänomen auf Kategorien zu reduzieren, die denen einer naturwissenschaftlich konzipierten, somatischen Medizin entsprachen. Das Phänomen war auf Dauer weder objektiv, noch zuverlässig und noch weniger als valide in statisch konzipierte Kategorien einzuordnen (vgl. Ludewig 1987a). Zudem sollte sich zeigen, dass diese Diagnose, ähnlich wie bei der Schizophrenie, mit einer Reihe weiterer Gesichtspunkte einherging, die allzu deutlich das Moment der sozialen Kontrolle enthalten. So wird diese Diagnosestellung entscheidend beeinflusst durch niedrigen sozialen Status der Familie, durch das Geschlecht des Kindes (ca. 9:1 Jungen zu Mädchen) und nicht zuletzt durch die Gewohnheiten klinischer Praxis in den verschiedenen Kulturkreisen. Eine kürzlich durchgeführte Studie demonstrierte zum Beispiel, dass erfahrene nordamerikanische Kliniker häufiger zur Diagnose eines Hyperaktivitätssyndroms griffen als ihre britischen Kollegen; darüber hinaus wurden anhand des einen Diagnoseschlüssels (ICD-9) weniger hyperaktive Kinder als anhand des anderen (DSM-III) diagnostiziert (vgl. Prendergast et al. 1988).

Das Anliegen, das Phänomen kindlicher Unruhe diagnostisch trennscharf einzuordnen und ätiopathologisch zu erklären, befindet sich nach Meinung der damit befassten Forscher bis auf weiteres im Fluss. Die psychopharmakologische Industrie aber - und in ihrem Gefolge viele

hilflose Helfer — handelt so, als wäre das Hyperaktivitätssyndrom eine abgesicherte pathologische Entität. Zu Recht bemängeln die Autoren des Bandes „Pillen für den Störenfried?“ (Voss 1983), dass hier ein soziales Phänomen „medizinisiert“ und mithin die Möglichkeiten von Hilfsmaßnahmen, die an den Lebensbedingungen unruhiger Kinder ansetzen, verspielt werden. Das sei „Ausdruck und Konsequenz einer Bankrotterklärung der Pädagogik als Wissenschaft und aller sie repräsentierenden Berufsgruppen“ (Voss 1983, S.43). Bezüglich der ätiopathologischen Erklärung sind u.a. Hirnpathologie, Besonderheiten des Zentralnervensystems, Konstitution, Endogenität, Psychodynamik und in neuester Zeit auch Familiendynamik bemüht und in einer Fülle von Arbeiten aus den letzten Dekaden untersucht worden. Überzeugende Ergebnisse lassen jedoch auf sich warten.

Unruhige, motorisch umtriebige, impulsive, leicht ablenkbare und daher auch in ihrem Sozialverhalten oft „aneckende“ Kinder bilden einen nicht geringen Anteil der Patienten kinderpsychiatrischer Stationen. Bei ihrer kürzlichen Analyse fanden z.B. Goldbeck u. Gobell (1990), dass über 39% der Patienten der kinderpsychiatrischen Station an der Berliner Universitätsklinik wegen „nicht anderweitig klassifizierbarer Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD 312) und ca. 4% wegen eines diagnostisch enger gefassten „hyperkinetischen Syndroms des Kindesalters“ (ICD 314) behandelt wurden. Diese Zahlen dürften sich — eindrucksmäßig, da darüber keine formalen Erhebungen vorliegen — gut mit denen unserer Klinik decken. Nach allgemeinen Schätzungen soll die Anzahl der Kinder im Schulalter, deren allgemeine Aktivität das Maß des Üblichen deutlich übersteigt, je nach Untersuchungsmodus bis zu 15% betragen. Methodologisch strenger ausgelegte Studien weisen jedoch auf eine Prävalenz zwischen 1 und 5% hin (vgl. Rutter et al. 1983, Steinhausen 1982, Minde 1985).

Die „feinere“ diagnostische Unterscheidung zwischen „rein“ hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern einerseits, sowie frühkindlich hirngeschädigten und „bloß“ aggressiven Kindern andererseits, gestaltet sich jedoch schwierig. Rutter et al. (1983) schließen hierzu, dass (1) Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite kein einheitliches Syndrom konstituieren, (2) Überaktivität und antisoziale Aggressivität sich stark überlappen, (3) Hyperaktivität keine einfache Verursachung habe und nicht notwendigerweise auf eine Hirnschädigung zurückgehe und (4) grundsätzliche Unterschiede zwischen situationaler und durchgehender Hyperaktivität bestehen. Die diagnostische Unterteilung des allgemeinen sozialen Fehlverhaltens in sinnvoll abgrenzbare Unterkategorien erweise sich als noch ungelöstes Problem. In den USA ging man folglich im Jahr 1980 dazu über, die Diagnose einer „hyperkinetischen Reaktion im Kindesalter“ (Hyperkinetisches Syndrom HKS) durch die eines „Attention Deficit Disorder with Hyperactivity“ zu ersetzen (DSM-III). Dabei unterschied man drei Symptomkonstellationen: Störung der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität bzw. Ruhelosigkeit. Dagegen erhob sich dann vielfältige Kritik (vgl. z.B. Prior & Sanson 1985) und Gegenkritik (vgl. z.B. Taylor 1989). Bei der neueren Revision dieses Diagnostikschlüssels im Jahr 1987 (DSM-III-R) fasste man dann die einzelnen Aspekte dieses Phänomens wieder zu einer einzigen, undifferenzierten Kategorie zusammen: „Attention-Deficit Hyperactivity Disorder“ (deutsch: „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS). Diese Kategorie besteht aus einer Liste von 14 Symptomen, von denen das Kind mindestens acht zeigen muss, um dazu zu gehören.

