

Systemische Therapie bei ADHS-Konstellationen

Extrakt aus: **Helmut Bonney, „Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis“, Carl-Auer-Systeme Verlag Heidelberg, 2003**

1. ADHS-Klassifikation
2. Der systemische Ansatz bei ADHS-Konstellationen
 - ADHS-Anamnese
 - Frühe Regulationsstörungen im Säuglingsalter und kindliche Vulnerabilität
 - Prägung des elterlichen Erziehungsstiles
 - Bausteine der systemischen Therapie bei ADHS-Konstellationen
 - Arbeit mit der Familie
 - Wandel des Erziehungsstiles
 - Therapeutische Arbeit mit dem Kind
 - Psychotherapie
 - Entwicklung von Impulskontrolle und Handlungsplanung
3. Therapeutische Kommunikation mit den pädagogischen Institutionen
4. Verwendung von Arzneien

1 ADHS-Klassifikation

In weitgehender Übereinstimmung mit den Angaben im DSM-IV dient der Klassifikation eines komplexen kindlichen Störungsmusters im Grundschulalter als ADHS die Einschätzung der Ausprägung von 18 im ICD-10 definierten Verhaltensmerkmalen. Diese Klassifikation gilt dann als zutreffend, wenn sie für wenigstens zwei verschiedene soziale Situationen entsprechend des Flussdiagramms in Abb. 1 vorzunehmen ist. Auf die Gültigkeit dieses Vorgehens ist hier auch deshalb ausdrücklich hinzuweisen, weil eher selten danach verfahren wird. Entsprechend zeigt eine aktuelle Studie auf, dass Kindern eine ADHS-Klassifikation in ca. 80% der Fälle durch Laien zugeschrieben wird (Schneider, H. a. D. Eisenberg 2006). Dieser Umstand mag dadurch bedingt sein, dass die in den 18 ADHS-Items beschriebenen Verhaltensweisen einzeln und in bestimmten Situationen alterstypischen kindlichen Handlungen entsprechen.

