



ADHS und andere psychische Störungen bei Schülern Wie können Pädagogen, Eltern und Therapeuten helfen ?

Varenholz September 2014

DR. MED. HELMUT BONNEY

KINDER- UND JUGENDARZT

FACHARZT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE
FACHARZT FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN / PSYCHOSOMATIK

SYSTEMISCHES SEMINAR HEIDELBERG

HANS-BÖCKLER-STR. 3
69115 HEIDELBERG
WWW.SYSHD.DE

Übersicht

1. **Historisches: Die Entdeckung der störbaren Aufmerksamkeit und ihre kulturelle Bewertung**
2. **Jugendliche und Erwachsene in ADHS-Konstellationen:
Aus Studien zur Wirksamkeit der Arzneibehandlung 1999 -2012**
3. **Sind die Gehirne bei ADHS anders?
Ergebnisse der neurobiologischen Untersuchungen**
4. **Ein Jugendlicher in ADHS-Konstellation:**
Jonas, 19 Jahre, steht vor dem Abitur, nachdem er mit 13 Jahren seine Heimentlassung und das Ende der MPH-Behandlung „erzwungen“ hat.
5. **Ein junger Erwachsener „entkommt“ dem „Psychose-Label“:**
Karl, 21 Jahre, „beginnt“ seine Identität.
6. **Eine Gymnasiastin „mit Borderline“ schafft ihre schulische Integration**
Mittels „Familientherapie ohne Familie“ lernt Anna, 17 Jahre, ihre Abgrenzung vom seelischen Raum anderer.
7. **Folgerungen und Therapiewege**
 - 7.1. Hilfen bei ADHS-Konstellationen
 - 7.2. Was für Karl („Psychose“) nützlich war
 - 7.3. „Geh Du doch zu deinem Psychiater!“, Familientherapie ohne Familie



1. Historisches:

Die Entdeckung der störbaren Aufmerksamkeit und ihre kulturelle Bewertung



Aufmerksamkeit und Achtsamkeit im kulturellen

Kontext

1874

Postulat des vorderen Aufmerksamkeitszentrums durch Wundt
Aufmerksamkeit = Wille

1902:

Erstbeschreibung der Trias: ADS, Hyperkinese und Impulsivität durch Still

Frühes 20.Jhd.

Uhrzeit wird Organisator des öffentlichen Lebens

1937 / 1943:

Benzedrin / Synthese von „Ritalin“

ca. 1950:

Einführung des Subjektes in die Medizin (v. Weizsäcker; v. Uexküll)

1983

„Die Entdeckung der Langsamkeit“ (St. Nadolny)

1994:

ADHS im DSM-IV als Nachfolge des MCD-Konstrukts

2002:

„Die Ritalin – Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krank geschrieben.“ „rapid fire culture“ nach Richard DeGrandpre

Seit 1870

Die Psychophysik entdeckt die Gesetze der Wahrnehmung (u.a. Fechner)

Um 1870

Orientierung an den Aufmerksamkeitsleistungen ersetzt das Kantsche „Apriori“

Seit 1850:

Verortung der Wahrnehmung in das Subjekt vorher: Ursache der Wahrnehmung liegt im Objekt

Bis Anfang des 19. Jhd.:

Die „Apriori“ - Kategorien Kants als Schutz vor „Untergang im Gewühle der Sinneserscheinungen“ (J. Cray, 2001)

J. W. Goethe, Faust,

1808:

„Werd´ ich zum Augenblicke sagen:
Verweile doch! Du bist so schön!
Dann magst Du mich in Fesseln schlagen.
Dann will ich gern zugrunde gehen!“

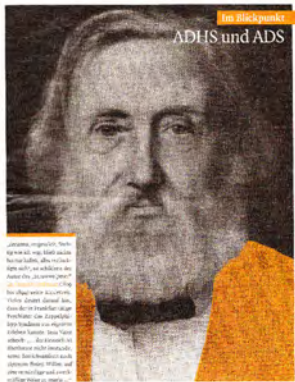
Seit 1850:

Konzepte der (störbaren)
Aufmerksamkeit

Seit Anfang des 20. Jhd.:

Konzepte der
Achtsamkeit

**Hoffnung und Hypothese:
Aufmerksamkeit wächst mit Achtsamkeit**



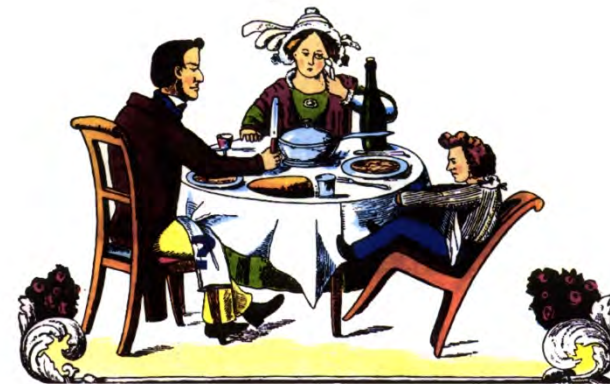
Der Autor des „Struwwelpeter“, Dr. Heinrich Hoffmann (1809 bis 1894) schilderte seine Kinderzeit:

„Zerstreut, vergesslich, flüchtig wie ich war, blieb nichts bei mir haften, alles verflüchtigte sich...“

Sein Vater schrieb:

„...der Heinrich ist überhaupt nicht imstande, seine Betriebsamkeit nach eigenem freien Willen auf eine vernünftige und zweckmäßige Weise zu regeln...“

Vieles deutet darauf hin, dass der in Frankfurt tätige Psychiater das Zappelphilipp-Syndrom aus eigenem Erleben kannte.



„Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ Der „Zappelphilipp“ von Heinrich Hoffmann (1845) ist sicher die berühmteste Darstellung eines hyperaktiven Kindes. (© Copyright 2000 Mittelhaue Verlag GmbH für Siebert Verlag, München.)

Historisches

1902: Der englische Kinderarzt Still entdeckt und beschreibt einen Verhaltenskomplex, bestehend aus:

**verminderter Aufmerksamkeitsleistung,
mangelnder Impulskontrolle und
gesteigerter motorischer Aktivität**

später

infolge der Miterkrankung (Entzündung) des Gehirns bei einer bestimmten rheumatologischen Erkrankung im Kindesalter

→ **MCD (I): Minimal cerebral damage**
(Annahme einer geringfügigen Hirnschädigung)

→ **MCD (II): Minimal cerebral dysfunction**
(Annahme geringfügiger Störungen zentralnervöser Funktionen)

1985: Ende des MCD – Konzeptes

Zitate aus J. Crary: „Aufmerksamkeit –
Wahrnehmung und moderne Kultur (2002)



Soziologie: Nordau, 1892:

„Gesittung und die Herrschaft über die Naturkräfte ist einzig das Ergebnis der Aufmerksamkeit.“

Psychologie: Ribot .1898:

„Prostituierte, Südamerikaner, Vagabunden und Kinder leiden an Störungen der Aufmerksamkeit.“

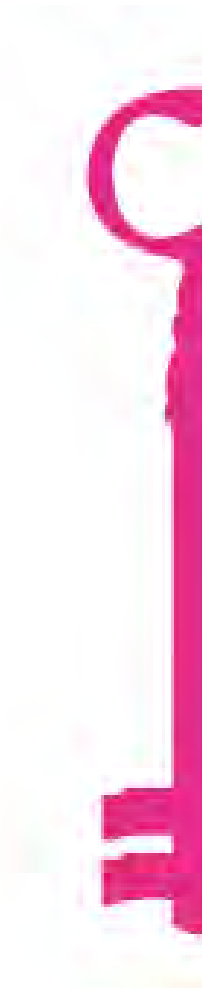
Zitat aus „Nature“ , Vol 456, 11, Dec 2008:

E. Sahakian et al.:

Arzneimittel wie z.B. Ritalin verbessern die Funktionen der vorderen Hirnabschnitte bei Patienten und den meisten gesunden Menschen.

