

ADHS - Bindung & Trauma

Alexander Trost

ADHS - ein Reizthema in der öffentlichen Diskussion

„so kann es nicht weitergehen...!“

- Krankheit? Oder gar Epidemie?
BTM-Verbrauch x 30 in 10 Jahren!
- Neurophysiologische Störung:
Defekt - Behinderung?
- (Schul-)Pädagogisches Problem!
- Problem von
Bindung, Familienklima, Erziehung?
- Gesellschaftliches Problem?
- Zeitgeistphänomen?

„Keine Zeit für Träume“

Fernsehfilm Deutschland/Österreich 2014

(ARD-Text)



Die elfjährige Merle kann sich nicht konzentrieren. Ihre Gedanken schweifen oft ab, vor allem in der Schule. Meistens wirkt sie abwesend und verträumt. Als ihr Lehrer den Eltern Kathrin und Roman rät, Merle vom Gymnasium zu nehmen, sind diese voller Sorge und forschen nach den Ursachen für Merles Unkonzentriertheit.

Schließlich stellt eine Kinderpsychologin bei Merle ADS, das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, fest. Die Eltern entscheiden sich dagegen, ihrem Kind Psychopharmaka zu verabreichen und versuchen stattdessen, Merle aus eigener Kraft zu helfen. Ihr Alltag folgt ab sofort einem strengen Zeitplan und abwechselnd lernen entweder Kathrin, Roman oder die ältere Schwester Lea mit Merle.



Diese enorme Mehrbelastung führt allerdings zu einer familiären Ausnahmesituation, die das Zusammenleben aller zunehmend belastet. Als selbständige Bauleiter setzen die Eltern mit der Sorge um Merle auch ihre berufliche Existenz aufs Spiel.

Lea, die mitten in der Pubertät steckt, fühlt sich komplett vernachlässigt. Als Kathrin einen Zusammenbruch erleidet, ins Krankenhaus muss, Lea von zu Hause wegläuft und sich die Situation für Merle auch nicht zu verbessern scheint, stellt sich für die Eltern erneut die Frage: Sollen sie Merle Tabletten geben, damit sie wieder ein normales Leben führen können?

ARD 12.3.2014

ADHS: Geschichte eines Phänomens

um...	Hauptströmung	Kindliche Auffälligkeit als
1810		Nach Encephalitis: ADHS-Kernsymptome beschrieben
1850	H. Hoffmann's Zappelphilipp	Moralisch schlechtes Verhalten: Appelle, Abschreckung, Züchtigung
1890	Reformpädagogik,	„abnorm“, Pathologisierung, „Sonder-„pädagogik
1905	Psychoanalyse	Beziehungsstörung (noch mechanisch)
1937		Bradley gab verhaltensauffälligen („ADHS“) Schülern mit Erfolg Benzedrin
1944		Erstsynthese Methylphenidat („Ritalin“), Gabe bei „MCD-Kindern“
1960	Politisierung	Gesellschaftliches Versagen
1980	Medizinisierung	Als Krankheit klassifiziert: DSM / ICD / „Behinderung“
1990 - 2000	• Starke Zunahme der MPH- Verordnungen, • multimodaler Ansatz, • Leitlinien	• ADHS im öffentlichen Bewusstsein • Neurobiologische Erkenntnisse • Bindungstheoretische Erkenntnisse • Richtungsstreitigkeiten: Neurobiologen, VT / Systemische Therapie, Pharmakologen,....
2005	Integration? Prävention?	ADHS im Erwachsenenalter ADHS als sozialmedizinisch relevantes Problem „Ganzheitlichere“ Betrachtung, Interdisziplinäre Vernetzung, Kooperation
2010 +	„Neue“ Aspekte	„Bindung & Trauma“ vs. „Primär biologische Störung“

„Zappelphilipp“ und ADHS
**Von der Unart
zur Krankheit**



THEMEN DER ZEIT

ADHS, Bindung & Trauma Alexander Trost

(Nach-)Kriegskinder

- 1947 wurden in Bremen 50 000 Schüler der Geburtsjahrgänge 1927-1941 untersucht.
- „Nervöse Störungen“: übergroße Schreckhaftigkeit, motorische Unruhe, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Schlaf- und Sprachstörungen
- 30% schwer, 40 % leicht betroffen
- Vielfältige Traumatisierungen, Zerfall von Familien, abwesender oder traumatisierter Vater.
- ADHS und PTSD !?

AD(H)S: Häufigkeit

- 3 - 9% in nicht-klinischen Stichproben
- NRW:
 - 95.000 Kinder und Jugendliche im Jahr 2008 in NRW (vgl. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in NRW)
 - Anstieg der ambulanten Behandlungsdiagnosen im Zeitraum 2005-2008 um 46%
 - 1,3% (n=1237) der ambulant behandelten Kinder und Jugendlichen wurden 2008 stationär aufgenommen

Häufigkeit

- Junge:Mädchen-Relation:
 - 5:1 beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp
 - 2:1 beim unaufmerksamen Subtyp(Baumgaertl et al., 1995)
- Zahlen sind abhängig von den zugrundegelegten Diagnosekriterien (Leitlinien: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_028.htm)

DSM IV: bis 17% - ICD10: 5%

- ADHS-Diagnose ist eigentlich eine “Restkategorie”

Zentrale Kontroversen I: Gibt es überhaupt ADHS als „Syndrom“?

- Nosologische Entität ist durch einheitliche Ätiologie und Symptomatik gekennzeichnet.
- ADHS = Mehr oder weniger zufällige Kombination von Symptomen, keine valide Diagnose möglich
- Bis zu 85 % Komorbiditäten
- Ist ADHS eigenständige Erkrankung oder vielmehr Risikofaktor für gestörte Entwicklung?
- Das Konzept ist an keinem entwicklungspsychologischen Modell von Aufmerksamkeit, Motorik, Selbstregulierung oder Bindung orientiert, Diagnose dadurch erschwert.

ADHS - Psychiatrische Störung I

- ADHS ist eine schwere, zur Chronifizierung neigende psychiatrische Störung mit einer Reihe beeinträchtigender, zu sozialer und psychischer Behinderung führender Komplikationsmöglichkeiten:
- Sucht
- Delinquenz,
- niedriger Schulabschluss,
- schlechtere Berufschancen,
- Beziehungsstörungen,

Psychiatrische Diagnosen sind (soziale) Konstrukte

"Dabei verführt die Scheinsicherheit einer operationalen Definition, die ja vielfach nichts anderes als das Resultat eines politisch determinierten Konsensusprozesses ist, dazu, den mit einem psychopathologischen Begriff gemeinten, oft komplexen Sachverhalt als Realität zu akzeptieren und nicht mehr genauer zu überprüfen."

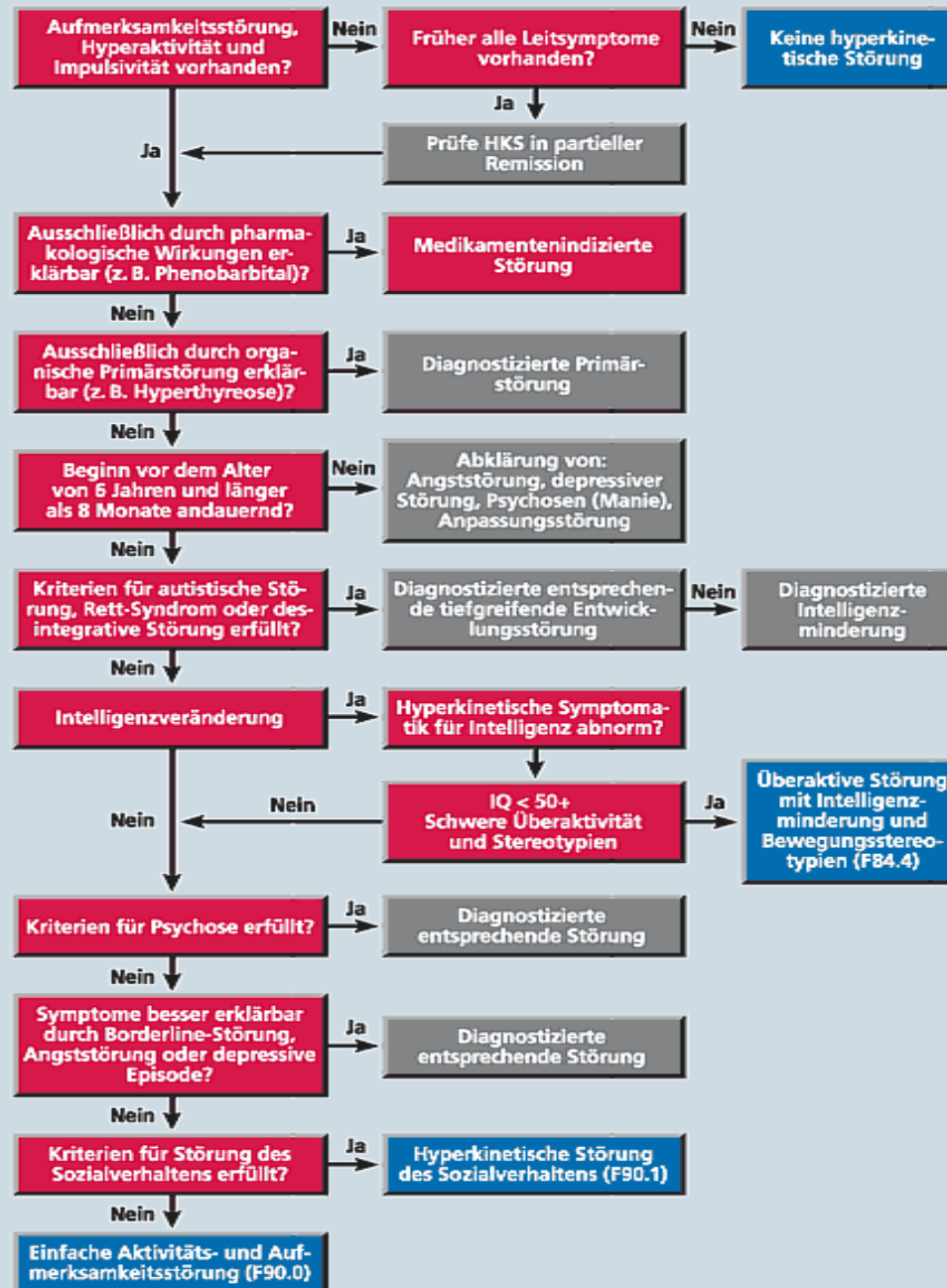
Einführung zur deutschen Ausgabe des DSM-IV (APA, 1996)

Wege zur Diagnosesicherung

Anamnese:

- Leitsymptome:
 - Aufmerksamkeitsstörung,
 - Hyperaktivität,
 - Impulsivität?
- Beginn vor dem 7. Lebensjahr?
- Länger als 6 Monate?
- Situationsübergreifend?
- Beeinträchtigung und Leidensdruck in Schule, Familie, Sozialkontakten?
- Anamnestischer Ausschluss tiefgreifender Entwicklungsstörung?

