

# Leitlinien

## Dietmar Borowski/Gustav Bovensiepen/Frank Dammasch/ Hans Hopf/Heidi Staufenberg/Annette Streeck-Fischer Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen

### *1. Vorbemerkung*

Diese Leitlinien zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern soll vor allem jenen dienen, die psychodynamisch (analytisch, tiefenpsychologisch fundiert) mit diesen Kindern arbeiten. Wir hoffen, dass unsere Leitlinien viele Kolleginnen und Kollegen dazu ermuntern und anregen werden, Kinder mit diesen Diagnosen psychotherapeutisch zu behandeln. Wir haben versucht, Aussagen zur Psychodynamik, Indikation und zur Prognose zu machen zur Unterstützung und Hilfe bei den besonderen behandlungstechnischen Problemen, die in der Behandlung dieser Kinder auftreten. Wir vertreten die Auffassung, dass in erster Linie ein psychodynamisches Verstehen die größte Hilfe für diese Kinder bedeutet. Psychoanalytische Therapien sind für Kinder mit ADHS indiziert und hilfreich.

Nach kinderpsychiatrischen Klassifikationssystemen verlangt die Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung das Vorliegen eines abnormen Ausmaßes an Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, das situationsübergreifend und andauernd ist. Nach ICD-10 müssen mindestens sechs der unter Aufmerksamkeit, drei der unter Überaktivität und mindestens eines der unter Impulsivität aufgeführten Symptome vorliegen. In diesem Klassifikationssystem werden ausschließlich Symptome berücksichtigt. Auf der Grundlage psychometrischer Verfahren und multivariater statistischer Analysen werden klassifikatorische Dimensionen mit Hilfe standardisierter Interviews empirisch gewonnen. Eine solche *dimensionale* Definition eines Störungsbildes unterscheidet sich wesentlich von psychodynamischen Konzepten. Diese sind an Kriterien

orientiert wie beispielsweise der Beginn, die Komplexität einer Störung und ätiologische Faktoren. Es handelt sich dabei um eine *kategoriale* Betrachtung eines Störungsbildes (Döpfner/Lehmkuhl, 1997). Die dimensionale Diagnostik dagegen führt gleichsam zu einer Oberflächen- oder Horizontal-Diagnose, die alle Störungsbilder einschließt, die die Symptomtrias Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität aufweisen. Das bedeutet, dass verschiedene Störungsbilder wie aggressives Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, Borderline-Störungen oder depressive Störungen und Teilleistungsstörungen *zwangsläufig* mit ADHS verbunden werden, wenn sie entsprechende Auffälligkeitsmerkmale, die in der ADHS-Checkliste aufgeführt sind, zeigen. Da dies in der Regel der Fall ist, gibt es *keine psychopathologisch relevante Aufmerksamkeitsstörung ohne ein anderes Störungsbild* (Barkley, 2002). Während biologisch-verhaltenstherapeutische Modelle vorgeben, ein Kind könne relativ unabhängig von seiner gesamten Persönlichkeit und von seiner psychosozialen Einbettung durch die Behandlung einer bestimmten *Symptomkonstellation* profitieren, wird mithilfe psychodynamischer Modelle das Kind als gesamte Person innerhalb eines bestimmten familiären und psychosozialen Bedingungsgefüges betrachtet. So gibt es aus psychodynamischer Sicht charakteristische Auffälligkeiten, Erklärungsmodelle und therapeutische Vorgehensweisen bei Kindern mit ADHS, die in dieser Leitlinie zusammengestellt sind

## 2. Kurze Geschichte des Störungsbildes

Seit dem Buch *Der Struwwelpeter* des Frankfurter Nervenarztes Dr. Heinrich Hoffmann (1845) wurden bewegungsunruhige Kinder als »Zappel-Philipp« in analoger Weise als Störenfriede im familiären und sozialen Raum beschrieben (Laehr, 1875; Schüle, 1877; Pick et al., 1904, zit. in Nissen, 2005). Erwähnenswert ist dabei, dass Hoffmann in seinem Kinderbuch die Hyperkinese (»Zappel-Philipp«) und das Aufmerksamkeitsdefizit (»Hans-guck-in-die-Luft«) durchaus als separate Auffälligkeiten beschrieben hat.

In den nachfolgenden Publikation wurde das Störungsbild durchweg so beschrieben: In den ersten Lebensjahren habe sich das Kind noch ruhig verhalten, dann seien nach einem fieberhaften Infekt oder im Anschluss an epileptische Anfälle starke Unruhezustände aufgetreten, die sich verstärkten. Meist habe die Unruhe im dritten oder vierten Lebensjahr eingesetzt und ihren Höhepunkt im sechsten Lebensjahr erreicht. In der Pubertät habe sich die Bewegungsunruhe in der Regel zurückgebildet (zit. in Nissen, 2005, S. 475). Die in der bislang genannten psych-

iatrischen Literatur beschriebenen Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom wiesen also so gut wie immer *feststellbare organische Defizite* auf, zumeist nach Erkrankungen des Zentralnervensystems. Kinder mit einer solchen Diagnose werden heute relativ früh in Abteilungen für Entwicklungsneurologie vorgestellt. Diese Patienten werden auch mit der vorliegenden Leitlinie nicht erfasst.

Die so genannte »Langeoog-Untersuchung« ist wohl die wichtigste und zugleich eine exemplarische Beschreibung von traumatisierten Kriegskindern des Zweiten Weltkriegs. In den Jahren ab 1947 waren 50.000 Schüler der Geburtsjahrgänge 1927 bis 1941 im Lebensalter zwischen sechs und 20 Jahren untersucht worden. Festgestellt wurden damals »nervöse Störungen«, übergroße Schreckhaftigkeit, motorische Unruhe, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Schlaf- und Sprachstörungen (Radebold, 2005, S.47), Symptome, welche dem heute so häufig diagnostizierten ADHS außerordentlich geähnelt haben, vor dem Hintergrund von Trennungstraumata und Vaterlosigkeit. Diese Untersuchung weist zudem auf einen eklatanten Zusammenhang zwischen Trauma und ADHS. Eine weitere Verknüpfung wird zwischen ADHS und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gefunden. Van der Kolk und McFarlane (2000) haben mehrfach festgestellt (vgl. Hopf, 2007), dass die ADHS einen hohen Grad von Komorbidität mit der PTBS aufweist.

1947 schufen Strauß und Lethinen mit der »minimal brain damage« ein Konzept, mit dem hypostasierte, jedoch *morphologisch nicht verifizierbare Hirnschädigungen* als Ursachen für motorische Unruhe und kindliche Neurosen vermutet wurden. Auf Grund des fehlenden Nachweises einer mit der Symptomatik korrelierenden Hirnschädigung wurde schließlich ein Begriffswechsel vollzogen (Mattner, 2002, S. 10). Der Begriff »damage« wurde 1963 in »dysfunction« umgewandelt und die gesamte Bezeichnung lautete fortan »Minimal Cerebral Dysfunction« oder kurz »MCD«. Der Begriff MCD wurde später meist synonym zum Begriff Hyperkinetisches Syndrom gebraucht, wie es in der ICD-10 beschrieben wird.

Lempp sprach in diesem Zusammenhang von einem »frühkindlich exogenen Psychosyndrom« (Nissen, 2005, S. 444f.). Übrig geblieben ist davon der Begriff der *Teilleistungsstörung* als ein »hirnorganisches Psychosyndrom«, obwohl ein kausaler Zusammenhang nie nachgewiesen werden konnte. Über das Ende der Diagnose MCD schreibt Nissen, dass die leichte frühkindliche Hirnschädigung, »diese unzulässig überdehnte, ubiquitäre Diagnose« darum schließlich überfällig wurde, »weil sie mit Prävalenzraten von 10 bis 30 Prozent in einen definitiven Gegensatz zum Begriff Normalität geriet« (S. 445). Derselbe Autor geht gemäß Einschätzung neuerer Untersuchungen von einer hirnorganischen Kerngruppe von höchstens 1 bis 2 Prozent aus. Wir können diesen Prozess der unzulässigen Überdehnung einer Diagnose seit einigen Jahren beim ADHS be-

obachten, wenn mittlerweile von Prävalenzraten bis zu 10 Prozent gesprochen wird (Knölker, 2001).

Mit der Einführung von DSM-III-R wurde auch – etwas zeitversetzt – in Deutschland das motorisch unruhige und unkonzentrierte Kind, Störenfried in Familie und Schule, nunmehr diagnostisch eingrenzbar und therapeutisch fassbar. Dies geschah zeitgleich mit der Entwicklung und Vermarktung von Ritalin. Im Jahr 1990 wurden noch 2.580 Kinder mit Ritalin behandelt. Im Jahre 1999 wurden bereits 41.000 Dauertherapien mit Ritalin durchgeführt (Damasch, 2007; Seidler, 2004).

### 3. Krankheitsbild

#### 3.1 Symptomatik

Kinder mit so genannter ADHS werden unter der Symptom-Trias von Konzentrationsschwäche, Hyperaktivität und fehlender Impulskontrolle beschrieben. Diese Leitsymptome treten gewöhnlich schon in früher Kindheit (in den ersten fünf Jahren) auf und begleiten die Schulzeit. Sie müssen situationsübergreifend (z. B. Familie und Kindergarten/Schule) und mindestens länger als sechs Monate aufgetreten sein, um die Diagnose zu rechtfertigen.

Sie werden beschrieben als

- Mangel an Ausdauer bei Tätigkeiten, die kognitiven Einsatz erfordern, Vermeidung derselben;
- Schwierigkeiten zuzuhören, begonnene Tätigkeiten (vollständig) auszuführen;
- leichte Ablenkbarkeit;
- hohe Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten;
- Wechsel von Tätigkeit zu Tätigkeit, ohne etwas zu Ende zu bringen;
- mangelhaft regulierte, überschießende Aktivität.

Die Symptomlisten werden vom Säuglingsalter an nach Altersgruppen unterteilt und nennen z. T. sehr konkrete, dabei allgemeine, für Kinder typische Verhaltensweisen (z. B. »Wutanfälle«), mit denen die »Kernsymptomatik« der Symptomtrias erfasst werden soll. Es gibt keinen wissenschaftlich begründeten Konsens, wo ein Schnitt zu machen wäre auf dem Spektrum von »normal« bis »unnormale/pathologisch«. So weisen Kritiker des verbreiteten ADHS-Konzeptes daraufhin, dass es sich in hohem Maße um Fragen des Temperaments handle (Carey, 1999)

und die (Fremd-)Beurteilung der kindlichen Verhaltensweisen durch den subjektiven Blick der Erwachsenen erfolge. In der Praxis wird auch in Deutschland der DSM-IV angewendet, dessen Einteilung in »Mischtyp« und »Konzentrationsstörung (ADS) ohne Hyperaktivität« erlaubt, auch Kinder, die nur Konzentrationsprobleme haben, als die »Träumerchen-Variante« unter die Diagnose ADS zu fassen. Mithilfe dieser Einteilung können nicht zuletzt auch die Mädchen, die bekanntermaßen weniger durch Unruhe auffallen, als ADS-Fälle erfasst werden (vgl. Leitlinie der AG ADHS Kinder- und Jugendärzte, 2007).

*ICD-10- und DSM-IV-Korrespondenzen:*

ICD-10	DSM-IV
F98.8 keine ADS-Diagnose in Kapitel F90, aber Verweis auf F98.8 <sup>1</sup>	→ 314.00 ADD unaufmerksamer Typ
F90.0 einfache Aktivitäts- Aufmerksamkeitsstörung	→ 314.01 ADHD gemischter Typ (hyperaktiv/unaufmerksam)
F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	→ 314.01 ADHD vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
F90.8 sonstige hyperkinetische Störungen	→ keine entsprechende Diagnose
F90.9 nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung	→ 314.9 ADHD NOS (not otherwise specified/nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung)

Der ICD-10 verwendet ADD (ADS) nicht als diagnostische Kategorie, da »dieser Terminus ... die Kenntnis psychologischer Prozesse impliziert, die noch nicht verfügbar ist, und den Einschluss verängstigter oder verträumter, unbeteiligter Kinder nahelegt, die wahrscheinlich andere Schwierigkeiten aufweisen« (6. Auflage, 2008, S. 317). Die Symptom-Trias wird unter den Oberbegriff der »hyperkinetischen Störungen« (HKS) (F90) gefasst, die mit Kapitel 90 als »Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend« (315ff.) klas-

<sup>1</sup> F98 »sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend«.

