

Hyperaktive Kinder – systemische Hintergründe?

Wenn es um Probleme mit Kindern geht, gilt dem Thema ADS und Hyperaktivität seit vielen Jahren erhöhte Aufmerksamkeit. Hyperaktive Kinder halten es nicht nur mit sich selbst schlecht aus, sondern sie wirken auch intensiv auf ihre Umgebung ein: Manche werfen schon im Kindergarten mit Gegenständen um sich und verletzen gar andere Kinder. Der „Zappelphilipp“ in der Schule wirkt auf die Mitschüler und die Lehrer und macht sich schnell unbeliebt. Zu Hause bringt er Geschwister und Eltern wegen seiner Unruhe und seiner mangelnden Konzentrationsfähigkeit zur Verzweiflung. Das typische hyperkinetische Kind ist meist ein Junge, redet oft dazwischen, kann nicht richtig zuhören, hält sich nicht an Regeln, handelt oft ohne nachzudenken und ist stets schnell frustriert.

Wen wundert es da, dass solche Kinder mit Psychopharmaka (Ritalin und anderem) schnell ruhig gestellt werden. In der Tat stören die Kinder anschließend nicht mehr so viel, doch Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade der kindliche Körper im Gegensatz zum Körper des Erwachsenen Psychopharmaka besonders schlecht verarbeitet und Schädigungen innerer Organe zu befürchten sind. Selbstverständlich gibt es Fälle, in denen man an der Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder nicht vorbeikommt. Auch Kinder, die eher still und verträumt sind und „nur“ unter mangelnder Aufmerksamkeit leiden, erhalten manchmal Ritalin. Ein verantwortungsbewusster Arzt wird die richtige Entscheidung treffen. Manchmal gehen aber auch die Beteiligten gedankenlos mit diesem wichtigen Thema um.

Ein abschreckendes Beispiel, in dem es nun wirklich nicht um „Hyperaktivität“ ging: Eine Mutter konnte nachts nicht mehr „durchschlafen“, weil ihr Baby (!) viel schrie. Sie ging zum Kinderarzt, weil sie für ihr Kind ein Schlafmittel oder ein Psychopharmakon haben wollte. Der Kinderarzt erhob Einspruch und wollte der Mutter klar machen, dass Babys aus den unterschiedlichsten Gründen nachts schreien können und dass man deswegen nicht unbedingt solche tief greifenden Medikamente verschreiben müsse. Außerdem müssen Babies den Tag-Nacht-Rhythmus erst noch lernen. Die Mutter beharrte jedoch auf ihrem Wunsch, und der Arzt gab nach, wenn auch widerwillig. Das Mittel wirkte jedoch nicht, und so trieb die Mutter den Arzt beim zweiten Besuch an, ein anderes Mittel zu verschreiben. Insgesamt wurden dem Baby drei (!) verschiedene Psychopharmaka und Schlafmittel verschrieben. Die Frage, was dies alles für einen noch so kleinen und verletzbaren Organismus bedeutet, hat sich hier niemand gestellt.

Für die Hyperaktivität sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten die unterschiedlichsten Ursachen im Gespräch ge-

wesen: Allergien auf bestimmte Lebensmittel oder Zusatzstoffe, zum Beispiel auf Phosphate oder Amalgam, zu viel Süßigkeiten, Mobilfunkantennen, Handtelefone mit DECT-Standard, durch Rutengeher aufgedeckte Störfelder in der häuslichen Wohnung, zum Beispiel Wasserdampf, elektrische Geräte im Kinderzimmer (Radios, Fernseher, Computer, die nachts auf „Stand-by“ stehen und Elektrosmog bewirken), Gifteinwirkungen durch die Umwelt, beispielsweise durch Emissionen eines Industriebetriebs.

Diese Liste ist bei weitem nicht vollständig, doch sie gibt einen Eindruck, wie weitläufig dieses Feld ist und wie wenig verlässliche Orientierung für Eltern besteht. Ist das Kind nun „überaktiv“, „hyperaktiv“, hat es „ADS“, „HKS“, oder ist es doch ein an „MCD“ leidendes Kind? Trifft dies alles nicht zu, sondern ist das Kind nur ein bisschen „zu nervös“? Die Übergänge der einzelnen Bezeichnungen sind zuweilen fließend, und die von Ärzten gegebenen Definitionen helfen den Eltern nicht immer weiter.

