

ADHS – die große Suche nach der verlorenen Mitte von Wolfgang Engelhardt

Das ADHS ein organisches Problem sei, dass man mit Methylphenidat (z. B. Ritalin®) und Verhaltenstherapie in den Griff bekommen kann, ist durch die neuere Gehirnforschung und kritischer Literatur von PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sehr in Frage gestellt worden. Vielmehr dürfte ADHS/ADS die Folge „veränderter Sozialerfahrungen“ (HÜTHER 2010) sein, also eine Störung psychosozialer Lebenshintergründe, denen man mit psychotherapeutischen, ausdruckszentrierten Therapien (z. B. Mal- und Gestaltungstherapie, Kunsttherapie, Gestalttherapie), psychosozialen oder pädagogischen Interventionen ursächlich begegnen kann.

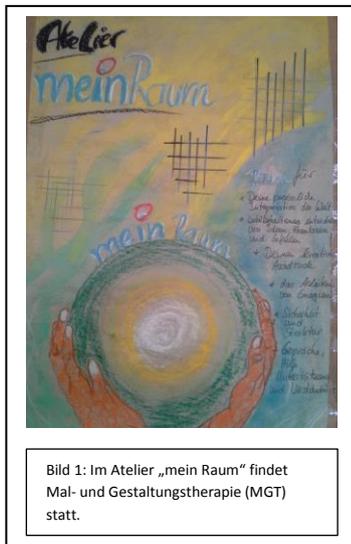


Bild 1: Im Atelier „mein Raum“ findet Mal- und Gestaltungstherapie (MGT) statt.

Dagmar Wohler spricht dieses Thema mit ihrem Artikel „Kunsttherapie statt Ritalin. ADHS adäquat behandeln“ direkt an und meint, dass die bisherigen Therapieformen nicht in Frage gestellt werden sollen, allerdings man darüber nicht vergessen dürfe, dass „...sich hinter dem Erscheinungsbild ADHS Krankheitsprozesse und Störungsverläufe wie emotionale Störungen, Interaktionsstörungen und Anpassungsstörungen verbergen, die nicht über eine Methylphenidat-Behandlung verbessert oder über Verhaltenstherapie ursächlich behandelt werden können“ (WOHLER 2014).

Definition des Krankheitsbildes

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) stellen neben den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) die häufigsten Auffälligkeiten im Kindesalter dar. Sie sind durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität) gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten sind vor dem Alter von sechs Jahren meist gut erkennbar und treten in der Regel in mehreren Situationen und Lebensbereichen auf: In der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder auch in der Untersuchungssituation. Die Störungen müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das zu einer Fehlanpassung führt und das dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist.

ADHS gehört zu jenen Störungsbildern, bei denen in der Regel nicht ein einzelner, sondern **mehrere Funktions- und Lebensbereiche beeinträchtigt sind**. Neben den Kernsymptomen, die in unterschiedlicher Intensität in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe) auftreten können, liegen häufig aggressive Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, Entwicklungs- und Schulleistungsstörungen sowie Störungen der

Familieninteraktionen und der Familienbeziehungen vor (vgl. DÖPFNER/SCHÜRMAN/FRÖHLICH/GEHRMANN, 2013)

Tristan, gestatten! *Ich bin 8 Jahre alt und wohne in einer Wohneinrichtung für Kinder und Jugendliche. Ich bin hier her gekommen, weil es zu Hause nicht so gut läuft. Meine Eltern sind geschieden. Es gab mehrfach gewalttätige Übergriffe in der Familie, weil ich anscheinend nicht brav bin. Letztes Jahr habe ich die VS verlassen müssen, weil ich Stühle herungeworfen habe, Sachen geklaut und andere Kinder geschlagen habe; na ja, ich will mir halt auch nicht alles gefallen lassen. Jetzt bin ich in der ASU, da geht es mir besser. Im Wohnheim geht's ganz gut, ist aber auch nicht immer leicht. Ich ecke leider oft mit anderen Kindern an. Die Polizei war schon bei mir und man hat mich auch schon auf einen Tisch gebunden, das war ganz schrecklich, fixiert nennen sie das. Sie meinen, ich habe ADHS und muss Medikamente schlucken ... damit ich ruhiger werde, meinen sie.*



Bild 2: Tristan macht gerne sein „eigenes Ding“.

