

Franz Ruppert und Christina Freund
Hyperaktivität und ADHS
Erkenntnisse über die Ursachen der Unruhe von Kindern
aus zwei Aufstellungsseminaren.

1 ADHS – die Unruhe der Kinder, die Erwachsenen Angst macht

Hyperaktive Kinder stehen mit ihrem unruhigen Verhalten im Blickfeld einer besorgten Öffentlichkeit. Allein die Anzahl publizierter Bücher und Artikel kündigt von einem großen Bedarf an Erklärungen und Therapieansätzen. Die Zappelphilippe außer Rand und Band stören den Frieden innerhalb der Familien, der Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen. Nicht wenige von ihnen werden später als Jugendliche zu Drogenabhängigen oder Straftätern.

Hyperaktive Kinder sind ständig in Bewegung. Sie zappeln, fallen mit Stühlen um, sind unkonzentriert, reden einfach dazwischen. Trotz einer normal entwickelten Intelligenz scheitern sie oftmals in der Schule. Ihre Leistungen entsprechen nicht ihrem eigentlichen Vermögen. Sie wiederholen Klassen, wechseln in andere Schultypen und bleiben letztendlich ohne einen qualifizierten Abschluss. Das Verhalten hyperaktiver Kinder ist für Eltern und Geschwister, für Erzieher und Lehrer, aber auch für Mitschüler nur sehr schwer zu ertragen. Sie fühlen sich zunehmend überfordert und hilflos. Gleich ob die Kinder geschimpft, bestraft oder aber auch positiv bestärkt werden, sie bewegen sich unaufhörlich weiter. Es scheint, dass nichts und niemand sie zu beruhigen vermag.

So verwundert es nicht, dass Hyperaktivität eine der häufigsten Diagnosen im Kindes- und Jugendalter ist. Eine Vielzahl von Studien legen den Schluss nahe, dass etwa 2–7 % der Schulkinder davon betroffen sind, Jungen dabei 2-3mal so häufig wie Mädchen (Lehmkuhl 2004)¹. Die gängigen Klassifikationsschemata führen Hyperaktivität mit unterschiedlicher Bezeichnung auf. Im ICD 10 sind im Kapitel über ‚Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) auch die ‚hyperkinetischen Störungen (HS)‘ (F90) aufgeführt. Im DSM IV findet sich dieses Störungsbild im Kapitel der ‚Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens‘ unter der Bezeichnung ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)‘. Trotz dieser unterschiedlichen Benennung stimmen beide Diagnose-Manuale in ihrer Definition der Hauptsymptomatik überein:

- Die Hyperaktivität ist eine permanente motorische Bewegung insbesondere dann, wenn Stille und Ruhe erforderlich wären.
- Die Unaufmerksamkeit bezeichnet ein Verhalten, das von Unkonzentriertheit und Unaufmerksamkeit gegenüber momentan zu leistenden Aufgaben und Arbeiten im Alltag und/oder

in Schule und Beruf geprägt ist, wodurch diese in ihrer Ausführung und ihrem Ergebnis negativ beeinflusst werden.

- Die Impulsivität meint ein spontanes Ausagieren von Impulsen ohne Rücksicht auf soziale Konventionen.

Diese drei wesentlichen Symptome der ADHS treten in unterschiedlicher Intensität auf. Je nach ihrer Ausprägung lassen sich im Einzelfall spezifische Typen der ADHS feststellen.

Die Symptome von ADHS treten nicht nur im Schulalter auf. Sie zeigen sich in allen Lebensaltern, wenn auch in modifizierter Form. So werden hyperaktive Kinder häufig im Rückblick als besonders unruhige Säuglinge mit Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen beschrieben. Im Kleinkind- und Grundschulalter steht besonders die typische motorische Hyperaktivität im Vordergrund. Diese lässt zu Beginn der Adoleszenz etwas nach. Dafür treten nun vermehrt Impulsivität und Unaufmerksamkeit auf. Das Erscheinungsbild von ADHS im Erwachsenenalter ist neben den Aufmerksamkeitsstörungen insbesondere geprägt von einer permanenten inneren Unruhe und Anspannung. Nach Adam et al. (2002)² weisen 30-60 % der von ADHS betroffenen Kinder noch im Erwachsenenalter Symptome auf. Wegen dieser fortbestehenden Symptome gehen insbesondere Lehmkuhl et al. (2004) von ADHS als einem chronischen Störungsbild aus. Demnach scheint bei mindestens einem Drittel der betroffenen Menschen der Versuch einer dauerhaften Beruhigung fehlzuschlagen. Dies ist umso erstaunlicher, wenn man den großen Leidensdruck berücksichtigt, unter dem betroffene Kinder und ihre Eltern stehen. Gerade deswegen ist ihre Motivation für eine Therapie sehr groß. Verzweifelte Eltern suchen nach wirksamen Methoden der Behandlung ihrer unruhigen Kinder.

Therapiekonzepte gehen immer von bestimmten Annahmen über die Ursachen von Krankheiten und ihren Symptomen aus. Diese Erklärungsmodelle sind die Basis und Legitimation der Behandlungsformen. Ohne Wissen über die Ursachen von ADHS kann es keine wirkliche Heilung dieser Verhaltensauffälligkeit geben.

2 Medizinische Erklärungskonzepte von ADHS und Behandlungsansätze

Die Mehrheit einer medizinisch orientierten Wissenschaft sieht in genetisch bedingten Veränderungen im Körper des Kindes die Ursache für deren Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Eine Autorengruppe um die beiden Professoren an der Kölner Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Gerd Lehmkuhl und Manfred Döpfner vertritt diesen mehrheitlich propagierten Ansatz zur Erklärung von ADHS:

„Die neurobiologischen Grundlagen der ADHS lassen sich mit verschiedenen Methoden eindrucksvoll belegen, und zwar auf der neuropsychologischen, neurophysiologischen, neuroanatomischen und neurochemischen sowie genetischen Ebene. Darüber hinaus konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass psychosoziale Risiken und negative Interaktionen mit nahen Bezugspersonen die Ausbildung der Symptomatik beeinflussen und die Wahrscheinlichkeit für komorbide Störungen verstärken“ (Lehmkuhl et al., 2004, S. 16).

