

Ludewig, Kurt

Unruhige Kinder - Eine Übung in epistemischer Konfusion

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 5, S. 158-166

urn:nbn:de:bsz-psydok-34811

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Unruhige Kinder

Eine Übung in epistemischer Konfusion¹

Von Kurt Ludewig

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des systemischen Denkens (sprich: konstruktivistischer Systemtheorie) werden in groben Zügen die Annahmen untersucht, die das Phänomen der kindlichen Unruhe („Hyperaktivitätssyndrom“) als eingeständige nosologische Einheit begründen und den bisherigen Behandlungsansätzen zugrundeliegen. Im Einklang mit zeitgenössischen Auffassungen wird dieses soziale Phänomen als ein interaktionelles betrachtet. Ausgehend dann von zwei Beispielen aus der Praxis des Verfassers werden Bestandteile für ein Verständnis der kindlichen Unruhe zusammengetragen, die, unter Vermeidung von extremen Sichtweisen, die das Phänomen allein „medizinisieren“ oder sozio-normativ werten, die Möglichkeiten systemischer Betrachtung nutzen, um den Therapeuten zu helfen, eine nachvollziehende und respektvolle Haltung zu ihren kleinen Klienten und deren Angehörigen einzunehmen.

1 Unruhige Kinder: Protagonisten eines interaktionellen Dramas

Spätestens von dem Zeitpunkt an, wo aus den Erfordernissen gesellschaftlicher Organisation das Recht abgeleitet wurde, von Kindern zu verlangen, daß sie das Ausleben ihrer Körperlichkeit zügeln, ihre Impulsivität kontrollieren und ihre Aufmerksamkeit gezielt richten, war die Grundlage für eine Differenzierung entstanden, die sich als folgenreich erweisen sollte. Es war die Differenzierung zwischen Kindern hinsichtlich ihres Talents, sich gemäß den oben genannten Erwartungen zu verhalten. Spätestens von da an dürften Kinder danach bewertet worden sein, ob sie ruhig und daher artig oder unruhig und daher unartig waren. Das Phänomen „kindliche Unruhe“ war entstanden und somit auch die Grundlage für die sog. schwarze Pädagogik, die im 19. Jahrhundert ihren Höhepunkt erreichte und in Bezeichnungen wie Zappelphillip, Kasperle, Störenfried usw. Ausdruck fand.

Aus meiner fast zwei Jahrzehnte umfassenden Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sehe

ich keinen Grund, anzunehmen, daß alle Kinder gleichermaßen imstande sein sollen, obigen Anforderungen nachzukommen. Das Merkmal der Ruhe bzw. Ruhelosigkeit dürfte abbildbar sein auf einer linearen Dimension, deren Pole mit Apathie einerseits und Zappeligkeit andererseits zu benennen sind. Die Kinder, die dem apathischen Pol zugeordnet werden, geben zwar Anlaß zur Besorgnis, die anderen aber, die unruhigen, sind darüber hinaus unangenehm und störend; es gilt also ihre Unruhe abzustellen. Dementsprechend hat im letzten Vierteljahrhundert die wissenschaftliche und klinische Beschäftigung mit den Kindern auf dem unruhigen Pol einen regelrechten Boom erfahren. Diese Beschäftigung ist zu einer der Hauptaufgaben von Kinderpsychiatrie, klinischer Kinderpsychologie und Sonderpädagogik geworden. In ihrer modernsten Version begann sie in den USA, wo man eine Zeitlang gar davon ausging, dieses Phänomen sei ein Spezifikum jenes Landes. Nach und nach dehnte sie sich aber auf andere Länder aus. Inzwischen hat das in den USA erfundene und mittlerweile weltweit etablierte „Hyperaktivitätssyndrom“ auch in Europa, Afrika und Asien Einzug gehalten. Diese und andere Gesichtspunkte verführen MINDE (1985) in seiner epidemiologischen Übersicht dazu, die Hyperaktivität nicht etwa als primär kulturell bedingte Fehlanpassung des Kindes zu betrachten, sondern sie für eine allgemeine Abnormität zu erklären.

Die Diagnose „Hyperaktivität“ betraf zuerst nur eine klar definierte kleine Gruppe besonders auffälliger Kinder. Aber vergleichbar mit den meisten anderen Zuordnungskategorien der Psychiatrie, wie z.B. beim Schizophreniesyndrom (vgl. LUDWIG 1989), wurde sie auch, knapp war sie entstanden, nach und nach auf die Beschreibung und Einordnung vieler Verhaltensauffälligkeiten des Kindesalters ausgedehnt. Schließlich war sie kaum noch von jedweder sozial unerwünschten Verhaltensform zu unterscheiden. Die diagnostische Zuordnung der betroffenen Kinder stieß auf die üblichen Schwierigkeiten psychopathologischer Diagnostik: Sie hielt nicht, was sie versprach, nämlich ein interaktionelles Phänomen auf Kategorien zu reduzieren, die denen einer naturwissenschaftlich konzipierten, somatischen Medizin entsprachen. Das Phänomen war auf Dauer weder objektiv, noch zuverlässig und noch weniger valide in statisch konzipierte Kategorien einzuordnen (vgl. LUDWIG 1987a). Zudem sollte sich zeigen, daß diese Diagnose ähnlich wie bei der Schizophrenie, mit einer Reihe weite-

¹ Manuskript zum Workshop gleichen Namens im Institut für systemische Studien Hamburg vom 24.-25. August 1990.

rer Gesichtspunkte einherging, die allzu deutlich das Moment der sozialen Kontrolle enthalten. So wird diese Diagnosestellung entscheidend beeinflusst durch niedrigen sozialen Status der Familie, Geschlecht des Kindes (ca. 9:1 Jungen zu Mädchen) und nicht zuletzt durch die Gewohnheiten klinischer Praxis in den verschiedenen Kulturkreisen. Eine kürzlich durchgeführte Studie demonstrierte z. B., daß erfahrene nordamerikanische Kliniker häufiger zur Diagnose eines Hyperaktivitätssyndroms griffen als ihre britischen Kollegen; darüber hinaus wurden anhand des einen Diagnoseschlüssels (ICD-9) weniger hyperaktive Kinder als anhand des anderen (DSM-III) diagnostiziert (vgl. PRENDERGAST et al. 1988).

Das Anliegen, das Phänomen kindlicher Unruhe diagnostisch trennscharf einzuordnen und ätiopathologisch zu erklären, befindet sich nach Meinung der damit befaßten Forscher bis auf weiteres im Fluß. Aber die psychopharmakologische Industrie – und in ihrem Gefolge viele hilflose Helfer – handeln so, als wäre das Hyperaktivitätssyndrom eine abgesicherte, pathologische Entität. Zu Recht bemängeln die Autoren des Bandes „Pillen für den Störenfried?“ (Voss 1983), daß hier ein soziales Phänomen „medizinisiert“ und mithin die Möglichkeiten von Hilfsmaßnahmen, die an den Lebensbedingungen unruhiger Kinder ansetzen, verspielt werden. Das sei „Ausdruck und Konsequenz einer Bankrotterklärung der Pädagogik als Wissenschaft und aller sie repräsentierenden Berufsgruppen“ (Voss 1983, S. 43). Bezüglich der ätiopathologischen Erklärung sind u. a. Hirnpathologie, Besonderheiten des Zentralnervensystems, Konstitution, Endogenität, Psychodynamik und in neuester Zeit auch Familiendynamik bemüht und in einer Fülle von Arbeiten aus den letzten Dekaden untersucht worden. Überzeugende Ergebnisse lassen jedoch auf sich warten.