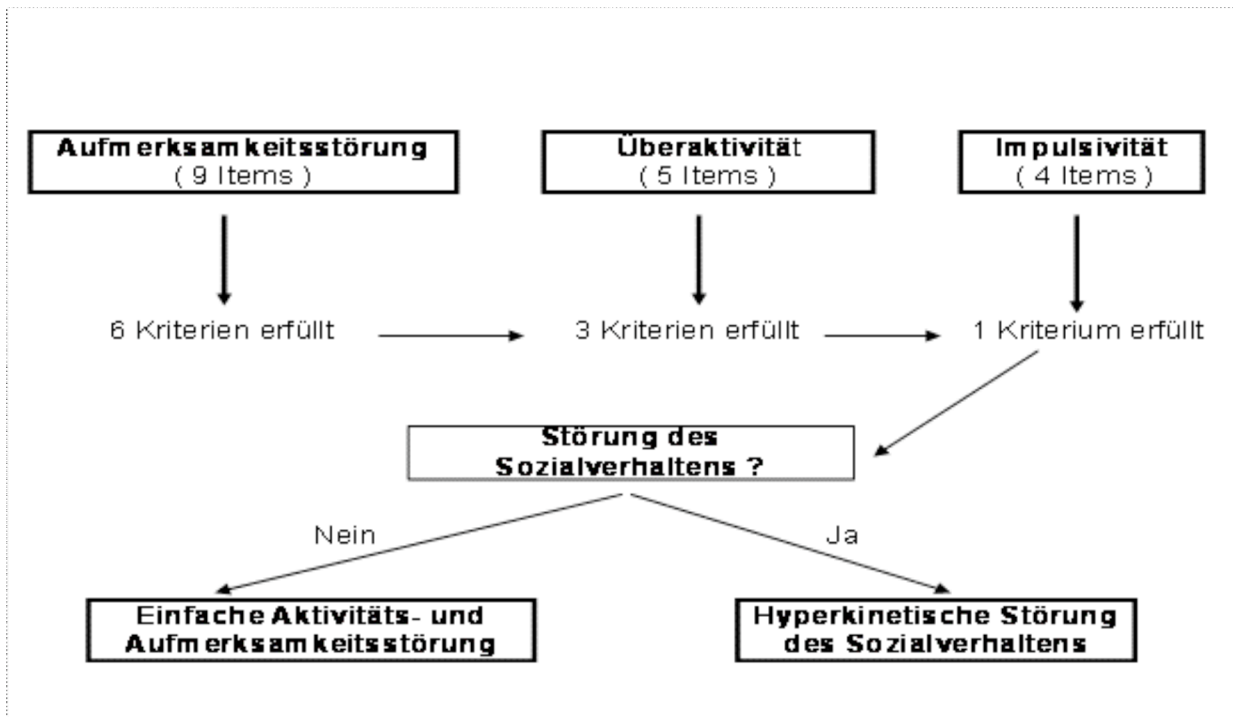


Abb 1: Flussdiagramm zur ADHS-Klassifikation

Der ICD-10 listet 9 Items, die einer Störung der Aufmerksamkeit zugeordnet sind, 5 Items beziehen sich auf das motorische Aktivitätsniveau, 4 Items charakterisieren impulsives Verhalten. Sind die Kriterien in der genannten Anzahl als zutreffend bewertet worden, entscheidet das Sozialverhalten darüber, ob von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder von einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens zu sprechen ist. Zusatzbedingungen verlangen von einer sicheren Zuordnung des Störungsbildes als ADHS, dass die benannten Verhaltensweisen wenigstens seit 6 Monaten bestehen und die altersgemäße soziale Entwicklung und den Lernerfolg maßgeblich beeinträchtigen.

Die Fachgesellschaften (Kinderheilkunde und Kinderpsychiatrie) haben sich seit 2003 auf eine multimodale Therapie der ADHS verständigt. Dem betroffenen Kind soll eine Verhaltenstherapie verschrieben werden, die Eltern sind bei der Führung des Kindes zu beraten; eine Stimulanzienbehandlung ist nur dann einzusetzen, wenn die ersten beiden Maßnahmen nicht ausreichend greifen.

2 Der systemische Ansatz bei ADHS-Konstellationen

Im Unterschied zu diesem an den aktuellen kindlichen Verhaltensweisen orientiertem Vorgehen berücksichtigt der spezifische systemische Ansatz sowohl die Entwicklung des Kindes bis hin zur Ausprägung der ADHS als auch die gegebenen familiären Beziehungen und Entwicklungsumstände. Der Blick auf die individuelle Geschichte des Kindes erlaubt Hypothesen darüber, welche früheren Bedingungen unter Berücksichtigung neurobiologischer und sozialer Gesichtspunkte die ADHS-Entwicklung erklären können. Ferner wird deutlich, ob und in welchem Ausmaß die pädagogische Umgebung aktuell an dem Fortbestehen der Verhaltensproblematik mitwirkt. Die Analyse des familiären Beziehungsgeschehens liefert nützliche Hinweise darauf, welche Strukturwandlungen in der Familie eine Lösungsentwicklung begünstigen können. Da sich ADHS-Kinder in der Regel in der Schule schwer zu führen zeigen, ist die Einbeziehung des schulischen Kontextes unverzichtbar.

ADHS–Anamnese

Kein Kind wird mit ADHS geboren. Das Neugeborene fordert die Eltern gemäß seiner spezifischen Bedürfnisse dazu auf, sich auf seine primären Eigenschaften einzustellen und seine Versorgung zu gestalten. Manche Kinder sind im Sinne von Sears (2001) als sog. „high-need-babies“ zu bezeichnen: Sie imponieren als wacher als andere und scheinen mit nachdrücklicher Intensität nach Beachtung und Stimulation zu verlangen. Neben dieser Variation des Normalen sind zwei Bedingungskonstellationen zu nennen, die zur Entwicklung eines Teufelskreises führen können, der schließlich zur Ausprägung einer ADHS führen kann: frühe Regulationsstörungen und die vermehrte kindliche Vulnerabilität.