Bei all diesen Bemühungen verblieb jedoch die Schwierigkeit bestehen, zwischen einem so postulierten „kindinternen“ Hyperaktivitätssyndrom und den eher externen sog. Verhaltensstörungen zu diskriminieren: Die Überlappung zwischen diesen Verhaltensauffälligkeiten mache ca. 50% aus (vgl. Henker & Whalen 1989). Das hat zur Folge, dass das Gros der unruhigen

Kinder bleibt bis auf weiteres eine sehr heterogene Gruppe. Die US-amerikanischen Forscherinnen an der University of California Barbara Henker & Carol K. Whalen fragen in ihrem Übersichtsreferat nach dem Sinn einer Differenzierung, die so wenig differenziert. Aus ihrer wissenschaftlichen Perspektive heraus äußern sie jedoch, dass dies, weit mehr als eine bloß akademische Frage, ein zentrales Anliegen wissenschaftlich ordnender Bestrebungen sei. Es betreffe das Validitätsproblem und somit die Forschung über Ursachen, Korrelate, Entwicklungsverläufe und Folgen sowie die vorhersagbare Anwendung geeigneter Behandlungsmethoden. Dagegen ist jedoch einzuwenden, dass eine exakte Zuordnung sich permanent wandelnder Phänomene des sozialen Phänomenbereichs zu statischen Kategorien eine aussichtslose und daher weitgehend überflüssige Forderung beinhaltet. Das dürfte spätestens im Lichte der insgesamt recht unzulänglichen Ergebnisse der Psychodiagnostikforschung deutlich geworden sein. Diese in den Naturwissenschaften als zentrales Anliegen geltende, dort wohl auch berechtigte Forderung ist eben auf den Umgang mit sozialen Phänomenen nicht ohne weiteres übertragbar (vgl. Ludewig 1989). Daher erscheint mir eine Diagnosestellung bei unruhigen Kindern nur dann sinnvoll, wenn sie im Sinne einer „Förderdiagnose“ begriffen wird, d.h. einer Beschreibung, die angibt, unter welchen Bedingungen seitens der Familie und der involvierten Außeninstanzen das interaktionelle Verhalten des Kindes gefördert werden kann (vgl. z.B. Neuhäuser 1983).

Abgesehen von ihrer oben genannten Forderung schließen Henker & Whalen (1989) als Zusammenfassung ihrer langjährigen Arbeit mit diesem Phänomen, dass Hyperaktivität als interaktionelles Geschehen zu betrachten sei. Es manifestiere sich sowohl in interpersonellen Beziehungen (Kind-Familie, Kind-Schule, Kind-Gleichaltrige) als auch in aufgabenbezogenen Situationen (Kind-Aufgabe). Bezüglich des letztgenannten Aspekts sei mittlerweile deutlich geworden, dass die frühere Annahme eines Defizits der Informationsverarbeitung nicht aufrechtzuerhalten sei. Vielmehr seien die beobachtbaren, kognitiven Defizite autoregulativen Prozessen bzw. mangelhafter Selbstkontrolle zuzuschreiben (vgl. auch Eisert 1988). Bezüglich des interpersonellen Aspekts müsse andererseits festgestellt werden, dass dies das Eigentümliche an der Hyperaktivität sei: Sie findet an der Schnittstelle zwischen dem Kind und seinen sozialen Welten statt. Hyperaktivität sei kein Phänomen an sich, sondern sie entstehe „in den Augen der Betrachter“. Dies nicht deshalb, weil sie, wie in letzter Zeit häufig angemerkt, ein Mythos sei, sondern weil unruhige Kinder in ihrem Verhalten unverkennbare und unübersehbare Zeichen für andere aussenden. Naive Beobachter können zum Beispiel beim Beobachten spielender Kinder rasch die hyperaktiven herausfinden. Minde (1985) schränkt jedoch ein, dass dies nur für strukturierte Spielsituationen gelte, die eben ruhiges Verhalten erfordern, nicht hingegen für freie Spielsituationen. Dennoch betrachten Henker & Whalen (1989) Hyperaktivität als ein in der Konstitution des Kindes verankertes Merkmal, das die Kindheit überdauere. Das zeigen Untersuchungen neueren Datums. In Abweichung von früheren Annahmen höre die Hyperaktivität in vielen Fällen nicht im Zuge der Adoleszenz auf, sondern sie komme in Form sozialer Kontakt- und Anpassungsschwierigkeiten ein Leben lang zum Ausdruck. Nicht selten lasse sich bei jugendlichen, aber auch älteren Delinquenten eine Hyperaktivität im Kindesalter rekonstruieren. Das passiere vor allem dann, wenn diese Kinder, so wie sie sind, weder in der Kindheit noch in späteren Lebensabschnitten von „bedeutsamen Anderen“ (Eltern, Verwandten, Erziehern, Gleichaltrigen, Lebenspartnern) angenommen und unterstützt werden. Ob dies allein das Ergebnis eines konflikthaften Entwicklungsweges oder Ausdruck eines konstitutionellen Merkmals ist, dürfte kaum je zu klären sein.

2 Behandlungsansätze für unruhige Kinder und ihre Nächsten

An der Entwicklung und Erprobung angemessener Behandlungsformen für unruhige Kinder und ihre Bezugspersonen haben sich alle Richtungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik beteiligt. Die vorgeschlagenen Verfahrensweisen, auf die hier nur cursorisch eingegangen wird, reichen von diätetischen und psychopharmakologischen Versuchen bis hin zur Anwendung verschiedener psychotherapeutischer und sonderpädagogischer Maßnahmen.

(1) Eine „kausal“ angelegte, diätetische Vermeidung angeblich noxischer Stoffe in der Nahrung (Milch, Zucker, Phosphat usw.) hat es allenfalls bei einer sehr geringen Anzahl unruhiger Kinder vermocht, zu günstigen Verhaltensänderungen zu führen. Das wurde allerdings um den Preis einer sehr reglementierten, entsagungsvollen und lustfeindlichen Lebensführung erreicht. Der Anspruch aber, Hyperaktivität kausal zu behandeln, konnte in keiner ernsthaften Studie bestätigt werden (vgl. Minde 1985).

(2) Eine „kausal“ auf „verursachende“ Faktoren der sozialen Umwelt ausgerichtete Therapie, wie sie von Milieuthetheoretikern gefordert wird, steht im wesentlichen noch aus.

(3) Einzelne kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze haben bei kleineren Stichproben unruhiger Kinder zur Besserung vor allem im schulischen Verhalten geführt (vgl. z. B. Eisert u. Eisert 1987, Eisert 1988).

(4) Sonderpädagogische, ergotherapeutische und allgemein fördernde Maßnahmen sind verschiedentlich eingesetzt worden. Sie dürften insbesondere beim Aufbau sozial angemessener Verhaltensweisen und bei der Kompensierung des negativen Selbstbildes unruhiger Kinder hilfreich sein. Darüber hinaus werden sie zumeist am „Ort des Geschehens“, sprich in der Schule, eingesetzt. Dadurch dürften sie zum Abbau der hilflosen Feindseligkeit, mit der diesen Kindern begegnet wird, beitragen (vgl. u.a. Franke 1988, Grissemann 1986, Klinger 1989).

(5) Nach Minde (1985) sowie Henker & Whalen (1989) gibt es keine Hinweise für die Effektivität von psychotherapeutisch ausgerichteten Behandlungen.