Jugendliche. Ich bin hier her gekommen, weil es zu Hause nicht so gut läuft. Meine Eltern sind geschieden. Es gab mehrfach gewalttätige Übergriffe in der Familie, weil ich anscheinend nicht brav bin. Letztes Jahr habe ich die VS verlassen müssen, weil ich Stühle herungeworfen habe, Sachen geklaut und andere Kinder geschlagen habe; na ja, ich will mir halt auch nicht alles gefallen lassen. Jetzt bin ich in der ASU, da geht es mir besser. Im Wohnheim geht's ganz gut, ist aber auch nicht

immer leicht. Ich ecke leider oft mit anderen Kindern an. Die Polizei war schon bei mir und man hat mich auch schon auf einen Tisch gebunden, das war ganz schrecklich, fixiert nennen sie das. Sie meinen, ich habe ADHS und muss Medikamente schlucken ... damit ich ruhiger werde, meinen sie.

Erklärungsansätze für das Krankheitsbild

Als **mögliche Ursachen** für ADS/ADHS werden neurologische Besonderheiten oder Schädigungen, Allergien, Vererbung, eine Neurotransmitterstörung (Dopaminmangel) oder psychosoziale Bedingungen angeführt. Die drei erstgenannten möglichen Ursachen können die Symptome verstärken aber grundsätzlich nicht als Ursache angesehen werden (vgl. KROWATSCHKE, 2004, 25ff).

Die **Dopaminmangelhypothese** basiert auf der Annahme eines genetisch bedingten, organischen Defekts im Gehirn der Kinder. Der Defekt führe zu „einer mangelhaften Freisetzung (der zu raschen Rückresorption) von Dopamin im Kortex (beteiligt an der Regulation von motorischer Aktivität, Neugier und der Entwicklung von Handlungsstrategien), in limbischen Hirnregionen (beteiligt an der Regulation von Motivation und Emotionalität) sowie im Striatum (beteiligt an der Regulation von Aufmerksamkeit, Reaktionsbereitschaft und Motorik). Als letztlich „biologische“ Ursache dieser unzureichenden dopaminergen Aktivität wird ein genetischer Defekt vermutet. Da dieser Defekt (noch) nicht behoben werden könne, so wird weiter argumentiert, bleibe also keine andere Möglichkeit, als die defizitäre Dopaminausschüttung durch Verabreichung eines Medikaments zu korrigieren, das die Freisetzung von Dopamin stimuliert und seine Wiederaufnahme hemmt. Und genau da macht Methylphenidat, also Ritalin®“ (HÜTHER, BONNEY 2010, 21).

Sehr dezidiert und einschlägig stellen nun Hüther/Bonney diese Mangelhypothese auf den Kopf. Sie stellen die Wirkungsweise von Psychostimulanzien, zu denen auch Amphetamine und Kokain gehört, dar und kommen zum Ergebnis „dass dieses „Dopamindefizit“ von den Amphetaminkonsumenten als Abgeschlagenheit, Lustlosigkeit und Schlappeheit erlebt und gefürchtet wird. Eltern von ADHS-Kindern, in deren Hirn ja nach der gegenwärtig vorherrschenden Meinung ein permanentes „Dopamindefizit“ herrschen soll, klagen über derartige Symptome bei ihren Kindern auffallend selten. Hier passt also irgendetwas nicht so recht zusammen. (...) **Die bisher von den Experten der ADHS-Forschung entwickelte, sehr konsequente und in der Öffentlichkeit verbreitete Vorstellung, ein „Dopamindefizit“ im Gehirn sei für die mangelnde Impulskontrolle, den übersteigerten Bewegungsdrang und die Aufmerksamkeitsstörungen von ADHS-Kindern verantwortlich, muss also nicht unbedingt richtig sein**“ (HÜTHER/BONNEY a.a.O. 67 – 70). Und schließlich kommen Hüther/Bonney zum Ergebnis, dass „wenn das, was wir bisher zusammengetragen haben stimmt und das dopaminerge System bei ADHS-Kindern nicht, wie bisher vermutet, unzureichend, sondern womöglich sogar übermäßig stark entwickelt ist – und deshalb im Gehirn dieser Kinder nicht zu wenig, sondern zu viel Dopamin ausgeschüttet wird - , **so wäre die Dopaminmangel-Hypothese damit eigentlich auf den Kopf gestellt**“ (HÜTHER, BONNEY a.a.O 75, 76).