Frühe Regulationsstörungen im Säuglingsalter und kindliche Vulnerabilität

Regulationsstörungen im Säuglingsalter bedeuten eine Indikation zu systemischem Verstehen und Handeln par excellence. Bei 15–25 % der gesunden Säuglings- und Kleinkinderpopulation treten verschiedene Bilder der gestörten Anpassung auf, die interaktiv als fehlgeleitete Regulationsprozesse zu deuten sind:

- exzessives Schreien,
- Störungen der Schlaf-Wach-Regulation,
- Fütterstörungen,
- chronische Unruhe und
- exzessives Trotzverhalten.

Diese Störungsbilder müssen im Zusammenhang mit phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben verstanden werden, die Eltern und Kinder gemeinsam zu leisten haben. Dabei darf es nicht bei den notwendigen medizinischen und entwicklungspsychologischen Untersuchungen bleiben. Der Blick muss auf dysfunktionale Muster der Kommunikation zwischen Kind und Eltern fokussieren. Die besonderen Reaktionsweisen der Kinder bringen Eltern häufig in eine Überforderungssituation.

Die systemische Therapie richtet sich u. a. auf die Korrektur der verzerrten elterlichen Wahrnehmung und Interpretation des kindlichen Verhaltens. Seelische Belastungen der Eltern können ihre intuitive Kompetenz erheblich einschränken. In solchen Fällen sind dezidierte Verhaltensanweisungen sinnvoll, die ein stabiles Muster des kommunikativen Geschehens zu entwickeln erlauben. Die einschlägige Forschung ist derzeit um die Klärung der Frage bemüht, ob und unter welchen Bedingungen frühkindliche Regulationsstörungen als Vorboten späterer Verhaltensstörungen aufzufassen sind, die sich dann als Lernschwierigkeiten oder Aufmerksamkeitsproblematik darstellen. Nach Auffassung von Papou_ek (2002) verdient in diesem Zusammenhang eine Symptomatik chronischer kindlicher Unruhe Beachtung, die in sozialer Hinsicht als Spielunlust und permanente Einforderung von Stimulation durch die Umgebungspersonen auftritt. Eine bleibende Spielunlust verhindert die von der intrinsischen Motivation geleitete Erfahrung des selbst gesteuerten Lernens, der Fokussierung der Aufmerksamkeit, der zielorientierten Handlungssteuerung und Selbstwirksamkeit. Die sich so entwickelnde Stimmulationsabhängigkeit kann laut Hüther u. Bonney (2002) eine neuroplastische Wirkung auf die Ausprägung des dopaminergen Systems bewirken. Diese verstärkte Ausprägung würde dann den zweiten Bogen eines Teufelskreises bilden, der das Kind zur weiteren Einforderung von Stimulation veranlasst, da das ausgebildete System in eine vorrangige Position drängt. Die systemische Therapie hat in solchen Konstellationen u. a. die Aufgabe, der Spielunlust des Kindes zu begegnen und die Stimmulationsanforderung an die Umgebungspersonen zu mindern bzw. überflüssig zu machen. Die erarbeiteten neurobiologischen Hypothesen lassen erwarten, dass mittels solchen systemischen Vorgehens der drohende Teufelskreis der Stimmulationsabhängigkeit in einen „Engelskreis“ (Papou_ek 2002) überführt werden kann.

Ein ähnlicher Prozess kann sich entwickeln, wenn die Gesundheit des Kindes zu Beginn seines Lebens oder im frühen Alter bedroht ist. Die klinische Praxis zeigt, dass es den

Eltern unter dem bleibenden Eindruck einer vermehrten Vulnerabilität eher schwer fällt, von ihrem Kind die Einhaltung von Grenzen und Regeln zu verlangen, wenn das im Verlauf der Entwicklung angebracht und erforderlich wäre. Verharren die Eltern in ihrer Befürchtung, jedwede Herausforderung könnte die Entwicklung und Gesundheit des Kindes beeinträchtigen, reagieren sie auf dessen Unmutsäußerungen mit Stimulationen, die die wahrgenommenen Spannungen ausgleichen sollen.