(6) Die allgemein am erfolgreichsten bewertete und am häufigsten angewandte Therapie unruhiger Kinder ist eine auf symptomatische Linderung ausgerichtete psychopharmakologische Behandlung. Fast alle Sorten Psychopharmaka sind hierbei probiert worden. Die biochemisch weitgehend unbekannt wirkende medikamentöse Einstellung mit paradox wirkenden Psychostimulantia (z.B. Ritalin, Dexedrin) wird von vielen Ärzten als das Mittel der Wahl angesehen. Die Effekte dieser Drogenbehandlung sind auch am häufigsten untersucht worden. Dabei hat sich gezeigt, dass bei sog. „responders“ beachtenswerte Ergebnisse im Sinne der Verringerung sozial unerwünschter Verhaltensweisen erreicht wurden (was allerdings keineswegs einen spezifischen Effekt bei hyperaktiven Kindern darstellt, vgl. Henker & Whalen 1989). Diese Behandlung wirkt sich darüber hinaus auch bei Eltern und Lehrern günstig aus, zumal sie oftmals zur Korrektur ihres Umganges mit dem Kind führe. Die Auswirkungen medikamentöser Einstellung reichen, falls sie helfen, weit über die Grenzen der Biochemie hinaus. Sie trägt offenbar mit zur Änderung der Bedeutung bei, die dem störenden Verhalten zugemessen wird, und somit zu einer Änderung der Einstellungen zum Kind; sie wirkt sozusagen „interaktionell“. Von der alleinigen medikamentösen Einstellung ist jedoch *per se* noch kein Aufbau pro-sozialen Verhaltens zu erwarten. Ihre Wirkung ist daher umso sinnvoller, wenn sie als Teil eines mehrdimensional angelegten Therapieansatzes angewandt wird (vgl. Minde 1985). Zudem hängt der Erfolg dieser Behandlung von intra- und interindividuellen Variablen ab, die hinsichtlich der Dosierung, Halbwertszeit usw. Schwierigkeiten bereiten. Zudem ist verschiedentlich vor bedenklichen Nebeneffekten und vor der Gefahr der Drogenabhängigkeit gewarnt worden.

(7) In der Praxis von Familientherapeuten und -beratern spielt meiner Erfahrung nach die

Auseinandersetzung mit Familien von unruhigen Kindern eine wichtige Rolle. In meiner neunjährigen ambulanten Tätigkeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik einer Universitätsklinik durften diese Familien mindestens 10% meines Klientels ausgemacht haben. Ähnliches wird von Beratungsstellen und schulpsychologischen Diensten berichtet. Effizienzstudien darüber liegen aber meines Wissens noch nicht vor. Kürzlich berichtete allerdings Kilian (1989) von guten Ergebnissen bei familientherapeutischen Interventionen à la Mailand. Daraus folgert er, dass diese Familien bestimmte Konstellationen aufweisen, so dass unter Betonung des Beziehungsaspekts neue Perspektiven für das Verständnis und die Behandlung der Hyperaktivität entstehen. Diese Folgerung aber, die eine „familiogene“ Ätiologie nahelegt, knüpft jedoch meines Erachtens in bedenklicher Weise an jene Ansätze der Psychotherapieforschung an, die aus kasuistischer Interpretation generalisieren. Sie muss den Beweis schuldig bleiben, ob die beobachteten Familienkonstellationen Ursache oder Folge der Hyperaktivität sind. Abgesehen jedoch von der Problematik dieser ätiologischen Erwägungen, gibt Kilians Bericht Anlass zu der Hoffnung, dass die gezielte Einbeziehung der interaktionellen Dynamik um das Problem „kindliche Unruhe“ bei der Konzeptualisierung von Hilfestellungen durchaus sinnvoll sein kann. Denn schließlich sollte eine Therapie daran gemessen werden, ob sie unter Berücksichtigung aller verfügbaren Möglichkeiten das einsetzt, was unter Wahrung ästhetischer und ethischer Gesichtspunkte den größten Nutzen verspricht (vgl. Ludewig 1988a). Das wäre am ehesten gewährleistet, wenn die hilfreichen Bemühungen an den interaktionellen Kontext, der „kindliche Unruhe“ als Problem definiert und darunter leidet, anschließen und nicht bloß „beruhigen“.

3 Zwei Beispiele aus kinderpsychiatrischer stationärer Praxis

Zur Illustration der im Anschluss vorzustellenden Gedanken zum hilfreichen Umgang mit „unruhigen“ Kinder und deren sozialen Umwelt seien hier zwei Fallbeispiele aus meiner Praxis auf einer kinderpsychiatrischen Station zusammenfassend rekonstruiert.

3.1 Fall 1

Beim Aufnahmegespräch berichtet die Mutter, dass der Junge sie regelrecht terrorisiere. Er greife sie bis zu zweimal am Tag tätlich an, verweigere beispielsweise das Mittagessen, um dann, wenn alle schon gegessen haben, besonderes Essen zu verlangen. „Gehorche“ die Mutter nicht, trete er ihr in die Beine, beisse sie usw. Nach Abklingen seiner „black-outs“ wisse der Junge nichts mehr davon; er wirke verzweifelt und sei nachher wieder lieb. Die Mutter interpretiert dieses Verhalten als „Anfälle“, die auf eine vom Kinderarzt diagnostizierte „Phosphatallergie“ zurückgehen. Weinend zeigt sie ihre blauen Flecken und verdeutlicht, dass sie nun am Ende sei.

Der Vater, der beruflich oft mehrtätig unterwegs ist, gibt sich gelassen und selbstsicher: Wenn er zu Hause sei, passiere das alles nicht. Er ergänzt, dass die Schwierigkeiten vor drei Jahren angefangen haben, nämlich nach dem Eintritt des Sohnes in die Schule. Davor habe es nur „normale“ Erziehungsprobleme gegeben. Der damals aufgesuchte Kinderarzt habe das auffällige Verhalten als „Verhaltensstörung“ bagatellisiert. Eine später aufgesuchte Neuropädiaterin habe eine Wahrnehmungsstörung festgestellt. Drei Jahre später sei schließlich nach einem ungut verlaufenen, medikamentösen Versuch (Ritalin) eine Unregelmäßigkeit im Phosphatstoffwechsel festgestellt worden. Eine „phosphatarme“ Diät habe vorerst eine kurze Beruhigung erbracht, der aber nach wenigen Tagen ein erneutes Auftreten der „Anfälle“ gefolgt sei.

Der Junge äußert, dass er „kein Theater mehr machen“ wolle und verspricht, sich auf der Station zu bessern. Er merke schon, dass er, wenn er Phosphate gegessen habe, „wütend werde“; er

schränkt aber zugleich ein, dass dies nur zu Hause, wenn der Vater nicht da sei, passiere. Aus der Vorgeschichte erfahren wir keine nennenswerten Besonderheiten, insbesondere keine Hinweise auf eine frühkindliche Hirnschädigung. Weder aus dem Kindergarten noch aus der Vorschule seien Klagen gekommen. In der Schule gelte er als intelligenter Schüler, der jedoch durch seine Zappeligkeit den Unterricht störe.

