

# ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern

*Terje Neraal*

In diesem Artikel soll dargestellt werden, wie ein Verstehenszugang zu den Verhaltensstörungen gefunden werden kann, die als ADHS bezeichnet werden. Dann wird ein bedürfnisorientiertes Therapiemodell kurz skizziert und die Ergebnisse einer Nachuntersuchung von 93 nach diesem Modell behandelten Kindern beschrieben.

Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sind schon seit Jahrzehnten ein häufiger Grund für Eltern, um eine Erziehungsberatung oder Familientherapie in Anspruch zu nehmen.

Eine eigene Studie (Neraal et al. 1979) zeigte bei der Befragung von 55 Elternpaaren, die in der Psychosomatischen Uni-Klinik in Gießen wegen psychischen Störungen ihres Kindes Rat suchten, dass „Unruhe und Zappeligkeit“ die von den Eltern mit 65 % am häufigsten angegebenen Symptome seien. Und schon an vierter Stelle folgte mit 49 % „schlechte Konzentration und Vergesslichkeit“.

Gefragt nach den vermuteten Ursachen nannten die Eltern an erster Stelle „kindliche Ängste“ und „innere Hemmungen des Kindes“, also emotionale Ursachen in der kindlichen Psyche. Schon an dritter Stelle folgte „der Vater hat zu wenig Zeit für das Kind“ und zwar bemerkenswerterweise von den Vätern noch häufiger angegeben als von den Müttern. Und an vierter Stelle räumten die Eltern selbstkritisch ein, dass „Übertragung eigener Nervosität“ auf das Kind ein Grund für dessen Störung sein könnte. Die beiden letzten Ursachenvermutungen gaben dann auch den Ausschlag für den Therapiewunsch der Eltern: 74 % der Eltern wünschten sich „Familiengespräche“ gefolgt von „Erziehungsberatung“ mit 71 %. Und die Hälfte der Eltern gab den Wunsch an, der Arzt möge gemeinsame Gespräche mit dem Lehrer oder der Lehrerin führen, was als ein Hinweis auf den Zusammenhang mit schulischen Problemen interpretiert werden kann.

Diese Ergebnisse sind heute noch bemerkenswert, machen sie doch deutlich, dass die Eltern, die ihre Kinder ja am besten kennen, von Ängsten und Unsicherheiten im Kind selbst sowie von Problemen in den eigenen Beziehungen zu den Kindern ausgingen und diese als mögliche Gründe für die nach außen sichtbare motorische Unruhe und leichte Ablenkbarkeit annahmen.

## Sprachlose Innerlichkeit

Hinter den Verhaltensauffälligkeiten bei ADHS verbergen sich im Inneren des Kindes Gefühle, Vorstellungen und Motive, die nicht durch Sprache ausgedrückt werden können (z. B. Berger 1993, Bovensiepen et al. 2002, Dammasch 2006, du Bois 2007, Hopf 2003, von Lüpke 2006, Staufenberg 2011, Storck 1993). Durch das gestörte und störende Verhalten werden Erwachsene, ob als Eltern, Erzieherinnen, Lehrer, Jugendamtsmitarbeiter, Psychologen, Ärzte oder Psychotherapeuten, in ihrer Aufmerksamkeit in Beschlag genommen und davon abgelenkt, mit der Innenwelt des Kindes Kontakt aufzunehmen. Deswegen bleiben die über das Verhalten ausgedrückten Botschaften von uns Erwachsenen so oft „unerhört“. Dadurch kann eine Kontaktstörung zwischen dem Kind und seiner Umwelt entstehen.

Bekanntlich wird ADHS durch das biologische Modell als eine vererbte Transmitterstörung auf Grund eines Mangels an Botenstoffen an den Synapsen der Nervenschaltstellen im Gehirn des Kindes erklärt (z. B. Döpfner et al. 2000).

Um die Diagnose ADHS zu stellen, müssen laut DSM-IV (Saß et al. 2003)

- die Symptome schon vor dem Alter von 7 Jahren aufgetreten sein,
- mindestens 6 Monate angedauert haben,
- die Symptome in mindestens 2 Bezugssystemen auftreten, z. B. Schule und Familie,
- deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und Lernleistungsbereich vorliegen sowie
- die Symptome nicht besser erklärt werden können durch eine andere psychische Störung (z. B. emotionale Störung, Angststörung, Dissoziationsstörung, abnorme Persönlichkeit).

