

Gelungene frühe Beziehungserfahrungen zeigen sich unter anderem in der Entwicklung überwiegend sicherer Bindungsmuster. Unter schwierigen frühen Lebensbedingungen können unsichere, ambivalent-vermeidende oder desorientierte Bindungsmuster entstehen. Die Gründe dafür können sowohl mit dem Kind und dem, was es an „Eigenheiten“, Temperament auf die Welt mitbringt, als auch mit persönlichen inneren wie äußeren schwierigen Lebensbedingungen seiner Eltern oder mit dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld zusammenhängen. Beispielhaft sei hier auf Schreikinder mit Regulationsstörungen und traumatisierte Kinder und deren Familien hingewiesen.

Diese Kinder haben eher Schwierigkeiten mit Belastungen, Frustrationen und Versagungen zu umzugehen. Es kommt zu Schwächen der Selbst- und Affektregulierungen – sie können ihre Anspannungen und Ängste nicht bewältigen, sondern müssen diese abwehren und unterdrücken. Dieser Prozess kann zu den bekannten Symptomen wie Bewegungsunruhe, übersteigerte Impulsivität und Aggressivität, emotionaler Rückzug, Träumerei etc. führen.

Der Auf- und Ausbau neuronaler Verschaltungen im Gehirn wird wesentlich von der Qualität der Beziehungs- und Bindungserfahrungen bestimmt. Sie repräsentieren sich nicht nur im Verhalten, sondern auch in der Neurophysiologie eines Kindes.

Diagnose

Um möglichst umfassend zu verstehen, auf welchem individuellen Hintergrund ein Kind die Symptome von AD(H)S entwickelt hat, beginnt jede Behandlung mit einer intensiven diagnostischen Phase. Anamnestische Erhebungen geben Hinweise auf Besonderheiten hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und bisherige Entwicklung. Insbesondere der Blick auf die Beziehungsgestaltung und die sich daraus ergebenden Bindungserfahrungen des Kindes sind hierbei wichtig. Mit dem Kind/Jugendlichen finden Gespräche, Spiel- und Verhaltensbeobachtungen und Testuntersuchungen statt, aus denen wir erste Hinweise auf bewusste und unbewusste Konflikte erhalten. Die Diagnostik umfasst die intellektuelle und körperliche Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Ressourcen. Informationen aus dem Lebensumfeld (Kindertagesstätte, Schule) des Kindes/Jugendlichen validieren die Aussagen der Eltern und die Ergebnisse der Untersuchung, insbesondere die entwicklungsfördernden und –hemmenden Bedingungen. Besonderen Wert legen wir auf das Erfassen der Beziehungsgestaltung zum Therapeuten/zur Therapeutin, da dies eine Abbildung der Schwierigkeiten und Ängste sein kann, die das Kind im Kontakt mit Anderen hat. Daraus ergeben sich ebenfalls Hinweise auf zwischenmenschliche bewusste und unbewusste innerseelische Konflikte des Kindes und Jugendlichen.

Psychotherapie

Das Setting der psychodynamischen Therapie in den Einzelsitzungen und bei der Behandlung in der Gruppe ist geprägt durch eine verlässliche äußere Struktur. In den wöchentlichen Therapiestunden kann der Patient in der Beziehung zur Therapeutin seine Probleme und seelischen Konflikte darstellen. Das reale Miteinander und der intermediäre (Spiel-)Raum werden für neue, korrigierende Erfahrungen genutzt. Es werden neue Verhaltensweisen und innere Modelle zur Beziehungsgestaltung erworben.

Das Kind/der Jugendliche drückt über Spiel, Gestaltung oder Gespräch seine Gefühle, Phantasien und Gedanken, d.h. sein Erleben und seine Überzeugungen über sich selbst und seine Beziehung zur Welt aus; seine Beziehungs- und Bindungsmuster werden innerhalb dieser Beziehung für die Therapeutin spürbar. Der Patient kann erleben, dass seine inneren Themen, seine Sorgen, Wünsche und Aggressionen, seine inneren Konflikte und Ängste allmählich verstanden und in Worten oder Symbolen zum Ausdruck gebracht werden. Damit wird eine Verbindung zwischen dem symptomatischen Verhalten und den Gefühlen und inneren Konflikten des Kindes/Jugendlichen hergestellt.

Aufgrund der lebenslangen Beeinflussbarkeit der neuronalen Strukturen des Gehirns können sich veränderte Beziehungserfahrungen in der Therapie und im familiären Umfeld auch auf die neuronalen Verschaltungen des Gehirns auswirken und so eine Nachreifung unterstützen.

Kinder und Jugendliche mit Defiziten in der IChentwicklung benötigen in der Behandlung mitunter Strukturierungshilfen und eine Unterstützung zur Verbesserung ihrer Selbstregulation. Verhaltensmodifikatorische Interventionen werden im Einzelfall ergänzend genutzt. Die aktuellen Probleme im Alltag machen i. d. R. eine Zusammenarbeit mit weiteren Bezugssystemen wie Kindertagesstätte bzw. Schule notwendig.