Prägung des elterlichen Erziehungsstiles

Die beiden o.g. Konstellationen können bleibenden Einfluss auf die Gestaltung des Erziehungsstiles nehmen. Während Grenzen setzende Handlungen ausbleiben, verlegen sich die Eltern auf überwiegend verbale erzieherische Maßnahmen. Hat das Kind schließlich das Weghören gelernt, versuchen die Eltern ihrer Wirkungslosigkeit durch eine Vermehrung der gesprochenen Worte zu begegnen. Das Kind gelangt so nicht zur Erfahrung von Begrenzung, die zur Ausprägung der notwendigen Ich-Stärke unabdingbar ist. Zudem haben die zahlreichen Worte einen stimulierenden Effekt, der die Unruhe verstärkt. Das Prinzip „Reden statt Handeln“ kann auch dann seine Wirkung tun, wenn die Eltern ohne anamnestiche Begründung von der vermehrten Verwundbarkeit des Kindes ausgehen oder wenn ihre pädagogischen Prämissen einen überwiegend verbalen Erziehungsstil verlangen.

Bausteine der systemischen Therapie bei ADHS-Konstellationen

Das gemäß ICD-10 als ADHS klassifizierte Problemmuster beschreibt ohne Anspruch auf die Definition von Ursache-Wirkungsbeziehungen eine Verhaltensoberfläche. A. Streek-Fischer und B. Fricke (2007) haben die Beziehungen zwischen ADHS-Phänomen und möglichen darunter liegenden innerseelischen Elementen (ADHS als dimensionale Diagnose) grafisch verdeutlicht, die hier ergänzt um systemische Aspekte wiedergegeben sein soll:

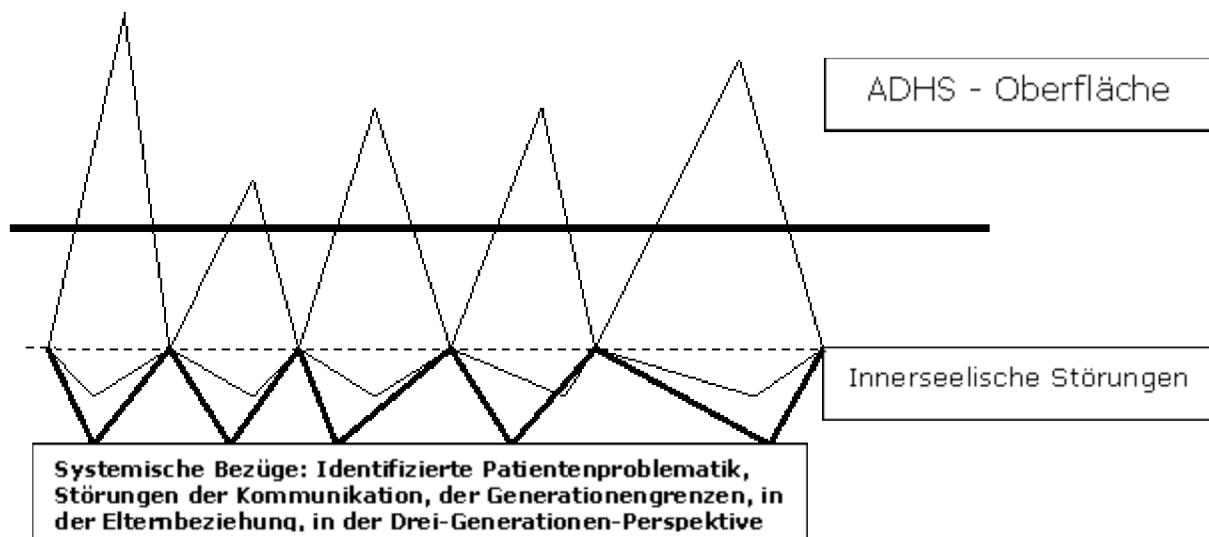


Abb.2: Verhaltensoberfläche – innerseelische Basisphänomene u. systemische Bezüge

Die systemische Sichtweise versucht die kindlichen Verhaltensweisen im Kontext von Entwicklung und aktuellem Beziehungsgeschehen zu verstehen und veranlasst dessen Wandel mittels geeigneter Übungen und Interventionen. Der therapeutische Auftrag ist dann erfüllt, wenn das Kind in Elternhaus und Schule selbstwirksam über eine ausreichende Impulskontrolle verfügt.

