

*Zur Diskussion gestellt:*

## **Zur Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung am Beispiel des ADHS**

*Hans Kowark*

### **Zusammenfassung**

Es wird das „Aufmerksamkeits-Defizit-und-Hyperaktivitäts-Syndrom“ (ADHS) in einen Zusammenhang von sensomotorischer Beeinträchtigung gestellt und von da ausgehend eine spezifische Psychodynamik der psychosozialen Folgen in unterschiedlichen Lebenssituationen dargestellt und diskutiert. Vor einer Vernachlässigung der umfassenderen, körperlichen, sensomotorischen Problematik bei Durchführung einer Psychotherapie wird gewarnt.

### **1. Einleitung: Die Morgenthaler-Anekdote**

Der schweizer Psychoanalytiker Morgenthaler war als junger Arzt in einer neurologischen Klinik angestellt und machte seinerzeit dort als einziger - und zwar gegen den Willen des Chefs - eine psychoanalytische Ausbildung. Um ihm den Unsinn der Psychoanalyse vorzuführen, ließ ihn sein Chef bei einem geistig behinderten Patienten eine Psychoanalyse durchführen.

Morgenthaler berichtet in einer autobiografischen Notiz, daß dieser Patient über ein Jahr

lang regelmäßig die Sitzungen bei ihm besuchte und konsequent schwieg. Dann fing er irgendwann einmal plötzlich an zu weinen und teilte ihm mit, dass er glaube, dass er behindert sei. Das war das Wesentliche, was in dieser Behandlung passierte.

Diese etwas skurrile Anekdote könnte man unter verschiedenen Aspekten diskutieren. Einen Teil davon werde ich im Folgenden aufgreifen.

## **2. Zur nosologischen Einordnung des ADHS**

Es soll hier um die Psycho-Dynamik von Behinderung gehen, und zwar am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit- und -Hyperaktivitäts-Syndroms ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Die Kenntnis des ADHS kann vorausgesetzt werden und wird hier nicht weiter ausgeführt. Die Frage ist dann, was ein ADHS mit Behinderung zu tun haben könnte, und auch der Begriff der "Behinderung" könnte hinterfragt werden. In welcher Art man das hinterfragt, hängt davon ab, wie man sich entscheiden will, das ADHS nosologisch einzuordnen:

- Die Verhaltenstherapie und die Pharma-Industrie isolieren die Symptome ADH als eigene Krankheitseinheit ADHS, betrachten es als isoliert bestehende, somatisch begründete Störung und konzipieren höchstens disparate, sogenannte komorbide Störungen, die aber nicht miteinander in Beziehung gesetzt werden: So, wie es auch im ICD-10 konzipiert ist (kritisch dazu s. Blech 2004).
- Psychoanalytiker stecken das Symptom in der Regel in einen rein psychogenen Deutungszusammenhang, entweder ohne einen somatischen Kontext zu würdigen oder indem sie diesen als rein psychogen deklarieren (Einzige mir bekannte Ausnahme ist die Vorsitzende des Instituts f. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie in Heidelberg, Frau Dr. Eva Rass, s. Rass 2002 und 2004).

Aus meiner empirischen Praxis mit 4500 Patienten in 10 Jahren, davon 70% ADHS-Fälle, hat sich eine etwas andere Herangehens- und Betrachtungsweise als sinnvoll erwiesen:

In 80 - 90 % der Fälle hat sich gezeigt, dass das ADHS Bestandteil einer übergreifenden hirnganischen Symptomatik und meist im Zusammenhang mit einer sensomotorischen Entwicklungsverzögerung zu sehen ist.

Das ist nichts Neues, nur die Namen, die Bezeichnungen und die Begrifflichkeiten sind je nach Bedarf der damit befassten Interessengruppen in den letzten 30 Jahren immer wieder verändert worden (vgl. MCD etc.). Die inhaltlichen Fragen sind über die Jahre dieselben geblieben.

