Die
Kinderschutz-Zentren

ADHS

Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern

Impressum

Herausgeber
Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.
Die Kinderschutz-Zentren
Bonner Str. 145
50968 Köln
Telefon 02 21 5 69 75 3
Telefax 02 21 5 69 75 50
E-Mail die@kinderschutz-zentren.org
Internet www.kinderschutz-zentren.org

Redaktion Jasmin Hofmeister,
Arthur Kröhnert (verantwortlich)
Umschlaggestaltung Jens Hoeft
Seitengestaltung Katharina Otto

Köln, April 2010
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und der Autor(inn)en.
ISBN: 978-3-9811453-9-7

Inhalt

Vorwort **7**

Jan Hendrik Puls
Die wichtigsten Fakten zu ADHS: Was, woher, wohin? 11

Barbara Ladwig
Eine Generation wird krankgeschrieben?! Was steckt hinter ADHS? 17

Gabriele Schmid
„Wer sucht, der findet (immer?)!“
Von Verhaltensmerksmalen zur Diagnose ADHS 27

Karl Heinz Brisch
Posttraumatische Belastungsstörung und Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität 35

Annette Siemer-Eikelmann
Probleme ohne Ende?
ADHS und beginnende Persönlichkeitsstörungen 73

Helga Simchen
„Träumsusen“ im Fokus
Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität 83

Martin Schmela
„Vom Zappeln und vom Philipp ...”
Behandlungsansätze in der Arbeit mit von ADHS betroffenen Kindern 99

Inka Werner, Katrin Luise Lätzer, Marianne Leuzinger-Bohleber
Störungen der frühen Affektregulation:
Klinische und empirische Annäherungen an ADHS 149

Astrid Neuy-Bartmann
„Mein Kind hat ADHS“
Strategien von Eltern im Umgang mit ihren Kindern 181

Gerhild Drüe
„Helfen Sie mir, ich verliere mein Kind!“
ADHS-betroffene Familien 191

Gerhild Drüe
Welche Hilfen benötigen Familien mit ADHS-betroffenen Kindern? 217

Karin Knudsen
„Ins Gelingen verliebt sein und nicht ins Scheitern“
Ressourcen und Stärken von ADHS-Kindern 231

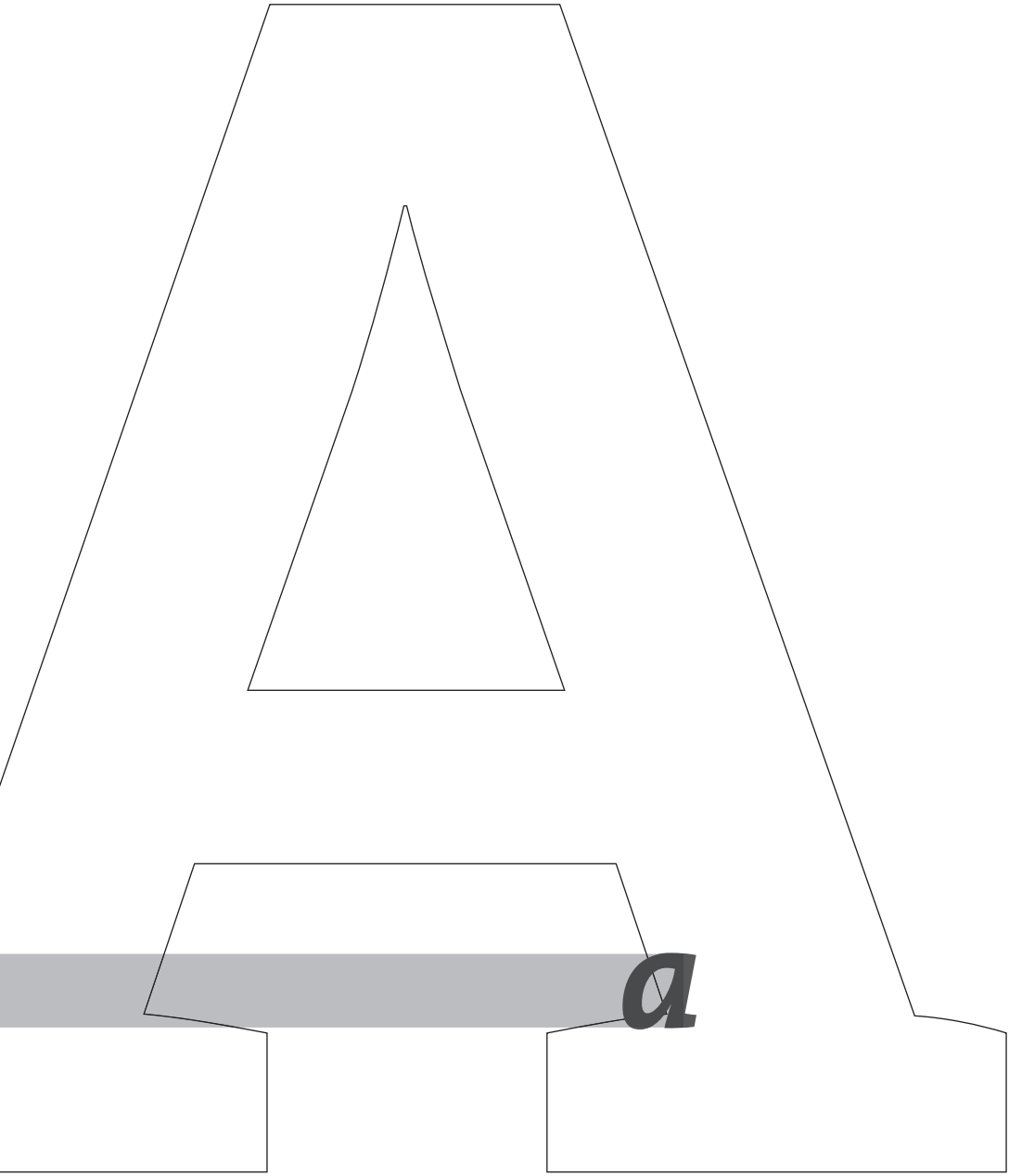
Gabi Ingrassia
Das Zurückerobern der Mitte – AD(H)S und Selbstwertgefühl – aus der Praxis 239

Marlis Felber, Karin Knudsen
Hyperaktive verhaltenskreative Kinder in Kindergarten und Schule 249

Brigitte Noack
ADHS und Kindeswohlgefährdung – Diagnose: Schutz oder Risiko? 269

Astrid Neuy-Bartmann
Sucht als Selbstmedikation – ADHS und Drogenabhängigkeit 273

Referent(inn)en/Autor(inn)en **279**


a

Arthur Kröhnert

Vorwort

Kinder mit einer ADHS-Störung sind ein vernachlässigtes Thema im Kinderschutz. Dabei sind drei bis neun Prozent aller Kinder von einer besonders starken Aufmerksamkeitsstörung betroffen. Bei dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) oder der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) spielen sehr unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Nicht selten werden diese falsch bewertet, mit der Konsequenz, dass viele Kinder schon recht früh mit Medikamenten therapiert werden.

Bei ADHS handelt es sich um eine psychische Störung, die sich bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen in Form von Konzentrationsschwäche und Impulsivität sowie begleitenden Symptomen von gesteigerter Reizbarkeit, Misslaunigkeit bzw. Depression, Vergesslichkeit und Angst zeigt. Es ist leicht nachvollziehbar, dass sich daraus ein Lebensalltag entwickeln kann, der zu massiven Kindeswohlgefährdungen führt.

Diese dynamischen Prozesse werden auch von Fachleuten häufig verkannt. Es wird übersehen, was eine AD(H)S-Problematik in der Familie auslösen kann.
Darum geht es in der Arbeit mit den betroffenen Familien um Zweierlei: Die Kinder und Jugendlichen brauchen verlässliche therapeutische und pädagogische Hilfen; die oftmals überforderten Eltern brauchen fachliche Unterstützung und Begleitung.

In der Öffentlichkeit wird dieses Thema fast ausschließlich aus medizinischer Sicht diskutiert. Eine Betrachtung, die aus Sicht des Kinderschutzes nicht ausreicht, um eine gute Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten.

Einigkeit besteht darin, dass ein zentraler Handlungsbedarf bei der Diagnostik besteht. Eine fehlerhafte Diagnose kann zu einer vorschnellen Verordnung von Medikamente führen, sie kann aber auch ins Gegenteil umschlagen. Hier die fachlich richtigen Wege einzuschlagen, ist besonders für Pädagog(inn)en in Kindertagesstätten und Schulen nicht einfach. Leidet doch gerade ihr Arbeitsalltag besonders unter der nicht einfachen Situation, mit ADHS-Kindern täglich arbeiten zu müssen. Dennoch

muss an ihre fachliche Verantwortung appelliert werden, sich in Elterngesprächen nicht unbedacht zu äußern und individuelle Vermutungen über mögliche Störungen der Kinder weiterzugeben. Fehlende Fachlichkeit trägt so dazu bei, dass die diagnostizierten Fälle von Kindern und Jugendlichen mit einem ADHS-Symptom kontinuierlich steigen.

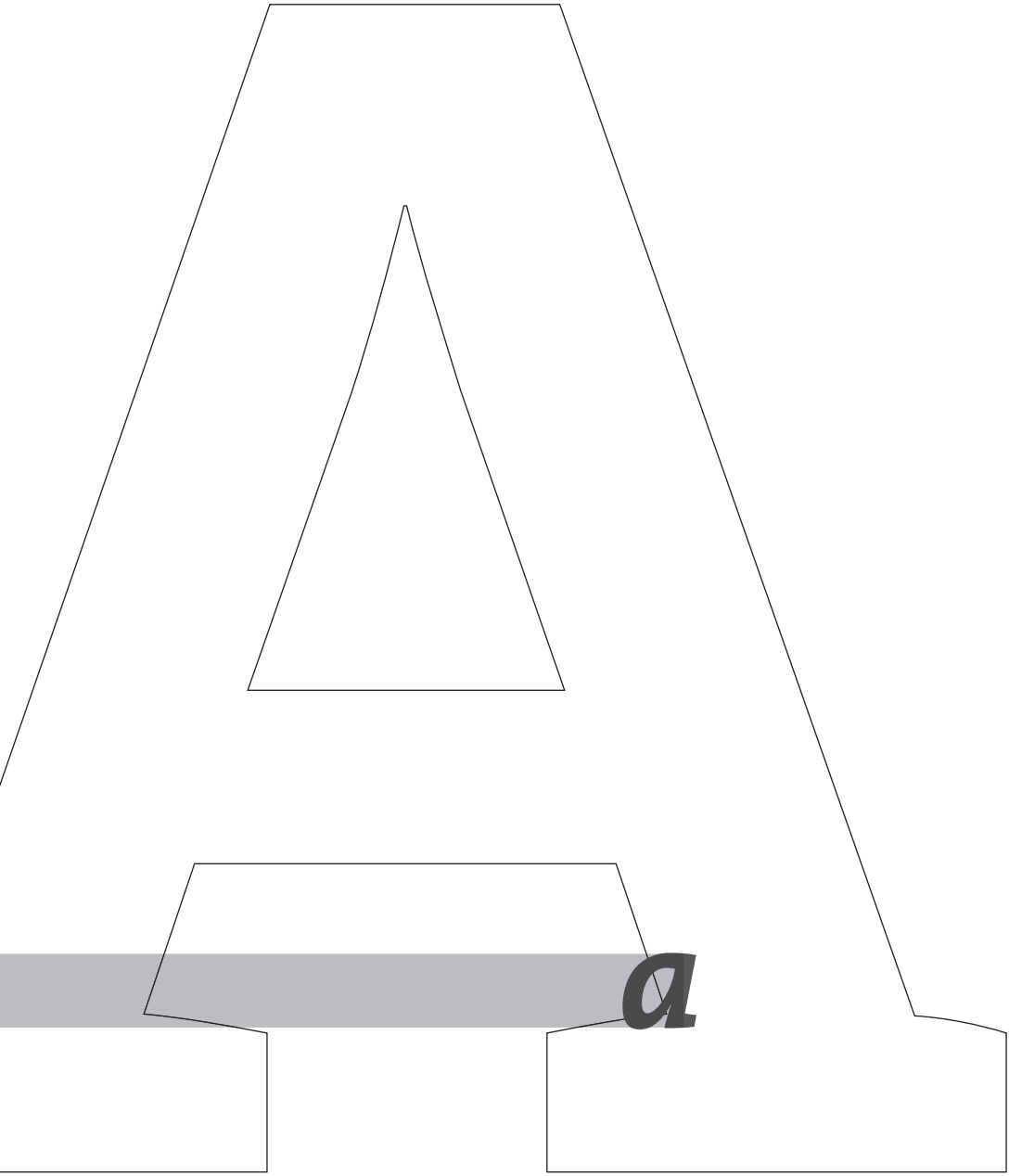
Allerdings greift es zu kurz, hierfür dem/der einzelnen Pädagogen/Pädagogin oder den Kinderärzt(inn)en die Verantwortung zuzuschieben. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen der professionellen Helfer(innen) nicht stimmig sind. Es fehlt an Zeit, es fehlt an der Einsicht der Eltern und an qualifizierten Fortbildungen für Erzieher(innen) und Lehrer(innen). Gerade im pädagogischen Bereich würden kleinere Kindergartengruppen und überschaubare Klassengrößen helfen. Oft würde sich herausstellen, dass bei dem Kind keine individuelle Störung vorliegt, sondern es sich nur auf der falschen Schule befindet!

Die Folgen einer falschen Diagnose sind für die betroffenen Kinder und ihre Eltern allerdings sehr weitreichend. Stigmatisierung, Diskriminierung in Schule und Kita und unnötige Medikamenteneinnahmen. ADHS ist darum auch ein zentrales Kinderschutzthema.

Es geht in diesem Band nicht um einen Richtungsstreit pro oder contra Psychopharmaka, sondern um den Blick auf die notwendigen und optimalen Hilfen und Therapien.

Wissenschaftler(innen), Mediziner(innen), Pädagog(inn)en und Therapeut(inn)en stellen die Ergebnisse ihrer Forschung und Praxis vor. Es ist ein Grundlagenbuch zum Thema Kinderschutz und ADHS für alle, die in der Praxis mit Familien und ihren Kindern arbeiten.

Arthur Kröhnert
Bundesgeschäftsführer der Kinderschutz-Zentren


a

P

Jan Hendrik Puls

Die wichtigsten Fakten zu ADHS

Was, woher, wohin?

Der Beitrag soll in Kürze die wichtigsten und am wenigsten umstrittenen Fakten zusammenfassen, um eine Übersicht über das Thema zu erlangen. Dabei wird zunächst die Symptomatik von Aufmerksamkeitsstörungen beschrieben werden. Die Frage der Differenzialdiagnosen, also anderer möglicher Erklärungen für die gleiche Symptomatik, ist ein weiteres wichtiges Thema ebenso wie andere Erkrankungen, sogenannte Komorbiditäten, die neben einer diagnostizierten ADHS bestehen können. Schließlich wird die wichtige Frage der Ätiologie *Woher kommt ADHS?* und auch die der Prognose *Wohin führt es?* angesprochen.

Symptomatik

In der internationalen Klassifikation ICD-10 werden die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität zur Diagnosestellung einer ADHS gefordert. Nur wenn diese Symptome nebeneinander in deutlich überdurchschnittlicher Ausprägung in verschiedenen Lebenssituationen über mindestens sechs Monate hinweg und seit dem Kindergartenalter bestehen, kann die Diagnose gestellt werden. Die beschriebenen Merkmale dürfen nicht durch andere Umstände besser zu erklären sein. Im deutschen Sprachgebrauch wird häufig zwischen einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHS) und einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) unterschieden. Bei einer ADS fehlt das Merkmal der Hyperaktivität, auch die Impulsivität spielt keine bedeutende Rolle. Die Unaufmerksamkeit besteht jedoch ebenso, häufig fällt auch ein langsames Arbeitstempo auf.

Aufmerksamkeitsstörungen betreffen je nach Studie und entsprechend den verschiedenen in diesen Studien verwendeten Kriterien etwa 4-6 % aller Kinder. Einzelne Studien weisen aufgrund der dabei verwendeten Kriterien höhere oder niedrigere Werte aus. Die wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen auch, dass Aufmerksamkeitsstörungen in der ganzen Welt verbreitet und kein regionales Phänomen sind. Die in der letzten Zeit zu beobachtende Zunahme der Diagnosehäufigkeit wird zum einen auf den verbesserten Forschungsstand und die damit verbundene höhere Sensibilität bei allen Beteiligten, zum anderen aber auch durchaus auf veränderte gesellschaftliche und vor allem pädagogische Umstände zurückgeführt. Dennoch handelt es sich bei den Aufmerksamkeitsstörungen vorrangig um ein neurobiologisches Phänomen, wobei die Veranlagung für diese Problematik offensichtlich vererbbar ist.

Lange Zeit wurde ADHS als ein Phänomen der Kindheit betrachtet. Es wurde auch davon ausgegangen, dass die Symptomatik sich mit der Pubertät zurückbildet. Der wachsende Erfahrungsschatz hat nun gezeigt, dass bei etwa einem Drittel der Patienten tatsächlich auf ein Verschwinden der Aufmerksamkeitsstörung gehofft werden kann. Es ist nicht geklärt, warum dies bei dem einen Patienten der Fall ist, bei dem anderen jedoch nicht. Ein weiteres Drittel der Patienten behält die Symptomatik zumindest in Teilen, kommt damit jedoch gut zurecht. Schließlich gibt es Patienten, die im weiteren Lebensverlauf erhebliche Schwierigkeiten aufgrund ihrer Aufmerksamkeitsstörung haben.

Differenzialdiagnose

Das Vorhandensein der Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität alleine beweist die Diagnose nicht. Durch eine gründliche Untersuchung müssen Differenzialdiagnosen, also Erklärungen anderer Art für die gleiche Symptomatik, ausgeschlossen werden. Insbesondere können schulische Leistungsschwierigkeiten durch eine Über- oder Unterforderung des Kindes entstehen. Auch können Sozialverhaltensstörungen bestehen, ohne dass eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegt. Kinder reagieren darüber hinaus in schwierigen Lebenssituationen häufig mit ähnlichen Symptomen. Sofern diese jedoch eine Reaktion zum Beispiel auf die Trennung der Eltern sind, wird von einer Anpassungsstörung gesprochen.

Kinder, die in sehr schwierigen familiären Umständen aufwachsen, haben entsprechende Probleme im Rahmen einer reaktiven Bindungsstörung. Auch Depressionen, Ängste und Zwänge, die bei Kindern durchaus vorkommen, können mit motorischer Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität einhergehen. Eine schwierige Abgrenzung besteht häufig zum Formkreis der autistischen Störungen, ebenso besteht bei Erwachsenen eine Nähe zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Im körperlichen Bereich sollten neben Hör- und Sehstörungen auch auditive Wahrnehmungsstörungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, bestimmte epileptische Erkrankungen und ein Restless-Legs-Syndrom ausgeschlossen werden.

Komorbidität

Wenn eine Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert wird, bedeutet dies mit hoher Wahrscheinlichkeit, dass weitere psychische Erkrankungen bestehen. Eine fundierte Untersuchung schließt darum die gezielte Suche nach weiteren Störungen ein. Die häufigste sogenannte Komorbidität ist dabei das trotzig-oppositionelle Verhalten der Kinder. Auch Depressionen oder Ängste treten auf. Viele Kinder mit ADHS zeigen außerdem motorische oder vokale Tics, die beim gemeinsamen Auftreten als Tourette-Syndrom bezeichnet werden. Häufig ist auch die Kombination von Legasthenie und Dyskalkulie. Bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen können Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen hinzutreten.

Ätiologie

Die Frage der Ursache der Aufmerksamkeitsstörung ist nicht eindeutig zu beantworten. Sicherlich besteht ein hoher genetischer Anteil. Studien haben mehrere mögliche Gene identifiziert. Der Vererbungsmechanismus ist jedoch komplex, sodass eine familiäre Häufung nicht zwingend ist. Offensichtlich ist jedoch, dass das männliche Geschlecht häufiger betroffen ist als das weibliche, die Studien zeigen hier Relationen von 4:1 bis 9:1 zulasten der Jungen an. Betrachtet man nur die Verteilung der

ADS, so ergibt sich hier nur noch ein deutlich geringerer Überhang zulasten des männlichen Geschlechts.

Zu den genetischen Voraussetzungen treffen beim einzelnen Menschen Schutzfaktoren oder Risikofaktoren hinzu. Diese umfassen die Umstände der Schwangerschaft, Besonderheiten in der Gehirnstruktur, die familiären Bedingungen sowie den sozioökonomischen Status und auch die Intelligenz des einzelnen Menschen. In jedem dieser Bereiche können positive oder auch negative Kräfte im Sinne eines leichteren oder schwierigeren Verlaufs wirken.

Sicher tragen noch weitere Faktoren zum endgültigen Erscheinungsbild bei, die in ihrer Gesamtheit aber noch nicht eindeutig erfasst und beschrieben worden sind. Dennoch besteht Einigkeit darüber, dass ein sehr hoher Anteil der Störungen vorrangig durch genetische, biologische und neurologische Mechanismen erklärt werden kann.

Prognose

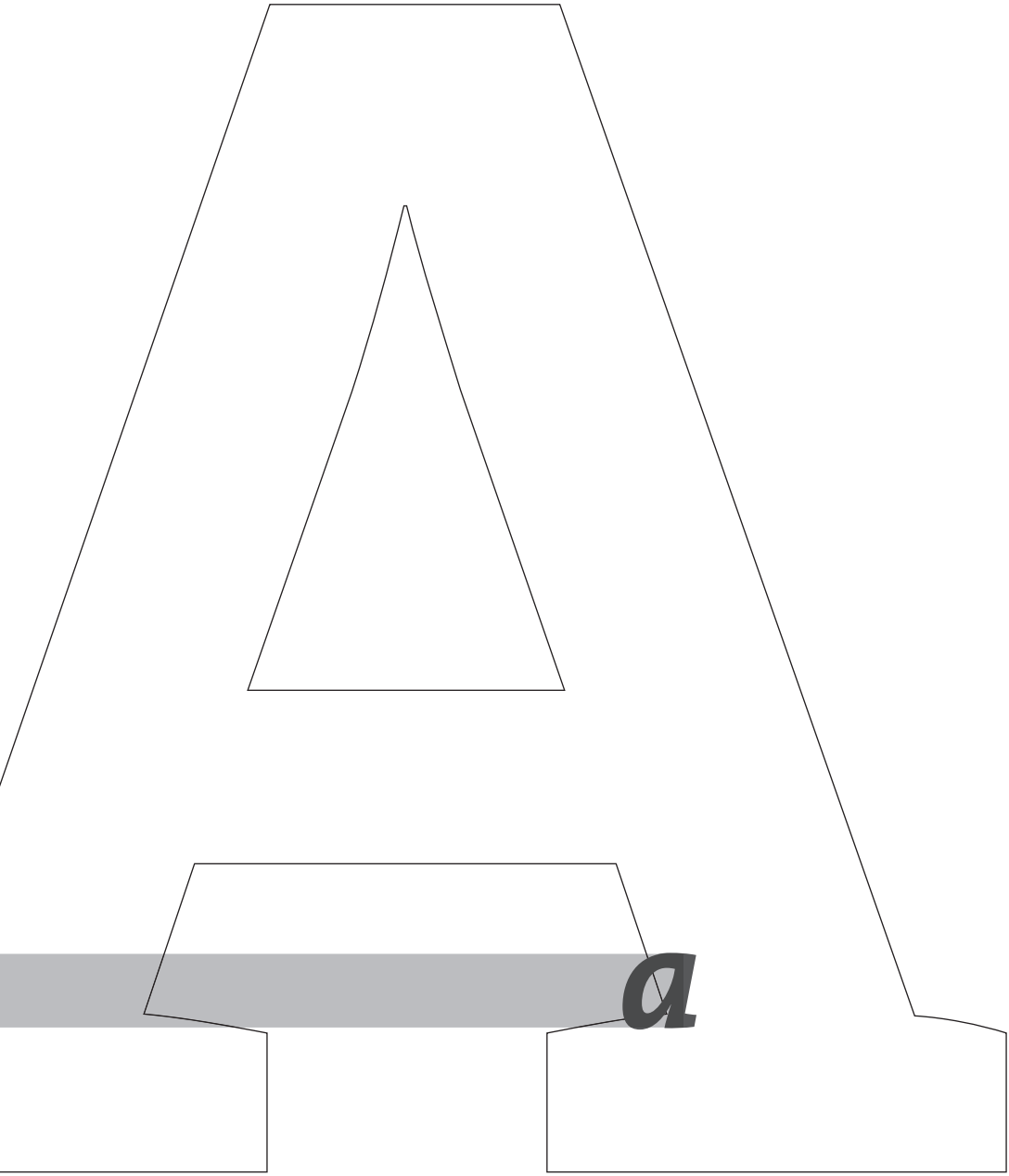
Im Verlauf der Jugend und des Erwachsenenalters bleibt das Problem der Unaufmerksamkeit bestehen. Probleme macht in dieser Lebensphase auch die erhöhte Impulsivität, die zu sozialen Konflikten führen kann. Regelmäßig zurück geht das Symptom der Hyperaktivität, wobei sich jedoch oft noch eine gesteigerte innere und motorische äußere Unruhe in verschiedenen Lebenssituationen bemerkbar macht. In der Pubertät kann es zu besonders schwierigen Situationen kommen. Parallel dazu nimmt die Gefahr einer Suchterkrankung zu, auch Erkrankungen wie Angst, Depressionen oder Zwang treten häufiger auf. Im Erwachsenenalter sind weitere psychische Erkrankungen nicht selten, wenn die Grundproblematik einer ADHS bestehen bleibt.

ADHS und ADS sind Erkrankungen, die häufig mit weiteren Problemen einhergehen. Menschen mit Aufmerksamkeitsstörungen erreichen im Vergleich zu nicht betroffenen Altersgenossen eine schlechtere Schulbildung, arbeiten unter unbefriedigenderen Arbeitsbedingungen und haben mehr finanzielle Probleme. Es kommt häufiger zu ungeplanten Schwangerschaften und konfliktbelasteten Partnerschaften. Verkehrsunfälle sind häufiger und schwerer. Auch dissoziales und kriminelles Verhalten

tritt häufiger auf. Aus diesem Grunde ist es nicht sinnvoll, ADHS als einfache Besonderheit oder Originalität zu deuten, da mit der Diagnose offensichtlich erhebliche Risiken verbunden sind.

Menschen mit ADHS sind andererseits jedoch tatsächlich häufig offen, spontan und kreativ. Sie können sich im Kontakt mit anderen Menschen durch ihren Charme auszeichnen, sind oft beliebt und umgänglich. Im richtigen beruflichen Umfeld bestechen sie durch ihre Energie, ihre Initiative und ihren Ideenreichtum. Auch im familiären und schulischen Rahmen können sie eine enorme Bereicherung darstellen.

Die Aufgabe all derer, die mit der Betreuung mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsstörungen vertraut sind, ist es, diese positiven Möglichkeiten zu erkennen und ihre Entwicklung zu fördern. Gleichzeitig müssen jedoch auch die bekannten Risiken vermieden werden. Die Kombination verschiedenster therapeutischer Ansätze ist dabei nach einhelliger Meinung der beste Weg. Diese Hilfe über längere Zeit hinweg zu koordinieren, ist die Aufgabe der behandelnden ärztlichen, psychologischen und therapeutischen Fachkräfte. Sie wiederum können mit den betroffenen Patienten, Familien und weiteren Ansprechpartnern viel dafür tun, dass die betroffenen Menschen ihre Chancen optimal nutzen können.


a

Barbara Ladwig

Eine Generation wird krankgeschrieben?!

Was steckt hinter ADHS?

Im Sozialpädiatrischen Zentrum am Olgahospital Stuttgart wird durch ein interdisziplinäres Team von spezialisierten Kinderärzt(inn)en, Psycholog(inn)en und Therapeut(inn)en ein breites Spektrum von Kindern mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert und betreut. Oft wird dabei von Eltern, Erzieherinnen oder Lehrer(inne)n die Frage nach dem Vorliegen eines AD(H)S gestellt. Die Beantwortung dieser Frage erfordert häufig eine umfangreiche Diagnostik, und die Betreuung von Kindern mit AD(H)S und ihren Familien erstreckt sich häufig über viele Jahre, ist aufwändig und braucht Engagement und Einfühlungsvermögen.

Im folgenden Referat soll in das komplexe Thema AD(H)S eingeführt werden und eine Übersicht gegeben werden über

- die aktuelle Klassifikation
- die Symptomatik vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter
- die möglichen Ursachen
- die Diagnostik
- die Behandlungsansätze
- sowie neuere Erkenntnisse aus der Forschung.

AD(H)S ist keine neue Diagnose, was der berühmte „Stellvertreter“ Zappelphilipp beweist. H. Hofmann hat ihn und seine Kollegen wie den „Hans Guck in die Luft“ und das „Paulinchen“ vor gut 150 Jahren veröffentlicht und dabei interessanterweise zuerst die Kinder selbst angesprochen, nicht etwa wie heutzutage so oft die Erwachsenen.

Die Begrifflichkeit ist allerdings vergleichsweise neu. In der Vergangenheit wurden und werden teilweise auch noch heute andere Begriffe verwendet, z. B. das Hyper-

kinetische Syndrom oder die Minimale cerebrale Dysfunktion waren Begriffe, unter denen auch ein Kind mit AD(H)S gefunden werden konnte.

Heute wird nach dem europäischen Diagnosecode ICD 10 und mit leichten Abweichungen im amerikanischen Diagnosecode DSM IV verschlüsselt:

ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität

ADS: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (bei dem die Hyperaktivität nicht im Vordergrund steht).

Die Regulation der Aufmerksamkeit beginnt bereits im Neugeborenenalter. Dabei wird Aufmerksamkeit als Zustand „allgemeiner Wachheit" definiert. Ihre Regulation ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, z. B. an eine sichere Bindung und körperliches und seelisches Wohlbefinden. Dann können bereits Neugeborene Reize selektieren, wobei schon in diesem Alter angeborene Vorlieben eine Rolle spielen. Unter guten Bedingungen ist die innere Motivation der Kinder, aufmerksam zu sein, Erfahrungen zu sammeln und ihre Welt zu entdecken sehr hoch. Daraus entwickelt sich Spielen, das zunächst einem einfachen Grundkonzept folgt, dann aber zunehmend eigene Erfahrungen integriert und das Kind so weitere und neue Spielaspekte entdeckt. Seelische Belastung, Reizüberflutung und große Ablenkbarkeit stören diesen Prozess und sind gar mit Spiel unvereinbar (Papousek 2004).

Besonders störanfällig für dysphorische Unruhe und Spielunlust sind nach Papousek Säuglinge und Kleinkinder mit großem „Reizhunger" und frühkindlichen Regulationsstörungen, bei denen kein fokussiertes Explorations- und Symbolspiel beobachtet werden kann und einerseits innere Motivation, andererseits auch eine unterstützende Umgebung und die notwendige emotionale Sicherheit fehlt. Dies kann möglicherweise ein Vorbote für ein AD(H)S sein.

Bis zum Vor- und Grundschulalter entwickelt sich dann klassischerweise die typische Symptomatik der

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche
- Impulsivität im Verhalten und beim Arbeiten
- motorischen Unruhe und/oder Verträumtheit

wie sie auch offiziell in den Leitlinien der ICD 10 verankert sind. Außerdem werden dort weitere Kriterien gefordert, um die Diagnose stellen zu können:

- Beginn der Symptomatik vor dem siebten Lebensjahr

- Anhalten der Symptomatik länger als 6 Monate
- Vorhandensein der Symptome in allen relevanten Lebensbereichen
- es gibt keine andere Erklärung für die Symptomatik

Im Alltag präsentieren sich die impulsiven, unruhigen und unaufmerksamen Kinder häufig als sehr anstrengend und konfliktträchtig. Durch ihre Grundproblematik werden sie vor allem als chaotisch, schusselig, laut, störend, unmotiviert, rücksichtslos usw. erlebt, was ihnen ständige Ermahnungen, Strafen und Misserfolge einbringt. Viel zu wenig werden oft die positiven Seiten dieser Kinder beachtet: Sie sind sehr sensibel, ideenreich und kreativ, gerecht und begeisterungsfähig.

Die Häufigkeit von AD(H)S wird für das Schulalter mit ca. 2-5 % angegeben, es sind circa dreimal mehr Jungen als Mädchen betroffen. Bei Mädchen liegt allerdings auch häufiger ein ADS – also ohne Hyperaktivität – vor, was zunächst weniger auffällt, jedoch im Alltag genauso große Probleme machen kann.

Lange Zeit war man allgemein der Ansicht, dass ein AD(H)S bis zum Erwachsenenalter „verschwindet“ und „sich auswächst“. Mittlerweile weiß man jedoch, dass die Symptomatik sehr wohl auch im Erwachsenenalter weiter bestehen und große Schwierigkeiten verursachen kann. Einzig die sichtbare motorische Unruhe legt sich, doch berichten viele Erwachsene von einem weiter bestehenden Gefühl des Getriebenseins und der Rastlosigkeit. Auch im Erwachsenenalter wird die Diagnose klinisch nach ICD 10 gestellt, die Häufigkeit beträgt ca. 2 %. Es besteht eine hohe Rate an komorbiden Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen.

Sucht man nach den Ursachen für ein AD(H)S, muss man berücksichtigen, dass wir einerseits neurobiologische Voraussetzungen in unserem „Netzwerk Gehirn“ mitbringen, andererseits auch unsere individuellen genetisch verankerten Begabungen, Stärken und Schwächen. Dazu kommen die Umweltbedingungen, in denen wir aufwachsen, und alles, was wir aus unseren Erfahrungen und durch unsere Erziehung und Sozialisation lernen. All diese Faktoren beeinflussen und bedingen sich gegenseitig, sodass eine Ursachensuche immer komplex sein wird, will man dieses komplizierte Netzwerk mit berücksichtigen.

Gut gesichert ist, dass in 75-90 % eine genetische Neigung vererbt wird, was allerdings noch nichts darüber aussagt, wie stark sich eine AD(H)S-Symptomatik mani-

festiert. Auch sind vorgeburtliche Einflüsse bekannt, die das Risiko, ein AD(H)S zu entwickeln erhöhen, z. B. Frühgeburtlichkeit und Noxen wie Alkohol oder Nikotin. Neurobiologisch besteht eine Imbalance von Botenstoffen vor allem im Stirnhirnbereich, maßgeblich im noradrenergen/dopaminergen System. Dadurch kommt es zu einer Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses, der Impulssteuerung und der strukturierten Handlungsplanung.

Bei einer unbeeinträchtigten Informationsverarbeitung bekommt das Gehirn Reize über die Sinnesorgane, sortiert und selektiert diese gezielt im Arbeitsspeicher, gleicht sie mit früheren Erfahrungen ab, leitet sie gezielt zur weiteren Verarbeitung weiter und kommt so schlussendlich zu einer adäquaten, gut überlegten Reaktion.

AD(H)S-Kinder fokussieren nicht so gut, Reize werden nicht so gut selektiert und dann im Arbeitsspeicher auch noch unvollständig abgespeichert und können nicht so gut mit Bekanntem abgeglichen werden. Daher ist auch die weitere Verarbeitung suboptimal, und es kommt zu einer impulsiven, oberflächlichen, unüberlegt erscheinenden Reaktion. Andererseits können AD(H)S-Kinder aber Reize sehr schnell verarbeiten, spontan reagieren, sofort Antworten finden und zu neuen innovativen Ideen und Lösungswegen kommen.

Dies scheint mit daran zu liegen, dass der Botenstoff Dopamin, der bei uns vor allem im Stirnhirnbereich für das Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis, die Arbeitsstruktur und Handlungsplanung sowie die Impulssteuerung zuständig ist, nicht in ausreichender Konzentration vorzuliegen scheint. Auch die Regulation von Verhalten und die Steuerung von Impulsen finden hier statt.

Die Diagnostik bei AD(H)S sollte sowohl medizinisch als auch psychologisch erfolgen. Wichtig ist die Erhebung der kompletten Vorgeschichte inklusive Schwangerschafts- und Geburtsanamnese, Erkrankungen und bisher durchgeführte Untersuchungen, bereits erfolgte Therapien. Genauso gehört eine Erfassung der aktuellen Situation in allen relevanten Bereichen – bei Kindern wird dies vor allem die Situation zuhause und im Kindergarten/in der Schule sein dazu alle schwierigen aber auch alle positiven Aspekte, obwohl letztere manchmal schwierig zu finden sind, weil die Probleme alles andere überdecken.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Erfassung der Lebensgewohnheiten der Familie, dem Erziehungsverhalten der Eltern, dem Fernsehkonsum, sonstiger Belastung auch der anderen Familienmitglieder.

Medizinisch sollten eine pädiatrisch-internistische sowie eine pädiatrisch-neurologische Untersuchung erfolgen. Besonderes Augenmerk sollte auf der Funktion der Sinnesorgane, besonders dem Hören uns Sehen, liegen. So sind im Kindesalter Polypen häufig, die sekundär zu erheblicher Minderung des Hörvermögens führen könne, außerdem zu Atemnot und Atempausen im Schlaf, was die Schlafqualität sehr verschlechtert. Dass unausgeschlafene Kinder, die vielleicht auch viele Dinge einfach durch schlechtes Hören nicht mitbekommen, gereizt, irritiert, desorganisiert, impulsiv und unruhig reagieren, ist gut nachvollziehbar, hat aber mit AD(H)S zunächst nichts zu tun! Dasselbe gilt natürlich für Kinder, die durch Sehprobleme motorisch unsicher sind, große Mühe mit an sie gestellten Aufgaben haben können und deshalb unkonzentriert und unaufmerksam wirken können.

Ausgeschlossen werden sollten auch neurologische Erkrankungen, z. B. Epilepsien, die auch einmal „nur“ durch „Absencen“, d. h. kurzes Innehalten in einer Tätigkeit in Erscheinung treten können. Für die Kinder ist das wie ein „Filmriss“ für wenige Sekunden, jedoch manchmal viele Male am Tag.

Bei der psychologischen Untersuchung wird der Schwerpunkt einerseits auf eine genaue Verhaltensbeobachtung des Kindes und der Familieninteraktion gelegt. Andererseits ist die Bestimmung des Entwicklungstandes, häufig eine umfangreiche Intelligenz- und Leistungsdiagnostik, notwendig, z. B. um eine Unter- oder Überforderung als Grund für die Verhaltensprobleme auszuschließen oder festzustellen. Die Abklärung von Teilleistungsschwächen und/oder weiterer emotionaler Störungen ist ebenfalls Bestandteil der psychologischen Untersuchungen.

Dies alles ist umso notwendiger, wenn man weiß, dass die meisten Patienten mit AD(H)S wenigstens eine, wenn nicht zwei oder mehr zusätzliche Störungen haben (vgl. Russel Berkley 1997). Andererseits sind die Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Unruhe und Impulsivität auch zu beobachten als reine Reaktion auf ungünstige Lebensbedingungen, seelische Belastungen u. v. m..

An eine AD(H)S begleitenden Störungen (Komorbiditäten) findet man vor allem eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens (ca. 50 %), Ticstörungen (ca. 30 %), Angststörungen (– 25 %), Lern- oder Teilleistungsstörungen (– 25 %), sowie affektive besonders depressive Störungen (9-38 %). Bei jüngeren Kindern findet man häufig Entwicklungsverzögerungen, die selbstverständlich separat diagnostiziert und adäquat behandelt und gefördert werden müssen.

In der Behandlung eines AD(H)S gibt es verschiedene Möglichkeiten und Ansätze, wobei gilt, dass nicht jedes Kind alles braucht, sondern ein individuelles, auf die Probleme des Kindes und der Familie abgestimmtes „multimodales Therapiekonzept" erstellt werden sollte, das immer wieder der Überprüfung und Modifizierung bedarf.

Einige grundsätzliche Dinge sind aber sicherlich für jedes Kind und jede Familie wichtig:

1. Klare Strukturen im Alltag und ein gutes „Coaching" des Kindes durch die Eltern bei Anforderungen, bei denen es sich durch die AD(H)S-Problematik überdurchschnittlich schwer tut.
2. Viel Lob und Anerkennung auch für Bemühungen und Anstrengungen, nicht nur für die fertigen Leistungen.
3. Dazu gehört auch, die Stärken und guten Eigenschaften der Kinder zu erkennen bzw. sie sich wieder bewusst zu machen, sie hervorzuheben und zu fördern.
4. Eltern mit Kindern mit AD(H)S sind häufig sehr belastet, erleben viel negatives Feedback. Daher ist für sie eine beständige Beratung und Begleitung wichtig, ein Ansprechpartner, an den sie sich bei aktuellen Problemen wenden können und der auch aktive Unterstützung z. B. im Umgang mit der Schule anbietet.

Als gezielte Interventionen bei AD(H)S sind etabliert:

1. Eine Verhaltenstherapie, von der die Kinder vor allem bezüglich Handlungsplanung und Impulssteuerung profitieren können und wo ebenfalls eine gezielte Elternanleitung stattfindet. Allerdings ist es in weiten Teilen Deutschlands sehr schwierig, einen Therapieplatz zu bekommen, weil die Nachfrage das Angebot deutlich übersteigt.
2. Ein spezielles Elterntraining, wo neben Information über das Störungsbild AD(H)S zum besseren Verständnis ebenfalls verhaltenstherapeutische Tech-

niken vermittelt werden, die den Umgang der Eltern mit ihren Kindern verbessern und erleichtern sollen. Auch der Austausch betroffener Eltern miteinander kann hilfreich und entlastend sein und zu sehr kreativen Ideen führen, wie Alltagsprobleme gehandelt werden können.

3. Information, Austausch, aktuelle Entwicklungen und gegenseitige Unterstützung sind auch Thema in den Selbsthilfegruppen, die mittlerweile bundesweit existieren und organisiert sind.
4. Ist die Diagnose sicher gestellt und wird erkennbar, dass trotz aller o. g. Interventionen die Symptomatik so ausgeprägt ist, dass sie das Kind in seinen Lebensbereichen handikapt und es Gefahr läuft, in seiner weiteren Entwicklung Schaden zu nehmen, kann als weiterer Baustein in der Therapie eine Medikation diskutiert werden. Zur Verfügung stehen aktuell in Deutschland dafür vor allem Methylphenidat in unretardierter und retardierter Form (Ritalin, Medikinet, Equasym, als Generikum) sowie seit ca. zwei Jahren Atomoxetin (Strattera). Die Dosierung wird individuell nach klinischer Wirkung eingestellt und bedarf der laufenden ärztlichen Kontrolle. Die Eltern und auch die Kinder werden über Wirkung, Nebenwirkungen und Anwendung aufgeklärt.

Neues aus der Forschung:
In den 70er Jahren wurde die These postuliert (Krech, Rosenzweig), dass eine attraktive Umwelt und soziale Interaktion die Verschaltungen zwischen den Neuronen der Großhirnrinde sprießen lassen, während Isolation und „Ödnis“ die Entwicklung der Hirnrinde hemmen.

Frau Prof. Dr. Anna Katharina Braun hat sich dieses Themas nochmals angenommen. Sie nahm dafür Strauchratten (Degus), die sich durch ihr ausgeprägtes soziales Verhalten auszeichnen: Sie leben in Gemeinschaften, sind monogam, kümmern sich gemeinsam um ihren Nachwuchs, haben sogar Laute, um miteinander zu kommunizieren. Ebenfalls besonders ist, dass ihre Babys mit offenen Augen zur Welt kommen.

Für ihren Versuch setzte Prof. Braun die Jungen einer „relativ milden Deprivationssituation“ aus: Sie trennte zwei Gruppen von Rattenbabys ab dem achten Lebenstag zweimal am Tag für je drei Minuten von Eltern und Geschwistern drei Tage lang. Eine Gruppe hörte während dieser Zeit die aufgenommene Stimme der Mutter.

Als Ergebnis fand sie, dass bei den getrennten und so gestressten Rattenkindern die Synapsen im Präfrontalkortex auffällig vermehrt waren, der Hirnstoffwechsel dagegen eindeutig erniedrigt.

Daraus schloss Frau Prof. Braun, dass zur Hirnentwicklung nicht nur gehört, dass Verbindungen geschaffen und durch Reizverarbeitung gestärkt werden, sondern auch, dass sie adäquat reduziert werden. Darüber hinaus gerät nicht nur die Synapsenzahl bei den gestressten Rattenkindern aus dem Gleichgewicht, sondern auch der Hirnstoffwechsel, also die neurobiologischen Vorgänge sind gestört.

Erinnert man sich an das „Netzwerk" unserer Reaktionen aus Gelerntem, Erfahrungen, Sozialisation auf der einen und angeborenen Stärken und Schwächen sowie neurobiologischen Voraussetzungen auf der anderen Seite, könnten diese Erkenntnisse diese Hypothese stützen, wenn man es wagen würde, sie auf den Menschen zu übertragen. Dazu bedarf es sicher noch weiterer Untersuchungen.

Aus der klinischen Forschung wird noch ein Projekt der Arbeitsgruppe „Frühe Aufmerksamkeitsstörungen" vorgestellt (Teilnehmer: Meusers, Gelb, Sporrmann, Kilian-Poburski, Lefering, Kühle, Grosse, Neuhaus, Henschen, Ziegler-Kirrbach, Wolff, Oberle): Zur besseren Diagnostik eines AD(H)S bereits im Kleinkindalter soll ein Screening-Fragebogen entwickelt werden.

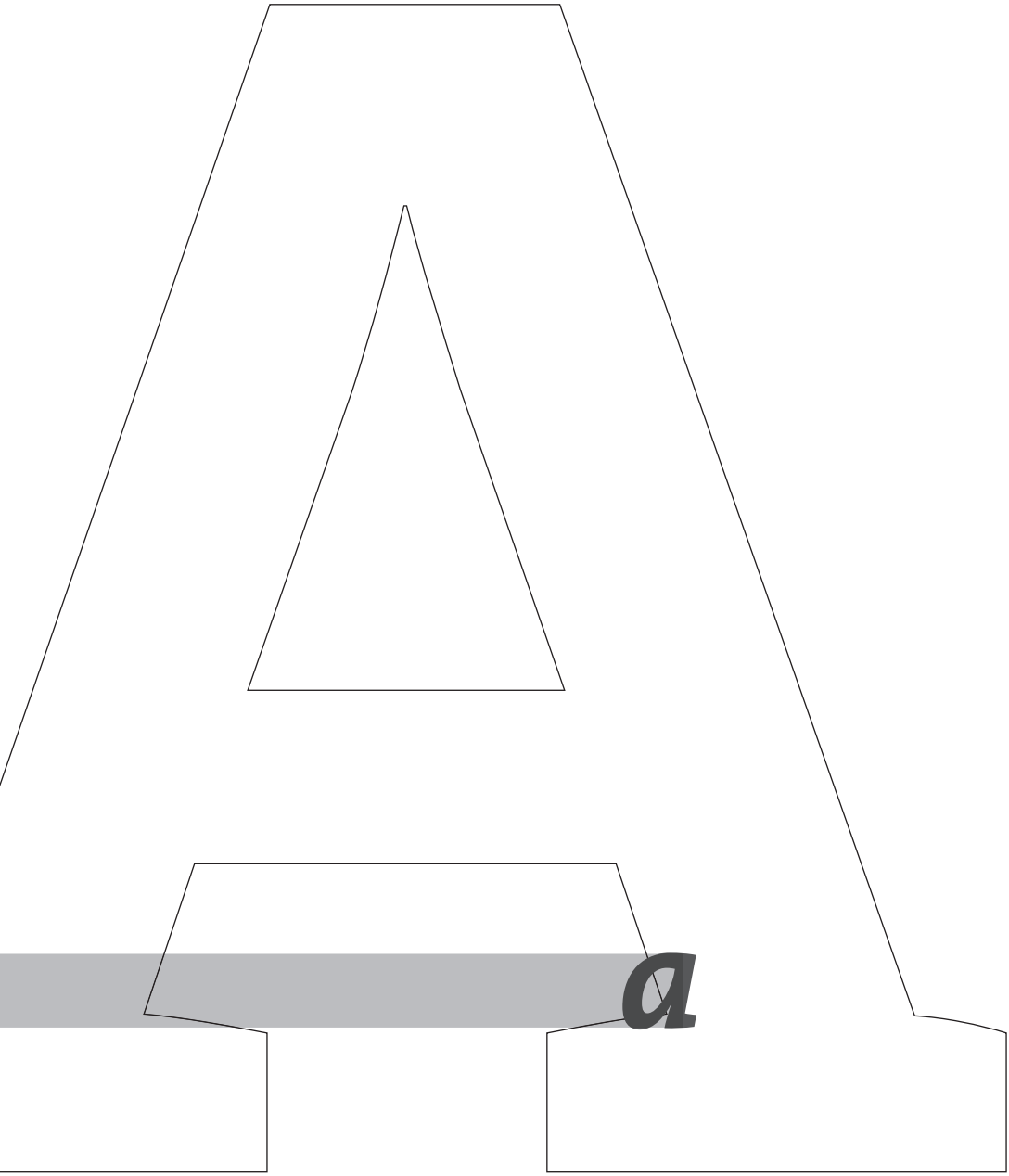
Dazu wurden im letzten Jahr in der Expertengruppe Fragen zu AD(H)S im Kleinkindalter gesammelt und eine Vorversion mit ca. 50 Fragen bei Eltern zum Einsatz gebracht.

In den nächsten Jahren soll der Fragebogen breit eingesetzt werden, und 2 000 Kinder sollen im Rahmen der U7 (18-24 Monate), der U8 (48 Monate) und zum Schuleingang überprüft werden, bei AD(H)S-Verdacht gezielte Diagnostik mit sechs Jahren.

Danach sollen die Ergebnisse statistisch daraufhin ausgewertet werden, inwieweit Frühsymptome tatsächlich mit der späteren Diagnose AD(H)S korrelieren und danach ein Screening-Bogen mit ca. 20 Fragen für das Vorschulalter erstellt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

AD(H)S ist keine einfache organische Störung, sondern ein „Netzwerk der Reaktionen“ aus Genetik, neurobiologischen Voraussetzungen, äußeren Bedingungen und Lernerfahrungen eines Kindes möglicherweise von Geburt an. Dementsprechend komplex und vielschichtig sind Diagnostik und Behandlung. Doch der Einsatz und das Engagement für diese Kinder und ihre Familien lohnt sich.


a

Gabriele Schmid

„Wer sucht, der findet (immer?)!“

Von Verhaltensmerksmalen zur Diagnose ADHS

1. Einführung

In diesem Beitrag sollen verschiedene Bausteine des diagnostischen Prozesses bei Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) skizziert werden. Neben den Vorgaben der Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften werden Fragebögen und Checklisten, Verfahren der Leistungsdiagnostik und neuropsychologische Verfahren sowie mögliche Ergänzungen des diagnostischen Vorgehens kurz vorgestellt. Auch differenzialdiagnostische Überlegungen werden dargestellt.

Im eigentlichen Wortsinn bedeutet „Diagnostik“ im Griechischen „gründlich kennenlernen“. Insoweit weist der Begriff bereits darauf hin, dass ein mehrstufiges diagnostisches Vorgehen bei ADHS Zeit, klinische Erfahrung und den Einsatz verschiedener diagnostischer Bausteine erfordert – auch wenn ökonomische Aspekte das Handeln in der Praxis inzwischen stark bestimmen.

ADHS-Diagnostik wird in Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, von spezialisierten Ärzt(inn)en für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Psycholog(inn)en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en durchgeführt. Der diagnostische Prozess gliedert sich nach Döpfner & Petermann (2008) allgemein in die Phasen der Exploration (gründliche klinische Befragung der Familie und ggf. des Kindes), in eine weitergehenden Diagnostik (Verhaltens- und Psychodiagnostik, Entwicklungs-, Intelligenz- und neuropsychologische Diagnostik, Diagnostik körperlicher Funktionen sowie Diagnostik psychosozialer Bedingungen). Dann erfolgt der klinisch wichtigste Teil des diagnostischen Prozesses: Die verschiedenen Einzelbefunde müssen in ein Gesamtbild integriert werden, das die psychischen Probleme und Kompetenzen, kognitiven Defizite und Fähigkeiten und die

psychosozialen Lebensbedingungen der Patienten angemessen beschreiben kann. Am Ende steht die in der Regel multiaxial dargestellte Diagnose nach ICD bzw. DSM, d.h. die Klassifizierung eines Symptombildes in einer diagnostischen Kategorie.

2. Differenzial-Diagnostik: Was ist es, wenn es nicht ADHS ist?

Häufig lassen sich Verhaltensweisen und Verhaltensmerkmale eines Kindes, die zunächst an das Bild eines ADHS denken lassen, nach gründlicher Untersuchung als eine andere Problematik einordnen. Differenzialdiagnostisch spielen vor allem Anpassungsstörungen (Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis wie die Trennung der Eltern), emotionale Störungen, Beziehungs- und Bindungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, schulische Unter- oder Überforderungssituationen, Teilleistungsstörungen, autistische Störungen eine Rolle. Auch organische Erkrankungen (z.B. Absence-Epilepsie, Restless-Legs-Syndrom) können zunächst an eine ADHS-Symptomatik erinnern.

Nicht zuletzt soll darauf hingewiesen sein, dass aufgrund des dimensionalen Charakters der Verhaltensmerkmale bei ADHS auch häufig keine kinderpsychiatrische Störung (Normvariante) vorliegt und insbesondere bei sehr jungen Kindern bis ins Vorschulalter die Unterscheidung von ADHS-Symptomen von einem altersangemessenen Bewegungsdrang oft sehr schwierig ist. Als Beispiel sei ein siebenjähriger Schüler der zweiten Klasse genannt, der im Unterricht im ersten Schulhalbjahr mit ausgeprägter Unkonzentriertheit, langsamem Arbeitstempo, einer extrem frustrierenden Hausaufgabensituation mit dem Verdacht auf ADHS angemeldet wurde. Eine differenzierte Leistungs- und Teilleistungsdiagnostik ergab schließlich eine sich entwickelnde schwere Lese- und Rechtschreibstörung, auf die das Kind im Sinne einer Überforderung mit den oben beschriebenen Verhaltensweisen reagierte.

3. Leitlinien: Diagnose-Prozess bei ADHS

Die deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (2007) gibt – wie auch andere Fachgesellschaften – (z. B. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin) Leitlinien für die Diagnose und Behandlung verschiedener Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter heraus. Folgende diagnostische Schritte werden bei ADHS gemäß Leitlinien empfohlen:
Zunächst sollte der Bericht der Eltern den Verdacht auf ADHS-spezifische Probleme nahelegen. Dann sollte ein Screening auf ADHS und allgemein-psychopathologische Symptome erfolgen (Checklisten, Fragebögen). Bei Verdichtung der Hinweise auf ADHS sollte eine ADHS-spezifische Eingangsdiagnostik erfolgen, die sich aus einer ausführlichen klinischen Befragung der Familie und dem Fragebogenurteil (idealerweise durch verschiedene Beurteiler: Familie und Schule bzw. Kindergarten) zusammensetzt. Je nach individueller Problemlage sollten je nach Indikation ergänzende Verfahren zum Einsatz gelangen (organische Diagnostik: z. B. EEG, Beziehungsdiagnostik, Funktions- und Leistungsdiagnostik). Weiterhin sollte eine beratungs- und therapierelevante Diagnostik erfolgen (spezifische Situationsanalysen, Problemhierarchien) und je nach individueller Therapieplanung auch eine ggf. „medikationsrelevante“ Diagnostik (Laborwerte, Tagesprofil der ADHS-Symptomatik), um entsprechende Interventionen vorbereiten zu können. Zuletzt spielt immer auch die fortgesetzte Diagnostik im Rahmen von regelmäßigen Verlaufskontrollen eine Rolle, die der Therapieevaluation und der Einschätzung des Symptomverlaufes dient.

4. Fragebögen und Checklisten für ADHS

In den letzten Jahren sind im deutschen Sprachraum immer mehr ADHS-spezifische Diagnoseinstrumente in Form von Fragebögen und Checklisten verfügbar geworden. Verschiedene Instrumente wenden sich an verschiedene Altersgruppen und bedienen jeweils unterschiedliche Anliegen, z. B. Checklisten für erfahrene Kliniker, Fragebögen, die sowohl das Eltern- als auch das Erzieher- oder Lehrerurteil ermöglichen, etc. Der Hauptvorteil von Fragebögen und Checklisten liegt in der sehr ökonomischen Anwendung und der – je nach Qualität der Gütekriterien des Instruments –

Objektivierung relevanter Störungsmerkmale. Einige allgemein-psychopathologische Fragebogenverfahren (z. B. Verfahren der Child Behaviour Checklist CBCL, Strength and Difficulty Questionnaire SDQ) beinhalten auch orientierende Unterskalen, die auf ADHS-Symptomen fokussieren. Insofern stellen sie eine erste Abschätzung im Rahmen eines Screenings dar. In den letzten Jahren wurde vermehrt Anstrengung dahin gehend unternommen, für die Altersgruppe an den „Rändern" Verfahren zur Verfügung zu stellen, d. h. für den vorschulischen und den Erwachsenenbereich. Den Anspruch auf eine umfangreiche, altersgruppenübergreifende Sammlung diagnostischer Instrumente stellt das sogenannte KIDS 1 (Kinder-Diagnostik-System für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS) von Döpfner et al. (2006) dar, das neben Screening-Verfahren, Explorationsleitfäden, Eltern-Interview, Checklisten, Fragebögen, Medikationsbeurteilung auch das Vergehen bei der Verlaufskontrolle skizziert. Einige in dieser Sammlung vorgestellten Instrumente müssen jedoch nach wie vor beim Testverlag häufig erworben werden.

5. Funktions- und Leistungsdiagnostik bei ADHS

Gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) empfiehlt sich eine orientierende Intelligenzdiagnostik bei allen Schulkindern, da die ADHS zum einen eine schulrelevante Störung ist und zum anderen spezifische Schulsituationen ADHS-ähnliche Symptomatiken mit hervorrufen können. Falls sich Hinweise auf Leistungsprobleme oder schulische Unterforderungen ergeben, ist eine ausführliche testpsychologische Untersuchung der Intelligenz und schulischer Teilleistungen von den Leitlinien empfohlen. Bei Vorschulkindern wird grundsätzlich eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik empfohlen, um ggf. Entwicklungsdefizite in verschiedenen Funktionsbereichen, die dem kindlichen Problemverhalten zugrunde liegen können, ausschließen zu können.

Neuropsychologische Verfahren (Untersuchung kognitiver Teilfunktionen wie der Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses etc.) werden als ergänzend hilfreich erachtet und dienen insbesondere der Erfassung individueller Leistungsprofile, die helfen können, Förderansätze herauszuarbeiten.

Oftmals kommen Eltern mit ihrem Kind zur Untersuchung und fragen nach dem „ADHS-Test“, von dem sie gehört hätten und der feststellen könne, ob ein Kind eine entsprechende Störung aufweist. Hierzu ist zu sagen, dass es bislang keinen spezifischen bzw. beweisenden Test bzw. kein Untersuchungsverfahren gibt, das die ADHS zweifelsfrei nachweisen kann. Die Literatur spiegelt eine heterogene Befundlage wider, was den Einsatz verschiedener neuropsychologischer Verfahren im Rahmen der ADHS-Diagnostik betrifft. In der Regel werden entsprechende Tests zunächst für Forschungszwecke (z. B. zur Objektivierung von Medikamentenwirkungen) eingesetzt, und es sind verschiedene Paradigmen einzelner Verfahren im Umlauf. Gleichwohl gibt es einige klinisch bewährte Untersuchungsmöglichkeiten, die verschiedene, bei ADHS häufig betroffene Funktionsbereiche abbilden. Dabei sind Verfahren zu nennen, die verschiedene Funktionen der Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis adressieren.

Aufmerksamkeitsfunktionen werden inzwischen im Wesentlichen über PC-gestützte Verfahren geprüft. Beispielhaft sei die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder – KiTAP nach Fimm & und Zimmermann (Psytest) zu nennen, die mittels verschiedener Untertests (z. B. Ablenkbarkeit, Go no Go, Flexibilität,etc.) Modellfunktionen der Aufmerksamkeit bei 6- bis 10-jährigen Kindern erfasst. Es gibt auch verschiedene Papier-Bleistift-Tests, die Aspekte des konzentrierten Arbeitens unter Zeitdruck und die Impulsivitätsneigung erfassen können, zudem sind kurze Tests der selektiven Aufmerksamkeit integraler Bestandteil verschiedener Testbatterien zur Leistungsdiagnostik (z. B. Zahlen-Symbol-Test des HAWIK-IV). Als weiterer wichtiger Bereich kann die Untersuchung der Lern- und Merkfähigkeit sinnvoll sein, dort insbesondere eine Untersuchung der Hör-Merkspanne und des Lernerwerbs.

Als Fazit für die Praxis ist festzuhalten, dass Funktions- und Leistungsdiagnostik sinnvoll zur Erhebung des individuellen Profils ist, die Möglichkeit des Ausschlusses anderer Ursachen für Verhaltensprobleme anbietet, einen Nutzen bei der Therapieevaluation besitzt und sich insbes. gut zur Verhaltensbeobachtung eignet. Es empfiehlt sich „ein Mix“ von Einzelverfahren, die zur Hypothesenprüfung herangezogen werden können (z. B. wenn die Eltern insbes. über Probleme in der Daueraufmerksamkeit oder der Merkfähigkeit berichten). Es gilt jedoch unbedingt, dass unauffällige Test- bzw. neuropsychologische Befunde eine ADHS nicht ausschließen und umgekehrt. Eine ADHS-Diagnose ist in erster Linie eine klinische Diagnose!

6. Zusätzliche Möglichkeiten der psychologischen Diagnostik

Es ist wünschenswert, so viele alltags- und verhaltensnahe Informationen über das Kind zu erhalten wie möglich. Dieses bedeutet, dass eine Beobachtung des Kindes im Kindergarten oder in der Schule oftmals am besten aufzeigen kann, ob und in welcher Form eine Störung der Aufmerksamkeit und Aktivität vorliegt. In der klinischen Praxis ist oft ein solches Vorgehen nicht möglich, sodass Videoaufnahmen bzw. ausführliche Gespräche mit Lehrkräften – sofern die Eltern mit ihrer Schweigepflichtsentbindung dem zustimmen – eine Annäherung liefern. Eine Beobachtung des Kindes in einer Hausaufgabensituation in der Klinik bzw. Praxis und die dabei ablaufende Interaktion mit einem Elternteil bieten per Videodiagnostik ebenfalls wertvolle Hinweise. Der Einsatz von spezifischen Problem- und Situationsanalysen (verhaltenstherapeutische Diagnostik) stellt ebenfalls ein sinnvolles Handwerkszeug bei der Erhebung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren von Problemverhaltensweisen dar (z. B. Essenssituation, Hausaufgaben). Unbedingt sollte auch das unmittelbare Beziehungssystem des Kindes mit ADHS-Verdacht untersucht werden. Liegen evtl. bei einem Elternteil erhebliche Belastungen oder gar ebenfalls Merkmale einer ADHS oder einer anderen psychischen Störung vor, die Problemverhalten beim Kind erzeugen bzw. aufrechterhalten? Aus diesen Informationen lassen sich neben der Sicherung einer Verdachtsdiagnose oftmals sinnvolle Schritte für den Beratungs- und Therapieprozess ableiten, der jeder gestellten ADHS-Diagnose natürlich folgen sollte: Ohne gesicherte Diagnose keine störungsspezifische Therapie!

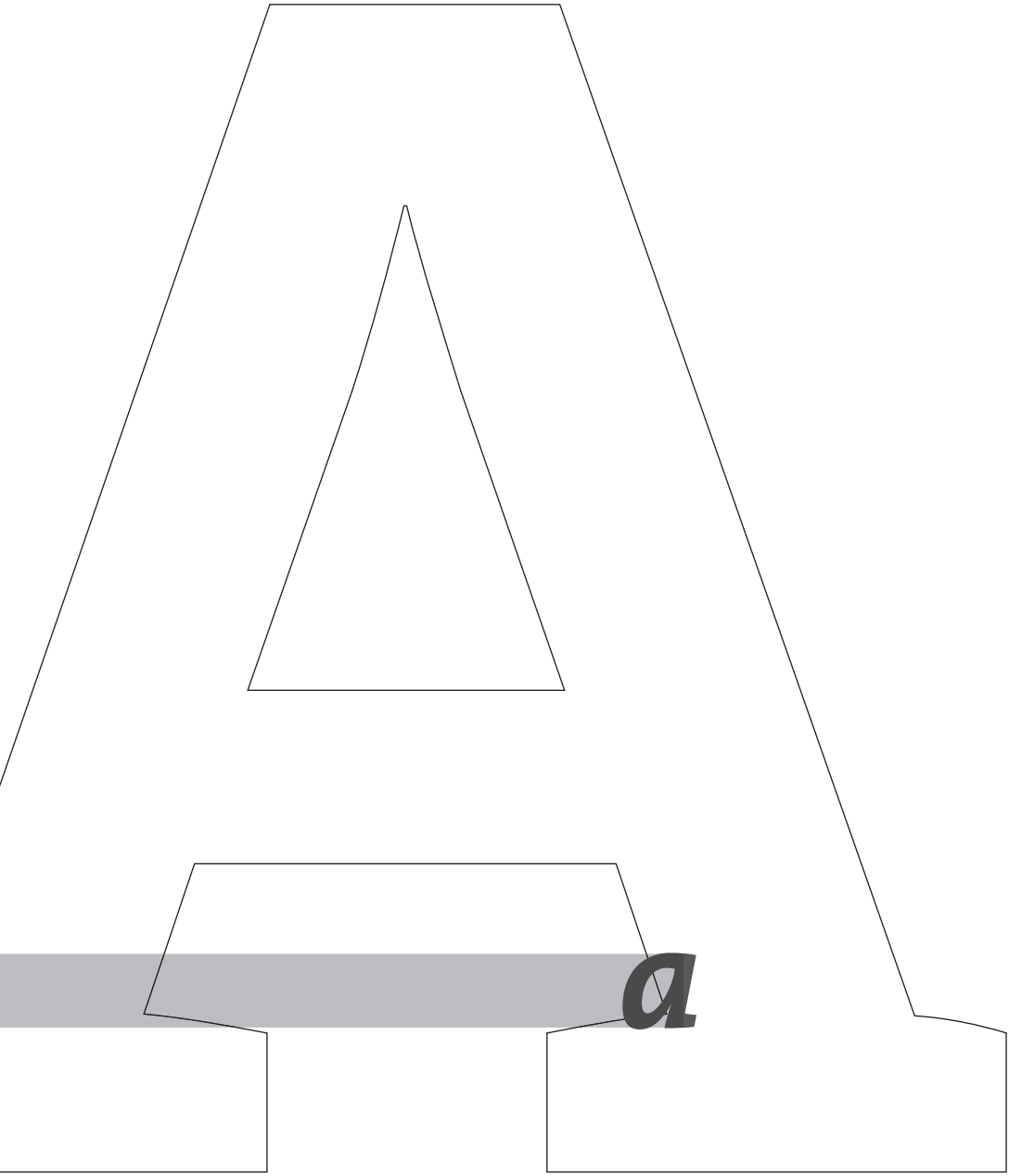
Literatur

Döpfner M., Petermann F. (2008) *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Hogrefe, Göttingen.

Dt. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg) (2007) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Hyperkinetische Störungen.* Deutscher Ärzte Verlag, S. 239-254.

Schmid G. (2007) Diagnostik. In: Kahl K. G., Puls J. H., Schmid G. (Hrsg) *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen.* Thieme, Stuttgart.

Döpfner M., Lehmkuhl G., Steinhausen H. C. (2006) *KIDS 1 – Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).* Göttingen, Hogrefe.


a

B

Karl Heinz Brisch

Posttraumatische Belastungsstörung und Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität

Überblick

Auf dem Hintergrund der Bindungstheorie wird die Entwicklung der desorganisierten Bindung des Säuglings, die besondere Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörungen der Mütter und der Kinder bei unverarbeiteten eigenen Traumata sowie der interaktionellen Störungen in der Mutter[1]-Säuglings-Beziehung dargestellt. Parallelen zwischen den Verhaltensauffälligkeiten der desorganisierten Bindung und dem Syndrom mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (ADHS) werden herausgearbeitet und die Verbindung zu Forschungsergebnissen der Genetik und der Neurobiologie hergestellt. Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse werden ein multidimensionales Modell zum Verständnis des ADHS-Syndroms sowie mögliche Therapieansätze diskutiert.

Überlebenswichtige Grundbedürfnisse für eine gesunde Entwicklung

Für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern müssen einige lebenswichtige Grundbedürfnisse des Kindes – auch motivationale Systeme genannt – erfüllt

1 Die in diesem Beitrag dargestellten Forschungsergebnisse beziehen sich in der Regel auf Mütter und die Beziehungen zu ihren Kindern. Es kann allerdings nicht davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse uneingeschränkt auch auf die Vater-Kind-Beziehung übertragen werden können, leider liegen hierzu oft keine Forschungsergebnisse vor. Die Vater-Kind-Beziehung und ihr Beitrag zur frühen Entwicklung wird aber dennoch für ausgesprochen bedeutungsvoll gehalten, auch wenn aufgrund der Forschungsdaten die Mutter-Kind-Beziehung auch in diesem Beitrag im Mittelpunkt steht.

sein. Obwohl diese Grundbedürfnisse als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung in der Säuglingsforschung untersucht werden, sind sie dennoch auch über den gesamten menschlichen Lebenszyklus von lebenserhaltender Bedeutung; ihre Befriedigung fördert eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern. Zu den motivationalen Systemen zählen folgende Grundbedürfnisse des Kindes: Befriedigung von lebenserhaltenden physiologischen Bedürfnissen, Bindung, Exploration, sensorisch-sexuelle Stimulation, Abwehr von aversiven – etwa schmerzvollen – Reizen und Selbsteffektivität (Lichtenberg u. a., 2000). Diese werden im Einzelnen nachfolgend genauer ausgeführt.

Physiologische Grundbedürfnisse

Zu den physiologischen Grundbedürfnissen als basale motivationale Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung gehören die ausreichende Versorgung mit Sauerstoff, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wärme und Möglichkeiten zu einem ausgeglichenen Schlaf-Wach-Rhythmus, der sowohl Phasen des Schlafs wie auch solche der wachen, angeregten Aktivität enthält. Gerade diese physiologischen Bedürfnisse müssen in zyklischen Abständen befriedigt werden, die unterschiedlich lang sein können, beim Sauerstoffbedarf sind sie z. B. sehr kurz, bei der Nahrungsaufnahme können sie länger sein. Diese Grundbedürfnisse setzen auch einen Schutz durch eine entsprechende äußere Umwelt voraus, die das Kleinkind oder den Säugling nicht den Unbilden des Wetters und der Natur aussetzt. Da der Säugling seine physiologischen Grundbedürfnisse in gar keiner Weise allein regulieren kann, im Gegensatz zu Erwachsenen oder größeren Kindern, benötigt der Säugling eine verstärkte Außenregulation durch Bindungs- und Pflegepersonen, welche die Befriedigung und Sicherstellung dieser für das Überleben essenziellen physiologischen Grundbedürfnisse gewährleisten. Dies setzt voraus, dass die Pflegepersonen in der Lage sind, die Bedürfnisse auch wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt darauf zu reagieren.

Bindung

Die Entwicklung einer sicheren Bindung an eine Hauptbindungsperson ist ebenfalls ein motivationales System, welches das Überleben des Säuglings sichert. Ohne emotionale Versorgung wäre der Säugling ebenso verloren und könnte nicht wachsen

und gedeihen, wie wenn ihm Wasser und Luft zum Atmen fehlten. Die feinfühlige Reaktion auf Signale der Angst, die durch Trennung, Schmerz, Gefahr und auch innere, affektiv belastende emotionale Prozesse (Albträume) entstehen kann, setzt eine emotional verfügbare Bindungsperson voraus, die den Säugling in diesen Signalen wahrnimmt und angemessen und prompt mit Körperkontakt und Beruhigung darauf reagiert, um auf diese Weise die ängstlichen Affekte des Säuglings zu regulieren (Brisch & Hellbrügge, 2008). Diese feinfühligen Interaktionserfahrungen sind nicht nur im Säuglingsalter, sondern über den gesamten Lebenszyklus von großer Bedeutung für die Entwicklung eines Gefühls von emotionaler Sicherheit. Hierzu gehören auch die Verbalisation von emotionalen Erfahrungen beim Kind, etwa wenn es Angst hat, sowie Berührung, Blickkontakt und eine emotionale Verfügbarkeit des Interaktionspartners (Brisch, 1999).

Exploration

Sobald der Säugling eine sichere Bindung emotional erfährt, wird ein weiteres motivationales System, das der Neugier und Erkundungsfreude, angeregt, sodass der Säugling – ausgehend von einem sicheren emotionalen Hafen – seine Umwelt erleben und neugierig entdecken möchte. Eine sichere Bindung ohne die Möglichkeit zur Exploration der Umwelt wäre für die Entwicklung des Säuglings nicht förderlich, im Gegenteil, der Säugling würde alle möglichen Außenwahrnehmungsstimuli über die verschiedensten Wahrnehmungskanäle vermissen, sodass die Wahrnehmungssinne in vielen Bereichen verkümmern könnten. Da der Säugling noch nicht einschätzen kann, welche Explorationen mit Gefahren verbunden sind, ist ein Balancespiel nötig zwischen sichernder Bindungsperson, Ermutigung und Unterstützung von feinfühliger Exploration und wiederum Sicherung, sobald die Exploration für den Säugling gefährlich werden könnte. Die Bindungsperson muss dem Säugling helfen, eine feinfühlige Balance zwischen Exploration und Bindungssicherheit zu finden, ohne dass der Säugling in einen Zustand von Über- oder Unterstimulation gerät. Die beiden Extremzustände sind nicht mehr optimal entwicklungsfördernd, da sie in der Regel außerhalb eines für den Säugling individuellen Fensters seiner Stressregulation liegen. Gerät das Gehirn in einen Zustand von zu großer oder zu geringer Erregung, ist das Erlernen von verlässlichen kognitiv-affektiven Interaktionsmustern für den Säugling nicht mehr so effektiv möglich.

Sensorische Stimulation

Alle Wahrnehmungskanäle und Sinne des Säuglings sind auf das Aufsaugen von sensorischen Reizen aus der Außen- wie auch Körperinnenwelt ausgerichtet. Der Säugling möchte mit allen Sinnesmodalitäten Reize von außen wahrnehmen; dazu gehören die Haut als das größte sensorische Organ des Menschen, Augen, Ohren, Mund, Nase und alle Wahrnehmungsreize, die von den Innenorganen kommen und teilweise in unser Bewusstsein dringen. Auch die Körperwahrnehmung, wie die motorische Bewegung und die Spannung von Sehnen und Muskeln, werden dem Gehirn mitgeteilt und führen zu einer umfassenden sensorischen Landkarte, die im Gehirn integriert werden muss.

Ohne Erfahrungen durch sensorische Stimulationen ist eine gesunde Entwicklung des Säuglings nur bedingt möglich. Besonders beim Deprivationssyndrom des Säuglings zeigt sich, wie sowohl die Deprivation auf den Wahrnehmungskanälen als auch die emotionale Deprivation durch den Verlust oder den Mangel an Bindungserfahrungen zur Reduktion von Wachstumshormonen insgesamt sowie auch speziell von neuronalen Wachstumshormonen führt, sodass es langfristig zu einem Minderwuchs und auch zur Verringerung des Kopfumfangs wegen verringertem Gehirnwachstum kommt (Johnson & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006).

Vermeidung von negativen Stimuli

Schon intrauterin sowie von Geburt an kann man beobachten, wie der Säugling sich mit seinen motorischen Fähigkeiten (Kopf wegdrehen, Händchen vor das Gesicht führen, Mund verschließen, weinen) gegen negative Stimuli zu wehren versucht, insbesondere wenn sie ihm Schmerz und Unwohlsein bereiten. So kann er sehr deutlich zwischen süßen und sauren Geschmacksstoffen unterscheiden – saure werden eindeutig abgelehnt und süße bevorzugt. Dieses motivationale System sichert ebenfalls das Überleben und gibt sowohl der Umwelt als auch dem Säugling eine Chance, angenehme Reize zu intensivieren und negative Stimuli zu vermeiden oder sich, soweit möglich, aktiv auch dagegen zu sträuben.

Selbstwirksamkeit

Ebenfalls sehr früh im Laufe des ersten Lebensjahres entwickelt der Säugling eine deutliche Motivation, Dinge selbst zu tun und zu bewirken. So konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass der Säugling Zusammenhänge zwischen seinen Aktivitäten, wie etwa Bewegung, und dadurch ausgelösten Antworten (Drehen des Mobiles, Auslösen von Musik, Veränderungen von Lichtquellen) deutlich registriert. Sobald er Zusammenhänge wahrgenommen hat, werden solche Aktivitäten von ihm gesteigert und mehrfach ausgeführt, um sich diesen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit jedes Mal mit einem deutlichen emotionalen Wohlbefinden und positivem Lustgewinn auszusetzen und sie zu einer befriedigenden Form der Selbstaktivität zu gestalten. Offensichtlich scheint diese Form der frühen Selbstwirksamkeit, die zeitlebens erhalten bleibt, ein ebenfalls tief verwurzeltes motivationales System zu sein, das vermutlich für die Steuerung der Selbstentwicklung und der Selbstwertentwicklung von großer Bedeutung ist. Eine gesunde Selbstentwicklung beinhaltet, dass schon der Säugling und das Kleinkind das Gefühl erlebt, selbst handelnd und Akteur seiner Effekte und motorischen sowie affektiv-emotionalen Interaktionen zu sein. Diese Selbstwirksamkeit bezieht sich demnach nicht nur auf motorische Aktivitäten, sondern ebenso auf affektiv-emotionalen Austausch. Schon im Lauf des ersten Lebensjahres ist sich der Säugling bewusst – und wiederholt dies gezielt und sozial orientiert –, dass er z. B. eine andere Person mit der deutlichen Erwartung anlächelt, dass diese ihn ebenfalls anlächelt und sich positiv affektiv-emotional mit ihm austauscht, indem sie die innere Welt der Affekte des Säuglings empathisch wahrnimmt und in die Beziehung zu ihm einbringt. Diese Form der Interaktion fördert die Mentalisierungsfähigkeit des Säuglings (Klöpper, 2007). Werden diese selbstwirksamen Effekte und Erwartungen nicht erfüllt, weil etwa eine Mutter dem Säugling eine Zeit lang ein mimisch starres Gesicht ohne affektiven Ausdruck anbietet, so zeigen schon kleine Säuglinge in den ersten Monaten deutliche Frustration, Enttäuschung, Wut bis hin zur depressiven Reaktion, wenn es ihnen durch verstärkte Aktivitäten gegenüber der anderen Person nicht gelingt, diese in eine selbstwirksame Interaktion zurückzubringen (Haley & Stansbury, 2003; Reck et al., 2004).

Intersubjektivität und Ziele einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung

Es ist von Bedeutung, dass alle motivationalen Systeme zusammen „Beziehung" herstellen und in einen sozialen Kontext der Beziehungen von Interaktionspartnern, meistens mehreren, eingegliedert sind und nicht isoliert existieren. Insofern bilden die motivationalen Systeme die Grundlage für ein Netz, in dem der Säugling mit allen motorischen, kognitiven, sensorischen und affektiv-emotionalen Inhalten intersubjektive Erfahrungen erleben kann. Dies ist eine gute Voraussetzung, dass im Laufe des ersten Lebensjahres eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Säuglings beginnen kann, die sich dann über die Folgejahre differenziert und weiter vervollständigt und auch entsprechend den wachsenden neuronalen Vernetzungen und Strukturen stabilisiert (Rochat, 2008).