Diesen Ansatz veranschaulicht und fasst das biosoziale Modell zur Entstehung von ADHS von Döpfner (2000)³ zusammen. Diesem Modell gemäß führt eine genetische Disposition zu Veränderungen im Gehirn. Neben dieser als bewiesen geltenden genetischen Disposition ziehen die Autoren auch Nahrungsmittelbestandteile und Hirnschädigungen als etwaige Ursachen der Gehirnveränderungen mit in Betracht. Insbesondere bewirke dies eine weitreichende Störung des Neurotransmitter-Stoffwechsels. Dies führe zu Störungen in der Selbstregulation des Kindes insbesondere in Form von mangelnder Impulshemmung. Darin gründeten die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität. Sie führten zu negativen Interaktionen mit Bezugspersonen, wie beispielsweise Eltern, Erziehern bzw. Lehrern und Freunden. Ungünstige Bedingungen in Familie und Schule verstärkten diese dysfunktionalen Interaktionen noch zusätzlich. Dadurch verschlechterten sich wiederum die Symptome. Aus diesem negativen Kreislauf resultierten schließlich auch die komorbiden Symptome, wie Leistungsdefizite, aggressives Verhalten und emotionale Störungen (Lehmkuhl et al., 2004).

In einer unübersichtlichen Vielfalt von angewandten Methoden zur Behandlung der ADHS lassen sich zwei grundlegende Formen feststellen:

- verhaltenstherapeutische Interventionen
- medikamentöse Therapie

Alle pädagogischen und psychotherapeutischen Interventionen mit verhaltenstherapeutischer Basis beabsichtigen eine Veränderung des Verhaltens des Kindes. Sie setzen an den Symptomen an und versuchen ihre Intensität zu verringern. Das unerwünschte und damit negative hyperaktive, unaufmerksame und impulsive Verhalten soll ‚gelöscht werden‘ und durch ein erwünschtes ruhiges, konzentriertes und reguliertes Verhalten ersetzt werden. Das wesentliche Prinzip dabei ist eine positive Verstärkung des erwünschten Verhaltens durch Zuwendung, Lob und Anerkennung und eine negative Sanktionierung des alten zu löschenden Verhaltens. Diesen Prozess ermöglichen klare Handlungsanweisungen der Eltern, wie beispielsweise „Stopp!“ und „Hör zu!“, und eine konsequente Kontrolle der Ausführung dieser Anweisungen. Diese verschiedenen Formen verhaltenstherapeutischer Interventionen unterscheiden sich bezüglich ihres Zieles:

- Eltern- und familienzentrierte Interventionen

Die Symptome des Kindes sollen durch eine Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion verringert werden.

- Kindergarten- und schulzentrierte Interventionen

Die Symptome des Kindes im Kindergarten/Schule sollen durch operante Methoden, wie soziale Verstärkung, Modellernen verringert werden.

- Kindzentrierte Interventionen

Die Symptome sollen durch das Kind selbst gesteuert werden mit Hilfe von Formen des

- Spieltrainings, um Ausdauer und Konzentration im Spiel aufzubauen,
- Selbstinduktionstrainings, um eine reflexive Arbeitshaltung aufzubauen,
- Selbstmanagements, um selbstständig das eigene Verhalten regulieren zu lernen.

Diese Formen verhaltenstherapeutischer Interventionen setzen bei der Annahme des zuvor erläuterten Erklärungsmodells an, nach der die psychosozialen Bedingungen des Kindes die Intensität der ADHS-Symptomatik beeinflussen.

Bei der medikamentösen Behandlung von Kindern werden überwiegend Psychostimulanzien verabreicht. Mit der Medikation soll durch die Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin die Störung des Neurotransmitter-Stoffwechsels im Gehirn kompensiert werden. Die wesentliche Indikation einer primären Pharmakotherapie ist die Ausprägung und Schwere der ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Konflikte in Familie und Schule. Medikamente sollen also immer dann gegeben werden, „wenn eine ausgeprägte situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung, z.B. drohende Umschulung in Sonderschule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung, ausgeprägte Konflikte im schulischen Bereich vorliegen“ (Lehmkuhl et al., 2004, S. 54). Der hauptsächlich verabreichte Wirkstoff ist das Amphetamin-Derivat Methylphenidat. Dabei ist zwischen verschiedenen Freisetzungsformen zu unterscheiden:

- schnell freisetzend (IR), wie z.B. Ritalin[®], Medikinet[®] Equasym[®]
- verzögernd freisetzend (SR), wie z.B. Ritalin SR[®]
- Kombination (IR + SR), wie z.B. Concerta[®], Ritalin LA[®]

Die kurzzeitige und unmittelbare Wirkung dieser Psychostimulanzien ist wissenschaftlich gut belegt, nicht aber ihre Langzeiteffekte und Nebenwirkungen (Lehmkuhl et. al. 2004).

Ein Beispiel für ein multimodales Behandlungsprogramm von Kindern mit ADHS ist das von Döpfner et al. (2002)⁴ erarbeitete Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Dabei werden je nach individueller Diagnose verhaltenstherapeutische Interventionen mit der Gabe von Medikamenten kombiniert. Dieses Konzept besteht aus zwei Teilen, einem Eltern-Kind-Programm und einem kindergarten- und schulzentrierten Interventionsprogramm.

Der medizinische Erklärungsansatz ist nicht unumstritten. So weiß etwa Gerald Hüther, Professor für Neurobiologie an der Universität Göttingen, darauf hin, dass das medizinische Erklärungsmodell für die Wirkung von Psychostimulanzien im Gehirn äußerst fragwürdig ist: „Wenn diese Kinder nun aber gar kein ‚Dopamindefizit‘, sondern einen ‚Dopaminüberschuss‘ in ihrem Gehirn besitzen, so kann die Verabreichung von Amphetaminen die dort ohnehin schon erhöhte Dopaminfreisetzung nur noch weiter steigern. Vermutlich merkt das betreffende Kind davon jedoch nicht viel, da es ohnehin schon bis an die Grenze des erträglichen stimuliert ist. Wie bei vielen Amphetaminen kommt es durch die plötzlich massive Dopaminfreisetzung jedoch rasch zu einer Entleerung der Dopamin-Speichervesikel in den dopaminergen Präsynapsen. Der ‚Kick‘ kommt selbst bei ‚normalen Personen‘, auch bei Kindern schnell und dauert kurz, höchstens eine Stunde an, danach sind die Speicher leer und können nur sehr langsam und allmählich mit neu gebildeten Dopamin aufgefüllt werden. Das dauert erheblich länger, nämlich drei bis fünf Stunden. So lange bleibt die Dopaminfreisetzung nicht mehr so gut durch neue Reize stimulierbar. Jeder, der ein normal entwickeltes dopaminerges System besitzt, hängt dann so lange durch, wird lust- und antriebslos. ADHS-Kinder jedoch, so wäre zu vermuten, erleben für ein paar Stunden, wie es ist, wenn ihrem überentwickelten Antriebssystem sozusagen die Puste ausgegangen ist. Sie kommen zur Ruhe und können sich endlich auf eine Sache konzentrieren und reagieren nicht auf jeden Reiz wie ‚von der Tarantel gestochen‘. Sobald die Dopaminspeicher jedoch wieder aufgefüllt sind (nach ca. vier bis sechs Stunden), ist der alte Zustand wieder erreicht und macht sich erneut entsprechend bemerkbar.“ (a.a.O., S. 71f.)

