

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Stephan Jürgens-Jahnert
Wetter (Hess.), Deutschland

Ulrike Hollick
Weimar (Lahn), Deutschland

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Freiburg, Deutschland

In diesem Artikel werden Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS und deren Bezugspersonen vorgestellt.

Grundlage für das Störungsverständnis ist ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. Unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und der praktischen therapeutischen Erfahrung zielt das personzentrierte Psychotherapiekonzept darauf ab, dem Kind die Möglichkeit zu bieten, seine Selbststruktur von innen heraus aufzubauen und nicht – wie in den bislang bekannten Verfahren – es von außen zu strukturieren.

Entscheidend ist dabei, dass ein innerer Bezug zu dem Kind mit ADHS-Symptomen und seiner besonderen Art der Wahrnehmung aufgebaut wird. Neben der personzentrierten Grundhaltung sind hier eine deutliche Präsenz des Therapeuten, ein eng bezogenes affektives Einschwingen, das Anregen von Symbolisierungsprozessen sowie Angebote zur Ressourcenaktivierung erforderlich, um so schrittweise neue intra-psychische Strukturen anzuregen.

Die Handlungsleitlinien präzisieren dieses innovative Konzept und differenzieren es nach der Arbeit mit dem Kind und den Bezugspersonen sowie nach unterschiedlichen Therapiephasen.

Schlüsselwörter: Leitlinien, ADHS, bio-psycho-soziales Erklärungsmodell, Personzentrierte Psychotherapie

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD): Therapeutic guidelines for person-centered psychotherapy with children, adolescents and related persons. This article presents guidelines for person-centered psychotherapy with children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder, their families and related persons.

The disorder is explained by a bio-psycho-social model. Taking into account scientific findings and practice experience the PCA based therapy concept aims at building up the child's self-structure from inside and not – as in previous concepts – by structuring it from outside.

In this context it is of great significance that the therapist develops a high affinity for the child's inner structure and its particular perception of the world. Based on the person-centered attitude the therapist's presence, a close empathic attuning, the stimulation of symbolizing processes as well as the activation of the child's resources are essential to bring about the development of new intra-psychic structures.

The therapeutic guidelines specify this innovative concept. They make concrete suggestions referring to the different stages of the therapeutic process for the therapy of the ADHD-child/adolescent as well as for the cooperation with his family and other persons related to the client.

Keywords: therapeutic guidelines, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), bio-psycho-social explanation model, person-centered psychotherapy with children and adolescents

Stephan Jürgens-Jahnert, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Ulrike Hollick, geb. 1973, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Lehrbeauftragte an der Philipps-Universität Marburg für Kinderspieltherapie, tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, D-79114 Freiburg, Bugginger Str. 38
E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de.

Vorbemerkung

ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) ist eine der häufigsten Diagnosen in der Kinderpsychotherapie und -psychiatrie. Um dieses Störungsbild ist seit vielen Jahren eine heftige Fachdebatte v. a. zwischen Vertretern einer eher medizinisch-biologischen Sicht und solchen einer humanistischen und psychodynamischen Perspektive entstanden. Verbunden damit ist die Diskussion um die extreme, in den letzten 15 Jahren um mehr als das 150-fache gestiegene Medikamentengabe (z. B. Bundespsychotherapeutenkammer, 2008; Gebhardt et al., 2008; s. a. Barmer/GEK, 2013, Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, 2013), die als kurzfristige Antwort auf das als auffällig empfundene Verhalten dient.

Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹ behandeln Kinder mit einer entsprechenden Diagnose – gleichwohl findet sich auf theoretischer Ebene bisher keine Auseinandersetzung mit den Entstehungsbedingungen und es existieren ebenfalls keine Konzepte zu einem störungsspezifischen therapeutischen Handeln aus einem personenzentrierten Verständnis heraus. So bleiben Behandler auf individuelles Ausprobieren verwiesen, wenn sie nicht auf andere Behandlungsverfahren ausweichen wollen. Die hier vorgelegte personenzentrierte Konzeptionalisierung von Ätiologie und Behandlung soll diese Lücke schließen.

Dabei wird gezeigt, dass zur Erklärung der Ursachen das ursprüngliche personenzentrierte Störungskonzept erweitert werden muss, insbesondere werden die Symptome als Ausdruck nicht gelungener Bindungs- und Regulationsprozesse in früh(est)er Kindheit gesehen; es ergeben sich auf diesem Hintergrund spezifische Notwendigkeiten einer entwicklungsförderlichen therapeutischen Begegnung.

Die Grundlagen der ADHS-Symptomatik entstehen in frühen Lebens- und Entwicklungsphasen. Da eine Diagnosestellung jedoch erst ab dem 6. Lebensjahr erfolgen darf (s. Abschnitt 2), beziehen sich die Handlungsleitlinien zur psychotherapeutischen Begegnung auf Kinder und (jüngere) Jugendliche ab dem 6. Lebensjahr – dabei werden spezifische Hinweise für die Personenzentrierte Psychotherapie mit (älteren) Jugendlichen, die ADHS-Symptome zeigen, im Anschluss an die allgemeinen Handlungsleitlinien in Abschnitt 5 angefügt (im Abschnitt 5.4). Aus dem spezifischen Störungsverständnis (Abschnitt 3) lassen sich Hinweise auf Vorläufer-Symptome – also auch für die Gruppe der Kinder unter sechs Jahren – ableiten, die entsprechend frühzeitig behandelt werden sollten;

dazu können die hier vorgestellten therapeutischen Orientierungen adaptiert werden.

In den hier vorgestellten Handlungsleitlinien wird der Schwerpunkt auf die therapeutische Begegnung mit Kindern und Jugendlichen gelegt, die die Kardinalsymptome der ADHS zeigen; auf die Komorbiditäten wird nicht dezidiert eingegangen; hier sei auf die entsprechenden Handlungsleitlinien verwiesen (Angst: Füzner u. a., 2014; Depression: Jürgens-Jahnert u. a., 2014; Störungen des Sozialverhaltens: Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

Die vorliegenden Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik sind ein weiterer Schritt in der Reihe der störungsspezifischen Handlungsleitlinien der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – neben dem o. g. liegen noch Leitlinien für Kinder mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (Hüsson et al., 2014) vor. Mit den Handlungsleitlinien wird insgesamt ein wichtiger Beitrag zur Fortentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie geleistet, der zugleich Anschlussfähigkeit an den fachpolitischen wie wissenschaftlichen Diskurs leistet (zur Bedeutung von Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie: Behr et al., 2014).

1. Phänomenologische Kennzeichen des Störungsbildes

Es geht in diesem Beitrag um die „Zappelphilippe“, die besonders unaufmerksamen, unruhigen und impulsiven Kinder, meistens Jungen. Diese Kinder und Jugendlichen haben Probleme mit ihrer Umwelt und auch mit sich, weil sie zudem oft Störungen in der Aufmerksamkeit zeigen:

- Sie brechen Aufgaben vorzeitig ab, beenden Tätigkeiten – meist solche, die als fremdbestimmt (z. B. Hausaufgaben) erlebt werden – ohne ein Ziel erreicht zu haben, lassen sich extrem leicht ablenken, wechseln häufig von einer Aktivität oder Aktion zur anderen ...
- Die Kinder und Jugendlichen zeigen ein ausgeprägtes Maß an Unruhe, Rastlosigkeit und motorischer Überaktivität.
- Besonders in Situationen, die relative Ruhe abverlangen (z. B. das Stillsitzen in der Schule), fällt es ihnen schwer, das eigene Verhalten zu kontrollieren.
- Sie sind weiterhin besonders impulsiv, das heißt, sie handeln sehr plötzlich, ohne zu überlegen, haben Probleme abzuwarten und ihre Bedürfnisse aufzuschieben.

Neben diesen Hauptsymptomen haben Kinder und Jugendliche mit der dargestellten Problematik oft Kontaktschwierigkeiten, Lern- und Leistungsprobleme, aber auch emotionale Symptome wie ein niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Döpfner 2000).

1 Obwohl die überwiegende Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten weiblich ist, verwenden wir in diesem Text die männliche Form, da die eigentlich angemessene weibliche Form doch sehr ungewohnt ist und die Lesbarkeit beeinträchtigt.

Durch die beschriebenen Symptome geraten die zumeist durchschnittlich intelligenten Kinder in einen Teufelskreis, wenn sie mit den Anforderungen in Vorschule und Schule konfrontiert werden. Sie erleben, „dass ihr Lernerfolg, trotz subjektiv gleicher Anstrengung wie bei den Gleichaltrigen, geringer ist oder gar ausbleibt. In einem Teufelskreislauf von Konzentrationsmangel und ausbleibendem Lernerfolg verstärken sich die kognitiven Defizite, die dann bald durch ein sich beständig verschlechterndes Selbstwertgefühl unmittelbare Auswirkungen auf die Motivation haben, was sich wiederum auf die Ausdauer niederschlägt“ (Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, S. 99). Die Kinder geraten nicht selten in der Klassengemeinschaft in eine Außenseiterposition und gelten als Störenfriede.

2. Diagnose/Differentialdiagnose

2.1 Leitsymptome und Epidemiologie

Leitsymptome und Diagnosekriterien

Nach den klassischen Kategoriensystemen ICD und DSM sind die Leitsymptome „Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörungen, Ablenkbarkeit), Überaktivität, Hyperaktivität, motorische Unruhe und Impulsivität. Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen. Die Forschungskriterien verlangen das Vorliegen von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 237).

Aufgrund der hohen Gefahr von Fehldiagnosen sind die diagnostischen Kriterien des ADHS nach den Diagnosekriterien der ICD-10 (Forschungsfassung; aus: Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, S. 96) hier ausführlich dokumentiert:

G1. Unaufmerksamkeit: Mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden)
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren

6. vermeiden Hausaufgaben, die häufig kognitives Durchhaltevermögen erfordern
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, zum Beispiel für Schularbeiten, wie Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich

G2. Überaktivität: mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder wenden sich auf den Sitzen
2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl)
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind

G3. Impulsivität: mindestens sechs Monate lang mindestens eines der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder abwarten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen
3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sich in das Gespräch oder in das Spiel anderer ein)
4. reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren

G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr

G5. Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, zum Beispiel sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, zum Beispiel in der Klinik.

G6. Die Symptome von G1. bis G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tief greifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F41).

Im ICD-10 werden unter der Kategorie F90 „Hyperkinetische Störungen“ noch die „einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen“ (F90.0) von der „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) unterschieden.

Bei der Diagnosestellung muss besonders beachtet werden, dass die Kardinalsymptome mindestens sechs Monate lang vorliegen müssen, dass der Entwicklungsstand der Kinder bzw. Jugendlichen berücksichtigt werden muss, dass die Kriterien in mehr als einer Situation erfüllt sein müssen und dass wesentliche Beeinträchtigungen der sozialen und intellektuellen Leistungsfähigkeit bestehen (vgl. hierzu auch Döpfner 2000, Quaschner & Theisen 2005).

In allen Stellungnahmen von Fachautoren wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Diagnosestellung „erhebliche Schwierigkeiten (bereitet). Als Gründe dafür sind an erster Stelle die Vielzahl und Heterogenität der Symptome zu nennen, im Weiteren dann die situative Abhängigkeit und die damit verbundene Wechselhaftigkeit der Symptomatik. Da das Ausmaß der motorischen Aktivität eines Kindes sehr stark in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand variiert, heißt es bei der Diagnostik auch die Entwicklungsdimension zu berücksichtigen. Nicht zuletzt spielen auch normative Einschätzungen eine Rolle, die in die Bewertungen und Beurteilungen eines Kindes als Störenfried mit einfließen“ (Quaschner & Theisen 2005, S. 157).

Eine Diagnostik setzt die Differential- bzw. Ausschlussdiagnosen voraus, z. B. zur Störung des Sozialverhaltens oder so genannter tiefgreifender Entwicklungsstörungen (ICD, F84) oder ‚reiner‘ Wahrnehmungsstörungen, die allerdings aufgrund der bestehenden Komorbiditäten (siehe unten) sehr schwer zu treffen sind.

Nach Döpfner (2000) werden als Ausschlusskriterien eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung, eine Schizophrenie oder eine andere psychotische Störung fest(gelegt). Darüber hinaus benennt das ICD-10 eine depressive Episode oder eine Angststörung als Ausschlusskriterium“ (ebd., S. 155).