Ich halte es für sinnvoll, an den psychiatrischen Begriff des Hirnganischen Psychosyndroms (HoPS) anzuknüpfen, der neuropsychologisch definiert ist und m. M. nach am besten in der Beschreibung von Ruf-Bächtiger, einer emeritierten Baseler Neuropädiaterin, unter der Bezeichnung "Psycho-Organisches-Syndrom

(POS)" dargestellt wurde (Ruf-Bächtiger 1991 sowie ergänzend Goldenberg 2002).

In der Praxis zeigt sich, wie schon gesagt, dass ca. 80-90% aller Kinder, die wegen eines ADHS zur Behandlung kommen, eine sensomotorische Störung als Ausdruck eines HoPS zeigen, die sich u. a. darin manifestieren kann, dass die Betroffenen kein Gleichgewicht halten, die Finger nicht gezielt bewegen können, die Koordination der Extremitäten nicht hinbekommen. Sie können ihre Kräfte nicht dosieren, das Gedächtnis funktioniert nicht zuverlässig, die optische und akustische Wahrnehmung ist gestört bzw. verändert, das Tast- und Schmerzempfinden sowie die Körpereigenwahrnehmung (Propriorezeption) funktionieren nicht und vieles andere mehr (s. a. op. cit.).

Diese Funktionen lassen sich gut und einfach mit dem Untersuchungsschema nach Ruf-Bächtiger überprüfen (Ruf-Bächtiger et al. 1998). Das ADH kann zwanglos als integraler Bestandteil der hirnganischen Störung gesehen werden und nicht als disparates Syndrom.

Zur Genese dieser Störungen gibt es oftmals Hinweise auf eine Frühgeburt oder auf eine Sauerstoffmangelgeburt (meist Nabelschnurumschlingung), einen in Teilen oder insgesamt komplizierten Geburtsverlauf oder auf exogene Schädigungen während der Schwangerschaft; ggf. auch genetische Hinweise insofern, als man eine familiäre Häufung als solche verstehen wollte.

Die daraus folgenden sensomotorischen Probleme lassen sich anamnestic bei genauer Befragung der Eltern meist bis in das Säuglingsalter zurückverfolgen und sie zeigen einen typischen, wenn auch vielfältigen Verlauf sowohl in den körperlichen Problemen als auch in den daraus folgenden zwischenmenschlichen (familiären und anderen sozialen) und intrapsychischen Reaktionen, um die es im Weiteren hier gehen soll:

Meine Ausführungen sollen sich dementsprechend hier auf die hirnganisch begründete Form des ADHS beschränken.

### 3. Umstände der spezifischen Psychodynamik

Je nach dem, in welchem Ausmaß die einzelnen sensomotorischen bzw. neuropsychologischen Funktionen und die sonstige somatische Ausstattung sowie die Intelligenz eines Kindes betroffen sind (die

sich übrigens durchaus getrennt von der Sensomotorik entwickeln kann), d.h. wie das Selbst- und Fremdhilfepotential des Kindes beschaffen ist - auch in Abhängigkeit davon, in welchem Ausmaß das primäre sensomotorische Problem verdeckt und verborgen wurde und somit unbehandelt blieb oder insuffizient bzw. fehlbehandelt wurde - und in welchem sozialen Kontext dieses Kind sich zu welchem Zeitpunkt seines Lebens befindet, kommt es zu äußerst unterschiedlichen Weiterentwicklungen und diversen psychischen und sozialen Sekundär- und Tertiärphänomenen.

Die primär hirnganischen bzw. sensomotorischen Symptome werden in vielfältiger Hinsicht vom Patienten selber verfremdet, abgewandelt und kompensiert, dann von der Umwelt (Eltern, Familienangehörige, Schule, Ärzte, Psychotherapeuten, usf.) je nach Eigeninteresse interpretiert, funktionalisiert und traktiert und unterliegen dann schließlich einer eigenständigen Dynamik bis dahin, dass später kaum noch Verweise auf das primäre somatische Geschehen zu erkennen sind, also bis das primäre Geschehen dann schon selber sekundär oder tertiär erscheint und auch in der sozialen Wahrnehmung verdrängt und völlig verdeckt wird.

