

## Redaktion

J. Eckert, Hamburg

Annette Streeck-Fischer

Krankenhaus für Psychotherapie und psychosomatische Medizin, NLKH Tiefenbrunn, Rosdorf/Göttingen

## „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung

**Als Neglekt wird in der Neurologie eine Orientierungsstörung bezeichnet, die in der Unfähigkeit besteht, kontralateral zur betroffenen Hemisphäre Stimuli zu beachten, darauf zu reagieren oder sie zuzuordnen. Die Symptomatik eines Neglekts kann sich als fehlende Beachtung einer Körper- oder Raumseite äußern. Auf Ansprache wenden sich die Patienten immer zur gesunden Seite (Rohkamm 2000, S. 132).**

Auch im Umkreis der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) scheint es so etwas wie einen Neglekt zu geben – zwar nicht als neurologisch bedingte Orientierungsstörung, dennoch nicht unähnlich den Phänomenen halbierten Wahrnehmung – und das gleich in dreifacher Hinsicht:

- am Kind selbst, an dem kaum mehr als die Aufmerksamkeitsstörung gesehen wird,
- auf der Ebene von Theorie, indem wichtige Informationen, die über das Kind vorliegen, nur peripher in Rechnung gestellt werden, und
- in Verbindung mit der Diagnostik, indem angesichts der scheinbar einfachen und schnell zu stellenden Diagnose wichtige Teile der psychischen, mentalen und körperlichen Existenz des Kindes nicht gesehen werden.

In kinderärztlichen und -psychiatrischen Praxen bürgert sich die Diagnose ADHS

– obwohl nicht unumstritten – mehr und mehr ein. Zunehmend gewinnt sie auch bei psychisch auffälligen Erwachsenen an Bedeutung. Dementsprechend breitet sich auch der Einsatz der „Wunderdroge“ Methylphenidat (z. B. Singh 2002) nicht nur bei jungen Menschen, sondern auch im Erwachsenenalter immer mehr aus.

Aber was für ein Störungsbild ist das, das 83 Wissenschaftler veranlasst, eine öffentliche Stellungnahme zu unterzeichnen, mit der darauf hingewiesen werden muss, dass es sich hier um eine Störung handelt, „eine Störung, mit der wir alle sehr vertraut sind und der viele von uns wissenschaftliche Studien, wenn nicht sogar ein ganzes *Forschungsinteresse* gewidmet haben“ (Barkley 2002)? Dabei meinen die Unterzeichner, sich Berichten entgegenstellen zu müssen, die behaupten, ADHS sei ein Märchen, ein Schwindel oder eine gesunde Lebensäußerung von temperamentvollen Kindern.

Obwohl in der „International Classification of Diseases- (ICD-)10“ und im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)IV“ als diagnostische Kategorie aufgeführt, spaltet dieses Störungsbild Gruppen von Kinderärzten, Kinderpsychiatern, Kindertherapeuten und Psychologen anhaltend. Während die einen die Diagnose ablehnen, oft auch deshalb, weil sie mit bestimmten therapeutischen Implikationen verknüpft ist, verbreiten andere sie geradezu mit missionarischem Eifer, der – soweit nicht von ökonomischen, mit der pharmazeutischen Industrie verknüpften Interessen getragen –

an Vorstellungen von Weltverbesserung denken lässt.

Am Störungsbild der ADHS verdichten sich nicht nur unterschiedliche Ideologien des Heilens und therapeutischen Handelns, sondern auf dem Markt der therapeutischen Möglichkeiten tun sich auch unerwartet militante Auseinandersetzungen auf, die sich zu einem Teil mit unterschiedlichen Krankheitstheorien und -ideologien erklären lassen, zu einem anderen Teil auch berufspolitischen und ökonomischen Interessen folgen, selten jedoch das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt stellen.

Methylphenidat (Ritalin) und Verhaltenstherapie [vgl. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DG-KJP); <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/kjpp-033.htm>] gelten in der Regel als therapeutisches Mittel der Wahl bei der ADHS, beides Behandlungen, die einen reparativen Ansatz verfolgen. Psychodynamische Sichtweisen zielen demgegenüber auf das ungesehene, mangelhaft geförderte und unterstützte Kind ab, werden aber trotz zahlreicher Veröffentlichungen in den letzten Jahren (z. B. Bovensiepen et al. 2002; Hütter u. Bonney 2002; Häußler 2002) im öffentlichen Diskurs wenig zur Kenntnis genommen. Im Gegenteil wird der Psychoanalyse – und mitgemeint ist meist auch die psychodynamische Psychotherapie – unterstellt, sie sei unwissenschaftlich, zumal die neurobiologische Forschung angeblich gezeigt habe, dass Theorien, die auf den „psychotoxischen Effekt

der Mutter“ hinweisen, obsolet seien (Singh 2002). Die moderne biologische Psychiatrie könne demonstrieren, dass physiologische und genetische Faktoren diese Störung bestimmen.

So scheiden sich am Störungsbild der ADHS die Geister – die Anhänger vermeintlich obsoletter psychodynamischer Perspektiven und die Anhänger einer vermeintlich modernen wissenschaftlichen Psychiatrie.

## Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung

### Biomedizinische Sicht

Die Diagnose verlangt das Vorliegen eines abnormen Ausmaßes an Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, die situationsübergreifend und andauernd sind. Nach ICD-10 müssen sechs der unter Unaufmerksamkeit (■ Tabelle 1), drei der unter Überaktivität und mindestens eines der unter Impulsivität aufgeführten Symptome vorliegen. Die Symptomzusammenstellung kann variieren, insbesondere dann, wenn es sich um eine kombinierte Störung handelt (ADHS in Verbindung mit Störung des Sozialverhaltens). Die Diagnose kann nur gestellt werden, wenn eine vorgegebene Anzahl von Symptomen vorliegt („cut off“), und ist an dimensional Klassifikationssystemen orientiert: Um diagnostische Kategorien zu erfassen, werden standardisierte Interviews verwendet; empirisch gewonnene Dimensionen basieren auf der methodischen Grundlage der Psychometrie und multivariater statistischer Analysen. Außerdem werden, wie in der dimensional Diagnostik üblich, ausschließlich Symptome berücksichtigt. Demgegenüber bezieht eine kategoriale Diagnostik auch andere Kriterien ein, beispielsweise den Beginn, die Dauer der Störung und ätiologische Faktoren (Döpfner u. Lehmkuhl 1997). Die dimensionale Diagnostik führt gleichsam zu einer Oberflächen- oder Horizontaldiagnose, die verschiedene andere Störungsbilder, wie Angststörungen, Borderlinestörungen oder depressive Störungen mit unruhigem Verhalten, dann miteinbezieht, wenn diese Symptome zeigen, die in der ADHS-Symptom-Checkliste aufgeführt sind. Da dies in der Regel der Fall ist, gibt es praktisch

Tabelle 1

### Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

Unaufmerksamkeit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, sonstigen Arbeiten und Aktivitäten</li> <li>2. Sind nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten</li> <li>3. Hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird</li> <li>4. Können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens, oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden können)</li> <li>5. Sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren</li> <li>6. Vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausarbeiten, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern</li> <li>7. Verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Tätigkeiten wichtig sind, z. B. Unterrichtsmaterialien, Bleistifte, Bücher, Spielzeug und Werkzeuge</li> <li>8. Werden häufig von extremen Stimuli abgelenkt</li> <li>9. Sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich</li> </ol>
Überaktivität	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zappeln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen</li> <li>2. Verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird</li> <li>3. Laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem möglicherweise nur ein Unruhegefühl)</li> <li>4. Sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten, sich ruhig mit Freizeitbeschäftigungen zu befassen</li> <li>5. Zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch die soziale Umgebung oder Vorschriften nicht durchgreifend beeinflussbar sind</li> </ol>
Impulsivität	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist</li> <li>2. Können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten nicht, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen</li> <li>3. Unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein)</li> <li>4. Reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren</li> </ol>

keine Aufmerksamkeitsstörung ohne ein anderes Störungsbild (Barkley 2003).

Die ADHS geht zu 30–50% mit oppositionellem, dissozialem Verhalten (Störung des Sozialverhaltens), zu 20–30% mit Lernstörungen bzw. Teilleistungsschwächen, zu 20% mit Angststörungen, zu 15% mit depressiven Störungen und zu 20% mit Tic-Störungen einher. Traumatische Belastungen werden in der Regel nicht berücksichtigt, obwohl in einem hohen Prozentsatz (22%; Teicher et al. 2002) von deren Vorliegen auszugehen ist.