Ihre Fähigkeit zur Versammlung der Aufmerksamkeit steigt, der Umgang mit Informationen im Arbeitsgedächtnis steigt, sie kontrollieren ihre Reaktionen besser.

„...these drugs [Ritalin®, Adderall®] increase executive functions **in patients and most healthy normal people**, improving their abilities to focus their attention, manipulate information in working memory and flexibly control their responses.“



2.

Aus Studien zur Wirksamkeit der Arzneibehandlung 1999 -2012

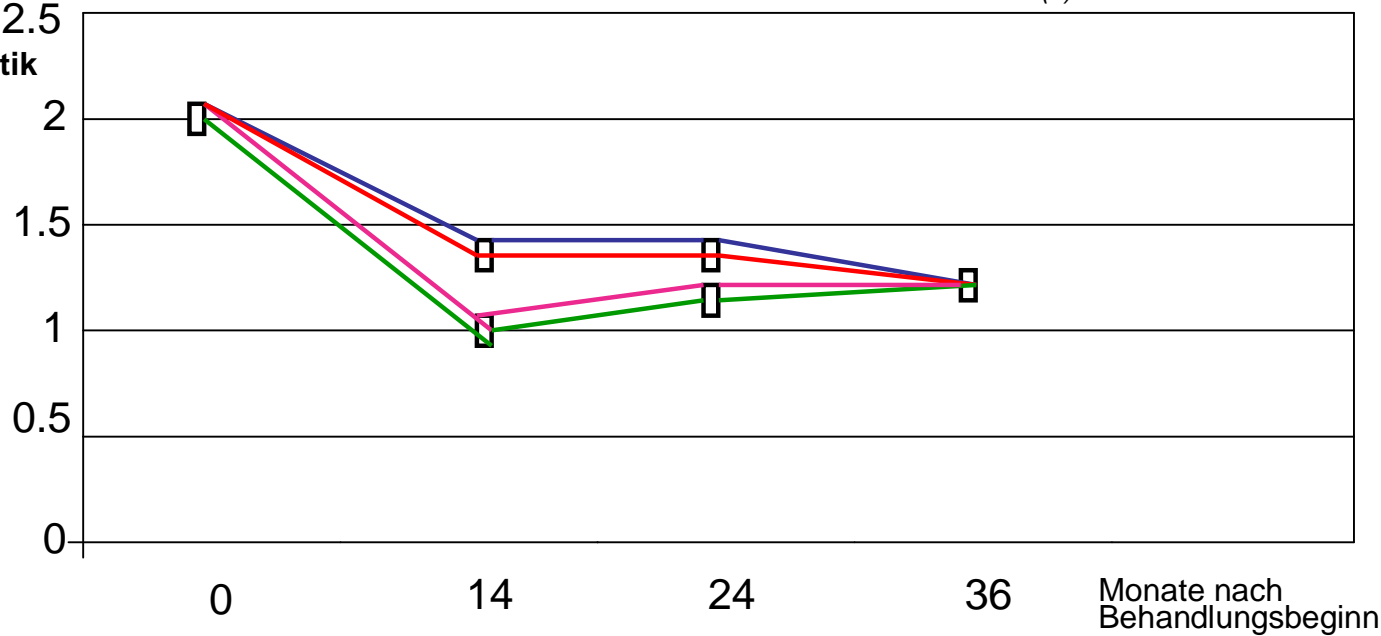
Die MTA-Folgestudien nach 3 und 8 Jahren
und die Berner ADHS-Adult-Studie 2012



MTA-Studie (1999) und Follow-Up-Studien nach 24 und 36 Monaten

Jensen et al. 2007: 3-year follow-up of the NIMH MTA Study. *JAA of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (8): 989-1002

Graduelle Ausprägung der Symptomatik



- **Medikation + Verhaltenstherapie**
- **Medikation**
- **Verhaltenstherapie**
- **„Community Care“**

Aus den Schlussfolgerungen der Follow-up-Studie nach 8 Jahren*:

- ADHS-Diagnoserate der MTA-Stichprobe nach 8 Jahren im Jugendalter: 30,2 %
- Arzneibehandlung zum Untersuchungszeitpunkt erfolgte in 32,5 % der Fälle
- Die initiale Ausprägung des klinischen Bildes bestimmt den Verlauf mehr als die Behandlungsmethode

W. E. Pelham (MTA-Group):

***„If you put an child on medication, he or she is far better right at that time.
The question for parents is: Is this going to make a benefit for my child long
term?***

The answer is no.“

**→ Daher zu fordern: Nicht-pharmakologische Behandlungen
unter Einbeziehung von Familie und Schule**

* The MTA at 8 Years (2009): J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48(5) 484-500)

Berner Studie

Tschacher und Feuz, 2012

Stichprobe: 518 Klinische Gruppe / 43 Kontrollen

Diagnostik: Wender-Utah und Adult-Self-Report-Scale 140 Pat.: Testbatterie exekutive Funktionen

Folgerungen:

1. ADHS-Symptomatik findet sich in allen klinischen Subgruppen
2. Testverfahren ungeeignet für die ADHS-Diagnostik
3. ADHS ist lt. statistischer Analyse nicht als neue Krankheitskategorie aufzufassen
4. ADHS ist als psychopathologisches Muster aufzufassen: Persönlichkeitsstil
5. MPH (z.B. Ritalin) ist kurzfristig wirksam; Langzeitwirkung ist nicht nachzuweisen

3.

Sind die Gehirne bei ADHS anders? Ergebnisse der neurobiologischen Untersuchungen

Statische und dynamische neurobiologische Positionen
/ Neuroplastizität

Einige Hirnteile bei ADHS und gesunden Personen

Neuroanatomische Korrelate der Aufmerksamkeit

Gehirn / Hirnregion	+ Befunde (36)	- Befunde (31)
Hirnvolumen	5	5
Balken	11	5
Stirnhirn	11	5
Temporallappen	3	5
Parietallappen	2	2
Mandelkern	0	2
Hippocampus	0	2
Nucleus caudatus	4	5

(MRI-Befunde bei ADHS und Vergleichsprobanden, Hüther 2006)