F98.8 ist eine Restkategorie. Genannt werden: »Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (DSM-IV: ADD)« sowie »*exzessives oder nicht altersentsprechendes*) Daumenlutschen, (*exzessive*) Masturbation, Nägelkauen, (*exzessives*) Nasebohren« (S. 349).

sifiziert werden. Dabei fokussiert der ICD-10 die Hyperkinese, der die Impulsivität und auch die Aufmerksamkeitsprobleme zugeordnet werden, und verlangt für die Diagnosestellung, dass alle Symptombereiche betroffen sind. Allerdings schließt der ICD-10 sich der gängig gewordenen Praxis, ADS/ADD als eigene Diagnose zu verwenden, insofern an, als er in seiner 8. Auflage von 2008 erstmals explizit auf F98.8 als Diagnoseziffer für ADS verweist. Für die Differentialdiagnose fordert der ICD-10 einen Ausschluss von

- affektiven Störungen (F30 – F39)
- Angststörungen (F41 oder F93.0)
- Schizophrenie (F20)
- tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84),

deren Symptome jenen der Hyperkinese (des ADHS) gleichen können. Andere Autoren sehen in den hier ausgeschlossenen affektiven Störungen hingegen komorbide Störungen, was zu einer Ausweitung der ADHS-Diagnose führt. (vgl. Leitlinie der AG ADHS Kinder- und Jugendärzte, 2007).

Die Argumentation im ICD-10 reagiert auf die Problematik, allein aufgrund beobachtbarer Symptome auf ein Krankheitsbild zu schließen, für das diese Symptome typisch sind, und versucht, die Bandbreite der Diagnose einzuengen. Der US-amerikanische Kinderpsychiater und Temperamentsforscher William D. Carey verweist auf diese Verschiebung von HKS zu AD(H)S, die mit einer quantitativen Ausweitung der Diagnose einhergeht, da die Prävalenzen für HKS bei 1-2% der Population und bei ADHS bei 3-15% liegen (Carey, 2002; Nissen, 2005). Aus psychoanalytischer Sicht sind bei den »ADHS«-Kindern und -Jugendlichen in der Regel die folgenden psychischen Funktionen gestört: Sie zeigen eine mangelnde Fähigkeit zur Affektwahrnehmung (bzw. Affektverleugnung), mangelnde Spannungs- und Konflikttoleranz sowie Mentalisierungs-, Bindungs- und Beziehungsstörungen. Diese Funktionsstörungen können auch bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen auftreten, bei denen *kein* ADHS oder eine hyperkinetische Störung festzustellen ist.

### 3.2 Psychosoziale Folgeerscheinungen des so genannten ADHS

Die unter ADHS gefasste Symptomatik führt zu sozialen Problemen, die oft von der Familie, zuweilen auch noch vom Kindergarten, von der Schule aber nicht mehr aufgefangen werden können. Die unruhigen Kinder, die sich nicht in die Gruppe integrieren und keine sozialen Regeln respektieren können, werden zu Außenseitern, und ihnen droht, unter ihrem intellektuellen Leistungsniveau zu bleiben und sich zu Schulversagern zu entwickeln. Sie geraten in eine negative

Spirale doppelter Art: sozial in der Gruppe der Gleichaltrigen isoliert und als Leistungsverweigerer von den Erwachsenen abgelehnt, orientieren sie sich leicht an negativen Vorbildern und riskieren somit, ihren Außenseiterstatus zu festigen und sich ins soziale Abseits zu bewegen. Da nach unserer Erfahrung emotionale Störungen mit niedrigem Selbstwertgefühl häufig als ADHS diagnostiziert werden, wird ein maligner Zirkel in Gang gesetzt und die betroffenen Kinder finden sich auf ihre negative Rolle festgelegt, die ihnen zumindest Aufmerksamkeit, wenn auch in Form von Ablehnung und Maßregelung, sichert. Spätestens im Verlauf dieser Entwicklung ist auch das innerfamiliäre System mit seinen ausgleichenden Möglichkeiten erschöpft, da die außerfamiliären Probleme des Kindes die Eltern mit Überforderung und Hilflosigkeit konfrontieren. In den meisten Fällen haben die ungelösten Verhaltensprobleme die Familie in ihrer Belastbarkeit selbst tief erschüttert und die Eltern ratlos bis verzweifelt nach Hilfe suchen lassen, die sie oft erst spät finden. Die Notwendigkeit einer Medikation (meistens Methylphenidat) ist in vielen Fällen dann erforderlich, um den malignen Zirkel zu durchbrechen (s. Abs. 6.2 Arbeit mit den Eltern).

### 3.3 Epidemiologie

Zur Prävalenz von ADHS/HKS liegen keine hinreichend abgesicherten Daten für Deutschland vor. Studien im angloamerikanischen Sprachraum kommen zu Schätzungen zwischen 4% und 26% (Huss, 2008). Prävalenzbestimmungen fallen auf der Grundlage dimensionaler Verfahren mit Antwortskalen aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme zu hoch aus. Letztlich liegt ein heterogenes Bild vor, weil eine unterschiedliche Population als Grundgesamtheit zugrunde gelegt wird. Die diagnostischen Grundannahmen für das Vorliegen eines ADHS zeigen eine große Variabilität. Ein Grundproblem ist ein nicht hinreichend definiertes Cut-off für das diagnostische Konstrukt »ADHS«.

Die versorgungsepidemiologische Studie (Schubert u. a., 2008) bezieht sich auf eine Inanspruchnahmepopulation, auf der Basis einer gestellten Krankenschein-Diagnose »HKS«. Dort wurde eine Prävalenz von 1,2% 1998 und von 2,2% 2000 geschätzt. Das Verhältnis Junge/Mädchen lag bei 3,6 : 1. Gleichzeitig zur Symptomatik der hyperkinetischen Störung wurden bei 37% andere psychische Störungen benannt.

Bei unterschiedlicher Population (Grundgesamtheiten) und Überschneidungen der diagnostischen Zuordnungen von psychische Störungen werden »Komorbiditäten« bei  $\frac{2}{3}$  aller »ADHS«-Erkrankten angenommen; zeigen 50% oppositionelle Störungen, 30-50% Störungen des Sozialverhaltens, 30% Angststörungen, 15-30% depressive Störungen und 10-25% ausgeprägte Lernstörungen.

Bei 8% der Kinder, die Psychotherapie im psychoanalytischen Verfahren wahrgenommen haben, wurde die Diagnose »ADHS« gestellt.

Eine Studie im Rahmen der Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts (Huss, 2008) kommt mit einem operationalisierten diagnostischen Vorgehen zur Frage »ADHS«, auf der Basis einer Gesamtpopulation, die sich nicht nur auf eine Inanspruchnahmepopulation begrenzt, zu einer geschätzten Prävalenz, die unter 3,9% liegt.

In der Arzneimittelverordnungsreport 2008 (Schwabe/Paffrath, 2008) wird berichtet, dass im Jahr 2007 46 Millionen Tagesdosen Methylphenidat verordnet wurden. 1999 lag die Verordnungsmenge noch bei 8 Millionen Tagesdosen.

Folgende Problembereiche werden deutlich:

- Werden Kinder mit Stimulanzien übertensorgt?
- Es mangelt an einer verbindlichen operationalisierten diagnostischen Zuordnung zur Annahme der Diagnose ADHS (Huss, 2008).
- ADHS überschneidet sich mit einer Fülle von psychischen Störungen (»Komorbiditäten«).

Für das Konzept »ADHS« bliebe abzuwarten, welche Schnittmengen sich in einer Feldstudie, bezogen auf die drei wesentlichen Symptomgruppen, aber auch bezogen auf andere psychische Störungen (»Komorbiditäten«) darstellen.

In der »Mannheimer Feldstudie« (1977-1986) wurde für das damalige Konzept »MCD« deutlich, dass die verschiedenen Datenebenen, die zu den konstituierenden Kriterien der »MCD« gehörten, weitgehend unabhängig voneinander auftraten und es nur unterhalb von 1% Überschneidungen gab (Esser/Schmidt, 1987). Das Konzept MCD wurde als überholt angesehen und die differenzierte Diagnostik verschiedener umschriebener Leistungsstörungen betont (Schmidt, 1992).

## 4. Ätiologie und Pathogenese

### 4.1 Biomedizinische Modelle

#### 4.1.1 Gene und Umwelt

In der kinderpsychiatrischen Literatur wird ADHS häufig als genetische Störung beschrieben, die u. a. mit Auffälligkeiten im Hirnstoffwechsel und in der neuronalen Entwicklung begründet wird. Die Bedeutung der genetischen Belastung wird u. a. damit erklärt, dass in Familienstudien von Kindern mit ADHS mit



10-35% eine höhere Vorkommenshäufigkeit vorliegt als in Familien ohne ADHS. Außerdem haben Zwillingsstudien ergeben, dass die Konkordanz bei monozygoten Zwillingen mit 0,75 bis 0,91 sehr hoch ist (Levi et al., 1997). Adoptionsstudien verweisen darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, ADHS zu entwickeln, höher ist, wenn die leiblichen Eltern eine entsprechende Störung haben. Die ist auch dann der Fall, wenn diese Kinder direkt nach der Geburt adoptiert wurden. Untersuchungen an Mäusen haben jedoch ergeben, dass genetisch belastete unruhige Mäusebabys – von unbelasteten Mäusemüttern aufgezogen – völlig unauffällige Entwicklungen nehmen können (Szyff et al., 2007; Weaver, 2009). Offenbar führen frühe günstige Pflegebedingungen zu einer erhöhten Stressresistenz mit epigenetischen Veränderungen auch bei ursprünglich genetisch belasteten Mäusebabys.

So sollte ADHS eher als ein *Extrem eines Verhaltens* betrachtet werden, das genetisch durch die gesamte Population hindurchgeht. Selbst eine Erblichkeit von 90% schließt nicht aus, so Rutter (2002), dass Umweltfaktoren massive Auswirkungen auf die Entwicklung einer solchen Störung haben.

Es geht um Anlage-Umwelt-Interaktionen, die nicht erst nach der Geburt ihren Anfang nehmen, sondern bereits während der Schwangerschaft eine Rolle spielen. Aus der biomedizinischen Perspektive werden frühe Umwelteinflüsse zugunsten von konstitutionellen Prädispositionen und Entwicklungsdiskontinuitäten unterbewertet. Hier nimmt die frühe Sozialisation oft nur einen randständigen Platz ein. Ebenso geschieht dies bei verhaltensgenetischen Studien, die in der Regel an 3- bis 4-jährigen Kindern durchgeführt werden. Umweltfaktoren werden in diesen Studien gewöhnlich herausgerechnet.

Die verminderte Aktivität bzw. defizitäre Ausbildung des dopaminergen Systems wird als zentraler Faktor der ADHS-Störung gesehen. Die unzureichende dopaminerge Aktivität wird mit einem genetischen Defekt im Bereich der Dopamin-Rezeptoren (z. B. D2/D4) oder der Transportergene (z. B. 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 (Ratey, 2002). Dopamin stellt eine Verbindung zwischen Belohnung, Neugier und exekutiven Funktionen her. Es unterstützt damit das Aufmerksamkeitssystem, die Fähigkeit zu lernen und das Gedächtnis. Diese Zusammenhänge (sollen) legitimieren, warum der Wirkstoff Methylphenidat sinnvoll ist. Er greift in das Dopaminsystem des Gehirns ein.

Dabei wird in der Regel nicht erwähnt, dass der Dopaminspiegel unmittelbar abhängig ist von unterschiedlichen Umwelteinflüssen. Das zeigen beispielsweise Untersuchungen an Affen zur Dopamin-Konzentration in Abhängigkeit von ihrer sozialen Position (Spitzer, 2002). An diesen Tieren, die in einer Wohngemein-

schaft lebten, wurde festgestellt, dass diejenigen in hoher sozialer Rangstellung einen erhöhten Dopamin-Spiegel aufwiesen. Andere, die eine untergeordnete Position einnahmen, zeigten einen deutlich niedrigeren Dopamin-Spiegel. 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.

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 (DeBellis et al., 1999).

Aus diesen Zusammenhängen wird deutlich, dass die biomedizinische Sicht die Bedeutung der Umwelt vernachlässigt, nicht zuletzt, um damit entsprechende biologische Therapiemodelle einseitig zu propagieren (Streeck-Fischer/Fricke, 2007).

#### 4.1.2 Befunde aus der Entwicklungspsychologie

Entwicklung, Stress und soziale Erfahrungen sind Faktoren, die die Genexpression verändern (Kandel, 2005). Befunde im Hinblick auf epigenetische Veränderungen können gerade in Bezug auf ADHS von hoher Bedeutung sein (vgl. Yehuda et al., 2007).

Grundsätzlich wichtig ist die Bedeutung *früher Entwicklungsbedingungen*. So verweisen Untersuchungen an Kindern, die länger als sechs Monate in Institutionen verweilt haben (vor allem an adoptierten rumänischen Heimkindern) auf die Bedeutung von Vernachlässigung in der Entstehung von Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit (Stevens et al., 2007). Sie zeigen auf, dass es deprivationsbedingte Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen gibt, die bedingt durch frühen Stress neuronale Veränderungen zur Folge haben. Sie diskutieren, ob möglicherweise frühe Deprivationserfahrungen als ein Entwicklungspfad zur ADHS angesehen werden können (Stevens et al., 2007).