Unruhige, motorisch umtriebige, impulsive, leicht ablenkbare und daher auch in ihrem Sozialverhalten oft „aneckende“ Kinder bilden einen nicht geringen Anteil der Patienten kinderpsychiatrischer Stationen. Bei ihrer kürzlichen Analyse fanden z. B. GOLDBECK u. GÖBEL (1990), daß über 39% der Patienten der kinderpsychiatrischen Station an der Berliner Universitätsklinik wegen „nicht anderweitig klassifizierbarer Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD 312) und ca. 4% wegen eines diagnostisch enger gefaßten „hyperkinetischen Syndroms des Kindesalters“ (ICD 314) behandelt wurden. Diese Zahlen dürften sich – eindrucksmäßig, da darüber keine formalen Erhebungen vorliegen – gut mit denen unserer Klinik decken. Nach allgemeinen Schätzungen soll die Anzahl der Kinder im Schulalter, deren allgemeine Aktivität das Maß des Üblichen deutlich übersteigt, je nach Untersuchungsmodus bis zu 15% betragen. Methodologisch strenger ausgelegte Studien weisen jedoch auf eine Prävalenz zwischen 1 und 5% hin (vgl. RUTTER et al. 1983, STEINHAUSEN 1982, MINDE 1985).

Die „feinere“ diagnostische Unterscheidung zwischen „rein“ hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern einerseits, sowie frühkindlich hirngeschädigten und

„bloß“ aggressiven Kindern andererseits, gestaltet sich jedoch schwierig. RUTTER et al. (1983) schließen hierzu, daß (1) Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite kein einheitliches Syndrom konstituieren, (2) Überaktivität und antisoziale Aggressivität sich stark überlappen, (3) Hyperaktivität keine einfache Verursachung habe und nicht notwendigerweise auf eine Hirnschädigung zurückgehe und (4) grundsätzliche Unterschiede zwischen situationaler und durchgehender Hyperaktivität bestehen. Die diagnostische Unterteilung des allgemeinen sozialen Fehlverhaltens in sinnvoll abgrenzbare Unterkategorien erweise sich als noch ungelöstes Problem. In den USA ging man folglich im Jahr 1980 dazu über, die Diagnose einer „hyperkinetischen Reaktion im Kindesalter“ durch die eines „Attention Deficit Disorder with Hyperactivity“ zu ersetzen (DSM-III). Dabei unterschied man drei Symptomkonstellationen: Störung der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität bzw. Ruhelosigkeit. Dagegen erhob sich dann vielfältige Kritik (vgl. z. B. PRIOR/SANSON 1985) und Gegenkritik (vgl. z. B. TAYLOR 1989). Bei der neueren Revision dieses Diagnostikschlüssels im Jahr 1987 (DSM-III-R) faßte man dann die einzelnen Aspekte dieses Phänomens wieder zu einer einzigen, undifferentierten Kategorie zusammen: „Attention-Deficit Hyperactivity Disorder“. Diese Kategorie besteht aus einer Liste von 14 Symptomen, von denen das Kind mindestens acht zeigen muß, um dazu zu gehören.

Bei all diesen Bemühungen verblieb jedoch die Schwierigkeit bestehen, zwischen einem so postulierten „kind-internen“ Hyperaktivitätssyndrom und den eher externen sog. Verhaltensstörungen zu diskriminieren: Die Überlappung zwischen diesen Verhaltensauffälligkeiten mache ca. 50% aus (vgl. HENKER und WHALEN 1989). Das Gros der unruhigen Kinder bleibt bis auf weiteres eine sehr heterogene Gruppe. HENKER und WHALEN fragen in ihrem Übersichtsreferat nach dem Sinn einer Differenzierung, die so wenig differenziert. Aus ihrer wissenschaftlichen Perspektive heraus äußern sie jedoch, daß dies, weit mehr als eine bloß akademische Frage, ein zentrales Anliegen wissenschaftlich ordnender Bestrebungen sei. Es betreffe das Validitätsproblem und somit die Forschung über Ursachen, Korrelate, Entwicklungsverläufe und Folgen sowie die vorhersagbare Anwendung geeigneter Behandlungsmethoden. Dagegen ist jedoch einzuwenden, daß eine exakte Zuordnung sich permanent wandelnder Phänomene des sozialen Phänomenbereichs zu statischen Kategorien eine aussichtslose und daher überflüssige Forderung beinhaltet. Das dürfte spätestens im Lichte der insgesamt recht unzulänglichen Ergebnisse der Psychodiagnostikforschung deutlich geworden sein. Diese in den Naturwissenschaften als zentrales Anliegen geltende, dort wohl auch berechnete Forderung ist eben auf den Umgang mit sozialen Phänomenen nicht übertragbar (vgl. LUDEWIG 1989). Daher erscheint mir eine Diagnosestellung bei unruhigen Kindern, wenn überhaupt nur dann sinnvoll, wenn sie im Sinne einer „Förderdiagnose“ begriffen wird, d. h. einer Beschreibung, die angibt, unter welchen Bedingungen seitens der Familie und der involvierten Außeninstanzen das interaktionelle

Verhalten des Kindes gefördert werden kann (vgl. z. B. NEUHÄUSER 1983).

Abgesehen von ihrer oben genannten Forderung schließen HENKER und WHALEN (1989) als Zusammenfassung ihrer langjährigen Arbeit mit diesem Phänomen, daß Hyperaktivität als interaktionelles Geschehen zu betrachten sei. Es manifestiere sich sowohl in interpersonellen (Kind-Familie, Kind-Schule, Kind-Gleichaltrige) als auch in aufgabenbezogenen Situationen (Kind-Aufgabe). Bezüglich des letztgenannten Aspekts sei mittlerweile deutlich geworden, daß die frühere Annahme eines Defizits der Informationsverarbeitung nicht aufrechtzuerhalten sei. Vielmehr seien die beobachtbaren, kognitiven Defizite autoregulativen Prozessen bzw. mangelhafter Selbstkontrolle zuzuschreiben (vgl. auch EISERT 1988). Bezüglich des interpersonellen Aspekts müsse andererseits festgestellt werden, daß dies das Eigentümliche an der Hyperaktivität sei: Sie finde an der Schnittstelle zwischen dem Kind und seinen sozialen Welten statt. Hyperaktivität sei kein Phänomen an sich, sondern sie entstehe „in den Augen der Betrachter“. Dies nicht deshalb, weil sie, wie in letzter Zeit häufig angemerkt, ein Mythos sei, sondern weil unruhige Kinder in ihrem Verhalten unverkennbare und unübersehbare Zeichen für andere aussenden. Naive Beobachter können z. B. beim Beobachten spielender Kinder rasch die hyperaktiven herausfinden. MINDE (1985) schränkt jedoch ein, daß dies nur für strukturierte Spielsituationen gelte, die eben ruhiges Verhalten erfordern, nicht hingegen für freie Spielsituationen. Dennoch betrachten HENKER und WHALEN (1989) Hyperaktivität als ein in der Konstitution des Kindes verankertes Merkmal, das die Kindheit überdauere. Das zeigen Untersuchungen neueren Datums, wonach, in Abweichung von früheren Annahmen, die Hyperaktivität in vielen Fällen nicht im Zuge der Adoleszenz aufhöre, sondern in Form sozialer Kontakt- und Anpassungsschwierigkeiten ein Leben lang zum Ausdruck komme. Nicht selten lasse sich bei jugendlichen, aber auch älteren Delinquenten eine Hyperaktivität im Kindesalter rekonstruieren. Das passiere vor allem dann, wenn diese Kinder, so wie sie sind, weder in der Kindheit noch in späteren Lebensabschnitten von „bedeutsamen Anderen“ (Eltern, Verwandten, Erziehern, Gleichaltrigen, Lebenspartnern) angenommen und unterstützt werden. Daß dies allein das Ergebnis eines konflikthaften Entwicklungsweges oder Ausdruck eines konstitutionellen Merkmals ist, dürfte kaum je zu klären sein.

