

Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS

Reinmar du Bois

Summary

Psychodynamic Models About the Origins, Internal Processing and Treatment of ADHD

At first the symptoms of ADHD can be viewed as part of the natural expressive repertory of the infant. Later they merge with pathological relationship patterns. The pathology sets in – apart from genetic vulnerability – through flawed early interactions as well as early childhood trauma. In the attachment theory the results are termed as anxious ambivalent and disorganized attachments. The further course of ADHD remains dependent on the course of the child's relationships and forms itself in symbiotic and narcissistic reaction patterns. By means of impulsive-aggressive outbursts and restless inattentive behaviour the child tries to attract attention and evade attention, express hurt and take revenge in the same instant. Likewise the child may ward off traumatic memories or even protect himself from a depressive breakdown. During its prolonged use until adolescence medication can change from good to bad object and then at best serve to hide the existence of sadistic fantasies behind a well-mannered façade.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 300-309

Keywords

ADHD – psychoanalytic treatment – relationship patterns – stimulants

Zusammenfassung

Die Symptome des ADHS können zunächst als Teil des natürlichen Ausdrucksrepertoires des Säuglings angesehen werden. Später gehen sie in pathologische Beziehungsmuster ein. Diese Pathologie nimmt ihren Anfang – abgesehen von der genetischen Vulnerabilität – durch misslingende frühe Interaktionen und durch frühe Traumatisierungen. In der Bindungstheorie wird das Resultat als ängstlich-ambivalente oder desorganisierte Bindung beschrieben. Der weitere Verlauf des ADHS bleibt abhängig vom Verlauf der kindlichen Beziehungen und organisiert sich in symbiotischen und narzisstischen Reaktionsmustern. Mit den impulsiv-aggressiven Ausbrüchen und dem ruhelos-unaufmerksamen Verhalten versucht das Kind Aufmerksamkeit zu erlangen und dieser sofort zu entkommen, seine Verletzungen zu zeigen und sofort Rache zu nehmen. Auf die gleiche Weise wehrt das Kind auch traumatische Erinnerungen ab oder schützt sich sogar vor depressiven Einbrüchen. Eine bis zum Jugendalter fortgesetzte Medikation kann sich vom guten zum schlechten Objekt wandeln und allenfalls dazu dienen, die Existenz sadistischer Fantasien hinter einer Fassade von Wohlverhalten zu verbergen.

Schlagwörter

ADHS – psychoanalytische Therapie – Beziehungsmuster – Stimulanzien

1 Einleitung

Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und impulsives Verhalten sind Teile eines in der Kindheit besonders sichtbaren, von der Hirnreifung abhängigen Ausdrucksrepertoires. Sie liegen auf einer neurophysiologischen Endstrecke, in welche unterschiedliche hirnfunktionelle Dysfunktionen, Reifungsstörungen (Hüther, 2004), psychotraumatische Belastungen in der Frühentwicklung (Carlson et al., 1995), aktuelle Belastungen und Überforderungen einmünden. Der Umstand, dass Stimulanzien diese neurophysiologische Endstrecke, wie komplex ihre Entstehungsgeschichte auch immer sein mag, hoch wirksam beeinflussen, erweist sich kurz- und mittelfristig immer wieder als segensreich. In Wirksamkeitsprüfungen schneiden die Medikamente klar besser ab als Psychotherapie (MTA Studie, 1999). Ein solches Ergebnis wäre freilich auch bei Prüfung von Schmerzmitteln zu erwarten, wenn diese bei der Behandlung etwa des Clusterkopfschmerzes mit Psychotherapie verglichen würden. Die hohe symptomatische Wirksamkeit der Stimulanzien liefert die verführerische Suggestion, man habe auf diese Weise eine „Krankheit“ bewiesen oder gar behoben.