Angeichts dieser hohen Komorbidität wird darum auch diskutiert, ob Hyperaktivität eher als Störung oder eher als Risiko (Taylor 1995) anzusehen ist. Bei einem Risiko würde es sich um ein Kontinuum einer Auffälligkeit mit verschiedenen Ausprägungen

handeln, bei einem Störungskonzept müsste ein qualitativer Wechsel vorliegen.

Temperamentsforscher kritisieren dementsprechend (z. B. Carey 1999), dass mit diesem Störungsbild und dem Cut off bei einer bestimmten Anzahl von Symptomen normale Temperamentsvariationen pathologisiert würden.

Die dimensionale Definition eines Störungsbildes und die dimensionale Betrachtung von Störungen widersprechen psychodynamischen Konzepten, die sich um die kategoriale Bestimmung von Störungsbildern bemühen, also um Störungsbilder, die von ihrer Symptomatik, ihrer Verursachung und den damit verbundenen Erklärungen ein einheitliches Bild ergeben. Aus psychodynamischer Sicht handelt es sich um eine „Undiagnose“. Sie wird darum

nicht selten außer Acht gelassen, beispielsweise dann, wenn Hyperaktivität des Kindes als Folge einer Angststörung verstanden oder Impulsivität infolge einer mangelnden Impulskontrolle auf eine Frühstörung zurückgeführt wird.

## Psychodynamische Sicht

Zu einer psychodynamischen Diagnose gehören die Symptomatik, der erreichte Entwicklungsstand des Kindes, seine damit verbundenen Ich-Fähigkeiten und das Niveau seiner Objektbeziehungen. Eine einheitliche Nosologie für ADHS gibt es aus psychodynamischer Sicht nicht.

In 30 Erstanträgen für analytisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<sup>1</sup> von Kindern, bei denen vom Kinderarzt, Kinderpsychiater oder Allgemeinarzt die Diagnose ADHS gestellt wurde, bewegten sich die psychodynamischen Diagnosen auf einer Palette von narzisstischen Störungen, Depressionen, Angststörungen, Borderlinestörungen, dissozialen Störungen, Frühstörungen oder Anpassungsstörungen. Besonders häufig fand sich die Diagnose einer narzisstischen Entwicklungsstörung. Das ist insofern bemerkenswert, als die ICD-10 die Diagnose einer narzisstischen Störung nicht vorsieht. Eine narzisstische Störung im Kindes- und Jugendalter verweist jedoch häufig auf vorliegende Entwicklungsdefizite, wie Teilleistungsschwächen oder Lernstörungen, die die narzisstische Selbstwertproblematik aktivieren.

Obwohl die Aufmerksamkeitsstörung aus psychodynamischer Sicht nicht als ein Problem für sich gesehen und verstanden wurde und wird, gibt es bereits früh Ansätze, die Unruhe dieser Kinder zu erklären. Anna Freud sah die motorische Unruhe als eine Form der Erleichterung gemäß dem Lustprinzip bei zunehmender Irritation (A. Freud 1968). Mahler (1986) hat darauf hingewiesen, dass in solchen Fällen die motilitätskontrollierende Funktion des Ich mangelhaft entwickelt sei; der motorische Drang schwäche die integrative Gesamtpersönlichkeit und gehe mit einer emotionalen Inkontinenz und Fixierung in der affektmotorischen Sphäre einher.

An anderer Stelle beschreibt Mahler (1986) die Bewegungsunruhe auch als Angstabwehr. Klein (1981) spricht vom Kontrollbedürfnis des Kindes, „bedrohliche Objekte“ zu bannen. Segal (1957) sieht in der Unruhe eine Form der Bewältigung von Objektverlust. Winnicott (1935) hat den Begriff der manischen Abwehr verwendet, um damit die Abwehr depressiver Gefühle bzw. eine Bewältigung von Objektverlust zu erklären (vgl. Berger 1993). Die Hyperaktivität wird als ein Zweithautphänomen beschrieben (Bick 1968): Unruhe dient danach als Schutz vor und Abwehr von Desintegration, Hyperaktivität wird mit einer mangelhaft entwickelten Reizschutzbarriere infolge früher Traumatisierungen (Khan 1963) in Verbindung gebracht, die Reizoffenheit des Kindes führe zu unmittelbaren motorischen Reaktionen.

Hyperaktivität, Impulsivität und mangelnde Aufmerksamkeit werden sowohl unter konfliktodynamischen Aspekten als auch als Folge von Einschränkungen der Ich-strukturellen Entwicklung verstanden. Im ersten Fall dient ADHS als Abwehr- und Schutzverhalten gegenüber belastenden oder bedrohlichen inneren und äußeren Gefahren, beispielsweise zur Vermeidung unerträglicher Gefühle bei Depression oder Angst. Im anderen Fall stehen Aspekte der Entwicklungsstörung im Vordergrund, z. B. Ich-strukturelle Störungen, wie mangelnde Spannungstoleranz und Impulskontrolle oder das Fehlen der synthetisch-integrativen Funktion des Ich (Gilmore 2000).

Am eindrücklichsten wird die ADHS-Problematik aus psychodynamischer Sicht in der Interaktion mit anderen deutlich. An der folgenden Beschreibung einer sich in den ersten Stunden entwickelnden Interaktion, die eine Kindertherapeutin in ihrem Erstantrag für eine analytische Therapie mit einem 10-jährigen Jungen beschreibt, zeigen sich ausgeprägte Störungen in der Beziehungsaufnahme und Entwicklungsblockierungen, die mit der ADHS in Verbindung stehen und als Bewältigungen den Jungen offenbar entlasten.

„Nach langem Hin und Her, vielen Telefonaten und Absagen und erneuten Überlegungen kommt eine Stunde mit J. zustande. J. schlurft misstrauisch die Treppe hinauf, taktiert mich ‚böse‘ von oben bis unten und begrüßt mich misstrauisch, fast

unfreundlich, gönnerhaft, von oben herab. Es fällt schwer, ihn zu mögen. Die eigene Freundlichkeit bleibt wie im Halse stecken. Der Gedanke an ‚das Wunschkind‘ schießt mir [Therapeutin] durch den Kopf, und ich überlege, wie viel Ablehnung er wohl erfahren hat und erfährt. Er ist nicht hübsch, dicklich, klein, konturlos und bebrillt. Mund und Augen sind zusammengekniffen. Zugleich scheint er die Rollen umzudrehen, wohl im Sinne einer Identifikation mit dem Aggressor, fragt mich, ob ich hier wohne und macht mir unmissverständlich deutlich, dass er nicht habe kommen wollen und auch wieder gehe, wenn es ihm passt. Wenig Mütterliches spüre ich in der Gegenübertragung, sondern Ärger und Wut. Ich bin wie in ‚Hab-Acht-Stellung‘, wie ‚zum Kampf bereit‘. Erst im Nachhinein spüre ich seine Not, seine unendliche Angst und Traurigkeit, nicht aber in den Stunden. Da bindet er diese Gefühle und mich, zwingt mich, in Regelspielen wie ‚Mensch ärgere Dich nicht‘, ‚Malefiz‘ und ‚Monopoly‘ in einen analen Kampf, fast wie auf Leben und Tod, verbissen, ohne Lust am Spiel und ohne Freude.

Er lacht hämisch, wenn ich verliere, verspottet mich, und ich fühle mich wie körperlich geschlagen – wohl Erfahrungen, die er in mir deponiert. Jegliche Leichtigkeit, alles Spielerische sind verflogen. Ich fühle mich kontrolliert, entwertet und wie ausgeraubt und sehe das als Hinweis auf seine eigenen Gefühle tiefer Wertlosigkeit. Wir kleben aneinander, es gibt keinen Raum der Möglichkeiten, Gedanken, Fantasien zwischen uns, nur Kampf einerseits, den anderen ‚niederzumachen andererseits‘.

Immer wieder versuche ich, mich daraus zu befreien und zu distanzieren und suche nach guten Gedanken und Gefühlen in mir, was mir unendlich schwer fällt und mir erst im Anschluss an die Stunden gelingt. Ich darf nichts ansprechen, kein Gefühl benennen, sofort verbietet er mir den Mund. Ich solle aufhören zu labern, beschimpft er mich, als sei die Sprache als trennendes Element gefährlich, als drohe eine Katastrophe, würden die Konflikte deutlich gemacht. Er wirkt dann wie ein kleiner Vulkan. Kaum scheint er in der Lage, Affekte auszuhalten oder Triebsausbrüche zu kontrollieren. Gleichwohl kann J. nicht gehen, zögert das Stundenende und den Abschied hinaus, räumt nicht

<sup>1</sup> Diese Anträge wurden von der Autorin im Rahmen des Gutachterverfahrens gesichtet (Streck-Fischer).

auf und verweist so auf seine schwere Trennungsproblematik.

