

Klaus Fröhlich-Gildhoff & Stephan Jürgens-Jahnert

## Kinder mit ADHS-Symptomen

Betrachtungen aus einer integrierenden entwicklungspsychologischen und personzentrierten Perspektive



Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff  
froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Ev. Hochschule Freiburg. Approb. Psych. Psychotherapeut und KJP. Zusatzausb. Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie (GwG). Leiter Zentr. für Kinder- und Jugendforschung EH Freiburg; Co-Leiter des BA Studiengangs Pädagogik der Frühen Kindheit.



Dipl.-Psych. Stephan Jürgens-Jahnert  
juergens-jahnertpraxis@web.de

Psychologischer Psychotherapeut  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in freier Praxis

### 1. Einführung

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 VertreterInnen einer eher medizinisch-biologistischen 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 150fache gestiegene Medikamenten„gabe“ (z.B. Bundespsychotherapeutenkammer, 2008; Gebhardt et. al., 2008), die als kurzfristige „Antwort“ auf das als auffällig empfundene Verhalten dient.

Personzentrierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen 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 personzentrierten Verständnis heraus. So blieben BehandlerInnen auf individuelles Ausprobieren verwiesen, wenn sie nicht auf andere Behandlungsverfahren ausweichen wollten. Mit dem hier vorgelegten Versuch einer personzentrierten Konzeptionalisierung von Ätiologie und Behandlung wird versucht, diese Lücke ein wenig zu schließen. Er soll den pädagogisch und therapeutisch tätigen KollegInnen genau dieses Rüstzeug an die Hand gegeben werden, um ihr Tun systematisch weiterentwickeln zu können.

Dabei wird gezeigt, dass zur Erklärung der Ursachen das ursprüngliche

personzentrierte Störungskonzept erweitert werden muss; es ergeben sich zugleich spezifische Notwendigkeiten einer entwicklungsförderlichen therapeutischen Begegnung.

### 2. Symptomatiken

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 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. 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). 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.

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).

Beim Diagnosestellen muss 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 FachautorInnen 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).

Auf Grund der Diagnoseprobleme wird ADHS als einheitliche Kategorie von einigen AutorInnen 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 soweit zu sagen, dass es sich „aus psychodynamischer Sicht (...) um eine ‚Undiagnose‘“ handelt (ebd., S. 81). Auf Grund 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.

Die Prävalenzraten werden - auch aufgrund der o.g. Diagnoseprobleme - unterschiedlich angegeben; eine Zusammenstellung verschiedener Studien gab Quoten von 2 - 7%, bei strenger Beachtung der ICD-Kriterien von 1 - 2% (Bundesärztekammer 2006). Eindeutig und übereinstimmend sind die Befunde, dass die Auffälligkeit bei Jungen wesentlich häufiger beobachtet und auch diagnostiziert wird als bei Mädchen; das Verhältnis schwankt studienabhängig zwischen 3:1 und 9:1.

### 3. Ursachen

Wie Lehmkuhl (2009) treffend beschreibt, sind beim Phänomen ADHS eindeutige Ursache-Wirkungszusammenhänge nicht abzuleiten: „Die klinische Erfahrung legt nahe, beim ADHS von einer Spektrumsdiagnose auszugehen. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Ausprägungsformen, Belastungsformen, unterschiedliche Kombinationen aus biologischen und psychosozialen Risiken. Hier gilt es im Einzelfall zu differenzieren und nicht von einer einheitlichen Genese bzw. psychodynamischen Endstrecke auszugehen. Die unterschiedlichen ätiologischen Hintergründe können sich im Entwicklungsverlauf ganz unterschiedlich auswirken“ (ebd., S. 67). Die Vielfalt und Komplexität der Symptomatik lässt 'einfache' Erklärungsmuster zur Störungsentstehung als nicht ausreichend erscheinen. Zudem verweisen sie darauf, dass die Ursachen entwicklungsgeschichtlich in frühen Phasen der Entstehung der Selbststruktur verwurzelt sind. Das personenzentrierte Konzept sagt wenig dazu, wie sich die Selbststruktur - ein Begriff, den Rogers (1987) durchaus benutzt - entwickelt, wie ihre Störung entsteht und wie diese behandelt werden kann. Bei der ADHS geht es insbesondere um grundlegende Defizite in der Selbst-Steuerung 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, personenzentrierten Sichtweise ermöglichen: neben der ADHS-Forschung sind dies die Säuglings- und Bindungsforschung, die Hirnforschung sowie die moderne Tiefenpsychologie.

Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass beim Entstehen des ADHS in komplexer Weise biologische und soziale Faktoren zusammenwirken. Deshalb besitzt ein integrierendes bio-psycho-soziales Modell am ehesten Aussagekraft zur Erklärung des Verhaltens und der ‚dahinterliegenden‘ Selbststruktur(anteile) (v.a. Petermann et al. 2004, Fröhlich-Gildhoff 2007):