Grafik 1

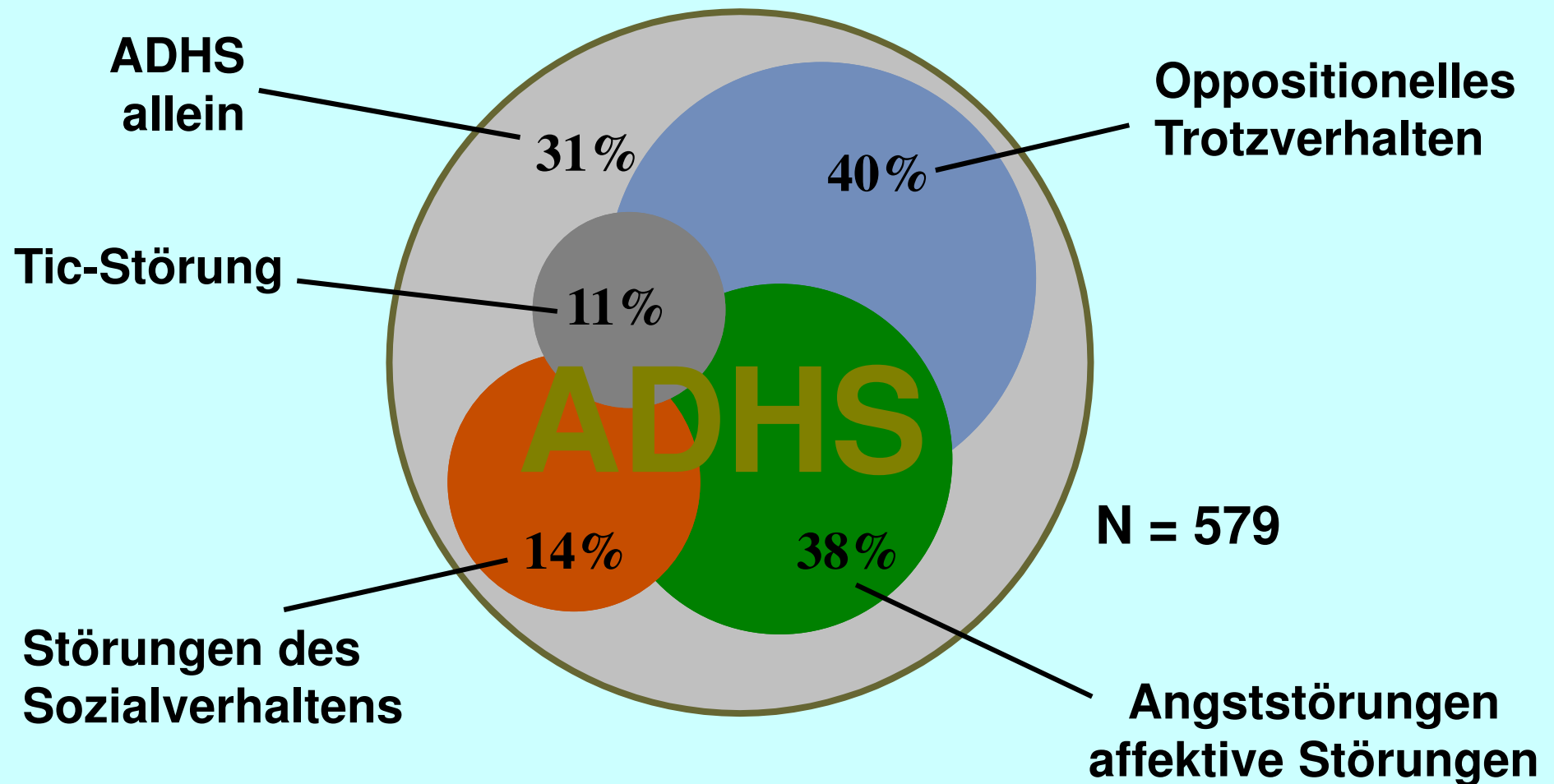


Algorithmus für die Diagnostik hyperkinetischer Störungen nach ICD-10 (6)

Diagnose-Algorithmus als Hilfsmittel

Remschmidt +Heiser, DÄ 37/101, 2004

„Komorbiditäten“ erschweren häufig die Diagnosestellung und die Behandlungen von ADHS



The MTA Cooperative Group, Archives of General Psychiatry 1999;56:1073-1086.

Quelle: Lilly

Komorbidität?

- Was ist das Ei, was die Henne? (H. v. Voss)
- USA + GB: „Associated (co-morbid) conditions“
- Gibt es gemeinsame, noch nicht klar erkannte „Wurzeln des Übels“?

Ergebnisse der



SES (Sozioökonomische Situation) schlägt stark durch:

- Prävalenzen für psychische Störung (mögl./wahrsch.):
 - Hoch 16,6 %
 - Mittel 20,9 %
 - **Niedrig 31,2 %**
- Risiken für psychische. Auffälligkeit durch:
 - Familienkonflikte
 - Elterliche Belastung
 - Psych. Kranker Elternteil
 - Niedrige psych. Lebensqualität der Eltern

Frühe Prädiktoren für ADHS

- Toxische Substanzen: Nikotin, Alkohol in Schwangerschaft (und wahrscheinlich auch später...)=> Epigenetik
- Schwangerschaftskomplikationen, Geringes Geburtsgewicht
- Pränatale Angst und Stress der Mutter sind beste Prädiktoren für ADHS im 4. Lebensjahr, (keine Genetik eingeschlossen). (Längsschnittstudie UK, O'Connor & Rutter, 2002)
- frühe multiple Regulationsstörungen: Schreikinder, Fütterstörungen
- Mangel an Spiel- und Explorationsmotivation
- Frühe Kontaktstörungen der Kinder
- Ostdeutsche Krippenjungs : + ADHS & Ekzeme...
- Pro Stunde TV /Tag vor dem 3. Lebensjahr steigt das ADHS-Risiko um 10 %
- nach: Wurmser, H., 2005, sowie: Esser, Fischer, Wyschkon, Laucht, Schmidt, 2007, in ZKJPP 35(3)

Frühe Prädiktoren für ADHS II

- Mutter aus zerrütteten Verhältnissen
- Vernachlässigung durch die Mutter
- junge Mutterschaft
- Einelternschaft
- familiäre Probleme, elterliche Konflikte
- Mütterliche Angst und Depressivität /prä- und postnatal
- Delinquenz des Vaters

Esser, Fischer, Wyschkon, Laucht, Schmidt, 2007, in ZKJPP 35(3) und: Wurmser, H., 2005

Verlauf hyperkinetischer Störungen

Säuglings- und Kleinkindalter

- sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau
- ungünstige Temperamentsmerkmale
- (Schlafprobleme, Essprobleme, gereizte Stimmung) und negative Eltern-Kind-Interaktion

Döpfner et al. 2000

Risikofaktoren für die Persistenz der hyperkinetischen Störungen

1. niedrige Intelligenz
2. früh einsetzende, schwere und hartnäckige begleitende oppositionelle und aggressive Verhaltensstörungen
3. schlechte Beziehung zu Gleichaltrigen und Eltern sowie schlechte soziale Einbindung ("Einzelgänger")
4. psychische Störungen bei den Eltern, vor allem antisoziale Persönlichkeitsstörungen des Vaters
5. familiäre Instabilität und Ehezwistigkeiten
6. niedriger sozioökonomischer Status der Familie
7. strafender, inkonsequenter und inkonsistenter Erziehungsstil mit geringer emotionaler Wärme
8. Entwicklungsrückstände im motorischen Bereich, der Sprache sowie der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit

Jan Frölich: Frühe Interventionen bei hyperkinetischem Problemverhalten in: Praxis ergotherapie, Jg. 13 (6), S. 376, ähnlich in Remschmidt + Heiser, 2004

ADHS, Bindung & Trauma Alexander Trost

Follow-up Untersuchungen II

Diagnose im Kindesalter

	ADHS %	kein ADHS %	follow-up Jahre	Studie
Antisoziale	23	2.4	15	Weis et al. 1985
Persönlich-	27	8	9	Gittelman et al. 1985
keitsstörung	18	2	17	Klein et et 1991
	12	3	7.3	Mannuzza et et 1998

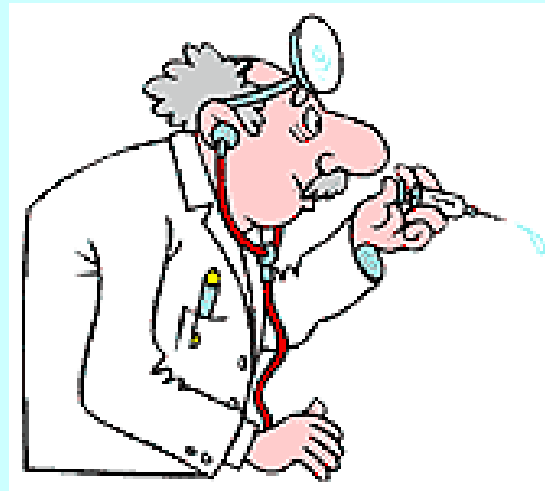
Textkasten 4

Follow-up-Studien klinischer Stichproben bis in die Adoleszenz und in das Erwachsenenalter haben folgende Daten zur Prognose erhoben (3):

- Schulabbruch (32–40 %)
- Seltener Collegeabschluss (5–10 %)
- Wenige oder keine Freunde (50–70 %)
- Schlechtere Leistung am Arbeitsplatz (70–80 %)
- Antisoziale Aktivitäten (40–50 %)
- Vermehrter Tabak- und Drogenkonsum
- Schwangerschaft in der Frühadoleszenz (40 %)
- Sexuell übertragene Krankheiten (16 %)
- Geschwindigkeitsüberschreitungen und vermehrt Autounfälle
- Depression (20–30 %)
- Persönlichkeitsstörungen (18–25 %)

Remschmidt +Heiser, DÄ 37/101, 2004

Ätiologische Hypothesen



Zentrale Kontroversen II: Ätiologie

- „Genetische Studien konnten zeigen, dass Auftreten und Ausprägung einer ADHS eher als Ausdruck einer Normalverteilung in der Bevölkerung denn als Folge eines genetischen Defekts im engeren Sinne interpretiert werden müssen“ (H.Hopf, 2009)
- Genetische Polymorphismen des Dopaminsystems erhöhen das Risiko nur gering und sind sehr verbreitet (Smith et al. 2009)
- Psychosoziale Faktoren für das Auftreten von ADHS sind sehr gut belegt (z.B. Mannheimer Längsschnittstudie)

ADHS - Genetik

- Monozygote Zwillinge haben höhere Konkordanzraten für ADHS als dizygote: nur bez. Aufmerksamkeitsstörung (Goodman & Stevenson 1989)
- Adoptionsstudien: weniger ADHS bei Adoptivverwandten
- Aber: Metaanalysen von >100 Forschungsstudien ergaben nur eine schwache genetische Beteiligung, Genetik erklärt < 5% der Verhaltensvarianz!