Im Verlauf der stationären Behandlung über einen Zeitraum von acht Wochen lernten wir eine gänzlich resignierte Mutter kennen. Sie beschrieb sich als eine auf Anerkennung angewiesene Frau, die immer bemüht sei, eine gute Mutter zu sein. Mit ihren drei, sehr lebendigen Söhnen, die sie praktisch allein erziehen müsse, gelinge ihr das nicht. Darunter leide sie. Sie sei erpressbar und kaum fähig, konsequent zu handeln. Zudem werde sie oft von ihrem Mann in Gegenwart der Kinder durch Anschreien, Auslachen usw. „entwertet“.

Die Maßnahmen auf der Station beschränkten wir darauf, die „phosphatarme“ Diät, um eine „diagnostisch notwendige“ Beobachtung zu gewährleisten, nach und nach abzusetzen. Der Junge war ohnehin zumeist freundlich und kooperativ sowie bei aufkommender Unruhe zu jeder Zeit ohne Nachdruck verbal zu beruhigen.

Die wesentlichen Veränderungen zeigten sich im Verlauf von Beurlaubungen über das Wochenende nach Hause. Die Mutter probierte, konsequent und klar zu handeln; der Vater hielt sich heraus; das störende Verhalten des Jungen reduzierte sich auf ein erträgliches Maß.

Nachträglich hörten wir vom Vater, dass die alten Probleme gänzlich aufgehört hätten; seine berufliche Situation habe sich verändert und er sei zu Hause geblieben. Ein Schulwechsel habe sich zudem beim Jungen günstig ausgewirkt. Einige Monate später rief die Mutter alarmiert an: Der Junge verhalte sich fast wieder wie damals; der Vater sitze seit einigen Wochen im Gefängnis.

3.2 Fall 2

Beim Aufnahmegespräch beschreibt die Mutter den Sechsjährigen als zappelig, ungehorsam und aggressiv. Bis zum 2. Geburtstag sei der aus dem Mittelmeerraum stammenden Mutter nichts aufgefallen; er sei lieb und gehorsam, wenschon immer temperamentvoll gewesen. Er sei anfangs im Kindergarten gut zurecht gekommen, bis er aus Altersgründen in eine andere Gruppe habe versetzt werden müssen. Eine Woche später habe das „Theater“ angefangen. Er habe begonnen, seine Mutter tätlich anzugreifen, sie einzuschließen usw., weil sie es zugelassen hätte, dass er in die neue Gruppe übergewechselt sei. Von da an haben sich die Schwierigkeiten gehäuft, bis er sich u.a. Einlass in ein parkendes Auto verschafft und es angezündet habe. Auf Betreiben des Jugendamtes sei er in stationäre Therapie gekommen.

Der Vater ist um einige Jahre älter als seine jetzige, zweite Frau. Er berichtet, dass er nach vielen Jahre des Auslandsdienstes nun seit kurzem aus Krankheitsgründen im Lande bleiben müsse. Er sei unruhiger geworden und habe keine Geduld mehr.

Die Mutter behauptet, er sei ein „schlechter Vater“, der nur auf Prinzipien reite und keine Erfahrung mit Kindern habe. Der Vater kontert, dass seine Frau als Mutter unfähig sei, denn sie lasse zu viel durch. Seitdem der Vater wieder zu Hause sei, sei ein Machtkampf zwischen beiden Eltern um die „richtige“ Erziehung entfacht.

Im Behandlungsverlauf berichtet die Mutter von Unzufriedenheit mit ihrer Ehe. Sie werde von ihrem Mann und ihrer Schwiegermutter nicht ernstgenommen und fühle sich von beiden in Gegenwart der Kinder gedemütigt. Sie habe mehrmals - auch vor den Kindern - gedroht, die Familie zu verlassen. Sie wäre schon längst ausgebrochen, müsste sie nicht den „Gesichtsverlust“ vor ihrer Herkunftsfamilie befürchten. Das mache sie ohnmächtig und handlungsunfähig.

Auf der Station verlangt der Junge viel Aufmerksamkeit. Er versucht mit allen Mitteln das

Verhalten der Erwachsenen in seinem Sinne zu bestimmen. Besonders nachts dauert es Stunden, bis er zu Bett findet. Er scheint sich mit Trennungen und Veränderungen nicht abfinden zu können. Bei den Einzelterminen wechselt sein Verhalten zwischen zugewandtem Spielen und provokativ anmutenden Verhaltensweisen. Motorisch ist er sichtbar überaktiv. Je länger der stationäre Aufenthalt dauert, desto unruhiger, zappeliger und destruktiver wird das Verhalten des Jungen. Er setzt der Mutter arg zu, ihn wieder nach Hause mitzunehmen, bis sie schließlich nachgibt. Der Junge geht nach drei Wochen, wie er kam: ohne Veränderung. In der Zwischenzeit sollen jedoch die Eltern vereinbart haben, dass es keine Schläge mehr auf Kind und Frau geben wird, anderenfalls würde die Mutter endgültig gehen. Der Junge habe sich artig zu verhalten, sonst gehe er ins Heim.

Bei der Beschreibung beider Familien springen folgende Gemeinsamkeiten ins Auge: Die Mütter sind mit ihren Aufgaben überfordert, ihre emotionalen Reserven sind erschöpft, die Väter entziehen sich der partnerschaftlichen Solidarität und geben ihren Frauen keine sinnvolle Unterstützung, die Kinder agieren impulsiv und, wie es scheint, ohne effektive Fremd- oder Selbstkontrolle. Fern von der Absicht, daraus eine „familiogene“ Erklärung abzuleiten, stellt sich mir vielmehr die Frage, ob diese Kinder ein derart unstrukturiertes und destruktives Verhalten entwickelt hätten, wären sie in einer emotional weniger belasteten Situation mit mehr emotionalen Halt und undurchlässigeren Grenzen aufgewachsen. Aus dieser Perspektive betrachtet, erweist sich die Frage, was hier Henne und Ei ist, als gänzlich irrelevant. Von größerer Bedeutung erscheint die Tatsache, dass es hier zu einer unseligen Koppelung zwischen einer bestimmten Verhaltensdisposition auf Seiten des Kindes und einer ungünstigen familiären Umgebung gekommen ist. Dem überschießenden Antrieb der Kinder wurde in beiden Fällen freier Lauf gewährt, zumal beide Eltern statt miteinander zu kooperieren, sich gegenseitig bekämpften. Das Verhalten beider Kinder schien Bestandteil des familiären Umgangs geworden zu sein und genau in die Lücke zu passen, welche die Bezugspersonen eröffnet hatten und nicht imstande waren zu schließen. Eine etwaige alternative Hypothese, ob diese Kinder, wären sie konstitutionell ruhiger gewesen, die gleiche Grenzenlosigkeit angesichts gleicher familiärer Bedingungen entwickelt hätten, kann zwar nicht verneint werden, sie scheint jedoch unwahrscheinlich. In einem solchen Fall hätten die Kinder, wenn überhaupt, vermutlich andere Auffälligkeiten entwickelt, nämlich solche, die zu ihren Möglichkeiten gepasst hätten.