Aufgrund der Diagnoseprobleme wird ADHS als einheitliche Kategorie von einigen Autoren sehr kritisch betrachtet: Es wird in Frage gestellt, ob eine solche, Einheitlichkeit vorgebende Diagnosestellung überhaupt möglich ist. So betonen Hüther & Bonney (2002), dass die „geforderte Einschätzung / Beurteilung

des kindlichen Verhaltens (...) in hohem Maße von der Toleranz des Untersuchers abhängig ist (...). Die klinische Erfahrung zeigt, dass die mit diesem Diagnoseschema versuchte Einschätzung keinesfalls ausreichend ist. Sie ermöglicht keine hinreichend sichere Zuordnung und erlaubt auch keine maßgeschneiderte Therapieplanung“ (ebd., S. 107). Streeck-Fischer (2006) geht sogar so weit zu sagen, dass es sich „aus psychodynamischer Sicht (...) um eine ‚Undiagnose‘“ handelt (ebd., S. 81). Aufgrund der hohen Komorbidität – so gibt es bspw. ein gemeinsames Auftreten mit Angststörungen von bis zu 40 % (z. B. Döpfner 2000) – und der Vielfältigkeit der Symptomatik diskutiert sie, „ob Hyperaktivität eher als Störung oder eher als Risiko anzusehen ist. Bei einem Risiko würde es sich um ein Kontinuum einer Auffälligkeit mit verschiedener Ausprägung handeln, bei einem Störungskonzept müsste ein qualitativer Wechsel vorliegen“ (ebd.). Die Symptome finden sich in unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl von Störungen (Streeck-Fischer 2009), weshalb eine Abgrenzung in der Praxis z. T. schwierig und manchmal willkürlich ist. Auch jüngere Studien weisen auf eine sehr hohe Quote von Fehldiagnosen hin (z. B. Bruchmüller & Schneider, 2012; Lindström, 2012).

Epidemiologie

Aufgrund unterschiedlich genauer diagnostischer Erhebungen und Quellen (z. B. Elternbefragung vs. Klinische Stichproben) und der o. a. Diagnoseprobleme schwanken die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens des ADHS erheblich. Tendenziell wird davon ausgegangen, dass 3–5 % aller Kinder eine ADHS-Symptomatik zeigen – die Bundesärztekammer gibt bei strenger Beachtung der ICD-Kriterien eine Prävalenzrate von 1–2 % an (Bundesärztekammer 2006), wobei insgesamt nur ein sehr geringer Teil wirklich medikamentöse Unterstützung benötigt; hierzu gibt es eine breite Diskussion um diese Verordnungspraxis (z. B. Barmer GEK-Report, 2013 oder die Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater). Das Verhältnis Jungen : Mädchen wird in der Spanne 3:1 bis 9:1 angegeben. Nach Schlack et al. (2014) hat sich die Quote der Kinder, die nach Eltern-Einschätzung ADHS-Symptome zeigen, über einen Zeitraum von acht Jahren nicht erhöht (2. Erhebungswelle der KiGGS-Studie).

Im Gegensatz zu früheren Annahmen zeigt sich, dass sich die Störung nicht auswächst: In einer Zusammenfassung einschlägiger Studien stellt Döpfner (2000) fest: „30–66 % der hyperkinetischen Kinder leiden auch im Erwachsenenalter unter den Symptomen oder Folgeproblemen“ (ebd. 2000, S. 159, s. a. Stadler et al. 2006) – wenn sie nicht adäquat behandelt werden.

2.2 Abgrenzung zu anderen/ ähnlichen Störungsbildern

Teilweise wird das ADHS – als Störung mit Hyperaktivität – abgegrenzt vom ADS, dem reinen Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, bei dem die eingeschränkte Aufmerksamkeitsfokussierung im Vordergrund steht (DSM IV: „ADS, vorwiegend unaufmerksamer Typ 314.00“).

Es werden hohe Komorbiditätsraten mit anderen Störungen beschrieben, wobei aufgrund der o. g. Diagnoseprobleme Abgrenzungen oftmals nicht einfach sind:

Insbesondere bestehen Komorbiditäten auf symptomatischer Ebene mit:

- Oppositionellen Verhaltensstörungen und Störungen des Sozialverhaltens (ca. 30–50 %)
- Depressiven Störungen (ca. 20 %)
- Angststörungen (ca. 25 %)
- Lern- und Leistungsstörungen (ca. 25 %)

(Streeck-Fischer, 2006; Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003).

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Die Vielfältigkeit des Störungsbildes und die Notwendigkeit, die Kernsymptome von alters- oder situationsabhängigen Faktoren abzugrenzen, erfordern ein multidimensionales und multimethodales diagnostisches Vorgehen. Dabei ist grundsätzlich immer zu unterscheiden zwischen a) einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden, die differenziert nach den Klienten und ihrem Umfeld sowie altersspezifisch eingesetzt und ausgewählt werden, b) symptom-spezifischen diagnostischen Methoden (s. a. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014) und c) einer spezifischen personenzentrierten Diagnostik.

a) Standardrepertoire

- Familieninterview zur Erfassung der dynamischen und systemischen Einbettung der Symptomatik, ihrer Funktion, Ausprägung und Genese und zur Konfliktklärung; bei Jugendlichen kann es sinnvoll und nötig sein, nur alleine mit dem Jugendlichen bzw. dem jungen Erwachsenen zu arbeiten.
- Sorgfältige Anamneseerhebung (gegebenenfalls mithilfe strukturierter Verfahren, z. B. DEF, Anamnestischer Elternfragebogen). Es ist wichtig, insbesondere entwicklungs-geschichtliche Faktoren zu berücksichtigen, wie das Temperament des Kindes, die familiäre Situation und Interaktion in den ersten Lebensjahren und die Umstände beim Auftreten der Leitsymptome.
- Probatorische Stunden zur Klärung der Beziehungsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen. In diesen Sitzungen sollen zudem das Bindungsverhalten, die Regulationsmöglichkeiten und die Spielgestaltung systematisch beobachtet werden.

- Standardisierte Verfahren zur Erfassung des Leistungsstandes des Kindes.
- Standardisierte Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren zu Vielfalt und Ausmaß der Störung (z. B. CBCL, YSR, SDQ, DISYPS II ...).
- Systematische Erfassung der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und des Umfeldes.
- Altersgemäß eingesetzte projektive Verfahren zur Erfassung nicht symbolisierter Selbstanteile und zur Erfassung des Selbstkonzeptes des Kindes bzw. Jugendlichen (z. B. Schwarzfuß-Test, Sceno-Test, Mensch-Zeichentest).
- Spezifische Verfahren zur Erfassung der Familiendynamik (z. B. Familie-in-Tieren-Test, Schwarzfuß-Test, Soziogramm, Genogramm ...).

b) Störungsspezifische Methoden

- Weitere Umfeldbefragungen und Beobachtungen in Kita, Hort, Schule. Aufgrund der diagnostischen Kriterien (Auftreten der Symptomatik in mindestens zwei Lebensbereichen) ist dieser Schritt unumgänglich.
- Das Auftreten des Verhaltens ist sehr spezifisch zu erfassen: Seit wann? Wie oft? In welcher Intensität? In welchen Zusammenhängen? usw. Dabei ist es wichtig, sowohl die Selbstbeurteilung des (älteren) Kindes, der Eltern, aber auch externe Sichtweisen (Lehrer, Erzieherinnen im Kindergarten oder Hort) zu berücksichtigen. Zusätzlich sollten spezifische Testverfahren abhängig vom Behandlungskontext und Auftrag (z. B. DISYPS II, Döpfner et al., 2008; KIDS 1, Döpfner, Lehmkuhl & Steinhausen, 2006) eingesetzt werden.
- Körperliche Untersuchungen: Hier können/sollten EEG- und Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Möglicherweise sind weiterführende diagnostische Befunde (pädiatrische Differentialdiagnostik, pädaudiologische Differentialdiagnostik etc.) zu erheben. Wenn möglich, sollte eine ergänzende Stellungnahme eines Kinder- und Jugendpsychiaters eingeholt werden.

c) Personenzentrierte Diagnostik

Die personenzentrierte Diagnostik geht über die reine Erhebung der diagnostischen Daten hinaus (Jürgens-Jahnert, 2002). Auf der Grundlage der in a) und b) gewonnenen Erkenntnisse wird der Fokus hier auf die Bedeutung gelegt, die die ADHS-Symptomatik für die Entwicklung dieses jeweiligen Kindes aus personenzentrierter Perspektive hat, und zwar unter den folgenden Gesichtspunkten, von denen sich dann auch das Behandlungskonzept ableitet:

- Welche Bindungserfahrungen hat das Kind in seinem Leben gemacht?
- Welche Passung und wie viel Feingefühl hat es dabei erlebt?

- Welche Auswirkungen hat das auf seine individuelle Art der Beziehungsgestaltung?
- Welche Art von Empathie hat das Kind erfahren bzw. vermisst?
- Was ergibt sich daraus für seine individuelle Art des emotionalen Erlebens und wie kann der Therapeut darin mit-schwingen?
- Welche primären und sekundären Inkongruenzen lassen sich konkretisieren?
- Welche generalisierten Abbilder von Interaktionserfahrungen (Stern, 1992) und Schemata hat das Kind ausgebildet?
- Inwiefern ist seine Selbststeuerung bzw. Selbstregulationsfähigkeit ausgeprägt, wo macht es Erfahrungen der Selbstwirksamkeit?
- Über welche positiven, stabilisierenden Eigenschaften verfügt das Kind?
- An welche Ressourcen kann es (wieder) anknüpfen?
- Was ergibt sich daraus für seine (Selbst-)Aktualisierungstendenz?
- Welche korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrungen sind nötig und können vom Therapeuten angeboten werden? Was benötigt das Kind für seine weitere Entwicklung?

Diese Leitfragen sollten die diagnostische Phase strukturieren. Sie sind weniger durch spezifische Verfahren zu beantworten, sondern eher durch das reflektierte Erleben des Therapeuten im Kontakt mit dem Kind und dessen Bezugspersonen.

3. Personenzentriertes Störungsverständnis des ADHS, Genese

3.1 Einführung

Die Zusammenschau bisheriger Konzepte zum Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom mit neuen wissenschaftlichen Ergebnissen und Theorien und der klinischen Erfahrung der Autoren hat auf dem Hintergrund des personenzentrierten Konzeptes zu einer neuen Sichtweise geführt. Diese verändert insbesondere das Behandlungskonzept grundlegend: Im Gegensatz zu herkömmlichen Verfahren wird der ‚Königsweg‘ nicht darin gesehen, das Kind quasi von außen zu strukturieren. Da sich die Erfahrungswelt von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik in weiten Teilen nicht nur graduell vom Erleben von Menschen ohne ADHS unterscheidet, sondern auch qualitativ, ist es die primäre Aufgabe des Therapeuten, sich in diese ihm fremde Welt hineinzubegeben. Im zweiten Schritt können dann dem ADHS-Kind Angebote gemacht werden, seine Symbolisierungsfähigkeit sowie seine Selbststruktur bzw. sein Selbstkonzept von innen heraus aufzubauen. Deshalb werden die Grundüberlegungen bezüglich der Genese dieser

Erkrankung und seiner darauf aufbauenden Behandlung zusammenfassend vorangestellt.

Die Grundlage für das Verstehen der ADHS-Symptomatik ist ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell: Kinder mit dieser Symptomatik zeigen eine spezifische Art der Weltbegegnung, die aus dem Zusammenspiel biologischer Ausgangsbedingungen mit frühen Beziehungserfahrungen resultiert. Ein Teil der Kinder bringt anlagebedingte oder erworbene biologische und/oder physiologische Faktoren mit auf die Welt, welche an sich nicht unbedingt als krankheitswertig zu betrachten sind. Fehlt es diesen Kindern allerdings an positiver Beachtung und Empathie für ihr anderes Erleben und gelingt es ihren wichtigen Bezugspersonen nicht, sich auf ihr spezifisches Empfinden einzuschwingen, dann entstehen Inkongruenzen sowie Störungen der Symbolisierungsfähigkeit und des Selbstkonzeptes, die in einem prozesshaften Verlauf zur Symptomatik eines ADHS führen können. Kinder können jedoch auch ohne Spezifika ihrer physiologischen Funktionen durch unempathische und nicht haltgebende Beziehungserfahrungen Formen der ADHS-Weltbegegnung entwickeln.