Mithilfe einer omnipotenten manischen Abwehr, mithilfe von Spaltung und projektiver Identifikation mag J. versuchen, depressive Ängste bzw. immense Trennungs- und Verlustängste in Schach zu halten. Seine Abwehr dient wohl auch der Selbst- und Objektbegrenzung auf dem Hintergrund eines erheblichen Autonomie- und Abhängigkeits-Konflikts. Das partiell unreife Ich wirkt äußerst bedroht, sodass der Kern der Störung im Bereich der Selbstregulierung und Kohärenz liegen dürfte“ (Frey 2004; mit freundlicher Erlaubnis aus einem Therapieantrag entnommen).

In dieser Interaktionsbeschreibung wird eine Reihe von Problemen deutlich. Die Therapeutin reagiert initial mit Ablehnung. Sie reagiert auf ein frühes implizites Beziehungsmodell, nämlich die frühe Ablehnung des Kindes (unerwünschtes Kind). Die Therapeutin verweist auf ein ambivalent/verstricktes Beziehungsmuster, das von Kampf und „Hab-Acht-Stellung“ gekennzeichnet ist. Sie beschreibt die Abwehr gegen Gefühle von Traurigkeit und Angst. Es entwickeln sich sadomasochistische Inszenierungen an Regelspielen, als ginge es um Leben und Tod. Der Junge zeigt Probleme, überhaupt zu spielen. Und es wird eine ausgeprägte Selbstwertstörung deutlich. Ein spielerischer Raum kann nicht eröffnet werden, ein Raum, in dem gedacht, geredet, gehandelt und gespielt werden könnte; ein „potenzieller Raum“ fehlt. Die Sprache wird nicht als Kommunikationsmittel verstanden, sondern erscheint gefährlich, weil damit Dinge benannt werden, die beschämend und demütigend sein könnten. Trotz all dieser negativen Erfahrungen ist diese Inszenierung einer unerträglichen Beziehung offenbar noch erträglicher als die Trennung. Die ADHS-Symptomatik erscheint als ein erträglicher Kompromiss zum Umgang mit inneren und äußeren Gefahren.

### Exkurs zur Geschichte

Heinz Hoffmann hat im Struwwelpeter (1859) die Problematik des Zappelphilipps anschaulich dargestellt. Damals wurde die ADHS als ein pädagogisches Problem wahrgenommen (Seidler 2004). In

Psychotherapeut 2006 · 51:80–90  
DOI 10.1007/s00278-006-0476-z  
© Springer Medizin Verlag 2006

Annette Streeck-Fischer

## „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

### Zusammenfassung

Er sei ein Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung- (ADHS-) Kind. Er könne sich auf nichts richtig einlassen und könne auch nicht richtig spielen. Zuhause gebe es große Machtkämpfe mit viel Gebrüll. Er habe keine Freunde, sitze meistens allein am Computer, sonst habe er keine Interessen. Er leide unter Schlafstörungen, schlafe nur mit Licht, komme oft ins Bett der Eltern; hier mache er richtig „Ramba Zamba“. Was ist mit diesem Kind? Ist es nur unerzogen? Hat es Angst – in der Schule und allein? Leidet es unter der Trennung? Oder liegt vielleicht ein genetisches Entwicklungsproblem vor? Es wird dem eigentümlichen „Neglekt“ nachgegangen, der sich mit der Diagnose eines ADHS verbindet. Einseitige Betrachtungsweisen haben implizit mit diesem Störungsbild zu tun,

das einlädt, die vorliegende Entwicklungsstörung in ihrer psychischen kognitiven und körperlichen Komplexität zu vernachlässigen. Bei kritischer Betrachtung biomedizinischer und psychodynamischer Modelle wird deutlich, dass es weiterführende Konzepte und Forschungsergebnisse gibt, die nicht nur die Problematik des Störungsbildes erhellen, sondern hilfreich für die Therapie dieser Kinder sind. Auf die Besonderheiten einer psychodynamischen Entwicklungstherapie wird ausführlicher eingegangen.

### Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung · Neglekt · Entwicklungsstörung · Psychodynamik · Psychotherapie

## “Neglect” in attention-deficit hyperactivity disorder

### Abstract

They say he is an attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) child. He cannot engage in anything and cannot even play as normal. At home fierce and very loud power struggles are frequent. He has no friends, mostly he is sitting alone before his computer and he has no other interests. He suffers from sleep disturbances, he sleeps only with the light on, he comes often into the bed of the parents, where he makes a fuss. What does this child have? Is he only ill-bred? Is he anxious – at school or at home? Does he suffer from separation? Or is it a matter of a genetic development problem? The strange phenomenon of “neglect” is traced here in connection with the diagnosis of an ADHD. Lopsided considerations are implicitly connect-

ed with this disorder and entice to neglect the developmental disorder in its psychic cognitive and somatic complexity. In a critical review of biomedical and psychodynamical models, it becomes apparent that newer concepts and results in research are, beside further illuminating this disorder, also helpful for the therapy of these children. Finally, a detailed discussion of the specificities of a psychodynamic developmental therapy follows.

### Keywords

Attention-deficit hyperactivity disorder · Neglect · Differential diagnostics · Complex developmental disorder · Psychodynamic therapy



den 50er- und 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die Problematik des unruhigen und unaufmerksamen Kindes mit einer minimalen zerebralen Dysfunktion, einer leichten Hirnschädigung bzw. -funktionsstörung in Verbindung gebracht. Die Diagnose einer minimalen zerebralen Dysfunktion („minimal cerebral dysfunction“, MCD) sollte beides fassen, die ADHS sowie die häufigen Teilleistungsschwächen dieser Kinder. Diese Kombination von Aufmerksamkeitsdefiziten, motorischen und Wahrnehmungsdysfunktionen, hielt jedoch einer genaueren Überprüfung nicht stand. Vielmehr zeigte sich, dass die Symptome der MCD zwar zu einer Verstärkung psychiatrischer Risiken führen können, jedoch auch bei Gesunden vorkommen (Schmidt 1987). Die Entwicklung der Diagnose ADHS ist eng mit der Feststellung verknüpft, dass Stimulanzien bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen zum Teil deutliche und positive Veränderungen bewirken (Bradley 1937). Die ADHS wird heute vor allem als genetische Störung aufgefasst, die für viele rechtfertigt, Medikamente als Mittel der Wahl zur Unterstützung beeinträchtigter neurophysiologischer Funktionen einzusetzen.

## Biomedizinische versus psychodynamische Erklärungsmodelle

### Gene versus Umwelt

Die ADHS wird als genetische Störung angesehen, die u. a. mit Auffälligkeiten im Hirnstoffwechsel und der neuronalen Entwicklung einhergeht.

In Familienstudien von Kindern mit ADHS wurde eine höhere Prävalenz von 10–35% als in Familien ohne ADHS festgestellt. Zwillingsstudien haben ergeben, dass die Konkordanz bei monozygoten Zwillingen mit 0,75–0,91 hoch ist (Levy et al. 1997). Eine ähnlich hohe Konkordanz findet sich auch bei oppositionellen Verhaltensstörungen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (Rutter 2002). Adoptionsstudien verweisen darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, eine ADHS zu entwickeln, höher ist, wenn die leiblichen Eltern eine entsprechende Störung haben; auch dann, wenn diese Kinder direkt nach der Geburt adoptiert wurden. Untersuchungen an Ratten haben jedoch erge-

ben, dass genetisch belastete unruhige Embryonen – in unbelastete Rattenmütter eingepflanzt – völlig unauffällige Entwicklungen nehmen können (Hüther, mündliche Mitteilung).

Wiederholt wird betont, dass der genetische Risikofaktor lediglich eine dimensionale, jedoch keine kategoriale Bedeutung habe. Die ADHS wird als ein Extrem eines Verhaltens betrachtet, das genetisch durch die gesamte Population hindurchgehe. Selbst eine Erblichkeit von 90% schließt nicht aus (Rutter 2002), dass Umweltfaktoren massive Auswirkungen auf die Entwicklung einer solchen Störung haben. Die Genforschung kann auch Gene für Religiosität, für die Trennung der Eltern, für die Wahl des Medizinstudiums u. Ä. nachweisen (Rutter 2002).