Bei unseren Behandlungsbemühungen verfolgten wir in beiden Fällen die üblichen Ziele eines systemischen Verständnisses von stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Rotthaus 1990). Zunächst ging es uns darum, den Familien durch die stationäre Aufnahme der Kinder Entlastung und eine Ruhepause zu verschaffen. In dieser Zeit hatten sie, vom täglichen Ringen des *actio-reactio* befreit, die Möglichkeit, ihre bisherigen Handlungsstrategien zu überdenken und mithin ihre Bereitschaft zu steigern, Neues zu probieren. Wir hatten die Möglichkeit, in Familiengesprächen die vorhandenen Ressourcen der Familien zu aktivieren und die Familie bei ihrer Suche nach Lösungen zu begleiten. Im ersten Fall war es möglich, den Vater zur Mitarbeit zu gewinnen, zumindest insoweit, als er seiner Frau erzieherisch nicht mehr in den Rücken fiel. Im zweiten Fall waren wir allein auf die Möglichkeiten der Mutter angewiesen, zumal wir beim Vater wenig Kooperationsbereitschaft erkennen konnten. In beiden Fällen beschränkten wir unsere Arbeit mit den Kindern auf die Gestaltung einer für sie angenehmen Ruhepause. Im ersten Fall schien das zu gelingen, im zweiten hingegen weniger. Das zweite Kind war altersgemäß um einiges enger mit seiner Mutter verbunden; eine längere Trennung schien für es weitaus bedrohlicher zu sein als für das Kind des ersten Falles.

4 Ansätze für den hilfreichen Umgang mit unruhigen Kindern, ihren Familien und anderen relevanten Bezugspersonen

Für die Zwecke des vorliegenden Aufsatzes, Gedanken aus systemischer Sicht für den hilfreichen Umgang mit unruhigen Kindern zu nutzen, wird zuallererst unhinterfragt davon ausgegangen, dass es Kinder gibt, die unruhiger als andere sind. Ungeachtet der dazu führenden, vermutlich vielfältigen Ursachen, ist zu erwarten, und diese Kinder dazu neigen, durch ihre Unruhe in äußerst komplizierte soziale Situationen zu geraten. Ferner wird hier angenommen, dass unruhige Kinder ihr unruhiges Verhalten grundsätzlich weder gewählt haben noch wünschen, sondern dies aus der interaktionellen Koppelung ihrer konstitutionellen Bedingungen mit den Möglichkeiten ihrer Umgehung heraus entwickelt haben. Es wird also davon ausgegangen, dass das Problem unruhiger Kinder ein grundsätzlich interaktionelles ist, welches in den meisten Fällen über den Rand des familiären Kontextes hinaus Personen einbezieht, die der außerfamiliären Welt des Kindes angehören. Dies wird durch die Beobachtung bestätigt, dass kindliche Ruhelosigkeit eher selten im familiären Milieu als solches erkannt wird, dafür aber umso häufiger nach dem Eintritt des Kindes in die außerfamiliäre Welt der Erwachsenen. „Kindliche Unruhe“ wird, wie man immer wieder aus den Berichten von Eltern hört, häufig zu dem Zeitpunkt zum Problem, in dem das Kind die Grenzen des häuslichen Milieus übertritt und den Kindergarten oder die Schule besucht. Dabei muss das Kind in Kontakt mit Erwachsenen treten, die es primär nicht lieben und daher nicht so großzügig über ihre Unruhe hinwegsehen, wie es die Eltern tun, die das Kind eben lieben oder zumindest an sein Verhalten gewöhnt sind. Die auf sozialer Einordnung und Disziplin aufbauenden Kultur- Einrichtungen wie Kindergarten, Schule, Vereine usw. - stellt an das Kind Erwartungen, die es nicht oder nur mit großer Mühe erfüllen kann. In den meisten Fällen wird spätestens hier deutlich, was Henker & Whalen (1989) zusammenfassend als das Kennzeichnende kindlicher Hyperaktivität beschreiben: „*trouble*“.

Ein komplizierter Kreislauf nimmt seinen Ausgang, der zum einen von den zumeist hilflosen und fassungslosen Erwachsenen durch Attribution auf Unerzogenheit, Böswilligkeit, Widerspenstigkeit usw. und/oder „Krankheit“ verstärkt wird und zum anderen von den betroffenen Kindern selbst durch Steigerung ihres negativ bewerteten interaktionellen Verhaltens. Dieser Kreislauf führt allzu häufig bei Erwachsenen und Gleichaltrigen gleichermaßen zur Verurteilung der unruhigen Kinder. Dies vor allem dann, wenn das unruhige Verhalten auch in Schulen, Kindergärten usw. die dort vorhandenen „Lücken“ schließt, also „passt“. Das Verhalten des unruhigen Kindes wird sozusagen zum Dietrich, zur Pauschal-erklärung für alle interaktionellen Schwierigkeiten im Verband. Die Rolle des „Sündenbocks“ erhält ihren allzu passenden Rollenträger. Darin manifestiert sich die „*trouble*“, in dem diese Kinder stecken: Sie werden pathologisiert, gehänselt, gemieden und nicht selten ganz und gar nachhaltig abgelehnt. Die so behandelten Kinder reagieren - zumindest zu Beginn dieses Kreislaufs - meistens ebenso hilflos und fassungslos wie die sie ablehnenden Erwachsenen und Gleichaltrigen, denn sie haben sich nie anders erlebt und deshalb auch kein „Störungsbewusstsein“ entwickelt, bis sie in die Mühle des Verglichenwerdens geraten.