Mangelt es diesen Kindern dann auch noch an Verständnis für ihre Probleme, entstehen aus sekundären Inkongruenzen die als Komorbidität bezeichneten zusätzlichen Störungen, insbesondere Angst und Depression, aber auch Störungen des Sozialverhaltens.

Das aus diesem Störungsverständnis abgeleitete innovative personenzentrierte Behandlungskonzept bietet dem ADHS-Kind zunächst einen Raum für seine besondere Art der Wahrnehmung, des Empfindens und Verhaltens. Primäre Aufgabe des Therapeuten ist es nicht zu strukturieren, sondern dem Kind in einer personenzentrierten Grundhaltung zu begegnen, sich in die Welt des Kindes hineinzubegeben, dessen Erfahrungswelt kennenzulernen und gleichzeitig seine eigene Weltsicht und gute innere Struktur dem Kind anzubieten. So kann das Kind nicht nur diese für es andere Welt kennenlernen, sondern es kann selbstbestimmt entscheiden, was es übernehmen, wo und wie es sich verändern möchte.

3.2 Konzept zur Erklärung der ADHS-Symptomatik

Die Vielfalt und Komplexität der ADHS-Symptomatik lässt einfache Erklärungsmuster zur Störungsentstehung als nicht ausreichend erscheinen; grundlegend wird von einem Zusammenspiel biologischer, sozialer und intrapsychischer Faktoren ausgegangen. Diesem bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell (z. B. Fröhlich-Gildhoff, 2013) wird angesichts der Komplexität der Störung höchste Evidenz zugesprochen (z. B. Overmeyer et al., 1999; Richards, 2012; Petermann et al., 2004).

Die psychischen Ursachen sind entwicklungsgeschichtlich in frühen Phasen der Entstehung der Selbststruktur bzw. des

Selbstkonzeptes verwurzelt. Es geht insbesondere um grundlegende Defizite in der Selbststeuerung und Selbstregulation, welche nicht mehr ausreichend mit dem personenzentrierten Konzept der Inkongruenz zu erklären sind (vgl. ausführlich Jürgens-Jahnert, 2010). Daher wird im Folgenden auf empirische Ergebnisse und Konzepte Bezug genommen, die einen Beitrag zu einer umfassenden, das personenzentrierte Konzept erweiternden Sichtweise ermöglichen: Neben der ADHS-Forschung sind dies die Säuglings- und Bindungsforschung sowie neurobiologische Erkenntnisse.

Auf diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass die Entstehung des ADHS einen prozesshaften Charakter besitzt, bei der in komplexer Weise biologische, soziale und psychische Faktoren zusammenwirken: Auf der Grundlage biologischer Bedingungen tritt das Kind in Wechselwirkungen mit seiner Umwelt. Dabei macht es reale Erfahrungen, besondere Bedeutung haben dabei die Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen, deren innere Repräsentationen zur Herausbildung der Selbststruktur führen (Fröhlich-Gildhoff, 2013; Fröhlich-Gildhoff et al., 2009; Jürgens-Jahnert, 2010). Diese wiederum ist handlungsleitend für die weitere Auseinandersetzung mit der Außenwelt, vor allem für die Bewältigung aktueller Anforderungen und Entwicklungsaufgaben – die (hyper-)aktive Bewältigung ist ein Modus, der dann wieder verstärkend wirkt (eine ausführliche Darstellung der zugrunde gelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Konzepte findet sich in Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2014).

Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass das im Folgenden dargestellte Störungsmodell nicht im Sinne eines linearen, eindeutigen Kausalmodells zu verstehen ist; es werden vielmehr Entwicklungskorridore und Schnittstellen aufgezeigt, die sich im Sinne selbstreferentieller Prozesse individuums-spezifisch unterschiedlich ausformen und deshalb individuell nachgezeichnet werden müssen.

Biologische Ebene

Auf biologischer Ebene werden vier Elemente als potenzielle Vulnerabilitätsfaktoren diskutiert:

- Genetische Faktoren führen insbesondere zu einem grundlegenden Dopaminmangel. Bei den festgestellten Veränderungen der Hirnstruktur und Hirnfunktionen bleibt allerdings unklar, ob sie Korrelate einer Störung, nicht aber deren Ursachen sind (vgl. Hüther & Bonney 2002; Hüther 2006; Roy, 2012).
- Mittlerweile zeigen eine Reihe von Studien, dass frühe Stress-Erfahrungen in Schwangerschaft und der frühen Säuglingszeit zu hirnhypophysologischen und strukturellen Veränderungen führen (Becker et al., 2007; Bock & Braun, 2006; Braun et al., 2002, Fonagy, 2009); klare Nachweise gibt es für weitere Faktoren wie den Nikotinabusus während der

Schwangerschaft (Becker et al., 2007). Hierdurch können sich Veränderungen der Ansprechbarkeit auf Reize, aber auch der generellen Dopamin-erzeugenden Systeme ergeben.

- Ein schwieriges Temperament (Thomas & Chess 1989) mit Unregelmäßigkeiten in biologischen Funktionen, Rückzugsverhalten gegenüber neuen Reizen und mangelnder Fähigkeit zur Anpassung an neue Situationen stellt einen erhöhten Risikofaktor dar. Es kann zu einer „erhöhten Empfänglichkeit für psychosoziale Stressoren“ kommen und bei einer „mangelnden Passung zwischen Temperamentsmerkmalen und Umwelтанforderungen“ dann zu Verhaltensmustern mit Kennzeichen von Überaktivität (Schmeck, 2003, S. 162; s. a. Carey 2009).
- Einen weiteren biologischen Risikofaktor stellen Einschränkungen der Wahrnehmungsfunktionen und/oder der sensorischen Integration dar. Diese führen dazu, dass Außenreize nur verzerrt innerpsychisch repräsentiert werden, wozu es dann im Außenkontakt zu ebenso verzerrten, Stress auslösenden Interaktionen kommt (z. B. Zimmer, 2008, 2010).

Kinder, die später eine ADHS-Störung entwickeln, kommen möglicherweise mit einer geringeren Reizschranke oder höheren Unruhe auf die Welt. Dadurch wird das dopaminerge System besonders häufig aktiviert. Es kommt zu einem Anwachsen der entsprechenden Zellverbände und dadurch entwickelt sich das antriebsaktivierende System besser. Dies führt dazu, dass sich Kinder immer leichter durch neuartige Reize stimulieren lassen. Es kommt zu innerer Unruhe, zur ständigen Suche nach neuen Stimuli, wobei wiederum das dopaminerge System aktiviert und verstärkt wird.

Auf diesem Hintergrund kommt es dann im sozialen Zusammenspiel zu einer weiteren Verstärkung. Durch die permanente (innere) Unruhe entstehen Konflikte mit der Umwelt und damit psychosozialer Stress, der wiederum verstärkend auf das dopaminerge System und letztlich zur Verstärkung der hyperaktiven neuronalen Struktur führt.

Es sind auch Entwicklungswege beschreibbar, bei denen ein Kind ohne biologische Vulnerabilität auf eine Umwelt und ein Bezugssystem trifft, in der sehr viel Unruhe und Unsicherheit vorherrschen, Eltern stark belastet sind oder aufgrund eigener biografischer Erfahrungen nicht als stabile, zuverlässige und sichere Bindungspersonen zur Verfügung stehen. Auch dann kann es aufgrund des Stresserlebens beim Kind zu einer dauerhaften Aktivierung des dopaminergen Systems mit den o. a. Folgen kommen.

Es ist zu beachten, dass es sich bis hierher um eine rein biologische Sichtweise handelt, also übliche psychosoziale Regulationssysteme dabei in keiner Weise reflektiert werden. Es ist so ein, sich aus sich selbst heraus verstärkendes biologisches System, welches allerdings von ausreichend empathischen und

feinfühligem Bezugspersonen durchaus aufgefangen werden kann.

Soziale Ebene

Die genetischen oder Temperamentsfaktoren und auch die Folgen der Erfahrungen des Kindes in der Schwangerschaft entwickeln sich weiter in der Interaktion mit den Bezugspersonen. Eine negative Entwicklung – aufgrund der o. g. Vulnerabilitäten – kann durch ein entwicklungsförderliches, Stress und Aktivierung deregulierendes (Beziehungs-) Verhalten unterbrochen werden. Wenn dies nicht gelingt, kommt es zu einer Aufrechterhaltung oder gar Verstärkung der besonderen, hyperaktiven Form der Weltbegegnung des Kindes. Für die Entwicklung der ADHS-Symptomatik spielen insbesondere frühe *Bindungserfahrungen und Regulationserfahrungen* der Kinder eine Rolle:

Fehlende Verlässlichkeit, Unregelmäßigkeit, mangelnde Feinfühligkeit und fehlender Halt auf Seiten der Bezugspersonen führen – auch auf körperlicher Ebene – zu unsicheren Bindungsrepräsentationen, entsprechenden selbst initiierten dysfunktionalen Interaktionen und Stresserleben (Strauss et al., 2002; Brisch, 1999, 2004; Großmann & Großmann, 2006; Dornes, 2008). Zugleich wird die Fähigkeit zu gezielter Exploration eingeschränkt und es kommt zu Einschränkungen im Prozess der Selbstwahrnehmung und Empathie und der Fähigkeit, innerpsychische Zustände bei sich und anderen adäquat zu erfassen und abzubilden.

Manchmal haben die Bezugspersonen – z. B. wegen psychischer Erkrankungen oder Suchtabhängigkeiten oder wenn sie aufgrund ungünstiger psycho-ökonomischer Bedingungen unter starkem Stress stehen – selber Schwierigkeiten mit der Regulation ihrer inneren Befindlichkeiten. Dann erleben die Kinder zu wenig Unterstützung in der Regulation ihrer Zustände, insbesondere des Arousal (allgemeine Erregung), der Aktivität und der Affekte, aber auch der Aufmerksamkeit. In dem feinen Prozess der Affektregulation und Abstimmung liegt eine Vielzahl von möglichen Fehlerquellen:

- Die Regulation auf körperlicher Ebene – angepasst an die frühen Bedürfnislagen des Kindes – erfolgt nicht zeitgerecht, kontinuierlich und passgenau.
- Das Mitschwingen auf körperlicher und emotionaler Ebene erfolgt nicht ausreichend.
- Die Affekte des Kindes werden nicht angemessen wahrgenommen und heruntergefahren (z. B. durch körperlichen Halt, durch Trost ...) oder sie werden übermäßig angetrieben; es kommt so zu übermäßiger Unter- oder Überstimulation durch Bezugspersonen.
- Die Bedürfnisse des Kindes werden nicht wahrgenommen und nicht angemessen feinfühlig beantwortet.

Neuere Studien weisen auf Beziehungen zwischen „mütterlicher Sensitivität und Verhaltensproblemen bei Kindern mit Temperamentsauffälligkeiten“ hin (Bradley & Corwyn, 2007, S. 124, Übers. d. Verf.). Ähnliche Ergebnisse zeigt die Mannheimer Risikostudie (Laucht et al., 2000), wobei es geschlechtsbezogene Unterschiede gibt: Die „Prognose frühkindlicher Regulationsstörungen [wird] bei Mädchen eher durch eine deprivierende und bei Jungen eher durch eine überstimulierende Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig beeinflusst“ (Lehmkuhl, 2009, S. 64). Diese Daten konnte Streeck-Fischer (2009) in einer eigenen Analyse von Therapie-Anträgen bestätigen; zusätzlich zu den teils überfürsorglich-intrusiven, teils vernachlässigenden Müttern zeigte sich in nahezu allen Fällen, dass die Väter der Kinder abwesend (infolge von Trennung oder Tod) oder sehr wenig in der Familie präsent waren.

Eine bedeutende intermittierende Variable sind dabei psychosoziale Belastungsfaktoren wie ein niedriges Bildungsniveau. Insgesamt gibt es jedoch „keine lineare kausale Erklärung: Variablen des Kindes wirken sich ebenso auf die frühe Interaktionsgestaltung aus wie das Verhalten und die Belastung der Mutter, so dass es auf die individuelle Passung ankommt“ (Streeck-Fischer, 2009, S. 122).