Tristan wird neben der Psychotherapie auch Mal- und Gestaltungstherapie (MGT) verordnet, weil er im verbalen Bereich kaum zugänglich ist. Ziel ist neben dem erhofften Rückgang der typischen ADHS-Symptome, die Selbstwertsteigerung, die Ermöglichung der Aggressionsabfuhr, das Erlernen mit seinen Emotionen umzugehen und in Beziehung zu gehen.

MGT, die ersten Stunden....Tristan gefällt der Actioncharakter draußen. Er schüttet auf großen Papieren mit Gouachen, sehr wild und lustvoll; verwendet viel Wasser. Bei großflächigen Nass-in-Nass Bildern geht er voll auf im Tun (20 min), wird zum Schluss aber überbordernd und ausufernd, scheint Grenzen aufzulösen.



Bild 3: Actionpainting (hier Schütttechnik) macht Spaß

Das passiert immer wieder, er kann aber angeleitet wieder in den Rahmen zurückkommen und kann fallweise auch voll auf den Malauftrag eingehen, z. B. den Tagesverlauf (Vormittag/Jetzt/Nachmittag) symbolisch darstellen (Figur/Blumenwiese/Fahrrad) und mit blauem Himmel und lachender Sonne das Bild abschließen. Auch der Abschluss ist immer ruhig mit einem Bild für den anderen. Nach der Sommerpause hat der handwerkliche Zugang zur Gestaltung das Miteinander und vor allem seine Intension

sich einzulassen, deutlich bereichert. Die Arbeit mit dem Widerstand steht im Vordergrund. Er bearbeitet Holz mit div. Geräten - bohrt, nagelt, klebt, baut auf, zerstört oftmals wieder. Im Verlauf ist zu beobachten, dass ein Aggressionsabbau meist zu Beginn geordnet über das Material erfolgt, die Impulsivität (nicht lange an einer Sache verweilen können) sich verringert und zuweilen eine besinnliche Ruhe und Ausrichtung auf eine bestimmte Arbeit

erfolgt (z. B. Spachteln eines Rahmens mit viel Farbe). Reflexion ist kaum möglich. Er spricht von sich aus auch keine Themen an. Der soziale Austausch mit mir entsteht spielerisch über die Gestaltungen.

Bindungsstörung als vermutete Kernursache von ADHS

Die Bindung(störung) des Kindes an die Mutter wird in der Literatur immer mehr als mögliche Ursache für ADS/ADHS Symptome genannt. Bindungstheorie: „Mutter-Kind-Interaktionen tragen einen wesentlichen Teil zur seelisch-geistigen Entwicklung des Kindes bei. Unter Bindungstheorie ist ein Konzept zu verstehen, das entwicklungspsychologische, sozialpädagogische und psychoanalytische Ansätze vereint und insbesondere die Sozialisations- und Reifungsprozesse als beobachtbares Verhalten des Kindes in Abhängigkeit von seiner Umgebung erfasst. Die Bindung des Säuglings zu seiner Mutter bzw. zu einer ersten Bezugsperson ist von grundlegender Bedeutung für die gesunde Entwicklung seiner Identität und für den Aufbau selbstregulativer Systeme. Kann die Angst eines Kindes nicht durch sichere Bindungserfahrungen überwunden werden, wird das Abwehrverhalten aktiviert. Es entwickeln sich Spannungszustände, die Unlust und entsagende Selbstverleugnung auslösen können und zu Vermeidungsstrategien führen“ (WOHLER 2013, 17ff).