Genetik

- „...erhöhte(r) Prävalenz von Psychopathologien bei Eltern, deren Kinder mit ADHS diagnostiziert wurden (Ray et al., 2009; Graham-Bermann & Seng, 2005). 10% – 35% direkter Familienangehöriger dieser Eltern dürften auch ADHS-Symptome entwickeln, wobei das Risiko für Geschwister bei ca. 32% liegt (Martin et al. 2002; Biedermann et al., 1995).
- Wenn ein Elternteil ADHD hat, dann haben es die Kinder mit einer Wahrscheinlichkeit von 57% auch (Smalley et al., 2000; Biedermann et al., 1995), wobei die mütterliche ADHD Diagnose ein wesentlich höheres Risiko als die väterliche darstellt“ (Goos, 2007). (nach Vuksanovic, 2013)

Neurobiologische Befunde

- Volumenunterschiede frontokortical-subkortikaler Neuronensysteme (- 5-10%) ebenfalls cerebellar...
- „Hypofrontalität“: bedingt verlangsamte Informationsverarbeitung
- Hypoarousal
- Weniger inhibierbare Exzitabilität im sensomotorischen System: schlechtere Selbstregulation
- Schlechteres Arbeitsgedächtnis: Steuerbarkeit von Impulsen erniedrigt

•

nach: Moll & Hüther (2009)

Zur Dopaminhypothese I

Main-Stream Annahme:

- Es steht aufgrund der erhöhten Aktivität des Dopamin-Transporters DAT *oder* wegen einer verminderten Dopamin-Ausschüttung zu wenig Dopamin am synaptischen Spalt zur Verfügung.
- Letzte (biologische) Ursache dafür: Ein Gendefekt (Dop.-Rezeptor oder Dop.-Transporter)

(Anmerkung: Zuwenig Dopamin müsste aber eigentlich zu Abgeschlagenheit und Lustlosigkeit führen...)

Methylphenidat gleicht diesen Mangel aus, indem es die DAT besetzt und so mehr Dopamin im synaptischen Spalt verfügbar bleibt.

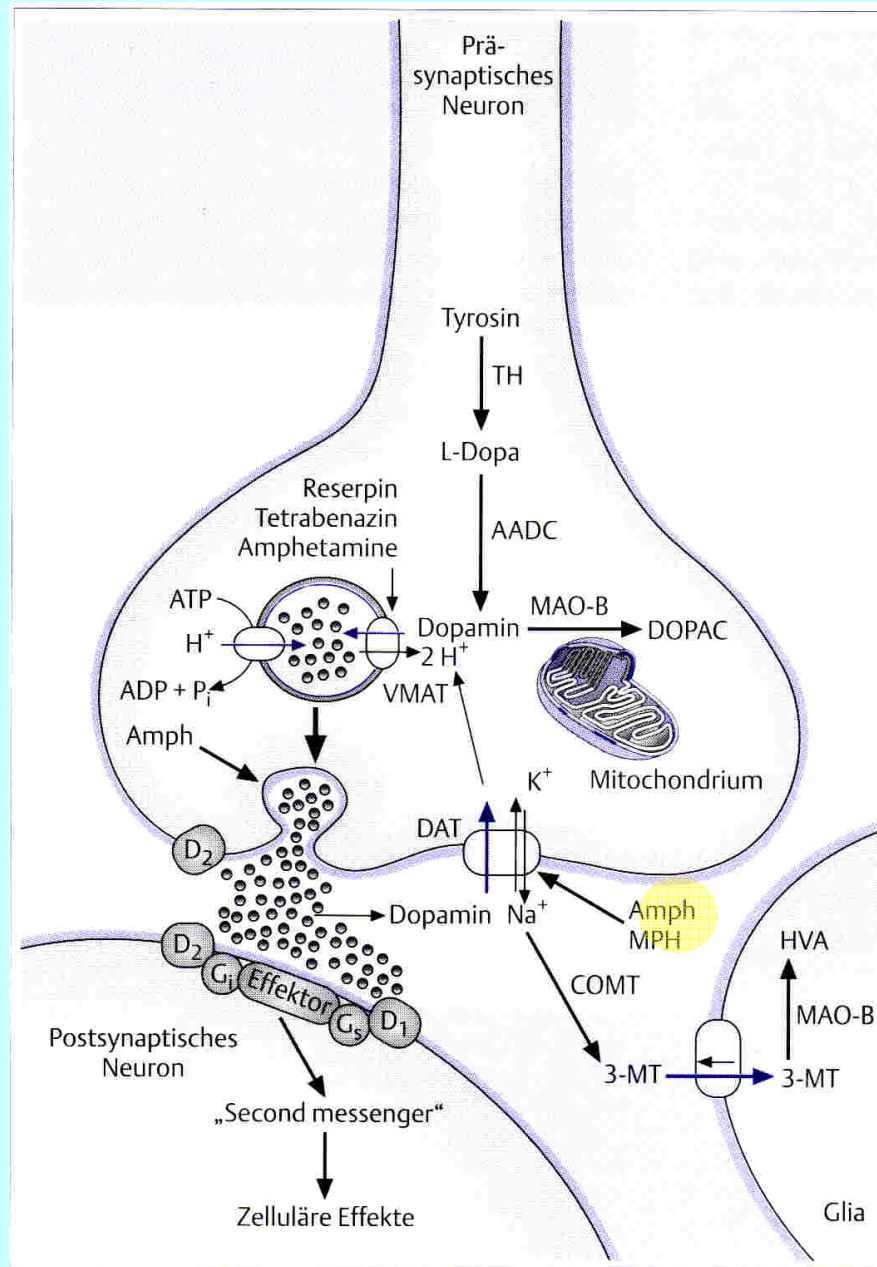


Abb. 2 Wirkung von Psycho-
stimulanzien an einer dopa-
minergen Synapse (Modifi-
ziert nach Gerlach et al.
2001).

AADC	Aromatische Amino- säure-Decarboxylase
Amph	Amphetamin
COMT	Catechol-O-Methyl- Transferase
DAT	Dopamin-Transporter
D ₁ , D ₂	Dopamin-Rezeptor- subtypen
DOPAC	3,4-Dihydroxyphenyl- essigsäure
HVA	Homovanillinsäure
MAO-B	Monoamin-Oxidase, Typ B
MPH	Methylphenidat
3-MT	3-Methoxytyramin
TH	Tyrosin-Hydroxylase
VMAT	vesikulärer Mono- amin-Transporter

aus: Gerlach, M. in:
Schulte-Markwort, M.,
Warnke, A.:
Methylphenidat, 2004

Zur Dopaminhypothese II

Alternativ-Annahme (Hüther):

- Die nachweisbare verstärkte Dichte von Dopamin-Transportern kann ebenso Ausdruck einer erhöhten dopaminergen Innervationsdichte in den Zielgebieten sein - aufgrund eines langfristig - durch besonders intensive „Nutzung“ überstark ausgebildeten dopaminergen Projektionssystems = („Dopaminerge Hyperinnervation“).
- Methyphenidat steigert den ohnehin erhöhten Dopaminspiegel, bis es zu einer schlagartigen Entleerung der Dopamin-Speicher kommt. Erholungsphase ca. 4 Stunden (entspricht Wirkdauer der Substanz)

Andere, seit Langem diskutierte
ätiologische Hypothesen...

Das Wichtigste für die Praxis I:

- Die ADHS-Symptomatik kann als ein in früherer Zeit vorteilhafte (...) Verhaltensausstattung angesehen werden, die in der heutigen Gesellschaft allerdings zum Nachteil wird und die Entwicklung und Adaptation von Kindern gefährdet: Hunter-Farmer-Paradigma

Nach Rothenberger, A.: Neurobiologische Grundlagen der ADHD. Kinderärztliche Praxis, 2001, Sonderheft „unaufmerksam und hyperaktiv“

Das Wichtigste für die Praxis II:

- Als neurobiologische Grundlage wird ein generelles Inhibitionsdefizit v.a. im kognitiven und motorischen Regelsystem angenommen (bzw. ein unzureichendes globales zentralnervöses „supervidierendes“ Inhibitionsvermögen).
- Dies könnte insbesondere über eine Dysfunktion der dopaminergen Neurotransmission vermittelt sein.
- Dadurch ist, insbesondere unter erhöhten Leistungsanforderungen, eine stetige, adäquate Verhaltensinhibition nicht möglich.

Nach Rothenberger, A.: Neurobiologische Grundlagen der ADHD. Kinderärztliche Praxis, 2001, Sonderheft „unaufmerksam und hyperaktiv“

Das Wichtigste für die Praxis III:

- Das Auftreten und die Ausprägung der klinischen Symptomatik hängen von den jeweiligen Umgebungsbedingungen ab.
- Hochstrukturierte, wenig stressbeladene Umgebungsbedingungen sowie externe Hilfestellung, Kontrolle und Motivationshilfen (Außensteuerung) können dazu führen, dass die Auswirkungen der Störungen zentralnervöser Steuerungs-, Kontroll- und Selbstregulationsprozesse minimiert werden.

Nach Rothenberger, A.: Neurobiologische Grundlagen der ADHD. Kinderärztliche Praxis, 2001, Sonderheft „unaufmerksam und hyperaktiv“

Hunter / Farmer- Analogie (Thom Hartmann)

Störungsperspektive	„Hunter“	„Farmer“
Leicht abzulenken	Umgebung überwachen	Bei derzeitiger Aufgabe bleiben
Kurze Aufm'Spanne, aber lange intensive Konz. möglich	Sofort auf die Jagd! Flexible Strategieänderung	Stetige, verlässliche Bemühung Langzeitstrategien
Schlechte Planer, unordentlich, chaotisch + impulsiv	Unermüdlich, aber nur auf einer „heißen Spur“	Zeit- und Zeitplanbewusst, gutes Durchhaltevermögen
Verzerrtes Zeitgefühl, keine Vorstellung davon, wie lange...	Ziel- und ergebnisorientiert	Geduldig: „Gut Ding will Weile haben“
Ungeduldig	Visuelle/konkrete Denkweise, Ziel klar vor sich, ggf. ohne Worte	Auch Ziele, die derzeit nicht leicht zu sehen sind, verfolgen
Können schlecht Wörter in Konzepte umwandeln.	Unabhängig	Lernfähig
Probleme, Anweisungen anderer zu befolgen	Langweilige Aufgaben sind öde. Aufregung und neue Ideen!	Konzentriert, achten auf Details „kümmern sich um's Geschäft“
Tagträumer	Willens und in der Lage, Risiken auf sich zu nehmen...	Sorgfältig und sorgsam: „erst schauen, dann springen“
Handeln, ohne Konsequenzen zu bedenken		
Ungehobelte Umgangsformen	Keine Zeit für Feinheiten...	Umsorgen, Werte der Gemeinschaft schaffen und fördern

KISS-Syndrom



Andere Beispiele:

Yannik Sch.