Zu diesen primären sensomotorischen Problemen können in unterschiedlichem Maße alle anderen Einflüsse, Konflikte, Krankheiten etc. hinzukommen, mit denen auch jedes gesunde Kind im Laufe seines Lebens konfrontiert sein kann, z.B. Trennung der Eltern, alleinerziehende Mütter oder Väter, alkoholabhängige Eltern, Eltern mit ADHS, Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, usf.

D.h. alles, was einem Kind mit optimaler sensomotorischer Ausstattung im Leben passieren kann, kann einem geschädigten Kind natürlich auch passieren, nur dass es dann mit beschränkten Möglichkeiten bzw. Behinderungen in diese Situationen hineingehen und diese Probleme dann **zusätzlich** zu den anderen bewältigen muss. Das ADHS ist unter diesen Aspekten also keineswegs als isoliertes Krankheitsbild, als eigenständig existierendes Symptom bzw. Syndrom anzusehen, sondern als Bestandteil und im Kontext einer von individueller Geschichte und Dynamik begleiteten Besonderheit auf dem Wege der hirnganischen, neurologischen, sensomotorischen und psychosozialen Entwicklung eines Kindes.

#### 4. Aspekte der Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung beim ADHS

Bei der Psychodynamik der hier beschriebenen Form des ADHS soll auf die folgenden fünf Aspekte näher eingegangen werden:

- 4.1 den Selbstaspekt
- 4.2 den sozialen Aspekt
- 4.3 auf die kompensatorischen Mechanismen
- 4.4 auf die Reaktionen auf das Bewusstwerden des Problems sowie
- 4.5 auf das, was ich - in Anlehnung an die sich seit einigen Jahren ausbreitende Jugendmode der militärischen Tarnanzüge, die von den betroffenen Kindern gern getragen werden - Camouflage-Strategie nennen möchte; in psychoanalytischer Terminologie: Die spezifischen Abwehrmechanismen.

##### 4.1 Der Selbstaspekt

Kinder mit ADHS im Rahmen einer sensomotorisch verzögerten Entwicklung machen eine wesentliche Erfahrung: Ihr Körper macht nicht das, was man von ihm will. Er gehorcht nicht. Er führt ein Eigenleben. Es besteht keine vollständige Kontrolle über die sensorischen und motorischen Funktionen.

Da das Kind erkenntnistheoretisch kein eigenes Bewusstsein oder keine Erkenntnis darüber haben kann, dass dieses überhaupt jemals anders sein könnte (es kann ja nicht aus seiner Haut bzw. seiner Wahrnehmung mal eben so heraustreten), kann es die im sozialen Rahmen getroffene Feststellung nicht angemessen, d.h. kontextbezogen deuten, dass andere Kinder Dinge können, die es selbst nicht kann. Das Kind wird davon ausgehen müssen, dass alle anderen Kinder zunächst einmal ebenso funktionieren, wie es selber und dass diese anderen trotzdem alles besser können. Dieses über Selbstreflexion im Vergleich der eigenen Fähigkeiten mit denen anderer Kinder festzustellen, ist an sich schon eine Fähigkeit, die nicht jedes Kind mit einem sensomotorischen Problem besitzt. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist oftmals eine Funktion der Intelligenz. Diese kann sich - notabene - unabhängig von den übrigen sensomotorischen Fähigkeiten entwickeln, was ggf. zu einer ständig größer werdenden Schere zwischen Intelligenz und der Möglichkeit zu deren

praktischer Umsetzung führt (s. a. Differenz zwischen Verbal- und Handlungsteil im HAWIK), was wieder eigene Probleme aufwirft. Die betroffenen Kinder zeigen meist eine der folgenden Sekundärreaktionen:

- 4.1.1 Wut auf sich selbst, dass es Handlungen, die es durchführen will, nicht durchführen kann (mglw. eine der Quellen für spätere Autoaggressivität bzw. Automutilation)
- 4.1.2 Neid und Wut auf andere Kinder, die intendierte Handlungen problemlos durchführen können (dieses mglw. eine der Quellen für späterer Fremd-Aggressivität)  
Oder auch
- 4.1.3 ein Gefühl des Versagens und der Benachteiligung gegenüber anderen Kindern bzw. das Gefühl, zu kurz gekommen zu sein (als eine der möglichen Quellen für spätere Depressionen sowie kindliche Suizidwünsche)
- 4.1.4 Dieses Gefühl der Benachteiligung wiederum generiert oft auch persistierende und überzogen wirkende Versorgungswünsche und eine Anspruchshaltung ohne Eigenleistung, sozusagen als „gerechten Lastenausgleich“, auf den man ein immerwährendes Recht zu haben glaubt (eine der möglichen Quellen für fehlendes Schuldbewusstsein und Delinquenz). Parallel dazu entsteht ein hochempfindlicher Gerechtigkeitssinn, der aber meist nur auf die eigene Person bezogen und selten altruistisch ausgeformt wird.
- 4.1.5 Ein Gefühl der Ohnmacht und der sequentiellen (narzißtischen) Kränkung aufgrund der Wahrnehmung dieser Benachteiligungen geht über in
- 4.1.6 depressive Reaktionen und Resignation, eventuell bei persistierender wütender Reaktionsbereitschaft und gleichzeitiger Frustrationsintoleranz, weil an der Behinderung nichts oder nur sehr langsam und mühsam etwas verändert werden kann.
- 4.1.7 Außerdem entstehen vielfältig ausgeformte und rationalisiert Ängste aus dem Gefühl heraus, nicht und niemals wirklich je alleine existieren zu können, meist als Trennungsängste aufgefasst mit dem Wunsch nach Anlehnung und Orientierung an den Erwachsenen.  
Dieses Gefühl entsteht auch deswegen, weil eine Integration in peer-Gruppen selten gelingt (auch nicht in den sogenannten "Integrationsklassen") und meist keine Freundschaften entstehen und weil die betroffenen Kinder oft gemobbt werden. Deswegen entsteht

meist ein besonderes Bedürfnis nach Anlehnung an Erwachsene, die weniger gefährlich erscheinen. Allenfalls gelingt eine Kontaktaufnahme zu anderen Kindern mit demselben Problem, zu deutlich jüngeren Kindern oder zu ähnlich problembehafteten Randgruppenkindern.

4.1.8 Aus den Ängsten, die auf den sensomotorischen Unsicherheiten beruhen, kann das Bedürfnis nach einem immer konstanten, wohlbekannten Kontext entstehen, der ein Gefühl von Vorhersehbarkeit und Sicherheit vermittelt und nicht verändert werden darf um den Preis noch schlimmerer Ängste und panikartiger, wütend-aggressiver Verteidigung des besetzten und bekannten Territoriums. Das vermittelt dann den Eindruck einer Zwangsstörung und kann gelegentlich zu einem regelrechten System von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen ausgebaut werden bzw. zum zwangsartigen Haften oder Festhalten an einer gewohnten Umgebung und Ritualen, hinter denen der ursprüngliche Anlass völlig verloren geht.