2 Behandlungsansätze für unruhige Kinder und ihre Nächsten

An der Entwicklung und Erprobung angemessener Behandlungsformen für unruhige Kinder und ihre Bezugspersonen haben sich alle Richtungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik beteiligt. Die vorgeschlagenen Verfahrensweisen, auf die hier nur cursorisch eingegangen wird, reichen von diätetischen und psychopharmakologischen Versuchen bis hin zur Anwendung

verschiedener psychotherapeutischer und sonderpädagogischer Maßnahmen.

(1) Eine als „kausale“ Therapie angelegte, diätetische Vermeidung angeblich noxischer Stoffe in der Nahrung (Milch, Zucker, Phosphat usw.) hat es allenfalls bei einer sehr geringen Anzahl unruhiger Kinder vermocht, zu günstigen Verhaltensänderungen zu führen. Das wurde allerdings um den Preis einer sehr reglementierten, entsagungsvollen und lustfeindlichen Lebensführung erreicht. Der Anspruch jedoch, mit dem eine solche Maßnahme angetreten war, nämlich Hyperaktivität kausal zu behandeln, konnte in keiner ernsthaften Studie bestätigt werden (vgl. MINDE 1985).

(2) Eine „kausale“, auf „verursachende“ Faktoren der sozialen Umwelt ausgerichtete Therapie, wie sie von Milieutheoretikern gefordert wird, steht im wesentlichen noch aus.

(3) Einzelne kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze haben bei kleineren Stichproben unruhiger Kinder zur Besserung vor allem im schulischen Verhalten geführt (vgl. z. B. EISERT u. EISERT 1987, EISERT 1988).

(4) Sonderpädagogische, ergotherapeutische und allgemein fördernde Maßnahmen sind verschiedentlich eingesetzt worden. Sie dürften insbesondere beim Aufbau sozial angemessener Verhaltensweisen und bei der Kompensierung des negativen Selbstbildes unruhiger Kinder hilfreich sein. Darüber hinaus werden sie zumeist am „Ort des Geschehens“, sprich in der Schule, eingesetzt. Dadurch dürften sie zum Abbau der hilflosen Feindseligkeit, mit der diesen Kindern begegnet wird, beitragen (vgl. z. B. FRANKE 1988, GRISSEMANN 1986, KLINGNER 1989).

(5) Nach MINDE (1985) sowie HENKER und WHALEN (1989) gibt es keine Hinweise für die Effektivität von psychotherapeutisch ausgerichteten Behandlungen.

(6) Die allgemein am erfolgreichsten bewertete und am häufigsten angewandte Therapie unruhiger Kinder ist eine auf symptomatische Linderung ausgerichtete psychopharmakologische Behandlung. Fast alle Sorten Psychopharmaka sind hierbei probiert worden. Die biochemisch weitgehend unbekannt wirkende medikamentöse Einstellung mit paradox wirkenden Psychostimulantia (z. B. Ritalin, Dexedrin) wird von vielen Ärzten als das Mittel der Wahl angesehen. Die Effekte dieser Drogenbehandlung sind auch am häufigsten untersucht worden. Dabei hat sich gezeigt, daß bei sog. „responders“ beachtenswerte Ergebnisse im Sinne der Verringerung sozial unerwünschter Verhaltensweisen erreicht wurden (was allerdings keineswegs einen spezifischen Effekt bei hyperaktiven Kindern darstellt, vgl. HENKER u. WHALEN, 1989). Diese Behandlung wirkt sich darüber hinaus auch bei Eltern und Lehrern günstig aus, zumal sie oftmals zur Korrektur ihres Umganges mit dem Kind führe. Die Auswirkungen medikamentöser Einstellung reichen, falls sie helfen, weit über die Grenzen der Biochemie. Sie trägt offenbar mit zur Änderung der Bedeutung bei, die dem störenden Verhalten zugemessen wird, und somit zu einer Änderung der Einstellungen zum Kind; sie wirkt sozusagen „interaktionell“. Von der alleinigen medikamen-

tösen Einstellung ist jedoch per se noch kein Aufbau prosozialen Verhaltens zu erwarten. Ihre Wirkung ist daher umso sinnvoller, wenn sie als Teil eines mehrdimensional angelegten Therapieansatzes angewandt wird (vgl. MINDE, 1985). Zudem hängt der Erfolg dieser Behandlung von intra- und interindividuellen Variablen ab, die hinsichtlich der Dosierung, Halbwertszeit usw. Schwierigkeiten bereiten. Zudem ist verschiedentlich vor bedenklichen Nebeneffekten und vor der Gefahr der Drogenabhängigkeit gewarnt worden.

(7) In der Praxis von Familientherapeuten und -beratern spielt meiner Erfahrung nach die Auseinandersetzung mit Familien von unruhigen Kindern eine wichtige Rolle. In meiner neunjährigen ambulanten Tätigkeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik einer Universitätsklinik dürften diese Familien mindestens 10% meines Klientels ausgemacht haben. Ähnliches wird von Beratungsstellen und schulpсихologischen Diensten berichtet. Effizienzstudien darüber liegen aber meines Wissens noch nicht vor. Kürzlich berichtete allerdings KILIAN (1989) von guten Ergebnissen bei familientherapeutischen Interventionen à la Mailand. Daraus folgert er, daß diese Familien bestimmte Konstellationen aufweisen, die es aussichtsreich erscheinen lassen, unter Betonung des Beziehungsaspekts neue Perspektiven für das Verständnis und die Behandlung der Hyperaktivität zu liefern. Diese Folgerung aber, die eine „familiogene“ Ätiologie nahelegt, knüpft jedoch meines Erachtens in bedenklicher Weise an jene Ansätze der Psychotherapieforschung an, die aus kasuistischen Interpretationen generalisieren. Sie muß den Beweis schuldig bleiben, ob die beobachteten Familienkonstellationen Ursache oder Folge der Hyperaktivität sind. Abgesehen jedoch von der Problematik dieser ätiologischen Erwägungen, gibt KILIANS Bericht Anlaß zur Hoffnung, daß die gezielte Einbeziehung der interaktionellen Dynamik um das Problem „kindliche Unruhe“ bei der Konzeptualisierung von Hilfestellungen überaus sinnvoll sein kann. Denn schließlich sollte eine Therapie daran gemessen werden, ob sie unter Berücksichtigung aller verfügbaren Möglichkeiten das einsetzt, was unter Wahrung ästhetischer und ethischer Gesichtspunkte den größten Nutzen verspricht (vgl. LUDWIG 1988 a). Und das dürfte in diesem Fall am ehesten dadurch zu gewährleisten sein, daß die hilfreichen Bemühungen an das interaktionelle Geflecht anschließen, welches „kindliche Unruhe“ als Problem definiert und darunter leidet, statt bloß zu „beruhigen“.

