

Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend Hyperkinetische Störung (ICD-10: F90)

Häufige Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint der Zeit hyperkinetischen Störung (HKS/ADHS) zu sein (3-5% aller Kinder). Die Zunahme der Diagnose ADHS oder Hyperkinetische Störung ist in der Regel nicht auf besserer, sondern auf ungenauer Diagnose zurück zu führen und gehört zu den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

Zu den **Symptomen** zählen **früher Beginn, Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen**, die kognitiven Einsatz verlangen, Tendenz, von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln sowie eine **desorganisierte und überschießende Aktivität**. Hyperaktive Kinder verfügen über eine geringe **Frustrationstoleranz** und reagieren in Versagenssituationen häufig mit heftigen **Wutausbrüchen**. Hinzu kommt, dass sie **oft achtlos und impulsiv** sind und zu Unfällen neigen. Bevorzugt treten die Symptome in Gruppensituationen auf und verschwinden häufig, wenn man sich mit dem Kind allein beschäftigt. Sie zeigen **unterdurchschnittliche Leistungen und häufig Lernstörungen bei durchschnittlicher Intelligenz**.

Zu Fragen der Ätiologie

vertritt die **vorherrschende kinderpsychiatrische Lehrmeinung** die Theorie, dass **alle Formen der ADHS primär hirnorganisch verursacht** sind. Diese Erklärungsmodelle **stützen sich sowohl auf genetische als auch umweltbedingte Ursachen**, wobei der **genetische Anteil auf 70 bis 95 Prozent geschätzt wird**.

Neurobiologische Faktoren (Ungleichgewicht in verschiedenen Neurotransmittersystemen im Frontalen Bereich und in Basalganglien) scheinen eine Rolle zu spielen.

Aber auch **Geburtstraumen** werden als ätiologische Faktoren diskutiert.

Was selten zu Sprache kommt und meiner Meinung nach ein sehr wichtiger Faktor, bei der Entwicklung der ADHS sein kann, ist **das frühkindlichen Trauma**.

Therapiert

wird vorrangig mit einem multimodalen Ansatz basierend auf Verhaltenstherapie, wobei die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien [wie Ritalin, oder Concerta Anm. d. Verf.] einen hohen Stellenwert einnimmt (70-80% der Fälle).

Aus **psychodynamischer Perspektive** sind die Ursachen der hyperkinetischen Störung sowie der Aufmerksamkeitsstörung in **sehr frühen traumatischen Erfahrungen und mangelnder Fähigkeit zur Mentalisierung zu finden.**

Diese Sichtweise wird von der Objektbeziehungs- und Bindungstheorie, der Traumatheorie und auch von der Neurobiologie bekräftigt.

Pharmakotherapie

Mittel der 1. Wahl zu Behandlung ist

Ritalin, oder Concerta. Sie sind eigentlich Methylphenidat, die eine Stimulierende Medikament aus der Gruppe der Amphetamine sind. Sie sollen die Stoffwechselstörung (Dopamin-Überschuss) im Gehirn ausgleichen. Diese Präparate werden in Deutschland bei **Kindern mit ADHS ab 6 Jahren** verschrieben.

Methylphenidat **hemmt** die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin, indem es deren Transporter in ihrer Funktion blockiert. Diese Transporter sitzen in der Zellmembran der präsynaptischen Nervenzellen und dienen einer schnellen Wiederaufnahme der Neurotransmitter aus dem synaptischen Spalt. Infolge der Wiederaufnahmehemmung erhöht sich die Konzentration der Botenstoffe und ihre Wirkung hält länger an. Dies führt zu erhöhtem Signalaufkommen am Rezeptor und unter anderem zu einer Erhöhung des Sympathikotonus. Neben seiner Funktion als erregender Neurotransmitter ist das Dopamin als Vorstufe des Noradrenalins und Adrenalins von Bedeutung. (Stangl, 2019).

Das frühkindliche Trauma

Ein Trauma ist nicht zwingend die Folge eines außergewöhnlichen Ereignisses. Es kann sich vielmehr aus einer Reihe von an sich nicht im Sinne traumatischen Einzelerfahrungen, innerhalb einer Beziehung zusammensetzen und den Zusammenbruch des Ichs zufolge haben.¹ Wenn die schützende Rolle der

¹ Wöller, W. (2013), Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie, 2. Aufl., Stuttgart, 2013, S. 60

