

Werkstatt ADHS

ADHS – ein Risikofaktor für Bindungsstörungen

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Bindungsstörung – posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Diese Trias hängt zusammen, die einzelnen Störungen sind jedoch strikt voneinander zu trennen. Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Huss aus Mainz gab bei der „Werkstatt ADHS 2019“ in Hamburg einen Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei psychiatrischen Erkrankungen.



Kinder mit ADHS haben meist gestörte Sozialkontakte.

Eine Sonderstellung fällt der ADHS zu, die anders als Bindungsstörungen und PTBS nicht durch ein Trauma ausgelöst wird, sondern eine neurobiologische Erkrankung darstellt. „ADHS ist ein Risikofaktor für Bindungsstörungen beziehungsweise PTBS“, sagte Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Dr. Michael Huss. Aber nicht jedes ADHS-Kind habe eine reaktive Bindungsstörung laut ICD-10, auch wenn in der Regel seine sozialen Kontakte gestört seien. Bindungsstörungen und PTBS kämen von außen und könnten sich auch sehr ähnlich darstellen, aber anamnestisch sollte es nach Möglichkeit gelingen, sie voneinander zu unterscheiden.

ADHS-Kinder sind häufig Außenseiter und haben ein erhöhtes Risiko, geschlagen zu werden, erläuterte Huss. Beides fördert die Entwicklung einer Bindungsstörung, körperliche Gewalt wiederum kann zu einer PTBS führen. Aber die Therapie der ADHS ist durch die Gabe von Stimulanzien sehr viel einfacher als bei einer Bindungsstörung oder PTBS. „Wenn sie dem Kind vor Therapiebeginn erklären, dass es mit dem Medikament in der Schule besser aufpassen kann, ist die Chance größer, dass die Therapie gelingt“, riet Huss.

Unterschiedliche Bindungsstile

In der Forschung werden bindungssichere Menschen (Typ B) von den bindungsunsicheren Typen A (unsicher-

vermeidend gebundene Kinder) und C (unsicher-ambivalent gebundene Kinder) unterschieden. 60–70 % der Bevölkerung zählen zur Gruppe B, so Huss. Typ-A-Kindern könnten typischerweise ihre Gefühle nicht so gut zum Ausdruck bringen, seien aber in der Regel pflegeleicht. Typ-C-Kinder hingegen sind enthemmt, „sie stressen und hauen auf den Putz“. Davon abzugrenzen sind Kinder mit Bindungsstörungen aufgrund von tief in die Seele eingebrannten Problemen, die häufig vor sich hinstarrten. Auslöser ist in der Regel ein Entwicklungs-trauma durch Misshandlung, Missbrauch, Liebesentzug oder drakonische Strafen. Auch in der ganz frühen Entwicklungsphase ist ein solches Trauma möglich, Stichwort: Kaspar-Hauser-Komplex. Als weitere mögliche Ursache wird ein schweres Schädel-Hirn-Trauma in der Kindheit diskutiert.

Eine Bindungsstörung kann in schweren Fällen in ein PTBS übergehen. „Dann besteht dringender Handlungsbedarf“, sagte Huss. Häufig litten solche Kinder auch unter Schlafstörungen oder Depressionen. Charakteristisch für viele PTBS-Patienten sei im weiteren Verlauf, dass sie Gefahren nicht einschätzen könnten, instrumentalisierende Beziehungen eingingen oder gegen Geld ganz viele Dinge machen würden, die gesellschaftlich nicht akzeptiert seien. Wie es zu dieser Entwicklung komme, sei unklar.

Verschiedene Therapieoptionen

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowohl mit Bindungsstörung als auch mit PTBS basiert wesentlich auf Psychotherapie. Dabei ist häufig besonderes Fingerspitzengefühl erforderlich. „Wenn ein Patient traumatische Ergebnisse nicht von sich aus berichtet, sollte nicht nachgefragt werden“, sagte Huss. Bei jeder Form von Traumatisierung sollte das Kind über die Steuerung der Information entscheiden. Bei Patienten mit schwerem PTBS, mit Hyperarousal, Schlafstörungen und Panikattacken, ist begleitend eine Pharmakotherapie nötig.

Gehäuft von Bindungsstörungen betroffen sind außer ADHS- auch Adoptiv- und Scheidungskinder. Das „parenting“ sei hier beeinträchtigt, was ebenfalls schwer zu therapieren sei, so Huss.

Von Kindern mit Bindungsstörungen abzugrenzen sind Kinder, die ein fetales Alkoholsyndrom (FAS) mit ZNS-Auffälligkeiten hatten. Solche Fälle würden unterschätzt und seien in der Praxis ein massives Problem. Auch diese Kinder würden häufig Bindungsunsicherheit entwickeln und zeigten sich im sozialen Kontakt häufig arglos oder als Mitläufer. Behandelt würden FAS-Kinder klassisch wie Kinder mit ADHS. *Roland Fath*

Huss M. ADHS und Bindungsstörung. Praxis-Workshops „Werkstatt ADHS 2019“ (Medice), Hamburg, 5./6. April 2019