In der Entwicklungsforschung wurden bemerkenswerte Korrelationen zwischen Regulations- und sensorischen Störungen bei der Untersuchung unruhiger Kinder (cry babies) festgestellt (Desantis et al., 2004), die im Alter von drei bis acht Jahren vermehrte Probleme mit der sensorischen Informationsaufnahme

und -verarbeitung zeigten. Je massiver ihre Unruhe, desto stärker das Ausmaß an Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen zu einem späteren Zeitpunkt. Die *Bindungstheorie* erklärt die Impulsivität, Unruhe, negative Aufmerksamkeitsuche, Hyperaktivität und geringe Konzentration als eine defensive Adaptation eines Kindes mit einer unsicheren Bindung. Hyperaktivität sei danach ein Versuch der Kontrolle und der Herstellung von Nähe zur frühen Pflegeperson als Folge dieser unsicheren Bindung (Greenberg et al., 1997).

Charakteristische Merkmale in der Beziehungsgestaltung konnten bei den Müttern aufmerksamkeitsgestörter Kinder gefunden werden. Solche Mütter sind direkter, reagieren abweisender und weniger belohnend auf ihre Kinder (Barkley, 1997, 2003). Studien zur frühen Mutter-Kind-Interaktion zeigen, dass Mütter von Kindern mit ADHS sich zu einem Zeitpunkt, als die Kinder sechs Monate alt waren, deutlich intrusiver als andere Mütter verhalten haben (Olson et al., 2002; Silverman/Ragusa, 1992). Wahrscheinlich erschwert intrusive Sorge der frühen Pflegeperson dem Kind, sich mit seinen Erregungszuständen selbst zu regulieren. Hierbei könnte es sich um ungünstige Wechselwirkungen zwischen Mutter und Kind handeln. Statt selbstinitiierte Interessen des Kindes zu unterstützen, neigen frühe Pflegepersonen von Kindern mit ADHS dazu, die Aktionen des Kindes durch *intrusives Eingreifen*<sup>2</sup> zu unterbrechen, was zu geringerem Engagement und geringerer Aufmerksamkeit auf Seiten des Kindes führt und im Ergebnis eine gestörte Aufmerksamkeitsentwicklung zur Folge hat. 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 gibt zwischen einer späteren ADHS und rigiden oder diffus-unklaren Grenzen in den familiären triadischen Interaktionen. 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).

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).

<sup>2</sup> Das wäre das konkretistische Gegenteil von »Containment«, bei dem ein psychischer Raum zu Verfügung gestellt wird und die Mutter bereit ist, die Ängste und Affekte des Kindes aufzunehmen und versucht, es zu verstehen, bevor sie handelt.

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

In einer Studie wurde festgestellt, dass die untersuchten Kinder Schwierigkeiten hatten, den emotionalen Gesichtsausdruck bei anderen Personen zu entschlüsseln (Peic et al., 2006). Insbesondere haben sie Schwierigkeiten, den Ausdruck von Ärger und Traurigkeit in fremden Gesichtern zu erkennen. Dies ist verbunden mit einem Mangel der Fähigkeit, Ärger und Traurigkeit bei sich selbst wahrzunehmen. Eine Studie an 196 Kindern im Alter von acht bis elf Jahren (Edwards et al., 1984) hat ergeben, dass es eine Korrelation gibt zwischen der Fähigkeit, emotionalen Ausdruck bei anderen zu dekodieren, und einer hohen sozialen Rangstellung. Kinder mit guten Dekodierungsfähigkeiten zeigten hohe soziale Kompetenz.

#### *4.1.3 Zur Entwicklung exekutiver Funktionen*

Fähigkeiten zur Selbstregulation stehen in engem Zusammenhang mit der Entwicklung exekutiver Funktionen (Barkley, 1997, 2003). Entwicklungsgestörte Kinder weisen in der Regel verschiedene Beeinträchtigungen auf wie Störungen in der motorischen Kontrolle, im Arbeitsgedächtnis, in den exekutiven Funktionen, in der Antwort-Inhibition (Hemmung) und in der Selbstregulation. Kognitive Prozesse höherer Ordnung wie Planen, Verhaltensprogrammierung, Organisation in Gedächtnis und Selbstregulation stehen ihnen ebenso wie die Fähigkeit, komplexere motorische Aufgaben zu lösen, oft nicht zur Verfügung.

In seiner *Theorie* der präfrontalen Funktionen betont Fuster (1997) die Bedeutung des präfrontalen Kortex für eine gesunde Entwicklung. Um zeitlich überdauernde zielgerichtete Aktionen durchführen zu können, unterstützt ein funktionsfähiges präfrontales Gehirn die Regulierung von basalen Bestrebungen oder motivationalen Zuständen. Kognitive und exekutive Kompetenzen, die in den ersten zwei Jahren entwickelt werden, sind wichtige Prädiktoren für spätere selbstregulatorische Fähigkeiten. Luu et al. (2000) haben gezeigt, dass negative Emotionalität und daraus folgende Verhaltensdysregulation eng mit beeinträchtigten exekutiven Funktionen im Frontallappen verbunden sind.

Die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation hat bei Kontrolle von Impulsen und bei Affektmodulation, motorischen und verbalen Aktivitäten und der Fähigkeit, sich an soziale Normen zu halten, eine wichtige Bedeutung (Silverman/Ragusa, 1992).

Barkley (1997) hat mit seinen Arbeiten zur Selbstregulation ein neuropsychologisches Konzept zur Verhaltensinhibition (Verhaltenssteuerung) 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 zum psychodynamischen Denken im Ansatz Barkleys ist jedoch, dass er ausschließen will, dass bei den komplexen Störungen der Verhaltenssteuerung frühe ungünstige Pflegebedingungen eine verursachende Rolle spielen; vielmehr geht er davon aus, dass erst die genetisch, konstitutionell oder auch temperamentsbedingte Aufmerksamkeitsstörung vorliegt, die dann 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 *vier Säulen*:

1. Der *Selbstregulation* von affektiven Motivations- und Erregungszuständen, die der Regulation von Gefühlen, der Fähigkeit zur Objektivität und zur objektiven und sozialen Perspektivenübernahme, der Regulation von Antrieb und motivationalen Zuständen und der Regulation von Erregung dient.
2. Den erreichten Kapazitäten im *Arbeitsgedächtnis*, die die Fähigkeiten umfassen, Ereignisse im Gedächtnis festzuhalten, Ereignisse rückblickend und vorausschauend zu betrachten und zu antizipieren. Der Zeitsinn und die zeitlich überdauernde Verhaltensorganisation sind davon mit betroffen. Die retrospektiven Funktionen ermöglichen, auf entwickelte Verhaltensstrukturen zurückzugreifen und sie zu benennen. Diese definieren die prospektiven Funktionen und führen zur Vorbereitung von Handlungen, zur Antizipation von Ereignissen oder zu einem antizipatorischen Verhaltensset.
3. Der *Verwendung der Sprache*, die eine wichtige Bedeutung für die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstkontrolle hat. Das Sprechen mit sich selbst impliziert Fähigkeiten der Beschreibung und Reflexion, Fähigkeiten zur Problemlösung und Selbstbefragung und unterstützt regelgeleitetes Verhalten nach eigenen Vorstellungen.
4. Der *Rekonstitution* (Wiederherstellung), die die Fähigkeit beinhaltet, multiple neue und komplexe alternative Antworten zu finden, entweder in der Sprache oder im motorischen Verhalten. Rekonstitution ermöglicht die Fähigkeit zur Analyse und Synthese des Verhaltens, zur verbalen und Verhaltenskompetenz sowie Kreativität. Dies schließt die Fähigkeit zu kreativem Spiel mit ein, also die Fähigkeit, sich auch in nicht-verbaler figürlich-kreativer Form ausdrücken zu können.

Sind diese Fähigkeiten entwickelt, kann ein Kind sein Verhalten, seine Affekte

und Impulse steuern. Es ist in der Lage, sich in der Umwelt und mit sich ordnend, Kategorien bildend zurechtzufinden. Während nahelegt, dass die umweltbedingten Entwicklungsfaktoren dabei eine zentrale Rolle spielen, werden sie von Barkley u. a. völlig ausgeblendet.

## 4.2 Psychodynamische Modelle

### 4.2.1 Begriffsklärung

Im psychoanalytischen Verständnis stellt ADHS keine nosologisch einheitliche und abgegrenzte Störung dar, sondern sie beschreibt ein *Syndrom* oder auch nur ein *Konglomerat* recht unterschiedlicher Symptome. Das psychosomatische Symptom stellt im psychoanalytischen Verständnis grundsätzlich den Ausdruck eines bedeutungsvollen Geschehens dar, dem die individuelle Geschichte des Subjektes eingeschrieben ist. Das Symptom verweist auf etwas, dessen Sinn sich nicht unmittelbar eröffnet. Das Symptom ist nicht nur pathologische Erscheinung oder Störung, sondern es stellt immer auch einen Kompromiss dar, mit dem das Subjekt einen Weg gefunden hat, einen Konflikt oder Mangel zu gestalten. Das Symptom ist nicht nur Ausdruck eines Leidens, sondern birgt auch Befriedigung. »ADHS« ist i. d. S. für Psychoanalytiker keine Diagnose. Insofern greifen wir eine außeranalytische Diagnostik und Diskussion auf – und greifen in sie ein –, da wir beobachten, dass die deskriptive ADHS-Diagnose zunehmende Verbreitung gefunden hat und unterschiedliche emotionale Entwicklungsstörungen des Kindesalters in dieses Diagnoseschema aufnimmt, die eines psychotherapeutischen Zugangs bedürfen.

Zudem suggeriert der Begriff der »Störung«, wir verfügten über ein kausales Wissen der Krankheitsursache und mit diesem Anspruch wird in der öffentlichen Diskussion der Dopaminmangel als funktionelle Störung des Stoffwechsels des Gehirns auch angeführt. Hingegen erscheint es – gerade angesichts der wissenschaftlich ungeklärten Ursache der ADHS – angemessener, von dem komplexen Zusammenspiel genetischer Anlage und der Abhängigkeit der Genexpression von Umweltfaktoren im Laufe der Entwicklung auszugehen. Die mit modernen bildgebenden Verfahren beschreibbaren hirnphysiologischen Veränderungen bei ADHS können entsprechend nicht als *organische Ursache* klassifiziert werden, sondern beschreiben einen Zustand, der dem Wechselprozess gegenseitiger Abhängigkeit von Physiologie und Psychologie geschuldet ist (s. Abs. 4.1 »Biomedizinische Aspekte«).

Die komplexe Problematik der ADHS-Diagnose diskutieren auf medizinisch-naturwissenschaftlicher Ebene Weisshaupt und Jokeit (2006). In sorgfältiger Diskussion der evidenzbasierten Forschungslage kommen sie zu dem Schluss, dass

sowohl in der diagnostischen Systematik, als auch auf der Ebene der objektivierten diagnostischen Klassifikation erhebliche Mängel bestehen und insgesamt »das Konstrukt der ADHD wieder zunehmend in der Kritik« stehe.

#### 4.2.2 Zur Genese der Symptome

Trotz der Symptom-Trias *Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung* ist das ADHS unspezifisch und die Symptome können sehr unterschiedliche psychische und psychosomatische Ursachen haben. Nach psychoanalytischem Verständnis können die hyperaktiven und impulsiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Triebdurchbrüchen stehen, die auf eine unzureichende Mischung und Integration aggressiver und libidinöser Triebregungen zurückzuführen sind. Triebaufschub, die Verweigerung sofortiger Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen erzeugt eine als unerträgliche erlebte Spannung, die impulsiv abreagiert wird und häufig zu Grenzüberschreitungen, oppositionellem und aggressiven Verhalten führt. Die Triebregungen und Affekte überfluten regelmäßig das Ich, das ihnen hilflos ausgeliefert ist und seine Impulse nicht sozial adäquat zu steuern vermag. Die Fähigkeit zur Affektregulation steht dem Patienten nicht oder nur unzureichend zur Verfügung. Mit dem *externalisierenden Verhalten versucht das Kind, eine innerpsychische Balance zu erreichen*, indem es die unerträglichen Spannungen nach außen abzugeben versucht. In seiner Entwicklung konnte das Subjekt kein hinreichend gutes Containment erfahren und innerpsychisch entwickeln. So kann es bedrängende Affekte wenig kontrollieren und »halten«. Margret Mahler beschreibt diesen Zusammenhang in ihrer Arbeit über Tics (1944) und spricht von »Affektinkontinenz«. Mahler beschreibt die impulsiv-hyperaktive Symptomatik mit dem Begriff der »Ausdrucksmotilität«, auf die das Kind auch nach seiner Säuglingszeit unangemessen stark angewiesen bleibt, statt zur »Leistungsmotorik« übergehen zu können, die ihm gezielte und kontrollierte motorische Aktion ermöglicht und damit anzeigt, dass die Motorik in den Bereich der Ichfunktionen integriert werden konnte (Mahler, 1985, S. 102ff.).

