

Leuzinger-Bohleber, Marianne / Staufenberg, Adelheid und Fischmann, Tamara

ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 4, S. 356-385

urn:nbn:de:bsz-psydok-47398

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen?¹

Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie²

Marianne Leuzinger-Bohleber, Adelheid Staufenberg und Tamara Fischmann

Summary

ADHD – Indication for psychoanalytic treatments? Some clinical, conceptual, and empirical considerations based on the “Frankfurt Prevention Study”

Based on clinical experiences, results of the Frankfurt Prevention Study and arguments taken from a current interdisciplinary dialogue between psychoanalysis and neurobiology the authors discuss that Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) always has to be understood as a product of complex interactions of (mostly unconscious) idiosyncratic, biographical, relational, institutional, societal as well as neurobiological, neurophysiological, and genetical factors. This is one reason why the authors think that psychoanalysis with its unique conceptualizations to understand psychic realities as products of such a complex intertwining of unconscious and reality factors, taking into account biological as well as societal roots of human behavior, could be regarded as one of the best available psychotherapeutic approach nowadays which is capable to deal theoretically and therapeutically with children suffering from ADHD. Psychoanalysis offers an alternative (with longlasting positive results) to exclusive treatments with psychostimulants. This thesis is discussed by short case studies illustrating 7 subgroups of children with very different inner conflicts and fantasies all being subsumed under the ADHD diagnosis in DSM-IV.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 356-385

Keywords

ADHD – psychoanalytic treatment of ADHD children – indication – neurobiological, genetic, societal factors of ADHD

¹ Eine frühere Version dieser Arbeit wurde in englischer Sprache im September 2006 beim International Journal of Psychoanalysis eingereicht (Leuzinger-Bohleber, Goeppel, Hau).

² Die Frankfurter Präventionsstudie wurde von einer großen Gruppe von Forschern und Therapeuten getragen. Leitung: Marianne Leuzinger-Bohleber, Gerald Hüther, und Angelika Wolff. Verantwortliche für die Datenerhebung und das Design: Yvonne Brandl, Stephan Hau und Bernhard Rüger. Psychologische und pädagogische MitarbeiterInnen: Lars Aulbach, Betty Caruso, Katrin-Marleen Einert, Oliver Glindemann, Gerlinde Göppel, Paula Hermann, Pawel Hesse, Jantje Heumann, Gamze Karaca, Julia König, Jochen Lendle, Alex Schwenk, Adelheid Staufenberg, Sibylle Steuber, Christiane Uhl, Judith Vogel, Christina Waldung, Lisa Wolff. Zudem engagierten sich Kinder- und Jugendlichen-therapeutInnen des Instituts für Analytische Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (IAKJP) als TherapeutInnen und/oder SupervisorInnen in der Studie. Wir danken allen für ihr Engagement und Ihre Mitarbeit.

Zusammenfassung

Die kurze Schilderung verschiedener psychoanalytischer Konzeptualisierungen von ADHS, einige Beobachtungen und Daten aus der Frankfurter Präventionsstudie sowie aus psychoanalytischen Therapien von Kindern mit diesem Syndrom dienen der Illustration, dass eine psychoanalytische Perspektive auf ADHS vor allem individuelle psychodynamische Hintergründe und Persönlichkeitsstrukturen fokussiert. Frühe Objektbeziehungserfahrungen, psychische und hirnganische Traumatisierungen bedingt durch Krankheiten, Verlust oder ein weitgehendes Fehlen von stabilen frühen Beziehungserfahrungen, Migration und familiäre Verfolgung, aber auch andere, weniger dramatische Charakteristika einer „veränderten Kindheit“ können zu den inneren Regulationsstörungen führen, die dem Aufmerksamkeitsdefizit und der Hyperaktivität zugrunde liegen: An 7 verschiedenen Typen von ADHS wird diskutiert, dass viele Wege zu einem ADHS nach DSM-IV führen: es existiert keine monokausale Erklärung. Die Autorinnen vertreten die These, dass die heutige Psychoanalyse, wie kaum eine andere psychologische Theorie, über ein reiches Spektrum an Konzeptualisierungen und klinischen Erfahrungen verfügt, die gleichzeitig neurobiologische, (unbewusste) biographische und gesellschaftliche Faktoren in den Blick nehmen. Dies bedeutet eine einzigartige Chance, die Komplexität der Genese und Manifestationen von ADHS bei heutigen Kindern zu entschlüsseln. Daher betrachten sie psychoanalytische Therapien als eine naheliegende Indikation für Kinder, die an einem ADHS leiden. Psychoanalytische Verfahren bieten eine erfolgreiche, nachhaltige Behandlungsmöglichkeit dieser Kinder und damit eine Alternative zu einer ausschließlich medikamentösen Behandlung.

Schlagwörter

ADHS – psychoanalytische Behandlungen von Kindern mit ADHS – Indikation – neurobiologische, genetische und soziale Faktoren von ADHS

1 Einleitende Bemerkungen

Es ist erstaunlich, dass sich beim Lesen wichtiger internationaler Zeitschriften der Psychoanalyse der Eindruck aufzwingt, dass sich Psychoanalytiker erst in der jüngsten Zeit vermehrt an der aktuellen Kontroverse zum „Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder“ (ADHD) beteiligen.³ Carney (2002, S. 301) schreibt in seinem Prolog zu einem Themenheft des *Psychoanalytic Inquiry*: „Not so long ago, some practitioners both inside and outside psychoanalysis discouraged the use of psychodynamic treatment for patients with ADHD“.

Im beschränkten Rahmen dieser Arbeit möchten wir die These diskutieren, dass die Psychoanalyse, die nach Eric Kandel (2005) auch heute noch als die kohärenteste und intellektuell befriedigendste Sicht der menschlichen Psyche gelten mag, als *einen zentralen psychotherapeutischen Ansatz* betrachtet werden muss, der sich anbietet, um Kinder

³ Vgl. u. a. Falldarstellungen von Rothstein and Glenn, 1999; Themenheft des *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 2002; Panels zu ADHD und Trauma am IPA Congress in Rio, 2005, reported by Sugarman, 2006).

zu verstehen und psychotherapeutisch zu behandeln, die an dem so genannten ADHS leiden. Die Psychoanalyse verfügt über eine einzigartige Möglichkeit, die hyperaktiven Symptome als Produkte komplexer unbewusster und bewusster Faktoren basierend auf spezifischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen einerseits und genetischen, biologischen und neurobiologischen Faktoren andererseits, zu entschlüsseln. Durch die Diskussion dieser These möchten wir unsere psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen ermuntern, sich in Behandlungen mit diesen Kindern vermehrt zu engagieren und über ihre klinischen Beobachtungen öffentlich – in der z. Zt. stattfindenden heftigen Debatte – zu berichten (vgl. dazu auch Riedesser, 2006). Einer ähnlichen Zielsetzung dient eine prospektive, kontrollierte Therapieergebnisstudie zu psychoanalytischen Behandlungen hyperaktiver Kinder (nach ICD-10, F 90,-; F 90,1), die z. Zt. am Sigmund-Freud-Institut in Kooperation mit dem Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchgeführt wird (vgl. Brandl, Steuber, Leuzinger-Bohleber, Wolff, in Vorbereitung). Die Frankfurter Präventionsstudie, auf deren Konzeptualisierungen und Ergebnisse wir uns im folgenden immer wieder beziehen, diente insofern als eine Art Vorstudie für diese Therapieergebnisstudie, als bei 17 Kindern im Rahmen der Präventionsstudie psychoanalytische Einzeltherapien durchgeführt wurden. Die Wirksamkeit dieser Therapien wird z. Zt., ergänzt durch weitere Behandlungen, mit den Methoden der Psychotherapieforschung untersucht. Ein Ziel dabei ist, die Ergebnisse dieser Studie dem Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie vorzulegen.

Obschon psychodynamisch orientierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen heute den größten Beitrag zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland leisten (fakt KBV, 2005), werden Stimmen in der Öffentlichkeit lauter, die nur die Kombinationsbehandlung von Psychopharmaka und kognitiver Verhaltenstherapie als „wissenschaftlich überprüft“ anerkennen (vgl. Lehmkuhl u. Döpfner, 2006).⁴ Manche Autoren gehen sogar so weit, andere Behandlungen als „unethisch“ zu bezeichnen, da sie dem einzelnen Kind nicht jene Behandlung anbieten, die, so die Auffassung solcher Autoren, dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspreche.

Wir vertreten zwar im Folgenden die Position, dass eine medikamentöse Behandlung zuweilen nach einer sorgfältigen ärztlichen und psychologischen Abklärung durchaus indiziert sein mag. Manchmal erweisen sich Medikamente als die einzige Möglichkeit, eine Eskalation rasch und effizient zu unterbrechen. Meist sind dies Situationen, in denen die Gefahr besteht, dass das Kind wegen seines, für seine Beziehungspersonen

⁴ Bekanntlich hat der Wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie im März 2005 aufgrund der Kriterien der evidence based medicine sowohl psychoanalytische Therapien als auch Verhaltenstherapie zur Behandlung vieler psychischer Störungen (bis zu 100 Sitzungen) wissenschaftlich anerkannt. Für den Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lagen noch zu wenig – im Sinne des WB - kontrollierte Studien vor. Daher werden z. Zt. mehrere solche Studien durchgeführt (vgl. oben). Zudem betonen klinisch-psychoanalytische Studien die nachhaltige Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen bei Kindern mit ADHS (vgl. z. B. Busch de Ahumada, 2005; Sugarman, 2006; Dammasch, 2006; Lüpke, 2006; Waldung et al., 2006).

oder die Bildungsinstitution (Kindergarten, Schule etc). unerträglichen Verhaltens ausgestoßen und/oder extrem abgelehnt zu werden. Allerdings ist, wie wir noch diskutierten werden, eine Kehrseite einer solchen Maßnahme, dass sie dem Kind eine prägende Botschaft vermittelt: „Du bist eine Person, die ohne Medikamente für Deine nächsten Angehörigen, die Freunde und Lehrer Deiner Schule nicht zu ertragen ist...“. Diese Botschaft wird, wie therapeutische Erfahrungen vielfach belegen, ins Kernselbst und zentrale Identitätsgefühl des Kindes aufgenommen.