3 Zwei Beispiele aus kinderpsychiatrischer stationärer Praxis

Zur Illustration der im Anschluß vorzustellenden Gedanken zum hilfreichen Umgang mit „unruhigen“ Kindern und deren sozialen Umwelt seien hier zwei Fallbeispiele aus meiner Praxis auf einer kinderpsychiatrischen Station zusammenfassend rekonstruiert.

3.1 Fall 1

Beim Aufnahmegespräch berichtet die Mutter, daß der Junge sie regelrecht terrorisiere; er greife sie bis zu zweimal am Tag tätlich an. Er verweigere z. B. das Mittagessen, um dann, wenn alle schon gegessen haben, besonderes Essen zu verlangen. „Gehorche“ der Mutter nicht, trete er ihr in die Beine, beiße sie usw. Nach Abklingen seiner „black-outs“ wisse der Junge nichts mehr davon; er wirke verzweifelt und sei nachher wieder lieb. Die Mutter interpretiert dieses Verhalten als „Anfälle“, die auf eine vom Kinderarzt diagnostizierte „Phosphatallergie“ zurückgehen. Weinend zeigt sie ihre blauen Flecken und sagt, sie sei nun am Ende.

Der Vater, der beruflich oft mehrtätig unterwegs ist, gibt sich gelassen und selbstsicher: Wenn er zu Hause sei, passiere das alles nicht. Er ergänzt, daß die Schwierigkeiten vor drei Jahren angefangen haben, nämlich nach dem Eintritt in die Schule. Davor habe es nur „normale“ Erziehungsprobleme gegeben. Der damals aufgesuchte Kinderarzt habe das auffällige Verhalten als „Verhaltensstörung“ bagatellisiert. Eine später aufgesuchte Neuropädiaterin habe eine Wahrnehmungsstörung festgestellt. Drei Jahre später sei schließlich nach einem ungut verlaufenen, medikamentösen Versuch (Ritalin) eine Unregelmäßigkeit im Phosphatstoffwechsel festgestellt worden. Eine „phosphatarme“ Diät habe vorerst eine kurze Beruhigung erbracht, der aber nach wenigen Tagen ein erneutes Auftreten der „Anfälle“ gefolgt sei.

Schließlich sagt der Junge, er wolle „kein Theater mehr machen“ und verspricht, sich auf der Station zu bessern. Er merke schon, daß er, wenn er Phosphate gegessen habe, „wütend werde“; er schränkt aber zugleich ein, daß dies nur zu Hause, wenn der Vater nicht da sei, passiere.

Aus der Vorgeschichte erfahren wir keine nennenswerten Besonderheiten, insbesondere keine Hinweise auf eine frühkindliche Hirnschädigung. Weder aus dem Kindergarten noch aus der Vorschule seien Klagen gekommen. In der Schule gelte er als intelligenter Schüler, der jedoch durch seine Zappeligkeit den Unterricht störe.

Im Verlauf der stationären Behandlung über einen Zeitraum von acht Wochen lernten wir eine gänzlich resignierte Mutter kennen. Sie beschrieb sich als eine auf Anerkennung angewiesene Frau, die immer bemüht sei, eine gute Mutter zu sein. Mit ihren drei, sehr lebendigen Söhnen, die sie praktisch allein erziehen müsse, gelinge ihr das nicht. Darunter leide sie. Sie sei erpreßbar und kaum fähig, konsequent zu handeln. Zudem werde sie oft von ihrem Mann in Gegenwart der Kinder durch Anschreien, Auslachen usw. „entwertet“. Die Maßnahmen auf der Station beschränkten wir darauf, die „phosphatarme“ Diät, um eine „diagnostisch notwendige“ Beobachtung zu gewährleisten, nach und nach abzusetzen. Der Junge war ohnehin zumeist freundlich und kooperativ sowie bei aufkommender Unruhe zu jeder Zeit ohne Nachdruck verbal zu beruhigen.

Die wesentlichen Veränderungen zeigten sich im Verlauf von Beurlaubungen über das Wochenende nach Hause. Die Mutter probierte konsequent und klar zu handeln; der Vater hielt sich heraus; das störende Verhalten des Jungen reduzierte sich auf ein erträgliches Maß.

Nachträglich hörten wir vom Vater, daß die alten Probleme gänzlich aufgehört hätten; seine berufliche Situation habe sich verändert und er sei zu Hause geblieben. Ein Schulwechsel habe sich zudem beim Jungen günstig ausgewirkt. Einige Monate später rief die Mutter alarmiert an: Der Junge verhalte sich fast wieder wie damals; der Vater sitze seit einigen Wochen im Gefängnis.

3.2 Fall 2

Beim Aufnahmegespräch beschreibt die Mutter den Sechsjährigen als zappelig, ungehorsam und aggressiv. Bis zum 2. Geburtstag sei der aus dem Mittelmeerraum stammenden Mutter nichts aufgefallen; er sei lieb und gehorsam, wenssich immer temperamentvoll gewesen. Er sei anfangs im Kindergarten gut zurecht gekommen, bis er aus Altersgründen in eine andere Gruppe habe versetzt werden müssen. Eine Woche später habe das „Theater“ angefangen. Er habe begonnen, seine Mutter tätlich anzugreifen, sie einzuschließen usw., weil sie es zugelassen hätte, daß er in die neue Gruppe übergewechselt sei. Von da an haben sich die Schwierigkeiten gehäuft, bis er sich u. a. Einlaß in ein parkendes Auto verschafft und es angezündet habe. Auf Betreiben des Jugendamtes sei er in stationäre Therapie gekommen.

Der Vater ist um einige Jahre älter als seine jetzige, zweite Frau. Er berichtet, daß er nach vielen Jahre des Auslandsdienstes nun seit kurzem aus Krankheitsgründen im Lande bleiben müsse. Er sei unruhiger geworden und habe keine Geduld mehr.

Die Mutter behauptet, er sei ein „schlechter Vater“, der nur auf Prinzipien reite und keine Erfahrung mit Kindern habe. Der Vater kontert, daß seine Frau als Mutter unfähig sei, denn sie lasse zu viel durch. Seitdem der Vater wieder zu Hause sei, sei ein Machtkampf zwischen beiden Eltern um die „richtige“ Erziehung entfalt.

Aus dem Behandlungsverlauf: Die Mutter berichtet von Unzufriedenheit mit ihrer Ehe. Sie werde von ihrem Mann und ihrer Schwiegermutter nicht ernstgenommen und fühle sich von beiden in Gegenwart der Kinder gedemütigt. Sie habe mehrmals – auch vor den Kindern – gedroht, die Familie zu verlassen. Sie wäre schon längst ausgebrochen, müßte sie nicht den „Gesichtsverlust“ vor ihrer Herkunftsfamilie befürchten. Das mache sie ohnmächtig und handlungsunfähig.