Jedes einzelne Grundbedürfnis für sich genommen ist bereits existenziell; insgesamt beeinflussen sich die Grundbedürfnisse wechselseitig. Ist eines nicht gut entwickelt oder so gut wie gar nicht vorhanden, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf alle anderen Grundbedürfnisse. Wenn ein Kind etwa in seinen physiologischen Bedürfnissen von seinen Pflegepersonen nicht gut versorgt wird, etwa indem es vernachlässigt wird, führt dies zu einer extremen Stresserfahrung; dies beeinflusst unmittelbar negativ die Bindungsentwicklung und alle anderen motivationalen Systeme.

Aus unserer Erfahrung ist die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind eine sehr gute Voraussetzung, um auch die anderen motivationalen Systeme entsprechend zu fördern. Eine gesunde sichere Bindungsentwicklung setzt voraus, dass die Eltern sowohl für die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder als auch für die physiologischen Notwendigkeiten sensibilisiert werden. Dies geht am besten durch die Einübung von feinfühligem Interaktionsverhalten, das sich bereits frühzeitig während der Schwangerschaft durch Video-Interaktionstraining einüben lässt.

Eine weitere Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung zwischen Eltern und Kind ist die Verarbeitung von elterlichen Traumatisierungen aus der eigenen Kindheitsgeschichte. Wir wissen aus vielfältigen Untersuchungen sowie klinischer Erfahrung, dass eigene, unverarbeitete Traumatisierungen der Eltern von diesen in Konflikt- und Spannungssituationen sehr häufig mit dem Kind wieder reaktiviert und in Szene gesetzt werden. In solchen Situationen kommt es zu einer Wiederholung von selbst erlebten Traumaerfahrungen mit dem eigenen Kind, sodass Erfahrungen von

Deprivation und Gewalt über Generationen weitergegeben werden. Eine primäre Prävention für eine gesunde Eltern-Kind-Entwicklung sollte daher solche Teufelskreise der Gewalt durchbrechen oder erst gar nicht entstehen lassen. Denn posttraumatische Belastungsstörungen bei Mutter und/oder Vater prädestinieren die Eltern für eine Wiederholung ihres Traumas in stressvollen Situationen mit entsprechenden Affektdurchbrüchen gegenüber ihrem Kind. Die Kinder entwickeln dann ihrerseits posttraumatische Belastungsstörungen, bei häufiger Wiederholung der traumatischen Erfahrung sprechen wir auch von einer sequenziellen Traumatisierung. Da diese frühen Traumatisierungen auch die Entwicklung des Kindes massiv beeinträchtigen, wird diese auch als „Entwicklungstrauma-Störung" (developmental trauma disorder) (Van der Kolk, 2005) bezeichnet.

Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie ist eine der heute am besten empirisch untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien über die emotionale Entwicklung. Sie wurde von dem englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby in den 50er Jahren begründet (Bowlby, 1958). Er publizierte seine Theorie in seiner Trilogie über Bindung, Trennung und Verlust (Bowlby, 1975; Bowlby, 1976; Bowlby, 1983). Diese Theorie besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt (Bowlby, 1969). Die wichtigste Funktion der Bindungsperson ist es, den Säugling in Situationen von Bedrohung zu schützen und ihm Sicherheit zu geben. Für das unselbstständige menschliche Neugeborene und Kleinkind ist diese Schutzfunktion durch eine Bezugsperson von lebenserhaltender Bedeutung. Ein Säugling, der sich sicher und geborgen fühlt, kann etwa von der Mutter als „sicherem emotionalem Hafen" aus seine Umwelt neugierig erforschen (Bowlby, 1972). Das Bindungsverhalten des Säuglings drückt sich insbesondere im Suchen nach der Bindungsperson, Festklammern, Trennungsprotest, Weinen und Nachlaufen aus. Es wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch Angsterleben aufgrund äußerer realer Gefährdung (etwa durch einen Angriff oder Unfall) oder durch innerlich erlebte Bedrohung (etwa einen Albtraum) aktiviert. Außer zur

Hauptbindungsperson, die auch heute meistens noch die Mutter ist, entwickelt der Säugling in der Regel noch zu drei oder vier anderen emotional wichtigen Personen eine Bindungsbeziehung. Diese weiteren Bindungspersonen, wie etwa der Vater, die Großmutter, das ältere Geschwister, werden in ihrer Bedeutung in einer hierarchischen Reihenfolge vom Säugling aufgesucht, wenn sein Bindungssystem aktiviert wurde.

Konzepte der Bindungstheorie

Feinfühligkeit im Pflegeverhalten

Mary Ainsworth, eine Mitarbeiterin von John Bowlby, begründete durch ihre Forschungsarbeiten das Konzept der Feinfühligkeit. Sie fand heraus, dass Säuglinge sich an diejenige Pflegeperson binden, die ihre Bedürfnisse in einer feinfühligen Weise beantworten. Dies bedeutet, dass die Signale des Säuglings durch seine Pflegeperson wahrgenommen werden, dass sie ohne Verzerrungen durch eigene Bedürfnisse und Wünsche der Pflegeperson richtig interpretiert werden können. In der täglichen Pflege- und Spielerfahrung der Bezugsperson mit ihrem Säugling und Kleinkind werden aber auch Erinnerungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit und der Bindungserfahrung mit den eigenen Eltern wachgerufen. Die damit verbundenen angenehmen sowie emotional belastenden Gefühle und Bilder können durch Projektionen die Beziehung zum eigenen Kind bereichern oder auch erheblich behindern. Im schlimmsten Fall werden wieder erlebte Erinnerungen – etwa eine Missbrauchssituation oder eine Verlassenheitserfahrung – mit dem eigenen Kind wiederholt. Weiterhin muss die Pflegeperson die Bedürfnisse angemessen und prompt entsprechend dem Alter des Säuglings beantworten. Je älter der Säugling wird, umso länger können auch die Zeitspannen sein, die dem Säugling bis zur Bedürfnisbefriedigung zugemutet werden, ohne dass allerdings die zugemutete Frustrationszeit eine zu große Stresserfahrung wird (Ainsworth, 1977).

Sichere und unsichere Bindungsqualitäten des Säuglings

Werden die Bedürfnisse des Säuglings in dieser von Ainsworth geforderten feinfühligen Art und Weise von einer Pflegeperson beantwortet, so bindet sich der Säugling

mit großer Wahrscheinlichkeit an diese Person in Form einer *sicheren Bindung*. Dies bedeutet, dass er diese spezifische Person bei Bedrohung und Gefahr als „sichere Basis" mit der Erwartung aufsuchen wird, um dort Schutz, Geborgenheit und Trost zu erfahren.

Reagierte die Pflegeperson immer wieder eher mit Zurückweisung auf seine Bindungsbedürfnisse, so besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling sich an diese Pflegeperson mit einer *unsicher vermeidenden Bindungsqualität* bindet. Er verinnerlicht auf diese Weise sehr rasch, dass die Äußerung von zu viel Nähewünschen in Bedrohungssituationen von seiner Bindungsperson nicht mit Nähe, Schutz und Geborgenheit beantwortet werden, sondern viel eher zur Zurückweisung und Ablehnung führen. Bei einer Trennung von der Bindungsperson reagieren diese Säuglinge eher „cool", sie zeigen kaum Trennungsprotest, laufen der Mutter nicht nach, weinen nicht und verhalten sich bei Rückkehr der Bindungsperson dieser gegenüber im Kontakt vermeidend bis ablehnend, indem sie die Mutter nicht begrüßen, sie ignorieren und etwa von ihr weglaufen.

Werden die Signale manchmal zuverlässig und feinfühlig, ein anderes Mal aber eher mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet, so entwickelt sich eine *unsicher-ambivalente Bindungsqualität* zur Pflegeperson. Säuglinge mit einer unsicher-ambivalenten Bindung reagieren auf Trennungen von ihrer Hauptbindungsperson mit einer intensiven Aktivierung ihres Bindungsverhaltens: Sie weinen lautstark, klammern sich intensiv an die Bindungsperson und zeigen von allen Bindungsgruppen den deutlichsten Trennungsprotest. Sie sind nach Rückkehr der Bindungsperson kaum zu beruhigen und können erst nach langer Zeit wieder zum Spiel in einer emotional ausgeglichenen Verfassung zurückkehren (Ainsworth u. a., 1978).

Kinder, deren Bindungsverhalten ursprünglich nicht klassifiziert werden konnte, wurden später als *„desorganisiertes/desorientiertes" Bindungsmuster* bezeichnet. Diese Kinder zeigen sehr auffällige, in sich widersprüchliche Verhaltensweisen.

Desorganisierte Bindung – Vorläufer von „Aufmerksamkeitsstörung und/oder Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS)?

Diese desorganisierten Bindungsverhaltensweisen, wie sie bereits bei zwölf Monate alten Säuglingen in einer mittelmäßig stressvollen Trennungssituation von der Mutter (Laboruntersuchung in der „Fremde Situation“ nach Ainsworth, 1969) beobachtet werden kann, sind insbesondere durch motorische Sequenzen von stereotypen Verhaltensweisen gekennzeichnet, oder die Kinder halten im Ablauf ihrer Bewegungen inne und erstarren für die Dauer von einigen Sekunden. Andere laufen bei der Wiederbegegnung mit der Mutter nach einer Trennung auf die Mutter zu, halten auf halbem Weg inne, drehen sich plötzlich um, laufen von der Mutter weg und oszillieren so in ihrem motorischen Verhalten „vor und zurück“. Diese Verhaltensweisen haben Ähnlichkeiten etwa mit dem Verhalten von Vorschulkindern, bei denen an die Diagnose „Aufmerksamkeitsstörung und/oder Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) gedacht wird. Sowohl die immer wieder und gehäuft auftretenden Verhaltenssymptome des Innehaltens und In-sich-Versinkens, der „Pseudo-Absence“, die an einen Vorläufer der Aufmerksamkeitsstörung erinnert, als auch die motorische Unruhe mit widersprüchlichen motorischen Verhaltensweisen und impulsiven Richtungswechseln in der Aktivität erinnern an das Bild der „Hyperaktivität“, wie wir es bei Kindern im Vorschulalter finden, die später eine ADHS Diagnose erhalten (Solomon und George, 1999; Main und Solomon, 1990). Kinder mit desorganisierter Bindung können neben der motorischen Unruhe in oder nach Situationen, die ihr Bindungssystem emotional im Sinne von Bindungsstress belastet haben, auch affektive Durchbrüche erleiden und sich tobend auf den Boden werfen. Dabei handelt es sich nicht um oppositionelles Verhalten, wie etwa Wut- oder Trotzanfälle, die in anderen Kontexten von Grenzsetzungen, aber nicht in bindungsrelevanten Situationen entstehen (Brisch, 2002).

Es wird diskutiert, dass die Aktivierung von emotional sich widersprechenden, nicht zu einem einheitlichen Muster integrierbaren Bindungserfahrungen – etwa mit der Mutter – sich in den desorientierten Bindungsverhaltensweisen des Kindes widerspiegeln und Ausdruck eines desorganisierten „inneren Arbeitsmodells“ der Bindung zur spezifischen Bindungsperson sind (Grossmann und Grossmann, 1986). Die Mutter wurde etwa für diese Kinder nicht nur zu einem sicheren emotionale

Hafen, sondern auch manchmal zu einer Quelle der Angst und Bedrohung, weil sie sich etwa den Kindern gegenüber in Bindungssituationen aggressiv und damit angstmachend, oder auch selbst sehr ängstlich verhielt (Hesse und Main, 1999).

Zusammenhänge zwischen der desorganisierten kindlichen Bindung und elterlichen Verhaltensweisen und Repräsentationen

Forschungen aus jüngerer Zeit haben das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit in der Interaktion mit dem Säugling um die Bedeutung der Sprache ergänzt sowie auch auf den Einfluss des Rhythmus und der Zeit in der Interaktion hingewiesen. Wichtige Arbeiten zur frühen Bedeutung der Sprache in der Mutter-Kind-Interaktion für die Bindungsentwicklung stammen von Meins (Meins, 1997c; Meins, 1997b; Meins, 1997a). Mütter, die bereits im ersten Lebensjahr, also bevor die Sprachentwicklung des Kindes ausgereift war, in der Interaktion mit ihrem Kind die von ihnen wahrgenommenen non-verbalen Signale und Affektzustände des Kindes aufgrund ihrer Empathie stellvertretend für ihren Säugling nachvollziehbar in Worte fassten, hatten mit einem Jahr Kinder, die überzufällig häufig sicher gebunden waren. Das Gegenteil traf ebenfalls zu: Mütter, die wenig empathisch oder für einen außenstehenden Beurteiler in keiner Weise nachvollziehbar oder überhaupt nicht mit ihrem Säugling in der Interaktion sprachen, hatten Kinder, die überzufällig unsicher gebunden waren. Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, weil sie darauf hinweisen, wie die Säuglinge nicht nur auf einer Verhaltensebene in der konkreten Pflege die Feinfühligkeit ihrer Bezugspersonen wahrnehmen und sich an diese sicher binden, sondern sich auch durch die empathische Verbalisation von Affektzuständen verstanden fühlen, auch wenn sie entwicklungsbedingt den deklarativen Inhalt der Worte der Mutter noch gar nicht verstehen können. Es muss also mehr um die Aufnahme von prosodischen Inhalten (etwa Tonfall, Melodie, Rhythmus, Lautstärke) in der mütterlichen Sprache gehen, die den inneren und äußeren Zustand des Säuglings erfassen und diesen widerspiegeln, sodass sich der Säugling feinfühlig verstanden fühlt.

Auch die Synchronizität und Reziprozität in der Interaktion zwischen Mutter und Säugling sind von großer Bedeutung: Waren die Interaktionen übermäßig synchron oder aber erheblich asynchron mit wenig reziproken Anteilen, in denen die Mutter

auf die Interaktionsangebote des Säuglings reagierte, so waren die Kinder mit einem Jahr häufiger unsicher gebunden. War die Interaktion dagegen von Phasen des synchronen und reziproken Austauschs zwischen Mutter und Kind gekennzeichnet, die aber auch unterbrochen waren von sogenannten „Missverständnissen" in der Interaktion, die von Seiten der Mutter bemerkt und korrigiert wurden, waren die Kinder überzufällig häufig sicher gebunden (Jaffe u. a., 2001; Beebe u. a., 2002; Beebe und Lachmann, 2004). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein mittleres Maß an rhythmischer Koordination in der zeitlichen Abfolge von Interaktionen zwischen Mutter und Säugling besonders förderlich für die sichere Bindungsentwicklung ist. Beruhigend ist, dass das Ziel nicht eine perfekt synchrone Kommunikation ist, die offensichtlich nicht so entwicklungsfördernd für die emotionale Entwicklung ist, sondern im Gegenteil; wahrgenommene und korrigierte Missverständnisse könnten sich geradezu beziehungsfördernd auf die Bindungsentwicklung auswirken, sofern sie nicht so ausgeprägt sind, dass die Interaktion vollständig abbricht oder auseinanderdriftet.

Traumata und Desorganisation

Kinder nach Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zeigen gehäuft (bis zu 80 %!) desorganisierte Verhaltensweisen wie kurzfristige absenceartige Zustände, motorische Stereotypien, widersprüchliche Verhaltensmuster, die nicht durch eine neurobiologische Erkrankung, wie etwa epileptische Anfälle, erklärt werden können. In Stichproben mit gesunden reifgeborenen Kindern und psychosozial unbelasteten Eltern finden sich nur bei ca. 15 % desorganisierte Bindungsmuster (Cicchetti und Barnett, 1991; Lyons-Ruth u. a., 1989; Rogosch u. a., 1995; Lamb u. a., 1985; Lyons-Ruth u. a., 1987; Crittenden und Ainsworth, 1989; Carlson u. a., 1989; Cicchetti und Toth, 1995; Egeland und Sroufe, 1981).

Kinder von Müttern, die selbst eine schwerwiegende, noch unverarbeitete Traumatisierung – wie etwa durch sexuellen Missbrauch und Misshandlung – erlebt haben, zeigen ebenfalls häufiger solche desorganisierten Sequenzen in ihrem Bindungsverhalten als Kinder von Müttern, die keine Traumata erlitten oder diese bereits verarbeitet haben. (Grossmann und Grossmann, 1986; Solomon und George, 1999; Lyons-

Ruth u. a., 1991; Lyons-Ruth u. a., 1993; Lyons-Ruth und Jacobvitz, 1999; Brisch und Hellbrügge, 2003). Main und Hesse fanden Zusammenhänge zwischen einem ängstlichen und ängstigenden Interaktionsverhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind und dem späteren desorganisierten Bindungsmuster beim Kind (Hesse und Main, 1999; Schuengel u. a., 1999). George und Solomon konnten mit ihren Untersuchungen zum elterlichen Pflegeverhalten auch zeigen, dass hilfloses und chaotisches sowie inkonsistentes Verhalten der Mutter in der Pflegeinteraktion mit ihrem Kind ebenfalls mit desorganisiertem Verhalten der Kinder zusammenhängt, auch ohne dass die Mütter ein ungelöstes Trauma oder ein unverarbeitetes Trennungs- und Verlusterlebnis im Erwachsenen-Bindungsinterview berichteten. In einem Interview zum Pflegeverhalten zeigte sich eine sehr widersprüchliche, ambivalente, und desorganisierte Repräsentation, die diese Mütter über sich und ihr spezifisch mütterliches Pflegeverhalten in der Interaktion mit ihrem Kind hatten (George und Solomon, 1996; George und Solomon, 1999a; George und Solomon, 1999b).

Lyons-Ruth hat aufgrund ihrer Studienergebnisse auf den Einfluss von hohen sozialen Risiken und Belastungen wie Armut, Gewalt, schlechte Wohnbedingungen hingewiesen. Eltern, die mit solchen Risikobelastungen lebten, fielen durch ein feindliches und hilfloses elterliches Verhalten gegenüber ihren Kindern auf und hatten ebenfalls häufiger Kinder mit einem unsicher-desorganisierten Bindungsmuster (Lyons-Ruth und Jacobvitz, 1999). Auch für verbale Gewalterfahrungen von Kindern wurden in ihren Studien Zusammenhänge mit der Entwicklung einer desorganisierten Bindung gefunden (Lyons-Ruth, 2008).

Desorganisation und Bindungsstörung

In klinischen Stichproben von Patienten finden sich darüber hinaus verschiedene Bindungsstörungen, die auf tiefgreifendere Veränderungen und Deformierungen in der Bindungsentwicklung zurückzuführen sind (Brisch, 1999; Zeanah u. a., 1993). Grundlegend bei allen Bindungsstörungen ist, dass frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen und bei ängstlicher Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet wurden. Dies kann insbesondere bei vielfältigen abrupten

Trennungserfahrungen des Kindes durch Wechsel der Betreuungssysteme, wie etwa bei Kindern, die in Heimen aufwuchsen, bei psychisch kranken Eltern oder bei erheblicher chronischer sozialer Belastung und Überforderung (etwa durch Armut und Arbeitsplatzverlust) der Eltern entstehen.

Die längsschnittlichen Untersuchungen über die emotionale Entwicklung von Säuglingen und Vorschulkindern, die unter den Bedingungen schwerer früher Deprivation in rumänischen Heimen aufgewachsen waren und dann von englischen und kanadischen Familien adoptiert wurden, zeigen, dass diese Kinder teilweise auch Jahre später noch an den Symptomen von ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen mit zusätzlichen Störungen in der Aufmerksamkeit, Überaktivität und solchen Verhaltensstörungen litten, die den Symptomen der Bindungsstörung und denen aus dem autistischen Erkrankungsspektrum ähnelten (Rutter u. a., 2001; Castle u. a., 1999; Brisch und Hellbrügge, 2006). Obwohl sich bei 20 % der Kinder eine Tendenz zur emotionalen Normalisierung im weiteren Entwicklungsverlauf zeigte, fand sich insgesamt eine hohe Stabilität für die pathologische Symptomatik des ADHS auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen (O'Connor u. a., 2000). Je länger die Erfahrung der frühen Deprivation unter Heimbedingungen gewesen war, desto ausgeprägter waren die Symptome des ADHS. Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Ausprägung der ADHS-Störung und den Symptomen einer Bindungsstörung. Die gefundenen Effekte konnten nicht durch schlechte Ernährung, niedriges Geburtsgewicht oder kognitive Defizite der Kinder erklärt werden (Kreppner u. a., 2001). Diese Befunde entsprechen auch der klinischen Erfahrung, dass Kinder mit Bindungsstörungen gehäuft traumatische Erfahrungen durchgemacht haben, häufig desorganisierte Verhaltensweisen in Beziehungen zeigen, die in der Summe den Symptomen eines ausgeprägten ADHS-Syndroms vergleichbar sind.

Wenn diese pathogenen Faktoren nur vorübergehend oder phasenweise auftreten, können sie häufig mit desorganisiertem Bindungsverhalten assoziiert sein. Sind sie dagegen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster und wurden die pathogenen Bindungserfahrungen über mehrere Jahre gemacht, können hieraus Bindungsstörungen resultieren. Diese lassen oftmals wegen der extremen Verzerrungen im Verhaltensausdruck die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder nicht mehr erkennen und können sich im schlimmsten Fall zu überdauernden psychopathologischen Mustern verfestigen. Aus dieser Perspektive könnten desorganisierte Bindungs-

verhaltensweisen und ADHS die Anzeichen einer beginnenden Bindungsstörung sein. Diese wiederum führen in der sozialen Interaktion zu erheblichen Beziehungs- und Interaktionsstörungen und verstärken sich somit selbst. Das desorganisierte Bindungsmuster, ebenso wie ADHS, führt zur sozialen und emotionalen Ablehnung des Kindes in der Gruppe, zur Ausgrenzung, aggressiven Auseinandersetzungen, Reglementierungen, sodass sich sekundär auf der Verhaltensebene ein Strukturierungs- und Kontrollsystem entwickelt. Unter diesen Bedingungen werden die versteckten Bindungswünsche des Kindes und die desorganisierten Bindungsmuster auf der Repräsentationsebene von den Bezugspersonen (Eltern, Erzieherinnen, Lehrern) nicht mehr wahrgenommen (Lyons-Ruth, 1996). Dies wiederum erklärt, warum Therapieansätze auf der Verhaltensebene zwar kurzfristig das Verhalten des Kindes regulieren können, aber die hier vermuteten Ursachen in der Bindungsentwicklung nicht letztlich therapieren. Einen Zusammenhang zwischen der primären Interaktions- und Bindungsstörung und dem Verhalten wird nicht mehr berücksichtigt. Auch die elterlichen Anteile (und die der Erzieherinnen und Lehrer) bei der Entstehung und der Verfestigung der Symptomatik werden nicht mehr Fokus einer Diagnostik, die nur das Kind als pathologisch mit einer Diagnose etikettiert (Lyons-Ruth u. a., 1993).

Bindungsrepräsentation (Bindungshaltung) der Bezugsperson

Durch ein spezifisches, halbstrukturiertes Interview (Erwachsenen-Bindungs-Interview (George u. a., 1985) oder durch einen projektiven Test (Adult Attachment Projective Test) von George u. a. (1999) gelang es, auch einen Aufschluss über die Bindungshaltung der Erwachsenen auf einer intrapsychischen Ebene der Repräsentation zu gewinnen. Es fanden sich ähnliche Bindungsstile wie bei den Kindern (Main, 1995).

Erwachsene mit einer *sicheren Bindungshaltung* können im Interview frei und in einem kohärenten Sprachfluss über ihre Erlebnisse von Bindung, Verlust und Trauer mit ihren Eltern und wichtigen Bezugspersonen sprechen.
Erwachsene mit einer *unsicher-distanzierten Bindungshaltung* weisen zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionalen Bindungen wenig Bedeutung zu. Sie

schildern die Beziehung zu ihren Eltern sehr idealisiert, ohne dies durch konkrete Erlebnisse verdeutlichen zu können.
Erwachsene mit einer *unsicher-verstrickten Bindungshaltung* zeigen im Interview durch eine langatmige, oft widersprüchliche Geschichte und Beschreibung ihrer vielfältigen Beziehungen, wie emotional verstrickt sie etwa mit ihren Eltern und anderen Beziehungspersonen bis zum Erwachsenenalter noch sind.

Es wurde später noch ein Bindungsmuster in Zusammenhang mit *ungelösten, traumatischen Erlebnissen* gefunden. Erwachsene, die über unverarbeitete Verluste und Missbrauchserfahrungen berichten, sprechen dabei teilweise unzusammenhängend, haben Gedankenabbrüche und verwechseln Realität und Fantasie. Diese Inkohärenz im Sprachstil wird als Ausdruck einer desorganisierten Repräsentation verstanden, die als Folge der unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen entstanden ist (Main und Hesse, 1990). Aus der Perspektive der Psychotraumatologie könnte man auch von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sprechen. Immer dann, wenn das unverarbeitete Trauma, das durch eine erlebte und nicht verarbeitete Trennung, Verlust einer geliebten Person, Unfall, Naturkatastrophe, Misshandlung, Missbrauch, Gewalt entstanden sein kann, im Interview zum Thema wird, zeichnet sich der Sprachfluss durch Inkohärenz, „Desorganisation“, „Aussetzern“ im Denken, in den Gefühlen, Körperwahrnehmungen und in den Handlungserinnerungen aus. Es kann auch zu dissoziativen Zuständen kommen, die den bei den Kindern beobachteten „Pseudo-Absencen“ sehr ähneln, weil die Erwachsenen im Interview für mehrere Sekunden bis im Extremfall Minuten aus dem Blick- und Fühlkontakt mit dem Interviewer gehen können, ohne dass sie dies selbst immer so wahrnehmen. Wenn affektive Erinnerungen an vergangene Traumata per Zufall und nicht durch eine geplantes halbstrukturiertes Interview getriggert werden, können Erwachsene ebenfalls das Vollbild sowohl einer Aufmerksamkeitsstörung zeigen, als auch eines „hyperkinetischen Syndroms“. Sie „träumen“ scheinbar, während sie von Bildern des Traumas mit Affekten überflutet werden, dabei machen sie unsinnige Handlungen (sie überfahren etwa rote Ampeln, verlaufen sich, können sich an zurückliegende Handlungen nicht mehr erinnern), oder sie werden motorisch unruhig, unkonzentriert bis hektisch in ihren Aktivitäten. Die psychiatrisch-psychodynamische Diagnostik kennt schon lange die Form der manischen Abwehr und der agitierten Depression, bei der ebenfalls als Abwehr gegen einen Trauerprozess oder andere überwältigende und als

bedrohlich erlebte Affekte kopflos und in großer motorischer Unruhe vom Patienten agiert wird, ohne dass eine konstruktive sinnvolle Handlung zustande kommt. Einen Menschen in einer solchen psychischen Situation unterrichten zu wollen, ist im Erwachsenen- wie im Kindesalter zwecklos, weil die kognitiven Fähigkeiten durch die emotionalen Prozesse über weite Zeitspannen intermittierend blockiert sind. Auch eine äußere Strukturierung mit Aufforderungen, wie etwa still zu sitzen, sich zu konzentrieren, ist wenig hilfreich, da die affektive emotionale Erregung viel zu groß ist, als dass sie durch die Selbstregulierungsmöglichkeiten beruhigt werden könnte.

Zusammenhänge der Bindungsmuster zwischen Eltern- und Kindergeneration

Durch verschiedene Längsschnittstudien sowohl in Deutschland als auch in den USA und in England konnte nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter mit etwa 70 % Übereinstimmung auch sicher gebundene Kinder haben, beziehungsweise Mütter mit einer unsicheren Bindungshaltung auch häufiger Kinder, die mit einem Jahr unsicher gebunden sind. Ähnliche Zusammenhänge, wenn auch nicht mit gleicher Intensität (nur zu 65 %), fanden sich für die Beziehung zwischen der Bindungshaltung der Väter und der Bindungsqualität ihrer Kinder (van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg, 1997; Steele und Steele, 1994; Steele u. a., 1996).

Diese Studien weisen auf eine Weitergabe von Bindungsstilen und -mustern zwischen Generationen hin. Dieser Zusammenhang wird so erklärt, dass die Bindungshaltung der Mutter ihr Interaktionsverhalten gegenüber dem Säugling beeinflusst. Es konnte nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter sich auch in der Pflegeinteraktion mit ihren Kindern feinfühliger verhielten, als dies unsicher gebundene Mütter taten. Die Mutter-Kind-Interaktion ist ein wichtiger Prädiktor, aus dem heraus sich in Teilbereichen die Ausbildung der Bindungsqualität des Säuglings im ersten Lebensjahr erklären lässt (Brisch u. a., 2002).

Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion bei desorganisierter Bindung

Inzwischen liegen verschiedene Längsschnittstudien vor, die sowohl im Labor als auch bei Hausbesuchen die Interaktion von traumatisierten Eltern, bevorzugt Müttern, und ihren Kindern beobachtet haben mit dem Ziel herauszufinden, ob die Interaktion durch besondere Merkmale gekennzeichnet ist, die mit desorganisiertem Verhalten der Kinder in der nächsten Generation zusammenhängen könnte (Lyons-Ruth u. a., 1993; Lyons-Ruth u. a., 1987; Lyons-Ruth u. a., 1989).

Lyons-Ruth (1996) entdeckt zunächst zwei Gruppen von Verhaltensweisen, durch die die Eltern von desorganisierten Kindern auffielen: Eine Elterngruppe bezeichnete sie in ihrem Verhalten gegenüber dem Kind als „feindselig", die andere als „hilflos-ängstlich". Die „feindselige" Elterngruppe tendierte dazu, sich über die Verhaltenssignale des Kindes hinwegzusetzen, indem sie sich teilweise aufdringlich und übergriffig gegenüber ihrem Kind verhielten, teilweise entgegen den geäußerten Bedürfnissen des Kindes von diesem erwarteten, dass es sich auf die Wünsche der Eltern einstelle und diese befriedigte (Rollenumkehr), indem sie etwa fürsorgliches Verhalten für sich von den Kindern einforderten. Die zweite „hilflos-ängstliche" Elterngruppe ist von besonderer Bedeutung, weil sie wahrscheinlich in der Mittelschicht sehr häufig vorkommt. Diese Mütter waren gehemmt-unsicher, verschlossen, ängstlich und wirkten sehr zart und „zerbrechlich", wenig belastbar. Ganz im Gegenteil zur ersten Gruppe zeigten sie keinerlei übergriffiges Verhalten, dafür aber wenig spontane Initiative, auf ihr Kind zuzugehen, gaben dann aber doch dem Nähesuchen des Kindes nach, setzten wenig Grenzen, bewegten sich eher weg vom Kind, als ob sie Angst vor diesem hätten. Diese Kinder suchten bei drohender Gefahr durchaus Nähe und Trost bei ihren Müttern, diese reagierten auf das Suchen aber zunächst zurückhaltend bis ablehnend-ängstlich. Lyons-Ruth bezeichnet die desorganisierten Kinder dieser Mütter als „desorganisiert-sicher, weil sie neben deutlichen desorganisierten Verhaltensweisen auch noch sicheres Bindungsverhalten mit Nähe- und Trostsuchen gegenüber ihren Müttern offenbarten.

Sie stellt die Hypothese auf, dass die feindseligen elterlichen Verhaltensweisen dazu dienen, die in der Interaktion von dem Kind unbewusst ausgelösten, die Eltern ängstigenden Affekte durch die aggressive Kontrolle des Kindes abzuwehren. Dem geht voraus, dass das Kind durch sein Verhalten die Eltern ängstigt, weil eine bestimmte

Eigenschaft, etwa sein häufiges Weinen oder Jammern, die Eltern unbewusst an ein unverarbeitetes eigenes Trauma erinnert. Die zweite Gruppe der in der Interaktion hilflos-ängstlichen Eltern könnten durch den Ausdruck ihrer Ängste, die durch ihre reaktivierten Erinnerungen an ungelöste Traumata entstanden sein könnten, ihr Kind ängstigen, sodass sich dieses ebenfalls von Ängsten affektiv bedroht fühlt. Diese elterlichen Verhaltensweisen gegenüber dem Kind sind ein Versuch, die im Zusammenhang mit elterlichen unverarbeiteten Traumata entstandenen Affekte zu kontrollieren und abzuwehren. Um die eigene angstbesetzte Erregung einigermaßen zu kontrollieren, wird entweder der Kontakt zum Kind teilweise gemieden oder das Kind muss durch eine sehr kontrollierende Art „bewacht" und gesteuert werden. Hierbei spielen Identifizierungen vermutlich eine große Rolle: Wenn die Mutter sich etwa ihrem verletzten, weinenden Kind nähert und den Affekt des Kindes empathisch aufnimmt, wird gleichzeitig etwa die Erinnerung an die eigene Verletzung, den Schmerz, die Wut und Enttäuschung von einem Kindheitstrauma reaktiv mit allen unangenehmen Affekten hervorgerufen. Daher schreckt die Mutter im gleichen Augenblick wieder vor ihrem Kind zurück. Sie wird ängstlich-hilflos und ignoriert oder verbietet unmittelbar sehr kontrollierend das Weinen des Kindes, bevor der eigene Affekt übermächtig wird. Oder sie sucht in dieser Situation sogar beim Kind selbst nach Trost und Unterstützung für ihre Erregung (Rollenumkehr).

Diese Überlegung bedeutet, dass eine empathische, bindungsbezogene Interaktion zwischen Mutter und Kind nur zufriedenstellend gelingen kann, wenn die Mutter ein „sicherer Hafen" für das Kind ist. Dies ist aber nur möglich, wenn die Mutter keine traumatischen oder anderweitig hoch aufgeladenen Erregungen durch die Interaktion getriggert erlebt, die ihr ungetrübtes freies empathisches Fühlen und Handeln gegenüber dem Kind negativ beeinflussen.

Das Kind, insbesondere der Säugling, ist auf seine Mutter zur eigenen Erregungsregulierung angewiesen, weil die Möglichkeiten zur affektiven Regulierung in frühen Interaktionserfahrungen für den Säugling noch gering sind. Eine Mutter, die aber ängstlich ihre eigenen Affekte kontrollieren muss, kann nicht gleichzeitig eine gute Hilfestellung für ihr Kind sein. Diese Hypothese wurde durch die Arbeiten von Lyons-Ruth und Block (1996) bestätigt, die einen Zusammenhang zwischen der Schwere der erlebten Misshandlung und des Missbrauchs in der Geschichte der Mutter und ihrem Ausmaß an feindseligem und sich zurückziehendem Verhalten gegen-

über ihrem Kind aufzeigten. Insgesamt konnten mehrere spezifische Verhaltensweisen gefunden werden, die für eine gestörte mütterliche affektive Kommunikation mit dem Kind sprachen:

Fehler in der affektiven Kommunikation entstehen, wenn Mütter widersprüchliche affektive Signale in der Interaktion senden, indem sie etwa ihr Kind, das Trost sucht, streicheln und verbal gleichzeitig das Weinen des Kindes abwerten oder die Bindungssignale des Kindes zurückweisen, ablehnen oder ignorieren. Diese Verhaltensweisen helfen insbesondere einem Säugling nicht bei seiner Affektregulation, sodass er in einem Zustand erhöhter affektiver Spannung bleibt. Ein Säugling hat aber nur wenige Möglichkeiten, diese zu regulieren: Er kann mit erhöhter motorischer Unruhe, Irritabilität und Reizbarkeit reagieren. Oder es kann durch die affektive Erregung zu einer Überreizung des vegetativen Nervensystems kommen. Diese kann sich in psychosomatischen Reaktionen mit Störungen im Essverhalten, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen widerspiegeln. Besonders das Weinen und Schreien des Säuglings (Schrei-Babys) ist ein verzweifelter Versuch, in der Beziehung zur Bindungsperson unregulierbare affektive Spannungen nach außen zu signalisieren und diese „abzuführen". Gerade das Weinen ist aber ein extrem starker Auslöser („Trigger"), der unmittelbar Erinnerungen an traumatische Erlebnisse der Mutter wachrufen kann. Das Weinen ängstigt auf diese Weise die Mutter, sodass sie selbst desorientiert, verwirrt, geängstigt in ihrem Verhalten und Gesichtsausdruck reagieren könnte. Wird der eigene mütterliche Affekt zu stark und unkontrollierbar, muss die Mutter sich räumlich vom Kind entfernen oder indem sie ihre Körperdistanz zum Kind vergrößert, dieses etwa auf den Arm nimmt, aber weit von sich weg hält und so wirklichen Körperkontakt vermeidet. Sie kann aber auch versuchen, den eigenen Affekt durch Dissoziation komplett abzuspalten. Womöglich wird sie schweigen, den Blickkontakt mit dem Kind vermeiden, das Kind nicht mehr nach einer Trennung begrüßen und in sich versunken sein. Dadurch wird sie aber insgesamt für die Signale des Kindes nicht mehr erreichbar. Das Kind erlebt unter diesen Umständen eine affektiv „tote Mutter", ohne dass es sich selbst auch nur irgendwie die erlebte Interaktion erklären könnte (Green, 1993). Später wird es versuchen, seinen Affekt nicht nach außen dringen zu lassen, weil es gelernt hat, welche fatalen Folgen es für die Beziehung mit der Mutter hat. Der so vom Kind kontrollierte Affekt könnte aber etwa durch impulsive Hypermotorik, psychosomatische Störun-

gen oder ebenfalls durch kurze Dissoziationen (Pseudo-Absencen, die als Aufmerksamkeitsstörung imponieren) abgewehrt werden.

Manchmal ist die Interaktion durch feindselig-ängstigendes Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind gekennzeichnet, indem sich die Mutter verbal durch abwertende Kommentare, Kritik, Lächerlichmachen des kindlichen Affektes oder auch sogar durch körperlich feindselige Handlungen bis zur Misshandlung übergriffig verhält.

Wenn sich die Mutter selbst ängstigend oder ängstlich in der Interaktion mit ihrem Kind verhält, kann sie für das Kind keine uneingeschränkte „sichere emotionale Basis" mehr sein, an die das Kind sich in Angst machenden Situationen, die sein Bindungssystem aktivieren, körperlich und emotional schutzsuchend wenden kann. Im Sinne der Bindungstheorie erwartet das Kind, dass es im direkten Körperkontakt von seiner Bindungsperson geschützt sowie verbal getröstet wird und dass sein ängstlicher, wütender oder auch trauriger Affekt von der Mutter durch empathische Haltung eingefühlt, miterlebt und letztlich aufgefangen, reguliert, benannt und dem Kind in modifizierter Form zurückgespiegelt wird.

Die Studien von Lyons-Ruth und Block (1996) sind besonders überzeugend, weil die beschriebenen mütterlichen Verhaltensweisen auch in einer unstrukturierten Beobachtungssituation im häuslichen Milieu gesehen werden konnten und somit kein Verhaltensartefakt unter Laborbedingungen darstellen. Die mütterlichen Verhaltensweisen konnten in den verschiedenen Kombinationen beobachtet werden. Dissoziiertes mütterliches Verhalten und sexualisiertes Verhalten wurde zusammen mit ängstlichem oder ängstigendem Verhalten der Mütter beobachtet. Mütter mit sowohl ängstigendem als auch sich zurückziehendem Verhalten hatten zu 80 % Kinder mit den typischen desorganisierten Verhaltensweisen, die aber gleichzeitig auch noch Bindungsverhalten mit „Nähe suchen" gegenüber ihren Müttern offenbarten. Diese Gruppe war in der Stichprobe von Lyons-Ruth et al. (2002) in sehr groß Zahl vorhanden und hatte den größten Anteil an Kindern, die sich im Kindergarten- und Schulalter hochgradig feindselig und kontrollierend gegenüber Gleichaltrigen verhielten. Auch diese Verhaltensweisen zeigten Parallelen von Verhaltensstörungen, wie wir sie von Eltern und Betreuungspersonen über Kinder mit ADHS beschrieben bekommen. Auch Greenberg et al. (2001; 1997) fanden in ihrer Studie bei Jungen im

Vorschulalter einen Zusammenhang zwischen aggressiven Verhaltensstörungen, ADHS und unsicherer Bindung.

Neurobiologie und Genetik

Viele Studien weisen darauf hin, dass frühe Interaktionserfahrungen, und insbesondere Deprivationserfahrungen mit frühen Trennungserlebnissen, als spezifische Form einer Entwicklungstraumatisierung einen Einfluss auf die Reifung bestimmter Hirnregionen im Bereich der dopaminergen Strukturen und Regulationskreisläufe haben (Hüther, 2001; Hüther, 1999). Ein ähnlicher Einfluss auf die Reifung insbesondere der orbito-frontalen Hirnregion kann auch für andere traumatische Erfahrungen im Kindesalter während der Reifungszeit des kindlichen Gehirns angenommen werden (Schore, 2001). Die postulierten desorganisierten Arbeitsmodelle und Repräsentationen von Bindung haben vermutlich ein hirnorganisches Korrelat in Form einer spezifischen Musterspeicherung, die die Informationen aus den typischen o. g. Interaktionen (ängstlich, ängstigend, sich zurückziehend etc.) durch bestimmte Verschaltungsnetze speichern. Sie sind weiterhin mit typischen Stress-Hormon-Mustern gekoppelt, indem bei desorganisierten Kindern auch erhöhte Speichel-Cortisol-Werte nach Trennungssituation gefunden wurden (Spangler und Grossmann, 1999). Im Tierversuch bewirken frühe kurze, stressvolle Trennungserfahrungen bei Mäusebabys Cortisolerhöhungen, die auch nach der Beendigung der Trennungserfahrung fortbestehen, sich im weiteren Verlauf nicht normalisieren und auch noch in die nächste Generation von Mäusen als erhöhte basale Cortisolspiegel weiterverfolgt werden können. Dies wird damit erklärt, dass die frühe Trennungserfahrung mit einer Änderung der Stress-Cortisol-Regulation durch genetische Rekodierung festgeschrieben und somit auf die nächste Kindergeneration weitergeben wird (Spitzer, 2000; Liu u. a., 1997; Francis u. a., 1999). Dauernd erhöhte Cortisolspiegel fanden sich auch bei Kindern im Altern von sechs bis zwölf Jahren, die aus rumänischen Kinderheimen nach der Erfahrung von früher Deprivation adoptiert worden waren (Gunnar u. a., 2001).

Eine Studie von Lakatos et al. (2000) fand erstmals bei Kindern mit desorganisiertem Bindungsmuster häufiger einen Polymorphismus für die Codierung des Dopamin D4 Rezeptor-Gens (Lakatos u. a., 2000; Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn,

2007). Diese Ergebnisse von Lakatos et al. (2000) lassen die Hypothese zu, dass eine genetisch bedingte Variation eines spezifischen Dopamin-Rezeptors diese Kinder für interaktionelle Belastungen vulnerabler machen könnte als andere, die diese genetische Veränderung nicht aufweisen. Gerade diese vulnerableren Kinder könnten auf die beschriebenen mütterlichen Verhaltensweisen besonders sensibel reagieren, denn Dopamin steuert die motorische Erregung und Antwortbereitschaft auf Stimuli sowie das Belohnungssystem. Die gefundene genetische Variation könnte für ein Erklärungsmodell hilfreich sein, dass die Konzepte und Forschungsergebnisse von Bindungsentwicklung, desorganisierter Bindung, Traumaforschung, Genetik, Neurobiologie und ADHS umfasst, denn auch für das ADHS-Syndrom wird eine Dopamin-Regulationsstörung postuliert, die teilweise auch aus der Wirksamkeit von Methylphenidat abgeleitet wird (Hüther, 2001). Allein aus der genetischen Veränderung lässt sich aber weder das ADHS noch das desorganisierte Bindungsverhalten erklären. Es macht noch nicht verständlich, warum die von Lyons-Ruth und Mitarbeitern beschriebenen feindlichen und ängstlichen Verhaltensweisen der Mutter in der Interaktion mit ihrem desorganisierten Kind so häufig im Zusammenhang mit ungelösten traumatischen Erfahrungen der Mutter auftreten.

Man kann sich allerdings gut vorstellen, dass eine genetisch bedingte Veränderung in einem Dopamin Rezeptor eine Vulnerabilität hinterlässt, der solche Kinder u. U. anders auf Stimuli reagieren lässt. Die Studien von Spangler u. a. (2009) zeigen, dass Kinder mit dem Polymorphismus im Dopamin D4 Rezeptor-Gen nur dann ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickelten, wenn sich ihre Mütter ihnen gegenüber in den beobachteten Interaktionen unfeinfühlig verhielten. Waren die Mütter dagegen feinfühlig im Verhalten, entwickelten die Kinder trotz des vorhandenen Polymorphismus keine Bindungs-Desorganisation. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass der genetische Vulnerabilitätsfaktor nur dann zu Auffälligkeiten im Bindungsmuster führt, wenn es zu stressvollen – hier unfeinfühligen – Interaktionserfahrungen des Säuglings mit seiner Mutter kam.

Diese Ergebnisse könnte man so erklären, dass die Säuglinge schon intrauterin motorisch aktiver, bei Geburt wacher und aufmerksamer bis leichter irritierbar selbst auf mittelstarke Reize reagieren (Wurmser, 2007; Brisch und Hellbrügge, 2007). Dieses Verhalten des Säuglings könnte schon ein besonderer Trigger für traumatisierte Mütter sein, denn der bei der Mutter ausgelöste Affekt durch einen unruhigen Fötus

oder einen leicht irritierbaren, weinerlichen Säugling muss von der Mutter reguliert und integriert werden. Gelingt dies wegen der etwa unverarbeiteten mütterlichen traumatischen Erfahrung nicht, könnte die Mutter versuchen, über die beschriebenen Verhaltensstrategien die Interaktion mit ihrem Säugling unbewusst so zu beeinflussen, dass sie den Affekt nicht wahrnehmen muss.

Transgenerationale Tradierung von Desorganisation – ein Modell

Die Datenlage ermöglicht die Bildung von neuen Modellen: Es ist aufgrund der gefundenen Zusammenhänge naheliegend, dass ein ungelöstes Trauma der Mutter oder des Vaters zu entsprechenden Störungen in der ganz frühen Interaktion mit dem Säugling führt und dass diese Interaktion zur Ausbildung von einem desorganisierten „inneren Arbeitsmodell" der Bindung beim Säugling beiträgt. Säuglinge mit einer genetischen Veränderung im Dopamin-Regulationssystem könnten hierfür besonders empfänglich sein. Die frühe Interaktionsstörung führt zur Ausbildung von neuronalen Mustern, die dadurch geprägt sind, dass keine durchgehend eindeutige Erfahrung vom Säugling in der Interaktion mit der Mutter neuronal kodiert wird. Die typischen desorganisierten Verhaltensweisen des Säuglings etwa in Trennungssituationen könnten dieses inkohärente neuronale Muster widerspiegeln. In Situationen von großer Erregung, wie sie der Säugling durch eine längere Trennung von der Mutter oder durch andere traumatische Erfahrungen erlebt, werden die kindlichen Affekte von seiner Mutter nicht ausgehalten und positiv emotional unterstützend aufgegriffen, weil die Mutter die bei ihr durch das kindliche Verhalten ausgelösten eigenen Affekte kaum oder gar nicht bewältigen kann. Vielmehr begegnet die Mutter ihrem Kind mit allen beschriebenen Abwehrreaktionen, wie etwa Rückzug und feindseliger Kontrolle des kindlichen Verhaltens. So versucht sie zu vermeiden, dass die eigenen trauma-assozierten Affekte zu intensiv werden. Wegen dieser frühen Erfahrung ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass das Kind selbst ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickelt. Dieses hat auf der Symptomebene Ähnlichkeiten mit dem ADHS-Syndrom und ist während der Kindergarten- und Grundschulzeit auch gehäuft mit aggressiven Verhaltensstörungen assoziiert.

Diese ADHS-Symptome können aber die Mutter noch mehr bedrohen, sodass dringend eine Abhilfe für das Verhalten des Kindes gesucht wird. Diese Hilfe muss aber beim Kind ansetzen, denn eine Betrachtung der Muter-Kind-Interaktion oder der eigenen Geschichte der Mutter würde die Gefahr beinhalten, dass eine traumatische mütterliche Erfahrung getriggert werden könnte. Auf diesem Hintergrund ist die Bereitschaft, kindzentrierte Hilfen zu suchen, die die eigene Person nicht involvieren, groß und nur zu verständlich.

Diese beschriebenen Schwierigkeiten in der Mutter-Säuglings-Interaktion wurden zwar besonders für die negativen Affektüberflutungen wie Wut, Ärger, Ängste gefunden, es ist aber denkbar, dass dies auch für intensive positive Affekte zutreffen, etwa für Gefühle von sexueller Erregung und Gier. Auch diese könnten dazu führen, dass die Bindungsbedürfnisse des Kindes widersprüchlich, inkonsistent oder für die eigenen Wünsche ge- oder sogar missbraucht werden. Eine jugendliche, alleinerziehende Mutter, die sich gerade frisch verliebt hat, könnte etwa in ihren empathischen Bindungsfähigkeiten und ihrer affektiven Kommunikation gegenüber ihrem Säugling widersprüchlich sein, weil sie ganz von ihren intensiven Gefühlen mit Wünschen nach Sexualität und Nähe zu ihrem neuen Partner ausgefüllt ist.

Bedeutung für die Therapie

Wenn das beschriebene Modell zutreffende Anteile beinhaltet, sollten sich therapeutisch verschiedene Ansatzmöglichkeiten eröffnen. Der Einsatz von Methylphenidat könnte die genetisch bedingte Vulnerabilität im Dopamin-Rezeptor-System stabilisieren und damit das Kind weniger anfällig für die interaktionellen Belastungen und affektiven Spannungen machen. Eine trauma- und bindungszentrierte Behandlung der Mutter hilft dieser, ihr ungelöstes Trauma zu verarbeiten, sodass sie – offener für die kindlichen Affekte – feinfühliger auf die Signale und Bindungswünsche ihres Kindes eingehen könnte. Damit ändert sich ihr Interaktionsverhalten, und sie wird mehr zur sicheren emotionalen Basis für das Kind. Dadurch würde das vulnerable Dopaminsystem des Kindes weniger gestresst, und es käme seltener zu einem gestörten Gleichgewicht.

Das Kind mit desorganisierten und – im höheren Alter – ADHS-Verhaltensweisen könnte bindungs- und traumazentriert psychotherapeutisch behandelt werden. In der bindungsbasierten Therapie sucht man nach traumatischen Verlust- und Trennungserlebnissen des Kindes, nach Deprivationserfahrungen und anderen Traumata und beobachtet sehr genau, mit Video-Analysen, die Mutter-Vater-Kind-Interaktion. Primäres Ziel ist die Herstellung einer sicheren therapeutischen Bindungsbeziehung zum Kind und zu seinen Eltern, damit diese in der Übertragung den Therapeuten als sichere emotionale Basis erleben können. Durch die neuen Interaktionserlebnisse erfahren Eltern und Kind, wie anders mit ihren Bindungswünschen, den damit verbundenen Affekten und Signalen vom Therapeuten umgegangen wird. Diese Neuerfahrung ist ein grundlegender universeller Wirkfaktor in der Psychotherapie, unabhängig von der Therapieschule (Orlinsky u. a., 1994).

Auch traumaspezifische Behandlungsmethoden wie das „Eye Movement Desensitization Reprocessing – EMDR" wurden erfolgreich bei Kindern mit ausgeprägter ADHS-Symptomatik und beim Versagen einer medikamentösen Behandlung eingesetzt (Tinker und Wilson, 2000). Diese Methode postuliert, dass durch traumatische Erfahrungen dissoziierte Affekte und damit verbundene Störungen im Gleichgewicht des Neurotransmitter-Systems wieder integriert und reguliert werden. Für die Behandlung von traumatisierten erwachsenen Patienten gibt es hierzu auch eindrucksvolle Belege aus Studien mit bildgebenden Verfahren (Rauch u. a., 1996). Diese wiederum spiegeln gerade die Veränderungen im rechten präfrontalen Cortex, der auch bei ADHS-Kindern Auffälligkeiten zeigt. Die Behandlungserfolge mit EMDR bei schwerst gestörten ADHS-Kindern ermutigen, in diese Richtung des Modells weiterzudenken.

Zusammenfassung und Ausblick

Das vorgestellte multidimensionale Modell integriert vielfältige Aspekte der Bindungstheorie zur Entwicklung von desorganisierter Bindung, der Traumaforschung und der ADHS-Forschung sowie der Genetik und Neurobiologie. Bei genetischer Vulnerabilität im Dopamin-System könnten Säuglinge für die traumabedingten interaktionellen Verhaltensänderungen ihrer Mütter sensibler sein, sodass sich die Wahr-

scheinlichkeit für die Ausbildung einer desorganisierten Bindung erhöht. Diese könnte mit ihren spezifischen Störungen in der Motorik und der Aufmerksamkeit ein Vorläufer für ein ADHS-Verhalten bei Vorschulkindern sein. Damit könnte man die ADHS-Symptomatik nicht nur sekundär wegen ihrer Auswirkungen auf Beziehungen, sondern auch primär mit Blick auf ihre Entstehungsbedingungen in einem interaktionellen Beziehungskontext betrachten. Ein therapeutisches Vorgehen, das bei den Beziehungen zwischen den ADHS-Kindern und ihren Eltern, den Erzieherinnen und Lehrern ansetzt, verlangt Kooperation sowie Introspektions- und Beziehungsbereitschaft bei allen Beteiligten, besonders auch beim Behandler. Bei einer alleinigen medikamentösen Behandlung der betroffenen Kinder ohne Psychotherapie für Eltern und Kind besteht die Gefahr, dass die Beziehungsebene verloren geht. Gerade diese ist aber angesichts der dargestellten Forschungsergebnisse ein grundlegender therapeutischer Ansatzpunkt, will man den ADHS-Kindern und ihren Eltern sowie den etwa dahinter liegenden Lebensgeschichten empathisch begegnen.

Prävention

Um die transgenerationalen Weitergaben von traumatischen Erfahrungen zu unterbrechen und Eltern zu helfen, eine sichere Bindung mit ihrem Kind aufzubauen, haben wir das Präventionsprogramm „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ entwickelt (Brisch, 2007; Brisch, Erhardt 2010). Das SAFE®-Programm begleitet werdende Eltern durch die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr ihres Kindes, um ihre elterlichen Kompetenzen zu stärken und ihnen zu helfen, eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen.

Dieses Programm wurde von uns entwickelt, um die Erkenntnisse der empirischen Bindungsforschung in Form eines Trainingsprogramms an interessierte Eltern weiterzugeben. Das Trainingsprogramm findet in einer Gruppe mit anderen Eltern bzw. mit Alleinerziehenden statt, die in einer ähnlichen Schwangerschaftsphase sind. Die Kurse werden jeweils von zwei SAFE®-Mentor(inn)en geleitet, die eine für dieses Programm entwickelte Weiterbildung durchlaufen haben und bereits über einschlägige Erfahrungen in der Arbeit mit Eltern und Säuglingen verfügen – ob als Hebamme, Kinderkrankenschwester, als Arzt oder Psychologin.

Der Kurs besteht aus zehn ganztägigen Seminaren, wobei vier Termine während der Schwangerschaft und sechs Termine nach der Geburt im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes stattfinden.

Die Inhalte beziehen sich u. a. auf die Kompetenzen des Säuglings und der Eltern, die vor- und nachgeburtliche Bindungsentwicklung und die Veränderung der Partnerschaft durch ein Kind. Auch die Erwartungen, Hoffnungen, Fantasien und Ängste in Bezug auf das Kind werden in Kleingruppen thematisiert. Stabilisierungs- und Imaginationsübungen werden trainiert, um diese in stressvollen Situationen anwenden zu können, z. B. in der Adaptationsphase nach der Geburt.

Wichtiger Bestandteil des Kurses ist das videogestützte Feinfühligkeitstraining, das eingesetzt wird, um die werdenden Eltern möglichst frühzeitig für die Signale und Bedürfnisse des Säuglings zu sensibilisieren. Anhand eigener Videoaufnahmen von Eltern-Kind-Interaktionen lernen sie, dessen Bedürfnisse besser wahrzunehmen sowie prompt und feinfühlig auf diese zu reagieren, indem sie konkrete Rückmeldungen erhalten.

Zusätzlich zu den prä- und postnatalen Modulen können die Vermittlung einer Traumatherapie und eine über den Kurszeitraum hinausgehende Hotline individuelle Hilfestellungen anbieten.

Mit allen Eltern wird ein Erwachsenen-Bindungsinterview durchgeführt, und es werden diagnostische Fragebogen eingesetzt, um die Bindungsrepräsentation der Mütter und Väter und eventuelle traumatische Erfahrungen zu erfassen, welche die Beziehung zu ihrem Kind belasten können.

Eine Traumatherapie wird von spezialisierten Psychotherapeut(inn)en, die nicht gleichzeitig die SAFE®-Mentor(inn)en sind, durchgeführt. Dabei können Eltern mit belastenden und unverarbeiteten Erfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte diese aufarbeiten, um der Weitergabe von Ängsten und Gewalterfahrungen an ihr Kind vorzubeugen. Diese Interventionsform soll negative Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung verhindern und den Teufelskreis der Weitergabe von traumatischen Erfahrungen von Eltern an ihre Kinder durchbrechen. Auch nach Ablauf der Kurstage stehen die vertrauten SAFE®-Mentor(inn)en den Eltern mit einer Hotline in belastenden Situationen zur Seite. Ziel des SAFE®-Programms ist es, dass möglichst viele Kin-

der eine sichere Bindungsbeziehung zu ihren Eltern entwickeln. Zudem dient es der Gewaltprävention, indem der Weitergabe traumatischer Erfahrungen von Eltern an ihre Kinder vorgebeugt werden soll.

Nach einer erfolgreich abgeschlossenen Pilotstudie wird das SAFE®-Programm im Rahmen einer randomisierten, prospektiven Längsschnittstudie am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München untersucht. Das SAFE®-Programm könnte auch einen Einfluss auf die Prävention von ADHS-Störungen haben (www.safe-programm.de) (Brisch, 2009).

Literatur

Ainsworth, M. D. S. (1977): Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: Geist und Psyche.* München (Kindler), S. 98-107.

Ainsworth, M. D. S., M. C. Blehar, E. Waters, S. Wall (1978): *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home.* Hillsdale, NJ (Erlbaum).

Ainsworth, M. D. S., B. Wittig (1969): Attachment and the exploratory behavior of one-years-olds in a strange situation. In: Foss, B. M. (Hrsg.) *Determinants of infant behavior. Vol. 4.* London (Methuen), S. 113-136.

Bakermans-Kranenburg, M., M. H. van IJzendoorn (2007): Research review: Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: The case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,* 48, 1160-1173.

Beebe, B., J. Jaffe, F. Lachmann, S. Feldstein, C. Crown, M. Jasnow (2002): Koordination von Sprachrhythmus und Bindung – Systemtheoretische Modelle. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 47-85.

Beebe, B. und F. Lachmann (2004): *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen.* Stuttgart (Klett-Cotta. Engl. Ausgabe (2002): Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions, Hillsdale, NJ, Analytic Press).

Bowlby, J. (1958): The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39,* S. 350-373.

Bowlby, J. (1969): Affectional bonds: Their nature and origin. In: Freeman, H. (Hrsg.) *Progress in mental health.* London (Churchill), S. 319-327.

Bowlby, J. (1972): *Mutterliebe und kindliche Entwicklung.* Beiträge zur Kinder-Psychotherapie. München (Reinhardt).

Bowlby, J. (1975): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung.* München (Kindler).

Bowlby, J. (1976): *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind.* München (Kindler).

Bowlby, J. (1983): *Verlust – Trauer und Depression. Geist und Psyche.* Frankfurt (Fischer).

Brisch, K. H. (1999): *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie.* Stuttgart (9. Auflage 2009), Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2002): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Bovensiepen, G., H. Hopf und G. Molitor (Hrsg.) *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms.* Frankfurt/M. (Brandes & Apsel), S. 45-69.

Brisch, K. H. (2007a): Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie. In: Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.) *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 271-303.

Brisch, K. H. (2007b): Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern". *Psychologie in Österreich, 1,* S. 62-68.

Brisch, K. H. (2009): Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklungen. In: Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.) *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 350-371.

Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann, L. Köhler (Hrsg.) (2002): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention, klinische Praxis* (2. Auflage 2006). Stuttgart (Klett-Cotta).

Brisch, K. H., T. Hellbrügge (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.* (2. Auflage 2006). Stuttgart (Klett-Cotta).

Brisch, K. H., T. Hellbrügge (Hrsg.) (2006): *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie.* (2. Auflage 2007). Stuttgart. (Klett-Cotta).

Brisch, K. H., T. Hellbrügge (Hrsg.) (2007): *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie.* (2. Auflage 2008). Stuttgart (Klett-Cotta).

Carlson, V., D. Cicchetti, D. Barnett, K. G. Braunwald (1989): Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants' attachments to their caregivers. In: Cicchetti, D., V. Carlson (Hrsg.) *Child maltreatment.* Cambridge, MA (Cambridge University Press), S. 494-528.

Castle, J., C. Groothues, D. Bredenkamp, C. Beckett, T. O'Connor, M. D. Rutter, 'the English and Romanian Adoptees (ERA) study team' (1999): Effects of qualities of early institutional care on cognitive attainment. *American Journal of Orthopsychiatry, 69,* S. 424-437.

Cicchetti, D., D. Barnett (1991): Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology: Attachment and Developmental Psychopathology, 3,* S. 397-411.

Cicchetti, D., S.L. Toth (1995): Child maltreatment and attachment organization: Implications for intervention. In: Goldberg, S., R. Muir und J. Kerr (Hrsg.) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives.* Hilldale, NJ (Analytic Press), S. 279-308.

Crittenden, P.M., M.D.S. Ainsworth (1989): Child maltreatment and attachment theory. In: Cicchetti, D. und V. Carlson (Hrsg.) *Child maltreatment.* 1st. Aufl. Cambridge, MA (Cambridge University Press), S. 432-463.

Egeland, B., L.A. Sroufe (1981): Attachment and early maltreatment. *Child Development, 52,* S. 44-52.

Erhardt, I., K.H. Brisch (2010): SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern. Ein bindungstheoretisch basiertes Präventionsprogramm für werdende Eltern. *Familiendynamik 35*, 84-85.

Francis, D., J. Diorio, D. Liu, M.J. Meaney (1999): Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science, 286*, S. 1155-1158.

George, C., N. Kaplan, M. Main (1985): *The Attachment Interview for Adults.* Berkeley, University of California (Unveröffentlichtes Manuskript).

George, C., J. Solomon (1996): Representational models of relationships: Links between caregiving and representation. *Infant Mental Health Journal, 17,* S. 198-216.

George, C., J. Solomon (1999a): Attachment and caregiving: The Caregiving behavioral system. In: Cassidy, J. und P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications.* New York, London (Guilford), S. 649-670.

George, C., J. Solomon (1999b): The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. *Psychoanalytic Inquiry, 19,* S. 618-646.

George, C., M. West, O. Pettem (1999): The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In: Solomon, J. und C. George (Hrsg.) *Attachment Disorganization.* New York, London (Guilford), S. 318-346.

Green, A. (1993): Die tote Mutter. *Psyche, 47,* 205-241.

Greenberg, M.T., M. DeKlyen, M.L. Speltz, M.C. Endriga (1997): The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. In: Atkinson, L.

und K. J. Zucker (Hrsg.) *Attachment and Psychopathology.* New York, London (Guilford), S. 196-222.

Greenberg, M. T., M. L. Speltz, M. DeKlyen, K. Jones (2001): Correlates of clinical referral for early conduct problems: Variable- und person-oriented approaches. *Development and Psychopathology, 13,* S. 255-276.

Grossmann, K. E. und K. Grossmann (1986): Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung und der kindlichen Sachkompetenz. *Zeitschrift fuer Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 18,* S. 287-315.

Gunnar, M. R., S. J. Morison, K. Chisholm und M. Schuder (2001): Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology, 13,* S. 611-628.

Haley, D. W., K. Stansbury (2003): Infant stress and parent responsiveness: Regulation of physiology and behavior during still-face and reunion. *Child Development, 74,* S. 1534-1546.

Hesse, E., M. Main (1999): Second-generation effects of unresolved trauma in non maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry, 19,* S. 481-540.

Hüther, G. (1999): Stress und die Selbstorganisation verhaltenssteuernder neuronaler Netzwerke. *Bildung und Erziehung, 52,* S. 273-289.

Hüther, G. (2001): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulantien (Ritalin). *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 112,* S. 471-486.

Hüther, G. (2007): Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse In: Opp, G., M. Fingerle (Hrsg.) *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.* 2. Auflage. München (Reinhardt), S. 45-56.

Johnson, D. E., 'Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP)' (2006): Zusammenhänge zwischen dem Wachstum von psychisch belasteten Kindern und kognitiver sowie emotionaler Entwicklung. In: Brisch, K. H., T. Hellbrügge (Hrsg.) Kinder ohne Bindung. *Deprivation, Adoption und Psychotherapie.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 138-160.

Klöpper, M. (2006): *Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie.* Stuttgart (Klett-Cotta).

Jaffe, J., B. Beebe, S. Feldstein, C. L. Crown, M. D. Jasnow (2001): Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66, No. 2, Serial No. 265.* Boston, Oxford (Blackwell).

Kreppner, J. M., T. G. O ' Connor, M. Rutter, 'the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team' (2001): Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology, 29,* S. 513-528.

Lakatos, K., I. Toth, Z. Nemoda, K. Ney, M. Sasvari-Szekely, J. Gervai (2000): Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry,* S. 633-637.

Lamb, M. E., T. J. Gaensbauer, C. M. Malkin, L. A. Schultz (1985): The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior & Development, 8,* S. 35-45.

Lichtenberg, J. D., F. M. Lachmann, J. L. Fosshage (2000): *Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik.* Frankfurt (Brandes & Apsel).

Liu, D., J. Diorio, B. Tannenbaum, C. Caldji, D. Francis, A. Freedman, S. Sharma, D. Pearson, P. M. Plotsky, M. J. Meaney (1997): Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science,* S. 1659-1662.

Lyons-Ruth, K. (1996): Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* S. 64-73.

Lyons-Ruth, K. (2008): From infant attachment disorganization to adult dissociation. In Vortrag bei der 1. Bi-Annual Conference European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) Amsterdam.

Lyons-Ruth, K., L. Alpern, B. Repacholi (1993): Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development, 64,* S. 572-585.

Lyons-Ruth, K., D. Block (1996): The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17,* S. 257-275.

Lyons-Ruth, K., D. B. Connell und D. Zoll (1989): Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behavior and infant

development at 12 months of age. In: Cicchetti, D. und V. Carlson (Hrsg.) *Child maltreatment.* Cambridge, MA (Cambridge University Press), S. 464-493.

Lyons-Ruth, K., D. B. Connell, D. Zoll, J. Stahl (1987): Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant behavior. *Developmental Psychology, 23,* S. 223-232.

Lyons-Ruth, K., D. Jacobvitz (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J., P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications.* New York, London (Guilford), S. 520-554.

Lyons-Ruth, K., S. Melnick, E. Bronfman (2002): Desorganisierte Kinder und ihre Mütter – Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann, L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 249-276.

Lyons-Ruth, K., B. Repacholi, S. McLeod, E. Silva (1991): Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. Development and Psychopathology: *Attachment and Developmental Psychopathology, 3,* S. 377-396.

Main, M. (1995): A move to the level of representation in the study of attachment organisation: implications for psychoanalysis. Vortrag 06. 06. 94.

Main, M., E. Hesse (1990): The insecure disorganized/disoriented attachment pattern in infancy: Precursors and sequelae. In: Greenberg, M., D. Cicchetti und E. M. Cummings (Hrsg.) *Attachment during the preschool years: Theory, research, and intervention.* Chicago (University of Chicago Press), S. 161-182.

Main, M., J. Solomon (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M. T., D. Cicchetti und E. M. Cummings (Hrsg.) *Attachment in the preschool years.* Chicago (University of Chicago Press), S. 121-160.

Meins, E. (1997a): Security of attachment and early cognitive development. In: Meins, E. (Hrsg.) *Is security of attachment related to the infant's style of language acquisition?* East Sussex, England (Psychology Press), S. 57-74.

Meins, E. (1997b): *Security of attachment and the social development of cognition.* Hillsdale, NJ (Erlbaum).

Meins, E. (1997c): *Security of attachment and the understanding of other minds.* In: Meins, E. (Hrsg.) Is security of attachment related to the infant's style of language acquisition? East Sussex, England (Psychology Press), S. 111-128.

O'Connor, T.G., C. Croft, H. Steele (2000): The contributions of behavioural genetic studies to attachment theory. *Attachment & Human Development, 2,* S. 107-122.

Orlinsky, D.E., K. Grawe, B.K. Parks (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin, A.E., S.L. Garfield (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4. Aufl. New York (Wiley), S. 270-376.

Rauch, S., B.A. van der Kolk, R. Fisler, N. Alpert, S. Orr, C. Savage, M. Jenike, R. Pitman (1996): A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery. *Archives of General Psychiatry, 53,* S. 380-387.

Reck, C., A. Hunt, T. Fuchs, R. Weiss, A. Noon, E. Moehler, G. Downing, E. Z. Tronick, C. Mundt (2004): Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: An overview. *Psychopathology, 37,* S. 272-280.

Rochat, P. (2008): Die Selbstentwicklung im Säuglingsalter. In: Brisch, K.H., T. Hellbrügge (Hrsg.) *Der Säugling - Bindung, Neurobiologie und Gene.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 241-265.

Rogosch, F.A., D. Cicchetti und J.L. Aber (1995): The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Dev Psychopathol, 7,* S. 591-609.

Rutter, M., J.M. Kreppner, T.G. O ' Connor, 'English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team' (2001): Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry, 179,* S. 97-103.

Schore, A.N. (2001): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22,* S. 201-269.

Schuengel, C., M.J. Bakermans-Kranenburg, M.H. van IJzendoorn, M. Blom (1999): Unresolved loss and infant disorganization: Links to frightening maternal behavior. In: Solomon, J., C. George (Hrsg.) *Attachment Disorganization.* New York, London (Guilford), S. 71-94.

Solomon, J., C. George (Hrsg.) (1999): *Attachment disorganization.* New York, London (Guilford).

Spangler, G., K. Grossmann (1999): Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. In: Solomon, J., C. George (Hrsg.) *Attachment*

Disorganization. New York, London (Guilford Press), S. 95-124.

Spangler, G., Johann, M., Ronai, Z. & Zimmermann, P. (2009). Genetic and environmental influence on attachment disorganization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50,* S. 952-961.

Spitzer, M. (2000): Das hast Du von der Mutter – aber nicht geerbt. Nichtgenetische Weitergabe von Charaktereigenschaften über mehrere Generationen im Tierexperiment. *Nervenheilkunde, 19,* S. 48-87.

Steele, H., M. Steele (1994): Intergenerational patterns of attachment. *Advances in Personal Relationships, 5,* S. 93-120.

Steele, H., M. Steele, P. Fonagy (1996): Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development, 67,* S. 541-555.

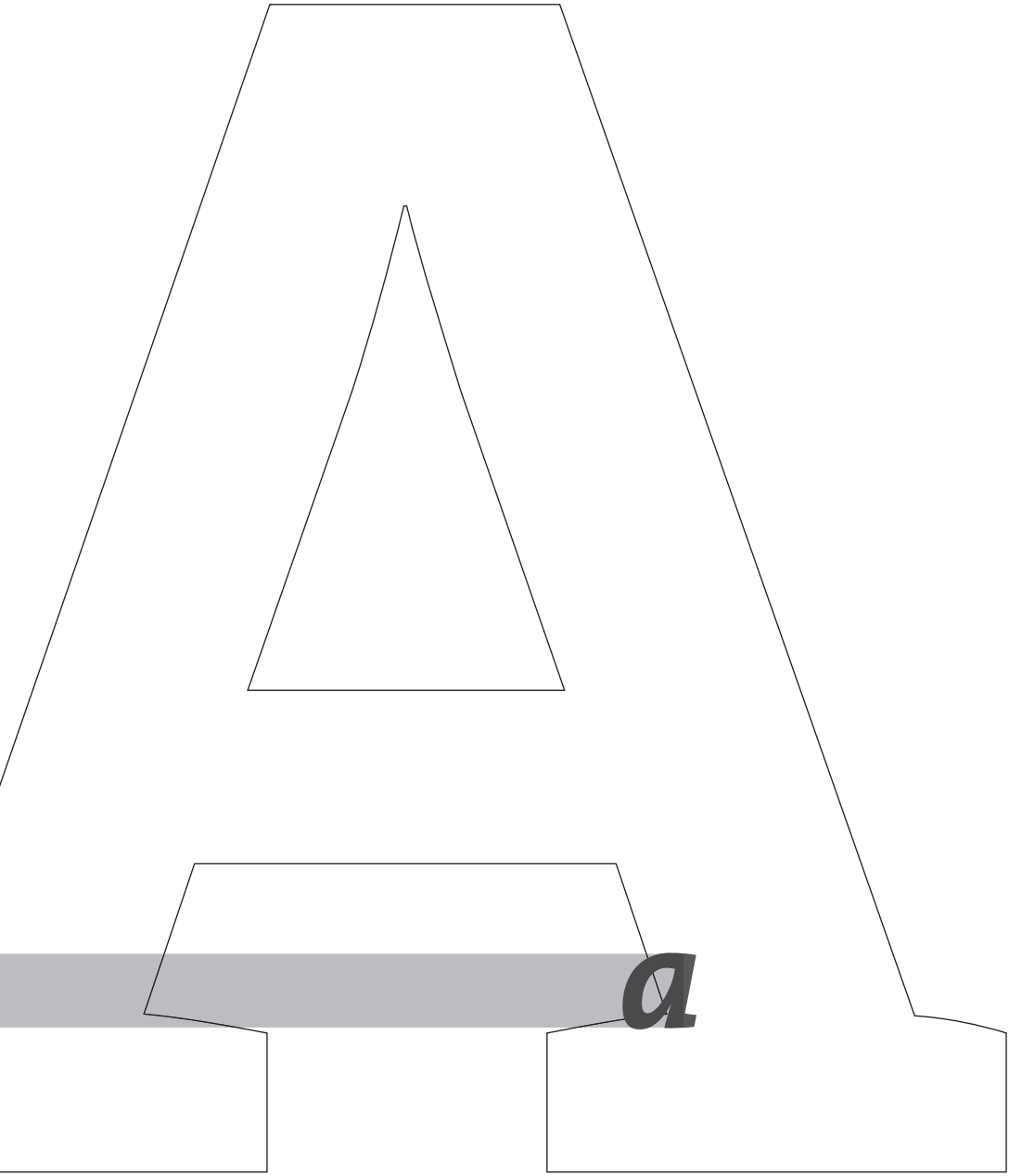
Tinker, R. H. und S. A. Wilson (2000): *EMDR mit Kindern. Ein Handbuch.* Paderborn (Junfermann).

Van der Kolk, B. A. (2005): Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35,* S. 401-408.

van IJzendoorn, M. H., M. J. Bakermans-Kranenburg (1997): Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In: Atkinson, L., K. J. Zucker (Hrsg.) *Attachment and psychopathology.* New York, London (Guilford), S. 135-170.

Wurmser, H. (2007): Einfluß der pränatalen Streßbelastung der Mutter auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebenshalbjahr. In: Brisch, K. H., T. Hellbrügge (Hrsg.) *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 129-156.

Zeanah, C. H., O. K. Mammen und A. F. Lieberman (1993): Disorders of attachment. In: Zeanah, C. H. (Hrsg.) *Handbook of infant mental health.* New York, London (Guilford), S. 332-349.


a

Annette Siemer-Eikelmann

Probleme ohne Ende?

ADHS und beginnende Persönlichkeitsstörungen

Einleitung

Entwicklungsrisiken und komorbide Störungen bei ADHS sind eher die Regel als die Ausnahme. Neben depressiven Episoden, Angststörungen und Suchterkrankungen besteht auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen. Insbesondere die antisoziale Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung werden gehäuft mit ADHS in Zusammenhang gebracht. Ob es sich um Folgen und Komplikationen der Primärerkrankung, um gemeinsame Symptomenkomplexe oder um verschiedene Entitäten handelt, wird in internationalen Fachkreisen diskutiert.

ADHS – Störungen des Sozialverhaltens – Antisoziale Persönlichkeit

ADHS tritt im Kindesalter häufig zusammen mit einer Störung des Sozialverhaltens (30-50%) auf (Biederman et al. 1996, Döpfner 2000). Bilden sich hyperkinetische Störungen nicht zurück, kommt es viermal häufiger zu einer Störung des Sozialverhaltens (Gittelman et al. 1985). Die dissozialen Auffälligkeiten bleiben bei knapp der Hälfte der hyperkinetischen Kinder stabil (Adam et al. 2002), das Risiko für eine antisoziale Persönlichkeitsentwicklung ist hoch (20-25%). Sind die Betroffenen jünger als 18 Jahre handelt es sich bei aggressivem Verhalten, Delinquenz und erheblichen Regelverletzungen um Störungen des Sozialverhaltens. Die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung wird erst ab dem 18. Lebensjahr bei durchgehender Missachtung von Regeln und Gesetzen, fehlendem Schuldbewusstsein und Verant-

wortungslosigkeit gestellt. Die Auffälligkeiten sollten mindestens seit dem 15. Lebensjahr bestehen.

Hyperaktive Kinder und Jugendliche mit einer gravierenden Störung des Sozialverhaltens weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, als Erwachsene eine antisoziale Persönlichkeitsstörung mit Delinquenz zu entwickeln (Mannuzza et al. 1991 und 1998). In forensischen Populationen liegen die Prävalenzen für ADHS deutlich höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Die Untersuchungen von inhaftierten jungen Männern mit einem Durchschnittsalter von 19 Jahren (Rösler et al. 2004) zeigen, dass bei ihnen die Prävalenz von ADHS gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor zehn erhöht ist. Meist handelt es sich um ADHS mit überwiegend hyperaktiver und impulsiver Symptomatik. Bei Frauen ist der Befund weniger deutlich. Auch die Kölner GAP-Studie (Gewalt, Aggression, Persönlichkeit) kommt zu dem Schluss, dass inhaftierte männliche Jugendliche mit einer antisozialen Persönlichkeitsentwicklung signifikant häufiger von ADHS betroffen sind (Sevecke et al. 2008). Darüber hinaus kommen verschiedene Studien zu dem Ergebnis, dass es auch zu einem erhöhten Substanzmissbrauch im Erwachsenenalter kommt. Aufgrund ihrer Intoleranz gegenüber Langeweile zeigen Patienten mit ADHS eine größere Bereitschaft, Situationen mit Anreizcharakter zu suchen, Substanzen und Verhaltensweisen auszuprobieren und den schnellen „Kick“ zu verlangen. Sie zeigen ein besonders riskantes Konsummuster und durchlaufen die Stufen der Abhängigkeit in deutlich jüngeren Jahren. Sie sind häufiger von Alkoholmissbrauch betroffen (bis zu 45%) und haben schneller Rückfälle nach der Entgiftung (Wilens et al. 1998 und 2003).

Die kausalen Zusammenhänge von ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und antisozialer Persönlichkeitsstörung sind nicht eindeutig, die Problematik ist vielschichtig. Einerseits werden gemeinsame genetische Faktoren und Symptomenkomplexe vermutet, andererseits sollen die Störungsbilder unabhängig voneinander bestehen, sich aber möglicherweise gegenseitig verstärken. Es ist bislang wenig bekannt, welchen Einfluss andere komorbide Störungen (z. B. Ängste, Depressionen) auf die dissoziale Entwicklung von ADHS-Patienten haben. Sicher ist aber, dass chronische Fehlanpassungen dieser Kinder und erschwerte Umgebungsbedingungen das soziale Verhalten und die Persönlichkeitsentwicklung maßgeblich mitbestimmen. Es ist eine bekannte Tatsache, dass unaufmerksame, unruhige Kinder in chaotischen und unübersichtlichen Verhältnissen schneller eine Dissozialität entwickeln. Die Abwe-

senheit von elterlicher Wärme, Zuwendung und Struktur scheint sowohl für ADHS als auch für eine Störung des Sozialverhaltens ein Risikofaktor zu sein.