#### 4.2.3 Zentrale psychische Entwicklungsschritte

Bei vielen der sogenannten »ADHS-Kinder« ist es nicht zu einer ausreichenden Entwicklung der Fähigkeit zum *Containment* gekommen. Als Säuglinge haben sie häufig die Erfahrung mangelnder Abstimmung in der Beziehung zur Mutter/Pflegeperson gemacht. Manche von ihnen waren als Säugling sehr unruhig und schwer zu beruhigen (»Schreikinder«), wodurch der Prozess der Feinabstimmung (»mismatching«) oft verstärkt wird. Diese Säuglinge stellen für die Mütter eine oft nicht zu lösende Herausforderung dar. Gelingt es der Mutter nicht, die Erregung

des Säuglings zu mildern, kann sie selbst in einen hilflosen und erregten Zustand geraten, an ihren mütterlichen Fähigkeiten zweifeln, unter eigenen aggressiven Gefühlen dem frustrierenden Säugling gegenüber leiden, so dass ein Teufelskreis in Gang gesetzt werden kann: Den Müttern gelingt es immer weniger, die überflutenden Affekte und Ängste ihres Kindes zu verarbeiten (Containment), was dazu führt, dass der Prozess der Internalisierung der Fähigkeit zum Containment *im Kind gestört* wird, was wiederum zu einer Verstärkung seiner Angst- und Affektüberflutung führt (s. dazu auch Abs. 6.2: Die Arbeit mit den Eltern). Auch wenn in der öffentlichen Diskussion zunehmend auf diese sogenannten Schreiba-bys als Vorläufer für ADHS hingewiesen wird, so gilt es unbedingt festzuhalten: *nicht alle Kinder mit ADHS-Diagnose waren Schreikinder und nicht alle Schreikinder entwickeln notwendigerweise eine ADHS-Symptomatik.*

Durch die Verinnerlichung der sich entfaltenden Beziehung mit den äußeren Objekten, den Pflegepersonen, entstehen im Kind *innere Objekte* und baut sich sein *Bindungsverhalten* auf. Mit dieser Entwicklung seiner inneren Objekte bringt das Subjekt seine Erfahrungen mit den äußeren Objekten, die es zu eigenen, individuellen psychischen Repräsentanzen verarbeitet und auch seine individuelle biologische Konstitution ins Spiel. Wenn diese inneren Objekte des Kindes zu wenig Halt gebend und stabil sind, besteht die Gefahr, dass sie als negativ und verfolgend erlebt werden. Dies geht in der Regel mit einem regressiven Zerfall in Teilobjekte einher, was vom Ich des Kindes als bedrohlich erlebt werden kann. Von diesem Zustand versuchen sich viele Kinder durch externalisierendes, unruhiges und omnipotentes Verhalten zu befreien. Das beeinträchtigt auch das Bindungsverhalten, das labil bleibt und zu wenig Schutz und Halt bietet.

Im Prozess dieser psychischen Entwicklung spielen die *narzisstischen Größenphantasien*, normale und notwendige psychische Phänomene der frühen Kindheit, eine dynamisch wichtige Rolle. Narzisstische Größenphantasien und das damit verbundene Gefühl eigener Lebenskraft konnten nicht altersadäquat und schrittweise integriert und aufgegeben und zur Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls genutzt werden. Durch ihren defensiven Anspruch auf unrealistische Größe und Perfektion verstärken sie die innere Not des Kindes, das meint, sich um jeden Preis behaupten zu müssen (vgl. auch Abs. 5.: Geschlechtsspezifische Aspekte). Stattdessen werden die Versuche, den Anspruch auf eigene Größe zu behaupten, zu oft »ungekonnt« vorgetragen. Das Kind scheitert an der Ablehnung der Umwelt, die ihm in seinem grenzüberschreitenden Verhalten letztlich die für seine weitere Entwicklung notwendige Anerkennung versagt. Damit rückt die Entwicklung des Ichs, das zur Affektregulation, zur Integration der unterschiedlichen und teilweise konflikthaften Strebungen eine gewisse Stabilität, Autonomie und Differenziertheit aufweisen muss, in den Fokus des Interesses.



#### 4.2.4 Strukturniveau und ich-psychologische Perspektive

Grundsätzlich darf bei ADHS davon ausgegangen werden, dass sich die psychische Struktur der Kinder auf sehr *unterschiedlichen Entwicklungsniveaus* (entsprechend OPD-KJP) befindet. Wir finden einerseits schwere narzisstische Störungen auf niedrigem Strukturniveau. Diese früh gestörten Kinder, deren psychische Struktur kaum eine Triangulierung aufweist und die in ihren Objektbeziehungen kein reifes ödipales Niveau erreicht haben, können sich zu Borderline-Persönlichkeiten entwickeln oder gar psychotische Störungen ausbilden, wenn sie nicht die notwendige Behandlung/Förderung erhalten. Andererseits finden wir gut strukturierte Kinder mit nur leicht beeinträchtigenden neurotischen Unruhezuständen, die psychotherapeutischen Interventionen gegenüber leichter zugänglich sind und einer meist kürzeren Behandlungsdauer bedürfen.

Die Fähigkeit zur Selbst- und Objekt Konstanz bildet die Trennlinie zwischen integrierter Struktur, der Störung auf neurotischem Niveau und den Störungen mit mäßig und gering integriertem Strukturniveau. Diese Trennlinie ist bedeutsam, auch gerade im Hinblick auf die vorliegenden Ich-Fähigkeiten. Während bei ADHS-Störungen auf integriertem Niveau funktionelle Defizite im Umgang mit Konflikten (konfliktbedingte Ich-Störungen) im Vordergrund stehen, finden sich beim mäßig integrierten, gering integrierten und desintegrierten Niveau ich-strukturelle Defizite, die mit basalen Störungen zusammenhängen. *Ich-funktionelle Defizite* finden sich bei ADHS-Kindern und -Jugendlichen z. B. im Umgang mit spezifischen Konflikten bei abgewehrter Aggression, Depression und Angst, die durch Aufmerksamkeitsstörungen, Unruhe und Impulsregulationsstörungen zum Ausdruck kommen, während die Störungen bei *ich-strukturellen* Defiziten umfassender sind. Hier spielen weniger aktualisierte Konflikte eine Rolle als vielmehr mangelhaft entwickelte innere Regulationsfähigkeiten im Umgang mit Belastungen.

Dennoch können ADHS-spezifische Ich-Störungen ausfindig gemacht werden, die die Symptomtrias bestimmen, wie die mangelnde Fähigkeit, Affekte wahrzunehmen, sie zu ertragen (Spannungstoleranz) und zu benennen. Diese Unfähigkeiten stehen mit den Regulationsstörungen im Bereich der Impulse, Affekte und des Selbst ursächlich in Verbindung. Durch Unruhe, die eine Abwehrfunktion übernimmt, kann die Situation unter Kontrolle gehalten werden. ADHS-Kinder zeigen häufig eine mangelnde Fähigkeit zur Reizabschirmung, was zu verstärkter Hyperaktivität führen kann. Sie lassen sich von allem und jedem ablenken, ohne dass ihnen Fokussierung und Zentrierung zur Verfügung stünde. Gilmore (2000) hat anhand von Rorschach-Untersuchungen an ADHS-Kindern vor allem auf die mangelnden synthetisch-integrativen Fähigkeiten des Ichs (Nunberg, 1930) hingewiesen. Es handelt sich dabei um eine komplexe Ichleistung, die mit der Selbst- und Affektregulierung in Verbindung steht.

Die *Affektregulierung* hängt eng mit der Fähigkeit zur *Mentalisierung* zusammen (Fonagy/Target, 2002). Mentalisierung ermöglicht nicht nur die Anpassung von Affektzuständen, sondern erfüllt die basale Funktion der Selbstregulierung. Die Fähigkeit, eigene psychische Zustände und die des Anderen zu erkennen und darüber »nachzudenken«, ist die zentrale Funktion der Mentalisierung. Wenn deren Entwicklung (aus den verschiedensten Ursachen) grundlegend gestört ist, beeinträchtigt dies die Wahrnehmung fremder und eigener Affekte. Negative Affekte können nicht erkannt und benannt werden. Psychische Konflikte werden vorzugsweise durch Handeln beantwortet. Infolgedessen ist die Fähigkeit, Verhaltensweisen inneren psychischen Zuständen zuzuordnen und damit Verhalten berechenbar zu machen, massiv beeinträchtigt. Solche Kinder – wie auch Kinder ohne ADHS auf entsprechendem Strukturniveau – sind nicht zur Perspektivenübernahme in der Lage und können Gedanken und Gefühle nicht konzeptualisieren. Die Impulssteuerung ist im Kontext dieser eingeschränkten Fähigkeiten ebenfalls mangelhaft.

Die Fähigkeit zur *Selbstregulation* des Kindes entwickelt sich normalerweise in zwei Schritten: Zunächst entwickelt das Kind die Fähigkeit zur Antwortverzögerung auf der Basis präsymbolischer gespeicherter Informationen. Die Fähigkeit zur Antworthemmung wird am Ende des 2. Lebensjahres erreicht, wenn das Kind auf komplexere symbolisch gespeicherte Informationen zurückgreifen kann. Die Regulationsfähigkeiten werden in Abhängigkeit von den interaktiv abgestützten Regulationsangeboten der frühen Pflegeperson entwickelt und verwandeln sich in die Fähigkeit zur Autoregulation. All dieses konnte aufgrund basaler ungünstiger Entwicklungsbedingungen auf der einen Seite oder in Verbindung mit spezifischen Konflikten nicht entwickelt werden.

#### 4.2.5 *Mentalisierungsfähigkeit und Symbolisierungsniveau*

Mentalisierung ist der Prozess, die eigenen psychischen Zustände und die der anderen wahrzunehmen und zu reflektieren und »interpersonales Verhalten unter dem Blickwinkel psychischer Zustände zu begreifen« (Fonagy/Target, 2003, S. 363). Das Konzept der Mentalisierung ist Teil einer »theory of mind«. Selbstreflexion und Empathie sind die beiden Säulen dieses Prozesses. Bei gestörter Affektregulation bricht dieser Mentalisierungsprozess zusammen.

In der Arbeit mit unruhigen Kindern erleben wir häufig, wie die Fähigkeit zur Affektregulation und in ihrem Gefolge die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt werden oder zusammenbrechen. Wenn das Kind z. B. im rivalisierenden Regelspiel verliert oder zu verlieren droht, ist es einem Ansturm heftiger Affekte ausgesetzt, der seine Regulationsfähigkeiten überfordert. Die Intensität seiner Reaktionsweisen verweist auf die Stabilität seiner Mentalisierungsfunktion und

sein psychisches Strukturniveau. So kann das eine Kind sich kurz zurückziehen, sich verbal Entlastung verschaffen, indem es aggressiv schimpft oder auch – entgegengesetzt – depressiv reagieren, sich entmutigt zurückziehen und nur noch unbeteiligt mitspielen, um dann wieder in einen integrierten psychischen Zustand zurückzufinden, indem es etwa davon spricht, dies sei ja nur ein Spiel und ganz unwichtig. Das Spiel kann wieder libidinös besetzt und entsprechend lebendig weitergespielt werden. Ein anderes, stärker gestörtes Kind muss dies frustrierende Spiel vielleicht aufgeben, um sich über eine andere Aktivität wieder regulieren zu können. Typisch für die unter ADHS-Diagnose fallenden Kinder ist der Rückgriff auf die Motorik, mit der sie die als unerträglich empfundene Spannung abzuführen suchen. Auch der Gebrauch von Sprache scheint als wilde, teilweise unartikulierte Äußerung vor allem der Externalisierung unerträglicher Spannung und psychischer Zustände zu dienen, da sie nicht »mentalisiert« werden kann. Das Kind erlebt auch hier einen Zusammenbruch seines Reizschutzes. Das Objekt erfährt in diesem Geschehen seine (scheinbare) Bedeutungslosigkeit, insofern ihm das Kind mit relativer bis maximaler Rücksichtslosigkeit begegnet – also auch auf interpersonaler Ebene den Zusammenbruch seiner Mentalisierungsfunktion erkennbar wird. Das Spiel hat für das Kind seinen Als-ob-Charakter verloren und eine Dimension von Sieg versus Vernichtung, von Leben oder Tod angenommen.

Dieser Verlust des Als-ob-Charakters kann bei den unterschiedlichsten Beschäftigungen, im Rollenspiel mit den Handpuppen oder dem Puppenhaus, beim Malen und Bauen etc. auftreten. Die frustrierende Erfahrung, ein Spiel zu verlieren oder ein Vorhaben nicht so umsetzen zu können, wie gewünscht, aktiviert die unintegrierten Größenphantasien, die das Kind verzweifelt verteidigen muss, um sein von ihnen abhängiges und nun gefährdetes Selbstwertgefühl zu retten.