Auf der Station verlangt der Junge viel Aufmerksamkeit. Er versucht mit allen Mitteln das Verhalten der Erwachsenen in seinem Sinne zu bestimmen. Besonders nachts dauert es Stunden, bis er zu Bett findet. Er scheint sich mit Trennungen und Veränderungen nicht abfinden zu können. Bei den Einzelterminen wechselt sein Verhalten zwischen zugewandtem Spielen und provokativ anmutenden Verhaltensweisen. Motorisch ist er sichtbar überaktiv. Je länger der stationäre Aufenthalt dauert, desto unruhiger, zappelig und destruktiver wird das Verhalten des Jungen. Er setzt der Mutter arg zu, ihn wieder nach Hause mitzunehmen, bis sie schließlich nachgibt. Der Junge geht nach drei Wochen, wie er kam: ohne Veränderung. In der Zwischenzeit sollen jedoch die Eltern vereinbart haben, daß es keine Schläge mehr auf Kind und Frau geben wird, anderenfalls würde die Mutter endgültig gehen. Der Junge habe sich artig zu verhalten, sonst gehe er ins Heim.

Bei der Beschreibung beider Familien springen folgende Gemeinsamkeiten ins Auge: Die Mütter sind mit ihren Aufgaben überfordert, ihre emotionalen Reserven sind erschöpft, die Väter entziehen sich der partnerschaftlichen Solidarität und geben ihren Frauen keine sinnvolle Unterstützung, die Kinder agieren impulsiv und, wie es scheint, ohne Selbstkontrolle. Fern von der Absicht, daraus eine „familiogene“ Erklärung abzuleiten, stellt sich mir vielmehr die Frage, ob diese Kinder ein derart unstrukturiertes und destruktives Verhalten entwickelt hätten, wären sie in einer emotional weniger belasteten Situation aufgewachsen, und hätten sie sowohl mehr emotionalen Halt erhalten als auch undurchlässi-

gere Grenzen gesetzt bekommen. Aus dieser Perspektive betrachtet, erweist sich die Frage, was hier Henne und Ei ist, als irrelevant. Vielmehr scheint es zu einer unseligen Koppelung gekommen zu sein zwischen einer bestimmten Verhaltensdisposition auf Seiten des Kindes und den situationellen Möglichkeiten ihrer familiären Umgebung. Dem überschießenden Antrieb der Kinder wurde in beiden Fällen freien Lauf gewährt, zumal beide Eltern sich gegenseitig bekämpften, statt sich auszuhelfen. Das Verhalten beider Kinder schien Bestandteil familiären Umgangs geworden zu sein, es schien genau in die Lücke zu passen, die die Bezugspersonen nicht imstande waren zu schließen. Die alternative hypothetische Frage nämlich, ob diese Kinder, wären sie konstitutionell ruhigere Kinder gewesen, die gleiche Grenzenlosigkeit angesichts gleicher familiärer Bedingungen entwickelt hätten, kann zwar nicht verneint werden, sie scheint mir jedoch unwahrscheinlich. Wenn überhaupt, hätten diese Kinder andere Auffälligkeiten entwickelt, nämlich solche, die zu ihren Möglichkeiten gepaßt hätten.

Bei unseren Behandlungsbemühungen verfolgten wir in beiden Fällen die üblichen Ziele eines systemischen Verständnisses stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. ROTHHAUS 1990). Zunächst ging es uns darum, den Familien durch die stationäre Aufnahme der Kinder Entlastung und eine Ruhepause zu verschaffen. In dieser Zeit hatten sie, vom täglichen Ringen des actio-reactio befreit, die Möglichkeit, ihre bisherigen Handlungsstrategien zu überdenken und mithin ihre Bereitschaft zu steigern, Neues auszuprobieren. Wir hatten die Möglichkeit, in Familiengesprächen die vorhandenen Ressourcen der Familien zu aktivieren und die Familie bei ihrer Suche nach Lösungen zu begleiten. Im ersten Fall war es möglich, den Vater zur Mitarbeit zu gewinnen, zumindest insoweit, daß er seiner Frau erzieherisch nicht mehr in den Rücken fiel. Im zweiten Fall waren wir allein auf die Möglichkeiten der Mutter angewiesen – zumal wir beim Vater wenig Kooperationsbereitschaft erkennen konnten. In beiden Fällen beschränkten wir unsere Arbeit mit den Kindern auf die Gestaltung einer für sie angenehmen Ruhepause. Im ersten Fall schien das zu gelingen, im zweiten hingegen weniger. Das zweite Kind war altersgemäß um einiges enger mit seiner Mutter verbunden; eine längere Trennung schien für es weitaus bedrohlicher zu sein als für das Kind des ersteren Falles.

4 Ansätze für den hilfreichen Umgang mit unruhigen Kindern, ihren Familien und anderen relevanten Bezugspersonen

Für die Zwecke des vorliegenden Aufsatzes, Gedanken aus systemischer Sicht für den hilfreichen Umgang mit unruhigen Kindern darzulegen, wird unhinterfragt davon ausgegangen, daß es Kinder gibt, die ungeachtet der dazu führenden, vermutlich vielfältigen Ursachen, unruhiger als andere sind und die dazu neigen, durch ihre Unruhe in äußerst komplizierte soziale Situationen zu geraten. Ferner wird hier davon ausgegangen, daß unru-

hige Kinder ihr unruhiges Verhalten grundsätzlich weder gewählt noch erwünscht haben, sondern aus der interaktionellen Koppelung ihrer konstitutionellen Bedingungen mit den Möglichkeiten ihrer Umgebung heraus entwickelt haben. Es wird also davon ausgegangen, daß das Problem unruhiger Kinder ein grundsätzlich interaktionelles ist, welches in den meisten Fällen Personen einbezieht, die der außerfamiliären Welt des Kindes angehören. Dies wird durch die Beobachtung bestätigt, daß kindliche Ruhelosigkeit eher selten im familiären Milieu als solches erkannt wird, dafür aber umso häufiger nach dem Eintritt des Kindes in die außerfamiliäre Welt der Erwachsenen. „Kindliche Unruhe“ wird, wie man immer wieder aus den Berichten von Eltern hört, häufig zu dem Zeitpunkt zum Problem, in dem das Kind die Grenzen des häuslichen Milieus übertritt. Dabei muß das Kind in Kontakt mit Erwachsenen treten, die es primär nicht lieben und daher nicht so großzügig über ihre Unruhe hinwegsehen, wie es die Eltern eher tun, die das Kind lieben oder zumindest an sein Verhalten gewöhnt sind. Die auf sozialer Einordnung und Disziplin aufbauenden Kultureinrichtungen wie Kindergarten, Schule, Vereine usw. stellen an das Kind Erwartungen, die es nicht oder nur mit großer Mühe erfüllen kann. In den meisten Fällen wird spätestens da deutlich, was HENKER und WHALEN (1989) zusammenfassend als das Kennzeichnende kindlicher Hyperaktivität beschreiben: „trouble“.

