

ne Grenzen auf, wenn das Team nicht geschlossen auftritt, kein klares Kontingenzmanagement demonstriert oder wenn therapeutische Themen inadäquat hierarchisiert und priorisiert werden. So herrscht Übereinstimmung in der Forderung nach regelmäßiger kollegialer Supervision oder Intervention, die ein fester Bestandteil des Behandlungskonzepts darstellt (Therapeuten, die mit BPS-Patienten arbeiten, brauchen Supervision!). In der Klinik nutzen wir hierzu das sogenannte „Consultation-Team“, eine Art systematische Fallbesprechung unserer Patienten.

Natürlich schützt auch das beste Behandlungskonzept nicht davor, in der Therapie mit Borderline-Patienten an seine therapeutischen oder persönlichen Grenzen zu kommen, dies ist aber nicht regelhaft der Fall. Eine Verallgemeinerung mit Aussagen wie „Problempatienten“, „aus dem Hintergrund agieren“ und „ungekrönte Könige“ führt aus meiner Sicht jedoch eher dazu, dass auf Seiten der Behandler Ängste geschürt werden und diesen Patienten der Zugang zu ambulanten Versorgungsmöglichkeiten erschwert wird.

Und noch etwas ist mir wichtig: Mit einer BPS wird niemand geboren!

Menschen mit einer BPS haben oft katastrophale Bindungs- und Beziehungserfahrungen gemacht, ihre Grundbedürfnisse nach Selbstwert, Kontrolle und unbedingter Wertschätzung wurden oft massiv sabotiert, so dass sie anfangen mussten, sich „Überlebensstrategien“ für diese pathologische Beziehungsumwelt zurecht zu legen. Wenn Menschen mit einer BPS nun in der Behandlung mit Misstrauen, Vorwürfen, Rückzug oder Beziehungstests reagieren, so bedienen sie sich nur dessen, was sie gut gelernt haben (was neurobiologisch gesehen fest gebahnt wurde) und was ihnen in früheren Zeiten als Selbstschutz zur Verfügung stand (ein Kernkriterium der Persönlichkeitsstörung ist ja das situationsübergreifend unflexible Verhaltensrepertoire). Wenn es uns gelingt, im Kontakt mit diesen Patienten „hinter die Kulisse“ zu schauen, um zu erkennen, aus welchem Motiv heraus dieses Verhalten gezeigt wird und welches Grundbedürfnis möglicherweise jetzt gerade erneut nicht befriedigt wurde, so tragen wir Herausragendes zum Gelingen der therapeutischen Beziehung bei. Auf keinen Fall sollten wir mit Vorwürfen oder Invalidierungen reagieren, denn dann zeigen wir ein genauso dysfunktionales Beziehungsverhalten wie die Patienten selbst oder andere Menschen in deren Lebensgeschichte!

Genauso wenig sollten wir übersehen, dass Menschen mit einer BPS neben ihren expansiven Verhaltensmustern und ihrer Beeinträchtigung der Selbstregulation oft den überwiegenden Teil des Tages mit intensiver und meist unaushaltbarer Hilflosigkeit, Scham, Schuld- und Minderwertigkeitserleben bis hin zum Selbsthass verbringen. Es sind diese Aspekte, die sowohl das private Beziehungsgefüge

unserer Patienten als auch die therapeutische Beziehung belasten können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Straffälligkeit: Es gibt Menschen, die werden straffällig und verurteilt – auch Menschen mit einer BPS finden wir darunter. Die Aussage, dass Beamtenbeleidigungen, Beschimpfungen oder Handgreiflichkeiten „typisch für ein ausgeprägtes Borderline-Syndrom“ seien, ist inhaltlich und logisch nicht zulässig! Das hieße dann auch, dass Prügeleien unter Alkoholeinfluss und das Zünden verbotener Pyrotechnik typisch für jeden Fußballfan wären. Auch hierbei hätten wir es mit einer Verallgemeinerung zu tun.

Die Gruppe von Menschen mit einer BPS ist in sich so heterogen, dass bei Aussagen wie im obigen Beispiel die Gefahr der Stigmatisierung dieser Störung und von ihr Betroffener sehr groß ist.

Die gegenwärtige Studienlage zeigt sehr deutlich, dass eine ins Erwachsenenalter persistierende ADHS das Risiko für die Entwicklung einer komorbiden psychischen Störung um das 5-fache erhöht – verglichen mit Personen, bei denen die ADHS nicht persistierte. Die häufigste Komorbidität stellt hierbei eine Persönlichkeitsstörung dar. Dies unterstreicht die Wichtigkeit frühzeitiger ADHS-Diagnostik und die Einschätzung einer Behandlungsnotwendigkeit.