Bezugspersonen für das Kind nicht hinreichend erfüllt wird, führt dies zu einer sich steigernden Überforderung des noch unreifen Ichs und seiner Abwehrfunktionen. In diesem Fall wirkt kein außergewöhnliches Ereignis traumatisierend, sondern die Beziehungen zu primären Bezugspersonen.² Nach Winnicott ist die frühe Traumatisierung die Folge eines Bruches in der Kontinuität des Lebens des kleinen Kindes. Es wurde zulange allein gelassen und die psychische Repräsentanz der Bezugsperson konnte nicht aufrechterhalten werden.³ Traumatisierend wirken neben Vernachlässigung auch Misshandlung durch eine Bindungsperson in den ersten Lebensjahren. Unter Bezugnahme auf Beiderwieden et al. weist Häßler auf erhebliche Beeinträchtigungen der Ich-Entwicklung hin, die zu deutlichen Entwicklungsverzögerungen in Bereich Motorik, Sprache und Denken führen.⁴ Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen wird in ICD-10 als „eine schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigung der motorischen Koordination, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung erklärbar ist“, bezeichnet.⁵ Die Beeinträchtigungen der sensorischen Wahrnehmung, die zur senso-motorischen Entwicklungsverzögerung bei Kinder führen kann, verweist Renate Zimmer⁶ neben frühkindlichen Hirnschädigungen prä-, peri- und postnataler Ursache auf Wahrnehmungsstörungen, die umweltbedingte Ursachen haben. Durch den Mangel an Entwicklungsreizen, wie mangelnde sensorische Erfahrungen, wenig Körperkontakt, Bewegungsmangel und unausgewogenen Reizeinflüssen wie Überstimulierung oder Unterversorgung durch Reize, kann es zu Störungen in der Verarbeitung aufgenommener Informationen kommen.⁷ Bezüglich der Sprachstörung betonen Hopf und Heinemann⁸, dass die Sprache die Aufnahme und Verleugnung von Trennung verkörpert und die Trennung von der Mutter bewältigt das Kind mit Sprache. „Die Sprache ermöglicht Trennungen zu

² Wöller, W. (2013), Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie, 2. Aufl., Stuttgart, 2013, S.37

³ Winnicott, D. W. (2012), vom Spiel und Kreativität, 13. Aufl., Stuttgart, S. 113

⁴ Häßler, G. (2009), Missbrauch und Misshandlung in: Hopf H., Windaus E. (Hrsg.), a.a.O., S.473

⁵ Entwicklungsstörung in: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-WHO (Version 2016), Kapitel V, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f80-f89.htm#F82> (03.04.2015)

⁶ Zimmer, R. (1995), Handbuch der Sinneswahrnehmung, Freiburg, S.195

⁷ Wahrnehmungs- und Integrationsstörungen in: Sensorische Integration, www.heilpaedagogik-info.de/entwicklungsfoerderung-2/716-stoerungen-sensorische-integration.html, (02.04.2016)

⁸ Heinemann, E./ Hopf, H. (2012), Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie, 4 Aufl., Stuttgart, S. 327

Überbrücken und hat tröstenden Wirkung.“⁹ Die Ursachen der Sprachstörungen sieht Giballo in „Anomalien des Körperlichen Handelns, da sich Sprache aus dem körperlichen Handeln entwickelt, Verlassenheitsängste und Ödipale Kastrationsangst.“¹⁰ Einige Studien zeigen, wie sich früh-traumatisierende Erlebnisse auf kognitive und sprachliche Fähigkeiten auswirken können.¹¹ Verlust und Trauma gehören laut Sinason zur Erfahrung im Leben mit einer Behinderung dazu. Oft zieht eine Behinderung emotionale Probleme als „sekundäre Behinderung“ nach sich, welche als zusätzlich beeinträchtigende Folge der primären Behinderung verstanden wird und oftmals vom inadäquaten Umgang des Umfelds mit der Behinderung ausgeht.¹² Einige Autoren verweisen auf die negativen Auswirkungen und Stigma fördernden Situationen, wie unangemessene Bemerkungen, lächerlich gemacht und ignoriert zu werden, die zu Identitätsstörungen und eine Reihe von Bewältigungsstrategien führen können, die dann als sozial unerwünscht oder gestört betrachtet werden.¹³

⁹ Ebd.

¹⁰ Giballo (1982), zitiert in: Heinemann, E., Hopf, H. (2012), a.a.O., S. 328

¹¹ Streeck-Fischer A. (2006), Trauma und Entwicklung, Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz, Schattauer Verlag, Stuttgart, S.132f

¹² Sinason, V. (2000), Geistige Behinderung und die Grundlagen des menschlichen Seins, Luchterhand, Neuwied, S.27

¹³ Herrmann U. (2003), Kunsttherapie und Geistige Behinderung in: Internationale Perspektiven der Kunsttherapie, Dannecker Karin (Hrsg.), Hausner&Hausner Verlag, Graz, S.299