Bild 4: Ich spachtelte einen Rahmen
– mein „sicheres“ Zimmer



Bild 5: Genuss und Entspannung

Den Kindern fehlt die Erfahrung „sich mit anderen in einem gemeinsamen Gegenstand des Interesses finden zu können und sich auf diese Weise mit einem anderen verbunden zu fühlen (Shared Attention). Diese Fähigkeit ist nicht angeboren, sondern muss als wichtige Sozialerfahrung erst in seinem Frontalhirn verankert werden. Offenbar sind diese Kinder in der ursprünglichen Beziehungsform stecken geblieben (...) nämlich der direkten Zweierbeziehung zwischen Mutter und Kind (...) Das Kind empfindet Sicherheit, solange es die volle Aufmerksamkeit, zunächst der Mutter und später auch aller anderen Bezugspersonen hat und mit diesen in Kontakt steht. Normalerweise verliert die anfängliche „Klammeraffenbeziehung“ später an Bedeutung, wenn

sich die Beteiligten anderen Dingen zuwenden, die außerhalb der direkten Beziehung liegen (...) Man trifft sich quasi in einem Dritten, einem anderen Menschen, Objekt, einer Idee oder Aufgabe. Die versuchen dann im Kindergarten und Schule, im Kontakt mit anderen auf sich aufmerksam zu machen, um diese direkte Beziehung herzustellen. Anderen Kindern, die kein Problem damit haben, sich mit Dritten auf eine Sache zu konzentrieren, gehen sie damit aber

auf die Nerven. **Deshalb werden ADS-Kinder aus Gemeinschaften ausgeschlossen, und als Antwort auf die Ausgrenzung wenden die Kinder dann Bewältigungsstrategien an, die wir als ADS- oder ADHS-Symptome kennen“** (HÜTHER 2010). Als Grund für den gescheiterten Entwicklungsschritt meint Hüther im og. Interview weiter, dass „die Lebenswelt moderner Familien sich grundlegend verändert hat. In vielen Familien wird heute zu wenig Wert auf gemeinsame Aktivitäten, Interessen, auf gemeinsame Ziele und Inhalte des Zusammenlebens gelegt (...) Das kann auch aus Gleichgültigkeit und Vernachlässigung passieren, etwa wenn **jedes Familienmitglied für sich Medien konsumiert, ohne dass es ein gemeinsames Erleben gäbe**. Immer weniger Eltern lesen mit ihren Kindern oder sehen sich mit ihnen Sendungen an, um hinterher darüber zu reden und es bewusst als gemeinsames Erlebnis zu empfinden (...) und natürlich fällt es vor allem solchen Kindern besonders schwer, sich mit ihren Eltern oder mit anderen Kindern auf eine neue, gemeinsame Erfahrung einzulassen, die keine Gelegenheit hatten, eine Sicherheit bietende Bindungsbeziehung zu primären Bezugspersonen aufzubauen. Um gemeinsam mit anderen etwas betrachten, etwas entdecken und gestalten zu wollen, muss ein Kind diesen anderen Menschen nicht nur vertrauen. **Es muss sich auch in deren Gegenwart frei und sicher fühlen. Es dürfte also nicht argwöhnisch beobachtet, nicht ängstlich behütet, nicht vernachlässigt oder gar missbraucht werden. Das Kind müsste das Gefühl haben, dass es so geliebt und angenommen wird, wie es ist, und dass nicht an sich etwas gemacht werden soll, dass es irgendetwas werden, etwas lernen, etwas machen muss, was denen wichtig ist, bei denen es aufwächst.**

Kinder, die dieses Gefühl nicht entwickeln können, fallen dadurch auf, dass sie nicht frei und unbekümmert spielen können. Und solchen Kindern, denen die Lust an diesem eigenen, unbekümmerten Spielen am selbständigen Entdecken und Gestalten vergangen ist, weil sie in unsicheren Bindungsbeziehungen aufgewachsen sind, können sich auch nur schwer darauf einlassen, gemeinsam mit anderen etwas zu entdecken, etwas zu gestalten oder sich um etwas zu kümmern. Deshalb entwickeln solche Kinder auch häufiger eine ADS-Symptomatik“ (HÜTHER 2010).