In langfristiger Perspektive dürfte sich die Bilanz zwischen günstigen und schädlichen Auswirkungen oder zwischen Wirksamkeit und Unwirksamkeit einer solchen Medikation wohl kaum so positiv darstellen – nicht einmal bei Betrachtung der rein symptomatischen Wirkungen, erst recht nicht bei umfassender Würdigung der Lebensführung und Selbstverwirklichung, schließlich nicht unter ethischen Gesichtspunkten zur Rechtfertigung einer Dauermedikation. Wenn komplexe kindliche Notlagen auf den Befund eines ADHS verkürzt werden und sich die therapeutische Phantasie in der Verschreibung von Medikation erschöpft, wird das betroffene Kind (Streeck-Fischer, 2006) gewissermaßen „vernachlässigt“ – und bleibt in einer Notlage stecken, die eventuell schon zuvor bestanden und die Störung mit hervorgebracht hat. Dem Kind wird eine angemessene Hinwendung zu seiner Biographie und seinem Selbsterleben vorenthalten. Somit ist auch die zum therapeutischen Handeln notwendige Empathie in Frage gestellt (Neraal, 2004).

Andererseits beruht die hohe Anziehungskraft des ADHS-Konzeptes gerade darauf, dass die Angehörigen durch die medizinische Diagnose entlastet werden, ein Medikament erhalten und ihrem Kind wieder Kredit geben. Mit Hilfe der Diagnose können sie die Auffälligkeiten ihres Kindes versachlichen und losgelöst von biographischen Betrachtungen sowie losgelöst von der Schuldfrage betrachten (von Lüpke, 2003). Therapeuten müssen sich mit den Chancen und Risiken, die in dieser „Versachlichung“ liegen, auseinandersetzen. Sie müssen entscheiden, ob sie dem Wunsch der Angehörigen und Lehrer nach einem diagnostischen Labelling nachge-

ben wollen oder sich ihm verweigern. Leider muss die ADHS Diagnostik mit Kriterien arbeiten, die unter Kindern weit verbreitet sind. Schon eine geringfügig über das Erlaubte hinaus erweiterte Definition mutet sofort einem Drittel aller Kinder in Grundschulen das Stigma der Hyperaktivität zu.

In der wissenschaftlichen Diskussion werden mit ermüdender Regelmäßigkeit die manualisierten Therapieverfahren für ADHS angeführt, die einer empirischen Wirksamkeitsprüfung unterzogen wurden: Psychoedukation der Eltern, Aufmerksamkeitstrainings und Verhaltenstherapie unter Einbeziehung der Eltern und Lehrern. Die hier propagierten therapeutischen Grundsätze (konsequentes erzieherisches Verhalten, Beschränkung von ablenkenden Reizen, Selbstinstruktion, Belohnungssysteme, klare Weisungen und Informationen) haben inzwischen fast den Rang allgemein und populär anwendbarer und anerkannter Erziehungsregeln erlangt.

In einer derart nivellierten und inhaltlich konformen Diskussion bezüglich der Therapie des ADHS steigt umgekehrt das Bedürfnis nach Vertiefung und Differenzierung. Viele Therapeuten wollen sich auf eine therapeutische Kultur zurück besinnen, mit der sie auf eine größere Vielfalt individueller Konflikte reagieren können, die im Umfeld des ADHS auftreten. Es sollte – trotz unvermeidbarer Typenbildungen – möglich sein, die Entstehung hyperaktiven und sozial auffälligen Verhaltens so zu beschreiben, dass die persönliche Geschichte, die Beziehungen und Eigenarten des Individuums wieder darin vorkommen.

2 Bindungsverhalten

Unter dem Aspekt einer Bindungsstörung verharrt das hyperaktive Kind in einem nie befriedeten Kampf um die Aufmerksamkeit der Mutter und lebt seine Wut über deren Nicht-Erreichbarkeit aus. Das hyperaktive Verhalten wird als frustrane Bindungssuche interpretiert und als Strategie des Kindes, die Aufmerksamkeit einer wichtigen Bezugsperson zu erhalten, die im Bewusstsein des Kindes nie optimal verfügbar war.

Die hyperaktive Symptomatik hat somit einen engen Bezug zu misslungenen frühen Kommunikationsversuchen der Mutter mit ihrem Kind. Nach dieser Theorie könnte es der Mutter oder anderen Personen an ihrer Stelle nicht gelungen sein, die *Ausdrucksmotorik* (Neraal, 2004) des Säuglings angemessen zu erfassen und sich einen Reim darauf zu machen. Ein Säugling kann in einer solchen frustranen Situation anhaltend alarmiert und unruhig sein. Der Zusammenbruch der Kommunikation kann durch elterliche Hilflosigkeit ausgelöst oder verstärkt werden, die sich auf das Kind überträgt. Aber das Kind kann auch von sich aus Signale besonderer Hilflosigkeit aussenden, die den Eltern von Anfang an besondere Leistungen abverlangen, etwa sich dem Kind immer wieder zuzuwenden und ihm ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken. Diese können nicht alle Eltern aufbringen. Schon frühzeitig sind Besonderheiten im Reizschutzverhalten und im Temperament des