Ferner erleben Kinder mit ADHS aufgrund ihrer Selbstregulations- und Impulskontrollproblematik häufiger grenzüberschreitende und traumatische Erfahrungen, die sich ebenfalls auf das soziale Verhaltensrepertoire auswirken. Weitere Einflussfaktoren sind der sozioökonomische Status und Bildungsgrad der Eltern, die Resilienzfaktoren des Kindes, die kulturellen Prägungen und der Medieneinfluss.

Die Leistungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle, der Affektregulierung und der sozialen Anpassung sind im Gehirn an komplexe neuronale Netzwerke und ihren Stoffwechsel (Neurotransmitter) gebunden. Auch wenn die Zusammenhänge zwischen ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und antisozialer Persönlichkeitsstörung noch wenig geklärt sind, so ist es doch unstrittig, dass neben genetischen und biologischen Ursachen auch familiäre Bedingungen, Umweltreaktionen und Gewalterfahrungen auf die neuronalen Organisations- und Funktionsstrukturen des Gehirns einwirken und in ständiger Wechselwirkung eine beeinflussende Rolle in der sozialen Anpassungsleistung spielen.

Für Kinder, die neben einem ADHS auch eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen, ist die wirksamste Therapie eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien, unabhängig davon, ob sie mit einer Verhaltenstherapie kombiniert ist oder nicht (MTA-Studie, Jensen et al. 2001). Die Stimulanzienbehandlung reduziert auch das Risiko für eine Substanzabhängigkeit (Wilens et al. 2003).

Fallbericht – Eine Berg- und Talfahrt

Der 25-jährige Paul ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes seit vielen Jahren bekannt. Paul wurde als Frühgeburt in der 34. Schwangerschaftswoche geboren und musste zwei Wochen beatmet werden. Die frühkindliche Entwicklung verlief zwar ohne große Störungen, von Beginn an war der Junge jedoch irritierbarer und unruhiger als seine ältere Schwester. Er schlief wenig, wirkte rastlos und zappelig. Im Kindergarten zeigte er ein unbeständiges Spielverhalten. Enttäuschungen konnte er nicht aushalten, seine Wutanfälle waren schon damals gefürchtet. Mit der

Einschulung nahmen die Probleme zu. Paul stand ständig im Unterricht auf, hörte nicht richtig zu, hatte Arbeitsmaterialien nie vollständig dabei und reagierte bei Konflikten zunehmend aggressiv. Anfangs konnte zumindest sein Ideenreichtum noch Lehrer und Mitschüler begeistern, später reagierten alle nur noch „genervt". Keiner wollte sich mit Paul verabreden. Zuhause gab es ständig Ärger, weil er die Hausaufgaben verweigerte und seine Schwester tyrannisierte. Die Mutter (Krankenschwester) zeigte sich erzieherisch inkonsequent, der Vater (Steuerbeamter) reagierte impulsiv und jähzornig.

Im siebten Lebensjahr wurde bei dem gut begabten Jungen kinderpsychiatrisch die Diagnose „ADHS" gestellt. Er profitierte von Ritalin und Verhaltenstherapie, die Eltern absolvierten ein Training für Bezugspersonen. Hierunter verbesserten sich die Leistungsfähigkeit und das Verhalten des Kindes, sodass Paul nach der vierten Klasse eine Realschulempfehlung erhielt. Parallel kam es jedoch zu familiären Belastungen. Die Eltern trennten sich, der Vater gründete eine neue Familie, die Mutter reagierte depressiv. Paul wurde „aus den Augen" verloren. Kinderpsychiatrische Termine wurden nicht mehr wahrgenommen, Ritalin abgesetzt.

Im Alter von zwölf Jahren wurde Paul wochenlang von drei Mitschülern gequält, geschlagen und erpresst. Erst Monate später vertraute er sich einem Lehrer an. In der Folgezeit reagierte der Junge immer häufiger mit aggressiven Kontrollverlusten. Ab dem vierzehnten Lebensjahr verstärkten riskante Suchttendenzen (Alkohol, Cannabis) die sozialen Verhaltensstörungen. Paul hielt sich in der Bahnhofsszene auf und verweigerte immer öfter den Schulbesuch. Mit fünfzehn Jahren brach er die Schule ab, nahm härtere Drogen, tauchte unter und wurde straffällig. Die Eltern reagierten hilflos. Paul wurde in den folgenden Jahren wegen Körperverletzungen, räuberischer Erpressung, Fahrens ohne Führerschein und Beschaffungskriminalität angezeigt und mit neunzehn Jahren inhaftiert.

Während der mehrmonatigen Freiheitsstrafe reifte in dem jungen Mann der Wunsch, sein Leben zu verändern. Er ließ sich nach der Entlassung zwei Jahre lang auf eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ein. Seine neue Freundin motivierte ihn außerdem zu einer Entwöhnungstherapie (Drogen). An der Abendrealschule gelang ihm der Abschluss. Die gute Phase hielt aber nicht an. Durch die erfolglose Lehrstellensuche und die Trennung von der Freundin fiel Paul gekränkt in alte

Muster zurück. Er zog sich in sein Appartement zurück, entwickelte eine Online-Spielsucht und vermüllte. Die Perspektive verbesserte sich erst wieder nach einer stationären psychiatrischen Behandlung, der erneuten Einnahme von Ritalin und der Unterstützung durch das ambulante betreute Wohnen.

Paul ist ein Beispiel dafür, dass die Entwicklung eines Jungen mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens wechselhaft und wenig vorhersehbar ist. Ob und wie die prognostisch ungünstige Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung mit Suchtverhalten hätte verhindert werden können, ist schwer zu beurteilen. Wichtig ist aber, dass trotz vieler Rückschläge immer wieder Erfolge und Entwicklungsfortschritte durch medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Einsatz möglich waren.

ADHS – Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zwischen ADHS und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ gibt es Überschneidungen bezüglich der Stressintoleranz, der Erregungszustände, der emotionalen Instabilität und der Planungsdefizite. Unterstützt wird die Annahme durch Studien, die Borderline-Patienten untersuchten und überproportional die Kriterien für ADHS erfüllt sahen (Fosati et al. 2002). Auch in einer Untersuchung bei inhaftierten Jugendlichen (Kölner GAP-Studie) wurde eine hohe Korrelationen zwischen Borderline-Störung und ADHS festgestellt (Sevecke et al. 2008).

Zwischen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und ADHS gibt es aber auch deutliche Unterschiede, zum einen in der Ausprägung der Impulsivität, zum anderen auf der Beziehungsebene. Während impulsive Handlungen bei ADHS-Patienten meist situativ auftreten und kurzlebig sind, erscheint bei Patienten mit Borderline-Störung die Impulsivität eher drängend und zwanghaft. Die Aggressivität ist bei Borderline-Patienten eher konstant spürbar und von anhaltenden inneren Spannungszuständen begleitet, bei ADHS hingegen eher episodisch. Der größte Unterschied liegt in der Beziehungsgestaltung. Während Patienten mit ADHS wegen Konflikten aufgrund ihres unberechenbaren und ungehemmten Verhaltens in ihren Beziehungen Probleme entwickeln, sind die Beziehungen bei emo-

tional instabilen Persönlichkeiten vom Borderline-Typ durch Entwertungen und Idealisierungen, Spaltungstendenzen und Manipulationen belastet. Ein chronisches Leeregefühl, eine ausgeprägte Identitätsstörung, Selbstschädigungen sowie häufige suizidale Gedanken und Impulse sprechen ebenfalls eher für das Vorliegen einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typ.

Eine Studie an stationären, ambulanten und gesunden Probanden aus Rostock (Lampe und Herpertz 2007) kommt zu dem Schluss, dass eine beeinträchtigte Fähigkeit zur Verhaltenshemmung (Inhibition), Hauptmerkmal Erwachsener mit ADHS, nicht bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen nachweisbar ist. Die Daten unterstützen die Annahme, dass den beiden Erkrankungen trotz ähnlicher Symptome grundsätzlich unterschiedliche Störungsmuster zugrunde liegen. Auch Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und dissozialer Persönlichkeitsentwicklung unterscheiden sich. Während bei Borderline-Patienten eher eine erhöhte Aufmerksamkeit bei emotional relevanten Stimuli feststellbar ist, haben Patienten mit antisozialer Persönlichkeit meist eine Störung in der Erkennung und Kontrolle von Emotionalität.

Zusammenfassung

- Komorbidität ist bei ADHS die Regel.
- ADHS ist häufig mit einer Störung des Sozialverhaltens verbunden.
- Das gemeinsame Störungsbild erhöht die Wahrscheinlichkeit von persistierender ADHS-Symptomatik, antisozialer Persönlichkeitsstörung und Sucht.
- Weitere Risikofaktoren für eine schwere dissoziale Entwicklung sind das Geschlecht (männlich), der ADHS-Subtyp (hyperaktiv-impulsiv) sowie die Risiken, Ressourcen und Belastungen in der Familie und der Umwelt.
- Komorbide Störungen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen kommen vor. Die Phänologie ist aber nur auf den ersten Blick ähnlich. Es bedarf einer sorgfältigen Abgrenzung der Störungsbilder.

Literatur

Adam C., Döpfner M., Lehmkuhl G. (2002) Der Verlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugend- und Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung 11:* 73–81.

Biederman J., Newcorn J., Sprich S. (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *J Psychiatry 148:* 564–577.

Biederman J., Faraone S. V., Milberger S., et al. (1996) Is childhood oppositional disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:* 1193–1204.

Biederman J., Monuteaux M. C., Mick E., et al. (2006) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psych Medicine 36:* 167–179.

Brandau H. und Kaschnitz W. (Hrsg.) (2008) *ADHS im Jugendalter: Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit.* Juventa Verlag, 54–67, 167–168.

Dick D. M., Viken R. J. Kaprio J. et al. (2005) understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder ans oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnormal Child Psych 33:* 219–229.

Döpfner M., Frölich J., Lehmkuhl G. (2000) *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.* Hogrefe Verlag, 7–9.

Fischer, M., Barkley R. A., Smallish L. et al. (2002) Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnormal Child Psych 30:* 463–475.

Fosati A., Novella L., Donati D. et al. (2002) History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry, 43:* 369–377.

Gillberg C., Gillberg I. C., Rasmussen P. et al. (2004) Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry 13:* 180–192.

Gittelman R., Mannuzza S., Shenker R., et al. (1985) Hyperactive boys almost grown up. *Arch Gen Psychiatry 42:* 937–947.

Hüther G. (2004) Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen. In: Passolt, M. (Hrsg.) *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie,* 2. erw. Aufl. Reinhart Verlag, 117–130.

Jensen P. S., Martin D., Cantwell D. P. (1997) Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM V. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry 36:* 1065–1079.

Jensen P. S., Hinshaw S. P., Kraemer H. C. et al. (2001) ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:* 147–158.

Kadesjö B. Gillberg C. (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of swedish school-age children. *J child psychology and psychiatry 42:* 487–492.

Lampe K. und Herpertz S. (2007) Vergleichende neuropsychologische Ergebnisse zur ADHS im Erwachsenenalter und Borderline Persönlichkeitsstörung – Implikationen für komorbide Störungen. In: Freitag, C. M. und Retz W. (Hrsg.) *ADHS und komorbide Erkrankungen,* 107–118.

Laucht M., Esser G., Schmidt M. H. (1996) Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Zeitschrift f. Kinder Jugendpsychiatrie 24:* 67–81.

Laucht M. (2003) Aggressives und dissoziales Verhalten in der Prä-Adoleszenz: Entstehungsbedingungen und Vorläufer in der frühen Kindheit. In: Lehmkuhl U (eds) *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung.* Vandenhoeck & Ruprecht, 47–56.

Laucht M., Hohm E., Esser G. et al. (2005) Erhöhtes Raucherrisiko von Kindern mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. *Zeitschrift Klinische Psychiatrie und Psychotherapie 34:* 258–265.

Mannuzza S., Klein R. G., Addalli K. A .(1991) Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers; a prospective follow-up study. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 30:* 743–751.

Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al. (1998) Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry 155:* 493–498.

Philipsen A., Heßlinger B., Elst L. T. (2008) Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Diagnostik, Ätiologie und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt 105 (17):* 311–317.

Remschmidt H., Schmidt M., Poustka F. (Hrsg.) (2001) *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD 10 und DSM-IV.* Huber Verlag.

Rösler M., Retz W., Retz-Junginger P. et al. (2004) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 254:* 365–371.

Rösler M. (2007) ADHS – Störung des Sozialverhaltens – Antisoziale Persönlichkeitsstörung. In: Freitag, C.M. und Retz W. (Hrsg.) *ADHS und komorbide Erkrankungen,* 95–106.

Schwenck C., Walitza S. und Warnke A. (2007) Komorbide Störungen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter und ihre Therapie. In: Freitag, C.M. und Retz W. (Hrsg.) *ADHS und komorbide Erkrankungen,* 28–40.

Sevecke K., Lehmkuhl G. und Krischer M. K. (2008) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Persönlichkeitsstörungen bei klinisch behandelten und bei inhaftierten Jugendlichen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57:* 641–661.

Streeck-Fischer A. (2008) Die Borderline Persönlichkeit(entwicklungs)störung im Jugendalter. Diagnostik, Behandlungsvoraussetzungen, Gestaltung des Rahmens, Phasen der Behandlung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57:* 693–717.

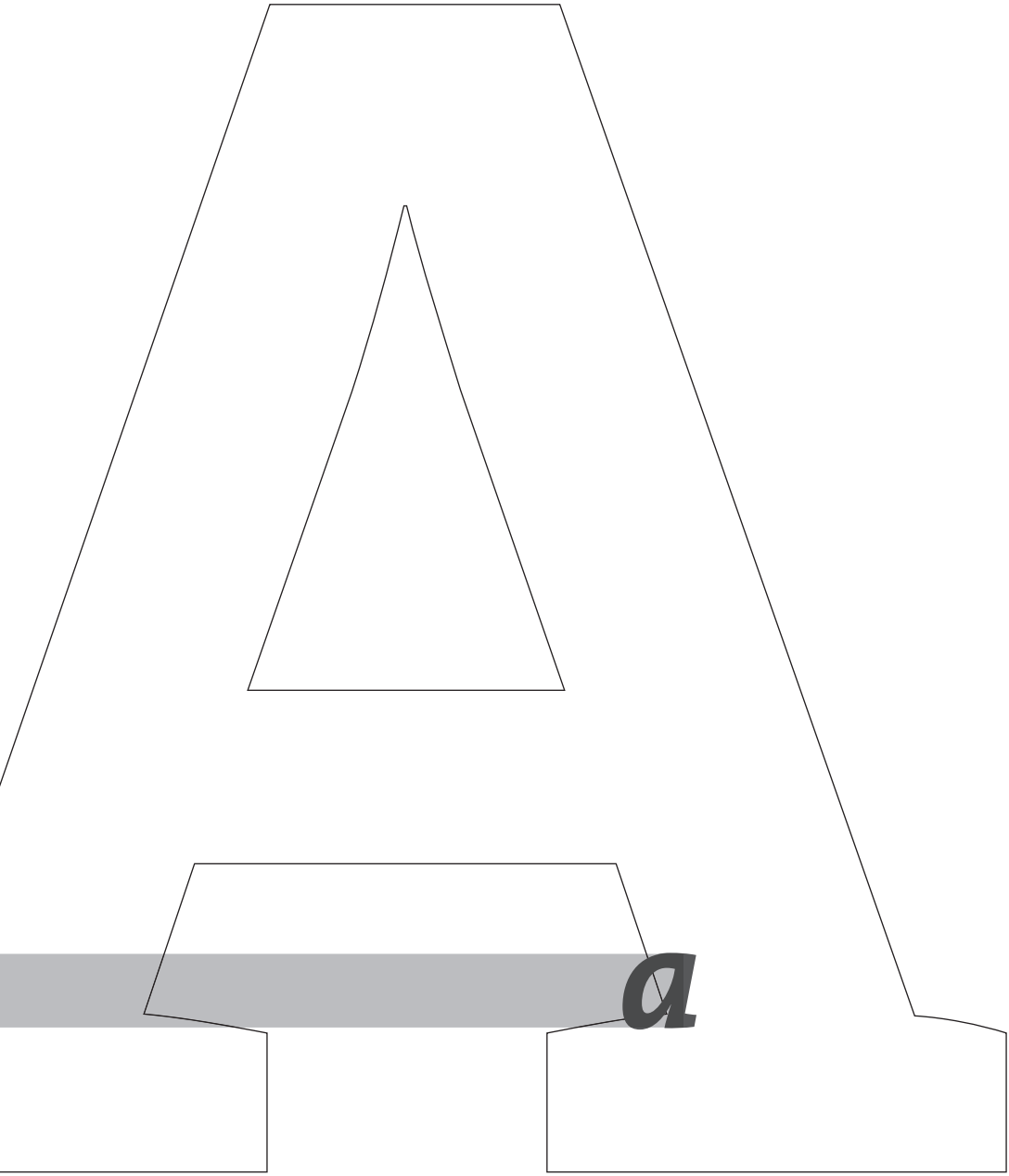
Thapar A., Fowler T., Whittinger N. et al. (2006) Predictors of antisocial behaviour in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry 15:* 118–125.

Vloet T. D., Herpertz-Dahlmann B., Herpertz S. (2006) Prädiktoren dissozialen Verhaltens. Periphere psychophysiologische Befunde bei Kindern und Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens, *Nervenarzt 77:* 782–790.

Wilens T. E., Biederman J., Mick E. (1998) Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American J on Addictions, 7:* 156–163.

Wilens T. E., Faraone S. V., Biederman J. et al. (2003) Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics 111:* 179–185.

Wyschkon A. und Esser G. (2007) Bedeutung komorbider Störungen im Kindesalter für den Langzeitverlauf der ADHS. In: Freitag, C. M. und Retz W. (Hrsg.) *ADHS und komorbide Erkrankungen,* 41–49.


a

Helga Simchen

„Träumsusen“ im Fokus

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität

Wenn von einem ADHS gesprochen wird, ist meist die Hyperaktivität das führende Symptom, dass es aber noch eine andere Art von ADS mit fast entgegengesetzter Symptomatik gibt, ist weniger bekannt. Von diesem ADS ohne Hyperaktivität sind nicht nur Mädchen, weibliche Jugendliche und Erwachsene betroffen, sondern es wird zunehmend auch bei Jungen und männlichen Jugendlichen diagnostiziert. Diese Betroffenen werden wegen der recht schwierigen Diagnostik oft viel zu spät erkannt und behandelt. Die führenden Symptome des ADS ohne Hyperaktivität sind nicht auffälliges Verhalten, sondern Schwierigkeiten im Leistungs- und im Sozialverhalten. Hinter einer „Träumsuse“ versteckt sich meist ein sehr intelligentes, hochempfindliches Wesen, das sehr leidet, weil es sich unverstanden fühlt und seine Anstrengungen nicht den erwarteten Erfolg bringen.

Die wissenschaftliche Nomenklatur teilt inzwischen ein in:

- ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS) und
- ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität (ADS).

Beide Erscheinungsbilder haben die gleiche Ursache und kommen nicht selten in ein und derselben Familie vor, manchmal auch nur als Disposition oder als Subtyp, dessen Symptomatik zwischen ADHS und ADS liegt.

Definiert wird das ADS mit und ohne Hyperaktivität heute als „eine neurobiologisch verursachte und spezifisch veränderte Steuerungsdynamik der Wahrnehmung, der kognitiven und emotionalen Verarbeitung mit der daraus resultierenden veränderten Reaktions- und Verhaltensbildung. Nach den Ergebnissen wesentlicher epidemiologischer Untersuchungen dürften in Deutschland circa eine Millionen Kinder und

Jugendliche eine ADHS-Konstitution haben mit beratungs- und behandlungsbedürftiger Entwicklungsbeeinträchtigung". (ADD Forum, Juni 1988 Berlin) Die Betroffenen haben eine hohe Komorbidität bezüglich Depression, Suchterkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen.

Ursache des ADHS/ADS

Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten 15 Jahre weisen darauf hin, dass es sich um eine Funktionsstörung handelt auf neuronaler Ebene im Stirnhirnbereich und einiger mit ihm in Verbindung stehender Stammganglien. Es besteht eine Dysbalance der verschiedenen Neurotransmitter untereinander. Im synaptischen Spalt kommt es zum Mangel eines oder mehrerer Neurotransmitter bedingt durch eine molekulargenetisch verursachte Transporterstörung. Dadurch wird im synaptischen Spalt die Weiterleitung von Nervenreizen blockiert.

Spezialuntersuchungen, wie die Positronenemissionstomographie (PET), die Single Photonen Emissions-Computertomographie (SPECT) und die funktionelle Magnetresonanztomographie (f. MRT), die in Bezug auf ADS nur der wissenschaftlichen Forschung vorbehalten sind, haben gezeigt, dass bei den ADS/H-Kindern das Stirnhirn wenig oder kaum Glucose verbraucht, d.h. seine Arbeitsintensität entspricht der einer Unterfunktion, wie wir sie auch von anderen Organsystemen kennen. Gibt man diesen Kindern ein Stimulans, so arbeitet ihr Stirnhirn – gemessen am Glucosestoffwechsel – wie bei Nichtbetroffenen. Was im Nachhinein für die Wirksamkeit der seit Jahrzehnten praktizierten Stimulanzientherapie spricht.

Jedem Neurologen ist die große Bedeutung des Frontalhirns bei der Wahrnehmungsverarbeitung bekannt und diese finden sich im Erscheinungsbild des ADS in ihrer Vielfalt wieder. Dazu kommt noch die Dysbalance der einzelnen Neurotransmitter, deren Verhältnis zueinander beim ADS verschoben ist, was die Verschiedenartigkeit der Symptomatik bestimmt und entscheidet, ob das Kind hyper- oder hypoaktiv ist, d.h. ob ein ADS mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt.

Beim ADS/ADHS sind folgende Funktionen beeinträchtigt:

- Reizüberflutung des Gehirns durch Filterschwäche

- Aufmerksamkeit und Konzentration können nicht willentlich konstant gehalten werden
- Selbstorganisation und Aktivierung für eine Routinetätigkeit fallen schwer
- Die Gefühlssteuerung ist spontan und ungebremst
- Zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis kommt es zu Informationsverlusten
- Die verschiedensten motorischen Bereiche können betroffen sein

Die Bedeutung der Neurotransmitter

In den letzten Jahren gelang der genetische Nachweis der Transporterstörung für Dopamin, Noradrenlin und Serotonin, d.h. die Ursache der Transporterstörung beim ADS konnte auf verschiedenen Genen lokalisiert und nachgewiesen werden. Beim hypoaktiven Kind spielt neben dem Mangel an Dopamin auch ein Serotonin- und Noradrenalinmangel im Synapsenspalt eine wesentliche Rolle. Dopamin ist bedeutend für zielgerichtete motorische Aktivitäten, für den Antrieb und für die feinmotorische Abstimmung. Noradrenalin reguliert die Aufmerksamkeit, den Antrieb und die Stimmung, es hat Bedeutung für den Angst- und Stressabbau. Serotoninmangel bedeutet Antriebsverlust, Ängste, Zwänge, emotionale Steuerungsschwäche und Verlust der Impulssteuerung. Serotonin und Noradrenalin bremsen die Freisetzung von Stresshormonen. Besteht ein Noradrenalin- und Serotoninmangel wird von den Nebennieren viel Cortisol (Stresshormon) gebildet. Es herrscht im Körper ein permanenter Dauerstress, der viel Kraft kostet, innerlich eine hochgradige, aber unproduktive Unruhe erzeugt, ein für ADS typisches Phänomen. Dieser Dauerstress kann aber auch das Immunsystem schwächen, eine mögliche Erklärung dafür, dass sehr viele Kinder mit ADS an einer Allergie leiden. Auch Acetylcholin, was für die Gedächtnisleistung verantwortlich ist, hat möglicherweise beim ADS eine Bedeutung. Welcher Neurotransmitter in einer bestimmten Gehirnregion nicht ausreichend verfügbar ist, entscheidet, ob ein ADS mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt. Beides sind also zwei verschiedene Subtypen einer gemeinsamen Ursache und gemeinsamen Kernsymptomen.

Die Funktion des Frontalhirns

Das Frontalhirn stabilisiert die Konzentration, das Verhalten, die Fein- und Grobmotorik, die emotionale Steuerung und die Fähigkeit, auditive Wahrnehmungen zu filtern und zu speichern. Infolge Neurotransmittermangel kann Gelerntes schlecht gespeichert werden, da auf dem Weg vom Arbeitsgedächtnis zum Langzeitgedächtnis viel Information verloren geht. Somit erklärt sich die Schwäche in der Verhaltens- und Impulskontrolle, denn die Betroffenen haben Schwierigkeiten, einmal abgerufene Reaktionen zu überprüfen und evtl. zu korrigieren. Gelerntes wird nicht behalten, einmal Gekonntes wieder vergessen, eine tägliche Erfahrung der betroffenen Schulkinder. Sie können schlecht zuhören, sind vergesslich und lernen nicht aus Fehlern, da der Prozess der Automatisierung im kognitiven und Verhaltensbereich nicht funktioniert.

Wann sollte man an ein ADS ohne Hyperaktivität denken und welche Symptome zeigt ein hypoaktives Kind?

1. Es ist unkonzentriert.
2. Es hat Störungen in der Feinmotorik.
3. Verschiedene Wahrnehmungsbereiche sind gestört.
4. Es ist leicht ablenkbar und verträumt.
5. Es hört gut, aber es nimmt nicht alles wahr.
6. Es denkt und reagiert oft langsam.
7. Es vergisst viel, da es eine Merk- und Filterschwäche hat.
8. Es ist affektlabil und weint leicht.
9. Es regt sich schnell auf und ist schnell gekränkt.
10. Es fühlt sich ungeliebt und missverstanden.
11. Es macht stundenlang Hausaufgaben und arbeitet im Unterricht zu langsam.
12. Es zeigt oft Ängste und Schuldgefühle.

Das Erscheinungsbild des ADS ohne Hyperaktivität

Das hypoaktive Kind ist eher ruhig, verträumt, es kann dem Unterricht nur schwer folgen und sitzt stundenlang an seinen Hausaufgaben. Trotz guter oder sehr guter Intelligenz erreicht das Kind oft das Klassenziel nicht. Spätestens in der dritten oder vierten Klasse, wenn sich Probleme in der Rechtschreibung oder bei den mathematischen Textaufgaben, als Folge seiner Beeinträchtigung der Konzentration, seiner oberflächlichen und gestörten visuellen und auditiven Wahrnehmung bemerkbar machen, neigt dieses Kind zu Alpträumen, Versagensängsten und Selbstwertproblematik. Es kommt mit dem Tempo in der Schule nicht mit und resigniert bald. Sein Denken ist langsam und umstellungserschwert. Häufig besteht eine Schulangst mit Bauch- und Kopfschmerzen. Manchmal beginnt das Kind wieder einzunässen. Oft wird die Ursache dieser Beschwerden lange nicht erkannt, oder gar nicht erst nach ihr gesucht, „es verwächst sich", eine häufige Erklärung. Diese Kinder sind sehr therapiemotiviert, denn sie leiden und klagen am meisten darüber, dass sie das Gelernte schnell vergessen, dass sie zu langsam sind und sich nicht verstanden fühlen.

Differentialdiagnose

Das ADS ist von anderen Krankheitsbildern mit teilweise ähnlicher Symptomatik abzugrenzen, wie

- intellektuelle Minderbegabung
- Folgen einer Schädigungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt
- chromosomale Schäden (Fragiles X-Syndrom)
- Folge verwöhnender Erziehung mit wenig Anstrengungsbereitschaft und erlernter Hilflosigkeit
- Funktionsstörungen der Schilddrüse (Unterfunktion)
- depressive Erkrankungen
- posttraumatische Störungen (organisch als auch psychisch)
- Zustand nach schweren Gehirninfektionen
- Epilepsiebedingte Anfallsformen (Absencen)
- Trennungsproblematik mit schweren familiären Konflikten

- Asperger-Syndrom
- Narkolepsie

Die Diagnostik des ADS ohne Hyperaktivität

Sie setzt neurologische, entwicklungspsychologische und psychiatrische Kenntnisse voraus. Hinweisend sind immer multiple Wahrnehmungsstörungen und eine deutliche Differenz zwischen dem mithilfe von Intelligenztesten ermittelten Leistungspotenzial und der erbrachten Schulleistung. Im Intelligenztest besteht beim unbehandelten ADS meist eine deutliche Differenz zwischen Verbal- und Handlungsteil.

Eine ausführliche Anamnese ergibt fast immer Hinweise auf eine familiäre Disposition. Sehr oft sind Verzögerungen in der sprachlichen Entwicklung vorhanden. Dann folgen Auffälligkeiten im Kindergarten, wie Rückzugs- und Regressionstendenzen, ferner Auffälligkeiten in der fein- und grobmotorischen Entwicklung und in der Wahrnehmung. Daneben sind auch bei diesen Kindern immer die emotionale Steuerungsfähigkeit, die Daueraufmerksamkeit und die Merkfähigkeit beeinträchtigt. Sehr kluge Kinder können durch ihre gute Intelligenz Defizite lange kompensieren. Dabei ist immer entscheidend, wie stark das Kind betroffen ist und wie seine Akzeptanz im sozialen Umfeld ist. Wegen der großen Bedeutung der Frühdiagnose möchte ich die wichtigsten Symptome eines hypoaktiven Kindes im Kindergartenalter hervorheben.

Symptome des ADS-Kindes ohne Hyperaktivität im Kindergartenalter

- Es ist ruhig und brav, manchmal ängstlich und sehr anhänglich.
- Es ist sehr empfindlich und weint leicht, zieht sich schnell zurück.
- Seine Sprache ist undeutlich, leise, es stammelt oder hat Schwierigkeiten einige Konsonanten auszusprechen; bei Unsicherheit verfällt es in Babysprache.
- Es spielt am liebsten in der Bau- oder Puppenecke allein und hat nur eine(n) feste(n) Freund(in).

- Es kann im Stuhlkreis nicht lange zuhören, beginnt zu träumen und zeigt stereotype Bewegungen.
- Es hat Wahrnehmungsstörungen, malt und bastelt deshalb nicht gern.
- Es drückt den Stift viel zu sehr auf.
- Es vergisst viel und versteht manches erst gar nicht.
- Es ist feinmotorisch ungeschickt, es stolpert leicht.
- Es hat einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn und ist sehr eifrig bei sozialen Diensten.
- Es nässt manchmal tagsüber noch ein.
- Es regt sich schnell auf und verhält sich oft zu Hause ganz anders als im Kindergarten.

Säulen der Diagnostik

- Körperliche Untersuchung
- neurologische Untersuchung mit EEG
- Entwicklungsdiagnostik mit Suche nach Lernfähigkeits- und Teilleistungsstörungen
- Überprüfen der Psychomotorik und aller Wahrnehmungsbereiche
- Leistungsdiagnostik mit Entwicklungs- und Intelligenztesten
- psychologische und neurosenspezifische Diagnostik
- Bewusstmachen und Erkennen von Ressourcen
- Familien- und Schulanamnese

Das manifeste Bild eines ADS/H beinhaltet immer eine bio-psycho-soziale Störung in den Bereichen: kognitive Fähigkeiten, neuromotorisch-sensomotorische Funktionen und Steuerung der Gefühle und der Verhaltensbildung. Eine beeinträchtigte Reizverarbeitung ist dafür die Ursache, denn die Reizaufnahme ist zu groß, die Reizschwelle ist zu niedrig, die Reaktion auf Reize spontan und überschießend. Das Gehirn wird dadurch überfordert, die Daueraufmerksamkeit kann nicht gehalten werden.

Therapie

Die Therapie umfasst die Behandlung des Kindes und seiner Familie. Alle diese Kinder verfügen über viele Fähigkeiten, derer sie nur bewusst werden müssen. Nach eingehender Diagnostik wird mit den Kindern und deren Eltern ein individuelles Förder- und Therapieprogramm entworfen.

Die multimodale Therapie ist eine individuelle, systematisch organisierte Vorgehensweise, die das Verhalten, die emotionale Steuerung, die Wahrnehmungen und die Reaktionen, die Aufmerksamkeit, die sozialen Kontakte, die Leistungsmotivation, die Eigenheiten des Kindes und wenn nötig, eine medikamentöse Behandlung berücksichtigt. Ziel dieser Behandlung muss sein, dass das Kind die ihm gegebenen Fähigkeiten voll entfalten kann und ein positives Selbstwertgefühl entwickelt.

Die Therapie erfolgt problembasierend und symptomorientiert und umfasst

- Beratung und Aufklärung der Eltern und des Kindes über das ADS mit seinen speziellen Vor- und Nachteilen
- Strukturierung und Konsequenz in der Erziehung
- Verhaltenstherapeutische Begleitung
- Lerntherapie mit dem Ziel der Ausbildung von Gedächtnisbahnen, damit im Lernprozess eine Automatisierung errecht werden kann
- Gabe von Psychostimulanzien, wenn erforderlich
- Beseitigung der Defizite
- Aufbau einer sozialen Kompetenz
- Verbesserung der Selbstwertgefühls

Folgen zu später oder unzureichender Behandlung

Die hypoaktiven Kinder kommen erfahrungsgemäß meist sehr spät in ärztliche Behandlung, wobei sie oft einen langen Leidensweg hinter sich haben. Nicht selten stand die Aufnahme in eine Sonderschule kurz bevor, trotz guter Intelligenz. Viele Therapien mussten sie oft über sich ergehen lassen ohne für sie spürbaren Erfolg.

Wegen ihres langsamen Arbeitstempos und ihrer schlechten Konzentration können sie der Schulstunde nicht folgen. Sie träumen vor sich hin, wobei die Träume und Fantasien der Auseinandersetzung mit ihren Problemen dienen. Entwicklungsphasen werden nicht optimal genutzt, Defizite im Lern- und Leistungsverhalten entstehen, und die Kinder bleiben in ihrer sozialen Reife zurück.
Zeichen des sozialen Reiferückstandes sind:

- Es fehlt ihnen an Mut, eigene Forderungen zu stellen.
- Sie haben Probleme, soziale Kontakte zu knüpfen und sie aufrechtzuhalten.
- Sie haben Angst, Fehler zu machen und kritisiert zu werden.
- Sie können nicht Nein sagen und sich von anderen abgrenzen.
- Um von anderen anerkannt zu werden, machen sie, was von ihnen verlangt wird.
- Sie wagen nicht zu widersprechen, auch wenn es berechtigt wäre.

Es sind also nicht nur Mädchen, sondern auch Jungen von diesem ADS ohne Hyperaktivität betroffen. Bei diesen Kindern dominiert nicht so sehr die Verhaltensstörung, sondern die Lernstörung. An erster Stelle stehen hierbei die Rechtschreibschwäche und manchmal auch eine Rechenschwäche. Ein wenig erfolgreiches Üben mit ständigen Enttäuschungen führt zur psychischen Beeinträchtigung mit oft großem Leidensdruck.

Coaching durch die Eltern

Behandlung bedeutet Mitarbeit des Kindes und seiner Eltern, Ausdauer und Geduld haben, dann sind folgende Therapieziele realisierbar: Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit durch Steigerung der Konzentration, des Arbeitstempos, der Daueraufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses. Die Schrift wird besser, Frustrationen können besser ertragen und verarbeitet werden. Vieles, worum sich das Kind bisher erfolglos bemühte, gelingt ihm jetzt. Es beginnt Freude an der Schule und am Lernen zu haben. Es erlebt sich erstmalig positiv und spürt die lang ersehnte Anerkennung von Lehrer und Mitschüler.

Das Problem dabei ist, diese Kinder ständig zu motivieren, denn nach anfänglicher Begeisterung zu Therapiebeginn fallen einige Kinder wieder in ihre alten Verhaltensweisen. Die Eltern sagen dann, das Medikament wirkt nicht mehr. Aber das Medikament allein schafft ohne aktive Mitarbeit des Kindes keine wesentliche Verbesserung. Zur Anleitung und Unterstützung der Eltern ist deshalb eine verhaltenstherapeutisch orientierte Begleitung erforderlich, damit sie für ihr Kind die Funktion des Co-Therapeuten oder Coach übernehmen können.

Wird zu spät behandelt, kommt es zur sogenannten reaktiven Fehlentwicklung mit der Gefahr einer psychischen Erkrankung. Solche ADS-assoziierten Störungen können sein:

- Psychoreaktive Schmerzzustände (Kopf- oder Bauchschmerzen)
- Schlafstörungen
- Einnässen/Einkoten
- Magen-/Darmbeschwerden
- Essstörungen
- Stammeln und Stottern
- Tics
- Drogenkonsum
- Ängste, Zwänge und depressive Verstimmungen, besonders beim ADS ohne Hyperaktivität

Diese Begleit- und Folgeerkrankungen müssen in die Behandlung mit einbezogen werden.

Die Spirale für die Entstehung einer Fehlentwicklung ist bei ADS-Betroffenen anlagebedingt vorprogrammiert durch die Verknüpfung folgender Eigenschaften: Unkonzentriert – vergesslich – vorhandene Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen – viel zu empfindlich – geringe Frustrationstoleranz – schlechter Arbeitsspeicher – kein Lernen aus Fehlern – keine adäquate verbale Reaktion möglich – sehr nachtragend – leicht kränkbar – Schwarz-Weiß-Denken – ständige Enttäuschungen und Misserfolge – Gefühl des Versagens – innere Verunsicherung mit Selbstwertproblematik – Vermeidungsverhalten – Verhaltensauffälligkeiten – sich nicht verstanden fühlen – falsche Bewertung der Umwelt – das alles kann je nach Intensität und

Dauer zu verschiedenen reaktiven Fehlentwicklungen führen und nicht selten die Einnahme legaler und illegaler Drogen begünstigen.

Die Anerkennung des ADS als eine bio-neuro-psychosoziale Störung

Die Diagnose eines ADS ohne Hyperaktivität kann nicht nach Punkten von auszufüllenden Tabellen gestellt, sondern aus der Lebensgeschichte, der Familienanamnese, der Schullaufbahn, einer gründlichen neurologischen, psychiatrischen und psychologischen Untersuchung, der Beobachtung des Kindes und nach der Schwere seiner Entwicklungsbeeinträchtigung. Eine frühzeitige Diagnose erlaubt eine rechtzeitige Behandlung. Diese wiederum verhindert, dass Entwicklungsphasen ungenutzt verlaufen und es zu Defiziten kommt, die nicht wieder oder nur ganz schwer aufgeholt werden können.

Bei ausgeprägter Symptomatik sollte die Diagnose schon vor der Einschulung gestellt werden, um mit der Behandlung, wenn nötig, schon vor der Einschulung zu beginnen. Das verhindert, dass sich die hypoaktiven Kinder als Schulversager erleben müssen.

Nicht nur die hyperaktiven Kinder sollten bei ausgeprägtem Krankheitsbild eine Therapie mit Stimulanzien erhalten, auch Kinder und Jugendliche mit ADS ohne Hyperaktivität profitieren sehr davon. Allen gemeinsam ist, dass ihre Schulleistung trotz intensiver Anstrengung nicht ihrer eigentlichen Intelligenz entspricht und sie darunter massiv leiden. Sehr intelligente Kinder und Jugendliche können ihre psychische Beeinträchtigung oft über viele Jahre kompensieren. Die Umgebung registriert erst viel zu spät, wie diese Kinder und Jugendlichen eigentlich leiden. Manchmal machen erst depressive Verstimmungen, massive Ängste oder Panikattacken mit Blackout-Reaktionen darauf aufmerksam.

Zur erfolgreichen Behandlung von ADS-Kindern braucht man informierte, psychisch stabile und zuverlässige Eltern, die als Co-Therapeuten dienen. Gerade das hypoaktive Kind braucht einen Coach, einen „Trainer“ über mehrere Jahre, und das können nur die Erziehungsberechtigten sein.

Die Vererbung des ADS

Da sich das ADS vererbt, ist nicht selten ein Elternteil selbst betroffen. Leider ist das ADS bei Erwachsenen in Deutschland bisher noch wenig bekannt. Die Praxis zeigt immer wieder, selbst betroffene Eltern sind bei der Behandlung der Kinder mit ADS ein zusätzliches Problem. Manchmal erschweren sie – natürlich ungewollt – die Behandlung. Sie sind selbst unkonzentriert, innerlich und oft auch äußerlich voller Unruhe. Ihr Erziehungsstil ist inkonsequent, ihr Lebensstil oft chaotisch. So können sie den betroffenen Kindern nicht den nötigen Halt geben. Ein noch größeres Problem dabei ist, dass es noch zu wenige Ärzte gibt, die diese Erwachsenen nach entsprechender Diagnostik behandeln können. Leitlinien dafür wurden von einer Expertenkommission bereits erarbeitet.

Die Notwendigkeit der Behandlung des ADS ohne Hyperaktivität

- um dem Kind eine Entwicklung zu ermöglichen, die seinen Fähigkeiten und seiner Intelligenz entspricht
- zur Lösung altersentsprechender Aufgaben, die es infolge seiner Defizite nicht lösen kann, obwohl es sich dazu in der Lage fühlt, die Voraussetzungen besitzt und sich bemüht
- damit seine Anstrengungen nicht immer erfolglos sind und es sich nichts mehr zutraut
- damit es ein gleichwertiges Gruppenmitglied wird mit der Fähigkeit, ein angepasstes Sozialverhalten mit guter sozialer Kompetenz entwickeln zu können
- damit es mit sich zufrieden sein kann und ein gutes Selbstwertgefühl entwickelt
- zur Vermeidung von Spätschäden in Form einer seelischen oder körperlichen Behinderung
- zur Vermeidung eines Drogenkonsums als Selbstmedikation in der Pubertät und danach
- um den Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein

Zusammenfassung

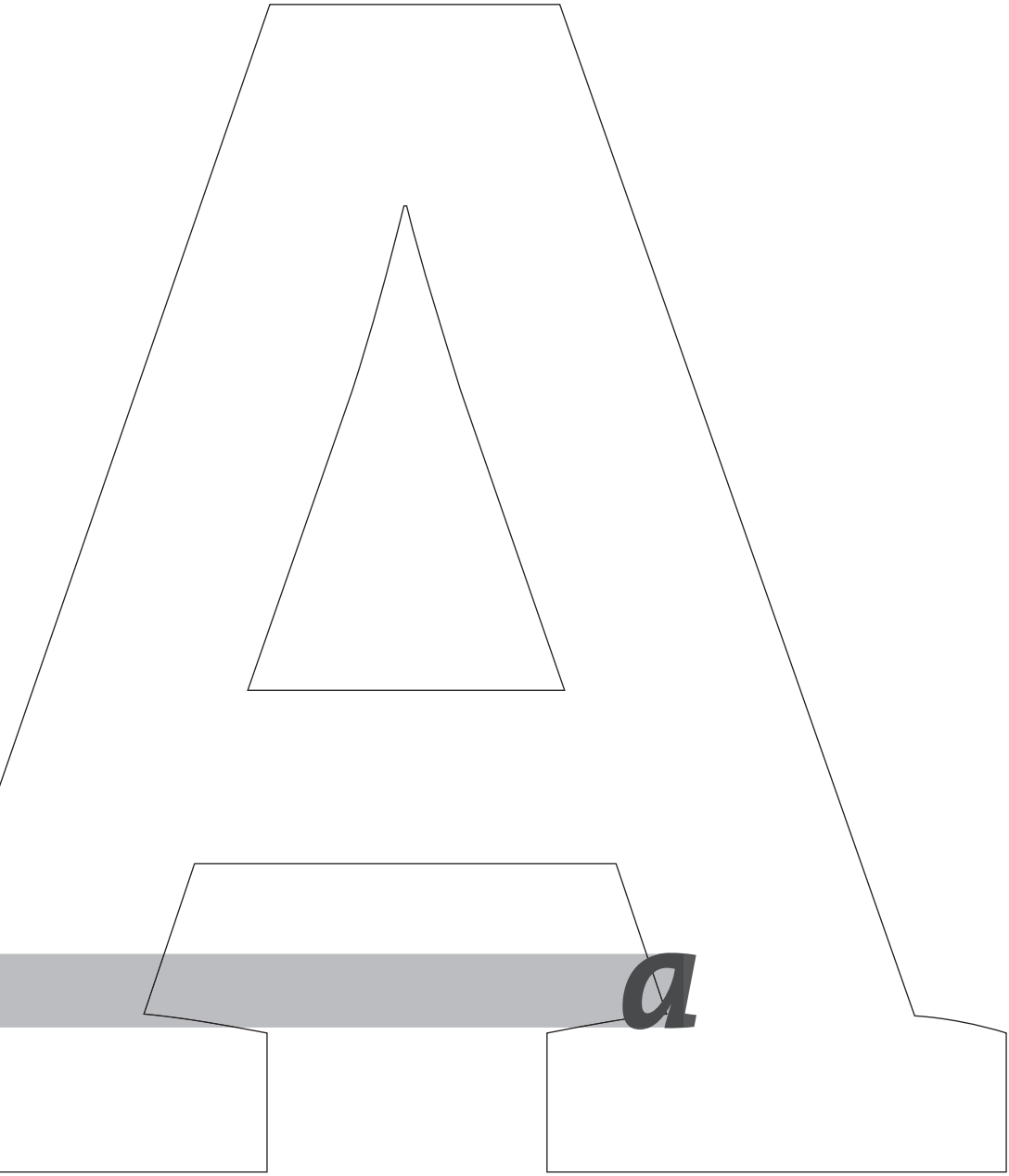
Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) ist eines der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Die Symptomatik des ADS ohne Hyperaktivität (hypoaktives Kind) wird oft zu spät bemerkt, wenn schwere Teilleistungsstörungen oder/und reaktive Fehlentwicklungen bereits vorhanden sind. Durch eine Dysbalance der Neurotransmitter, die vorwiegend Dopamin, Noradrenalin und Serotonin betrifft, neigt das Kind mit einem ADS ohne Hyperaktivität viel mehr zu Ängsten, Zwängen, Essstörungen und Depressionen, als das hyperaktive Kind, das sich mehr nach außen hin abreagiert. Entsprechend der verschiedenen Schweregrade ist ein individuelles Therapieprogramm erforderlich. Unbehandelt bedeutet das ADS Stress von Anfang an und geringes Selbstwertgefühl. Es kann somit im Jugend- und Erwachsenenalter das Entstehen von Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen und Suchtverhalten wesentlich begünstigen.

Literatur

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie in den Büchern von Helga Simchen:

ADS – Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat, Kohlhammer-Verlag, ISBN 3-17-018284-6

Die vielen Gesichter des ADS – Begleit- und Folgeerkrankungen erkennen und behandeln, Kohlhammer-Verlag, ISBN 3-17-017532-7


a

Martin Schmela

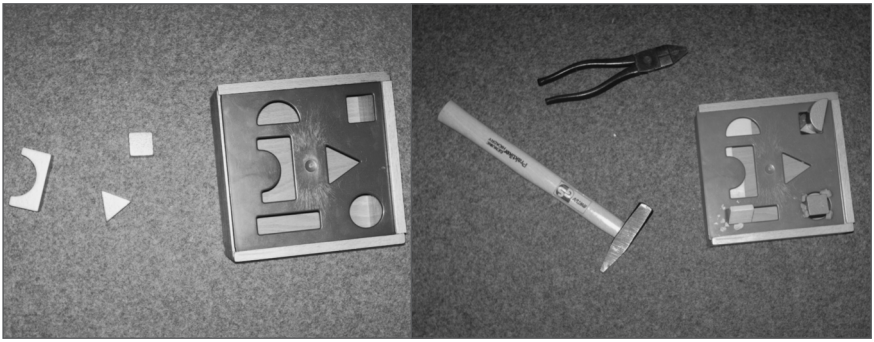
„Vom Zappeln und vom Philipp ...”

Behandlungsansätze in der Arbeit mit von ADHS betroffenen Kindern

Da ich mich als Psychologe und Psychotherapeut seit mehreren Jahren im Bereich der erzieherischen Hilfen, einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz und nunmehr im Bereich der Erziehungsberatung sowie der Schulpsychologie mit dem Thema beschäftige, möchte ich vor allem von meinen praktischen Erfahrungen rund um das Thema ADHS berichten.

Ich möchte den diesjährigen 200. Geburtstag von Dr. Heinrich Hoffmann, Frankfurter Kinderarzt und Autor des „Struwwelpeter“, nutzen, um nachzuspüren, was aus den Phänomenen, die er mit den Geschichten vom „Zappelphilipp“ und von „Hans guck in die Luft“ 1845 dargestellt hat, nunmehr in der Praxis geworden ist, da sie heutzutage häufig mit dem Etikett ADHS beschrieben werden.

Im Alltag beobachtet man, dass solche Kinder oft nicht auf Details achten, aber versuchen, die Dinge trotzdem „passend“ zu machen.



Außerdem trifft wohl für viele der betroffenen Kinder und Jugendliche das Zitat von Oscar Wilde zu:

> Ich kann allem widerstehen, außer der Versuchung.

Darüber hinaus beobachtet man bei etlichen dieser Kinder erhebliche Probleme, adäquat aus eigenen Misserfolgen zu lernen. Sie machen immer wieder die gleichen Fehler.

Nach vielen Misserfolgen haben Erwachsene und auch andere Kinder ein negatives Bild von diesen Kindern. Zudem entwickeln die betroffenen Kinder ein entsprechendes Selbstbild („sprunghaft", „unruhig", „keine Ausdauer", „hat/hab Probleme mit anderen Kindern", „kann nicht lernen", „befolgt/befolge keine Regeln", „geringes Selbstbewusstsein" ...). Erlittene Misserfolge werden von den Kindern dann jedoch nicht selten im Laufe der Zeit umgedeutet in ein neues, wenngleich fatalerweise negativ geprägtes Selbstbild, quasi ihre „neue Identität" z. B. als „Klassenkasper".

Wichtig: Aufmerksamkeitsprobleme sind zunächst völlig unspezifische Stressanzeiger

Jeder von uns Erwachsenen kennt aus dem eigenen Leben Situationen, in denen er mit Unruhe bzw. Konzentrationsschwierigkeiten reagiert hat: z. B. bei Angst vor Prüfungen, nach chronischer Übermüdung, Unfällen oder anderen gravierenden Lebenseinschnitten (Verlust eines geliebten Menschen, eines Arbeitsplatzes, Erfahrung von schwerer Krankheit o.Ä.) Solche Erfahrungen können uns so aufwühlen und belasten, dass wir gedankenverloren sind, voller innerer oder äußerer Unruhe, und uns kaum auf etwas konzentrieren können – evtl. neben anderen „Symptomen" wie Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit usw. – Nicht anders ergeht es Kindern! Hier wird deutlich: Es handelt sich um allgemein menschliche Reaktionsmuster auf besondere Umstände und Ereignisse, die uns die Bewältigung des Alltags beschweren können. Da Kinder jedoch in besonderer Weise von uns erwachsenen Bezugspersonen abhängig sind, gilt dies für sie umso stärker. Denn Erwachsene können in Krisen bereits auf viele erlernte Reaktionsweisen zurückgreifen. Bei Kindern ist ein solches Repertoire noch kaum vorhanden. Darüber hinaus wird das Erlernen eines solchen Repertoires durch Belastungen u. U. erheblich gestört. Hierdurch kann

unruhiges und unkonzentriertes Verhalten auch den Sinn haben, vom angeblichen „Nichtkönnen“ der Kinder abzulenken. Sowohl Kinder wie auch Erwachsene benötigen oft besondere Unterstützung, um sich ihren Misserfolgen zu stellen und daraus zu lernen.

Häufige Fallstricke in der Verwendung des Begriffs AD(H)S

Fachleute sprechen nun gemäß der Diagnosesysteme ICD 10 und DSM-IV bekanntlich dann von AD(H)S, wenn Kinder viel mehr Schwierigkeiten damit haben, bei wichtigen Aufgaben und Anforderungen aufmerksam zu sein, und zwar im Verlauf ihrer gesamten Entwicklungsgeschichte und in unterschiedlichen Situationen. Um die fachlich gültigen Kriterien für eine AD(H)S-Diagnose zu erfüllen, müssen die Auffälligkeiten des Kindes also zeitlich überdauernd, situationsübergreifend vorhanden und bereits im Vorschulalter aufgetreten sein. Da man andererseits weiß, dass Vorschulkinder sich von ihrer Entwicklung her noch sehr unterscheiden hinsichtlich ihrer Konzentration und Ausdauer im Spiel oder bei anderen Beschäftigungen, wird erst frühestens ab dem Schulalter überhaupt eine AD(H)S-Diagnose vergeben – nämlich dann, wenn man nach etlicher Zeit in der Schule (und natürlich nicht bereits nach einigen Wochen Eingewöhnungsphase) erkennen kann, wie sich das Kind in der recht komplexen schulischen Leistungssituation bewährt (neben dem Blick auf das Verhalten des Kindes im familiären Rahmen).

Oft übersehen oder geleugnet: AD(H)S ist – systematisch betrachtet – eine diagnostische „Restkategorie“

Die AD(H)S-Diagnose stellt in den entsprechenden Klassifikationssystemen (DSM-IV und ICD 10) eigentlich eine Restkategorie dar, die nur dann vergeben werden sollte, wenn Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe u. Ä. nicht besser als Folgen einer körperlichen Krankheit oder einer anderen psychischen Störung erklärbar sind. Denn es gibt keinen einzelnen Test, der an sich ADHS „beweisen“ würde. Dies bedeutet als Konsequenz: Unter systematischen Gesichtspunkten stellt die Diagnose ADHS in bei-

den Klassifikationssystemen als Restkategorie ein „Sammelbecken“ dar von noch nicht an anderer Stelle (d.h. durch andere Diagnosen) ausreichend beschriebene psychische Auffälligkeiten.

In der Praxis sind andere körperlichen Krankheiten als Hintergrund nun sehr selten, andere psychische Störungen von Kindern als Hintergrund jedoch recht häufig anzutreffen. Um die Diagnose AD(H)S fachlich angemessen stellen zu können, ist deshalb eine sorgfältige und umfangreiche professionelle Diagnostik erforderlich, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Umso mehr erstaunt, dass immer wieder Eltern berichten, der von ihnen konsultierte Arzt (bzw. die Ärztin) sei sich bereits nach wenigen Minuten „sicher“ gewesen, dass bei ihrem Kind AD(H)S vorläge.

Eine fachliche Diagnostik erstreckt sich auf mehrere Stunden und umfasst eine ausführliche Leistungs-, Entwicklungs- und Psychodiagnostik des Kindes, die Erhebung der Familien- und Schulgeschichte des Kindes sowie die Erfassung der aktuellen Familien- und schulischen Situation des Kindes. Idealerweise beinhaltet dies eine Unterrichtsbeobachtung des Kindes durch den Diagnostiker in der Schule, mindestens jedoch die Erfassung seines Verhaltens (Stärken und Schwächen) über standardisierte Checklisten und Fragebögen, bei denen es nicht nur um vermeintliche AD(H)S-„Symptome“ gehen sollte, sondern auch um das sonstige Verhalten und Erleben des Kindes in der Schule, in der Familie und in anderen Kontexten. Neben Aufmerksamkeitsproblemen haben viele Kinder andere psychische Störungen, deren Relevanz als mögliche Begleiterscheinung, Folgen oder Ursachen der Konzentrationsstörungen es professionell zu erfassen gilt. Andere psychische Störungen und Belastungen als Ursachen von Konzentrationsschwächen werden in der Praxis jedoch leider oft übersehen. Auf diesen höchst betrüblichen Umstand wird gleich noch einzugehen sein.

Bei einer AD(H)S-Diagnose, sofern sie nach umfangreicher Diagnostik nach den bekannten Diagnosekriterien gestellt wurde, handelt es sich um die Beschreibung des besonderen Hilfebedarfs dieser Kinder und ihres sozialen Umfelds (Familie und Schule).

Aber selbstverständlich gibt es fließende Übergänge zum Verhalten anderer Kinder, die zeitweilig ähnliche Auffälligkeiten zeigen. Dies relativiert für die Praxis die Bedeutung einer AD(H)S-Diagnose, da die betroffenen Kinder zumeist vergleichbare pädagogische Hilfen in Schule und Familie benötigen – nur eben in unterschiedli-

chem Ausmaß. Schon aus diesem Grund ist nach meiner Einschätzung die oft als dichotom erlebte Frage „ADS – ja oder nein?“ wenig fruchtbar. Leider gibt es jedoch nicht selten Eltern, die berichten, sie hätten von einem Arzt gehört, ihr Kind habe kein ADHS, aber keine weiteren Erläuterungen oder Hilfen bezüglich des von ihnen erlebten Leidensdruckes im Hinblick auf ihr Kind erhalten, sondern sie fühlten sich mit einer angeblich entlastenden Nachricht einfach im Regen stehen gelassen.

Noch wichtiger aber ist die schon angesprochene Gefahr, andere z. T. schwerwiegende psychische Störungen bei Kindern zu übersehen, mit der Folge von Fehlbehandlung und weiterer Chronifizierung ihrer psychischen Notlagen. Weshalb kommt es dazu?

Unaufmerksame Kinder brauchen aufmerksame Diagnostiker

Wie oben geschildert ist bei verantwortlicher Umsetzung der diagnostischen Standards (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a., 2003) die Diagnostik kindlicher Aufmerksamkeitsstörungen eine aufwendige und anspruchsvolle professionelle Herausforderung. In der Praxis muss man aber leider häufig beobachten, dass manche Ärzte eine Art „Schnellschuss-Diagnostik“ durchführen, d. h. die genannten Standards fachlicher Leitlinien in diesem Bereich werden oftmals nicht eingehalten.

So muss nicht selten festgestellt werden, dass z. B. der Untersuchungsfokus des Arztes nur auf vermeintliche körperliche Auffälligkeiten gelegt wird und keine oder eine nur sehr unzureichende psychologische Diagnostik durchgeführt wird. ADHS-Diagnosen werden ohne Vorliegen einer situationsübergreifenden Symptomatik erstellt, z. B. indem der Arzt sich etwa bezüglich der schulischen Lern- und Verhaltenssituation des Kindes nur auf die Schilderungen der Eltern über (vermeintliche) Lehreräußerungen verlässt, statt direkt mit der entsprechenden Schule Kontakt aufzunehmen und sich die Situation dort zu vergegenwärtigen. Vor allem die Defizite im Bereich der psychischen Diagnostik scheinen sich oft verheerend auszuwirken. So findet man häufig keine emotionale Diagnostik bei dem betroffenen Kind, keine umfassende Familiendiagnostik bzw. keine Untersuchung möglicher Beurteilungstendenzen (von Eltern oder Lehrern) beim Einsatz von Beobachtungsbögen. Außerdem

wird oft über keinerlei Verhaltensbeobachtungen bei der Leistungsdiagnostik berichtet oder gar in einigen Fällen auf eine solche standardisierte Leistungsdiagnostik völlig verzichtet, da der Arzt sie für überflüssig hält, den zusätzlichen Aufwand scheut oder sich gar auf seinen angeblichen „klinischen Eindruck" verlässt, der, wie Fachleute wissen, durchaus trügen kann.

Als recht problematisch muss in diesem Kontext auch die offenkundig reine „Symptomfokussierung" nicht weniger Ärzte gelten, die offenbar bei unruhigen Kindern immer nur an ADHS denken und andere psychische Störungen gar nicht (mehr) im Blick haben. Hier scheint sich bei solchen Ärzten eine Art „Tunnelblick" eingestellt zu haben, auch bezüglich der Betrachtung von evtl. ADHS auf Elternseite. Um an dieser Stelle keine Missverständnisse entstehen zu lassen: Selbstverständlich ist die Betrachtung potenzieller Betroffenheiten (sei es ehemalig oder aktuell) der Eltern durchaus angebracht und hilfreich. Man weiß, dass Eltern, die z. B. selbst häufig zu Impulsivität neigen, mehr und intensivere alltagsbezogene Hilfen benötigen, um ihren Kindern etwa die verlässliche Zuwendung, Geduld und Struktur im Familienalltag entgegenzubringen, die sie dringlich benötigen. In der Praxis scheint dabei jedoch der Blick auf mögliche andere psychische Belastungen und Störungen auf Elternseite bzw. andere familiendynamisch relevante Themen, die sich ggf. auch in Unruhe, Aufmerksamkeitsproblemen oder Impulsivität ausdrücken können, oft völlig ausgeklammert u. U. mit fatalen Folgen.

Wie kommt es zu solchen diagnostischen „Schnellschüssen"? Mitverantwortlich dafür scheint ein häufig anzutreffendes einseitig biologistisch-mechanistisches Pathologiemodell im Sinne von ADHS als „Krankheit" (ADS als vermeintlich „reine Stoffwechselstörung"). In der Folge dieser einseitigen Störungsdefinition wird die Störungsdynamik im Einzelfall gar nicht weiter untersucht, sondern oft per se ein „ADS mit sekundärer Neurotisierung" attestiert, auch bei Vorliegen weiterer unübersehbarer psychischer Probleme des Kindes.

> **Beispiel:** Klaus, acht Jahre alt, lebt bei seinen Großeltern (Verwandtschaftspflege). Nach Aussagen der Großmutter mütterlicherseits sei er dort schon lange auffällig (Einnässen/Einkoten/Kotschmieren/Kotessen, Horten und Verstecken von Lebensmitteln, Essattacken, Stehlen). Er sei früh „zappelig" gewesen, sei oft trotzig und „emotionell schlecht gestimmt", außerdem zeige

er sexualisiertes Verhalten und sei wegen seines Verhaltens Außenseiter, habe keine Freunde. Die Großmutter erzählt, Klaus sei das „unerwünschte" Kind ihrer 25-jährigen Tochter und des gleichaltrigen Vaters. Beide seien Alkoholiker und arbeitslos. Klaus nennt seine Oma „Mutti", die hinter vorgehaltener Hand berichtet, ihr Mann wisse nichts von den heftigen Problemen, da sie befürchte, er könne „nicht gut" ihm gegenüber reagieren, ihn „einschüchtern". Die Großmutter berichtet ferner, ihr Mann gehe auch nicht mehr zu Helfern, sondern überlasse alles ihr. Generell habe er kaum Zeit, da er zwar teilzeitberentet sei, aber nebenher auf dem Bau arbeite. Klaus erhält seit sechs Jahren Psychostimulanzien vom Kinderarzt, der bei dem Jungen ein „ADS mit sekundärer Neurotisierung" diagnostiziert hat. Die Großmutter ist „wegen ADS" aktiv in einer ADS-Selbsthilfegruppe.
Aus meiner Sicht komme ich bei Klaus zu anderen diagnostischen Einschätzungen, nämlich multiplen emotionalen Problemen und einer massiven Sozialverhaltensstörung auf dem Hintergrund einer Bindungsstörung. Eine ADHS-Diagnose erscheint mir höchst fraglich und, wenn überhaupt, dann nur als zusätzliche Verdachtsdiagnose zu rechtfertigen. Mir schien eher Sinn zu machen, die Unruhe des Jungen als Ausdruck seiner Bindungsunsicherheit und inneren Verzweiflung zu begreifen (d.h. als Epiphänomene bzw. Sekundärproblematik).

Dieser Fall steht leider stellvertretend für viele andere Fälle. Er verdeutlicht, in welcher Weise es sich auswirkt, wenn andere, z.T. schwerwiegende psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen übersehen werden. Dies führt nämlich nicht nur zur Kaschierung und Verdeckung des eigentlichen Hilfebedarfs, sondern eine solche Fehlbehandlung zieht zumeist eine weitere Chronifizierung der psychischen Not der Kinder nach sich. So auch bei Klaus. Hier ist über Jahre hinweg niemand auf die Idee gekommen, eine Psychotherapie zu initiieren oder etwa die Eignung von Jugendhilfemaßnahmen zu prüfen (z.B. Frage der Verantwortbarkeit der Fortdauer der Verwandtschaftspflege, eine evtl. Hinzuziehung/Einleitung weiterer Jugendhilfemaßnahmen). Nicht selten kann man sich als fachlicher Beobachter des Eindrucks nicht erwehren, dass ein solcher Aufwand für die Kinder gescheut wird oder aber aufgrund des sehr einseitigen Störungsmodells von ADHS als „reiner Stoffwechsel-

störung“ (der man dann wohl nur medikamentös beizukommen glaubt) erst gar nicht erwogen wird.

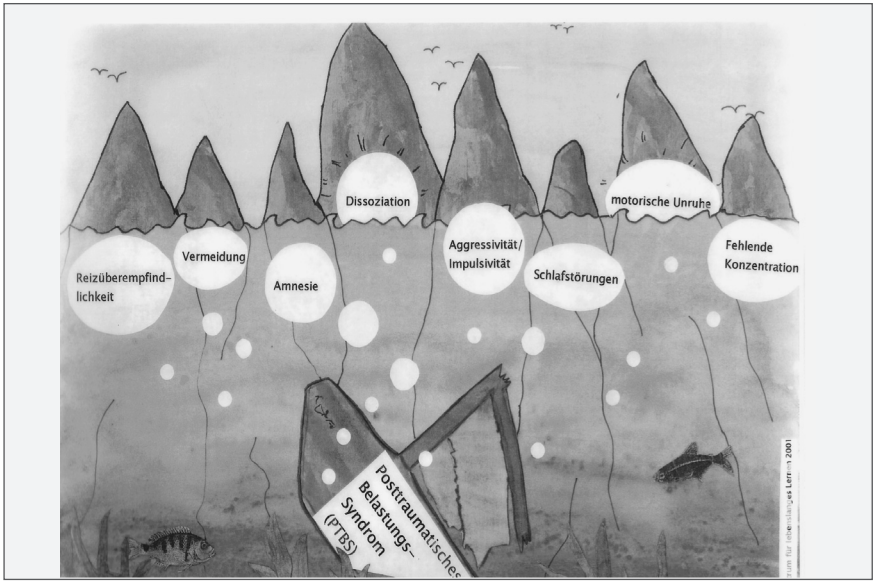
ADHS oder Trauma-Folgestörung?

In der Praxis findet sich immer wieder, dass vor allem posttraumatische Belastungsstörungen sowie auch andere Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen als vermeintliches AD(H)S verkannt werden, mit der oben geschilderten Folge von Fehlbehandlungen.

> **Beispiel:** Der achtjährige Thomas wird von seiner alleinerziehenden Mutter vorgestellt, da er Mühe habe, sich in der Schule und zu Hause zu konzentrieren. Eine Medikation mit Ritalin aufgrund einer von einem Arzt in einem Sozialpädiatrischen Zentrum sehr schnell gestellten ADHS-Diagnose habe sie abgebrochen, da es „nichts gebracht“ habe. Irritiert sei sie darüber, dass der Junge bei den Hausaufgaben und auch sonst so „unselbstständig“ sei und immer nach Mama frage, so als würde er sich mehr um sie kümmern als um seine Schulaufgaben. Es stellt sich in der Diagnostik heraus, dass der Junge durchschnittlich begabt ist und über gute Lern- und Arbeitstechniken und eine gute Selbstständigkeit verfügt. Auf die einfache Frage, woran er denn denke, wenn er im Unterricht gedanklich abschweife, gibt er zur Antwort: „Da muss ich an Opa denken, der mich früher so oft geschlagen und getreten hat ... ich denke immer an die blutige Fahrradkette ... und auch daran, dass mein Vater meine Mutter einmal so gewürgt hat, dass sie fast gestorben wäre ...“. Die Diagnostik ergibt schließlich, dass der Junge beeinträchtigt wird *durch eine Posttraumatische Belastungsstörung mit den Symptomen sich aufdrängender Erinnerungsbilder, von Übererregung und dem Versuch der gedanklichen Vermeidung. Eine Klassifikation als ADHS würde sowohl für die Erfassung des psychischen Zustandes von Thomas als auch für eine erfolgreiche Therapie zu kurz greifen* (zur Diagnostik von PTBS bei Kindern und Jugendlichen vgl. Landolt, 2008). Eine therapeutische Bearbeitung dieser Thematik inklusive einer Entlastung von Thomas aus der Helferrolle für seine Mutter

(Parentifizierung) ermöglichte eine deutliche Verbesserung seiner Aufmerksamkeit fürs Lernen.

Die nachfolgende Abbildung (Posttraumatische Belastungsstörung als gesunkenes Schiff) mag verdeutlichen, dass gerade Traumafolgestörungen oft übersehen werden, wenn Helfer nur sehr oberflächlich auf die Auffälligkeiten der Kinder schauen. Aufgrund der Dynamik von Traumatisierungen (fragmentiertes Traumagedächtnis) haben die betroffenen Kinder und ihre Eltern (und andere Beobachter) oft keine Zusammenhangshypothese zwischen der gezeigten Symptomatik der Kinder und der erfolgten Traumatisierung. Aber gerade deshalb hat der von den Eltern aufgesuchte fachliche Diagnostiker eine umso größere Verantwortung.



Für das Unterschätzen oder Nicht-in-Betracht-Ziehen von Traumata als mögliche Ursachen für Aufmerksamkeitsstörungen u. ä. Symptome bei Kindern und Jugendlichen scheint auch die weit verbreitete gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass Kinder schnell vergessen könnten, von Bedeutung zu sein. Selbst wenn glücklicher-

weise nicht jeder Heranwachsende nach traumatischem Erleben eine solche Traumafolgestörung erleidet, ist sie doch – nach den eindrucksvollen Befunden der Forschung gerade in den letzten 10-15 Jahren wesentlich weiter verbreitet als früher angenommen, aber oft erst bei genauer diagnostischer Betrachtung als solche erkennbar. Die Praxis zeigt immer wieder, dass sich gerade unter dem Etikett „ADHS“ oft verkannte Traumafolgestörungen verbergen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über (oberflächliche) Ähnlichkeiten und Unterschiede in den beschriebenen Störungsbildern:

Differential-Diagnostik der Symptomatik:

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktititäts-Störung ADHS:

- Aufmerksamkeitsprobleme in verschiedenen Kontexten
- Unruhe in verschiedenen Situationen, v.a. in solchen, die ruhiges Verhalten erfordern
- Unzureichende Impulskontrolle (Impulsivität) und (auf dieser Basis) auch unzureichende Emotionsregulation
- Oft verkürzte sozial-kognitive Informationsverarbeitung
- Hohe Komorbidität mit Substanzmissbrauch und Sozialverhaltensstörungen

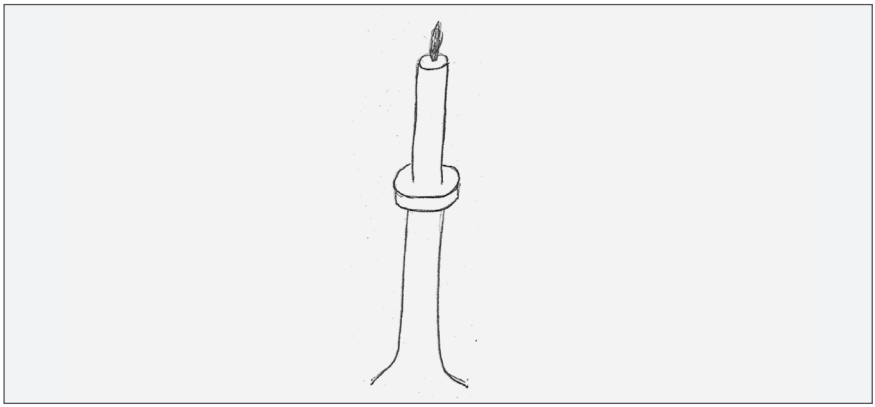
Traumafolgestörungen:

- Aufmerksamkeitsstörungen durch Fokus auf Traumaerinnerungen
- Unruhe durch physiologische Übererregtkeit, Schreckhaftigkeit und Vigilanzsteigerung
- Einschränkung der Impuls- und Affektkontrolle, oft Substanzmissb.
- In agitiertem bzw. träumerischen Verhalten sich manifestierendes Vermeidungsverhalten gegenüber Traumaerinnerungen u. -triggern

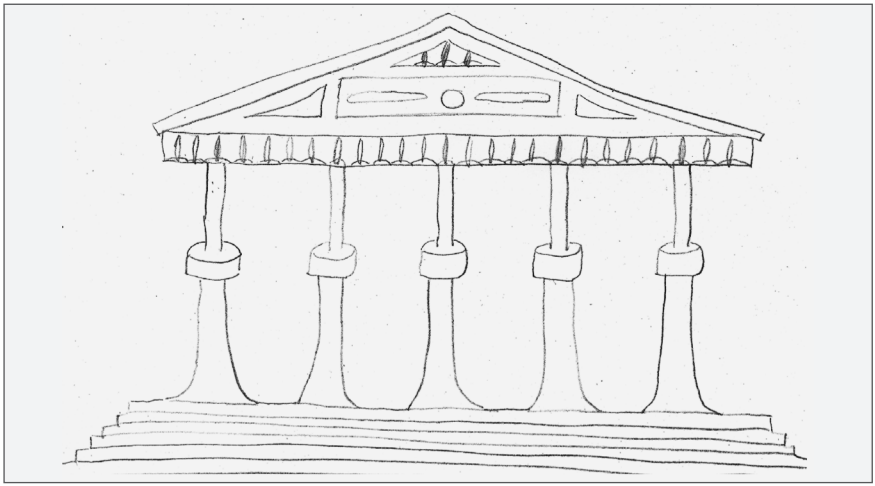
Traumafolgen bei Kindern werden vor allem dann leicht übersehen, wenn …

- Traumatisierung schon länger zurückliegt (z. B. bei früher Gewalt bzw. Vernachlässigung von Kindern)
- im Familiensystem eine Verleugnungshaltung besteht
- Kinder durch die Traumata großes Misstrauen und große Scham entwickelt haben (und außerdem u. U. ihre Beschwerden noch nicht sprachlich schildern können)
- kindliche Verhaltensauffälligkeiten stark „ins Auge fallen“ (z. B. Depression, Aufmerksamkeitsprobleme, aggressives Verhalten, Angst …)

Bildlich könnte man gerade den letztgenannten Aspekt so illustrieren: Man sieht zuerst nur ...



... und erst bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass man nur einen Teil eines größeren Ganzen vor Augen hatte:



> **Beispiel:** Frau W. (32 Jahre) stellt zwei Kinder im Grundschulalter vor wegen verschiedener psychischer Auffälligkeiten (Aggressivität, Stehlen, Zündeln, Einnässen, „Hass" auf den Vater, Ängste bei dem Jungen sowie „Petzen", ausspielendes Verhalten, Stimmungsschwankungen bei dem Mädchen). Ein älteres Kind lebt in einer Adoptivfamilie. Die drei Kinder haben verschiedene Väter. Die Mutter berichtet von heftigen eigenen Traumaerfahrungen in ihrer Lebensgeschichte (fortgesetzte Misshandlungen und sexualisierte Gewalt in der Herkunftsfamilie), weswegen sie auch mit dreizehn Jahren ins Heim gekommen sei. Weitere ähnlich gelagerte Traumatisierungen habe sie durch den Vater ihrer ältesten Tochter erlebt, die in der Adoptivfamilie lebt. Als Jugendliche im Heim habe ein Arzt bei ihr ADS „festgestellt" und Ritalin verschrieben, was ihr aber nicht geholfen habe. Heute habe sie oft Stimmungsschwankungen, Essstörungen, Schlafstörungen sowie Tendenzen zu selbstverletzendem Verhalten. Außerdem habe sie große Selbstwertprobleme: z. B. glaubt sie, „keine gute Mutter" zu sein, obgleich deutlich wird, wie sehr sie sich – trotz aller eigenen Schwierigkeiten – um ihre Kinder kümmert. Auf Nachfrage bekundet sie, eine Psychotherapie habe sie bisher nicht erhalten, weder damals von dem von ihr benannten Arzt noch in der Folgezeit. Erleichtert reagiert sie auf den Diagnosevorschlag einer komplexen Traumafolgenstörung als Beschreibung der großen Schwierigkeiten in ihrem psychischen Erleben, die sich als Folgewirkungen aus den langjährigen Traumatisierungen bei ihr eingestellt haben. Frau W. bekundet, dass sie sich endlich verstanden fühle. Anschließend kann eine traumafokussierte Psychotherapie für Frau W. eingeleitet werden sowie – als Ergänzung dazu – eine ambulante Jugendhilfemaßnahme, um Frau W. und ihre Kinder im Alltag hinsichtlich der Probleme der beiden Kinder zu unterstützen. Beides kann für Frau W. und die Familie eine deutliche Erleichterung verschaffen.

Leider könnte ich noch Dutzende solcher Beispiele (ADHS-Fehldiagnosen) berichten mit mindestens ebenso gravierenden Folgen für die Betroffenen. Solche Erfahrungen musste ich auch vielfach als Heimpsychologe bei massiv traumatisierten Kindern und Jugendlichen machen. Beim Blick in die – oft langen – Akten fand sich fast ausschließend die Diagnose „ADHS" bzw. „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens". Aber weder die dann oft in der Diagnostik zutage tretenden heftigen emotio-

nalen Probleme der Heimkinder noch evtl. Bindungsstörungen oder Traumafolgestörungen wurden dort benannt, geschweige denn relevante lebensgeschichtliche Befunde bei den zumeist ärztlichen Vorbehandlern erhoben. Die „Therapie“ der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Vorfeld reduzierte sich in der Regel auf jahrelange Stimulanzien-„Behandlung“ und (zumeist unspezifische) Ergotherapie. Aus diesen Gründen bin ich sehr dankbar, dass sich die Kinderschutz-Zentren dieses Themas angenommen haben.

Außer den oft übersehenen Traumafolgestörungen werden leider auch viele andere psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen als vermeintliches ADHS verkannt. Im Folgenden soll deshalb die Liste der (nach meiner klinischen Erfahrung) am häufigsten unter ADHS fehldiagnostizierten anderen psychischen Störungen oder Konstellationen bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt werden:

AD(H)S oder Überraschungsei?
Oft gemachte Ent-Deckungen

1. Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen
2. Störungen des Sozialverhaltens
3. Emotionale Störungen (Angst, Depression, Identitätsentwicklungsstörungen, Parentifizierungen, Triangulationen)
4. Schulische Überforderung (und zwar nicht nur bei vorliegender Lernbehinderung oder geistige Behinderung)
5. Unzureichende Lern- und Arbeitstechniken, Teilleistungsstörungen
6. Psychisch gesunde Kinder und Jugendliche, die aber ein für Erwachsene unbequemes Verhalten zeigen

Nachfolgend sei exemplarisch noch eine weitere, ebenfalls nicht seltene, Fallkonstellation von Pseudo-ADHS vorgestellt:

> **Beispiel:** Tanja, 14 Jahre (fast 15 Jahre), wiederholt zum dritten Mal die sechste Klasse. Sie zeige aufsässiges Verhalten gegenüber der Mutter, halte sich nicht an Regeln, klaue, lüge, sei „raffiniert“, spiele andere gegeneinander aus, habe

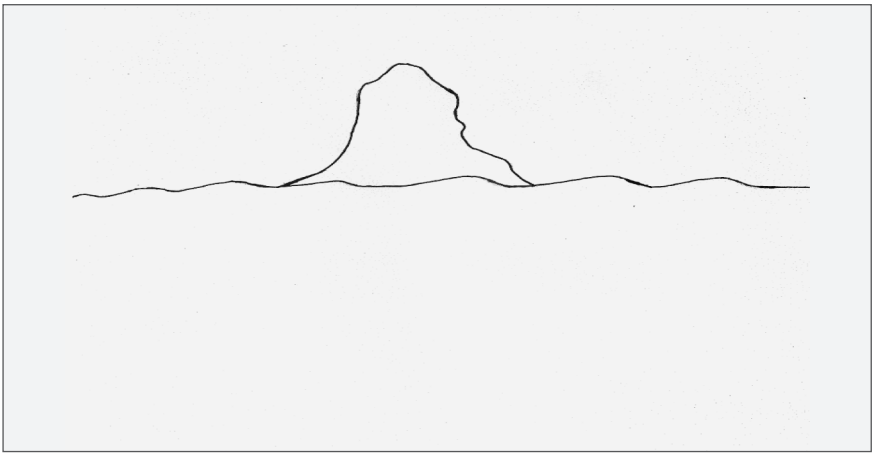
große Leistungsprobleme in der Schule und zeige „Null-Bock-Verhalten". Mit ihrem Lebenspartner habe Tanja sehr viel Streit, wie die Mutter berichtet. Im Grundschulalter habe eine Ärztin („Expertin für ADS") ADHS diagnostiziert und eine entsprechende Medikation (mit Psychostimulanzien) empfohlen, die aber nicht geholfen habe. Die Mutter spricht dann von eigenen psychischen Problemen (mit mehreren ambulanten psychiatrischen „Besuchen") und einem Kuraufenthalt vor Jahren. In einem Telefonat mit der genannten vorbehandelnden Ärztin (die als „Expertin für ADS" viele Bücher zum Thema geschrieben hat und mit Vorträgen zu ADHS in ganz Deutschland unterwegs ist) bestätigt diese, das Mädchen habe „eindeutig ADHS, ebenso die Mutter". Auf Nachfrage sagt sie, eine Leistungsdiagnostik sei in ihrer Praxis nicht durchgeführt worden. Sie habe zwar den Kramer-Test begonnen, aber wegen Ausweichverhaltens des Mädchens sei er nicht beendet oder ausgewertet worden. Auch eine emotionale Diagnose habe es nicht gegeben. Trotzdem habe „eindeutig ADS" vorgelegen. In meiner Diagnostik zeigen sich die Begabungsvoraussetzungen des Mädchens in zwei durchgeführten Leistungstests im unteren Lernbehinderten-Bereich (auf der Grenze zum Bereich der geistigen Behinderung, also der Intelligenzminderung nach ICD 10). Daneben findet sich eine massive emotionale Störung, nicht nur auf der Basis chronischer schulischer Überforderung, sondern auch aufgrund komplexer Parentifizierung von Tanja als Helferin der Mutter und heftige Verwicklung des Mädchens in unbearbeitete Beziehungskonflikte der Mutter mit ihren Partnern bei deutlicher Depression der Mutter.