Intrapsychische Ebene I: Folgen für die Entwicklung der Selbststruktur

Der Terminus „Selbststruktur“ ist dem personenzentrierten Denken weniger geläufig als der des „Selbstkonzepts“. Beide unterscheiden sich mit Rogers (1959/1987) durch ihre jeweilige Perspektive auf das psychische Konstrukt des Selbst als einer „organisierte(n), in sich geschlossenen Gestalt. (...) Die Begriffe Selbst oder Selbstkonzept werden üblicherweise dann verwendet, wenn von der Person oder der Sichtweise ihrer selbst gesprochen wird, der Begriff Selbststruktur, wenn wir auf diese Gestalt von einem äußeren Bezugsrahmen aus blicken.“ (Rogers, 1959/1987, S. 26) Eine ausführliche personenzentrierte Konzeptualisierung des Selbststrukturbegriffs findet sich bei Jürgens-Jahnert (2010).

Folgende Faktoren haben Auswirkungen auf die Entwicklung der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur des Selbst und damit auf die Art und Weise der Weltbegegnung des Kindes:

- a) Das nicht passende Zusammenspiel zwischen biologisch bedingter Vulnerabilität und wenig hilfreichen, wenig co-regulierenden Beziehungserfahrungen
- b) nicht entwicklungsförderliche frühe Bindungserfahrungen
- c) Empathieversagung durch die primären Bezugspersonen

Diese Auswirkungen zeigen sich in spezifischer Weise in der Regulationsfähigkeit, der Fähigkeit zur inneren Repräsentation/Symbolisierung eigener und fremder innerer Zustände

(analog: Mentalisierung; s. Fonagy & Target, 2004) und der Selbst-Repräsentationen:

Regulationsfähigkeit

- Wegen der unzureichenden Spiegelung können eigene Affekte nicht adäquat wahrgenommen und eigene Zustände nicht genau gespürt werden.
- Affekte werden als diffuse Erregung wahrgenommen, als aversiv erlebt, können nicht entschlüsselt werden, ihr Signalcharakter wird nicht erkannt.
- Durch die unzureichende Unterstützung/Begleitung oder gar Störung im Prozess der Koregulation kommt es zur unzureichenden Ausbildung der Fähigkeit zur Selbst- bzw. Affekt-Regulation.

Innere Repräsentation eigener und fremder Zustände (Symbolisierungsfähigkeit)

- Weil die eigenen Zustände nicht ausreichend wahrgenommen werden, können keine präzisen oder kohärenten Selbst-Repräsentationen aufgebaut werden. Wenn Affekte nicht oder nicht richtig wahrgenommen werden können, sind Erfahrungen (bzw. deren adäquate Bewertung und damit Einordnung) an sich defizitär – dies ist mehr als die bloße Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung: Der Selbst-Aufbau an sich weist keine Kohärenz auf, es bleiben Selbstkonzeptlücken und -mängel (Heinerth, 2007).
- Das Kind kann keine ausreichende Symbolisierungsmöglichkeit (Bilder, Sprache, Begriffe ...) von Emotionen entwickeln, was zu einer dauerhaften Symbolisierungsstörung (Heinerth, 2002, 2007) führt.
- Störung der Abbilder von sozialer Ordnung: a) eingeschränkte „soziale Deutungskompetenz“ (Fonagy & Target, 2004); b) eingeschränkte bewusste soziale Kontrolle (ebd.): Es gelingt nicht, Aufmerksamkeit zu fokussieren, sensibel wahrzunehmen und inadäquate Reaktionen zu unterdrücken.
- Abbilder von sozialer Ordnung sind durch Vernachlässigungserfahrungen gestört; dadurch sind/werden Erfahrungen mit sich und anderen gestört.

Selbst-Repräsentationen

- Keine präzisen oder kohärenten Selbst-Repräsentationen („es stimmt etwas nicht mit mir“; „es fehlt etwas“) → Suche nach dem, was fehlt, oder nach Orientierung, um sich zu spüren.
- Unsichere Bindungserfahrungen → unsichere Bindungsrepräsentationen → fragile Selbstrepräsentationen.
- Selbst-Bild (Selbst-Konzept) als jemand, der unruhig ist, Fehler macht, „falsch ist“ – dieses aber nicht steuern kann („Ich als ADHS-Kind.“).
- Negatives Selbst-Konzept → negativer Selbstwert.

- Irritation, die beim anderen ausgelöst wird, kann nicht verstanden werden → Verstärkung der Unsicherheit im Kontakt → erhöhte Aktivität als Versuch, Sicherheit zu erlangen.

Intrapsychische Ebene II: Inkongruenz

Wie bei jedem anderen Kind motiviert die Aktualisierungstendenz die Erhaltung und insbesondere die Entfaltung all seiner individuellen Anlagen und Möglichkeiten. Mit den oben beschriebenen Unterschieden zu den meisten Menschen in seiner direkten Umgebung findet das Kind mit einer ADHS-Symptomatik allerdings wenig positive Beachtung und wenig Empathie für seine herausfordernde Art. Befindet sich das Kind noch im Prozess der Entwicklung des Selbstkonzepts, kann es seine Erfahrungen aufgrund der Empathieversagung (Heinerth, 2002, 2007) nicht nur nicht symbolisieren, sondern es kann zu Störungen der Symbolisierungsfähigkeit selber kommen. Die in der Folge entstehende partielle Spaltung von Selbstkonzept und Erfahrung ist eine der prägenden Inkongruenzen von Menschen mit ADHS. In weiten Teilen seines Erlebens bleibt dem ADHS-Kind der bewusste Zugang zu seinen Erfahrungen versperrt, es kann deshalb auch nicht aus ihnen lernen, was von Eltern betroffener Kinder so oft kritisiert wird. So entsteht für das ADHS-Kind eine Erfahrungswelt, die nicht nur quantitativ anders sein kann als die von Menschen ohne ADHS, sondern auch qualitativ.

Das Kind selber erlebt sich zunächst jedoch nicht als defizitär, problemhaft oder gar störend. Erfährt es jedoch wiederholt wegen seiner Impulsivität, seiner Unruhe und eventuell auch seiner Lautstärke negative Rückmeldungen, wird es versuchen, sein Verhalten so zu ändern, dass es bei seinen wichtigen Bezugspersonen Wertschätzung findet. Mit der Zeit wird sein Bedürfnis nach Anerkennung stärker werden als seine organismischen Bedürfnisse. Findet es Anerkennung vorwiegend dann, wenn es sich selber nach der Bewertung seiner Bezugspersonen richtet, wenn es sich selber als störend, ungeschickt, schwierig sieht, „kommt es zur Introjektion, d. h. dazu, dass Elemente sozusagen an der organismischen Bewertung vorbei in das Selbstkonzept übernommen werden“ (Heinerth, 2007, S. 271).

Diese Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zeigt sich dann in einer negativen Selbstbewertung eigener Stärken und Fähigkeiten. Es resultiert ein zunehmend negatives Selbstbild: „Ich störe, ich bin ein Problem, bei mir geht immer alles schief, mich kann man nicht gerne haben.“ Diese negativen Selbstzuschreibungen stehen jedoch weiterhin im Widerspruch zu den organismischen Erfahrungen, in seiner Welt durchaus kompetent, ideenreich, ausdauernd und interessiert zu sein. Diese Inkongruenz in Form des Widerspruchs zwischen der eigenen organismischen Erfahrung und der sozial vermittelten Erfahrung ist so belastend und bedrohlich für das eigene Selbst, dass sie innerpsychisch nicht adäquat abgebildet werden

kann, sondern abgewehrt und verdrängt werden muss und so die weitere psychische Entwicklung behindert. Die Selbstentfaltung wird eingeschränkt zugunsten der Selbstbehauptung. Diskrepante Erfahrungen können nicht mehr zu Veränderung und psychischem Wachstum führen, es resultiert Stagnation.

Was die Erfahrungsverarbeitung des Kindes mit einer ADHS-Symptomatik betrifft, lassen sich drei Störungsebenen unterscheiden:

- Erfahrungen selber sind z. T. defizitär, weil die Wahrnehmungsfähigkeit von Erfahrungsbestandteilen, insbesondere von Affekten, nicht ausreichend ausgebildet werden konnte.
- Die Symbolisierung von Erfahrungen ist aufgrund von Empathieversagung gesperrt, Erfahrung und Selbstkonzept sind gespalten.
- Ein weiterer Anteil an Erfahrungen wird nur verzerrt symbolisiert aufgrund von Diskrepanzen zwischen Erfahrung und Selbstkonzept.

Intrapsychische Ebene III: Sekundäre Folgen

Sekundäre Folgen in Form von Komorbiditäten können auftreten, wenn das Kind sich nicht nur in seiner speziellen Art nicht wahrgenommen fühlt, sondern wenn es auch für die Schwierigkeiten, die ihm durch das ADHS entstehen, keine (ausreichende) Beachtung erfährt:

Sieht es durch sein Verhalten die ohnehin brüchigen Bindungen zu seinen wichtigen Bezugspersonen zusätzlich belastet oder drohen seine Erfahrungen als ADHS-Kind ins Bewusstsein zu treten und die Konsistenz des (labilen) Selbst zu gefährden, entsteht Angst (Füßner u. a., 2014). Angst entsteht auch wegen der fehlenden Möglichkeit, sich zu verstehen und der Erfahrung des Nicht-Verstanden-Werdens in sozialen Situationen. Diese Ängste sind jedoch nicht angemessen zu kontrollieren, weil die Regulationsfähigkeit unzureichend ausgebildet ist.

Leiden das Kind und/oder seine wichtigen Bezugspersonen unter kritischen Lebensereignissen im Sinne schwerer Belastungen, insbesondere unter Verlust- und Trennungserfahrungen, und sind die Bezugspersonen deshalb für das Kind mit seinen ADHS-Folgeproblemen psychisch schwer erreichbar, kann dies zu einer sekundären depressiven Störung führen (Jürgens-Jahnert u. a., 2014). Durch soziale Erfahrungen des Abgelehnt- und Ausgegrenzt-Werdens wird der eingeschränkte bzw. negative Selbstwert sekundär verstärkt, was ebenfalls zu depressionsähnlichen Symptomen führen kann. Durch das Festhalten am Schema „Ich als ADHS-Kind“ wirkt dieses zunehmend identitätsbildend.

Eine andere Folge kann darin bestehen, dass das Kind aus den Erfahrungen des Nicht-Verstanden-Werdens und des Scheiterns versucht, Sicherheit zu gewinnen und einen Rest von Selbstwert zu sichern, indem es in Beziehungen zu anderen dominiert oder sie (psychisch oder körperlich) verletzt – auch

um die eigene Verletztheit zu symbolisieren; hier zeigen sich komorbid dann Symptomatiken der „Störungen des Sozialverhaltens“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

Die hier vorgestellte Störungsgenese berücksichtigt in differenzierter Weise das komplexe Zusammenspiel biologischer, intrapsychischer und sozialer Faktoren. Sie überwindet damit vereinfachende biologische Modelle (z. B. Wankerl et al., 2014), aber auch solche, bei denen die Auswirkungen der Störung, das Verhalten des Kindes und seiner Bezugspersonen im Mittelpunkt der Betrachtungen und Interventionen stehen (z. B. Döpfner et al., 2013). Das multiperspektivische Verständnis der Ursachen des ADHS hat dann auch Konsequenzen für die therapeutische Begegnung mit den betroffenen Kindern und ihren Bezugspersonen.

3.3 Grundlegende Schlussfolgerungen für die Behandlung von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik

Die Beeinträchtigungen der Selbststruktur und ADHS-spezifische Inkongruenzen entwickeln sich nicht unabhängig voneinander, sondern in einem verzahnten, prozesshaften Geschehen über einen längeren Zeitraum. Ihre psychotherapeutische Behandlung verlangt deshalb einen ganzheitlichen und prozessbezogenen Ansatz, in dem beide Störungsbereiche permanent und interaktiv im therapeutischen Geschehen präsent und bearbeitbar sind. Hinzu kommt, dass ADHS-Kinder manches qualitativ anders wahrnehmen als andere Menschen, ihren eigenen Körper, ihre Affekte, ihr Verhalten und dessen Konsequenzen sowie die Gefühle, Intentionen und Verhaltensweisen ihrer Interaktionspartner. Dieses komplexe Bedingungsgefüge mag erklären, warum die Effektivität kognitiver Trainingsprogramme letztendlich so gering ist (Karch et al., 2013).