Säuglings anzuerkennen und mit den Fähigkeiten der Eltern zu vergleichen, sich diesem Temperament zu stellen, dieses zu verstehen, zu verkraften und auf gelungene Weise zu beantworten. Einige der später hyperaktiven Kinder sind in paradoxer Weise als Säuglinge still und „pflegeleicht“. Auch in einer solchen „Funkstille“ können Kind und Eltern sich nicht kennen lernen (du Bois, 2005). Am Ende ist die Interaktion auf beiden Seiten bekanntlich dadurch geprägt, dass sie sich bei ihren Kontaktversuchen über alle Maßen anstrengen, dennoch ineffektiv bleiben und aneinander vorbei kommunizieren, Misserfolge vorweg nehmen und immer neue Enttäuschungen provozieren.

Die Verhaltensmerkmale des hyperaktiven, impulsiven Verhaltens konvergieren mit den entsprechenden Beschreibungen eines *ängstlich ambivalenten* und eines *desorganisierten* Bindungsstils (Clarke et al., 2002). Die Bindungstheorie hat ihre Wurzeln in der direkten Interaktionsbeobachtung. Die therapeutischen Ansätze zielen darauf, Mutter oder Bezugsperson gemeinsam mit dem Kind in bestimmten typischen Alltagssituationen und alltäglichen Konflikten aufzusuchen und mitzuerleben und dann auf die Interaktion einzuwirken. Dies kann, ohne unzumutbare Verzerrungen der Alltagsrealität, freilich nur bei jungen Kindern gelingen, zum Beispiel in einem tagesklinischen Setting. Ein Mutter-Kind Interaktionstraining gelingt nur, wenn eine misslingende Kommunikation frühzeitig erkannt wird. Hierin liegt freilich der hohe präventive Wert.

3 Beziehungsmuster

In der Einzeltherapie älterer Kinder bildet die Analyse gestörter und misslingender *Beziehungen* das Rückgrat der therapeutischen Arbeit. Die Art und Weise, wie das hyperaktive Kind seine Beziehungen gestaltet, bildet sich in der *Übertragung* auf den Therapeuten ab und kann dort bearbeitet werden. Mütter hyperaktiver Kinder bleiben oft mit ihrem Kind in ambivalent *symbiotischen* Beziehungsmustern gefangen, aus denen der Vater als Dritter, der wirksam intervenieren könnte, ausgeschlossen wird (Neraal, 2004). Dem Kind wird eine angemessene Autonomie vorenthalten. Oder das Kind sorgt selbst dafür, dass ihm keine Autonomie zugebraut wird. Weder Mutter noch Kind können sich von ihrem frustrierten Bemühen verabschieden, doch noch auf der Stufe einer frühen Bedürfnisbefriedigung zusammen zu finden. Das hyperaktive, ständig reizhungrige und unachtsame Verhalten sorgt dafür, dass die Mutter ihr Kind nicht aus den Augen lassen kann. Zugleich versucht das Kind mit draufgängerischem Verhalten der symbiotischen Umklammerung zu entfliehen. Das Kind lässt es angesichts der erlittenen Gängelung immer wieder auf Zerwürfnisse ankommen. In diesen wendet sich auch die Mutter vom Kind ab. Schuldgefühle beider Seiten führen im nächsten Schritt dazu, dass sich Mutter und Kind wieder in den Armen liegen, – leider selten so, dass eine echte Versöhnung gelingt.