#### 4.2 Der soziale Aspekt

Kinder mit ADHS im Rahmen einer sensomotorisch verzögerten Entwicklung machen grundsätzlich die Erfahrung, dass sie anders sind, als andere Kinder und dass sie deswegen in weiten Teilen auf soziale Ablehnung stoßen, ohne dass sie dafür zunächst eine Erklärungsmöglichkeit haben. Die Ablehnung beruht oftmals auf einer Reaktion der betroffenen Kinder auf eine sensorische Überforderung, die meist einen akustischen Aspekt hat. Um mit Ruf-Bächtiger zu reden: Der akustische Kanal ist überlastet und blockiert durch die permanenten akustischen Reize, die in einer Gruppe ständig erzeugt werden, so dass die betroffenen Kinder sich entweder zurückziehen, sich von den anderen isolieren oder in eine aggressive Überforderungsreaktion ausbrechen. Ein weiterer sozialer Ablehnungsgrund besteht in der unkontrollierten Motorik, die oft zusammen mit einer propriozeptiven Wahrnehmungsstörung zu einem sehr rabiatischen, sehr groben und von der Kraft her überschießenden körperlichen Umgang mit anderen Kindern führt, der als grundlose Aggression empfunden und entsprechend beantwortet wird. Ein zusätzlicher sozialer Ablehnungsgrund beruht auf der Frustrationsintoleranz der Kinder, die auch hirnorganischen Ursprungs sein kann, der Unfähigkeit zur intentionalen Kontrolle entspringt und zu spontanen, unkontrollierten und im nachhinein als ungewollt empfundenen,

aggressiven Handlungen gegenüber Anderen führt. Auch die Tendenz zu einer Problembewältigung durch das willkürliche Ändern von (Spiel-)Regeln zu eigenen Gunsten, das Abbrechen von Spielen, wenn es für den Betroffenen nicht gut auszugehen scheint und das hartnäckige Verleugnen von eigenen Fehlern schafft keine Freunde.

Wie die Kinder diese Erfahrung ausgestalten und was sie damit anfangen, wie sie damit umgehen, hängt m. E. weitgehend von ihrer sozialen Unterstützung in der Familie, der Toleranzmöglichkeit in der Schule und dem Grad ihrer Intelligenz ab und damit von der Möglichkeit, über sich selbst und die eigene Situation reflektieren zu können. Diese Fähigkeit ist natürlich auch vom Alter abhängig, so dass ältere Kinder, meist im Pubertätsalter, eher zu Selbstreflexionen neigen als Jüngere, die nicht reflektieren (können). Weniger intelligente Kinder bleiben länger im Stadium des Nichtwissens über sich selbst und ihre soziale Situation. Kinder, die reflektieren können, werden sich ihrer Situation bewusst.

#### 4.3 Bewusstwerden

Das Bewusstwerden führt zum Erschrecken, zur Verzweiflung, zu Scham und Depression. Die Kinder halten das Leben für nicht bewältigbar, sie erschrecken in der Reflexion ihrer sensomotorischen Probleme über ihr Anderssein und fühlen sich (in ihren eigenen Worten) als "Aliens" und "Zombies". Verzweiflung kommt auf mit der Idee, dass dieser Zustand nicht zu ändern sein könnte. Sie schämen sich darüber und sie finden das Leben nicht mehr lebenswert. Sie schämen sich aber nicht nur über sich, sondern auch in Bezug auf ihre Eltern. Es entstehen Vorwürfe an die Eltern, wie die es haben zulassen können, dass das Kind so ein Problem hat; wieso die Eltern das Kind so wie es ist produziert haben, wieso sie ihm so etwas angetan haben und warum gerade diesem Kind. Es entsteht ein Gefühl der Verzweiflung, der Ohnmacht und der Wut. Je nach dem, ob nun eine geeignete Behandlung oder Unterstützung einsetzt oder nicht, gibt es unterschiedliche psychodynamische und soziale Sekundärreaktionen, z.B. im Ausbau der Anpassungsmechanismen oder der Tarnung. Mit beidem sind wir als Therapeuten genauso wie die Eltern permanent konfrontiert. Beides erschwert die realistische Einschätzung der Situation der Kinder, was oftmals zu Kontroversen mit sozialen Diensten oder der Schule führt, aber auch zu Kontro-

versen zwischen Eltern und Therapeuten oder Therapeuten und Ärzten untereinander über geeignete Umgangs- und Behandlungsformen.

#### 4.4. Kompensatorische Mechanismen

Ein Kind mit eingeschränkter Sensomotorik wird bestrebt sein, immer diejenigen Handlungs- und Wahrnehmungsbereiche auszubauen, die ihm uneingeschränkt zur Verfügung stehen: Es weicht auf das aus, was es kann und vermeidet, was es nicht kann.