Therapiebegleitende Elterngespräche

Zu jeder Kindertherapie gehören regelmäßige Gespräche mit den Eltern (u.U. den allein erziehenden Müttern oder Vätern) bzw. den wichtigsten Bezugspersonen (Pflegeeltern, Betreuer/Erzieher bei Heimkindern). Eine vertrauensvolle und verlässliche Arbeitsbeziehung mit ihnen ist notwendig für den Erfolg der Therapie. Oft sind Eltern durch die langandauernde Symptomatik ihres Kindes sehr belastet, verunsichert und leiden unter Schuld- und/oder Versagensgefühlen. Manchmal entstehen dadurch zusätzliche Probleme, die zu „Teufelskreisen“ zwischen Eltern und Kind führen.. Die Elterngespräche sollen entlasten und die Eltern in ihrer Elternrolle unterstützen. In der professionellen Begleitung werden mit den Eltern gemeinsam neue Perspektiven entwickelt, die dazu beitragen, das Kind mit seinen Verhaltensweisen in den unterschiedlichen Situationen zu verstehen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der entgleiste Dialog wieder aufgenommen und neue Formen des Miteinanders erprobt werden können.

Kooperation mit anderen Berufsgruppen / Medikamentöse Behandlung

In spezifischen Situationen kann es notwendig sein, Medikamente einzusetzen. Eine ausgeprägte und lang-jährig bestehende Symptomatik kann die familiäre und schulische Situation des Kindes so stark belasten, dass eine schnell wirkende medikamentöse Behandlung anzuregen ist. In Kooperation mit dem Pädiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychiater sind Indikation und Dauer der Medikation sorgfältig zu prüfen.

Kosten der Behandlung

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist eine Krankenbehandlung, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen auf Antrag übernommen werden, von den Beihilfestellen entsprechend anteilig und von den privaten Krankenversicherungen je nach Versicherungsbedingungen.

Zum Weiterlesen empfehlen wir:

- Bauer, J., *Das Gedächtnis des Körpers*; 2004, Frankfurt/M.
- Bovensiepen, G., Hopf, H., Molitor, G. (Hrsg.); *Unruhige und unaufmerksame Kinder*; Frankfurt/Main, 2002
- Hopf, H., Heinemann, E. *AD(H)S*; Stuttgart 2006
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hg.); *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*, Göttingen, 2006
- *ADHS aus psychodynamischer Perspektive*. Themenheft: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 4/2007

Autoren dieses Arbeitspapiers von VAKJP und bkj:

Matthias Fink, bkj; Birgitt Kreuter-Hafer, VAKJP;
Günter Steigerwald, bkj; Helene Timmermann, VAKJP

Überreicht durch:

Psychodynamische Therapie von unaufmerksamen, unruhigen und impulsiven Kindern und Jugendlichen

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (AD(H)S) ist die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Als Hauptmerkmale werden Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration, körperliche Unruhe und Impulsivität zusammengefasst. Als Begleitsymptome werden häufig aggressives und emotional zurückgezogenes Verhalten genannt. Es gibt inzwischen eine Fülle an In-fomaterial, Fachliteratur und Tagungen, aber *nach wie vor sind Ursachen und Entstehungsbedingungen dieser Symptomatik wissenschaftlich nicht vollständig geklärt*. Die Wissenschaftler gehen von unterschiedlichen Komponenten aus, die das komplexe Störungsbild verursachen: genetische Risikofaktoren verbunden mit einer Stoffwechselstörung des Gehirns; erhebliche psychosoziale Belastungen sowie unzureichende Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit. Die Gewichtung der Wirkfaktoren ist je nach Profession sehr unterschiedlich.

Neuere Forschungen beschreiben den Kreislauf der Wechselwirkungen zwischen neuronalen Prozessen sowie der Verhaltens- und emotionalen Regulierung in der Beziehung. Dadurch schließt sich der Kreis von vermeintlich unterschiedlichen Erklärungsmodellen.

Da wir Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem psychodynamischen Behandlungsansatz - analytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie - seit Jahrzehnten Kinder und Jugendliche mit der heute unter AD(H)S zusammengefassten Symptomatik in ihren Bezugssystemen erfolgreich behandeln, möchten wir unsere Sichtweise der Entstehungszusammenhänge und unsere Behandlungsmethode kurz darstellen.

ADHS aus psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Sicht

Der psychodynamische Ansatz geht von der Grundannahme aus, dass jeder Mensch ein biologisches, psychisches und soziales Wesen ist. Folglich ist auch das Erklärungsmodell zur AD(H)S ein bio-psycho-soziales. Die Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Kindes auf der Grundlage seiner genetischen Dispositionen haben eine besondere Bedeutung für die körperliche, seelische und soziale Entwicklung. Die erfahrungsabhängige Plastizität des Gehirns setzt schon während der Schwangerschaft ein.

Die Interaktionen zwischen Kind und Bezugspersonen sind in den ersten Lebensjahren besonders prägend für die emotionale, kognitive und neurobiologische Entwicklung des Kindes. Eine entwicklungsfördernde Interaktion zeichnet sich durch ein hinreichend gutes Einfühlungsvermögen der Bezugsperson und eine möglichst stressfreie, altersgerechte Kommunikation aus, die eine Über- oder Unterstimulierung ausgleichen kann.