Das Verhalten dieser ohnehin mit geringer Frustrationstoleranz ausgestatteten und daher stressanfälligen Kinder wird im Zuge beidseitiger Missverständnisse immer unruhiger, unkontrollierter und zielloser, der Weg zum destruktiven, aggressiven Verhalten immer kürzer. Der Kreislauf von Unruhe und Ablehnung dreht sich, ähnlich einem aus der Kontrolle geratenen Reigen, immer schneller und für alle Beteiligten frustrierender. Statt zum Ausgang, führt er

dazu, dass die Möglichkeiten dieser Kinder, sich unbehindert zu entwickeln und allmählich eine ihnen gemäße soziale Anpassung zu erlernen, eingeschränkt werden. Minde (1985) berichtet in diesem Zusammenhang von Untersuchungen, die zeigen, dass der Intelligenzquotient unruhiger Kinder, der sich beim Schulbeginn nicht von dem anderer Kinder unterscheidet, schon in der 6. Klasse beträchtlich niedriger ausfällt. Die sozusagen sekundäre Folge dieses interaktionell verstärkten Reigens ist ein zunehmend negativ gefärbtes Selbstbild beim Kind und damit verbunden die Erwartung, es niemandem recht machen zu können.

In dieser komplizierten, in aller Regel weder für das Kind noch für die Eltern einschätzbaren Dynamik von sozialer Ablehnung und konsequenter Frustration beim Kind dürften die Bedingungen zu finden sein, die zum Nährboden für Lernschwierigkeiten, Dissozialität usw. werden. Kind und Umgebung können sich die Handlungen und Haltungen des jeweils anderen nicht anders erklären als durch Rückgriff auf negativ getönte Attributionen: *Du bist böse!* - *Ihr liebt mich nicht!* Es verwundert fast festzustellen, wie freundlich, zugewandt und unverbittert sie sich zeigen können - wenn ihnen dazu Gelegenheit gegeben wird. In Anspielung auf den Titel, den Paul Dell (1981) für seinen Aufsatz zur Schizophrenie wählte: „Eine Übung in epistemologischer Konfusion“, kann hier bezüglich der Hyperaktivität ebenfalls von einer Übung in epistemischer Konfusion gesprochen werden. Nach Henker & Whalen (1989) sei es wiederum belegt, dass jene unruhigen Kinder, die sich des Glücks erfreuen, stabile, unterstützende, fördernde und sie vor der Außenwelt adäquat vertretende und beschützende Eltern zu haben, die negativen Folgen ihres Soseins zumindest teilweise kompensieren und so in Grenzen halten können. Die anderen jedoch, deren Eltern aus ihrer Verunsicherung heraus sich an die negativen Bewertungen der Außenwelt anschließen, werden wohl nicht selten zum Klientel kinderpsychiatrischer und verwandter Einrichtungen.

Die bisherigen Erörterungen legen es nahe, das Problem unruhiger Kinder als ein grundsätzlich interaktionelles Geschehen zu betrachten, als das Thema eines „Problemsystems“ (vgl. Ludewig 1988b). So gesehen, bietet sich als Hilfestellung eine Vorgehensweise an, die je nach Art des von den Mitgliedern des Problemsystems mit dem Helfer gemeinsam erarbeiteten „Auftrags“ im Sinne von Therapie, Beratung, Begleitung und/oder Erziehung durchgeführt werden kann. Ohne auf technische Details einzugehen oder meine anderenorts dargelegten Auffassungen zur Grundhaltung des Helfers zu wiederholen (vgl. Ludewig 1987b), beschränke ich mich hier darauf, die mir zentral erscheinenden Aspekte dieses Vorgehens in Form von Empfehlungen für den Helfer zusammenzufassen. Ihr Wert wird sich daran zu erweisen haben, ob sie es den Helfern von Menschen, die Problemsysteme um unruhige Kinder generieren, ermöglichen, das Hilfs- und Lösungspotential bei den Angehörigen und anderen Beteiligten auf nützliche, ästhetische und respektvolle Weise zu aktivieren. Im einzelnen:

(1) Familien, die sagen, ihr Kind sei unruhig und etwas dran ändern wollen, haben immer Recht. Gleiches gilt für die Klagen von Lehrern, Erziehern und anderen Betreuern. Eine diesen Klagen entgegen laufende Infragestellung, die etwa auf Theorien, die Hyperaktivität als Mythos entlarven, oder über die Erklärung zurückgreift, es handele sich um ein interaktionelles familiäres Problem, setzt den oben genannten Reigen epistemischer Konfusion fort und führt zu fruchtlosen Diskussionen und beidseitigen Entwertungen. „*Doctor knows best*“ ist hier fehl am Platze. Das heißt aber nicht, dass auf anamnestiche Erhebung, einschließlich der frühkindlichen und der Familienanamnese oder auf eine neuropädiatrische diagnostische Absicherung verzichtet werden sollte. Im Gegenteil, dies wird von den Familien oft als Zeichen entlastender Fürsorge, Erfahrung und Akzeptanz bewertet. Darüber hinaus ist der Ausschluss eines akuten Vorgangs im Nervensystem eine Erleichterung für den Helfer. Er kann sich

alsdann, befreit von eigenen Zweifeln, an seine eigentliche Arbeit machen.

(2) Die „fein“-diagnostische Unterscheidung, ob das Kind „tatsächlich“ hyperkinetisch, gar hirngeschädigt oder bloß böse und aggressiv sei, ist ein mühsames und fruchtloses Unternehmen. Diese kindbezogene Diagnostik erfordert viel Zeit und überstrapaziert über Gebühr die Geduld der Geplagten. Zudem kann damit unwillkürlich Tür und Tor für ein Verwirrspiel geöffnet werden, worunter am Ende alle Beteiligten, einschließlich des Helfers, zu leiden haben werden. Darüber hinaus weist die dabei gewonnene, ohnehin zweifelhafte Gewissheit auf keine differenzielle Vorgehensweise hin.

(3) Die weitaus relevantere „Diagnostik“, die im weitesten Sinne einer „Förderdiagnostik“ entspricht, nämlich die Suche nach Ressourcen und Möglichkeiten für den lösungsorientierten Umgang mit dem Problemsystem (vgl. u.a. Bodammer u. Lauber 1990), ist jedoch vornehmliche Aufgabe des Helfers. Die therapeutische (beraterische usw.) Tätigkeit des Helfers wird ohnehin in den meisten Fällen an der Schnittstelle verschiedener sozialer Systeme ansetzen müssen. Daher lohnt es sich, die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit aller Beteiligten (ob darunter Leidenden oder darüber Klagenden) zu erkunden. Je nachdem nämlich, ob die Klagen aus Familie, Schule, Kindergarten, Nachbarschaft usw. kommen, kann es aussichtsreich sein, die außerfamiliären Instanzen direkt einzubeziehen (über Telefon, Termine, Briefe usw.). Es kann aber im Sinne des geringsten Aufwands ausreichen, die Familie mit Blick auf ihren Umweg mit der Außenwelt zu beraten, ihr Verständnis für die ausweglose Lage des Kindes zu wecken und somit ihnen zu helfen, „Botschafter“ des Kindes zu sein und für Wohlwollen zu sorgen. Im Verlauf der Hilfsmaßnahmen kann sich zeigen, dass eine kleine Veränderung in den kognitiven Einstellungen eines bedeutsamen Beteiligten ausreichen kann, um die Gesamtsituation zu entspannen und folglich beim Kind zu einer im Vergleich zum Ausgangsniveau vernehmbaren Beruhigung zu führen. Dies kann sein:

- Die Akzeptanz seitens der Eltern und/oder Lehrer usw., dass das Kind weder böse noch primär aufsässig ist, sondern „nicht anders kann“;
- die Anerkennung seitens der Eltern und/oder Lehrer usw., dass sie alle „im selben Boot sitzen“ und sich daher nicht gegenseitig anzufinden brauchen;
- die Veränderung in der Haltung des einen Elternteils, der bislang das Problem auf das erzieherische Verhalten des anderen Elternteils zurückgeführt hat, zu einer der Kooperation und Unterstützung;
- die Einigung unter den Eltern, das Problem gemeinsam zu lösen, statt um die „bessere Erziehung“ zu kämpfen;
- die Einsicht beim Kind, dass es die Folgen seines Verhaltens durchaus mit sonst gezeigter Sympathie für die Erwachsenen ausgleichen kann;
- die Bereitschaft eines oder mehrerer der Beteiligten, die Schwierigkeiten des jeweils anderen empathisch mitzutragen usw.

Alle diese „kleinen Veränderungen“ können zu großer Verringerung der Hilflosigkeit und des Leidens führen und so die Chancen des Kindes erweitern, ein verändertes, förderlicheres Milieu vorzufinden, in dem es sich, ohne seine Kraft im Kampf gegen die Erwachsenen zu verbrauchen, weiter entwickeln kann.

(4) Der Verzicht auf „medizinisierende“ Pathologisierungen, die das Kind zum Einzeldarsteller eines unaufhörlichen Dramas machen, sowie die Einbeziehung der weiteren Beteiligten kann darüber hinaus zur Folge haben, dass parallel eingeleitete Fördermaßnahmen beim Kind (Ergotherapie, Förderunterricht, Aufmerksamkeitstraining und gar Sonderbeschulung) in einen Kontext eingebettet werden, der anders als bloße Beruhigung und/oder Aussonderung

wahrgenommen wird. Das dürfte die Motivation des Kindes, Selbstkontrolle zu erlernen und zu üben, entscheidend erhöhen. Dies gilt auch für den Einsatz begleitender Medikation und stationärer Behandlung. Sie werden eher als das wahrgenommen, was sie sein sollen, nämlich Unterstützung und nicht Bestrafung oder Abschiebung. Ein unruhiges Kind ist schließlich kein Auto, bei dem die Drosselung des Motors automatisch zum besseren Fahren führt.

(5) Vor den noch so verlockenden Erklärungen psychologischer, psychiatrischer, neuropädiatrischer, „ökologischer“, sonderpädagogischer oder gar familientherapeutischer Provenienz sollte dringend gewarnt werden. Keine von ihnen dürfte je in der Lage sein, mehr als eine der vielen Facetten zu erklären, aus denen sich das Mosaik der kindlichen Unruhe zusammensetzt. „Kindliche Unruhe“ als Sammelbezeichnung für ein komplexes interaktionelles und zudem heterogenes Phänomen kann nicht angemessen gehandhabt werden durch einseitige Variation psychischer, somatischer, umweltlicher, familiärer, schulischer und/oder Ernährungsbedingungen. Spätestens aber seit Bateson (1980) wissen wir, dass in einem komplexen, selbstregulierenden System das Maximieren der einen Variable auf Kosten der anderen über kurz oder lang zu unvorhersagbaren schwerwiegenden Systemveränderungen führen kann. Solche Eingriffe beinhalten im weitesten Sinne eine Art des Lernens. Akklimatisierung und Abhängigkeit sind spezielle Fälle dieses Prozesses. Mit der Zeit wird das System abhängig von der dauernden Anwesenheit dieses ursprünglichen äußeren Einflusses“ (S. 568). Es verwundert also nicht, wenn einseitig behandelte (beruhigte) unruhige Kinder später als Erwachsene durch Unausgeglichenheit und soziale Ungeschicktheit auffallen.

(6) Helfer, die von selbst die Ziele ihrer Bemühungen definieren, laufen Gefahr, Opfer ihrer eigenen Ziele zu werden. Sie verletzen mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur die Autonomie ihrer Auftraggeber bzw. *Kunden*² und bezahlen dies mit sog. Widerstand, sondern sie erreichen darüber hinaus mit noch größerer Wahrscheinlichkeit das von ihnen definierte Ziel nicht. Keiner kann je im voraus einschätzen, zu welchen Veränderungen unruhige Kinder, ihre Eltern, ihre Lehrer usw. bereit und fähig sind. Vielmehr empfiehlt es sich, sich von den Veränderungen beeindrucken zu lassen, zu denen diese Menschen trotz aller widrigen Erwartungen fähig sind.

(7) Sollte jedoch keine dieser empfohlenen Maßnahmen befriedigende Veränderungen anstoßen, wäre zu prüfen, ob die Betroffenen auf Grund wie auch immer begründeter, übertriebener Erwartungen behindert sind, erreichbare Ziele zu formulieren und deren Erreichen zu akzeptieren und honorieren. Denn unruhige Kinder bleiben, selbst bei Verbesserung ihrer Soziabilität nach allem, was über sie bekannt ist, unruhig, impulsiv und leicht ablenkbar. Helfer sollten dementsprechend vom allzu frustrierten Ziel absehen, unruhige Kinder an eine für sie ungünstige Norm anzupassen; sie sollten vielmehr ihre Bemühungen darauf verwenden, ihnen ein Umfeld mit zu gestalten, in dem sie, so wie sie sind, ein Optimum an Entfaltung und Zufriedenheit erlangen können.

5 Ein ermutigendes Beispiel zum Abschluss: *Fall 3*

Beide Eltern begleiten den 14jährigen zu einem ambulanten Vorstellungstermin. Sie kommen auf Anraten eines Psychologen, der den Jungen bei einem Kuraufenthalt betreute und dabei ein

² Die Bezeichnung „Kunde“, die aus den althochdeutschen „kund“ (gewusst, bekannt) bzw. „kundo“ (Bekannter, Einheimischer) stammt, erscheint mir hier, aber auch im allgemeinen im klinisch-psychologischen Bereich geeigneter als etwa „Patient“ (Duldender) oder „Klient“ (Schutzbefohlener).