Zudem stimmt uns die enorme Zunahme der Verschreibung von Ritalin® und ähnlichen Medikamenten nachdenklich. Schon 2001 publizierte das Gesundheitsministerium eine Mitteilung, wonach der Verbrauch von Ritalin® bei ADHS Kindern, zwischen 1997 und 2000 um 270% angestiegen ist. Handelt es sich dabei wirklich um eine notwendige Kompensation einer medikamentösen Unterversorgung solcher Kinder in den Neunzigerjahren? Oder droht vielmehr die Gefahr einer „Medikalisierung sozialer Probleme“, wie einige Autoren vermuten, da die Verabreichung eines Medikaments oft wie eine Verführung erscheint, sich von anstrengenden und schwierigen Kindern zu befreien bzw. sie in sehr effizienter Weise an die Anforderungen von Bildungsinstitutionen in den heutigen westlichen Gesellschaften anzupassen (vgl. dazu u. a. Mattner, 2006; Gerspach, 2006).

Übereinstimmung besteht bei Kinderpsychiatern, Kinderärzten, Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern vor allem darin, dass eine medikamentöse Behandlung nur nach einer sorgfältigen kinderärztlichen bzw. -psychiatrischen und psychologischen Abklärung und in adäquater Dosierung erfolgen soll. Jedoch wird die psychoanalytische Überzeugung nicht von allen geteilt, dass Medikamente zwar eine vorübergehende Notlösung für diese Kinder und ihre Angehörigen, aber keine kausale Lösung der psychischen und Verhaltensprobleme des Betroffenen darstellen. Diese Unterschiede beruhen u. a. auf verschiedenen Erklärungsmodellen von ADHS, auf die wir nun kurz eingehen (2.). Anschließend fassen wir einige interdisziplinäre Überlegungen zusammen, die in die Konzeptualisierung der Frankfurter Präventionsstudie eingeflossen sind (3.). Diese Studie und einige ihrer wichtigsten Ergebnisse werden in diesem Rahmen nur kurz erläutert (4.), da sie an anderem Ort detailliert dargestellt werden (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., in Vorbereitung). Zudem liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Diskussion der oben erwähnten These, dass sich psychoanalytische Verfahren dazu eignen, die Vielfalt möglicher Determinanten einer ADHS Symptomatik zu eruieren und einer nachhaltigen therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Dazu dienen u. a. einige Fallskizzen, vor allem aus der Frankfurter Präventionsstudie (5.).

2 Psychoanalytische Konzepte zur Genese von ADHS

Im Gegensatz zu Positionen, die vor allem durch führende Verhaltenstherapeuten vertreten werden, betonen psychoanalytische Autoren, dass ein Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität als *Symptome* verstanden werden, die vielleicht sogar als *Syndrom*

zusammengefasst werden können, aber kein einheitliches diagnostisches Bild und schon gar keine Krankheit darstellen, sogar falls sich herausstellen sollte, dass eine genetische Anlage bei diesen Kindern vorliegt.⁵ Die Grenzen zwischen „normal“ und „pathologisch“ sind fließend. Es ist bekannt, dass Kinder, die an einem ADHS leiden, oft in erstaunlicher Weise dazu in der Lage sind, sich zu konzentrieren, d.h. ihre Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Aufgabe zu fokussieren, falls sie diese wirklich interessiert. Daher genügt aus psychoanalytischer Sicht eine deskriptive Diagnose, wie wir sie in der ICD-10 oder dem DSM-IV stellen, nicht, um die spezifischen, individuellen Faktoren zu eruieren, die bei einem bestimmten Kind ein hyperaktives und/oder ein unkonzentriertes Verhalten auslösen. Persönlichkeitsmerkmale, die emotionalen Beziehungen innerhalb der Familie, unbewusste Erinnerungen an traumatische Faktoren aber auch aktuelle institutionelle Begebenheiten, können als isolierte Variablen oder aber in einem komplexen Zusammenspiel eine ADHS Symptomatik hervorbringen. Sowohl bei den ADHS Kindern der Frankfurter Präventionsstudie als auch in der noch laufenden Therapieergebnisstudie konnten wir verschiedene Ebenen der erreichten kognitiven, affektiven und motorischen Entwicklung sowie ein breites Spektrum innerer und äußerer Beziehungen feststellen. Daher ist *nie von einer monokausalen Ursache von ADHS* auszugehen.

Bekanntlich befindet sich die Psychoanalyse, wissenschaftshistorisch betrachtet, in einem Zustand der Pluralität von Konzepten, Modellen und Theorien (vgl. u. a. Bürgin, 2005; Leuzinger-Bohleber, Dreher, Canestri, 2003). Diese Pluralität bietet eine Chance, ein so komplexes Phänomen wie ADHS aus verschiedenen theoretischen Perspektiven zu betrachten und die dabei gewonnenen Erkenntnisse anschließend einander kritisch gegenüberzustellen. In diesem Rahmen müssen wir uns mit einigen Stichworten dazu begnügen (vgl. dazu auch Leuzinger-Bohleber, 2006):

Ichpsychologische Autoren betonen, dass das Primärobjekt in einer charakteristischen „ADHS Familie“ dem Kind kaum ermöglicht hat, genügend gute, stabile Ichfunktionen zu entwickeln. Das Kind ist auf eine verlässliche und kontinuierliche Unterstützung der Primärobjekte existentiell angewiesen, um sein Verhalten, d. h. seine physiologischen, sensorischen, motorischen und affektiven Prozesse zu regulieren. Falls die Eltern nicht dazu in der Lage sind, dem Kind diese Unterstützung anzubieten, kann dieses kaum eine adäquate primäre Regulierung seiner Triebimpulse und Affekte entwickeln: Hyperaktivität ist eine mögliche Folge! Zudem werden psychisch zu wenig integrierte Triebimpulse das Ich überfluten, besonders in Situationen, die sich dazu eignen und das sekundärprozesshafte Denken, i. a. W. die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Situation sowie die Konzentrationsfähigkeit erschweren oder gänzlich verhindern.

Bekanntlich sind, nach ichpsychologischer Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit Ichfunktionen, die nach einer Möglichkeit suchen, Trie-

⁵ Bekanntlich betonen Experten der Genforschung, dass sogar eine eindeutig nachgewiesene genetische Disposition nicht unbedingt einen bestimmten Phänotyp hervorbringen muss. Immer braucht es situative Bedingungen bzw. Faktoren, die die Genexpression hervorrufen. (vgl. z. B. Stassen, 2004a, 2004b; Streeck-Fischer in diesem Band).

bimpulse in der Außenwelt zu befriedigen. Neurophysiologisch sind sie Ausdruck des Suchsystems (vgl. u. a. Panksepp, 2001). Die meisten psychoanalytischen Autoren sehen in einer basalen Schwäche der inneren Regulationen von Triebimpulsen, Wünschen und Affekten, eine der möglichen Ursachen für die Entwicklung einer ADHS Symptomatik sowie von Störungen im Bereich der Fein- und Grobmotorik. Dies mag auch einer der Gründe dafür sein, warum ADHS 4 bis 10 mal häufiger bei Jungen vorkommt als bei Mädchen, denn eine geschlechtsspezifische, genetische Ursache für eine „dimorphism in muscular activity“ scheint, wie verschiedene Studien zeigen, wahrscheinlich (vgl. dazu vor allem Panksepp, 1998).

