

ADHS beziehungsorientiert verstehen und begegnen

Am 18.3.2016 wurde in der Habichtswaldklinik Kassel ein Symposium durchgeführt, bei dem PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen mit unterschiedlichen Qualifikationen und Hintergründen (Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen Ausbildungen, KinderärztInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen, PädagogInnen) einen konstruktiven Austausch zu einem Verstehen und Begegnen mit dem Phänomen ADHS gestalteten. Eingeladen hatten die AutorInnen dieses Beitrags, die „Handlungsleitlinien“ zur personenzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen (Jürgens-Jahnert et al., 2015) verfasst haben, und diese im Fachdiskurs validieren wollten.

Die Diskussion wurde durch zehn Kurzvorträge strukturiert, deren wichtigste Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden:

(1) Diagnose

Bei ADHS handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild. Es ist schwer, wenn gar nicht eindeutig diagnostizierbar; zudem treten hohe Komorbiditätsraten auf (z.B. Döpfner, 2002; Streeck-Fischer, 2006). Hierauf verweisen auch sehr hohe Raten von Fehldiagnosen (Bruchmüller & Schneider, 2012; Morrow et al., 2012) und extreme regionale Disparitäten in der Diagnose (Barmer GEK, 2013) – auch, weil viele „Diagnoseprozesse“ nicht nach den Leitlinien der Fachverbände durchgeführt werden. So sollte man davon ausgehen, dass es sich bei den Symptomen um ein „artifizielles Symptomcluster“ bzw. eine „Oberflächendiagnose“ handelt. Ein Fazit des Symposiums war: „Das *reine* ADHS gibt es gar nicht“.

(2) Diagnostik

Zentral ist eine hoch individualisierte Beobachtung des Kindes, das vorgestellt wird, und seiner Familie. Dazu ist ein sehr sorgfältiges multimodales und multimethodales Vorgehen angezeigt – hierzu gehört auch, die jeweilige Geschichte zu rekonstruieren („Die Geschichte ist die Diagnose“). Entsprechende Leitlinien gibt es von der AG ADHS des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (www.ag-adhs.de) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2007). Zentrale Elemente der Diagnostik müssen sein:

1. Ausführliche Anamnese und Betrachtung der Aktuelsituation

Hier gilt es insbesondere entwicklungsgeschichtliche Faktoren zu berücksichtigen.

2. Störungsspezifische Analyse

Das Auftreten des Verhaltens ist sehr spezifisch zu erfassen (Seit wann? Wie oft? In welcher Intensität? In welchen Zusammenhängen? usw.). Dabei können solide, statistisch abgesicherte Testverfahren eine Unterstützung bieten (z.B. „Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, DISYPS-KJ II“; Döpfner et al., 2008).

3. Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen Situationen

4. Leistungsdiagnostik

5. Körperliche Untersuchungen, ggfls. Rekonstruktion der körperlichen Entwicklung
6. Differentialdiagnostik

(3) Hintergrund/Ursachen

Die Symptome des ADHS lassen sich am ehesten mit einem bio-psycho-sozialen Störungsmodell (z.B. Fröhlich-Gildhoff, 2013) erklären; eine biologische, z.B. genetische Bestimmtheit erscheint als Erklärungsmodell nicht wissenschaftlich abgesichert.

Das bio-psycho-soziale Modell sieht als Hintergrund der verschiedenen Symptome eine frühe Interaktionsstörung – die dann auch neurophysiologisch repräsentiert wird: Das Kind wird mit seinen Grundbedürfnissen insbesondere nach Bindung und Regulation von den Bezugspersonen nicht ‚abgeholt‘ - insbesondere dann, wenn schon Regulationsstörungen mit auf die Welt gebracht werden. Es findet keine wirkliche Begegnung/Bezogenheit zwischen Kind und Bezugsperson statt. Dies hat folgende Auswirkungen:

- Es können keine angemessenen Regulationsfähigkeiten ausgebildet werden.
- Es existierten keine klaren, sicheren innere Repräsentationen von sich und der Welt (und damit auch den Bezugspersonen, also keine sicheren Bindungsrepräsentationen).
- Es können keine ausreichenden Mentalisierungsfähigkeiten entwickelt werden.

Dies führt zu Stress, der leicht auslösbar ist, und es kommt zudem zu einer schlechten Fokussierung auf ein anderes Gegenüber.