Bei ADS wird oft unterschieden zwischen ADS ohne Hyperaktivität und ADS mit Hyperaktivität. Bei Ersterem kann es sich also auch um ein sehr introvertiertes Kind handeln und gar nicht um den meist im Vordergrund stehenden „Zappelphilipp“. Als Ursache von ADS wird eine Stoffwechselstörung angegeben, die die Reizübermittlung im Frontalhirnbereich beeinträchtigt. Hier werden unter anderem auch genetische Faktoren diskutiert. Medikamentös wird auch D-L-Amphetamin und Pemolin verabreicht.

Die Diskussion um klar abgegrenzte Definitionen sei den Kinderärzten und anderen Fachleuten überlassen. Nicht vergessen werden jedoch sollte die systemische Sichtweise. Lässt sich in der Familie von schwer hyperaktiven Kindern, und nur auf solche beziehe ich mich hier, Gemeinsames finden?

Meiner Beobachtung nach sind bei schweren Fällen von Hyperaktivität die Kinder oft mit Toten identifiziert: Es handelt sich um Tote, die einen besonders schlimmen Tod starben: Angehörige, die durch einen Unfall oder auf andere gewaltsame Weise aus dem Leben schieden.

In einem Fall war der hyperaktive Junge mit dem im sechsten Monat der Schwangerschaft getöteten Kind der Oma identifiziert. Die Mutter des Jungen sah in ihrer Mutter wegen dieser Kindstötung stets eine Mörderin. In der Aufstellung wirkte die Tötung in der Tat nicht wie eine Abtötung, sondern wie ein Mord. Indem die Frau sich als Richterin ihrer Mutter fühlte, statt sich mit Achtung zurückzuziehen, verband sich ihr Sohn mit dieser Schuld seiner Großmutter.

In einem anderen Fall ging es um einen hyperaktiven Jungen, der extrem aggressiv war. Im Gespräch erzählte die Mutter, dass der Sohn aus ihrer ersten Ehe stammte. Der

Vater des Kindes war gewalttätig und hatte sich früh umgebracht. Ebenfalls umgebracht hatte sich der Vaters dieses Mannes. In wieder einem anderen Fall war der hyperaktive Sohn identifiziert mit dem ersten Freund seiner Mutter, der sich mit einer Waffe in den Kopf schoss und auf diese Weise Selbstmord verübte. Beispielhaft möchte ich die Geschichte von Fred erzählen.

Fred, 14 Jahre, hyperaktiv

Birgit und Manfred kamen in einen Kurs, weil beide ihrem vierzehnjährigen hyperaktiven Sohn Fred helfen wollten. Da man überhaupt nicht mehr mit ihm zurechtkam, war geplant, ihn in einem Internat unterzubringen. In der Aufstellung zeigte sich, dass der Sohn verbunden war mit dem Vater mütterlicherseits, der bei einem Unfall mit landwirtschaftlichen Geräten qualvoll starb.

Indem Birgit und deren Mutter den Großvater ehrten, ging es dem Kind in der Aufstellung sogleich besser. Im Lösungsbild musste Fred an die Seite von Manfred, wo er vor dem Unfallgeschehen aus der Familie der Mutter geschützt war. Auf diese Weise war er vor der Versuchung sicher, anstelle der Mutter zu dem toten Großvater zu gehen. Die Mutter sagte ihrem Mann in der Aufstellung: „Bei dir ist er sicher“, worauf Fred freudig an die Seite seines Vaters ging.

Ein Jahr später kamen Manfred und Birgit in die Praxis und erzählten, was nach dem Seminar geschehen war. Als die beiden nach Hause kamen, strahlte Fred seine Eltern an. „Dabei strahlt er uns sonst nie an“, sagte Manfred, „Der Kleine war völlig verwandelt.“ In den nächsten vier Wochen war von der Hyperaktivität nicht mehr die geringste Spur zu entdecken. Fred verhielt sich so, als sei er nie hyperaktiv gewesen. Doch dann fiel er langsam wieder in sein früheres Verhalten zurück. Die Eltern wollten nun wissen, warum die Lösung nicht länger vorgehalten hatte.

Als Birgit mithilfe der von mir in der Praxis verwendeten bunten Papierscheiben die Familienmitglieder auf dem Boden aufstellte, wurde schnell klar, was des Rätsels Lösung war: Birgit stellte den Sohn neben sich, statt neben den Vater. Sie erzählte, dass sie damals tatsächlich den Sohn an Manfred in Liebe übergeben hatte, doch dass sich „das Ganze irgendwann wieder rückentwickelt hatte“.