Florian R.

Luca A.

Indra S

Annika B

Mensch-Zeichen-Test, Max M. 7;11J

Mangel an taktil-kinästhetischer Erfahrung

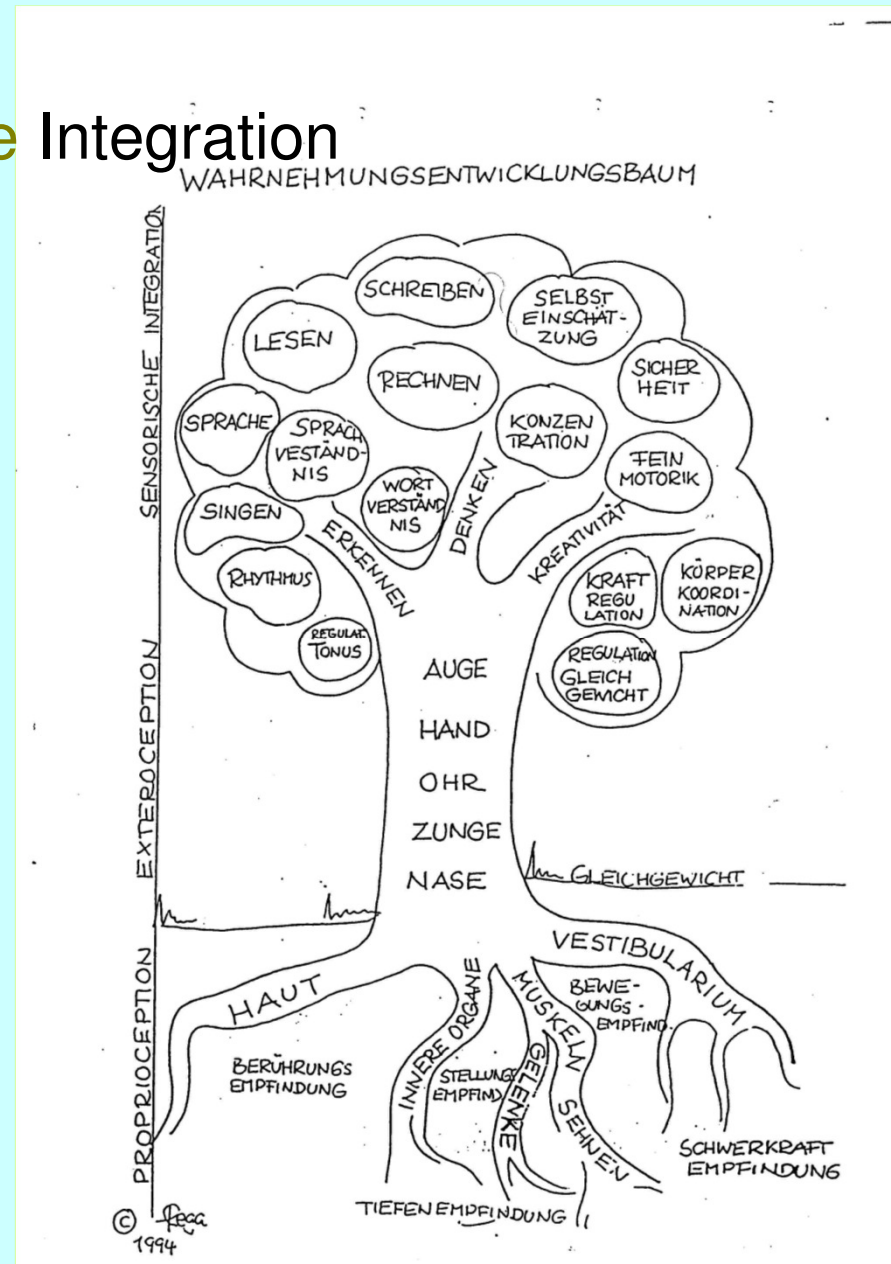
- **Java:** Kind im ersten LJ immer auf einem Arm:
emotional-taktil-kinästhetische Kontinuum (S. v. Loh, 1995).
 - weniger Spannungsaufbau, meditativ statt expansiv...
 - Kinder sind viel weniger aggressiv, kooperativer,
- **Deutschland:** „Ablege“-Tendenz,
 - körperferne (visuell-auditive Zuwendung)
 - Welt der Gegensätze, aktive Entwicklungs-/ICH-Förderung
 - Kinder sind unruhiger, länger wach

Sensorische Integration

J. Ayres

J. Prekop

S. v. Loh



Psychodynamische Aspekte des ADHS

- Bettelheim (1983): unangepasstes, regelverletzendes, hyperkinetisches Verhalten ist Abwehrmechanismus gegen den Schmerz der fehlenden Bindung Illusion, die Umwelt im Griff zu haben. Hilferuf und Bestrafung zugleich
- Winnicott (1974):
 - fehlendes „Holding“ ; auch: Prekop (1991)
 - manische Abwehr gegen depressive Ängste
 - Selbstwert und Bewegungserfahrung (GÜ: Irritation, Nicht-Ernstgenommen-Sein, Ablehnung)
- Berger. M.(1993): Kindsbewegungen schaffen Beziehung und vermindern Ambivalenz, unterstützen Triangularität
- Störung der frühen Objektbeziehungen und resultierend die Entwicklung einer maniformen Abwehrform, bei der Verlustängste und depressive Affekte nicht symbolisierend verarbeitet werden, sondern körpernah organisiert scheinen.
- Triangulierungsstörung, bei der die väterliche Position nicht stabil besetzt werden kann. Wenig Halt gebende Strukturen und Erregungsexzesse wechseln sich ab, die Affektregulation ist eingeschränkt.
- „ADHS“ unkorrekt diagnostiziert, in Wirklichkeit Folge emotionaler Belastung und/oder traumatischer Erfahrung, die aktuell nicht verarbeitet werden kann.

Affektive Kommunikation

„Die Resonanz der rechten Hemisphären von Mutter und Kind in der regulatorischen Interaktion ist der wesentliche „promotor“ für eine normale Entwicklung“ Allan Schore, 2011

ADHS als Mentalisierungsproblem

- Wahrnehmungsdaten und Affekte können nicht adäquat zu Gedanken verarbeitet werden
- Desorganisation des Denkens im Sinne einer Unfähigkeit, seine Aufmerksamkeit an inneren Repräsentanzen zu orientieren und damit
- Zu einer Kohärenz und Flexibilität des Denkens und Handelns zu kommen.
- Statt dessen steht die Ablenkbarkeit im Vordergrund: 2 Aktivitäten können nicht zueinander ins Verhältnis gebracht werden.
- Die mangelhafte Ausbildung von Mentalisierungsfunktionen führt auch dazu, dass Kontakt vermieden oder unterbrochen wird.

Va: Löwe, schreit
Mu: Giraffe, klein
Max: Katze, kratze am meisten
Tim: Maus, sehr groß, aber auch klein, kann fiepen



Familiendynamik bei /des ADHS

- Ablösungskonflikt der Eltern, verhinderte Paarbildung
- Fehlende Triangulierung, abwesender Vater, Abwertung
- Ablenken von Ehekonflikten, intergenerationalen Konflikt
- ADHS-Kind als „Voltmeter“ für innerfamiliäre Spannungen
- Bindungstrauma der Mutter / des Vaters
- Psychische Erkrankungen Elternteil
- Chronische Konfliktsituationen
- Soziale Isolation (Alleinerziehende)
- Umdeutung: Hilfe-Holen!

ADHS in der Fachdiskussion: Neue Forschungsansätze

ADHS, Stress und Bindung I

- Mäusedeprivationsexperimente: Frühdeprivation lässt Cortisolspiegel lebenslang erhöht, sogar in der nächsten Generation → genetische Rekombination → Hormonebene → Verhaltensebene
- Mäusebabys, deren Mütter in der Schwangerschaft großem Stress ausgesetzt waren (Anbindung), zeigen im Frontalhirn eine erhöhte Rezeptordichte für Dopamin und Glutamat → Aktivierung der Gen-Expression für Dop und Glu (Barros et al. 2004)
- „Frühadoption“ dieser Babys durch nicht gestresste, genetisch identische Kontrollmütter lässt diese Transmitterveränderungen verschwinden.

ADHS, Stress und Bindung II

- Dopamin-Polymorphismen (DRD4) bei ADHS-Kindern und bei **desorganisiert gebundenen Kindern**, auch : erhöhte Vulnerabilität im Dopaminsystem
- Diese Kinder weisen dann desorganisiertes Verhalten auf, wenn Mütter unfeinfühlig
- In bindungsrelevanten Stresssituationen zeigen die desorganisiert gebundenen Kinder : motorische Unruhe, stereotype Bewegungsmuster, Tranceartige Zustände, Unaufmerksamkeit

Bindungsrepräsentation bei Müttern von ADHS-Kindern

- Hypothese: Je ausgeprägter die ADHS-Symptomatik, umso unsicherer die Bindungsrepräsentation der Mütter
- Pilot-Studie von **R. Kissgen** et al. (Psychopathology 758) mit 51 Kindern **weist genau dies nach**.
- Ergo: Kinder, deren störungsbedingte Auffälligkeiten die größte Herausforderung an den feinfühlgigen Umgang mit ihren Signalen stellen, treffen auf Mütter, die aufgrund der eigenen Bindungsrepräsentation nur über eingeschränkte Voraussetzungen für feinfühlgigen Umgang mit kindlichen Signalen verfügen.

Bei ausgeprägter pränataler Stressbelastung der Mutter...