Neuroplastizität: Die dynamische Perspektive

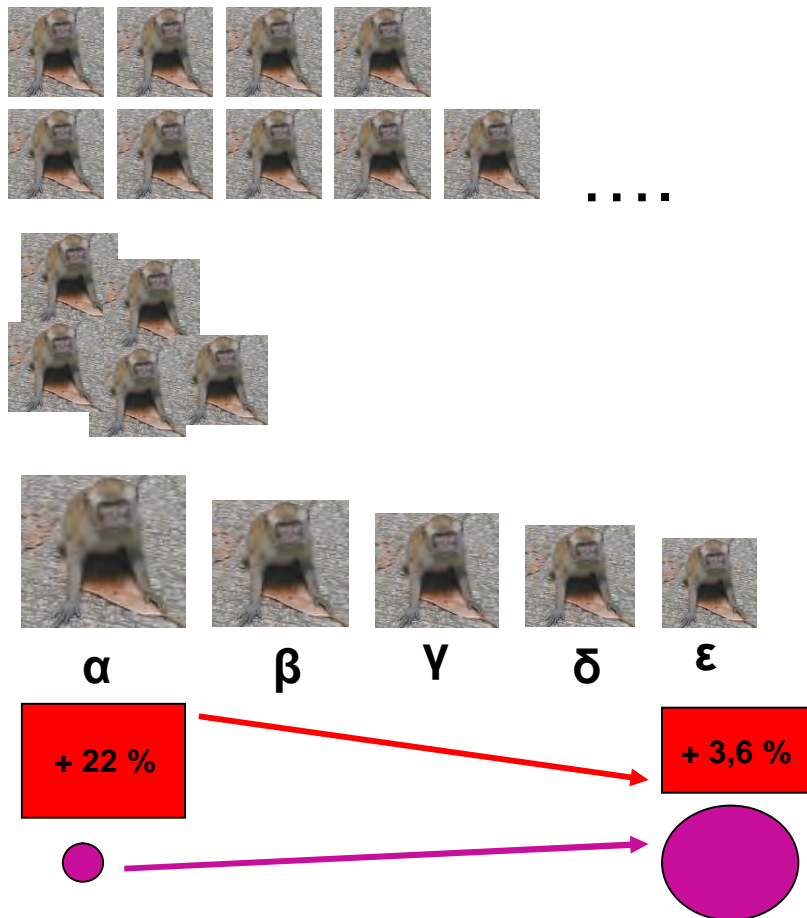
- Neustrukturierung des Gehirns
- Umbau der Vernetzung der Nervenzellverbände
- Neubildung von Nervenzellen

infolge der lebenslangen Wirkung von
Entwicklung,
Erfahrung,
Lernen,
Stimulation,
Umweltbedingungen



Erfahrungsabhängigkeit der Ausprägung des DOPA-Systems

nach D.Morgan et al.: Social Dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. Nature Neuroscience 2002; 5:169-74



Phase 1

20 Affen werden für 18 Monate isoliert aufgezogen. Dann Messung der Aktivität des DOPA-Systems

Phase 2

Je 5 Affen kommen in eine „Wohngemeinschaft“

Phase 3

Nach 3 Monaten Ausprägung der sozialen Hierarchie. Messung der **Aktivität des DOPA-Systems** und der **Kokain - Aufnahme**

Statische Perspektive

Dynamische Perspektive

Neurobiologische ADHS-Kinder

Hypothesen „haben“ ...

....genetisch vermittelten
Dopaminmangel durch
Überschuss von DOPA-
Transporteiweißen

...ein erfahrungsabhängig
„anderes“ Gehirn mit übermäßig
ausgeprägtes dopaminerges
System als Wirkung der
Neuroplastizität

Methylphenidat und andere
Stimulanzen gleichen den
Dopa-Mangel aus
(durch Konkurrenz um
Bindung an das DOPA-
Transporteiweiß)

Methylphenidat reguliert die
Dopa-Freisetzung in den
synaptischen Spalt und
unterdrückt durch terminalen
Autorezeptor die
Erregungsfortleitung

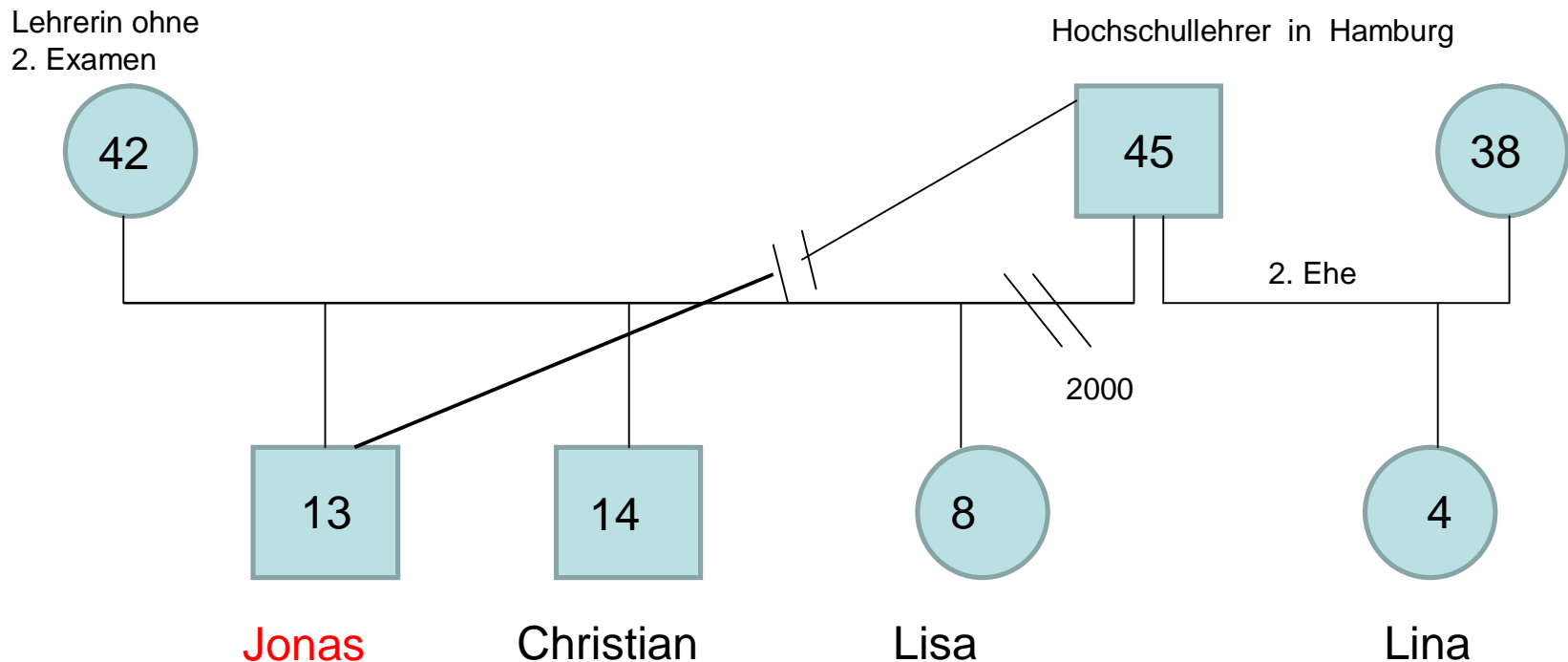
Ein Jugendlicher in ADHS-Konstellation: Jonas, 19 Jahre, steht vor dem Abitur...



Fallvignette Jonas, 19 Jahre (I)

Überwindung von Heimkarriere und Bewältigung des chronischen Entwertungs durch den Vater

Genogramm 2006



Fallvignette Jonas, 19 Jahre

Jonas, Heimkind mit ADHS seit 6 Jahren, darf wegen akuter Thrombozytopenie keine MPH-Behandlung mehr erhalten, weshalb das Heim ihn nach Hause (zur Mutter) entlässt.

Jonas, der als grenzwertig begabt gilt, will auf keinen Fall mehr Arznei einnehmen und soll mit meiner Hilfe in die Familie der Mutter integriert werden.

Der Vater gibt keine Zustimmung. Eine therapeutische Kooperation mit ihm ist nicht zu erreichen. Das Familiengericht erteilt der Mutter die Gesundheitsfürsorge. Der Vater wird zur Kostenübernahme verurteilt.