Derart massive Eingriff in das Dopaminsystem im Gehirn bergen auch das Risiko in sich, dass die Kinder vermehrt Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Ernährungsstörungen, Wachstumsstörungen, Tics und frühzeitig ein Parkinson-Syndrom entwickeln⁵.

3 Trauma, Spaltung und Bindungsstörungen als Ursache

Mit unserem hier vorgestellten Erklärungsansatz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern beschreiten wir einen eigenen Weg⁶. Demnach sind es nicht Gene, welche ursächlich die menschliche Seele krank machen, oder falsche Erziehungsmethoden, sondern es sind traumatische Erfahrungen von Menschen mit anderen Menschen, die seelisch zutiefst verletzen, und massive Bindungsstörungen zwischen Eltern und Kindern verursachen, welche aus diesen Traumatisierungen folgen. Ein Trauma ist eine plötzliche oder lang anhaltende oder sich wiederholende existentiell bedrohliche Situation, in der Menschen in eine absolute Schutzlosigkeit geraten. Menschen werden in derartigen extremen Erfahrungen körperlich und seelisch überfordert. Um dennoch überleben zu können, schützt sich die Seele eines Menschen mit dem so wirksamen wie

weitreichenden Mechanismus der Aufspaltung. Durch die Spaltung kann das Trauma, das nicht als Ganzes zu integrieren ist, in Fragmenten gespeichert werden. Diese Bruchstücke haben ihren Bezug zu dem schrecklichen Geschehen verloren. Dadurch ist das Überleben des Menschen gewährleistet (Huber 2003)⁷.

Was sich davon im Gehirn eines Menschen abbildet, ist die Folge dieser traumatisierenden Lebenserfahrungen und nicht ihre Ursache. Der Freiburger Professor für psychosomatische Medizin Joachim Bauer bestätigt in seinem 2004 erschienen Buch ‚Das Gedächtnis des Körpers‘⁸ aus medizinischer Sicht unsere These, „*welche besonders verhängnisvollen Spuren, vor allem Gewalt- und Missbrauchserfahrungen hinterlassen können.*“ (Bauer 2004, S. 10) . Sie finden sich insbesondere im Gehirn eines Menschen, das sich je nach gemachten oder nicht gemachten Erfahrungen ein Leben lang umstrukturiert. Mit seiner nutzungsabhängigen Neuroplastizität passt sich das menschliche Gehirn ein Leben lang an veränderte Lebenswelten an. Dies geschieht unter anderem dadurch, dass Gene ein- oder ausgeschaltet werden. Neben Umwelteinflüssen sind es seelische Erlebnisse des Menschen, die in bioelektrische Impulse umgewandelt werden und das jeweilige biologische Programm der Gene aktivieren oder deaktivieren. Um zu verstehen, warum Menschen sich so verhalten, warum sie so fühlen und nicht zuletzt warum sie krank werden, ist es notwendig, ihre seelischen Zustände zu untersuchen. Die Seele ist demnach der Schlüssel zum Verständnis des gesamten Menschen.

Neben der Traumatheorie ist das Bindungskonzept⁹ die zweite tragende Säule in unserem Verständnis seelischer Prozesse. In einer sicheren Bindung finden Kinder Schutz und Trost bei ihrer Mutter. Eine seelische gesunde Mutter kann die unterschiedlichen Bedürfnisse ihres Kindes schnell und passend befriedigen. Diese Bindungserfahrungen sind entscheidend für die gesamte weitere Entwicklung des Kindes. Sie verfestigen sich nach Gerald Hüther¹⁰ zu inneren Bildern, d.h. zu Vorstellungen von sich selbst und der Welt. Durch wiederkehrende Erfahrungen werden diese inneren Bilder als Muster im Gehirn gespeichert. Sie beeinflussen entscheidend das menschliche Fühlen, Denken und Handeln. Ein Kind, das in einer sicheren Bindung an seine Mutter beständigen Schutz und Liebe gefunden hat, entwickelt ein inneres Bild seiner Selbstwirksamkeit: Es weiß, dass es im Notfall immer Hilfe und Schutz finden kann. Darin gründet das Wissen um die Wirksamkeit des eigenen Handelns und die Möglichkeiten, sich selbst zu steuern. Das Kind lernt, dass es mit seinem Verhalten eigene Ziele erreichen kann. Hier liegt auch die Motivation des Kindes zu lernen, insbesondere auch in der Schule.

Die Verzahnungen von Bindung und Trauma sind in der ‚Mehrgenerationalen systemischen Psychotraumatologie (MSP)‘¹¹ zu einem Theoriekomplex verbunden. Die Erfahrung eines Traumas spaltet einen Menschen in einzelne seelische Anteile auf. Es gibt in ihm dann im Prinzip die

heil/gesund gebliebenen Anteile, den traumatisierten Anteil und den Anteil, der das Trauma zu bewältigen versucht, den „Überlebensanteil“ (Abbildung 1).