In jedem Fall sollten wir uns aber bewusst werden, dass wir als Mitarbeiter des Gesundheitswesens keine Diagnosen behandeln.

Wir behandeln Menschen, die in der Regel nichts dafür können, so geworden zu sein, wie sie sich uns präsentieren – die aber einen schweren Rucksack auf dem Rücken tragen und dankbar sind, wenn wir sie auf dem neuen Weg ein Stück professionell begleiten und ihnen hin und wieder etwas Last abnehmen.

AUTOR | Dr. phil. Roy Murphy

Schön Klinik Bad Bramstedt

ADHS und Bewegung

Dr. Johannes Streif

Über Jahrzehnte war die Hyperaktivität das kennzeichnende Symptom der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In ihr manifestiert sich die Verhaltensauffälligkeit der ADHS am deutlichsten. Daher hieß das Störungsbild auch in den USA bis 1980 „Hyperkinetische Störung“. Die Weltgesundheitsorganisation hält in ihrem

Manual ICD-10, das alle Krankheiten erfasst, weiterhin an diesem Namen fest. Dennoch geht man heute davon aus, dass nicht die Hyperaktivität, aber auch nicht die Aufmerksamkeitsstörung die Leitsymptomatik der ADHS darstellen, sondern die Impulsivität als Folge einer verminderten sekundären Verhaltenshemmung die Ursache von heftigen Reaktionen, Ablenkbarkeit und Bewegungsunruhe ist.



Letztlich kann man sich das Gehirn vereinfacht vorstellen wie ein Auto. Im Auto gibt es zwei gegenläufige Systeme: den Motor und das Bremssystem. Indem man auf das Gaspedal tritt, wird das Auto schneller. Nimmt man den Fuß vom Gaspedal, wird es langsamer. Dennoch führt die Bremse zu einer viel schnelleren Verzögerung. Theoretisch kann sie sogar parallel zum Gaspedal bedient werden. Die Evolution hat im Gehirn des Menschen ein vergleichbares Nebeneinander von aktivierenden und bremsenden Funktionen ausgebildet. Mutmaßlich sind wir die Überlebenden von Vorfahren, die im Gefahrenfall rasch reagierten und flohen. Doch war die Flucht nicht immer sinnvoll. Unsere Vorfahren lernten, ihren Körper bei Gefahr zu aktivieren, die Muskeln anzuspannen und die Aufmerksamkeit auf Gefahrenquellen zu richten. Parallel dazu überprüfte ein anderer Teil des Gehirns, welche Reaktion am sinnvollsten ist. Machte es mehr Sinn, trotz drohender Gefahr an der Stelle stehenzubleiben, an der man sich gerade befand, stoppte das Gehirn den Fluchtreflex wieder. Das Gehirn des heutigen Menschen verbindet beide Systeme, Aktivierung und Hemmung, zu einem genialen System effektiver Verhaltenskontrolle.

Diese Bremse oder sekundäre Verhaltenshemmung ist im Fall der ADHS allerdings gestört. Warum das so ist, kann bis heute niemand erklären. Klar ist, dass ADHS-betroffene Menschen in dem dafür zuständigen Teil des Gehirns, dem Stirnhirn, eine verminderte Aktivität aufweisen. Ursache dafür ist ein Teil des Hirnstoffwechsels, der normalerweise für die Aktivierung dieses Gehirnareals sorgt. Die weitgehend fehlende sekundäre Hemmung, quasi das Fehlen eines Bremssystems, führt dazu, dass das Gehirn von ADHS-Betroffenen sowohl auf innere wie auch äußere Impulse häufig ungebremst reagiert. Jede Ablenkung im

Klassenzimmer wird vom Gehirn registriert, bei gesunden Kindern nicht anders wie bei an der ADHS leidenden Kindern. Während das Gehirn der gesunden Kinder im Fall eines Geräusches am Nachbartisch zwar die Reaktion, den Kopf zu drehen und hinzusehen, vorbereitet, dann aber angesichts der Lehrerin, die an der Tafel spricht, entscheidet, dass dieser im Unterricht zu folgen wichtiger ist, überschreibt der Reiz, der von dem Geräusch ausgeht, ist es nur laut genug, bei ADHS-Kindern den Reiz der sprechenden Lehrerin. Die Aufmerksamkeit des ADHS-betroffenen Kindes wird von der Lehrerin abgezogen und wendet sich dem Kind am Nachbartisch zu, von dem das Geräusch ausging.