Jonas schafft sich zunächst eine PC-Ersatzwelt und erlebt sich dort als „siegreich“. Als „Skater“ scheut er kein Risiko, erträgt alle Verletzungen. Im Verlauf der Behandlung lernen er seine Wut auf alle Erwachsenen (incl. der Lehrer) zu beherrschen, entdeckt seine gut intellektuelle Kompetenz. Seine Verletzungshäufigkeit sistiert.

Der Vater bleibt bei seiner Ablehnung des ältesten Sohnes, kann ihm weiterhin keine Anerkennung zollen und entwertet fortgesetzt die Mutter, die er als die eigentlich zu Behandelnde klassifiziert.

Jonas öffnet sich sozialen Kontakten, bewältigt Autoritätskrisen mit den Lehrern, hat sich nach 5 Jahren Behandlung aus der therapeutischen Bindung gelöst, steht jetzt vor dem Abitur.

**Ein junger Erwachsener „entkommt“ dem
„Psychose-Label“:
Karl, 21 Jahre, „beginnt“ seine Identität.**

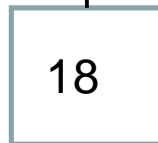
Genogramm 2010

Informatiker
vollbeschäftigt

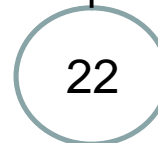


EHE 1985

Informatikerin
vollbeschäftigt



Karl



Sonja, Stud. Soz. Arbeit,
hat Elternhaus verlassen

Fallvignette Karl, 22 J.

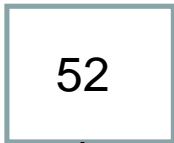
- Karl zeigt als Kleinkind eine schwer Sprachentwicklungsverzögerung: „Deuten statt Reden“
- K. wird mit Logopädie und neurophysiologischer KG behandelt
- K. geht zuerst in eine Vorklasse, besucht dann in die Sprachheilschule
- Angesichts guter Begabung Beschulung in 300 km entferntes Sprachheilinternat
- Nach Realschulabschluss stationäres BVJ
- Beginn einer beruflichen Bildungsmaßnahme in stationärem Rahmen bei Verlust der früheren Bezugsgruppe
- Wegen „gezeigtem“ Suizidversuch stationäre psychiatrische Aufenthalte, Psychose-Diagnose
- Beendigung der stationären Bildungsmaßnahme und Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung
- Nach 1 ½ Jahren des „Nichts“ Aufnahme einer gelingenden Berufsausbildung im ambulanten Kontext und Fortführung der Therapie
- Nach therapeutisch begleiteten „Akzeptieren“ des innerfamiliären „Nichts“ Ende des „Psychose-Labels“ und begonnene Integration in ein Wohnheim

Eine Gymnasiastin „mit Borderline“ schafft ihre schulische Integration

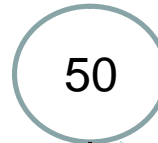
Mittels „Familientherapie ohne Familie“ lernt Anna, 17 Jahre,
ihre Abgrenzung vom seelischen Raum anderer.

Genogramm 2004

„gescheiterter“ Akademiker,
alkoholkrank

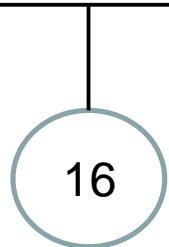


Habil. Wissenschaftlerin

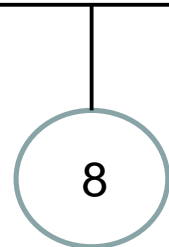


Verschiedene
ernste Lieben

Trennung vor 10 Jahren,
Mutter aus materiellen
Gründen Angst vor def.
Trennung



Sophie



Anna

Fallvignette Anna, 17 J.

- Mit 8 Jahren wegen Suiziddrohung amb. kinderpsychiatrische Vorstellung
- Mit 15 Jahren Schulverweis wegen krimineller Handlung; subjektiv: „Mobbing“
- Zugleich erneut massive Suiziddrohung und schwere physische Misshandlung der Mutter „Geh´du doch zum Psychiater!“
- **Aggressiv und ängstlich getönte Annahmen bezügl. der seelischen Motive der Mutter:** „Du hasst mich! Bist egoistisch! Hast nur deine Sachen Im Kopf!“
- Beginn der „Familientherapie ohne Familie“ mit der Mutter, der jede Abgrenzung von der Tochter ängstlich vermeidet (Vater lässt sich nicht einbinden, agiert aber im Hintergrund) Mutter entdeckt ihren eigenen persönlichen (nicht beruflichen) Mangel an Identität.
- Anna will längeren Auslandsaufenthalt , tyrannisiert die Mutter mit endlosen Telefonaten, weiter schwere physische Attacken anlässlich Besuchen zu Hause.
- Mutter kontinuierlich in Therapie, findet zunehmend Identität, schafft aber die Abgrenzung von Anna kaum.
- Mutter „entsetzt“, als der Therapeut die 17j. Anna per E-Mail auf die Strafbarkeit ihrer Handlungen (Mißhandlungen) hinweist.
- Nach Auslandsaufenthalt gelungene Abgrenzung von der Mutter und Integration in die Schule ohne Klagen über „Mobbing“. Gutes Abitur 2014 und Entwicklung beruflicher Perspektive.

Folgerungen und Therapiewege

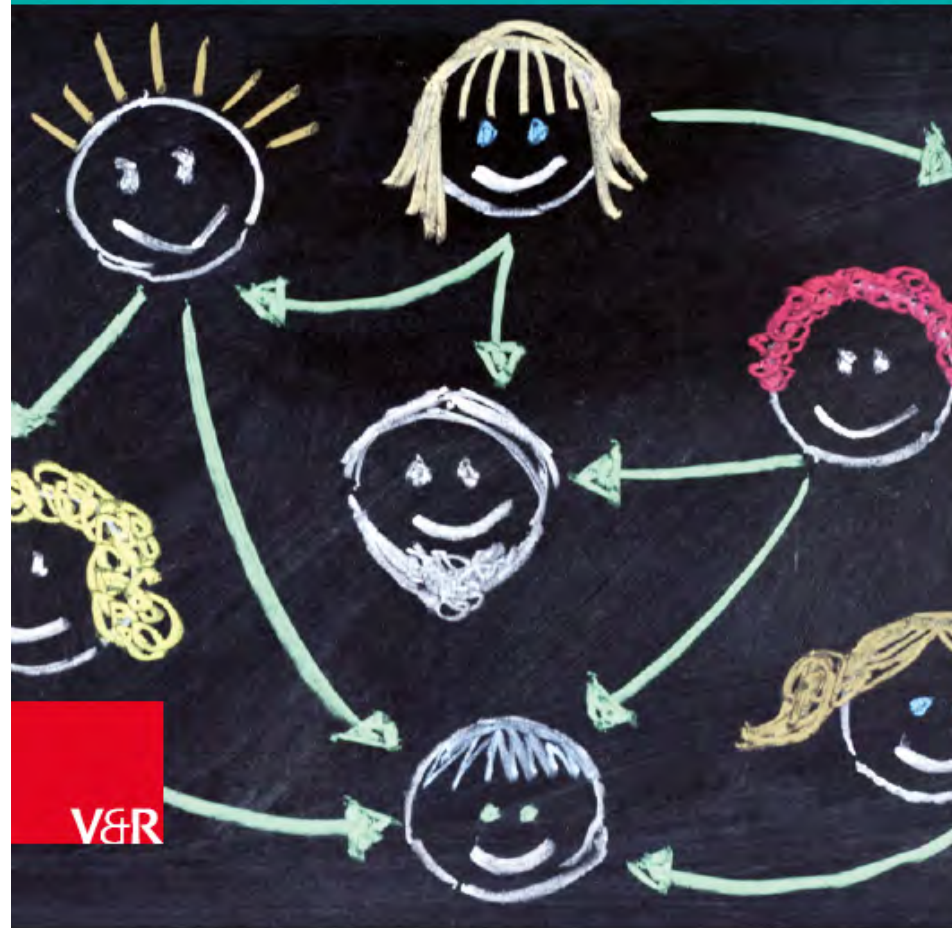


Was haben die Fallgeschichten gemeinsam?