Autoren, die der *psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie* (vgl. z. B. Kernberg, 2001) nahe stehen, fokussieren Internalisierungen wichtiger Beziehungen in der frühesten Kindheit, wenn sie nach plausiblen Erklärungen für die Entstehung von ADHS Symptomen suchen. Internalisierungsprozesse betrachten sie als zentral für das Ausbilden psychischer Strukturen, aber auch von Triebbedürfnissen und Persönlichkeitsmerkmalen. Neuere – klinische und empirische Studien – haben gezeigt, dass es wichtig ist, zwischen zwei Affektzuständen des Säuglings zu unterscheiden: Zustände mit relativ niedriger Affektaktivierung und Zustände mit heftigen, intensiven affektiven Zuständen, so genannten „Spitzenaffekten“. Im ersten „milden“ affektiven Zustand können „normale“ Internalisierungen unserer Erfahrungen im Kontakt mit anderen Personen stattfinden, die zur Entwicklung normaler Ich-Funktionen führen. Die Erfahrungen sind mit angenehmen, realitätsadäquaten Körperempfindungen verbunden, die – wie Leuzinger-Bohleber und Pfeifer (2002) diskutiert haben, als sensomotorisch – affektive Koordinationen ihren Niederschlag im Gedächtnis finden. Diese sensomotorisch – affektiven Koordinationen dienen in späteren Situationen, mit analogen Informationen, die wir durch die verschiedenen Sinneskanäle (auditiv, visuell, haptisch etc.) aufnehmen, dazu, dass wir „Gedächtnis“ produzieren, d. h. uns aufgrund früherer Erfahrungen in der Realität orientieren, Erwartungen an „normales“ Verhalten unserer Interaktionspartner entwickeln und diese „adäquat“ interpretieren können. Sie werden im Laufe der Entwicklung mit Bildern und Sprache verbunden. – Anders ist es mit der Erfahrung von so genannten „Spitzenaffekten“, d. h. intensiven positiven und negativen Affekten, die die Reizverarbeitungskapazität des Säuglings überfordern. In solchen extremen affektiven Zuständen, einerseits der Freude, der Euphorie, des Glücks im Zusammensein mit einem Anderen oder aber von Angst, Schrecken, Wut oder Schmerz entstehen psychisch problematische, aber äußerst wirksame „embodied“ Erinnerungen: Bilder von idealisierten Beziehungen, die sich nach den glücklichen Momenten des Kindes an der Brust ausrichten und sich als Wünsche nach Verschmelzung mit dem Liebesobjekt, des Einsseins und der absoluten Zugehörigkeit psychisch niederschlagen. Die extrem negativen Affekte bewirken – in analoger Weise – extreme Selbstbilder eines hassenden, intensiven Aggressionen ausgesetzten Wesens, das Angriffen von außen hilflos gegenübersteht ist. Je intensiver die Frustrationen und die Schmerzempfindungen sind, etwa in traumatischen Erfahrungen, desto intensiver sind auch die ausgelösten aggressiven Impulse, die das kindliche Ich psychisch nicht ertragen oder dem eigenen Selbst zuschreiben kann: Daher projiziert es

diese aggressiven Impulse sogleich auf den Anderen und erlebt sich daher zusätzlich als von außen bedroht und verfolgt. Das Resultat ist, dass sich eine Erinnerung an negative und – für das Selbst und das Objekt- gefährliche Beziehungserfahrungen als „psychische Wahrheiten“ niederschlagen. In Momenten der Spitzenaffektentladung, oder traumatischen Situationen, entsteht daher eine psychische Tendenz, Erlebnisse in absolut gute oder absolut schlechte zu kategorisieren: Beziehungen werden in einen idealisierten und in einen verfolgenden Teil aufgespalten. Bei traumatischen Erfahrungen kommt hinzu, dass die extremen körperlichen Erfahrungen nicht mit Visualisierungen oder Sprache verbunden werden können (vgl. dazu u. a. Fischer u. Riedesser, 1999).

Unter normalen, nicht traumatischen, oder wie Winnicott sie nennt, „genügend guten“ Bedingungen entwickelt sich eine zunehmende Toleranz gegenüber solchen extremen Situationen, so dass die archaisch-primitive Erfahrung eine Spaltung zwischen „gut“ und „böse“ schließlich psychisch integriert werden kann. Melanie Klein charakterisierte den frühen psychischen Zustand einer Spaltung, die nur dank projektiven Mechanismen zu bewältigen ist, bekanntlich als „paranoid-schizoid“ und das Erinnern einer ersten integrativen seelischen Erfahrung der Ambivalenz, in der das Objekt sowohl „gute“ als auch „böse“ Anteile besitzt, als „depressive Position“. Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie hat betont, dass das äußere Objekt- durch Empathie in den Zustand des hilflosen Säuglings – dazu beitragen muss, dass die Spitzenaffekte immer wieder, „zuverlässig“ und voraussehbar zu lindern und daher ein Urvertrauen in ein gutes Objekt zu vermitteln. Parallel dazu erlebt sich das „auftauchende Selbst“ zunehmend psychisch in der Lage, zu einem solchen Verschwinden von extremen Frustrationen, von Wut und Hass, selbst beizutragen. Es definiert sich daher als ein basal aktives, potentes und nicht nur als ein passiv ausgeliefertes Subjekt. Das Selbst kann daher (in der Terminologie der *psychoanalytischen Selbstpsychologie*) auf archaische, primitive Abwehrmechanismen, wie die Phantasie des grandiosen Selbst oder der omnipotenten Elternimago, sukzessiv verzichten und ein tragendes, kohärentes Kernselbstgefühl entwickeln. Vor einigen Jahrzehnten schon hat die psychoanalytische Ichpsychologie diese Prozesse mit andern Begriffen – zentral mit jenem der Entwicklung der Objektkonstanz – charakterisiert. Daher teilen die heutigen psychoanalytischen Schulen – trotz aller theoretischen Differenzen – die Grundkonzeption, dass die frühe seelische Entwicklung vom primitiv gespaltenen zum reifen integrierten Konzept des Selbst und des Anderen zielt. In den frühen Interaktionsgeschichten der so genannten ADHS Kinder finden wir oft Faktoren, die die eben skizzierten Entwicklungsprozesse erschwert haben, z. B. Interaktionen mit einer depressiven „toten“ Mutter (André Green), traumatische Ereignisse wie frühe Hospitalisation, Kriegsereignisse etc. Daniel Stern (1985), um nur ein Beispiel herauszugreifen, hat in Mikroanalysen von Video aufgezeichneten Interaktionen eindrucksvoll gezeigt, wie Säuglinge auf ihre depressiven Mütter reagieren. Er hat verschiedene Typen solcher Reaktionen unterschieden. Säuglinge eines Typus scheinen mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu versuchen, ihre „toten Mütter“ zum Leben zu erwecken: ein beobachtbares hyperaktives Verhalten ist die Folge. Zudem scheinen diese Babys über zu wenig innere und äußere Spielräume zu verfügen. um ihre eigenen Impulse und Gefühle

als Indikatoren eines „auftauchenden Selbst“ erleben zu können. Sie können zu wenig die wiederkehrende Erfahrung einer „self-agency“, „self-coherence“ und „self-affectivity“ machen, das ihnen das basale Gefühl einer eigenen Selbst-geschichte vermittelt, ein Gefühl, das, wie wir inzwischen wissen, eine der Voraussetzungen darstellt, ein stabiles Kernselbstgefühl zu entwickeln. Dies mag einer der Gründe sein, warum in psychoanalytischen Psychotherapien häufig die Entwicklung eines „falschen Selbst“ bei ADHS Kindern beobachtet werden kann.

Zusammenfassend postulieren viele psychoanalytische Autoren, trotz verschiedener theoretischer Orientierung, dass auch bei ADHS „viele Wege nach Rom“ führen – die unterschiedlichsten frühen Beziehungsschicksale können einem ähnlichen Bild eines hyperaktiven, aufmerksamkeitsgestörten Verhaltens eines Kindes zugrunde liegen. Allerdings scheinen sie eine gemeinsame, schmerzliche Früherfahrung zu teilen: sie haben entweder bedingt durch äußere Ereignisse und damit verbundene frühe Traumatisierungen (so z. B. im Zusammenhang mit Krieg und Verfolgung, Unfällen, Krankheiten etc) oder aber in ihren primären Objektbeziehungen, zu wenig die eben erwähnte basale Erfahrung des Zusammenseins mit einem „genügend guten“ Objekt gemacht, das ihnen vermitteln konnte, dass es sich als zuverlässig in der Lage sieht, die Spitzenaffekte seines Säuglings zu lindern und milde, angenehme, positive Erfahrungen als die psychisch dominierenden zu vermitteln. Dadurch wurde sowohl die Entwicklung der Trieb- und Affektregulation, eines stabilen, tragenden Kernselbstgefühls, sowie jene sicherer Grenzen zwischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen erschwert.⁶

3 Frühe Prävention und Intervention: einige psychoanalytische und neurobiologische Überlegungen zur Förderung psychosozialer Integration

Die eben skizzierten psychoanalytischen Erklärungsversuche der Entstehung von ADHS und anderen psychosozialen Integrationsstörungen bildeten den theoretischen Hintergrund für die Konzeptualisierung der Frankfurter Präventionsstudie. Eine Ergänzung und Unterstützung diese Überlegungen sowie der Betonung der Chancen und Potentiale früher präventiver Maßnahmen sehen viele Autoren in neueren neurobiologischen Befunden (vgl. dazu u. a. Barkley, 1997; Levin, 1997; Gilmore, 2000, 2002; Rothstein, 2002; Salomonsson, 2004). Zabarenko (2002) er-

⁶ Darüber hinaus betonen neuere psychoanalytische Arbeiten – außer der Relevanz einer empathischen, zuverlässigen Beziehung zum mütterlichen Primärobjekt die Bedeutung des Vaters für die frühe und ödipale Triangulierung (vgl. z. B. Bürgin, 1998; Klitzing, 2002; Herzog, 2001; Metzger, 2000; Dammasch, 2000; Klitzing, 2002; Häußler u. Hopf, 2002; Heinz, 2002; Lüpke, 2004). Autoren, die der empirischen Bindungsforschung nahe stehen, haben ähnliche Befunde und Konzepte vorgelegt (vgl. z. B. Lüpke, 2006; Emde u. Fonagy, 1997; Stern, 1995; Beebe u. Lachman, 2002; Fonagy u. Target, 2002; Carney, 2002).

wähnt drei Forschungsgebiete, die für das Verstehen von ADHS unmittelbar relevant erscheinen: a) Studien zur Aufmerksamkeit und exekutiven Kontrollfunktionen des Gehirns, b) Lernen und neuronale Plastizität und c) Gedächtnis (vgl. Abb. 1).