Ein komplizierter Kreislauf nimmt seinen Ausgang, der zum einen verstärkt wird von den zumeist hilflosen und fassungslosen Erwachsenen durch Attribution auf Unerzogenheit, Böswilligkeit, Widerspenstigkeit usw. und/oder „Krankheit“ und zum anderen von den betroffenen Kindern durch Steigerung ihres negativ bewerteten interaktionellen Verhaltens. Dieser Kreislauf führt allzu häufig bei Erwachsenen und Gleichaltrigen gleichermaßen zur Verurteilung der unruhigen Kinder. Dies vor allem dann, wenn das unruhige Verhalten auch in Schulen, Kindergärten usw. die dort vorhandenen „Lücken“ schließt, also „paßt“. Das Verhalten des unruhigen Kindes wird sozusagen zum Dietrich, zur Pauschalerklärung für alle interaktionellen Schwierigkeiten im Verband. Die Rolle des „Sündenbocks“ erhält ihren allzu passenden Rollenträger. Darin manifestiert sich der „trouble“, in dem diese Kinder stecken: Sie werden pathologisiert, gehänselt, gemieden und nicht selten ganz und gar nachhaltig abgelehnt. Die so behandelten Kinder reagieren – zumindest zu Beginn dieses Kreislaufs – meistens ebenso hilflos und fassungslos wie die sie ablehnenden Erwachsenen und Gleichaltrigen, denn sie haben sich nie anders erlebt, und können daher – bis sie in die Mühle des Vergleichenswerdens geraten – kein „Störungsbewußtsein“ haben.

Das Verhalten dieser ohnehin frustrationsintoleranten und so streßanfälligen Kinder wird im Zuge beidseitiger Mißverständnisse immer unruhiger, unkontrollierter und zielloser, der Weg zum destruktiven, aggressiven Verhalten immer kürzer. Der Kreislauf von Unruhe und Ablehnung dreht sich, ähnlich einem aus der Kontrolle geratenen Reigen, immer schneller und für alle Beteiligten frustrierender.

Statt zum Ausgang, führt er dazu, daß die Möglichkeiten dieser Kinder, sich unbehindert zu entwickeln und allmählich eine ihnen gemäße soziale Anpassung zu erlernen, eingeschränkt werden. MINDE (1985) berichtet in diesem Zusammenhang von Untersuchungen, die zeigen, daß der Intelligenzquotient unruhiger Kinder, der sich beim Schulbeginn nicht von dem anderer Kinder unterscheidet, schon in der 6. Klasse beträchtlich niedriger ausfällt. Die sozusagen sekundäre Folge dieses interaktionell verstärkten Reigens ist ein zunehmend negativ gefärbtes Selbstbild beim Kind und damit verbunden die Erwartung, es niemandem recht machen zu können.

In dieser komplizierten, in aller Regel weder für das Kind noch für die Eltern einschätzbaren Dynamik von sozialer Ablehnung und konsequenter Frustration beim Kind dürften die Bedingungen zu finden sein, die dann zum Nährboden für Lernschwierigkeiten, Dissozialität usw. werden. Kind und Umgebung können sich die Handlungen und Haltungen des jeweils anderen nicht anders erklären als durch Rückgriff auf negativ getönte Attributionen: Du bist böse! – Ihr liebt mich nicht! Es verwundert fast festzustellen, wie freundlich, zugewandt und unverbittert sie sich zeigen können – wenn ihnen dazu Gelegenheit gegeben wird. In Anspielung auf den Titel, den PAUL DELL (1981) für seinen Aufsatz zur Schizophrenie wählte: „Eine Übung in epistemologischer Konfusion“, kann hier bezüglich der Hyperaktivität ebenfalls von einer Übung in epistemischer Konfusion gesprochen werden. Nach HENKER u. WHALEN (1989) sei es jedoch belegt, daß jene unruhigen Kinder, die sich des Glücks erfreuen, stabile, unterstützende, fördernde und sie vor der Außenwelt adäquat vertretende und beschützende Eltern zu haben, die negativen Folgen ihres So-Seins zumindest teilweise kompensieren und so in Grenzen halten können. Die anderen jedoch, deren Eltern aus ihrer Verunsicherung heraus sich an die negativen Bewertungen der Außenwelt anschließen, werden wohl nicht selten zum Klientel kinderpsychiatrischer und verwandter Einrichtungen.

Die bisherigen Erörterungen legen es nahe, das Problem unruhiger Kinder als ein grundsätzlich interaktionelles Geschehen zu betrachten, als das Thema eines „Problemsystems“ (vgl. LUDEWIG 1988b). So gesehen, bietet sich als Hilfestellung eine Vorgehensweise an, die je nach Art des von den Mitgliedern des Problemsystems mit dem Helfer gemeinsam erarbeiteten „Auftrags“ im Sinne von Therapie, Beratung, Begleitung und/oder Erziehung durchgeführt werden kann. Ohne auf technische Details einzugehen oder meine anderenorts dargelegten Auffassungen zur Grundhaltung des Helfers zu wiederholen (vgl. LUDEWIG 1987b), beschränke ich mich hier darauf, die mir zentral erscheinenden Aspekte dieses Vorgehens in Form von Empfehlungen für den Helfer zusammenzufassen. Ihr Wert wird sich daran zu erweisen haben, ob sie es den Helfern von Problemsystemen um unruhige Kinder ermöglichen, das Hilfs- und Lösungspotential bei den Angehörigen und anderen Betei-

lichten auf nützliche, ästhetische und respektvolle Weise zu aktivieren.

(1) Familien, die sagen ihr Kind sei unruhig und es gelte daran etwas zu ändern, haben immer Recht. Gleiches gilt für die Klagen von Lehrern, Erziehern und anderen Betreuern. Eine dem entgegengesetzte Infragestellung, zum Beispiel über den Rückgriff auf Theorien, die Hyperaktivität als Mythos entlarven, oder über die Erklärung, es handele sich um ein interaktionelles Problem, also hier um ein familiäres, setzt den oben genannten Reigen epistemischer Konfusion fort und führt zu fruchtlosen Diskussionen und beidseitigen Entwertungen. „Doctor knows best“ ist hier fehl am Platze. Das heißt aber nicht, daß auf anamnestiche Erhebung, einschließlich der frühkindlichen und der Familienanamnese oder auf eine neuropädiatrische diagnostische Absicherung verzichtet werden sollte. Im Gegenteil, dies wird von den Familien oft als Zeichen entlastender Fürsorge, Erfahrung und Akzeptanz bewertet. Darüber hinaus ist der Ausschluß eines akuten Vorgangs im Nervensystem eine Erleichterung für den Helfer. Er kann sich alsdann, befreit von eigenen Zweifeln, an seine eigentliche Arbeit machen.

(2) Die „fein“-diagnostische Unterscheidung, ob das Kind „tatsächlich“ hyperkinetisch, gar hirngeschädigt oder bloß böse und aggressiv sei, ist ein mühsames und fruchtloses Unternehmen. Diese kindbezogene Diagnostik erfordert viel Zeit und überstrapaziert über Gebühr die Geduld der Geplagten. Damit kann zudem unwillkürlich Tür und Tor für ein Verwirrspiel geöffnet werden, worunter am Ende alle Beteiligten, einschließlich des Helfers, zu leiden haben werden. Darüber hinaus weist die dabei gewonnene, ohnehin zweifelhafte Gewißheit auf keine differentielle Vorgehensweise hin.