Bild 6: Spielplatz mit „Schneemannmutter“

Stundenbild, 14. Einheit. Ein Spielplatz aus Ton ist das Hauptthema: Es gab einen Vorfall in der Schule. Tristan ist vom Wohnheim abgehauen ... und erscheint nach längerem Fernbleiben vorzeitig zur vereinbarten Malstunde. Er geht sofort auf die Tonarbeit ein. Ich habe Kugeln, Würste usw. vorbereitet. Er beginnt einen Spielplatz damit zu bauen (Schaukel, Sitzflächen ...) und einen Zaun, um die runde Fläche herum. Eine Schneemann-Mutter entsteht, die aber „immer zu fett ist“. Ebenfalls gestaltet er einen kleinen Schneemann-Jungen, der immer wieder spielerisch versucht bei der Mutter anzudocken – leider vergebens. Tristan arbeitet konzentriert, ruhig, immer in Verbindung mit mir und im

Gespräch 50 min. lang! Die Beziehung zur Mutter ist nicht reflektierbar. Im Wohnheim agiert er wieder normal, auch in der Schule am Folgetag gibt es keine Auffälligkeiten.

Wie Kinder heute wachsen – Selbstwirksamkeit als wichtiger Indikator



Die Sichtweise von Kindern, die ADS/ADHS Symptome zeigen ist also in Veränderung (oder Erweiterung) begriffen. Es lohnt sich darauf zu schauen, wie Kinder heute wachsen, was für einen Entwicklungsraum sie brauchen, um gesund, selbstsicher und authentisch ihren Lebensweg gehen zu können und infolge mit diesen Erkenntnissen das bisherige multimodale Therapieprogramm zu erweitern. Dazu ist ein höchst bemerkenswertes Buch erschienen (Renz-Polster/Hüther, 2013, *Wie Kinder heute wachsen – Ein neuer Blick auf das kindliche Lernen, Fühlen und Denken*). Fundamentale Grundkompetenzen (Kreativität, soziale Kompetenz, exekutive Kontrolle, Resilienz) sind danach nicht anerziehbar, die kann man im Grunde nicht beibringen, sondern können

nur auf Augenhöhe mit anderen ERFAHREN werden. Was Kinder suchen, ist eine Umwelt, in der sie ihre körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklungsbedürfnisse befriedigen können. Das ist das Grundmotiv beim Spielen und erforschen der Umwelt; eine Welt, die offen ist für die Ideen der Kinder, wo sie „ihr Ding“ machen können. Eine Welt, in der sie *wirksam* sein und sich *selbst organisieren* können, die sie *sinnlich erfahren* können und die unter die Haut geht und letztlich *Bindung*, Heimat zu Menschen/Orten etc. ermöglicht (s. auch Grafik: Schiff)

Ausdruckszentrierte Therapien (z. B. Mal- und Gestaltungstherapie) schaffen den Rahmen für tiefgreifende Selbsterfahrungen.