Die von uns entworfene Theorie zur Störungsgenese des ADHS erfordert einen deutlich anderen Zugang. Der unverzichtbare erste Schritt besteht darin, einen inneren Bezug zu dem ADHS-Kind aufzubauen. Dem Kind muss die Möglichkeit geboten werden, im Rahmen des therapeutischen Raumes seine ADHS-Welt zu entfalten. Aufgabe des Therapeuten ist nicht, diese vorab zu begrenzen und zu strukturieren, sondern sich in diese Welt des ADHS-Kindes, in seinen spezifischen inneren Bezugsrahmen (Rogers, 1959/1987) einzufühlen und diesen kennenzulernen. Ein Zugang ist nur dann wirklich möglich, wenn der Therapeut die Besonderheiten der Wahrnehmung des Kindes kennt: Wo hat es Defizite in der Selbstwahrnehmung, welche Bereiche sind ihm versperrt und welche werden nur verzerrt symbolisiert? Nicht das Kind soll dem Erwachsenen in dessen Welt begegnen, sondern der Erwachsene begibt sich in die Welt des Kindes und sucht dort den Kontakt – allerdings ohne den Bezug zu seiner Weltsicht aufzugeben. So kann der Therapeut nach und nach eine parallele Bezogenheit

auf die ADHS-Welt auf der einen und der Nicht-ADHS-Welt auf der anderen Seite entwickeln und dadurch dem Kind eine Brücke anbieten, die es nutzen kann zur Selbstveränderung.

Neben der durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz bestimmten personenzentrierten Grundhaltung ist bei ADHS-Kindern ein permanentes, eng bezogenes, genaues affektives Einschwingen (Stern, 1992) erforderlich, da so auf die Defizite in der Selbststruktur am besten eingegangen werden kann (Rudolf, 2006; Jürgens-Jahnert, 2010) und schrittweise neue intrapsychische Strukturen etabliert werden können. Hinzu kommen weitere Aspekte wie eine deutliche Präsenz des Therapeuten, Angebote zur Strukturierung sowie Ressourcenorientierung und -aktivierung. In manchen Fällen ist auch eine aktive Unterstützung erforderlich, um Prozesse innerer Repräsentation von Erfahrungen anzuregen oder die Wahrnehmungsfähigkeiten zu verbessern, wobei die aus dem Focusing bekannte Technik des Guiding (Stumm et al., 2003) eingesetzt werden kann.

Darüber hinaus geht es in der therapeutischen Begegnung darum, die frühen Interaktionserfahrungen des Kindes aufzugreifen und entsprechende „korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen“ (Cremerius, 1979) von Person zu Person anzubieten (zur entsprechenden personenzentrierten Interaktionsgestaltung vgl. z. B. Behr, 2009, 2012; Fröhlich-Gildhoff, 2011). Dazu gehört durchaus auch, dass der Therapeut auf seine eigenen Grenzen und auf seine Belastbarkeit achtet und darauf bezogene Begrenzungen einführt, die allerdings entsprechend begründet werden müssen. Um einen dauerhaften Erfolg zu erreichen, muss die Therapie zudem die Bezugspersonen und das Umfeld des Kindes einbeziehen und einen ausreichend langen Zeitraum umfassen.

Das Grundprinzip, dass bei der Komplexität dieser Störung nur ein kombiniertes Vorgehen zur Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihres Umfeldes (insbesondere Familien, Pädagoginnen in Kita und Schule, Ärzte) erfolgsversprechend ist, wird auch von anderen Autoren anerkannt: „Die vielfältigen diagnostischen Bemühungen verweisen darauf, dass die Therapie mehrdimensional, bzw. multimodal zu sein hat. Eine einzige, alleinwirksame therapeutische Maßnahme gibt es in der Behandlung hyperkinetischer Störungen nicht“ (Quaschner & Theisen, 2005, S. 160).

4. Therapieplanung

Auf dem Hintergrund der Orientierung bietenden Leitlinien gehört es weiterhin zum personenzentrierten Konzept, immer individuell und fallspezifisch vorzugehen. Im Mittelpunkt stehen nicht die Symptome oder Diagnosen, sondern das jeweilige Kind in seiner je eigenen Situation, Lebenswirklichkeit und Beziehungsstruktur, eingebettet in sein System aus Familie, Schule,

ggf. Arzt und Umfeld. Dabei ist die Begegnung mit dem Kind bzw. die ihm entgegengebrachte Grundhaltung entscheidend.

Treffen Kinder mit ADHS-Symptomen häufig auf Ablehnung, so ist es eine neue Erfahrung, wenn sie erleben, in der Therapie zwar mit den für sie problematischen Verhaltensweisen wahrgenommen, jedoch nicht dafür bewertet, sondern als Persönlichkeit akzeptiert und wertgeschätzt zu werden.

Dabei hat es sich bewährt, multimodal anzusetzen und auch das Umfeld des Kindes mit einzubeziehen. Gerade bei diesen Kindern zeigt sich oft in der Familie eine Problematik, Grenzen zu setzen und zu achten, daher ist dies bei der Therapieplanung besonders zu berücksichtigen, sowohl was den zeitlichen Rahmen als auch die eigenen Ressourcen anbelangt.

4.1. Vorphase

Die Vorphase der eigentlichen Therapie umfasst verschiedene Elemente, die bereits den Beziehungsaufbau und den therapeutischen Prozess beeinflussen.

Schon beim Erstkontakt, der meist telefonisch über ein Elternteil stattfindet, werden häufig Zuschreibungen und Misserfolgserwartungen, aber auch Erschöpfung, Ratlosigkeit und Belastung der Familie deutlich. Geht die Initiative, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, von der Schule aus, ist es entscheidend, die Eltern „ins Boot“ zu holen, um sie zur Mitarbeit zu motivieren und negative Selbst- wie Fremdzuschreibungen aufzufangen.

Da Kinder mit ADHS-Symptomen ohnehin häufig mit negativen Zuschreibungen wie „... das Kind ist *immer* zappelig“, „kann *nie* stillsitzen“, bekommt überall Ärger“, „kann sich überhaupt nicht konzentrieren“, „wird überall als störend empfunden“ etc. konfrontiert sind, sollte das Erstgespräch besser ohne das Kind stattfinden, um es nicht weiter zu belasten. Zudem stehen die Eltern selber auch unter starkem psychischen Druck, so dass es ihnen guttut, wenn jemand Zeit nur für sie hat.

Die diagnostische Abklärung wurde bereits weiter oben beschrieben. Auch hierbei gilt es zu beachten, was dem Kind vermittelt wird: Es geht nicht darum, dass es in irgendeiner Form nicht in Ordnung ist, sondern darum, es kennenzulernen, seine Sicht der Welt und sein Erleben zu verstehen, auch seine Stärken und positiven Seiten zu sehen. Von Anfang an ist auch der Kontakt zur Schule wichtig, um einerseits eine Fremdeinschätzung zu erhalten, andererseits dort eine mögliche Unterstützung für das Kind zu gewinnen.

Ein weiterer Aspekt, der gerade bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik entscheidend ist, ist die eigene Haltung und das Erleben des Therapeuten. Er muss sich eingehend und ehrlich daraufhin prüfen, wie er selbst auf das Kind reagiert, was es bei ihm auslöst und welche Gefühle er im Hinblick auf die Begegnung mit dem Kind und die von ihm gezeigten Symptome hat,

gerade das oftmals hohe Maß an Aktivität, Energie und Unstrukturiertheit. Auf diesem Hintergrund muss er reflektieren, ob er in der Lage ist bzw. was er selbst dazu bräuchte, entsprechend entwicklungsförderlich auf das Kind einzugehen, ohne sich gleichzeitig selbst zu überfordern.

Dies ist für die therapeutische Beziehung unerlässlich, damit das Kind eine positive korrigierende Beziehungserfahrung machen kann. Es würde sonst spüren, dass es doch wieder abgelehnt wird, zu schwierig ist, und dies würde sein negatives Selbstbild verfestigen.

Wird das Kind bereits medikamentös mit Methylphenidat oder anderen Psychopharmaka behandelt, braucht der Therapeut genaue Informationen über die verabreichten Medikamente, da die verschiedenen Produkte unterschiedlich wirken. Außerdem muss der Therapeut den Wirkungsverlauf über den Tag kennen, da die Medikamente die Stimmung, die Aufnahmefähigkeit und das Aktivitätsniveau des Kindes je nach Tageszeitpunkt unterschiedlich beeinflussen.

Aus diesen ersten Eindrücken, Informationen und Daten ergibt sich dann die Einschätzung, ob eine Therapie indiziert ist, ob der Therapeut diese durchführen kann und will sowie die Entscheidung über Ziele, Setting und Rahmenbedingungen.

4.2. Therapieziele

Die Therapieziele umfassen zum einen die Besserung der Symptomatik, zum anderen beziehen sie sich auf die persönliche Entwicklung des Kindes (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

a) Allgemeine Therapieziele mit dem Kind

- Entwickeln einer differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit
- Steigerung der Selbstachtung und -akzeptanz
- Stabilisierung der inneren Grundstruktur und Selbststeuerung, d. h. auch der Affekt- und Impulsregulation, z. B. abwarten zu können
- Steigerung der Empathiefähigkeit
- Reflektieren von Mentalisierungsprozessen
- Förderung der sozialen Deutungskompetenz
- Erhöhen der Aufmerksamkeitsspanne und -steuerung
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit bzw. Vermindern der Ablenkbarkeit
- Fähigkeit, das Aktivitätsniveau regulieren zu können
- Verringern der motorischen Unruhe
- Einhalten von Regeln in sozialen Anforderungssituationen wie Sitzenbleiben
- Entwickeln der Fähigkeit, das Verhalten z. B. im Hinblick auf Lautstärke und Aktivität der jeweiligen sozialen Situation angemessen zu adaptieren

- Verbesserung der Beeinträchtigungen im schulischen und sozialen Umfeld

b) Allgemeine Therapieziele bzgl. der Eltern/Bezugspersonen

- Förderung der Empathie gegenüber dem Kind und Jugendlichen
- Übersetzen der inneren Welt des Kindes
- Unterstützung darin, das Kind als Person zu akzeptieren in seinem So-Sein
- Unterstützung in der Fähigkeit, sich auf die Ebene des Kindes zu begeben und dort mit ihm in Kontakt zu sein – und zugleich: Rollenklarheit bzgl. der Generationsgrenzen
- Anleitung dazu, aus diesem Kontakt heraus das Kind darin zu unterstützen, sich zu strukturieren
- Sichererer Umgang mit Grenzen
- Konfliktlösekompetenz erweitern
- Reflektieren der eigenen Biografie und daraus Verstehen des eigenen Selbstbildes und der eigenen Handlungsmuster
- Unterstützung darin, für sich selbst zu sorgen, d. h. die eigenen Grenzen zu achten und Ressourcen zu stärken
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Soziale Netzwerke ausbauen und stabilisieren
- Unterstützung in der Zusammenarbeit mit der Schule
- Auseinandersetzung mit einer evtl. Medikation des Kindes: Aufklärung über psychische Wirkungen, über Vor- und Nachteile, Umgang mit Behandlungspausen

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Therapiezielen können weitere individuelle Ziele für das Kind/den Jugendlichen bzw. die Eltern und Bezugspersonen besprochen, vereinbart und im Laufe der Therapie weiter fortgeschrieben werden, da sich ja auch die Ziele mit der Entwicklung der Persönlichkeit weiterentwickeln.

4.3. Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Da bislang ADHS-Therapie überwiegend mit übenden und strukturierenden Verfahren gleichgesetzt wird, ist zunächst eine genaue Aufklärung der Bezugspersonen über das personenzentrierte Behandlungskonzept erforderlich. Dazu gehört auch die spezielle Sicht des Therapeuten auf das Erleben des Kindes und in welcher Form die jeweiligen Bezugspersonen ihren Anteil dazu beitragen können, dass das Kind besser in seiner Lebenssituation zurechtkommt und (re)integriert werden kann.

Je jünger die Kinder sind, um so häufiger sollten Gespräche mit den Eltern geplant werden und desto sinnvoller und notwendiger ist es, auch direkt die Interaktion zwischen Eltern und

Kind mit in die personenzentrierte Arbeit einzubeziehen. Häufig finden sich in der Anamnese bereits Hinweise darauf, dass auch schon im Säuglingsalter Regulationsschwierigkeiten bestanden haben. Viele der Kinder mit einer ADHS-Symptomatik waren so genannte „Schreibabys“ (vgl. Papousek et al., 2004) und es ist hilfreich, die entstandenen Beziehungsmuster zu reflektieren bzw. Filialtherapie (Goetze, 2009) oder personenzentrierte Familienspieltherapie (Kemper, 2002) einzubeziehen. Dies setzt jedoch die Bereitschaft der Eltern voraus, sich auch mit ihren eigenen Rollenvorstellungen und ihren Erziehungsstilen auseinanderzusetzen und nicht zu erwarten, dass der Therapeut das Kind oder den Jugendlichen „repariert“.

