

Udo Baer

Kinderwürde in Aktion

Beziehungsfokussierte kreative Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Ein Lehr- und Praxisbuch

Lieferung: Nr. 44

Datum: 07.07.2023

Block D: Landschaften des Leidens: leiborientierte Pathologien - Kapitel 4:

©Semnos Verlag Udo Baer

ADS/ADHS

Definitionen, Zahlen, Komorbidität

Die US-amerikanische Klassifikation aller Erkrankungen DSM IV führt seit 1980 die attention deficit disorder (ADD) an, im Deutschen wird dies als ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) bezeichnet. Unter ADHS wird das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom verstanden. Hier steht die Hyperaktivität von Kindern, Jugendlichen und auch von Erwachsenen im Vordergrund. In den USA wird zwischen einem vorwiegend unaufmerksamen Typus sowie einem „vorwiegend hyperaktiv impulsiven“ Typus und einem gemischten Typus unterschieden. Im deutschsprachigen Raum wird eher mit ADS bezeichnet, wenn Kinder vor allem Aufmerksamkeitsprobleme haben, während ADHS vor allem für Hoherregung und Hyperaktivität steht. Ein neuer ICD 11 führt erstmalig ADHS unter „attention deficit hyperactivity disorder“ auf, während es im ICD 10 diese Bezeichnung noch nicht gab, sondern die Diagnosen unter „hyperkinetische Störungen“ fielen.

In der KIGGS-Studie 2006 in Deutschland zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden Daten von fast 15 000 Jugendlichen und Kindern erhoben. Die Ergebnisse in Deutschland ähneln den internationalen Ergebnissen. Circa 5,3% der Kinder und Jugendlichen haben die ADHS-Diagnose, weitere über 6% sind Verdachtsfälle. Bei Vorschulkindern liegt die Rate bei 2,9%, bei Jugendlichen bei 7,9%. Die Diagnose wird bei Jungen zwei- bis viermal häufiger vergeben als bei Mädchen. Andere Studien belegen, dass die im Kindesalter festgestellten ADHS-

Symptome sich in 40-60% der Menschen auch im Erwachsenenalter fortsetzen. Die Zahlen schwanken je nachdem, welche Kriterien für die epidemiologischen Untersuchungen zugrunde gelegt werden.

Auffällig ist der hohe Anteil von Komorbiditäten bei Kindern mit einer ADHS-Diagnose. Dazu zählen vor allem Lese- und Rechtschreibstörungen, Koordinationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, psychosomatische Störungen, Kopfschmerzen, Migräne, Ticks, Essstörungen und andere mehr.

Kritische Auseinandersetzung

Bevor ich mich mit dem Erleben der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose genauer beschäftige und Hinweise zur Therapie gebe, ist es notwendig, sich mit den diagnostischen Kriterien und der Diagnosepraxis kritisch auseinanderzusetzen. Kritikpunkte sind:

- Die Diagnosekriterien sind sehr schwammig. Für die Unaufmerksamkeit gilt zum Beispiel „Scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen.“ Oder: „Ist oft leicht von äußeren Reizen oder irrelevanten Gedanken abgelenkt (Reizoffenheit).“ Es stellt sich dann schon die Frage: Wer entscheidet, welche Gedanken irrelevant sind? Oder bei Hyperaktivität ist eines der Kriterien: „Redet oft übermäßig viel.“ Auch hier ist die Frage: Was ist „übermäßig? Oder: „Verlässt oft den Sitzplatz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.“ Auch hier ist die Frage: Wer erwartet das Sitzenbleiben? Die diagnostischen Kriterien geben eher die Erwartungen der Lehrkräfte oder Eltern wieder, als dass sie Probleme und das Leiden der Kinder und Jugendlichen beschreiben.
- Wir haben bei nahezu allen Kindern mit einer ADHS-Diagnose Filterschwäche beobachtet. Darunter verstehe ich folgendes: Jeder Mensch kann nur einen kleinsten Bruchteil der möglichen Sinneseindrücke im Gehirn registrieren und noch weniger davon verarbeiten. Alle Eindrücke, die auf einen Menschen hereinströmen, müssen deswegen gefiltert werden. Manche Kinder haben eine Schwäche in diesem Filterungsprozess. Sie bekommen mehr mit als andere Kinder. Das führt dazu, dass eine Art Rauschen entsteht und sie sich oft überlastet fühlen. Wenn zu viel auf einen Menschen einströmt, und dies kennen Erwachsene in Phasen der Übermüdung oder Überforderung auch,