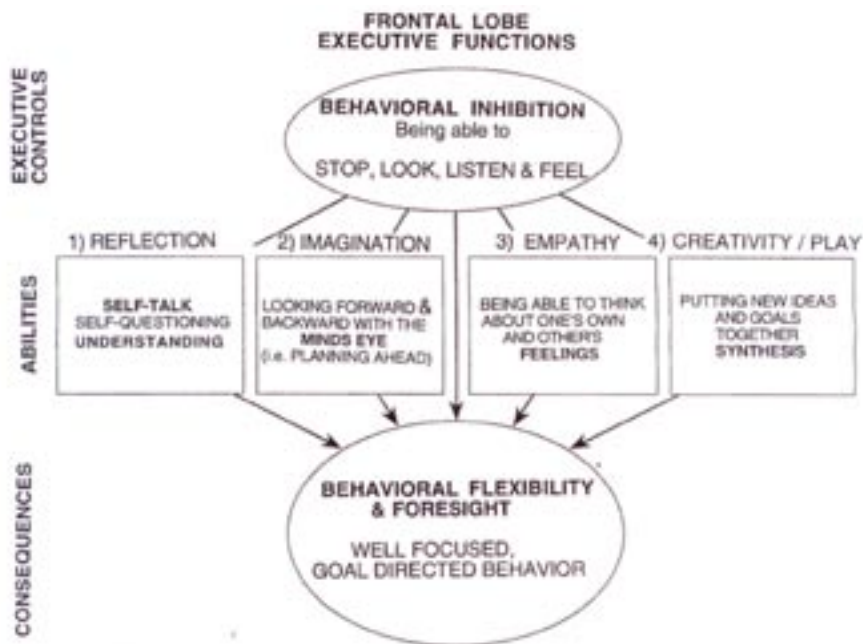


Abb.1: Synoptische Interpretation der Funktionen des Frontal-Lappens, welche bei ADHS mangelhaft sein kann (Panksepp, 1998; adaptiert nach Barkley, 1997)

Kurz zusammengefasst weist Panksepp darauf hin, dass bei Ratten, die sich vor anderen durch eine auffallende Vitalität, ein besonders lebhaftes „Temperament“ auszeichnen, sich gezeigt hat, dass diese Tiere ihr so genanntes „rough and tumble playing“, d. h. die aktive, quirlige Exploration ihrer Umwelt brauchen, um die neo-kortikalen Kontrollfunktionen auszubilden, die sie zu einem „produktiven Umgang“ mit ihrer genetisch bedingten Vitalität befähigen. Unterbindet man das lebhaftes, „hyperaktive“ Spiel- und Explorationsverhalten, etwa durch sedierende Medikamente, kostet diese kurzfristige „Beruhigung“ einen langfristigen Preis: die Ratten verlieren ihre besondere Begabung kreativer Problemlösung.

Panksepp benutzt diese Forschungsergebnisse zu einigen zusammenfassenden Reflexionen zum Umgang mit ADHS Kindern in unseren westlichen Gesellschaften. Er plädiert dabei leidenschaftlich für die Bedeutung des kreativen, freien Spiels von Kleinkindern – und nimmt gegen eine frühe „Ruhigstellung“ durch Amphetamine Stellung. So schreibt er u. a. (Panksepp, 1998, S. 92f):

„Except for a minority of cases involving distinct medical problems such as hyperthyroidism and explicit brain injuries, most youngsters diagnosed with ADHD may simply be normal, highly playful children who have difficulties adjusting to certain institutional expectations ...

From this perspective, much of ADHD may need to be substantially reconceptualized as a symptom of our contemporary society and our modes of regulating children's behavior, rather than a symptom of any neurobiological imbalance or disorder...

Can psychostimulans modify the neural plasticity (learning and other semipermanent neural changes) that characterize childhood?..."

In eine ähnliche Richtung gehen unsere eigenen, interdisziplinären Konzeptualisierungen der Frankfurter Präventionsstudie. Sie basieren auf einem Verständnis früher Entwicklungsprozesse, wie sie seit einigen Jahren in der so genannten „Embodied Cognitive Science“ in *grundlagenwissenschaftlichen, interdisziplinären Studien zum Gedächtnis* formuliert werden (vgl. u. a. Leuzinger-Bohleber u. Pfeifer, 2002, 2006). Kurz zusammengefasst: Wir teilen die Auffassung von Panksepp und anderen führenden Neuowissenschaftler, dass die Computermetapher der „klassischen Cognitive Science“ oder manche Verkürzungen des klassischen psychoanalytischen Repräsentanzenmodells sowie immer noch verbreitete Gedächtnismodelle in der akademischen Psychologie falsch sind: Das Gehirn funktioniert nicht wie eine Maschine, deren Defekte sinnvollerweise durch „Tricks“ oder durch ein Medikament funktional auszugleichen sind. Vielmehr ist das Gehirn ein lebendiges, biologisches System, das sich nur in ständiger Auseinandersetzung mit der Umwelt weiterentwickelt und – wie Gerald D. Edelman in seinen beeindruckenden Arbeiten gezeigt hat – ohne interagierende, sensomotorisch-affektive Koordinationen nicht dazu in der Lage ist, Kategorien zu entwickeln, d. h. sich selbst und die Umwelt inmitten aller Veränderungen zu verstehen. In diesem Sinne gibt es auch kein vom Körper losgelöstes Denken: alle seelischen und geistigen Prozesse sind „embodied“, d. h. an Informationsaufnahme und -verarbeitung des gesamten Körpers gebunden.

Diese Konzeptualisierungen sind nicht nur theoretisch interessant. Sie erweisen sich auch für den praktischen Umgang mit Kindern als Eltern, Erzieher und Therapeuten als entscheidend. So konnte die Forschungsgruppe von Hüther, Darwis, Moll u. a. zeigen, dass die Ausreifung der dopaminergen Projektionen im sich entwickelnden Gehirn bis zur Pubertät nicht abgeschlossen (Moll et al. 2000; Dawirs et al., 1992), d. h. durch psychosoziale, pädagogische und therapeutische Einwirkungen bis zu dieser Zeit relativ gut beeinflussbar sind. *I. a. W. fehl gelaufene neurobiologische und psychische Entwicklungen können – durch geeignete, adäquatere Beziehungs- und Umwelteinfahrungen noch weitgehend korrigiert oder wenigstens abgemildert werden.* Diese Chance wird durch eine medikamentöse Behandlung, die – aufgrund des eben erwähnten veralteten „Maschinenmodells“ des Gehirns, einen postulierten Defekt pharmakologisch auszugleichen versucht, weitgehend vergeblich.

Daher versuchen wir in der *Frankfurter Präventionsstudie* statt möglichen neurobiologischen oder psychischen Defiziten *ausschließlich* mit medikamentösen Behandlungen zu begegnen, mit Hilfe pädagogischer und psychoanalytischer Beziehungsangebote dem betroffenen Kind (bzw. seinem Gehirn), die Chance zu geben, fehlgeleitete Bindungs- und Beziehungserwartungen durch neue, adäquatere Erfahrungen zu korrigieren und dadurch der Selbst- und Identitätsentwicklung des Kindes eine andere Richtung zu geben. Nehmen wir die erwähnten neurobiologischen Forschungsergebnisse ernst, bedeutet dies gleichzeitig fehlgeleitete Verknüpfungen in den neuronalen Netzwerken der Kinder zu schwächen und stattdessen neue, adäquatere neuronale Verknüpfungen zu unterstützen.

Solche Chancen können verpasst bzw. nicht optimal genutzt werden. Diese Gefahr haben wir im Auge, wenn wir, wie kurz erwähnt, von einer „Medikalisierung“ sozialer Probleme“ sprechen (vgl. Amft, Gerspach, Mattner, 2003; Amft, 2006; Gerspach, 2006; Mattner, 2006). Eine medikamentöse Behandlung kann, wie oben skizziert, oft eine wichtige Maßnahme sein, um psychische und psychosoziale Eskalationen zu unterbrechen und soziale Stigmatisierungen bis hin zum Ausschluss des Kindes aus dem Kindergarten oder der Schule zu verhindern. Allerdings wird, wie eben ausgeführt, aus psychoanalytischer und neurobiologischer Sicht, dem Kind dadurch keine Möglichkeit der Entwicklung innerer Selbststeuerungsprozesse zum Umgang mit seinen Affekten, Impulsen und Konflikten gegeben: dies kann nur durch einen verstehenden Zugang zum Kind in empathischen, tragfähigen emotionalen Beziehungen geschehen. Wir wissen, dass dies ein anspruchsvolles, zeitaufwendiges und immer wieder neu ins Bewusstsein von uns allen zu hebendes Faktum ist. Viele empirische und klinische Erfahrungen scheinen dafür zu sprechen, dass sich dieser Aufwand lohnt. *Die kindliche Seele und das kindliche Gehirn sind noch derart plas-*