Die Gespräche mit den Eltern sollten zumindest in der Anfangsphase in regelmäßigen Abständen stattfinden. Als Richtlinie können ca. alle vier bis sechs Wochen gelten. Später können die Abstände dann vergrößert werden. Gerade bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik ist jedoch auch zwischen diesen Terminen häufig der Gesprächsbedarf der Eltern sehr groß, so dass ein Modus gefunden werden muss, wie mit solchen Tür- und Angel-Gesprächen oder Telefonaten umgegangen werden kann.

Im Sinne des erforderlichen multimodalen Vorgehens ist es zudem notwendig, jeweils die weiteren Bezugspersonen mit einzubeziehen wie Lehrer, evtl. Trainer im Sportverein und den Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater. Die Kontakte können bereits zu Beginn während der diagnostischen Phase erfolgen, aber auch im Verlauf der Therapie ist eine Vernetzung erforderlich, um Veränderungen zu begleiten und auch dort den Transfer aus der Therapie zu erleichtern bzw. an einem Strang zu ziehen.

Wird das Kind medikamentös behandelt, sollte nicht nur mit den Eltern über den Behandlungsplan (Dauer, Behandlungspausen etc.) gesprochen werden, sondern unbedingt auch mit dem behandelnden/verordnenden Arzt. Gerade im Austausch mit Ärzten ist besonderes Augenmerk auf eine gegenseitige

Wertschätzung zu legen, da idealerweise der medizinische und der psychotherapeutische Zugang einander ergänzen sollten.

4.4. Kontraktbildung

Bereits von Anfang an ist es gerade mit den Familien von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik unerlässlich, klare Vereinbarungen und Absprachen zu treffen. Die gemeinsam vereinbarten Ziele sollten in einem Kontrakt schriftlich festgehalten werden, ebenso Absprachen über Anzahl, Dauer und Häufigkeit der Sitzungen mit dem Kind und der Elterngespräche, auch im Hinblick auf mögliches Absagen von Terminen sowie das Einhalten bzw. die Entbindung von der Schweigepflicht.

Wird das Kind medikamentös behandelt, ist auch hierüber eine Vereinbarung zu treffen, zumindest muss der Therapeut darüber und über evtl. Veränderungen informiert sein. Sollten zusätzlich Termine wie z. B. mit der Lehrkraft des Kindes nötig sein, ist auch hierbei eine klare Absprache sowohl mit dem Kind als auch mit den Eltern nötig. Gegebenenfalls ist die Nutzung und Einbeziehung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten sinnvoll, z. B. Betreuungsangebote im Bereich der Freizeitgestaltung und/oder Hilfen zur Erziehung. Auch hierfür müssen klare Regelungen gefunden werden.

Mit dem Kind selbst sind Regeln, die die Therapie betreffen, wie Zeit, keine Gegenstände mitzunehmen, Struktur und das Achten von Grenzen (auch körperlichen) jeweils erst dann zu thematisieren, wenn es die Situation erforderlich macht.

Letztlich gehört es auch zur Kontraktbildung, die konkrete Umsetzung im Umgang mit dem Kind und seiner Symptomatik zu vereinbaren. Die Anforderungen, die von außen an das Kind gestellt werden, bleiben die gleichen und es ist nötig, für das Kind den Anteil an Regulation und Strukturierungshilfen zu übernehmen, den es selbst (noch) nicht in der Lage ist zu leisten und dies aufmerksam und empathisch an seinen jeweiligen Entwicklungsstand anzupassen.

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

5.1 Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>(1) Kennenlernen: Es ist wichtig, mit dem Kind, das viele negative Zuschreibungen erlebt hat, in Kontakt zu kommen und sich möglichst vorbehaltlos kennenzulernen.</p>	<p>Kinder mit einer ADHS-Symptomatik haben in der Regel eine Geschichte von Ausgrenzungserfahrungen. Sie sind möglicherweise dementsprechend vorsichtig, vielleicht auch misstrauisch. Da ist die bedingungsfreie Akzeptanz der Person (und zum Teil des Verhaltens) zu vermitteln und sind insbesondere die Ressourcen des Kindes zu entdecken und immer wieder zu spiegeln.</p>	<p>Dem Kind immer wieder verdeutlichen: „Ich sehe dich nicht als Problemträger, sondern als wertvollen Menschen.“ Wenn etwas schiefgeht, dann ist es wichtig, direkte Hilfe anzubieten oder konkret zu helfen. Die Ressourcen müssen immer wieder aktiv benannt werden.</p>
<p>(2) Bedingungsfreie Wertschätzung und Akzeptanz: Das Kind wird so, wie es ist, mit allen seinen Verhaltensweisen angenommen.</p>		
<p>(3) Empathie: Hier geht es darum, das innere System des Kindes kennenzulernen und sich in die Weltbegegnungen einzufühlen. Dabei ist es besonders wichtig, wachsam zu sein für Ängste und Unsicherheiten des Kindes. Es geht darum, zu verstehen, was hinter dem Ausagieren der Symptomatik steht.</p>	<p>Es geht darum, sich konsequent in das Kind hineinzusetzen und einen Zugang zu der ADHS-Welt des jeweiligen Kindes zu finden. Dabei sollte erkannt werden, was die Aufmerksamkeit des Kindes lenkt – und andersherum zu versuchen, die verstreute, un gelenkte, unorganisierte Kreativität mitzuempfinden – es geht auch um das Mitschwingen, das Erfahren der Energie des Kindes.</p>	<p>Mitgehen in der Sprunghaftigkeit, sich Einlassen auf die Impulsivität.</p>
<p>(4) Kongruenz: Hierbei ist eine genaue Selbstwahrnehmung relevant und dabei besonders die Wahrnehmung eigener Grenzen.</p>	<p>Aufgrund der hohen Aktivität und Dichte der Begegnung ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu achten und Echtsein durch Zuwendung und Offenheit zu zeigen.</p>	<p>Wenn Grenzen zum eigenen Schutz gesetzt werden, dem Kind dies genau benennen und erklären.</p>
<p>(5) Präsenz, Wachheit und Momentzentriertheit: Das Kind braucht, gerade aufgrund der zum Teil sehr gering ausgeprägten Selbststeuerungsfähigkeiten, ein klares und waches Gegenüber.</p>	<p>Für das Kind ist es wichtig, dass der Therapeut in seiner Welt wahrnehmbar ist. Es geht darum, die innere Aufmerksamkeit für das Kind auch aktiv auszudrücken. Darüber hinaus geht es darum, Grenzen zu setzen, um möglicherweise das Kind auch zu schützen.</p> <p>Bereits hier darauf achten, dass die Begegnung, das gemeinsame Spiel, mit Freude und Spaß verbunden ist.</p>	<p>Deutlich markierte emotionale Reaktionen auf das Kind; Momente gemeinsamer Aufmerksamkeitszentrierung zu halten versuchen. Grenzen deutlich transparent kommunizieren und durchsetzen. Nicht wertendes Spiegeln der Affekte und auch des Verhaltens bzw. körperlichen Ausdrucks, Wechseln der Aufmerksamkeitsfokusse. Z. B: gemeinsames Lachen, wo dies möglich ist.</p>

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>(1) Kontakt: Zu Beginn jeder Stunde muss der Kontakt neu hergestellt werden, und zwar nicht nur zwischen Therapeut und Kind, sondern auch von dem Kind zu sich selber.</p> <p>(2) Wertschätzung: Wahrnehmen und Entdecken tiefer liegender Lebensthemen des Kindes und bisherige Lösungsstrategien, was sind Angriffsstrategien, wo geht es um Abwehr und Schutz, wo ist das Kind desorientiert, wo hat es sekundäre Inkongruenzen?</p> <p>(3) Empathie: Einfühlen in die Lebensthemen und Lösungsstrategien des Kindes, aber auch in die Regulationsstrategien.</p> <p>(4) Kongruenz: Es ist – zunehmend – bedeutsamer, als Modell für sich selber zu sorgen, Grenzen zu formulieren.</p> <p>(5) Präsenz: Sich als erlebbares Gegenüber präsentieren.</p> <p>(6) Symbolisierung: Die Fähigkeit zur sprachlichen Benennung innerer Zustände fördern.</p> <p>(7) Guiding: Aktive Anleitung zur Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung.</p>	<p>Von Beginn der Stunde an darauf achten, mit dem Kind in einem aktiven Kontakt zu sein, nicht nur seinen Ideen hinterherzulaufen.</p> <p>– Ressourcenaktivierung – Aktives Entdecken und Thematisieren erkannter Lebensthemen und Weltbegegnungsstrategien – Förderung der Selbstregulation durch zunächst co-regulative Strategien und konsequentes Spiegeln.</p>	<p>Das Kind direkt ansprechen, Augenkontakt halten, gegebenenfalls, wenn dies zugelassen wird, es auch berühren. Spielstopps setzen.</p> <p>Förderung der Körperwahrnehmung, auch Setzen von körperlichen Grenzen. Das HIER und JETZT reflektieren, als Modell die eigenen Gefühle verbalisieren.</p>

5.2 Mittlere Therapiephase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
(1) Kontakt: Zu Beginn jeder Stunde muss der Kontakt neu hergestellt werden, und zwar nicht nur zwischen Therapeut und Kind, sondern auch von dem Kind zu sich selber.	Von Beginn der Stunde an darauf achten, mit dem Kind in einem aktiven Kontakt zu sein, nicht nur seinen Ideen hinterherzulaufen.	Das Kind direkt ansprechen, Augenkontakt halten, gegebenenfalls, wenn dies zugelassen wird, es auch berühren. Spielstopps setzen. Förderung der Körperwahrnehmung, auch Setzen von körperlichen Grenzen. Das HIER und JETZT reflektieren, als Modell die eigenen Gefühle verbalisieren.
(2) Wertschätzung: Wahrnehmen und Entdecken tiefer liegender Lebensthemen des Kindes und bisherige Lösungsstrategien, was sind Angriffsstrategien, wo geht es um Abwehr und Schutz, wo ist das Kind desorientiert, wo hat es sekundäre Inkongruenzen?	– Ressourcenaktivierung – Aktives Entdecken und Thematisieren erkannter Lebensthemen und Weltbegegnungsstrategien – Förderung der Selbstregulation durch zunächst co-regulative Strategien und konsequentes Spiegeln.	Förderung der Selbstregulation: In der (amodalen) emotionalen Rückmeldung an das Kind dessen Tempo und Rhythmus aufgreifen und leicht nach unten modulieren. Die konkreten Handlungsmöglichkeiten des Kindes erweitern. Der Therapeut verfolgt die Aufmerksamkeitswege des Kindes genau und klinkt sich ein.
(3) Empathie: Einfühlen in die Lebensthemen und Lösungsstrategien des Kindes, aber auch in die Regulationsstrategien.	– Selbstrepräsentation des Kindes erkennen und ansprechen – Sich als erlebbares Gegenüber anbieten	
(4) Kongruenz: Es ist – zunehmend – bedeutsamer, als Modell für sich selber zu sorgen, Grenzen zu formulieren.	– Wachsamkeit für dahinterliegende sekundäre Probleme, z. B. Ängste. Der Freude am gemeinsamen Miteinander Raum und Ausdruck geben. Das Spiel aktiv mitgestalten, damit für das Kind intensive, direkte Erfahrungen im Hier und Jetzt mit anderen kreiert werden.	Momente gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit beachten und ausdehnen. Bezüge herstellen zwischen verschiedenen Aspekten und Abläufen (Prozesshaftigkeit der Welt) erklären und spiegeln Ursache-Wirkungs-Verständnis herstellen.
(5) Präsenz: Sich als erlebbares Gegenüber präsentieren.	Verbale Spiegelungen und Rückmeldungen über wahrgenommene und/oder vermutete innere Zustände beim Kind, aber auch modellhaft beim Therapeuten, weniger aufdeckend als beschreibend.	Auf das Kind bezogen eigene Spielideen einbringen; eigenes Erleben verbalisieren.
(6) Symbolisierung: Die Fähigkeit zur sprachlichen Benennung		
(7) Guiding: Aktive Anleitung zur Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung.	-Förderung der Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers, der eigenen Gefühle und des eigenen Verhaltens. Den Erlebensprozess des Kindes fokussieren.	Im Spielfluss Gefühle, Motive, Intentionen ... benennen, aber auch Verhaltensweisen nicht wertend beschreiben. Das Spiel kurz unterbrechen und dem Kind rückmelden, was es selber nicht wahrzunehmen scheint.