Übertragen auf das therapeutische Setting sollen Kinder also angstfrei in einen eigenen Ausdruck kommen können, wo sie „ihr Ding“ machen dürfen, selber entscheiden oder mitentscheiden können was sie tun möchten – in der Begleitung des Therapeuten. Im psychodynamischen Menschenbild C.G. Jungs, das der Maltherapie zugrunde liegt, ist damit der Individuationsprozess gemeint; dass man zu dem Menschen wird, der man eigentlich ist. Oder wie Verena Kast es formuliert: „Die Besonderheit des Menschen soll zum Ausdruck kommen, seine Einzigartigkeit. Dazu gehört ganz wesentlich das Annehmen von sich selbst

mit den jeweils damit verbundenen Möglichkeit, aber auch Schwierigkeiten“ (KAST 2002, 10). Das Ausleben von „Neu-Lust“ führt zum Erlebnis des eigenen Ausdrucks von Begabungen und Kompetenzen wodurch sich das Kind als SELBSTWIRKSAM erleben kann. Auf diese Weise entwickeln die Kinder sehr oft eine BEGEISTERUNG in ihrem Schaffen und „Begeisterung ist der beste Dünger für das Gehirn“ (vgl. HÜTHER 2014). Regelmäßig gehen im maltherapeutischen Setting die Symptome Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, Angespanntheit und motorische Unruhe zurück! Lassen wir das Kind angeleitet oder frei malen und gestalten, so ist der *Gestaltungsvorgang* an sich schon „ein kreativer Veränderungsprozess, in dem etwas Neues entsteht“ (Riedl, 1992, 26), der befreit von Druck und Last. Symbole treten zu Tage, wie z. B. die „Schneemutter“ aus Ton (s. weiter oben). Damit entsteht ein Gegenüber, mit dem das Kind in Kontakt oder in Auseinandersetzung treten kann. Tristan versucht sich im Spiel der Mutter zu nähern. Dabei wird auch der dahinterstehende Komplex sichtbar, mit dem über das Spiel umgegangen, im besten Fall reflektiert werden kann.

Wesentlich ist auch, „dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient in der Maltherapie immer auf ein „Drittes“ das Bild, bezogen ist, dem sie sich gemeinsam gegenübersehen, das sie gemeinsam betrachten. Das Heilende ist hier nicht einfach die Beziehung, sondern die dieser Beziehung entsprungene Botschaft aus dem Unbewußten des Klienten, von diesem sichtbar gemacht und zum Bild gestaltet. Der Therapeut nimmt das Bild an und interessiert sich dafür und vermag schon allein dadurch das Vertrauensverhältnis (...) zum Klienten zu konstellieren“ (RIEDEL aaO, 47)

Stundenbild 17. Einheit: Tristan kommt pünktlich zur Maltherapie. Er schmeißt sich cool auf den Stuhl, gibt mir mit seinem weit über die Hand gezogenen Jackenärmel einen „Schlag“ auf meine Hand als Begrüßung. Ich akzeptiere seine Begrüßung, mache das gleiche bei seinem linken Ärmel. Während er sofort wieder aufsteht, mit der Fernbedienung für die Jalousie herumspielt und in mehrere Laden hineinschaut, warte ich (ruhig) am Tisch und lade ihn ein sich zu setzen, wenn er bereit ist. Nach kurzer Zeit nimmt er mit unruhigen, leicht draufgängerischen Augen Platz – ein Springbrunnen aus Energie.

Ich biete ihm ein Fußballspiel mit Stiften auf einem Papier an. Dabei schießt man von seinem gemalten Tor mit einem Stift (welcher mit der Spitze aufsteht und man ihn von oben nach vorne „rutscht“) schußweise bis ins gegnerische Tor. Er kennt das Spiel nicht, wirkt abwehrend. Ich beginne fröhlich ... und er steigt auf einmal begeistert mit ein. Auf das „Rutschen“ geht er nicht ein, stattdessen fegt er mit geraden harten Strichen über das Blatt durch meinen Torwart hindurch!! ins Tor. Nach 15 schnellen solchen Toren akzeptiert er die Regel, dass er um meinen Tormann und seine ausgestreckten Hände herumspielen muss, damit es ein



Bild 8: Naturmaterialien kommen gut an.

Tor ist. Das macht er dann auch und gewinnt 5:3.