wird es schwierig, die Aufmerksamkeit gerichtet auch bestimmte Dinge zu konzentrieren oder gerichtete Handlungen zu vollziehen. Das Erleben und die Wahrnehmung werden diffus.

- In den klinischen Definitionen wird nicht nach den Quellen der Hyperaktivität oder der Aufmerksamkeitsschwäche gefragt. Es ist bekannt, dass viele Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen ebenfalls über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft unter Hoherregung leiden, weil sie nicht in der Lage sind, die Hoherregung, die in der traumatischen Situation entstanden ist, abzubauen.
- Viele Kinder, die sich nicht gut im Unterricht konzentrieren können, sind aber in der Lage, sämtliche Pokémon-Figuren und deren Werte auswendig daher zuzusagen. Sie haben kein generelles Aufmerksamkeitsdefizit, die Aufmerksamkeit ist in manchen Bereichen sogar sehr hoch, in anderen Bereichen nicht.

Erleben und Therapie

Die meisten Kinder, bei denen ADHS diagnostiziert wird, werden medikamentös behandelt. Das gilt auch für die Diagnose ADS. Medikamente wie zum Beispiel Ritalin werden sehr häufig verabreicht.

In dem Buch „Jetzt reden wir!“¹ berichten einige Kinder über ihr Leben. Auch Erwachsene beschreiben ihre „Kindheit als ADHS-Kinder“. Aus den Berichten wird deutlich, wie sehr unterschiedliche Lebensumstände die Erregung erhöhen und die Aufmerksamkeit beeinflussen. Mit Medikamenten wurde und wird der allgemeine Erregungszustand gedämpft. Das kann in Notfällen helfen, wenn es hirnrnorganische Ursachen für die Aufmerksamkeitsdefizite bzw. die Hoherregung gibt und diese neurologisch festgestellt werden können. Hilfreich kann auch ein zeitweiliger Einsatz von Medikamenten sein, um einen sich hochschaukelnden Kreislauf zwischen hoherregtem Kind und hoherregten Eltern zu unterbrechen und einen Boden der neuen Bewältigung zu schaffen. Doch medikamentöse Behandlung sollte immer die zweite Wahl sein, Therapie die erste. Medikamente sollten nur zeitweilig eingesetzt werden und nach einer begrenzten Zeit die Medikamentengabe überprüft werden. In

¹ Baer, Udo; Barnowski-Geiser, Waltraut: Jetzt reden wir! Diagnose AD(H)S und was die Kinder wirklich fühlen, Beltz Weinheim 2009

dem erwähnten Buch erzählt ein 22jähriger über seine ADHS-Kindheit. „Die Pillen haben meine Gefühle gestohlen!“

Für die Therapie lautet die entscheidende Frage: Was beunruhigt unruhige Kinder? Und: Wohin richtet sich die Aufmerksamkeit der Kinder? Wovon wird sie gefangen genommen, wenn sie nicht reicht für konzentriertes Spielen oder Unterrichtsteilnahme? In der therapeutischen Begleitung haben meine Kolleg*innen und ich immer wieder festgestellt, dass es Faktoren gibt, die Kinder beunruhigen, für die sie aber keine Worte haben. Diese Beunruhigung drückt sich in Konzentrationsproblemen, motorischer Unruhe und anderem mehr aus. Auch wenn die Konzentration zum Beispiel darauf gerichtet ist, ob die Eltern zusammenbleiben oder sich trennen, ob einer das Kind verlässt oder andere Katastrophen über das Kind hereinbrechen können, dann reicht für manche Kinder nicht die Konzentration auch noch für schulische Aktivitäten oder Angebote in der Kita. Wenn wir als Therapeut*innen mit Kindern spielen, wenn wir ihnen kreative Ausdrucksmöglichkeiten geben und Brücken bauen, wieder in Beziehung zu treten mit uns und auch mit anderen Menschen, von denen sie sich zuvor abgelehnt und ausgeschlossen fühlten, dann werden die Faktoren der Beunruhigung deutlich.