Trotzdem werden die Ergebnisse der Genforschung oft einseitig und ohne Berücksichtigung von Umwelteinflüssen verabsolutiert. Eher selten wird darauf hingewiesen, dass Gene, die wir seit über 1000 Jahren in uns tragen, nur in Abhängigkeit von unserer Lebensführung zur Expression kommen. Umweltfaktoren bestimmen die Genexpression. Es sind Anlage-Umwelt-Interaktionen, die nicht erst nach der Geburt ihren Anfang nehmen, sondern bereits während der Schwangerschaft eine Rolle spielen. Frühe Umwelteinflüsse werden zugunsten von konstitutionellen Prädispositionen und Entwicklungsdiskontinuitäten unterbewertet. In biomedizinischen Modellen nimmt die frühe Sozialisation nur einen randständigen Platz ein. Verhaltensgenetische Studien werden in der Regel bei 3- bis 4-jährigen Kindern durchgeführt; dabei werden Umweltfaktoren gewöhnlich herausgerechnet. Auch das erscheint aus psychodynamischer Perspektive problematisch.

### Ist Dopaminmangel ein genetischer Defekt oder Folge sozialer Diskriminierung?

Eine weitere Annahme besagt, dass die Störung auf eine verminderte Aktivität bzw. defizitäre Ausbildung des dopaminergen Systems zurückzuführen sei. Der Dopaminmangel an den dopaminergen Präsynapsen wird entweder mit einer verminderten Dopaminausschüttung (Rezeptordefekt) oder einer verstärkten Dopamin-

wiederaufnahme erklärt (Transporterdefekt). Die mangelnde Freisetzung oder zu rasche Rückresorption führt zu einem Dopaminmangel mit Auswirkungen auf den präfrontalen Kortex, das limbische System und das Striatum. Der präfrontale Kortex ist an der Regulation von motorischer Aktivität, Neugier und der Entwicklung von Handlungsstrategien beteiligt, das limbische System unterstützt die Regulation von Motivation und Emotionalität, und das Striatum ist für die Regulation von Aufmerksamkeit, Reaktionsbereitschaft und stereotype Verhaltensweisen von Bedeutung. Eine unzureichende dopaminerge Aktivität wird mit einem genetischen Defekt im Bereich der Dopaminrezeptoren (D<sub>2</sub>? D<sub>4</sub>?) oder der Transportergene (DAC1) begründet (z. B. Taylor 1995; Sandberg 1996; Döpfner et al. 2000).

Dopamin wirkt auf alles stimulierend, was unter Beteiligung des dopaminergen Systems gesteuert wird. Dopamin wird als Lernneurotransmitter oder auch als Belohnungstransmitter angesehen (Ratney 2002). Es bringt gleichsam Ruhe und Ordnung in die neuronalen Systeme. Dopamin stellt eine Verbindung zwischen Belohnung, Neugier und exekutiven Funktionen her. Es unterstützt damit das Aufmerksamkeitssystem, die Fähigkeit zu lernen und das Gedächtnis. Der Wirkstoff Methylphenidat greift in das Dopaminsystem des Gehirns ein. Es gibt verschiedene Theorien, wie Methylphenidat wirkt. Eine Theorie geht davon aus, dass Methylphenidat die Rückresorption von Dopamin verhindert. Dadurch wird die Aufmerksamkeitssteuerung unterstützt. Eine andere Theorie besagt, dass eine Entleerung der Dopaminspeichervesikel eine fortlaufende Dopaminfreisetzung verhindert. Dadurch wird das überentwickelte Antriebssystem blockiert. Die Kinder kommen zur Ruhe und können sich nun konzentrieren (Hüther 2001).

Dabei wird in der Regel nicht erwähnt, dass der Dopaminspiegel unmittelbar von unterschiedlichen Umwelteinflüssen abhängig ist. Das zeigen beispielsweise Untersuchungen an Affen zur Dopaminkonzentration in Abhängigkeit von ihrer sozialen Position (Spitzer 2002). An diesen Tieren, die in einer Wohngemeinschaft lebten, wurde festgestellt, dass diejenigen in hoher sozialer Rangstellung einen erhöhten Do-

paminspiegel aufwiesen. Andere, die eine untergeordnete Position einnahmen, zeigten einen deutlich niedrigeren Dopaminspiegel. Dieser Spiegel veränderte sich, sobald sie in der sozialen Hierarchie aufstiegen. Gleichzeitig zeigten diejenigen, die eine untergeordnete Position inne hatten, eine vermehrte Empfänglichkeit für Kokain. Die Frage liegt deshalb nahe, ob der Dopaminmangel bzw. der Defekt im Neurotransmittersystem der Kinder mit ADHS eher im Zusammenhang mit ihrer problematischen Situation in ihrem sozialen Umfeld zu sehen ist, die sich in ihrer narzisstischen Problematik zeigt. Therapeutisch wäre zu prüfen, wie ihre interpersonelle Situation verbessert werden kann.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren verweisen auf ein geringeres Hirnvolumen (–3%) von Kindern mit ADHS: Ihr Frontallappen ist besonders rechtsseitig kleiner (–5%), das Corpus callosum, die Basalganglien und das Kleinhirn sind in ihrem Volumen ebenfalls reduziert (Castellanos et al. 2002). Diese Befunde werden meist dahingehend interpretiert, dass es sich beim ADHS um eine biologische Störung handelt, die biologische Behandlungsverfahren verlangt. Tatsächlich zeigen neurobiologische Forschungen, dass das Gehirn das Abbild dessen ist, was wir sind, und was wir in der frühen und späteren Entwicklung erworben haben. Vergleichbare und oftmals noch massivere Störungen in der Hirnentwicklung wurden bei vernachlässigten und missbrauchten Kindern gefunden (de Bellis et al. 1999).

Der psychodynamischen Sicht liegen interaktive Modelle zugrunde. Die Störung ist aufgrund von Bedingungen in der Umwelt, der Familie und früher Pflegebedingungen zu sehen. Das Kind hat sich unter dem Einfluss seiner Interaktionen mit frühen Pflegepersonen (Mutter, Vater usw.) entwickelt. Diese Sicht mag zwar die Eltern belasten, beinhaltet jedoch eine emanzipatorische Perspektive insofern, als die Eltern und das Kind Potenziale aktivieren können, um die Problematik zu überwinden.

*T. hat eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik. Seit der Trennung der Eltern vor 4 Jahren hat sie sich zwar körperlich, aber in kognitiven und psychischen Bereichen kaum mehr entwickelt. Sie ist 8 Jahre alt, verhält sich jedoch wie ein 4-jähriges desor-*

*ganisiertes Kind. Ihr fehlt es an einem Gefühl für Zeit. Sie kann auch die Uhr nicht lesen. Sie will alles sofort und wird von ihren von Schuldgefühlen gepeinigten Eltern entsprechend sofort befriedigt oder schroff abgewiesen. Es gibt nur Sofortbefriedigung oder gar keine. So ist es für T. unvorstellbar, darüber nachzudenken, wie sie irgendein Ziel erreichen könnte. Sie ist ständig in Aktion und versetzt andere in Aktion. Nachdenken, einen Raum des Reflektierens und Fühlens zu eröffnen, bedeutet für sie, „in einem Gefängnis mit einem tiefen schwarzen Loch zu sitzen“, wie sie meint, „aus dem sie nie mehr herauskommen würde“.*

### Ätiologische Faktoren oder was die einen von dem anderen lernen können

Schaut man nur auf die genetisch oder konstitutionell bedingten Entwicklungsdefizite, gehen wichtige Informationen verloren, die Aufschluss darüber geben können, wie so ein Kind in seiner unmittelbaren Umwelt so geworden ist, und welcher Art die zum Teil gravierenden Beziehungsstörungen sind. Wird andererseits nur auf die Interaktion geachtet, bleibt das Verständnis für das Dilemma, dem diese Kinder und Jugendlichen in allen Lebensbereichen ausgesetzt sind, notwendig rudimentär – ob in Beziehungen, beim Lernen und im Umgang mit alltäglichen Anforderungen.

Die ADHS geht – soweit es sich nicht um leichtere Formen handelt, bei denen lediglich die Konfliktabwehr im Vordergrund steht – zumeist mit multiplen Entwicklungsbeeinträchtigungen einher, die nicht dem Neglekt anheim fallen sollten. Darum ist es wichtig, beide Seiten zu sehen und die Frage beiseite zu legen, ob das Ei (genetische Perspektive), die Henne (psychodynamische Perspektive) oder beide die Störung verursacht haben. Aus beiden Richtungen gibt es interessante Beiträge und Untersuchungen zum Verständnis der Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität. Auf einige soll im Folgenden wenigstens kurz hingewiesen werden.