Dieser letzte Passus räumt ein, dass Verhaltensstörungen, die als ADHS bezeichnet werden, andere als biologische Ursachen haben können, nämlich auch in vielen Fällen häufig emotionale Störungen und Störungen der Persönlichkeit.

Wie oft es sich bei diesen als ADHS bezeichneten Verhaltensstörungen um psychische Störungen handelt, weist eine Studie von Streeck-Fischer (2006) nach. Bei der Begutachtung von 30 Kassenanträgen für Psychotherapie bei Kindern mit der Überweisungsdiagnose ADHS fanden sich in allen Fällen bei der Psychodiagnostik emotionale Störungen oder strukturelle Störungen, die die Symptome dieser Kinder auf der Verhaltensebene erklären konnten.

Dies bedeutet, dass bei einer Diagnostik, die ihren Blick auf das psychische Innenleben des Kindes richtet, ganz andere Störungskategorien erfasst werden, die sonst – wenn überhaupt – als Zweitdiagnose im Sinne einer komorbiden Störung festgestellt worden wären.

Es hängt also sehr von dem diagnostischen Blickwinkel des Untersuchers ab, ob eher eine biologische oder eine psychologische Erklärung für die Störungen postuliert wird. Entsprechend unterschiedlich werden natürlich auch die Behandlungsansätze sein.

Um herauszufinden, ob sich hinter den äußerlich beobachtbaren ADHS-ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht doch Entwicklungsstörungen oder emotionale Störungen verbergen, ist es vom Diagnostiker notwendig, mit der psychischen Innenwelt des Kindes in Kontakt zu treten. Dies bedeutet, sich dafür zu interessieren, *was* das Kind *wie* erlebt.

Kontakt entsteht bekanntlich, wenn jemand mit dem Bedürfnis sich mitzuteilen auf jemand trifft, der das Mitgeteilte versteht, und dies zurückmeldet. Und Kontakt ist für unser psychisches Überleben so wichtig wie Nahrung für die Aufrechterhaltung unserer körperlichen Existenz.

Nun ist es oft sehr schwer, ein Kind zu verstehen, das entweder unaufmerksam in eigenen Gedanken versunken ist – das wäre dann auf der Verhaltensebene das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ADS, oder ein Kind, das impulsiv ist und hektisch herumrennt, dies wäre dann das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (ADHS). Solche Kinder geben uns durch ihre Symptome auf der Verhaltensebene vielfach Rätsel auf.

Wenn man ein solches Kind fragt, was es denn hat, antwortet es zumeist: „Weiß ich nicht!“, wenn es denn überhaupt antwortet. Diese Art sich nicht erklären zu können, beruht in der Regel nicht auf Unwilligkeit, sondern auf dem Unvermögen, sich mit Worten auszudrücken. Dies führt dazu, dass die Erwachsenen versuchen, das gestörte, beobachtbare Verhalten zu beschreiben und in seiner Stärke zu schätzen, z. B. durch Fragebögen für Eltern bzw. Lehrer. Wenn dann ein Kind sowohl zu Hause wie im Kindergarten oder Schule ein gewisses Maß an auffälligem Verhalten aufweist, sind scheinbar objektive Kriterien vorhanden, um sagen zu können: „Das Kind *hat* ADHS.“

Damit ist das Kind nicht mehr z. B. Kevin, der Angst hat, in der Unterrichtssituation zu versagen, und den es deswegen nicht mehr auf seinem Platz hält. Oder Lisa, die sich Sorgen macht, um den arbeitslosen Vater, der angefangen hat, zu viel Alkohol zu trinken, und in der Familie zunehmend gereizt reagiert. Beide sind vielmehr jemand, der oder die etwas *hat*, und zwar eine Krankheit, die durch die schon erwähnte vererbte Transmitterstörung im Gehirn des Kindes verursacht sein kann, so die gängige mainstream-Meinung (z. B. Döpfner et al. 2000). Mit dieser Erklärung wandelt sich die Störung sowohl für das Kind wie auch für die Erwachsenen: Es geschieht eine objektivierende Distanzierung zu der emotionalen Innenwelt des Kindes. Diese wird auch dadurch offenkundig, dass die Störung des Kindes mit einer unemotionalen Buchstabenkombination, nämlich ADHS, bezeichnet wird. Der Versuch, sich in das Kind empathisch einzufühlen, wird aufgegeben zu Gunsten der Beschreibung von Oberflächenphänomenen auf der Verhaltensebene. Die Behandlung besteht dann folgerichtig aus verhaltensregulierenden Maßnahmen, die chemischer Natur sein können, oder durch korrektive Verhaltensregeln, die auf das Verhalten selbst abzielen.