Der Verlust der Als-ob-Dimension signalisiert den Verlust der symbolischen Ebene. Dies kann, muss aber nicht zu einer Flucht in die Motorik (und Aggression) führen. Dieser Verlust kann sich auch in einem Zustand äußern, der einer Abwesenheit ähnelt, in der das Kind erkennbar versinkt und nicht mehr sein Spiel fortführen kann. Dies dürfte mit einer Überflutung affektgeladener Phantasien zusammenhängen, die die Mentalisierungsfähigkeit überfordern (s. Abs. 4.2.5 und Gilligan et al., 1995). Die oft phantasiebegabten sogenannten ADHS-Kinder sind oft spielgehemmt, weil sie einer gut entwickelten Affektregulierung und Mentalisierung und Symbolisierung bedürften, um ihren Phantasieeichtum *gestalten* zu können. Damit wäre wieder das Problem berührt, welche Entwicklungsbedingungen ihnen ihr psychosoziales Umfeld zur Verfügung stellen kann.

Der Zusammenhang von Mentalisierung, Containment und Symbolisierung, mit denen wir die psychische Fähigkeit beschreiben, etwas als Repräsentanz, als Signifikanten für ein »Drittes«, zu verstehen, kann hier nicht weiter diskutiert

werden (vgl. Bovensiepen, 2008). Dennoch sollte die Symbolisierungsfähigkeit angeführt werden, denn sie ist entscheidend für das Kind, Trennungen und die mit ihr verbundenen Unlustgefühle auszuhalten. Fehlt die Symbolisierungsfunktion, herrscht also symbolische Gleichsetzung (vgl. Segal, 1957), dann wird das Symbol mit dem symbolisierten Objekt gleichgesetzt, so dass beide als identisch erlebt werden. Bei reifer Symbolbildung oder symbolischer Darstellung *repräsentiert* das Symbol das Objekt, aber es wird nicht mit ihm *gleichgesetzt*: Fremdes wird somit vertraut und Abwesendes denkbar. Symbolbildung strukturiert die innere Welt des Kindes und erlaubt eine zunehmende Unabhängigkeit von realen äußeren Objekten. In der Analytischen Psychologie von C. G. Jung wird die Fähigkeit zur Symbolbildung als der wichtigste Wirkfaktor (die sog. Transzendente Funktion) der intrapsychischen Organisation der Psyche angesehen, vergleichbar der Alpha-Funktion bei Bion (1962). Realistischerweise muss davon ausgegangen werden, dass Symbolbildung sich nie ausschließlich auf reifer symbolischer Ebene abspielen dürfte und ganz frei von konkretistischen Elementen wäre. Die flexible psychotherapeutische Handhabung des raschen Wechsels zwischen unterschiedlichen Symbolisierungsniveaus bei hyperaktiven Kindern ist notwendiger Bestandteil der Behandlungstechnik (vgl. Bovensiepen, 2002a; s. auch Abs. 6.1.2: Behandlungstechnik).

Die Symptomatik der Hyperaktivität und Impulsivität verweist auf Symbolisierungsstörungen; gemäß der Terminologie von Mahler (1985) bleibt eine »Affektinkontinenz« (s. o.) erhalten. Eine symbolvermittelte Transformation ängstiger unbewusster Phantasien und ein Aufschub von Affekten und Impulsen fallen Kindern mit starker Bewegungsunruhe oft sehr schwer. Die Schwäche in der Symbolisierungsfähigkeit führt in der Regel auch zu Spielstörungen. Die Kinder können Spiele nicht symbolisch gebrauchen, nicht mehr »als ob« spielen, in einem Zwischenbereich von Phantasie und Realität (Streeck-Fischer, 1997). Das Spiel kann dann leicht konkretistisch werden und blitzschnell aus der Kontrolle geraten, da es lediglich als Abfuhr oder zur Erregung benutzt wird.

#### 4.2.6 Triangulierung

Psychotherapeutische Erfahrungen zeigen, dass die frühe Affekt- und Regulationsstörung, die aus psychoanalytisch-bindungstheoretischer Perspektive als eine zentrale Ursache von ADHS gilt, oft verbunden ist mit einer gestörten familialen Triade. Die biografischen Daten psychotherapeutischer und psychiatrischer Ambulanzen zeigen, dass häufig der Vater real oder emotional in der Entwicklung und Erziehung der Kinder wenig präsent ist. Neuere Forschungen und psychoanalytische Konzeptualisierungen legen nahe, dass die Qualität der Reflexionskompetenz neben der Mentalisierung im dyadischen Abstimmungsprozess auch von den verinnerlichten Beziehungserfahrungen im familialen Dreieck von Mut-

ter-Vater-Selbst abhängen. So konnte die Triangulierungsforschung (Bürgin/v. Klitzing, 2001; v. Klitzing, 2002) belegen, dass die Fähigkeit eines vierjährigen Kindes, kohärente Geschichten zu erzählen und aggressive Spielinhalte zu neutralisieren, auch mit der Triangulierungskompetenz der Eltern und insbesondere des Vaters im Zusammenhang steht. Die Erfahrung und Verinnerlichung einer genügend guten Abstimmung zwischen Mutter und Vater beeinflussen die Regulations- und Reflexionsfähigkeit eines Kindes positiv. Aus der Möglichkeit, im familialen Dreieck wechselnde Identifikationen eingehen zu können, erwächst die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, was ein Basisbaustein der Selbstreflexion darstellt. Entwicklungspsychologisch löst die Erfahrung des Getrenntseins von der Mutter im Individuationsprozess Ängste aus, die durch die Möglichkeit der Identifikation mit einem Dritten gemildert werden. Im familialen Beziehungsgeschehen kommt hier der Vater ins Spiel, der als alternatives Objekt und Hilfs-Ich die notwendige Trennung von der Mutter moderieren und das narzisstische Gleichgewicht auf neuem, trianguliertem Niveau wiederherstellen kann. Die Identifikation mit dem Dritten ermöglicht dem Kind die Separation und den anderen Blick auf die Mutter, erleichtert die Neutralisierung von Ängsten und aggressiven Affekten. Durch die Erfahrung einer genügend guten Beziehung zwischen Mutter und Vater kann das Kind dann gefahrlos sich wieder der Mutter zuwenden. Die intrapsychische Möglichkeit des Changierens zwischen dyadischen Beziehungsmustern (Selbst-Mutter, Selbst-Vater) und triadischen Beziehungsmustern (Selbst-(Vater-Mutter); (Selbst-Vater)-Mutter; (Selbst-Mutter)-Vater) bildet die objektbeziehungsdynamische Grundlage psychischer Flexibilität und Gesundheit. Das Fehlen einer genügend guten Abstimmung zwischen Mutter und Vater bzw. die reale Abwesenheit des Vaters sind zentrale lebensgeschichtliche Daten bei Kindern, die unter Unruhe, gesteigerter Impulsivität und Unaufmerksamkeit leiden.

Vor allem klinische Befunde (v. Klitzing, 2008; Dammasch, 2009a, 2009b) deuten darauf hin, dass das Gelingen des Prozesses der Triangulierung bei Jungen stärker als bei Mädchen von der realen Anwesenheit eines wertgeschätzten und wertschätzenden männlichen Dritten abhängt, der zur Mutter eine libidinöse Beziehung hat. Der Triangulierungsprozess beeinflusst beim Jungen unmittelbar auch die Geschlechtsidentitätsbildung (s. auch Abs. 5: Geschlechtsspezifische Aspekte).

#### *4.2.7 Konfliktodynamik*

ADHS muss immer noch als ein Kompromiss verstanden werden, der im Sinne der Abwehr einen Versuch darstellt, mit Konflikten und unerträglichen inneren Zuständen umzugehen. Die nachfolgend genannten Konfliktbereiche können in allen zuvor angeführten Subgruppen auftreten:

1. ADHS kann auf einem Mangel der affektiven und emotionalen Selbstregulation, auf eine Störung der Mentalisierungsfähigkeit und der Symbolisierungsfähigkeit beruhen (Bovensiepen/Hopf/Molitor, 2002; Heinemann/Hopf, 2006).
2. ADHS kann Ausdruck von Trennungs- und Bindungsstörungen sein (Hopf, 2005; Brisch, 2002). Das Bindungsverhalten von Kindern, welches ursprünglich nicht klassifiziert werden konnte, wird heute als *desorganisiertes/desorientiertes Bindungsmuster* bezeichnet. Diese Kinder zeigen auffällige, in sich widersprüchliche Verhaltensweisen, welche große Ähnlichkeiten mit Vorschulkindern haben, bei denen ADHS diagnostiziert wurde: Plötzliches Innehalten und Absence ähnliche Rückzüge dürften auf einen innerpsychischen Bruch im Erleben und der psychischen Integration verweisen und erinnern an die Vorläufer der Aufmerksamkeitsstörung. Aber auch die motorische Unruhe mit widersprüchlichen motorischen Verhaltensweisen und impulsiven Richtungswechseln in der Aktivität ruft das Bild der Hyperaktivität bei Vorschulkindern ins Gedächtnis. Kinder nach Traumatisierungen, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zeigen gehäuft desorganisierte Verhaltensweisen (vgl. Brisch, 2002).
3. ADHS kann Ausdruck von Inzestangst und Sexualisierung wegen eines Mangels von väterlicher Funktion und Triangulierung sein (Heinemann/Hopf, 2004, 2006).
4. ADHS kann im Sinne der (hypo-)manischen Abwehr als Schutz gegen Ängste und Depression dienen (Hopf, 2005). Mit körperlicher Unruhe werden auch Trennungstraumata zu bewältigen versucht und die zugehörigen depressiven Ängste abgewehrt. Die Kinder fliehen in die Bewegung, der zugrunde liegende – meist depressive – Konfliktbereich wird maskiert und unkenntlich gemacht. Während einer psychotherapeutischen Behandlung werden entsprechend die zugrunde liegenden Selbstwertprobleme und depressiven Affekte erkennbar, sobald sich die Symptome zurückbilden. Diese schützende, gleichsam »anti-depressive« Funktion des ADHS erklärt auch, warum die Kinder oft so verzweifelt an ihren Symptomen festzuhalten versuchen.
5. ADHS kann als Schutz gegen befürchtete äußere Aggression eingesetzt werden.
6. ADHS kann der Selbst- und Objektabgrenzung durch Motorik dienen und Ausdruck einer Individuationsstörung sein (Stork, 1993). Das hyperkinetische Syndrom ist – in seinem Hin und Her – auch Ausdruck des Schwankens zwischen narzisstischer Verbundenheit mit den Mutterbildern und einer Öffnung in Richtung auf eine eigene Identität und Individuation (Heinemann/Hopf, 2004, 2006). Motorik und Aggression stünden in diesem Kontext im Dienst der versuchten Individuation.
7. Über psychosomatische Abwehr können Konflikte unkenntlich gemacht wer-

den (Stork, 1993). Die Hyperkinese der Kinder, das »laute Symptom«, verdeckt erfolgreich bestimmte, als gefährlich erlebt Geschehnisse aus der elterlichen Phantasie- und Vorstellungswelt. Den Eltern ist der Zugang zu diesen Phantasien angstvoll versperrt, deshalb können sie keine psychischen Auffälligkeiten an ihrem Kind tolerieren und hilfreich aufnehmen. Dies würde ihre eigenen Ängste wachrufen. Den Kindern, psychisch eng verbunden mit den Eltern und deren »Auftrag« der Konfliktvermeidung folgend, verbleibt nur die Körpersprache, auf ihre Probleme aufmerksam zu machen. Aus den Behandlungen können wir bestätigen, wie erfolgreich sich die Motorik zur Verdeckung psychischen Geschehens einsetzen lässt: angesichts der wild agierenden Patienten fällt es uns oft schwer, Assoziationen und »Reverien« über die Patienten zu entwickeln und mit ihnen in einen Dialog zu treten (vgl. Staufenberg/Bovensiepen, 2009).

## 5. Geschlechtsspezifische Aspekte

### 5.1 Männlichkeit als zentraler Risikofaktor bei ADHS

Das Syndrom ADHS betrifft im Kindesalter zu etwa 80% das männliche Geschlecht. Obwohl z. B. in den USA das Syndrom in vielen Studien als reine Jungenkrankheit behandelt wird, gibt es bisher keine systematischen Untersuchungen zur biologischen oder psychosozialen Rolle des männlichen Geschlechts bei der Entstehung der Symptome. Da die Geschlechtsspezifität von hoher Relevanz ist, werden entwicklungspsychologisch-psychodynamische Hypothesen zum Zusammenhang von männlicher Identität und ADHS aufgestellt.