Untersuchungen bei Kindern mit ADHS zeigen, dass diese Kinder signifikant häufiger perinatale Komplikationen hatten, die Klinikaufnahme, Inkubatoreinsatz, Sauerstofftherapie und chirurgische Eingriffe erforderlich gemacht hatten. Insbesonde-

re zeigte sich, dass lang anhaltender chronischer Stress im frühen Kindesalter häufiger mit ADHS verbunden war. Erstaunlicherweise konnte jedoch die häufig vertretene Annahme, dass Rauchen und Alkohol der Mutter zu ADHS führt, in der Untersuchung von Ben Amor et al. (2005) nicht bestätigt werden. Aus der Untersuchung der Mannheimer Risikokinder (Laucht et al. 2002) ist bekannt, dass regulationsgestörte Säuglinge im Verlauf ihrer Entwicklung signifikant häufiger hyperkinetische Auffälligkeiten zeigen. Die Prognose dieser Kinder war umso ungünstiger, je organisch gefährdeter ihre Entwicklung war, und je stärker die Interaktion mit der Mutter beeinträchtigt bzw. je belasteter die familiäre Umgebung war (Laucht et al. 2002). Auf bemerkenswerte Korrelationen zwischen Regulationsstörungen und sensomotorischen Störungen verweisen Desantis et al. (2004): Unruhige Säuglinge (auch Schreikinder) zeigen im Alter von 3–8 Jahren vermehrt Probleme bei der sensorischen Informationsaufnahme und -verarbeitung; das Ausmaß dieser Unruhe scheint unmittelbar mit dem Ausmaß an Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen im späteren Alter zu korrelieren (Desantis et al. 2004).

Die Aufmerksamkeitsbelastungsstörung wird mit *kumulativem Stress* in der Familie, wie Mangel an Unterstützung, ungelöster Verlust, schlechte Beziehung zum Vater, mangelhafte positive mütterliche Modelle und schwieriges Temperament, in Verbindung gebracht. Verschiedentlich werden auch Traumatisierungen und die Transmission von Traumatisierungen hervorgehoben (Timimi 2002).

Die Bindungstheorie betont, dass Impulsivität, Ruhelosigkeit, negative Aufmerksamkeitssuche, Hyperaktivität und geringe Konzentration eine defensive Adaptation des Kindes mit einer unsicheren Bindung sind. Hyperaktivität sei danach ein Versuch der Kontrolle und der Herstellung von Nähe zu früheren Pflegepersonen (Greenberg et al. 1997).

In Untersuchungen an *Kindern mit ADHS und ihren Müttern* konnten charakteristische Interaktionen nachgewiesen werden. Die Kinder verhalten sich weniger angepasst und negativer als normale Kinder. Die Mütter sind direkter und reagieren abweisender und weniger belohnend auf ihre Kinder. Dabei wird

das Verhalten der Mütter von Kindern mit ADHS damit erklärt, dass die Kinder von Anfang an schwieriger und provokativer sind (Barkley 1997). Von anderer Seite wird das Problem der negativen Emotionalität oder der emotionalen Dysregulation auch im Kontext von Temperamentmustern erklärt. Eher selten wird aus biomedizinischer Sicht die Problematik im Zusammenhang mit der generellen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung diskutiert.

Studien zur frühen Mutter-Kind-Interaktion zeigen jedoch, dass Mütter von Kindern mit ADHS sich zu einem Zeitpunkt, als die Kinder 6 Monate alt waren, deutlich intrusiver als andere Mütter verhalten haben (Olson et al. 2002; Silverman u. Ragusa 1992). Wahrscheinlich erschwert intrusive Sorge der frühen Pflegeperson es dem Kind mit seinen Erregungszuständen, sich selbst zu regulieren. Statt selbstinitiierte Interessen des Kindes zu unterstützen, neigen frühe Pflegepersonen von Kindern mit ADHS dazu, die Aktionen des Kindes durch intrusives Eingreifen zu unterbrechen. Dies führt zu geringerem Engagement und geringerer Aufmerksamkeit aufseiten des Kindes und hat im Ergebnis eine gestörte Aufmerksamkeitsentwicklung zur Folge. Strenge Einstellungen der Eltern ziehen Vermeidung und eingeschränkte Aufmerksamkeit als gelernte Antworten im Umgang mit kognitiven Forderungen nach sich. Die Aversion gegenüber Forderungen kann als devianter Motivationsstil angesehen werden.

Prospektive Studien von Familien (z. B. Jacobvitz et al. 2004) weisen darauf hin, dass es eine Verbindung zwischen einer späteren ADHS und rigiden oder diffusunklaren Grenzen in den familiären triadischen Interaktionen gibt. Darüber hinaus lassen feindselige Familieninteraktionen, die Kleinkinder erfahren haben, eine ADHS im späteren Kindesalter voraussagen. Ein weiterer Prädiktor für ADHS ist verführerisches und grenzüberschreitendes Verhalten von Müttern (Jacobvitz et al. 2004). Familien von ADHS-Kindern sind häufiger von verzerrten oder kollabierten Triaden bestimmt. Bemerkenswert ist auch, dass in den meisten Untersuchungen das Verhältnis zum Vater kaum berücksichtigt wird. Bei 18 von 30 Kindern mit ADHS, die von der Autorin im Rahmen des Gutachtenverfahren zur Durch-

führung einer ambulanten analytisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gesichtet wurden, fehlte der Vater aufgrund von Tod, früherer oder späterer Trennung. Bei 4 Kindern war der Vater häufig abwesend, bei 4 weiteren nahm er eine äußerst problematische Position ein; einer der Väter war chronisch krank. Zu weiteren 3 Vätern fehlten genauere Angaben. Das mütterliche Verhalten wurde von den Kindertherapeuten als intrusiv-übergriffig, überfürsorglich, vereinnahmend, disziplinierend-einengend, mangelhaft grenzziehend, inzestuös-sexualisiert, ablehnend oder abwertend beschrieben. Das lässt fragen, inwieweit es besonders für Kinder mit einer ADHS-Problematik kennzeichnend ist, dass die Väter dieser Kinder überwiegend abwesend sind und Entwicklungsfunktionen, wie die der Triangulierung, nicht übernehmen. Die Mütter scheinen infolge der dysfunktionalen Triade demgegenüber nicht in der Lage, grenzziehende Funktionen ausreichend wahrzunehmen. Infolge ihrer eigenen belasteten Situation hatten sie Mühe, klare Grenzen hinsichtlich von Verboten und sozialen Regeln zu ziehen, Eigenständigkeit zu respektieren oder körperliche und sexuelle Grenzen ausreichend zu erkennen. Ihr Scheitern in der Wahrnehmung grenzziehender Funktionen könnte dann auch als Folge der gesellschaftlichen Auflösung von Familie interpretiert werden.

In einer weiteren Untersuchung von 100 unselektierten Erstanträgen mit der Basisdokumentation der 3 Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG) und dem SDQ-EL („Strength-and-difficulties-questionnaire-Eltern“), die nachträglich durch einen Rater<sup>2</sup> ausgewertet wurden, zeigte sich bei ADHS-Kindern (18 von 100), dass aufmerksamkeitsgestörte Kinder deutlich mehr Ablehnung erfahren (45 zu 8%), seltener elterlich beaufsichtigt werden (50 zu 33%) und weniger Erfah-

rungsvermittlung erhalten (60,01 zu 30%) als die psychisch ebenfalls auffällige Vergleichsgruppe.

Aufmerksamkeitsdefizitstörungen werden aus biomedizinischer Sicht ursächlich mit einem Defekt der Selbstregulation bei einem – genetisch belasteten – dysfunktionalen frühen Pflegesystem in Verbindung gebracht. Andere sprechen von einem „State-Regulations-Defekt“, einer Motivationsdefizitstörung oder einem Defekt der exekutiven Kontrolle (Barkley 1997; Sonuga-Barke et al. 1997; Schachar et al. 1981). Barkley (1997) hat mit seinen Arbeiten zur Selbstregulation ein neuropsychologisches Konzept zur Verhaltensinhibition entworfen, um ein Erklärungsmodell für das Störungsbild der ADHS zu entwickeln. Seine Zusammenstellung von Ich-Fähigkeiten und Kompetenzen, die ein Kind bei der Entwicklung von Selbstregulation erwirbt, erinnert an verfeinerte Beschreibungen der amerikanischen Ich-Psychologie, die sich gut in das psychodynamische Denken einbeziehen lassen. Ein zentraler Unterschied im Ansatz Barkleys zum psychodynamischen Denken ist jedoch, dass ausgeschlossen werden soll, dass bei den komplexen Störungen der Verhaltenssteuerung frühe ungünstige Pflegebedingungen eine verursachende Rolle spielen. Vielmehr geht Barkley davon aus, dass erst die genetisch, konstitutionell oder auch temperamentsbedingte Aufmerksamkeitsstörung vorliegt, die in der Folge zu pathologischen Interaktionen in der Mutter-Kind-Dyade führt. Seinem Modell der Entwicklung exekutiver und selbstregulatorischer Funktionen zufolge basiert die Fähigkeit zur Verhaltenssteuerung, zu verzögerten Antworten und zur überwachenden Kontrolle auf 4 Säulen:

- auf der Fähigkeit zur Selbstregulation,
- auf einem funktionierenden Arbeitsgedächtnis,
- auf der Verwendung von Sprache und
- auf der Rekonstitution.