So kommt es zwischen dem Kind und seiner Umwelt zu einem „Tanz auf der Verhaltensebene“: Durch das störende Verhalten des Kindes werden die Erwachsenen dazu eingeladen, das Kind einzugrenzen. Alles dreht sich um das Verhalten. Beide Seiten werden in einem Machtkampf verstrickt, in dem es darum geht, wer am

Ende als Gewinner und wer als Verlierer daraus hervorgeht. Diese sich hochschaukelnde Interaktion hat psychisch gesehen etwas von einem existenziellen Überlebenskampf. Der emotionale Kontakt über Worte wird ersetzt durch einen über das Verhalten ausgetragenen Kampf.

Wenn es uns nicht gelingt, uns verständlich zu machen, und wenn es uns auch nicht gelingt zu verstehen, werden wir mit Gefühlen von Hilf- und Ratlosigkeit konfrontiert.

Egal ob Kinder oder Erwachsene, jeder möchte sich diese Gefühle nur ungern eingestehen, Jungen noch weniger als Mädchen, und Experten im Umgang mit Kindern sowieso nicht. Die Angst zu versagen, die Orientierung oder den Halt zu verlieren, wenn man nicht weiter weiß, erzeugt einen enormen Druck.

Da sich Gefühle von Angst und Ohnmacht sowohl auf Seiten der verhaltensauffälligen Kinder als auch bei den Erwachsenen finden lassen, spricht man in der psychoanalytischen Fachsprache von *Übertragung* (z. B. König 1998), wenn Gefühle von einem Patienten auf den Pädagogen, Berater oder Behandler überspringen. Wenn diese Gefühle als *Gegenübertragung* (z. B. König 1995) wahrgenommen und reflektiert werden, statt sie zu agieren, eröffnet sich ein neuer Zugang zu den Gefühlen des Kindes, welche das gestörte Verhalten auslösen. Wenn es den Erwachsenen gelingt, zu einem in dieser Weise verhaltensauffälligen Kind dadurch in Kontakt zu kommen, indem z. B. folgende Kommentar gegeben wird: „Du scheinst aber mächtig unter Druck zu stehen“, wird es nach und nach möglich herauszufinden, woher dieser Druck kommt, aus welchen Sorgen und Ängsten der Druck herrührt.

Der Druck solcher Gefühle führt bei dem hyperaktiven Kind zu seiner hektischen Umtriebigkeit. Und auch im Helfersystem verführt der Druck zu vorschnellen Entscheidungen für medikamentöse Therapie oder verhaltenskorrigierende Programme – noch bevor der eigentliche Sinn der Störungen begriffen worden ist.

## Die Symptomsprache

Können denn die unter ADHS zusammengefassten, scheinbar sinnlosen Verhaltensstörungen überhaupt einen Sinn ergeben? Was ist unter „Symptomsprache“ zu verstehen?

Unter Sprache versteht man ja das gesprochene Wort, obwohl Verhaltensforscher herausgefunden haben, dass wir nur einen geringen Teil unserer Mitteilungen über Sprache vermitteln. Unsere innere Befindlichkeit, unsere Wünsche und Ängste werden in einem viel größeren Umfang über unsere Körperhaltung, über Mimik und Gestik, über Kleidung und Outfit, über Handlungen und Verhalten sowie überhaupt über Symptome zum Ausdruck gebracht.

Eine Handlung zielt darauf ab, einen Zustand zu verändern. Eine Handlung setzt also ein Motiv oder eine Intention voraus. Es geht darum, etwas zu wollen bzw. noch öfter vielleicht nicht zu wollen – oder schon zu wollen, aber nicht zu können.