1. Ein Ergebnis der »Frankfurter Präventionsstudie« (Leuzinger-Bohleber/Fischmann/Läzer, 2008) in Kindergärten zeigte, dass die Hyperaktivität von ADHS-gefährdeten Kindern durch psychotherapeutische Maßnahmen bei Jungen signifikant geringer beeinflussbar war als bei Mädchen. Daraus ergibt sich die Hypothese: Mädchen sind besser als Jungen mit hyperaktiven Verhaltensauffälligkeiten in der Lage, verstehende Beziehungserfahrungen zu dynamisch wirksamen, strukturellen Veränderungen zu nutzen.
2. Ambulante wie stationäre Psychotherapien belegen, dass es sich bei den sogenannten ADHS-Kindern überproportional häufig um Jungen mit emotional oder sozial abwesenden Vätern handelt. In der Leipziger Kinder- und Jugendpsychiatrie (v. Klitzing, 2008) sind z. B. etwa 70% der Patienten mit ADHS

– fast ausschließlich Jungen – ohne Vater aufgewachsen. ADHS scheint somit ein Syndrom zu sein, das verbreitet eine spezifische Problematik männlicher Identitätsbildung unter der Bedingung eines sozial oder emotional abwesenden Vaters beinhaltet.

## 5.2 Entwicklungspsychologische Erklärung

Wir wissen, dass das männliche Geschlecht aufgrund der Chromosomenausstattung und der frühen Testosteronflutung biologisch gesehen a priori das empfindlichere der beiden Geschlechter ist. Zahllose Studien belegen die höhere Sterblichkeit männlicher Föten pränatal und die höhere Säuglingssterblichkeit männlicher Frühgeborener postnatal. Aufgrund der primären biologischen Vulnerabilität ist der Junge stärker als das Mädchen auf stabile Bindungs- und Beziehungserfahrungen in einem einfühlsamen konstanten familialen Umfeld angewiesen (Hüther, 2008). Wie in Abs. 4.2.6 erwähnt zeigt die Triangulierungsforschung, dass die Bildung der Fähigkeit zur eigenständigen Affektregulierung im Alter von vier Jahren bei Jungen stärker noch als bei Mädchen von der Triangulierungskompetenz der Eltern und vor allem des Vaters abhängt (Bürgin/v. Klitzing, 2001; v. Klitzing, 2002).

Primär wird die Geschlechtsidentität des Jungen aber vor allem von der Art und Weise beeinflusst, wie die Mutter die Männlichkeit des Jungen anerkennt. Im Unterschied zu ihrer Tochter erkennt die Mutter im Sohn das kleine abhängige Kind *und* den zukünftigen Mann, den Sohn des Vaters. So wird im psychischen Innenraum der Mutter in der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Sohnes eine heterosexuelle Triade aktiviert. Ob diese frühe triadische Erfahrung positiv oder negativ die Entwicklung bestimmt, hängt auch davon ab, welche Beziehung die Mutter zum Vater hat. Die liebevolle Anerkennung der männlichen Differenz durch die Mutter ist der Basisbaustein für eine gelingende männliche Identitätsentwicklung.

Aber nicht nur von der Mutter aus geht es darum, die Fremdheit des anderen Geschlechts liebevoll anzuerkennen und genügend gut zu integrieren, auch der kleine Junge selbst erlebt sich früher als das Mädchen unterschieden von der Mutter und von deren Weiblichkeit. Im Wechselspiel zwischen Körpererfahrungen und der Erfahrung von Affektregulierung mit den primären Bezugspersonen bildet sich die männliche Identität. Schon im Alter von sechs Monaten nimmt der Junge seinen Penis wahr und verinnerlicht die liebevolle Anerkennung oder Nicht-Anerkennung seines Genitals im Spiegel des mütterlichen Blicks.

Psychoanalytische Rekonstruktionen zeigen, dass gerade ruhelose bzw. unruhig-aggressive Jungen zu früh Fremdheits- bzw. Trennungserfahrungen erleben, die



auch verursacht werden können durch eine unbewusste frühe Sexualisierung der Mutter-Sohn-Beziehung. Der Sohn wird zum unbewussten Partnerersatz, was insbesondere bei emotional ausgeschlossenen oder real abwesendem Vater zu einer Steigerung von Inzest- und Kastrationsängsten führt. Der Vater hat für den Jungen schon früh eine zentrale Bedeutung nicht nur als ein die Separation von der Mutter unterstützender Dritter (wie auch beim Mädchen), sondern vor allem als Spiegel der Männlichkeit. Der Sohn kann im wechselseitigen motorisch libidinösen Spiel seine Männlichkeit in Besitz nehmen und verinnerlicht insbesondere die Formung der aggressiven Affekte durch die leidenschaftlich körpernahen und begrenzenden Spielerfahrungen mit dem Vater (Herzog, 1998).

Unruhig aggressive Jungen haben häufig aufgrund der fehlenden Möglichkeit, sich schon präödiplal mit einer bedeutungsvollen männlichen Bezugsperson, die von der Mutter anerkannt wird, zu identifizieren, keine stabile männliche Identität ausbilden können. Diese Jungen haben die Desidentifikation von der Mutter (Greenson, 1968) nicht geschafft, können sich nicht als sicherer Teil des männlichen Kollektivs fühlen (Diamond, 2009, 2010) und werden unbewusst von der Angst vor der Rückkehr in die primäre, weiblich-mütterliche Identifikation bestimmt. Die Stimulation des Körpers und die Überbesetzung der Motorik bei gleichzeitiger phallischer Desorientiertheit dienen der Abwehr der Angst vor frühen Abhängigkeitswünschen. Beim Jungen verbindet sich die Angst vor der frühen dyadischen Abhängigkeit, die es bei Mädchen genauso gibt, aufgrund der labilen männlichen Identität zusätzlich mit einer frühen Kastrationsangst. Während Mädchen Ängste, die auf starken Defiziten in der frühen emotionalen Abstimmung und Affektregulation basieren, möglicherweise besser symbolisieren können und durch Überbesetzung der Phantasie (ADS) oder stärkerem oknophilem Beziehungsverhalten (vgl. Hopf, 2008) kompensieren können oder aber auch später eine Depression ausbilden, neigen Jungen dazu, ihre Ängste, die immer auch verstärkend Kastrationsängste sind, durch motorische Externalisierung und Aggressivierung abzuwehren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Junge mit ADHS über keine stabile frühe und ödipale Triangulierung der inneren Objektwelt verfügt. Aufgrund der fehlenden libidinösen Interaktionserfahrungen mit einem die Männlichkeit des Sohnes anerkennenden Vaters bleibt die Entwicklung der männlichen Identität fragil und die Loslösung von der Mutter unvollständig. Eine reife männliche Geschlechtsidentität ist durch eine Integration aggressiv eindringender und rezeptiv aufnehmender, weiblicher und männlicher, mütterlicher und väterlicher Objektanteile in die Selbstrepräsentanz gekennzeichnet. Diese Integration ist beim hyperaktiven Jungen auch deshalb nicht gelungen, weil er in einer weiblich dominierten Welt, seine männlich-phallische Differenz zur Mutter nicht genügend gut für den Individuationsprozess nutzen konnte. Inzestängste, frühe und

ödipale Kastrationsängste führen zur Überbesetzung der Motilität als Abwehr dieser Ängste.

Die Verknüpfung der Angst vor der frühen Abhängigkeit mit der Angst vor dem Verlust der männlichen Geschlechtsidentität bildet den zentralen – typisch männlichen – zähen Widerstand gegen intensive psychotherapeutische Beziehungsarbeit an den inneren Konflikten. Der Junge mit ADHS flüchtet in die externalisierende Motorik, um der ängstigenden mit Mütterlichkeit und Weiblichkeit verbundenen Innenwelt zu entfliehen.

## 6. Psychotherapie

### 6.1 Psychoanalytische Behandlung

#### 6.1.1 Allgemeine Überlegungen

1. Psychoanalytische Therapie zielt bei der Behandlung von ADHS darauf, zentrale Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung grundlegend zu verändern, während Pharmakotherapie bei diesem Störungsbild Symptome eindämmt und keine Heilung über Veränderung von – eventuellen – organischen Mängeln oder störenden Konflikt- oder Strukturbereichen bewirkt.
2. Die Behandlung von ADHS wird in der Regel »multimodal« – eventuell mit Elternt raining, Ergotherapie etc. – verstanden und durchgeführt. Während ambulanter psychoanalytischer Behandlungen sollten – zumindest zu Beginn – keine anderen Therapien *gleichzeitig* stattfinden, um Prozess und Übertragungen nicht zu stören.
3. Mit psychoanalytischer Therapie werden nicht nur die Symptome (Hyperkinese, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität) einer ADHS behandelt, sondern auch die Komorbiditäten. Externalisierende Störungen sind immer strukturelle Störungen, so dass an den Dimensionen von Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung und Abwehr sowie an den kommunikativen Fähigkeiten gearbeitet werden soll.
4. Es existiert, wie zuvor erwähnt, eine Asymmetrie der Geschlechtsverteilung zugunsten der Jungen. Weil sie mit Bewegungsunruhe in sozialen Bezügen stören, werden Jungen auch häufiger psychotherapeutisch behandelt. Jungen und Mädchen mit einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8 ADS), kommen hingegen seltener in eine psychotherapeutische Behandlung,

*weil sie keine externalisierenden Symptome entwickeln und sozial eher unauffällig bleiben.* Meist erfolgt wegen der so genannten Komorbiditäten eine Behandlung, wie Schulprobleme oder ängstlich-depressive Entwicklungen (F93 – emotionale Störung), und diese Kinder sind in der Regel – zumindest begrenzt – symbolisierungsfähig. Damit bereiten sie auch keine so großen behandlungstechnischen Herausforderungen wie Patienten mit externalisierenden Störungen.

### 6.1.2 Überlegungen zur Behandlungstechnik bei ADHS

1. Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen greifen Raum und Rahmenbedingungen an und suchen sie zu zerstören. Desgleichen finden ständige Angriffe auf das Denken des Therapeuten statt mit nachfolgenden Aufmerksamkeitsstörungen und länger anhaltenden Zuständen von Verwirrung.
2. Gegenübertragungen sind nur schwer zu kontrollieren und auszuhalten. Die Gefahr ist groß, dass Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten die entstehende Ohnmacht und die Spannungen, weil diese drängend und manchmal unaushaltbar werden, über averbales Agieren abführen. Arbeiten am inneren Raum, an der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit, an Beziehung und der Übertragung, aber auch Grenzsetzungen an Rahmen und Struktur mit Verlässlichkeit und Regelmäßigkeit des Settings sind daher von großer Bedeutung. Eine »Verwörterung« von Gefühlen steht im Zentrum der Behandlung.
3. Der Informationsfluss verläuft über Phänomene der projektiven und introjektiven Identifikation. Mütterliches Holding und Containment sind zentrale Achsen. Es besteht allerdings immer die Gefahr, dass mit einer masochistischen Haltung zu viel und zu lange ausgehalten wird. Grenzsetzungen – auch hinsichtlich der eigenen Containment-Kapazität – sind wichtig (Bürgin/Steck, 2007). Es würde sich ansonsten auch die Schwierigkeit der Mutter, die Triebhaftigkeit des Kindes zu begrenzen, wiederholen.
4. Meist sind in diesen Familien väterliches Gesetz und Inzesttabu strukturell zu wenig verankert (vgl. Dammasch, 2002). Containment muss darum einhergehen mit väterlichem Strukturieren, mit Arbeit am Erhalt des Rahmens. Gelegentlich kann eine psychoanalytische Therapie nur mithilfe von Einführung pädagogischer und das Agieren begrenzender Parameter durchgeführt werden (vgl. Dammasch, 2002, S. 309). Hierbei ist die Gefahr wiederum groß, dass der Analytiker zum sadistischen Über-Ich und Verfolger werden kann (Hopf, 2007a, 2007b).
5. Solche Kinder haben neben Symbolisierungsstörungen auch Spielstörungen. Ihr Spiel gerät regelmäßig aus der Kontrolle und verliert seinen Als-ob-Charakter, es wird konkretistisch, real.
6. Die schweren narzisstischen Deformationen jener Patienten ziehen vieler-

lei Kompensationsversuche nach sich, etwa einen Gebrauch von grandiosen Phantasien, Verleugnung von Real-Angst sowie blitzartige Impulsdurchbrüche. Die Therapeutin bzw. der Therapeut muss sich in rascher Folge den fluktuierenden Ich- und Selbst-Leistungen der Patienten anpassen. Dies kann erhebliche Konsequenzen haben, weil der Patient für verbale Interventionen oft nicht erreichbar ist. Nach Scheitern des Verbaldialogs muss immer wieder in einen Handlungsdialog (Klüwer, 1983) getreten werden, weil reale Destruktionen nicht zugelassen werden dürfen.

7. Zu Beginn muss ein Behandlungsplan erstellt werden, in dem überlegt und entschieden wird, ob tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Psychotherapie das geeignete Mittel der Wahl ist (Bearbeitung von fokussierten Konflikten, auch in den sozialen Bereichen, oder Behandlung der frühen Beziehungs-/Mentalisierungsstörungen mit Strukturdefiziten). Schon wegen der meist schweren Symbolisierungs- und Spielstörungen, sollte eine psychoanalytische Behandlung möglichst hochfrequent erfolgen.