Dieses Konzept ist deshalb bemerkenswert, weil es einen Einblick in die verschiedenen Beeinträchtigungen dieser Kinder gibt, die nicht über sich sprechen können, zeitlich Überdauerndes nicht festhalten können und Mühe haben, sich selbst zu organisieren. Diese Beeinträchtigungen wer-

<sup>2</sup> Weitere 10 Anträge wurden durch einen anderen Rater gesichtet, um die Reliabilität zu prüfen.

den auf psychodynamischer Seite in ihrer Relevanz für die Therapie nicht immer genügend berücksichtigt. Die Komplexität der Störung verweist einmal mehr darauf hin, wie wichtig ausreichend gute frühe Interaktionen sind.

Die enge Verbindung zwischen *Selbstregulation und interaktiver Regulation* haben vor allem Beebe und Lachmann (2002) sowie Schore (1994, 2001) hervorgehoben. Beebe und Lachmann (2002) betonen, dass ein Säugling von Geburt an unterschiedliche konstitutionelle Fähigkeiten hat, mit Erregung umzugehen, Verhaltensäußerungen zu hemmen oder Erregung angesichts von Überstimulation herunterzu regulieren. Sie verstehen die Entwicklung von Selbstregulation als einen Prozess, bei dem konstitutionelle Faktoren mit sozialen Bedingungen im Austausch sind. Autonomie in selbstregulatorischen Fähigkeiten entsteht durch eine ausreichend gute interaktive Regulation zwischen früher Pflegeperson und Kind. Dabei steht nicht im Vordergrund, dass das Kind lernt, generell seine Erregungszustände zu regulieren, sondern das Kind muss die Intensität seiner affektiven Zustände regulieren. Sobald das Verhalten des sozialen Interaktionspartners durch das kommunikative Verhalten des Kindes modifiziert werden kann und der andere bereit ist, sensibel auf die kindlichen Signale zu reagieren, kann das Kind die Interaktion so regulieren, wie es seine eigenen affektiven Zustände reguliert. Wenn der Interaktionspartner unsensibel ist, wird es dem Kind schwer fallen, die aktuelle Quelle seines „distress“ zu erfassen. Eine Kontrolle über seine sozialen Ziele wird ihm dann nicht gelingen.

Die Fähigkeit zur Selbstregulation des Kindes entwickelt sich in 2 Schritten (Schore 2001). Im ersten Schritt Ende des ersten Lebensjahres entwickelt das Kind die Fähigkeit zur Antwortverzögerung auf der Basis präsymbolisch gespeicherter Informationen. In dieser Zeit fängt das Kind an zu laufen, die Welt zu erobern und wird in seinen übererregten und hyperaktiven Zuständen durch die emotional begleitende frühe Pflegeperson reguliert. Die Fähigkeit zur Antwortinhibition wird am Ende des zweiten Lebensjahres erreicht, wenn das Kind auf komplexere symbolisch gespeicherte Informationen zurückgreifen kann. Wie ein Kind sich hinsichtlich sei-

ner Affekte, Kognitionen und seines Verhaltens entwickelt, ist von der emotionalen Antwort der Mutter abhängig. Die Mutter übernimmt zunächst eine *selbstobjekthafte psychobiologische Regulationsfunktion* (Hofer 1996, Schore 2001). Sie unterstützt die basale Herstellung homöostatischer Systeme. Die Regulationsfähigkeiten entwickeln sich in Abhängigkeit von den interaktiv abgestützten Regulationsangeboten der frühen Pflegeperson und verwandeln sich in die Fähigkeit zur Autoregulation des Kindes. Eine Wachstum verhindernde Umgebung zerstört allerdings die Entwicklung solcher selbstregulatorischen Systeme (Greenspan 1981).

Fähigkeiten zur Selbstregulation stehen in engem Zusammenhang mit der *Entwicklung exekutiver Funktionen* (Barkley 1997, 2003). Bemerkenswert sind dabei Untersuchungen an kleinen Kindern, die hohe kognitive Stimulation und geringe Einschränkungen durch die frühe Pflegeperson erfahren haben. Sie erreichen die höchsten Werte im Hinblick auf selbstregulatorische Kompetenz (Olson et al. 2002).

Darüber hinaus kann ein schwieriges Temperament in der frühen Entwicklung spätere Impulsivität und Unaufmerksamkeit offenbar nicht voraussagen (Olson et al. 2002). Das mangelnde In-Beziehung-Sein, ein Verhaltensindex für ein unbesetztes Wandern oder eine ungerichtete Aufmerksamkeit, ist dagegen signifikanter.

## Therapie

Die psychodynamisch orientierte Entwicklungstherapie zentriert auf Regulierungsvorgänge (Beebe u. Lachmann 2002; Schore 1994, 2001), Dezentrierung (Piaget u. Inhelder 1977), Mentalisierung (Fonagy u. Target 2002), Desomatisierung (Krystal 1997) Entwicklung einer Als-Ob-Ebene (Spiel, Kommunikation) und die Entwicklung von Objektbeziehungen. Kinder, die es nicht gelernt haben, über sich zu sprechen, die nicht in der Lage sind, zu reflektieren, was sie erleben, die infolge der Willkür und Unberechenbarkeit ihrer Umwelt keine Vorstellungen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft entwickeln konnten, brauchen Beziehungs- und Entwicklungsangebote durch einen Therapeuten, der unbefriedigt gebliebene und arretierte Entwicklungsbedürfnisse (Hurry 2002)

empathisch und/oder komplementär anerkennt und den Auf- und Ausbau einer Welt ohne bedrohliche Erfahrungen unterstützt. Strukturelle Entwicklung beruht ausschließlich auf dem Gebrauch des Therapeuten als einem neuen Entwicklungsobjekt. Um uns entwickeln zu können, brauchen wir das Beziehungsangebot eines von den bisherigen Erfahrungen abgehobenen neuen anderen.

Kinder mit ADHS zeigen mit ihrer Symptomatik, der Unruhe, der Hyperaktivität und der Impulsivität das Ausmaß ihrer Bedrohung bzw. Angst vor Überwältigung, die aus intrusiven Interaktionserfahrungen resultiert, und ihre Unfähigkeit, ihr Verhalten zu organisieren. Sie verhalten sich wie bedrohte mangelhaft ausgestattete Einzelkämpfer, die einer gefährlichen regressiven Wiederverschmelzung zu entkommen suchen (**Abb. 1 und 2**). Ruhe fehlt ebenso wie ein Raum der Sicherheit, der sie aufmerksam werden lässt, und ein Raum des Reflektierens, der ungewisse Momente zulässt. Entwicklung ist aber nur möglich unter der Voraussetzung von Sicherheit.

Kinder mit ADHS suchen in der Therapie häufig zunächst Sicherheitszonen, in denen sie vorübergehend Ruhe finden können. Erst wenn die Beziehung zum Therapeuten Sicherheit bietet, können sie in einer interaktiven „ongoing regulation“ ruhiger werden. Grenzüberschreitungen seitens des Kindes führen immer wieder zu einem Aufbrechen basaler Sicherheiten und münden im Bemühen des Therapeuten, neue Ebenen der Konflikt- und Affektorganisation zu finden.