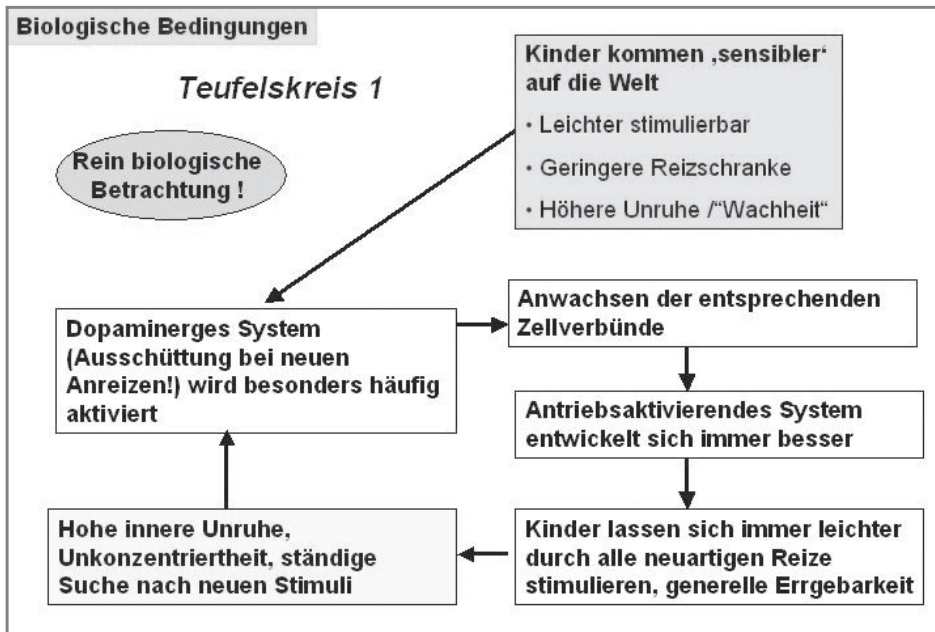


Abb. 1: Teufelskreis 1 zur Verstärkung biologischer Wirkmechanismen und Korrelate

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. 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.

### Biologische Ebene

Auf biologischer Ebene werden vier Elemente als potentielle Vulnerabilitätsfaktoren diskutiert:

- Genetische Faktoren, die insbesondere zu einem grundlegenden Dopaminmangel führen, werden – rückschließend aus den Medikamentenwirkungen – angenommen, ohne dass es jedoch bislang klare Belege hierfür gäbe. Zwar wurde „in Familienstudien von Kindern mit ADHS ... eine höhere Prävalenz von 10-35 % als in Familien ohne ADHS festgestellt“ (Streck-Fischer 2006, S.84) – allerdings bleibt hier die Wirkung

früher Interaktionserfahrungen unberücksichtigt. Es gibt eine Reihe von Studien, die darauf hinweisen, dass „der Dopaminspiegel unmittelbar von unterschiedlichen Umwelteinflüssen abhängig ist“ (ebd. vgl. auch Spitzer 2002, Hüther & Bonney 2002); so konnte bspw. in Tierversuchen gezeigt werden, „dass die Dopaminkonzentration im Gehirn vor allem auch abhängig vom sozialen Ranking ist“ (Streck-Fischer, 2009, S. 118). Ähnlich differenziert müssen festgestellte Veränderungen der Hirnstruktur und Hirnfunktionen gesehen werden. Veränderte Hirnstrukturen sind Ausdruck der (kindlichen) Hirnentwicklung – so bleibt unklar, ob die immer differenzierter festzustellenden Veränderungen in der Hirnstruktur Korrelate einer Störung, nicht aber deren Ursachen sind (vgl. Hüther & Bonney 2002, S.23f, Hüther 2006).

- Mittlerweile zeigen eine Reihe von Studien, dass frühe Stress-Erfahrungen in Schwangerschaft und der frühen Säuglingszeit zu hirnphysiologischen 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., 2008). Hierdurch können sich Veränderungen der ‚Ansprechbarkeit‘ auf Reize, aber auch der generellen Dopamin-erzeugenden Systeme ergeben.

- Kinder werden mit unterschiedlichem Temperament, also „konstitutionellen Unterschieden in Aktivität, Reaktivität und Selbstregulation“ (Resch 2004, S. 34) geboren. Empirisch haben Thomas & Chess (1989) drei Typen von Temperamentsmustern unterschieden, von denen insbesondere das „schwierige Temperament“ (Unregelmäßigkeit in biologischen Funktionen, Rückzugsverhalten gegenüber neuen Reizen, mangelnde Fähigkeit zur Anpassung an neue Situationen) einen erhöhten Risikofaktor darstellt. Es kann zu einer „erhöhten Empfänglichkeit für psychosoziale Stressoren“ kommen und bei einer „mangelnden Passung zwischen Temperamentsmerkmalen und Umwelтанforderungen“ dann zu hyperaktiven Verhaltensmustern (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, wodurch es dann im Außenkontakt zu ebenso verzerrten, stressauslösenden Interaktionen kommt (z.B. Zimmer, 2008, 2010).

Auf der Basis dieser vier Elemente lassen sich aus einer rein biologischen Betrachtung heraus zwei Teufelskreise beschreiben (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2007):

Kinder kommen möglicherweise mit einer geringeren Reizschranke oder höheren Unruhe auf die Welt. Dadurch wird das dopaminerge System besonders häufig aktiviert. Dies lässt die entsprechenden Zellverbände anwachsen wodurch sich das antriebsaktivierende System besser entwickelt. Hierdurch lassen sich Kinder immer leichter durch neuartige Reize stimulieren. So entsteht innere Unruhe, die ständige Suche nach neuen Stimuli - was wiederum das

dopaminerge System aktiviert und verstärkt. Vor diesem Hintergrund kommt es dann im sozialen Zusammenspiel zu einer weiteren Verstärkung, zu einem weiteren Teufelskreis. Die innere Unruhe verursacht Konflikte mit der Umwelt, damit Stress in psychosozialen Situationen, der wiederum verstärkend auf das dopaminerge System und letztlich zur Verstärkung der hyperaktiven neuronalen Struktur führt. Allerdings ist jeweils zu beachten, dass es sich zunächst 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 System.