## 6.2 *Die Arbeit mit den Eltern*

Diese fokussiert auf die Fähigkeit der Eltern, in ihrer Elternrolle angemessene Lösungen mit ihrem Kind zu finden. Im Zusammenhang mit einer diagnostischen Vorstellung »ADHS« sind im Arbeitsvertrag mit den Eltern Themen der Behandlungsvoraussetzungen, insbesondere der subjektiven Dimension (OPD-KJ), zu berücksichtigen. Die Eltern haben die Krankheitsvorstellung »ADHS« für ihr Kind angenommen und konnten darüber das »Anderessein« ihres Kindes verstehen. Sie haben für ihre unerklärliche fehlende Passung – Eltern-Kind – ein entlastendes biologisches Erklärungsmodell gefunden, das sie entschuldet. Es gilt, eine »defekte Funktion« in der Erziehung im sozialen Umfeld zu berücksichtigen, Nichtgekonntes zu üben und die »zentrale Störung der Aufmerksamkeit« eventuell medikamentös zu verbessern.

### 6.2.1 *Umgang mit der Behandlung mit Medikamenten*

Es sind meist die Eltern, die die Absprache zur medikamentösen Behandlung mit dem behandelnden Arzt treffen. An ihren Erwartungen orientiert sich die Haltung des Kindes, das die Medikamente einnimmt. In den Fällen, in denen das Medikament hilft, erlebt nicht nur die Umwelt, sondern auch das Kind durch die Medikation mit Methylphenidat eine Verbesserung der Aufmerksamkeit. Damit verbindet sich eine Entlastung im sozialen Bereich, in der Interaktion innerhalb der Familie wie auch in der Leistung. Hier ist die Medikation mit Methylphenidat in vielen Fällen mittelfristig sinnvoll und die gleichzeitige Ambivalenz genü-

ber »Medizin« vom Therapeuten mit auszuhalten. So ist das Festhalten an der Medikation gegen Phantasien des Fremdbestimmtseins und trotz Schuldgefühle und aller weiteren psychodynamischen Zuschreibungen an das Medikament vom Therapeuten zu stützen. Die psychotherapeutische Arbeit mit dem Kind bezieht sich auch auf die innere Klärung der Zuschreibungen und Phantasien, die sich um das Medikament ranken.

Häufig verbinden sich jedoch mit der Medikation von Methylphenidat Zuschreibungen mit weitreichenden negativen Folgen. Der Umgang mit dem Medikament wird dann notwendigerweise zum Thema der zu klärenden Rahmenbedingungen in der psychoanalytischen Arbeit. Sicher ist hier eine gute Kooperation zwischen dem Kinderpsychotherapeuten und dem behandelnden Arzt notwendig. Es ist aber die Aufgabe der Eltern, diese Kooperation durch ihre Arztwahl möglich zu machen.

Nicht selten wird Methylphenidat z. B. verbunden mit einer angenommenen Defektvorstellung von »ADHS« z. B. als notwendige *Substitution* angesehen. Die »ADHS«-Problematik wird auf eine *biomedizinische Sichtweise* reduziert. Der entwicklungspsychologische Aspekt, die Tatsache, dass ein Kind auch ein geliebtes Leben in einer bestimmten Familie hat, wird außer Acht gelassen. Ein verstehendes Nachdenken über die Problematik des Kindes erübrige sich. Willensäußerungen des Kindes, die dem Willen der Eltern widersprechen, werden zum Ausdruck »des ADHS« und mit »einer zusätzlichen Gabe Methylphenidat« beantwortet. Eine Haltung, die sich bis hin zu der Vorstellung versteigen kann, das Kind sei »lebenslänglich Methylphenidat-pflichtig«.

Nicht zu vertreten ist, wenn die Medikation sich auf einen relativen Leistungsaspekt bei einem gesunden Kind bezieht, in dem die Leistungserwartungen der Eltern oder der Umwelt nicht erfüllt werden. Methylphenidat führt fast immer und bei jedem zu einer gewissen Leistungsverbesserung. Hier ist Methylphenidat eben nicht im Sinne einer Krankenbehandlung indiziert, und das BTM-Gesetz wird damit über eine großzügige Auslegung des Begriffs »ADHS als Krankheit« ausgehebelt (s. Abs. 3.3: Epidemiologie).

Psychodynamisch von größerer Bedeutung, weil von psychischer Not gedrängt, ist die Tendenz, durch die Medikation mit Methylphenidat die Probleme zwingend »wegzumachen«. Dies führt oft zu fortlaufenden Dosissteigerungen weit über übliche kinderpsychiatrische Dosisempfehlungen hinaus, führt letztlich zu einer medikamentös-induzierten Entgleisung des emotionalen und körperlichen Gleichgewichtes (schwere Einschlafstörungen, schwerste Appetitstörungen, Erschöpfungszustände, depressive Zustände, Agitiertsein, psychotische Entgleisungen und bei langanhaltenden Fehldosierungen auch zu einer veränderten Wachstumskurve).

Die erlebte Not in der fehlenden Fähigkeit zur Selbstberuhigung innerhalb der

ganzen Familie führt hier zu einer oft ungunstigen Allianz zwischen verordnendem Arzt und Familie.

Von Bedeutung in der Arbeit mit den Eltern ist auch die Wahrnehmung der Eltern, dass durch die Medikation ihr Kind anders geworden ist. Sie schildern, dass das Kind nicht mehr das Kind ist, wie sie es kennen. Es wird ihnen fast fremd. Das Kind berichtet auch oft, dass es sich nicht mehr so lebendig fühlt. Die Eltern schildern das Gleiche: dass ihr Kind weniger fröhlich und häufig appetitlos sei und depressiv wirke. Die psychische Abwehr des Kindes wird medikamentös ausgehebelt und das depressive Erleben bestimmend. Es ist auch zu berücksichtigen, dass Methylphenidat tatsächlich durch eine Stabilisierung der Aufmerksamkeit und einer damit einhergehenden erwünschten Zielgerichtetheit damit jedoch die *Fähigkeit zur Assoziation einschränkt* (Du Bois, 2007). Die assoziative Fähigkeit ist jedoch die Voraussetzung unserer für die psychische Entwicklung so zentralen Phantasietätigkeit.

Hier wird letztendlich die Eltern-Kind-Beziehung durch die erlebten Folgen der Medikation wesentlich verändert, so dass die Eltern veranlasst sind, die Entlastung durch die symptomatische Verbesserung gegenüber der veränderten Wesenswahrnehmung des Kindes gegeneinander abzuwägen. Diese Thematik *muss* in der Psychotherapie mit dem Kind wie auch den Eltern und dem verordnendem Arzt reflektiert werden, was viel zu selten geschieht,

In der Arbeit mit älteren Kindern und Jugendlichen tangiert die Tatsache, eine Tablette zu nehmen, grundsätzlich das Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit.

### 6.2.2 *Übende Hilfen*

Eine übende Hilfe ist umso erfolgreicher, je mehr ein Kind ein eigenes Interesse hat. Ohne dieses können übende Hilfen eher zu einem Schauplatz der Selbstbehauptung werden, ohne dass sich der darin zeigende Konflikt klärt. Die Situation der übenden Hilfe wäre dann von einem sich entgleisenden Dialog bestimmt.

Zur rechten Zeit sind übende Hilfen jedoch hilfreich und notwendig. Es ist zu berücksichtigen, dass eine erhebliche Zahl von Kindern mit ADHS ausgeprägte Lernstörungen zeigen (s. Abs. 3.3: Epidemiologie). So beziehen sich übende Hilfen auf die Wahrnehmung, die Motorik, insbesondere auf den Arbeitsstil.

### 6.2.3 *Ein entgleister Dialog*

Wenn die Familie eine Hilfestellung in einem psychoanalytischen Verfahren für ihr Kind annimmt, ist sie in irgendeiner Weise bereit, diese erste Krankheitsvorstellung suchend zu erweitern. Sie verlassen eine dimensionale Definition, die ihnen Übersichtlichkeit und erstes Verstehen vermittelt hatte, und öffnen sich psychodynamischen Sichtweisen, die der Familie oft »ein Noch-nicht-Verste-

hen« zumutet. Die Wahrnehmung, dass frühe erfahrene Bindung für die Selbstregulierung, die Stressregulierung und Regulierung der Aufmerksamkeit von wesentlicher Bedeutung ist, macht die Eltern erneut zum »Schuldner« für das schmerzhaft erlebte Dilemma ihres Kindes.

Für die Arbeit mit den Eltern ist es wichtig, dass der Therapeut die Problematik der Aufmerksamkeitsregulierung über ein mehrdimensionales Netzwerk gegenseitig verflochtener Wechselwirkungen versteht. Fokussieren wir dann innerhalb dieses Netzwerkes auf die Aufmerksamkeitsstörung, so gibt es Wechselwirkung mit Hyperaktivität und Impulsivität. In einem weiteren Kreis zeigen sich Wechselwirkungen mit der exekutiven Kontrolle, der Selbstregulation und der Stressbewältigung. Innerhalb eines solchen gedachten Netzwerkes ist Aufmerksamkeit mit einer Vielzahl anderer psychischer Störungen, wie Depression und Angst, vernetzt. Auf einer anderen Ebene steht der neurobiologische Aspekt, die genetische Bereitschaft zur Störung der Aufmerksamkeit in Wechselwirkung zur Umwelt und in Wechselwirkung zu den wesentlichen ersten Bindungserfahrungen, die die Grundlage für die Entwicklung einer ausreichenden Mentalisierungsfähigkeit sind.

Der Vorteil einer Wahrnehmung von Wechselwirkung in einem Netzwerk liegt darin, dass eine Wahrnehmung immer von einem bestimmten Punkt des Netzwerkes verstanden wird und aus einem anderen Punkt zu anderen Zusammenhängen führt.

Dies auf die Arbeit mit den Eltern umgesetzt bedeutet, dass von einem möglichen Blickpunkt gesehen, die Eltern etwas Richtiges wahrnehmen, wenn ihr Kind von Geburt an anders ist als erwartet, wenn es eine eingeschränkte Fähigkeit zeigt, Verhaltensäußerungen zu hemmen und Überstimulation herunterzuregeln; wenn es die beruhigenden Bemühungen der Eltern scheinbar wenig annimmt, eine geschwächte Dekodierungsfähigkeit, z. B. des emotionalen Gesichtsausdrucks anderer Personen, zeigt; oder wenn es unter Fehleinschätzung der Situation, Grenzen überschreitet, hypermotorisch, impulsiv und in der Aufmerksamkeit gestört ist. Aus diesem Misslingen entsteht ein sich chronifizierender entgleiseter Dialog, der so ursächlich dem »Anderssein des Kindes« zugeschrieben wird. Aus einem anderen Blickpunkt erfährt ein aufgeregtes Kind keine ausreichende Beruhigung in einer haltenden Bindung. Die Affekte des Kindes werden von den Eltern unverstanden umgedeutet. Die um Erhalt der Grenzen kämpfenden Eltern sind dann direktiv abweisend oder intrusiv und wenig belohnend. Grenzen sind rigide und gleichzeitig diffus. Ein erfolgreicher Perspektivenwechsel wird nicht eingenommen. Selbstinitiiertes Interesse des Kindes wird nicht unterstützt. So fehlt dem Kind eine gute interaktive Regulation, die für die angemessene Entwicklung der Mentalisierung und der Repräsentanzen notwendig ist.

Sowohl das Verhalten des Kindes wie auch das Verhalten der Eltern entwickeln

sich in einer Wechselwirkung. Längs einer gemeinsamen Lebensphase bekommt sein Wesen die individuelle Färbung in einer familienspezifischen Konfliktkonstellation.

*Die Klärung dieser gleichzeitigen Wechselwirkung, bei der ein Anfang und ein Ende nicht zu kennzeichnen sind, erlaubt den Eltern einen zunehmenden Perspektivenwechsel. Damit entsteht Raum für Erlebtes, für Phantasie und Flexibilität.*

#### 6.2.4 Altersgerechte Autonomieentwicklung

Ohne die mögliche Flexibilität zum Perspektivenwechsel wird jedes Gespräch mit den Eltern über die Autonomieentwicklung ihres Kindes zu der Frage: Wie *must* altersgerechte Autonomieentwicklung stattfinden? Und dies wird damit in das bisherige rigide Erziehungskonzept eingebaut. Es bedarf der erlebten Anerkennung der Wechselwirkung, damit aus der Suche nach angemessenen Lösungen für das Kind situationsabhängige, flexible Lösungsmöglichkeiten werden, die dem Kind eine altersgerechte Autonomieentwicklung ermöglichen. Durch einen selbst erlebtem Perspektivenwechsel, durch einen geöffneten Phantasieraum und durch die Erfahrung, dass eigene Selbstständigkeit sich mit selbstinitiiertem Interesse und Selbstwirksamkeit verbindet, kann es Eltern und Kindern gelingen, den zu Anfang dieser Leitlinien beschriebenen Teufelskreis von negativen Zuschreibungen zu durchbrechen und neue Entwicklungsmöglichkeiten zu entdecken.