Die vorgetragenen Fälle sind durch Besonderheiten der Familiendynamik gekennzeichnet.

1. Die Beziehungen zwischen den Jugendlichen und ihren Vätern imponieren durch Distanz und Aspekten der erfahrenen Entwertung.
2. Die Väter waren nicht (oder zögerlich) zur Mitwirkung bei der Therapie zu gewinnen.
3. In allen Fällen bestanden Minderungen der Schulleistungen.
4. In allen Fällen gelangten die Jugendlichen zur Differenzierung ihres Affekterlebens und zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien gegenüber als belastend erlebten inneren Zuständen und sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familien.
5. Die schulischen Ergebnisse und die soziale Integration gestalteten sich im Verlauf der Therapie unter der Arbeit am runden Tisch mit den Familien, Lehrern und zufriedenstellend.

Schulversagen - Familien, Lehrer, Berater am runden Tisch



Multimodale systemische Therapie bei ADHS-Konstellationen



Verhalten, das zur ADHS-Klassifikation berechtigt

Aufmerksamkeit

Impulskontrolle

Motorische Aktivität

Intervention mit Arzneien

Verhaltensorberfläche

Tiefenpsychologische Prozesse

Tiefenpsych. Therapie

Lerngeschichte

Verhaltenstherapie

„Choreografie“ von Biologie, Entwicklung, Familiengeschehen, sozialer Erfahrung

Systemische Therapie

Traumatisierte Säuglinge, belastet mit

- a) multiplen Regulationsstörungen und
- b) **mit frühen psychosozialen Risikofaktoren in der Familie**

tragen im Grundschulalter ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung hyperkinetischer, oppositioneller und aggressiver Verhaltensauffälligkeiten.

Quelle: Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al. 2004)

Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Therapie sind lösungswirksame Prozesse

Bausteine einer multimodalen systemischen ADHS-Therapie bei Jugendlichen

- 1. Einzeltherapie** für den Jugendlichen:
Vermittlung von Anerkennung und Selbstwirksamkeitserfahrungen,
Training von Handlungsplanung und Impulskontrolle
- 2. Unterstützung für die Eltern:**
Förderung substanzieller Schritte zur Autonomie als „Kontrapunkt“
zur Suchtgefährdung
- 3. „Territorialkämpfe ausfechten“:**
Spürbare Präsenz der Eltern bewirken
- 4. Eltern-Schul-System:**
Systemische Kooperation

Hilfen für den Jugendlichen

- Anerkennung des Leidens (Ängste, traurige Verstimmung, negatives Selbstbild)
- Förderung des „delay-Verhaltens“ [NON-GO / GO] im Rahmen von Strategiespielen mit „echten“ Gegnern
- Entwicklung von Körperbewusstsein (Sport etc.)
- Strukturierung des Tagesablaufes
- Befreiung von einer belastenden Rolle mittels Familientherapie und Korrektur der Verantwortungsverteilung



Indikationen für und Formen von Familientherapie

1. Mannheimer Risikostudie: Belastete familiäre Situation begünstigt die Entwicklung der ADHS.
2. Wahrnehmungsintensive und handlungsbereite Kinder und Jugendliche neigen zu sie belastenden Initiativen, die ihren Eltern helfen sollen (früher genannt: „identifizierte Patienten“).
3. Familiäre Konflikte (3-Generationen-Perspektive) begünstigen ADHS-Entwicklung .
4. **Arbeit mit „Abwesenden“:**
 - a) Wenn der betroffene Jugendliche sich (zunächst) nicht an der Therapie beteiligen mag, Beginn der Behandlung mit den Eltern.
 - b) ADHS-Kinder /-Jugendliche sind häufig „vaterlose Gesellen“. Daher: Versuch, die väterliche Präsenz zu steigern; wenn das nicht gelingt / gelingen kann, Blick auf den dazugehörigen Traueraspekt legen.



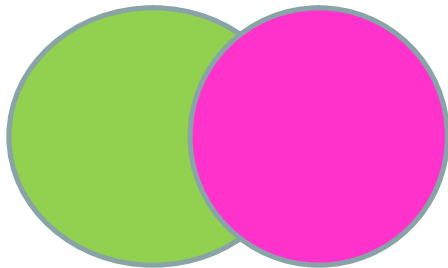
Psychotische Entwicklung ?

Was hat Karl u.U. geholfen?

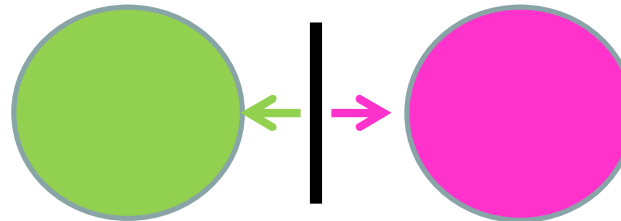
1. **Anerkenntnis und Verstehen seines Leidens infolge früher Bindungsproblematik.**
2. **Geleitete „Ernüchterung“: „Von den Eltern kannst du nun nichts mehr erwarten!“**
3. **Ermutigung, auf seine Fähigkeiten zu vertrauen (Beendigung der Defizitorientierung) und Aufbau von Kontakt mit Gleichaltrigen.**

Was hat Anna und ihrer Familie vielleicht geholfen?