### 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 und später dann weiteren Menschen. Für die Entwicklung der Verhaltensauffälligkeit ADHS spielen insbesondere frühe **Bindungserfahrungen** und **Regulationserfahrungen** der Kinder eine Rolle: Es ist vielfach nachgewiesen, dass sichere Bindungserfahrungen von zentraler Bedeutung dafür sind, dass eine stabile Selbst-Struktur entsteht; die feinfühliges Spiegelung kindlicher Affekte und Bedürfnisse führt zu adäquaten innerpsychischen Abbildern und zu grundlegendem Selbst-Vertrauen in sich und andere Menschen. Im Gegensatz dazu führen fehlende Verlässlichkeit, Unregelmäßigkeit, mangelnde Feinfühligkeit und fehlender Halt – 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 Mentalisierung, also der Fähigkeit, innerpsychische Zustände bei sich und anderen adäquat zu erfassen und abzubilden: „Die Fähigkeit, über mentale Zustände nachzudenken, zu erlangen, wird durch Bindung gefördert, weil sie einen sicheren

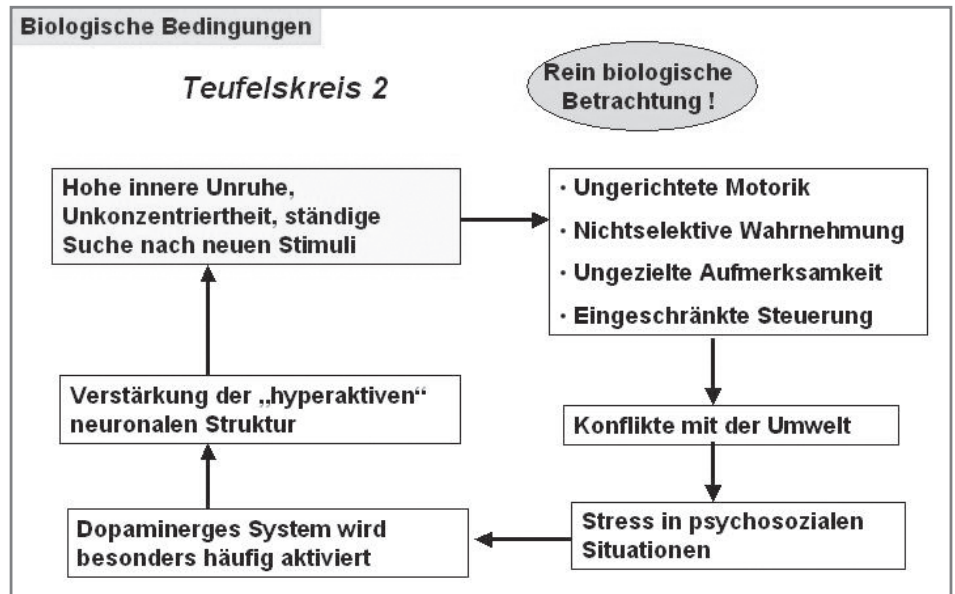


Abb. 2: Teufelskreis 2 zur Verstärkung der Wirkmechanismen in sozialen Situationen

Rahmen bietet, um Fehler zu machen. Frühe [sichere, d.Verf.] Bindungserfahrungen nicht zu erleben (...) bildet eine Langzeit-Vulnerabilität...: die Fähigkeit zur Mentalisierung ist nicht vollständig herausgebildet“ (Fonagy 2009, S. 51; s.a. Fonagy & Target 2004). Die inneren Zustände, insbesondere Arousal (allgemeine Erregung), Aktivität, Affekt und Aufmerksamkeit werden über die Interaktion **reguliert** und es kommt zu einer zunehmenden Selbstregulation (vgl. z.B. Papousek et al. 2004; Petermann & Wiedebusch, 2003). Wenn die Bezugspersonen selber Schwierigkeiten haben mit der Regulation ihrer inneren Zustände – z.B. auf Grund psychischer Erkrankungen oder Suchtabhängigkeiten oder wenn sie auf Grund ungünstiger psychökonomischer Zustände unter starkem Stress stehen – erleben Kinder zu wenig Unterstützung ihrer Selbstregulationsentwicklung. Hierfür benötigen sie Regelmäßigkeit, Bindungssicherheit und Klarheit, also auch Grenzen und Orientierung.

In dem feinen Prozess der Affektregulation und Affektabstimmung liegen eine Vielzahl von „Fehlermöglichkeiten“:

- 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 zu übermäßiger Unter- oder Überstimulation.
- Die inneren Zustände des Kindes werden nicht wahrgenommen und nicht angemessen gespiegelt.