Wir sprechen von einem *Handlungsdialog*, wenn eine auffällige Handlung Fragen aufwirft über den Sinn der Handlung.

Störende Verhaltensweisen wie Hyperaktivität, Hippeligkeit, zielloses Herumrennen als motorische Ausdrucksweisen können mit dieser Sichtweise einen Sinn ergeben.

Es lassen sich grundsätzlich zwei verschiedene Formen der Motorik unterscheiden: zum einen die *Leistungsmotorik*, zum anderen die *Ausdrucksmotorik*.

Die Leistungsmotorik wird – dem Wortlaut nach – eingesetzt, um ein Ziel zu erreichen, eine Leistung zu vollbringen. Die Ausdrucksmotorik hingegen drückt die innere Befindlichkeit eines Menschen aus.

Sich selbst zu spüren durch körperliche Bewegung stellt das Motiv hinter Schaukelbewegungen, Jactationen genannt, bei Kindern dar, die durch eine ausgeprägte Vernachlässigung einen Mangel an Zuwendung erfahren haben. Solche an einer *Deprivation* leidende Kinder erleben es als eine Beruhigung, wenn sie ihren Körper durch die Bewegungen spüren. „Wenn ich von der Umwelt so wenig wahrgenommen werde, beruhigt es mich, dass ich mich selbst durch Bewegung spüren und wahrnehmen kann“ ist eine Aussage hinter dieser schwerwiegenden Störung.

## Motorik als Ausdrucksmittel

Nach der Geburt werden Affekte des Säuglings über Mimik und Motorik zum Ausdruck gebracht. Bei freudiger Erregung lächelt es und strampelt mit Armen und Beinen, z. B. wenn es hochgenommen werden soll. Bei Unlust, z. B. bei Hunger, weint es, schreit und strampelt dann auch mit den Extremitäten. Man kann hier also schon beim Säugling von einer *Ausdrucks-* oder *Affektmotorik* sprechen.

Bei Kindern mit ADHS sind es eher nicht freudige Affekte, die sich in der Hypermotorik entladen. Vielmehr stammen die motorischen Entladungen von Unlustgefühlen, wie z. B. auch bei den sog. „Schreikindern“ im Säuglings- und Kleinkindalter, die sich motorisch unruhig verhalten. Eine umfangreiche Forschung, besonders durch die Gruppe um Papoušek in München, die über 700 solche Kinder untersucht und behandelt hat, zeigt, dass die Unruhe dieser Kinder daraus resultiert, dass es den Eltern nicht gelingt, sich in ihr Kind einzufühlen und herauszufinden, welche Bedürfnisse es zum Ausdruck bringt (Papoušek et al. 2004). Die Gründe für diese Empathiestörung sind vielfältig: Oft sind die Kinder nicht erwünscht, besonders, wenn die Mütter der Kinder schwerwiegende Partnerprobleme angeben. Werden Probleme mit der eigenen Herkunftsfamilie der Mütter angegeben, so haben sie u. U. belastende und traumatisierende Erfahrungen in der eigenen Kindheit gemacht. Hinzu kommen eine soziale Isolation der Mütter, sowie die ständige Konfrontation mit eigenen Versagensgefühlen durch das unstillbare Schreien des Kindes. Es entsteht eine sich hochschaukelnde Spirale von Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen, die dann auch in Wut auf das Kind umschlagen kann.

Über die Gefühlsreaktionen der Erwachsenen, wenn sie es mit einem schreienden Säugling zu tun haben, schreiben Papoušek et al. (2004):

„Was gibt es Schöneres, als ein schreiendes Baby auf den Arm zu nehmen und zu erleben, wie es sich anschmiegt und allmählich zur Ruhe kommt?! Was gibt es Enttäuschenderes, Entmutigenderes, vielleicht sogar Verletzenderes, als ein Baby im Arm zu halten, das ohne erkennbaren Grund unstillbar schreit, sich steif macht und aufbäumt und in seiner Erregung unerreichbar ist?! Das Schreien des Säuglings hat zwei Gesichter: Es gibt Anlass zur Zärtlichkeit und Glück oder aber zu Hilflosigkeit und Wut; es wirkt als bindungsstiftendes Signal oder aber als bindungsgefährdender Auslöser von Depressivität oder sogar Kindesmiss-handlung“ (Papoušek et al. 2004, 7).