In den bisher beschriebenen Fallkonstellationen stellt sich mir die Frage, weshalb so wenig Augenmerk auf die zugrunde liegende Problematik gerichtet wird. Könnte es sich hierbei um ein Vermeidungsverhalten der Erwachsenen handeln? Um im oben genannten Beispiel zu bleiben: Sich der Tatsache einer vorliegenden schulischen Überforderung ihres Kindes zu stellen, ist verständlicherweise für viele Eltern, aus verschiedenen Gründen, ein unangenehmes Thema. Kurzfristig kann ich mich nun als Diagnostiker/Helfer natürlich bei Eltern dadurch „beliebt machen", dass ich das Thema und die daraus erwachsenden Implikationen vermeide. Neben fatalen Folgen für die betroffenen Kinder handelt es sich hier aus meiner Sicht auch um eine mangelnde Wertschätzung für die Problemlagen der Eltern. Dies ist aus meiner Erfahrung höchst

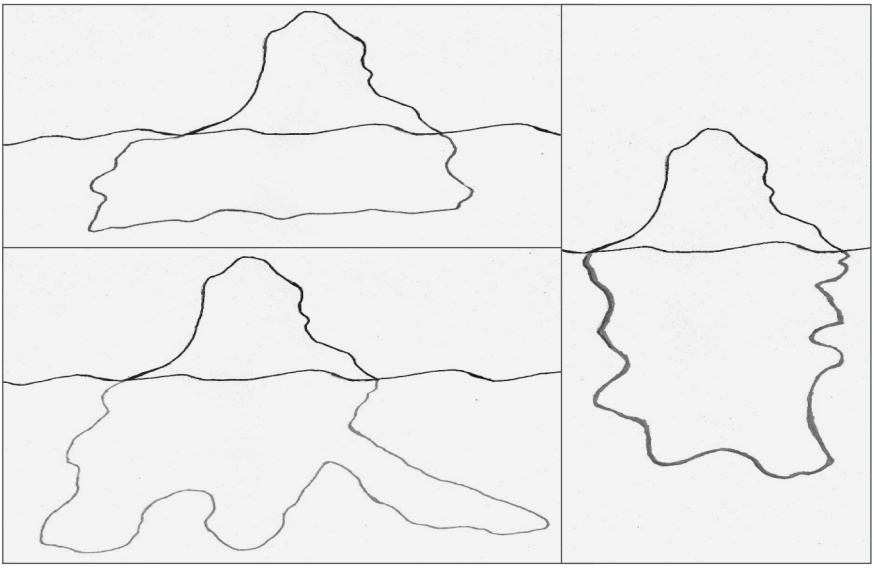
bedauerlich, denn Eltern, die sich den oft zuerst schmerzlichen Themen im Interesse ihrer Kinder stellen und hierin Unterstützung erfahren, können nicht selten genau in diesen Themen Lösungen für sich und ihr Kind finden. So kann bei einer Fehlbeschulung ein Schulwechsel die Problematik der Unkonzentriertheit und Unruhe auflösen.

Angesichts der häufigen Fehldiagnosen hat auch der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) kürzlich die „mangelhafte Diagnosequalität bei Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom" beklagt. Wie angesichts dieser Situation in der Praxis die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme 2007 zum Thema ADHS auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zu der Bemerkung gelangt: „In einzelnen Fällen können diagnostische Fehleinschätzungen vorkommen", erscheint äußerst schleierhaft, zumal viele Fachleute seit Jahren auf die genannten gravierenden Missstände hinweisen (vgl. z. B. du Bois, 2002; Lauth, 2002; Fink 2004; Rühling, 2008; siehe dazu auch Landor 2006).

Aber offenkundig ist es wie beim Eisberg ...



... erst beim Blick auf seine Gestalt unter Wasser ...



... sieht man, dass – oberflächlich betrachtet – Gleiches beim Blick unter die Oberfläche sehr unterschiedlich aussehen kann.

Einseitige Diagnostik – Einseitige „Therapie“

In der Praxis erfolgt neben der oben beschriebenen Schnellschuss-Diagnostik oftmals eine Schnellschuss-„Therapie“ mit einer häufig alleinig medikamentösen „Behandlung“, zumeist mit Ritalin oder anderen Psychostimulanzien; seit 2005 mitunter auch, aber seltener mit Strattera (Wirkstoff Atomoxetin). Dies ist höchst betrüblich und befremdlich, da dabei die fachlichen Standards der Leitlinien (z. B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2003) nicht eingehalten werden. D. h. es wird zumeist keine Psychotherapie initiiert, obwohl dies die Leitlinien bei gegebener Indikation in der Regel vorsehen (bis auf zwei Ausnahmeindikationen für eine vorübergehende entlastende Medikation, nämlich eine drohende Unbeschulbarkeit des

Kindes oder eine akute familiäre Eskalation – beides zum Glück in der Praxis sehr selten vorkommend). Dieses Versäumnis, bei gegebener Indikation zunächst eine Psychotherapie einzuleiten, führt nun häufig zu völlig unzureichenden Hilfen – mit der Folge der Gefahr einer erheblichen Chronifizierung des Leids der betroffenen Kinder wie auch der Eltern.

Der Pharmakologe Professor Glaeske berichtete erst jüngst (Glaeske u. Würdemann, 2008) aus der Vorsorgungsforschung mit Krankenkassendaten, dass die mit ADHS diagnostizierten Kinder oft nur Medikation erhalten (evtl. ergänzt durch Ergotherapie). Neben dem Ausbleiben einer Psychotherapie erscheint der Stellenwert von Ergotherapie nach wie vor zweifelhaft, da der Erfolg von Ergotherapie wissenschaftlich nicht belegt ist. In der Praxis zeigt sich dies vor allem, wenn in der Ergotherapie nur mit unspezifischen Methoden gearbeitet wird. In vielen Fällen musste man dann – nach oft jahrelanger Ergotherapie – feststellen, dass sich am Störungsbild oft wenig geändert, es sich manchmal eher verschlimmert hat. Dies ist eigentlich kein Wunder, da an der psychischen Situation der Kinder und am familiären Hintergrund nicht gearbeitet wurde.

In der Praxis scheint der starke Anstieg der Diagnose ADHS mitbedingt zu sein von der Auffassung nicht weniger Ärzte, diese Diagnose (entgegen der Leitlinien) offenbar als Legitimationsbasis einer sofortigen bzw. alleinigen Medikation zu verstehen. Auch gegen den Grundsatz, dass vor der Behandlung die Diagnose zu erstellen ist, wird leider immer wieder in der Praxis verstoßen: Nicht selten findet man bei einigen Ärzten nämlich den Glauben, im Umkehrschluss eine ADHS-Diagnose aus einer Ritalin-Wirkung „bestätigen“ zu können. Dieses Vorgehen, das sich sogar bei einigen Kinder- und Jugendpsychiatern findet, basiert auf einer völlig unhaltbaren Logik, die, wollte man sie ernsthaft verfolgen, bedeuten würde, man könnte bei allen irgendwie aufmerksamkeitsschwierigen oder unruhigen Kindern einer Grundschulklasse gewissermaßen mit der Gießkanne Ritalin verschreiben, um aus der Wirkung die Diagnose ADHS bestätigt zu sehen. Selbstverständlich verkennt dies auch, dass Psychostimulanzien bei allen Kindern potenziell leistungssteigernd wirken (auch bei solchen ohne ADHS-Diagnose). Daneben verkennt diese Logik, dass Psychostimulanzien nach den Wirkungsstudien nur bei 70-80% der Kinder im erwarteten Sinne wirken (Responder) – sollte das sonst nach diesen Überlegungen bedeuten, bei den restlichen 20-30% der Kinder (Non-Responder) läge ADHS eben nicht vor?

In der Praxis kommt nun ein Vorgehen vieler Ärzte hinzu, das sich leider verschärfend für die psychische Situation vieler Kinder und Jugendlicher auswirkt: Bei „Nicht-Funktionieren" der alleinig medikamentösen Therapie der betroffenen Kinder wird häufig nicht etwa die Diagnose oder die Art der bisherigen Therapie überprüft oder nun doch eine Psychotherapie eingeleitet, sondern es erfolgt ein „mehr desgleichen", d.h. der jeweilige Arzt verbleibt mit seinen Interventionen auf der Ebene der Medikation. Üblicherweise erfolgt zunächst eine höhere Dosierung der eingesetzten Psychostimulanz, dann der Einsatz eines anderen Psychostimulanz, und schließlich wird evtl. noch ein Neuroleptikum wie Dipiperon oder Risperdal „oben drauf" gesetzt (Psychopharmaka, die vor allem bei angeblich dazu kommenden „aggressiven Spitzen" der Kindern eingesetzt werden – übrigens mit erheblichen Nebenwirkungsrisiken für die Betroffenen).

Bemerkenswert ist, auch nach den GEK-Befunden von Glaeske und Würdemann (2008) die auffällige „Konzentration" der Medikation bei wenigen Verordnern: z.B. 30% der Methylphenidatmenge wurde nur von 66 Ärzt(inn)en verschrieben – die weiteren Verordnungen wurde von 4008 Ärzt(inn)en vorgenommen (Gmünder Ersatzkasse): „Dies spricht dafür, dass es bekannte ‚Anlaufpraxen' für diese Therapie gibt" (S. 62). Die Autoren verweisen auch auf die dubiose Rolle einiger ADHS-Selbst-

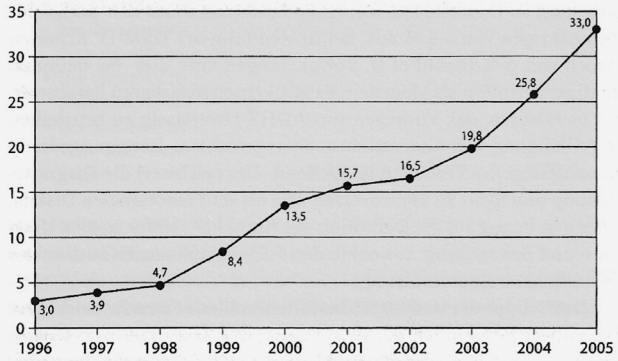


Abb. 1: Verordnungen von Methylphenidat 1996 bis 2005
Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen (1 DDD = 30 mg)
(nach Arzneiverordnungsreport 2006, S. 858)

hilfegruppen in diesem Kontext, die sich als Helfer schneller medikamentöser Lösungen verstehen, oft einseitige mechanistische bzw. biologistische ADHS-Störungskonzepte vertreten und sich von den Interessen der Pharmaindustrie vereinnahmen lassen: „(Es) entsteht vielfach der Eindruck, dass die z. T. amerikanischen Experten, die sich für eine Methylphenidattherapie aussprechen, wie in einem Wissenschaftswanderzirkus für Kongresse oder Elternveranstaltungen zur Verfügung gestellt werden, um letztlich die medikamentöse Therapie zu fördern. Dies hat wenig mit der Verbreitung einer evidenzbasierten Therapie zu tun, es geht dabei vielmehr um eine Propagierung von „eminenzbasierter" Behandlung" (S. 65). Über diese zweifelhafte und kontraproduktive Rolle solcher „Selbsthilfegruppen" als Helfer der Pharmaindustrie berichteten mit Recht auch schon die Medien (vgl. Bösel, 2005).

Eines lässt sich deutlich feststellen: Von amerikanischen Verhältnissen hinsichtlich des inflationären Gebrauchs von Ritalin (und verwandten Psychostimulanzien) bei ADHS oder vermeintlichem ADHS sind wir in Deutschland nach der Entwicklung der letzten 15 Jahre nicht mehr weit entfernt (vgl. obige Abb. aus Glaeske u. Würdemann, 2008, S. 58). Die Verordnungen von Methylphenidat haben seit 1996 nicht nur insgesamt massiv zugenommen, sondern in einigen Regionen (z. B. Koblenz oder Würzburg) findet sich eine erstaunliche Häufung von Verordnungen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Ist es nicht ein Trauerspiel, dass dieser Tage erst das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (aufgrund einer Entscheidung der Europäischen Kommission) zum 01. 09. 09 die Zulassung von „Methylphenidat" ändern musste? Diese fordert nun, was man für selbstverständlich erachten sollte: nämlich Einhaltung der Diagnose-Leitlinien, Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern sowie u. a. Behandlung mit Methylphenidat erst, wenn andere therapeutische Maßnahmen sich als unzureichend erwiesen haben (und auch dann nur im Rahmen einer Gesamtstrategie und mit Auslassversuchen mind. Einmal pro Jahr – was oft leider nicht erfolgt).

Erschreckend ist die in der Praxis immer wieder zu machende Erfahrung, dass viele Jugendliche nach jahrelanger alleiniger Stimulanzien-Therapie, zumeist ohne jeden Auslassversuch, nach Absetzen der Medikation bei Herausforderungen der Selbstorganisation etwa in ihrer Ausbildung oder bei selbstständiger Alltagsstrukturierung sich vollkommen hilflos fühlen und auch keinen Bezug zu sich selbst zu haben scheinen.

Zur Rolle verschiedener ADHS-Störungskonzeptionen

Im Bereich der vielfältigen Diskussion um ADHS stehen sich verschiedene Konzeptionen entgegen (vgl. dazu z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2006, Raschendorfer, 2003, Roggensack, 2006). Einige sehen ADHS als Krankheit („reine Stoffwechselstörung"), die als „rein genetisch bedingt" eingestuft wird. Umweltfaktoren spielen nach diesen Modellvorstellungen entweder keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Andere sehen ADHS als eine psychische Störung und vertreten ein biopsychosoziales Modell oder ein entwicklungspsychologisches Modell zur Genese und zur Aufrechterhaltung dieser Störung. Aber auch die Validität des Störungskonzeptes ADHS selbst ist sehr umstritten („Illusion einer Entität"). Etliche Kritiker des Krankheitskonzepts sehen Aufmerksamkeitsprobleme und Unruhe von Kindern als „unspezifische Oberflächenphänomene" (Ausdruck innerer Spannungszustände), aber auch als „unerhörte" Botschaften der betroffenen Kinder.

Zu resümieren bleibt: Ein einseitig mechanistisch-biologistisches Krankheitskonzept übersieht, dass die Bedeutung von neurobiologischen Befunden offenbar weit differenzierter ist als oft von Vertretern dieses Störungskonzeptes behauptet. Z. B. sind evtl. neurobiologische Anomalien im Einzelfall zumeist bislang gar nicht nachweisbar, außerdem nicht bei allen Kindern zu finden, und darüber hinaus ist es bislang unklar, inwiefern (d. h. zu welchen Anteilen oder auf welche genaue Art und Weise) sie als Vorläufer, Begleitstörung (neurologisches Korrelat) oder aber als Folge von „ADHS" zu betrachten sind. All dies wird erst in letzter Zeit wirklich spezifischer erforscht. In jeden Fall aber ist von komplexen Wechselwirkungsprozessen auszugehen. Häufig bleiben leider die neueren Erkenntnisse zur gebrauchsabhängigen Plastizität des menschlichen Gehirns bisher zu wenig beachtet (vgl. Bauer, 2004, 2005, Bonney, 2008a,b, Grawe, 2004, sowie Hüther, 2008).

Manche Missverständnisse um das ADHS-Störungskonzept scheinen sich auch am Wort „komorbid" festzumachen: Dieser Begriff aus der Epidemiologie bezeichnet evtl. gleichzeitig mit Aufmerksamkeitsstörungen, Unruhe und Impulsivität auftretende psychische oder somatische Auffälligkeiten der Betroffenen (z. B. Ängste, Depression). Allerdings wird dieser Begriff ist der Praxis nicht als das aufgefasst, was er bezeichnet, nämlich nur gemeinsames Auftreten verschiedener Auffälligkeiten. Stattdessen werden bestimmte Komorbiditäten wie z. B. Ängste oder Depression nur

als Anhängsel oder als quasi automatische Folge „eines ADS“ betrachtet. Dies wiederum führt natürlich leicht zu den oben genannten Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.

Ein weiteres Dilemma scheint darin zu bestehen, dass viele emotionale Störungen, die bei genauerer Diagnostik hinter Aufmerksamkeitsproblemen von Kindern deutlich werden, im Klassifikationssystem ICD-10 unterspezifiziert sind, d.h. bisher kaum oder gar nicht nutzbar, d.h. adäquat beschreibbar sind. So scheint nach meinem Eindruck die häufige Benutzung einer ADHS-Diagnose z.T. auch auf unzureichend verfügbare Termini und Diagnosekategorien für wichtige emotionale Störungen zurückführbar (z.B. bei klaren emotionalen Beeinträchtigungen von Kindern durch elterliche Verkennung wichtiger kindlicher Bedürfnisse, auch in Form von Parentifizierungen oder Verwicklung in elterliche Konflikte).

Plädoyer für mehr theoretische Bescheidenheit und für mehr Ehrlichkeit im Umgang mit Eltern/Lehrern/Helfern

Erstaunlich ist auch das z.T. in der Praxis bei Helfern anzutreffende Argumentationsniveau beim Thema ADHS. Bei unruhigen und unaufmerksamen Kindern scheinen viele sofort – und fast ausschließlich – an ADHS zu denken. Dies ist, als wenn man Fieber sofort als „Fieberkrankheit“ definiert, statt nach verschiedenen Ursachen von Fieber zu suchen. Paradoxerweise entsteht in der Praxis für Diagnostiker und Helfer immer mehr ein Druck, ein vermeintliches ADHS zu bestätigen anstatt auch andere Ursachen für Aufmerksamkeitsprobleme von Kindern zu untersuchen.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus meiner Erfahrung durch zu wenig Ehrlichkeit bezüglich Bedeutung einer ADHS-Diagnose (was sie sagt und was nicht) und die Willkürlichkeit der Grenzsetzungen zu sonstigem auffälligen Verhalten. In der Theorie betont man zwar immer wieder, dass es sich um kontinuierlich verteilte Merkmale handele, sodass eine dimensionale Diagnostik adäquater sei als eine kategoriale (als fließende Übergänge wie bei Übergewicht statt Kategorien wie „hat Masern“ oder „hat keine Masern“). Aber in der Praxis suggerieren dann viele Helfer dennoch, aus Übergewicht Masern machen zu können. Oder wie Baerwolff (2003) richtig

angemerkt hat: „Man findet die Eier, die man vorher selbst versteckt hat". Fachleute wissen, dass bei strenger Einhaltung der ICD-10-Kriterien gerade mal 1-2% auffällige ADHS-Kinder zu finden sind, bei weniger genauen Kriterien (wie beim Anlegen der DSM-IV-Kriterien) sind es mehr, ca. 4-6%. Bei weiterem Aufweichen der Kriterien (z.B. Kinder nur in den Augen der Eltern oder nur in den Augen der Lehrer auffällig) gehen „Prävalenzen" dann locker über 10% oder sogar über 15% (vgl. Kahl et al., 2007), aber was erfasse ich dann eigentlich noch?

Die Verschiedenartigkeit der Diagnosekriterien nach ICD 10 und DSM-IV zeigt, dass selbst die Experten keine einheitliche Meinung über die Definition von ADHS haben. Hierbei sollte aus meiner Sicht auch mit der skurrilen Absurdität aufgeräumt werden, dass gemäß DSM-IV Kinder eine ADHS-Diagnose erhalten, die überhaupt keine (oder kaum) Aufmerksamkeitsprobleme haben, nämlich nach dem dort zu verschlüsselnden sog. vorwiegend impulsiv-hyperaktiven Subtyp. Dadurch werden Prävalenzzahlen künstlich nach oben getrieben.

Aufmerksamkeitsprobleme können auch als Sekundärphänomenen eines motivationalen Defizits entstehen. Außerdem können Aufmerksamkeitsdefizite durch eine Emotionsregulationsstörung bedingt sein (vgl. Sonuga-Barke, 2004, vgl. das alte Konzept von Walter Mischel: Belohnungsaufschub in Oerter u. Montada, 2002). Ähnliche Fragen sind übrigens auch bezüglich der Konzeptionierung von (vermeintlichem) ADHS bei Erwachsenen zu stellen. Wenn z.B. die sog. Wender-Utah-Kriterien (vgl. Hesslinger et al., 2004) neben der bekannte Symptomtrias aus dem Kindesalter und der Auffälligkeit bezüglich „desorganisiertem Verhalten" als weitere Symptome bei Erwachsenen „Affektlabilität", „verminderte Affektkontrolle" sowie „emotionale Überreagibilität" beschreiben, stellt sich erneut die Frage nach Henne und Ei bzw. danach, wo der Schwerpunkt der evtl. Beeinträchtigung der Betroffenen liegt. Bei einer solchen Konzeptionierung ist wohl der Begriff einer „Emotionsregulationsstörung" trefflicher als von Aufmerksamkeitsstörung zu sprechen, zumal dann auch die Frage von Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen psychischen Problemen bei Erwachsenen neu zu diskutieren wäre (vgl. Bonney, 2008b).

In welcher Weise kann das Sprechen über ADHS in Familien nützlich sein? Am hilfreichsten erscheint mir, nach einer guten Diagnostik von ADHS als „Arbeitshypothese mit begrenzter Laufzeit" (Spitzcok von Brisinski, 1999) zu sprechen. Im

schlimmsten Fall werden das ganze Kind und alle seine Lebensäußerungen nur noch über ADHS definiert, was nicht selten in einer entsprechenden Selbstdefinition der Kinder mündet: „Ich bin Kai, habe ADS …". Dies kann dazu führen, dass sowohl die Eltern als auch das Kind sich dem angeblichen „Herrscher" ADHS unterwerfen, was therapeutisch geradezu kontraproduktiv ist.

Für Elterngespräche in Therapie und anderen Hilfen erscheint neben der Erläuterung dessen, was ADHS besagt und was nicht, oft die Nutzung von Alltagsbegriffen wesentlich hilfreicher, als von ADHS zu sprechen: z. B. „vorwitzig, quengelig, oft langweilig, übermütig, unzureichende Arbeitstechniken, unselbstständig sein … aber auch … emotional blockiert, im Kopf/Herzen offenbar mit anderen Themen beschäftigt". Solche Begriffe sind aus meiner Erfahrung in ihrem Wert dringlich gegenüber vermeintlich „objektiver" Expertensprache zu rehabilitieren, da sie nicht nur bei Eltern und auch Kindern mehr Verständnis finden, sondern auch viel eher imstande sind, Beobachtungen und Erleben zu beschreiben. Darüber hinaus suggeriert die Abkürzung ADHS im Laienverständnis vieler Menschen, dass Aufmerksamkeit gewissermaßen als feste Größe „vom Himmel" falle oder „aus den Genen". Dabei wissen wir: Es gibt erstens sehr verschiedene Arten von Aufmerksamkeit, und zweitens muss Aufmerksamkeit immer wieder neu hergestellt und auch eingeübt werden (vgl. Stiehler, 2007).

Risiken und Nebenwirkungen eines einseitig mechanistisch-biologistischen Störungsmodells

Auf den „Beipackzetteln" von Ärzten und anderen Helfern, die im Sinne eines solchen einseitigen ADHS-Modells vorgehen, sollte vor allem bei Vergabe von Medikation als allein oder hauptsächlich „selig machender Therapie" sicherheitshalber der Hinweis stehen:

- **Vorsicht, Ihr Selbstwirksamkeitserleben als pädagogisch wirksam handelnder Vater/Mutter/Pädagoge ist in Gefahr!** (Bei Kindern gilt entsprechendes in Bezug auf ihr Erleben, das eigene Leben positiv gestalten zu können)
- **Vorsicht, Sie erhalten so keine echte emotionale Entlastung und verpassen die Chance, sich den für Ihr Kind und Sie selbst wichtigen Themen zu widmen**
- **Bitte konsultieren Sie den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Ihres Kindes**

Plädoyer für das Einbeziehen wichtiger systemischer Kontextbedingungen

Auch etliche Phänomene in unserer Gesellschaft können Unruhe und Aufmerksamkeitsstörungen von Kindern hervorrufen bzw. verstärken. Dazu gehören die Schnelllebigkeit der heutigen Lebenswelt (vgl. DeGrandpre, 2002) sowie die Überfrachtung der Kinder durch die Medien. Von besonderer Bedeutung sind hier, insbesondere bei dafür anfälligen Kindern, die Beschäftigung mit Gameboy, Playstation bzw. Computerspielen und ein übermäßiger Fernsehkonsum (vgl. Christakis et al., 2004, Spitzer, 2006). In diesem Zusammenhang hat man mitunter den Eindruck, ADHS bedeute:

Abhängigkeit von der Droge elektronischer Hirn-Stimulierung

Diese Überfrachtung setzt sich häufig fort in den Kinderzimmern in Form eines Überangebots von vorgefertigtem Spielzeug, das kaum Raum lässt für Kreativität und Fantasie (vgl. Schiffer u. Schiffer, 2002). Hinzu tritt die Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen, sodass „die früher so selbstverständliche Differenz zwischen Erwachsenen und Kindern weitgehend verloren gegangen ist“ (Rotthaus, 2007, S. 109). Viele Erwachsene sind kindlicher geworden und Kinder (vermeintlich) erwachsener.

Ungeduldige Kinder brauchen geduldige Therapeuten

Um gute psychotherapeutische und pädagogische Hilfen für die betroffenen Kinder und ihre Familien zu erarbeiten, benötigt es ein Erkennen auf verschiedenen Ebenen:

- Symptomebene
- Ebene verdeckter oder tiefer liegender Bedürfnisse des Kindes
- Ebene verdeckter oder tiefer liegender Bedürfnisse der Familie

Auf dieser Basis geht es anschließend um die Aktivierung von Eltern und Kind zur Suche sowie Erprobung von Lösungen.

Dies bedeutet: Kinder mit Auffälligkeiten gemäß „AD(H)S“ benötigen meines Erachtens Reaktionen der Eltern, Lehrer und anderer Helfer auf verschiedenen Ebenen, nämlich sowohl „symptomorientierte“ Interventionen als auch verstehens- und klärungsorientierte Hilfen. Mir persönlich erscheint die oft immer noch beste-

hende Dichotomie in der Betrachtungsweise von therapeutischen Zugängen gerade zum Thema ADHS oft absurd, wonach immer wieder suggeriert wird, symptomorientiert und personen- bzw. familienzentrierte Hilfen würden sich gegenseitig ausschließen. Meiner Erfahrung nach ist das Gegenteil richtig: Erst ein „sowohl als auch" bringt den Kindern die für sie so wichtigen verschiedenen Ebenen ganzheitlich zusammen.

Analytiker haben gerade in den letzten Jahren – zu Recht – auf die häufige Vernachlässigung der inneren Erlebenswelten und Beziehungsmuster der Kinder und Familien bei einem reinen symptomorientierten Vorgehen in einer Verhaltenstherapie aufmerksam gemacht (vgl. z. B. Ahrbeck, 2007, Heinemann u. Hopf, 2006, Neraal u. Wildermuth, 2008). Andererseits laufen viele analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in der therapeutischen Praxis verhaltensorientierte Interventionen außen vor lassen, Gefahr, „das Kind mit dem Bade auszuschütten". Demnach sollte aus meiner Sicht nicht das eine gegen das andere ausgespielt, sondern miteinander kombiniert werden, da sonst beide Perspektiven zu kurz greifen. Wenn eine solche Synthese zukünftig mehr stimmig praktiziert würde, könnte ADHS womöglich sogar einmal ein gutes Paradigma für gelingende Methodenintegration werden.

Zunächst ist bezüglich des therapeutischen Vorgehens eine sorgfältige Diagnostik von Kind und Familie unerlässlich. Der von mir gewählte Therapieansatz auf verschiedenen Ebenen integriert Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und Hypnotherapie mit therapeutischen Ansatzpunkten beim Kind, bei den Eltern und auch an der Beziehung zwischen Eltern und Kind (vgl. Schmela, 2004, ähnlich Ansätze finden sich bei Keil u. Liyanage, 2004, Pisarsky u. Mickley, 2003 sowie Rühling, 2008).

Somit ist klar, dass wichtige therapeutische Veränderungen nicht möglich sind, indem Eltern ihre Kinder beim Psychotherapeuten oder Berater wie in einer Reparaturwerkstatt abliefern, nach dem Motto: „mein Kind funktioniert so nicht, machen Sie mal ... ich hole es dann ab, wenn Sie es hinbekommen haben".

Wichtig ist für den Therapeuten/Helfer zunächst das genauere Verstehen der Funktion von Verhalten und der Dynamik von Abläufen in der Familie (im Rahmen einer genaueren Differenzialdiagnostik). Hier könnte man an einen Cartoon von Morris denken, in dem ein Junge zum anderen sagt: „Es ist nur meine Mama ... ich lasse sie

immer fünfmal nach mir rufen, um zu sehen, ob sie es auch wirklich meint". Nach dieser Beobachtung wäre dann weiter abzuklären, ob der Junge mit dieser Äußerung generell keinen Respekt vor seiner Mutter hat, ob die Mutter zu viel redet bzw. diskutiert statt zu handeln, ob sie nicht konsequent genug ist usw.

Sehr bedeutend ist auch festzustellen, in welcher Weise Eltern als Modelle (Impulsivität, Sprunghaftigkeit) Vorbildwirkung bei den Kindern entfalten. Ferner ist sehr relevant, welches kindliche Verhalten elterliche Beachtung findet und welches nicht oder nur wenig. So findet in vielen Familien angemessenes Verhalten von Kindern und ihr Wunsch, mit ihren Ideen, Gebasteltem u. Ä. gesehen zu werden, zu wenig Beachtung, sodass sie diese nicht erhaltene Beachtung mitunter später durch weniger angemessenes Verhalten wie z. B. Schreien, Dinge zerstören zu erlangen suchen.

Unruhe, Konzentrationsstörungen und Übermut von Kindern entstehen nicht selten auch aus einem verwöhnenden Handeln der Eltern, sodass bei einem fortschreitenden Muster dieser Art die Kinder den Eltern buchstäblich auf der Nase herum tanzen.

Wie Kenner verschiedener Ansätze wissen, ergänzen sich die Betrachtungen unterschiedlicher therapeutischer Blickwinkel an vielen Stellen sehr gut. So könnte man o. g. Themen z. B. unter systemischer Perspektive als symmetrische bzw. komplementäre Interaktionseskalationen beschreiben.

Verhaltenstherapeutische Interventionen

Eine sehr nützliche Maßnahme für Familien mit betroffenen Kindern ist das sogenannte „Positiv-Tagebuch" (aus dem THOP, Döpfner et al., 2002). Dabei werden Eltern dazu angeleitet, positive Erfahrungen mit ihrem Kind zu registrieren, zu notieren und dem Kind dieses auch zurückzumelden. Eine ähnlich hilfreiche Intervention aus diesem Programm stellt die sog. „Spaß- und Spielzeit" dar, bei dem Eltern möglichst regelmäßig Zeit für Spiel u. Ä. mit ihrem Kind nutzen und sich dabei auf die Spielinteressen ihrer Kinder einlassen. Manchmal allerdings brauchen Eltern hierfür

erst einmal selbst eine positive Anleitung und Erfahrung. Zumeist führen solche Erfahrungen in Familien dazu, dass sich die Eltern-Kind-Beziehung deutlich verbessert.

Andere nützliche und wichtige Interventionen für Eltern betroffener Kinder beinhalten das Einüben wirkungsvoller Aufforderungen an die Kinder, von konkreten Vorbereitungen der Kinder auf bestimmte Situationen und von klaren Anweisungen für bisher „schwierige Situationen" im Familienalltag sowie die Etablierung Sicherheit schaffender Strukturen im Alltag. Auch die Festschreibung wichtiger Regeln für die Familie und deren konsequente Umsetzung im Alltag schafft neue Verhaltenssicherheit für die betroffenen Kinder. Dazu gehört auch, dass Eltern adäquate Verhaltenserwartungen an ihre Kinder entwickeln sowie angemessene positive und negative Konsequenzen nutzen lernen, soweit sie – was oft der Fall ist – hierin Unsicherheiten zeigen. Leider muss man in der Praxis immer wieder feststellen, dass dieser Bereich auch von Helfern häufig unbearbeitet bleibt. Sie scheinen sich auf die verbalen Zusicherungen von Eltern zu verlassen, dass sie natürlich konsequent sein wollen (wer würde schon leicht zugeben, dass er es nicht sein will) und dann davon auszugehen, dass Eltern schon wüssten, wie dies konkret ginge. In der Praxis zeigt sich aber immer wieder, dass viele Eltern bei durchaus gegebener Motivation, ihren Kindern gegenüber angemessene Grenzen zu setzen, gar nicht mehr wissen, wie sie dies denn konkret umsetzen könnten (vgl. dazu auch Pleyer, 2003). Viel praktische, auf konkrete Erziehungssituationen abzielende Coachings mit Eltern zeigen sich hier oft sehr wirkungsvoll (vgl. dazu auch Lauth u. Heubeck, 2005).

Mitunter kann man aber auch beobachten, dass Helfer zu früh oder zu viel an solchen Stellen interpretieren, wo Kinder schlichtweg Kompetenzdefizite aufweisen und damit Übungs- und Anleitungsbedarf erkennen lassen. Als Beispiel hierfür mag ein Peanuts-Cartoon illustrieren: Peanuts sagt dabei zu Linus: „Das ist ein schönes Bild eines Menschen von dir. Aber ich sehe allerdings, dass du ihn mit den Händen hinter dem Rücken gemalt hast. Du hast dies sicher so gemalt, da du selbst Unsicherheitsgefühle hast …", woraufhin Linus antwortet: „Ich habe es so gemacht, da ich keine Hände malen kann!"

Weitere nützliche Interventionen stellen Konzentrations- bzw. Selbstinstruktionstrainings für betroffene Kinder dar (vgl. z. B. Krowatschek et al., 2004, Lauth u.

Schlottke, 2002, Wagner, 1994). Äquivalente für Vorschulkinder bestehen in Trainings zu Steigerung von Ausdauer im Spiel und für Jugendliche in sogenannten Selbstmanagementtrainings. Die Grundidee von Selbstinstruktionstrainings besteht darin, die Kinder zu befähigen, durch handlungsanleitendes, erst lautes, dann leises Sprechen zu sich selbst bei einer Aufgaben- oder Problemlösung strukturiert vorzugehen. Für ein gutes Gelingen und einen erfolgreichen Transfer in Schulsituationen sind wiederholtes schrittweises Einüben und ggf. weitere flankierende Maßnahmen wichtig. Die Logik des Vorgehens ist so simpel wie elementar nützlich, denn Kinder lernen immer wieder die folgenden Schritte bei Handlungsabfolgen zu nutzen:

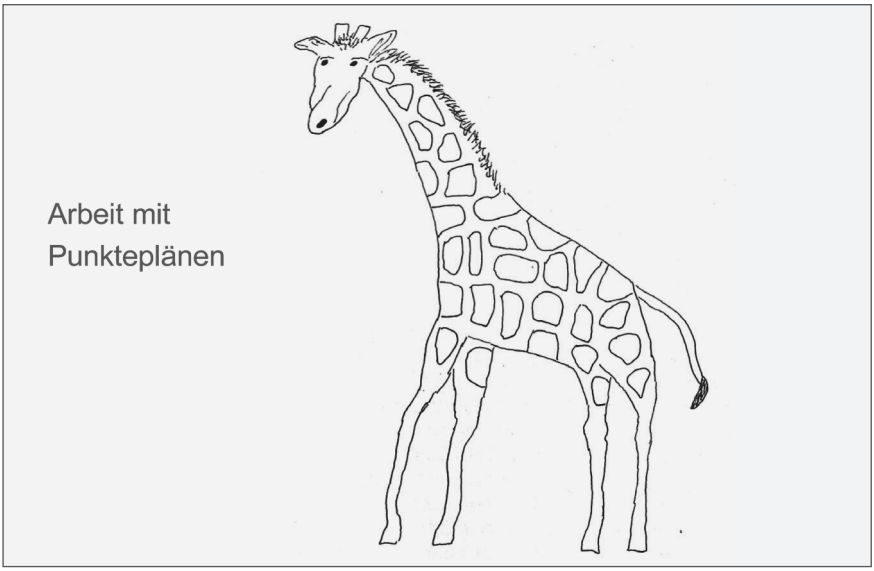
1. STOPP (Innehalten)
2. Gut hinsehen und genau hinhören
3. Was ist meine Aufgabe (bzw. mein Problem)?
4. Wie kann ich es machen? Plan machen!
5. Langsam und bedacht vorgehen
6. Richtig gemacht? (Kontrolle)
7. Korrekturen (Fehler verbessern)
8. Richtig und mit Köpfchen gemacht: Ich kann mich loben!!!

Für viele betroffene Kinder kann es übrigens auch ein gutes und wertvolles „Training“ sein, sich draußen in der Natur zu bewegen oder eigene Kreativität (neu) zu entdecken, statt nur passiv PC, TV oder Nintendo zu konsumieren.

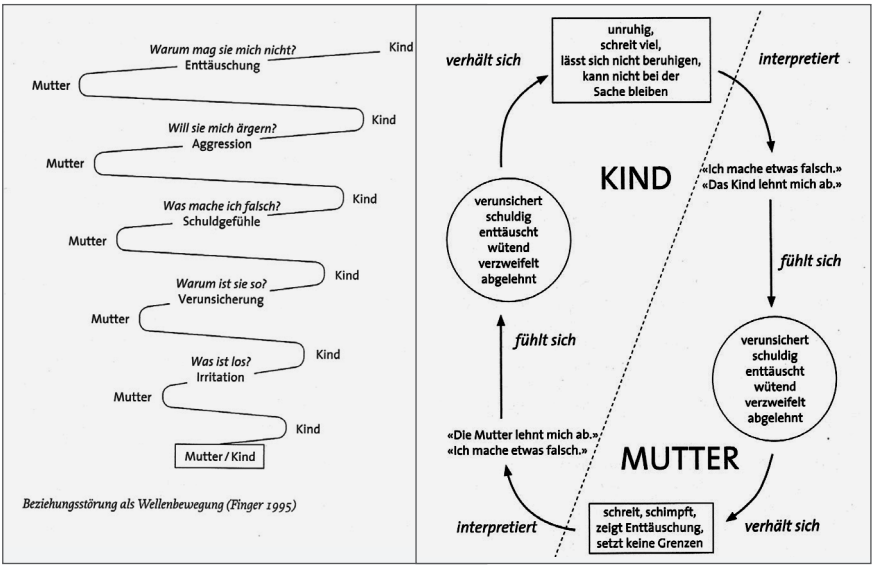
> **Beispiel:** Tom, acht Jahre, Konzentrations- und Motivationsprobleme, Aggressivität, andere Kinder gegeneinander ausspielend, lebt nach dem Tod der Mutter (Vater unbekannt) in einer Pflegefamilie. Er wird daneben betreut in einer Tagesgruppe und beschult in der Förderschule mit Förderschwerpunkt soziales und emotionales Lernen. Bei ihm konnte erfolgreich an seiner Motivation angesetzt werden, die Rückkehr an die Regelschule schaffen zu wollen. Mit ihm wurden als gute Wege zu seinem Ziel folgende Zeichen vereinbart, die Lehrer und Erzieher im Alltag nutzten, um ihn an seine eigenen Ziele in konkreten Situationen zu erinnern: V für Victory bei mehr Regelbeachtung und Mitarbeit im Unterricht und S für Stopp (bei Verweigerung oder Einmischung in Dinge anderer. Anschließend zeigte sich nach weiteren Interventionen, v.a. mehr Anleitung und

Kontrolle des Jungen sowie intensiverer positiver Verstärkung im Alltag, eine deutliche Stabilisierung von Tom.

Sehr erfolgreich kann auch der Einsatz von sogenannten Punkteplänen sein, wenn Kinder sich vornehmen, bisher eher schwierige Alltagssituationen besser zu bewältigen wie Hausaufgaben zügig zu beginnen, ihre eigenen Lernergebnisse zu kontrollieren oder ausdauernd an einer Sache zu bleiben. Allerdings haben solche Punkte-Pläne nur dann Erfolg, wenn sie realistisch und überschaubar angelegt sind, Erwachsene und Kinder echte, positive Erfolgserwartungen aufbauen können und ein solcher Plan nicht als Ersatz für Regeln oder als Manipulation der Erwachsenen missbraucht wird. Sehr nützlich sind sie mitunter auch, um schon – beim Sprechen über ihren möglichen Einsatz – die eigene Selbstwahrnehmung des Kindes für seine Stärken und Schwächen zu fördern und eine geduldig-ermutigende Haltung von Eltern zu unterstützen.



Wertvolle Instrumente hält die Verhaltenstherapie auch zur Verhaltensanalyse von konkreten Interaktionsabläufen und zur Analyse der begleitenden Kognitionen bereit. Diese können dann im Rahmen therapeutischer Arbeit mit den Eltern hinsichtlich möglicher Modifikationen betrachtet werden, um evtl. nützliche neue Kognitionen mit Eltern und Kind zu erarbeiten, die für den Alltag und die Beziehungsdynamik funktionaler sein könnten.



Im Überblick lassen sich folgende wichtige Ziele der Verhaltenstherapie im Bereich des Elterntrainings festhalten:

- Konsequentes Verhalten
- Gemeinschaftliches Handeln (als Elternpaar)
- Positive Kommunikation (unter den Eltern und mit dem Kind)
- Gestalten schöner Zeiten (mit dem Kind)

Systemisches

Die Bedeutung der Familiendynamik für die Symptomatik der Kinder zeigt sich an vielen Stellen. Hier sei nur ein markantes Beispiel genannt: Nach den Befunden einer neueren Studien bestätigt sich, dass Aufmerksamkeitsprobleme von Kindern häufig in Zusammenhang stehen mit fortgesetztem elterlichem Streit, der eine starke Belastung für Kinder darstellt (vgl. Davies u. a., 2008). Vor allem, da die Kinder sich Sorgen darüber machen, dass ihre Eltern sich trennen könnten. Wäre es nicht eher Anlass zur Sorge um Kinder – so möchte ich etwas provokativ fragen –, wenn sie nicht Konzentrationsprobleme entwickeln würden in Anbetracht einer solchen Thematik bezüglich der wichtigsten Menschen in ihrem Leben, nämlich den Eltern als primäre Bindungspersonen?

Bedeutende systemische Hintergründe bestehen in Abwertungen des einen Elternteils durch den anderen Elternteil und Verwicklung des Kindes in diese Dynamik über Koalitionsbildung. Andere systemisch relevante Konstellationen entwickeln sich durch die überzogene Erwartung von Eltern hinsichtlich der Disziplin ihres Kindes. Häufig entpuppen sich eigene Erfahrungen von Eltern aus ihren eigenen Herkunftsfamilien als wichtige Hintergründe solcher Haltungen, die es dann zu bearbeiten gilt. Umgekehrt entfalten sich aber auch nicht selten Problemkreisläufe in der Familie, wenn Eltern keinerlei oder zu wenig Disziplin von ihren Kindern erwarten. Auch dies resultiert meist aus Haltungen, die ihren Ursprung in den Herkunftsfamilien der Eltern haben. Z. B. ziehen Eltern aus der Wahrnehmung, selbst zu harsch oder brutal erzogen worden zu sein, oft den Schluss, mit ihrem Kind anders umzugehen. Dadurch besteht die Gefahr, von einem Extrem in das andere zu fallen und zu wenige Grenzen zu setzen.

Auch dann, wenn Erwachsene Kinder in eigene Konflikte auf der Eltern-/Stiefeltern-Ebene verwickeln und instrumentalisieren, was leider im Zuge von hochstrittigen Elternkonflikten häufig auftritt, entstehen in den Kindern derartige Spannungen, dass es fast unmöglich ist, die Ruhe und Konzentration zu behalten. Aber auch komplexere gesellschaftliche Situationen machen es Kindern zunehmend schwer, sich zu orientieren (z. B. in sog. Patchwork-Familien).

Wichtige systemische Aspekte im Kontext von ADHS-Konstellationen sind vor allem:

- Verwicklung von Kindern in unbearbeitete Konfliktdynamiken auf Erwachsenenebene (Paarkonflikt, Eltern-Großeltern-Konflikt ...)
- Beeinträchtigung des Kindes durch psychische Probleme der Eltern (Trauer, Angst, Depression, Sucht, Traumafolgen ...)
- Überlagerung der Bedürfnisse des Kindes durch die der Erwachsenen

Im konkreten therapeutischen Tun kommt es z. B. bei Konfusionen von Generationengrenzen, wenn das Kind sich in der Rolle eines Pseudo-Erwachsenen oder des Partners eines Elternteils befindet, darauf an, Generationengrenzen neu oder erneut etablieren zu helfen und im Alltag wirksam werden zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der oft anzutreffenden Verwicklung von Kindern in unbearbeitete Konflikte zwischen Eltern und Großeltern. Ein Anzeichen für solche Konfliktdynamiken ist die Klage von Eltern, immer wieder würden sie vom Kind gegen Oma (Opa) „ausgetrickst" oder „matt gesetzt", und sie selbst könnten ja mit ihrem (Schwieger-)Vater (oder der (Schwieger-)Mutter) nicht darüber reden, es bestünde schließlich Funkstille.
Therapeutische Bemühungen gehen somit immer vom Bestreben aus, eine echte Autonomie aller Familienmitglieder zu unterstützen, oder um es in einer Metapher zu formulieren: *vom Knäuel zur Gruppe von Individuen.*

> **Beispiel:** Frank (entsprechend dem sog. ADHS-Vollbild) und Frauke („Träumertyp"), acht und neun Jahre, sind „durch den Wind", nachdem ihr Vater urplötzlich aus der Familie verschwand und die Mutter den Bruder des Vaters heiratete – mit damit einhergehenden komplexen Verwicklungen inkl. Großelternebene und Sprachlosigkeit zwischen den Eltern. Außerdem reagierte der Vater auf die von ihm empfundene Kränkung der Heirat seiner Frau mit seinem Bruder, indem er seine beiden Kinder mit heftig aggressionsgeladenen elektronischen Spielen und Filmen „verwöhnte", von deren Konsum sie ihrer Mutter nichts erzählen durften.

Ganz wesentlich für die systemische Analyse ist auch die Frage, inwieweit Schule und Eltern des Kindes – evtl. trotz unterschiedlicher Meinungen zu bestimmten Fragen – gut und im Interesse des Kindes kooperieren können oder sich das Kind auf dieser Ebene auch in Verwicklungen wiederfindet und somit Gefahr läuft, sich inner-

lich zerrissen zu fühlen und damit sich nicht aufs Lernen konzentrieren zu können. Eine weitere wichtige Ebene, leider oft in ihrer Bedeutung unterschätzt, ist die Ebene der Peergroup des Kindes. Für den Erfolg therapeutischer Bemühungen ist die Beachtung dieses wichtigen Systems unerlässlich.

Systemische Ansätze: Methoden

- Veränderung der Deutungs- und Verhaltensmuster in der Familie
- Erweiterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erarbeiten von Generationsgrenzen
- Emotionale Entlastung der Kinder durch die Eltern
- Flexibilisierung von Rollen in der Familie

Wesentliches Leitmotiv nicht nur des systemischen Arbeitens ist dabei die Festigung und Vertiefung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung. Überhaupt ist der Blick auf Ressourcen nicht nur der Kinder, sondern auch der Eltern ein Herzstück systemischen Arbeitens, wenngleich dies mittlerweile auch ein fester Bestandteil anderer therapeutischer Ansätze ist (z. B. auch der Verhaltenstherapie). Eine ganz besondere Leistung von Eltern ist, die positiven Aspekte ihres Kindes trotz aller Ärgernisse sehen und anerkennen zu können. Evtl. gelingt es ihnen sogar, in dem störenden Verhalten einen positiven Aspekt zu sehen.

Besonders eindrucksvoll ist es nach meiner Erfahrung für Kinder auch, wenn Eltern ihnen von eigenen Aufmerksamkeitsproblemen in der Kindheit berichten und wenn es ihnen gelingt, dies ohne belehrenden Unterton zu tun. So können sie den Kindern als Modell dienen, wie Schwierigkeiten überwunden werden können. Oft ist es anrührend zu erleben, wie viel Neugier Kinder dahin gehend zeigen, wie es denn die Eltern geschafft haben, einen Weg für sich zu finden. Durch die eigenen Erinnerungen kann außerdem ein echtes Einfühlen in das Kind gefördert werden.

Manchmal kann es auch interessant sein, (vermeintliche) Schwächen als Stärken zu nutzen (utilisieren) wie etwa Hägar, der – auf seinem Schiff stehend – den Männern an Bord sagt: „Auf dieser Reise bekommt jeder eine Aufgabe! Aber zuerst: Gibt es unter euch jemand, der nicht schwimmen kann?“ Ein Mann meldet sich, woraufhin ihn Hägar beauftragt: „Gut! Du kümmerst dich um undichte Stellen!“

Die Arbeit mit den inneren Stimmen oder: Innere Stimmigkeit entwickeln

Beispiele aus Alltagssituationen zeigen, dass wir oft verschiedene innere Tendenzen und Haltungen verspüren. So könnte es sein, dass ein bettelnder Mensch in einer Fußgängerzone einerseits unser Mitleid erregt, aber wir andererseits vielleicht verärgert reagieren wegen seiner unterwürfigen bzw. fordernden Ansprache. Eine weitere Tendenz in uns könnte uns evtl. davor warnen, von ihm übers Ohr gehauen zu werden. Je nach Stärke der verschiedenen Tendenzen werden wir ihm etwas geben oder nicht. Es könnte aber sein, dass sich nachher andere Tendenzen aus dem Hintergrund melden und uns ein „schlechtes Gewissen" machen. Das Vorhandensein verschiedener solche „innerer Stimmen" bedeutet nicht, dass wir etwa „verrückt" seien, sondern ist eine normale Form des Denkens. In der Literatur wird darüber gesprochen unter den Begriffen „inneres Team" (Schulz von Thun, 1998, 2007) und „inneres Parlament" (Schmidt, 2004).

Es hat sich in der Arbeit mit Eltern von unruhigen Kindern mit Konzentrationsproblemen sehr bewährt, mit ihnen über die verschiedenen „inneren Stimmen" ins Gespräch zu kommen (vgl. Mähler u. Schmela, 2007). Bei genauem, einfühlsamem Nachspüren gelingt es so häufig, ein besseres Verständnis für die Dilemmata von Eltern zu erarbeiten. Viele Eltern schildern z.B ihre Gefühle von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, bei ihrem Kind nichts wirklich positiv mehr bewirken zu können. Hinter solchen Aussagen können sich verschiedene innere Botschaften verbergen. So könnte es sich um Angst handeln („Mein Kind wird mit seinem Leben nicht zurecht kommen."), Selbstzweifel („Ich traue mir nichts zu, bin zu dumm."), Pessimismus („Es wird sicher böse enden.") oder Selbstvorwürfe („Du hast viel Schaden bei dem Kind angerichtet.").

Innerer Selbstentwerter (Schulz von Thun 1998)

Friedemann Schulz von Thun, „Miteinander reden 3. Das „innere Team" und situationsgerechte Kommunikation", © 1998 by Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek.

In der therapeutischen Arbeit geht es darum zu verdeutlichen, dass solche Aspekte nicht nur negative, sondern auch positive Aspekte haben, wie etwa Dinge gründlicher zu betrachten, nichts auf die leichte Schulter zu nehmen oder dem Kind ein gutes Vorbild zu sein in etwas, was vielen betroffenen Kindern schwerfällt, nämlich sich selbst kritisch zu beleuchten. Dann kann man solche Sätze nutzen, um auch positive, stimmige Sätze zu finden wie „Was habe ich schon geschafft?“ oder „Was brauche ich, um es zu schaffen?“. Nachdem es also zunächst darum geht, auch leise oder unbequeme innere Stimmen kennenzulernen und ihre Botschaft wertzuschätzen, sollen dann alle Stimmen in eine ehrliche und offene Diskussion miteinander kommen („Teamkonferenz“). Anschließend soll daraus eine Lösung erwachsen, die die verschiedenen inneren Anteile integriert. Die Person selbst als „Chef“ des „inneren Teams“ hat dabei die Aufgabe, auf eine faire Suche zu achten, sodass sie selbst nicht von einzelnen „vorlauten“ oder „vorschnellen“ Stimmen dominiert wird in ihrem Handeln, sondern mit Hilfe des Chors der Stimmen zu einer „stimmigen“ Lösung kommt, die es erlaubt, ermutigende Stimmen in sich stärker werden zu lassen. Damit gelingt es Eltern, mehr Vertrauen und Sicherheit mit ihrem Kind zu gewinnen.

Die Arbeit mit dem „inneren Team“ (innere Stimmen) kann man aber nicht nur mit Eltern durchführen, sondern auch mit den Kindern. Gute Möglichkeiten dafür bietet z. B. der Einsatz von Stofftieren oder Handpuppen als „Vertreter“ verschiedener innerer Stimmen der Kinder (vgl. dazu den Teil weiter unten zur Hypnotherapie). Auch in der Beratungsarbeit mit Lehrern lässt sich der Ansatz des „inneren Teams“ sehr gut nutzen (vgl. dazu Schmela, 2008).

In der therapeutischen Arbeit mit Eltern ist es häufig sehr aufschlussreich, mit ihnen die inneren Stimmen zu suchen, die sie in Erziehungssituationen „hin und her pendeln“ lassen. Sie sagen einige Eltern, sie würden sich schwer tun, klar die Position des strengen und konsequenten Durchgreifens in bestimmten Situationen zu vertreten. Mitunter zeigt sich dann, dass es eine innere Stimme gibt, die Strenge (z. B. bei einem Hausaufgabentraining mit dem Kind) mit Gemeinsein gleichsetzt. Oder es zeigt sich eine resignative Stimme, die signalisiert, Strenge lohne sich ohnehin nicht mehr, da es kaum gelinge, ein ebenso braves und „pflegeleichtes“ Kind zu bekommen wie andere Kinder oder wie nach dem eigenen Ideal gewünscht und erwartet. Nicht selten verhindern aber auch nachgiebige oder ängstliche innere Stimmen das klare Durchsetzen von Regeln und Anforderungen. Unter Umständen existiert die Sorge, damit

dem Kind Unrecht zu tun oder es zu verletzen. Oder es gibt eventuell eine innere Regel, die auf Erschöpfung hinweist. Würden solche Stimmen einfach übergangen in der besten Absicht, konsequenter als bisher zu sein, würde dies dennoch nicht gelingen können. Worte und nonverbale Zeichen wie Gestik, Mimik, Tonfall würden sich zumindest widersprechen. Worauf das Kind reagieren wird, ist klar. Oder es könnte sein, dass aus einem „Nein", das ein Elternteil eigentlich sagen wollte, etwas anderes wird, nämlich ein „na ja, vielleicht, mal sehen".

Sich widersprechende Doppelbotschaften als Ausdruck innerer Gegenspieler (Schulz von Thun 1998)

Friedemann Schulz von Thun, „Miteinander reden 3. Das „innere Team" und situationsgerechte Kommunikation", © 1998 by Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek.

Interessant und hilfreich ist es weiterhin festzustellen, welche Stimmen aus der Vergangenheit stammen. Nicht selten handelt es sich um Erziehungsprinzipien und Erfahrungen aus der eigene Herkunftfamilie der Eltern. Z.B. könnte es sich herausstellen, dass die nachgiebige Mutter verhindern wollte, dass sie ihre Kinder mit der gleichen „Härte" oder gar mit Gewalt begegnet, die ihr selbst früher sehr wehgetan haben. Nach dem Wahrnehmen der positiven Absicht dieser inneren Botschaft könnte es dann darum gehen, neue, positive Sätze zu finden, die es der Mutter erlauben, einen eigenen Weg zu gehen, auf angemessene Weise konsequent zu sein und dies mit einer liebevollen Zuwendung zu ihrem Kind zu verbinden.

Beispiel: Niklas, neun Jahre, heftige Konzentrationsprobleme, Wutanfälle, Probleme im Einhalten von Regeln, Schlafstörungen. Nach Trennung vom Vater hat die Mutter einen neuen Partner, der sich aber „zurückhält". Die durchaus liebevolle Mutter ist selbst oft hektisch; außerdem glaubt sie z.T., ihrem Jungen nicht so feste Grenzen setzen zu dürfen, da sein Vater ihm ja vieles angetan habe. Im Rahmen der Arbeit mit ihrem inneren Team konnte die Mutter erkennen, dass die „Rücksichtnahme" für den Jungen zwar eine

sehr positive Haltung beinhaltete, aber dafür Gefahr lief, dem Jungen weniger zuzutrauen als eigentlich von ihr gewünscht. Außerdem sah sie die Gefahr, sich selbst im Erziehungshandeln zu lähmen. Sie konnte für sich neue positive Sätze entwickeln, sich selbst zu bescheiden (da sie nicht den Vater kompensieren konnte) und dafür sich selbst eher wertschätzt dafür, wie viel der Junge durch sie schon gewonnen hatte.

Zusammenfassung: Arbeit mit dem inneren Team

- verschiedene Stimmen wahrnehmen, klären und zulassen (Wertschätzung verschiedener innerer Anteile, auch ungeliebter innerer Stimmen)
- verschiedene Lösungen abwägen
- Lösung im Team der Stimmen finden
- Lösungen verändern, bis alle Stimmen Berücksichtigung finden

Häufig ist es so, dass in Familien der Vater strenger mit dem Kind umgeht als die Mutter (eher seltener umgekehrt). Mitunter kann es auch geschehen, dass diese Rollenverteilung zwischen den Eltern immer extremer wird. D.h. der Vater reagiert gegenüber dem Kind dann immer strenger, da er das Gefühl hat, die Nachgiebigkeit der Mutter ausgleichen zu müssen. Umgekehrt hat die Mutter den Eindruck, die Härte des Vaters gegenüber dem Kind quasi abmildern zu müssen. Auf diese Art und Weise arbeiten die Eltern aber immer weniger gut zusammen, d.h. sie ziehen nicht mehr am gleichen Strang. Das führt dazu, dass das Kind sich immer weniger gut orientieren kann und

Abb. 74: Kleinkind schickt gegenüber Vater und Mutter unterschiedliche Teilmannschaften aufs Spielfeld

Friedemann Schulz von Thun, „Miteinander reden 3. Das „innere Team" und situationsgerechte Kommunikation", © 1998 by Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek.

mit vermehrten Konzentrationsproblemen, Unruhe und Ähnlichem reagiert. Im Rahmen der therapeutischen Arbeit ist es dann zunächst wichtig, diese Dynamik überhaupt wahrzunehmen. Dies ist oftmals gar nicht so leicht für Eltern, da ihr Augenmerk zumeist auf das Verhalten des Kindes fokussiert ist. So scheint es ihnen oft, das dass Kind sie immer mehr gegeneinander ausspielt.

Dies mag sogar einerseits auf einer oberflächlichen Ebene richtig sein. Andererseits versperrt der Blick auf das „austricksende" Verhalten oft die Wahrnehmung wichtiger anderer Ebenen, so z. B. dass die Kinder nur kurzfristig von dem „Ausspielen" profitieren, aber nicht mittel- und langfristig. Auch fällt es Eltern oft nicht sogleich auf, wie sehr Kinder mit diesem Verhalten wichtige eigene Bedürfnisse verdecken. Sie lernen so nicht, geduldig zu sein oder auch Verzicht zu üben. Im Gegenteil werden sie evtl. sogar immer bettelnder, grenzenloser oder manipulativer in ihrem Auftreten, oft auch außerhalb der Familie. Außerdem benötigt es ein Innehalten für die Eltern, um zu merken, dass sie sich so immer mehr als Elternpaar und als Lebenspartner voneinander entfernen und weniger nachhaltig im positiven Sinne auf ihr Kind einwirken können. Im Zuge der therapeutischen Arbeit gelingt es häufig, dass Eltern entdecken können, dass sie bei einseitiger Betonung von nur Strenge oder Milde jeweils andere wichtige eigene innere Stimmen und Anteile vernachlässigen und gegenüber dem Kind ungenutzt lassen. Können beide Eltern dann wieder ihre vielfältigen Stimmen als Bereicherung einsetzen und den jeweils anderen Elternteil nicht als Rivalen um das Kind, sondern (wieder) als wichtigen Kooperationspartner mit eigenen Stärken und Akzentsetzungen wertschätzen, werden sie dem Kind gegenüber präsenter, aber auch geduldiger und wirkungsvoller.

Ähnliche Schwierigkeiten wie oben skizziert können entstehen, wenn ein Elternteil sich immer mehr aus der Erziehung zurückzieht und der andere Elternteil Gefahr läuft, das Kind immer mehr in eigene Probleme einzubeziehen. Dann kann das betroffene Kind leicht in die Rolle eines Trösters, Helfers oder Ersatzpartners geraten und als Partnerersatz fungieren. Mit einer solchen Rolle ist das Kind nicht nur emotional überfordert, sondern als Folge sieht es auch keinen Grund mehr, auf die Eltern zu hören, da es auf der gleichen Ebene steht. An dieser Stelle ist es nötig, dass die Eltern die emotionale Überforderung ihres Kindes erkennen und es entlasten durch Entlassung aus der Pseudo-Erwachsenen-Rolle.

Nicht selten sind es aber auch innere, unbearbeitete Konflikte eines Elternteils (oder beider Elternteile) aus der eigenen Herkunftsfamilie, die das Kind „nervös" machen. Mit Unruhe oder Konzentrationsproblemen verweist das Kind in einer solchen Konstellation auf seine Überforderung damit, etwas Unbearbeitetes von einem Elternteil gewissermaßen übergestülpt zu bekommen. Anzeichen für derartige Dilemmata von Kindern sind mitunter schon ihre Vornamen. Die Beobachtung, dass umtriebige Kinder oft Kevin (oder Marvin oder Dustin) heißen, verweist oft auf elterliche Botschaften, das Kind möge viel Abenteuer und Freiheit in seinem Leben haben (nicht selten orientiert am Kinofilm „Kevin allein zu Haus"). Solche Botschaften sind nur z. T. bewusst. Sie können aber eine mächtige Wirkung entfalten. Eltern ist der Hintergrund dieser unbewussten Delegationen zumeist nicht deutlich. Vor allem ist den Eltern oft nicht klar, dass sie damit dem Kind ein Thema weiterreichen, das sie selbst nicht gründlich genug bearbeitet haben. So zeigt sich in der therapeutischen Arbeit, dass Eltern häufig erst mit Hilfen erkennen, dass sie etwas auf das Kind projizieren, was sie selbst in ihrer Kindheit und in ihrer Herkunftfamilie vielleicht vermisst haben, also eigene unerfüllte Sehnsüchte. Es kann aber auch sein, dass sie dem Kind etwas weitergeben, mit dem sie selbst eher Schiffbruch erlitten haben (wie Draufgängertum), aber nach wie vor als wichtige Aufgabe begreifen. Oder es kann sein, dass Eltern dem Kind, zumeist unbewusst, die Aufgabe zuweisen, ein Kompromiss zwischen Extremen zu finden, der ihnen selbst nicht oder nicht gut gelungen ist. Hier gilt es, Eltern behilflich zu sein festzustellen, dass sie oft unbewusst ihrem Kind Aufgaben aufgeladen haben, die es belasten und die eigentlich eher Themen der Eltern sind. Kinder bekommen so die Aufgabe, die Defizite der Erwachsenen ausgleichen und wehren sich dagegen. Wenn Eltern dann bewusst wird, dass hier innere Stimmen sich bemerkbar machen, von denen sie vorher nichts oder nicht genug wussten, können sie sich diesen Themen selbst in ihrer inneren „Teamkonferenz" stellen, Lösungen für sich finden und somit auch ihr Kind entlasten.

> **Beispiel:** Ein Junge erhält von seiner Mutter, einer sehr korrekt und diszipliniert auftretenden Lehrerin, den Vornamen eines Heiligen, der der Schutzpatron der Clowns ist. Als die Mutter dies erläutert, wird sehr spürbar, wie sehr sie Freude hat an den Blödeleien ihres Jungen, dessen Unangepasstheit in der Schule und zu Hause sie zuvor sehr heftig beklagt hat.

> **Beispiel:** Eine Mutter stellt ihre Tochter Jo-Hanna vor. Das Mädchen, das sehr jungenhaft wirkt, zeigt heftige Probleme nicht nur dabei, ihre Aufmerksamkeit bei einer Aufgabe zu halten, sondern sie wirkt in ihrem Auftreten geradezu unstet nach immer neuen Herausforderungen suchend. Gleichzeitig beklagt sie in der emotionalen Diagnostik, ihre Mutter, die gegenüber den Helfern ihre Ungeduld stark bemängelt hatte, nerve sie damit, sie dürfe immer nur kurz bei etwas bleiben und werde dann schnell „gehetzt", doch was Neues zu machen und überhaupt schneller zu werden.

Mitunter führen solche Dynamiken dazu, dass es Eltern immer schwerer fällt, die eigene Persönlichkeit des Kindes zu sehen bzw. zu respektieren.

> **Beispiel:** ein tätowierter Vater kommt mit seinem Sohn, einem sehr sensibel und zurückhaltend wirkendem Jungen, dessen rot gefärbte Haare so gar nicht zu ihm zu passen scheinen. Der Junge selbst zeigt sich träumerisch, währenddessen sein Vater in seinem ganzen Auftreten verdeutlicht, dass er sich eigentlich einen „cool" und „verwegen" daherkommenden Sohn wünscht.

In solchen Fällen scheinen Eltern ihr Kind wie durch eine Maske zu betrachten. Auch hier kann die Arbeit mit inneren Stimmen helfen, damit Eltern eigene, verdeckte Bedürfnisse von den Bedürfnissen ihres Kindes zu trennen lernen.

Hypnotherapie

Unter hypnotherapeutischem Vorgehen ist nicht der Einsatz von Bühnenhypnose gemeint, wie fälschlicherweise landläufig vermutet wird, sondern es geht um die Nutzung von vorhandenen und den Aufbau und Ausbau neuer Ressourcen sowie um die Bearbeitung der inneren Konflikte in einem anderen Bewusstseinszustand. Im Alltag sind Familien, d.h. Eltern und auch das Kind, oft fokussiert auf all die Dinge, die nicht gut gelingen: vom Trödeln beim morgendlichen Anziehen über den Stress bei den Hausaufgaben bis zum Kampf ums Zähneputzen. In hypnotherapeutischer Perspektive birgt dies die Gefahr, nur noch Probleme zu sehen und somit in eine Art von „Problemtrance" zu gehen. Therapeutisch nützlicher wäre es dagegen, den „inneren Suchscheinwerfer" eher in Richtung Kompetenzen zu werfen, ohne dabei Problem-

wahrnehmungen per se abzuwerten oder auszugrenzen (vgl. Schmidt, 2004). Der Blick auf Probleme ermöglicht dann auch Hoffnung auf Lösungen, wenn damit bisheriges Bemühen und erschwerende Umstände im Alltag anerkannt und Probleme als Informationsquelle über wichtige Bedürfnisse der Person wertgeschätzt werden. Somit erscheinen etwa Konzentrationsprobleme eines Kindes eben nicht nur als etwas, was es so bald wie möglich „wegzumachen" gilt, sondern was wichtige Botschaften enthält wie etwa das Bedürfnis nach emotionaler Entlastung aus einer Pseudo-Erwachsenenrolle oder den Wunsch nach mehr Anleitung bzw. mehr Konsequenz durch die Erwachsenen.

Im Rahmen hypnotherapeutischer Arbeit können dabei sehr verschiedene Formen positiver „Trancezustände" bei Erwachsenen und Kindern genutzt werden, sei es Alltagstrance wie etwa im kindlichen Spiel oder dem leicht verträumten „In-Gedanken-Sein" bei Erwachsenen bis hin zur expliziten Tiefenentspannung. Bei betroffenen Kindern hat es sich bewährt, hilfreiche Lösungssätze in spielerische oder Bewegungs-Aktivitäten einzubauen. Reines Autogenes Training ist bei den betroffenen Kindern oft nicht anwendbar. Stattdessen können geeignete Fantasiereisen die Kinder sowohl zur Ruhe kommen lassen als auch in einer Identifikation mit den handelnden Tieren oder Vorbildfiguren das Kind eine aktive Lösung erfahren lassen. In der Arbeit mit Eltern hingegen ist es wichtig, die Suche nach gute Lösungssätzen und Fantasien anzuregen und zu ermöglichen, die z. B. an Vorstellungen anschließend, die Geduld, Ausdauer und Gelassenheit fördern. So kann z. B. das Bild der Eltern als „Fels in der Brandung" helfen zu verdeutlichen, dass Vater oder Mutter trotz aller Herausforderungen mit dem Kind im Alltag eine gute, sichere und klare Standfestigkeit nutzen können (vgl. dazu Schmela u. Sausen, 2005). Nützlich ist es für Eltern außerdem, sich immer wieder auch im Alltag Raum für Auszeiten, Hobbys und Ruhe zu nehmen, sei es durch Lektüre eines guten Buches, durch Treffen von Freunden oder auch sportlichem Auftanken von Energien. Hypnotherapeutisches Arbeiten mit einem betroffenen Kind unter Zuhilfenahme von Handpuppen zeigt das nachfolgende Fallbeispiel.

> **Beispiel:** Erinnern Sie sich an Tom? Nach zunächst deutlicher Stabilisierung unter Nutzung vor allem verhaltenstherapeutischer Interventionen hatte er später „Rückfälle" nach dem Tod der Oma (Mutter der Pflegemutter), was ihn an den Tod seiner Mutter erinnerte. In der daraufhin wieder aufgenommenen Therapie mit systemisch-hypnotherapeutischem Fokus besprachen wir

mit dem Raben Rubi seine inneren Ambivalenzen zur Leistung, Ausdauer und Neigung zum Aufgeben auf dem Hintergrund von Trauerarbeit. Außerdem brachte Tom seine Trauer zum Ausdruck über sein Sehnsuchts-Lieblingslied: „Unbreak my heart". Über eine Familienskulptur mit Tieren bearbeiteten wir sein inneres Suchen hinsichtlich eines angemessenen inneren Ortes für seinen ihm unbekannten Vater und seine verstorbene Mutter. Auch spirituelle Themen wurden dabei wichtig. Weiterhin konnte er durch das Erlernen von kleinen Zaubertricks wie dem Knoten-Lösen u.Ä., die er sich begeistert aneignete, erkennen, dass eine Menge Zuversicht fürs Lernen sich ihm eröffnete und er bemerkte, dass Fehler nicht schlimm sind. Nicht zuletzt genoss er die therapeutische Arbeit mittels Blick auf „geschenkte" Ressourcen in Märchen wie Sterntaler. Nach guten Fortschritten konnte Tom den von ihm gewünschten Wechsel auf eine Regelschule schaffen. Insgesamt wirkte der Junge deutlich reifer und ruhiger, ausgeglichener und sozial gut integriert.

Im Rahmen von sogenannter „Teilearbeit" kann man therapeutisch auf sehr schöne Art und Weise mit Kindern ihre verschiedenen inneren Stimmen in Gestalt von Handpuppen oder Stofftieren verkörpern, ausdrücken und miteinander sprechen lassen. Hieran haben nicht nur die meisten Kinder sehr viel Freude, sondern sie merken auf fast spielerisch einfachem Weg sehr gute emotionale Erleichterungen und mehr innere Stimmigkeit.

Verschiedene mögliche Funktionen von Handpuppen und Stofftieren für die Kinder:

- als Freunde, Tröster, Helfer, emotionale Verbindung zu den Eltern, Pflegeeltern und Erziehern
- als Möglichkeit, Nöte/Verletzungen sowie Fähigkeiten/Hoffnungen auszudrücken
- als Ausdruck innerer Ambivalenzen: wie Verbindung zu Verlorenem versus Abschied nehmen und loslassen oder Wegdriften („Konzentrationsproblem": wozu ist es gut?) versus aufmerksamer Bezug zu aktueller Lernaufgabe
- als Angebot der Eltern, liebevoll beim Aushalten bzw. bei der Verarbeitung von Nöten, Verzweiflung, Angst u. Ä. zu helfen bzw. Zuversicht in Ressourcen zu stärken

Ein nützlicher Zugang zu den betroffenen Kindern, um ihnen zu mehr Ausgeglichenheit zu verhelfen, stellt auch die Arbeit mit der sogenannten Lebenslinie dar. Dabei kann man die Kinder bitten, z. B. mit Hilfe eines Seiles ihr bisheriges und zukünftiges Leben darzustellen. Mit Blumen und Steinen als Symbolen von wichtigen Lebensereignissen in ihrer zeitlichen Abfolge kann man Kindern oft einen versöhnlicheren Zugang zur eigenen Lebensgeschichte vermitteln, z. B. über Einstreuen von Informationen, Blick auf Bewältigungsressourcen und imaginatives Ausgestalten positiver Zukunftsszenarien (sog. Biografiearbeit).

Mögliche Zugänge in der Hypnotherapie: Von der Problem- zur Lösungstrance mit Hilfe von:

- Geschichten
- Metaphern
- Handpuppen
- Fantasiereisen
- Bilder malen

Ein Puzzle besteht aus vielen Teilen

Die Kombination verschiedener Ansätze im Rahmen der Therapie ermöglicht, so könnte man zusammenfassend sagen, verschiedene Ebenen im Erleben und Verhalten der Kinder und der Eltern einzubeziehen und zu integrieren, also „vom Zappeln und vom Philipp“ sprechen zu können. Im nachfolgenden Schaubild sollen die wichtigsten Bausteine dieser therapeutischen Synthese hervorgehoben werden:

Vom Zappeln & und vom Philipp (oder: doppelter Gewinn durch … sowohl … als auch …)

empirisch bewährte symptom-orientierte Hilfen:

Verhaltenstherapeutische Programme wie
- THOP (Döpfner et al.)
- KES (Lauth et al.)
- Selbstinstruktionstrainings
- Beratung von Lehrern und anderen Betreungspersonen

Hilfen zur Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes und seiner Eltern:

hypnotherapeutische und systemische Ansätze
- Bearbeitung von Bedürfnissen sowie von Sinn / Bedeutung des Symptoms
- Bearbeiten der innerfamiliären Balance
- (Wieder-)Entdeckung von Ressourcen

Zuletzt möchte ich nochmals an die eingangs gezeigten Eisberge erinnern: Was über dem Wasser gleich ist, ist unter dem Wasser nicht gleich. Nach meiner Erfahrung ist es wichtig, sich diese einfache, aber wichtige Erkenntnis immer wieder vor Augen zu führen. Beispielsweise auch dann, wenn wir uns daran erinnern, dass oft das Gleiche von Kindern verlangt wird, die eigentlich sehr unterschiedlich sind. Stellen Sie sich vor, Sie würden einen Papagei, einen Affen, einen Elefanten, einen Storch, einen Seelöwen, einen Fisch und einen Hund bitten, auf einen Baum zu klettern, wie es in dem bekannten Cartoon „Chancengleichheit“ von Hans Traxler dargestellt ist.

Literatur

Ahrbeck, B. (2007) (Hg.): *Hyperaktivität: Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Baerwolff, S. (2003): Wie konstruiere ich mir ein ADHS? Eine polemische Gebrauchsanweisung, *System Schule, 7, 4*, S.111-113.

Bauer, J. (2004): *Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern.* München: Piper.

Bauer, J. (2005): *Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone.* München: Heyne.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2009): *Pressemitteilung zur Diagnostik bei ADHS.*

Bösel, S. (2005): Zappelphilipp-Syndrom: Wie Elterninitiativen und Ärzte zu Psychopharmaka drängen, *ARD-Fernsehbericht in „Report Mainz"* (10.01.2005).

Bonney, H. (2008a): Einleitung: 150 Jahre Aufmerksamkeit – zehn Jahre ADHS. In Bonney, H. (Hg.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst.* Heidelberg: Carl-Auer, S. 15-23.

Bonney, H. (2008b): Neue Behandlungspfade. In Bonney, H. (Hg.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst.* Heidelberg: Carl-Auer, S. 246-269.

BundesPsychotherapeutenKammer (2009): *Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) schränkt die Zulassung Methylphenidat-haltiger Arzneimittel bei ADHS ein.*

Christakis, D. A. u. a. (2004): Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics, 113*, S. 708-713.

Davis, P. T. u. a. (2008): Children's insecure representations of the interparental relationship and their school adjustment: The mediating role of attention difficulties. *Child Development, 79, 5,* S. 1570-1582.

DeGrandpre, R. (2002): *Die Ritalin-Gesellschaft – ADS: Eine Generation wird krank geschrieben.* Weinheim: Beltz.

Desman, C., A. Schneider, E. Ziegler-Kirbach, F. Petermann, B. Mohr u. P. Hampel (2006): Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, 5,* S. 328-349.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (2003) (Hg.): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Döpfner, M., G. Lehmkuhl u. H.C. Steinhausen (2006): *Kinder-Diagnostik-System KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).* Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., S. Schürmann u. J. Frölich (2002): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP.* Weinheim: PVU.

Du Bois, R. (2002): In der Ritalin-Falle. Interview in: *Report Psychologie, 27, 9,* S. 574-577.

Finger, G. (1995): Verhaltensstörungen als gestörtes Miteinander. In: Finger, G. (Hg.): *Mein Kind ist nicht wie andere – Leben mit verhaltensauffälligen, behinderten und autistischen Kindern.* Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 22-96.

Fink, M. (2004): AD(H)S – Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis. *Psychotherapeutenjournal, 3, 2,* S. 115-120.

Glaeske, G. u. E. Würdemann (2008): Aspekte der Behandlung von ADHS-Kindern. Versorgungsforschung auf der Basis von Krankenkassendaten. In Bonney, H. (Hg.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst,* Heidelberg: Carl Auer, S. 55-77.

Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Heinemann, E. u. H. Hopf (2006): *AD(H)S: Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Hesslinger, B., A. Philipsen u. H. Richter (2004): *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter.* Göttingen: Hogrefe.

Hoza, B. u. a. (2004): Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 3,* S. 382-391.

Hüther, G. (2008): Dopaminerges System, exekutive Frontalhirnfunktionen und die Wirkung von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADS-Symptomatik. In Bonney, H. (Hg.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst.* Heidelberg: Carl-Auer, S. 79-95.