Unvermittelt steht Tristan dann auf und wendet sich der Baumscheibe zu, die ich mit Schraubzwingen auf der Werkbank festgemacht habe. Den Bohrer gibt er ruhig und kundig selber ins Futter der Bohrmaschine. Dann beginnt er mit sehr viel Kraft und Anstrengung zu bohren. Er bohrt Löcher, Höhlen, steckt einen Dübelstab hinein und bohrt diesen immer wieder ab. Stellt Querverbindungen her und erzählt begeistert was er da tut. Er geht ganz auf in seinem Tun, das ihm inzwischen schon Schweißperlen auf seine Stirn gelegt hat. Er zieht seinen Pulli aus und fährt fort mit dem Hammer die 5 cm starke Baumscheibe in Stücke zu hauen, nachdem er mit seiner Bohrerei die Scheibe in der Mitte gespalten hatte. Unablässig fährt der Hammer mit der schmalen Seite nieder – er powert sich völlig aus.

Nach einer halben Stunde ist alles getan, er beginnt (von sich aus) aufzukehren. Holt sich den Besen und kehrt die Werkbank ab, dann macht er den Boden sauber und schaufelt alles in den Mülleimer. Er wirkt jetzt ruhig, entspannt, durchlässig und emotional. Er sucht die Nähe zu mir und lehnt seinen Kopf gegen meinen Arm – wortlos. Beim Hinausgehen stößt er auf mein Bild, das das Atelier am Türeingang beschreibt, am Boden. Er hebt es auf und will es mit mir neu befestigen. Er holt Kreppband und Schere und wir befestigen es gemeinsam wieder an der Tür... und schon ist er verschwunden, hat sich hinter der Tür versteckt, bevor ich mich noch verabschieden kann. Verschmitzt schaut er zu mir, bevor er die Treppen hinuntersaust und meinem Blick enteilt.

Nach ca. 1,5 Jahren hat sich Tristan in einer ASO Klasse etabliert, lernt und schreibt gute Noten. Das aggressive Verhalten ist deutlich zurückgegangen, er ist umgänglicher geworden. Möglich wurde das durch das multimodale Wirken in den Feldern Wohnen, Betreuung, Schule, Pharmakotherapie, Psychotherapie und Mal- und Gestaltungstherapie (MGT).

Ein Plädoyer für ausdruckszentrierte Therapien in der Behandlung von ADS/ADHS

Kinder wollen gesehen, erkannt und anerkannt werden. Sie wollen das Leben ergreifen mit ihren Händen und ihren Ideen. Sie wollen aktiv sein, spielen, bauen, basteln. Sie wollen sich als wirksame Gestalter ihres Lebens erleben. So wachsen die fundamentalen Grundkompetenzen, wie exekutive Kontrolle und Resilienz von alleine mit. Kinder, die ADHS/ADS-Symptome (Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, motorische Unruhe)nebst anderen sozialen Auffälligkeiten (z. B. Gewalt) zeigen, wollen das ebenso und weil es aus vielschichtigen Gründen nicht gelingt entwickeln sie Bewältigungsstrategien, die wir ADS/ADHS nennen.



Bild 9: Ich gehe meinen Weg und gestalte mir den Rahmen selbst.

Die Mal- und Gestaltungstherapie wirkt über den Gestaltungsvorgang an sich und den gewollten emotionalen Ausdruck (z. B. Aggressionsabfuhr). Des Weiteren wird über den spielerischen Umgang mit Potential- und Problemthemen (z. B. wird der schwierige Zugang zur Mutter spielerisch erprobt) und schließlich dem Wachsen an selbst erstellten Symbolen eine sichtbare Reduzierung der typischen ADS/ADHS-Symptome erzielt. Die Kinder kommen so in ein aktives, selbstwirksames Handeln hinein, dass sie ihrem inneren Kern nahe bringt, in dem Sicherheit, Ruhe und Authentizität zu Hause sind. **Damit braucht es ausdruckszentrierte Therapieformen, wie MGT, dringend im multimedialen System zur ursächlichen Behandlung von ADS/ADHS.** Den *wissenschaftlichen* Beweis zur Wirksamkeit der Kunsttherapie bei ADS/ADHS hat Dagmar Wohler erbracht (vgl. WOHLER, 2013).