Narzisstische Beziehungsstörungen entwickeln sich bis zum späteren Kindesalter durch die Verarbeitung der Misserfolge, Missverständnisse und Enttäuschungen. Gerade dann, wenn impulsiv-aggressives Verhalten stärker in den Mittelpunkt rückt, bilden narzisstische Kränkungen einen bedeutsamen dynamischen Hintergrund. Sie bedürfen daher der frühzeitigen therapeutischen Bearbeitung. Narzisstische Reaktionsmuster werden nach und nach zum wichtigsten Grund für das fortgesetzte Scheitern der Selbstkontrolle, nicht zuletzt im Zusammenwirken mit dem späteren Konsum von Alkohol. Allein aufgrund der hyperaktiven Disposition gäbe es im Jugendalter keinen Grund mehr, an einer ausreichenden Selbstkontrolle zu scheitern, wenn sich nicht die erwähnten narzisstischen Reaktionsmuster aufpfropfen würden (du Bois, 2005). Die Anfänge liegen natürlich früher. Bereits das jüngere Kind beginnt Wut zu empfinden über jede Situation, in der es sich nicht verstanden oder in seiner Eigenart nicht anerkannt fühlt, oder in der es zweifelt, überhaupt liebenswert zu sein.

4 Hyperaktivität und Depression

Die bekannte „Komorbidität“ zwischen *depressiven Störungen* und ADHS ist ein Beispiel für die fragwürdige Ausweitung und Überbeanspruchung des ADHS-Konstruktes. Es darf bezweifelt werden, ob die bei ängstlich-depressiv verstimmtten Kindern bisweilen zu beobachtende hohe vegetative Erregbarkeit, Unruhe und Reizbarkeit aus dem gleichen neurophysiologischen Substrat herrührt wie bei anderen Fälle mit ADHS, zumal diese Unruhe bei depressiven Kindern nicht mit einem Aufmerksamkeitsdefizit einhergeht. Im Interesse trennscharfer Definitionen wäre ohnehin zu empfehlen, impulsive Kinder nur dann als ADHS zu bezeichnen, wenn bei ihnen gleichzeitig ein solches Aufmerksamkeitsdefizit besteht – also der charakteristische Befund einer hohen Ablenkbarkeit mit hohem Reizhunger erhoben werden kann.

Auf der Beschwerdebene finden sich bei den depressiv geprägten Kindern Leistungsängste, Sozialängste und Versagensängste. Bei deren tiefenpsychologischer Bearbeitung taucht als eigentliches Problem die Unfähigkeit der Kinder auf, erlittene oder drohende Verluste zu bewältigen. Aufgeregtes hypermotorisches Verhalten, Umtriebigkeit und Reizbarkeit erscheinen in diesem Zusammenhang als Ausweichmanöver beim Gewährwerden eines Objektverlustes. Bei manchen Kindern, die nach einem Verlusterlebnis akute hyperaktive Verhaltensstörungen entwickeln, muss die drohende Depression hinter der „manischen“ Abwehr überhaupt erst freigelegt werden.

5 Hyperaktivität und Trauma

Ähnlich wie bei den depressiven Kinder sollte auch bei Kindern, die konkrete *traumatische Erfahrungen* zu verarbeiten haben, das resultierende aggressiv-impulsive Verhalten nicht automatisch in das ADHS-Konzept eingeschlossen werden. Zwar ist anzuerken-

nen, dass dieses Konzept rein phänomenologisch definiert wird und keine spezifische oder einheitliche Ätiologie verlangt. Dennoch ist auffällig, dass bei den traumatisierten Kindern oft die für das ADHS so zentrale Aufmerksamkeitsstörung nicht relevant ist. Im Interesse der Eingrenzung eines sonst ausufernden Gebrauchs der ADHS-Begrifflichkeit sollte stärker beachtet werden, dass zur Stellung dieser Diagnose neben der Antriebssteigerung auch der spezifische Wahrnehmungsstil des „attention deficit“ gehört.

Traumatisierte Kinder – oft solche mit manifest psychisch kranken und folglich unbe-rechenbaren Eltern – müssen sich mit dem unwillkürlichen Auftauchen traumatischer Erinnerungen auseinandersetzen. Diese handeln von Überwältigungen, Ängstigungen und Überrumpelungen. Die betroffenen Kinder versuchen ihre Erinnerungstätigkeit durch ihre Umtriebe zu betäuben oder ihr Erleben in andere Richtungen zu lenken oder ihre gefährlichen Assoziationen durch überstürztes Handeln zu unterlaufen. Objektive Gefahren, die auf die Kinder zukommen, werden hingegen ignoriert. Ihre Beachtung würde sofort schlechte Erinnerungen wachrufen. Das hyperaktive Verhalten lässt sich als „reaktive und defensive Antwort auf überwältigende und bedrohliche Umwelterfahrungen“ (Fricke u. Streeck-Fischer, 2006) bezeichnen. In der Therapie kann den Kindern die Erfahrung eines sicheren Ortes vermittelt werden. Sie erleben zu ihrer Beruhigung, dass es möglich ist, nicht immer wieder aufs Neue traumatisiert zu werden. Sie erfahren feste Regeln und Grenzen, lernen diese einzuhalten und als persönlich sinnvoll zu be-greifen, nämlich als „Plomben“ zur Versiegelung ihrer eigenen Schwachstellen.