Kahl, K.G., J.H. Puls u. G. Schmid (2007): *Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen.* Stuttgart: Thieme.

Keil, E.M. u. M. Liyanage (2004): Herausforderung ADHS: ein lösungsorientiertes Therapiekonzept für Kind und System, *Zeitschrift für systemische Therapie, 22, 4,* S. 225-238.

Krowatschek, D., S. Albrecht u. G. Krowatschek (2004): *Marbuger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder.* Dortmund: Borgmann.

Landolt, M. A. (2008): Traumaspezifische Psychodiagnostik. In Landolt, M. A. u. T. Hensel (Hg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen.* Göttingen: Hogrefe, S. 30-40.

Landor, M. (2006): *Ist mein Kind noch normal? Diagnose Hyperaktivität, Emotion, 6,* S. 32-37.

Lauth, G.W. (2002): Mogelpackung – Ein Plädoyer für die Einhaltung diagnostischer Leitlinien, Interview in: *Report Psychologie, 27, 9,* S. 572-574.

Lauth, G.W. u. G. Heubeck (2005): *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder – KES.* Göttingen: Hogrefe.

Lauth, G.W. u. P. Schlottke (2002): *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern.* Weinheim: Beltz/PVU.

Leuzinger-Bohleber, M., Y. Brandl. u. G. Hüther (2006) (Hg.): *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung: Theorie, Forschung, Kontroversen.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mähler, B. u. M. Schmela (2007): *Albtraum ADS – Wie Eltern sich helfen können.* Reinbek: Rowohlt.

Neraal, T. u. M. Wildermuth (2008) (Hg.): *ADHS – Symptome verstehen – Beziehungen verändern.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Oerter, R. u. L. Montada (2002): *Entwicklungspsychologie.* Weinheim: Beltz.

Pisarsky, B. u. M. Mickley (2003): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder über die Nützlichkeit eines therapeutischen Konstrukts, *Zeitschrift für systemische Therapie, 21, 3,* S. 168-178.

Pleyer, K.-H. (2003): Parentale Hilflosigkeit – Ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern, *Familiendynamik, 28, 4,* S. 467-491.

Raschendorfer, N. (2003): *ADS – Und wenn es das gar nicht gibt? Handlungsalternativen und Strategien für den Alltag.* Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

Roggensack, C. (2006): *Mythos ADHS: Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Rotthaus, W. (2007): Veränderte kindliche Lebenswelten, Aufmerksamkeit und ADHD. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 25, 2,* S. 106-112.

Rühling, H. (2008): Alles ADS? – Erfahrungen in der Erziehungsberatung. In Bonney, H. (Hg.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst,* Heidelberg: Carl Auer, S. 163-199.

Sauerbrey, U. u. C. Freytag (2009): Diagnose ADHS – Hinweise zum vorsichtigen Umgang mit einer Trenddiagnose, *Forum Erziehungshilfen, 15, 4,* S. 206-210.

Schiffer, E. u. H. Schiffer (2002): *Nachdenken über Zappelphilipp – ADS: Beweg-Gründe und Hilfen.* Weinheim: Beltz.

Schmela, M. (2004): *Vom Zappeln und vom Philipp – ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen.* Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Schmela, M. (2008): Gelassen in den Unterricht: Wie man mit Zappelphilippen umzugehen lernt, *Die Grundschulzeitschrift, 22,* S. 10-13.

Schmela, M. u. M. Sausen (2005): *ADHS und der Fels in der Brandung – Ein Stärkungskurs für Eltern. Workshop auf der Tagung „Coaching für Eltern" in Heidelberg.*

Schmidt, G. (2004): *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten.* Heidelberg: Carl Auer.

Schulz von Thun, F. (1998): *Miteinander reden 3. Das „innere Team" und situationsgerechte Kommunikation.* Reinbek: Rowohlt.

Schulz von Thun, F. (2007): *Miteinander reden: Fragen und Antworten.* Reinbek: Rowohlt.

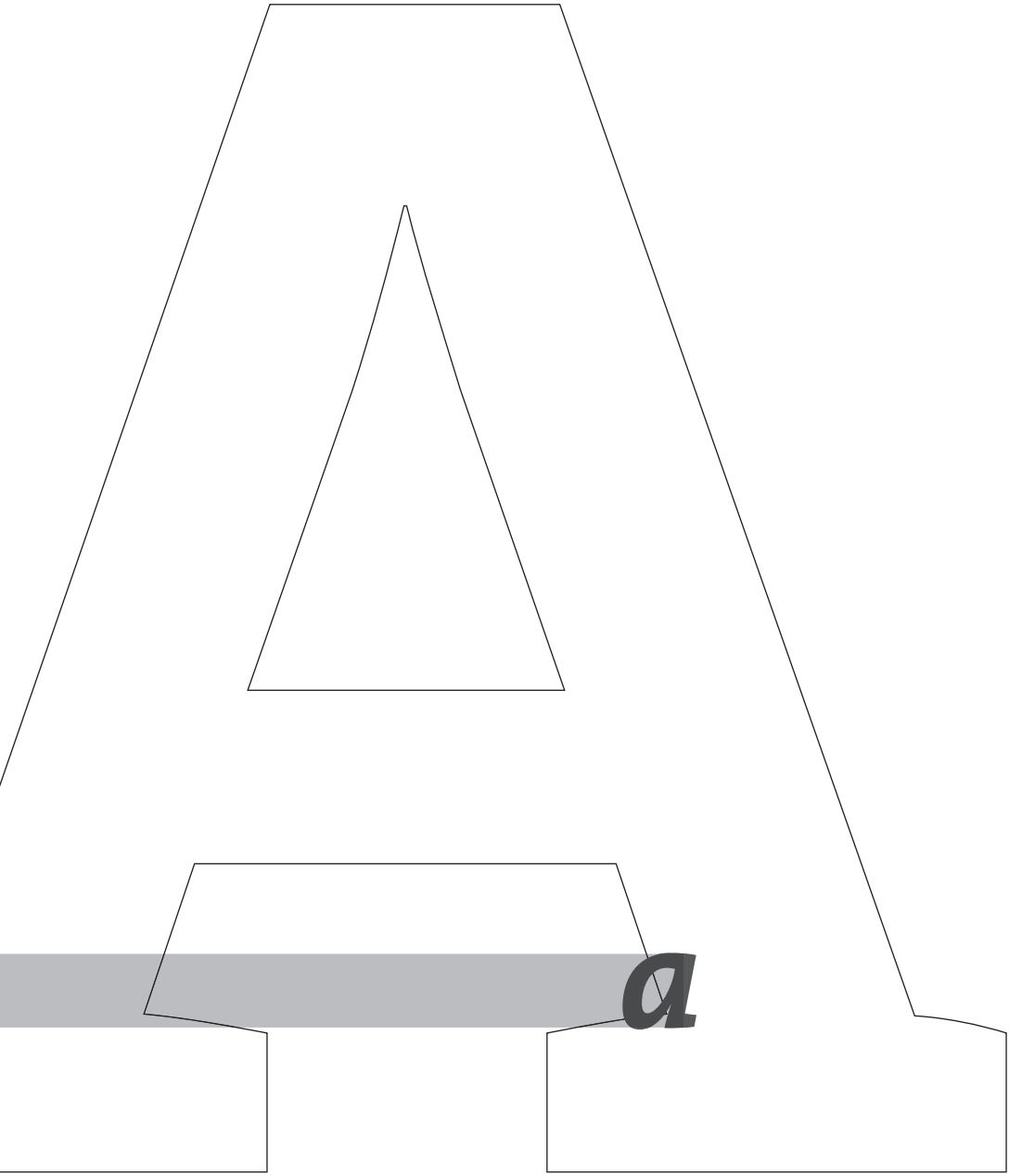
Sonuga-Barke, E.J.S. (2004): Verzögerungsrestrukturierung bei der Behandlung von ADHS. In: Fitzner, T. u. W. Stark (Hg.): *Unzerstörbar ist mein Wesen... Diagnose AD(H)S – Schicksal oder Chance,* S. 208-219.

Spitzer, M. (2006): *Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft.* München: dtv.

Spitczok von Brisinski, I. (1999): Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie. *Zeitschrift für systemische Therapie, 17, 1,* 43-51.

Stelzer, T. (2009): Ich will doch nur spielen: Eltern fördern ihre Kinder heute wie nie zuvor – und helfen oft mit Therapien und Medikamenten nach. Aber welchen Preis bezahlen die Kinder für den Erfolg? *Zeit-Magazin, Nr. 32,* 30.7.2009.

Vorstand der Bundesärztekammer (2007) (Hg.): *Stellungnahme auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.


a

Inka Werner, Katrin Luise Lätzer, Marianne Leuzinger-Bohleber[1]

Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und empirische Annäherungen an ADHS[2]

Übersicht: Wohl kaum eine Debatte in der Geschichte der Kinderpsychiatrie wurde so heftig geführt wie die Kontroverse um Ursachen, Erklärungsmodelle und Behandlungsmöglichkeiten der sogenannten Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivität-Störung (ADHS). Nur wenige Psychoanalytiker haben sich in diese Debatte eingebracht. In dieser Arbeit werden verschiedene theoretische Annäherungen der heutigen pluralistischen Psychoanalyse an dieses Störungsbild skizziert. Die Konzeptualisierung der Frankfurter Präventionsstudie beruhte, wie anschließend diskutiert wird, auf solchen psychoanalytischen und interdisziplinären Diskursen zur Genese, Prävention und Behandlung von Kindern mit einer frühen Affektregulationsstörung. Einige ihrer Ergebnisse werden vorgestellt. Zwei ausführliche Fallbeispiele dienen als Plädoyer für eine psychoanalytische Behandlung von sogenannten „ADHS"-Kindern, da sie, so die These der Autoren, eine nachhaltige psychische und psychosoziale Veränderung bewirken kann.

Schlüsselwörter: psychoanalytische Behandlung von ADHS, hyperaktive Kinder, frühe Affektregulierung, Frühprävention

1. Vorbemerkungen und Einleitung

Über keine andere Diagnose ist in den letzten Jahren wohl so heftig gestritten worden wie über die sogenannte Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

1 Unter Mitarbeit von Tanja Brand, Gerlinde Goeppel, Christina Waldung und Tamara Fischmann.

2 Die ausführliche Version dieses Beitrags ist in *Psyche – Z Psychoanal 62*, 2008, S. 621-653, erschienen.

(ADHS). Die Diskussion entzündet sich nicht zuletzt an der dramatischen Zunahme der Verschreibung von Medikamenten wie Ritalin, Medikinet und Concerta. Der Verbrauch dieser Medikamente hat von 1993 bis 2006 um 3591 Prozent, von 34 Kilogramm auf 1221 Kilogramm zugenommen. Obwohl auch analytische Kinderpsychotherapeuten nicht prinzipiell gegen die Verschreibung von Medikamenten nach einer sorgfältigen kinderpsychiatrischen Untersuchung sind, z. B. um den Teufelskreis negativer Erfahrungen eines Kindes in der Schule kurzfristig zu unterbrechen, mahnen sie zur Vorsicht. Sie erinnern daran, dass die Medikamente mögliche zugrunde liegende Probleme nicht lösen, sehr wohl aber den Blick auf sie verstellen können. Noch zu wenig untersucht sind überdies die Langzeitfolgen einer frühen medikamentösen Beeinflussung des kindlichen Gehirns. Zudem zeigen klinisch-psychoanalytische Beobachtungen, dass eine psychoanalytische (nicht-medikamentöse) Behandlung sogenannter „hyperaktiver Kinder" durchaus zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung zu verhelfen vermag (vgl. dazu u. a. Staufenberg 2008). Mit der Frankfurter Präventionsstudie, von der wir im Folgenden berichten, konnten wir klinisch belegen, dass ein zweijähriges, nicht-medikamentöses, psychoanalytisches Präventions- und Interventionsprogramm in Frankfurter Kindertagesstätten zu einem statistisch signifikanten Rückgang der Aggression und Ängstlichkeit (sowie der Hyperaktivität, allerdings interessanterweise nur bei den Mädchen) führte. Diese Ergebnisse wurden auch von nicht psychoanalytisch arbeitenden, etwa kinderpsychiatrischen Kollegen anerkannt.

Alle diese Kinder wurden ausschließlich mit psychologischen und psychoanalytischen Mitteln und nicht mit den modernen Methoden der Neurobiologie untersucht; dennoch ist anzunehmen, dass sich ihre frühen Extremerfahrungen oder Traumatisierungen auch neurobiologisch niedergeschlagen haben, wie neuere Experimente nahelegen.[3]

Um hier nur eine Studie zu erwähnen: Mirescu, Peter u. Gould (2004) berichten, dass Ratten, die gleich nach der Geburt von ihren Muttertieren getrennt werden, nachhal-

3 So stimmen wir zwar mit vielen heutigen ADHS-Forschern überein, dass bei den sogenannten ADHS-Kindern auch neurobiologische Befunde, etwa Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem, wahrscheinlich sind (vgl. u. a. Leuzinger-Bohleber, Brandl u. Hüther 2006). Doch bleibt die Frage nach dem Huhn und dem Ei weiterhin offen. Vereinfacht zugespitzt: Sind diese Auffälligkeiten vorwiegend einer genetischen Veranlagung zuzuschreiben oder sind sie schon das Produkt früher und frühester Umwelteinflüsse?

tige Veränderungen in ihrem Verhalten und ihren neuroendokrinologischen Funktionen zeigen. Die Tiere bleiben stressanfälliger und reagieren mit eingeschränktem Neugier- und Explorationsverhalten. Mit dieser Studie erlangen die klassischen Hospitalismusstudien von Rene Spitz oder die eindrucksvollen Untersuchungen zu Langzeitwirkungen von frühen Trennungssituationen von Bowlby und Robertson eine neue, interdisziplinäre Abstützung (vgl. dazu auch Leuzinger-Bohleber, Roth u. Buchheim 2008).

Frühe traumatische Trennungserfahrungen stellten sich auch bei einigen Kindern der Frankfurter Präventionsstudie (FP) als mögliche Ursache für die Entwicklung einer ADHS-Symptomatik heraus. Daher möchten wir im Folgenden die These diskutieren, dass sich eine detaillierte Einsicht in die idiosynkratischen Hintergründe einer ADHS-Symptomatik als unverzichtbar für eine nachhaltige Symptomverbesserung erweist, da sie dem Betroffenen – etwa im Gegensatz zu einer medikamentösen Behandlung – die Chance bietet, die unbewussten lebensgeschichtlichen Hintergründe der Regulationsstörung zu entdecken, eine Voraussetzung, um aktiv zu versuchen, die Schwäche in der Affekt- und Impulsregulation anzugehen (vgl. auch Sugarman 2006, S. 238).[4]

2. Annäherungen an ADHS in Zeiten des theoretischen Pluralismus der Psychoanalyse

Trotz aller theoretischen und konzeptuellen Unterschiede stimmen die meisten psychoanalytischen Autoren darin überein, dass Störungen in der frühen Affektregulation einen der wesentlichen Faktoren bei der Genese von ADHS und anderen Entwicklungspathologien ausmachen. Doch unterscheiden sich – in Zeiten des theoretischen Pluralismus der Psychoanalyse – die Erklärungsansätze zu Entstehung und Auswirkungen

4 "Children diagnosed with AD/HD often demonstrate normal attention and activity when doing something they like, but experience difficulty in doing so when the demand comes from the external world. Thus attention deficit is thought to reflect an early dysfunction of the ego brought about by the primary object's failure to contain and focus (center) attention, and to construct trust in a co-established temporality. A number of ego dysfunctions arise out of this failure in holding. One of the most serious is the failure to learn to use verbal symbolizations in order to express emotion, thus leaving imperative action as a prominent mode of avoiding being overwhelmed by unbearable feelings."

einer frühen Affektregulationsstörung. Wie beim Blick durch ein Kaleidoskop ermöglicht uns die Theorienvielfalt der heutigen Psychoanalyse einerseits, im komplexen klinischen Fallmaterial immer wieder neue Informationsmuster wahrzunehmen und für den gemeinsamen Erkenntnisprozess mit unseren Patienten zu nutzen, wie wir dies in dieser Arbeit anhand eines Fallbeispiels illustrieren möchten. Andererseits stellt uns, wie Charles Hanly (2008) kürzlich ausgeführt hat, der Pluralismus der heutigen Psychoanalyse wissenschaftstheoretisch und methodologisch vor anspruchsvolle Probleme, die wir aber in diesem Rahmen nicht diskutieren können (vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber u. Bürgin 2003; Leuzinger-Bohleber 2008). Um in der Metapher zu bleiben: Der Blick durch das Kaleidoskop erschließt uns zwar den Reichtum und die Vielschichtigkeit klinischer Beobachtungen, entbindet uns aber nicht, wie Hanly ausführt, unversöhnliche Widersprüche in den theoretischen Erklärungen wahrzunehmen und zum Gegenstand eines forschenden, auf eine Vereinheitlichung der psychoanalytischen Wissensbasis zielenden innerpsychoanalytischen und interdisziplinären Dialogs zu machen. Dabei spielt unserer Meinung nach eine Form der psychoanalytischen Konzeptforschung eine zentrale Rolle, die von der klinischen Forschung der Psychoanalyse ausgeht und die Ergebnisse empirischer und interdisziplinärer Forschung in ihrer kritischen Reflexion psychoanalytischer Konzepte mitberücksichtigt. So möchten wir im Folgenden versuchen, den Blick durch das Kaleidoskop zu nutzen, um sowohl nach Gemeinsamkeiten als auch Widersprüchen bei der Erklärung der Genese von ADHS zu suchen und die Ergebnisse – zusammen mit den klinischen Beobachtungen – in einer aktuellen Konzeptualisierung dieses Syndroms zu integrieren.

Für das Thema der hier fokussierten Entwicklungsstörungen, wie ADHS, ist besonders relevant, dass problematische Frühbeziehungen, Misshandlungen oder andere Traumatisierungen die Entwicklung von Mentalisierung und Reflexionsfähigkeit beeinträchtigen. Unsichere Bindung kann als Identifizierung des Kindes mit der Abwehrhaltung der Mutter verstanden werden. Diese Mütter sind z. B. nicht in der Lage, negative Affekte und Stress des Kindes zu spiegeln, weil sie sich selbst dadurch bedroht fühlen. Vermutlich werden bei der Wahrnehmung solcher negativer Affekte Erinnerungen an eigene unerträgliche Erfahrungen geweckt, die daraufhin abgewehrt werden müssen. Daher können diese Kinder die Nähe zur Mutter nur aufrechterhalten werden, wenn sie gleichzeitig ihre Reflexionsfähigkeit opfern. Im Gegensatz dazu werden „verstrickte" Mütter negative Affekte des Kindes in übertriebener Weise spiegeln oder mit eigenen

Erfahrungen verwechseln, was auf das Kind fremd oder alarmierend wirkt. Bei beiden Formen der unsicheren Bindung werden die Kinder die Haltung der Bezugspersonen internalisieren. Die fehlende Synchronizität zwischen dem eigenen Affektzustand und jenem der Mutter wird dann zum Inhalt des Selbsterlebens.

Noch dramatischer sind die Auswirkungen früher schwerer Traumatisierungen auf die Entwicklung bzw. Nichtentwicklung der Mentalisierungsfähigkeit. In einer neueren Arbeit berichtet Fonagy (2007) von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die er im Gefängnis interviewt bzw. therapiert hat. Ihre Gewalttaten waren wesentlich dadurch mitbedingt, dass sie kaum die Fähigkeit zu mentalisieren ausgebildet hatten, und sie sich daher z. B. nicht in den physischen und psychischen Zustand ihrer Opfer einfühlen konnten. Er spricht von „violent attachment" bzw. von Bindungstrauma. Diese Jugendlichen könnten am ehesten mit der Diagnose „Borderlinestörung" beschrieben werden.

Obwohl viele der ADHS-Kinder der Frankfurter Präventionsstudie (FP) und der zurzeit laufenden Therapiewirksamkeitsstudie ebenfalls frühe Traumatisierungen erlebt haben (und unsichere Bindungstypen aufweisen), leiden die meisten von ihnen nicht an einer Borderlinestörung. Anhand eines Fallbeispiels am Schluss dieser Arbeit soll illustriert werden, dass sie dennoch oft, wenn auch in anderer Weise, unter gravierenden Störungen in der Affekt- und Triebregulation leiden.

Wir möchten hier die Frage aufwerfen, ob es sich bei der Untergruppe von ADHS-Kindern, denen der folgende Patient angehört, um eine spezifische Devianz der frühen Affektspiegelung handelt, die mit der psychischen (z. B. depressiven) Erkrankung des Primärobjekts in Beziehung steht, die sich als traumatogener Faktor für deren Kinder erwies. Depressive Mütter werden, wie auch die Studien von Daniel Stern zeigen, vor allem die negativen Spitzenaffekte ihrer Säuglinge in spezifischer Weise „inkongruent, kategorial verzerrt" (Fonagy et al. 2002, S. 201) spiegeln und ihren Säuglingen daher kaum zu einer adäquaten Affektregulation[5] verhelfen.

5 "Affektregulierung, das heißt die Fähigkeit, emotionale Zustände zu regulieren, hängt eng mit der Mentalisierung zusammen, die eine grundlegende Rolle für die Entfaltung eines Gewahrseins des eigenen Selbst und dessen Urheberschaft spielt. Wir verstehen die Affektregulierung als Vorspiel zur Mentalisierung; gleichwohl wird ihre Beschaffenheit, sobald die Mentalisierung auftaucht, transformiert: Sie ermöglicht nicht nur die Anpassung von Affektzuständen, sondern erfüllt die tatsächlich basale Funktion der Regulierung des Selbst" (Fonagy u. Target 2003, S. 365).

Im Gegensatz etwa zu einer medikamentösen Behandlung bietet eine solche aufdekkende therapeutische Arbeit im günstigsten Fall die Chance, die Ursachen der mangelnden Affekt- und Impulsregulation, die zu der ADHS-Symptomatik geführt hat, zu erkennen und anschließend die Schwäche in der Affekt- und Impulsregulation aktiv anzugehen. In der Übertragung zum Analytiker werden die „embodied memories" an die traumatogenen Objektbeziehungen und damit verbundene Fantasien erkennbar, sowie die Sehnsucht nach alternativen Erfahrungen, die in erfolgreichen Behandlungen im Sinne von Internalisierungsprozessen zur Entwicklung einer stabilen Affektregulierung genutzt werden.[6]

Dies soll an einem Fallbeispiel abschließend illustriert werden (s. Abschnitt 4.) Doch zuerst noch kurz zu den wesentlichen Ergebnissen der Frankfurter Präventionsstudie.

3. Einige empirische Ergebnisse der Frankfurter Präventionsstudie[7] (Tamara Fischmann, Katrin Luise Läzer[8])

Die repräsentative, kontrollierte und prospektive Frankfurter Präventionsstudie wurde von 2003 bis 2006 durchgeführt. Um eine repräsentative Stichprobe von insgesamt 1000 Kindern[9] (n = 500 Kindern für eine Interventionsgruppe und eine ebenso große Vergleichsstichprobe von n = 500 Kindern) aus je 14 Städtischen Kindertagesstätten ziehen zu können, wurde im Herbst 2003 eine Basiserhebung in

6 Ich kann in diesem Rahmen auch nicht auf unsere Auffassung eingehen, die wir in anderen Arbeiten ausgeführt haben, dass aufgrund von Konzeptualisierungen der Embodied Cognitive Science anzunehmen ist, dass sich die eben mit Hilfe psychoanalytischer Konzepte skizzierten Störungen der frühen Affektregulation auch neurophysiologisch niederschlagen, z. B. zu den in vielen Studien festgestellten Besonderheiten in den Neurotransmitterregulationen geführt haben.

7 Diese Zusammenfassung ist eine Modifikation eines Teils einer früheren Publikation (Leuzinger-Bohleber, Fischmann und Staufenberg, 2007). Die Studie wurde von der Zinnkan Stiftung (Hauptanteil der Finanzierung), der Hertie Stiftung, der Polytechnischen Gesellschaft und der Research Advisory Board (RAB) der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung gefördert.

8 Dr. Tamara Fischmann hat in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Bernhard Rüger die Daten der Frankfurter Präventionsstudie statistisch ausgewertet, die in dieser Arbeit zusammengefasst werden. Dr. Katrin Luise Läzer ist federführend an der Nachfolgestudie der Frankfurter Präventionsstudie, der sogenannten vergleichenden Therapiewirksamkeitsstudie von hyperaktiven Kindern beteiligt.

allen Städtischen Kindertagesstätten Frankfurts durchgeführt (insgesamt 4500 Kinder, 114 Einrichtungen). Die Basiserhebung bezog sich auf Kindergartenkinder, die als Drei- bis Vierjährige im Herbst 2003 neu aufgenommen worden waren (ca. 2700 Kinder). Als Zeitfenster wurde das Intervall 08.1998 bis 07.2000 festgelegt. Die zentrale Hypothese der Studie war, dass ein zweijähriges, psychoanalytisches (nicht-medikamentöses) Präventions- und Interventionsprogramm die Anzahl der Kinder mit psychosozialen Integrationsstörungen (insbesondere mit ADHS) im ersten Schuljahr statistisch signifikant senken kann. Zur Bildung vergleichbarer Gruppen wurden die Kindertagesstätten gemäß ihrer Sozialstruktur und Anzahl auffälliger Kinder – entsprechend der uns vorliegenden Erhebungen aus den Kindertagesstätten – Clustern (Gruppen) zufällig zugeordnet. Je zwei Kindertagesstätten bildeten dann ein Paar (eine Interventions- und eine Vergleichs-Kindertagesstätte), die vergleichbaren Clustern entstammten.

Im Frühling 2004 begannen wir mit der Durchführung des Präventions- und Interventionsprogramms in den 14 zufällig ausgewählten Kindertagesstätten. Es bestand aus verschiedenen Bausteinen: vierzehntäglichen Supervisionen durch erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren, wöchentlichen psychoanalytisch-pädagogischen Angeboten durch Mitarbeiter(innen) der Studie, intensiver Elternarbeit sowie psychoanalytischen Einzeltherapien für besonders bedürftige Kinder in den Einrichtungen selbst. Falls notwendig, wurde mit dem Sozial- und Jugendamt sowie der Waisenhausstiftung zusammengearbeitet. Nach einer Anlaufzeit wurde das Projekt in allen Einrichtungen gut angenommen und etabliert. Alle Einrichtungen sprachen sich nach dem offiziellen Abschluss der Studie im August 2006 für eine Fortführung der Supervisionen aus. In manchen Kindertagesstätten wurde auch die Fortsetzung der wöchentlichen psychoanalytisch-pädagogischen Arbeit gewünscht.

Eine offene Frage unseres Projekts war, ob es uns gelingen würde, Kinder aus bildungsfernen Schichten, die dringend psychotherapeutische Hilfe benötigen, aber kaum die Schwelle zu einem niedergelassenen Therapeuten oder einer Ambulanz

9 Wir mussten eine so große Stichprobe ziehen, da ungefähr mit 10% verhaltensauffälliger Kinder (oder ca. 5–6 % Kindern, die später ein ADHS entwickeln) gerechnet werden muss. Für statistische Gruppenvergleiche brauchen wir in der Regel ein n= 30. Zudem mussten wir in dieser „Feldstudie" mit einem relativ großen Drop-out rechnen (Wegzug von Kindern, nur teilweise Bereitschaft der Eltern zu Mitarbeit vor allem in der Kontrollgruppe).

überwinden, durch unser Angebot zu erreichen. Inzwischen ist es gelungen, bei 17 solcher Kinder eine Therapie einzuleiten. Bei acht weiteren Kindern waren die Eltern nicht bereit, therapeutische Hilfe anzunehmen.

Nach den Werten des Döpfner-Fragebogens für Erzieher und Eltern, des Conners-Wells-Fragebogens für Eltern und Lehrer und den beiden Child Behaviour Check Lists (CBCL) für Eltern und Lehrer sowie dem Urteil von zwei weiteren unabhängigen Beobachtern zeigen die meisten dieser Kinder hyperaktive Störungen nach ICD-10. Die Therapien werden nach einem Manual psychoanalytischer Behandlungen für Kinder mit hyperaktiven Störungen durchgeführt, das 2004 von einer Gruppe kinderanalytischer Kolleginnen erarbeitet wurde. Die Entwicklung und Überprüfung des Manuals basierte auf den Ergebnissen der Katamnesestudie psychoanalytischer Behandlungen hyperaktiver Kinder (Staufenberg et al. 2006, unterstützt von der VAKJP).

Einige wichtige Ergebnisse der quantitativen Datenauswertungen

Wir haben in anderen Publikationen die Ergebnisse der quantitativen Datenauswertungen ausführlich dargestellt, sodass wir uns in diesem Rahmen auf eine kurze Zusammenfassung beschränken möchten (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, Staufenberg u. Fischmann 2007; Leuzinger-Bohleber, im Druck).

Unser Design erlaubte uns, sowohl Gruppenvergleiche (Ergebnisse der Interventionsverglichen mit der Kontrollgruppe) als auch Vergleiche von sogenannten „matched pairs" (Kindern aus Kindertagesstätten mit analogen Strukturen in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe) durchzuführen. Das wichtigste Ergebnis war, dass wir unsere Haupthypothese durch einen Gruppenvergleich belegen konnten. Als Hauptkriterium diente dabei der postulierte Rückgang von Aggressivität auf der Döpfner-Skala (VBV).[10]

Die Aggressivität (gemessen mit der Unterskala: Aggressivität des VBV) nimmt bei den Kindern der Interventionsgruppe statistisch signifikant ab. Da „Aggressivität" die wichtigste Variable darstellt, wenn wir soziale Anpassung untersuchen, betrach-

10 Der VBV 3-6 umfasst vier Skalen, die auf der Basis einer Faktoren- und Trennschärfeanalyse gebildet wurden. Skala 1: oppositionell-aggressives Verhalten; Skala 2: Hyperaktivität versus Spieldauer; Skala 3: sozial-emotionale Kompetenzen und Skala 4: emotionale Auffälligkeiten (vgl. Döpfner et al. 1993).

ten wir dieses Ergebnis als sehr relevant. Temperamentvolle Kinder können sowohl in einer Gruppe von Kindergartenkindern als auch in der Grundschule belebende Elemente darstellen und die Gruppe mit ihrer Fantasie und Lebendigkeit befruchten, falls sie sich nicht gleichzeitig übermäßig in aggressive Auseinandersetzungen mit anderen Kindern oder den Erwachsenen verwickeln. Ebenfalls statistisch signifikante Ergebnisse erzielen wir auf der Unterskala „Ängstlichkeit". Bekanntlich steht gerade bei Jungs Aggressivität oft in Zusammenhang mit einer Abwehr von Angst. Interessanterweise stellen wir einen statistisch signifikanten Rückgang zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt auf der Unterskala „Hyperaktivität" sowohl in der Präventions- als auch in der Kontrollgruppe fest. Allerdings ist der Unterschied zwischen Präventions- und Kontrollgruppe statistisch nicht signifikant.

Aus vielen Studien ist bekannt, dass das motorische Unruheverhalten im Alter unserer Stichprobe (vier- bis sechsjährige Kindergartenkinder) abnimmt. Daher erwarteten wir einen Rückgang des motorischen Unruheverhaltens sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Entscheidend wird sein, ob unser Interventionsprogramm dazu beitragen konnte, dass sich die Konzentrationsfähigkeit der Kinder – verglichen mit jener der Kontrollgruppe – verbessert. Die Konzentrationsfähigkeit wird sich aber vor allem im Schulunterricht bemerkbar machen. Daher können wir einen eventuellen Unterschied in der Konzentrationsfähigkeit beider Gruppen erst in der Messung nach dem ersten Schuljahr überprüfen, die zurzeit noch ausgewertet wird. Werten wir allerdings die Daten geschlechtsspezifisch aus, stoßen wir auf ein interessantes Ergebnis: Wir erzielen einen statistisch signifikanten Rückgang der Hyperaktivität, allerdings – entgegen unserer Erwartung – nur bei den Mädchen.

Weist dieses überraschende Ergebnis darauf hin, dass – wie so oft – Mädchen von einem pädagogisch/psychoanalytischen Angebot eher profitieren als Jungs? Oder hat dies mit der Entwicklung geschlechtsspezifischer Rollen in diesem Alter zu tun? Ist es ein Hinweis, dass Jungs in einer vorwiegend von Frauen dominierten Bildungsinstitution eine Gegenbesetzung zu „weiblich-ruhigem" Verhalten entwickeln? Oder hat sich dank der Supervision die Wahrnehmung der Erzieherinnen geändert, sodass sie vermehrt zwischen „lebendig-hyperaktivem" und „hyperaktiv-aggressivem" Verhalten bei den Jungs differenzieren können? Diese Interpretationen müssen in weiteren Studien abgestützt werden.

Alle diese Ergebnisse sind insofern erstaunlich, als es sich bei unserer Präventionsstudie nicht um eine „Laborstudie" handelt, sondern um eine Feldstudie, bei der mit vielen intervenierenden Variablen zu rechnen ist. Dass sich dennoch statistisch nachweisen lässt, dass sich die Kinder der Interventionsgruppe bezüglich ihres aggressiven Verhaltens signifikant von jenen der Kontrollgruppe unterscheiden, zeigt, dass das nicht-medikamentöse, psychoanalytisch-pädagogische Präventionsprogramm die soziale Integration verbessern kann.

In der Nachfolge der Frankfurter Präventionsstudie führt das Sigmund-Freud-Institut in Kooperation mit dem Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V. die naturalistische, kontrollierte Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Kindertherapien bei hyperaktiven Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (F90, F91) durch. Zurzeit werden 46 Kinder im Alter zwischen fünf und zwölf Jahren im Verlauf ihrer Therapie mittels Fragebögen untersucht. Da die Studie voraussichtlich erst 2010 abgeschlossen sein wird, stehen die Ergebnisse noch aus.

4. Einblicke in Ergebnisse klinisch-psychoanalytischer Forschung zu ADHS

4.1 „Weißt du, manchmal möchte ich gar nicht mehr leben ..."

Ein Fallbeispiel der Frankfurter Präventionsstudie als Illustration[11] (Christina Waldung, Gerlinde Goeppel, Marianne Leuzinger-Bohleber).

Das folgende Fallbeispiel mag veranschaulichen, wie die verschiedenen, oben erwähnten Bausteine der Frankfurter Präventionsstudie (Supervisionen, psychoanalytisch-pädagogische Angebote, Einzeltherapien in den Kindertagesstätten selbst etc.) konkret zusammenwirkten.

Eine Erzieherin erzählt wütend in einer Supervisionsstunde, dass Max ihr heute ins Gesicht gespuckt habe. „Das geht zu weit. Ich will ihn nicht mehr in meiner Gruppe haben. Er kann mir nicht auf der Nase herumtanzen – dabei habe ich mir solche

11 Aus Diskretionsgründen greifen wir auf die erste, von den Eltern des Kindes genehmigte Publikation eines Fallbeispiels aus der FP zurück (siehe Leuzinger-Bohleber, Brandl u. Hüther 2006, S. 256–262).

Mühe mit ihm gegeben ... Hier muss eine Grenze gesetzt werden. Das sagt doch auch die Super Nanny ... und überhaupt ...” – „Sie haben sicher recht, wir wollen ein solches Verhalten nicht tolerieren, aber vielleicht könnten wir zuerst versuchen zu verstehen, warum er gerade Sie heute angespuckt hat, und nachher gemeinsam überlegen, was zu tun ist”, schlägt die Supervisorin vor. Eine andere Erzieherin berichtet, dass ihr die Köchin erzählte, Max habe ihr am gleichen Morgen gesagt: „Weißt du, manchmal möchte ich gar nicht mehr leben ...”

Wir nehmen diese Mitteilung in der Supervision sehr ernst. Die Leiterin der Kindertagesstätte hat vom Vater erfahren, dass dieser soeben wegen einer plötzlichen Erkrankung arbeitslos geworden ist. Dies bedeutet eine familiäre Katastrophe, weil der Vater bisher die Familie zusammengehalten hat. Er arbeitete nachts, um tagsüber bei den Kindern sein zu können. Die Mutter ist psychisch schwer krank, verlässt immer wieder die Familie, war mehrere Male psychiatrisch hospitalisiert (auch nach der Geburt von Max). Zwei ältere Geschwister wurden in ein Heim eingewiesen. Beide zeigen schwere Verhaltensprobleme und ADHS. In der Supervision verstehen wir schließlich, dass das Spucken einen unbewussten Hilferuf von Max darstellen könnte. Er leidet vermutlich unter der Angst, dass nun zu Hause „alles zusammenbricht” und auch er in ein Heim eingewiesen wird. Wir denken an den bekannten Mechanismus bei Bewältigungsversuchen von Traumatisierungen, passiv Befürchtetes in aktives Handeln umzusetzen: Wenn Max spuckt und unerträgliches Verhalten zeigt, trägt er – so vermutlich seine unbewusste Intention – wenigstens aktiv dazu bei, wenn er aus der Familie genommen wird. Er ist nicht nur passives Opfer. „Vielleicht ist es daher nicht zufällig, dass Max gerade Sie angespuckt hat: Sie sind wohl seine intensivste Bezugsperson in der Kita. Möglicherweise wollte er Ihnen auf diese verquere Weise seine Verzweiflung mitteilen ...”, gibt die Supervisorin zu bedenken. „Meinen Sie wirklich?”, sagt die Erzieherin erstaunt. „Ja, dann ist es was anderes. Ich werde es nochmals mit Max versuchen. Er kann schon in meiner Gruppe bleiben ...” Das Verstehen der unbewussten Motivationen für das aggressive Verhalten von Max ermöglicht es der Erzieherin, mit ihrer eigenen (verständlichen) Gegenaggression professionell umzugehen.

Beobachtungen aus der psychoanalytisch-pädagogischen Arbeit in der Kindertagesstädte. (Gerlinde Goeppel[12])

Nach Einschätzung unserer psychologischen Projektmitarbeiterin gehört Max zu den Kindern, die Symptome des sogenannten ADHS aufweisen: Motorische Unruhe gekoppelt mit schneller Ablenkbarkeit und starken Konzentrationsschwierigkeiten. Max ist soeben fünf Jahre alt geworden und seit etwa zwei Jahren in der Kita – eine Einrichtung, deren Einzugsgebiet sich als sozialer Brennpunkt bezeichnen lässt. Bei den ersten Besuchen der Projektmitarbeiterin in der Kita fiel er zunächst durch „hibbelige" Gestik, hyperaktives Umher rennen und mitunter hochaggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern auf. Ihr gegenüber verhielt er sich neugierig und auf etwas vereinnahmende Art kontaktfreudig. So wollte er gleich beim ersten Kennenlernen auf den Schoß genommen werden und unterhielt sich so intensiv mit ihr, dass sie kaum dazu kam, sich nach anderen Kindern umzusehen. Immer, wenn sie einen Vormittag in der Kita verbrachte, wollte er sofort wissen, wann sie denn wieder komme, oft forderte er sie zum gemeinsamen Spiel auf, doch kaum fingen sie an zu spielen, war er abgelenkt, mit den Gedanken schon wieder woanders, hielt es nicht aus stillzusitzen und wollte dann doch lieber etwas anderes machen. In letzter Zeit fiel ihr wiederholt eine verhältnismäßig feminine Gestik auf, die zunächst unverständlich blieb. Zudem geriet er immer wieder in „krumme Sachen" hinein, ließ sich dann von anderen Kindern zum Schlagen, Lügen und Stehlen anstiften. In einer beobachteten Szene stellte er beispielsweise gemeinsam mit anderen Kindern ein kleineres Kind gegen die Wand, um es mit Fußtritten zu bearbeiten; ein anderes Mal hatte er den Turnhallenschlüssel der Kindertagesstätte gestohlen. Die Erzieherin fand diesen einige Zeit später an seinem Schlüsselbund. Zur Rede gestellt, musste er die Angelegenheit wohl oder übel gestehen.

12 Dipl. Psych. Gerlinde Goeppel betreute vier Jahre lang die Kindertagesstätte, die Max besuchte, im Rahmen der Frankfurter Präventionsstudie. Wir danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kindertagesstätten sowie des Städtischen Schulamts (M. Berkenfeld und ihren Mitarbeiterinnen) sowie der Bürgermeisterin Jutta Ebeling für die Unterstützung der Studie.

Anamnestische Informationen aus den Elterngesprächen mit der Kindertherapeutin (Christina Waldung)

In den Elterngesprächen redet die Mutter schnell, viel und assoziativ aufgelockert. Ihre Not dominiert den Austausch: Im Gespräch können kaum Pausen zum Nachdenken entstehen. Sie überschüttet ihr Gegenüber mit einem Redeschwall, vielleicht um dadurch ein als bedrohlich fantasiertes Objekt zu kontrollieren. Sie muss die Therapeutin testen, ob sie ihrem Verhalten gewachsen ist und ob sie ihr vertrauen kann. So will sie wissen, „wer sie ist" und ob sie ihr ihr Kind anvertrauen kann. Sie scheint durchaus etwas von der Not ihres Kindes zu verstehen und in der Therapeutin ein hoffnungsvolles Objekt zu sehen.

In den Gesprächen stellt sich heraus, dass sich schwere Traumatisierungen durch die Biografien beider Elternteile ziehen. Die Mutter von Max musste mehrfach psychiatrisch stationär behandelt werden. Sie war jahrelang von Drogen abhängig. Seit einiger Zeit entwickelte sie ein anderes suchtartiges Verhalten: Sie surft stundenlang im Internet. Der Körperkontakt zu ihren Kindern war und ist ihr nahezu unmöglich: Sie kann sie nicht anfassen. Während der Schwangerschaft mit Max erlitt sie einen psychischen Zusammenbruch. Die beiden älteren Kinder wurden daraufhin aus der Familie genommen. Eine Familienhelferin wurde der Familie zugeteilt.

Die Biografie des Vaters ist geprägt von sich wiederholenden schweren Trennungs- und Verlusterlebnissen: Sein Vater starb noch vor seiner Geburt, die Mutter gab ihn zur Großmutter. Als diese starb, wurde er fremduntergebracht. Die Trennung von der ersten Partnerin führte zu einer schweren persönlichen Krise. Er „schmiss seinen Job" (eine verantwortungsvolle akademische Tätigkeit). Nachdem er sich wieder einigermaßen stabilisiert hatte, ging er einer weniger anspruchsvollen Tätigkeit nach. Er verlor eine weitere Partnerin nach einer schweren Krankheit, wiederum eine Katastrophe für ihn. Die jetzige Frau ist fast 20 Jahre jünger als er. Offensichtlich leidet er unter der Angst, Frau und Kind zu verlieren. Daher tut er alles, um Konflikte zu deeskalieren und ordnet sich den Bedürfnissen seiner Frau unter. Auch wenn er innerlich eine andere Position als seine Frau innehat, passt er sich an ihre Meinungen an, um Konflikte zu vermeiden und entzieht sich, wenn es „eng" wird. Durch Rückzüge scheint er unerträglichen eigenen seelischen Verletzungen auszuweichen. So wird in den Elterngesprächen deutlich, dass er sich zwar partiell auf ein intellektuelles Verstehen einlassen kann, sich aber emotional in bedeutsamen Situationen entzieht.

Daher kann er seinem Sohn kaum ein Gefühl von verstehendem Geborgensein und Ankommen vermitteln.

Die Therapeutin vermag in den Elterngesprächen zu spüren, wie überwältigend sie als unabhängiges Objekt von beiden Eltern erlebt wird. Sie spürt eine große innere Anstrengung, um in diesen Gesprächen überhaupt als eigenständige Person bestehen zu können, ohne innerlich auszusteigen oder sich zu entziehen.

Eindrücke aus der Kindertherapie mit Max (Christina Waldung)

Max ist ein intelligenter Junge. Ähnlich wie die Mutter muss er anfänglich ängstlich misstrauisch überprüfen, ob die Therapeutin ihm gefährlich werden kann. Er hat die Fähigkeit entwickelt, das Gegenüber aus seiner Not heraus schnell einzuschätzen und für sich einzunehmen. In den ersten Wochen gibt es jeden Morgen vor den beiden Therapieterminen ein Ringen um Max: Um sich vor erneuten Trennungserfahrungen zu schützen und die Eltern nicht zu verlassen, aber auch um die Therapeutin vor seiner Wut zu schützen, will er nicht zu den therapeutischen Sitzungen kommen. Erst nach einigen Wochen kann das ausagierende Verhalten aller Familienangehörigen „contained“ und das Setting eingehalten werden. Max trägt wesentlich dazu bei, indem er nun zu den Sitzungen kommen will.

In den Anfangssitzungen fällt vor allem die manisch anmutende Flucht von Max auf: Er scheint ständig versuchen zu müssen, dem als überwältigend erlebten Gegenüber zu entrinnen. Offenbar reicht schon die bloße Anwesenheit der Therapeutin, um ihn potenziell zu überwältigen. Max vermittelt der Therapeutin die Botschaft, sie dürfe ihm nicht nahe kommen, ihn nicht wirklich erreichen und „berühren“. Daher sind die ersten Stunden sehr anstrengend. Deutungen führen nur zu einer erhöhten „Fluchtgeschwindigkeit“ oder einem Schutzverhalten von Max, in dem er „Nebel“ zu versprühen scheint. Daher muss sich die Therapeutin meist darauf beschränken, die szenischen Darstellungen der inneren Welt von Max vorsichtig in Worte zu fassen. Sie kann den therapeutischen Prozess nicht beschleunigen, sondern muss vorsichtig das Vertrauen von Max gewinnen, um ein Arbeitsbündnis mit ihm zu entwickeln. Sie versucht damit einen geschützten und bedeutungsvollen symbolischen inneren und äußeren „Raum“ für seine Entwicklung bereit zu stellen.

Sie scheint sukzessiv zu verstehen, dass Max die Brüche in Szene setzt, die er mit der Mutter so oft erlebt hat und immer noch erlebt, wenn er während der Therapiesitzungen scheinbar unvermittelt von einem Thema zum nächsten springt. So sind die Therapiesitzungen in dieser Zeit vorwiegend geprägt von Spielabbrüchen und Fragmenten. Die auffallende motorische Unruhe und seine Unfähigkeit, sich zu konzentrieren scheinen eng mit seinen Ängsten verbunden, sein Primärobjekt zu verlieren oder davon überwältigt zu werden. Zudem fördert vermutlich die Identifikation mit der psychiatrisch kranken Mutter zusätzlich die Denk- und Konzentrationsstörung. Als realer Erfahrungshintergrund für diese massiven Ängste darf nicht vergessen werden, dass die Mutter tatsächlich psychisch schwer krank ist und die Familie immer wieder verließ und verlässt, ein Grund, warum die beiden älteren Geschwister tatsächlich von der Familie getrennt wurden und ins Heim kamen. Die schwere Angst vor einer drohenden Trennung von Max hat daher durchaus einen realen Kern.

In den folgenden Monaten der Behandlung dominiert in seinem Spiel oft die allmächtige Hexe, die alle Gesetze aushebeln kann. Nichts ist sicher vor ihr. Die Therapeutin soll die Angst und Wut vor der Willkür der Hexe empfinden. Max selbst identifiziert sich mit ihrer Allmacht und ihrem Triumph über das schwache Opfer. In Identifikation mit der bösen Hexe wird die Therapeutin symbolisch drangsaliert. Max will seine quälenden Fantasien und Ängste in seiner Therapeutin unterbringen. Er will wissen, wie sie damit umgeht und ob sie seine „Attacken" symbolisch überlebt. Es geht um die Frage: „Wie kann man mit einem überwältigenden Objekt und manchmal existenziell bedrohlichen Objekt im Äußeren und Inneren leben?" In den freien Spielen, in denen Max zum Aggressor wird, weist er der Therapeutin die Rolle zu, das Spiel laut denkend zu kommentieren und dadurch die Situation zu verstehen. Sukzessiv entsteht ein gedanklicher Rückzugsraum, der die Therapeutin befähigt, Antworten und Lösungen zu finden. So erscheint nach und nach der rettende Arzt als Gegenspieler der bösen Hexe im Spiel. Immer häufiger kann er die Zerstörung und die Schuld der Hexe mildern.

Max weiß, dass seine Mutter krank ist: Er fühlt sich schuldig und hat Angst, sie zu verlieren. Daher erscheint ihm unbewusst die Identifikation mit ihr wohl als die beste Garantie, den drohenden Verlust magisch abzuwenden und seine fantasierte Schuld wieder gut zu machen. Gleichzeitig ist er mit dem Risiko beschäftigt, so krank wie sie zu werden. In der Familie dominieren Zweierbeziehungen, der Vater vermag

nicht ausreichend die Funktion des trennenden, Halt gebenden Dritten zwischen Mutter und Sohn zu übernehmen. Dadurch wird für Max auch das Männliche entwertet: Der Vater kann sich nicht als starkes, väterliches Identifikationsobjekt für seinen Sohn zur Verfügung zu stellen. Oft scheint der Vater zudem eher zu versuchen, ein „mütterlicher Vater" für Max zu sein, was seinen Sohn oft noch mehr zu verwirren scheint. Zudem erlebt er die ödipale Rivalität des Sohnes offenbar als einen Angriff auf seine erzieherische Kompetenz.

Auf diesem Hintergrund wird verständlich, warum Max in dieser Zeit ein transvestitisches Symptom entwickelt. Er spielt mit Barbiepuppen, zieht Mädchenkleider an und verabscheut Jungsspiele. Wenn er sich „als Frau" fühlt, kann er den Vater lieben, ohne so schwach sein zu müssen wie er. Sein Vater vermittelt seinem Sohn unbewusst die Botschaft, dass Frauen die Machtvollen sind. Offensichtlich hat der Vater die unbewusste Fantasie, dass er „wertlos" ist und von seinen Objekten verlassen und weggeschickt wird.

Es ist zu vermuten, dass Max in dieser Zeit eine zentrale unbewusste Fantasie ausgebildet hat, die dem magisch-omnipotenten Denken seiner Entwicklungsphase entspricht: „Wenn ich ein Mädchen wäre, wäre alles gut – meine Mutter wäre nicht krank, mein Vater hätte seine Arbeit nicht verloren, meine Geschwister wären zuhause ...". Eine andere magisch-omnipotente Fantasie scheint zu sein, dass er die Ehe der Eltern retten kann: Er schläft zwischen beiden Eltern und hält ihre Hände. – Nachdem die Bedeutung dieser Fantasien in der Therapie verstanden werden können, kommt „Bewegung" in seine Symptome. Nach Monaten will er erstmalig seiner Therapeutin als Junge gefallen: Aus dem tanzenden Transvestiten wird, mit anfänglich fließenden Bewegungen nach beiden Seiten, der Karatekämpfer. In Krisen muss er jedoch immer noch auf das Bett der Eltern zurückgreifen, sich buchstäblich zwischen sie legen, was diese ihm auch bereitwillig gestatten.[13]

Ein weiterer entscheidender Fokus in der Therapie ist nun die Bearbeitung der Aggressionsproblematik von Max. Wie erwähnt, wollte Max in der Anfangsphase der

13 Dies ist ein eindrückliches Beispiel, wie die Entwicklung einer schweren perversen Symptomatik durch eine Kindertherapie in diesem frühen Alter mit relativ wenig Aufwand korrigiert werden kann, was angesichts der klinisch-psychoanalytischen Erfahrung mit erwachsenen transvestistischen Patienten kaum genügend gewürdigt werden kann (siehe dazu u.a. Coates, 2006, Leuzinger-Bohleber 1984).

Therapie im Spiel mit der Therapeutin immer entweder die mächtige Mutter oder eine böse Hexe sein. Dabei zeigte sich neben dem beschriebenen Separationskonflikt und der Identifikation mit der Mutter ein Omnipotenzerleben, ein Gefühl von Allmacht, das jederzeit umschlagen konnte und in einem Zustand von Hilflosigkeit, Ohnmacht und drohender Vernichtung endete. Lange verfügt Max kaum über eine altersentsprechende Frustrationstoleranz. Er bleibt in seinem Größenselbst gefangen. Sobald er sich im Spiel mit anderen messen muss, die Realität sich also durch die Spielpartner durchsetzt, scheint er nicht nur sehr gekränkt, sondern auch nahezu vernichtet. So vermag er bspw. anfänglich keine Regelspiele zu spielen, da er nicht verlieren kann. Wenn Max merkt, dass er durch reale Kontakte gekränkt, verletzt oder auch frustriert werden könnte, bricht jegliches Regelgerüst zusammen. Als Entschädigung für die narzisstische Kränkung der Niederlage, nimmt er sich dann alles heraus, so z. B. wenn er klaut oder andere Kinder schlägt. Daher liegen seinem aggressiv-destruktiven Verhalten seine unintegrierten Größenfantasien sowie seine kaum entwickelte narzisstische Selbstwertregulation zugrunde. Er hat kaum eine altersadäquate Affektregulation entwickeln können. In Frustrationssituationen wird er von aggressiv-destruktiven Impulsen überflutet und setzt diese oft in ungesteuerter Weise in Handeln um. Dies ist eine Quelle seines gestörten Sozialverhaltens oder auch seines verzweifelten Versuchs, Unerträgliches aus seiner Innenwelt auf die äußere Realität zu richten, z. B. indem er Kinder schlägt, misshandelt oder, wie erwähnt, seine Erzieherin anspuckt. Durch die mangelhaft entwickelte Affektregulation bleibt sein intellektuelles und kreatives Potenzial weitgehend ungenutzt. Er kann Anforderungen in der äußeren Realität nicht als Möglichkeit erleben, die eigenen Fähigkeiten zu erproben, sondern braucht seine seelischen Kräfte, um die dauernd drohende Situation des Scheiterns abzuwehren.

Der Therapeutin fällt in dieser Zeit die anale Qualität seiner aggressiven Impulse auf. Sie beschreibt, dass es Max nicht möglich ist, einen Streit direkt auszutragen, er könne sich also nicht „nach vorne“ bewegen, um bspw. zu streiten, da er Angst vor einem unkontrollierten und strafenden Objekt habe. Aggressive Regungen werden in der Familie offensichtlich als Bedrohung erlebt und unbewusst mit Trennung und Tod assoziiert, so dass Max vor dem Hintergrund der fremduntergebrachten Geschwister seinen Rauswurf fantasiert, falls er seinen aggressiven Impulsen Ausdruck und Bedeutung verleihen würde. In der Nähe zur Mutter wagt er sich nicht phallisch

zu konturieren, er hat Angst, seine Mutter zu beschädigen und sie mit seinen aggressiven und libidinösen Triebregungen krank gemacht zu haben. Er vermutet, zu viel für sie zu sein.

Daher bleibt lange regressiv, seinen Selbstausdruck zensierend, bei der Mutter sitzen und wagt sich nicht, ödipal-rivalisierend mit einem vermeintlich überwältigenden Gegner zu messen. So kann er keine adäquate Ausdrucksformen für seine starken aggressiven Impulse, etwa in altersgemäßen Wettkämpfen oder -streiten finden. Stattdessen verpetzt er seine Spielkameraden, gibt Fehler nicht zu, klaut oder schlägt Schwächere.

Zusammenfassend versteht die Therapeutin sein *aggressives Verhalten* vor allem auf dem Hintergrund einer mangelhaft ausgebildeten Affektregulation, einer weitgehend fehlenden Fähigkeit zur Symbolisierung bzw. Kultivierung aggressiver Impulse sowie der oben erwähnten Bewältigung der traumatischen Erfahrung von Verlassenwerden und von unkontrollierbarer Separation. Seine *Hyperaktivität* wird von der Therapeutin auch als Abwehrprozess gegen depressive Ängste, also ebenfalls Ängste vor Verlust und Trennung vom guten Objekt, gedeutet. Er schreie und strample wie ein Kleinkind, da Denkprozesse für ihn eine unerträgliche Bedrohung darstellen können. Anstelle des Gedankens: „Ich bin wütend, ängstlich etc., warum?“ bleibt ihm nur das Agieren, die Abfuhr des Unerträglichen nach außen.

Nach dem ersten Jahr der Therapie weiß er vermehrt um seine eigene Wut und Aggression und stellt sie zunehmend in symbolisierter Weise im Spiel während der Therapiesitzungen dar. Es gelingt ihm – mit Hilfe der Therapeutin – immer besser, sein Inneres zu verstehen und manchmal verbal zu beschreiben. Damit erschließt er sich einen Zugang zu seiner Innenwelt, seinen Fantasien und Gefühlen, eine Voraussetzung, um seine Affekte und Impulse besser kontrollieren zu können. Diese therapeutische Arbeit führt offensichtlich zu einer Veränderung seines Verhaltens im Kindergarten: Er ist weniger aggressiv und wird in der Peergroup vermehrt akzeptiert. Er gewinnt sukzessiv Freunde.

Eine schwere Krise ereignet sich kurz nach der Einschulung. Die Mutter reagiert auf die größere Separation ihres Kindes und den größeren Druck der Realität mit einem schweren Zusammenbruch und muss wieder hospitalisiert werden. In der Klinik entwickelt sie die Idee, Max sollte, wie sie auch, Medikamente bekommen. Glücklicher-

weise plädiert der hinzugezogene Kinderpsychiater für eine Fortsetzung der Kindertherapie und verhindert dadurch einen Therapieabbruch. Er verschreibt Max Ritalin, auch um die Mutter in ihrem vulnerablen Zustand nicht zu kränken. Max zeigt viele Nebenwirkungen (Schlaf- und Appetitprobleme, stark verändertes Verhalten), sodass die Eltern aus Sorge um ihr Kind selbst nach einigen Monaten beschließen, auf das Medikament zu verzichten.

Die Therapie ist inzwischen abgeschlossen. Sie scheint Max ermöglicht zu haben, dass er in seiner Schulklasse bleiben und sich weiter entwickeln konnte. Es ist sozial gut integriert und auch bezogen auf die Schulleistungen kontinuierlich erfolgreich. Der Kontakt mit der Therapeutin bleibt in lockerer Form erhalten, vermutlich eine Art „Heimatbasis", da ihm diese die Eltern nur in ungenügender Weise zur Verfügung stellen können.

Sogar falls in Max' Familie eine genetische Disposition für ADHS vorliegen sollte (beide Geschwister erhielten diese Diagnose): Der Therapieverlauf zeigt, dass sich aus einem Verstehen der idiosynkratischen Gründe, die der Aufmerksamkeitsstörung, dem aggressiv-destruktiven Verhalten sowie der Hyperkativität und motorischer Unruhe zugrunde liegen psychotherapeutische Interventionen ableiten lassen, die Manifestation einer ADHS Symptomatik positiv beeinflussen lassen.[14] Dem Kind wird dazu verholfen, seine Innenwelt zu entschlüsseln und Möglichkeiten zu entwickeln, mit Triebimpulsen und Affekten steuernd und sozial adäquater umzugehen. Die Therapeutin hat Max dazu verhelfen können, trotz seiner schwierigen familiären Situation vermehrt zum „Herr seines kleinen Hauses" zu werden. Ob diese Veränderungen nachhaltig sind, wird sich für Max erst zeigen. Viele klinisch-psychoanalytischen Erfahrungen sprechen dafür. Dies möchten wir mit dem zweiten Fallbeispiel exemplarisch illustrieren.

14 Die Fallzusammenfassung findet sich in einer etwas anderen Version auch in Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Staufenberg, 2008, S. 643 ff.

4.2 „Wir sind mit Nora am Ende unseres Lateins ...“ Aus einer Kinderanalyse mit einem pseudodebilen, adipösen und hyperaktiven Mädchen (Marianne Leuzinger-Bohleber)

Nora[15] wurde bei mir als Zehnjährige zur psychologischen Abklärung angemeldet, weil ihre Eltern, beide Professoren für Ethnologie, sich mit ihr „am Ende ihres Lateins” fühlten. Sie hatten schon eine Reihe verschiedener Therapien und Förderungsprogramme mit Nora ausprobiert: alle ohne Erfolg. Nun sollte Nora wegen ihres chronischen Schulversagens in eine Sonderschule für intelligenzschwache Kinder eingewiesen werden. Nora litt unter extremen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, ständiger motorischer Unruhe, einer Adipositas, schweren Schlafstörungen, Hautausschlägen, einem fast völligen sozialen Rückzug und selbstdestruktivem Verhalten (zuweilen schnitt sie sich mit einem Messer) sowie plötzlichen aggressiven Ausbrüchen gegen ihren jüngeren Bruder.

Im Kramer Intelligenztest erzielte Nora einen IQ von 132. Die projektiven Tests enthüllten ihre ausgesprochen reiche, allerdings sehr bedrohliche innere Fantasiewelt. In dem damals verbreiteten Göttinger Formreproduktionstest[16] ergaben sich Hinweise auf eine MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion).

In der vierjährigen Kinderpsychoanalyse (drei Stunden pro Woche) setzten wir wie in einem Puzzle folgendes Bild der Traumageschichte von Nora zusammen, einer Geschichte, die hier nur sehr verkürzt wiedergeben werden kann.

Zwei Tage nach der komplikationsreichen Geburt von Nora starb der Vater der Mutter, ein schwerer Verlust für seine Lieblingstochter. Während Monaten litt sie an schweren Depressionen und nahm Antidepressiva ein. Als Nora sechs Monate alt war, stürzte sie vom Arm des Vaters durchs offene Fenster im ersten Stock. „Vielleicht ist dies der Grund für ihre MCD”, sagte der Vater während der Abklärung voller Schuldgefühle. Nora lag mehrere Wochen lang im Krankenhaus und entwickelte schwere Schlaf- und Essprobleme. Als sie 1½ Jahre alt war, wurde ihr Bruder geboren:

15 Leuzinger-Bohleber hat an anderer Stelle die Behandlung ausführlicher beschrieben (s. Leuzinger-Bohleber, 1984).

16 Sie erzielte einen Wert von 46,6%, was bedeutet, dass 46,6% der Kinder mit einem nachgewiesenen hirnorganischen Problem einen ähnlichen Wert wie Nora auswiesen. 63,4% dieser Gruppe zeigten einen besseren Wert.

Sie reagierte mit massiver Eifersucht und häufigen „Trotzanfällen". Dreijährig, übernahmen die Eltern ein Forschungsprojekt in Afrika. Die folgenden drei Jahre bezeichnen beide Eltern als „die glücklichsten der Familie". Besonders die Mutter genoss ihre interessante Berufstätigkeit und die Betreuung der Kinder durch warmherzige „Ersatzmütter in einer liebevollen Dorfgemeinschaft". Um Nora eine gute Bildung zu ermöglichen, zog die Familie zum Einschulungstermin zurück nach Deutschland. „Nun begannen die Probleme. Nora wurde aus dem Kinderparadies vertrieben – sie hasste die deutsche Schule, deutsche Kinder und wurde zur chronischen Rebellin ..." (Mutter von N.). Nora wurde schließlich depressiv, pseudodebil und psychosomatisch krank. Auch der Umzug in die Nähe der Großeltern väterlicherseits in einer ländlichen Gegend in der Schweiz hatte wenig Einfluss auf den fatalen psychischen und psychosozialen Zustand von Nora.

Glücklicherweise erlaubte Nora mir, ein Fenster zu ihrer seelischen Situation zu öffnen. Sie war eine begabte Zeichnerin und teilte mir darin ihre erschreckenden unbewussten Fantasien mit, die Schuld an der Depression der Mutter zu tragen sowie ihre tiefen Insuffizienzgefühle, dass es ihr als „Sonnenscheinbaby" und -kleinkind nicht gelungen war, die Stimmung der Mutter – durch (hyperaktives) Verhalten – aufzuhellen. Sie war ebenfalls unbewusst davon überzeugt, ihren Bruder aufgrund unerträglicher Eifersuchtsgefühle umbringen zu wollen sowie schuld zu sein an einer schweren körperlichen Erkrankung ihres Vaters in ihrem vierten Lebensjahr. Sowohl ihre psychosomatischen Symptome als auch ihre Aufmerksamkeitsstörung und dadurch bedingte Pseudodebilität verstanden wir schließlich als Produkte ihrer Selbstbestrafungstendenzen aufgrund archaischer Schuldgefühle, Rachefantasien und einem tiefen Hass auf die Primärobjekte. In der analytischen Arbeit wurde deutlich, dass Nora kaum ein basales, tragendes Selbstgefühl und genügend gute Regulationsmechanismen im Umgang mit ihren Affekten und Triebwünschen entwickelt hatte. Als ihre Aggressionsproblematik in der Übertragung aktualisiert wurde, sprach Nora drei Monate kein Wort mit mir in den Sitzungen. Ich fühlte mich schließlich verzweifelt, hilflos und ohnmächtig und war oft überzeugt, dass Nora die Behandlung abbrechen würde. Immer und immer wieder versuchte ich die Verzweiflung zu verbalisieren, die ich bei Nora wahrnahm und mit möglichen Fantasien und Ängsten zu verknüpfen – ohne aber meine Vermutungen durch eine verbale Reaktion von Nora wirklich bestätigen zu können. Ich war dabei z. B. auf meine Einfälle zu den Zeichnungen angewie-

sen. Einen Durchbruch erzielten wir schließlich, in einer Stunde als Nora mit Neocolorkreiden grelle leuchtende Farben vollständig mit Schwarz übermalte und anschließend zaghaft versuchte, farbige Figuren aus dem Schwarzen herauszukratzen. „Weißt du, dieses Bild kommt mir vor wie unsere Arbeit in den vielen für uns beide so schwierigen Sitzungen der letzten Wochen. Eine verzweifelte Schwärze breitet sich zwischen uns aus und überdeckt alles Lebendige, Farbige. Du hast buchstäblich die Sprache hier verloren – vielleicht weil du uns unbewusst mitteilen willst, dass dieses Schwarze, Schwere in deiner Seele auch aus einer Zeit stammt, als du noch nicht sprechen konntest und deine Mutter in einer „schwarzen, depressiven" Stimmung war, die du gefühlt, aber nicht verstanden hast. Es ist gut möglich, dass dein Körper und deine Seele sich daran erinnern, ohne dass du dies merkst und sich nun in deinem Schweigen verständlich zu machen versuchen. Du sehnst dich wahrscheinlich sehr danach, dass es uns beiden hier gelingt, wieder etwas Farbiges hinter all dem Schwarzen, Unerträglichen herauszukratzen ... und das Leben in dir wiederzuentdecken ..." Nora begann heftig zu weinen, ... der Damm schien gebrochen. – In den folgenden Sitzungen konnten wir darüber sprechen, wie sehr sie sich für die Depressionen der Mutter immer noch verantwortlich fühlte und sie eigenen mörderischen Impulsen zuschrieb.

Es schien für Nora entscheidend, dass ich (als ein „gutes Objekt"), aber auch die analytische Behandlung ihr Verstummen, ihr verzweifeltes, aggressives Schweigen sowie ihre fantasierten destruktiven Attacken überlebten.

Unvergessen ist für mich, wie verändert Nora nach den Sommerferien, die den eben skizzierten Monaten folgten, zur ersten Sitzung kam: strahlend, selbstbewusst – sprudelnd vor Vitalität und Lebensfreude. Sie erzählte, dass sie in der Pause die erste Menstruation bekommen habe und erstmals fähig war, beim Zahnarzt den Mund zu öffnen, damit er den schmerzenden Zahn behandeln konnte.

In den kommenden Monaten verbesserten sich ihre Schulleistungen enorm. Sie konnte sich gut konzentrieren und hielt es aus, still auf ihrem Platz zu sitzen und dem Unterricht zu folgen. Wir verstanden, wie viele psychische Kräfte sie bisher dauernd für den Umgang mit ihren depressiven Stimmungen und Fantasien einsetzen musste. „Meine Seele war doch meist gar nicht in der Schule ...", kommentierte sie einmal. Es war eindrücklich, dass sie nun ihre Fantasien in einer Form von „schwar-

zem Humor" verbalisierte und ausgesprochen schlagfertig wurde, sodass sie z. B. in Auseinandersetzungen der pubertierenden Klasse mit ihren Lehrern, viele Lacher ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler erntete. Dies war einer der Gründe, dass es ihr nun gelang, die soziale Isolation zu überwinden und ihren Platz in der Klasse und einige gute Freunde zu finden. Nach drei Jahren äußerte sie den Wunsch, ihre psychoanalytische Behandlung zu beenden.

Letztes Jahr, 31 Jahre nach Abschluss der Behandlung, schrieb mir Nora eine E-Mail. (Sie hatte zufälligerweise meine Adresse herausgefunden.) In einem langen Telefongespräch erzählte sie mir, dass sie beruflich und persönlich ihren Weg gefunden habe. Sie erinnerte sich an keine Details der Therapie, nur daran, wie wichtig sie für sie gewesen war, „um das Dunkle meiner Kindheit hinter mir zu lassen". Sie erwähnte, dass sie den Vater in den Tod begleitete und mit ihm nochmals über vieles ihrer Kindheit sprechen konnte.

Für unser Thema hier scheint mir interessant, dass Nora erzählte, dass sie zwar immer wieder mit depressiven Verstimmungen zu tun hatte, vor allem falls sie Enttäuschungen in Liebesbeziehungen erleben musste. Doch hatte sie ihre schweren Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung dauerhaft überwunden: Der Arbeitsbereich hatte für sie – auch in Zeiten depressiver Verstimmungen – kompensatorische Funktionen übernehmen können.

In meinen ausführlichen Fallbericht (Leuzinger, 1984) hatte ich mich vorwiegend auf die Schilderung des analytischen Prozesses beschränkt und die Bearbeitung der unbewussten Konflikt- und Fantasiewelt in der Übertragung ins Zentrum gestellt. Erst durch die Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS in den letzten Jahren beschäftigt mich, ob sich z. B. die extreme negative Übertragung in der erwähnten Phase, die sich – meiner Wahrnehmung nach – als Durchbruch für den Veränderungsprozess von Nora erwiesen hatte, auch im Zusammenhang mit der Affekt- und Impulsregulierungsproblematik verstehen lässt. Wie erwähnt, brachte mich Nora in diesen Monaten einerseits in die Position einer depressiven, hilflosen Mutter, die unfähig ist, den Kummer und die Verzweiflung ihres sprachlosen Kleinkindes zu verstehen und es aus dem unerträglichen inneren Zustand herauszuführen. In diesem Sinne schien sie zentrale Erfahrungen mit ihrem depressiven Primärobjekt in der Übertragung zu wiederholen. Deutlich erlebbar wurden zudem die extremen aggressiv-destruktiven

Impulse von Nora sowie ihre Fantasie, ihr Objekt zu zerstören. Die heftige affektive Reaktion auf meine rekonstruktive Deutung war offensichtlich ein „turning point" in der Behandlung. Doch scheint mir aus meiner heutigen Perspektive wahrscheinlich, dass die Veränderungen nicht nur dieser einen Deutung zuzuschreiben waren. Vermutlich trugen meine kontinuierlichen Versuche in den Monaten zuvor, immer wieder diese Fantasien und Impulse sowie den Zustand von extremer Verzweiflung und Einsamkeit zu verbalisieren, zu einer Mentalisierungsfähigkeit von Nora bei, sodass z. B. die aggressiv-destruktiven Impulse verstanden und schließlich von ihr verbalisiert werden konnten und nicht mehr, wie zuvor, in extremer Weise psychisch abgespalten, ausagiert oder somatisiert werden mussten.

In der Gegenwart von mir als emotional tragendem und containendem Objekt wagte es Nora, sich der bedrohlichen Welt extremer (destruktiver) Affekte und Impulse zuzuwenden. Im Gegensatz zu ihrem depressiven Primärobjekt war ich eher in der Lage, diese Affekte wahrzunehmen, mich von ihnen im Sinne eines resonanten Attunements emotional infizieren zu lassen und sie Nora in einer reiferen, erträglicheren Form in meinen Verbalisierungen zurückzuspiegeln. Mit diesem Umgang mit Affekten konnte sich Nora sukzessiv identifizieren – bzw. meine analytische, affektregulierende Haltung internalisieren. Verbunden damit war eine intensive Auseinandersetzung mit ihrem Körper und ihren durch die Pubertät intensivierten Triebimpulsen und Affekten.

So fiel mir erst jetzt, beim Nachlesen meiner detaillierten Notizen zur Behandlung auf, wie sehr sich Nora nach den Sommerferien mit diesen Themen beschäftigte, sich stundenlang in den Therapiesitzungen mit farbigen Tüchern bekleidete und sich vor dem Spiegel betrachtete. Sie entwickelte zudem eine Leidenschaft fürs Tanzen und damit eine weitere Möglichkeit, sich mit ihrem Körper, aber auch mit intensiven sexuellen Fantasien und Impulsen, aktiv auseinanderzusetzen. Ebenfalls unvergessen sind aber auch ihre „Tests", die sie in den nächsten Wochen mit mir (als verlässlichem und resonantem analytischem Objekt) durchführte: Dazu lediglich ein Beispiel: Zusammen mit ihrem Bruder entwendete sie nachts den Mercedes ihres Vaters und fuhr mir ihm – in einer rasenden und hoch gefährlichen Fahrt – die Serpentinen eines Alpenpasses hoch und runter. Mir schien dies wie ein Enactment ihrer Überzeugung, dass ihre Primärobjekte nichts von den tödlichen Gefahren ihrer Kinder bemerken, denen sie ausgesetzt sind. Bei mir erzeugten ihre Erzählungen zuerst einmal

helles Entsetzen und panische Angst. – Behandlungstechnisch wusste ich, als damalige Berufsanfängerin kaum, wie ich mit diesen „Beichten" umgehen sollte. Nach einer Supervision bei Jaques Berna, einem erfahrenen Kinderanalytiker, sagte ich schließlich: „Du spürst sicher, wie sehr ich mich ängstige, dir und deinem Bruder könnte bei diesen waghalsigen Unternehmungen etwas Schlimmes passieren. Gleichzeitig scheinst du mich zu testen, ob ich mich an unsere Abmachung halte, dass alles, was du mir erzählst, bei mir bleibt und ich deine Eltern nicht informiere. Doch wenn ich tatenlos zuschaue, könnte dies auch eine Bestätigung für eine unbewusste Wahrheit in dir sein, die wir aus vielen anderen Szenen hier kennen, dass es deinem Gegenüber, also auch mir, im Grunde genommen gleichgültig ist, ob du lebst oder dich umbringst ...". Glücklicherweise schien Nora diese Deutung zu verstehen. In der nächsten Nacht ließ sie die Garagentür „zufällig" derart laut zuknallen, dass ihre Eltern erwachten und die Aktion entdeckten. Ich fand es bemerkenswert, dass ihr Vater nicht gekränkt oder mit rigider Strafe, sondern vor allem mit großer Sorge reagierte, die suizidale Absicht von Nora sensibel wahrnahm und daher wissen wollte, warum Nora sich und ihren Bruder in diese extreme Gefahr brachte. Nora erlebte sein Interesse an ihr und ihren Motiven als existentiellen Liebesbeweis. – In den folgenden analytischen Stunden stand, wie ich in meinen Notizen las, die Arbeit an der Regulation ihrer extremen aggressiv-destruktiven Impulse sich selbst und ihren Eltern gegenüber im Zentrum. Aus meiner nachträglichen Sicht scheint mir dies eine wichtige Phase des Ringens um eine vermehrte Affektregulierung sowohl in der Übertragungsbeziehung zu mir als auch in der Außenwelt – eben z. B. in der Beziehung zu ihren Eltern – gewesen zu sein.

5. Zusammenfassung

Das Fallbeispiel sollte unsere Aufmerksamkeit auf die Manifestation von gravierenden Störungen der Affekt- und Impulsregulierung von sogenannten ADHS-Kindern in der therapeutischen Beziehung lenken. Die spezifischen biografischen Wurzeln dieser Störungen gemeinsam zu entschlüsseln, ist die Voraussetzung für nachhaltige Veränderungen bei diesen Kindern. Die Psychoanalyse stellt unseres Erachtens ein einzigartiges Erkenntnisinstrument zur Verfügung, die idiosynkratischen, komple-

xen Hintergründe einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung zu eruieren und dadurch die Voraussetzung zu schaffen, diese Symptome dauerhaft zu überwinden, indem der Körper neu in Besitz genommen wird und die Kontrolle eigener Impulse und Affekte „nachentwickelt" wird. Die Chance, eine therapeutische Beziehung für solche Einsichts- und Veränderungsprozesse zu nutzen, scheint uns durch eine medikamentöse Behandlung vergeben zu werden. In der Kindertherapie mit Max erwies es sich als unverzichtbar, die unverwechselbare Lebens- und Traumageschichte sukzessiv zu verstehen. Erst dadurch erübrigten sich schließlich die sich ständig wiederholenden, „embodied" Erinnerungen an die traumatogenen frühen Objektbeziehungen: Sie konnten „mentalisiert" und einer verbalen Kommunikation mit sich selbst und der Therapeutin erschlossen werden. Dadurch eröffneten sich neue Spiel- und Erfahrungsräume in der therapeutischen Beziehung und in der Realität der Kinder.

Das Fallbeispiel illustriert unseres Erachtens eindrücklich, dass es sich bei der hier fokussierten Gruppe der ADHS-Kinder um eine spezifische Subgruppe der einleitend erwähnten ADHS-Kinder handelt. Wir vermuten, dass diese Kinder eine spezifische Störung der frühen Affektspiegelung erlebt hatten, die mit der psychischen (depressiven) Erkrankung ihrer Primärobjekte in Beziehung stehen. Wie die erwähnten Studien von Daniel Stern in eindrückliche Weise gezeigt haben, können solche psychisch kranken Mütter vor allem nicht mit den intensiven, negativen Affekten ihrer Säuglinge in adäquater Weise umgehen (sie „spiegeln" und „containen"). Sie sind nur partiell zu einer affektiven Resonanz und den skizzierten Attunementprozessen in der Lage und können daher auch kaum mildernd auf die „Spitzenaffekte" ihrer Säuglinge einwirken sowie die intensiven „embodied" Erfahrungen sukzessiv mit Visualisierungen und Verbalisierungen verbinden. Die psychisch kranken Primärobjekte können daher den Kindern nur in ungenügender Weise zu einer frühen Affektregulierung verhelfen, aus unserer Sicht einer der Gründe, weshalb diese Kinder später ein Syndrom wie ADHS entwickeln. In der therapeutischen Beziehung werden – vorwiegend im nichtsprachlichen, körperlichen Verhalten – die „embodied" Erinnerungen an diese frühen pathogenen Objektbeziehungen wahrnehmbar und erschließen sich bestenfalls, wie in den beiden Fallbeispielen dargestellt, sukzessiv einem psychoanalytischen Verstehen. Die Fähigkeit, eigene, vor allem extreme negative, Affekte wahrzunehmen, zu verstehen und schließlich zu verbalisieren, muss daher in der Tat bei

diesen Kindern meist erst entwickelt werden. Dies ist die unverzichtbare Voraussetzung, damit eine Affekt- und Impulskontrolle erworben und das sogenannte ADHS nachhaltig überwunden werden kann.

Analoge therapeutische Prozesse zur Entwicklung einer Affekt- und Impulsregulation sowie einer Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit kennzeichnet auch die psychoanalytische Arbeit mit anderen Subgruppen der sogenannten ADHS-Kindern aus, bei denen teilweise andere biografischen Erfahrungen dominieren (z. B. bei Kindern mit schweren Frühtraumatisierungen durch Gewalterfahrungen, Flucht und Migration oder anderen Formen der Frühverwahrlosung; bei der Gruppe, die als „neurotisch" diagnostiziert werden könnten oder bei Kindern mit einer nachweisbaren hirnorganischen Erkrankung etc.). Auf mögliche Variationen der Behandlungstechnik konnten wir hier nicht eingehen. (Vgl. dazu u. a. Ahlheim 2008; Bonvensiepen, Hopf u. Molitor 2002; Dammasch 2006; Leuzinger-Bohleber, im Druck; Staufenberg 2008, in Psyche Juli 2008.)