- „schwieriges Temperament“: höhere, negative Emotionalität und Irritierbarkeit
- Hyperaktivität (Jungen)
- Geringere Aufmerksamkeitsleistung
- Höhere Ängstlichkeit
- Höhere Depressivität (Mädchen)
- als Säugling oft bessere motorische Entwicklung (?)
....beim Kind (Diverse prospektive Studien)

Forschungsprojekt LMU (K.-H. Brisch):

- Welchen Einfluss haben ungelöste und unverarbeitete Traumata wie Frühgeburt, Todesfälle in der Familie, Misshandlung, Hospitalisierung und die Bindungsqualität auf die Entstehung einer ADHS?
- Design:
 - Fragebogen
 - Bindungstest Eltern-Kind
 - Verhaltensbeobachtung in Stresssituation
 - Genetische Untersuchung Eltern-Kind
 - Subgruppe: f-MRI

Beziehungstraumen korrelieren mit ADHS

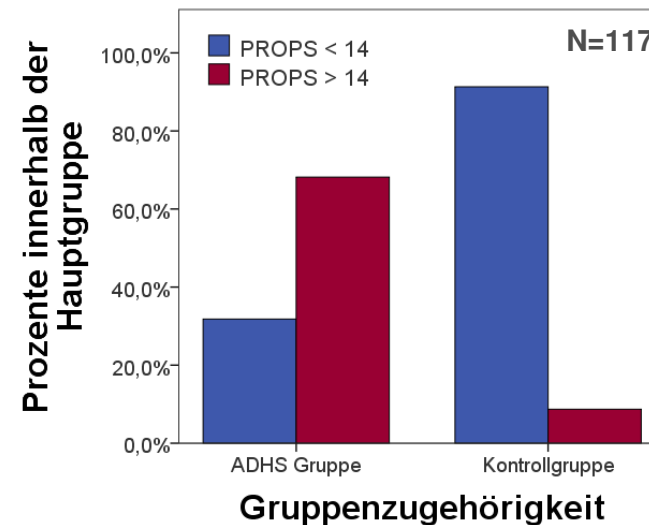
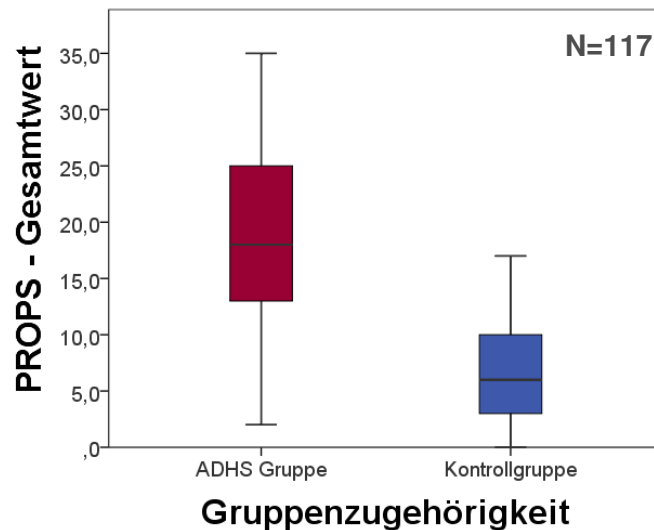
80 ADHS-diagnostizierte Kinder zw. 5-9 J. + gematchte Kontrollgruppe.

- Traumaanamnese:
 - Beziehungstraumen zu 1 °Bindungsperson
 - Sonstige Traumen (z.B. Unfall)
- Hochsignifikante Korrelation der ADHS-Symptome zu Beziehungstrauma-Erfahrungen

(N. Vuksanovic, 2013)

A D H S und PTBS - Symptomatik

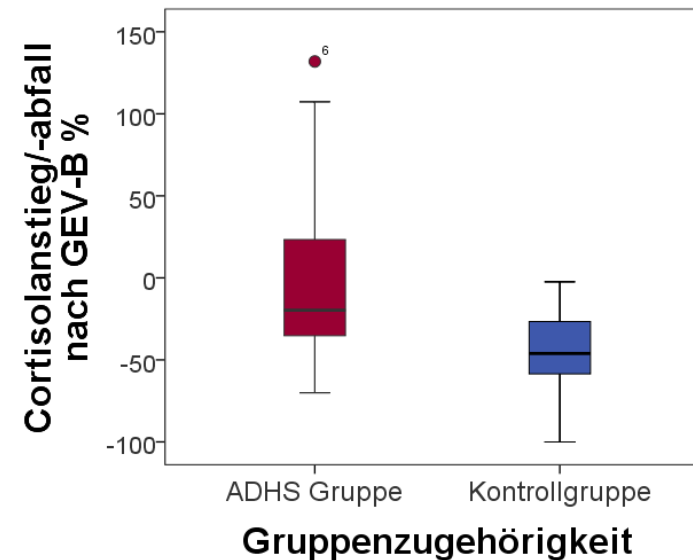
- Jungen mit ADHS haben ein 3x höheres Gesamtscore für posttraumatische Belastungssymptomatik (PROPS) als gesunde Kinder



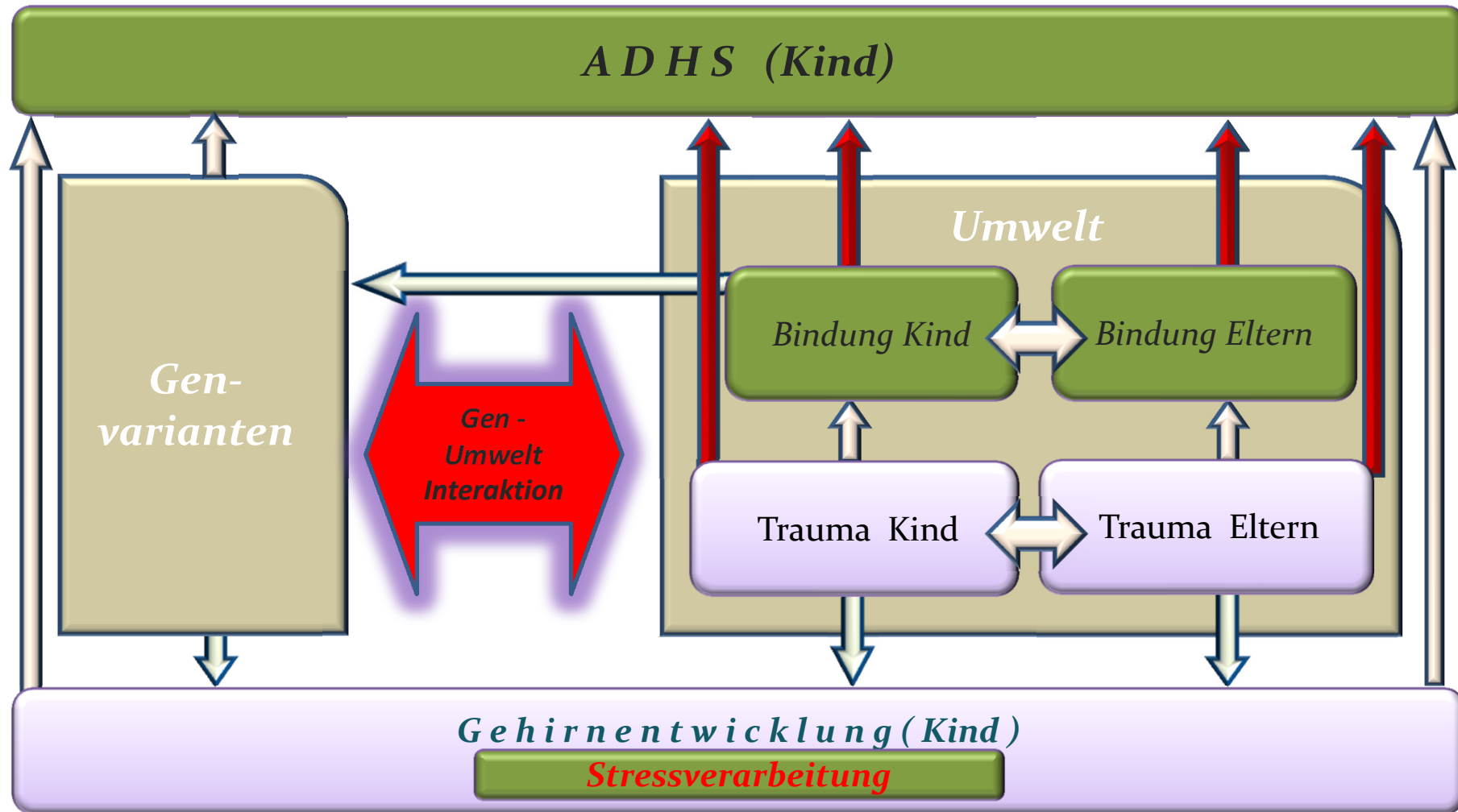
- In der Regressionsanalyse erklärt posttraumatische Symptomatik zusammen mit dem Alter der Kinder 44% der Varianz für die Aufmerksamkeitsstörung

A D H S und Stress

- Jungen mit ADHS zeigen im Durchschnitt signifikant höhere Stressreaktion auf den emotionalen / bindungsspezifischen Stressor
- Signifikante Stressreaktion zeigen nur ADHS-Kinder (alle unsicher gebunden)
- Auf den kognitiven Stressor reagieren ADHS-Kinder vergleichbar stark wie die gesunden Gleichaltrigen



Multifaktorielles ätiopathogenetisches Modell für ADHS



Legende:



Bisherige Forschung
ADHS Studie

ADHS, Bindung & Trauma Alexander
Trost

Vuksanovic, 2013

ADHS & Trauma

Rumänische Heimkinderstudien (Rutter et al.2001):