Hyperaktivitätssyndrom feststellte. Die freundliche Mutter fällt durch stockendes, hastiges Reden und motorische Unruhe auf. Der Vater sitzt als Ruhepol zwischen Mutter und Sohn. Sie berichten, dass der Junge seit jeher ungeschickt, leicht ablenkbar, jedoch freundlich und hilfsbereit sei. Er habe auch eine Legasthenie. In der Schule sei er zwar durch Unruhe aufgefallen, die Lehrer haben ihn aber gut mittragen können. Das Gespräch dreht sich im wesentlichen darum, dass die Eltern, zumal vom Psychologen gewarnt, nichts unversucht lassen wollen. Nach und nach erfahren wir, dass die Mutter während ihrer ganzen Kindheit unter ihrer übermäßigen Unruhe gelitten habe. Sie sei auch einer psychoanalytisch ausgerichteten Therapie unterzogen worden, an die sie sich nur mit Schrecken erinnern könne. Sie vergewissert sich auch ganz genau, dass wir keine „solchen“ Therapeuten sind. Der Vater sei andererseits immer besonders ruhig gewesen, er habe jedoch unter einer nicht anerkannten Legasthenie leiden müssen.

Kind und Eltern wirken wie eine harmonische, jedoch nicht „harmonisierende“ Einheit. Eigentlich sehen sie keinen Grund für eine Behandlung. Die Eltern fühlen sich durchaus imstande, ihrem Sohn bei der Bewältigung seines Lebens Schutz, Unterstützung und gefühlsmäßige Geborgenheit zu geben, bei Gelegenheit ihn auch zu bremsen und abzufordern. Im Verlauf einer einzigen Sitzung kommen wir gemeinsam zu dem Schluss, dass jede weitere Diagnostik und/oder Behandlung nicht nur zu keiner Besserung des ohnehin nicht problematisierten Verhaltens des Jungen führen wird, sondern darüber hinaus die Gefahr in sich birgt, einer Pathologisierung Vorschub zu leisten. Schließlich habe er in seinen Eltern die besten, aus eigener Erfahrung gewordenen Experten zur Hand, die ihm die Wege zeigen können, damit er sowohl seine Unruhe als auch seine Legasthenie kompensieren kann.

Literatur

- Bateson G: Auswirkung bewusster Zwecksetzung auf die menschliche Anpassung. In: Bateson G: Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp 1980, S 566-575.
- Bodamer R, R Lauber: Welche Fragestellungen werden an ein sozialpädiatrisches Zentrum herangetragen und wie sieht dieses Zentrum seine Aufgaben selbst? 39. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 25.-27. Mai 1990 in Bremen. Landshut: Bosch-Druck 1990.
- Dell PF: Untersuchung der Familientheorien zur Schizophrenie: Eine Übung in epistemologischer Konfusion. Familiendynamik 6: 310-332, 1981.
- Eisert M, HG Eisert: Auf dem schwierigen Weg zu einem klinisch validen Behandlungsprogramm für hyperaktive Kinder. In: Speck O, F Peterander, P Innerhofer (Hrsg): Kindertherapie. München, Basel: Reinhardt 1985, S 277-282.
- Eisert HG: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. In: Franke U (Hrsg), 1988, S 71-82.
- Franke U (Hrsg): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1988.
- Goldbeck L, D Göbel: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiat 39: 87-93, 1990.
- Grissemann H: Hyperaktive Kinder. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1986.
- Henker B, CK Whalen: Hyperactivity and attention deficits. Amer Psychologist 44: 216-223, 1989.
- Kilian H: Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität - Überlegungen und Fallbeispiele. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiat 38: 90-96, 1989.

- Klingner B: Aus der Arbeit der Klinikschule - Am Beispiel des Unterrichts bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom. In: duBois R (Hrsg): Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern Stuttgart, Toronto: Huber 1989.
- Ludewig K: Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek G (Hrsg): Systeme erkennen Systeme. München, Weinheim: Psychologie Verlagsunion 1987a, S 155-173.
- Ludewig K: 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. Z. systemische Therapie 5: 178-191, 1987b.
- Ludewig K: Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. System Familie 1: 103-114, 1988a
- Ludewig K: Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter L, EJ Brunner, S Reiter-Theil (Hrsg): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1988b, S 231-249.
- Ludewig K: "Realität", Realitäten - "Normale", Verrückte. Reflexionen zur Realität von Zuordnungskategorien am Beispiel der Schizophrenie. In: Rotthaus W (Hrsg): Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Dortmund: modernes lernen 1989c, S 16-41.
- Ludewig K: Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. In: Brandau H (Hrsg): Von der Supervision zur systemischen Super-VISION. Salzburg: Otto Müller, im Druck.
- Minde K: Hyperaktives Syndrom (hyperkinetisches, hypermotorisches Syndrom). In: Remschmidt H, MH Schmidt (Hrsg): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd III. Stuttgart, New York: Thieme 1985, S 1-18.
- Neuhäuser G: Minimale cerebrale Dysfunktion. Kritische Betrachtung eines medizinischen Konzepts. In: Voss R (Hrsg) 1983, S 73-92.
- Prendergast M, E Taylor, JL Rapoport, J Bartko, M Donnelly, A Zimetkin, MB Ahearn, G Dunn, HM Wieselberg: The diagnosis of childhood hyperactivity. A US-UK cross-national study of DSM-III and ICD-9. J Child Psychol Psychiat 29: 289-300, 1988.
- Prior M, A Sanson: Attention deficit disorder with hyperactivity: A critique. J Child Psychol Psychiat 27: 307-319, 1986.
- Rotthaus W: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: modernes lernen 1990.
- Rutter M, O Chadwick, R Schachar: Hyperactivity and minimal brain dysfunction: Epidemiological perspectives on questions of cause and classification. In: Tarter RE (ed): The Child at Psychiatric Risk. New York, Oxford: Oxford Univ Press 1983, S 80-107.
- Steinhausen HC: Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind - eine klinische Einführung. In: Steinhausen HC (Hrsg): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart: Kohlhammer 1982, S 11-25.
- Taylor S: Some comments on Prior and Sanson's "Attention deficit disorders with hyperactivity: A critique". J Child Psychol Psychiat 29: 217-221, 1989.
- Voss R: Pillen für den Klassenfrieden. In: Voss R (Hrsg), 1983, S 11-52.
- Voss R (Hrsg): Pillen für den Störenfried? München u. Basel: Reinhardt u. Hoheneck 1983.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Kurt Ludewig

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätskrankenhaus Eppendorf,

Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20

und

Institut für systemische Studien, Sophienallee 24, 2000 Hamburg 20.