Die Art, wie mit Ohnmacht und daraus resultierender Wut umgegangen wird, kann also in zwei Richtungen ausschlagen. Sie entlädt sich entweder direkt auf das Kind, oder sie führt zur Resignation und Rückzug. In beiden Fällen werden schwerwiegende Schuldgefühle bei der Mutter wachgerufen, die dazu führen, dass sie dem Kind nichts verbietet, keine Grenzen setzen kann, wodurch das Kind Orientierung und Halt verliert.

In Bezug auf Aufmerksamkeitsstörungen hat jeder schon einmal erlebt, dass die Konzentration z. B. beim Lesen nicht aufrechterhalten werden kann, wenn man gleichzeitig durch sehr besorgniserregende, aber auch freudige Gedanken abgelenkt wird. Zuhören, Lesen und Lernen stellen kognitive Vorgänge dar, die nur dann ungestört vollzogen werden können, wenn nicht emotional hoch besetzte Gedanken davon abbringen. Unwillkürlich wird eine Selektion der Aufmerksamkeit nach der emotionalen Gewichtung vorgenommen (Bauriedl 1980). Aber auch während eines Vortrages kann die Aufmerksamkeit durch einen emotional bedeutsamen Sachverhalt abgelenkt werden, und den Zuhörer daran hindern, in einem Vortrag oder aus Medien Informationen aufzunehmen. Beispiele für solche Ereignisse sind die Übermittlung einer sehr belastenden Nachricht von einer schwerwiegenden Krankheit oder des Todesfalles eines geliebten Verwandten.

Durch aktuelle oder in der Erinnerung früher erlebte psychisch belastende Situationen kann die kognitive Aufmerksamkeit also abgelenkt werden.

Wie sieht es bei kleinen Kindern aus?

Kleine Kinder lernen vorrangig durch Spielen. Durch Spielen erkunden sie die Umwelt, sammeln Erfahrungen über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Fähigkeiten. Papoušek et al. (2004) haben die Bedeutung des Spielens sehr gut beschrieben:

„Das Spiel ist der Kontext, in dem das Kind selbst-initiiert lernt und selbst-gesteuert seine Erfahrungen mit der Umwelt integriert. Es hat ein genuines Bedürfnis, sich mit der sozialen und materiellen Umwelt vertraut zu machen, sie zu begreifen, auf sie einzuwirken, Regeln und Zusammenhänge zu erkennen. Den Antrieb zum Spiel und zur Fokussierung und Aufrechterhaltung seiner Aufmerksamkeit gewinnt es aus seinen *inneren Motivationen*: seinem Neugier und seinem Explorationsbedürfnis; seiner Freude am Entdecken von Vertrauten, von Regeln, Zusammenhängen und an erfüllten Erwartungen; seinem Bedürfnis nach Urheberschaft, Selbstwirksamkeit, Selbermachen, Selberkönnen und Selberbeherrschen; seinem Erfolgs- und Kompetenzbedürfnis“ (Papoušek et al. 2004, 369).

In den von Papoušek durchgeführten Untersuchungen zu sog. Schreikindern wurde eine Untergruppe ermittelt, die etwa 45 % der Gesamtgruppe ausmachte. Diese Gruppe von Kleinkindern war charakterisiert durch eine auffällige Spielunlust sowie dysphorische Unruhe und Umtriebigkeit.

Es braucht nicht viel Phantasie, um diese Kinder wieder zu erkennen: Es sind genau dieselben Symptome wie beim ADHS bei größeren Kindern. Es handelt sich zumeist um Kinder von psychisch und sozial sehr belasteten Müttern bzw. Eltern. Eine *Störung des Spielverhaltens* kann somit frühzeitig ein Hinweis darauf sein, dass sich nicht auf diese Lern- oder Erkundungsaufgabe konzentriert werden kann, und zwar wegen konflikthafter Beziehungen zu den Eltern.