Die Filterschwäche beinhaltet, dass die Kinder die Welt so erleben, dass sie auf sie einstürzt und sie überwältigt. Dagegen suchen sie Schutz. Viele der Kinder mit ADHS-Diagnosen bauen sich, wenn sie den Freiraum haben, in unseren Therapieräumen sofort eine Höhle, eine Schutzhöhle. Diesen Schutz sollten wir akzeptieren und auch später im therapeutischen Prozess mit ihnen gemeinsam danach suchen, was sie in ihrem Lebensalltag schützen könnte. Ein Beispiel sind Kopfhörer während der Schulpause. Wir sollten versuchen, mit den Kindern in ihren Schutzräumen, die wir akzeptieren müssen und wollen, Kontakt aufzunehmen. Das geht zum Beispiel, indem ein Kind innerhalb einer Höhle, die es gebaut hat, musiziert und wir außerhalb der Höhle mit einem anderen Instrument oder mit unserer Stimme mit dem Kind musikalisch in Kontakt treten.

Die hohe Erregung, von der Kinder meist nicht wissen, wo sie mit ihr "hinsollen", ist wichtiges Thema in der Therapie. Allein schon dadurch, dass sie einen kreativen Ausdruck findet, verändert sich etwas. Wir Therapeut*innen können den Kindern vorschlagen, sich so zu bewegen, wie sie gerade ihre Aufregung empfinden. Oder wir sagen: „Tanze deine Unruhe!“ Wir können ihnen vorschlagen, dass sie ihre Erregungsverläufe und -kurven malen und dann musizieren oder tanzen. Oft werden

dann die Bewegungen und das Malen differenzierter als zuvor das Erleben der Kinder. Die Kinder malen mit zunehmender Konzentration und Gerichtetheit.

Kinder, die sehr jung sind, bauen sich gerne menschliche Schutzräume, um durch körperlichen Kontakt Eindeutigkeit und Halt zu spüren.² Sie kuscheln sich in Armkuhlen und andere Körperteile. Wir ermutigen Kinder und Jugendliche, nach weiteren Schutzmöglichkeiten zu suchen. Manchmal helfen Bilder des Schutzes. Oft gibt es auch überraschende Antworten, wenn wir die Kinder fragen: „Wenn du dir in deinem Körper eine Schutzecke einrichtest, wo wäre die?“ Das Kind hält sich die Hände vor den Bauch und antwortet: „Im Bauch. Ganz klar.“ Wir arbeiten häufig mit Richtungs-Leibbewegungen. Überflutung führt zu Diffusität, diffus zu sein, bedeutet ungerichtet zu sein. Wenn der Therapeut oder die Therapeutin ein Tuch in die Hand nimmt und das Kind in seine und beide von ihren Seiten aus daran ziehen und sich spielerisch durch den Raum bewegen, üben Kinder ihre Kraft und ihr Erleben zu richten. Auch musikalisch ist es möglich, Klänge in eine bestimmte Richtung zum Beispiel zum Therapeuten oder zur Therapeutin zu schicken. Diese oder dieser antwortet und so geht es dann hin und der ...

Auf die Möglichkeiten, durch Verraumen Räume des Schutzes, der Unruhe, des gerichteten Kampfes, der Ruhe und Geborgenheit zu schaffen, habe ich an anderer Stelle schon hingewiesen. Fast immer baue ich solche Räume bei jüngeren Kindern in Geschichten ein. Das Kind und ich sind dann Pinocchio oder Benjamin Blümchen oder die Zauberfee und bewegen uns durch die Räume.