Seelische Spaltungen nach einer Traumaerfahrung

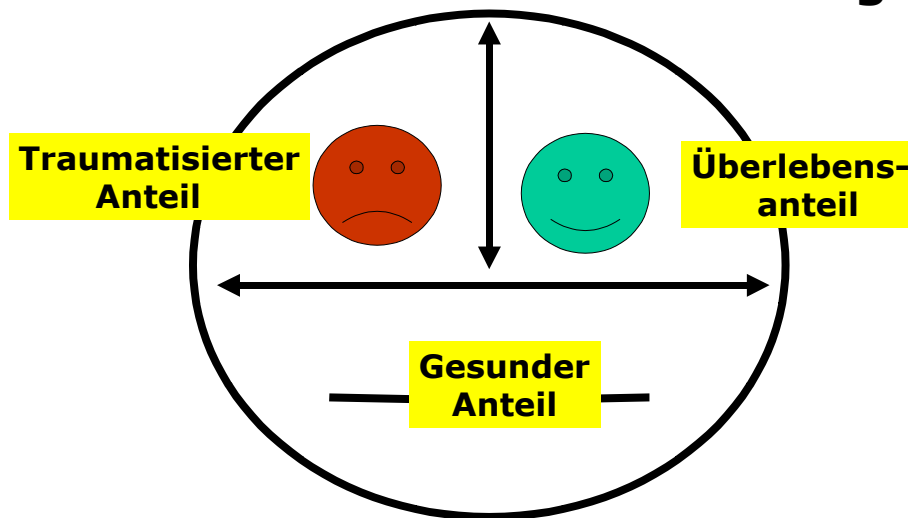


Abbildung 1: seelische Spaltungen nach einer traumatischen Erfahrung

Während mit der Zeit der traumatisierte Anteil aus dem Bewusstsein verdrängt wird, versucht der Überlebensanteil durch Vermeidung, Kontrolle, Kompensation und die Entwicklung illusionärer Vorstellung einen immer größeren Abstand zum Trauma herzustellen. Der traumatisierte Anteil kann sich dann meist nur noch durch körperliche und seelische Krankheitssymptome abstrakt bemerkbar machen. Die traumatische Erfahrung wird so nicht wirklich verarbeitet.

Über die Bindungsprozesse geben Eltern daher ihre nicht verarbeiteten traumatischen Erfahrungen und damit auch ihre seelischen Spaltungen an ihre Kinder weiter. Das sogenannte Bindungstrauma ist für Kinder eine der schwerwiegendsten Ursachen für seelische Fehlentwicklungen.

Abbildung 2 zeigt, wie sich bei einem Bindungstrauma das Kind in unterschiedliche traumatisierte Anteile aufspaltet und sich mit den traumatisierten und den Überlebensanteilen seiner Mutter symbiotisch verstrickt. Daraus wird verständlich, dass ein Kind unter anderem seine Angst und Wutgefühle seelisch nicht integrieren kann und illusionäre Vorstellungen entwickelt, wie es die Liebe der Mutter doch noch bekommen kann.

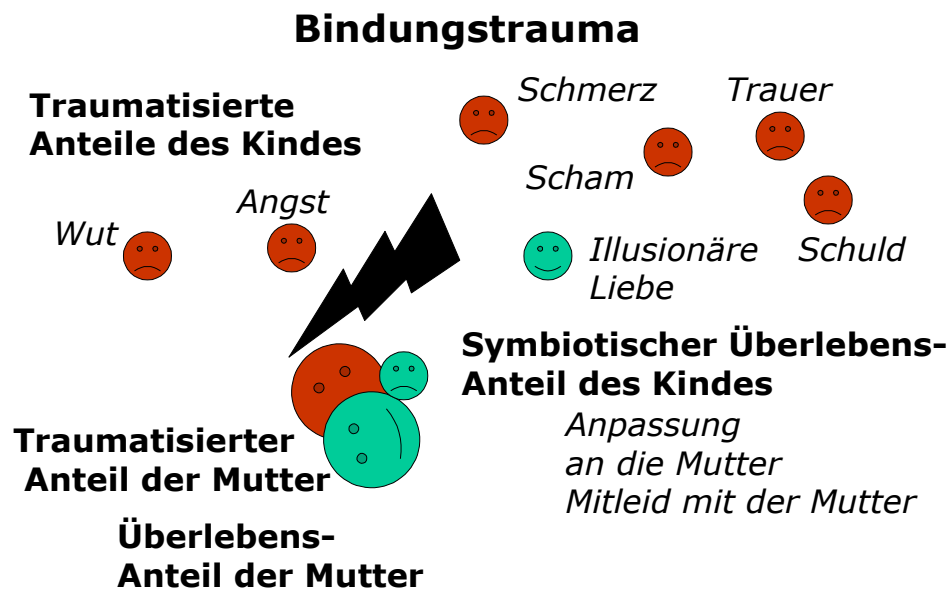


Abbildung 2: Spaltungen einer Mutter, die sich im Bindungsgeschehen in den Spaltungen bei ihrem Kind fortsetzen

Traumatische Erfahrungen können nach unseren Erfahrungen noch über drei oder vier Generationen in Bindungsbeziehungen weiter wirken. Die Wurzeln psychischer Probleme von Menschen liegen daher in sehr vielen Fällen in den traumabedingten Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind. Eine Heilung eines psychisch kranken Menschen wird daher nur möglich, wenn das gesamte traumatisierte Bindungsgeflecht mit in Betracht gezogen wird (Ruppert 2005)¹².

4 Aufstellungsseminare mit dem thematischen Schwerpunkt ADHS

Mit der Hilfe der Aufstellungsmethode können Menschen einen Blick auf die Befindlichkeit und die Struktur ihrer Seele werfen. In Aufstellungen zeigt sich das, was in einem Menschen wirkt und sein Fühlen, Denken und Handeln beeinflusst. Dieses Abbild seiner seelischen Wirklichkeit ist oftmals anders als erwartet. Nicht selten sind Klienten überrascht von dem, was sie sehen. „Darüber bin ich doch längst hinweg.“ und „Ich hätte nicht gedacht, dass das immer noch so einen Einfluss hat.“ So und ähnlich äußern sich viele verwundert.

Die Methode der Aufstellung ist ein wertvolles Instrument, um tatsächliche Wirkungsbezüge und Ursachen von Krankheitsbildern und ihren Symptomen im jeweiligen Einzelfall zu veranschaulichen und zu verstehen. In den Stellvertretern spiegeln sich seelische Prozesse und Wirklichkeiten der Klienten in ihren jeweiligen Bindungssystemen wieder. So wird in Aufstellungsprozessen oft-

mals deutlich, dass viele Menschen manches in ihrem Leben noch nicht wirklich emotional gesehen, anerkannt und bearbeitet haben, weil ihr Überlebens-Ich die schlimmen Erfahrungen geschickt aus dem Bewusstsein fern hält. Unterdrückte Trauma-Anteile üben nicht nur unbewusst und verdeckt einen großen Einfluss auf ihr eigenes Leben aus, sondern auch auf das Verhalten ihrer Kinder.