(3) Die weitaus relevantere „Diagnostik“, die im weitesten Sinne einer „Förderdiagnostik“ entspricht, nämlich die Suche nach Ressourcen und Möglichkeiten für den lösungsorientierten Umgang mit dem Problemsystem (vgl. BODAMMER, LAUBER 1990), ist jedoch vornehmliche Aufgabe des Helfers. Die therapeutische (beraterische usw.) Tätigkeit des Helfers wird ohnehin in den meisten Fällen an der Schnittstelle verschiedener sozialer Systeme ansetzen müssen. Daher ist eine lohnende Bemühung, die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit aller Beteiligten (darunter Leidenden oder darüber Klagenden) zu erkunden. Je nachdem nämlich, ob die Klagen aus Familie, Schule, Kindergarten, Nachbarschaft usw. kommen, kann es aussichtsreich sein, die außerfamiliären Instanzen direkt einzubeziehen (über Telefon, Termine, Briefe usw.). Es kann aber im Sinne des geringsten Aufwands ausreichen, die Familie mit Blick auf ihren Umweg mit der Außenwelt zu beraten, ihr Verständnis für die ausweglose Lage des Kindes zu wecken und somit ihnen zu helfen, „Botschafter“ des Kindes zu sein und für Wohlwollen zu sorgen. Im Verlauf der Hilfsmaßnahmen kann sich zeigen, daß eine kleine Veränderung in den kognitiven Einstellungen eines bedeutsamen Beteiligten ausreichen kann, um die Gesamtsituation zu entspannen und folglich beim Kind zu einer im Vergleich zum Ausgangs-

niveau vernehmbaren Beruhigung zu führen. Dies kann sein:

- Die Akzeptanz seitens der Eltern und/oder Lehrer usw., daß das Kind weder bössartig noch primär aufsässig ist, sondern „nicht anders kann“;
- die Anerkennung seitens der Eltern und/oder Lehrer usw., daß sie alle „im selben Boot sitzen“ und sich daher nicht gegenseitig anzufeinden brauchen;
- die Veränderung in der Haltung des einen Elternteils, der bislang das Problem auf das erzieherische Verhalten des anderen Elternteils zurückgeführt hat, zu einer der Kooperation und Unterstützung;
- die Einigung unter den Eltern, das Problem gemeinsam zu lösen, statt um die „bessere Erziehung“ zu kämpfen;
- die Einsicht beim Kind, daß es die Folgen seines Verhaltens durchaus mit sonst gezeigter Sympathie für die Erwachsenen ausgleichen kann;
- die Bereitschaft eines oder mehrerer der Beteiligten, die Schwierigkeiten des jeweils anderen empathisch mitzutragen usw.

Alle diese „kleinen“ Veränderungen können zu großer Verringerung der Hilflosigkeit und des Leidens führen und so die Chancen des Kindes erweitern, ein verändertes, förderlicheres Milieu vorzufinden, in dem es sich, ohne seine Kraft im Kampf gegen die Erwachsenen zu verbrauchen, weiter entwickeln kann.

(4) Der Verzicht auf „medizinisierende“ Pathologisierungen, die das Kind zum Einzeldarsteller eines unaufhörlichen Dramas machen, sowie die Einbeziehung der weiteren Beteiligten kann darüber hinaus zur Folge haben, daß parallel eingeleitete Fördermaßnahmen beim Kind (Ergotherapie, Förderunterricht, Aufmerksamkeits-training und gar Sonderbeschulung) in einen Kontext eingebettet werden, der anders als bloße Beruhigung und/oder Aussonderung wahrgenommen wird. Das dürfte die Motivation des Kindes zu lernen, sich in Selbstkontrolle zu üben, entscheidend erhöhen. Dies gilt auch für den Einsatz begleitender Medikation und stationärer Behandlung. Sie werden eher als das wahrgenommen, was sie sein sollen, nämlich Unterstützung und nicht Bestrafung oder Abschiebung. Ein unruhiges Kind ist schließlich kein Auto, bei dem die Drosselung des Motors automatisch zum besseren Fahren führt.

(5) Vor den noch so verlockenden Erklärungen psychologischer, psychiatrischer, neuropädiatrischer, „ökologischer“, sonderpädagogischer oder gar familientherapeutischer Provenienz sollte dringend gewarnt werden. Keine von ihnen dürfte je in der Lage sein, mehr als eine der vielen Facetten zu erklären, aus denen sich das Mosaik der kindlichen Unruhe zusammensetzt. „Kindliche Unruhe“ als Sammelbezeichnung für ein komplexes interaktionelles und zudem heterogenes Phänomen kann nicht angemessen gehandhabt werden durch einseitige Variation psychischer, somatischer, umweltlicher, familiärer, schulischer und/oder Ernährungsbedingungen. Spätestens seit BATESON (1980) wissen wir, daß in einem komplexen, selbstregulierenden System das Maximieren der einen Variable auf Kosten der anderen über kurz

oder lang zu schwerwiegenden Systemveränderungen führen kann. Solche Eingriffe beinhalten „... im weitesten Sinne eine Art des Lernens. Akklimatisierung und Abhängigkeit sind spezielle Fälle dieses Prozesses. Mit der Zeit wird das System abhängig von der dauernden Anwesenheit dieses ursprünglichen äußeren Einflusses“ (S. 568). Es verwundert also nicht, wenn einseitig behandelte (beruhigte) unruhige Kinder später als Erwachsene durch Unausgeglichenheit und soziale Ungeschicklichkeit auffallen.

(6) Helfer, die selbst die Ziele ihrer Bemühungen definieren, laufen Gefahr, Opfer ihrer eigenen Ziele zu werden. Sie verletzen mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur die Autonomie ihrer Auftraggeber bzw. Kunden² und bezahlen dies mit sog. Widerstand, sondern sie erreichen darüber hinaus mit noch größerer Wahrscheinlichkeit das von ihnen definierte Ziel nicht. Keiner kann je im voraus einschätzen, zu welchen Veränderungen unruhige Kinder, ihre Eltern, ihre Lehrer usw. bereit und fähig sind. Vielmehr empfiehlt es sich, sich von den Veränderungen beeindrucken zu lassen, zu denen diese Menschen trotz aller widrigen Erwartungen fähig sind.

(7) Sollte jedoch keine dieser empfohlenen Maßnahmen Veränderungen anstoßen, die zufriedenstellen, wäre zu prüfen, ob die Betroffenen aufgrund wie auch immer begründeter, übertriebener Erwartungen behindert sind, erreichbare Ziele zu formulieren und deren Erreichen zu akzeptieren und honorieren. Denn unruhige Kinder bleiben, selbst bei Verbesserung ihrer Soziabilität nach allem was über sie bekannt ist, unruhig, impulsiv und leicht ablenkbar. Helfer sollten dementsprechend vom allzu frustrierten Ziel absehen, unruhige Kinder an eine für sie ungünstige Norm anzupassen; sie sollten vielmehr ihre Bemühungen darauf verwenden, ihnen ein Umfeld mit zu gestalten, in dem sie, so wie sie sind, ein Optimum an Entfaltung und Zufriedenheit erlangen können.

5 Ein ermutigendes Beispiel zum Abschluß

Fall 3: Beide Eltern begleiten den 14jährigen zu einem ambulanten Vorstellungstermin. Sie kommen auf Anraten eines Psychologen, der den Jungen bei einem Kuraufenthalt betreute und dabei ein Hyperaktivitätssyndrom feststellte. Die feundliche Mutter fällt durch stockendes, hastiges Reden und motorische Unruhe auf. Der Vater sitzt als Ruhepol zwischen Mutter und Sohn. Sie berichten, daß der Junge seit jeher ungeschickt, leicht ablenkbar, jedoch freundlich und hilfsbereit sei. Er habe auch eine Legasthenie. In der Schule sei er zwar durch Unruhe aufgefallen, die Lehrer haben ihn aber gut mittragen können. Das Gespräch dreht sich im wesentlichen darum, daß die Eltern, zumal vom Psychologen gewarnt, nichts unversucht lassen wollen. Nach und nach erfahren wir, daß die Mutter während ihrer ganzen Kindheit unter ihrer übermäßigen Unruhe gelitten habe. Sie

sei auch einer psychoanalytisch ausgerichteten Therapie unterzogen worden, an die sie sich nur mit Schrecken erinnern könne. Sie vergewissert sich auch ganz genau, daß wir keine „solchen“ Therapeuten sind. Der Vater sei andererseits immer besonders ruhig gewesen, er habe jedoch unter einer nicht anerkannten Legasthenie leiden müssen.