Arbeit mit der Familie

Bei ADHS-Konstellationen wird nach den Prinzipien des systemischen Konzeptes verfahren. Hier seien einige Besonderheiten genannt, die bei der familienbezogenen Therapie aus ADHS-Anlässen zu beachten sind. Beim Erstinterview in Anwesenheit des ADHS-klassifizierten Kindes ist das beklagte Problemverhalten bisweilen nur in schwacher Ausprägung zu beobachten. Dieses Phänomen sollte nicht zu Zweifeln an der belastenden Alltagswirklichkeit der beklagten Verhaltensschwierigkeiten veranlassen. Das Neue an der Erstinterviewsituation kann einen beruhigenden Stimulus bedeuten, der zunächst die Aufmerksamkeit und die Vigilanz steigert, aber seine Wirkung bald verliert, wenn das Kind seine Orientierung gefunden hat. Namentlich ältere Grundschulkinder, in der Regel Jungen, zeigen sich jedoch auch in der neuen Situation als „Mr. 15.000 Volt“: Mit zwischen die Schultern eingezogenem Kopf und angewinkelten

Armen – quasi in „Angriffsposition“ - erobern sie ohne Zeichen des Respekts den Therapieraum und suchen offensichtlich nach Aktionsmöglichkeiten.

Beide Situationen können zu nützlichen Interventionen veranlassen: Verhält sich das Kind überraschend ruhig, kann den Eltern verdeutlicht werden, dass ihrem Kind aufmerksames und impulskontrolliertes Verhalten möglich ist, und nicht - wie zumeist angenommen wird - von einem immer wirksamen Defizit (Störung der Gehirnfunktionen durch einen Mangel an den Botenstoffen Dopamin oder Noradrenalin) auszugehen ist. Verhält sich das Kind als aktionsbereiter „Mr. 15.000 Volt“, spricht das ebenfalls für eine mindestens reguläre Verfügbarkeit der Botenstoffe (Neurotransmitter) (G. Hüther u. H. Bonney 2007). Aus den Reaktionen der Eltern auf ihr handlungsbereites und wahrnehmungsintensives Kind ist unmittelbar auf ihre pädagogische Konzeption zu schließen und erlaubt in Fällen von Reaktionslosigkeit oder lediglich schwachen verbalen Interventionen den Wandel der bisher ausgeübten Erziehungsweisen ins Auge zu fassen.

Zentrale Aufgabe der familientherapeutischen Arbeit ist die Wiedergewinnung der pädagogischen Kompetenz der Eltern. Beratung und Handlungsanweisungen reichen nicht aus, weil das gegebene Familiengefüge die Eltern daran hindert, das zu tun, von dessen wirkungsvollen Unabdingbarkeit sie im Grunde wissen. Wenn Eltern pädagogische Zurückhaltung üben, ist das entweder aus der frühen Erfahrung mit dem regulationsgestörten und vulnerablen Säugling und Kleinkind zu verstehen oder als Folge einer bedeutsamen Entwertungserfahrung durch den Partner, die Eltern oder Schwiegereltern zu begreifen. Im letzteren Fall ist die Berücksichtigung der Drei-Generationen-Perspektive hilfreich.

Wandel des Erziehungsstiles

Zeigt sich im Verlauf der Familienkontakte die Korrespondenz von überwiegend verbalem, wirkungslosem Erziehungsstil mit dem „Weghören“ des unruhigen Kindes, benötigen die Eltern eine pädagogische Praxisanleitung.