Aus diesen Überlegungen heraus entstand die Idee eines Aufstellungsseminars unter mit dem thematischen Schwerpunkt ADHS. Das wissenschaftliche Augenmerk lag auf den Ursachen der einzelnen Symptome, die sich in den praktischen Arbeiten zeigten, und auf den Konsequenzen, die sich daraus grundsätzlich für die Behandlung der Kinder ergeben. Die Leitfragen des Seminars waren dabei:

- Was beunruhigt die Kinder so sehr?
- Worauf ist ihre ganze Aufmerksamkeit gerichtet?
- Wie können die Kinder zu ihrer inneren und äußeren Ruhe finden?

Im November 2004 fand ein erstes ADHS-Seminar statt. Bei diesem stellten zwei Elternpaare, drei Mütter, ein Vater und ein betroffener Jugendlicher ihr Anliegen auf. Zuvor führten wir Anamnese-gespräche mit den einzelnen Familien, um sie auf ihre Aufstellung vorzubereiten. Die Auswirkungen auf das hyperaktive und unaufmerksame Verhalten der betroffenen Kinder und ihrer Eltern wurde in Nachgesprächen erfasst. Eine Diplomarbeit¹³ begleitete das Seminar und wertete die Aufstellungen hinsichtlich der Ursachen von ADHS auf der Basis der Mehrgenerationalen systemischen Psychotraumatologie (MSP) aus. Die empirische Basis dieser Arbeit waren transkribierte Videoaufzeichnungen der einzelnen Aufstellungen.

Zwei Jahre später folgte ein weiteres ADHS-Seminar im November 2006, um die bereits gewonnenen ersten Einsichten über ADHS und ihre Ursachen zu überprüfen und zu vertiefen. In diesem Seminar waren zwei Mütter und ein geschiedenes Elternpaar bereit, sich insbesondere für das zu öffnen, was in ihrer Lebensgeschichte passiert ist und was nun ihre Kinder möglicherweise beeinflusst und so sehr beunruhigt¹⁴. Diese weiteren drei Aufstellungen wurden ebenfalls mit einer Videokamera aufgezeichnet und transkribiert. Dabei versprach insbesondere die neue spezifische Arbeit mit Spaltungen in den Aufstellungen grundlegende Erkenntnisgewinne¹⁵.

4 Welche Ursachen für ADHS zeigen sich in den Aufstellungen?

Die Aufstellungen der beiden Seminare sind zwar nicht im wissenschaftlichen Sinne repräsentativ, doch weisen sie bemerkenswerte Übereinstimmungen auf. Aus ihnen lassen sich erste Rückschlüsse auf die Ursache von ADHS ziehen. In allen Aufstellungen zeigten sich traumatische Erlebnisse im

Herkunftssystem der hyperaktiven Kinder. Sie sind das zentrale Moment für das Verstehen der Symptome der Kinder und ihrer Ursachen: Durch diese Traumata sind die Bindungen zwischen den Kindern und ihren Eltern, insbesondere zu ihrer Mutter nachhaltig gestört. Dadurch können die Kinder ihre Mutter emotional nicht erreichen. Diese Bindungsunsicherheit löst existentielle Gefühle der Angst, Ohnmacht und Wut im Kind aus. Die Symptome der Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung sind demnach die Folgen von Traumatisierungen. Die Symptome der Kinder bringen das zum Ausdruck, was die Eltern in ihrer Seele an Gefühlen unterdrücken und abspalten.

Bindungsunfähigkeit der Mütter.- Die Aufstellungen stimmten in der Art des Traumas größtenteils überein: Es waren Bindungstraumata der Eltern, die sich überwiegend in sexuellen Gewalterfahrungen ausdrückten, welche die Mütter, in einem Fall auch der Vater erlitten hatten. Durch eine traumatische Erfahrung wird die Fähigkeit eines Menschen, Bindungen einzugehen, nachhaltig eingeschränkt oder sogar zerstört. Eine schwer traumatisierte Mutter ist wie abgetrennt von ihren Gefühlen und ihrem Körper. Infolgedessen kann sie nicht mehr feinfühlig auf die Bindungsbedürfnisse ihres Kindes reagieren. Der Wunsch nach Nähe und Körperkontakt des Kindes ist für eine traumatisierte Mutter oftmals nicht auszuhalten. Es löst in ihr Angst, Abwehrverhalten, Erstarrung oder Wut aus. Je mehr das Kind drängt, desto mehr muss sich ihr Überlebens-Ich dagegen wehren, um nicht in einen Retraumatisierungszustand zu geraten.

In einer Aufstellung zeigten sich drei verschiedene Anteile einer sexuell missbrauchten Mutter: ein leidender, ein schützender und ein autistisch zurückgezogener Anteil. Ihr Überlebensanteil¹⁶ war gänzlich mit den unerfüllten und konträren Bedürfnissen ihrer einzelnen Anteile beschäftigt. So versuchte sie, diese zu befriedigen und zugleich zu kontrollieren. Derart mit ihrer Seele beschäftigt konnte sie ihrem Sohn keine schützende und sichere Mutter sein: *„Ich kann da überhaupt nicht Mutter sein!“* Ein anderes Beispiel ist die Mutter von zwei hyperaktiven Zwillinge. Ihre Stellvertreterin fühlte sich so, als wäre sie drei Jahre alt. Gänzlich hilflos und völlig verzweifelt suchte sie ständig nach irgendeinem Halt. Auf die wiederholten Bitten ihres einen Sohnes, ihm dadurch zu helfen, indem sie auf das, was in ihrer Familie passierte, schaut, reagierte sie überrascht: *„Ich kann für meine Söhne nichts tun. (...) Ich kann was für Dich tun?! Ich verstehe das alles nicht. Ich will damit nichts zu tun haben.“*

Verzweifelte Bindungsbemühungen bei den Kindern.- In allen Aufstellungen suchten die Stellvertreter der Kinder vehement nach ihrer Mutter bzw. später nach ihrem Vater. Sie fühlten sich alleingelassen und hilflos. Dies zeigte sich besonders eindrücklich in der Aufstellung einer allein erziehenden Mutter, deren Tochter zu Beginn sehr aggressiv war, weil niemand ihren Schmerz sah. Sie war ständig in Bewegung und ging von einem zum anderen und versucht alle zu provozieren. Diese wütende Energie wich zusehends einer großen Verzweiflung. Sie begann weinend nach ihrer

Mutter zu schreien und zu kreischen: „*Mama, komm her! (...) Ich werde verrückt hier! Du musst mit mir mitgehen! Ich brauche Dich doch!!! (...) Bleib da!*“