*Der 5-jährige B. hat sich erfreulich stabilisiert. Seine motorische Unruhe hat deutlich nachgelassen, das scheinbar unmotivierte Schreien ist nicht mehr aufgetreten. Er könne jetzt deutlich sagen, dass er Ruhe brauche. Er gerate nicht mehr ständig außer sich. Die Behandlung ist über weite Strecken davon gekennzeichnet, dass die Objekte böse sind und Verletzungsgefahr von ihnen ausgeht.*

*Hintergrund ist eine traumatisch erlebte Szene von Gewalt, in der der Vater, sonst eher sanft, die Mutter würgt und danach in die Psychiatrie kommt.*

Eine entwicklungsorientierte Therapie arbeitet vor allem im Hier und Jetzt. Es geht darum, dem Kind seine Handlung





Abb. 1 ◀ **Grenzenlos –  
Verklebt mit Mutter**

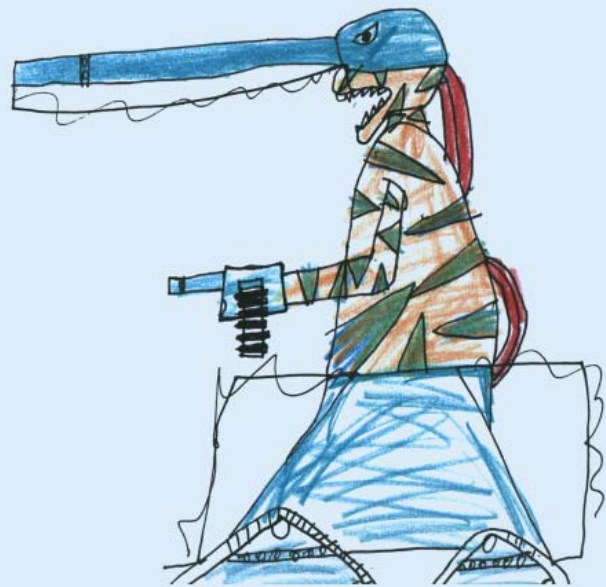


Abb. 2 ▲ **Der bedroht/bedrohliche Einzelkämpfer**

gen, sein Verhalten und seine nichtausgedrückten Gefühle zu spiegeln (mentalisieren), das Ungesagte, Nichtmitgeteilte, Fehlende zu erfassen und zu benennen, eine Sprache zu finden, Fantasien zu entwickeln und in einem spielerischen Als-Ob-Raum Kommunikation zu ermöglichen. Spielerische Fähigkeiten entwickeln sich vor dem Hintergrund der Fähigkeit, Ungewissheit zu ertragen („negative capability“; Bion 1962). Der sich aus dieser Erfahrung entwickelnde Spielraum wird zu einem Möglichkeitsraum des Spielens, des Denkens und der Sprache. Auch wenn das Kind bereits über Fähigkeiten zu spielen verfügt, kann ein sicherer Spielraum trotzdem nicht vorausgesetzt werden.

Die Gefühlsabbildung des Kindes, die im Psychotherapeuten keine Resonanz auslöst, kann leicht in der Ansicht münden, dass ein solches Kind besser bei einem Verhaltenstherapeuten aufgehoben sei und mit Methylphenidat behandelt werden solle. Diese Therapieform, die kognitive Ansätze verfolgt, kommt der Gefühlsabbildung solcher Kinder und Jugendlichen nur scheinbar entgegen, verschärft in Wirklichkeit aber die eigentliche Problematik des Neglekts noch. Vielmehr sollte es darum gehen, einen Weg zur Wahr-

nehmung von Gefühlen zu finden bzw. zu entwickeln. Es ist falsch zu warten, bis das Kind an bestimmte Gefühle herankommt, sondern es ist notwendig, dem Kind fehlende Gefühle zu spiegeln, wenn klar geworden ist, warum das Kind Gefühle vermeiden muss.

*Die Eltern entschließen sich, der Ritalin-Empfehlung der Kinderpsychiaterin zu folgen. P. integriert sich gut in der Familie. Zu Hause, brüllt und schlägt der Vater. P. kommt mit angstgeweiteten Augen zur Stunde. Der Vater hat Mutter für 3 Wochen vor die Tür gesetzt. P. weint und ist entsetzt darüber. Zur nächsten Sitzung will er nicht kommen, zeigt wieder ausgeprägt unruhiges Verhalten und kann die Grenzen nicht wahrnehmen. Zu schlimm ist für ihn, in Gegenwart der Therapeutin geweint zu haben.*

Grundsätzlich sollte bei Kindern und Jugendlichen mit gravierenden Selbstregulationsstörungen und Störungen der synthetisch-integrativen Ich-Funktionen (ADHS-Entwicklungsstörungen) geprüft werden, ob und wie sie mit einer tiefenpsychologisch/analytischen Psychotherapie erreichbar sind, oder ob es ggf. sinnvoll ist, sie zu Beginn und für eine begrenzte Zeit parallel mit Methylphenidat zu behandeln. Finden sich Hinweise dafür, dass sie in ih-

rer Verhaltensorganisation so beeinträchtigt sind, dass sie von einer Psychotherapie allein nicht profitieren können (Gillmore 2000; Dammasch 2002), kann Methylphenidat eine vorübergehende Strukturierungshilfe sein. Rorschach-Tests vor und nach Ritalin-Behandlung (Gillmore 2000) sprechen dafür, dass Kinder mit einer basaleren ADHS-Störung von Methylphenidat insofern profitieren, als sich ihre ursprünglich desorganisierten Narrative unter Medikation in strukturierte Fantasiegeschichten verwandeln können. Die Kinder wurden dadurch spiel- und fantasiefähig. Nach der klinischen Erfahrung der Autorin hilft Methylphenidat nur bei einer begrenzten Zahl von entwicklungsgestörten ADHS-Kindern. Es gibt nicht wenige Kinder, die überhaupt nicht auf Methylphenidat reagieren und keine Veränderungen zeigen (Nonresponder), und es gibt Kinder, die durch die Gabe von Methylphenidat gefühlsmäßig abgeschaltet werden (Zombie) und dann von einer Psychotherapie überhaupt nicht profitieren können; sie sind weder spiel- noch fantasiefähig geworden und damit auch nicht entwicklungsfähig. Grundsätzlich sollte bei Gabe von Methylphenidat immer auch in Rechnung gestellt werden, dass das Me-

dikament multiple Nebenwirkungen hat, wie Appetitmangel, Gewichtsreduktion, Wachstumsunterdrückung, Müdigkeit, Depression, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, mangelndes Interesse u. a. (Breggin 1999). Dies sollte dazu veranlassen, die Indikation zu einer solchen Behandlung sehr zurückhaltend zu stellen. Eine Behandlung mit Methylphenidat parallel zur Psychotherapie, die sich über mehr als 3–6 Monate hinzieht, erscheint mir aus klinischer Sicht kaum jemals angezeigt.

Je nach dem, was die ADHS des Kindes ausdrückt, ob mehr konflikthafte Aspekte oder mehr Entwicklungsdefizite im Vordergrund stehen, gestaltet sich die Elternarbeit unterschiedlich. Grundsätzlich stehen jedoch Nachentwicklungen elterlicher Kompetenzen im Vordergrund, die Verlässlichkeit und Unterstützung bei grenzziehenden Funktionen beinhalten. Fehlt der Vater, kann es evtl. wichtig sein, einen Dritten zur Sicherung der Generationsgrenze und des triadischen Raumes einzuführen. Häufig ist auch eine Unterstützung bei der Alltagsstrukturierung sowohl für das Kind als auch für die Mutter oder den Vater notwendig.

## Fazit für die Praxis

**Die Aufmerksamkeitsstörung ist Folge eines erfahrenen Mangels, eines Neglekts, mit psychischen, kognitiven oder auch körperlichen Blessuren oder Einschränkungen verbunden. Wer mit seinen Gefühlen von Angst, seinen sensomotorischen Beeinträchtigungen oder seinen basalen Defiziten der Selbstorganisation nicht gesehen wird, dem verbleibt am Ende vielleicht nur der Weg lärmenden, Aufmerksamkeit erheischenden Verhaltens. Eine Fortführung des Neglekts findet in der Behandlung statt, wenn solche Kinder nicht in ihrer Vielfalt gesehen werden. Bezogen auf die psychodynamische Entwicklungstherapie mit ADHS-Kindern erscheint es wichtig, neben den psychoanalytischen Erklärungen zu Aufmerksamkeitsstörungen die Problematik der gestörten Selbstregulation (Barkley 1997; Beebe u. Lachmann 2002; Schore 2001) mit den daraus resultierenden Entwicklungsdefiziten in der Sprache und in den exekutiven Funktionen mehr Beachtung zu schenken. Der Hinweis auf sog. Ich-strukturelle Störungen er-**

**fasst die vielfältige Problematik nicht ausreichend und nicht differenziert genug. In biomedizinischen Modellen geht demgegenüber die Bedeutung von Emotionen und von Beziehungsangeboten mehr oder weniger verloren. Wenn vor dem Hintergrund von Forschungsergebnissen am Ende vermutet wird, dass diese Kinder lediglich Störungen in den exekutiven Funktionen haben, werden wichtige Faktoren der Entwicklung nicht gesehen. Ein Kind, das Besetzungen nicht zustande bringt, ist nicht nur in seiner Aufmerksamkeit, sondern auch in seiner emotionalen und Beziehungsentwicklung beeinträchtigt.**