4.4.1 Es gibt dabei solche Kinder, die ohne aktive Kommunikation die Erwartungen der Umwelt aufnehmen, sie antizipieren und sich darauf einstellen. Die Sensibilität für Fremd-Erwartungen wird beständig verfeinert. Das Kind versucht vorweg zu ahnen, was von ihm verlangt werden wird und sich im Sinne einer vorweggenommenen sozialen Erwartung auszurichten. Wenn diese Fähigkeit altruistisch gerichtet wird, prädestiniert sie zu einem späteren Helfersyndrom. Die Sensibilität für soziale Erwartungen kann so gut funktionieren, dass über viele Jahre - auch schon vom Säuglingsalter an - keine Auffälligkeiten explizit werden, zumal die Kinder nach Außen hin nichts über die eigene Befindlichkeit mitteilen. Dies geschieht einerseits, weil die entsprechenden Selbstwahrnehmungen fehlen, andererseits aber eben auch als Anpassungsstrategie, um nichts Verkehrtes zu sagen und sich in seiner Andersartigkeit nicht zu offenbaren. Das erfordert eine permanente Anstrengungsleistung, die nie gewürdigt wird, weil sie nicht mitteilbar ist und deswegen niemandem auffällt, zumal die Leistung ja gerade darin besteht, nicht aufzufallen. Wenn also diese enorme Anpassungsleistung gelingt, ist sie dazu verdammt, nicht gewürdigt zu werden. Unter anderem nährt dieser Vorgang in dem Kind das Gefühl, dass die Gesellschaft ihm etwas schuldet, dass es dafür eine soziale Kompensation zu erwarten hätte, die aber nie eintritt.

4.4.2 In den verbliebenen, gut funktionierenden Teilbereichen der sensomotorischen Funktionen bilden die Kinder extreme Fähigkeiten aus, indem sie versuchen, mit diesen verbliebenen Funktionen diejenigen sensomotorischen Bereiche auszugleichen, quasi überzukompensieren, die nicht funktionieren oder in denen sie unsicher sind. Es kann dadurch zu einer enormen Aufblähung der theoretischen

Intelligenz und von Leistungen kommen, die als extreme Sonderbegabungen erscheinen und oftmals als Hochintelligenz interpretiert werden, und zwar besonders gerne von narzisstisch involvierten Eltern und Lehrerinnen. Allerdings handelt es sich bei dieser Art von „Hochintelligenz“ eher um einen notfallmäßigen Kompensationsversuch, ähnlich wie die Nottriebe und Notblüten an einer gefährdeten Pflanze und sie führt selten zu einer Umsetzung in sozial erfolgreiches Handeln. Fehleinschätzungen haben später in der Schule katastrophale Folgen, die sich meist im Übergang von der Grundschule zu anderen Schulformen zeigen oder beim Übergang von der 9. in die 10. Klasse, wenn die „naturbelassenen“ kompensatorischen Mechanismen des Kindes überstrapaziert werden und zu versagen beginnen: Die Kinder lernen nicht systematisch, sondern durch Konfrontation in der Praxis, was bei steigenden Anforderungen zum erfolgreichen Lernen nicht mehr ausreicht und schließlich in eine völlige Überforderung mündet. Dann setzt zunehmend ein Schulversagen ein mit Leistungseinbrüchen, begleitet von eskalierenden sozialen Konflikten, die letztlich zu Katastrophen mit Schulverweigerung und Schulabbrüchen besonders in höheren Klassenstufen führen, die dann als depressive Krisen und Versagenszustände erscheinen, zu handfesten Depressionen mit Suizidalität führen und ggf. in eine lang anhaltende, depressive Entwicklung einmünden können.