In diesem Sinne werden sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Motorik von ADHS-Kindern durch die fehlende sekundäre Verhaltenshemmung bestimmt. Geräuschen oder visuellen Reizen wie Vögeln, die vor dem Fenster des Klassenzimmers vorbeifliegen, folgt die Aufmerksamkeit weitgehend ungebremst. Erscheint es dem Gehirn sinnvoll, dass der Körper sich bewegt, sei es um auf einen Juckreiz zu reagieren oder einen Gegenstand zu holen, dann wird der Bewegungsimpuls auch umgesetzt, ganz gleich, ob die Lehrerin Sitzenbleiben verlangt oder nicht. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit Hyperaktivität (ADHS) sind schlicht bewegungsfreudige Kinder, deren Motor ständig auf Hochtouren läuft, während das Bremssystem nur sehr eingeschränkt funktioniert. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder ohne Hyperaktivität (ADS) leiden zwar an derselben verminderten Verhaltenshemmung, bewegen sich von Natur aus jedoch weniger. Was sowohl die hyperaktiven ADHS-Kinder wie die nichthyperaktiven ADS-Kinder kennzeichnet, ist die Schwierigkeit, Reaktionen zu unterdrücken oder an die Umgebung anzupassen. Ihr Verhalten ist daher nicht selten von großer Heftigkeit gekennzeichnet, von lauter Wut oder verweigerndem Rückzug.

Dennoch bleibt die Hyperaktivität das augenfälligste Zeichen der ADHS. Insbesondere im Gruppenalltag wie in Schulklassen stört die motorische Unruhe hyperaktiver Kinder. Die Bewegung folgt dabei den zahlreichen Impulsen, die durch das Gehirn selbst, aber auch Reize in der Umgebung ausgehen. Da die ADHS-Betroffenen sich schwertun, ihre Aufmerksamkeit willkürlich zu steuern, werden sie durch Geräusche und Bewegungen immer wieder von ihrer Tätigkeit abgelenkt. Die verminderte sekundäre Verhaltenshemmung führt dazu, dass sich stets der stärkste Reiz durchsetzt. Meist weiß der Schüler, was gerade seine Aufgabe ist und wie er sich im Unterricht zu verhalten hat, doch kann er seine Reaktion auf die ablenkenden Reize nicht rechtzeitig abbremsen. Um im Bild des Autos zu bleiben: Der Motor heult schon auf und der Wagen startet durch, bevor dem Fahrer in den Sinn kommt, dass die Ampel noch immer auf Rot steht.

Im Zusammenhang mit der motorischen Aktivität bei ADHS gibt es zahlreiche Missverständnisse. Eines davon ist die Annahme, dass ADHS-betroffene Kinder hyperaktiv sind, weil ihnen die Bewegung Spaß mache. Natürlich teilen ADHS-Kinder mit nicht von der ADHS betroffenen Kindern i. d. R. die Freude an der Bewegung, je jünger sie sind, desto mehr. Allerdings führt der beschriebene Mechanismus einer unzureichenden Verhaltenshemmung bei ADHS zu einer Hyperaktivität, die oft über das Maß hinausgeht, das den Betroffenen selbst Freude macht. Schließlich folgt die Bewegung häufig nicht einem Plan und Ziel, sondern rasch wechselnden Reizen. Daher wirkt das hyperaktive Verhalten bei Kindern meist chaotisch, befriedigt sie nicht und lässt auch nach langem Toben nicht zur Ruhe kommen. Im Gegenteil: Mit wachsender Erschöpfung wird die willentliche Kontrolle des Verhaltens noch schwieriger. Daher bewegen sich hyperaktive Kinder nicht selten so lange, dabei zunehmend unkoordinierter und unkontrollierter, bis sie vollkommen erschöpft sind. Bisweilen hindert sie nachgerade die totale Erschöpfung sogar am Einschlafen. Der Körper kann schon lange nicht mehr, doch das Gehirn gibt keine Ruhe. Je älter die betroffenen Kinder werden, desto mehr manifestiert sich die Hyperaktivität in einer wachsenden inneren Unruhe, springenden Gedanken und am Ende einer Verzweiflung, durch all die Reize überfordert zu sein.