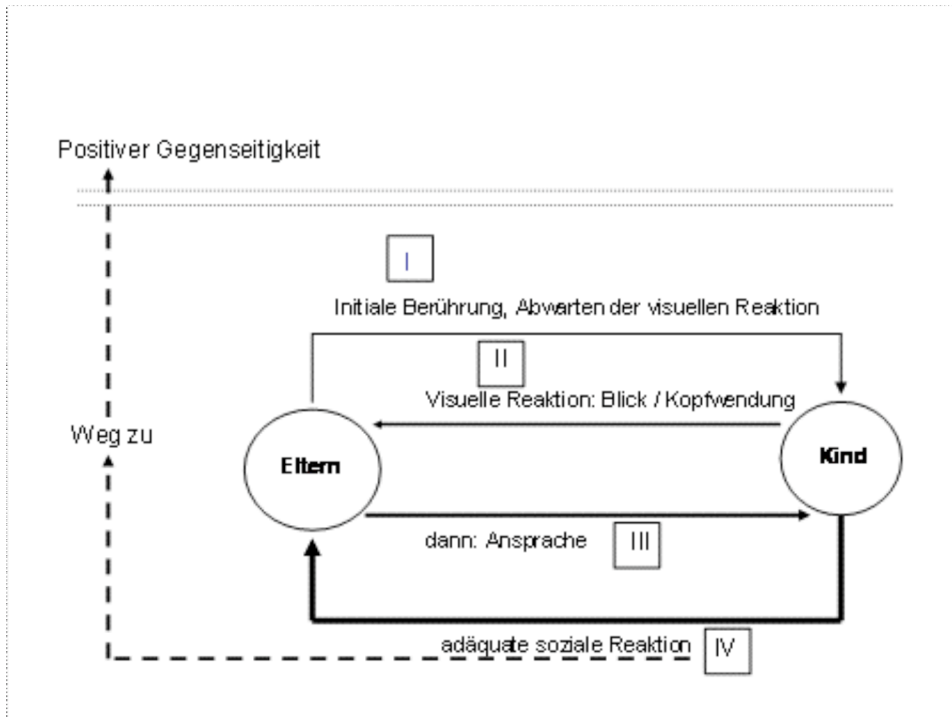


Abb.: Kommunikative Kaskade der pädagogischen Kommunikation

- I: Initiale Kontaktaufnahme der Eltern mit dem Kind mittels Berührung
- II: Warten auf die visuelle Reaktion des Kindes: Blickkontakt oder Kopfwendung
- III: Ansprache mit knappen Worten
- IV: Mögliche adäquate soziale Reaktion des Kindes

Die initiale Berührung löst unausweichlich eine visuelle Orientierungsreaktion des Kindes aus und führt wahrscheinlich über die Aktivierung des hinteren Aufmerksamkeitssystems zu einer Steigerung der Vigilanz. Solchermaßen „geweckt“ werden die Chancen für die akustische Perzeption verbessert: Das Weghören gelingt nicht mehr, und der wahrgenommene sprachlich vermittelte Impuls begünstigt eine dazu passende soziale Reaktion. Tut das Kind nun, was ihm gesagt wurde, erfahren die Eltern ihre Wirksamkeit; die Atmosphäre wandelt sich von einer „Nein“- zu einer „Ja“-Gegenseitigkeit. Daraus erwächst eine wechselseitige Anerkennungserfahrung und damit verbunden die Motivation zu weiteren hilfreichen Anstrengungen.

Therapeutische Arbeit mit dem Kind

Das ADHS-klassifizierte Kind wird dann zur Behandlung gebracht, wenn es in der Schule nicht zu führen ist, dort bisweilen den Lernanforderungen nicht nachkommt oder sich den pädagogischen Anstrengungen der Eltern nachhaltig widersetzt. Die wirkungsarmen Bemühungen von Eltern und Lehrern hat es als entwertend erlebt, fühlt sich angeklagt oder auch „böse“. Zentrale Ziele der Therapie sind die Ermutigung des Kindes und der Erwerb von Handlungsplanung und Impulskontrolle.

Psychotherapie

Die Einzelbehandlung folgt nach Wahl des Therapeuten den Indikationsstellungen der einschlägigen Verfahren. Sie kann dann als gelungen betrachtet werden, wenn sich das Kind schließlich dazu ermutigt fühlt, seinen jeweiligen Entwicklungsaufgaben nachzukommen. Unter systemischem Gesichtspunkt ist zu beachten, ob dem belasteten Kind im familiendynamischen Geschehen die Rolle eines Symptomträgers zugewiesen wurde. In solchen Konstellationen sind die bekannten familientherapeutischen Prinzipien anzuwenden.