Es sollte aufgegriffen werden, was die Kinder von sich berichten. Ein Kind erzählt zum Beispiel, dass in ihm Chaos ist. Ich bat es, ein großes Blatt Papier zu nehmen und das Chaos als Bild zu kleckern, also ohne Stift und Pinsel, nur indem die Flaschen mit ihren kleinen Öffnungen gekippt werden, damit Farbe auf das Papier fließen kann.

Ein Junge malt sein „inneres Durcheinander“ als Klecker-Bild auf dem Boden mit zahlreichen Guachefarben, chaotisch und kreuz und quer. Als er fertig ist, sagte er: „Jetzt bin ich ruhiger. Das Bild sieht ja richtig geil aus. Da ist ja was los!“ Und auch auf den Therapeuten wirkt es kraftvoll und lebendig. Die Augen

² Baer, Udo; Barnowski-Geiser, Waltraut: Hyperaktive Kinder kreativ. Das Semnos-Konzept in Therapie und Pädagogik. 2005. Seite 126ff

des Jungen strahlen, als der Therapeut ihm dies sagt. „Und wo ist die Ruhe auf deinem Bild?“ „Da, in dem Gelb natürlich.“³

Musikalische Wechsel in der Qualität der Klänge sind ebenfalls Möglichkeiten, mit denen Kinder variieren können. Wenn ein Kind etwas musikalisch spielt, können wir anregen: „Spiele das doch noch einmal leiser – oder lauter – oder langsamer.“ Kinder probieren das gerne und erfahren damit nicht nur Wechsel in den Klängen, sondern auch Veränderungen in ihrem Leben.

Bei alledem, was ich hier als Anregung wiedergegeben habe, geht es nie darum, dass Kinder ruhiger, aufmerksamer werden oder sonstige konkrete Ziele trainiert werden. Die Absicht bei solchen Angeboten besteht darin, die Lebensqualitäten des Kindes zum Ausdruck zu bringen, zu würdigen, was ist. Dadurch, dass das Kind oder der Jugendliche sein Erleben musiziert, tanzt, malt oder es anders irgendwie zum Ausdruck bringt, wird es öffentlich und findet Interesse und Aufmerksamkeit des Therapeuten oder der Therapeutin. Es wird geteilt. Für das, was die Kinder erleben, was sie beunruhigt, was sie beschäftigt, gibt es von Seiten der Umwelt ein Aufmerksamkeitsdefizit. Oft aus Ignoranz oder weil die Kinder „stören“, manchmal auch aus Hilflosigkeit, weil das, was die Kinder bewegt und beunruhigt, nicht erkannt wird und die Ausdrucksmöglichkeiten nicht hinterfragt werden können. In der Therapie gelingt es, das, was die Kinder beschäftigt, zum Ausdruck zu bringen und vor allem zu teilen. Das schafft Veränderungen.

Vor allem entstehen in dem Prozess des Ausdrucks und des Teilens Resonanzen. Oft auch Synchronresonanzen, in denen deutlich wird, was die Kinder bewegt. Oft reagieren andere Menschen, vor allem Erwachsene, auf die Kinder mit ADHS- oder ADS-Diagnose in der Response-Resonanz. Sie reagieren auf die Unruhe, fordern Ruhe oder wenden sich ab oder bemühen darum, dieses oder jenes beim Kind zu verändern. Das, was das Kind wirklich beschäftigt, was unterhalb der Ausdrucksformen der Hyperaktivität in dem Kind schwingt, kann sich im Prozess des kreativen Ausdrucks und der kreativen Dialoge in den Therapeut*innen bemerkbar machen als gemeinsames Schwingen, als Synchron-Resonanz. Darauf gilt es zu achten und es aufzugreifen, um den Kindern im therapeutischen Prozess zu helfen.

³ a.a.O. Seite 128