Ein anderes Beispiel für die große seelische Not der Kinder war die Aufstellung einer Mutter mit zwei hyperaktiven Söhnen. Die beiden aufgestellten Anteile dieser Frau versuchten auf ganz unterschiedliche Weise immer wieder die Aufmerksamkeit ihrer eigenen Mutter für sich zu gewinnen. Dabei drückte ein Anteil seinen Schmerz und die Wut über sein Verlassensein lautstark aus. Immer wieder fordert er vehement, dass die Mutter wirklich eine Mutter ist. Zornig warf er ihr ihre Abwesenheit vor: „*Und da kommt nichts! Hallo!!! Hier Kind! Ich bin Deine Tochter! (...) Eine Mama ist vielleicht mal für ihre Tochter da.*“ Der andere, offenbar mit seiner eigenen traumatisierten Mutter symbiotisch verstrickte Anteil der aufstellenden Frau fügte sich zunächst in seinem nicht gesehenen Schmerz. Schließlich stellte er sich hinter seine Mutter und versuchte ihr Halt und Schutz zu geben. „*Ich fühle mich hier zum ersten Mal wohl.*“ Doch alle Bemühungen beider Anteile um ihre Mutter blieben vergeblich. Diese Mutter war derart orientierungslos und verwirrt, dass sie gar nicht wusste, dass sie eine Tochter hat, die verzweifelt um ihre Liebe kämpft. Sie konnte die existentielle Angst und die Wut ihres Kindes weder fühlen noch sehen.

Die Unerreichbarkeit von Müttern und auch von Vätern für ihre hyperaktiven Kinder war das durchgängige Muster in allen Aufstellungen in beiden Seminaren. Aufgrund ihrer Verlassensängste zeigten die Kinder bereits verfestigte innere Bilder von eigener Ohnmacht, auf die sie entweder mit ziellosem Umherirren, blinder Zerstörungswut oder mit depressivem Rückzug reagierten.

Überaufmerksamkeit.- Die Kinder richteten in den Aufstellungen ihre ganze Aufmerksamkeit auf die Mutter, insbesondere auf ihre Gefühle. Hochkonzentriert registrierten sie jede ihrer Gefühlsregungen. Zu Beginn der Aufstellung sind z.B. die beiden Stellvertreter der hyperaktiven Zwillinge ausschließlich mit dem emotionalen Zustand ihrer Mutter beschäftigt. Beide Jungen verändern immer wieder ihre Position, um ihre Mutter von allen Seiten mustern zu können. So meint ihr älterer Sohn: „*Ich sehe meine Mutter nicht. Nein, wie ausgeblendet. (...) Ich finde, sie leidet. Ja, sie hat einen leidenden Ausdruck.*“ Der andere Sohn bemerkt ihre große Angst vor ihrem Ehemann. Besonders deutlich verfolgt der Ältere die Gefühlszustände seiner Mutter. So kommt er in Kontakt mit den traumatischen Erfahrungen seiner Mutter, Großmutter und Urgroßmutter. Auch in den anderen Aufstellungen waren die Kinder symbiotisch mit den Traumagefühlen ihrer Mütter verbunden.

Die Suche nach der Seele der Mutter war teilweise so intensiv, dass die Kinder zwangsläufig die Grenzen der Generationen überschritten. Sie waren in Kontakt mit den einzelnen Anteilen ihrer Mutter und dadurch mit den Anteilen ihrer Großeltern, mit denen ihre Mutter symbiotisch verstrickt war. Dadurch verloren sie jegliche Orientierung. Sie wussten nicht mehr, wer sie selber sind, wer

die Eltern und wer die Großeltern sind. In der bereits erwähnten Aufstellung der Mutter mit zwei hyperaktiven Söhnen war ihre Desorientierung derart groß, dass einer der Anteile der Mutter die eigenen Eltern mit denen ihres Mannes verwechselte: *„Ich versuche mich gerade zu orientieren. Es hat für mich wirklich lange gedauert zu begreifen, dass Ihr nicht seine Eltern seid, sondern meine!“*

Die traumatisierten Mütter konnten ihre Gefühle nicht immer den entsprechenden Ereignissen und den richtigen Personen zuordnen. Insbesondere wussten sie oft nicht mehr, was zu ihnen und was zu ihren Eltern gehört, was sie erlebt und was die Eltern erlebt hatten. Eine derartige Desorientierung machte den Kindern enorme Angst. Dass diese Angst wie eine Existenzbedrohung erlebt wird, zeigte sich in der Aufstellung eines hyperaktiven Kindes, dessen Eltern geschieden waren. In gänzlicher Verzweiflung versuchte ein Seelenanteil eines hyperaktiven Jungen, sein Leben vor den Anforderungen und den dahinter liegenden Traumagefühlen beider Eltern zu schützen: *„Ich muss wahnsinnig aufpassen, dass ich das wähle, was mir Kraft gibt und mir das vom Leib halte, was mir keine Kraft gibt. Und das ist von beiden Seiten her. Es ist ganz schwer für mich zu unterscheiden, weil ich soviel Bedürfnis danach habe. Und ich bin vollkommen verunsichert, in dem was gut für mich ist und was nicht gut für mich ist von Euch beiden. [...] Jeder Tropfen vom Falschen ist zu viel. Noch ein Tropfen und ich gehe. Und ich will nicht gehen.“*

Es ist diese extreme Angst, bei den Eltern keine Sicherheit für sich zu finden, die Angst, ohne den Halt der Eltern nicht mehr leben zu können, welche die Konzentration der Kinder auf die Mutter lenkt. Für alle anderen nicht überlebenswichtigen Belange, wie zum Beispiel die Schule, bleibt unter diesen Umständen fast keine Aufmerksamkeit mehr übrig. Das ist aus unserer Sicht der eigentliche Grund der sogenannten „Aufmerksamkeitsstörung“. Das Kind ist nicht grundsätzlich zu wenig, sondern viel zu viel aufmerksam für die seelischen Regungen seiner Eltern.