Entwicklung von Impulskontrolle und Handlungsplanung

Die Impulskontrolle gilt als eine Fähigkeit, die der Funktion des vorderen Aufmerksamkeitssystems im Frontalhirn zugeordnet wird. Diese sog. „Non-Go“-Funktion ist eine unabdingbare Voraussetzung für jede Handlungsplanung: Welcher der kontinuierlich einwirkenden sensorischen Impulse wird gezielt ausgewählt, welcher Handlungsintention wird gefolgt und welche bleibt unberücksichtigt. Ist die „Non-Go“-Funktion defizitär ausgebildet, kann sie mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen und spielerisch entwickelt werden.

<u>A: In Familie und sozialer Umgebung:</u>	<u>B: In pädagogischem und therapeutischem Übungskontext (Übertragung des Lernerfolges auf den Alltag):</u>
Spiele wie MIKADO	Regelspiele und Trainingsprogramme
Sportarten wie Bogenschießen	u.a.:
Musikalische Kunstfertigkeiten (Klavierspielen ist: „Die richtige Taste zur richtigen Zeit anschlagen!“)	Attentioner-Programm (Petermann, 2006)
Handwerk und künstlerisches Gestalten (Bauen, Malen, Theatergruppe)	als PC-Anwendung: TAIL: Training von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle als Lernspiel (Bonney, 2006)

3 Therapeutische Kommunikation mit der pädagogischen Institution

Grundschul Kinder mit ADHS stellen hohe Anforderungen an die Lehrer und die Schule, weil sie nur unzureichend auf sprachliche Anweisungen reagieren. Sie zeigen sich von der Reizfülle im Unterricht überfordert und stören durch ihre motorische Unruhe und ihre geringe Bereitschaft, ihre eigenen Impulse dem Lerngeschehen unterzuordnen. In den Pausen bedürfen sie nachdrücklicher Kontrolle, wenn sie sich selbst oder Mitschüler zu gefährden drohen. So bedeutet es einen hilfreichen Baustein der systemischen Therapie, in Kooperation mit Elternhaus und Schule für die gebotenen Verhaltensregelungen zu sorgen. Therapeutische Gespräche am runden Tisch zusammen mit Eltern und Lehrern mit dem Ziel, die pädagogische Kooperation zu bewirken, sind oft notwendig, weil die scheinbare Unbeeinflussbarkeit des Kindes oft zu gegenseitigen Schuldzuweisungen führt. Die dadurch unterhaltene Spannung zwischen Eltern- und Schulhaus wirkt als zusätzlicher Faktor bei der Aufrechterhaltung und Verschlimmerung der kindlichen Unruhe und bedarf deshalb der Lösung.

Bewährt hat sich parallel zu den o.g. Therapiebausteinen z.B. der fraktionierte Aufbau der Schulbesuchsdauer: Das Kind beginnt mit einem zunächst auf eine Unterrichtsstunde begrenzten Aufenthalt in der Schule und wird danach durch die Eltern betreut. Die Schulbesuchszeit wird nach Maßgabe des Lehrers um eine Stunde je Tag gesteigert, wenn sich das Kind bezüglich eines festzulegenden Kriteriums passend verhalten hat. In der Regel ist das Kind daran hoch interessiert, den Vormittag in der

Schule zu verbringen und bemüht sich, sobald wie möglich das durch sein angemessenes Verhalten auch zu bewirken.

4 Verwendung von Arzneien

Werden die beschriebenen systemischen Bausteine realisiert, erübrigt sich nach unserer Erfahrung der Einsatz von Arzneien. Eine Arzneiverordnung kann möglicherweise notwendig werden, wenn die angestrebte Verhaltensänderung zunächst unzureichend ausfällt. Gegenüber einer Dauermedikation ist aber Zurückhaltung geboten. Gelangt das medikamentierte Kind zu dem Eindruck, es könne sich nur unter der Einwirkung von Arzneien regulieren, wird es an der Erfahrung von Selbstwirksamkeit gehindert. Ferner sind aktuelle neurobiologische Forschungsergebnisse zu bedenken, die deshalb vor der Verordnung von Stimulanzien warnen, weil diese (im Tierexperiment) die neuroplastische Kompetenz der für das Lernen erforderlichen Hirnstrukturen schwächen können.

(Literatur beim Verfasser)