⁷ Damasio (1994/97, S.350f.) thematisiert diese Gefahr ebenfalls, wenn er schreibt: „Ich denke, die Neurobiologie und die Medizin müssten höchste Anstrengungen unternehmen, um Leiden der oben beschriebenen Art zu lindern. Ein ebenso wichtiges Anliegen der biomedizinischen Bemühungen müssten die Leiden bei Geisteskrankheiten sein. Doch was man gegen das Leid tun kann, das aus persönlichen und sozialen Konflikten außerhalb des medizinischen Sektors erwächst, ist eine ganz andere und völlig offene Frage. Gegenwärtig ist der Trend zu beobachten, überhaupt keinen Unterschied zu machen und jeglichem Unbehagen mit medizinischen Mitteln zu Leibe zu rücken. Die Vertreter dieser Richtung führen ein bestechend klingendes Argument ins Feld. Wenn beispielsweise ein Anstieg der Serotoninkonzentration nicht nur Depressionen lindert, sondern auch Aggressionen dämpft, die Schüchternheit reduziert und das Selbstbewusstsein stärkt, warum soll man sich dann diesen Umstand nicht zunutze machen? Muss man nicht ein schlimmer Spielverderber und Puritaner sein, um einem Mitmenschen die Vorzüge aller Wundermittel vorzuenthalten? Das Problem liegt natürlich darin, dass die Situation aus vielen Gründen nicht so eindeutig ist. Erstens sind die langfristigen biologischen Wirkungen der Medikamente unbekannt. Zweitens wissen wir nicht, welche Folgen eine gesellschaftlich so verbreitete Medikamentenverwendung hätte. Drittens und vielleicht am wichtigsten: Wenn die vorgeschlagene Lösung für individuelles und soziales Leiden die Ursachen für individuellen und sozialen Konflikt außer acht lässt, dann dürfte sie nicht lange Bestand haben. Vielleicht behandelt sie ein Symptom, aber an den Wurzeln der Krankheit verändert sie nichts.“

tisch, anpassungs- und lernfähig, dass auch schwere frühinfantile Traumatisierungen durch korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen in den ersten Lebensjahren in ihrer Wirkung relativiert und die weitere Entwicklung in eine progressive Richtung gelenkt werden kann. Dabei ist der Aufwand, verglichen mit Verhaltensänderungen bei Erwachsenen, relativ gering, eine enorme Chance für Frühpräventionen und -interventionen!

4 Die Frankfurter Präventionsstudie. Psychoanalyse und Neurobiologie im Dialog⁸

4.1 Kurze Zusammenfassung

Die repräsentative, kontrollierte und prospektive Frankfurter Präventionsstudie wurde von 2003-2006 durchgeführt und von der Zinnkan Stiftung (Hauptanteil der Finanzierung), der Hertie Stiftung, der Polytechnischen Gesellschaft und der Research Advisory Board der (RAB) der International Psychoanalytical Association gefördert (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. (2006).

Um eine repräsentative Stichprobe von insgesamt 1000 Kindern⁹ (N = 500 Kindern für eine Interventionsgruppe und eine ebenso große Vergleichsstichprobe) aus je 14 städtischen Kindertagesstätten ziehen zu können, wurde im Herbst 2003 eine Basiserhebung in allen städtischen Kindertagesstätten Frankfurts durchgeführt (insgesamt 114 Einrichtungen). Die Basiserhebung bezog sich auf Kindergartenkinder, die als Drei- bis Vierjährige im Herbst 2003 neu aufgenommen wurden (ca. 2.700 Kinder). Als Zeitfenster wurde das Intervall 08. 1998 bis 07. 2000 festgelegt. Die zentrale Hypothese der Studie war, dass ein zweijähriges, psychoanalytisches (nicht medikamentöses) Präventions- und Interventionsprogramm die Anzahl der Kinder mit psychosozialen Integrationsstörungen (insbesondere mit ADHS) im ersten Schuljahr statistisch signifikant senken kann. Zur Bildung vergleichbarer Gruppen wurden die Kindergärten gemäß ihrer Sozialstruktur und Anzahl auffälliger Kinder Clustern (Gruppen) entsprechend der uns vorliegenden Erhebungen aus den Kindergärten zufällig zugeordnet. Je 2 Kindergärten bildeten dann ein Paar (1 Interventions- und 1 Vergleichskindergarten), die vergleichbaren Clustern entstammten.

⁸ Vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber, Roth, Buchheim (im Druck); Mancina (2006); Passolt (2004); Seeman u. Machias (1998); Solanto (1998); Solms (2006).

⁹ Wir mussten eine so große Stichprobe ziehen, da ungefähr mit 10% verhaltensauffälliger Kindern (oder ca. 5-6% Kindern, die später ein ADHS entwickeln) gerechnet werden muss. Für statistische Gruppenvergleiche brauchen wir i. d. R. ein n= 30. Zudem mussten wir in dieser „Feldstudie“ mit einem relativ großen Drop-out rechnen (Wegzug von Kindern, nur teilweise Bereitschaft der Eltern zu Mitarbeit vor allem in der Kontrollgruppe). Wir danken Herrn Prof. Dr. Bernhard Rüger, Institut für Statistik der Universität München, für die Entwicklung des Designs und die Kontrolle der statistischen Auswertungen dieser Studie.

Im Frühling 2004 begannen wir mit der Durchführung des Präventions- und Interventionsprogramms in den 14 zufällig ausgewählten Kindertagesstätten. Es bestand aus verschiedenen Bausteinen: vierzehntäglichen Supervisionen durch erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren, wöchentlichen psychoanalytisch-pädagogischen Angeboten durch MitarbeiterInnen der Studie, intensiver Elternarbeit sowie psychoanalytischen Einzeltherapien für besonders bedürftige Kinder in den Einrichtungen selbst. Im zweiten Projektjahr wurde zudem das Gewaltpräventionsprojekt FAUST-LOS (Cierpka u. Schick, 2006) durchgeführt. Falls notwendig wurde mit dem Sozial- und Jugendamt sowie der Waisenhausstiftung zusammengearbeitet.

Nach einer Anlaufzeit wurde das Projekt in allen Einrichtungen gut angenommen und etabliert. Alle Einrichtungen sprachen sich nach dem offiziellen Abschluss der Studie im August 2006 für eine Fortführung der Supervisionen aus. In manchen Kindertagesstätten wurde auch die Fortsetzung der wöchentlichen psychoanalytisch-pädagogischen Arbeit gewünscht.

Eine offene Frage unseres Projektes war, ob es uns gelingen wird, Kindergartenkinder aus bildungsfernen Schichten, die dringend psychotherapeutische Hilfe benötigen, aber kaum die Schwelle zu einem niedergelassenen Therapeuten oder einer Ambulanz überwinden, durch unser Angebot zu erreichen. Inzwischen ist es gelungen, bei 17 solcher Kinder eine Therapie einzuleiten. Bei 8 weiteren Kindern waren die Eltern nicht bereit, therapeutische Hilfe anzunehmen. Nach den Werten des Döpfner Fragebogens für Erzieher und Eltern, des Conners-Wells-Fragebogens für Eltern und Lehrer und den beiden Child Behaviour Check Lists (CBCL) für Eltern und Lehrer sowie dem Urteil von zwei weiteren unabhängigen Beobachtern zeigen die meisten dieser Kinder hyperaktive Störungen nach ICD-10. Die Therapien werden nach einem Manual psychoanalytischer Behandlungen für Kinder mit hyperaktiven Störungen durchgeführt, das 2004 von einer Gruppe kinderanalytischer Kolleginnen erarbeitet wurde. Die Entwicklung und Überprüfung des Manuals erfolgte im Rahmen der Katamnesestudie psychoanalytischer Erstinterviews und Behandlungen hyperaktiver Kinder am Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (federführend: Adelheid Staufenberg, unterstützt von der VAKJP).

4.2 Einige wichtige Ergebnisse der quantitativen Datenauswertungen

Wie einleitend erwähnt, liegt der Schwerpunkt dieser Ausführungen nicht auf der Darstellung und Diskussion der quantitativen Ergebnisse der Studie, sondern auf dem Plädoyer für psychoanalytische Behandlungen von ADHS Kindern. Dennoch möchten wir kurz auf das wichtigste Ergebnis bezüglich der Haupthypothese der Studie eingehen.

Unser Design erlaubt uns, sowohl Gruppenvergleiche (Ergebnisse der Interventions- verglichen mit der Kontrollgruppe) sowie Vergleiche von so genannten *matched pairs* („matched pair“ Kindern aus Kindertagesstätten mit analogen Strukturen in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe vgl. oben).

Wie die folgenden Abbildungen 2 und 3 zeigen, können wir unsere Haupthypothese sowohl durch einen Gruppenvergleich und einen Extremgruppenvergleich belegen. Als Hauptkriterium diene der postulierte Rückgang von Aggressivität auf der Döpfner Skala (VBV).¹⁰ Aggression (Skala 1) ist die wichtigste Variable, wenn wir soziale Anpassungsfähigkeit betrachten. Lebhaftes („hyperaktive“) Kinder können sowohl in einer Gruppe von Kindergartenkindern als auch in der Grundschule belebende Elemente darstellen und die Gruppe mit ihrer Phantasie und Lebendigkeit befruchten, falls sie sich nicht gleichzeitig übermäßig in aggressive Auseinandersetzungen mit anderen Kindern oder den Erwachsenen verwickeln. Ebenfalls statistisch signifikante Ergebnisse erzielen wir auf der Unterskala „Ängstlichkeit“ (Abbildung 3). Bekanntlich steht gerade bei Jungs Aggressivität oft in Zusammenhang mit einer Abwehr von Angst.