Auch der Beginn einer Drogenkarriere, der Anschluss an eine Randgruppe oder an die kriminelle Szene ist in dieser Situation nicht selten. Der sensomotorische Hintergrund des Problems geht dann meist völlig verloren und kann später auch nur selten in hilfreicher Weise psychotherapeutisch rekonstruiert werden.

4.4.3 Im direkten sensomotorischen Bereich werden Unsicherheiten u. U. durch Schnelligkeit kompensiert: Das Kind entwickelt ein ungeheures motorisches Tempo, wodurch es trotz bestehender Gleichgewichtsstörungen wie bei einem Kreisel stabil gehalten wird. Prüft man die Motorik bei langsamem Tempo, dann funktioniert das nicht mehr und der „Brummkreisel“ fällt um.

4.4.4 Ein weiterer Coping-Mechanismus wird von dem Wunsch angetrieben, um jeden Preis als normal zu erscheinen, nie Hilfe in Anspruch zu nehmen und in jeder Situation cool zu sein. Das kollidiert regelhaft mit den meist verbal aggressiv oder auch gewalttätig aus-

agierten Kontrollverlusten und mündet zeitweilig in eine Attitüde, in der der Patient kontraphobisch und paradoxer Weise als Provokateur des Normalen und oberster Normalitätswächter erscheint, der alles Abweichende massiv und in aggressiver Form diskriminiert (was z.B. einen Teil der Attraktivität der Neonazibewegung für solche Menschen erklären könnte).

#### 4.5 Camouflage-Strategien

Verbergen und Verleugnen, Tarnen und Täuschen. Versuche, ein sensomotorisches Problem vor den Mitmenschen zu verbergen und zu verheimlichen, gibt es bei diesen Kindern schon im Säuglingsalter.

4.5.1 Man sieht es teilweise auch schon bei der Untersuchung, wenn die Kinder wegen einer Gleichgewichtsstörung umkippen und dann eine Clownerie daraus machen, so, als ob sie dieses unwillkürliche Versagen der vestibulär gesteuerten Motorik gewollt herbeigeführt hätten, als wenn es ein beabsichtigter Witz gewesen wäre. Diese Clownerien sind aus der vermeintlich bevorstehenden sozialen Katastrophe der möglichen Offenbarung eines sensomotorischen Handicaps geboren. Es geht also den Kindern bei der Clownerie keineswegs um den vielfach unterstellten Wunsch, im Mittelpunkt stehen oder auffallen zu wollen. Das ist eine oft vorgenommene Unterstellung, die an dem - aus der existentiell empfundenen psychischen Not heraus entstandenen - akrobatisch-clownesken Drahtseilakt des Kindes vorbeigeht und der zugrunde liegenden Notsituation keineswegs gerecht wird.

4.5.2 Ähnlich erscheint es mir bei der Camouflage von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, die demselben Muster wie beim alkoholbedingten Korsakow-Syndrom folgt: Die Gedächtnislücke wird zufabuliert. „Konfabulation“ heißt das beim Korsakow-Syndrom. Im sozialen Feld des Kindes heißt das dann „Lügen“.

4.5.3 Die Unterschiede zu anderen Menschen zu verbergen, zu verstecken und zu verleugnen geht - wie schon erwähnt - bis hin zum agent provocateur des Normalen mit aktiver und offensiver Diskriminierung alles Auffälligen und Abweichenden und dem Mobben aller „Spastis“ und „Psychos“, wie es in der Schülersprache heute heißt.

Im Zweifelsfall öffnet diese Diskriminierung des Abweichenden den Zugang zu Neonazigruppen und damit in eine Gruppe von peers, in der die eigene Abweichung vom sozial Normalen ihrerseits zur Norm oder gar zur Auszeichnung wird, zu Anerkennung und peer-Status führt und damit offen ausgelebt werden kann.

Die in solchen Gruppen entfaltbare brutalste Gewalttätigkeit erinnert an das Fehlen propriozeptiver Wahrnehmung, an das fehlende Gefühl für die eigene Kraft, das Unverständnis für eigene Gewalttätigkeit aus Mangel an Eigenwahrnehmung und der damit verbundenen Unmöglichkeit zu Empathie und Identifikation. Ein ähnlicher Mechanismus ergibt sich, wenn sich ein solcher Jugendlicher als peer Zugang zu einem kriminellen Milieu verschafft.