V. Lüpke (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einem „entgleitenen Dialog“ zwischen Kind und Eltern: „Hyperaktivität wäre ein verzweifelter Versuch, den Stillstand nach dem Entgleiten durch Bewegung aufzuheben“ (ebd., S.184f). Aus der Analyse einschlägiger Studien kommt er zu dem Schluss, dass „allein die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion beim sechs Monate alten Säugling verlässliche Vorhersagen für das Risiko einer AD(H)S ermöglicht. Die entscheidenden Kriterien waren dabei ein überstimulierendes und eindringliches (intrusives) Verhalten bei den Eltern sowie Beziehungsprobleme und mangelnde Unterstützung der Eltern“ (ebd., S. 185).

Neuere Studien weisen auf Beziehungen zwischen „mütterlicher Sensiti-

vität und Verhaltensproblemen bei Kindern mit Temperamentsauffälligkeiten“ hin (Studie von Bradley & Corwyn, 2007; aus: Lehmkuhl 2009, S. 65). Ähnliche Ergebnisse zeigt die Mannheimer Risikostudie (Laucht et al., 2004), wobei es geschlechtsbezogene Unterschiede gibt: Die „Prognose frühkindlicher Regulationsstörungen [wird] bei Mädchen eher durch eine depravierende und bei Jungen eher durch eine überstimulierende Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig beeinflusst“ (Lehmkuhl, 2009, S. 64). Diese Daten konnte Streck-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“ (ebd.).

Intrapsychische Ebene: Folgen für die Entwicklung der Selbst-Struktur

Das nicht ‚passende‘ Zusammenpiel zwischen biologisch bedingter Vulnerabilität und hilfreichen, in spezifischer Weise co-regulierenden Beziehungserfahrungen und/oder nicht entwicklungsförderliche frühe Bindungs- und Regulationserfahrungen haben Auswirkungen auf die Entwicklung der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur, des Selbst und damit auf die Art und Weise der Welt-Begegnung des Kindes. Diese Auswirkungen zeigen sich in spezifischer Weise in der Regulationsfähigkeit, der Fähigkeit zur Mentalisierung (s. Fonagy & Target 2004) und der Selbst-Repräsentationen:

### Regulationsfähigkeit

- Affekte werden nicht adäquat wahrgenommen (wegen der unzureichenden Spiegelung); eigene Zustände können nicht ‚genau‘ gespürt werden .
- Affekte werden als diffuse Erregung wahrgenommen, als aversiv erlebt, können nicht entschlüsselt werden (ihr Signalcharakter wird nicht erkannt).
- Durch die Störung im Prozess der Co-Regulation kommt es zur unzureichenden Ausbildung der Fähigkeit zur Selbst-Regulation (Affekt-Regulation).
- Eingeschränkte Wahrnehmung des Spektrums eigener Gefühle (durch eingeschränkte Affekt Abstimmung; affect attunement, vgl. Stern 1992).

### Mentalisierung

- 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.
- Keine ausreichende Symbolisierungsmöglichkeit (Sprache, Begriffe,...) von Emotionen
- 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 et-

was“) → Suche nach dem was fehlt, oder nach Orientierung, um sich zu spüren

- unsichere Bindungserfahrungen → unsichere Bindungsrepräsentationen → fragile Selbstrepräsentanz
- 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

### Sekundäre Folgen

- Der eingeschränkte bzw. negative Selbstwert wird „sekundär“ verstärkt durch soziale Erfahrungen des Abgelehnt- und Ausgegrenzt-Werdens, was zu depressionsähnlichen Symptomen führen kann .
- Angst wegen der fehlenden Möglichkeit sich zu verstehen und der Erfahrung des Nicht-Verstanden-Werdens in sozialen Situationen. Diese Angst ist jedoch nicht angemessen zu kontrollieren, weil die Regulationsfähigkeit unzureichend ausgebildet ist.
- Festhalten am Schema „Ich als ADHS-Kind“, das zunehmend identitätsbildend wird.

### 4. Therapeutische Begegnungsformen

Allgemein anerkannt ist das Prinzip, dass bei der Komplexität der Störung nur ein kombiniertes Vorgehen zur Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien erfolgsversprechend ist: „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). Es kommt darauf an, die Kinder zu unterstützen, die Eltern zu begleiten und auch auf der Ebene des weiteren Lebensumfeldes, v.a. der Schule bzw. Kinder-

tageseinrichtung unterstützende Strukturen zu etablieren. Erfolgversprechend ist ein vernetztes Angebot, bei dem es sinnvoll ist, dass eine Fachkraft das Case-Management übernimmt (vgl. hierzu z.B. Fink 2004).

### Ebene des Kindes

Grundsätzlich 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. Dies entspricht nicht nur den Grundprinzipien des Personenzentrierten Ansatzes (PZA), sondern den zentralen Ergebnissen der Psychotherapieforschung. Die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn wird in der empirischen Psychotherapieforschung übereinstimmend seit etwa 15 Jahren als die zentrale Variable für das Therapieergebnis angesehen: „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen bestimmten Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, dann sind Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe et al. 1994, S. 775; ebenso: Orlinsky et al. 1994). In neueren Studien und Überblicksarbeiten wird deutlich, dass im Vergleich zu dem „unspezifischen Faktor“ der Therapiebeziehung „der Anteil der Erfolgsvarianz, der auf spezifische Techniken zurückzuführen ist, aufgrund von Metaanalysen und quantitativen Vergleichsstudien auf 5-15%“ geschätzt werden kann (Stucki 2004, S. 8, unter Berufung auf Norcross 2002). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Lambert & Barley (2002) sowie Wampold (2001) in ihren Analysen.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der ‚richtigen‘ oder ‚wirkungsvollsten‘ Technik oder Methode zunächst zurück zu stellen. Vielmehr geht es um - weitgehend unerforschte - ‚dahinter‘ liegende Fragen, nämlich: Wie sieht eine gute, **gelingende Beziehungsgestaltung** bei einem Kind mit einer ADHS-Symptomatik