1. Annas Mutter erkennt die Überschneidung **ihres** „Seelenraumes“ mit dem der **Tochter**:



2. Sie arbeitet an ihren Grenzen und ihrer Identität und schafft damit die Grenze zwischen ihr und Anna.



3. Nach therapeutischer Vorbereitung kann die Mutter Anna in einen schulischen Auslandsaufenthalt entlassen.

4. Anna entdeckt in der Distanz zur Mutter ihre Kompetenz zur Eigenverantwortlichkeit.

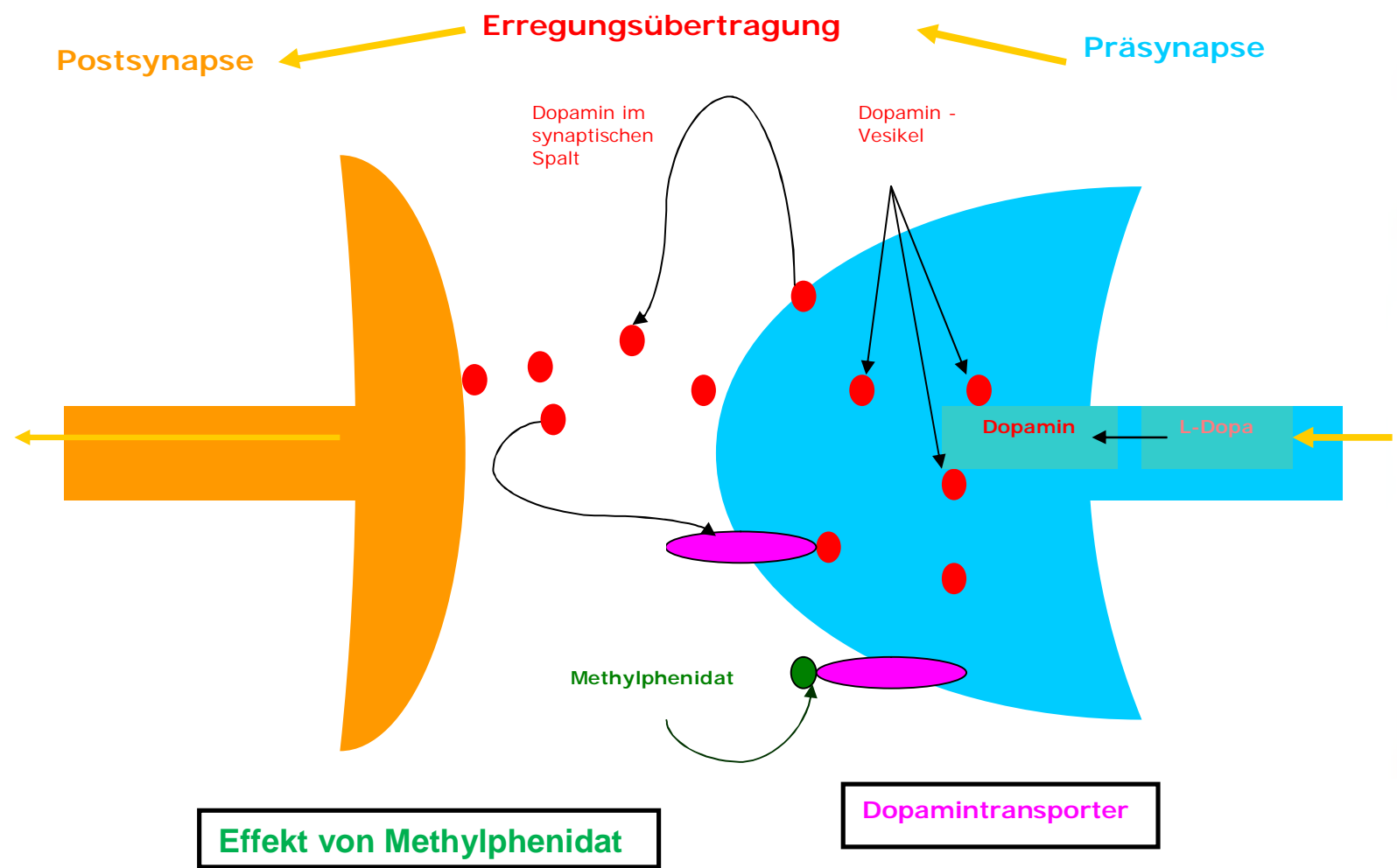
Zusatzinfos

Erkenntnisse aus den Morgan – und Winterfeld - Experimenten

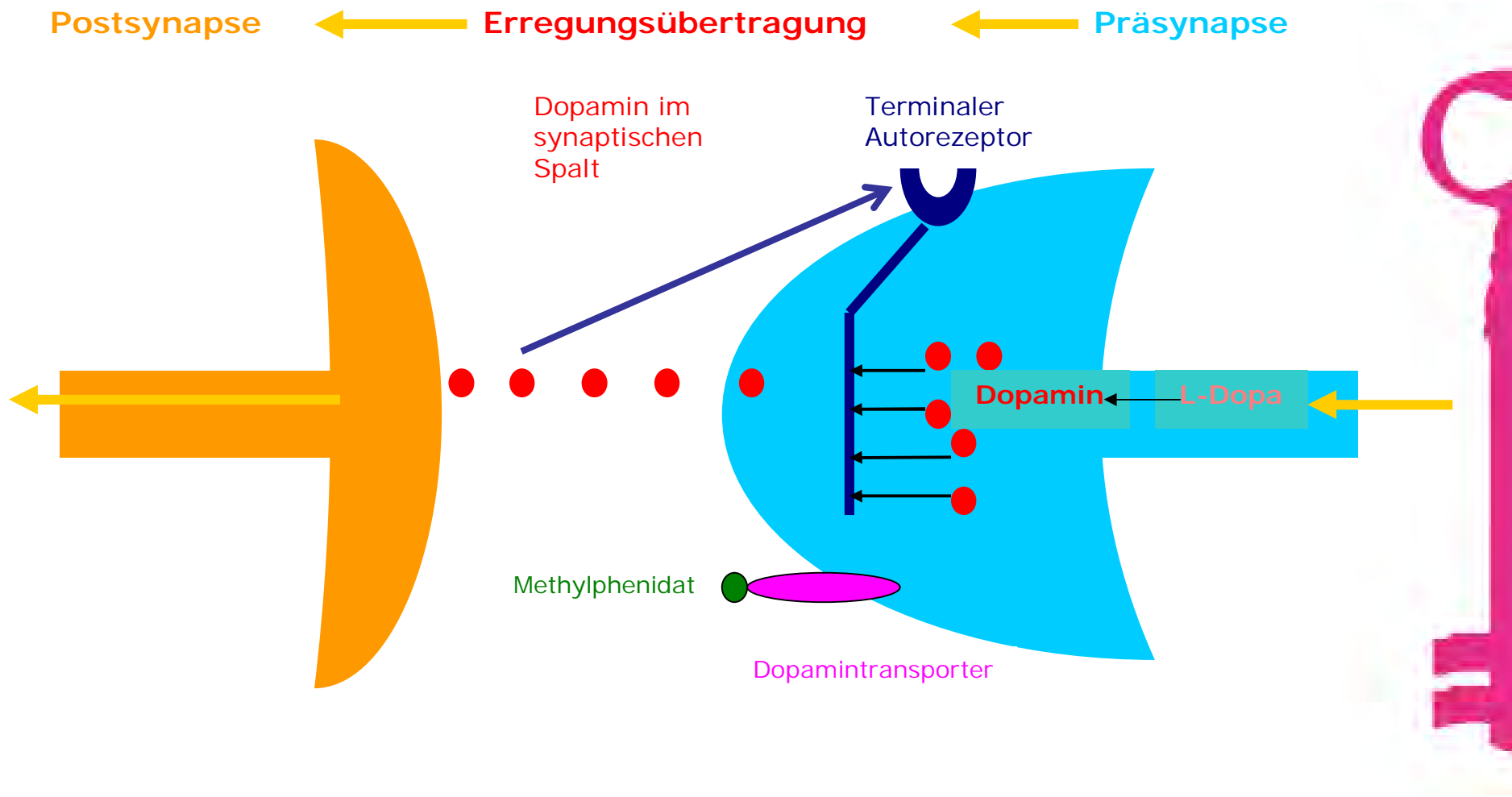
- Die Ausprägung des dopaminergen Systems ist abhängig von den Aufzucht-/Entwicklungsbedingungen.
- Mit steigender Aktivität des DOPA – Systems („Belohnungssystem“) sinkt die Neigung, verfügbare Suchtmittel (hier: Kokain) zu verwenden.
- Die vermehrte Aktivität des DOPA – Systems geht einher mit verstärkter Neugier und Bewegungsunruhe.