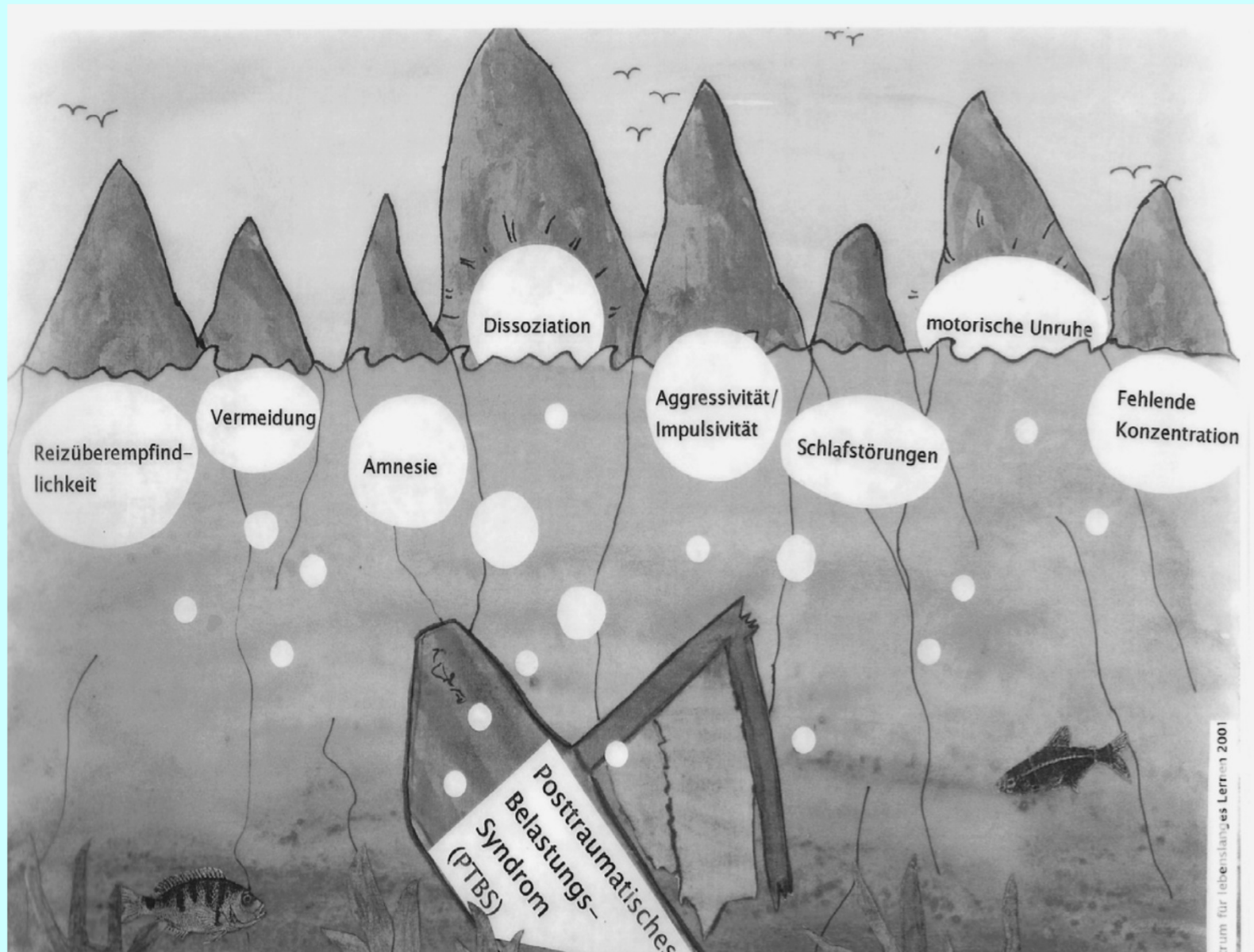
Schwer deprivierte Kinder zeigen auch unter emotional guten Adoptionsbedingungen zu 80% langfristige Auffälligkeiten: Schwere der reaktiven Bindungsstörung korrelierte mit

- ADHS-Symptomausprägung
- Symptomen aus dem Autismus-Spektrum
- Dissozialen Symptomen

Traumaaanamnese bei ADHS

Kinder und Jugendliche mit ADHS zeigen in der Anamnese eine signifikant höhere Rate an emotionaler, sexueller und körperlicher Misshandlung als gesunde, wobei die Art der Misshandlung bzw. Vernachlässigung unterschiedlich mit den Leitsymptomen korreliert. (Ouyang et al., 2008; Briscoe-Smith et al., 2006)

- Sexuelle Misshandlung scheint besonders bei Mädchen und beim vorwiegend unaufmerksamen ADHS-Subtyp von Bedeutung zu sein, während
- körperliche Gewalt eher mit Hyperaktivität / Impulsivität und aggressiv / dissozialem Verhalten zusammenhängt



Was bedeuten Bindungstraumen für die Entwicklung?

- Fixierung auf früherer Entwicklungsstufe:
 - Selbstschutz vor Überforderung
 - Sehnsüchtiges Erzwingenwollen
 - „Defizite“ bei exekutiven Funktionen / Mentalisierung
 - Schwierigkeiten in affektiver / kognitiver / motivationaler Selbstregulation
 - Abwehr des Schmerzes der fehlenden Selbstwirksamkeit, des nicht GesehenWerdens

Risiken für Bindungsdesorganisation und Bindungsstörungen I

- Erleben von Gewalt
 - v.a. Annäherungs-Vermeidungskonflikte
- Vernachlässigung
 - v.a. deutlicher Rückzug und geringe emotionale Reaktivität
- psychische Erkrankung der Eltern
 - z.B. Fehlen von Verlässlichkeit, Schutz, Sicherheit, Struktur
- häufiger Wechsel der Bezugspersonen
- Lern- / geistige Behinderung der Eltern
- wenige Sozialkontakte der Mutter

insgesamt: extrem geringe Passung von kindlicher Reaktion und elterlichem Fürsorgeverhalten

Parentale Hilflosigkeit I (Pleyer)

- Arbeit mit Eltern erfordert einen anschlussfähigen Versteherahmen (cave Opfer-Täter-Fälle)
- Scheitern der Eltern:
 - Ambivalenz zw. Versagensgefühl und Überzeugung „alles“ getan zu haben, Dauerkonflikt, Zwangslage
 - Auffälliges Symptomverhalten bei Kind und Eltern
 - Hilflosigkeit, Angst, Annäherungs- / Vermeidungskonflikt

Pleyer, K.H: Parentale Hilflosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik 28(4) 2003

Parentale Hilflosigkeit II(Pleyer)

- Selektive Wahrnehmung der Signale des Kinde
 - Wunsch nach Nähe: „Unterdrückungsversuch“
 - Wunsch nach Alleinsein: „Zurückweisung“
 - Feinfühligkeitsmangel vs. dissoziatives Ausblenden von Signalen, die Unbehagen, Schmerz oder Angst auslösen
- Konfliktvermeidung: scheinbar unlösbarer Dauerkonflikt, subtile Abwertung des Kindes, keine klare Position beziehen, undeutliche Bindungssignale, Fluchtmanöver, Unterwerfungsmuster, Totstellreflex
- Verantwortungsabgabe an Außenstehende: Diagnostik Ursachensuche, therapeutisch-pädagogische Beschäftigung mit Kind
- Kooperationsverlust auf Elternebene: ♂ + ♀ Ressourcen nicht balanciert, Disqualifikation, Abwertung männlicher Bewältigungsstrategien

Risiken für Bindungsdesorganisation und Bindungsstörungen II

- unverarbeitete Traumatisierungen der Eltern
- komorbide Erkrankungen des Kindes
- Bereits im Neugeborenenalter Defizite in der Verhaltensorganisation
 - geringe Orientierungsfähigkeit,
 - hohe Irritabilität,
 - geringe Selbstregulationsfähigkeit
- Molekulargenetische Polymorphismen des Dopaminsystems und Serotonintransports

Therapeutische Strategien



Hanna, 7 J.

Wir behandeln Menschen, keine Konstrukte

- Es ist also nur begrenzt sinnvoll, das Ziel einer messerscharfen objektiven Diagnostik zu verfolgen (Ludewig, 1991).
- Viel wichtiger ist es, mit der Familie einen gemeinsamen Nenner zu finden hinsichtlich sinnvoller pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen.
- Andernfalls sind ‚Widerstand‘ oder ‚Non-Compliance‘ wahrscheinlich, oder die Familie sucht sich jemand anders, der besser zu ihnen und ihrem Problem passt.

(zit. n. Spitzczok, 2003)

Multimodale Therapie bei ADHS

Eine Kombination von:

- Verhaltenstherapie mit dem Kind: z.B. THOP, Marburger Konzentrationstraining, ADHS-Training nach Lauth & Schlottke
- Elternarbeit: Erziehungsberatung, Familientherapie, Elterntraining
- Netzwerkarbeit: Schule, KiTa, etc....
- bei komorbiden Störungen (also fast immer!): Spieltherapie, Traumatherapie, Ergotherapie, Logopädie, Lerntherapien
- Pharmakotherapie (in der Reihenfolge, bzw. parallel!)

Aaron-Segen (Num 6, 24-26)

„Der Herr segne und behüte Dich. Der Herr lasse sein Angesicht über dich leuchten und sei dir gnädig. Der Herr wende sein Angesicht dir zu und schenke dir Heil“

In der alttestamentlichen Sprache: das Gesicht der Mutter, das dem Säugling die Welt bedeutet, und das des Vaters, der sich dem Kind kraft- und lebensspendend zuwendet.

Selbstregulation

- ...eine lebenslange Aufgabe, die (spätestens) mit der Geburt beginnt.
- Anfänglich benötigt das Kind feinfühliges Co-Regulation von einem „kompetenten Anderen“
(Holodynski)
- Im Laufe der Entwicklung lernt das Kind, sich immer mehr, häufiger und besser selbst zu regulieren, und gewinnt so mehr Autonomie und Selbstwirksamkeit.
- Fähigkeit zu Selbstregulation ist entwicklungs- und kontextabhängig
- Heute: *Inhibition* als Kompetenz besonders gefragt!

Selbstregulation

- „**Erwachsen**“ kann man einen Menschen nennen, der
- somatische, psychische und soziale DysBalancen bei sich selbst wahrnimmt, versteht,
 - und, ggf. mit Hilfe Anderer, so regulieren kann, dass er / sie im Wesentlichen mit sich und anderen gut zurecht kommt, und seine Entwicklungsaufgaben bewältigt.

„Üben, sich im Griff zu haben“

(M.Spitzer, 2013)

- Selbstkontrolle:
 - Ein bestimmtes, eigenes Ziel aktiv zu halten
 - Etwas Anderes, Ablenkendes, nicht zu tun, und
 - mit dem Ziel aktiv und flexibel umgehen
- Training hilft bei schwachen Muskeln, und auch bei schwacher Kontrolle...
 - Werkzeuge des Geistes entwickeln, die helfen:
 - bei der Sache zu bleiben
 - Geistige Flexibilität zu entwickeln
 - Dazu gibt es Übungsprogramme, Bewegungsspiele, etc...

Ein Navigationsmodell für die
bindungsorientierte soziale &
pädagogische Arbeit

(Zukunftsorientierung)

*Organisation der
Veränderungsschritte:*
Förderung von Neugier,
Exploration, Kreativität

Lösungen finden:

Kontext-Variablen

Organisation der Begegnung:
analoge Kommunikation,
Affektivität, emotionale
Einbettung

Organisation der Struktur:
Leitung, Regeln, Räume,
Zeiten, Verlässlichkeit
Grenzen

Bindung anbieten

Halt geben

(Vergangenheitsorientierung)

(Gegenwartsorientierung)

Bindungsorientierte Familientherapie

(ABFT nach Guy Diamond & Suzanne Levy, 2005)

Prinzip: Earned Security anstoßen im direkten Dialog der Beteiligten: Entlasten, Verzeihen, Empathie fördern, in enactments. Wirksam auch bei schwerstbeeinträchtigten K. & J.