5.3. Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
In dieser Phase ist eine größere aktive Haltung des Therapeuten sinnvoll, gegebenenfalls auch ein konfrontativeres Auftreten.	<ul style="list-style-type: none"> – Es geht um den Transfer der Erfahrungen in der therapeutischen Situation auf die Lebenswirklichkeit (Gleichaltrige, Zusammenleben in der Familie, Schule, Verein). – Es geht um die Unterstützung der Wendung der Impulsivität zur Zielgerichtetheit. – Unterstützung der Einbindung in weitere Bezüge und des Aufbaus von neuen Hobbys und Interessen. – Unterstützung des Kindes beim Knüpfen von Sozialkontakten. – Es geht darum, die Selbstwahrnehmung zu überprüfen. Das Kind soll sich hinterfragen, ob das eigene Bild von sich selbst stimmt. – Unterstützung der Selbstakzeptanz, damit gegebenenfalls auch der Hilfe, mit ADHS-Symptomatik (anders sein, Wildheit) zu leben. 	<p>Anleitung dazu, das, was in der Therapie erfahren wurde, selbst zu übernehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Das Kind wird unterstützt, dass es diesen Transfer selber leisten kann (Ordnung im Zimmer, eigenständige Strukturierung von Zeit ...). – Konkrete Situationen besprechen, aktiv unterstützen und reflektieren. <p>Das Kind wird angeleitet, Strukturierungshilfen auszuprobieren, und eigene intrapsychische Ressourcen werden gesichert.</p> <p>Arbeiten mit dem HIER und JETZT: Es wird ein Transfer hergestellt zu Situationen, in denen es Parallelen gibt.</p> <p>Das Selbstbild, mit ADHS-Symptomen und vielen anderen Eigenschaften zu leben, reflektieren.</p>
Ablösung aus der Therapie aktiv begleiten.	<ul style="list-style-type: none"> – Trennung: Die Trennungserfahrung vom Therapeuten muss sehr sorgfältig und vorsichtig aufgrund der alten Bindungsunsicherheit des Kindes gestaltet werden, damit das Kind nicht das Gefühl hat, jetzt werde ich verlassen oder „der hat genug von mir“. 	<p>Das Therapieende rechtzeitig ankündigen und begründen.</p> <p>Den Abschied gemeinsam mit dem Kind gestalten und feiern.</p> <p>Angebot zur Nachsorge.</p>

5.4 Hinweise für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen, die eine ADHS-Symptomatik zeigen

Jugendliche, die sich mit einer ADHS-Symptomatik zur Psychotherapie vorstellen, haben in der Regel einerseits schon länger Erfahrungen mit den Symptomen und v. a. den Folgen; oft haben sie eine lange Kette von Misserfolgserlebnissen in der Schule hinter sich und haben Erfahrungen sozialer Ausgrenzung gemacht. Hinzu treten die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, sich von den Eltern zu lösen, sich in Peer-Bezüge zu integrieren, sich sicherer in der multioptionalen Welt zu orientieren und eine stabilere Identität aufzubauen – aufgrund der Symptomatik stellt die Bewältigung dieser Aufgaben für die betroffenen Jugendlichen eine besondere Herausforderung dar.

Die im Abschnitt 3.3 dargestellten grundlegenden Parameter der personenzentrierten Beziehungsgestaltung zwischen

Therapeut und Patient gelten auch für die Therapie mit Jugendlichen. Darüber hinaus ergeben sich altersbedingte Spezifika in der therapeutischen Arbeit:

Der Beziehungsaufbau benötigt – wie generell in allen Therapien mit Jugendlichen – in der Regel mehr Zeit, Geduld, Flexibilität und Authentizität: Jugendliche sind auf der Suche nach dem eigenen Weg und zunächst vorsichtiger im Kontakt zu Erwachsenen; daher ist dem Erproben von Nähe und Distanz, dem Aufbau von Vertrauen viel Zeit und Raum zu geben.

Die Betroffenen haben zumeist viele Misserfolgs- und Ausgrenzungserfahrungen gemacht, sind dadurch (tief) entmutigt und/oder versuchen durch spektakuläre Aktivitäten (z. B. Risikoverhalten, Gewalthandeln) Aufmerksamkeit zu erlangen bzw. Selbstwirksamkeit zu erleben. Es ist besonders wichtig, dies zu verstehen, zu akzeptieren und auch als Ressource wahrzunehmen. Zugleich ist es ganz bedeutsam, immer wieder auf

andere Ressourcen und (kleine) Erfolgserlebnisse des Jugendlichen hinzuweisen, diese aktiv hervorzuheben.

Jugendliche spielen seltener/weniger, das Medium ist mehr und mehr das Gespräch. Dabei unterscheiden sich die jugendlichen Patienten stark in ihrer Reflexionsfähigkeit und ihrem Reflexions- bzw. Selbstoffenbarungswillen. Dies gilt es einerseits auszuhalten, andererseits jedoch aktiver konkrete Situationen, das Erleben darin und die Handlungsmöglichkeiten zu besprechen.

Informationen über ADHS-Symptome, deren Entstehung und Auftreten ermöglichen es dem Jugendlichen, sich besser zu verstehen. Es kann hilfreich sein, mit ihm zusammen ein individuelles ADHS-Störungsmodell zu entwickeln, verbunden mit Aufgaben der Selbstbeobachtung (und der daran orientierten konkreten Entwicklung der Selbstreflexion).

Das potenzielle Leiden an der Symptomatik zeigt sich oft in Fragen der Alltagsbewältigung bzw. Alltagsorganisation: Vergessen von Dingen, mangelndes Zeitmanagement, sich schlecht konzentrieren/fokussieren können in Leistungssituationen, sich in Gruppensituationen unverstanden fühlen etc. Deshalb ist es hilfreich, in engster Absprache und mit Zustimmung des Jugendlichen an solchen konkreten Alltagssituationen zu arbeiten, sie zu analysieren, Handlungsalternativen zu entdecken und sie ggf. auch einzuüben. Konkrete Probleme und Aufgaben aus Schule und Umwelt werden besprochen, um dann daran mögliche allgemeine Strategien zu entdecken.

Hierbei kann auf (strukturierende) Methoden aus anderen Therapieschulen wie (Selbst)Beobachtungsbögen, Rollenspiel oder Selbstbelohnungssysteme zurückgegriffen werden, v. a. um ein verbessertes Selbstmanagement kleinschrittig aufzubauen.

Eine besondere Aufmerksamkeit sollte dem Umfeld der Gleichaltrigen gewidmet werden und hier möglichst ein offener, nicht-wertender Austausch aktiv gesucht werden. Weiterhin ist zu beachten, dass einige Jugendliche mit ADHS-Symptomatik mit zunehmendem Alter zu Formen der „Selbstmedikation“ über legalisierte (Alkohol, Zigaretten) oder nicht legalisierte (oft Cannabis als Einstieg) Drogen greifen – auch hier sollten keine Tabus aufgebaut und entsprechende Fragen im Gespräch aktiv seitens des Therapeuten angegangen werden.

6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Grundsätzlich gilt, den Bezugspersonen mit der gleichen wertschätzenden Grundhaltung zu begegnen, die auch den Kindern entgegengebracht wird (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2003). Es geht darum, dass die Bezugspersonen Verständnis für die Therapie entwickeln und das Kind in seinem therapeutischen Prozess und seinen Entwicklungsschritten unterstützen lernen. Gleichzeitig werden sie begleitet im eigenen Umgang mit ihrem Kind und der Auseinandersetzung mit der Symptomatik im Alltag.

6.1. Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Kontakt herstellen Vertrauen aufbauen	Festigen und Erläutern der Kontraktbildung und Besprechen der Rahmenbedingungen wie Schweigepflicht und Häufigkeit der Termine mit den Eltern.	Erläutern, dass der Therapeut nicht nur für das Kind da ist, sondern auch Ansprechpartner für die Eltern ist.
Wertschätzende Grundhaltung, zunächst geht es nur um die Eltern und ihr Erleben, erst dann um das Kind.	Beziehung zu den Eltern aufbauen. Von Schuldgefühlen entlasten, Ängste und Vorurteile abbauen.	Erfragen: Wie geht es den Eltern mit dem Kind? Haben sie Schuldgefühle? Was sind eigene Reaktionen auf das Verhalten des Kindes? Wo gibt es Konflikte?
Wahrnehmen der Befindlichkeit und eigenen Not der Eltern wie Erschöpfung, Ratlosigkeit ...	Den Eltern Gelegenheit geben, sich zu entfalten, ihre Sicht und Befindlichkeit darzustellen.	Wo gibt es schöne Momente? Wie geht es den Eltern mit Reaktionen von außen?
Den Eltern Raum geben, ihre eigene Bedürftigkeit einzugestehen bzw. Belastungen anzusprechen, z. B. eheliche Konflikte, die durch die kindliche Symptomatik entstehen.	Informationen sammeln über die Diagnostik hinaus. Sprechen über die Erfahrungen der Eltern mit dem medizinischen Bereich.	Ressourcen der Eltern achten. Eltern ermutigen, ohne unrealistische Hoffnungen zu schüren.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>Auf Fragen der Eltern eingehen.</p> <p>Sich selbst kontrollieren, aufmerksam sein auf die eigene Befindlichkeit, auf Gefühle gegenüber den Eltern („containen“, später nutzen).</p> <p>Mögliche Konkurrenz zwischen Eltern und Therapeut im Auge haben.</p>	<p>Bisherige Bewältigungsversuche erfragen.</p> <p>Erwartungen der Eltern an die Therapie abfragen und ernst nehmen.</p> <p>Sorgsame Nachbereitung und Protokollierung, ggf. Supervision.</p>	<p>Informieren über die Technik und Wirksamkeit der Therapie.</p>

6.2. Mittlere Therapiephase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>Kontakt intensivieren.</p> <p>Am Verstehen des Kindes arbeiten.</p> <p>Geschwister in den Blick nehmen.</p> <p>Wenn die Eltern selbst eine ADHS-Symptomatik haben, auf diese eingehen.</p> <p>Auf Bedürfnisse der Eltern eingehen.</p> <p>Übertragung/Gegenübertragung</p>	<p>Aus dem Verständnis für das Kind heraus Anleitung, das Kind zu unterstützen, sich zu strukturieren.</p> <p>Was bedeutet die ADHS-Symptomatik für die Geschwister und ihre Beziehungen untereinander? Verständnis der Dynamik im familiären System.</p> <p>Aus der eigenen Erfahrung abgeleitetes Verständnis für das Kind, aber auch Reflektieren der eigenen unruhigen, unstrukturierten, unaufmerksamen Wirkung auf das Kind.</p> <p>z. B. Unterstützen in der Verbesserung der Kooperation mit der Schule. Ermutigen der Eltern. Offenes, aber vorsichtiges Ansprechen von eigenen dysfunktionalen Verhaltensweisen bzw. Erarbeiten funktionaler Verhaltensweisen. Erhöhen des elterlichen Erlebens von Selbstwirksamkeit in Verbindung mit dem Kind.</p> <p>Offeneres Ansprechen der Gefühle, die die Eltern beim Therapeuten auslösen, Arbeiten am HIER und JETZT.</p>	<p>Immer wieder die Sicht des Kindes einbringen, die Eltern dazu anleiten, diese auch einzunehmen.</p> <p>Verständnis für die elterliche Biografie und die daraus entstandenen Beziehungsmuster.</p> <p>Ggf. neue Handlungsmöglichkeiten suchen; zu klarem, konsistentem Erziehungsverhalten anleiten, erproben und reflektieren.</p> <p>Mikroanalyse von spezifischen Situationen, der Therapeut bringt dabei die Empathie für das Kind mit ein.</p> <p>Fokussieren auf eine spezifische Situation (z. B. Aufstehen, Anziehen, Hausaufgaben), bei diesem Thema über einen längeren Zeitraum bleiben (z. B. 4 Wochen), konkrete Strukturierungshilfe.</p> <p>Hilfe dabei, die Ressourcen des Kindes zu sehen, z. B. Kreativität, schnelle Reaktionsfähigkeit, Gerechtigkeitssinn, Tierliebe ...</p>

6.3. Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Unterstützen in gelingendem Zusammenleben.	Transfer herstellen. Ggf. anderen Umgang mit dem Kind erarbeiten i. S. von neuen Handlungsmöglichkeiten, positiven Kontakt herstellen und halten. Auszeiten für sich selbst und als Paar schaffen. Ermutigung zur und ggf. Unterstützung in der Zusammenarbeit mit anderen Bezugspersonen des Kindes. Ermutigung, weitere Hilfen anzunehmen. Auseinandersetzung mit dem So-Sein des Kindes.	Verstärkt besprechen und gestalten. Anleitung geben und einüben, gemeinsam reflektieren. Was können wir Eltern dafür tun? Die Eltern dazu anregen, das Kind dabei zu unterstützen, sein eigenes Hobby zu finden.
Abschied	Reflektieren der Entwicklungsschritte des Kindes und der Eltern. Vertrauen in die positive Entwicklung des Kindes stärken. Auch mit den Eltern den Abschied gestalten.	Akzeptieren von Besonderheiten bzw. evtl. Restsymptomatik. Angebot der Nachsorge.