## 7. Literatur

AG der Kinder- und Jugendärzte e. V. (2007): *ADHS bei Kindern und Jugendlichen*. Aktualisierte Fassung, Januar 2007.

Barkley, R. A. (1997): Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHS. *Psychological Bulletin*; 121: 65-94.

Barkley et al. (2002): International Consensus Statement on ADHS. *Clin. Child and Family Psychol. Rev.* 5: 2, 89-111.

Barkley R. A. (2003): Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development* 15: 77-83.

Bion, W. R. (1962): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp), 1990.

Bovensiepen, G./Hopf, H./Molitor, G. (Hrsg.) (2002): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Bovensiepen, G. (2002a): Symbolische Einstellung und Reverie als eine Grundlage der psychotherapeutischen Behandlungstechnik. Über einige konzeptuelle Ähnlichkeiten bei



- C. G. Jung und W. R. Bion anhand einer Kinderbehandlung. *Anal. Psychol.* 33 (2): 97-117.
- Bovensiepen, G. (2008): Mentalisierung und Containment. Kritische Anmerkungen zur Rezeption der Entwicklungs- und Bindungsforschung in der klinischen Praxis. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 137, XXXIX. Jg. (1): 7-28.
- Brisch, K. H. (2002): Bindung – Trauma – Desorganisation und ADHD. Beiträge der Bindungsforschung zum Verständnis der ADHD. In: Bovensiepen, G./Hopf, H./Molitor, G. (Hrsg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Bürgin, D./von Klitzing, K. (2001): Zur Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen; in: Bohleber, Drews (Hrsg.): *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart*, Stuttgart (Klett-Cotta).
- Bürgin, D./Steck, B. (2007): Psychoanalytische Therapie und ADHS-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen). *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 56: 310-332.
- Carey, W. B. (1999): Problems in Diagnosing Attention and Activity. *Pediatrics* 103: 664-666.
- Carey, W. B. (2002): Is ADHD a Valid Disorder? In: Jensen P. S./Cooper J. R. (Eds) (2002): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. State of the Science. Best Practices*. Kingston NJ (Civic Research Institute).
- Castellanos F. X. et al.: (2002): Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Jama* 288: 1740-48.
- 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*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Damasch, F. (2007): »Immer vorwärts und nie rückwärts.« ADHS – Krankheit oder Beziehungsstörung? [www.psychanalyse-aktuell.de](http://www.psychanalyse-aktuell.de)
- Damasch, F. (2009a): Die Angst des Jungen vor der Weiblichkeit – Gedanken zu den Klippen männlicher Identitätsentwicklung. In: Damasch, F./Metzger, H.-G./Teising, M. (Hrsg.): *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Damasch, F. (2009b): Der umklammerte Junge, die frühe Fremdheitserfahrung und der abwesende Vater. *Kinderanalyse 17: 313-334*.
- DeBellis M. D. et al. (1999): Developmental traumatology Part II: brain development. *Biological Psychiatry* 43: 1271-84.
- Desantis, A./Coster, W./Bigby, R./Lester, B. (2004): Colic and Fussing in Infancy, and Sensory Processing at 3 to 8 Years of Age. *Infant Mental Health J.* 25:6, 522-539.
- Deutsche Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln (Deutscher Ärzte Verlag), 3. überarbeitete Auflage.
- Diamond, M. (2009): Das Unbehagen an der Männlichkeit. Die Internalisierung und Anerkennung der Mutter im Mann – ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung einer gesunden männlichen Geschlechtsidentität. In: Damasch, F./Metzger, H.-G./Teising, M. (Hrsg.): *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

- Diamond, M. (2010): *Söhne und Väter. Eine Beziehung im lebenslangen Wandel*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Döpfner, M./Lehmkuhl G. (1997): Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 46: 519-547.
- Döpfner, M./Frölich, J./Lehmkuhl, G. (2000): *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen (Hogrefe).
- Du Bois, R. (2007): Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsych.* 56: 300-309.
- Edwards T./Manstead A./Mac Donald C. (1984): The relationship between children's sociometric status and ability to recognise facial expression of emotions. *Eur. J Soc psychol* 14, 235-238.
- Esser, G./Schmidt, H. (1987): *Minimale cerebrale Dysfunktion – Lehrformel oder Syndrom? Empirische Untersuchungen zur Bedeutung eines zentralen Konzeptes in der Kinderpsychiatrie*. Stuttgart (Enke).
- Fonagy P./Gergeley G./Jurist E. J./Target, M. (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Übersetzt von E. Vorspohl, Stuttgart (Klett-Cotta), 2004
- Fonagy, P./Target, M. (2006): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Übersetzt von E. Vorspohl, Stuttgart (Klett-Cotta), 2006.
- Fuster J. (Ed.) (1997): *The prefrontal cortex*. New York (Ruvan).
- Gilmore K. (2000): A Psychoanalytic Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 48: 1259-93.
- Gilligan, C./Kreider, H./O'Neill, K. (1995): Transforming Psychological Inquiry: Clarifying and Strengthening Connections. *Psychoanal. Rev.*, 82:801-826.
- Greenberg M. T./Klyen M. De/Speltz, M. L./Endriga, M. C. (1997): The role of attachment processes in externalising psychopathology in children. In Atkinson, L./Zuckerman, K. J. (eds): *Attachment and psychopathology*, New York (Gilford), 85-164.
- Greenson, R. (1968): Disidentifying from mother. – its special importance for the boy. In: *Int. J. of Psycho-Analysis* 49: 370-374. Deutsch: Die Beendigung der Identifizierung mit der Mutter und ihre besondere Bedeutung für den Jungen, in: Dammasch, F./Metzger, H.-G./Teising, M. (Hrsg.): *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Heinemann, E./Hopf, H. (2004): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer), 2007, 2. Auflage.
- Heinemann, E./Hopf, H. (2006): *ADHS. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer).
- Herzog, J. (1998): Spiel und Spielen – Die Bedeutung von Sicherheit und Aggression, in: Jongbloed-Schurig, U./Wolff, A. (Hrsg.): *Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Hopf, H. (2005): Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. In : Hopf, H.: *Traum, Aggression und heilende Beziehung*. Frankfurt a. M. (Edition Deja vu).
- Hopf, H. (2007a): Psychoanalyse von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS); in: Hopf, H./Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band V, Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*, München (CIP-Medien).

Hopf, H. (2007b): Zwischen Empathie und Grenzsetzungen – Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei psychoanalytischen Therapien von hyperkinetischen Störungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 56: 333-35.

Hopf, H. (2008): Die unruhigen Jungen – Externalisierende Störungen, Philobatismus und Männlichkeit. In: Dammasch, F. (Hrsg.) *Jungen in der Krise*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Hüther, G. (2008): Das schwache Geschlecht und sein Gehirn. In: Dammasch, F. (Hrsg.): *Jungen in der Krise*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Huss, M. (2008): *Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitäts-Syndroms (»ADHS«) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts*. Ein Abschlussbericht an das BMGS, vom BMGS veröffentlicht am 01. Juli 2008.

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. *Development and Psychopathology* 16: 577-592.

Kandel, E. R. (2005): *Psychiatry, Psychoanalysis and the new biology of mind*. Arlington, American Psychiatric Publishing.

Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren, in: Hoffmann S.O. (Hrsg.): *Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*, Frankfurt a. M. (Fischer Wissenschaft).

Knölker, U. (2001) (Hrsg.): *Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)*. Bremen (UNI-MED).

Läzer, K. L./Gaertner, B./Brand, T./Leuzinger-Bohleber, M. (2009): Hyperaktive Kinder – Eine Herausforderung für die Kinderpsychotherapie in: *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. 144: 557-594.

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

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF: *Hyperkinetische Störung (F 90)*.

Leuzinger-Bohleber, M./Fischmann, T./Läzer, L. (2008): Triangulierung – Ein zentrales Konzept der Frankfurter Präventionsstudie. In: Dammasch, F./Katzenbach, R. (Hrsg.) *Triangulierung – Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Luu P./Tucker, C. P./Mood, D. M. (2000): Personality, and Self-Monitoring: Negative Affect and Emotionality in Relation to Frontal Lobe Mechanisms of Error Monitoring. *J Exp Psychol Gen* 129: 43-60.

Mahler, M. (1985): *Studien über die ersten drei Lebensjahre*. Stuttgart, Klett-Cotta.

Mattner, D. (2002): Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit*. Stuttgart (Kohlhammer).

Nissen, G. (2005): *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Nunberg H. (1930): Die synthetische Funktion des Ichs. *Int. Z. Psychoanal.* 16: 301-318.

Olson, S. L./Bates, J. E./Sandy, J. M./Schilling, E. M. (2002): Early developmental precu-

- sors of impulsive and inattentive behaviour. *J. Child Psychol. Psychiat.* 43: 435-47.
- Peic K./Kornreich C./Foisly M. L./Dan B. (2006): Recognition of Emotional Facial Expressions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Neurology* 35: 93-97.
- Radebold (2005): *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ratey, J. J.(2002): *A Users Guide to the Brain*. New York (Allyn & Bacon).
- Rutter, M. (2002): Nature, Nurture, and Development: From Evangelism through Science toward Policy and Practice. *Child Development* 70: 1, 1-21.
- Sandberg, S. (1996): Hyperkinetic or Attention Deficit Disorder. *Brit. J. Psychiat.* 169: 10-17.
- Schmidt, H. (1992): Das MCD-Konzept ist überholt. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 6, 1992.
- Schubert, I./Köster, I./Adam, C./Ihle, P./Färber, v., L./Lehmkuhl, G. (2008): *Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen, eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe der KV Hessen/AOK Hessen*. Abschlussbericht an das BMGS, vom BMGS veröffentlicht am 01. Juli 2008.
- Schwabe, U./Paffrath, D. (2008): *Arzneiverordnungsreport 2008*, Heidelberg (Springer).
- Segal, H. (1957): Notes on symbol formation. *Int. J. Psycho-Anal.* 38: 391-397 (Deutsch: H. Segal: *Traum, Phantasie und Kunst*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1996).
- Seidler, E. (2004): Zappelphilipp und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 2004/5, 101: 239-243.
- Silverman, I. W./Ragusa, D. M. (1992): A Short-Term Longitudinal Study of the Early Development of Self-Regulation. *J Abnorm Child Psychol* 20: 415-35.
- Spitzer M: (2002) Editorial: Dopamin in der Wohngemeinschaft. *Nervenheilkunde* 4, 166-168.
- Staufenberg, H./Bovensiepen, G. (2009): Motorik und Bedeutung. ADHS – Unfruchtbare Verbindungen und Bedeutungsverlust. Frühjahrstagung 2008 der DPV. In: Schlesinger-Kipp, G./Vedder, H. (Hrsg.): *Gefährdete Begegnung. Psychoanalytische Arbeit im Spannungsfeld von Abstinenz und Intimität*. DPV, Frankfurt a. M. 2008, 291-298.
- Stevens, S. E./Sonuga-Barke/E. J., Krepplner/J. M./Beckett, J. C./Colvert, E./Groothuus, C./Hawkins, A./Rutter, M. (2007): Inattention/overactivity following early severe Institutional deprivation: presentation and associations in early adolescents. *J. Abnorm. Child. Psychol.*
- Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse* 2: 203-230.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 13: 19-37.
- Streeck-Fischer, A./Fricke, B. (2007): »Lieber unruhig sein, als in einem tiefen, dunklen Loch eingesperrt«. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 56: 277-302.
- Szyf M./Weaver I./Meaney M. (2007): Maternal care, the epigenome and phenotypic differences in behaviour. *Reproductive Toxicology* 24, 9-19.
- Taylor, E. (1995): Syndromes of Attention-Deficit and Overactivity. In: Rutter, M./Taylor, E./Hersov, L. (Ed.): *Child and adolescent psychiatry*. Oxford (Cambridge Blackwell Sciences), 283-307.
- van der Kolk, B. A./McFarlane, A. C./Weisaeth, L. (2000) (Hrsg.): *Traumatic Stress*.

*Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie.* Paderborn (Junfermann).

von Klitzing, K. (2002): Frühe Beziehungswelt im Längsschnitt – Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. In: *Psyche*, 56. Jg., 863-887.

von Klitzing, K. (2008): »Du bist wie Dein Vater!« – Die Bedeutung früher Familienbeziehungen für die Identitätsentwicklung des Jungen. In: Dammasch, F. (Hrsg.): *Jungen in der Krise*, Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Weaver T. L. (2009): Epigenetic effects of glucocorticoids. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 14, 143-150.

Weisshaupt, R./Jokeit, H. (2006): Was ist ADHD? Nach wie vor bleibt die Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. *Psychiatrie & Neurologie* 4: 37-43.

Weltgesundheitsorganisation (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage, Bern.

Weltgesundheitsorganisation (2008): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. durchgesehene und ergänzte Auflage, Bern.

Yehuda, R./Bell, A./Bierer, L. M./Schmeidler, J. (2008): Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors, *J. Psychiatr. Res.* 42(13): 1104-11.