1. Umdeutung der Beziehung:

Vom Zorn zur Suche nach Unterstützung durch die Eltern

2. Herstellen einer Beziehung zum Jugendlichen

„Störung“ als interpersonell definieren, Unterstützung anbieten

3. Herstellen einer Beziehung zu den Eltern:

Eigene Geschichte validieren, und als Ressource für Kind verstehen

4. Wiederherstellen der Bindung:

Eltern: in regulierter Atmosphäre Affekten des Kindes raumgeben, und unterstützend kommentieren, Verbalisieren (Mentalisieren) fördern

5. Formung von Kompetenzen:

Selbstwert, Autonomie, Selbstwirksamkeit aufbauen

Herausforderungen bei Pflegekindern

- Meist längerfristig und schwer traumatisiert
- Massive Einschränkung von kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen: Selbstwert, Autonomie und Selbstwirksamkeit
- In Pflegefamilie zunächst überangepasst oder emotional starr, pseudoautonom, oder überaktiv
- Nach Eingewöhnung oft sehr „störend“ & belastend, Kind reinszeniert Traumata
- Extreme Anforderung an heilpädagogische / therapeutische Kompetenz der Pflegeeltern: Übertragung & Gegenübertragung
- Erlebte Realität des Kindes vs. *Verleugnung* durch Eltern, Pflegeeltern, Professionelle zentral bedeutsam
- Cave Retraumatisierung dadurch: z.B. Besuchskontakte
- Entscheidend sind Rückhaltesysteme, Supervision, Entlastung für Pflegeeltern

Psychodynamische Entwicklungsförderung: eine mentalisierungsgestützte Therapie

- Selbst- und Objektrepräsentanzen aufbauen
- Verbalisierung innerer Zustände und Differenzierung von Affekten
- Angstreduzierung: Förderung des Denkens
- Unterscheidung: Inneres & Äußeres, Reales & Irreales, Phantasie & Realität
- Grenzen setzen und erklären
- Ursache & Wirkung im zwischenmenschlichen Kontext
- Ambiguitätstoleranz
- Gegenseitigkeit

usw...

(Fonagy & Target, 2005, etc.)

Systemische Arbeit

Ziele:

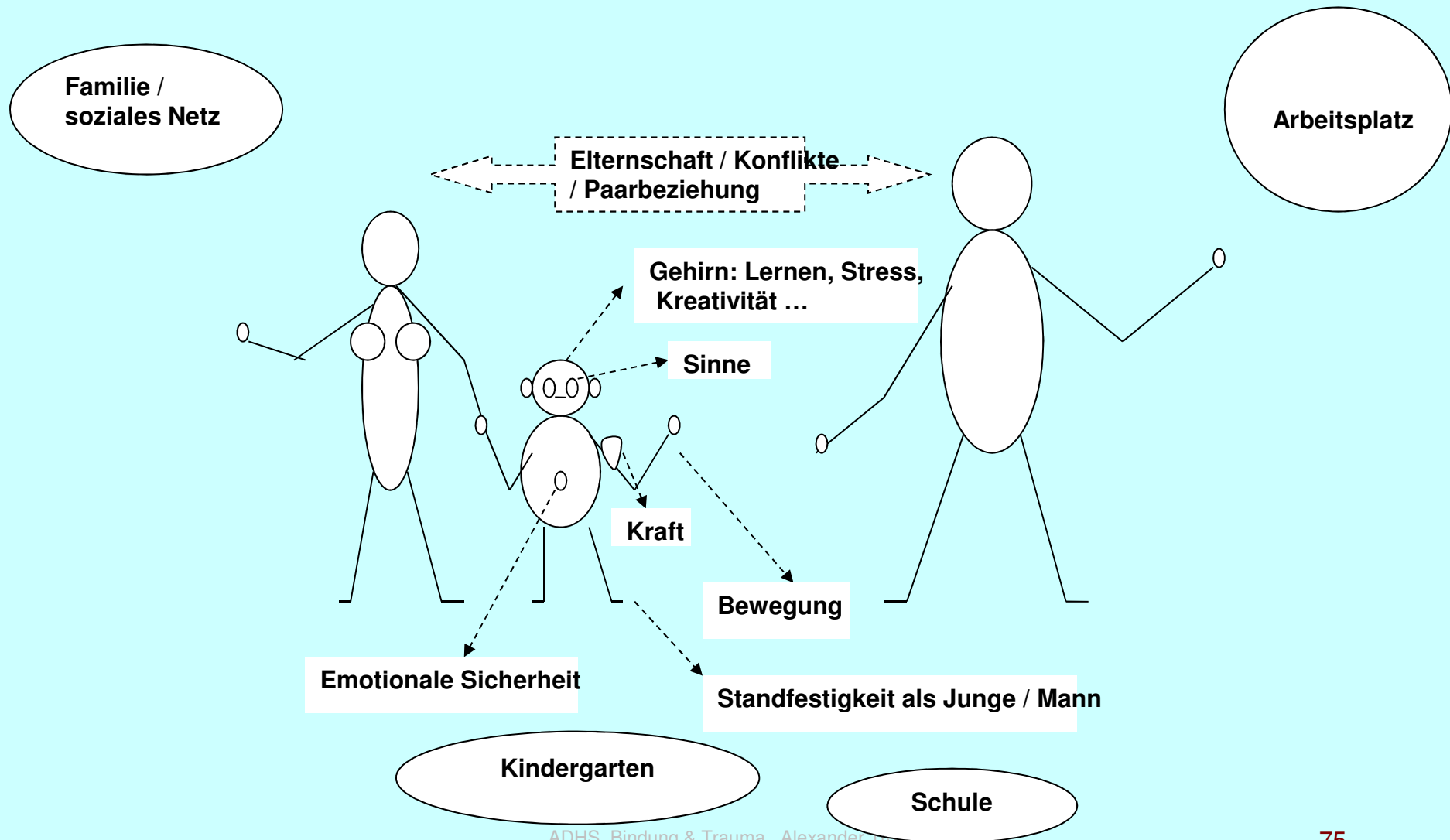
- Veränderung von Deutungs- und Verhaltensmustern
- Erweiterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erarbeitung von Generationsgrenzen
- Emotionale Entlastung von Kindern
- Flexibilisierung von Rollen in der Familie

Methoden:

- Systemische Gesprächsführung
- Familienbrett
- Teilarbeit, inneres Team,
- Syst. Traumaarbeit

Die Lebenssituation des auffälligen, unruhigen Jungen

Sozioökonomische / kulturelle Gesamtsituation



Eltern-Kind-Gruppen

- Stationär: Neuharlingersiel,
- ambulant: z.B: Kinderzentrum-MG
- bieten die Chance des gemeinsamen sozialen Lernens, des Austauschs der Kinder und der Eltern gemeinsam und separat
- Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind können bearbeitet werden
- Familiäre Belastungen können erkannt und Lösungswege erarbeitet werden
- Risikofaktoren können erkannt und ihnen begegnet werden

ADHS – Waldspaziergänge!

Children With Attention Deficits Concentrate Better After Walk in the Park

Andrea Faber Taylor, Frances E. Kuo, University of Illinois,

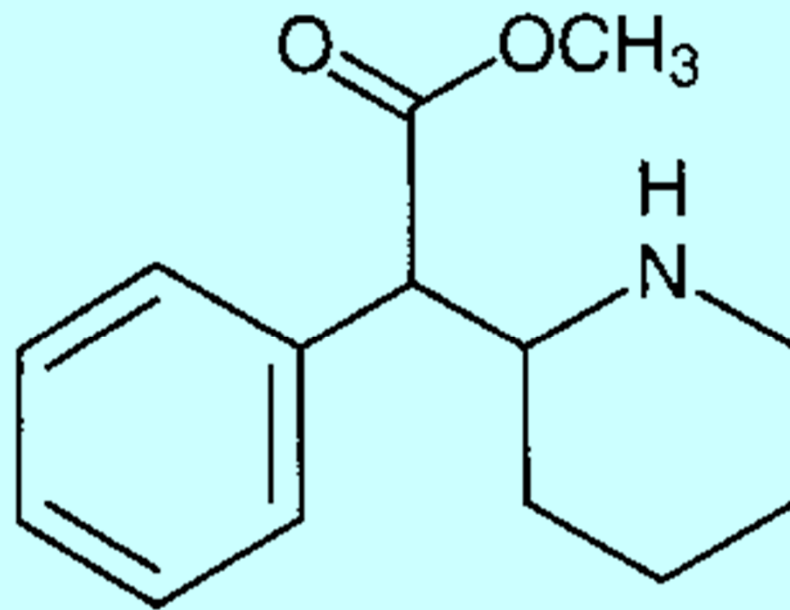
Results: Children with ADHD concentrated better after the walk in the park than after the downtown walk ($p = .0229$) or the neighborhood walk ($p = .0072$). Effect sizes substantial (Cohen's $d = .52$ and $.77$, respectively) and comparable to those reported for recent formulations of methylphenidate.

Conclusion: Twenty minutes in a park setting was sufficient to elevate attention performance relative to the same amount of time in other settings. These findings indicate that environments can enhance attention not only in the general population but also in ADHD populations. "Doses of nature" might serve as a safe, inexpensive, widely accessible new tool in the tool kit for managing ADHD symptoms. (*J. of Att. Dis.* 2009; 12(5) 402-409)