Vor diesem Hintergrund ist es leicht verständlich, dass – ein weiteres Missverständnis – das Verhalten von ADHS-Kindern nicht Ausdruck einer psychischen Belastung und damit Folge der inneren Unruhe ist, sondern umgekehrt die durch die Reizoffenheit getriggerte äußere Unruhe, die wir Hyperaktivität nennen, das Selbsterleben der Betroffenen prägt und ihre Psyche belastet. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Umgebung ablehnend auf die Hyperaktivität reagiert. An der ADHS zu leiden bedeutet ja nicht automatisch, kein Interesse an Aktivitäten zu haben, für welche die motorische Unruhe hinderlich ist. Warum sollten ADHS-Kinder nicht Spaß am Basteln, Musizieren oder an einem Kinobesuch haben? Dass es ihnen trotz der Freude an diesen Dingen schwerfällt, ruhig an einem Tisch zu sitzen, das Spielen eines Instruments zu erlernen oder zwei Stunden am Stück im Kinosessel zu verharren, macht deutlich, wie ambivalent die meisten ADHS-Betroffenen ihrer Symptomatik gegenüberstehen.

Dennoch kann die grundsätzliche Bewegungsfreude der ADHS-Kinder im schulischen Rahmen genutzt werden, um die Unterrichtssituation für die betroffenen Schüler besser zu gestalten. Mehrere Voraussetzungen müssen dabei beachtet werden. Erstens muss die Implementierung von Bewegungseinheiten in den Unterrichtsablauf einer festen Struktur folgen. Lässt der Lehrer die Schüler auch nur für kurze Zeit herumtoben, wie dies häufig in den Un-

terrichtspausen der Fall ist, so wird er danach große Mühe haben, nicht zuletzt die ADHS-Kinder in seiner Klasse wieder auf den Unterricht zu fokussieren. Besser sind Bewegungsspiele, deren Ablauf strukturiert ist und durch den Lehrer kontrolliert wird. Solche Spiele wie „Kaiser, wie viel Schritte darf ich gehen?“ oder die „Reise nach Jerusalem“ verbinden auf für ADHS-Kinder günstige Weise Bewegung und das Üben der Bewegungskontrolle auf Ansage hin. In diesem Zusammenhang ist es zugleich wichtig und hilfreich, dass alle Schüler lernen, Bewegung nicht mit Schreien und Lärm gleichzusetzen.

Ein zweiter Aspekt ist die Freiheit, zumindest aber Steuerung von Körperkontakt. Viele ADHS-Kinder haben ein auffälliges Körperempfinden. Ihre Hyperaktivität führt vermehrt zu Verletzungen. In der Folge ist das Schmerzempfinden nicht selten herunterreguliert. Zudem erschwert die motorische Unruhe eine differenzierte Wahrnehmung von Berührungen. Nicht wenige ADHS-Kinder ziehen es vor, entweder nicht oder intensiv berührt zu werden. Zwischen der Vermeidung von Körperkontakt und der Freude an Raufereien ist kein Platz für sanfte Berührungen und Streicheln. Bewegungsspiele sollten daher im Fall von ADHS-Kindern nach Möglichkeit auf Körperkontakt verzichten. Wenn dieser wie beispielsweise bei der „Reise nach Jerusalem“ unvermeidbar ist, muss der Lehrer die Situation im Blick behalten und gegebenenfalls regulierend eingreifen. In diesem Sinne können auch Kampfsportarten wie Karate sehr gut für ADHS-Kinder sein, da sie vorgegebene Bewegungsabläufe trainieren. Andere Formen des Kampfsports wie Judo oder Ringen, die mit viel Körperkontakt verbunden sind, führen hingegen nicht selten zu größeren Problemen der ADHS-Kinder in der Gruppe.

Eine dritte Voraussetzung sollte bei Bewegungseinheiten im Schulunterricht beachtet werden: Klare Grenzen für den Anfang und das Ende der Aktivität. Diese sollten stets im Vorfeld mit allen Schülern besprochen und auch für das ADHS-Kind durch vereinbarte Gesten und Rituale erkennbar sein. Besser sind kürzere Bewegungseinheiten, die den Unterricht häufiger unterbrechen, als längere Aktivitäten, die gegebenenfalls zur Erschöpfung führen und damit auch die Kraft des ADHS-Kindes zur Steuerung und Kontrolle des eigenen Verhaltens herabsetzen. Daher müssen die genannten Voraussetzungen desto strikter eingehalten werden, je später am Tag Bewegungseinheiten durchgeführt werden. Insbesondere bei Kindern, die zur Behandlung ihrer ADHS Medikamente nehmen, ist am Nachmittag nicht nur mit einem Nachlassen der Selbstkontrolle aufgrund zunehmender Erschöpfung zu rechnen, sondern darüber hinaus mit einer abnehmenden und schließlich endenden Wirkung der Medikation.