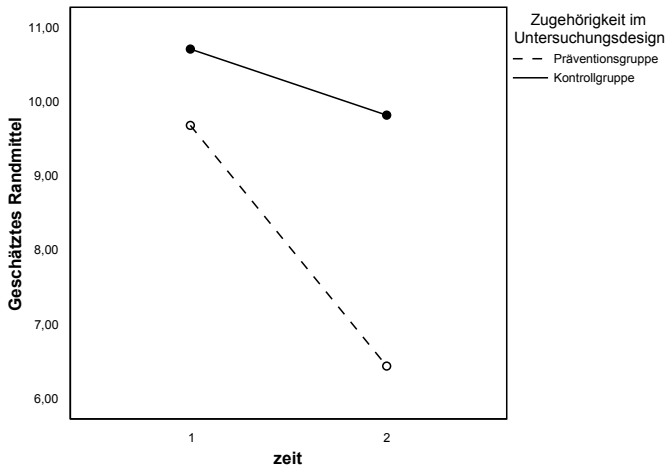


Abb. 2: Vergleich Präventions- und Kontrollgruppe :Unterskala Aggressivität (N/Präventionsgruppe= 177, N/Kontrollgruppe= 185, Zeit* Gruppe: $F= 5.90$; $p<.02^*$)

Interessanterweise stellen wir einen statistisch signifikanten Rückgang auf der Unterskala „Hyperaktivität“ sowohl in der Präventions- als auch in der Kontrollgruppe fest. Allerdings ist der Unterschied zwischen Präventions- und Kontrollgruppe nicht statistisch signifikant (Abbildung 4)

¹⁰ Der VBV 3-6 umfasst 4 Skalen, die auf der Basis einer Faktoren- und Trennschärfanalyse gebildet wurden. Skala 1: oppositionell-aggressives Verhalten; Skala 2: Hyperaktivität versus Spieldauer; Skala 3: sozial-emotionale Kompetenzen und Skala 4: emotionale Auffälligkeiten (vgl. Döpfner et al., 1993).

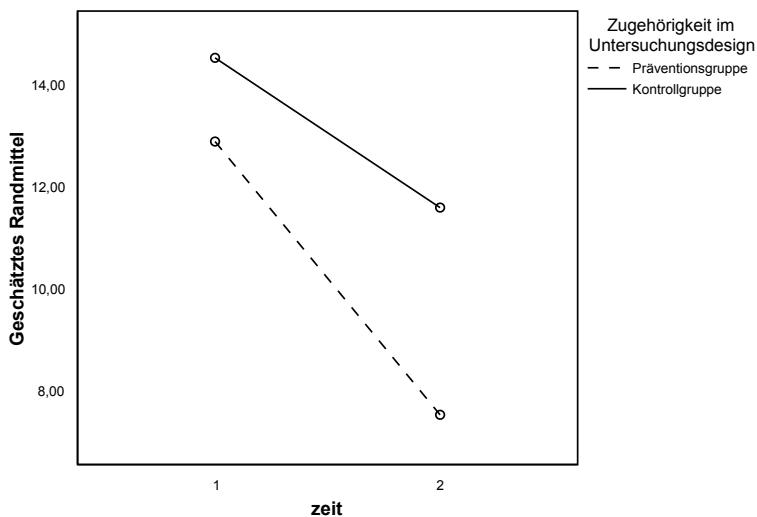


Abb. 3: Vergleich Präventions- und Kontrollgruppe :Unterskala Ängstlichkeit (N/Präventionsgruppe = 177, N/Kontrollgruppe= 184, Zeit* Gruppe: $F = 4,96$; $p > .03^*$)

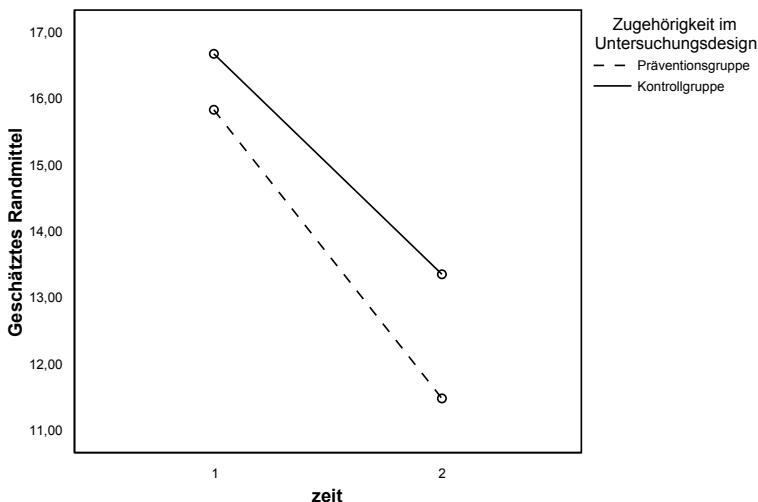


Abb. 4: Vergleich Präventions- und Kontrollgruppe :Unterskala Hyperaktivität (N/Präventionsgruppe= 178; N/Kontrollgruppe= 184, Zeit: $F = 72.95$; $p = .00^*$, Zeit*Gruppe: $F = 1.31$; $p = .25$ (n.s.))

Bekanntlich umfasst die Unterskala 2 „Hyperaktivität“ der VBV einerseits Fragen zur motorischen Impulsivität (wie z. B. Frage 34: „Ist ständig auf Achse und bleibt nur für

kurze Zeit an seinem Platz.“). Andererseits sind auch Fragen zur Konzentrationsfähigkeit darin enthalten (wie z. B. Frage 19: „Kann sich nur für kurze Zeit auf ein Spiel oder eine Beschäftigung konzentrieren“). Aus vielen Studien ist bekannt, dass das motorische Unruheverhalten im Alter unserer Stichprobe (4- bis 6-jährige Kindergartenkinder) abnimmt. Daher erwarteten wir den in Abbildung 4 festgestellten statistisch signifikanten Rückgang des motorischen Unruheverhaltens sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Allerdings zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Präventions- und der Interventionsgruppe.

Einige Überlegungen zu diesem Befund: In den Kindertagesstätten steht die Konzentrationsfähigkeit nicht zentral im Fokus der Aufmerksamkeit der Erzieherinnen. Daher wird sich eine evtl. Wirkung des Präventionsprogramms erst in der Grundschule zeigen. Wir werden daher erst in einer weiteren Messung nach dem 1. Schuljahr der Kinder im Sommer 2007 feststellen können, ob unser Interventionsprogramm dazu beitragen konnte, dass sich die Konzentrationsfähigkeit der Kinder – verglichen mit jener der Kontrollgruppe – verbessert hat. Allerdings ergibt sich schon zum jetzigen Zeitpunkt ein statistisch signifikanter Unterschied, falls wir die Daten geschlechtsspezifisch auswerten. Entgegen unserer Erwartung sind es die Mädchen, die am besten vom Präventionsprogramm profitieren.

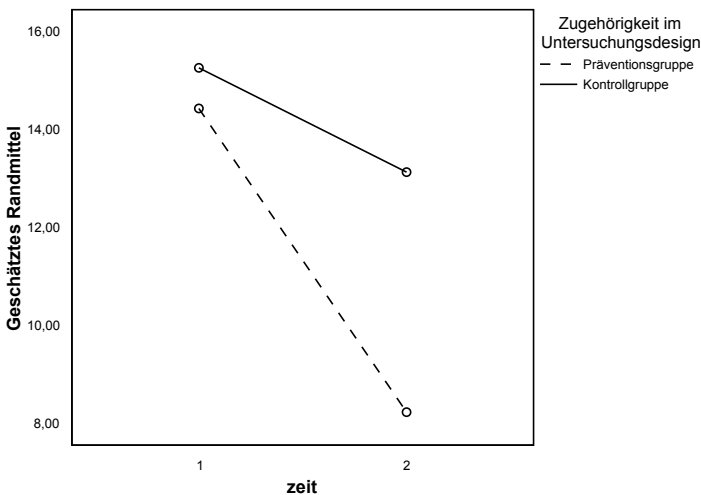


Abb. 5: Vergleich Präventions- und Kontrollgruppe :Unterskala Hyperaktivität, Mädchen (N/Präventionsgruppe= 70; N/Kontrollgruppe= 62, Zeit: $F = 32.41$; $p = .00^{**}$, Zeit*Gruppe: $F = 7.74$; $p < .01^{**}$)

Weist dieses überraschende Ergebnis darauf hin, dass – wie so oft – Mädchen von einem pädagogisch/psychoanalytischen Angebot eher profitieren als Jungs? Oder hat dies mit der Entwicklung geschlechtsspezifischer Rollen in diesem Alter zu tun? Ist es

ein Hinweis, dass Jungs in einer vorwiegend von Frauen dominierten Bildungsinstitution eine Gegenbesetzung zu „weiblich-ruhigem“ Verhalten entwickeln? Oder hat sich dank der Supervision die Wahrnehmung der Erzieherinnen geändert, sodass sie vermehrt zwischen „lebendig-hyperaktivem“ und „hyperaktiv-aggressivem“ Verhalten bei den Jungs differenzieren können? Wir führen z.Zt. noch weitere Detailauswertungen durch, um diese Interpretationsmöglichkeiten abzustützen bzw. zu verwerfen.

Zusammenfassend: Unsere Haupthypothese konnte durch einen Gruppenvergleich bestätigt werden. Die Aggressivität (gemessen mit der Unterskala: Aggressivität des VBV) nimmt bei den Kindern der Interventionsgruppe statistisch signifikant ab. Auch bei der Unterskala „Ängstlichkeit“ beobachten wir einen statistisch signifikanten Rückgang in der Präventionsgruppe. Diese Ergebnisse sind insofern erstaunlich, als es sich bei unserer Präventionsstudie um eine Feldstudie und nicht um eine „Laborstudie“ handelt. Dass sich statistisch nachweisen lässt, dass sich die Kinder der Interventionsgruppe bezüglich ihres aggressiven Verhaltens signifikant von jenen der Kontrollgruppe unterscheiden, zeigt, dass das nicht medikamentöse, psychoanalytisch-pädagogische Präventionsprogramm die soziale Integration verbessern kann. Bezogen auf die Unterskala „Hyperaktivität“ finden wir einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Präventions- und Kontrollgruppe erstaunlicherweise nur bei den Mädchen, ein Ergebnis, dessen Interpretation wir z. Z. noch durch weitere Datenanalysen statistisch abzustützen versuchen.