Erwähnenswert scheint uns, dass es sich bei der hier fokussierten Subgruppe der ADHS-Kinder um andere Psychopathologien als jene der schwer traumatisierten Borderline-Fälle handelt, die Peter Fonagy (vgl. oben) beschreibt. Ein biografischer Unterschied zwischen den beiden diagnostischen Gruppen scheint darin zu liegen, dass die hier diskutierten ADHS-Kinder an den Folgen der eben skizzierten traumatisierenden Früherfahrungen, des mangelnden „attunements", „containings" und der affektiven Spiegelung durch ihre psychisch erkrankten Bezugspersonen litten. Die Primärobjekte der jugendlichen Borderlinepatienten, die Fonagy beschreibt, waren dagegen extrem physisch gewalttätig, teilweise kalt berechnend und nicht einmal in Ansätzen in der Lage, sich in den mentalen Zustand ihrer Kinder einzufühlen. Wie erwähnt, hatte dies, durch eine unbewusste Identifikation mit dem Täter und den „embodied Erinnerungen" an seine grenzenlose Gewalttätigkeit, eine extreme Form der Mentalisierungsstörung bei diesen Kindern und Jugendlichen zur Folge, eine praktisch fehlende Fähigkeit, sich auch nur ansatzweise in den inneren Zustand des Gegenübers zu versetzen.

Allerdings haben wir in der Frankfurter Präventionsstudie auch Kinder mit einem sogenannten ADHS gesehen, bei denen frühe Gewalterfahrungen anzunehmen waren. Daher scheint uns trotz der offensichtlichen Unterschiede zu den Borderlinekindern

die Grenzen zu manchen Subgruppen von ADHS-Kindern durchaus fließend. Wichtig ist jedoch, dass sich die Affekt- und Impulsregulationsstörungen bei den verschiedenen Gruppen der ADHS-Kinder in der Regel besser eingrenzen lassen als bei den Kindern mit einer Borderlinestörung. Meist stellt sich in der therapeutischen Arbeit heraus, dass die ADHS-Kinder wenigstens ansatzweise kompensatorische, tragfähige frühe Objektbeziehungen erlebt haben (z. B. zu dem weniger kranken Elternteil wie bei Max). Diese guten inneren Objektbeziehungen können in der therapeutischen Beziehung meist produktiv genutzt werden. Doch ist dafür, um dies nochmals zu wiederholen, eine möglichst präzise Rekonstruktion der ganz individuellen Lebens- und Traumageschichte des jeweiligen ADHS-Kindes unerlässlich.

Im beschränkten Rahmen dieses Artikels konnte nur angedeutet werden, wie viele klinische, konzeptuelle und empirische Arbeit von psychoanalytischer Seite noch zu leisten ist, um das Feld der Diagnose und Therapie bei den sogenannten ADHS-Kindern für die Psychoanalyse zurückzugewinnen, ein Feld, das – verfolgen wir das Thema in der aktuellen kinderpsychiatrischen Literatur oder den Medien – zur Zeit fast ausschließlich von medikamentösen und verhaltenstherapeutischen Zugangsweisen dominiert wird.

Schließlich sollten die Berichte aus Kindertherapien die naheliegende Botschaft vermitteln, dass eine möglichst frühe psychoanalytische Behandlung von ADHS nicht nur enormes seelisches Leid für die Betroffenen vermeiden könnte, sondern sich zudem in vieler Hinsicht als enorm kostensparend erweist. Vor allem die Therapie von Max mag illustrieren, welche gesellschaftlichen Dimensionen die therapeutische, psychosoziale und pädagogische Frühprävention von Kindern mit Affekt- und Impulsregulationsstörungen hat, da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit psychosoziale Desintegration, Isolation und, verbunden damit, zukünftige Gewalt und Destruktion vermeiden kann.

Literatur

Ahlheim, R. (2008): *Gitter vor den Augen. Innere und äußere Realität in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen.* Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).

Bohleber, W. (2007): Erinnerung, Trauma und kollektives Gedächtnis – Der Kampf um die Erinnerung in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal 61,* 293-321.

Bovensiepen, G., H. Hopf u. G. Molitor (2002): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms.* Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).

Brandl, Y. u. G. Hüther (Hg.) (2006): *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen.* Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

Bürgin, D. (2003): Pluralism and unity in psychoanalytic research. Some introductory remarks. In: M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher u. J. Canestri (Hg.): *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis.* London (IPA), 1-25.

Coates, S. (2006): Developmental research on childhood gender identity disorder. In: P. Fonagy, R. Krause u. M. Leuzinger-Bohleber (Hg.): *Identity, Gender, and Sexuality.* London (IPA), 103-131.

Dammasch, F. (2006): *ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und die Bedeutung von Ritalin.* In: M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl u. G. Hüther (Hg.), 189-222.

Dennett, D.C. (1987): *The Intentional Stance.* Cambridge (MIT Press).

Döll-Hentschker, S. (2008): *Die Veränderung von Träumen in psychoanalytischen Behandlungen. Affekttheorie, Affektregulierung und Traumkodierung.* Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).

Döpfner, M. et al. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, VBV 3-6.* Weinheim (Beltz Test).

et al. (2006): *Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung psychosozialer Integrationsproblemen bei Kinder. Die Frankfurter Präventionsstudie.* Unveröffentl.

Fischmann, T. , G. Goeppel, K.L. Läzer. Ch.Waldung (2008): Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. *Psyche – Z Psychoanal* 62, 621-653.

Fonagy, P. (2007): Violent attachment. Vortrag auf der Tagung *„In Gewalt verstrickt – psychoanalytische, pädagogische und philosophische Erkundungen",* Universität Kassel, 09./10. 02. 2007.

Gergely, G., E.L. Jurist u. M. Target (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.* Übers. E. Vorspohl. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.

Grubrich-Simitis, I. (2007): Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma: Wiederbetrachtet. *Psyche – Z Psychoanal 61,* 637-656.

Hanly, C. (2008): Logic, meaning and truth in psychoanalytic research. Vortrag auf der Joseph Sandler Research Conference *„Early Development and its Disturbances",* Frankfurt/M., 29.2./02.3.2008.

Jaffe, J., B. Beebe, S. Feldstein, C.L. Crown u. M.D. Jasnow (2001): Rhythms of Dialogue in *Infancy: Coordinated Timing in Development.* Boston (Blackwell).

Kernberg, O.F. (2001): Object relations, affects, and drives. *Psychoanal Inq 21,* 604-619.

Krause, R. (1998): *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 2: Modelle.* Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer).

Krause, R. (2005): Drive and affect in perverse actions. In: P. Fonagy, R. Krause, M. Leuzinger-Bohleber (Hg.): *Identity, Gender, and Sexuality.* London (IPA), 161-175.

Leuzinger-Bohleber, M. (1984): Nora. Die Analyse einer Zwölfjährigen. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse, Nr. 4,* 29-87.

Leuzinger-Bohleber, M. (1984): Transvestitische Symptombildung. Klinischer Beitrag zur Ätiologie, Psychodynamik und Analysierbarkeit transvestitischer Patienten. *Psyche—Z Psychoanal 38*, 817-848.

Leuzinger-Bohleber, M. (2008): *Psychoanalyse der Frühbeziehung – Embodiment – Neuroplastizität – Frühprävention als gesellschaftliche Notwendigkeit angesichts von Trauma, Gewalt und sozialer Desintegration.* Stuttgart (Kohlhammer), im Druck.

Mirescu, C., J.D. Peters u. E. Gould (2004): Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nature Neuroscience 7,* 841-846.

Parens, H. (1979): *The Development of Aggression in Early Childhood.* Northvale, London (Aronson) 1994.

Pfeifer, R. (2002): Remembering a depressive primary object: Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. *Int J Psychoanal 83,* 3-33.

Roth, G. u. A. Buchheim (Hg.) (2008): *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma.* Stuttgart (Schattauer).

Rothstein, A. (2002): Plea for a balanced conception of AD/HD and its diagnosis and treatment. *Psychoanal Inq 22,* 391-412.

Spezzano, C. (1993): *Affect in Psychoanalysis. A Clinical Synthesis.* Hillsdale, London (Analytic Press).

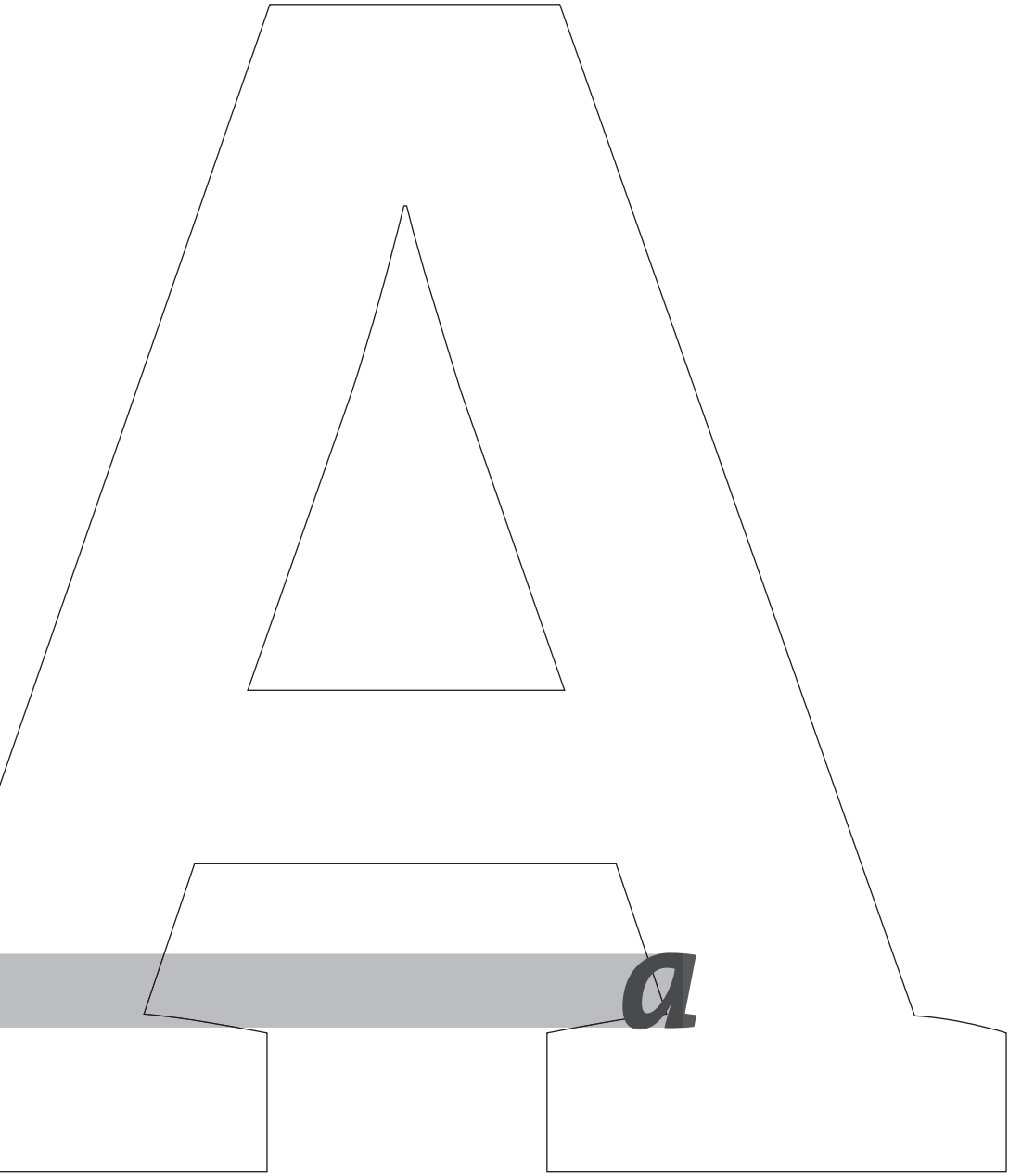
Staufenberg, A. u. T. Fischmann (2007): ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56,* 356-385.

Staufenberg, A. (2008): Bewegung und Bedeutung. Vortrag auf der Joseph Sandler Research Conference *„Early development and its disturbances".* Frankfurt/M., 29.02./02.03.2008.

Stern, D.N. (1973): *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* Übers. W. Krege. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992.

Sugarman, A. (2006): Attention deficit hyperactivity disorder and trauma. *Int J Psychoanal 87,* 237-241.

Target (2003): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung.* Stuttgart (Klett-Cotta) 2006.


a

Astrid Neuy-Bartmann

„Mein Kind hat ADHS“

Strategien von Eltern im Umgang mit ihren Kindern

Kinder mit ADHS – Hilfreiche Unterstützung für betroffene Eltern

ADHS-Kinder stellen an ihre Eltern hohe Anforderungen, weil ihr Verhalten anstrengend und für Eltern nicht immer verstehbar und berechenbar ist. Die Symptome der ADHS sind auch ein Stressfaktor für die Eltern, Geschwister und die Großfamilie. Man kann vereinfachend sagen, dass ADHS-Kinder die folgenden Symptome aufweisen:

Chaos im Kopf und in der Umgebung, Wut im Bauch, neben der Spur
Was bedeutet das für den Alltag in der Familie, und welche Schwierigkeiten erwachsen den Eltern?

Unruhe, Zappeligkeit oder Inaktivität und Verträumtheit
ständige Anspannung, erhöhte Unfallgefahr, Unruhe in der Familie, Reizbarkeit.

Konzentrations und Aufmerksamkeitsstörungen
Flüchtigkeitsfehler, endlose Hausaufgaben, Schulunlust, mangelnde Motivation, Lernstörung eventuell noch verstärkt durch LRS oder Dyskalkulie, sie hören oft auch nicht richtig hin und speichern Gesagtes nur unzureichend ab. Sie haben kein Zeitgefühl.

Ungeduld, Gereiztheit, Impulsivität
ständige Streitigkeiten, evtl. körperliche Auseinandersetzungen, Aggressivität, trotziges Verhalten, Jähzorn, Wutausbrüche, Randalieren, Kleinigkeiten können sie aus der Fassung bringen. Sie bedenken nicht die Konsequenzen ihres Tuns: „erst gemacht, dann gedacht“. Sie können sich auch nur schwer an Regeln halten, und sie scheinen

die ungeschriebenen Gesetze des menschlichen Miteinanders nur unzureichend zu lernen.

Stimmungsschwankungen, himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt
reagieren zu heftig und überschießend, unberechenbar, mimosenhaft, exzessiv, sehr anstrengend, Eltern müssen sich dauernd auf neue Situationen einstellen.

Chaos, Desorganisation
Chaos entsteht von selbst, Ordnung muss gegen ihren Widerstand jeden Tag neu eingefordert werden. Eltern sind damit in ihrer Lebensqualität häufig sehr beeinträchtigt.

Evtl. soziale Verhaltensauffälligkeiten wie lügen, stehlen und schwierige Peergroup, Risikoverhalten, Verkehrsdelikte
großer Stressfaktor für die Eltern, Endlosdiskussionen, wenig Selbstkritik, oppositionelles Verhalten, sie lernen wenig aus Erfahrung, täglich die gleichen Diskussionen,

Evtl. noch Begleiterkrankungen wie Ängste, Depressionen, Zwänge oder Suchterkrankungen verschärfen die Problematik.

Probleme in der Erziehung

Im Kleinkindesalter: irritierbar, reizoffen, Schreikinder
Eltern sind oft körperlich völlig erschöpft und haben häufig ein jahrelanges Schlafdefizit. Sie können darüber enttäuscht sein, dass ihre Kinder nicht die freundliche Resonanz zeigen, die sie erwarten. Auch sind Eltern erheblicher Kritik an ihrem Erziehungsstil ausgesetzt, und sie werden für das Verhalten ihrer Kinder verantwortlich gemacht.

Im Kindergartenalter: vermehrte Unruhe oder Verträumtheit, Impulsivität und Stimmungsschwankungen
Eltern können auch Versagensgefühle entwickeln und Scham- und Schuldgefühle. Es dauert oft lange, bis die Diagnose gestellt wird. Eltern sind oft verunsichert. Ist ADHS eine Modediagnose, soll eine medikamentöse Behandlung erfolgen? Es ist für sie nicht leicht, die Diagnose anzunehmen, und sie reagieren darauf mit Verleugnung, Wut, Trauer etc. Häufiger wird von den Eltern eine Odyssee von Behandlungen un-

ternommen, ehe die richtige Diagnose gestellt wird. Oft geben auch Eltern sehr viel Geld dafür aus und investieren sehr viel Zeit und Ressourcen.

Die verschiedenen Erziehungsstile der Eltern:

- ignorierend, zurückhaltend, gewährend
- depressiv, ängstlich, resignierend, mit Schuldgefühlen, unsicher
- überschießend, hart
- ablehnend, strafend, beleidigend,
- unstrukturiert, unberechenbar, chaotisch,
- vorbildlich, verstärkend, konsequent, berechenbar

ADHS-ler verstärken sich gegenseitig. Einerseits haben sie eine Wesensverwandtschaft miteinander, anderseits können sie sich gegenseitig schnell provozieren und sich in ihrer Problematik verstärken. Oft sind mehrere Familienmitglieder von ADHS in unterschiedlicher Ausprägung betroffen. Wichtig ist es, Eltern zu helfen ihre ungünstigen und verstärkenden Verhaltensweisen zu erkennen und abzubauen, wie: schimpfen, strenge Strafen, überreagieren, nicht beachten, ausgrenzen, vernachlässigen, persönlich beleidigt sein.

Was brauchen Kinder und insbesondere ADHS-Kinder?
Liebe, Erfolg, Halt und Grenzen, Geborgenheit, Sicherheit, Berechenbarkeit, Struktur und Konsequenz, ein gutes Vorbild und positive Verstärkung.

Wie können Eltern ihren Kindern helfen?

ADH verstehen und akzeptieren lernen

Das Kind macht das nicht absichtlich, sondern es kann seine Gefühle nicht steuern. Es geht darum, die Besonderheiten der ADHS zu verstehen und gezielte Problemlösestrategien zu entwickeln. Das Kind braucht Hilfe dabei, sein eigenes Potenzial zu entwickeln und die Defizite zu kompensieren. Lehrer, Erzieher und Eltern müssen lernen, dass ADS-Kinder oft nicht so reagieren wie andere Kinder. Die Lernprobleme der Kinder bestehen darin, dass sich die Kinder schlecht konzentrieren können und dass das Abspeichern von Information nicht immer gut gelingt. Sie haben ein schlechteres Gedächtnis und können nur schwer Dinge tun, die ihnen keinen Spaß machen. Sie wol-

len alles jetzt sofort und immer, und sie lernen nur wenig aus Einsicht. Häufig kennen sie nur schwarz oder weiß, und sie können keine Kompromisse machen.

Erziehungstips

Eltern sollten sich eine positive Autorität zurückerobern. Eltern setzen die Regeln, und nicht die Kinder. Eltern sollten lernen, ein Vorbild zu sein, also nicht zu schreien oder zu heftig zu reagieren, was für sie besonders schwer ist, wenn sie selbst von ADHS betroffen sind. Kinder schauen, wie Eltern sich verhalten und weniger danach, was sie sagen.

ADHS-Kinder brauchen klare Regeln, eventuell sollten diese auch schriftlich angebracht werden. Man sollte diese Regeln auch immer wieder benennen, weil sie schlecht verinnerlicht werden, Regeln so konkret wie möglich festlegen, bis wann muss was wie gemacht werden. Diese Grundregeln stehen nicht zur Diskussion, sondern müssen befolgt werden. Endlosdiskussionen sollten vermieden werden.

Wichtig ist es, berechenbar zu bleiben. Häufig vergessen Eltern die Tätigkeiten und Verhaltensweisen zu loben, die ihr Kind richtig macht. Dabei ist positive Verstärkung der beste Lernmotivator! Deshalb: loben, loben und positiv verstärken, Punktepläne mit positiven Punkten machen, für die das Kind dann eine Belohnung eintauschen kann. Weiterhin die Stärken und Fähigkeiten in den Mittelpunkt stellen und dem Kind Aufmerksamkeit schenken, wenn es etwas gut gemacht hat.

ADHS-Kinder sind mehr als andere auf positive Motivation angewiesen, weil sie nur die Dinge richtig gut können, die ihnen Spaß machen und wofür sie Lob bekommen. Wichtig dabei ist es auch, die Anstrengungsbereitschaft zu loben, nicht nur den Erfolg. Eltern sollten möglichst wenig kritisieren und wenn, dann kurz und knapp. Sie sollten außerdem lernen, konsequent zu handeln und das Gesagte und Geforderte mit Ruhe und Klarheit durchsetzen. Nein bleibt nein, sonst lernen Kinder nur, dass Endlosdiskussionen doch erfolgreich sind.

Wenn Eltern Strafen aussprechen müssen, dann sollten diese Strafen genau vorher angekündigt und dann durchgehalten und zeitnah umgesetzt werden. Es ist wichtig zu kontrollieren und auf Einhaltung der Regeln zu bestehen. Feedbacks sollten kurz und prägnant sein.

Es ist wichtig, dass Eltern sich einig in der Erziehung sind, sonst werden sie von ihren Kindern gegeneinander ausgespielt. Eltern sollten sich einig sein, Erziehungskonzepte sollten nicht vor den Kindern diskutiert werden. Großeltern müssten in ein solches Erziehungskonzept auch eingebunden werden.

Regeln sollten immer wieder benannt werden, gebetsmühlenartig, möglichst mit den gleichen Formulierungen, damit die Kinder sie besser verinnerlichen können. Dabei nicht zu starre Regeln setzen. ADHS-Kinder sind darauf angewiesen, dass sie Strukturen und Ordnung vorgelebt bekommen, weil sie selbst so chaotisch sind. Eine gute Erziehungshaltung ist: „hart, aber herzlich" – liebevolle Strenge, statt alles durchgehen lassen.

Hilfreich ist es, Stopprituale einführen. Eltern sollten lernen sich zu vergewissern, dass das Kind zuhört: Blickkontakt, Körperkontakt herstellen. Anweisungen klar und deutlich geben und sie vom Kind wiederholen lassen! Eltern sollten dabei nur eine Aufgabe geben, sonst droht Überforderung. Sie sollten weiterhin einfordern, das in Auftrag Gegebene sofort zu erledigen: „Wenn du es gleich machst, hast du es hinter dir". Dabei sollten Eltern nicht so viel reden, sondern lieber konsequent handeln. Oft ist es notwendig, eine klare Gebrauchsanweisungen zu geben. Kinder brauchen Regeln und Kontrolle jeden Tag von Neuem. Das macht Erziehung von ADHS-Kindern sehr anstrengend, weil Eltern ggf. jeden Tag erneut um die gleichen Regeln ringen müssen. Hier bedürfen Eltern häufig der Unterstützung und Ermutigung.

Es ist oft hilfreich bei ADHS-Kindern die Formulierungen von „du musst oder du sollst" zu vermeiden und stattdessen zu sagen, dass es zwei Möglichkeiten hat: Entweder es macht, was ihm aufgetragen wird, und dann kann es nachher spielen gehen, oder es macht es nicht, und dann darf es kein Fernsehen schauen und wird mit der Mutter Ärger bekommen. Aber es hat die Wahl, es sich auszusuchen, wie es handeln will ... und dann einfach nur „schade" sagen, wenn es sich für den Ärger entschieden hat und es nun die Konsequenz des eigenen Verhaltens tragen muss.

Wichtig ist es für Eltern auch, dass sie dem Kind die Fehler aus der Vergangenheit nicht vorwerfen sollten, sondern lediglich zusammenfassen sollten, was es falsch gemacht hat und was es aus der Situation lernen kann. Es ist auch hilfreich für Eltern, genauer auf den Tonfall der eigenen Stimme zu achten, wie sie die Botschaften an das Kind richten. Am besten: freundlich, klar, entschlossen und bestimmt.

Beziehungsregeln, sozialverträgliche Verhaltensweisen entwickeln, Unterstützung und Entwicklung von Problemlösestrategien

- Es geht darum, dem Kind immer wieder wichtige Merksätze an die Hand zu geben, z.B.: „erst denken, dann handeln".
- Misserfolge auswerten, „wenn du dich ... so verhältst, dann wird das passieren ..."
- Zusammenhänge aufzeigen, wie: „wenn du schreist, dann wirst du gar nicht bekommen, was du willst".
- Selbstgespräche als Eltern führen: „wenn ich das mache, was brauche ich dafür (1. ..., 2. ..., 3. ...)

Verbesserung der familiären Situation, Gesprächsregeln implementieren

- man lässt andere ausreden
- nur einer redet
- zuhören und verstehen wollen
- wir nehmen Rücksicht aufeinander
- Beziehungsgerechtigkeit, jeder ist einmal dran, und jeder muss mal zurückstecken
- nicht zu lange und zu viel reden
- wir reden ruhig und sachlich miteinander und beleidigen uns nicht
- wir benutzen keine Schimpfworte, statt „Scheiße" Scheibenkleister
- wir wenden keine Gewalt an
- wer schreit und schlägt, hat immer Unrecht
- der Ton macht die Musik, Sachebene, emotionale Ebene
- keine Endlosdiskussionen

Verbesserung des Selbstwertgefühls des ADHS-Kindes

- Erfolgserlebnisse verschaffen
- Selbstständigkeit unterstützen, anleiten statt Aufgaben abnehmen
- Lobbuch, das Positive festhalten, Erfolge festhalten
- Helfen, das Positive zu sehen, den Scheinwerfer der Aufmerksamkeit bewusst auf das Positive stellen
- Das Unangenehme sofort erledigen statt aufschieben
- Selbstmotivationstraining: Wie mache ich meine Aufgabe, sorgfältig und bedacht, wie überprüfe ich mich selbst?
- Die Energien nicht in der Vermeidung von Verpflichtungen stecken, sondern ins Anpacken

- Aus Fehlern lernen: dumm gelaufen, was daraus gelernt
- Dem Kind sinnvolle Aufgaben übertragen, die es leisten kann und es dafür loben
- Die positiven Eigenschaften immer wieder betonen: Es ist schön, dass du so gerecht bist etc.

Gefühlsregulation

- Umgang mit Ärger, Zündschnur verlängern bis die Wut kommt, Ärger angemessen ausdrücken lernen
- Auszeit statt Ausrasten
- freundliche Beharrlichkeit statt Ausflippen oder Nerven
- Wichtig für Eltern ist es, emotional nicht mitzureagieren, sondern ruhig und gelassen zu bleiben
- keine Diskussionen, wenn die Emotionen hochkochen, „cool down“
- Grundsatzdiskussionen nur, wenn das Kind ruhig und aufnahmefähig ist
- mit Bildern arbeiten, die das Kind auf seinen Zustand hinweisen, die aber nicht kränkend, sondern humorvoll sind: Hitzeblitz, Rumpelstilzchen etc.
- Kinder mit den eigenen Gefühlen konfrontieren: Wenn du dich so verhältst, dann löst du in mir die folgenden Gefühle aus ...
- Kindern Zusammenhänge zwischen Situationen und Gefühlen aufzeigen: Du wirst ärgerlich, wenn ...
- entschleunigen, keine Hektik
- Gefühle wegzaubern
- Faust ballen in der Hosentasche statt draufhauen
- Viel Sport treiben, Verein
- Hobbys entwickeln, Musik
- Tagebuch schreiben, es sich von der Seele schreiben

Problemverhalten und Auslöser identifizieren

- ruhige Umgebung, Reizüberflutung eindämmen
- Medienkonsum einschränken
- Stressreduktion

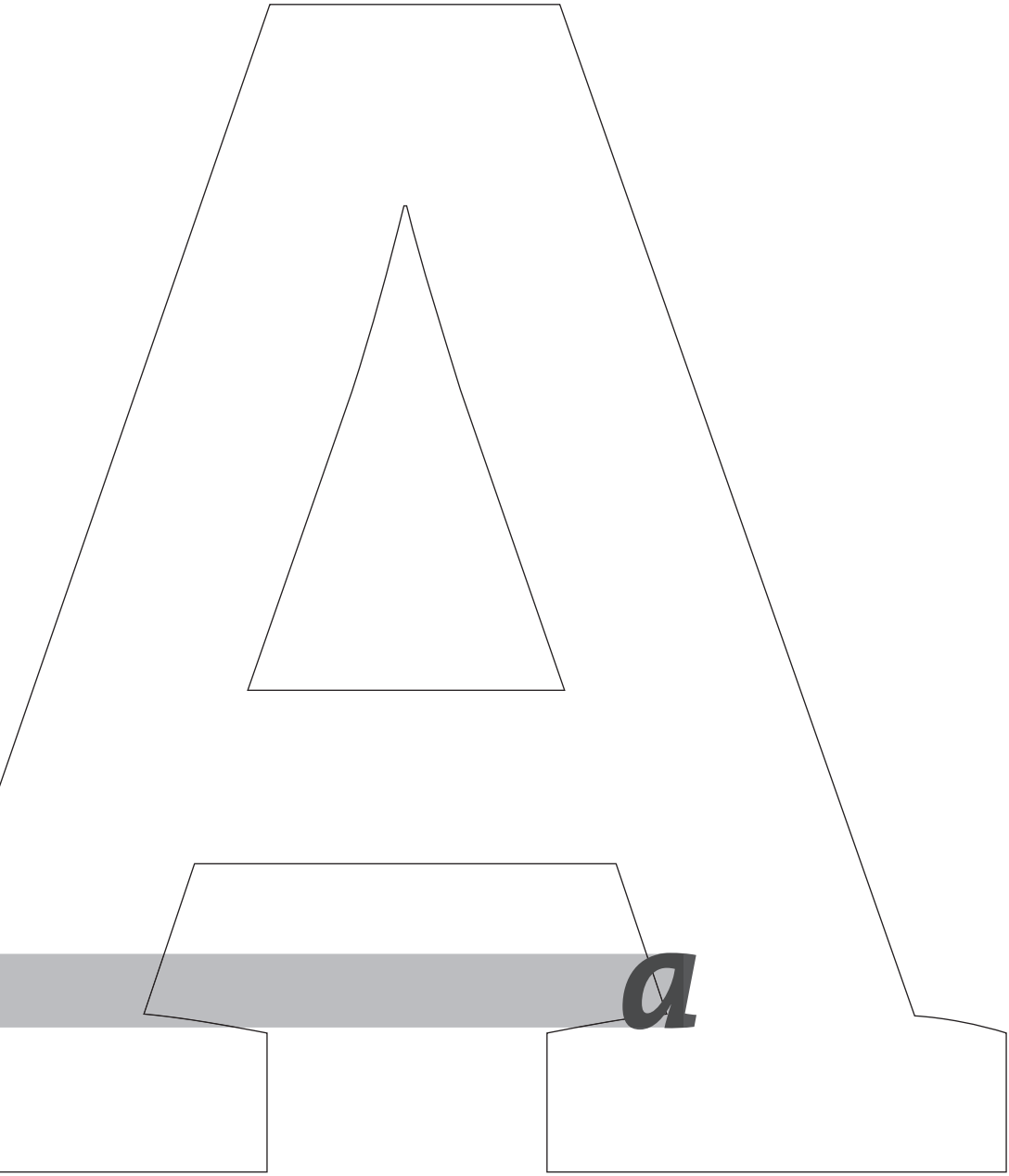
Hausaufgabensituation

- eine feste Zeit vereinbaren
- einen ruhigen und aufgeräumten Ort schaffen, mit wenig Ablenkung
- Hausaufgabenheft kontrollieren und von Lehrerin gegenzeichnen lassen

- Hausaufgaben in kleine Lerneinheiten einteilen, kurze Pausen
- nicht zu kritisch mit der Schrift sein und sich auf das Wesentliche konzentrieren
- Loben statt Kritik
- nicht zu viel reden, eindeutige Arbeitsaufträge
- alles für den nächsten Tag abends organisieren lassen
- möglichst nichts erzwingen und nicht emotional mitreagieren
- eventuell Nachhilfelehrer, damit die Beziehung nicht weiter strapaziert wird

Wie können Eltern gut für sich sorgen?

- Balance zwischen Muss und Muse
- für schöne Zeiten sorgen
- realistische Erwartungen, ADHS-Familien sind anders, und die Harmonie ist nur kurzzeitig zu haben
- Schuldgefühle abbauen
- Selbstwertgefühl gegenüber Vorwürfen und Schuldzuweisungen entwickeln
- Humor statt Verbissenheit, lernen, mit den eigenen negativen Emotionen umzugehen
- sich nicht schlecht behandeln lassen, Wertschätzung und Respekt einfordern
- sich genügend Spaß gönnen
- Prioritäten setzen, Klarheit, Regeln für die unangenehmen Dinge des Lebens
- Entspannungsübungen, abschalten lernen
- sich selbst auch Auszeiten nehmen
- rechtzeitig Grenzen setzen, statt sich auf der Nase herumtanzen lassen und dann explodieren, berechenbares Verhalten
- Selbsthilfegruppen
- sich rechtzeitig Hilfe holen
- sich gemeinsam abstimmen
- Wutausbrüche und impulsives Verhalten nicht persönlich nehmen
- sich selbst wertschätzen. Die Erziehung von ADS-Kindern ist pädagogische Schwerstarbeit. Ein ADS-Kind zählt da wie drei Kinder.
- Versöhnung: „Ich habe es schwer mit ADS und mein Kind auch“
- Umgang mit Geschwistern, Gerechtigkeit unter Geschwistern, das ADS-Kind nicht in die Position des schwarzen Schafs rutschen lassen, aber es auch nicht bevorzugen, Geschwister brauchen auch Aufmerksamkeit.


a

D

Gerhild Drüe

„Helfen Sie mir, ich verliere mein Kind!“

ADHS-betroffene Familien im Blickfeld

Vorwort

Mit „Zappelig, gewaltbereit und ängstlich“ nennt der Kongresstitel drei problematische und zugleich sehr häufige Verhaltensweisen ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher. Was diese und die vielen anderen ADHS begleitenden Symptome für das Leben mit einem stärker ausgeprägten Störungsbild beim Kind bedeuten können, ist von Außenstehenden nur schwer nachzuvollziehen und kaum zu glauben. Schon allein die Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität schaffen große Probleme in der Selbststeuerung der Betroffenen. Deshalb danke ich den Kinderschutz-Zentren für die Aufgabe, Ihnen als den Profis, die mit Betroffenen und ihren Familien arbeiten, hier in diesem Kongress die Nöte der Familien mit ADHS-betroffenen Kindern aus Elternsicht zu schildern.

„Helfen Sie mir, ich verliere mein Kind!“, dieses Zitat im Titel zu meinem Vortrag stammt von Russel A. Barkley, dem großen amerikanischen ADHS-Experten. Barkley berichtet in seinem für Fachleute sehr zu empfehlenden Buch „Das große ADHS-Handbuch für Eltern“ von einer Mutter, die ihm eine neue Einsicht zur großen Dimension einer ADHS nahegebracht hatte. (Barkley, S. 18 f.)

Es geht bei ADHS meist um viel mehr als Unkonzentriertheit und Zappeln, es geht um Defizite in vielen grundlegenden Bereichen des Verhaltens, auch im zwischenmenschlichen Bereich. In der Tat verlieren nicht selten Eltern ihr Kind wegen seiner großen ADHS-bedingten Probleme an Sucht, an Gefängnis, an Obdachlosigkeit, oder sie verlieren „nur“ den Kontakt zu ihm. Doch auch durch mangelnde eigene Lebenstüchtigkeit aufgrund eigener ADHS-Betroffenheit verlieren Eltern Kinder – Kinder mit ADHS.

Deshalb wurde ich Adoptivmutter eines mittlerweile erwachsenen Kindes mit ADHS und einigen weiteren komorbiden Störungen, das als Baby seiner leiblichen Mutter verloren ging. Sie verlor es, weil sie nicht genügend in der Lage war, dauerhaft nicht nur für sich, sondern auch für ihr Kind Verantwortung zu übernehmen. Vermutlich war bzw. ist sie selbst von ADHS betroffen. Vieles in ihrer Lebensgeschichte deutet darauf hin.

Aufgrund meiner pädagogischen Ausbildung und meiner Erfahrung durch die frühere Arbeit als Lehrerin hätte ich niemals so viel über ADHS lernen können, wie mein Kind es mich gelehrt hat. Ich hatte früher nicht glauben können, dass es Probleme mit einem Kind in diesem Ausmaß geben könnte, die nicht anerzogen und durch irgendwelche Umwelteinflüsse entstanden sind.

Mein Mann, ebenfalls Lehrer, und ich, wir mussten zwangsläufig umdenken: Unsere elterliche Liebe, Zuwendung und Erziehung, unsere Bildungsangebote und auch die Hilfen von Profis (Frühförderung, Ergotherapie, Kindergarten, musikalische Früherziehung, Sportverein) führten nicht zu irgendwelchen positiven Veränderungen, wie sie von uns erhofft wurden. Die Suche nach Hilfe bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ergab keine Diagnose für unseren Sechsjährigen außer der Feststellung, adoptierte Kinder seien häufig unruhige Kinder.

Der Vorwurf einer Beraterin in der Erziehungsberatungsstelle, dessen Besuch zwei Jahre später ich als pädagogisch ausgebildete Mutter bereits als einen unfreiwillig geleisteten pädagogischen Offenbarungseid empfand, traf mich hart und machte mich zugleich zornig. Ihr Vorwurf an mich, die problematischen Verhaltensweisen unseres Kindes per „Übertragung“ hervorgerufen zu haben, entsetzten mich. Lange wusste ich ihr nichts zum Beweis Taugliches entgegenzusetzen. Ich wusste nur, dass ihre harte Schuldzuschreibung nicht der Realität entsprach und aus einem „antrainierten“ psychologischen Denken resultierte, dem ich ja früher in ähnlicher Weise selber anhing.

Erst nachdem ich über ADHS, damals noch ADS genannt, gelesen hatte, wurde mir sehr schnell deutlich, dass es dieses neurobiologische Problem ADHS und die weiteren komorbiden Störungen waren, die unser Kind so unbeschreiblich schwierig machten.

In den acht Jahren, in denen ich jetzt eine Regionalgruppe im Bundesverband ADHS Deutschland e. V. leite, habe ich von über Tausend Eltern, meist Müttern, Berichte über ihr ADHS-bedingt problembeladenes Familienleben gehört. Es sind intensive Beratungsgespräche am Telefon mit Müttern, die mir den Blick auf ADHS erweitern. Einige unfassbare Erlebnisberichte, wahre Horrorgeschichten und die häufig berichtete Beschuldigung der Mütter, die Probleme ihres Kindes verursacht zu haben, veranlassten mich, ein Buch zu schreiben. Es ist mein Appell an die Fachwelt, ADHS doch verstehen zu lernen und umzudenken, anstatt, wie es noch oft geschieht, die Ursachen für die ADHS-typischen Schwierigkeiten den Eltern, meist der Mutter, anzulasten. Dass auch mir von der Erziehungsberatung die Verursachung der großen Probleme meines Kindes angelastet wurde, führte letztlich dazu, dass mein Zorn auf diese ungerechtfertigten Schuldzuweisungen mir die Energie gab, sechs Jahre lang an einem Buch zu schreiben, das anscheinend noch immer nötig ist …

1. ADHS erleben und damit leben

1.1 Viele Kinder mit ADHS gehen (fast) verloren

Wie bereits angedeutet, ist das Leben für Eltern, die mit einem oder mehreren ADHS-betroffenen Kindern leben, eine große alltägliche Herausforderung. Schon früh beginnen meist die Auffälligkeiten des ADHS-Kindes, die oft zuerst die Mutter spürt. Sie hofft, dass sich im Lauf der Entwicklung eine gewisse Normalität einstellt. Früh sorgt sie sich, dass ihr Kind in seinem späteren Leben vielleicht nicht gut zurechtkommen wird. Wie die Erfahrung in der Selbsthilfe zeigt, sehen viele Väter leider erst sehr spät ein, dass ihr Kind „irgendwie anders“ ist. Auseinandersetzungen über die richtigen Erziehungsmethoden, nicht selten mit Schuldvorwürfen durchsetzt, belasten die Partnerschaft der Eltern oft schwer. Erwiesen ist, dass Trennung und Scheidung bei Eltern ADHS-betroffener Kinder überdurchschnittlich häufig sind.

Zusammenhänge zwischen Trennung der Eltern dieser Kinder sind allerdings auch deshalb oft zu finden, weil ein Elternteil oder beide selbst von ADHS betroffen sind – denn ADHS ist vor allem genetisch bedingt und erblich. Diese Konstellation sorgt bei einer schweren Ausprägung und problematischen Komorbiditäten häufig dafür, dass

Kinder mit ADHS in Adoptiv- und Pflegefamilien kommen. So verlieren nicht wenige Mütter bzw. Eltern ihr Kind mit ADHS durch leider notwendig gewordenes Eingreifen des Jugendamtes. In logischer Konsequenz haben viele Adoptiv- und Pflegekinder eine besonders schwere ADHS-Problematik mit vielfältig ausgeprägten Begleitstörungen. Die amerikanischen ADHS-Experten Hallowell und Ratey geben den Adoptionsstatus als Risikofaktor für ADHS an (Hallowell & Ratey, S. 322).

Die Überzeugung, dass ADHS vor allem genetisch bedingt ist, teilen die deutschen ADHS-Experten in Forschung und Praxis mit den bekannten ADHS-Selbsthilfeorganisationen. Bereits seit Jahrzehnten ist durch Adoptions- und Zwillingsstudien die Erblichkeit der ADHS belegt, und molekulargenetische Befunde der jüngsten Zeit beweisen den großen biologischen Anteil an der Entstehung des oft hochkomplexen Störungsbildes, das wir ADHS nennen, indem wir unkorrekterweise unausgesprochen weitere begleitende Störungen mitmeinen.

Insbesondere eine häufig vorhandene Störung des Sozialverhaltens scheint im Verbund mit der ADHS-Problematik dafür verantwortlich zu sein, dass so viele Kinder und Jugendliche mit ADHS trotz großer Bemühungen ihrer Eltern nicht auf dem gesellschaftlich erwarteten (moralischen) Weg bleiben. So drohen sie auch noch als Erwachsene mit dieser kombinierten ADHS-Ausprägung in ihrem späteren Leben immer wieder abzugleiten, weil ihre eigenen Bemühungen oft viel schwächer sind als ihr eigentliches Wollen.

Zum besseren Verständnis dieser vielfältigen Begleitstörungen der ADHS hier ein Schaubild, das nicht im Kongressvortrag gezeigt und besprochen wurde:
(aus: Skrodzki, in: Skrodzki/Mertens: Hyperaktivität, 2000, S. 26)

85% Emotionale Störungen
33% Depressive Störungen
27% Angststörungen
80-90% Lernschwierigkeiten
62% Leseschwäche
25-35% Klassenwiederholer
65% Erhebliche Verhaltensstörungen,
häufig Kombination mit Tics, Zwangsstörungen,
Sprach-, Sprechstörungen,

Häufiger Schulabbruch
Vielfach-Unfälle (Verkehr)
36% der 17-Jährigen ADHD 1x verhaftet, teilweise mehrfach (USA), tendenziell häufiger vor Gericht und häufiger straffällig, erhöhte Raten von Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Zur Problematik der Begleitstörungen bei ADHS, insbesondere auch der Störung des Sozialverhaltens, haben die Herausgeber Freitag und Retz in dem Werk „ADHS und komorbide Erkrankungen“ auch neuere wissenschaftliche Beiträge von ADHS-Experten zusammengetragen. Deutlich wird dort, dass „der (...) Verlauf der ADHS im Erwachsenenalter mit einer Fülle von gesundheitlichen Risiken, komorbiden Leiden und sozialen Gefährdungen belastet (ist), die ihren Ausgang von der ADHS im Kindesalter und den Komorbiditäten in diesem Lebensabschnitt nehmen.“ (Freitag & Retz, S. 12). Der Band wendet sich auch Störungen zu, die bisher im Zusammenhang mit ADHS noch wenig thematisiert werden: autistische Störungen, Einnässen (Enuresis), Restless-Legs-Syndrom, pathologisches Glücksspiel. Auch die Essstörungen, die bereits im „Suppenkaspar“ des „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann dargestellt werden, finden zunehmend die Beachtung klinischer ADHS-Experten.

Versucht man die große Vielfalt der komorbiden Störung im Verbund mit ADHS und einer vielleicht sehr hohen oder minderen Intelligenz mit der Realität des Lebens abzugleichen, kann man nicht umhin, der Aussage der von Barkley zitierten Mutter großes Gewicht beizumessen.

Viele Kinder mit ADHS gehen (fast) verloren ...

- entwickeln „merkwürdige“ Bindungsmuster
- reißen sich los, laufen weg (aber verirren sich kaum)
- verunglücken
- versagen oft in der Schule
- verlieren oft ihre Arbeit
- überfordern Elternliebe (und -geduld)
- finden oft die falschen „Freunde“
- lieben die Gefahr (Wagemut)
- sind distanzlos
- können sich nicht wehren und werden missbraucht (eher „hypoaktiv“?)
- leiden durch Vernachlässigung/Misshandlung (bes. ADHS-betroffener Eltern)
- werden leicht in Delikte verstrickt (praktische Moral!)
- sind anfällig für Süchte
- entwickeln weitere, sekundäre Störungen
- erhalten ihre zutreffende ADHS-Diagnose nicht

1.2 ADHS im Alltag

Meist sind bei ADHS sehr viele Bereiche des Lebens beeinträchtigt. Dies führt zu schwierigen Alltagsanforderungen an die Eltern. Demzufolge stehen sie, was meist heißt: vor allem die Mutter, unter einer Dauerbelastung. Eine ADHS-Betroffenheit bei mehreren Geschwisterkindern – vermutlich jeweils in sehr verschiedener Ausprägung – ist durchaus häufig und eine gesonderte Arbeit wert, kann aber hier nicht weiter thematisiert werden. Nicht nur Geschwisterstreit im Übermaß wäre eines der großen Unterthemen.

Was beim Kind mit ADHS früh vielleicht nur auffällt als „irgendwie anders", kann im Kleinkindalter, das Erziehungsratgeber bereits auf gesunde Kinder bezogen als das anstrengendste Alter bezeichnen, den Eltern schon bald die Grenzen ihrer Erziehungsfähigkeit aufzeigen: Sorgfältig überlegte Erziehungsabsichten zerschellen leicht dann, wenn das Kind mit noch unerkannter ADHS sehr wenig in der Lage ist, die Regeln des täglichen Miteinanders anzunehmen. Eine hohe Impulsivität, leichte Erregbarkeit, Übellaunigkeit und Aggressionsbereitschaft bei geringer Frustrationstoleranz des Kindes vermögen ansonsten geduldige Mütter und Väter derart zu überfordern, dass ihre Erziehung mit vielen unschönen Bemerkungen, Negativkritik, Zurechtweisungen und sogar Geschrei und vielleicht Gewalt ihrem Kind gegenüber durchsetzt wird.

Die Familie als Geborgenheit bietendes soziales Gebilde gerät in Gefahr, und jede (erwachsene) Person darin kann irgendwann an ihrer ursprünglich gelebten Beziehungsfähigkeit Schaden nehmen. Ein Kind mit ADHS, das diese Fähigkeit erst erwerben soll, fühlt sich vielleicht wenig geliebt, und wenn es ein sensibles Kind mit der Fähigkeit zu nachhaltiger Wahrnehmung seiner eigenen Defizite bzw. deren unangenehmen Folgen ist, wird es umso weniger ein gesundes Selbstwertgefühl entwikkeln können.

Insbesondere die Schulzeit verschärft mit den bei ADHS besonders notwendigen Hausaufgaben mit Wiederholungen und Übungen all diese negativen Entwicklungen, die den Familienfrieden jetzt zunehmend und vielleicht hochdramatisch belasten.

Den Anforderungen des Leben oft nicht genügen können – dieser Mangel trifft spätestens jetzt nicht nur das ADHS-betroffene Kind, sondern auch seine Eltern, insbesondere die Mutter als Haupterziehungsperson und tägliche „Nachhilfelehrerin". Andernfalls ist entsprechend der Vater derjenige, der das ADHS-Problem mit seinen Auswirkungen zu schultern hat, was in der heutigen Gesellschaft doch noch eher die Ausnahme ist.

ADHS im Alltag

- Philipp vor der Geburt
- der schwierige frühe Eltern/Mutter-Kind-Kontakt
- als Baby „pflegeleicht" oder hochanstrengend (Schreibaby)
- auf zwei Beinen – und dann los!
- Gruppenverhalten im Kindergarten – Anlass zu Klagen der Erzieherin
- Malen, Basteln, Schneiden, Kleben – oft schwierig und unbeliebt
- Zuhören, Herschauen, Befolgen, achtsam sein?
- Trödeln ohne Ende: immer auf dem Sprung oder: antriebsarm und verträumt
- Mütterliche Hilferufe im tiefenpsychologischen Irrgarten
- Partnerstress, solange ADHS kein Begriff ist
- Die Schule: Sitzen, aufpassen, anpassen, leisten, zuverlässig sein
- Schreiben: Die Feinmotorik der Feinmotorik
- die Hausaufgaben: Sonderpädagogin Mutter
- „Freunde": Gleich und gleich ...
- frühe, anhaltende „Superpubertät"
- sinnvolle Freizeitgestaltung – ein häufiges Problem
- Talentsuche und der Mangel an (Selbst-)Motivation
- Jugendzeit: Kicksuche, Abhängen, Langeweile
- Zeitfenster: Jetzt das Schöne – und zwar sofort!
- „Verschieberitis": Morgen die Pflicht
- Wahrnehmung der Umwelt: Egozentrik
- Leben ist Risiko und Verführung pur
- Von der Schule zum Beruf: Was mach ich gerne? – Das kann ich gut! – und umgekehrt
- Beratung, Förderung, Hilfen, Projekte – und wer kennt ADHS?

1.3 ADHS und Erwachsenwerden

Nur wenige Jugendliche können nach Vollendung ihres 18. Lebensjahres als seelisch wirklich reif und erwachsen gelten. Viele brauchen noch die Unterstützung und den Rat ihrer Eltern, obwohl sie sich gerne von ihnen absetzen. In viel stärkerem Maß gilt dies bei ADHS. Eine seelische Entwicklungsverzögerung im Vergleich mit anderen Gleichaltrigen schafft für die Eltern meist das Problem, dass die juristische Volljährigkeit ihres Kindes ihre eigene, leider notwendige und für den Jugendlichen unangenehme elterliche „Machtausübung" in eine „Illegalität" überführt. Weil das volljährige Kind noch immer wenig aus seinen Fehlern zu lernen in der Lage ist, sehen verantwortungsbewusste Eltern sich genötigt, wie bisher erzieherisch zu wirken. Der Umgang mit dem Taschengeld oder dem Lehrlingslohn bleibt oft noch sehr unreif, aber die sich dem jungen Erwachsenen mit ADHS bietenden rechtlichen Möglichkeiten sind unbegrenzt und von ihm selbst kaum einzuschätzen. Schriftliche oder telefonische Kaufverträge zu schließen, sich Geld zu leihen, eine Wohnung zu mieten sind erlaubt. Die Fähigkeiten, mit diesen Rechten sinnvoll und verantwortlich umzugehen, verblassen meist deutlich hinter den Verlockungen, die sich nun ganz legal bieten. Sich in der Öffentlichkeit ohne Erlaubnis aufhalten zu dürfen, legale Suchtstoffe ohne elterliches „Bremsen" konsumieren zu dürfen, birgt Gefahren, die insbesondere bei einer Störung des Sozialverhaltens größer sind als bei Nichtbetroffenen. Was seit Jahren als „Superpubertät" die Eltern in Atem hält, dauert noch viele Jahre an, denn „Rücksicht, Einsicht, Übersicht und Nachsicht entwickeln sich erst spät im Leben". (Neuhaus, Cordula, 2000, S. 124).

Die Eltern ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher brauchen daher nicht nur für die Alltagsbewältigung einen langen Atem. Die Erziehungsarbeit und coachendes Regulieren wird bei ADHS Jahrzehnte gebraucht, obgleich von den Betroffenen durchaus nicht gerne ertragen. Je nach der Persönlichkeit des ADHS-betroffenen Jugendlichen geben eine hohe Risikobereitschaft und die ADHS-bedingte Impulsivität lange Anlass zu straffer Führung und Kontrolle, die den Eltern selbst unangenehm ist und der sich der junge unerwachsene Erwachsene mit ADHS gerne entzieht. Junge Menschen mit einer stärker ausgeprägten ADHS müssen jedoch lange gehalten, motiviert und strukturiert und nach eventuellen Abstürzen vielleicht wieder aufgenom-

men werden. Das Loslassen fällt den Eltern deshalb sehr lange schwer und belastet sie beim Scheitern mit Schuldgefühlen.

Zur Langzeitprognose mit ADHS geben ADHS-Experten neben der seelischen Reifeverzögerung das Ende der Superpubertät im Alter von 25 oder sogar 30 Jahren an. Der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiater H. C. Steinhausen verdeutlicht die Chronizität des Problems ADHS mit dem eingängigen Satz: „Sie sind anders, sie bleiben anders". (Kongress in der Medizinischen Hochschule Hannover: „Wider das Stigma – ADHS, Tic und Zwang im Spiegel von Gesellschaft und Forschung", 9.-11.10.2008). Weiter nennt Steinhausen dort als häufige Sekundärfolgen 40% Suizidversuche im dritten Jahrzehnt, eine Rate von über 50% mit Substanzmissbrauch (Kontrollgruppe: bis 30%), mehr als 40% mit Kontakten mit der Polizei und Gefängnisaufenthalte bei ADHS (Kontrollen bis 20%). Laut Steinhausen entwickeln ADHS-Betroffene durch Drogenkonsum leicht eine Psychose, was Drogenberater vermehrt aufschrecken müsste.

Die große Sorge der Eltern von schwerer ADHS-betroffenen Kindern insbesondere mit Störungen des Sozialverhaltens auf ihr zukünftiges Leben hin wird durch Berichte von Eltern deutlich und ist wissenschaftlich bereits vielfach untermauert, entspringt also keinesfalls einer Überbesorgtheit oder Schwarzseherei, wie sie Müttern gern attestiert wird.

Vielfach wird ADHS auch in weiten Fachkreisen noch immer als eine Art „Kinderkrankheit" betrachtet. Krause & Krause stellen dazu fest: „Bei Kenntnis der für dieses Krankheitsbild typischen Symptomenkombinationen müsste in der täglichen Praxis des Nervenarztes sicherlich bei einer Reihe von Patienten, deren Auffälligkeiten ausschließlich als emotional instabile, dissoziale, histrionische oder ängstliche Persönlichkeitsstörungen eingeordnet werden, zumindest zusätzlich die Diagnose einer bis ins Erwachsenenalter persistierenden ADHS gestellt werden. Diese Diagnosestellung ist deshalb so eminent wichtig, weil es effiziente medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten gibt, die den Betroffenen erstmals eine befriedigende Lebensführung ermöglichen." (Krause & Krause, S. 1 f.)

Die anhaltend unbefriedigende Situation in der Diagnostik und Versorgung erwachsener Patienten mit ADHS lässt Familien noch weitgehend ohne die erforderlichen Hilfen einschließlich der medikamentösen Therapie. Auf deren Zulassung und Er-

stattung durch die Krankenkassen wird noch immer gewartet. Für geringverdienende und arbeitslose Patienten oder deren Eltern besteht so ein zusätzliches Problem, das sie auch dann nicht lösen können, wenn sie die therapeutischen Notwendigkeiten erkennen.

„Endlich 18! – Jetzt darf ich alles!“

Aber ...

... Andauern der (Super-) Pubertät

... seelische Reifeverzögerung (Egozentrik)/Unreife

... aus Fehlern wenig lernen

... anderen die Schuld zuweisen

... wenig Vorschau und Rückschau

... unstete Planlosigkeit (Lustprinzip) im Umgang mit Zeit, Geld, Mitmenschen

...

1.4 ADHS und Gewalt

Nachrichten über misshandelte und vernachlässigte Kinder bewegen in den letzten Jahren verstärkt nicht nur die befassten Fachkräfte in der Jugendhilfe, sondern sie beherrschen zeitweilig als Schlagzeilen die allgemeinen Medien. Zusammenhänge mit ADHS werden da wie dort wohl kaum gesehen. Aufgrund der Dauerhaftigkeit der Problematik über den gesamten Alltag vieler Jahre hinweg werden Bezugspersonen mit „normalen“ Erziehungsfähigkeiten häufiger mehr beansprucht, als sie auf Dauer ertragen können. Verbotene elterliche Gewaltausübung wegen ADHS gehört auch unter Eltern zu einem tabuisierten Thema.

Bereits das Schreibaby, als das nicht selten ein später mit ADHS diagnostiziertes Kind früh aufgefallen war, fordert von Eltern oft mehr, als gute Eltern ertragen können, ohne zu schnell starke eigene Aggressionen zu entwickeln. Später verlangen beson-

ders große Unruhe und Lautstärke, andererseits auch Antriebsarmut bzw. Langsamkeit, außerordentlich viel Geduld von Eltern. Eine niedrige Frustrationstoleranz, die dem ADHS-betroffenen Kind meist eigen ist, bringt oft heftige Reaktionen bei Nichterfüllung von Wünschen. Sprichwörtlich sind beispielsweise die täglichen Wutanfälle beim Abstellen des Fernsehgerätes nach dem Film. Vorher vereinbarte Sehdauer und -zeiten werden ignoriert, und auch Strafen, wie der Entzug der morgigen Fernsehzeit, bewirken im Kind keinerlei Beruhigung. Eskalationen bestimmen den Alltag in vielen solcher Familien. Mitunter erscheinen unkontrollierte Ausbrüche elterlicher Aggressionen vorprogrammiert.

Eine Störung des Sozialverhaltens sollte nicht ausschließlich als Reaktion auf negative Umwelteinflüsse verstanden werden; sie kann bereits früh als angeborene Störung vorhanden sein. Kinder mit der Kombination von ADHS und Störungen ihres Sozialverhaltens sind nicht nur später erwiesenermaßen anfälliger für Suchtprobleme und Delinquenz, sie sind vermutlich auch bereits früh stärker von elterlicher Gewalt bedroht. Deshalb kann eine frühzeitige Diagnose mit nachfolgenden richtigen Hilfen zum aktiven Kinderschutz beitragen.

Kinder mit ADHS und einer evtl. aggressiv gefärbten oppositionellen Störung des Sozialverhaltens setzen ganz besonders eine täglich Aufregungsspirale in Gang, der selbst ausgeglichene Eltern sich nicht leicht entziehen können (s. Drüe, S. 70). Eltern und andere Bezugspersonen können bei derart schwer ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen oft an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit gelangen. Gewalt lehnen selbstverständlich viele solcher Eltern eigentlich ab, die ihr Kind dann doch körperlich zurechtweisen oder strafen. Die elterlichen Schuldgefühle nach dem Schlagen verhindern jedoch nicht unbedingt das erneute Schlagen, da eine Veränderung im unangemessenen kindlichen Verhalten nicht erreicht werden kann. Es will zwar meist gar nicht so sein, dass seine Eltern es schlagen, aber es kann sich aufgrund seiner neurobiologischen Besonderheiten, die den Eltern vielleicht durchaus „irgendwie“ krankheitswertig erscheinen mögen, nicht im „normalen“ Rahmen verhalten wie andere Kinder.

Außenstehen ist nur schwer zu vermitteln, dass Aggressivität eines Kindes in Form von Treten, Beißen, Schlagen oder wiederholtem Drohen durchaus nicht nur als Folge elterlicher Gewalt auftreten kann. Berichte in der Selbsthilfe belegen den Facet-

tenreichtum an hochschwierigem Verhalten von Kindern mit ADHS, das nicht nur „durchschnittliche“ Eltern, sondern auch Erziehungsprofis zu Fehlverhalten treiben kann.

Da ADHS aber nicht nur beim betroffenen Kind selbst, sondern meist auch bei wenigstens einem leiblichen Elternteil vorhanden ist, droht Gefahr oft von allen Seiten: Wenn schon nichtbetroffene Eltern früh an die Grenzen ihrer Geduld geführt werden, kann es nicht verwundern, dass selbstbetroffene Eltern viel eher bei derart betroffenen Kindern zum Misshandler werden können, obwohl sie ihr Kind doch lieben: Die reduzierte Impulskontrolle ist ein Kernsymptom bei ADHS.

Als Thema für den Kinderschutz stellt häusliche Gewalt aufgrund von ADHS-Symptomen eine ganz besondere Herausforderung dar, weil bisher die Mechanismen von Gewalt in der Familie vielfach schlicht mit „Überforderung“ oder Gewalttätigkeit eines evtl. „psychisch kranken“ oder „labilen“ Elternteils oder als „irgendwie unerklärlich“ erklärt werden. Vermutungen ersetzen vielfach das Wissen um die Gewaltentstehung im Zusammenhang mit einer ADHS-Problematik. Die typischen Folgestörungen auf der Grundlage einer eigenen ADHS bei Eltern ADHS-betroffener Kinder wie z. B. Depression, Sucht, Borderline-Störung befinden sich im Verstehenshorizont aller, die mit Familien und besonders mit „Multiproblemfamilien“ arbeiten. Die Zusammenhänge krankheitswertiger Verhaltensstörungen aber, wie sie bei vielen schwer von ADHS betroffenen Kindern oder ggf. ihren Eltern zu erleben sind, erfordern ein Umdenken.

ADHS/Komorbidität begünstigt Gewalt

- Impulskontrollschwäche
- niedrige Frustrationstoleranz
- Seelische Entwicklungsverzögerung
- Neigung zur Aggression
- Misslaunigkeit
- Störung der Wahrnehmung (z. B. Mimik des Gegenüber)
- Minderwertigkeitsgefühl
- Uneinsichtigkeit
- Dauerstress/innere Unruhe
- Sprachliche Armut
- Frust bei Entzug/Verweigerung von Erstrebtem (TV, Geld ...)
- Entzug von Suchtmitteln
- Misserfolg (in Erziehung, Leistung, Anerkennung)
- Nervendes Verhalten (Schreien, Dauerkrach, Drohen ...)
- Testosteron

1.5 ADHS und Demenz – vergleichbar?

Kinder mit ADHS benötigen von ihren Eltern oft bis weit ins Erwachsenenalter immer wieder Unterstützung in verschiedenen Bereichen, sodass der Gedanke die Eltern beunruhigt: Wann wird unser Kind eigentlich wirklich erwachsen? Glücklich können sich die Eltern dann schätzen, wenn der Weg in ein für den jungen Erwachsenen hochinteressantes, also motivierendes und deshalb Durchhaltevermögen versprechendes Berufsleben geglückt ist.

Da man ohne eigenes Erleben kaum einschätzen kann, auf welche Weise der Alltag mit einem stärker ADHS-betroffenen Kind oder jungen Erwachsenen ohne seine notwendige medikamentöse Therapie sich „ereignet", mag der Vergleich mit der Belas-

Symptome/Anforderungen an Bezugsperson im Vergleich	**Demenz**	**– ADHS**
Defizit in kognitiven, emotionalen, sozialen Fähigkeiten	+	+
Kurzzeitgedächtnis betroffen/Vergesslichkeit	+	+(-)
Verlust/Beeinträchtigung v. Denkvermögen, Sprache, Motorik	+	(+)
Verminderung von Selbstkontrolle/Selbstbeherrschung	+	+
Persönlichkeitsstruktur verändert bzw. schwierig (extrem)	+	+
Depressivität	(+)	(+)
Aggressivität	(+)	(+)
Verlust erworbener Fähigkeiten/vermind. Erwerb von Fähigkeiten	+	+
Krankheitsbedingte Unfähigkeit, Unfähigkeit wahrzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen (s. Demenz-Paradoxon)	+	+/-
Kommunikationsprobleme	+	+
Mangelnde Körperpflege, Ordnung, Ernährung	+	+/-
Verlust/Beeinträchtigung d. Orientierungssinns	+	-(-)/+
Dankbarkeit	(+)	(+/-)
erfordert viel Wissen/Verstehen/Verständnis	+	++
erfordert viel/ständige Präsenz, Hilfe, Kontrolle	++	+(+)
erfordert viel Geduld!	++	+(+)
erfordert Zuversicht/Ausdauer/Liebe!	+	+

(+ = trifft zu; – = trifft nicht zu)

tung der Betreuung eines mittelschwer dementen Familienangehörigen helfen, dies zu verdeutlichen. Ein solcher Vergleich ist vermutlich neu, aber da die jüngste Thematisierung der Demenz in der Öffentlichkeit bis hin zur Politik die großen Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags mit Altersdemenz eher nachvollziehbar gemacht hat, mag er erlaubt sein.

Im Unterschied zur Belastung der pflegenden Angehörigen bei Altersdemenz, die naturgemäß immer eine starke Abwärtsbewegung vollführt und letztlich mit der Pflegeheimbetreuung und mit dem Tod des Betroffenen aufhört, ist bei ADHS eine entlastende Aufwärtsbewegung zu erhoffen, die irgendwann in eine hinreichende Entwicklung von Fähigkeiten des Betroffenen zu selbstständiger und zugleich sinnvoller Lebensgestaltung übergeht.

1.6 ADHS – Sein und Schein

Personen, die Kinder mit ADHS nicht in ihrer alltäglichen Umgebung erleben, können oft nicht glauben, was Eltern berichten. Selbst der nicht in ADHS erfahrene Diagnostiker kommt leicht zu einer falsch-negativen Diagnose, wenn er nur dem vertraut, was ihm ein Kind mit ADHS erzählt. Selbst die Aussagen vieler erwachsener Betroffener können von mangelnder Wahrnehmung und lückenhafter biografischer Erinnerung geprägt sein. Bewertet der Diagnostiker bei einem hochmotivierten Kind allein die erfolgreich gemeisterten Tests, kann er in die diagnostische Irre geleitet werden; die Berichte der Eltern über den Alltag sprechen dann eventuell eine klarere, wahrere Sprache.

Diese Zwiegesichtigkeit bei ADHS (s. Drüe S. 61 f.), deren Ursprung nicht in absichtlicher Täuschung des Gegenübers liegt, sondern im Mangel an der Fähigkeiten zur Selbstmotivation, verwirrt und enttäuscht oft auch die Eltern: Wenn kein besonderer, vom Betroffenen als positiv empfundener Reiz (von außen) oder Lust das besondere Interesse bzw. ein angemessenes Verhalten hervorlocken, zeigt sich die ADHS-Persönlichkeit durchaus oft so, wie sie es selber „eigentlich“ nicht will oder gutheißt.

Je nachdem, in welchen Bereichen des Lebens dieses Wechselhafte sich auswirkt, können die Folgen dramatisch sein: Im Bewerbungsgespräch gelingt es dem hochmo-

tivierten Betroffenen, seinen potentiellen Arbeitgeber charmant, intelligent und redegewandt von seinen Fähigkeiten, die er zweifellos besitzt, zu überzeugen. Dann aber können nach einiger Zeit die Langeweile des Alltagsgeschäfts oder seine Unfähigkeit zu strukturierter räumlicher oder zeitlicher Ordnung, also Chaos oder Unzuverlässigkeit, seine berufliche Existenz jäh beenden. Seine Eigenmotivation reicht ohne ständiges Wohlgefühl im Beruf nicht aus, um dort auf Dauer zu bestehen. Ähnliches gilt für die Partnerschaft, die bei ADHS oft nicht lange hält.

Die ADHS-Persönlichkeit: Sein und Schein?

Mit „zwei Gesichtern" – je nachdem wodurch:

- Mangel an Selbstmotivation
- Mangel an Selbstbeherrschung
- Mangel an Empathie
- Mangel an Gedächtnis und Abrufbarkeit von Vorsätzen

Folgen:

- Negativdiagnose, wenn in Diagnostik hochmotiviert (Ehrgeiz, IQ)
- Lob-/Belohnungsabhängigkeit
- Unzuverlässigkeit/Unglaubwürdigkeit
- Enttäuschung im sozialen Umfeld (Vertrauensverlust)
- Erschütterung der Glaubwürdigkeit der Mutter/Eltern

1.7 ADHS und die Folgen für die betroffenen Familien

Nicht gerne gehört, aber Tatsache ist, dass es zumeist die Mütter sind, die nicht nur die alltägliche Belastung mit dem ADHS-betroffenen Kind überwiegend tragen und Versuche unternehmen, Rat und professionelle Hilfe zu bekommen. Auch in der Selbsthilfe spiegelt sich dieses Verhältnis wieder. Was Müttern von Ratgebern scheinbar leichtfertig als Tipp gesagt wird, empfinden sie oft als von Unverständnis geprägt, nicht selten als verletzend: „Sie sind überfordert!", „Haben Sie mehr Geduld!", „Nehmen Sie sich eine Auszeit!" „Lernen Sie loszulassen!".

Solange die Diagnose ADHS nicht gefunden und demzufolge bei Bedarf medikamentöse Therapien und für die Eltern Aufklärung und ADHS-spezifisches Elterntraining nicht durchgeführt werden, bleiben Familien in einem Kreislauf aus Unverständnis, Fehlreaktion und Eskalationen gefangen. Die dramatischen Folgen für das Kind und

den Jugendlichen und später für den noch immer betroffenen Erwachsenen sind oft beschrieben worden.

Wenig thematisiert werden die ADHS-bedingten Auswirkungen auf die anderen Kinder in der Familie. Eltern berichten nicht selten über Streitsucht und Eifersucht des betroffenen Kindes, unter der Geschwisterkinder zu leiden haben. Hassgefühle gesunder Kinder ihren Geschwistern mit ADHS gegenüber können daraus resultieren, dass ihre natürliche Geschwisterliebe überstrapaziert wird.

Gerecht zu bleiben ist für alle Eltern nicht immer leicht – bei ADHS-betroffenen Kindern in der Familie ist höchste Sensibilität gefragt, um großen Unmut zu verhindern. Kinder mit ADHS brauchen eine andere Erziehung, engere Grenzen, die gesunden Kindern nicht unbedingt gerecht würden.

Über Kinder psychisch kranker Eltern steht einiges an Fachliteratur zur Verfügung, Kongresse zu dieser Problematik wurden beispielsweise von Trägern von Jugendhilfeinstitutionen in Gang gesetzt. Eltern psychisch kranker Kinder hingegen sind kaum Thema, obwohl doch die tagtäglichen sonderpädagogischen Anforderungen bei ADHS von früh bis spät vermutlich nicht mal Sonderpädagogen auf Dauer leisten könnten, ohne dabei mit Krankheit zu reagieren. Die noch immer weithin fehlende allgemeine Akzeptanz der ADHS als nicht erzieherisch verursachte Störung verhindert nötige Hilfen, die wegen anderer Krankheiten teilweise einklagbar sind: So wie für den frühkindlichen Autismus der Behindertenstatus seit Jahrzehnten selbstverständlich gewährt wird, befindet sich eine ADHS mit Behinderungswertigkeit derzeit noch außerhalb der Kataloge. Mühsam kann es sein, durch Zusammenstellung der Symptomatik mehrerer Komorbiditäten den Behindertenstatus feststellen zu lassen. Ob das betroffene Kind bzw. der Jugendliche dies aber will, steht auf einem anderen Blatt.

Mit einer ADHS-Problematik ist sehr oft die Unmöglichkeit verbunden, die Zeit und die Umgebung zu strukturieren. Unordnung in vielen Bereichen folgt daraus, was die übrigen Familienmitglieder naturgemäß in Mitleidenschaft zieht. Streit entsteht aus vielen Gründen: wegen Unordnung, Chaos, Messietum, wegen unsinniger Geldausgaben, wegen Nichteinhaltung von Versprechungen und wegen vielem mehr. Dies trifft auf die älteren Kinder und Jugendlichen zu und entsprechend auf viele Erwachsenen mit ADHS.

ADHS kann, wie oben bereits angedeutet, häufiger kriminelle Entgleisungen eines Jugendlichen nach sich ziehen, oft durch Besitz illegaler Drogen. Das Familienklima wird zusätzlich belastet. Letztlich gerät der Ruf der Familie in Gefahr durch die vielen Auffälligkeiten, die ein Kind mit komorbider ADHS auch bei anderen zeigt. Eher ironisch zitieren manche Eltern das geflügelte Wort: Ist der Ruf erst ruiniert … .

2. Wer arbeitet mit ADHS-Betroffenen?

Viele, vermutlich alle Berufe im sozialen Bereich haben mit ADHS-betroffenen Menschen zu tun, darum ist es unabdingbar, dass alle sich mit dem Syndrom gut auskennen, was nur mit einer ausführlichen Beschäftigung mit ADHS erreicht werden kann.

Wenn das heute noch häufige Übersehen der anscheinend ungeliebten Diagnose ADHS der Vergangenheit angehören würde, könnten viele Mittel zielgerichteter eingesetzt auch viel mehr Positives bewirken. Frühe Hilfen und Therapien werden benötigt, um den sekundären Folgen vorzubeugen, die unbehandelt große finanzielle Einbußen für die gesamte Gesellschaft bedeuten. Dass es sinnvoll ist, helfende Einsätze auch unter wirtschaftlichem Gesichtspunkt zu betrachten, belegt ein Beitrag von Claudia Koster in dem aufschlussreichen Buch „Hochrisiko ADHS“ (Stollhoff, S. 211 ff.). Allein die richtigen Interpretationen zur Verursachung der Schwierigkeiten von Menschen mit ADHS und der ihrer Familien vermögen das notwendige Spektrum der Hilfen auszuwählen und zu koordinieren, damit nicht kostbare Zeit verloren geht und die Abwärtsspirale in der Kindesentwicklung oder danach nicht mehr aufzuhalten ist.

Kinder und Jugendliche, später die erwachsenen Menschen mit ADHS haben vielfache Kontakte zu Profis mit helfender Funktion, die aber zu oft viel weniger bewegen können als sie wollen. Unsere Gesellschaft kann und sollte es sich nicht leisten, viele Betroffene wegen einer heute noch verbreiteten Fehleinschätzung des Syndroms einem nur scheinbar selbstverschuldeten unglücklichen Lebensweg zu überlassen. Die Anmahnung von Verbesserungen in Diagnostik und Therapie wird in Deutschland dennoch nicht selten als übertrieben und provozierend bewertet.

Wer arbeitet mit Menschen mit ADHS?

... und wer kennt ADHS?

Eltern
Hebammen, Geburtshelfer
Schreiambulanz
Kinderarzt/-ärztin
Krankengymnast(in)
Frühförderung
Kita/Erzieher(in)
Ergotherapeut(in)
Vereine, Hobbyeinr. (Sport, Musik ...)
Erziehungs- u. Familienberatung
Lehrer(in)
SchulsozialarbeiterI(in)
Psychotherapeut(in) (ärztl./psycholog.)
Heilpraktiker(in)
Esoteriker(in)/Sekten
Psychiater(in)
Jugendamt
Jugendhilfeeinrichtung
Berufsförderungswerk
Ausbilder(in)
Hochschullehrer(in)/Studienberatung
Sucht- und Drogenberatung
Schuldnerberatung
Jugendgerichtshilfe
JVA
Bewährungshelfer(in)
Krankenhaus Notaufnahme
Telefonseelsorge
Psychiatrie
Geschlossene psychiatr. Einrichtung

Die nachfolgende Folie versinnbildlicht optisch die Gefahr einer abgleitenden Lebensentwicklung wegen ADHS, wenn nicht frühzeitig die richtigen Hilfen aufgrund der richtigen Diagnose(n) eingesetzt werden. Frühzeitiges Aufmerksamwerden der Fachkräfte, eine Verdachtsdiagnose und die Vermeidung falscher Interpretationen der Schwierigkeiten des Kindes mit ADHS – und der Schwierigkeiten mit dem Kind mit ADHS – können viel Leid verhindern.

3. Widerstände gegen ein Syndrom

Wie sehr eine falsche Betrachtung des neurobiologischen Krankheitsbildes ADHS die Familien belastet und wie wenig sie den Betroffenen und ihren Familien helfen kann, wird dann besonders deutlich, wenn man sich auf die Schilderungen von Eltern einlässt. Das ganze Elend, in dem sich viele betroffene Familien befinden, solange ADHS für sie noch keine erklärende Diagnose ist, wird erst begreifbar, wenn man den Aussagen Raum gibt und ihnen glaubt.

Es mag manch einer als belästigend empfinden, wenn von Betroffenen und ADHS-Praktikern betont wird, dass Außenstehende die Eigentümlichkeiten der ADHS nicht wirklich verstehen könnten, weil sie nicht mit ADHS-Betroffenen zusammenleben, nicht hautnah miterleben, wie schwierig und irgendwie unerklärlich, ja unerzählbar die sich potenzierenden Symptome des stärker betroffenen Kindes wirken. Eltern zuzuhören ohne ihnen reflexartig eigene Unfähigkeiten zu unterstellen, kann vielleicht ein realistisches Bild entstehen lassen. Wie sehr eine schwere komorbide ADHS-Ausprägung einer Katastrophe für das Familienglück gleichkommt, kann vielleicht das Mitgefühl ermessen.

Dass sich derzeit noch viele, die mit Betroffenen befasst sind, sogar Neurobiologen und Psychiater, der biologischen Aufklärung über ADHS verweigern, hat nicht nur Gründe wie Desinteresse, zeitliche Überlastung oder gescheute Kosten für Fortbildung. Die heute weithin herrschende tiefenpsychologische Grundeinstellung zu den Einflüssen von Anlage und Umwelt, die selbst Menschen ohne psychologische Ausbildung haben, bewirkt vielfach eine vorurteilsbelastete Abwehrhaltung gegen das Syndrom. Sicher sind es auch historische Gründe, „Schatten unseliger Vergangenheit“

(s. Drüe, S. 159 ff), die besonders in Deutschland mit der Bewertung genetisch bedingter menschlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen zu tun haben.

Die Ablehnung der genetischen Gründe von Verhaltensstörungen bei ADHS resultiert des Weiteren aus einer paradox anmutenden Verurteilung des Einsatzes hilfreicher Medikamente, die Verhaltenssteuerung und mangelhafte Konzentration verbessern. Die aktuell noch anhaltende unselige, oft nur scheinbar akademisch geführte Kontroverse um ADHS, die hier nicht weiter thematisiert werden soll, geht sehr zulasten der ADHS-Betroffenen und ihrer mitbetroffenen Familien. Eine ausführliche Diskussion zu dieser Problematik findet sich im Buch der Autorin.

4. Helfer wollen helfen, Hilfen sollen helfen

Damit ADHS-betroffene Kinder (später) eher ein ihren Fähigkeiten angemessenes Leben führen können, ist ein Hilfeprogramm nicht nur frühzeitig, sondern auch für viele Lebensbereiche aufzubringen: Die multimodale Therapie. Weltweit wird sie von ADHS-Experten als Therapiestandard betrachtet, der zurzeit jedoch nur selten erreicht wird. Die vielfältigen Angebote der verschiedenen mit ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen befassten Disziplinen könnten, rein zahlenmäßig betrachtet, vielleicht ausreichen, um diese Forderung zu erfüllen. Doch noch ist zu beklagen, dass der Blick der Fachwelt nur sehr eingeschränkt auf die Fakten rund um die ADHS fällt: Die Theorien zur Verursachung und demzufolge die Therapieansätze stehen zu oft noch auf einem Stand, der wissenschaftliche Ergebnisse der ADHS-Forschung ignoriert.

Auch da hinein gehört der anhaltende Streit um die medikamentöse Therapie, deren Ablehnung sich die Scientology Organisation und unverständlicherweise auch Angehörige seriöser Fachberufe verschrieben haben.

Die relativ wenigen in ADHS ausgebildeten und erfahrenen Angehörigen der Helferberufe, insbesondere der Psychotherapeuten, verzeichnen einen so großen Zulauf von Eltern (vermutlich) betroffener Kinder, dass die Wartezeiten oft nicht nur einige Wochen, sondern viele Monate betragen. Geschlossene Wartelisten sind keine Seltenheit. Dass in den Monaten des Wartens Schulversagen und Schulverweise die Betroffenen ereilen, ist keine übertriebene Darstellung der realen Mangelsituation.

Seit ein paar Jahren bilden sich die Fachkräfte jedoch zunehmend im Thema ADHS fort, sodass Hoffnung besteht, dass in einigen Jahren immer mehr Kindern und Jugendlichen die Hilfen zuteil werden, die sie dringend brauchen. Für viele wird es zu spät sein.