Dopaminwirkungsweise I (Neurotransmitter)

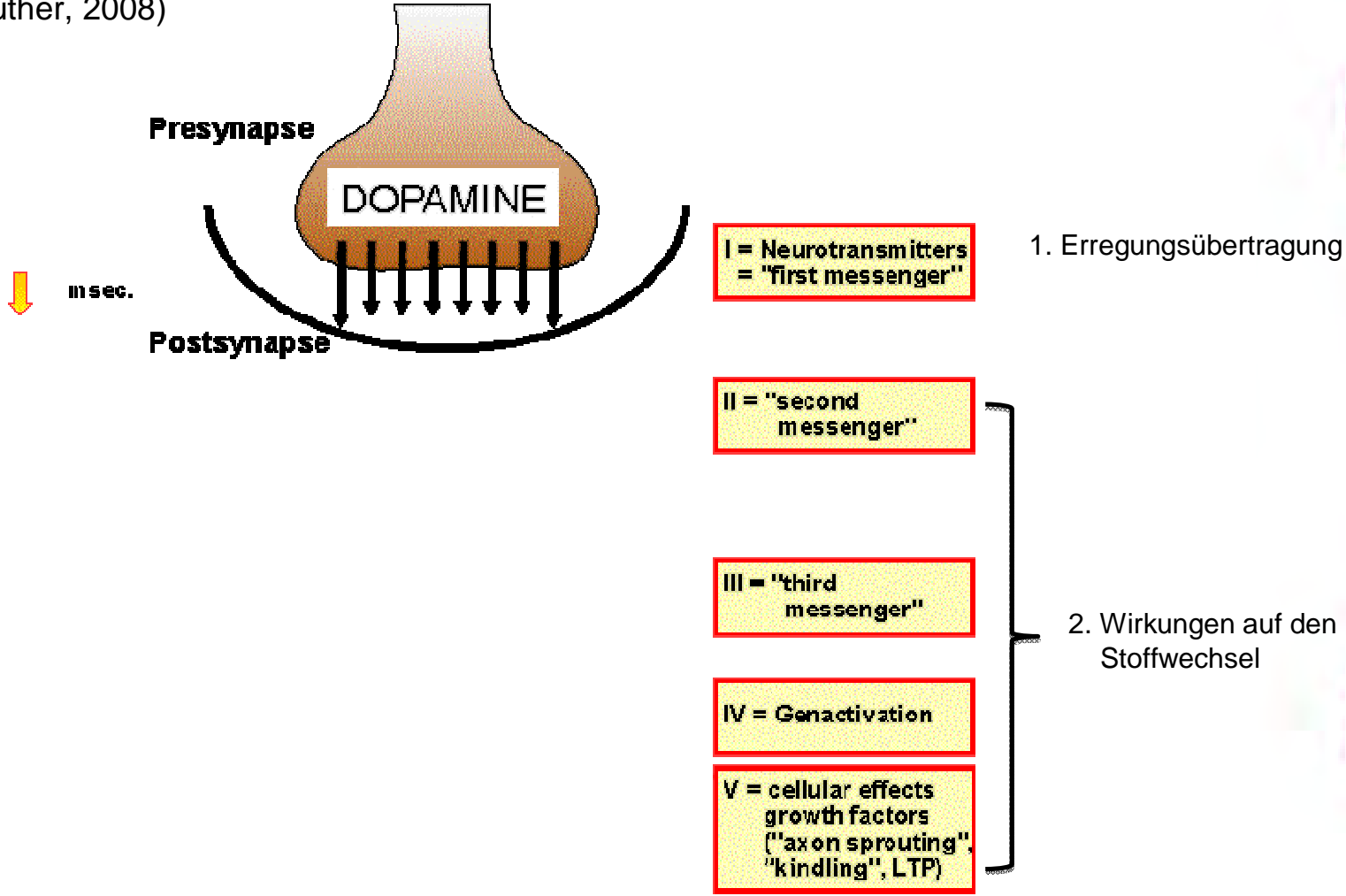


Dopaminwirkungsweise II (Neurotransmitter)

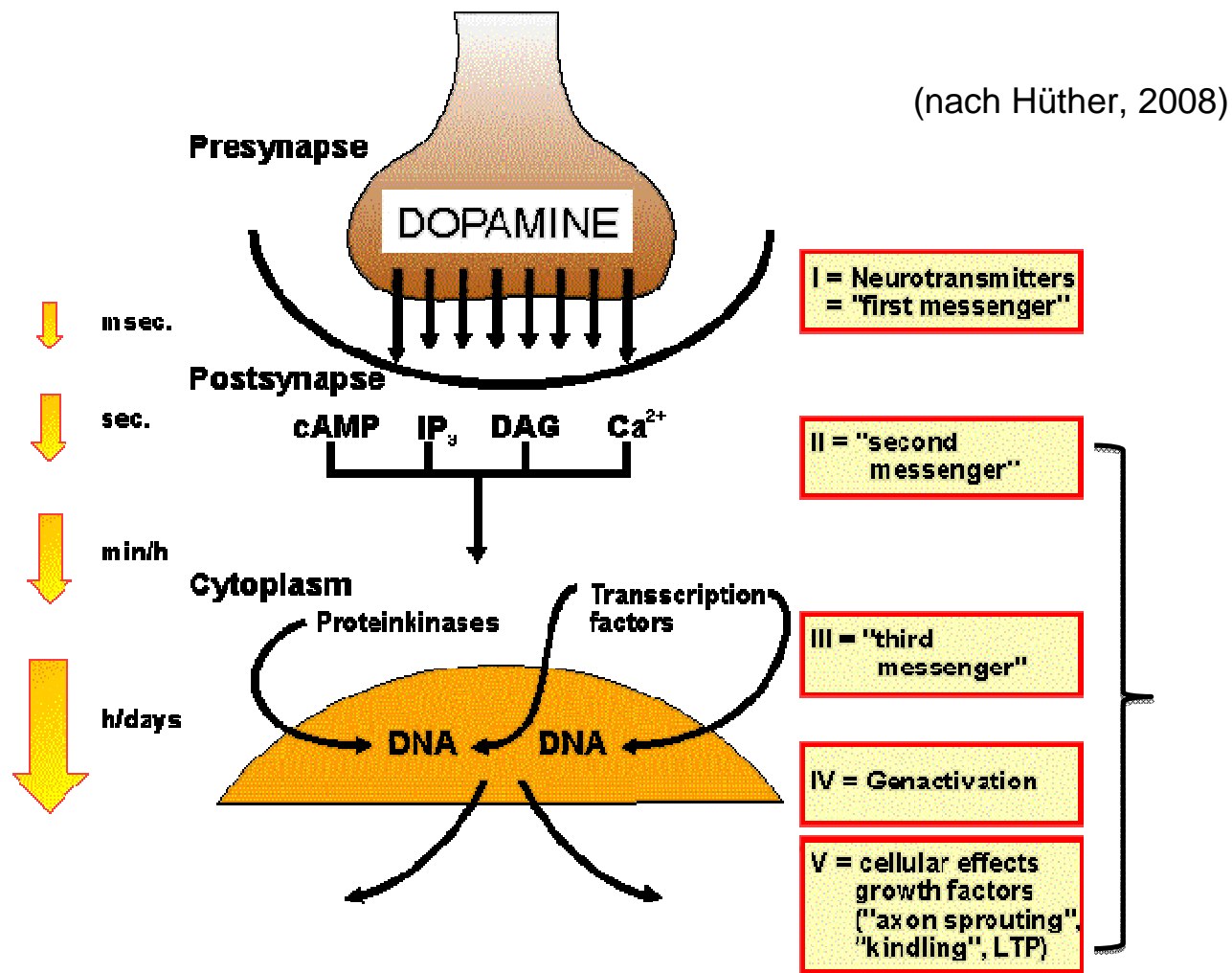


Neuroplastische Wirkungen von Transmittern und Stimulanzen (I)

(nach Hüther, 2008)



Neuroplastische Wirkungen von Transmittern und Stimulanzen (II)