Übersteigter Bewegungsdrang.- Die Hyperaktivität ist das offensichtlichste Symptom der Kinder, die von der ADHS betroffen sind. Es ist das, was an ihnen so sehr auffällt und stört. Die Stellvertreter der Kinder äußerten in den Aufstellungen diese Unruhe einerseits in einer deutlich sichtbaren und auffälligen körperlichen, andererseits in einer rastlos suchenden geistigen Bewegung¹⁷. Ein Beispiel für die motorische Hyperaktivität ist die Aufstellung der Mutter mit den Zwillingen. Der Stellvertreter des einen Jungen drehte sich immer schneller im Kreis. Die Radien wurden dabei zusehends kleiner. Taumelnd geriet er in eine bedrohliche Schiefelage. Derart aus dem Gleichgewicht geraten, drohte er umzufallen. Niemand konnte ihn aufhalten, auch nicht sein Vater: *„Ich finde eine Wahrheit. Du stehst im Weg. Das ist der Kreis.“* In einer anderen Aufstellung drückte sich das Symptom einer übersteigerten geistigen Bewegung in bemerkenswerter Weise aus: Ein hochbegabter Junge versuchte durch ständiges Denken, die eine passende mathematische Formel zu finden, die alle Mitglieder des Familiensystems mit einschließt, damit ja keiner verloren ginge. Im Fami-

liensystem gab es tatsächlich eine Unklarheit darüber, wie viele Kinder geboren und gestorben waren.

In der Hyperaktivität der Kinder drücken sich wiederum die Gefühle der Angst und Ohnmacht der Kinder aus: Durch die Bindungsstörung, d.h. den fehlenden warmen und liebevollen Kontakt mit ihren Eltern, sind die Kinder einem erhöhten dauerhaften Stress ausgesetzt. Das Kind intensiviert mit dieser zusätzlichen Stressenergie seine vergebliche Suche nach einem emotionalen Kontakt Mutter und gerät dadurch in einen Angst-Wut-Angst-Verzweiflungs-Teufelskreis. Mit den hyperaktiven Bewegungen der Kinder, insbesondere der Willkürmotorik wie dem Schaukeln mit dem Stuhl, dem Scharren mit den Füßen oder den ständigen Bewegungen der Extremitäten kann sich diese traumatische Übererregung nicht abbauen, sie schaukelt sich eher weiter hoch. Körperliche Aktivität und das Ausagieren von Wut hören nur dann auf, wenn das Kind sich davon seelisch abspaltet und in den Zustand der Depression übergeht. Besonders intensiv zeigte sich die beinahe regungslose Verzweiflung eines als hyperaktiv diagnostizierten Kindes in der gemeinsamen Aufstellung des geschiedenen Ehepaars. Der Stellvertreter des Jungen wurde immer wieder von heftigen Wellen der Verzweiflung geschüttelt. In sich auf dem Boden zusammengesunken, äußerte er mehrmals weinend und schluchzend: *„Ich fühle mich wirklich bis aufs Leben bedroht. Es ist wirklich so. Es ist nicht auszuhalten. Es ist wieder so, wie in dem Bild mit dem Tropfen: Ein Tropfen und ich bin weg.“* Hinter der Hyperaktivität liegt die bodenlose Angst und Ohnmacht dieses Kindes.

Fazit: In den 10 Aufstellungen unserer beiden Seminare ließ sich ADHS eindeutig auf traumatische Ereignisse im Herkunftssystem der Kinder zurückführen. Diese überwiegenden Bindungstraumata störten den emotionalen Kontakt der Kinder zu ihren Eltern, insbesondere zu ihrer Mutter, erheblich. Die daraus resultierende Bindungsunsicherheit löste existentielle Bedrohungsgefühle von Angst und Ohnmacht in den Kindern aus. Die Symptome der „Hyperaktivität“ und „Aufmerksamkeitsstörung“ sind Ausdruckformen dieser Verlassenheitsängste und der unbewussten geistigen wie motorischen Suchbewegungen der Kinder nach einem haltgebenden Kontakt mit ihren Eltern. „Impulsivität“ ist der Ausdruck wütender Verzweiflung von Kindern, die sich seelisch im Stich gelassen fühlen. Allein gelassen können die Kinder ihre Bindungstraumata auch nur durch seelische Spaltungen in den Griff bekommen. Weg sind diese traumatischen Gefühle damit nicht. Sie bilden das Risikopotential für die Weitergabe an eigene Kinder, sollten diese Kinder einmal selbst Eltern werden. Dies und nicht Gene ist aus unserer Sicht die Ursache für das gehäufte Auftreten von ADHS in verwandtschaftlichen Beziehungen.

5 Konsequenzen für die Therapie von Kindern mit ADHS

So klar sich für uns die anfänglichen Fragen nach den Ursachen und dem Wesen von ADHS beantworten lassen, so darf nicht vergessen werden, dass diese Analyse auf nur zehn Fallbeispielen basiert. Das ist viel zu wenig, um eine allgemeine Gültigkeit zu beanspruchen. Trotzdem ergeben sich daraus erste interessante Anhaltspunkte für eine Therapie von Kindern mit ADHS.

Nach diesen Ergebnissen der Aufstellungen wäre eine hilfreiche Behandlung eine solche, die bei den zentralen traumatischen Ereignissen im Familiensystem und seinen Konsequenzen auf Mutter-Kind-Bindung ansetzt. Indem die Eltern auf ihre seelischen Verletzungen schauen und diese anerkennen, können sie sich ihrer seelischen Spaltungen bewusst werden. Sie gewinnen dadurch Klarheit über die einzelnen und unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Anteile, wie beispielsweise der Angst ihrer Überlebensanteile vor dem erneuten Kontakt mit den abgespaltenen und verdrängten Trauma-Anteilen. Dafür eignet sich die Arbeit mit den einzelnen Persönlichkeitsanteilen sehr gut, wie sich in diesen beiden Seminaren und in vielen anderen Aufstellungsseminaren eindrücklich gezeigt hat. Statt die Bindungsbedürfnisse ihres Kindes immer wieder zu frustrieren, kann eine Mutter mit diesem Wissen ihre eigene Beteiligung am Zustandekommen der Unruhe ihres Kindes verstehen und dem Kind ein klareres Beziehungsangebot machen.