Neben den Hilfen für die betroffenen Kinder bedürfen die Eltern besonderer Unterstützung in der Erziehung ihres Kindes mit ADHS. Nicht, weil sie nicht genügend erziehen könnten (was allerdings bei selbst stärker betroffenen Eltern nicht selten ist), sondern weil diese Kinder je nach Ausprägung des Syndroms und der begleitenden Störungen sonderpädagogische Förderung und Betreuung in vielen Gebieten und schulischen Disziplinen benötigen. Nicht nur Laien-Eltern, auch Profierzieher kommen bei ADHS oft an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit bzw. des Ertragenkönnens. Verschiedene Experten haben deshalb speziell auf ADHS zugeschnittene Elterntrainings entwickelt, die aufgrund der anderen Art der Selbststeuerung bei ADHS hilfreich und in der Regel unverzichtbar sind.

Da anscheinend besonders viele alleinerziehende Mütter für ihr Kind/ihre Kinder mit ADHS kämpfen, und andere Mütter solcher Kinder sich trotz Paarbeziehung oft verlassen und alleinerziehend fühlen, kommt zusätzlichen konkreten Hilfen für die Mütter selbst (bei alleinerziehenden Vätern entsprechend für sie) eine zentrale Bedeutung zu. Überforderungsdepressionen nach jahrelangem, oft vergeblichem Kampf um angemessene Erziehungsergebnisse beim Kind sind Ausdruck und Ergebnis der unzureichenden Hilfeleistung besonders der Profihelfer, die ADHS nicht verstehen und den Eltern sinnvolle Unterstützung verweigern. Insbesondere die täglich schulischen Anforderungen an die häusliche „Nachhilfelehrerin Mutter“ tragen einen großen Teil zu ihrer Überlastung bei.

Es gilt, die Teufelskreise zu durchbrechen, auch indem man an die Gesundheit der Eltern ADHS-betroffener Kinder denkt. Wenn sie durch chronische Überlastung bereits selbst psychisch und/oder körperlich krank geworden sind, können sie den täglichen Anforderungen ihres kranken Kindes noch weniger genügen. Verschiedene Hilfen können nötig sein: Auf jeden Fall zeitliche Entlastung, bei Bedarf Erholungsmöglichkeiten in ADHS-spezialisierten Mutter-Kind-Kureinrichtungen, entspannende Techniken wie autogenes Training, vielleicht auch pharmakologische antidepressive Hilfen, bei Bluthochdruck antihypertensive Therapie. Hilfen zu Erziehung können nur

unter der Maßgabe sachgerechter Einschätzung der ADHS-bedingten Schwierigkeiten positiv wirken, sodass die Eltern sich verstanden fühlen.

Intensive ADHS-Fortbildung der Lehrkräfte und daraus resultierend eine intensive vertrauensvolle Kooperation von Elternhaus und Schule kann eine große Verbesserung für den Schulerfolg des betroffenen Kindes und Jugendlichen und indirekt ein positiveres, Kind und Eltern entlastendes Familienklima herbeiführen.

Unterstützende und aufbauende Hilfen können zumindest in Teilbereichen lindernd wirken. Ihr Kind mit schwerer und komorbider ADHS würden nur wenige Eltern sozusagen als letzten Ausweg professionellen Erziehern in Einrichtungen der Heimerziehung oder Tagesbetreuung anzuvertrauen wollen, da für Eltern in der Regel keine Alternative zu der eigenen Erziehung Ihrer Kinder infrage kommt. Es sei denn, sie ist durch schwere ADHS-Ausprägung und/oder daraus folgenden Fehlentwicklungen unmöglich geworden. Dem gilt es aber gerade, vorzubeugen! Die multimodale, also breit angelegte und frühzeitige Therapie kann die Hilfen bieten, um schweren Sekundärstörungen und einem stark defizitären (späteren) Leben vorzubeugen. Erste Voraussetzung dafür ist eine ausgefeilte Differentialdiagnostik.

Dass zu den dann folgenden Therapiebausteinen die Schulung der Eltern und der pädagogischen Bezugspersonen der Kindertagesstätte und besonders der Schule unbedingt gehört, muss in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung, speziell auch bei den Krankenkassen, sowie im Bildungsbereich erst bewusst werden.

Die ADHS-Therapie: multimodal

ADHS ist nicht heilbar, aber behandelbar!

- Situationsanalyse
- Elternberatung
- ADHS-Elterntraining
- bei neurologischem Befund: gezielte Physiotherapie
- Belohnungssystem
- verhaltenstherapeutische Interventionen
- Medikamente
- Coaching
- evtl. sozialtherapeutische Unterstützung
- oligoantigene Diät (gesicherte Studien fehlen noch)

(Quelle: www.adhs-deutschland.de)

Wie bereits betont, bleibt bei ADHS über das Jugendalter hinaus immer wieder die Notwendigkeit zu helfenden Einsätzen bestehen. Oft sieht der oder die Betroffene erst im reiferen Alter die Bedürftigkeit nach Führung und Strukturierung ein. Wenn der Spitzensportler seinen Coach akzeptiert und mancher Manager deren zwei benötigt, um sich nicht zu verheddern – ein ADHS-betroffener Erwachsener erkennt oft lange nicht sein Defizit an Eigenstruktur. Ist dieser „Groschen" erst einmal gefallen, dann kann viel erreicht werden, sofern es die nötigen Angebote und eine Finanzierungsmöglichkeit gibt. Bisher gehört das Coaching nur selten in das Repertoire der sozialpädagogischen und psychologischen Helfer, da man dort oft noch glaubt, dass Appelle und Pläne vom ADHS-ler in die Tat umgesetzt werden könnten, wenn er/sie es will oder „versprochen" hat. Dies gilt entsprechend für selbst betroffene Eltern.

Coachende Hilfen

- bei Bedarf täglich (ständig)!
- auch bei Jugendlichen und Erwachsenen
- auch bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Gratwanderung zwischen Kommandieren, Dirigieren, Führen, Motivieren, Vertrauen
- unbeliebt, aber nötig: Kontrollieren, Wiederholen
- Verträge und Regeln: knapp, schriftlich

5. Schluss

Das Wissen über die neurologischen Besonderheiten lässt begreifen, warum der Alltag bei ADHS oft nicht wie beabsichtigt funktioniert: ADHS ist eine Problematik verminderter Selbststeuerungsfähigkeiten. Erst das rationale Verstehen des Syndroms kann ein besseres Verständnis für den Betroffenen und seine Familie bewirken. Die Eltern ADHS-betroffener Kinder benötigen dieses Verständnis von vielen Seiten, denn Nichtverstehen in der sozialen Umgebung führt dazu, dass Eltern wie ihr Kind mit ADHS selbst zunehmend ausgegrenzt werden oder sich immer mehr zurückziehen und damit selbst isolieren.

Bisher wird Eltern dieser Kinder von ihrer Umwelt noch oft nur wenig Verständnis zuteil, selbst dann, wenn sie ihr Kind verlieren sollten. Ob Weglaufen, Drogensucht, Alkoholismus, Gefängnisaufenthalte, Obdachlosigkeit oder Suizid, auch Inobhutnahme durch die Behörden – all dies ist bei ADHS erwiesenermaßen wahrscheinlicher als bei Nichtbetroffenen – die Eltern werden derzeit noch wenig Verständnis oder gar Mitleid in ihrer Umgebung erfahren können. Vielfach schwingt, oft unausgesprochen, der Verdacht einer verursachenden Beteiligung der Eltern am Elend ihres Kindes mit. Mehr Verständnis wird Eltern entgegengebracht, die ein Kind durch Tod nach schwerer Krankheit oder durch einen nicht selbst verschuldeten Unfall verloren haben.

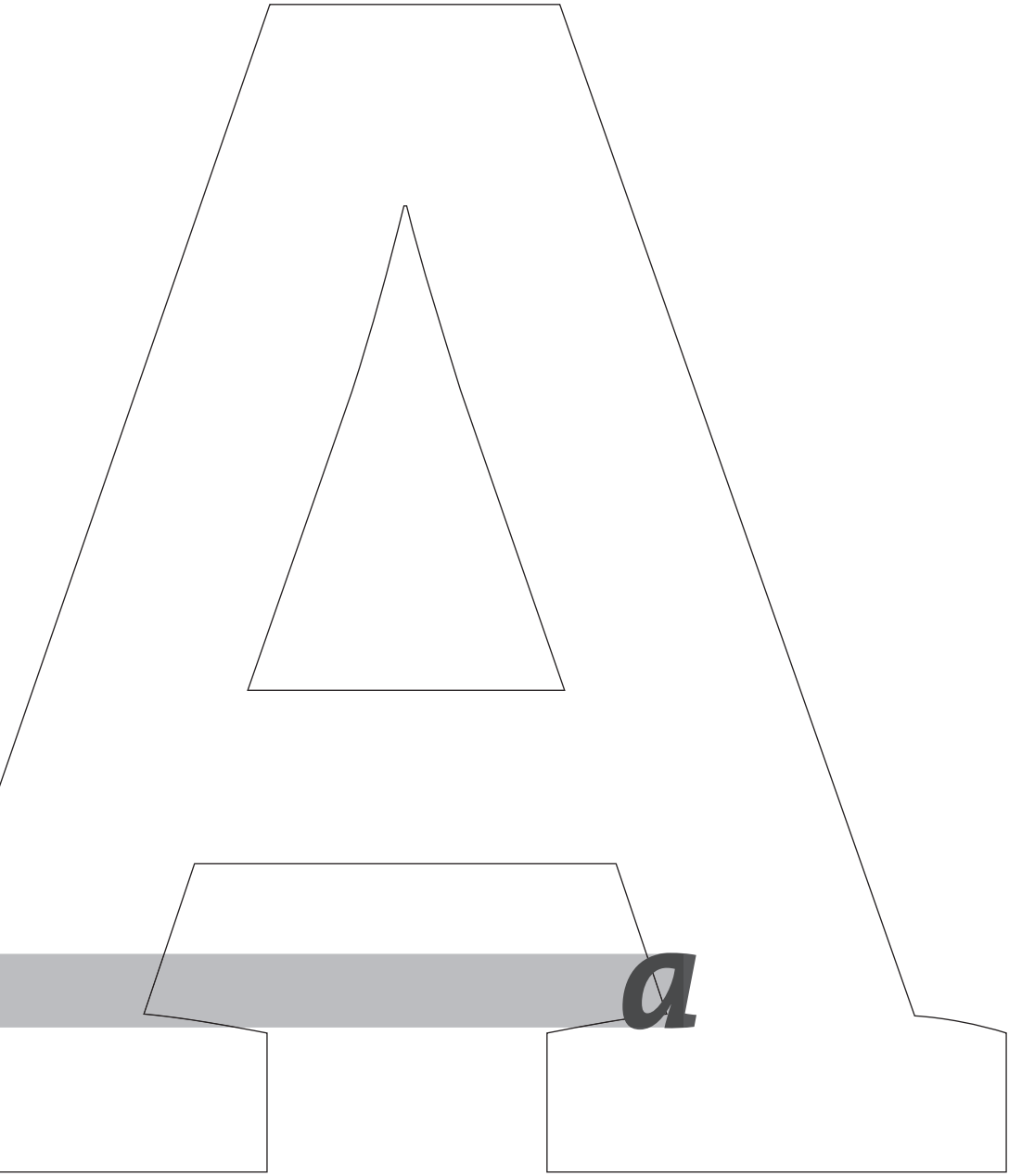
Ihr Kind mit ADHS können Eltern aber bereits früh auf eine andere, wenig spektakuläre Art verlieren. Dies versteht und verdeutlicht Barkley, dessen Zitat nun vervollständigt werden soll: „‘Es geht schon eine ganze Zeitlang so’, sagte sie, ‘ein paar Jahre. Ich könnte nicht sagen, wann es genau angefangen hat, aber ich bin mir so sicher, dass es so ist, wie man als Mutter nur sein kann. Ich verliere ihn; er treibt von mir weg und vielleicht kommt er nie wieder zu mir zurück. Das wäre das Schlimmste, was mir überhaupt passieren könnte.’“ (Barkley, S. 19 f.)

Die sich anschließende Aussage des großen Pioniers im Thema ADHS soll den Abschluss meiner Überlegungen aus Elternsicht bilden: „Ich habe es noch nie erlebt, dass ein Elternteil so schnell auf den Punkt gebracht hat, worunter er – und wahrscheinlich auch sein Kind – so zu leiden hat. Der Verlust, den diese Mutter beschrieb, findet auf einer so grundlegenden Ebene statt, dass er nur selten direkt zur Sprache gebracht wird. Möglicherweise ist er nur dann noch größer, wenn ein Kind stirbt. Die Beziehung, deren Verlust diese Frau befürchtete, ist die treibende Kraft im täglichen Miteinander von Eltern und Kindern. Sie ist die Grundlage für alles, was Eltern für ihre Familien tun.“

Literatur

Barkley, Russel A.: *Das große ADHS-Handbuch für Eltern.* Hans Huber, Bern (2002).
Drüe, Gerhild: *ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit.* W. Kohlhammer, Stuttgart (2007).
Freitag, Christine M. & Retz, Wolfgang (Hrsg.): *ADHS und komorbide Erkrankungen.* W. Kohlhammer, Stuttgart (2007).
Krause, Johanna & Krause, Klaus-Henning: *ADHS im Erwachsenenalter.* Schattauer, Stuttgart (2004).
Neuhaus, Cordula: *Hyperaktive Jugendliche uns ihre Probleme.* Urania-Ravensburger, Berlin (2000).
Skrodzki, Klaus: in: Skrodzki, K. & Mertens, K.: *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Borgmann, Dortmund (2000).
Stollhoff, Kirsten (Hrsg.): *Hochrisiko ADHS. Plädoyer für eine frühe Therapie.* (2002).

www.adhs-deutschland.de
www.zentrales-adhs-netz.de


a

D

Gerhild Drüe

Welche Hilfen benötigen Familien mit ADHS-betroffenen Kindern?

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) eines Kindes kann, wenn sie stärker ausgeprägt ist, ein großes existenzielles Problem bedeuten, das jedes einzelne Familienmitglied stark herausfordert und beeinträchtigt. Die spezielle Familienkonstellation, die Anzahl und das Beziehungsverhältnis der erwachsenen Bezugspersonen, die Anzahl, das Alter und Geschlecht der ADHS-betroffenen Kinder und der Geschwisterkinder, der soziökonomische Status, Berufstätigkeit, Bildungsstand, der Wohnort, die Wohnung oder das Haus, das die Familie bewohnt – all diese Faktoren und viele mehr beeinflussen die Entwicklung des Kindes/der Kinder mit ADHS und damit auch die ADHS-Ausprägung. Sie bilden zugleich den individuellen Rahmen für die von außen einzubringenden Hilfen. Ein fertiges Konzept für diese Hilfen kann es deshalb nirgends geben. Maßgebend bleiben die jeweiligen Umstände in der Familie und in ihrem Umfeld sowie die Besonderheiten des Kindes.

2. Voraussetzungen

2.1 Ein Grundproblem: Die genetischen Ursachen

ADHS beruht vorwiegend auf genetischen Veränderungen, was seit Jahrzehnten durch Adoptions- und Zwillingsstudien und mittlerweile auch durch molekulargenetische Befunde bewiesen ist. Deshalb ist ADHS bisher nicht heilbar wie viele episodische psychische und körperliche Erkrankungen. Doch nicht nur die ADHS selbst, sondern ebenso viele begleitende Störungen sind teilweise genetisch bedingt und chronischer Natur.

Diese Chronizität war vor einigen Jahren nicht einmal vielen ADHS-Experten geläufig, da man wegen des Nachlassens der großen motorischen Unruhe in der Pubertät annahm, dass sich ADHS im Jugendalter „irgendwie auswachse". Da sich zwar oft lediglich die leicht wahrnehmbare Hyperaktivität vermindert, nicht aber die innere Unruhe und das Getriebensein, ist es erforderlich, die Hilfen, derer das Kind und seine Familie bedürfen, teilweise langfristig anzusetzen. Vor allem aber – und das ist für die helfenden Berufe nur wenig reizvoll – sind nicht oft genug rasch und deutlich spürbare und zugleich langfristige Erfolge zu verzeichnen. Insbesondere gilt dies bei ADHS-Betroffenen mit vielen und zugleich stark ausgeprägten begleitenden (komorbiden) Störungen. Wichtig ist aufgrund der individuell sehr verschiedenartigen Ausprägung dieses Mosaiks „ADHS plus Komorbidität", hier vereinfachend als „ADHS" bezeichnet, die jeweiligen Bedürfnisse zu erkennen und die Möglichkeiten der Hilfegewährung auszuloten.

2.2 ADHS-Vielfalt: Die Art und Schwere der Symptomatik

Eine ADHS kommt selten allein. Insbesondere eine reine Aufmerksamkeitsstörung ohne die weiteren ADHS-Kernsymptome Impulsivität und Hyperaktivität scheint sehr selten zu sein. Fast immer begleiten weitere neurologisch bedingte Probleme die Patienten mit ADHS.

Grundlage für einen aussichtsreichen Ansatz in der Hilfeplanung bei komorbider ADHS ist eine genaue Diagnostik, die nicht nur ADHS „wirklich" diagnostiziert, sondern auch alle begleitenden Störungen erkennt und einordnet und sie gegeneinander abgrenzt, was wegen ähnlicher Symptomatik ein schwieriges Unterfangen sein kann. Ebenso fällt oft eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Symptome bzw. Erkrankungen nicht leicht. Sie ist am ehesten dann möglich, wenn man viel Zeit für die Anamnese aufwendet und die rückblickenden Berichte der Eltern (besonders der Mütter) ernst nimmt. Bei Eltern, die selbst stärker von ADHS betroffen sind, wird diese Rückschau möglicherweise sehr lückenhaft ausfallen.

Die große Individualität der gesunden Anteile eines jeden Patienten bzw. Klienten und zusätzlich das vielfach variierende große Spektrum an „Betroffenheiten" bei ADHS ergeben für alle Individuen diagnostische Bilder, die kaum uneinheitlicher sein

können. Bereits an der großen Verschiedenheit der benötigten Dosis an Stimulanzien (Methylphenidat (MPH), als Ritalin® fast jedem ein Begriff), ist zu erkennen, wie unterschiedlich allein die Stoffwechsellage jedes ADHS-Betroffenen ist – eben wie alle Menschen unterschiedlich sind. Auch hier kommt anscheinend die Ausprägung der Symptomatik zum Tragen, sodass die individuell wirksame MPH-Dosierung nicht pauschal nach Körpergewicht errechnet werden kann, sondern erst durch Aufdosieren herausgefunden werden muss.

Diese Individualität jedes Menschen mit komorbider ADHS erfordert deshalb von allen therapeutischen Interventionen – wozu in der multimodalen ADHS-Therapie auch ganz besonders die pädagogischen gehören – ein auf diesen Patienten und seine Familie bezogenes vernetztes Handeln der Beteiligten. Ein Therapieplan kann deshalb nicht wie eine für alle gleichermaßen gültige ADHS-Checkliste aufgestellt und abgearbeitet werden. Zudem bietet das Leben Überraschungen, die helfend oder schädlich für die Entwicklung des betroffenen Kindes sind, beispielsweise neue Cliquen oder Freundschaften, ein Schulwechsel oder eine Lehrstelle. Generell sind ADHS-betroffene Kinder bei Veränderungen in ihrem Lebensumfeld leicht aus der Bahn zu werfen, was es zu berücksichtigen gilt.

Ebenso kommt es sehr darauf an, welche therapeutischen Ansatzmöglichkeiten beim Betroffenen selbst zu finden sind: Verhaltenstherapeutische Bemühungen beispielsweise können bei einem wenig intelligenten und mit wenig Fähigkeit zu Selbstwahrnehmung und Reflexion kaum wirksam werden, während ein ganz anders begabtes Kind oder ein interessierter Jugendlicher große Fortschritte dadurch machen kann, weil die zur Therapie notwendige Einsicht und Motivation vorhanden sind.

Nicht immer steht ADHS im Vordergrund der Wahrnehmung des Krankheitsbildes: Komorbide Störungen wie z. B. eine Ticstörung oder Tourette-Syndrom (TS) können aufgrund ihrer starken Ausprägung die Probleme der ADHS in den Schatten stellen, doch bedürfen beide der Behandlung durch Ärzte und Verhaltenstherapeuten, die hier in beiden, sinnvoller Weise in allen ADHS begleitenden Störungsbildern erfahren sind.

Insbesondere die Störung des Sozialverhaltens, evtl. in oppositionell-aggressiver Ausprägung, die eine häufige Begleitstörung bei ADHS darstellt, verlangt von allen Bezugspersonen und Profihelfern sehr große Anpassungsleistungen.

Grundbedingung ist generell eine intensive Zusammenarbeit der verschiedenen professionellen Disziplinen mit den Eltern als Knotenpunkt. Sind diese aber z. B. aufgrund eigener ADHS oder anderer Probleme nicht in der Lage, Verabredungen und Termine einzuhalten, den Überblick bei der Koordination der Hilfen zu behalten und vorausschauend immer wieder die Bedürfnisse des ADHS-Kindes zu erkennen, dann ist es notwendig, diese Aufgabe professioneller Familienhilfe zu übertragen, die kontinuierlich, evtl. in täglichem Einsatz, Kind und Eltern unterstützt.

2.3 Ressourcen und Begabungen

ADHS zu haben bedeutet nicht, nur Defizite zu haben. Familien mit ADHS sind ebenso nicht immer Familien mit Defiziten in allen möglichen Bereichen. Meist verfügen die Eltern über viele Stärken, die unter der übergroßen Belastung mit ihrem ADHS-betroffenen Kind/ihren Kindern verschüttet sein können. Haben Eltern früher mit Schwung noch viele gemeinsame Unternehmungen mit ihrem Kind gestartet, können die in Vergessenheit geraten sein, da die schwierigen, vielleicht destruktiven Verhaltensweisen des ADHS-Kindes die Eltern irgendwann überforderten und ihnen die Lust zu weiteren Familienaktivitäten genommen haben.

Was meist Mütter an alltäglicher Hausaufgabenbetreuung für ihr Kind zu leisten imstande sind, mag Fremden zuweilen als übertrieben erscheinen. Die Nachhilfelehrerin Mutter wird zwar selbst von Lehrkräften zuweilen skeptisch und als per se überfordert betrachtet, sie bietet aber vielleicht die größtmögliche Förderung für das Kind mit ADHS. Welche Energie viele Mütter und teilweise Väter aufbringen, ihrem Kind einen Schulerfolg zu erarbeiten, kann nur erahnt werden.

Zu den Ressourcen, die einer Familie mit ADHS-betroffenen Kindern zugute kommen können, ist auch das jeweilige Umfeld dann zu zählen, wenn es überschaubar und gut strukturiert ist, wenig Anreize mit solchen Dingen und Personen bietet, die dem labilen und impulsiven Kind oder Jugendlichen mit ADHS sehr schnell schaden können.

Stehen der Familie die notwendigen Institutionen wie Therapieplätze, eine dem Thema ADHS aufgeschlossene Schule oder Vereine ohne weite Wege zur Verfügung, bieten ferner z. B. ein nahe gelegener Spielplatz, Spielkameraden mit guter Sozial-

kompetenz, eine verständnisvolle Nachbarschaft oder andere Bekannte und Freunde ein günstiges soziales Umfeld, steigen damit auch die Chancen, dass das Kind mit ADHS ohne große Fehltritte oder Rückschläge aufwachsen kann – immer vorausgesetzt, eine notwendige medikamentöse Therapie wird sachgerecht, also konsequent und gut dosiert, durchgeführt. Nicht zuletzt spielen auch die wirtschaftlichen Verhältnisse eine große Rolle, da eine finanzielle Mangelsituation viele für das Kind und seine Familie günstige Aktivitäten verhindert.

Ist aber von den Eltern nur wenig konstruktive, verlässliche und erzieherisch günstige „Mitarbeit" zu erwarten, vielleicht weil sie selbst schwer von ADHS und/oder anderen Störungen betroffen sind, dann stehen die Chancen insgesamt schlecht für ein Kind mit ADHS. Hauptbaustein der ADHS-Therapie ist eben eine hochkompetente Erziehung, die nicht ruht, täglich zu wiederholen, was schon wieder vergessen ist. Daher ist es nur realistisch, wenn der professionelle Helfer bei selbst deutlich ADHS-betroffenen Eltern annimmt, dass hier viele Jahre lang eine breite, beratende und insbesondere coachende Unterstützungsarbeit zu leisten ist.

Kinder und Jugendliche mit ADHS verfügen selbstverständlich neben ihren störungsbedingten Defiziten über Begabungen, die ihnen jedoch oft zu wenig weiterhelfen. Die manchmal sehr großen Talente und Stärken gilt es zu suchen, wenn sie nicht offensichtlich sind. Da aber die Schuljahre die große Hürde im Leben mit ADHS bedeuten, weil die vom Syndrom verursachten Defizite sich hier wegen der hohen Anforderungen an Konzentration, Ausdauer und Selbstdisziplin besonders negativ auswirken, ist nicht nur die Förderung von Schwächen wichtig, sondern es bedarf genauso der Möglichkeiten, Stärken auszuleben und zu vervollkommnen. Dieser Förderung eines positiven Selbstwertgefühls sollte hohe Priorität beigemessen werden. Leider bietet das öffentliche Schulwesen vielfach nicht genügend Chancen zu Aktivitäten, die nicht vorrangig dem Lernen abfragbaren Wissens, sondern der Entdeckung besonderer Fähigkeiten und der Selbstverwirklichung dienen.

2.4 Elterliche Kompetenz

Obwohl glücklicherweise nicht die meisten Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern Multiproblemfamilien gegründet haben, sollte dennoch auch der professionellen

Hilfe für kompetente Eltern, selbst für Profieltern, eine herausragende Bedeutung zukommen. Dies erklärt sich aus der Andersartigkeit der Reaktionen ADHS-betroffener Kinder, die von niemandem einfach hinzunehmen oder zu ertragen sind. Sich darauf einzustellen muss gelernt und trainiert werden, und zwar in speziellen ADHS-Elterntrainings, die zugleich über die neurobiologischen Besonderheiten des Störungsbildes aufklären. Von Natur aus stets den richtigen Umgang mit einem schwerer ADHS-betroffenen Kind (insbesondere mit einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens) praktizieren zu können, ist wohl eher unmöglich.

Wichtig für den professionellen Helfer ist zuerst, die elterlichen Kompetenzen zu sehen, denn Eltern sind in der Regel diejenigen, die ihr Kind am besten kennen. Meist haben sie vernünftige Vorstellungen von Erziehung. Eltern zu unterstellen, dass sie ihre Kinder nicht anregen, verwöhnen, sie stundenlang dem Fernseher „anvertrauen" und dergleichen, sollte man sich versagen, solange nicht der Gegenbeweis erbracht ist. Vielfach wirken die hyperaktiven Kinder mit ADHS aber so, als würden ihre Eltern sie wenig kompetent erziehen. Da es zweifellos Eltern mit wenig Möglichkeiten positiver Zuwendung gibt, ist vor jeder Beurteilung große Vorsicht geboten, um sich nicht in Vorurteilen zu verfangen. Kinder mit ADHS gibt es in allen Bevölkerungskreisen, auch in Pädagogen- und Psychologenfamilen.

Wenn die elterlichen Fähigkeiten, ihre Wahrnehmung der Problematik und ihre Bereitschaft zu überlegtem und beständigem „Kampf" fürs Kind ausgeprägt sind, können partnerschaftliche Gespräche zwischen ihnen und den Profihelfern besonders gut weiterhelfen, wenn auch die Ideen der Eltern aufgenommen werden. An der Stärkung ihrer Kompetenz durch konkrete professionelle Angebote sind Eltern besonders dann interessiert, wenn sie den Eindruck gewinnen, dass man sie versteht und bereit ist, von ihnen über ihr Kind mit ADHS zu lernen.

2.5 ADHS-Familien sind nicht selten Multiproblemfamilien

Wer mit Eltern wegen der ADHS eines betroffenen Kindes arbeitet – sei es therapeutisch oder sei es im weitesten Sinne sozialpädagogisch in der häuslichen Umgebung, sei es als Lehrkraft mit dem Versuch eines sinnvollen Elternkontaktes – nicht selten wird man erkennen müssen, dass die gesamte Familie in einem unheilvollen Dilemma

steckt. Man wird hier häufig mit Folgen unbehandelter ADHS bei einem Elternteil oder bei beiden konfrontiert sein: Sucht, Desinteresse und Passivität, vielleicht Depression, Unordnung oder Chaos im Haushalt, Überschuldung und chronische Beziehungsprobleme mit Streit und impulsiver Gewalt, und vielleicht mit vielem mehr, was dem Klischee der asozialen Familie entspricht. Familien mit einer besonders großen Kinderzahl ohne genügende erzieherische Fähigkeiten der Eltern findet man anscheinend besonders dann, wenn die Mutter selbst stärker von einer ADHS betroffen und deshalb unstrukturiert ist und Probleme mit der Wahrnehmung der Probleme hat.

Das klischeehaft anmutende Negativbild des rauchenden Elternteils vor dem Fernseher oder der Spielkonsole, vielleicht alkoholsüchtig und unbeherrscht, muss nicht, kann aber mit der (nie gestellten) Diagnose ADHS zu erklären sein. Verwahrlosungstendenzen liegt oft ADHS und/oder Depression zugrunde, und bedenkt man die intelligenten Einlassungen mancher chaotischer Menschen, dann wird deutlich, dass es nicht „Dummheit" sein kann, dass das Leben in so tristen Verhältnissen stattfindet.

Den Familien mit einer so großen Vielfalt an Problemen aller ihrer Mitglieder zu helfen, erfordert einen Kraftakt, der hier nicht mit Tipps zu beschreiben ist. Solange diejenigen, die die Richtung professioneller Hilfe bestimmen, ADHS nicht als einen häufigen Hauptgrund für das Notwendigwerden ihrer Arbeit erkennen, können auch die Praktiker nicht das tun, was nötig ist. Finanzielle Mittel bestimmen das Ausmaß an Hilfe und auch die Qualität, deshalb ist eine politische Fachdiskussion grundlegend für effektive Sozialarbeit. Wiederholte intensive Fortbildungsangebote für jede einzelne Fachkraft sind zu fordern. Der erste ADHS-Kongress der Kinderschutz-Zentren beispielsweise ist ein allererster kleiner, aber wichtiger Schritt, um die Tragweite von ADHS ins fachliche Denken zu rücken.

3. Mangel in der Verfügbarkeit von Hilfen

Theorien der wissenschaftlichen pädagogischen bzw. sozialpädagogischen Fachwelt, die die neurologischen Besonderheiten der ADHS weitgehend ausblenden, setzen für die Praxis in weiten Bereichen auf Freiwilligkeit und Selbstständigkeit im Handeln der

betreuten Klienten. Ein Grund dafür ist unter anderem darin zu sehen, dass Zwangsmaßnahmen in unserer liberalen Gesellschaft verpönt sind. Erst wenn konkrete Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen oder eines Familienangehörigen erkannt wird, darf mit Zwang gearbeitet werden. Im Nachhinein erweist sich dies nicht selten als problematisch für die Schwächsten in unserer Gesellschaft, die Kinder.

In der Vorausschau ist unter ADHS-Aspekt die Entwicklung eines Kindes teilweise anders zu bewerten als es bisher üblich ist. Viele Entwicklungsstörungen werden lediglich als Entwicklungsverzögerungen eingeordnet, wodurch nötige Hilfen oft ausbleiben, da man ja annimmt, dass sich mit der Zeit vieles „zurechtwächst" oder „auswächst". Dass aber viele Probleme chronische Probleme sein können, die nicht aus elterlichen Versäumnissen resultieren, wird oftmals ignoriert. Das gilt beispielsweise für motorische und sprachliche Entwicklungsprobleme, wie sie bei ADHS häufig auftreten. Therapeutische Bemühungen müssen demzufolge früh genug mit solchen Verfahren einsetzen, die ADHS in ihre Konzepte einbeziehen.

Die Bedeutung frühzeitiger ADHS-Interventionen gilt in ganz besonderem Maß auch für Lernprobleme, die die Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen betreffen. Frühe Förderung in kleinsten Gruppen oder in Einzelsitzungen helfen, diese Probleme so zu verkleinern, dass der Schulerfolg mit einem Abschluss möglich wird. Nur wenigen Schülern werden bisher solche individuellen Hilfen zuteil. Unter anderem ist es eine Frage der unzureichenden Konzeption schulisch integrierter Förderung und auch der finanziellen Ausstattung der Jugendhilfe sowie mangelnder Vernetzung der Fachdisziplinen.

Es existiert vielfach ein ganzes Bündel an Hilfebedarf, je nachdem wie ein Kind bzw. eine Familie betroffen ist. Vieles kann von Eltern in gute Bahnen gelenkt werden, wenn sie die grundlegenden Erkenntnisse zu ADHS beherrschen und die Fähigkeiten besitzen, für sich und ihr Kind/ihre Kinder weitere Hilfen zu beantragen. Per Kinder- und Jugendhilfegesetz steht vieles an Angeboten zur Vermeidung seelischer Behinderung zur Verfügung, was Eltern dennoch erst erkämpfen müssen – zu oft ohne positives Resultat. Ein Lotse, der sie durch den nur schwer zu durchschauenden Hilfe-Dschungel führt, würde eigentlich gebraucht.

Dass ganz „normale", fähige Eltern ihre eigene defizitäre und oft auch unglückliche Familiensituation erkennen, wird in der ADHS-Selbsthilfe immer wieder deutlich.

Insgesamt herrscht auf allen Gebieten jedoch rund um ADHS ein eklatanter Mangel an Hilfen, unter anderem deshalb, weil das Syndrom selbst noch vielfach als „nicht wirklich existierend" bewertet wird. Eine deutliche Verbesserung der Situation ist noch nicht abzusehen.

Das Fazit für Angehörige der Helferberufe kann nur lauten: Baldige intensive Weiterbildung im großen Thema ADHS, auch außerhalb der eigenen Fachrichtung, Vernetzung unter allen Disziplinen innerhalb der Kommune oder Region. Es gilt, den eigenen Weg fachlich fundiert mit Hilfe möglichst vieler Kooperationspartner zu finden, zu denen auch die Betroffenenorganisationen bzw. Selbsthilfegruppen gehören sollten, denn vorgefertigte Handlungsanweisungen stehen nicht zur Verfügung. Für jedes betroffene Kind und seine Familie muss das geeignete Vorgehen mit den regional vorhandenen Fachleuten neu erfunden werden.

4. Die Multimodale Therapie als individuelles Hilfeangebot

Nicht neu erfunden werden muss das als grobes Raster zu begreifende Modell der multimodalen Therapie (www.zentrales-adhs-netz.de). Es gilt jedoch, sie nach einer differenzierenden Diagnostik je nach dem Bedarf und den Möglichkeiten der professionellen ADHS-Experten mit vielen verschiedenen Inhalten zu füllen.

Erster Schritt und Grundlage ist die Aufklärung der Eltern und der weiteren Bezugspersonen des betroffenen Kindes; bei älteren bzw. interessierten Kindern ist eine altersgemäße Erklärung des Störungsbildes angezeigt. Hierzu steht mittlerweile kindgerechte Literatur zur Verfügung.

Eine meist notwendige Umstellung der Erziehung, die mit einer positiven Haltung zum Störungsbild selbst (Akzeptanz) und damit auch dem Kind gegenüber beginnt, kann bereits zur Verbesserung vieler Probleme im zwischenmenschlichen Bereich beitragen.

Positive Verstärkung gelungenen Verhaltens oder erledigter Pflichten, auch des Lernens, sind vermutlich bei allen Kindern hilfreich, wenn auch in sehr unterschiedlichem Maß. Je nach den Möglichkeiten der Familie können/müssen Belohnungs-

systeme entwickelt oder aus Therapieprogrammen der bekannten Autoren verwendet werden.

In Kindertagesstätten sind, wie für Eltern und andere häusliche Bezugspersonen auch, die ADHS angemessenen Prinzipien notwendig, die durch ausführliche Grundinformation über das Störungsbild und nachfolgende Trainingseinheiten erworben werden. Für ADHS-betroffene Kinder unverzichtbar und für sehr viele nicht von der Störung betroffene junge Kinder durchaus hilfreich ist das Fundament hoher Strukturierung vonseiten der Erwachsenen.

ADHS in Kindertagesstätte und Schule

- frühzeitige Diagnose
- Verstehen – Verständnis
- gute Erzieherin/Lehrerin-Eltern-Kontakte
- kleine, feste Gruppe
- gleichbleibende Räume
- gleiche Bezugspersonen
- feste Struktur im Tagesablauf, Rituale
- wenige, aber feste Regeln
- gesteuerte Bewegungsspiele
- gesteuerte Spiel- u. Lernsituationen
- viel Übung für Defizite (motor., sprachl., sozial)
- genügend Zeit einräumen
- viel Lob für Gelungenes
- Ermunterung bei Schwächen
- Anreize zum Durchhalten unbeliebter (z. B. feinmotorischer) Tätigkeiten

Insbesondere der große Bereich Schule, wo die ADHS-bedingten Probleme meist die negativsten Erlebnisse für die Betroffenen und ihre Eltern, oft auch für die Lehrkräfte und die Mitschüler bewirken, verlangt danach, ADHS ins Denken und Lehren zu integrieren. In der deutschen Schulpolitik und weithin in der Lehrerausbildung wird ADHS bisher wenig als ein Kernproblem von schulischem Misserfolg gesehen. Die Erziehungswissenschaftler verschließen sich dem Thema bisher weitgehend oder stellen sich auf die Seite der sich „kritisch“ nennenden, d. h. eine biologische Verursachung weitgehend ablehnenden Gruppierungen. (Zu Betrachtung dieser Diskussion sei auf das Buch „ADHS kontrovers“ der Autorin verwiesen.)

Zur multimodalen Therapie der betroffenen Schüler gehört jedoch unbedingt, den schulischen Bereich als großen ADHS-Therapiebaustein zu entwickeln. Ein vertrauensvoller Lehrer-Elternkontakt bildet dann eine Grundvoraussetzung, um den

Jugendlichen auch bei stärkerer ADHS-Betroffenheit mit einem Abschluss entlassen zu können. Dies gilt ebenfalls für die Zeit nach Erreichen der Volljährigkeit, wenn aus rein rechtlichen Gründen die Elternarbeit eigentlich zurücktreten müsste, aber noch notwendig ist.

Sind die Probleme gravierend und durch syndromspezifische Erziehung und andere pädagogische bzw. therapeutische Hilfen nicht bald genügend zu verbessern, sollte oder muss die medikamentöse Therapie versucht und durch Aufdosieren ihre positive Wirkung erreicht werden. Bei großen schulischen Lern- und Verhaltensproblemen sind die Lehrkräfte aufgefordert, den Wirkungseintritt abzuwarten, statt mit den üblichen, bei ADHS oft nicht helfenden Sanktionen (Zeugniskonferenz: Sitzenbleiben; Klassenkonferenzbeschlüsse wie Schulverweis) eine Verbesserung von vorneherein auszuschließen.

Da erwiesenermaßen unter medikamentöser Therapie nicht nur Erziehung, sondern weitere Lern- und Psychotherapien mehr fruchten als ohne Medikamente, sind jetzt die weiteren geeigneten Hilfen anzugehen: Bei Teilleistungsschwächen entsprechende fachlich fundierte Förderung, Nachhilfe in den „Lernfächern", um Versäumtes aufzuholen, Verhaltenstherapie/Selbstinstruktionstraining. Zeigt ein ADHS-betroffener Schüler Ehrgeiz und grundsätzlich den Willen zum guten Schulerfolg, kann mit den flankierenden Hilfen sehr viel erreicht werden.

Motivierte Kinder/Jugendliche profitieren von Trainingseinheiten zum allgemeinen Lernverhalten, während solche, die mangels eigener Möglichkeit sehr viel mehr strukturierende Führung benötigen, eine tägliche Hausaufgabenbegleitung brauchen. Üblicherweise leisten Mütter diese meist sehr schwere Arbeit, und es entwikkelt sich aufseiten des Kindes leicht eine Verstärkung seiner Abwehrhaltung der Mutter gegenüber. Um sie zu entlasten und die Negativspirale in der Eltern-Kind-Beziehung abzubiegen, ist der Einsatz anderer Hausaufgabenbegleiter sinnvoll. Dies können ältere Schüler oder Studenten sein, was preiswert, aber in ländlichen Regionen nicht leicht zu realisieren und von Eltern kaum zu finanzieren ist. Die Jugendhilfe sollte hier zunehmend den Bedarf an flexibleren Hilfen erkennen, da die Strukturen vielfach in privater Trägerschaft vorhanden, aber oft sehr teuer und zugleich nicht ADHS-kompatibel ausgelegt sind.

Für den umfassenden sozialpädagogischen Bereich (Erziehungsbeistände, Sozialpädagogische Familienhilfe, Drogenberatung, Jugendgerichtshilfe u. v. m.), in dem die Fachkräfte oft mit Personen und Familien mit großer und komorbider ADHS-Betroffenheit und zugleich weniger Ressourcen befasst sind, sind befriedigende Lösungen oft nur schwer zu erreichen.

Im gesamten Hilfesektor bedarf es großer Anstrengungen, um die Umstellung der Helfer auf ihre ADHS-angemessene Arbeit in Gang zu setzen. Intensive Fortbildungen für jede(!) Kraft im Hilfebereich, die sich nicht in Kurzseminaren erschöpfen, ist unverzichtbar. Möglicherweise zeigt sich dann, dass manche Helferpersönlichkeit aufgrund eigener Strukturierungsschwäche – denn auch in pädagogischen Berufen gib es ADHS-Betroffene – intensive Trainings benötigt oder sogar dem neuen Schwerpunkt ihrer Arbeit nicht gewachsen ist. Andererseits kann gerade die eigene ADHS-Betroffenheit ein großes Verständnis und einen besonderen „Draht" zu den Klienten ermöglichen.

So hochkomplex die Störungsbilder rund um ADHS, so verschieden die individuellen Betroffenheiten, so schwierig die Familiensituationen wegen komorbider ADHS oft sind, so viel neues Engagement und die Erarbeitung vernetzender Konzepte sind gefragt, die den Entstehungsgründen der ADHS und ihrer Begleit- und Folgestörungen Rechnung tragen. Angesichts dieses gigantischen Bedarfs sind kurzfristige Verbesserungen nicht möglich. Die große Schwierigkeit, ADHS und die begleitenden Störungen überhaupt zu verstehen, sie dann einordnen und erkennen zu können, um die Praxis den andersartigen Anforderungen anzupassen, erfordert ein großes Engagement der öffentlichen und privaten Hilfeorganisationen und -institutionen.

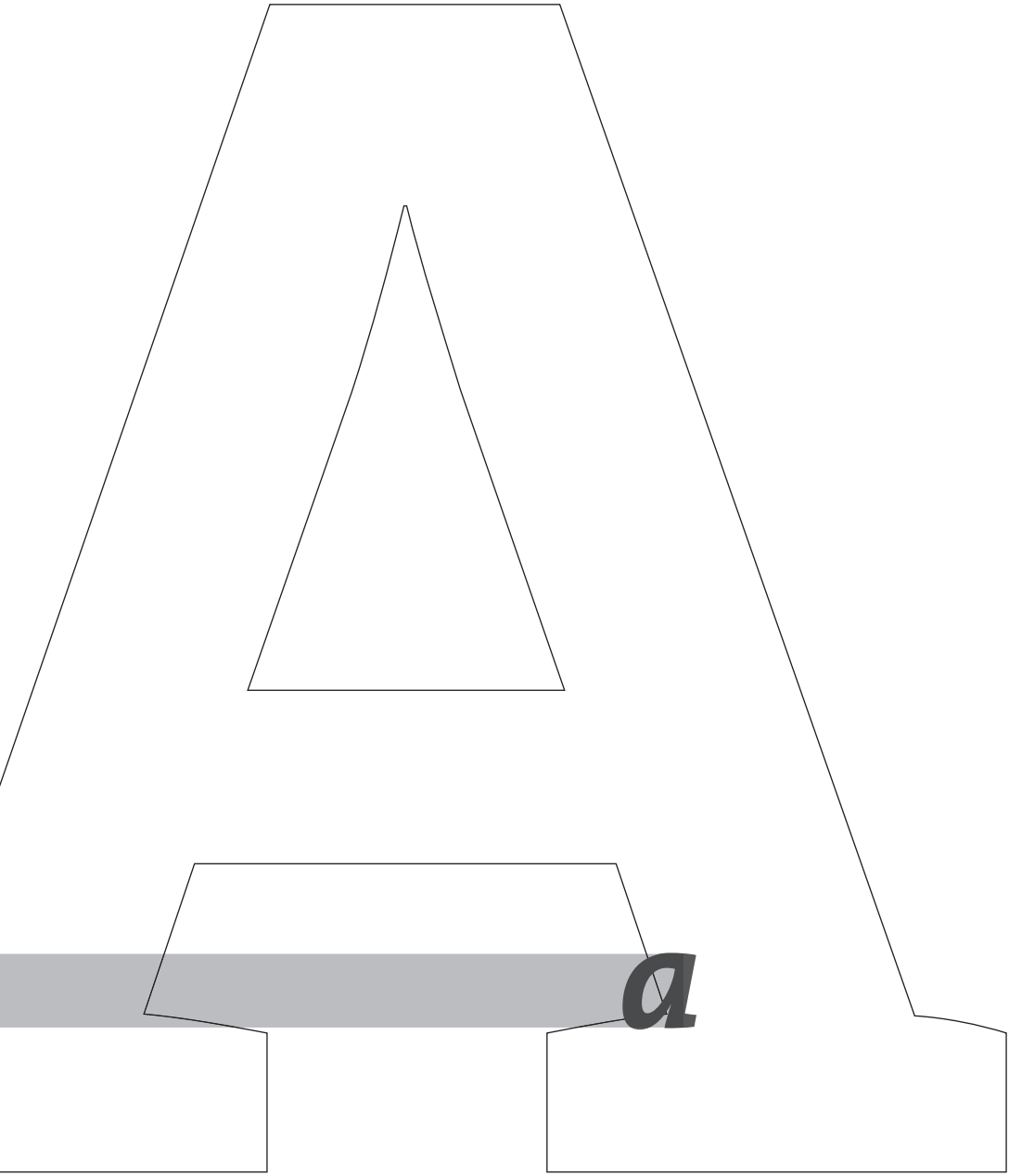
Bildungseinrichtungen und Familien unterstützende Systeme sind zu verändern: Vom notwendigen Erhalt kleiner weiterführender (Schul-)Systeme bis hin zu einer Reform des öffentlich mitfinanzierten Wohnungs- und Siedlungsbaus müssten die Hilfen reichen. Engere, überschaubare Lebensräume sollten so angelegt sein, dass dörfliche Strukturen auch in Städten ein günstigeres, nicht anonymes Umfeld zum Aufwachsen bieten. Bereits die Ausweisung von Bebauungsplänen könnte berücksichtigen, welche Umgebung den Betroffenen mit ADHS gut tut. Den anderen, den Nichtbetroffenen kann sie ebenso mehr Lebensqualität statt Hektik und Anonymität bieten.

5. Schlussbemerkung

Wenige Grundsätze können als Leitfaden bei ADHS verallgemeinert werden:

- Alle ADHS-betroffene Familien benötigen: Akzeptanz – Verständnis – Hilfen.
- Hilfen können nur helfen, wenn sie auf ADHS passend und langfristig angelegt sind.
- Hilfe ist strukturierend und pragmatisch, aber kaum mit vielen Worten möglich.
- Entsprechend stark Betroffenen kann man ohne Medikamente nicht wirklich helfen.

Die Erkenntnis, dass nach der Aneignung des Wissens über ADHS stets neu zu prüfen ist, wo und wie die helfenden „Hebel" im jeweiligen Fall am besten anzusetzen sind, mag diejenigen enttäuschen, die allgemeinverbindliche, gut gebräuchliche schnelle Rezepte erwarten. Viele Fachtagungen sind noch nötig, um solche Konzepte aus der praktischen Anschauung heraus mit dem Verstehen der neurobiologischen ADHS-Fakten zu entwickeln. Hier Rezepte zu verbreiten, hieße das Thema ADHS kleinzureden. Die Fachliteratur der praktisch erfahrenen ADHS-Experten bietet vielfältige Ansätze. Hinweise auf kompetente ADHS-Fachliteratur veröffentlichen der Bundesverband ADHS Deutschland e. V. (www.adhs-deutschland.de) und das zentrale ADHS-Netz (www.zentrales-adhs-netz.de).
Eine intensive Beschäftigung ganzer Kollegien der jeweiligen Tätigkeitsfelder kann dann unter Zurückstellung ihrer bisherigen (fehlgeleiteten) Annahmen zur Entwicklung ADHS-bedingter Verhaltens- und Lernschwierigkeiten langfristig den Problemen der betroffenen Familien gerecht werden.


a

Karin Knudsen

„Ins Gelingen verliebt sein und nicht ins Scheitern“

Ressourcen und Stärken von ADHS-Kindern

Was muss geschehen, damit Kinder, Eltern betroffener Kinder oder Erwachsene mit ADHS Hilfe für sich in Anspruch nehmen und als angemessen erleben? Da wir vermehrt auf Störungs- oder Defizitbeseitigung fokussieren, verlieren wir den Blick auf Ressourcen – die der Kinder, jedoch auch die der Eltern. Erkennen wir Ressourcen – auch in leidvollen Erfahrungen? Lassen wir uns von ihnen im täglichen Leben bewegen, und wird damit die Bedeutung von Selbstwert und Selbstbild erkannt? Ist es selbstverständlich, die Stärken unserer Kinder als solche wahrzunehmen? Bei Kindern mit ADHS steht eher die Fixierung auf ein Abweichen von der Norm im Vordergrund. Einmal in der entsprechenden ADHS-Schublade zu sein heißt, hier kommt man so schnell nicht wieder heraus.

Der Workshop sollte Gelegenheit zur Schatzsuche geben, damit über-lebensnotwendige Ressourcen und Stärken, auch eine gewisse Resilienz sichtbar werden auf der Gratwanderung zwischen Anspruch des Umfelds und (Familien-)Alltag mit ADHS. Zwar konnten zahlreiche Ressourcen – sowohl die der Kinder, als auch diejenigen der Eltern und des sozialen Umfelds – benannt werden. Dennoch wurde in der Gesprächsrunde eine nahezu verzweifelte Suche nach „Patentrezepten“ deutlich.

Als Vertreterin der Eltern-Selbsthilfe suchte ich den Dialog mit „Sozialprofis“ und war zuvor davon überzeugt, dass wir gemeinsame Erfahrungen und Ideen aufspüren. Ich empfand jedoch bei den professionellen Helfern aus den Bereichen Jugend- und Familienhilfe eine erstaunlich große, wenn auch verständliche, Hilflosigkeit.

Mir ist es ein Anliegen, dass Familien durch Fachleute begleitet werden, die sich intensiv mit einer ADHS und ihren Auswirkungen auseinandersetzen – immer wieder

neu. Denn eine ADHS hat viele Facetten, die alle Beteiligten oft vor enorme Herausforderungen stellen. Es gilt, vorrangig Stärken der Familien in ihrem Chaos frei zu legen.

Eltern und (ältere) Geschwister können viel dazu beitragen, dass ein Kind mit ADHS auch Resilienz entwickelt. Emotional stabiler und schulisch erfolgreicher sind Kinder aus Familien, die durch eine fördernde emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern geprägt sind. Das gesamte familiäre und soziale Umfeld ist gefordert. Kinder profitieren von Eltern, die sich nicht isolieren, sondern aktiv den Kontakt zu Gleichgesinnten suchen und Verantwortung übernehmen. Hier bieten z. B. Selbsthilfegruppen Eltern eine große Chance, sich auszutauschen und sich hinreichend über das gesamte Spektrum einer ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und deren mögliche Begleiterscheinungen zu informieren.

Bei Kindern und Jugendlichen ist es möglich, Ressourcen im schulischen Kontext mithilfe verschiedener Programme zu fördern, vor allem aber mithilfe geschulter und gut informierter Lehrkräfte. Diese Kinder und Jugendlichen bei ihren Lern-Problemen zu unterstützen und Drogensucht sowie Straffälligkeiten vorzubeugen, hat oberste Priorität. Eine positive Peerkultur, die z. B. in einem Praxisprojekt mit Kindern und Jugendlichen mit sozialen Auffälligkeiten und Studierenden des Instituts für Rehabilitationspädagogik in Halle/Saale gefördert wird, bietet große Chancen.

Wenn Kinder die Möglichkeit erhalten, Verantwortung in Familie, Schule oder anderen Gruppen zu übernehmen, neigen sie möglicherweise weniger zu deviantem Verhalten, was bedauerlicherweise in Zusammenhang mit ADHS häufiger auftritt. Wir entdecken große Defizite in der Unterstützung des sozialen Umfelds, z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen etc.

Menschen mit einer AD(H)S sind einmal mehr Risiken und Frustrationen ausgesetzt als ihre „normalen“ Altersgenossen. Folgen davon sind u. a. schlechtere Schulleistungen, häufigere kriminelle Auffälligkeit oder Drogenkonsum sowie ggf. assoziative Erkrankungen. Erfolge stellen sich ein, wenn wir uns mit Empathie und einem nahezu unerschütterlichen Glauben an das Gelingen auf eine Beziehungsarbeit – und darauf kommt es besonders an – einlassen, was aber nicht heißen soll, dass wir unsere Hitzeblitze und Träumer unterfordern.

Zuzuschauen, wie z. B. junge Erwachsene in ihrer Ambivalenz manchmal durch den Alltag torkeln, macht Mühe, schmerzt auch, braucht Geduld und die Erkenntnis, dass sie die Möglichkeit zum Risiko erhalten müssen, auch die Möglichkeit, Eigenverantwortung zu übernehmen und zu lernen: „Ich habe ADHS, aber ADHS muss mich nicht im Griff haben". Hier brauchen sie die Gelegenheit zur Reflexion durch geschulte und engagierte Fachleute.

Die Fürsorge der Familie muss sich verändern vom Kind zum Jugendlichen und weiter zum jungen Erwachsenen. Compliance der jungen Erwachsenen erreicht man nicht durch Druck und pausenlose Kontrolle, Reglementierung, sondern auch dadurch, dass sie auch ausprobieren können. Wenn wir sie pausenlos schützen, helfen wir ihnen – auch bei ADS – nicht.

Ärztliche Begleitung, je nach Bedarf therapeutische Hilfe, Psychoedukation, Beratung, Coaching, damit die Übernahme der Eigenverantwortung gestärkt wird, sind unerlässlich. Auch Eltern brauchen verfügbare Kräfte im sozialen Umfeld, die sie begleiten – gut informiert über die Störung selbst und die bestehenden Hilfemöglichkeiten. Hierzu bedarf es ggf. der besonderen Schulung. Elterntrainings – z. B. das Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES) von Lauth/Heubeck oder das ADS-Elterntraining von Dr. Aust-Claus u. a. – helfen bei der Aktivierung von familiären Ressourcen, sodass ein neuer Raum zur Begegnung entstehen kann.

Je früher damit begonnen wird, umso besser greift diese Unterstützung. Denn Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die keine elterliche Begleitung nutzen können oder wollen, fallen häufiger durch das Raster. Wobei wir beim „Wollen" im Blick haben sollten, dass sie dies häufig gar nicht können. Selbst wenn die jungen Erwachsenen nicht mehr im Elternhaus leben, ist die familiäre Anbindung für sie nach wie vor wichtig. Denn sie sind auf eine gute emotionale Atmosphäre sehr angewiesen, um Motivation entwickeln und aufrechterhalten zu können.

Selbsthilfegruppen bieten eine zusätzliche Hilfe durch den Austausch, hier erfolgt umfangreiche Informationsvermittlung. Unsicherheiten und Ängste, aber auch Anregungen können angesprochen werden. Gruppenleiter(innen) leisten oft großen Einsatz, bis dahin, dass sie betroffene Eltern ggf. bei den unterschiedlichsten Behördengängen, einschließlich Schulgesprächen, begleiten. In den Selbsthilfeverbänden wird darauf hin gearbeitet, die erlebte Kompetenz der Betroffenen mit der erlernten Kom-

petenz der Fachleute zu bündeln, um immer wieder neue Erkenntnisse zu verwerten und damit Grundlagen für Programme, die diesen Menschen wirklich nutzen, zu schaffen.

Eine Vernetzung der staatlichen Anlaufstellen mit Medizinern, Therapeuten, Coaching – ggf. auch hautnah – vor Ort, Schule, Ausbildungsstätte, ist dringend erforderlich, wobei auch die Eltern wieder mit ins Boot genommen werden sollten, damit die Familie eine stabilere Basis bildet und damit die Motivation der Kinder und jungen Erwachsenen gefördert werden kann. Also unbedingt auch intensive Begleitung der Familie ohne Schuldzuweisung.

Die Geschichte eines jungen Erwachsenen auf dem Weg ins Berufsleben mag verdeutlichen, dass eine gewisse Verliebtheit ins Gelingen der Motor für ausdauernde Begleitung sein kann.

> Stellen Sie sich einen jungen Mann vor, der über einen Zeitraum von fünf Jahren seit seinem 16. Lebensjahr unterwegs war, um die Welt zu verändern. Der Realschulabschluss lag einmal greifbar nah, aber wie wir wissen, stehen wir im Umgang mit ADHSlern immer wieder vor neuen Herausforderungen. Von einer im Alter von elf Jahren diagnostizierten ADS wollte Max nichts mehr wissen, eine Super-Pubertät hielt die gesamte Familie auf Trab, ein durchgeknallter Lehrer und einige bunte „Paradiesvögel", neue Freunde, die die Anarchie hochleben ließen, begeisterten ihn und rissen ihn mit. Das Leben – ein Picknick. Schule war plötzlich passé … .
>
> Die Familie versuchte, für Max, der drei Monate vor Schulende mit dem Berufswunsch „Heilerzieher" schon einen Jahrespraktikumsvertrag in der Tasche hatte und nun mit dem Hauptschulabschluss die Schule verließ, eine andere Berufsausbildung zu finden. Er war sehr sportlich, jahrelang Kunstturner, mutig. Richtig arbeiten konnte auch nicht schaden, also bot sich ein Praktikum in einem Dachdecker-Betrieb an. Ein Meister nahm ihn auf mit seinem inzwischen grünen Haarschopf, aber auch einem festen Händedruck und dem gewinnenden Lächeln. und gab ihm eine Chance. Nach einer Praktikumszeit wurde ein Ausbildungsvertrag geschlossen. Drei Monate später die Rückmeldung des Betriebs: „Der Junge ist noch nicht reif, das schafft er nicht … ."

Wieder Chaos in ihm, in der Familie. Eskalation, Hilflosigkeit auch der Eltern. Er flog aus dem behüteten Nest in der Annahme, nach drei Tagen kommt er zu sich und steht wieder vor der Tür. Irrtum. Er hatte Freunde, fand Unterschlupf, tummelte sich in einer Szene, die fern vom familiären „Mief" spannend, aber auch belastend war, Cannabis-Konsum u. v. m. waren an der Tagesordnung.

Jahre später: Die Familie hält den Kontakt. Max beginnt seinen Zivildienst. Findet er in ein anderes Fahrwassser? Weit gefehlt: Er findet keinen Rhythmus, kommt zu spät, ist unzuverlässig. Ein Gespräch der Eltern mit der Einrichtung, in der er tätig war, ermöglichte immerhin, dass er sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen musste, denn es gab Anzeichen einer psychotischen Episode. Drogenexperimente hatten ihre Wirkung gezeigt.

Nach der Bekanntschaft mit einer resoluten Ärztin, die ihm ein Neurolepticum verordnete, wachte er auf: „Das nehm ich nicht, davon bin ich ja gänzlich daneben."

Der Kontakt zum Elternhaus war glücklicherweise nie abgebrochen. Dort blieb man zuverlässig mit ihm im Gespräch, mal mehr oder weniger erfolgreich, doch man freute sich über jeden kleinen Fortschritt.

Ein kleines Appartement bewohnte er inzwischen. Aber auch da gab es Zoff. Er hatte jahrelang Schlagzeugunterricht, hörte gern Musik, natürlich nicht immer auf Zimmerlautstärke – was früher im eigenen frei stehenden Haus auf dem Lande weniger störend war. Da gab es in seinem Stadt-Appartement knallharte Proteste der Nachbarn. Eine Kündigung des Vermieters folgte. Wenig Einsicht seinerseits, wieder auf der Straße.

Wieder ein Versuch mit einer kleinen Wohnung in der Nähe der Familie. Um hier klare Grenzen zu zeigen, ließ sich seine Mutter einen Trick einfallen. Da sie den Mietvertrag mit ihm zu unterzeichnen hatte, wurde gleichzeitig ein Vertrag geschlossen zwischen Mutter und Sohn. Bei gravierenden Verstößen Kündigung der Wohnung!

Es dauerte fünf Jahre, bis Max nach dreimaligem Anlauf seinen qualifizierten Realschulabschluss schaffte. Er wusste, das war seine vorerst letzte Chance, von zu Hause Unterstützung und Hilfe zu bekommen.

Zwischendurch die Erkenntnis, ich komme nicht klar, vielleicht doch ein Arztbesuch, was dann auch später stattfand.
Man erhoffte sich eine saubere Diagnostik von einem Facharzt. Was erfolgte, waren zwei kurze knapp zehnminütige Gespräche, keine Anforderung der Diagnostikunterlagen aus der Kindheit, keine sorgfältige Anamnese, ABER: Verordnung von Medikamenten, mit den Worten: „Probieren Sie's mal aus ..." Es bekam ihm nicht, die Dosierung war zu hoch. Max weigerte sich: „Das Zeug nehm ich nicht mehr!"

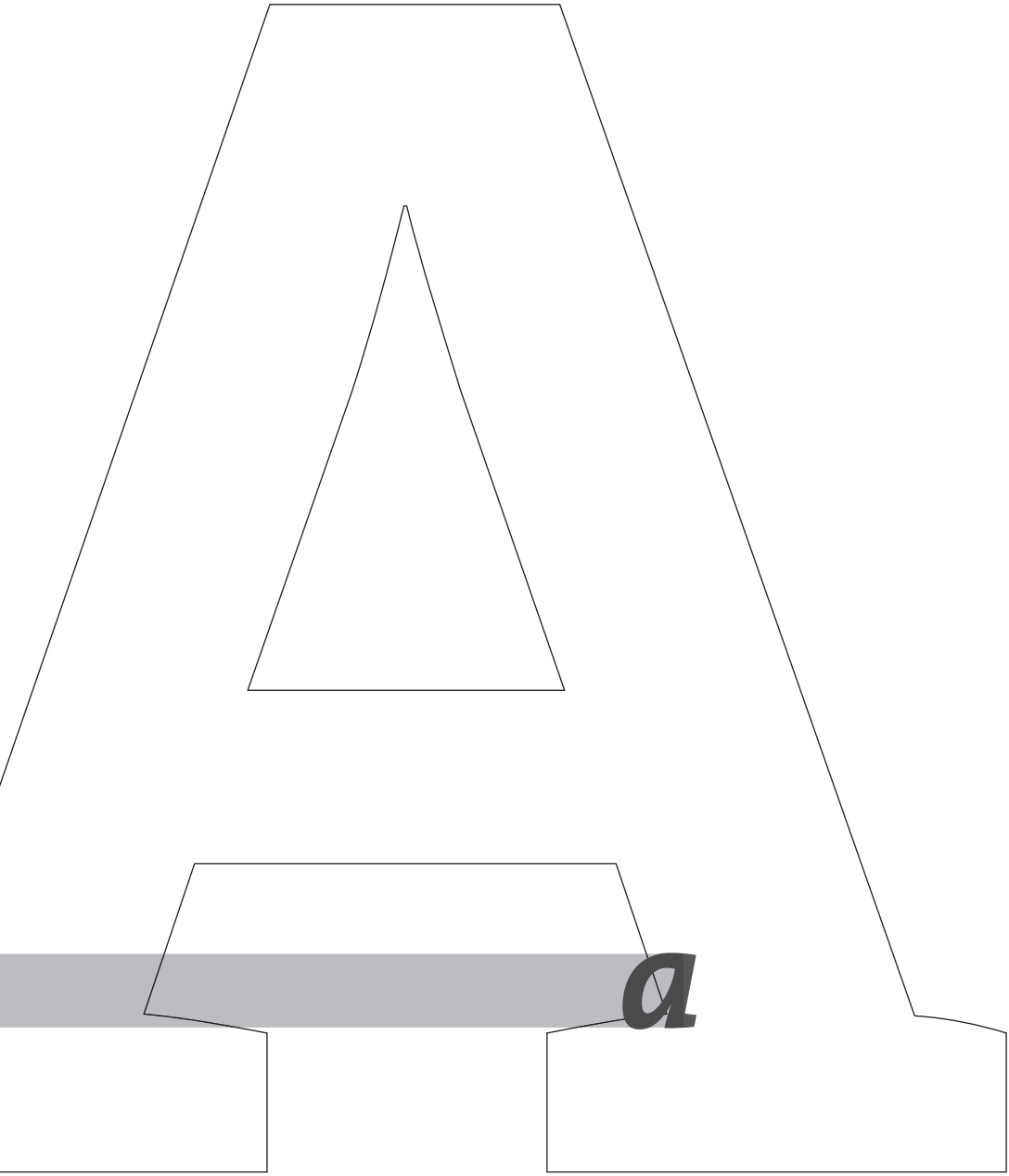
Mithilfe eines vorsichtig dosierten Coachings hatte er nun den weiterführenden Schulabschluss geschafft und gleich im Anschluss einen Job bei einer Zeitarbeitsfirma angenommen. Motiviert und erst einmal ein bisschen eigenes Geld verdienen, denn welche Ausbildung er machen könnte, das war ihm lange nicht klar. Immer wieder kam: „Ich muss mir eine Ausbildungsstelle suchen." – „Ich weiß, ich muss dies und das tun ..."

Die Zeitarbeitsfirma arbeitete nicht nach den vorgegebenen Bestimmungen, nutzte die Unerfahrenheit aus, und schließlich stand er schnell wieder auf der Straße.
Nächste Station: ARGE. Für die Familie stellte sich der Kontakt zur ARGE zunächst erst einmal so dar, dass sie sich entlastet fühlte: „Sie werden ihm schon zeigen, wo es lang geht." Ausbildungssuche, Termine, Tests: „Die können mir auch nicht weiter helfen." Keine Motivation, Leere, Resignation.

Dann der erneute Versuch mit einem Brainstorming zu Hause: Was kannst du, wo liegen die Interessen, was ist dir wichtig u. v. m. Heraus kam immer wieder: Musik, Sport: Turnen, Akrobatik, Jonglieren.
Man fand ein Praktikum in einem erfolgreichen zirkuspädagogischen Projekt in Norddeutschland, und das ließ Max nach langer Zeit wieder einmal begeistert jede Arbeit tun, die anfiel.
Warum? Mit großer Wertschätzung begegnete man ihm, aber ebenso wurde auch ganz klar eine Richtung vorgegeben. So z. B. die Ansage hinsichtlich seines Outfits: Du kannst hier ein Praktikum machen, aber wenn du kommst, setz dir eine Kappe auf, und stell dich in die hintere Reihe. Eltern, die ihre Kinder hierher bringen, haben Vertrauen zu uns und wollen hier keine „Hamburger Szene."

Als er drei Wochen später seine sieben Sachen für diese Zeit packte, waren die Haare wieder blond, und er zog los, total „normal."
Die Piercings verschwanden, es gab kein Murren über die harte Arbeit – Zirkuszelte aufbauen für den Sylter Inselzirkus, bei dem er dann auch Kinder trainieren durfte – Akrobatik, Jonglieren, das war die Kür, aber auch die Pflicht erfüllte er während dieser Zeit vorbildlich. Das anstrengende, manchmal langweilige, aber notwendige Tagesgeschäft. Ein bisschen „tüdelig" sei er, wenn es um die Einhaltung der Termine ging. Aber er bekam viele Chancen, hatte viele Erfolge und spürte auf einmal: „Ich bin ein Rädchen, auf das es ankommt." Er hat viel von seinem inneren Reichtum erkennen und anwenden dürfen. Die Philosophie dieses Projektes kam ihm zugute.

Nach einiger Zeit im Auf und Ab in den Wirren unseres Behördensystems, das ihm keine Verlängerung des Praktikums ermöglichte, konnte der junge Mann durch Eigeninitiative und (nicht manipulierende!) Begleitung der Familie eine Ausbildung im sozialen Bereich beginnen, die er nun zu Ende bringen will. Ein Fortschritt für ihn ist der strukturierte Tagesablauf. Manchmal ist das mühsam, immer bleiben Menschen, die ihm etwas zutrauen, in der Nähe, bieten ein Netz, machen Mut, geben Halt.


a

Gabi Ingrassia

Das Zurückerobern der Mitte – AD(H)S und Selbstwertgefühl – aus der Praxis

Anders-Da-Sein

Ein wesentliches und langfristig belastendes Kriterium ist die mit AD(H)S einhergehende Selbstwertproblematik, die die Lebensjahrzehnte der Betroffenen wie ein roter Faden durchzieht. Die Umwelt hat oft Ecken und Kanten, die das Selbsterleben bedrängen und erschweren und verhindern, die eigene Mitte kennen und finden zu lernen, um einen guten und gesunden Umgang zu sich selbst und damit auch zu anderen aufzubauen.

Ich will hierfür zwei relevante Begriffe erklären. Selbstwert und Norm.
Der Selbstwert bzw. Selbstwertgefühl entsteht im Laufe der kindlichen Entwicklung und bezieht sich auf den Eindruck und die Bewertung, die man von sich selbst hat. Das gilt für den Charakter und die Fähigkeiten des Individuums, die Erinnerungen an die Vergangenheit und die Empfindungen sich selbst gegenüber. Positives Selbstwertgefühl entsteht und rekreiert sich durch Erfolg, Optimismus, innere Stärke, die Möglichkeit zu eigenständigem Handeln und sozialer Kompetenz. Minderwertigkeitsgefühle hingegen folgen und rekreieren sich aus Misserfolgen, ständigen Enttäuschungen, fehlender Anerkennung, Kritik und Ablehnung, entstehender innerer Verunsicherung, einem Gefühl des Versagens, Versagensängsten und können zu Rückzug oder gar sozialer Isolation führen.

Die Norm – das Normale, steht für eine allgemein als verbindlich anerkannte Regel. Die Regeln ergeben sich durch gesellschaftliche Prozesse, die allgemein anerkannt und somit zum Standard werden. Eine Werteordnung innerhalb einer Gesellschaft ist die soziale Norm. Und dann ist die Norm auch noch der Messbereich in der Wissenschaft in dem zwischen 68 und 95% aller gesunden Untersuchten zu liegen kommen.

In einem Test, der ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale ist und zum Ziel hat, eine möglichst quantitative Aussage über den relativen Grad einer individuellen Merkmalsausprägung zu machen, können diese (die Persönlichkeitsmerkmale) im Vergleich zur Norm erfasst werden.

Hier will ich ansetzen. Unser heutiges Denken ist immer noch mehr darauf ausgelegt, Menschen durch Schablonen zu drücken, statt auf Individualismus und das Besondere zu fokussieren. Daran kranken nicht nur Menschen mit AD(H)S, sondern alle die in irgendeiner Form „anders" sind (Hochbegabte, Legastheniker, Querdenker, Kinder mit Dyskalkulie, Kinder mit einseitiger Begabung, aber auch nur Menschen, die eher kinesthetisch denken und wahrnehmen und die aus dem Rahmen unserer sehr visuell-akustisch geprägten Schule fallen oder auch Kinder mit Seh- oder Hörproblemen). Eine Frage ist auch, was ist die Mitte zum Beispiel in puncto „Geschwindigkeit"? Wer schreibt fest, in welcher Geschwindigkeit wer wann wie und wo zu reden und wer das in welcher Geschwindigkeit zu verstehen hat?

Unser Schulsystem ist außer in einigen Ausnahmeschulen immer noch auf Konformismus ausgelegt, obwohl mittlerweile viele Verhaltens- und Denkandersartigkeiten bekannt sind. Lehrer(innen) empfinden es auch heute noch eher als Belastung, sich für „außergewöhnliche Schüler(innen)" eine besondere Unterrichtsdidaktik einfallen zu lassen. Einerseits bei den Klassengrößen, den fehlenden Modellen und Vorbildern und der fehlenden psychologischen Ausbildung und Unterstützung aufgrund geringer Etats (Supervision für Lehrer(innen) wäre ein wichtiges Gut) kein Wunder. Andererseits ist das aber auch nicht mehr zeitgemäß (und war es noch nie) und auch nicht am Bedarf und den neuesten neurowissenschaftlichen Forschungsergebnissen orientiert. Es lässt sich feststellen: Anstrengend ist es ja sowieso, also lasst uns beginnen den Anfangsberg der Anstrengung des „Neuen" zu bewältigen, auf dass es dann zunehmend leichter für alle Beteiligten werde.

In der Schule und aber auch daheim beginnt somit das „Schrabben" an den Ecken und Kanten der Umwelt. Kinder mit AD(H)S, die hauptsächlich durch ihre Energie auffallen, durch Neugier, Risikobereitschaft, Kreativität und Fantasie, oft eine rasche Auffassungsgabe und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit haben – um die Positiva zu Benennen – ecken oft an. Wie ich häufig festgestellt habe, muss das nicht

sein, wenn sich die Umwelt die Mühe machen kann, im Rahmen des Bildes des „Anders-Da-Seins“ der Kinder Hilfestellungen und Möglichkeiten anzubieten. Das ist natürlich nicht leicht und manchmal umständlich herauszufinden, wie welches Kind mit AD(H)S gute Leistung erbringen kann und was es dazu genau braucht (was in einzelnen schweren Fällen und unter genauer Abwägung auch Ritalin sein kann). Dennoch bin ich der Meinung es lohnt sich. Erfährt ein Kind, dass es in seinem Sein gefördert und unterstützt wird, entsteht die Chance, die negative Spirale, die ein lebenslanges kumulatives Trauma in Gang setzt, außer Kraft zu setzen. Ein Trauma, das am permanenten Misserfolg wächst und durch negative Botschaften der Umwelt wie „wie-kann-man-nur-so-dumm-sein“ und Co ernährt wird. Die Botschaften kommen zunächst aus der Umwelt. Schon bald aber haben sich die Kinder diese einverleibt, und somit werden sie in ihrem Kopf – und damit auch in der Realität – zu eigenständigen Saboteuren.

Verbaler Missbrauch, im Sinne von permanenten Negativ-Botschaften, wie so häufig im Falle von ADHS, begünstigt eine hartnäckige Negativ-Über-Ich-Entstehung und kumuliert ein Trauma.

Sehr häufig finden sich bei betroffenen Kindern auch Eltern mit AD(H)S in der Vorgeschichte und Gegenwart. Diese erinnern sich nach genauerem Nachfragen noch gut an die Qual der Schulzeit und haben auch im Hier und Jetzt noch mit einer Bandbreite von Symptomen zu kämpfen, die sie ihr Leben lang begleitet haben: Hier seien vor allem die Selbstwertzweifel genannt. Es wird nie die Umwelt in Frage gestellt, sondern immer die eigene Kompetenz. Finden sich nun bei den eigenen Kindern ungeliebte oft selbst stark negativ erfahrene Verhaltensweisen wieder, beginnen die Eltern oft hoch automatisiert die gleiche Kommunikationsstruktur, die sie selbst so leidvoll erfahren haben. Oft ist das anfangs nicht bewusst zugänglich, dass „es bei einem selbst genauso war“, aber über die Therapie des Kindes erinnert sich oft auch der Vater oder die Mutter wieder.

In diesem Zusammenhang steht oft auch die Diskussion, ob AD(H)S nun genetisch ist oder erlernt. Ich persönlich finde diese Frage von keiner praktischen Relevanz. Die These der „Vererbung“ scheint jedoch für manche Eltern selbstwertdienlicher, als das Gefühl zu haben, z. B. durch Erziehungsfehler, „schuld“ zu sein. Auch dies finde ich müßig. Die Schuldfrage zu stellen oder ein schlechtes Gewissen zu haben (von wel-

cher Seite auch immer), stellt dem Finden von Lösungen eher ein Bein. Wichtig ist zu sehen, was an aktuell auftretender Phänomenalität vorhanden ist und damit solange umzugehen, bis ein für alle Beteiligten maximal möglicher Gewinn vorhanden ist und eine maximal gute Lösung gefunden ist (was nicht immer 100% und oft auch nicht 80% sein kann). So gilt es zum Beispiel für Kinder, genauso wie für Erwachsene, gut herauszufinden, auf welche Art und Weise Wissen bestmöglich eingespeichert werden kann. Auch für viele Eltern ist das Mit-„lernen-lernen" mit ihren Kindern eine segensreiche Erleichterung, wenn sie vielleicht zum ersten Mal feststellen können, wie genau sie Wissen gut einüben und abrufen können. Die Berichte hierzu, wie gut zum Beispiel im Bus gelernt werden kann, und die Erleichterung, sich selbst endlich die Erlaubnis hierzu geben zu können, sprechen für sich. Und was noch alles möglich ist, wenn sie sich „entspannen" können und nicht auf die permanent einlaufenden negativen Botschaften ihres erworbenen Über-Ichs hören. Aus meiner Arbeit mit Erwachsenen weiß ich, dass das kognitive Umprogrammieren der negativen Sätze im Kopf oft sehr schwierig ist. Umso wichtiger ist es, so früh wie möglich deren Entstehen zu verhindern. Ressourcen und Begabungen gehen hierdurch nicht mehr verloren.

Noch vor ein paar Jahren dachte ich, AD(H)S sei vor allem bei Erwachsenen eine völlig „neue" Diagnose. Je länger ich mit dem Thema arbeite und je mehr Patient(inn)en und deren Familien ich sehe und je mehr Geschichten ich höre, umso mehr begebe ich mich zurück in die Richtung der PTS (posttraumatische Belastungsreaktion). Was traumatisiert nun in diesem Falle neben dem verbalen Missbrauch – noch? Beobachtbar ist in Videosequenzen häufig, dass Eltern, die selbst betroffen sind, auf die Signale ihrer Kinder eher schlecht bis gar nicht reagieren. Und damit schließt sich auch der Kreis zu den Bindungsforschern, die die verschiedenen Bindungsstile in Abhängigkeit vom Verhalten der Eltern beschrieben haben wieder. Das falsche Einschätzen der kindlichen Signale liegt nicht an einer Bösartigkeit der Eltern, sondern im Falle von AD(H)S am Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Die Eltern hatten eventuell selbst keine guten Modelle in ihren eigenen Eltern und können somit ihren Kindern nicht mit passendem Fürsorgeverhalten antworten. Der zweite Grund ist, dass die Eltern manchmal kurz „abgelenkt" und „weggetreten" sind, wie man es eben gut von Menschen mit AD(H)S kennt. Sie denken an andere Dinge – banale oder komplexe – den Einkauf oder eine anstehende Arbeit. Damit gehen oft im Spiel wertvolle Sekunden

oder gar Minuten verloren, und plötzlich und im „Aufwachen“ kann der Erwachsene gar nicht mehr verstehen, was denn gerade passiert ist, dass das Kind zum Beispiel so „überreagiert“, weil ihm subjektiv „keine Zeit fehlt“. Beide Beteiligten realisieren, dass irgendwie etwas „komisch“ ist, aber keiner könnte genau benennen, was eigentlich (das Kind sowieso nicht, aber auch der Elternteil oft nicht) – erst das Video bringt Aufklärung. Auch hier „hakt“ das Kind an der Umwelt. Noch mehr, wenn ein weiteres Familienmitglied, das die Szene beobachtet hat – eine Bemerkung macht wie „der Papa oder die Mama spricht/spielt wohl nicht mit jedem“ und somit das unsichere Verhalten aller noch verstärkt.