Die Eltern müssen in das vereinbarte und einzuübende Regelwerk einbezogen werden. In der therapeutischen Arbeit mit den Eltern kann der Therapeut bisweilen verblüfft feststellen, dass die Eltern ähnliche Verhaltensdispositionen mitbringen wie das Kind. Beide „gehen aneinander hoch“, fügen sich gegenseitig Verletzungen zu und verstärken so die ohnehin vorhandene Vulnerabilität. Diese Beobachtungen lassen sich durchaus im Sinne der *Expressed Emotions* Forschung verwerten (Peris u. Baker, 2000). In solchen Fragen nähern sich analytische und verhaltenstherapeutische Konzepte einander an, wobei freilich im analytischen Kontext eine Reihe von Aspekten besondere Gewichtung erfahren: die Abwehrfunktion der Symptome, die haltende Funktion der Regeln und ihre symbolische Bedeutung, die Notwendigkeit einer emotionalen Nachreifung und Versöhnung, die Phantasietätigkeit des Kindes sowie der Schutz vor Retraumatisierung.

6 Übertragungseffekte bei Medikation

Bei schweren Ausprägungen eines ADHS ist die Gabe von Stimulanzien von un-schätzbarem therapeutischen Wert und nahezu unverzichtbar. Bei geringeren Aus-prägungen bleibt freilich mehr Raum für kritisches Nachdenken, ob eine Medikati-on notwendig ist und was von ihr erwartet werden kann. Dem schwer betroffenen Kind ermöglicht die Medikation, das es wieder am sozialen Leben teilhaben kann. Die Medikation erlaubt es ihm, in der Schule erfolgsorientiert mitzuarbeiten. Die Nerven der Angehörigen werden geschont. Das Kind kann sich seinen Platz in der

Familie bewahren. Ohne die so überaus klare Wirkung der Stimulanzien auf das ADHS hätte dieses so schlecht ausgearbeitete Konzept wohl keinen so starken deflatorischen Sog auf alle expansiven psychischen Störungen (und darüber hinaus auf weitere Störungen) ausgeübt. Der pharmakologische Optimismus geht so weit, dass es von einigen Fachkollegen als „unethisch“ bezeichnet wird, hyperaktiven Kindern die Medikation zu verweigern. Diese pauschale Behauptung ist freilich kaum haltbar, wenn man die unterschiedlichen Ausprägungen des Syndroms und die vielschichtigen Probleme bedenkt, die hinter dem ADHS verborgen liegen, und die durch die Medikation entweder nicht gelöst oder sogar verschlimmert werden.

Im günstigen Fall ist das Medikament das „gute Objekt“, das Eltern und Kind in der Hoffnung auf Entlastung vereint und mit dem beide Seiten ihre Versöhnungsbereitschaft bekunden. Dabei symbolisiert das Medikament das Bemühen, eine destruktive und gefährliche Seite der Person des Kindes wieder zu integrieren. Auch der schwierige Teil des Kindes soll wieder ertragen und anderen zugemutet werden können. Das Medikament symbolisiert auch die Zuversicht der Angehörigen, dass sie ihr Kind trotz aller Schwierigkeiten annehmen und lieben können.