aus? Wie ausführlich dargestellt, wird ADHS als „Selbststrukturstörung“ verstanden, die sich besonders in den Bereichen Bindung(sgestaltung) und Regulation(sfähigkeit) zeigt. Dies bedeutet, dass die therapeutische Begegnung/ das therapeutische Angebot auf der Ebene der psychischen Struktur ansetzt, um dem Kind/Jugendlichen mit einer ADHS-Symptomatik zu helfen, eine tragfähigere, stabilere innere Struktur zu entwickeln. Während es aus pädagogischer Sicht sicher sinnvoll ist, ihm eine Struktur von außen vorzugeben mit dem Ziel, dass diese internalisiert wird, liegt der psychotherapeutische Fokus darauf, ihm zu helfen, **seine psychische** Struktur zu entwickeln durch eine enge Bezogenheit zur TherapeutIn mit guter eigener Selbststruktur. Deshalb ist die konkrete Technik nicht das Entscheidende, sondern die Haltung, die Beziehung. Beim Anbieten korrigierender Beziehungserfahrungen müssen die kindlichen Bindungsbedürfnisse aufgegriffen werden. Dafür wird die personenzentrierte Grundhaltung adaptiert und ergänzt:

**Empathie:** Sich in den inneren Bezugsrahmen eines ADHS-Kindes, in seine spezifische Sichtweise von sich und von der Welt einzufühlen, erfordert viel Beziehungskompetenz, für die personenzentrierte Helferpersonen beste Voraussetzungen mitbringen. Für professionelle Hilfsangebote muss diese allerdings ergänzt werden um eine mit dem Ansatz kompatible, störungsspezifische Theorie, die erklären kann, wie die Störung des ADHS-Kindes in der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie in der Regulation seiner Impulse und Aufmerksamkeit entsteht und aufrechterhalten wird. Es geht also weniger um die Einfühlung in Inkongruenzen, sondern in das psychische Funktionieren des ADHS-Kindes.

**Wertschätzung:** Das Kind mit einer ADHS-Symptomatik braucht unbedingte Beachtung und Wertschätzung, und zwar für seine ganze Person, so wie es ist, unstrukturiert, unruhig, unkonzentriert, impulsiv. Als TherapeutIn kann man dem Kind diese umfassende Wertschätzung viel leichter entgegenbringen, wenn man sich in seine spezifische Binnenwelt hineinversetzen kann, wenn

man weiß, wie allein und isoliert es sich oft fühlt, wie es sich vergeblich um Anpassung bemüht und wie es unter den negativen Rückmeldungen der Umwelt leidet. Eine wichtige Grundlage für die wertschätzende Begegnung ist somit, die die Gewordenheit und die aktuelle (systemischen) Bedeutung der Symptomatik zu verstehen.

**Kongruenz oder Authentizität:** Das Kind mit einer ADHS-Symptomatik stellt TherapeutInnen vor eine schwere Aufgabe, was die eigene Echtheit angeht, da auch TherapeutInnen von dem ungesteuerten, hektischen und lauten Verhalten dieser Kinder schnell genervt sein können. Die Kongruenz der TherapeutIn kann für die Kinder aber auch eine Modellfunktion erfüllen, wenn es die TherapeutIn schafft, auf sich selber zu achten und Grenzen zu setzen, ohne dass das Kind dies als mit einer Schuldzuschreibung verbunden erlebt. Wenn der/die TherapeutIn bspw. das dringende Bedürfnis spürt, während der Stunde aufzuräumen oder sich vom hektischen Fußballspiel auszuruhen, dann soll er/sie das machen, wenn er/sie es als eigenes Bedürfnis deutlich kenntlich macht. Auch Streeck-Fischer (2009) spricht aus tiefenpsychologischer Perspektive von einer „Entwicklungstherapie“, bei der der „Sinn des Unbewussten nicht in den verborgenen, sondern in den konkreten Aktionen“ zu finden ist (ebd., S. 124). „Hier ist eine aktive Arbeit am Rahmen und an einer stabilen Beziehung erforderlich“, in der „real reagiert“ wird. Solche „authentischen Reaktionen setzen die Grenze, die er [der Pat. mit ADHS-Symptomatik; d. Verf.] bisher nicht erfahren konnte.... Eine solche Antwort ist nicht pädagogisch, sondern deutend im ureigentlichen Sinne. Es wird eine grenzziehende Gefühlsreaktion durch ein neues Entwicklungsobjekt angeboten, das in seiner Halt und Orientierung gebenden Funktion bisher nicht existiert hat“ (ebd.).