Nachuntersuchungen zeigen, dass „Schreikinder“ später im Schulalter in fast 20 % die Verhaltensstörungen des ADHS entwickeln, und zwar 12-mal so häufig wie in einer Kontrollgruppe (Wolke et al. 2002).

## ADHS und Familiendynamik

Nach der Rollentheorie von Richter (2007, 2010) werden bewusste und unbewusste Erwartungen an die Kinder gerichtet, bei denen sie bestimmte Rollen einnehmen sollen. Wenn die eigene Mutter auf Grund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ihre häuslichen Aufgaben zu erfüllen, nimmt ein Kind, meist ein Mädchen, in einigen Fällen die Rolle als *Ersatzmutter* ein. Kinder können auch in die Rolle des *Ersatzpartners* oder *der Ersatzpartnerin* gedrängt werden, wenn die Partnerbeziehung der Eltern unbefriedigend ist. Dadurch werden sie einerseits in ihrer Bedeutung für einen Elternteil übermäßig erhöht, vom anderen Elternteil aber verachtet. Auf diese Konfliktsituation reagieren die Kinder ebenfalls oft mit Konzentrationsstörungen und motorischer Unruhe.

In anderen Fällen wiederum lasten übermäßige Leistungsanforderungen auf den Kindern durch projizierte narzisstische Erwartungen der Eltern, meist begründet durch unerfüllt gebliebene eigene Bildungschancen der Eltern selbst.

Die derzeitige Angst, etwas zu versäumen, wenn den eigenen Kindern nicht durch die Eltern genügend Unterstützung bei den Hausaufgaben zu Teil wird, spiegelt die in der Gesellschaft sich ausbreitende Angst um zukünftige Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Daraus resultiert nicht selten eine Dynamik zwischen einem Elternteil und dem Schulkind, bei der die Verantwortung für die schulischen Hausaufgaben immer mehr von diesem Elternteil übernommen wird, und das Kind dadurch immer unselbstständiger wird bei der Lösung von Aufgaben. Wenn dann das Kind in der Schule Arbeiten schreiben soll, ohne einen Elternteil an der Seite, wird es unsicher, weil es nicht gelernt hat, selbstständig zu lernen. Es bekommt Angst zu versagen mit entsprechenden Blockaden des Denkens. Diese werden oft über motorische Unruhe zum Ausdruck gebracht. Das Versagen in der Schule löst wiederum erhöhte Anstrengungen des betroffenen Elternteils aus, wodurch die Dynamik immer weiter eskaliert.

## Bedürfnisangepasste Therapie

Wenn Kinder mit den Verhaltensauffälligkeiten ADS und ADHS mit einem Verstehenszugang untersucht werden, bei dem die psychische Innenwelt und die familiären Beziehungen im Fokus stehen, werden auch die therapeutischen Maßnahmen entsprechend andere sein. Auf das Kind zentrierte Psychotherapieformen wie Kinderpsychotherapie, Kunsttherapie, Kinder-Gruppentherapie, Ergotherapie werden bevorzugt. Eine alleinige Therapie des Kindes würde aber nicht ausreichen. Auch die Eltern müssen in Eltern- und Familiengesprächen Gelegenheit bekommen, über eigene Probleme und Konflikte zu sprechen, die die Störungen des Kindes mit bedingen und aufrechterhalten. In dem Buch „ADHS – Symptome verstehen – Beziehungen verändern“ (Neraal & Wildermuth 2008) haben wir an Hand von 10 Patientengeschichten diese bedürfnisangepasste Therapie beschrieben.

Eine im selben Buch referierte Studie zeigt, dass bei 93 Kindern, die nach dieser Methode mindestens 10 Mal behandelt wurden, mindestens 6 Monate nach der Beendigung der Therapie nur ein Kind vorübergehend bei einer Trennungskrise der Eltern eine Medikation mit Psychostimulantien benötigte.

Die psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen hatten bei den Kindern eine Entwicklung der Sprache ermöglicht, die dazu führte, dass Gefühle und innere Spannungen nicht länger über unruhiges Verhalten ausgedrückt werden mussten.