Gegen diese positiven Effekte der Medikation stehen die Risiken: Die Kinder können sich durch die Einnahme der Medikation bestraft oder stigmatisiert fühlen. Sie sehen sich in eine Sonderrolle gedrängt. Jede Einnahme des Medikaments erinnert sie daran, dass sie ohne Medikation für die Umwelt nicht tragbar wären. Die Kinder geben sich für die drohende Ablehnung aber nicht unbedingt selbst die Schuld. Viele begreifen das eigene Verhalten nicht als abnorm, sondern rechtfertigen es angesichts ihrer besonderen Situation in der Familie oder unter feindseligen Klassenkameraden. In dieser Lage läuft es ihnen zuwider „artig“ zu sein oder Wohlverhalten zu zeigen, auch wenn ihnen dieser Akt der kontrollierten Anpassung mit Hilfe der Medikation möglich wäre. Aus gutem Grund sehnen sich die Kinder vor allem danach, ihre konkrete Lage zu ändern. Die Medikation zielt nun aber darauf, dass eine widrige Situation, die nicht zum Aushalten ist, wieder aushaltbar werden soll. Das störende Verhalten des Kindes soll aufhören. Das Kind soll mit seiner Störung nicht mehr den Finger in die Wunden der Familie legen, sondern soll dabei mithelfen, die Schwachstellen der Familie auszugleichen.

In anderen Fällen erinnert das hyperaktive Kind seine Mutter an frühere Misshandlungen, die sie durch den Vater des Kindes erlitten hat. Die Aggression des Kindes wird im Lichte dieser Erinnerungen dämonisiert. Wenn in einem solchen Zusammenhang die aggressiven Tendenzen eines Kindes medikamentös unterbunden werden sollen, dann möchte die darauf drängende Mutter ihre eigenen Erinnerungen unter Kontrolle bringen. Das Kind erscheint in Zuspitzung als aggressives Monster, das durch die Medikation in Zaum gehalten werden muss. Eine solche Zuschreibung kann sich als Selbstbild und selbst erfüllende Prophezeiung beim Kind festsetzen. Eingekapselt in ein medikamentös erzwungenes Wohlverhalten kann sich eine perverse Charakterstruktur herausbilden. Dammasch (2002) schildert, wie ein ungesteuert aggressives und destruktiv agierendes Kind unter Stimulanzien

zwar gesprächsbereit wurde und die Therapiestunden brav und geordnet abwickelte, jedoch unfähig blieb, sprachlich symbolisch zu kommunizieren.

Wenn nach längerer Verschreibung die Medikation aus verschiedenen Gründen beendet wird, kehrt die Angst vor unkontrollierten Erregungen zurück. Die Angst ist oft nicht bei den betroffenen Patienten sondern bei den Angehörigen lokalisiert. Sie richtet sich zum einen auf die erwähnten aggressiven Durchbrüche, zum anderen auch auf Verschlechterungen der schulischen Leistungen. Die Angehörigen gehen davon aus, dass ihr Kind nur mit Hilfe des Medikaments noch vor dem schulischen Absturz bewahrt wird. Die Kinder wissen oft schon lange vor ihren Eltern, dass ihr Leistungsvermögen überschätzt wird. Das Medikament soll die Anstrengungsbereitschaft des Kindes beschwören, bisweilen auch den Mythos einer besonderen Begabung bewahren, an die die Eltern sich zu klammern versuchen, oder auch nur die elterliche Kontrolle über das Kind erhalten, wenn dieses im Begriff steht, die Kindheit zu verlassen. Ab dem Jugendalter verschlechtern sich die Schulleistungen unabhängig von der Medikation. Jene Eltern, die ihre Wertschätzung des Kindes vor allem an dessen Schulerfolg festmachen, werden von ihren negativen Gefühlen eingeholt. Die Angst geht um, das ganze Kartenhaus des schulischen „Durchhaltens“ könnte einstürzen und eine Lawine von Schmach und Erniedrigung sowie lebenslangen Versagens könnte über das Kind hereinbrechen.

7 Schlussfolgerungen

Die skizzierten therapeutischen Herangehensweisen befassen sich zum Teil mit Aspekten der Entstehung des ADHS. Zum anderen Teil zeigen sie, welche Funktionen das ADHS im Beziehungsgeflecht eines Kindes übernimmt. Stets will die Therapie dem betroffenen Kind zur besseren psychischen Integration verhelfen. Die Vielfalt der dynamischen Zugangswege ist allein schon der typischen Mehrdeutigkeit allen seelischen Lebens geschuldet. Die Vielfalt erinnert aber auch daran, dass das ADHS weit davon entfernt ist, ein homogener diagnostisch eindeutig definierbarer Zustand zu sein. Im ADHS bilden sich höchst unterschiedliche hirnfunktionelle Tatbestände ab, gefolgt von mächtigen psychischen Reaktionsbildungen, die mit Frustrationen und Kränkungen, Vermeidungen, Überforderungen, Schutz- und Abwehrmechanismen zusammenhängen.