**Präsenz:** In der Beziehungsgestaltung ist eine hohe Präsenz der TherapeutIn gefordert, eine notwendige Ergänzung der personenzentrierten Grundhaltung. Da die Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit von Kin-

dem mit einer ADHS-Symptomatik beeinträchtigt sind, muss der/die TherapeutIn darauf achten, dass seine/ihre Präsenz vom Kind gespürt werden kann. Die Grundlage ist eine sehr enge, kleinschrittige Bezogenheit auf das Kind. Die TherapeutIn sollte sich allerdings auch nicht scheuen, diese Bezogenheit dadurch herzustellen, dass sie das Kind direkt anspricht oder berührt, wenn es zu sehr abgekapselt und beziehungslos in seiner Welt verbleibt. Auf der Basis einer (zunehmend) tragenden Beziehung ist es dann wichtig, folgende **Interventionsangebote** spezifisch zu gestalten:

**Angebote zur Strukturierung:** Sie ergeben sich durch den/die TherapeutIn unmittelbar durch die kongruente Nähe-Distanz-Regulation. Sie dient in erster Linie dazu, die therapeutische Beziehung erhalten zu können (s.o. die TherapeutIn muss „überleben“, muss die eigene Kontaktfähigkeit und Arbeitsfähigkeit sichern, z.B. durch zeitliche Begrenzungen etc.) – grundsätzlich gilt es, in sehr engem Kontakt mit dem Kind und seinen rasch wechselnden Impulsen/Bewegungen zu bleiben (Mitschwingen); dies ist extrem anstrengend. Es ist notwendig, die Störung als eine Missbalance zwischen Bindungs- und Explorationssystem zu verstehen. Für die therapeutische Begegnung hat dies die Konsequenz, dass die Balance zwischen dem Geben und Gewähren von Halt einerseits und dem Stützen und Anregen von Exploration und Kreativität andererseits sorgsam fokussiert werden muss. Das Bedürfnis des Kindes nach „Gesehen-Werden“ muss aufgegriffen werden.

**Ressourcenorientierung und -aktivierung:** Das Kind muss die Erfahrung machen, dass es eben nicht nur ein „ADHS-Kind“ ist, sondern dass eine vielfältigen Interessen, Begabungen und seine Lebendigkeit in der Beziehung als wertvoll erlebt werden.

### **Passgenaue Unterstützung bei der Selbstregulation – dies bedeutet:**

- Co-Regulation: verbale und nonverbale Unterstützung der Affektregulation des Kindes durch körperliches

„Mitgehen“, durch Verbalisierungen etc.; Dabei sind besonders Wechsel der Aktivität - auch auf der Ebene körperlicher Prozesse - zu beachten; Strukturierungshilfen sollen spiegelnd angeboten werden (z.B. klare Signale; Rückmeldungen; Hilfen zur Selbststeuerung).

- Genaue Affektspiegelung – diese dient dem Selbst-Verstehen des Kindes, aber auch der Erweiterung des Gefühlsspektrums.
- Qualität des Erlebens ausdrücken; Rückmeldungen geben (und entsprechende Selbst-Äußerungen des Kindes anregen): Wie erlebt das Kind sich selbst?
- Besondere Bedeutung haben Wechsel im Aktivitätslevel, der Spielform etc. – diese sollen angesprochen und thematisiert werden.

**Unterstützung bei Mentalisierungsprozessen:** Wie dargestellt, haben die Kinder mit einer ADHS-Problematik große Schwierigkeiten, eigene innere Zustände zu verstehen, in Worte zu fassen/zu symbolisieren und damit dem Bewusstsein und der Eigensteuerung zugänglich zu machen; gleiches gilt für das Erfassen und Verstehen der inneren Zustände anderer Personen. Damit dieser Prozess ‚nachgeholt‘ werden kann, sind entsprechende (verbale) Spiegelungen und Rückmeldungen wichtig, die dem Kind helfen sich zu spüren und dies zu symbolisieren. Dies gilt ebenso für die Interaktion. Streeck-Fischer und Streeck (2010) sprechen von der Behandlungstechnik des „antwortenden Modus“ in der Arbeit mit strukturell gestörten Kindern und Jugendlichen – hier geht es darum, sich als TherapeutIn „als real erreichbares Gegenüber im Austausch“ anzubieten. Folge ist, dass „der Patient sich dazu aufgefordert (sieht), sich nicht ausschließlich von eigenen Absichten und Handlungsimpulsen leiten zu lassen, sondern auch die Implikationen zu sehen, die sein Verhalten im Zusammensein mit anderen hat oder voraussichtlich haben wird“ (ebd., S. 447f). Eng verbunden mit der Unterstützung der Mentalisierung ist das **Guiding:** Kinder mit einer ADHS-Symptomatik haben Defizite im Bereich von Wahrnehmung und Regulation. Da die Fähigkeiten sich