Nehmen wir die geschilderte Szene, dann können wir selbstwertproblematisches Lernverhalten bei drei Personen finden: Das Kind lernt „keiner unterstützt mich, wenn ich verzweifelt bin, finde ich kein Verständnis und keinen Ausweg, eher oft Ärger und Ablehnung meiner Umgebung“ (Kinder produzieren oftmals mehr vom „Verzweiflungsverhalten“, um die Eltern wieder in den Kontakt zu bekommen und können sich dann selbst kaum wieder auslenken). Der ins Spiel verwickelte Elternteil lernt „irgendwie bin ich kein guter Vater/keine gute Mutter, irgendwas „geht an mir vorbei“. Oft kann nicht eingeschätzt oder realisiert werden, was gerade genau passiert. Erfühlt wird, dass „gerade etwas falsch läuft“. Das Nicht-Wissen-Was löst Hilflosigkeit aus. Die Zeitwahrnehmungsverzerrung und das Aufrütteln durch die Umwelt wird lebensbegleitend und paart sich mit einem Gefühl von „Unstimmigkeit“. Und der andere Elternteil „lernt“ unsinnigerweise eventuell „keiner liebt mich, wenn mein/e Mann/Frau mich lieben würde, dann würde er/sie „besser“ mit unserem Kind spielen“. Das ist das übliche Geschehen in Familien mit AD(H)S. So müsste es aber nicht sein, wenn der erste Erwachsene weiß „Ok, ab und an habe ich kleine „Absencen“ – ich lese am Verhalten meines Kindes ab, dass ich möglicherweise kurz „weg“ war und versuche, wieder vorsichtig und beruhigend ins Spiel zu kommen“, und der zweite Erwachsene, der den ersten schon längere Zeit beobachtet hat: „Aha, es ist „mal wieder so weit“, ich lenke ihn/sie „unauffällig“ wieder zurück zum Spiel, indem ich ihn zum Beispiel kurz anspreche. Entspannung, bzw. noch besser Beruhigung ist für alle Beteiligten das Zauberwort, nicht das grundsätzliche Anzweifeln der Liebe. Beruhigung ist auch ein Therapeutikum das in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen gut wirkt. So habe ich sehr gute Erfahrungen mit EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); einer aus der Traumatherapie stammenden Me-

thode, in der eine bilaterale Rechts-Links-Stimulation via Augenbewegungen oder auch taktiler oder akustischer Reize) in der Arbeit mit Menschen mit AD(H)S gemacht.

AD(H)S ist ein sich selbst rekreierender Dauerstress, aber Stress ist ein reversibler Prozess und durch Verfahren wie Meditation, Yoga und Laufen oder auch Musik hören/machen umkehrbar. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass hyperkinetisches Verhalten in Anwesenheit des Vaters am seltensten auftritt, bei Hausaufgaben – in der Nähe der Mutter – am häufigsten (Döpfer/Lehmkuhl 1995). Breggin (nach Pozzi, 2001) hat zudem festgestellt, dass die liebevolle Aufmerksamkeit der Väter für hyperaktive Kinder häufig ein kuratives Element darstellt ... .

Therapeutisch heilsam ist auch die Akzeptanz, den anderen da zu lassen, wo er ist. Und sich eventuell vom sogenannten Normalen in die Mitte des anderen zu begeben und zu akzeptieren, dass es viele „Mitten" gibt. Dann können Kinder auch leichter ihr eigenes Zentrum suchen und finden. Weg von der Konformität hin zu Individualismus und Kontakt und Interesse für Besonderheiten. Testverfahren sind eine Möglichkeit, qualitativ hinterfragen zu können, wo das einzelne Kind Begabungen und Förderbedarf hat und einen Veränderung zu erfassen. Welche Fragen betreffen das einzelne Kind, was kann verändert werden, und was muss so, wie es ist, akzeptiert werden. Wo liegen Aufmerksamkeitsbesonderheiten, und wie können diese besser (selbstständig) gesteuert werden. Nicht im Sinne einer Störung, sondern im Sinne einer Andersartigkeit. Die einzelnen Leistungszonen wie zum Beispiel die Gedächtnisleistung können genauer untersucht werden und auch hier individuelle Präferenzen erarbeitet werden.

Die Akzeptanz bezieht sich auch auf die „Selbstwert-Ecke der Umwelt", nicht zu glauben, dass das jeweilige Kind etwas nicht kann. Es sieht doch so aus, als könnte es, wenn es nur wollte. Warum sollte ich einem Kind ein grundsätzliches Nicht-Wollen unterstellen? Dies findet sich in ähnlichem Ausmaß in den Übergängen von Demenzerkrankungen, wenn die Angehörigen noch nicht glauben wollen, dass der Erkrankte zum Beispiel Dinge einfach vergisst.

Ziel kann es sein, ein realistisches Selbstbild entstehen zu lassen, im ursprünglichen Wortgebrauch, „sich seiner Selbst bewusst sein – mit allen Kompetenzen und auch Fehlern", damit es im späteren Leben nicht zu viel Leid und innerer Not kommt. Leid,

das auch durch die häufig eher ungünstig gewählten Strategien wie zu viel essen, fernsehen, zu spät kommen, streiten – verursacht wird. Dinge, die Betroffene sich angewöhnen, um mit ihrem persönlichen Bedürfnis nach dem Bewältigen von Ab- und Anspannen besser umgehen zu können.

Ein häufig gebrauchtes Killer-Argument und somit ein Hemmschuh für individuelle Behandlung, ist, dass die Diagnose AD(H)S ja auch zu einem „Loslassen" bei Eltern und Kindern führen würde und unter diesem Stempel alles entschuldbar wäre. In der Praxis findet es kaum Bestätigung. Ich erfahre zumeist ein echtes Interesse an Veränderung und die bereitwillige Aufnahme von Lösungsvorschlägen, sowie das eigene kreative Entwickeln von Strategien und eine gute Anstrengungsbereitschaft die erarbeiteten Inhalte auch umzusetzen. Der Grund ist, dass der Leidensdruck eher hoch ist und somit den Veränderungswunsch energetisiert.

Wege zum Ziel/Therapie

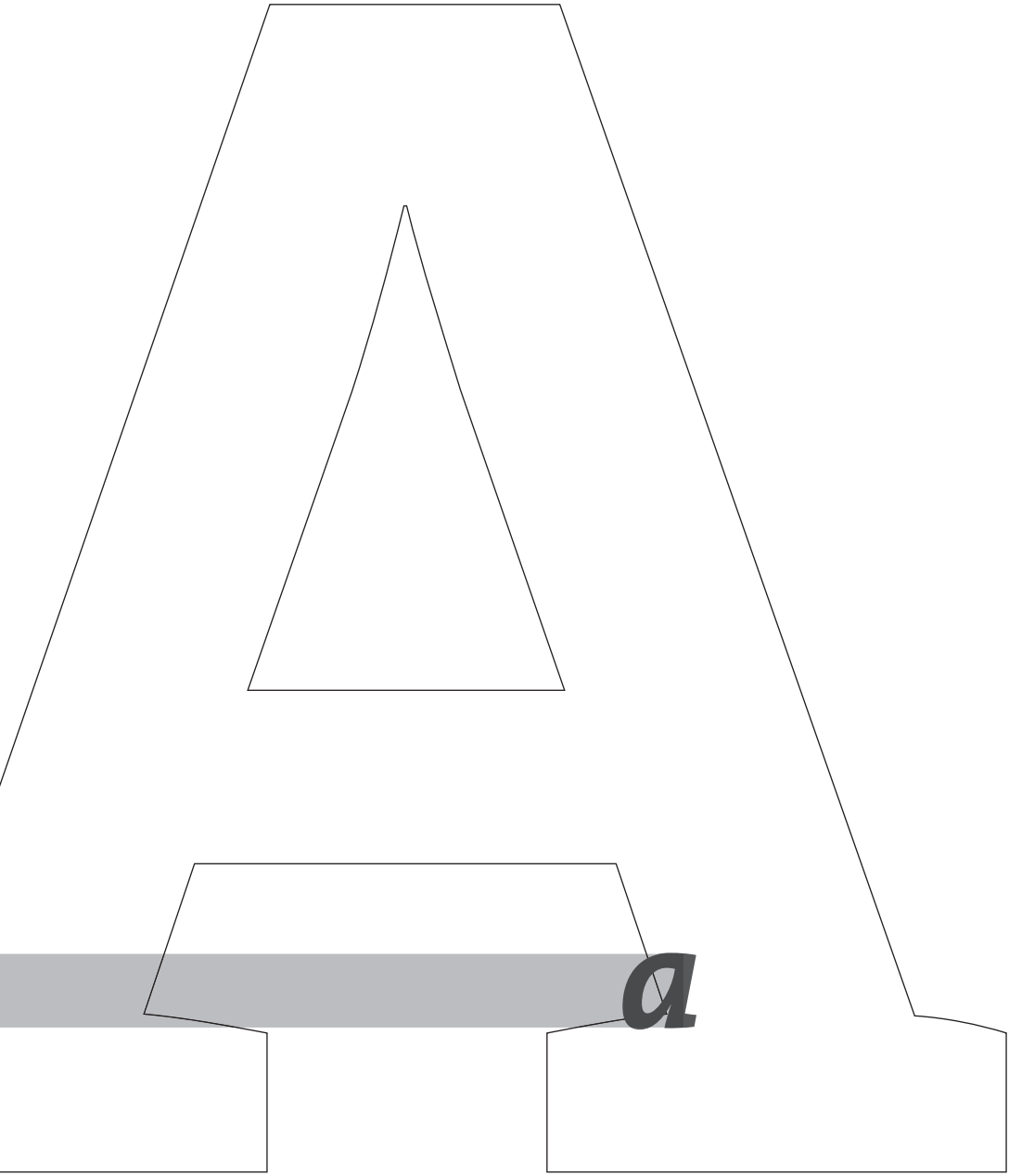
Als erster Schritt hat eine Aufklärung über Hintergründe und Wissensstand bezüglich AD(H)S oft magische Momente. Erwachsene Betroffene finden in Selbsthilfegruppen oft zum ersten Mal Gleichgesinnte, die Dinge genauso sehen und erledigen (oder auch nicht) wie sie selbst. In der Arbeit mit Kindern hat die gleiche Zauberwirkung oft das Zugeständnis, dass Hausaufgaben zum Beispiel auf eine bestimmte favorisierte Art und Weise erledigt werden dürfen. Der zweite Schritt ist die Entwicklung von Plänen und das Einüben derselben. Hierbei bieten sich alle kreativen Methoden an, die jenseits von Sprache sind, wie Malen oder auch Schauspielern oder das Ertanzen von Handlungsalternativen. Die Sprachlichkeit (schriftlich oder mündlich) ist oft schon so negativ besetzt durch das verbale und reale Rotstiftverhalten der Umgebung. Dies verstärkt eher die Fehler und das Leid, sodass auf diesem Sinneskanal Änderungen manchmal nicht mehr statt finden können. Hierbei geht es inhaltlich um konkretes Selbstbehauptungstraining, aber auch Themen wie „Lernen-lernen" und Zeitmanagement. Als dritter Schritt ist es wichtig Ressourcen des Kindes zu aktivieren und zu stärken, und zuletzt sollte immer wieder hautnah rückgekoppelt werden, ob das erdachte auch funktioniert oder ob es einer Kurskorrektur bedarf.

In diesem Zusammenhang steht auch die eigenständige Suche nach Lösungen innerhalb der Familien für die alltäglichen Schwierigkeiten. Es ist wichtig, nicht wie das

Karnickel vor der Schlange auf das Fehlverhalten zu kucken, sondern es eher freundlich mit einem „Aha“ zu bedenken, um sich dann auf eine Lösungssuche zu machen. Das klingt im ersten Moment vielleicht sehr vereinfachend, lässt sich jedoch beüben. Die meisten finden sehr kreative Lösungen, wenn sie erst einmal angefangen haben. Anfangs ist das natürlich schwierig, weil ein ganzer Berg von unerledigten Problemen auf der Familie lastet und für so viele Phänomene Umgangsweisen gefunden werden müssen. Irgendwann wird der Prozess aber zumeist zum Selbstläufer.

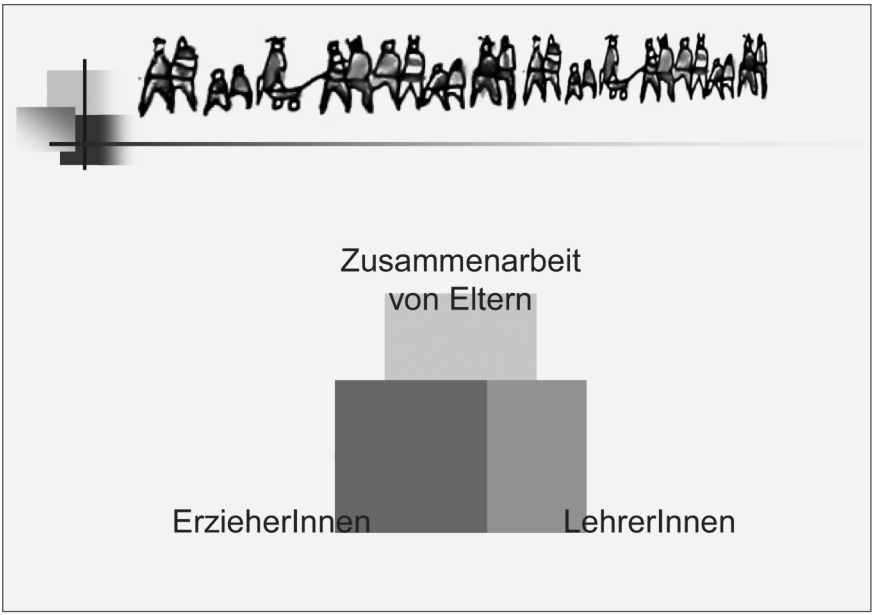
Nebenbei bemerkt handelt es sich hierbei um Verhaltensweisen, die sich in Stufen von der „Normalität“ ins Problematische hin entwickeln und umgekehrt. Es findet sich so zum Beispiel eine durchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungsspanne von 20 Minuten. Dann denken die meisten Menschen kurz an etwas anderes als das ursprünglich Dargebotene. Unter der Flagge AD(H)S ist diese Spanne deutlich kürzer, (außer, etwas erregt das Interesse) und eine Rücklenkung auf das Thema ist schwieriger.

Umgekehrt lässt sich sagen: Auch das „normale“ Kind und die „normale“ Familie profitieren vom Umdenken weg von der Fehlerfokussierung hin zum individuellen Lösungsdenken. Neue BeWert-ungen stehen an und somit auch neue als verbindlich anerkannte Regeln, die zum Standard werden können und somit zur Norm, wenn sie es wollen.


a

Marlis Felber, Karin Knudsen

Hyperaktive verhaltenskreative Kinder in Kindergarten und Schule



Miteinander statt Gegeneinander

Marlis Felber, Lehrerin und Ausbildungsbeauftragte, und Karin Knudsen, zweite Vorsitzende des Elternselbsthilfeverbandes ADHS Deutschland e. V., demonstrieren, dass Vorurteile überwunden werden können, wenn man im Gespräch bleibt.

„Stell dir vor, es ist Krieg zwischen Eltern und Lehrer, aber keiner geht hin …“

An vielen Schulen sind nicht mehr die Kinder das Problem, sondern die Erwachsenen, häufig sind es allzu ehrgeizige Eltern. Wenn es um ADHS geht, könnten es aber auch unzureichend informierte Lehrer(innen) sein.

„Wir bilden uns Meinungen, wie und was der/die andere sei. Wir gehen aus von eigenen Erfahrungen, die sich oft wie unbewusste Schleier über unsere Wahrnehmung legen.“ (Michael Lukas Moeller)

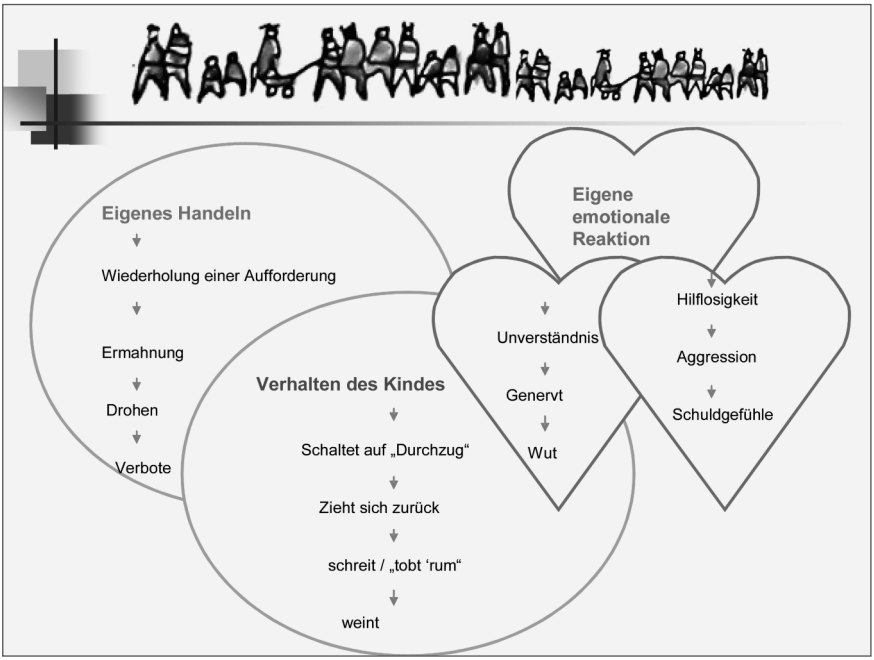
Wir entdecken, wie die in unseren Köpfen fortbestehenden Vorurteile und Wissenslücken überwunden werden können und zeigen anhand von Beispielen wie im Zusammenspiel aller Beteiligten und Maßnahmen eine bestmögliche Förderung der Persönlichkeitsbildung und emotionalen/kognitiven Intelligenz aufgrund unserer persönlichen Erfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse gelingen kann.

Das aufmerksamkeitsgestörte Kind gefangen im Teufelskreis

Der Tag beginnt … und damit manchmal ein Teufelskreis in der Familie. In ihrem großen Verlangen, aktiv zu sein und Risiken einzugehen, sind ADHS-Kinder bereits im Kleinkind- und Vorschulalter zunehmend eine Belastung für die Familie, insbesondere für die Mütter. Eltern sind überfordert, weil die Kinder Ermahnungen überhören und Grenzen schwer akzeptieren können. Die „Sprunghaftigkeit“ der Kinder führt zu Konflikten in der Familie, aber auch die zunehmende Abwehr gegen Ermahnungen, z. B. „Sei mal ruhiger!“, „Bleib sitzen!“ oder „Zapple doch nicht so rum!“

Das führt zu zahlreichen Irritationen.

Normalerweise ist das Kind wach, aufmerksam, bereit, „die Welt“ zu erkunden. Es braucht ruhige und reizreduzierte Situationen, ohne Ablenkung durch Medien, Hektik und Stress. Das Kind will aus eigener Motivation Dinge und Funktionen beobachten, be-greifen und kennen-lernen. Es will spielen – nur „Einfach so“, „Aus Spaß!“, für sich selbst, ohne (!) eine äußere, von anderen vorgegebene Zweckbestimmung. Es braucht eine ruhige Resonanz, „Spiegelungen“, Bestätigungen und Schutz, wenn es



dies signalisiert. Und es braucht das Gefühl, die Eltern freuen sich mit ihrem Kind über das Entdecken und möchten ihm gern die Zeit zum Kennen-Lernen geben.

Ein Kind mit ADHS provoziert häufig durch sein impulsives Verhalten und das Ignorieren von Regeln geradezu negative Reaktionen von Eltern, Erzieher(inne)n und Lehrer(inne)n. Diese Kinder erleben oft heftige Frustration, der sie mehr als andere Kinder ihres Alters ausgeliefert sind – sie können diese Affekte nicht hinreichend kontrollieren und ausblenden. Ihre Motivation zum Spiel in der Gemeinschaft ist zu rasch störbar durch Ablenkungen von außen. Die heftigen Frustrationen und der Motivationsverlust beeinflussen zu sehr ihr Denken und Handeln. Auch reagiert das Kind ausgeprägt auf Kränkungen, aber auch auf Sorgen, sodass die soziale Integration erschwert wird.

Eltern sind irritiert und verunsichert und zweifeln an ihrer Kompetenz, ein Kind erziehen zu können. Auch das Kind selbst ist irritiert. Es braucht viel Bewegung, um sich gut und wach zu fühlen, und es möchte es ja eigentlich ein „braves Kind" sein. Andererseits kann es den Aufforderungen „sei mal ruhig" oder „bleib endlich sitzen", „hör doch zu" nicht folgen, weil gerade dieses Verhalten schnell zu einem kaum auszuhaltenden undefinierbaren Unwohlsein führt. Das alles zeigt sich verstärkt im Kindergartenalter, führt oft zu Missverständnissen und häufig auch schon im Vorschulalter zu falschen Schlussfolgerungen. Auf der einen Seite sind sie unaufmerksam und abgelenkt, andererseits aber auch hoch konzentriert bei – selbst gewählten – Beschäftigungen.

Widersprüchliche Verhaltensweisen lassen sich schon früh beobachten:

- Sie reden selbst sehr viel („Logorrhoe"), aber sie können schlecht zuhören
- Sie leiden unter dem Lärm, den andere veranstalten, machen aber oft selbst viel Lärm
- Kinder mit ADHS haben überwiegend einen durchschnittlichen bis hohen IQ, sind jedoch oft sehr vergesslich, auch bei geduldig wiederholten Anweisungen

Kindern mit ADHS fällt es schwer

- sich zu organisieren und zu aktivieren – beim Spielen und Lernen
- ihr „Arbeitsgedächtnis" beim Spielen und Aufgaben-Erledigen zu nutzen (wo habe ich was hingelegt?)
- aufmerksam zu sein bzw. die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten
- ihre Anstrengungsfähigkeit zu regulieren und zu erhalten
- ihre Frustration und Motivation zu regulieren
- ihr Verhalten und ihre Befindlichkeiten zu regulieren

Wachsende Anforderungen und Risiken im Kindergarten

- Zu Beginn der Kindergartenzeit wachsen die Anforderungen an die Kinder, ihr eigenes Erleben und Verhalten zu regulieren und an die jeweiligen Bedingungen und Erwartungen anzupassen
- Lernerfahrungen sind hier wichtig
- Unterstützende Funktionen zur Selbstregulation müssen geübt werden
- Der Lärmpegel in den Kindergärten ist oft sehr hoch, und extreme Reize lenken die Kinder ab

- Das ist anstrengend – für alle Beteiligten und führt zu Überforderung, nicht zuletzt durch stete Aufforderungen („Sitz still!“, „Hör zu!“; „Pass auf!“; „Mach mit!“)
- Häufig fehlen die Voraussetzungen für ruhiges Spielen und das Erlernen von Aufmerksamkeit und Konzentration

„In den ersten Jahren werden viele der Kinder mit ADHS wahrscheinlich positive Reaktionen und damit Verstärkungen für ihr Verhalten von den Eltern und anderen Personen erfahren“, weiß Dr. G. Wolff, Dipl.-Psychologe aus Hannover, sehr anschaulich zu berichten. „Ein Kind, das sich gern und viel bewegt, das an neuen Dingen intensiv interessiert ist, das dabei Überraschung und Begeisterung äußert, freudig lacht und auch noch „Spaß“ hat und macht, wird mit größerer Wahrscheinlichkeit positive Resonanzen von anderen bekommen. Kaum jemals hat jemand ein Kind gesehen, das herumhüpft und dabei nicht lacht! „Wie oft wird gerade von den „Hypies“ im Vorschul- und Schulalter, aber auch noch im Erwachsenenalter („wenn sie gut drauf sind“) berichtet, sie könnten andere so intensiv begeistern!

Diese positiven Resonanzen erfahren sicherlich viele Kinder mit ADHS in den ersten Jahren auch noch innerhalb der eigenen Familie. Und weil „Lachen“ so viel Spaß macht, lernen Kinder mit ADHS dieses Verhalten so nachhaltig, dass auch viele Erwachsene mit ADHS dieses Verhaltensmuster noch auf eine manchmal „charmant-verführerische“ Weise besonders dann praktizieren, wenn sie sich beispielsweise für ihr impulsives Verhalten eigentlich entschuldigen müssten.

Während Kinder mit ADHS in den ersten Jahren viel positive Resonanz erhalten und dabei aus ihrer Sicht ein z. T. auch positiv gefärbtes Selbstbild entwickeln, werden sie mit Beginn des Kindergartens und besonders dann in der Schule erfahren, dass ihr Verhalten dort zu vielen Irritationen, zu Missverständnissen und Verurteilungen oder gar zum Etikett „gestört!“ Anlass gibt. Das soll einer verstehen.“

Typische Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS im Kindergarten

- Hohe körperliche „Unruhe“: rumrasen, toben, viel klettern
- so oft wie möglich ins Außengelände (wo es ruhiger ist)
- „Zappeln“ im Stuhlkreis, „Dazwischenreden!“
- Schreien, Krach machen, nicht zuhören, häufig frustriert
- oft beschäftigt mit besonderen Aktionen, Streichen, Provokationen
- Spielsachen kurz anfassen, sie aber rasch wieder wegwerfen

- Andere Kinder beim Spielen unterbrechen, eingreifen, Spielzeug Wegnehmen und wegwerfen
- Sie brauchen extrem viele Erinnerungen, Ermahnungen
- Viel Mühe oder auch Widerstand bei vorschulischen Anforderung

Erzieher(innen) gewinnen zunehmend den Eindruck, als würden die Kinder mit ADHS sich absichtlich so verhalten und gezielt stören. Das trifft nicht zu! Hyperaktive Kinder beginnen nicht ihren Tag mit der Überlegung, andere zu ärgern!

Aus Sicht der Kinder gesehen, sieht das so aus: Wenn sie als Kleinkinder – vor der Kindergartenzeit – „Quatsch" machten, haben „die anderen" ja auch oft gelacht. Unsere „Hypies" hoffen intuitiv, wenn sie selbst lachen, lachen die anderen zurück. Das bringt ein gutes Gefühl! (Dr. G. Wolf)

Als **Stehaufmännchen oder Träumsuse** sind sie
- immer unterwegs, die Welt zu verändern
- wie ein Ferrari mit Fahrradbremse
- alles entdeckend und sich darin verlierend
- häufig hochsensibel und **impulsiv**

sie haben
- ein ausgeprägtes **Gerechtigkeitsempfinden**
- geringe **Frustrationstoleranz**
- **Streit** in Kita/Schule schon bei Kleinigkeiten

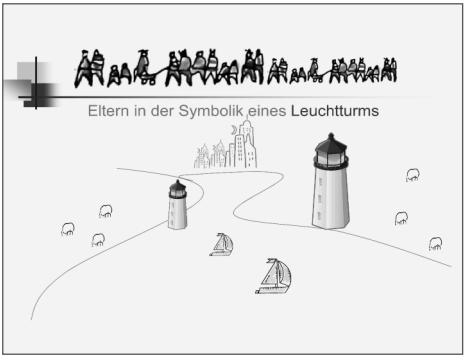
sie fühlen sich
- schnell vernachlässigt und **verweigern die Mitarbeit**
- haben oft einen verlangsamten Antrieb
- verlieren sich in Tagträumereien

Die damit zusammenhängenden Probleme können nur erkannt und bewältigt werden, wenn Erzieher(innen), Lehrer(innen) und Eltern hinreichende Kenntnisse über ADHS haben. Ansonsten sind alle Beteiligten – auch die Kinder – zunehmend irritiert. **Effektive und informative ADHS-Fortbildungen** für Erzieher(innen) und Lehrer(innen) sind daher von großer Bedeutung für das Wohl des Kindes, aber auch für die gute Zusammenarbeit mit dem Elternhaus.

ADHS-Kinder wirken wie ein Gebäude des Künstlers Hundertwasser: In ihnen ist nichts gerade und gleichmäßig, nichts so wie es „sein soll“, nichts „normal“, doch sie sind **herrlich bunt und lebendig!** Kommt aber beides – ADHS und Erziehungsdefizite – zusammen, brauchen auch Eltern dringend motivierende und stärkende fachliche Unterstützung!

Wichtige Tipps für Eltern im Umgang mit ihrem ADHS-Kind

- Haben Sie heute schon mit Ihrem Kind geredet, in Ruhe und über ein Thema, das Ihr Kind selbst angesprochen hat?
- Haben Sie Ihr Kind heute schon durch die „gute“ Brille betrachtet und Positives registriert?
- Wissen Sie noch, was Ihr Kind gestern Positives gemacht hat?
- Haben Sie heute schon Ihr Kind gelobt?
- Haben Sie heute schon auf unangemessenes Verhalten Ihres Kindes humorvoll, aber mit Respekt vor seiner Persönlichkeit reagiert?
- Haben Sie heute schon unangemessenes Verhalten Ihres Kindes ignoriert?
- Haben Sie sich heute schon in schwierigen Situationen nicht provozieren lassen?
- Haben Sie heute adäquate Forderungen an Ihr Kind gestellt?
- Haben Sie heute schon eine entspannte Zeit (20–30 Min.) miteinander verbracht, in der Ihr Kind nicht korrigiert und kritisiert wurde?
- Haben Sie heute schon Ihrem Kind Gelegenheit gegeben, seine Talente zu zeigen?
- Haben Sie sich als Eltern heute schon etwas Gutes getan, um Ihre Kraftreserven aufzufüllen?



- den Weg zum Hafen weisen
- Sicherheit geben
- die Schiffe selber segeln lassen
- Orientierung geben
- Grenzen aufzeigen
- vor Gefahren warnen
- klare Signale und Abstimmung der Eltern

Es gibt zahlreiche Defizite, auch im elterlichen Erziehungsverhalten, die keine Verallgemeinerungen vertragen!

Eltern sind auch

motiviert	und/oder	mehrfach belastet
sehr engagiert		überfordert
interessiert		resigniert
bildungsgewohnt		bildungsungewohnt
Perfektionisten		hilflos
leistungsorientiert		an der Armutsgrenze
suchen gezielt Beratung und Unterstützung		brauchen Unterstützung, wissen aber nicht, an wen sie sich wenden sollen

Nicht zu unterschätzen ...

- Klare Rahmenbedingungen
- Einbeziehung statt Ausklammerung von Familien mit ADHS-Kindern
- Frühzeitige Beziehungsarbeit mit den Eltern ermöglicht effizientere Unterstützung des Kindes
- Dialog aller Disziplinen auf Augenhöhe
- Regelmäßige Entwicklungsgespräche, orientiert an den Ressourcen von Eltern und Kindern
- Eltern sind als Experten ihrer individuellen Lebenssituation anzusehen
- Vernetzung der interdisziplinären Partner

Eine unerkannte ADHS kann schwerwiegende Folgen haben

Im Schulalltag kann es unter folgenden Bedingungen zur Eskalation der Situation kommen

- Störendes, auffälliges Kind
- Lebhafte Klasse mit (zu) vielen Schülern
- Mannigfaltige zusätzliche Aufgaben und Belastungen des Lehrers
- Fehlende Elternunterstützung
- Überraschende Schulereignisse, die Flexibilität und Energie fordern

Dabei müssen natürlich nicht alle genannten Punkte zusammenkommen, um den Rahmen von Unterricht zu sprengen. Dies ist eine Auswahl von möglichen Krisen, die

Mögliche Folgen bei unerkannter AD(H)S

Kind

Verzögerte Lernfähigkeit	Aggressives Verhalten	Wenig Sozialkontakte
Wenig Selbstwertgefühl	Komplexe Lernstörung	Vermehrte Unfälle
Gestörtes Sozialverhalten	Schulausschluss/ -verweis	Extreme Selbstzweifel
Drogenmissbrauch	Erhöhte Scheidungsrate	Probleme am Arbeitsplatz

Erwachsener

Kräfte der Zusammenarbeit Elternhaus – Kita/Schule mobilisieren		
Probleme im Unterricht und mit Gleichaltrigen	Liegt eine Aufmerksamkeitsstörung vor?	Problem verhaltensbezogen erklären
Wissen um die Störung		
Eltern/Erzieher(innen) und Lehrer(innen) werden zielbezogen aktiv – agieren, nicht reagieren –		
Wissen um konkrete Änderungsmöglichkeiten		
Strukturierte Zusammenarbeit zwischen Eltern – Kita – Schule		Ggf. professionelle Hilfe/ Therapie veranlassen
Fähigkeit und Möglichkeit zur Zusammenarbeit		

zur Überlastung führen können. Wenn in einer Klasse ein Schüler/eine Schülerin mit ADHS zusätzlich den Unterricht mit ihrem Verhalten blockiert, eskaliert die Situation schnell.

Das **Verhalten** von Schüler(inne)n mit AD(H)S **im Unterricht und in der Pause:**

- Aufmerksamkeitsdefizit und Konzentrationsmangel
- Impulsivität
- Ständige körperliche Unruhe
- Unfallgefährdung für sich und andere

Der Blick der unterrichtenden Person fällt ständig auf das unruhige Kind, das eigentlich immer, selbst in Stillarbeitsphasen nicht ruhig und konzentriert lernt, sondern sich und andere ablenkt, seine angefangene Arbeit nicht zu Ende bringt und so ständig die Aufmerksamkeit aller auf sich lenkt. Selbst Freiarbeits- und/oder Spielphasen führen nicht selten zu Streit, weil es die Regeln nicht einhält oder nicht warten kann, bis es an der Reihe ist.

Dabei werden die vielen vorhandenen positiven Seiten des ADHS-Schülers, der -Schülerin leicht übersehen.

Das können viele Schüler – gerade und besonders mit AD(H)S:

- Verantwortung übernehmen – z. B. Klassenämter
- Spezialwissen mitteilen
- hilfsbereit = Helfer sein
- leidenschaftlich sammeln
- Fehler suchen

Organisation und Gestaltung des Schulalltags

Um eine Klasse mit einem oder mit mehreren ADHS-Kindern/Jugendlichen gelingend durch den Schulalltag zu führen, sollte die Absprache aller unterrichtenden Kolleg(inn)en regelmäßig und offen erfolgen. Folgende Maßnahmen haben sich bewährt:

- Positive Beziehung aufbauen – viel Lob

- Rituale durchhalten
- Ignorieren lernen – Signalkarten benutzen
- Sitzordnung beachten
- Wenige, klare Klassenregeln
- Handlungsaktiver Unterricht
- Klare Struktur – sowohl von Material als auch im Unterricht

Die Unterrichtsformen und kindgerechten/altersgerechten Lernformen sollten, wenn möglich, die Interessen des Schülers berücksichtigen, d.h.

- Strukturiertes Lernen mit Herausarbeiten des Wesentlichen und häufige Wiederholungsphasen (Automatisierung)
- Unterricht mit allen Sinnen (eher visuelle/optische als die übliche akustische Informationsvermittlung, multimedial)
- Handlungsorientierter Unterricht (ganzheitlich/fächerübergreifend wäre ideal)
- Blickkontakt beim Sprechen halten
- Organisationshilfen (Checklisten/Punkteplan) einsetzen
- Buddysystem/Hilfsangebote
- Reduzierung der Aufgaben, auch
- Hausaufgaben
- Hausaufgabenheft führen lassen
- Allen Kindern Bewegungseinheiten ermöglichen

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie z. B. „Bewegte Schule“ setzen sich in den Schulprogrammen durch und werden von Schulämtern in einigen Bundesländern zertifiziert.

Schulische Konzentrationseinheiten fördern alle Kinder

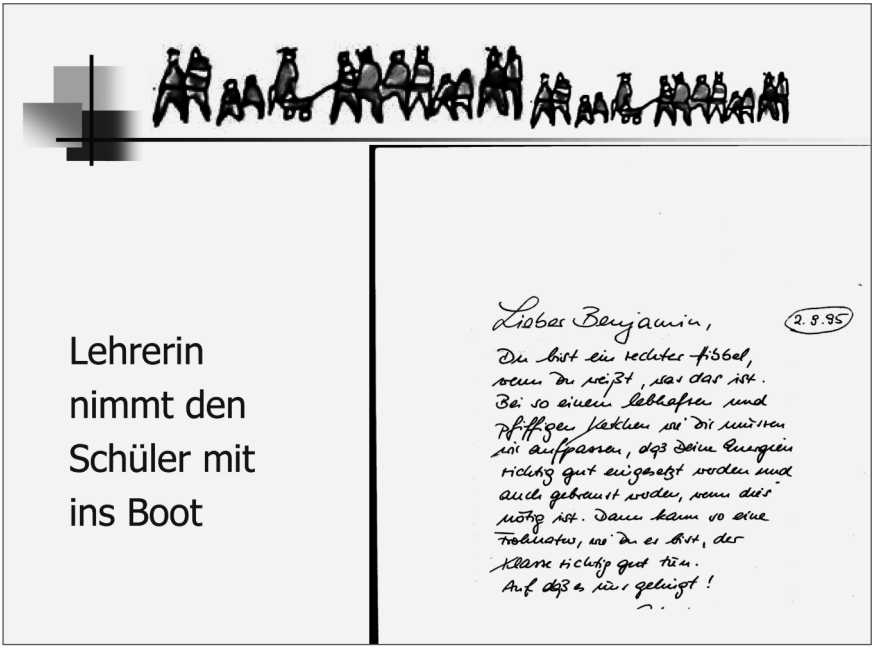
Hier eine kleine Auswahl:

- Bewegungskartei
- Entspannungs- und Stilleübungen
- Arbeitsmaterialien zur Konzentration, z. B. LÜK, Tangrams, u. a.
- Lernwerkstatt-, andere PC-Lern-Programme
- Lieder/Tänze/Spiele

Im Umgang mit schwierigen Kindern hat sich bewährt, die positiven Seiten zu verstärken:

- Stärken ausbauen – mit Schwächen umgehen
- Kompetenzen erkennen und fördern
- Bonussystem verstärkt positives Verhalten
- Verstärkerplan benutzen
- Schriftliche Verträge binden

Ein Beispiel, wie eine gute Beziehung zwischen „schwierigem" Schüler und Lehrer(in) gelingen kann:



Lehrer(inne)n stehen **Hilfsprogramme** zur Verfügung, die richtig angewendet werden sollten:

- **Modelllernen** ist effektiver als zuhören bzw. reden

- **Gezielte Verstärkung** ist hilfreicher als unspezifisches Lob
- **Ressourcen-** statt Defizit**orientierung**
- Hilfreiches **Lob**
- **Wut verstehen** können

Wie wird nun die Zielsetzung der Schule/der Lehrer(innen) erfolgreich umgesetzt?

- Vorteile der Konzentrationsübungen nutzen
- Motivieren durch Lernerfolge
- Beziehungsangebot aufrechterhalten
- Austausch zwischen Eltern und Lehrern
- Beschulung entsprechend Begabung
- Realistische Erwartungen abgleichen

Jede(r) Schüler(in) muss spüren dürfen

- **Ich habe** Vertrauensbeziehungen, Struktur, Regeln, Modelle und akzeptiere Hilfen
- **Ich bin** liebenswert, einfühlsam (empathisch), man kann mir vertrauen
- **Ich kann** kommunizieren, Probleme lösen und mich selbst kontrollieren

Was sollte zusätzlich im Schulalltag Beachtung finden?
AD(H)S und Lernstörungen tritt auffällig häufig auf in Kombination mit

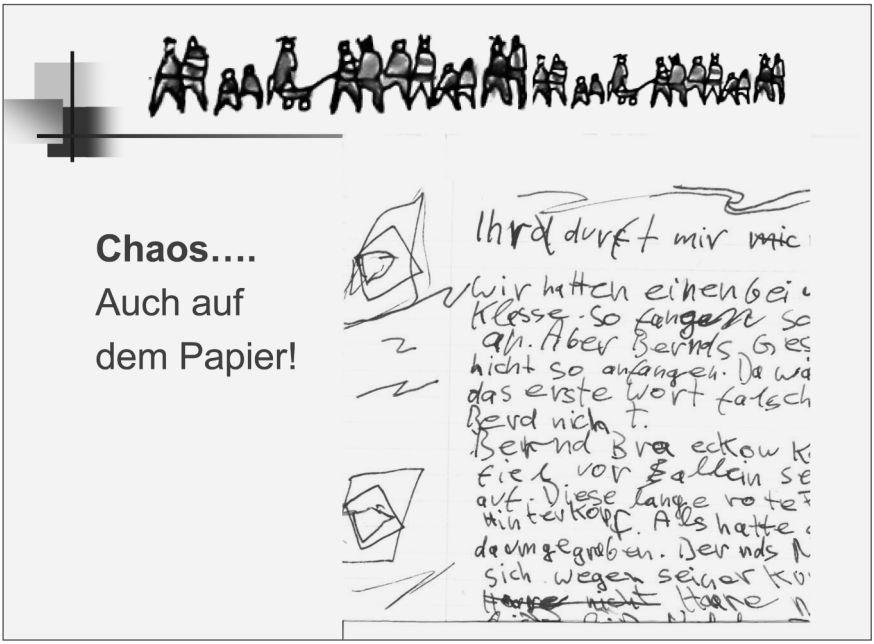
- Lese- und/oder Rechtschreibschwäche und/oder
- Rechenschwäche

Hier sollten die Eltern den zu beantragenden Nachteilsausgleich beachten! Aktuelle Daten aus den Kultusministerien findet man in der Pressemappe zentrales adhs-netz (www.zentrales-adhs-netz.de).

Schule-Eltern-Kooperation

Erste Schritte aufeinander zu sind ganz wichtig

- Tipps für den Gesprächseinstieg
- Tagesablauf gemeinsam beobachten
- Verweis an AD(H)S-Experten
- Ziele gemeinsam abstecken



- Einführung eines Bonussystems
- Mit Misserfolgen umgehen
- Feedback geben

So kann ein **Lehrer-Eltern-Gespräch** gelingen:

- Ihr Kind hat ein langfristiges Problem
- Sie als Eltern sind keine Schuldigen
- Sie als Eltern stehen jetzt nicht mehr alleine da
- Es geht um Bewältigung, nicht um Heilung
- Veränderungsbereitschaft ist nötig!

Wirkungsvolle Mitarbeit der Eltern wird vom Lehrer/der Lehrerin zu Recht gefordert:

- Wollen und können Sie die Aufforderung notfalls auch durchsetzen?
- Verringern Sie Ablenkung!

- Sorgen Sie für Aufmerksamkeit!
- Äußern Sie eine klare Aufforderung!
- Lassen Sie die Aufforderung wiederholen!
- Bleiben Sie beim Kind!
- Loben Sie schon den Versuch einer erfolgreichen Durchführung!

Die Eltern geben Hilfen bei den Hausaufgaben

- Genügend Zeit für Antworten geben
- Kritik lieber unter vier Augen äußern
- Dem Kind Verständnis signalisieren
- Machtkämpfe vermeiden
- Zuverlässige Konsequenzen ziehen
- Bemühen wie Erfolg anerkennen
- Emotionen durchhalten und aushalten

Methoden, um den Alltag/die Hausaufgaben nach der Schule zu organisieren:

- Schreibtisch-Kompass
- Chaos beseitigen
- Individuelle Schritte
- strengste Ordnung anstreben

Projekt Übungsaufgabe

- Jeden Schritt einzeln und der Reihe nach üben – laut sprechen beim Arbeiten
- Ziel: im Zeitrahmen bleiben und noch gut leserlich arbeiten

Lernstrategien

Lernphasen und Pausen

- wechseln sich ab
- sind festgelegt (z. B. 10–3–10–3–10–7 min); mit Uhr!

Aufgaben-Reihenfolge festlegen

- mit den „einfachen“ anfangen
- auf diesem Erfolg aufbauen – muss nicht bei jedem Kind passen!

Zum Schluss

- Schulranzen packen
- Fächer mit Plan abgleichen

- Materialien richten
- Arbeitsplatz aufräumen

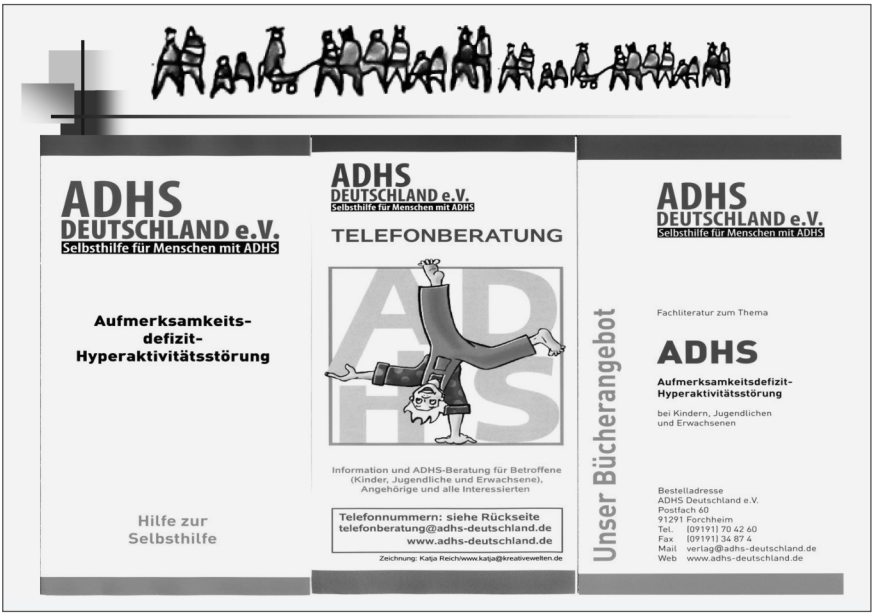
Zusammenfassende Elterntipps zum Mutmachen:
- Tun Sie etwas für sich selbst!
- Versuchen Sie nicht, perfekt zu sein!
- Stärken Sie die positive Beziehung zu Ihrem Kind!
- Stellen Sie klare Regeln auf!
- Loben Sie Ihr Kind häufig und unmittelbar!
- Seien Sie konsequent!
- Versuchen Sie, Probleme vorherzusehen!
- Bleiben Sie möglichst gelassen!

In manchen Städten werden im Rahmen von Volkshochschulen oder Familienschule o. Ä. wirkungsvolle außerschulische Hilfen, wie Konzentrationsübungen/Programme angeboten, die z. T. von den Krankenkassen übernommen werden:
- Marburger Konzentrationstraining von Krowatschek
- AttenXo von Aust-Claus/Hammer (liegt auch als Buch vor!)

Ein Elterntraining unterstützt wirkungsvoll und hilfreich Eltern von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S. Elterntrainings werden angeboten z. B. in Familienberatungsstellen, teilweise auch in den Universitäten, so in Köln in der Heilpäd. Fakultät, in Wiesbaden – Optimind/Dr. Aust-Claus/Dr. Hammer, in Kinderarzt- und Psychotherapiepraxen, Volkshochschulen etc.
- E. Aust-Claus/P. M. Hammer – Optimind Elterntraining
- Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl – Wackelpeter & Trotzkopf
- Lauth/Heubeck – Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)
- C. Neuhaus – Elterntraining
- R. Penthin – Eltern sein dagegen sehr

Daneben gibt es vielfältige und bewährte unterstützende Programme/Materialien für den Schulalltag, die nicht nur von Beratungslehrer(inne)n genutzt werden sollten!!!
- Lauth/Naumann: ADHS in der Schule Übungsprogramm für Lehrer(innen)
- Schröder: ADS in der Schule Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer
- Cornelia Leistner: Interventionstabelle für Lehrerinnen und Lehrer über: ADHS-Deutschland e. V., Berlin

Weitere Hilfen über die Selbsthilfeverbände, z.B.



AD(H)S sollte in den Schulprogrammen verankert sein, damit die Zuständigen im Schulsystem adäquat und kompetent mit dem Erscheinungsbild umgehen und auf einen Förderplan bzw. eine passende Maßnahme zurückgreifen können. Siehe hierzu auch „Eckpunkte zu ADHS und Schule“ des zan www.zentrales-adhs-netz.de.

Neben den wissenschaftlich erarbeiteten Broschüren zu AD(H)S in der Schule gibt es informative und gut erarbeitete Handreichungen der Pharma-Industrie, die damit ihren präventiven Beitrag leistet.

Der Hypie von einst verwandelt sich nicht selten in einen Chaosprinzen. Das bedeutet lange Jahre einen 24-Stunden-Job für Eltern, der viel Energie fordert – oft weit über das Jugendalter hinaus. Mit Blick auf Schule, Studium, Ausbildung, Berufsleben, Partnerschaft, Familie zahlt sich Frühe Hilfe aus!!

Immer wieder sind die Ressourcen aus der Latenz zu holen und motivierende Unterstützung anzubieten.

Zwei Dinge sollten Kinder von ihren Eltern, Erzieher(inne)n und Lehrer(inne)n bekommen:
Wurzeln und Flügel!
nach Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

Kinder und Jugendliche, die so ganz andere Eigenschaften zeigen, können sich mit der entsprechenden Unterstützung durchaus positiv aus ihrer eigenen Kraft zu lebensbejahenden, leistungsfähigen Erwachsenen entwickeln, d.h.

- Unersättlichkeit eines Kindes kann sich im Erwachsenenalter in Ehrgeiz oder andere leidenschaftliche Kräfte umwandeln
- Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit können bei einer positiven Gesamtentwicklung zu Kreativität reifen
- Überaktivität kann sich in hoher Produktivität und unermüdlicher Schaffenskraft niederschlagen
- Impulsivität kann zu Lebendigkeit , Energie und Spontaneität werden

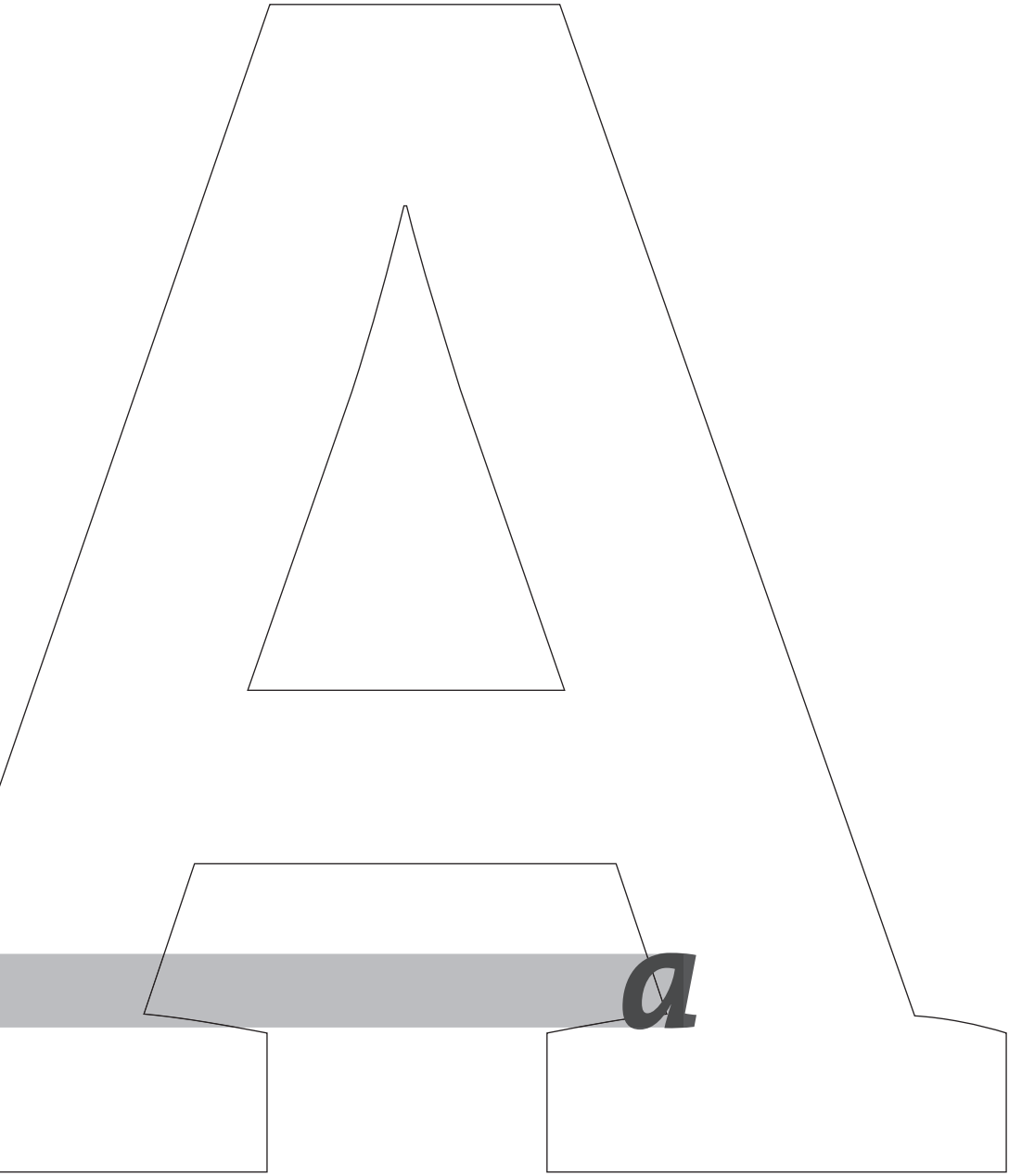
Ausgewählte Literatur

Krowatschek, Marburger Konzentrationstraining: *Schüler mit ADHS – verstehen, fördern, stärken.*

A.L.A.D.I.N. Integriertes ADHS-Fortbildungskonzept, *Maßnahmen und Methoden für Lehrer aller Schularten.*

Aust-Claus, Dr. E., Hammer, Dr. P. M. : *ADHS in der Schule/Strategien für den Unterricht – Manual für den ADHS-Elterntrainings-Coach;* (OptiMind Media).

Wolff, Dipl.Psych. Dr. G.: *„neue AKZENTE" Nr. 82* – Auszug aus einem Artikel, Hannover.


a

Brigitte Noack

ADHS und Kindeswohlgefährdung – Diagnose: Schutz oder Risiko?

Was hilft den betroffenen Kindern und Jugendlichen?

So interessant die Frage nach den Ursachen für ADHS sein mag, so wenig hilft sie oft den betroffenen Kindern und Jugendlichen weiter. Noch weniger hilft ihnen allerdings ein Streit darüber, ob denn ihre Probleme wirklich bestehen oder ob es sich nicht vielmehr um ein Phantom, eine Modeerscheinung oder vielleicht auch eine besondere Gabe handelt – alles Hypothesen, die in der Öffentlichkeit immer wieder „gehandelt" werden.

Der erste Schritt beim öffentlichen Umgang mit ADHS ist deshalb häufig die Abschaffung von Irrtümern und Aberglauben. Grundlage sind hierbei evidenzbasierte Ergebnisse von Forschung und vielen Studien, die folgende Irrtümer eindeutig widerlegen:

- ADHS kann man testen – Nein! Es gibt keinen wissenschaftlich begründeten „ADHS-Test". Die Diagnostik ist umfangreich und zeitaufwendig.
- ADHS kann man nicht sicher diagnostizieren – Doch! Die Fachverbände haben Leitlinien für eine professionelle Diagnose festgelegt, deren Zuverlässigkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde.
- ADHS ist eine Erfindung der Pharmaindustrie – Leider nein! Das Leiden der Betroffenen und die gesellschaftlichen und individuellen Auswirkungen sprechen dagegen.
- ADHS wird vor allem durch ungünstige Familienbedingungen, zuviel Fernsehen oder durch Nahrungsmittelunverträglichkeit ausgelöst – Nein! Genetische Faktoren spielen die größte Rolle. Familiäre/Schulische Bedingungen können die Problematik aber entscheidend verstärken oder abschwächen.

- ADHS ist eine Modeerscheinung – Nein! ADHS gibt es in allen Kulturen, und viele Biografien und Historien lassen auf das Vorkommen entsprechender Symptome weit vor unserer Zeit schließen.
- Kinder mit ADHS sind missverstandene Hochbegabte – Nur sehr selten, denn die Intelligenzverteilung entspricht dem Standard der Gesamtbevölkerung.

Fakt ist, dass ADHS alle Merkmale einer Krankheit erfüllt:

- ADHS bedingt eine drohende oder reale Beeinträchtigung oder Einschränkung körperlicher, seelischer und sozialer Fähigkeiten, durch die die
- Leistungsfähigkeit und das
- Wohlbefinden des Individuums in einer Weise verändert wird, die für dieses
- nachteilige Folgen hat oder eine derartig nachteilige Veränderung erwarten lässt.

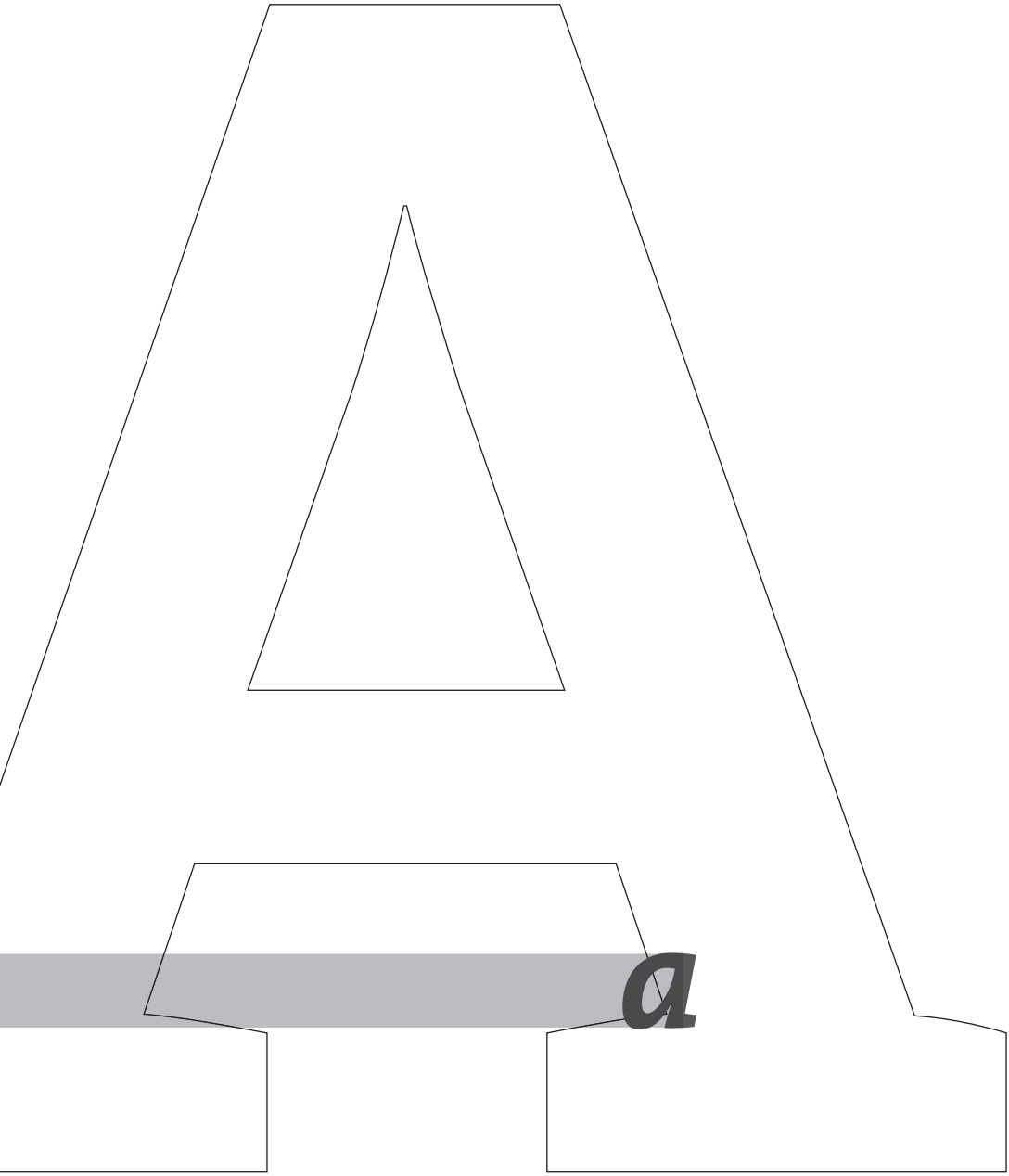
Welche Auswirkungen hat nun das Stellen einer Diagnose, und ist sie überhaupt hilfreich? Sollte man Eltern zu- oder abraten? Was beinhaltet eine ADHS-Diagnose überhaupt, und gibt es auch Nachteile?

Grundsätzlich überwiegen ganz sicher die Vorteile. Eine sichere Diagnose eröffnet Wege zur Hilfe; sie ist Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen des Gesundheitssystems, der Jugendhilfe, des Schulsystems und der Arbeitsverwaltung. Gleichzeitig dient sie als Verständigungshilfe und kann als Entlastung für die Betroffenen dienen, die nun vielleicht erstmals eine Erklärung für ihr Leiden erhalten. Indem eine Diagnose unter den Beteiligten Klarheit schafft, bewahrt sie davor, irreführende Lösungswege zu beschreiten und entlastet von Schuldzuweisungen. Um mögliche negative Auswirkungen einer ADHS-Diagnose zu vermeiden, muss aber einiges beachtet werden. Zu allererst muss man sichergehen, dass die Diagnose fachgerecht durchgeführt wird. Dazu gehört, dass die Diagnostik multiaxial durchgeführt wird, womit alle erforderlichen Dimensionen des Problems erfasst und andere körperliche oder seelische Ursachen für das beobachtete Verhalten ausgeschlossen werden können. Weiterhin sollte die Diagnose nur von fachlich hierfür qualifizierten Ärzten – i.d.R. Kinder- und Jugendpsychiatern oder entsprechenden Fachkliniken – gestellt werden.

ADHS tritt oft mit sogenannten komorbiden Störungen auf, die in der Diagnostik mit berücksichtigt und ggf. vorrangig behandelt werden müssen.

Die Gefahr einer Stigmatisierung durch eine Diagnose wird von Eltern gelegentlich befürchtet, besonders, wenn es um die Schule geht. Richtig ist dabei sicherlich, dass nicht immer sachgerecht auf eine Diagnose reagiert wird. Hier helfen nur Aufklärung und sachgerechter Umgang mit dem Problem in der Öffentlichkeit, um unangemessene Reaktionen zu vermeiden.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass eine sachgerecht durchgeführte Diagnose dem Schutz betroffener Kinder und Jugendlicher dient, notwendige therapeutische und integrative Hilfen erschließt und so früh wie möglich durchgeführt werden sollte. Sie entlastet die Individuen, das Familiensystem und die Gesellschaft von kostenintensiven und schmerzhaften Falsch- und Doppelbehandlungen. Der Umgang mit der Diagnose erfordert eine multiprofessionelle Sichtweise, damit Schutz und Hilfe für die betroffenen Kinder in allen Lebensbereichen gewährleistet ist. Unterstützung dabei bieten Kompetenznetzwerke, die mittlerweile in vielen Regionen gebildet worden sind. Informationen darüber sind erhältlich über die Internetseite des Zentralen ADHS-Netzes: www.zentrales-adhs-netz.de.


a

N

Astrid Neuy-Bartmann

Sucht als Selbstmedikation

ADHS und Drogenabhängigkeit

ADHS und Sucht

Bis zu 50% der Menschen, die ADHS im Kindesalter hatten, haben im Jugend- und Erwachsenenalter noch deutliche Symptome eines ADHS nämlich:

1. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
2. Hyperaktivität, Getriebenheit oder Hypoaktivität, Langsamkeit
3. schnelle Stimmungswechsel
4. Chaos und Desorganisation
5. impulsive Handlungen
6. Selbstzweifel
7. Vergesslichkeit
8. Schwierigkeiten mit Mitmenschen und am Arbeitsplatz

Im Erwachsenenalter zeigen sich weiterhin Risikofaktoren für das gehäufte Auftreten fast aller seelischen Erkrankungen, insbesondere von Ängsten, Depressionen, Zwangsstörungen und Somatisierungsstörungen.

Das Suchtrisiko ist bei Vorliegen eines ADHS um den Faktor vier erhöht. 17-45% der erwachsenen ADHSler zeigen einen Alkoholmissbrauch, bzw. eine Alkoholabhängigkeit. 9-30% der ADHSler einen Substanzmittelmissbrauch, bzw. Abhängigkeit (Ohlmeier, Hannover; Krause München; Rössler, Homburg). Der Verlauf der Suchterkrankungen zeigt sich außerdem durch einen frühen Beginn, schwere Verläufe und häufigere Übergänge in Polytoxikomanien. Bei unbehandeltem ADHS beträgt das Suchtrisiko bis zu 50%.

Ursachen des erhöhten Suchtrisikos

Sowohl bei ADHS, wie auch bei Suchterkrankungen spielt das Gehirnhormon Dopamin eine Rolle. Dopamin steuert die Motivation und die Konzentration. Außerdem lenkt es die Aufmerksamkeit auf Reize, die eine Belohnung verheißen. Wir nennen das auch Suchtgedächtnis. Das Gehirn fokussiert mit Hilfe von Dopamin auf die Ereignisse und Situationen, die den Genuss der Drogen und die erwartete Wirkung in Aussicht stellen. Die Wahrnehmung wird auf diese Weise eingeschränkt und darauf gefiltert, dass vorwiegend Reize wahrgenommen werden, die mit dem Suchtkonsum in Zusammenhang stehen. So kommt es wahrscheinlich durch eine zunehmende Einengung der Wahrnehmung auch zum Suchtdruck. Diese Art der Hyperfokussierung ist auch bei ADHS gut bekannt.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass Substanzmittelmissbrauch häufig als Selbstmedikation und Selbsttherapie betrieben wird. Nikotin, Cannabis und Kokain wirken an den Nervenendigungen (Synapsen) ähnlich wie Dopamin oder das Medikament Ritalin. Betroffene konsumieren diese Rauschmittel, um damit die Auswirkungen und die Symptome ihres ADHS abzumildern. So nimmt Cannabis die innere Unruhe und Getriebenheit, und man kann damit abschalten und den ständigen Stimmungsschwankungen entgegenwirken. Nikotin erhöht die Aufmerksamkeit und macht ruhiger und gelassener, insgesamt entspannter. Nikotin hilft auch dabei, sich klarer und weniger sprunghaft erfahren zu können und mehr Ordnung und Struktur ins Leben zu bringen. Eine ähnliche Wirkung hat Kokain, was aber deutlich mehr Euphorie bewirkt. Der Substanzmittelmissbrauch vermindert ADHS Symptome, schafft aber gleichzeitig neue Abhängigkeiten und Konflikte, und eine negative persönliche Entwicklung kann dadurch noch verstärkt werden. Cannabis verschlechtert zudem die Konzentration und bremst Eigenmotivation und Antrieb, was zu einer deutlichen schulischen Verschlechterung führen kann.

Weiterhin treten bei ADHS häufiger kleine depressive Verstimmungen, sogenannter ADHS-Blues auf. Es kann auch zu lang anhaltenden depressiven Verstimmungen kommen. Aufgrund der Dünnhäutigkeit bei ADHSlern braucht es meist nur Kleinigkeiten, um depressive Reaktionen auszulösen und die Stimmung wieder melancho-

lisch entgleist. Auch hier dienen Drogen als Flucht aus der belastenden depressiven Situation.

ADHS-Betroffene sind außerdem auf der ständigen Suche nach Reizen. Sie können Langeweile schlecht ertragen und erleben diese geradezu als schmerzhaften Zustand, den es zu vermeiden gilt. Richtig wohl fühlen sie sich nur, wenn sie Action erleben, den Nervenkitzel, der sie belebt und sie aus ihrer Lethargie herausreißt. Auf der Suche nach Abenteuer sind sie leichtsinnig und unfallgefährdet. Sie handeln impulsiv nach dem Motto: „Erst gemacht, dann gedacht", und so bedenken sie häufig nicht die Folgen ihres Handelns. Sie scheinen wenig Angst zu haben, und so sind sie auch aus diesem Grund leicht verführbar.

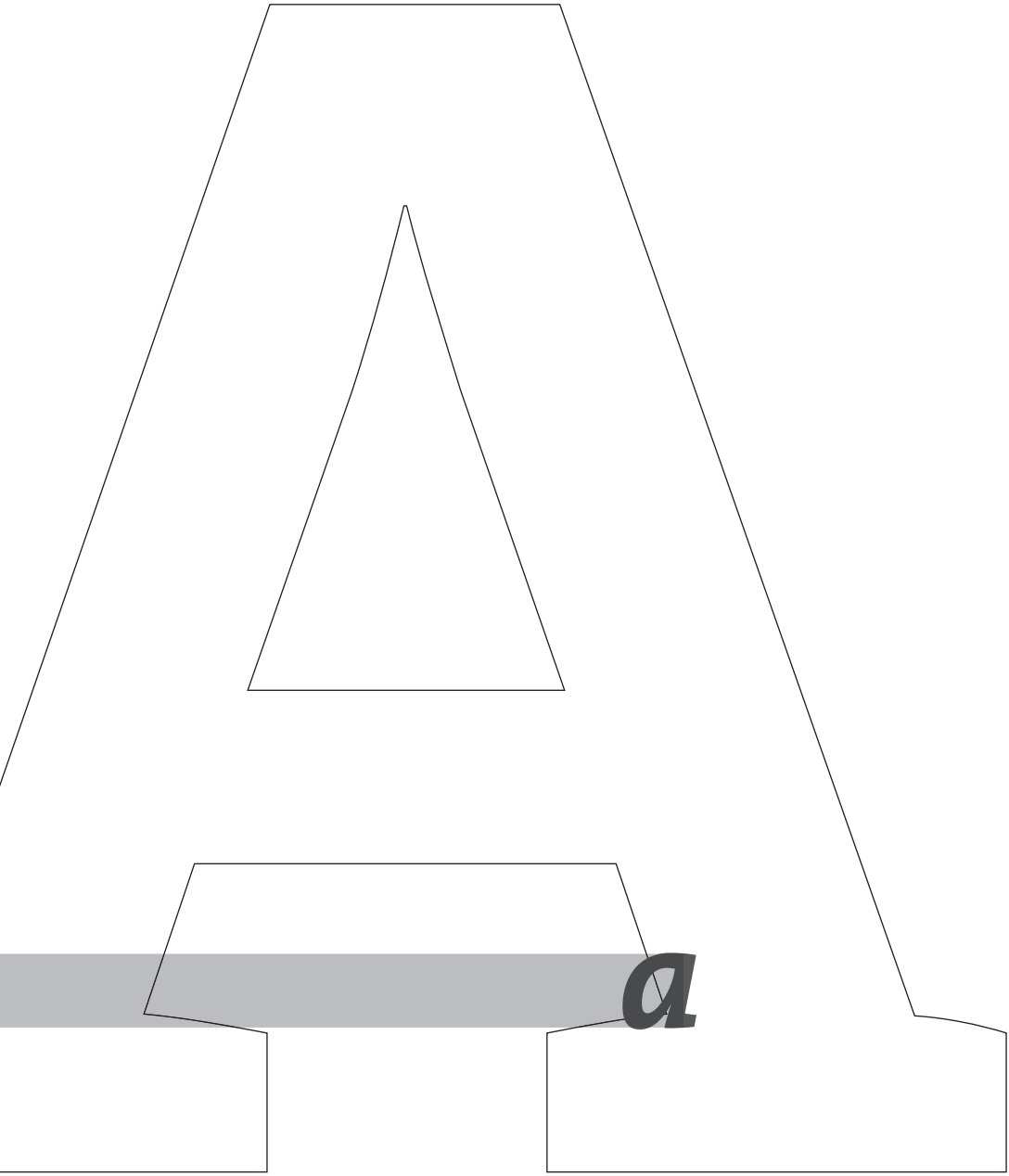
ADHSler können weiterhin schlecht Missstimmungen ertragen. Sie haben den Anspruch, dass das Leben immer Spaß machen muss. Es fällt ihnen schwer, Bedürfnisse aufzuschieben, und sie streben nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung nach dem Motto: Ich will alles jetzt, sofort und immer. Die Drogen geben zumindest eine Illusion davon, dass die Welt berechenbar und Glück jederzeit verfügbar ist. Dabei haben gerade sie häufig mit Misserfolgen und Niederlagen zu kämpfen, und sie neigen dazu, allzu schnell zu resignieren.

ADHSler sind häufig auch maßlos, und sie können alles übertreiben. Sie sind Meister der Exzesse und Obsessionen.

ADHSler haben manchmal auch bereits eine dissoziale Entwicklung im Jugendalter, insbesondere dann, wenn sie die Schule verlassen mussten und keine Einbindung in einen Arbeitsbereich erfolgt. Sie hängen herum, tun sich mit Gleichgesinnten zusammen, begehen aus Langeweile und Übermut kleinkriminelle Handlungen. Sie fühlen sich zusammen stark, wähnen sich in der Opposition als die Ausgestoßenen, die sich fortan gegen den Rest der Welt zusammentun. Es verbinden sie die Niederlagen und die Ablehnung, die sie im Trotz zusammenschweißt und wo sie ihre Identität durch Provokation und Grenzüberschreitung finden. Sie wollen sich bewusst nicht an Regeln halten, propagieren die Anarchie und erleben es als einen Akt der Selbstverwirklichung, sich aus dem bürgerlichen Leben und allen Pflichten und gesellschaftlichen Regel zu verabschieden.

Man findet auch Schwierigkeiten in ihren Elternhäusern, eine Broken-home-Situation, weil Eltern selbst von ADHS betroffen sein können oder selbst eine Suchtproblematik haben. Wenn die Eltern auch Suchtprobleme haben, steigt das Risiko einer Abhängigkeit bei den Kindern deutlich an.

Die Behandlung des ADHS verringert das Auftreten einer späteren Suchtentwicklung. Die Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) ist bei Abhängigen problematisch. Einige Studien zeigen positive Resultate, und insgesamt scheint die Medikation das Auftreten eines Cravings zu verringern. Strattera ist eine weitere Behandlungsalternative. Insgesamt benötigen wir aber dringend weitere Studien zum Thema ADHS und Suchtbehandlung.


a

Referent(inn)en/Autor(inn)en

R

PD Dr. Karl-Heinz Brisch
Dr. med. habil. Privatdozent, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Nervenheilkunde, Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Gruppen. Leiter der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie an der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dozent sowie Lehr- und Kontrollanalytiker am Psychoanalytischen Institut Stuttgart. Forschungsschwerpunkte: frühkindliche Entwicklung, Entstehung von Bindungsprozessen und ihren Störungen sowie Prävention. Deutscher Vorsitzender der Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH e. V.).
E-Mail: Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

Gerhild Drüe
Geboren 1951.Lehrerin/Mitglied im Landesvorstand Niedersachsen von ADHS Deutschland e. V. Leiterin der ADHS-Regionalgruppe Osnabrück.
Internet: www.adhs-deutschland.de
E-Mail: gerhild.druee@gmx.de

Marlis Felber
Grund-, Haupt- und Realschullehrerin, seit Feb. 2008 Ausbildungsbeauftragte am Studienseminar GHRF in Fulda. Schwerpunkt: bes. im Bereich Diagnostizieren, Fördern, Beurteilen und Konzentrationsübungen. Unterricht an der ABC-Land-Schule Maberzell.
E-Mail: marlis.felber@t-online.de

Gabi Ingrassia
Diplom-Psychologin, psychologische und therapeutische Praxis in München am Viktualienmarkt. Freiberufliche Trainerin und Coach im Bereich Kommunikations-, Verhaltens- und Gesundheitsmanagement. ADS-Coaching und Therapie für Erwachsene,

Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom beziehungsweise Anders-Da-Seins-Symptom. Therapie nach Heilpraktikergesetz mit dem Ansatz der Personenzentrierten Psychotherapie für Menschen in schwierigen Lebenssituationen.
Internet: www.Ingrassia.de oder www.bilder-bewegen-berge.de
E-Mail: Gabi.Ingrassia@web.de

Karin Knudsen
2. Vorsitzende im Bundesverband ADHS Deutschland e. V. moderiert seit sieben Jahren ADHS-Gesprächsgruppen für Eltern/Angehörige von Kindern mit ADHS und für Erwachsene mit ADHS; Telefonberatung, Netzwerksarbeit und Projektentwicklung im Rahmen Selbsthilfe. ADHS-Elternberatung und -training sowie ADHS-Coaching für Erwachsene.
E-Mail: vorstand2@adhs-deutschland.de

Dr. Barbara Ladwig
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie im Sozialpädiatrischen Zentrum am Olgahospital Stuttgart. Betreuung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten und ihre Familien. Durch das interdisziplinäre Team im Sozialpädiatrischen Zentrum kann eine umfangreiche Diagnostik, Betreuung und Begleitung angeboten werden, die häufig über Jahre erfolgt.
E-Mail: b.ladwig@klinikum-stuttgart.de

Dr. Katrin Luise Läzer
Dipl.-Soz., Dipl.-Psych., Dr. phil. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt/M. sowie Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte am Institut für Psychoanalyse der Universität Kassel. Schwerpunkte: Quantitative und qualitative Methoden, Einstellungsforschung, Psychotherapieforschung.
E-Mail: laezer@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Dr. phil. Professorin für Psychoanalytische Psychologie an der Universität Kassel, Geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt/M., Lehranalytikerin (DPV). Visiting Professor des University College London, Chair der Research

Communitees for Conceptual Research der IPA. Arbeitsgebiete: klinische und empirische Forschung in der Psychoanalyse, Adoleszenz, psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Cognitive Science.
E-Mail: m.leuzinger-bohleber@sigmund-freud-institut.de

Dr. Astrid Neuy-Bartmann
Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Naturheilverfahren, Aschaffenburg. Seit über zehn Jahren intensive Beschäftigung mit dem Thema ADHS, Mitbegründerin des ADHS-Zentrums München.
E-Mail: Neuy-bartmann@t-online.de

Brigitte Noack
Jahrgang 1951, Diplom-Pädagogin und Supervisorin, tätig bei der Familienberatung der Stadt Köln und in freier Praxis. Koordinatorin des Kompetenznetzwerks ADHS Köln. Mitglied des Fachbeirats Regionaler Netze im Zentralen ADHS-Netz.
Internet: www.zentrales-adhs-netz.de
E-Mail: noack.familienberatung@web.de oder brigitte.noack@koeln.de

Dr. Jan Hendrik Puls
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ausbildung in Verhaltenstherapie und systemischer Familientherapie. Niedergelassen in Kiel seit 2007. Arbeitsschwerpunkte: ADHS, Autismus, Depression.
Internet: www.praxis-puls.de
E-Mail: kontakt@praxis-puls.de

Dr. Martin Schmela
Dr. phil., Diplom-Psychologe, Politik- und Geschichtswissenschaftler (Magister Artium), Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nach mehrjähriger Tätigkeit als Psychologe in der Jugendhilfe sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet er nun in der Psychologischen Beratungsstelle der Bundesstadt Bonn (mit den Aufgabenbereichen Erziehungsberatung und Schulpsychologische Dienste).
E-Mail: dr.martin.schmela@bonn.de

Gabriele Schmid
Diplom-Psychologin, stellvertretende Leitung des Sozialpädiatrischen Zentrums der Universitätskinderklinik Lübeck. Ausbildungen in Klientenzentrierter Therapie und Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie. Langjährige Tätigkeit in Diagnostik, Beratung und Therapie von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.
E-Mail: schmidg@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Dr. med. Annette Siemer-Eikelmann
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Langjährige klinische Erfahrung, seit 1995 Tätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Münster. Psychiatrische Beratung von Mitarbeitern der Jugendhilfe und des Kinderschutzes.
E-Mail: Siemer-Eikelmann@stadt-muenster.de

Dr. med. Helga Simchen
Kinderärztin, Kinder – und Jugendpsychiaterin, Verhaltens- und Familientherapeutin, Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, Mainz.
E-Mail: hpsimchen@tele2.de

Inka Werner
Dipl.-Psych. Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin in der „Therapiewirksamkeitsstudie“ am Sigmund-Freud-Institut, Stipendiatin der Polytechnischen Gesellschaft für das „Starthilfe“-Projekt in Frankfurter Kindertagesstätten.
E-Mail: werner@sigmund-freud-institut.de