Gegenwärtig droht ADHS bekanntlich zu einem Begriff zu werden, der – weit über die unvermeidbaren populären Missverständnisse hinaus – auch in Fachkreisen immer weitere Bedeutungen in sich aufnimmt und von allen Seiten – eben nicht nur von den Angehörigen – dankbar zur Reduktion der Komplexität genutzt wird. Die Angehörigen mögen in dieser Etikettierung ein Mittel gegen ihre Verwirrung und ihre Schuldgefühle erkennen und sich und ihr Kind deshalb einer manualisierten Therapie anvertrauen, die von einer standardisierten Diagnose ausgeht. In der ATP Therapiestudie fällt auf, dass gerade jene Patienten, die angeblich nur Medikamente und keine Psychotherapie erhielten, von einer besonders kompetenten, individuellen

und vertrauensvollen Betreuung profitierten. Diese Patienten und ihre Angehörigen wurden nämlich von erfahrenen Ärzten kontinuierlich begleitet. Die Betreuung unterlag keinen inhaltlichen Vorgaben. Es darf aber unterstellt werden, dass sich diese Ärzte in besonderer Weise um die Belange ihrer Studienpatienten kümmerten. Die so genannte Therapiegruppe waren hingegen zu manualisierten Therapieprogrammen eingeteilt, die von wechselnden Praktikanten und Hilfskräften nach einem fest vorgeschriebenen Ablauf durchgeführt wurden (Greene u. Ablon, 2001). Eine vergleichbare persönliche Anbindung fehlte. Es wäre naiv, die in der persönlichen Arzt-Patient Beziehung ausgeübten Wirkungen zu ignorieren und davon auszugehen, dass in der medikamentös behandelten Gruppe folglich keine Psychotherapie stattfand. Wichtige, die Wirksamkeit mitbestimmende Beziehungsangebote sind vermutlich in allen verhaltenstherapeutischen, in allen funktional übenden und eben auch in den medikamentösen Angeboten zur Behandlung des ADHS irgendwie enthalten. Aus psychoanalytischer Sicht fehlt jedoch die systematische Reflexion dieser Beziehungen und ein die Therapie begleitender hermeneutischer Prozess, an dem sich die Beziehungsarbeit immer wieder neu ausrichten kann.

Literatur

- Carlson, E. A., Jacobovitz, D., Sroufe, L. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54.
- Clarke, L., Ungerer, J., Clahoud, K., Johnson, S., Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 179-198.
- Dammasch, F. (2002). Er weiß nicht wo er anfängt und wo er aufhört. Psychoanalytisches Verstehen des ruhelosen Kindes. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- du Bois, R. (2005). Zur Bedeutung der narzisstischen Regulation bei dissozialen Krisen – am Beispiel des Weglaufens und Streunens. In R. du Bois, F. Resch (2005), *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- du Bois, R. (2005). Zur Einschätzung von Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität. In R. du Bois, F. Resch (2005), *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fricke, B., Streck-Fischer, A. (2006). „Bei den Seepferdchen bekommen die Väter die Kinder“. Verwirrende Realitäten bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 51, 91-98.
- Greene, R. W., Ablon, J. S. (2001). What does the MTA study tell us about effective psychosocial treatment for ADHD? *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 114-121.
- Hüther, G. (2004). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnganischer Veränderungen. In Passolt, M. (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (2. erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- von Lüpke, H. (2003). ADHS – Das Dilemma der Schuldfrage. In W. u. W. Doering (Hrsg.), *Das andere ADS-Buch. Sichtweisen und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*. Bremen: Edition Doering.

- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Neeral, T. (2005). Die unerhörten Botschaften der hyperaktiven Kinder. *Psychoanalytische Familientherapie*, 6.
- Peris T. S., Baker B. L. (2000). Applications of the Expressed Emotion Construct to Young Children with Externalizing Behavior: Stability and Prediction over Time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 457-462.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglekt“ – bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut*, 51, 80-90.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Reinmar du Bois, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hasenbergstr. 60, 70176 Stuttgart.