## Literatur

- Bauriedl, T. (1980): Beziehungsanalyse. Frankfurt a. M.
- Berger, M. (1993): Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. *Kinderanalyse* 2, 131–150
- Bois, du R. (2007): Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 4, 301–309
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. *Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt a. M.
- Dammasch, F. (2006): ADHS – endlich hat das Kind ein Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*. Göttingen, 189–220
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000): *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen
- Hopf, H. (2003): „Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon ...?“. Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie* 117, 20
- König, K. (1995): *Gegenübertragungsanalyse*. Göttingen
- König, K. (1998): *Übertragungsanalyse*. Göttingen

- Lüpke, v. H. (2006): Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y. & Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, 169–188
- Neraal, T., Scheer, J. & Dierking, W. (1979): Krankheitskonzepte von Eltern mit einem psychisch gestörten Kind. In: Familiendynamik 4, 317–332
- Neraal, T. & Wildermuth, M. (2008): ADHS Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen
- Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern
- Richter, H.-E. (2007): Patient Familie. Gießen
- Richter, H.-E. (2010): Eltern, Kind und Neurose. 33. Aufl., Reinbek bei Hamburg
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistische Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen
- Staufenberg, A. M. (2011): Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt a. M.
- Storck, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. Kinderanalyse 2, 201–230
- Streck-Fischer, A. (2006): „Neglect“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Psychotherapeut 5., 180–190
- Wolke, R., Rizzo, P. & Woods, S. (2002): Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. In: Pediatrics 109, 1054–1060

# Gebärden-unterstützte Kommunikation (GuK) in der Frühförderung

Etta Wilken

## Spracherwerb und Behinderung

Kinder mit geistiger Behinderung und anderen ausgeprägten Beeinträchtigungen haben oft eine verzögerte Sprachentwicklung. Allerdings liegen zwischen den verschiedenen sprachrelevanten Entwicklungsbereichen meistens große Unterschiede vor, abhängig auch von den Behinderungsursachen. Bei vielen Kindern zeigen sich bereits in den motorisch-funktionellen, in den kognitiven und sozio-emotionalen Grundlagen der Sprachentwicklung deutliche Abweichungen (Wilken 2010b, 56), jedoch werden meistens erst mit dem Beginn des Sprechens die speziellen Probleme deutlich. Oft ist von einer mehr oder minder deutlich ausgeprägte Sprechdys- oder apraxie auszugehen, und den Kindern gelingt die „Generierung der willkürlichen Bewegungsmuster, die die Bewegungsauswahl, -planung, -organisation und Initiierung des motorischen Musters umfasst, unzureichend bis gar nicht“ (Birner-Janusch 2010, 72).

Aber auch die Entwicklung des intentionalen Verhaltens und der gezielten Kommunikation kann bereits in der frühen Entwicklung durch eine Behinderung beeinträchtigt werden (Wilken 2010a, 37 f.). Vor allem das fordernde Zeigen scheint für die nonverbale Interaktion wichtig zu sein wegen der damit verbundenen sozio-kognitiven Erkenntnisse über die Wirksamkeit eigener Aktivität. Aus diesem Grund hat sich der Gebrauch von nonverbalen Forderungen bzw. Bitten als wesentlich für die intellektuelle Entwicklung erwiesen (Bates & Dick 2002, 294 f.). Das ist bei der frühen Sprachförderung beeinträchtigter Kinder zu berücksichtigen.

„Die Grundprinzipien der Unterstützung des Spracherwerbsprozesses bestehen auf der einen Seite darin, das Sprachangebot quantitativ zu erhöhen und qualitativ zu verbessern und auf der anderen Seite das Kind zum aktiven Sprachgebrauch anzuregen“ (von Suchodoletz 2010, 62). Deshalb brauchen kleine Kinder mit Behinderung zur Förderung des Spracherwerbs im ersten Lebensjahr nicht so sehr andere Maßnahmen und Angebote, sondern es müssen die normalen sprachrelevanten frühen Kommunikationsformen unterstützt werden. Zum Konzept der Gebärden-unterstützten Kommunikation (GuK) gehört darum, zuerst die Entwicklung der sprachrelevanten prodromalen (vorausgehenden) Fähigkeiten in der Frühförderung zu stärken und den verbalen Input qualitativ und quantitativ differenziert und reflektiert zu gewährleisten. Gebärden werden erst in einem Entwicklungsalter ange-