Wolfgang Engelhardt, Mal- und Gestaltungstherapeut, Lebens- und Sozialberater, systemisch-kunsttherapeutischer Supervisor. Arbeitet als Maltherapeut mit sozial auffälligen Kindern in einem Kinderdorf und mit psychisch erkrankten Erwachsenen in einem Arbeitstherapieprojekt. Supervision in freier Praxis. www.kreative-lebensgestaltung.eu, wolf.engelhardt@gmail.com

Literaturnachweis

- DÖPFNER, Manfred; SCHÜRMAN, Stephanie; FRÖHLICH, Jan; GEHRMANN, Klaus (2013) Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP, 5. Auflage, Beltz-Verlag: Weinheim und Basel
- HÜTHER, Gerald/BONNEY, Helmut (2010): Neues vom Zappelphilipp, ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln. Beltz-Verlag: Weinheim und Basel
- HÜTHER, Gerald (2014): Schulen der Zukunft. In: Wege-Zeitschrift 3/2014
- HÜTHER, Gerald (2010): ADHS ist die Folge veränderter Sozialerfahrung. In: Psychologie Heute 03/2010
- KAST, Verena (2002): Die Dynamik der Symbole, Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. 4. Auflage 2002. dtv-Verlag: München
- KROWATSCHKE, Dieter (2004): ADS Kinder verstehen und erziehen, AOL-Verlag: Lichtenau
- RENZ-POLSTER, Herbert; HÜTHER, Gerald (2013): Wie Kinder heute wachsen. Beltz-Verlag: Weinheim und Basel
- RIEDEL, Ingrid (1992): Maltherapie. Kreuz Verlag: Stuttgart
- WOHLER, Dagmar (2013): Kunsttherapie bei Störungen des Sozialverhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). EB-Verlag Dr. Brandt: Berlin
- WOHLER, Dagmar (2014): Kunsttherapie statt Ritalin. ADHS adäquat behandeln. In: <http://www.alanus.edu/kunst-forschung/standpunkte/details/details/kunsttherapie-statt-ritalin-adhs-adaequat-behandeln.html>

Wie Kinder heute wachsen

in Anlehnung an RENZ-POLSTER, Herbert; HÜTHER, Gerald 2013

Hauptsegel: **Selbstorganisation.**

Ihre eigene Entwicklung mit anderen Kindern selbst mitgestalten. Lernen von Entwicklungsreizen aus der Gruppe v. Kindern unterschiedlichen Alters

Hecksegel: **Begeisterung**

Unmittelbarkeit:

Mit allen Sinnen die Umgebung erfahren (nicht nur sehen und hören)

Vordersegel: **Selbstwirksamkeit.**

„Neu-Lust“, Erlebnis des eigenen Ausdrucks von Begabungen, Kompetenzen

Angstfreies unerschütterliches Vertrauen

Freiheit

- „sein Ding“ machen dürfen.
- Selber entscheiden, was das Kind mit wem und wie lange spielen will
- Das Kind erlebt sich dadurch als wirksam

Fundamentale Lebenskompetenz:

Kreativität, exekutive Kontrolle, soziale Kompetenz, Resilienz

- Klarkommen mit Emotionen
- Ziele setzen und mit Kraft verfolgen können
- Selbständig werden
- Gefühle und Absichten anderer verstehen und in Gruppe einbringen
- Umgang mit Widerstand ohne gleich aufzugeben

Widerständigkeit:

- Mit Grenzen umgehen lernen. Das gelingt wenn Abenteuer im Spiel ist.
- Vermögen Emotionen zu steuern

Verbundenheit:

Bindungssicherheit. Beziehung zu Eltern, Spielgefährten, aber auch zu Tieren, Pflanzen, Orten etc.

Nur ERFAHRBAR

- Nicht vermittelbar
- Kann man nicht beibringen