selbst wahrzunehmen und zu kontrollieren in der ungestörten Entwicklung von den Bezugspersonen intuitiv „gelehrt“ werden, muss nun die TherapeutIn im Sinne einer korrigierenden Beziehungserfahrung diesen Prozess für das Kind aktiv gestaltend nachholen. Damit ist nicht gemeint, dem Kind von außen Strukturen aufzuerlegen, sondern das Kind darin zu unterstützen, sich selber, d.h. seinen Körper, seine Affekte, seine Beziehungen zu ändern genauer wahrzunehmen und sich zu regulieren zu lernen. Angelehnt an das Focusing nennen wir dieses aktive Vorgehen der TherapeutIn in den Bereichen Selbstwahrnehmung und –steuerung Guiding (Stumm et al., 2003): Die TherapeutIn nimmt wahr, was das Kind gerade erlebt, was es dabei vermutlich empfindet, wie es agiert oder reagiert, wie es mit sich, mit der TherapeutIn oder mit den Spielsachen umgeht. In seiner Rückmeldung bezieht er/sie sich auf diesen Erlebensprozess des Kindes und nicht primär auf die Inhalte des Geäußerten oder Dargestellten, gibt also keine Interpretation oder Deutung. Vielmehr versucht die TherapeutIn das in seiner/ihrer verbalen oder nonverbalen Reaktion auszudrücken, was das Kind selber nicht wahrzunehmen scheint. Im Rahmen der fein abgestimmten, engen Bezogenheit kann der/die TherapeutIn darüber hinaus die Aktivität des Kindes durch seine/ihre affektiven Rückmeldungen modulieren. Innerhalb einer schmalen Bandbreite kann die TherapeutIn durch abgeschwächtes oder verstärktes Mitschwingen das Verhalten des Kindes regulieren und so die inneren Voraussetzungen dafür schaffen, dass das Kind nach und nach diejenigen psychischen Strukturen etabliert, die für die Entwicklung einer eigenen Regulationsfähigkeit und bewussten Kontrolle erforderlich sind.

### **Ebene der Eltern**

Die Zusammenarbeit mit weiteren Bezugssystemen wie den Eltern und Kindertagesstätten bzw. Schulen sind unabdingbar; dabei muss sehr individuell auf die jeweilige Situation der Familie und ihre – manchmal begrenzten und erschöpften – Möglichkeiten eingegangen werden. In der Zusammenarbeit

mit den Eltern ist es zunächst wichtig, sie aufzuklären und zu entlasten. Sie benötigen dann Hinweise,

- wie ein strukturierter Tagesablauf zu gestalten ist, wie und in welcher Weise konsequentes Verhalten zu realisieren ist
- wie „Auszeiten“, also Abstandsphasen zwischen Eltern und dem Kind, umzusetzen sind und auch wie kommunikative Abläufe möglicherweise zu verändern sind, ohne dass es immer wieder zu Eskalationen kommt (dazu ist u.a. es nötig zu klären, wann „Wildheit“ gut und erwünscht ist, wann nicht)
- wie direkte eindeutige Rückmeldungen des Verhaltens an das Kind gegeben werden können (wenige, aber klare Regeln; „handeln statt reden“)
- wie es möglich ist, dass das Kind gezielte Aufmerksamkeit erhalten kann (weniger, aber volle Präsenz)
- wie die Wahrnehmung des Kindes vom Problemverhalten wieder auf die Stärken gerichtet werden kann
- wie positive gemeinsame Erlebnisse geschaffen werden können.

In der Kooperation mit den Eltern kann es auch darum gehen, eine mögliche transgenerationale Weitergabe von Traumafolgestörungen und Bindungsstörungen mit den Eltern zu thematisieren. Weiter geht es darum, die Bedeutung der Symptomatik für die Beziehungsdynamik im familiären System zu verstehen und darüber hinaus konkrete verbesserte Möglichkeiten des Zusammenlebens in der Familie zu entwickeln. Oftmals ist es nötig, grundlegend die Ebenen Eltern-Kind zu klären und (wieder) herzustellen. Eine hilfreiche Unterstützung kann Video-Feedback der Eltern-Kind-Interaktionen darstellen. Nicht zuletzt ist es wichtig, die oft abwesenden Väter zu gewinnen.

### Ebene des weiteren Umfeldes

Auch die ErzieherInnen und LehrerInnen müssen in ein Behandlungs- bzw. Unterstützungsprogramm einbezogen werden. Sie müssen unterstützt werden, einen kindgerechten, strukturierten

(Arbeits-)Rahmen in den Institutionen zu schaffen, in spezifischer Weise auf das Kind einzugehen, klare Antworten auf das Problemverhalten zu entwickeln, Auszeiten zu vereinbaren und eine ganzheitliche Wahrnehmung vom Kind (wieder) zu finden. Einige hilfreiche Maßnahmen können sein: Aufmerksamkeit fokussieren (z.B. klare Zeichen/berühren, nicht reden); enge Anbindung (Sitzplatz!); direkte Rückmeldungen; gemeinsam Zeichen für Auszeit vereinbaren; Bewegung zulassen („Extrajobs“...).

### 5. Fazit

Die Diskussion um das Thema ADHS wird in der Fachöffentlichkeit oft emotional aufgeladen geführt - nicht zuletzt deswegen, weil die zunehmende Medikamentengabe als schnelle ‚Antwort‘ auf seelische Probleme z.T. sehr junger Kinder einerseits starken Widerspruch erzeugt, andererseits psychotherapeutische ‚Antworten‘ viel Energie, Bereitschaft zur Kooperation und Verantwortungsübernahme aller Betroffenen erfordern. In der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist das Thema bisher nicht systematisch aufgegriffen worden. Dies mag daran liegen, dass das „ursprüngliche“ Konzept einer klassischen Spieltherapie (gar noch im nicht-direktiven Verfahren) den Kindern mit einer ADHS-Symptomatik nicht gerecht werden kann. Vermutlich integrieren viele Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereits Elemente aus anderen Therapieschulen. Der Beitrag wollte diese impliziten Erweiterungen des personzentrierten Konzepts deutlich machen und insbesondere Bezüge zu den ebenfalls beziehungsorientierten psychodynamischen Erklärungs- und Therapie-Ansätzen aufzeigen. Wenn es darum geht, Kinder mit frühen Regulations- und Bindungsstörungen - die wiederum mit Störungen in der Selbst-Struktur-Entwicklung verbunden sind - grundlegend und ganzheitlich therapeutisch zu erreichen, so wird dies nur durch eine reflektierte Beziehungsgestaltung gelingen. Strukturierte Programme mögen dazu unterstützend hilfreich sein, der Umbau innerpsychischer Strukturen erfolgt jedoch in erster Linie darüber, dass