## Korrespondierender Autor

**Dr. med. Annette Streeck-Fischer**

Krankenhaus für Psychotherapie und psychosomatische Medizin, NLKH Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf/Göttingen  
E-Mail: annette.streeck@t-online.de

**Interessenkonflikt:** Keine Angaben

## Literatur

- Barkley RA (1997) Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHS. *Psychol Bull* 121:65–94
- Barkley RA (2002) International consensus statement on ADHS. *Clin Child Fam Psychol Rev* 5(2):89–111
- Barkley RA (2003) Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 15:77–83
- Beebe B, Lachmann F (2002) Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Klett-Cotta, Stuttgart, 2004
- Bellis MD de, Keshavan MS, Clark DB, Giedd JN, Boring AM, Frustaci K, Ryan ND (1999) Developmental traumatology. Part II: brain development. *Biol Psychiatry* 43:1271–1284
- Ben Amor L, Grizenko N, Schwartz G et al. (2005) Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Rev Psychiatry Neurosci* 30(2):120–126
- Berger M (1993) Und die Mutter blickt stumm auf dem ganzen Tisch herum – Anmerkungen zur Diskussion um das Hyperkinetische Syndrom. *Kinderanalyse* 2:131–149
- Bick E (1968) Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: Bott-Spiilius E (Hrsg) *Melanie Klein heute*, Bd I. Internationale Psychoanalyse, München, 1990
- Bion WR (1962) *Learning from experience*. Heinemann, London
- Bovensiepen G, Hopf H, Molitor G (2002) *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M.
- Bradley C (1937) The behavior of children receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry* 94:557–585
- Breggin P (1999) Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHS. *Int J Risc Safe Med* 12:3–35

- Carey WB (1999) Problems in diagnosing attention and activity. *Pediatrics* 103:664–667
- Castellanos FX, Lee PP, Sharp W et al. (2002) Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 288:1740–1748
- Damasch F (2002) Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört! In: Bovensiepen G, Hopf H, Molitor G (Hrsg) *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M.
- Desantis A, Coster W, Bigsby R, Lester B (2004) Colic and fussing in infancy, and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Ment Health J* 25(6):522–539
- Döpfner M, Lehmkuhl G (1997) Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 46:519–547
- Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G (2000) *Hyperkinetische Störungen*. Hogrefe, Göttingen
- Fonagy P, Target M (2004) Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In: Streeck-Fischer A (Hrsg) *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 105–135
- Fonagy P, Gergeley G, Jurist EJ, Target M (2004) *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud A (1968) Über Agieren. In: *Schriften der Anna Freud*, Bd IX. Kindler, München
- Gianino A, Tronnick E (1988) The mutual regulation model. The infants self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In: Field P, Caba M, Schneiderman P (eds) *Stress and coping*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, pp 47–68
- Gilmore K (2000) A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 48:1259–1293
- Gilmore K (2002) Diagnosis, dynamics, and development considerations in the psychoanalytic assessment of children with AD/HD. *Diagnosis, dynamics, and development. Psychoanal Inq* 22:372–390
- Greenberg MT, Klyen M de, Speltz ML, Endriga MC (1997) The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. In: Atkinson L, Zucker KJ (eds) *Attachment and psychopathology*. Guilford, New York, pp 196–222
- Greenspan SI (1981) The development of the ego. Insights from clinical work with infants and young children. In: Greenspan SI, Pollock GH (eds) (1991) *The course of life, adolescence*, vol 4. Madison, Washington, pp 85–164
- Häußler G (2002) Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51:454–465
- Hofer MA (1996) Hidden regulators. Implications for a new understanding of attachment and separation and loss. In: Goldberg D, Muir R, Kerr J (eds) *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, pp 203–230
- Hüther G (2001) Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). In: Bovensiepen G, Hopf H, Molitor G (Hrsg) (2002) *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M., S 70–91
- Hüther G, Bonney H (2002) *Neues vom Zappelphilipp*. Walter, Düsseldorf
- Hurry A (2002) Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In: Hurry A (Hrsg) *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern*. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M., S 43–89

## Psychotherapeut.springer.de Kongressanmeldung nur noch online

Nutzen Sie Psychotherapeut.springer.de, um Ihre Veranstaltungen in den Springer Fachzeitschriften Medizin/ Psychologie und dem dazugehörigen Online-Angebot kostenlos anzukündigen.

**Bitte beachten Sie, dass wir nur noch Ankündigungen berücksichtigen werden, die uns online erreichen.**

Und so geht's:

- Klicken Sie auf Psychotherapeut.springer.de den Button „Kongresse“ an
- Wählen Sie dort „Kongresskalender“ „Anmelden“
- Geben Sie nun Ihre Veranstaltung in die Eingabemaske ein
- Wählen Sie die Zeitschriften aus, in denen Ihre Ankündigung erscheinen soll
- Schicken Sie das ausgefüllte Formular online an die Verlagsredaktion

In den Print-Ausgaben unserer Zeitschriften bieten wir unseren Leser anschließend in der Rubrik „Termine“ eine Auswahl aktueller Veranstaltungen. Eine erheblich umfangreichere Auflistung steht online zur Verfügung.

Die Redaktion behält sich eine Auswahl von Ankündigungen vor.

Für Veranstaltungshinweise in Form von Anzeigen können Sie sich jederzeit an unsere Anzeigenabteilung wenden (anzeigen@springer.com).

Wir freuen uns auf Ihre Ankündigungen!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Redaktion  
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie

**Psychotherapeut.springer.de**

Jacobvitz D, Hazen N, Curran M, Hitchens K (2004) Observations of early triadic family interactions: boundary disturbance in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Dev Psychopathol* 16:577–592

Khan MMR (1963) The concept of cumulative trauma. In: Khan MMR (ed) *The privacy of the self*. Hogarth, London, 1974

Klein M (1981) Zur Genese des Tics. In: Klein M (Hrsg) *Ein Kind entwickelt sich*. Kindler, München

Krystal H (1997) Trauma and affects. *Psychoanal Study Child* 33:81–116

Laucht M, Schmidt MH, Esser G (2002) Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen? *Z Kinder Jugendpsychiatr* 30:5–20

Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(6):737–744

Mahler M (1986) Studien über die drei ersten Lebensjahre. Klett-Cotta, Stuttgart

Olson SL, Bates JE, Sandy JM, Schilling EM (2002) Early developmental precursors of impulsive and inattentive behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 43:435–447

Passolt M (2001) Hyperaktivität – Zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. Reinhard, München

Piaget J, Inhelder B (1977) *Die Psychologie des Kindes*. Fischer, Frankfurt a.M.

Ratey JJ (2002) *A users guide to the brain*. Allyn & Bacon, New York

Rohkamm R (2000) *Taschenatlas Neurologie*. Thieme, Stuttgart

Rutter M (2002) Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice. *Child Dev* 73(1):1–21

Sandberg S (1996) Hyperkinetic or attention deficit disorder. *Br J Psychiatry* 169:10–17

Schachar RJ, Rutter M, Smith A (1981) The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *J Child Psychol Psychiatry* 22:375–392

Schmidt MH, Esser G, Allehoff W et al. (1987) Evaluation of the significance of minimal brain dysfunction – Results of an epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 28:803–821

Schore A (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 22:221–268

Schore AN (ed) (1994) *Affect regulation and the origin of the self*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey

Segal H (1957) Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott-Spiels E (Hrsg) *Melanie Klein heute*, Bd I. Internationale Psychoanalyse, München 1990

Seidler E (2004) Von der Unart zur Krankheit. *Dtsch Arztebl* 101(5):207–211

Silverman IW, Ragusa DM (1992) A short-term longitudinal study of the early development of self-regulation. *J Abnorm Child Psychol* 20:415–435

Singh I (2002) Bad boys, good mothers, and the „miracle“ of ritalin. *Sci Context* 15(4):577–603

Sonuga-Barke EJ, Thompson M, Stevenson J, Vincy D (1997) Patterns of behaviour problems among pre-school children. *Psychol Med* 27:909–918

Spitzer M (2002) Dopamin in der Wohngemeinschaft (editorial). *Nervenheilkunde* 4:166–168

Taylor E (1995) Syndromes of attention-deficit and overactivity. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds) *Child and adolescent psychiatry*. Blackwell, Oxford, pp 283–307

Teicher MH, Ito Y, Glod CA, Barber NI (1996) Objective measurements of hyperactivity and attentional problems in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(3):334–342

Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderso CM, Navalta CM (2002) Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 25:397–426

Timimi S (2002) Psychological child psychiatry and the medicalization of childhood. Brunner-Routledge, Hove, UK

Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J et al. (2004) A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev* 7(1):59–63

Winnicott DW (1935) Die manische Abwehr. In: Winnicott DW (Hrsg) *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt, 1985