Kind und Eltern wirken wie eine harmonische, jedoch nicht „harmonisierende“ Einheit. Eigentlich sehen sie keinen Grund für eine Behandlung. Die Eltern fühlen sich durchaus imstande, ihrem Sohn bei der Bewältigung seines Lebens Schutz, Unterstützung und gefühlsmäßige Geborgenheit zu geben, bei Gelegenheit ihn auch zu bremsen und abzufordern. Im Verlauf dieser einzigen Sitzung kommen wir gemeinsam zu dem Schluß, daß jede weitere Diagnostik und/oder Behandlung nicht nur zu keiner Besserung des ohnehin nicht problematisierten Verhaltens des Jungen führen wird, sondern darüber hinaus die Gefahr in sich birgt, einer Pathologisierung Vorschub zu leisten. Schließlich habe er in seinen Eltern die besten, aus eigener Erfahrung gewordenen Experten zur Hand, die ihm die Wege zeigen können, damit er sowohl seine Unruhe als auch seine Legasthenie kompensieren kann.

Summary

Restless Children. A Exercise in Epistemic Confusion

Drawing on systemic thinking (i.e. constructivist systems theory) the paper reviews grossly the assumptions underlying childhood's restlessness ("hyperactivity") both as a distinct nosological entity and as foundation for different treatments. The phenomenon is considered, in accordance with contemporary ideas, as an interactional one. Two case examples serve as a starting point for gathering basic elements which, if put together, allow to understand this phenomenon without falling into the extremes of a mainly medical or a socionormative approach. This permits to make use of the systemic view in a manner that enables the therapist to adopt an attitude of respectful acceptance and understanding towards his/her small clients and their relatives.

Literatur

- BATESON, G. (1980): Auswirkung bewußter Zwecksetzung auf die menschliche Anpassung. In: BATESON, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp, S. 566–575. – BODAMMER, R./R. LAUBER (1990): Welche Fragestellungen werden an ein sozialpädiatrisches Zentrum herangetragen und wie sieht dieses Zentrum seine Aufgaben selbst? 39. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 25.–27. Mai 1990 in Bremen. Landshut: Bosch-Druck 1990. – DELL, P.F. (1981): Untersuchung der Familientheorien zur Schizophrenie: Eine Übung in epistemologischer Konfusion. Familiendynamik 6: 310–332. – EISERT, M./H.G. EISERT (1985): Auf dem schwierigen Weg zu einem klinisch validen Behandlungsprogramm für hyperaktive Kinder. In: SPECK, O./F. PETERANDER/P. INNERHOFER (Hrsg.): Kindertherapie. München: Reinhardt, S. 277–282. – EISERT, H.G. (1988): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. In: FRANKE, U. (Hrsg.), S. 71–82. – FRANKE, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer. – GOLD-

² Die Bezeichnung „Kunde“, die aus den althochdeutschen „kund“ (gewußt, bekannt) bzw. „kundo“ (Bekannter, Einheimischer) stammt, erscheint mir hier, aber auch im allgemeinen im klinisch-psychologischen Bereich geeigneter als etwa „Patient“ (Duldender) oder „Klient“ (Schutzbefohlener).

- BECK, L./D. GÖBEL (1990): Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39: 87–93. – GRISSEMAN, H. (1980): Hyperaktive Kinder. Bern: Huber. – HENKER, B./C. K. WHALEN (1989): Hyperactivity and attention deficits. *Amer. Psychologist* 44: 216–223. – KILIAN, H. (1989): Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38: 90–96. – KLINGNER, B. (1989): Aus der Arbeit der Klinikschule – Am Beispiel des Unterrichts bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom. In: DU BOIS R. (Hrsg.): Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber. – LUDEWIG, K. (1987a): Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: SCHIEPEK, G. (Hrsg.): Systeme erkennen Systeme. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union S. 155–173. – LUDEWIG, K. (1987b): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich Z. systemische Therapie 5: 178–191. – LUDEWIG, K. (1988a): Nutzen, Schönheit, Respekt – Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103–114. – LUDEWIG, K. (1985b): Problem – „Bindeglied“ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: REITER, L./E. J. BRUNNER, S. REITER-THEIL (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin: Springer, S. 231–249. – LUDEWIG, K. (1989): „Realität“, Realitäten – „Normale“, Verrückte. Reflexionen zur Realität von Zuordnungskategorien am Beispiel der Schizophrenie. In: ROTT-HAUS, W. (Hrsg.): Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Dortmund: modernes lernen S. 16–41. – LUDEWIG, K. Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. In: BRANDAU, H. (Hrsg.): Supervision aus systemischer Sicht. Salzburg: Otto Müller, im Druck. – MINDE, K. (1985): Hyperaktives Syndrom (hyperkinetisches, hypermotorisches Syndrom). In: REMSCHMIDT, H./M. H. SCHMIDT (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. III. Stuttgart: Thieme, S. 1–18. – NEUHÄUSER, G. (1983): Minimale cerebrale Dysfunktion. Kritische Betrachtung eines medizinischen Konzepts. In: Voss, R. (Hrsg.), S. 73–92. – PRENDERGAST, M./E. TAYLOR/J. L. RAPOPORT/J. BARTKO/M. DONNELLY/A. ZAMETKIN/M. B. AHEARN/G. DUNN/H. M. WIESELBERG (1988): The diagnosis of childhood hyperactivity. A US-UK cross-national study of DSM-III and ICD-9. *J. Child Psychol. Psychiat.* 29: 289–300. – PRIOR, M./A. SANSON (1986): Attention deficit disorder with hyperactivity: A critique. *J. Child Psychol. Psychiat.* 27: 307–319. – ROTT-HAUS, W. (1980): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: modernes lernen. – RUTTER, M./O. CHADWICK/R. SCHACHAR (1983): Hyperactivity and minimal brain dysfunction: Epidemiological perspectives on questions of cause and classification. In: Tarter, R. E. (ed.): The Child at Psychiatric Risk. New York; Oxford Univ. Press, S. 80–107. – STEINHAUSEN, H. C. (1982): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind – eine klinische Einführung. In: STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–25. – TAYLOR, S. (1989): Some comments on Prior and Sanson's „Attention deficit disorders with hyperactivity: A critique“. *J. Child Psychol. Psychiat.* 29: 217–221. – Voss, R. (1983): Pillen für den Klassenfrieden. In: Voss, R. (Hrsg.), S. 11–52. – Voss, R. (Hrsg.) (1983): Pillen für den Störenfried? München u. Basel: Reinhardt u. Henneck.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Kurt Ludwig, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20 oder Institut für systemische Studien, Sophienallee 24, 2000 Hamburg 20.