4.3 ADHS ist nicht gleich ADHS: Qualitative Beobachtungen aus der Frankfurter Präventionsstudie und exemplarischen psychoanalytischen Therapien

Eines der Ziele der Studie war es, aus einer psychoanalytischen Perspektive zu einer Differenzierung der ADHS Diagnose beizutragen, d. h. dafür zu sensibilisieren, dass verschiedenste Kinderschicksale, bzw. deren Auswirkungen auf die psychischen Strukturbildungen und Regulationen, sich hinter der einen deskriptiven Diagnose ADHS „verbergen“ können. Die psychoanalytische Forschungs- und Behandlungsmethode eignet sich, so die These dieser Arbeit, in besonderer Weise, das komplexe Zusammenwirken unbewusster und bewusster Determinanten von ADHS zu verstehen – und darauf aufbauend –psychotherapeutisch zu behandeln.

Dazu im Folgenden einige Illustrationen. Wir haben an anderer Stelle versucht, einige diagnostische Subgruppen zu beschreiben, die wir in dem umfangreichen Datenmaterial der Frankfurter Präventionsstudie gefunden haben (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, Goeppel, Hau, im Druck). Diese Subgruppen waren:

- I. ADHS Kinder mit einem hirnorganischen Problem
- II. ADHS Kinder mit einer emotionalen Frühverwahrlosung
- III. ADHS und Trauma
- IV. ADHS und Kultur

- V. ADHS und Hochbegabung
- VI. ADHS, Trauer und Depression
- VII. ADHS und das Aufwachsen mit einer "toten Mutter" (André Green)

Diese Subgruppen schließen sich gegenseitig nicht aus, obschon ADHS einer der Hauptquellen der inneren Regulationsstörungen zuzuordnen sein mag. Wir möchten dies im Folgenden mit einigen Fallbeispielen zu ausgewählten Subgruppen illustrieren. Die Behandlungen wurden z. T. im Rahmen der Frankfurter Präventionsstudie, z. T. in Privatpraxen durchgeführt wurden.

I. Kinder mit einem hirnnorganischen Problem

Michael,¹¹ ein sechsjähriges Einzelkind, ist das enfant terrible der Kindertagesstätte: Ständig in aggressive Auseinandersetzungen verwickelt, absorbiert er während eines großen Teils des Tages die beiden Erzieherinnen seiner Gruppe. Lassen sie ihn einen Moment aus dem Auge, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er sich oder ein anderes Kind verletzt: „Oft passiert dies, ohne dass Michael es wirklich will: er ist ungeschickt und fahrig, kann Situationen nicht einschätzen, wirft Gegenstände um, macht anderen Kindern ihre Basteleien kaputt oder eben – fällt wieder einmal vom Kletterturm und muss am Kopf oder sonst wo genäht werden ...“ Im intensiven Gespräch mit den Erzieherinnen stellt sich heraus, dass Michael „pflegeleicht“ ist, wenn er sich mit einer Bezugsperson allein im Zimmer der Leiterin der Kindertagesstätte aufhält. „Dann kann er ruhig sitzen und sich einer Tätigkeit zuwenden – wenigstens 10 Minuten lang. Er ist eigentlich ein ganz lieber Junge, falls er jemanden ganz allein für sich hat. Aber in der Gruppe scheint er dauernd abgelenkt, von Reizen überflutet und wird im Laufe des Vormittags immer unruhiger, zappelig und eben auch aggressiver. Er ist für unsere Einrichtung kaum noch tragbar. Wir haben auch noch 21 andere Kinder in der Gruppe zu betreuen ...“ (Erzieherin A.).

In der testpsychologischen Abklärung von *Michael* fallen vor allem die Werte im Göttinger Formreproduktionstest (G-F-T) auf. Nun 12% der Kinder im Alter von Michael ohne hirnnorganischen Verdacht weisen schlechtere Ergebnisse in diesem standardisierten Test auf. Im Elterngespräch stellt sich heraus, dass Michael während der dramatischen, schweren Geburt (einer „Zangengeburt“, wie seine Mutter, eine einfache Frau, dies ausdrückt) vermutlich einen Sauerstoffmangel erlitt, einen schlechten Apgar-Index nach APGAR aufwies und durch schwere Schlaf- und Essstörungen in den ersten Lebensmonaten auffiel. Obschon die Kinderärztin im Zusammenhang mit den kinderärztlichen Frühuntersuchungen den Eltern empfahl, das Kind neurologisch untersuchen zu lassen und entsprechende Frühförderungsmaßnahmen einzuleiten, weigerten sich die Eltern, diesen Rat anzunehmen

¹¹ Dieses Fallbeispiel ist auch in der Einführung zum Band „ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung“ (Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther, 2006) abgedruckt.

„Mein Mann war genau so – auch er ein zappeliges Schreibaby – dies liegt in der Familie und wird sich auswachsen ...“ Erst als der Ehemann ein halbes Jahr später plötzlich an einem Herzinfarkt starb, war die Mutter bereit, psychotherapeutische Hilfe für sich und Michael anzunehmen. Rückblickend auf die intensive Therapie nimmt die Therapeutin an, dass bei Michael möglicherweise eine *hirnfunktionelle Komponente bei seinem hyperaktiven Verhalten* eine Rolle spielte, obschon lediglich anamnestische, testpsychologische und kinderärztliche Informationen (und keine neurologische oder neurobiologische Befunde) ihre Annahme erhärteten. Michael würde wahrscheinlich heute zu jenen 2-7% der Kindern gehören, die nach heutigem kinderpsychiatrischen Verständnis unter die Diagnose AD(H)S fallen (siehe dazu Hoppe u. Scriba, 2006).

Im Zentrum der einjährigen, psychoanalytischen Psychotherapie stand die Bearbeitung des plötzlichen Verlusts des Vaters inmitten der ödipalen Entwicklungsphase von Michael. Die Therapie und die damit verbundene therapeutische und stützende Arbeit mit der Mutter, in der es auch um einen adäquaten Umgang mit der hyperaktiven Problematik von Michael ging (Strukturierung und Rhythmisierung des Tagesablaufs durch gut dosierte motorische Spannungs-Entspannungszyklen, Schutz vor Reizüberflutung durch Dosierung der Gruppenkontakte, des Fernsehkonsums, gezieltes Training der Feinmotorik durch psychomotorische Übungen etc.), ermöglichten Michael aus der Sündenbockrolle seiner Kindergartengruppe herauszufinden. Er konnte normal eingeschult werden und entwickelte sich psychisch und psychosozial relativ unauffällig.

In einem Katamnesegegespräch im 18. Lebensjahr sagt Michael: „Ich bin stolz, dass ich es trotz meinem schlechten Start ins Leben und dem frühen Tod meines Vaters ‚geschafft‘ habe... ich hatte die Kraft, meinen Weg zu gehen....“

II. Kinder mit einer emotionalen Frühverwahrlosung

Wie erwähnt konnten im Rahmen der Frankfurter Präventionsstudie 17 Kindertherapien aus bildungsfernen Familien durchgeführt werden, vor allem weil die Kindertherapien in den Räumen der Kindertagesstätten selbst angeboten wurden. Eine der beeindruckendsten Behandlungen wurde von Christina Waldung schon kurz in einer früheren Publikation zusammengefasst (Waldung et al., 2006).

III. ADHS und Trauma

Frankfurt, wie viele andere westeuropäische Städte auch, ist eine multikulturelle Stadt geworden. Um nur ein Beispiel zu erwähnen: in einer Kindertagesstätte mit 103 Kindern hatten nur drei einen deutschen Pass: 27 verschiedene Nationen mit vielen verschiedenen Sprachen waren in dieser Einrichtung versammelt. Welche Herausforderung für die integrativen Kräfte der Erzieherinnen und Erzieher! In solchen Einrichtungen mag die Verführung besonders groß sein, zu Medikamenten zu greifen,

um die psychosoziale Integrationsarbeit zu erleichtern. Doch verbirgt eine solche Medikalisierung sozialer Probleme die Dringlichkeit und Brisanz der Situation in solchen Stadtteilen: das Entwickeln von Parallelgesellschaften ist nur ein Aspekt davon, der, wie viele Ereignisse in den letzten Monaten gezeigt haben, politisch und institutionell schon frühzeitig ernst genommen werden sollte. Dazu ein kurzes Beispiel.

Die Supervisorin bemerkt sogleich die veränderte Atmosphäre im Team: als sie den Raum betritt, scheint dies niemand zur Kenntnis zu nehmen. Die Erzieherinnen sprechen wild durcheinander, zwei streiten sich laut – eine andere scheint den Tränen nahe. Was hat sich ereignet? Der vierjährige Abdid hat Moritz von der drei Meter hohen Schaukel gestürzt und gelacht, als er sah, dass Moritz am Kopf und am Arm blutete und sich offenbar ernsthaft verletzt hat. Die Erzieherin beginnt zu weinen, als sie von der Szene erzählt. Sie sei völlig am Ende. Fast jeden Tag komme es zu aggressiven Auseinandersetzungen, an denen Abdid beteiligt ist, oft verbunden mit Verletzungen. Abdid bringe ihre ganze Arbeit durcheinander. Sie könne einfach nicht mehr, sei froh, wenn Abdid mal krank sei. Überhaupt denke sie, er sollte aus der Kita ausgeschlossen werden. Andere Erzieherinnen stimmen ihr bei. Abdid sei eine derartige Belastung für die gesamte Kita, dass die gesamte Arbeit in Frage gestellt sei. Zudem beklagten sich Eltern zunehmend und werfen der Leitung der Kita vor, sie sei zu nachgiebig. Ein weiteres Problem ist, dass Abdid Süßigkeiten und Spielsachen von anderen Kindern stiehlt und nur lacht, wenn er dabei ertappt wird. Zudem scheint er unfähig zu sein, das WC angemessen zu benutzen: er stellt sich zum Urinieren auf den Klo-Deckel und verschmutzt die ganze Toilette.