4.5.4 Camouflage ist auch die Ablehnung und Diskriminierung jeder eigenen und gar psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hilfe, deren Wahrnehmung ja den Anschein des Normalen in Frage stellen könnte. Von vorneherein abgelehnt werden eben vor allem psychiatrische, psychotherapeutische und ggf. auch medikamentöse Unterstützung, die im sozialen Rahmen auf ein psychisches Problem verweisen könnten.

4.5.5 Erwünschte Folge einer gelungenen Camouflage-Strategie ist - wie auch immer - soziale Anerkennung, Wertschätzung und narzißtisches Gleichgewicht durch Vermeiden von eigener Diskriminierung. Fatale Folge einer gelungenen Camouflage-Strategie ist die fehlende Hilfe: Es kann keine Unterstützung, keine Hilfe gegeben werden, sondern das Kind bleibt sich selber überlassen und ist seinem Problem quasi „naturbelassen“ ausgeliefert.

#### 5. Ausblick

Gerade die oben geschilderte Situation gibt vielfältigen Anlass zu unzähligen Fehlinterpretationen, in deren Folge es zu sozialer Traumatisierung und sequentiellen Retraumatisierungen und entsprechenden Reaktionen kommt, auch was gut gemeinte, aber unpassende Psychotherapieversuche und psychoanalytische Deutungen anbetrifft, wenn das sensomotorische Problem dabei nicht touchiert wird.

Zum Glück ist es aber auch oft so, dass die Camouflage-Strategie nicht gelingt und dieses kann dann - wenn ein geeigneter Zeitpunkt getroffen wird und ein paar andere günstige Bedingungen auch in der Therapeutenperson vorhanden sind - zu nützlichen psychotherapeutischen Maßnahmen führen. Und das umso mehr, je mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich über das Sensomotorik-Problem und dessen Psychodynamik rechtzeitig Gedanken machen.

Bereits das Erkennen des Musters der geschilderten spezifischen Psychodynamik könnte dazu veranlassen, gezielt nach einem sensomotorischen Hintergrund zu suchen und diesen mit geeigneten körperlich orientierten Methoden (zumeist ergotherapeutischen Maßnahmen oder einer medikamentösen Behandlung) soweit es geht zur Kompensation zu verhelfen.

*Vortrag gehalten vor der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie Hamburg (APH) am 17.2.2005.*

#### **Literatur:**

Blech, J. (2004): Die Krankheitserfinder. S.Fischer, Frankfurt/Main, 5.Aufl.

Goldenberg, G. (2002): Neuropsychologie. Urban & Fischer, München - Jena

Rass, E. (2001): Kindliches Erleben bei Wahrnehmungsproblemen. Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Peter Lang Verlag, Frankfurt/Main

Rass, E. (2004): Auswirkungen subliminaler Wahrnehmungsstörungen auf die psychische Entwicklung. Referat vor der AP H, Hamburg, 18.6.2004

Ruf-Bächtiger, L. (1991): Das frühkindliche psychoorganische Syndrom Thieme, Stuttgart, New York

Ruf-Bächtiger, L., Baumann, Th.; Burkhardt, M. (1998): Untersuchungskurs: Kindliche Entwicklungsdiagnostik. CD-ROM. Thieme, Stuttgart, New York.

#### **Verfasser:**

PD Dr. med. Hans Kowerk

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
Privatdozent für Kinder- und Jugendpsychiatrie am FB Medizin der  
Universität Hamburg

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Sophienallee 24, 20257 Hamburg

e-mail: hans.kowerk@t-online.de

# Forum

der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie



offizielles Mitteilungsorgan der Sektion  
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S

15. Jahrgang  
Heft 4 – 2005

Forum Verlag  
ISSN 0943-8831