Auch wenn alle Kinder, die ADHS-Betroffenen mit-

eingeschlossen, nach Unterricht, Hausaufgaben und koordiniertem Freizeitprogramm am späten Nachmittag gerne einfach nur herumtollen, bolzen oder ausgelassen spielen – in der Klassengemeinschaft fördern regellose Situationen häufig die Konflikte von ADHS-Kindern mit ihren Kameraden. Um zu vermeiden, dass Schüler mit ADHS ausgerechnet die Teile des Unterrichts wie Sport und Bewegung, die sie eigentlich lieben, besonders negativ erleben, da sie aufgrund ihres Ungestüms viel kritisiert und bestraft werden, sollte bei ihnen in besonderem Maße darauf geachtet werden, wie sie mit ihren Kameraden interagieren. Manchmal ist es in Unterrichtsstunden am Mittag und Nachmittag besser, das ADHS-Kind mit Unterstützung des Lehrers zum Schiedsrichter zu machen, als es auf dem Spielfeld mitlaufen zu lassen. Es gehört zur Verantwortung des Lehrers, Kinder, ganz gleich ob mit oder ohne ADHS, nicht sehenden Auges in Konflikte mit Mitschülern laufen zu lassen, wenn es diesen Kindern zu bestimmten Zeiten erkennbar schwerfällt, ihr Verhalten in der Gemeinschaft anzupassen und zu kontrollieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in der körperlichen Aktivität Freude und Leid der ADHS-Betroffenen ihren eigentlichen Ausdruck finden. Hyperaktivität ist in diesem Sinne die Übersteigerung sowohl der Freude im hemmungslosen Ausleben des Bewegungsdrangs als auch

des Leids als Konsequenz von Selbsterschöpfung und Kritik der Umwelt am Verhalten der Betroffenen. Bewegung kann und sollte daher ein integraler Bestandteil des Unterrichts insbesondere bei jüngeren Schulkindern sein, ganz gleich, ob diese an der ADHS leiden oder nicht. Sie kann und muss jedoch zugleich dazu genutzt werden, die willentliche Selbstkontrolle zu üben, indem Bewegungseinheiten im Unterricht spielerisch mit einer gezielten Reaktion auf Reize verbunden werden. Auf diese Weise, die letztlich den Kern der Psychomotorik darstellt, lernen alle Kinder, insbesondere aber jene mit ADHS, auf eine ihrem Bewegungsdrang entgegenkommende Weise, wie sie ihr Verhalten besser steuern können. Daher hat die Psychomotorik als Therapieform im Kindesalter den besten Transfer in den Lebensalltag der ADHS-Betroffenen auch außerhalb therapeutischer Settings. Eine verbesserte willentliche Bewegungssteuerung schafft kognitiv günstigere Voraussetzungen für die Steuerung der Aufmerksamkeit sowie der Impulskontrolle insgesamt. Denn hier unterscheidet sich der Mensch ganz klar vom Auto: Während mechanische Bremsen durch ihre Nutzung verschleißt, wird die kognitive Selbststeuerung im Gehirn durch Üben gebahnt und damit verbessert.

AUTOR | Dr. Johannes Streif

ALLGEMEINES

Belastungen von Erwachsenen mit ADHS

im Hinblick auf deren Erziehungsverhalten als Eltern –
Herausforderungen und Chancen

*Katharina Rademacher (Masterstudentin Schulpsychologie,
Eberhard Karls Universität Tübingen)*

Eltern stehen in der Erziehung von ihren Kindern immer wieder vor Herausforderungen. Doch was ist, wenn es den Eltern durch eine Erkrankung besonders schwerfällt, einen strukturierten Alltag zu führen und sie zu impulsiven Handlungen neigen?

Erwachsene mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden häufig unter innerer Unruhe, Desorganisation und Unaufmerksamkeit. Hinzu

kommen Probleme ihren Alltag zu strukturieren. Es stellt sich die Frage, ob Eltern mit einer ADHS besondere Herausforderungen, aber auch Stärken im Umgang mit ihren Kindern zeigen.

Im Rahmen einer Abschlussarbeit des Arbeitsbereichs Schulpsychologie an der Eberhard Karls Universität Tübingen wurde der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer ADHS bei Eltern und der partnerschaftlichen