In der Aufstellung einer geschiedenen Mutter zeigte sich z.B. ein Anteil, der deutlich machte, dass er weder die beiden Anteile ihres hyperaktiven Sohnes noch ihren eigenen traumatisierten Anteil anschauen konnte: *„Also, mir ist alles zuviel. Ich mag sie gar nicht anschauen. Da mag ich auch nicht hinschauen.“* Je mehr sich bei diesem Anteil seinen Verletzungen durch einen sexuellen Missbrauch zeigten, desto mehr konnte ein anderer, noch gesund gebliebener Anteil von ihr die Verantwortung für sich selbst übernehmen. Dabei war er zunächst sehr verzweifelt, über die tiefe seelische Not der anderen Anteile, doch dann konnte er zusehends wachsen: *„Ich muss noch sehen. Aber ich traue mich noch nicht hin.“* Ihr Sohn war sehr erleichtert darüber, dass er neben einem traumatisierten noch einen erwachsenen Anteil seiner Mutter spüren konnte. Auf klare und wirkliche Aussagen kann sich das Kind mit seinen Bedürfnissen beziehen. Es weiß, was es von seiner Mutter erwarten kann und was nicht. Deswegen ist es auch nicht mehr diesem bereits beschriebenen lebensgefährlichen Dauerstress ausgesetzt. Mit dieser Gewissheit kann sich das Kind innerlich und daher auch äußerlich beruhigen. Darüber hinaus wird in dem Maße, in dem eine Mutter ihre seelischen Verletzung zu integrieren versucht, auch ihr emotionaler Spielraum in der Bindung zu ihrem Kind immer größer. Das Kind kann seine Mutter immer mehr erreichen. Dies drückten die Schlussworte der Mutter deutlich aus: *„Das braucht schon noch eine Zeit. Ich komme in eine tiefe Traurigkeit, aber dann hole ich mich wieder raus. Mal spüre ich sie ganz nah und dann ist sie wieder ganz weg. Aber ich kann jetzt alles wahrnehmen und spüre alles.“*

Diese positive Veränderung zeigte sich auch in einer anderen Aufstellung. Der existentiell gefährdete hyperaktive Junge fand erst dann seinen sicheren Platz, als ihm beide Eltern deutlich

sagten, dass sie sich um sich selbst kümmern werden und sie hier im Moment für sich den größtmöglichen Schritt getan haben. Diese Übernahme der Verantwortung der Eltern für ihre seelischen Verletzungen führte dazu, dass auch ihr Sohn seine eigene Verantwortung übernehmen konnte. *„Noch was. Was außerhalb von Euch ist, was in der Umwelt ist, das hat überhaupt keine Bedeutung. Der Druck von außen, der spielt überhaupt keine Rolle. Den halte ich aus, den Druck von außen. Das ist es nicht, was mich belastet. Ich will auch nicht geschützt werden. Ich will eigentlich nur in Ruhe gelassen werden. Ich will nur Freiraum mit Ruhe haben. Ich habe das Gefühl, ich bin einfach nur so ein kleines Tier, das einfach nur in so ein Loch kriechen will und sich zusammenkrümmen will. Und den Freiraum brauche ich, wenn ich ihn brauche. Und den will ich haben, wenn ich ihn brauche.“*

In allen Aufstellungen fanden die Kinder immer dann ihre innere und äußere Ruhe, wenn die Eltern begannen sich mit ihren seelischen Verletzungen auseinanderzusetzen. Sie fanden sie jedoch nicht, solange die Eltern versuchten, auf sie einzuwirken und sie zu beruhigen. Wer von seiner eigenen Unruhe ablenkt, kann andere nicht beruhigen. Wer seine eigene Wut unterdrückt, kann der Wut anderer keine Grenzen setzen. Wer selbst keine Orientierung hat, kann anderen keine Orientierung geben. Wer selbst hoffnungslos und verzweifelt ist, kann andere nicht aufrichten. Wer für die eigene Seele die Verantwortung nicht übernimmt, kann seelisch für andere nicht da sein. Diese Wahrheiten gelten ganz besonders im Verhältnis von Eltern und Kindern.

¹ Lehmkuhl, G., Adam, Ch., Fröhlich, J., Sevecke, K., Döpfner, M. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Bremen: Uni-Med.

² Adam, C., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2002). Der Verlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugend- und Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 11 (2), 73-81.

³ Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1, Göttingen: Hogrefe.

⁴ Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP (Materialien für die klinische Praxis / Praxismaterial). Weinheim: Beltz.PVU.

⁵ Mumbach, Bernd (2005). ADS verstehen und ganzheitlich heilen. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 30

⁶ Ruppert, Franz (2007). Drei Seelen in meiner Brust. Trauma, Spaltung und innere Heilung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (im Druck).

⁷ Huber, Michaela (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag.

⁸ Bauer, Joachim (2004). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München: Pieper Verlag.

⁹ Bolby, John (2006). Bindung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

¹⁰ Hüther, Gerald (2004). Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

¹¹ Ruppert, Franz (2002). Verwirrte Seelen. Grundlagen einer systemischen Psychotraumatologie. München: Kösel Verlag.

¹² Ruppert, Franz (2005). Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

¹³ Freund, Christina (2006). Welche Ursachen hat die ADHS-Symptomatik? Fallanalysen auf der Basis der Mehrgenerationalen Psychotraumatologie. Möglichkeiten für eine hilfreiche Sozialarbeit. Diplomarbeit. Katholische Stiftungsfachhochschule München.

¹⁴ Allen Eltern, die den Mut gefunden haben, in unseren Seminaren ihr innerstes Seelenleben offen zu legen und an unserer Studie mitarbeiteten, möchten wir an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank zum Ausdruck bringen.

¹⁵ Ruppert, Franz (2006). Aufstellungen und Spiegelneurone. Praxis der Systemaufstellung, 2, 64-68. *„Wenn ich Aufstellungen leite, gehe ich davon aus, dass die meisten seelischen Erkrankungen Störungen in der Mutter-Kind-Bindung zur Grundlage haben und diese Störungen in der Regel durch Traumata verursacht werden, welche die Mutter erlebt hat. Da diese Traumata Spaltungen in der Persönlichkeitsstruktur einer Mutter bewirken und diese Persönlichkeitsspaltungen im Bindungsprozess an das Kind weitergegeben werden, stelle ich von vorneherein nicht nur eine Person für die Mutter und ihr Kind auf, sondern vier: jeweils zwei Stellvertreter stehen für die gespaltenen Seelenanteile von der Mutter und dem Kind in einer Aufstellung.“* (Ruppert 2006, S. 64)

¹⁶ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird hier und im Weiteren nicht „der Stellvertreter für ...“ geschrieben. Es sind aber entsprechend immer die Verhaltensweisen und Äußerungen der Stellvertreter für die Mütter, Väter oder Kinder in einer Aufstellung gemeint.

¹⁷ Vielleicht ist dies kognitive Hyperaktivität die Ursache dafür, dass manche hyperaktiven Kinder zwar hochintelligent sind, ihre Intelligenz aber nicht in schulische Leistungen ummünzen können.