Vor diesem Hintergrund sind die ADHS-Symptome als Ausdruck einer Selbststrukturstörung zu interpretieren.

Sekundär erleben sich die Betroffenen als „anders“ und werden auch von ihrer Umwelt als „anders“ und eben besonders als „störend“ erlebt. Dies führt wiederum zu Stress, psychischen Belastungen und zu Selbstwertproblemen.

(4) Konsequenzen für die therapeutische Begegnung

Hier sind drei Aspekte bedeutsam:

1. Es geht darum, in die Erlebenswelt des Kindes „einzusteigen“ und diese von „innen heraus“ mit zu erfahren und Brücken zu anderen Erlebenswelten zu bauen.
2. Zentral ist das Anbieten und Gestalten korrigierender emotionaler Beziehungserfahrungen. Dies bedeutet:
 - eine hohe Präsenz zu zeigen
 - eine Begegnung auf der körperlichen Ebene
 - kontinuierliches Spiegeln, z.T. auch sehr basal (nonverbal!)
 - immer wieder: Regulationsunterstützung zu geben
 - die Ressourcen des Kindes anzusprechen und zu aktivieren
 - die Prozesshaftigkeit in der Spiel/Begegnungssituation zu sichern (dafür da sein, Geschichten nach und nach spielen/erzählen zu können)
 - Mentalisierung vorzuleben und anzusteuern
3. Dies erfordert zugleich ein hohes Maß an Selbstreflexivität des oder der TherapeutIn. Es geht darum, eine echte, kongruente Beziehung leben zu können und ggf. auch Stopps – zur Sicherung der eigenen Beziehungsfähigkeit – zu setzen. Es muss verstanden werden, was das Kind als Beziehungsmuster erlebt (Übertragung/Gegenübertragung).

4. Bedeutsam ist die enge Kooperation von PsychotherapeutInnen mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Eltern, behandelnde ÄrztInnen, Fachkräfte in Schule und Kita; Vereine...)

(5) Medikamentöse Behandlung

Es ist unstrittig, dass es Kinder gibt, für die Medikamente wie Methylphenidat – vorübergehend – unterstützend notwendig sind, damit sie wieder zentrierte Formen der Weltbegegnung gestalten können.

Hierzu sind die Leitlinien der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte (s.o.) oder Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) eine sinnvolle Orientierung. Sehr sorgfältig muss mit der Kategorie des „Leidensdrucks“ umgegangen werden. Regelmäßig sollten „Aussetzversuche“ durchgeführt werden.

Neben der medikamentösen Behandlung muss *immer* eine psychotherapeutische Behandlung erfolgen; eine alleinige medikamentöse Behandlung ist nicht leitliniengerechte Therapie, mithin als Kunstfehler anzusehen.

Wichtig ist auch hierbei die Kooperation zwischen ÄrztInnen, Eltern, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Schule/KiTa.

(6) Zusammenarbeit mit den Eltern

In der Zusammenarbeit mit den Eltern ist es wichtig, deren Selbstwert und Selbstwirksamkeit zu stärken, die Eltern auch in ihrer Verzweiflung ernst zu nehmen und abzuholen.

Hinsichtlich des weiteren Umfeldes ist zu fragen, ob die Lernumgebung(en) des Kindes zu der Einzigartigkeit der Kinder passen. Dies ist eine zentrale Inklusionsfrage für alle Kinder, betrifft aber die Kinder mit den expansiven ADHS-Symptomen im Besonderen. Auch hier geht es darum zu sehen, ob es Bedingungen, vor allem Menschen gibt, die das Kind verstehen und es auch „aushalten“ können.

Literatur:

Barmer GEK (Hrsg.) (2013). *Barmer GEK Arztreport 2013. Auswertungen zu Daten bis 2011. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Bruchmüller K., Schneider S., (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut* (1) 2012, 77-89.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D. & Goletz, H. (2008). *DISYPS-II. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II*. Bern: Huber.

Döpfner, M. (2002). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und Psychotherapie*. (5., korr. Aufl.) (S. 151–186). Göttingen: Hogrefe

Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 19 (2), 81- 103.

Morrow, R.L., Garland, E.J., Wright, J.M., Maclure, M., Taylor, S. & Dormuth, C.R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 184(7), 755-762.

Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglect“ bei der Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 51, 80–90.