Dank an M.v. Aster



Dr. Leando Panizzon &
Marguerite („Rita“) Panizzon

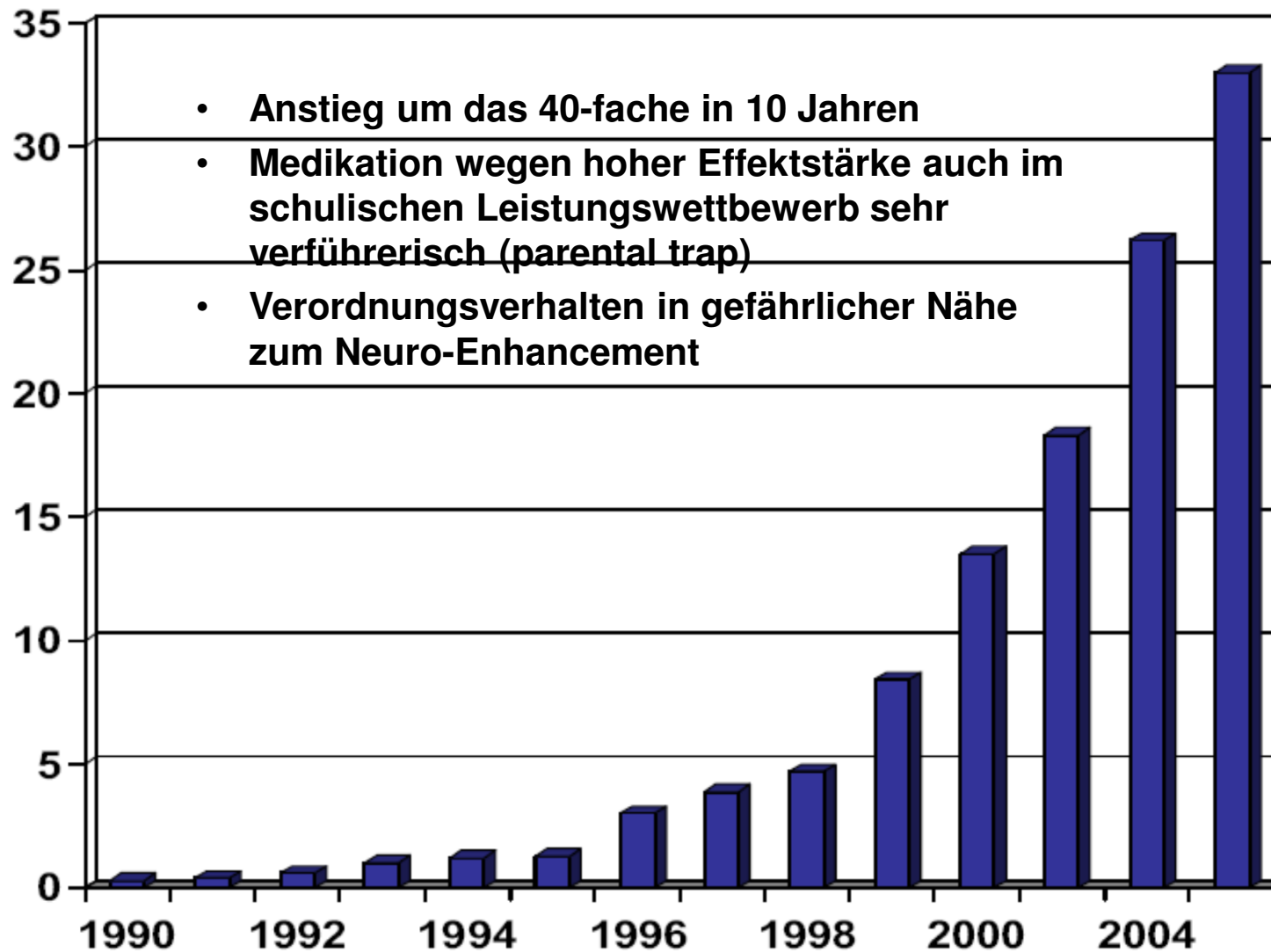


Methylphenidat (Ritalin®)

Methylphenidat

- Gut steuerbar, 80% wirksam, meist gut verträglich
- Muss sehr individuell eingestellt werden!
- Vorteil von Retardpräparaten
- ein langer Katalog von Nebenwirkungen.....:
 - Häufig zu Beginn: Appetitminderung, Einschlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen,
 - Längenwachstum bisweilen vorübergehend verlangsamt
 - Gelegentlich Tics
- Kaum valide Untersuchungen zu Langzeitnebenwirkungen, aber auch kein Anhalt dafür
- Bildgebungsstudien: funktionelle cerebrale (Nach-)Reifung unter MPH-Behandlung

MPH-Verordnung in Millionen Tagesdosen a 30 mg



Das Medikament im System

Im familiären Interaktionsgefüge nimmt das Medikament einen eigenen Platz ein:

- Zuschreibung von krank und nicht verantwortlich
- Kontrolle durch mütterliche „Tagesformtitrierung“
- Elternstreitigkeiten: mad-bad-Kontroverse
- Kindeswiderstand gegen Einnahme
- Habituation und Entschuldigung („mein Medikament hat nicht gewirkt“)
- Medikation als Abwehr gegen Psychotherapie

Daher: extrem sorgfältige ärztliche Interaktion:

- Das Medikament hilft Dir, das zu tun, was Du möchtest (Hilfsmittel, „Brille“, „Vitamine für's Gehirn“)

Veränderung der mentalen Repräsentation unter MPH-Behandlung (Koch-Hegener et al. 2009)

- Forschungsdesign mit McArthur Story Stem Battery:
 - Geschichtenanfänge, die sich konfliktartig zuspitzen. Dilemmata in Bezug auf Regeln, Loyalität, Verlustgefahr
- Vor Medikation: ADHS-Kinder (n=21) unterscheiden sich von gesunder Kontrollgruppe (n=21) durch:
 - Feindselige, nicht-begrenzende Mutterfiguren, wie die ausgestaltete Phantasie eines resonanzarmen Primärobjektes
 - Hohe Diskrepanz zwischen Wahrnehmung der Kinder und der Eltern: Kinder erlebten sich als den Eltern ähnlich, und wollten auch so sein, diese aber nicht

Veränderung der mentalen Repräsentation unter MPH-Behandlung

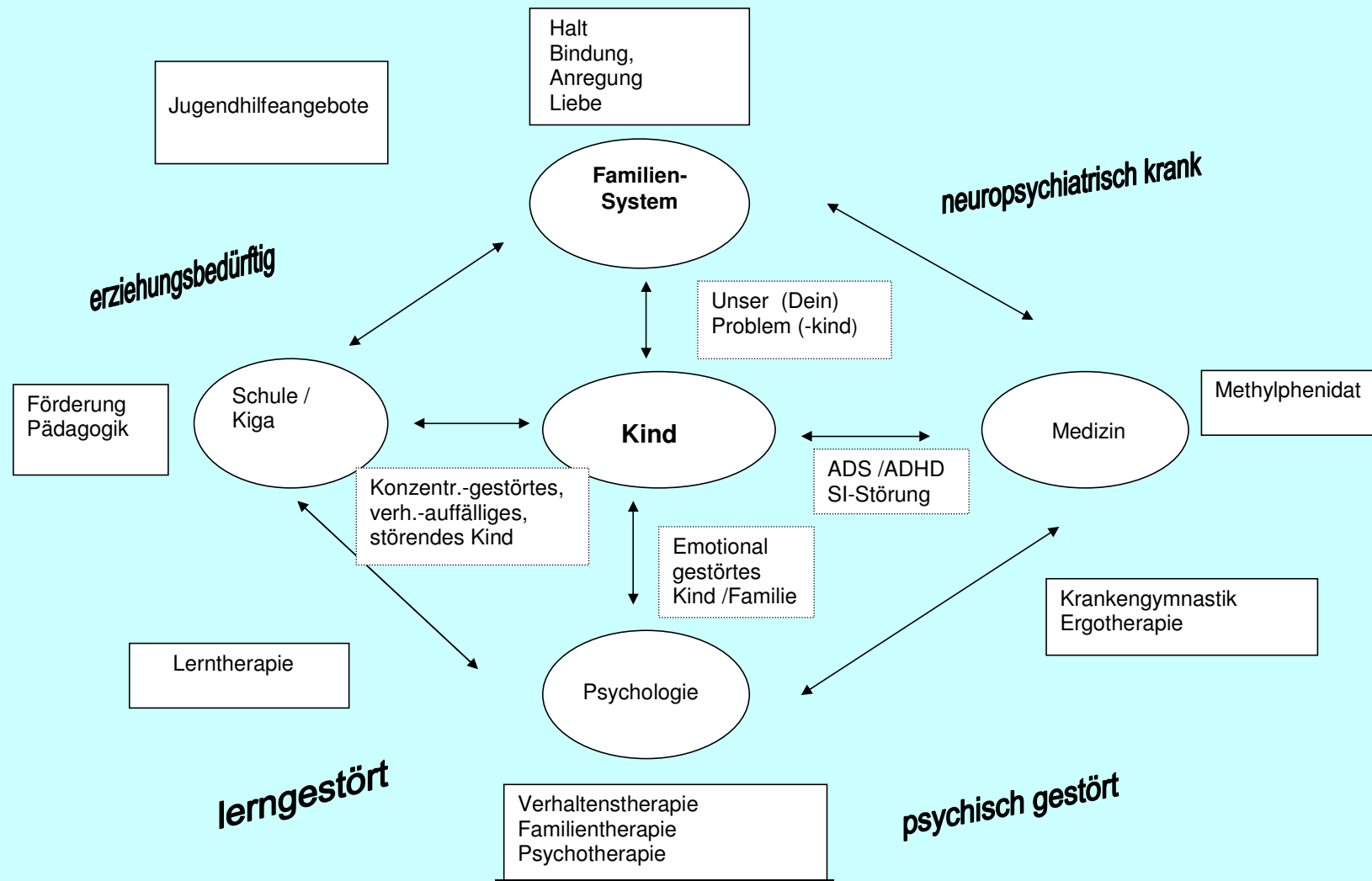
- Nach 3 Monaten Medikation:
 - Im Spiel tauchen Eltern mit positiven Eigenschaften auf:
schützende, kompetente Mutterfigur, lobende unterstützende Vaterfigur, starkes, kompetentes Kind
- Frage an Kind zu Beginn der Medikation, wer in der Familie am meisten von der Behandlung profitieren würde:
- Kein Kind nannte sich selbst, die allermeisten: Mama, in einigen Fällen im Verbund mit Papa

Koch-Hegener, Straten,
Günter, 2009

Qualitätssicherung in der Arbeit mit ADHS-Patienten und -Bezugssystemen

- Therapeutische Beziehung entscheidend (affektive Kommunikation)
- Ein Vulnerabilitätsmodell wird am ehesten der komplexen Ätiologie gerecht
- Leitlinien sind wichtig, aber eine leitlinienkonforme Behandlung ist nicht per se eine gute Behandlung
- multimodale Behandlung ist wichtig, aber es kommt auf die Verknüpfungen der Modalitäten (... und Menschen...) im Hinblick auf die Beziehungsbedürfnisse bei Eltern und Kind an

Die Bedeutung der verschiedenen Sprachcodes beim Problem der unruhigen Kinder



ADHS - Psychiatrische Störung II

Wie andere schwere psychiatrische Störungen muss ADHS daher primär aus dem Blickwinkel einer gelingenden therapeutischen Beziehung gesehen werden:

- Selbstwirksamkeit
- Autonomie
- Selbstwert

des Patienten-(systems) als therapieentscheidende /
verlaufsbestimmende Variablen!

Prävention wird entscheidend sein!

- Unübersehbare Belastungen für Familien und Professionelle durch ADHS
- Massive Folgeschäden
- Hohe Belastungen der Gesundheitsbudgets
- Genetische und erworbene organische Vulnerabilität kann noch nicht beeinflusst werden, psychosoziale aber wohl!!
- Bindungsprävention & Feinfühligkeitstrainings, z.B. SAFE®, STEEP ®, ...