7. Abschließende Bemerkungen

Um die personenzentrierte Behandlung eines Kindes mit ADHS-Symptomatik mit einer erfolgreichen und nachhaltigen Verbesserung im Befinden und Verhalten des Kindes beenden zu können, bedarf es zweier weiterer Bedingungen, die bereits erwähnt, aber noch nicht ausführlich dargestellt wurden.

Die Therapie muss ausreichend viele Behandlungsstunden und eine ausreichend lange Zeitdauer haben. Als ganzheitlich orientierter Ansatz zielt die Personenzentrierte Psychotherapie auf das gesamte komplexe Geschehen, welches zu dem Störungsbild geführt hat. Auf der intrapsychischen Ebene sind Veränderungen im emotionalen, motivationalen und kognitiven Bereich erforderlich. Im interpersonalen Bereich wird das Kind mit einer ADHS-Symptomatik trotz eigener Veränderungsprozesse lange mit eingefahrenen Sicht- und Reaktionsweisen seiner Umgebung konfrontiert sein. Zudem wird sich das Kind in der Regel durch die Behandlung nicht genau so verändern, wie sich das seine Bezugspersonen (Eltern, Freunde, Lehrer) wünschen.

Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass oft bereits nach einer Kurzzeittherapie von 25 Behandlungsstunden erste Veränderungen eintreten. Diese sind jedoch noch nicht dauerhaft. Als durchschnittlicher Richtwert kann eine erforderliche Behandlungsdauer von 100 Stunden für das Kind plus 25 Gespräche mit den Bezugspersonen gelten. Je nach Schwere der

Symptomatik und Verlauf der Behandlung kann dieser Wert jedoch beträchtlich überschritten werden.

Nicht nur für das Kind und seine Bezugspersonen ist es wichtig, sich auf einen langen Behandlungsprozess einzustellen, sondern auch für den Therapeuten. So kann er nicht nur von Anfang an dem Veränderungsdruck aus dem Elternhaus und/oder der Schule besser begegnen, sondern nimmt sich auch selber den Druck, schnelle Veränderungen erreichen zu müssen.

Die Therapie muss Spaß machen. Die ADHS-Symptomatik ist innerpsychisch tief verwurzelt; dies zeigt sich auch in neurophysiologischen Korrelaten (Hüther & Bonney, 2002). Bessere Wahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit, Steuerung der Aufmerksamkeit, Regulierung von Affekten und Erregungszuständen sowie die bewusste Kontrolle über das eigene Verhalten können nur erreicht werden, wenn kontinuierlich eine Vielzahl korrekter Erfahrungen gemacht werden können und dadurch die beteiligten Hirnareale aktiviert, umstrukturiert und besser vernetzt werden. Um eine positive Entwicklung einzuleiten, braucht das Kind mit einer ADHS-Symptomatik Umgebungsbedingungen und Erfahrungen, die diesen Umbau fördern. In der selbstbestimmten Atmosphäre der Personenzentrierten Psychotherapie beginnen Kinder – motiviert von ihrer Aktualisierungstendenz – von sich aus, sich solche Erfahrungen zu gestalten. Wenn diese für das Kind dann auch noch bedeutsam sind und es sich für sie begeistern kann, wird die Hirnentwicklung zusätzlich gefördert. Denn wenn dem Kind die Lösung eines

Problems oder die Bewältigung einer Herausforderung Spaß macht, wird es selbstorganisiert und motiviert an dem eigenen Entwicklungsprozess weiterarbeiten. Gehört zu diesen Erfahrungsparametern auch die enge Bezogenheit und die geteilte Aufmerksamkeit, wie sie in der Personzentrierten Psychotherapie realisiert werden, so werden sich dadurch auch die Fähigkeiten des Kindes zur Herstellung von Bezogenheit und zur Lenkung seiner Aufmerksamkeit verbessern.

Dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Spaß in der Kinderpsychotherapie und Therapieerfolg gibt, hat bereits in den siebziger Jahren Schmidtchen (1974) empirisch nachgewiesen. Der „Spaßfaktor“ in der personzentrierten Behandlung von Kindern mit ADHS-Symptomatik dient also weniger dazu, die Kinder zur Compliance zu bewegen, sondern ist ein konstitutiver Faktor auf dem Weg zu einem nachhaltigen Therapieerfolg.

Literatur

- Barmer GEK (Hrsg.) (2013). *Barmer GEK Arztreport 2013. Auswertungen zu Daten bis 2011. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Becker, K., Abraham, A., Kindler, J., Helmeke, C. & Braun, K. (2007). Exposure to Neonatal Separation Stress alters Exploratory Behavior and Corticotropin Releasing Factor (CRF) Expression in Neurons in the Amygdala and Hippocampus. *Developmental Neurobiology*, 67, 617–629.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2014). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 56–63). Wien: Facultas.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater (2013). *Stellungnahme zum Barmer-BEK-Report*. <http://www.dgkjp.de/aktuelles/stellungnahmen/162-stellungnahme-zum-barmer-gek-arztreport-2013-ueber-die-haeufigkeit-von-diagnosen-einer-hyperkinetischen-stoerung-und-der-verordnung-von-medikamenten-zu-ihrer-behandlung> [letzter Zugriff: 24. 1. 2015].
- Bock, J. & Braun, K. (2006). Der Einfluss frühkindlicher emotionaler Erfahrungen auf die Gehirnentwicklung. In S. Zabransky (Hrsg.), *SGA-Syndrom Intrauterine Wachstumshemmung: Risiken für die Entwicklung des Nervensystems*. Saarbrücken: Conte.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2007). A Test of the Differential Susceptibility Hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 124–131.
- Braun, A. K., Bock, J., Gruss, M., Helmeke, C., Ovtsharoff jr, W., Schnabel, R., Ziabreva, I. & Poeggel, G. (2002). Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte* (S. 121–128). Stuttgart: Schattauer.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2004). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*, 2, 29–44.
- Bruchmüller, K. & Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut*, 57(1), 77–89.
- Bundesärztekammer (2006). *Stellungnahme zur ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)‘ – Langfassung*. Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3165> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008). *GEK-Report 15. 10. 2008: Keine leitliniengerechte Behandlung von ADHS*. <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/gek-report.html> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Carey, W. B. (2009). Der Umgang mit dem kindlichen Temperament. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 76–90). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und Psychotherapie* (4. vollständig überarb. und erw. Aufl., S. 151–186). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl G. & Steinhausen H.-C. (2006). *KIDS1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M. (2008). *Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fonagy, P. & Target, M., (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In A. Streek-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz, Bindung, Destruktivität* (S. 105–135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. (2009). Bindung, Trauma und Psychoanalyse – wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 40–61). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 3* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K., von Zülow, C., Kunert, H. & Germer, L. (2009). *Mädchengewalt in Freiburg. Eine Bestandsaufnahme. Forschungsbericht. ZfKJ an der Evangelischen Hochschule Freiburg*. Online unter: <http://www.zfkj.de/index.php/de/forschungsprojekte/verhaltensauffaelligkeiten-bei-kindern-und-jugendlichen/104-professionsentwicklung.html> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke, & M. Schwarz (Hrsg.), *Ich sehe was, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 25–38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2014). Kinder mit ADHS-Symptomen. Betrachtungen aus einer integrierenden entwicklungspsychologischen Perspektive. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 134–142). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2014). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 113–125). Wien: Facultas.
- Fußner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & von Zülow, C. (2014). Angststörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 64–82). Wien: Facultas.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe.
- Gebhardt, B., Finne, E., Rhaden, O. & Kolip, P. (2008). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungen und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK*. Schwäbisch Gmünd: GEK (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 65).
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2006). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heinerth, K. (2002). Verzerrte und versperrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Isele, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmidt & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation* (S. 145–179). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (2007). Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes* (S. 269–285). Wien: Facultas.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2014). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 143–154). Wien: Facultas.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2002). *Neues vom Zappelphilipp. ADS: Vorbeugen, Verstehen und Behandeln*. Düsseldorf, Zürich: Walther.
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 222–237). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. 2* (S. 225–252). Göttingen: Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder – Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2014). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 86–99). Wien: Facultas.
- Karch, D., Albers, L., Renner, G., Lichtenauer, N. & von Kries, R. (2013). Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter. Eine Metaanalyse. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (39), 643–653.
- Kemper, F. (2002). Personenzentrierte Familien-Spieltherapie – Am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. 2* (S. 71–134). Göttingen: Hogrefe.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 97–108.
- Lehmkuhl, G. (2009). Entwicklungsrisiken und ihre Folgen. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 62–69). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Lindström, J. A. (2012). Why Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Not a True Medical Syndrome. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 14 (1), 61–73.
- Overmeyer, S., Taylor, E., Blanz, B. & Schmidt, M. H. (1999). Psychosocial Adversities Underestimated in Hyperkinetic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (2), 259–263.
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004) (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern- und Kindbeziehung*. Bern, Göttingen: Huber.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft, Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Quaschner, K. & Theisen, F. N. (2005). Hyperkinetische Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (4. überarb. und ern. Aufl., S. 156–164). Stuttgart: Thieme.
- Richards, L. M.-E. (2012). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. Online veröffentlicht am 26. Oktober 2012. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. DOI: 10.1177/1359104512458228.
- Rogers, C. R. (1959/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GWG-Verlag. [Orig. erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill].
- Roy, M. (2012). Was wir heute wissen: Ätiopathogenese und Neurobiologie der ADHS. In M. D. Ohlmeier & Roy, M. (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene* (S. 22–35). Stuttgart: Kohlhammer, 2012
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schlack, R., Mauz, E., Hebebrand, J. & Hölling, H. [KiGGS Study Group] (2014). Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt* 57 (7), 820–828.
- Schmeck, K. (2003). Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung* (S. 157–174). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003). ADS/ADHS und Familie – Die Bedeutung familiärer Faktoren für die Symptomenese. *Persönlichkeitsstörungen*, H. 7, 95–104.
- Stadler, C., Holtmann, M., Claus, D., Büttner, G., Berger, N., Maier, J., Poustka, F. & Schmeck, K. (2006). Familiäre Muster bei Störungen von

- Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55. Jg., H. 5, S. 328–349.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauss, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.) (2002). *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglect“ bei der Aufmerksamkeits-Defizit- und -Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 2006/2, 80–90.
- Streeck-Fischer, A. (2009). ADHS aus empirischer und klinischer Perspektive. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 118–125). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Stumm, G., Wiltchko, J. & Keil, W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personenzentrierten und focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Thomas, A. & Chess, S. (1989). Temperament and Personality. In G. A. Kohlstrom, J. A. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in Childhood* (pp. 249–261). New York: Wiley.
- Wankerl, B., Hauser, J., Makulska-Gertruda, E., Reißmann, A., Sontag, T. A., Tucha, O., Lange, K. W. (2014). Neurobiologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 82 (1), 9–29.
- Zimmer, R. (2008). *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern* (10. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Zimmer, R. (Hrsg.) (2010). *Bewegung, Körpererfahrung & Gesundheit*. Berlin: Cornelsen Scriptor.