neue Erfahrungen in der Interaktion erlebt werden. In der störungsspezifischen Weiterentwicklung kann der PZA zur Erklärung und Behandlung von ADHS einen substanziellen Beitrag leisten. Durch die Entwicklung größerer Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung und Selbstregulation können die Betroffenen ein zufriedeneres Leben führen, ohne auf Medikamente zurückgreifen zu müssen.

### Literatur

- Becker, K., El-Faddagh, M., Schmidt, M.H. (2008). Interaction of dopamin transporter genotype with prenatal smoke exposure on ADHD Symptoms. *Journal of Pediatrics* 152, S. 263-269.
- 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.
- Bock, J. & Braun, K. (2006). Der Einfluss frühkindlicher emotionaler Erfahrungen auf die Gehirnentwicklung. In: Zabransky S. (Hrsg.) SGA-Syndrom Intrauterine Wachstumshemmung: Risiken für die Entwicklung des Nervensystems. Conte Verlag, Saarbrücken
- Bradley, R.H. & Corwyn, R.F. (2007). Infant temperament, parenting, and externalising behaviour in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, S. 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. (2004). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*, 2, 29-44.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesärztekammer (2006). Stellungnahme zur ‚Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)‘ – Langfassung. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3165> [Zugriff: 3.8.2010].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008). GEK-Report. 15.10.2008: Keine leitliniengerechte Behandlung von ADHS. <http://www.bundespsychotherapeutenkammer.org/show/1760482.html> [Zugriff: 3.8.2010].



- Carey, W.B. (2009). Der Umgang mit dem kindlichen Temperament. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Frankfurt: Brandes & Apsel, S. 76-90.
- Cremerius J. (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, S. 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 überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe, (S.151-186).
- Dornes, M. (2008). Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. Frankfurt/M.: Fischer
- Fink, M. (2004). AD(H)S- Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis. *Psychotherapeuten-Journal*, 2004, H. 2, (S.115-120).
- Fonagy, P. (2009). Bindung, Trauma und Psychoanalyse – wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Frankfurt: Brandes & Apsel, S. 40 – 61.
- Fonagy, P. & Target, M., (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): Adoleszenz, Bindung, Destruktivität, S. 105-135. Stuttgart: Klett-Cotta
- Frohlich-Gildhoff, K. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebhardt, B., Finne, E., v, 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).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2006). Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnerkranklicher 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. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, (S. 222-237).
- Hüther, G. & Bonney, H. (2002). Neues vom Zappelphilipp. ADS: Vorbeugen, Verstehen und Behandeln. Düsseldorf und Zürich: Walthers.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010, i.Dr.). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Tagungsband Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Wien.
- Laucht, M., Schmidt, M., Esser, G. (2004). Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späten Kindesalters? In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber, S. 339-356.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Lehmkuhl, G. (2009). Entwicklungsrisiken und ihre Folgen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Frankfurt: Brandes & Apsel, S. 62-69.
- Lüpke, v. H. (2006). Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie. In: M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.). ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (S.169-188).
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A.E. Bergin/L.S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.) (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern- und Kindbeziehung. Bern, Göttingen: Huber.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). Emotionale Kompetenz bei Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Quaschner, K. & Theisen, F.N. (2005). Hyperkinetische Störungen. H. Remschmidt (Hrsg.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 4. überarbeitete und erneuerte Auflage. Stuttgart: Thieme, (S.156-164).
- Resch, F. (2004). Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In: M. Papousek, M. Schieche, & H. Wurmser, (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen: Huber. (S.31-48).
- Rogers, C. R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG-Verlag
- Schmeck, K. (2003). Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, (S.157-174).
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003). ADS/ADHS und Familie – Die Bedeutung familiärer Faktoren für die Symptomenentstehung. *Persönlichkeitsstörungen*, H. 7, (S.95-104).
- Spitzer, M. (2002). *Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg, Berlin: Spektrum..
- 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. & Streeck, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59.Jg, H.6, S. 435-452.
- Streeck-Fischer, A. (2009). ADHS aus empirischer und klinischer Perspektive. In: Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J. & Target, M. (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Frankfurt: Brandes & Apsel, S. 118-125.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglect“ bei der Aufmerksamkeits-Defizit- und –Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 2006, H. 2, (S.80-90).
- Stucki, C. (2004). Die Therapiebeziehung differenziell gestalten. Dissertation an der Universität Bern. Online verfügbar: [www.zb.unibe.ch/download/eldiss/04stucki\\_c.pdf](http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/04stucki_c.pdf) [30.07.2007].
- Stumm, G., Wiltschko, 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. Kohlstamm, J.A. Bates, & M.K. Rothbart, (Eds.). *Temperament in Childhood*. New York: Wiley.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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