In der Tat geschieht es nicht selten, dass jemand für eine gewisse Zeit in die Lösung geht und dann aus Solidarität mit den Familienmitgliedern, die gelitten haben, wieder umkehrt: Er erlaubt sich nicht, frei vom Leid zu leben, weil er sich sonst vor den Früheren als „schuldig“ empfindet. So war es auch hier: Weder hatte Birgit dem Sohn dauerhaft die Erlaubnis gegeben, sich an Manfreds Seite zu stellen, noch traute sie sich im Angesicht des tödlichen Unfalls des Großvaters und des Leides ihrer Mutter, „ja“ zu ihrem Leben zu sagen.

In solchen Situationen ist es ratsam, die schon gemachten therapeutischen Schritte nicht zu wiederholen. Es wäre eine Entwertung von Birgit! Hinter einer solchen Wieder-

holung steckt nämlich der falsche Glaube, dass „man das Richtige nur oft genug tun müsse, bis es wirkt“. Das Gegenteil ist der Fall: Wenn man dasselbe wiederholt, verliert es an Kraft und die Lösung wird noch unwahrscheinlicher. Somit beließ es der Therapeut beim Aufgezeigten. Gerade aufgrund des Umstands, dass die damals stattgefundene Aufstellung vor den Eltern als immer noch voll gültig erklärt wird, kann sich deren Wirkung jetzt wieder vertiefen. Damit soll nicht gesagt werden, dass eine zweite Aufstellung zum selben Thema stets unsinnig ist. Wenn beispielsweise wichtige neue Informationen über das Familiensystem hinzugekommen sind oder ein längerer Zeitraum seit der Aufstellung verstrichen ist, ist eine neue Aufstellung oft sinnvoll. Was jedoch häufige Aufstellungen für die Seele bedeuten können, darf nicht unterschätzt werden. Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Ein Mann meldete sich in einem Seminar zur Aufstellung. Auf meine Frage, was passiert sei, sprach er über verschiedene berufliche und private Anliegen. Doch es ergab sich kein roter Faden in seiner Fragestellung. Außerdem begann er immer mehr zu zittern. Auf die Frage, ob er schon einmal, und wenn ja wie oft, in anderen Gruppen aufgestellt habe, antwortete er: „Ich habe dreimal innerhalb der letzten zehn Monate aufgestellt, es können aber auch fünfmal gewesen sein. Was ich genau aufgestellt habe, weiß ich jetzt auch nicht mehr.“ Wenn jemand das Familien-Stellen missbraucht, um seinen Willen durchzusetzen, entzieht sich die Seele. Als der Therapeut sagte, dass er es ablehne, in diesem Fall eine weitere Aufstellung durchzuführen, nahm das Zittern auf der Stelle ab!

Bei Vorträgen und Buchlesungen zu diesem Thema kommen regelmäßig Eltern zu mir, die den in diesem Artikel vorgestellten systemischen Zusammenhang der Hyperaktivität unterstützen. Beispielsweise wurden erwähnt: Ein Onkel des hyperaktiven Kindes starb auf dramatische Weise bei einem Bergsteigerunfall, oder es wurden ein Großvater und Onkel erwähnt, die sich erschossen hatten, in einem dritten Fall starb der Großvater qualvoll durch Gifteinwirkung, und in einem vierten Fall verblutete eine Tante bei einem Verkehrsunfall auf der Straße.

All das soll nicht heißen, dass es nicht auch andere Faktoren gibt, die bei Hyperaktivität eine Rolle spielen. Zum Beispiel wurde unter anderem schon mit Recht festgestellt, dass die Kinder mit ihrem Verhalten auf einen Paar-Konflikt reagieren. Doch bei schwer leidenden Kindern lohnt sich auch die Frage: Starb jemand in der Familie einen qualvollen Tod?

Dieses Artikel beruht auf überarbeiteten Auszügen aus: Thomas Schäfer, „Wenn Liebe allein den Kindern nicht hilft – Heilende Wege in Bert Hellingers Psychotherapie“, München 2002, mit freundlicher Genehmigung des Droemer-Knauer-Verlages

HKS = hyperkinetisches Syndrom
MCD = minimal cerebral disease