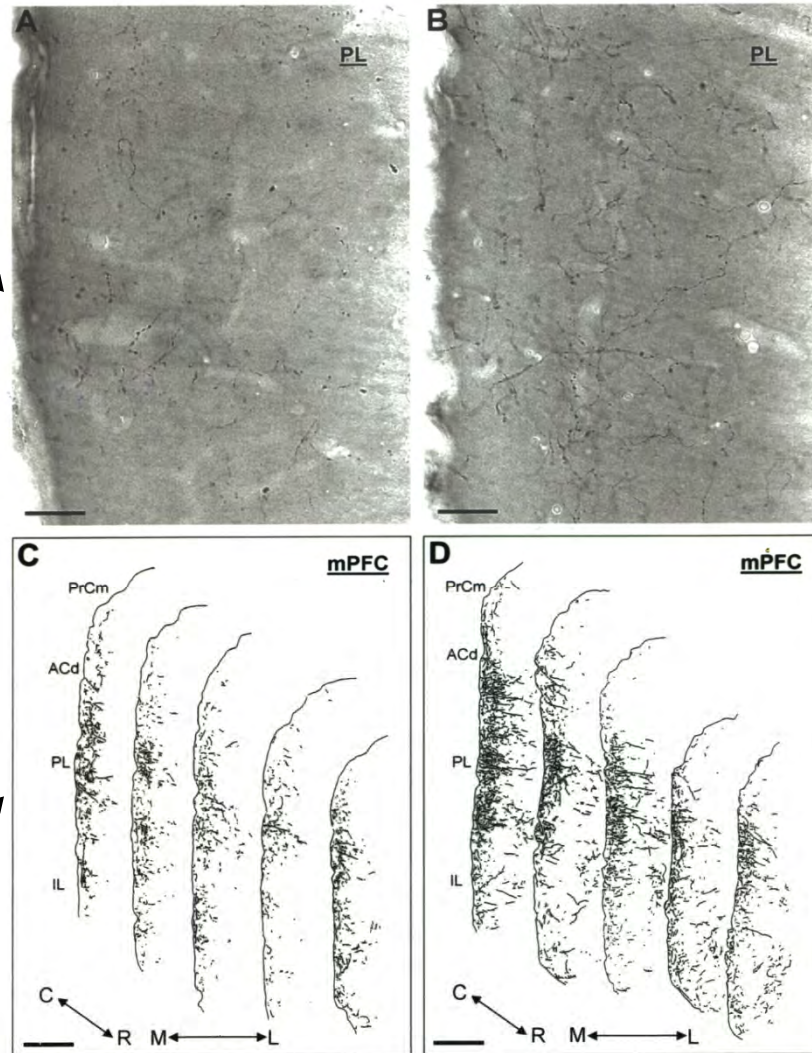


Erfahrungsabhängigkeit der Ausprägung des DOPA-Systems I

Hirnschnitte

poor environment

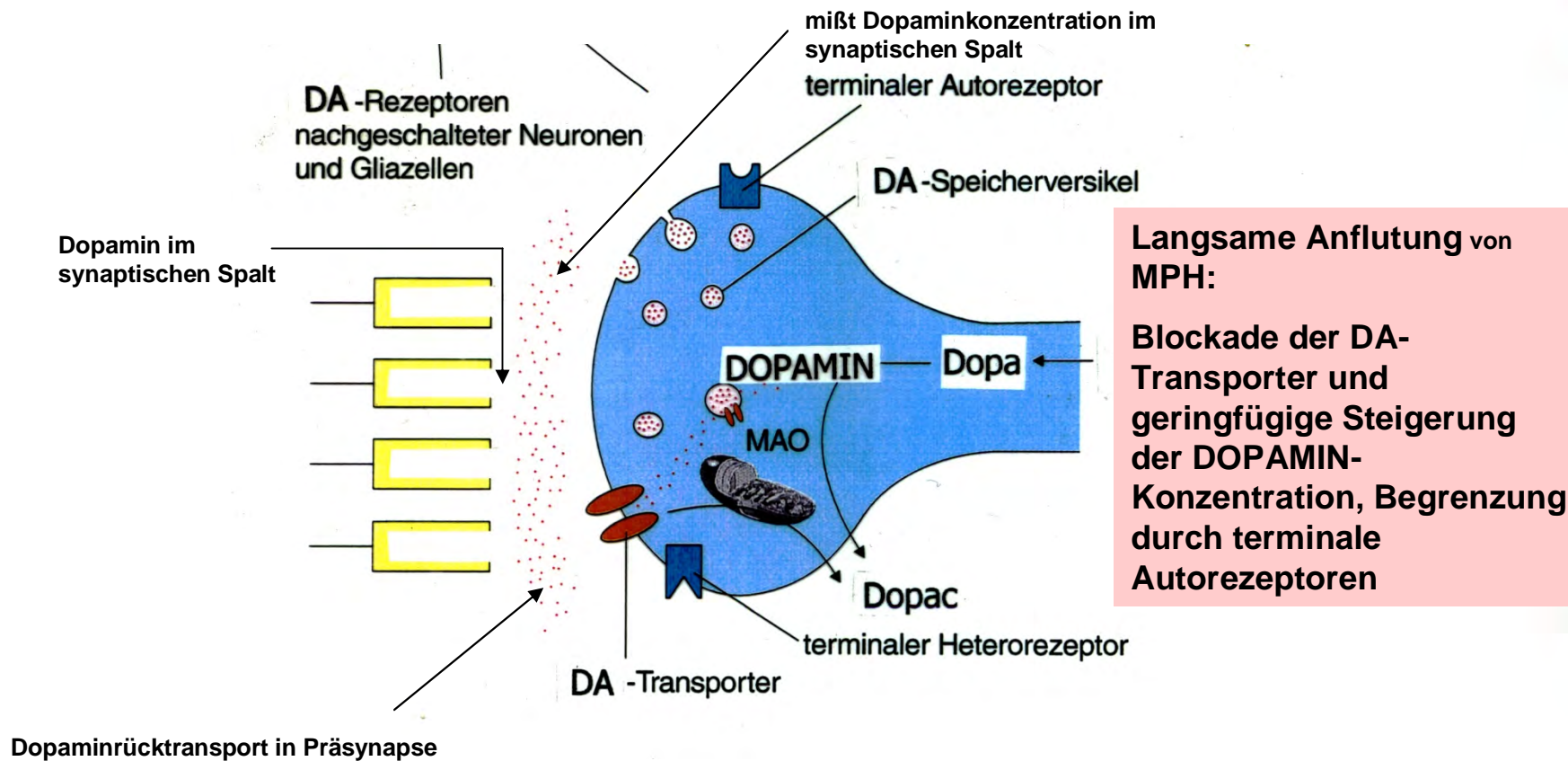
dopaminerge Neuronen in der gesamten Schichtdicke



enriched environment

Fig. 1. Photomicrographs of immunolabeled DA fibers in the prelimbic area (PL) of adult gerbils (P90) after impoverished (A) and enriched rearing (B). Typical distribution pattern of DA fibers in the medial prefrontal cortex (mPFC) drawn to scale from representative consecutive 40-µm slices after impoverished (C) and enriched rearing (D). Medial precentral cortex (PrCm), dorsal anterior cingulate cortex (ACd), infralimbic area (IL). Arrows indicate: caudal (C), rostral (R), medial (M), lateral (L). Original magnification: $\times 500$. Scale bars = 30 µm (A, B), 500 µm (C, D).

Vermutete Wirkung von Methylphenidat bei langsamer, niedrig konzentrierter Anflutung



Vermutete Wirkung von Methylphenidat bei schneller, hochkonzentrierter Anflutung