Kurz zusammengefasst stellt sich in der Supervision heraus, dass Abdid seit 9 Monaten die Kita besucht. Er stammt aus Afghanistan und hat fast drei Jahre praktisch auf der Straße gelebt. Der Vater lebte schon in Deutschland. Die Mutter befand sich mit Abdid allein in einer damals offenbar immer noch gefährlichen und umkämpften Region. Sie erwartet nun ein zweites Kind. Sie spricht kaum deutsch. Auf die Erzieherinnen wirkt sie unnahbar, verschlossen: es entsteht die Vermutung, dass sie selbst an einer schweren Depression leidet und sozial isoliert, ohne Freunde und Verwandte in einer kleinen Wohnung lebt. In der Gruppe entstehen Phantasien darüber, was diese junge Frau wohl in den Monaten des Krieges erlebt haben mag. Ist sie Analphabetin, da sie bei der Anmeldung nicht fähig war, den Kindergartenvertrag selbst zu unterschreiben? Der Ehemann wirkt gewandter, ausgesprochen höflich und auf den ersten Blick bereit, Ratschläge der Erzieherinnen aufzunehmen. Allerdings werden die konkreten Vorschläge (Aufsuchen einer Beratungsstelle etc.) nicht befolgt.

Nachdem der familiäre Hintergrund gemeinsam beleuchtet wird, wenden wir uns den Gefühlen der Erzieherinnen zu, die durch das aggressive und destruktive Verhalten von Abdid bei ihnen ausgelöst werden. Wir fragen uns, ob Abdid seine Überlebensstrategie als Straßenkind in Afghanistan in der Kita fortsetzt: Schlagen, Beißen und Stehlen waren damals vielleicht notwendige Formen des Überlebens. Provoziert er bei den Erzieherinnen und den anderen Kindern ähnliche Gefühle, die er damals selbst

erlebt hat (im Sinne des bei traumatisierten Kindern so häufigen Mechanismus der Umkehr von passiv Errittenem in aktiv Zugefügtes?). Durch das offene Gespräch über die Mischung aus Hilflosigkeit, Wut, Verzweiflung und Insuffizienz bei den Erzieherinnen, besonders bei der Leiterin der Gruppe von Abdid, entspannt sich die Atmosphäre in der Supervisionssitzung. Die Erzieherin beginnt sogar zu weinen und gesteht, wie erschrocken sie selbst über ihre aggressiven Gefühle dem Kleinen gegenüber war, was sie in elementare Zweifel an ihrer Professionalität sowie an ihrem Beruf überhaupt führte. „Gestern war ich soweit, dass ich dachte, ich kann nur noch kündigen...“. In der Supervision wird deutlich, dass diese Gefühle und Zweifel verständlich sind und die extremen, vermutlich traumatischen Erfahrungen des kleinen Jungen spiegeln. Vermutlich versucht er unbewusst, dem Team durch sein unerträgliches Verhalten seine schrecklichen Erfahrungen zu kommunizieren. – Durch diese Überlegungen werden nicht nur die Erzieherinnen entlastet: es entsteht auch wieder vermehrt Einfühlung in das Schicksal von Abdid sowie der Wunsch, ihm gemeinsam zu helfen.

Als erster Schritt will sich die Leiterin der Kita mit den Eltern in Verbindung setzen, um ihnen vorzuschlagen, dass sie eine Familienhelferin zu akzeptieren. Eine Einzel- oder Familientherapie kann erst als zweiter Schritt ins Auge gefasst werden. Da damit gerechnet werden muss, dass sich der Vater auch diesmal alles höflich anhört, aber keine Hilfe akzeptiert, wird die Kita-Leiterin ihn damit konfrontieren, dass Abdid nur in der Einrichtung bleiben kann, wenn die Eltern bereit sind, professionelle Hilfe anzunehmen.

Übrigens hat es sich in dieser Einrichtung als enorm entlastend erwiesen, dass inzwischen vier der schwierigsten Kinder durch Therapeutinnen in der Einrichtung selbst behandelt werden.

IV. ADHS und Kultur

Die Symptome des ADHS verweisen per se auf die kulturelle Bedingtheit ihres Verständnisses und ihrer Problematik. Denn Konzentrationsfähigkeit und Kontrolle der Motorik und Affekte stellen eine grundlegende soziale Anpassungsleistung dar, ohne die keine systematischen Arbeitsabläufe möglich wären. Moderne Arbeitsbedingungen verschärfen diese Tendenz, ohne dass sie eine immanente Kompensation an motorischer und affektiver Abfuhr anbieten (vgl. DeGrandpre, 2002). An diese gesellschaftlich vorgegebenen Bedingungen muss das einzelne Subjekt sich anpassen. Temperamentsunterschiede individueller Art kommen hier zum Tragen und unterliegen mit der ADHS Diagnose schnell einer Pathologisierung, wodurch das Verständnis von „normal“ versus „krankhaft“ als einer fließenden Skala zugunsten eines starren Schemas verloren geht (vgl. Carey, 2002).

In den KITAs mit ihrer multinationalen und multikulturellen Zusammensetzung zeigen sich die kulturell bedingten Unterschiede im Verständnis für Unruhe, Impulsivität etc. besonders deutlich. Die von den Erzieherinnen zu erbringende außerordentliche Integrationsleistung wird vielfach benannt, ohne daß daraus Konsequenzen für eine entsprechende Ausstattung der Kindergärten erfolgen würden. Für viele

KITAS dürfte der Satz einer Erzieherin gelten: „Es kommt uns so vor, als hörten die kleinen Jungen vor allem bei uns erstmals ein verbindliches ‚Nein‘.“

In den KITAS wird die meistens Auffälligkeit der Kinder noch aufgefangen und integriert, mit dem Schuleintritt jedoch wird sich dieses Bild verändern. Inwiefern ausländische Kinder seltener die Diagnose ADHS erhalten, aber häufiger ihre Schullaufbahn abbrechen bzw. in Sonderschulen beenden, wäre eine interessante Untersuchung wert. In den USA zeigt sich eine Konzentration der ADHS-Diagnose in der weißen amerikanischen Mittelschicht (die sich besonders von sozialem Abstieg bedroht sieht). Im hispano-amerikanischen Milieu hingegen tritt die Diagnose seltener auf.

Die dargestellten Fallskizzen zeigen mehr oder weniger deutlich, welche entscheidende Rolle kulturelle Faktoren spielen, wenn es um die Ausgestaltung psychischer Konflikte und die Verarbeitung deprivierender und traumatisierender sozialer Bedingungen geht.

V. ADHS und Trauer und Depression

Die fünfjährige Sabine hat ihre Mutter durch eine Krebskrankheit verloren. Die Mutter, eine Frau Mitte dreißig, hatte die Brustkrebsdiagnose erst vor drei Monaten erhalten – die Chemotherapie konnte ihr kaum helfen. Es ist der zweite Todesfall eines Elternteils, den das Team innerhalb weniger Wochen zu verkraften hat. Die Leiterin der Kita musste wegen einer schweren Erkrankung mehrere Wochen in Kur: das Team übernahm gemeinsam ihre Aufgaben.

In der Supervision herrscht eine bedrückte Stimmung. Die meisten Erzieherinnen waren an der Beerdigung der Mutter von Sabine und haben erfahren, dass der Vater von Sabine diese Tragödie schon zum zweiten Mal erlebt. Seine erste Frau ist ebenfalls an Krebs gestorben und hat zwei Kindergartenkinder hinterlassen. Es wird deutlich, dass das Team mit dem Thema „schwere Krankheit und Tod“ stark beschäftigt ist. Dazu kommt bei vielen ein Gefühl der Überforderung durch die monatelange Vakanz und Stellenunterbesetzung in der Kita. Eine Erzieherin fragt, ob es wohl stimme, dass chronischer Stress das Krebsrisiko erhöhe. Indirekt können eigene Todesängste besprochen werden. Der Hinweis, dass eine psychosomatische Komponente bei Krebserkrankungen höchst umstritten ist, wirkt entlastend. Erst als diese persönlichen Ängste angesprochen werden konnten, ist es wieder möglich, sich der gemeinsamen pädagogischen Aufgabe zuzuwenden, welche Möglichkeiten das Kindergartenteam hat, Sabine in ihrem Trauerprozess zu unterstützen. Die Supervision konnte die verständliche Überforderungssituation durch die Konfrontation mit unerwarteter, tödlicher Krankheit und die monatelange Mehrarbeit reflektieren und dadurch dazu beitragen, wieder eine professionelle Distanz und damit eine adäquate Einfühlung in das trauernde Kind zu finden.

Sabine entwickelte nach 6 Monaten zunehmend Symptome der Vorformen von ADHS (sog. Träumer Variante). Daher versuchten die Erzieherinnen den Vater zur Einsicht zu führen, dass eine Einzeltherapie den Trauerprozess von Sabine erleichtern und eine möglicherweise spätere Störung frühzeitig verhindern könnte.

Dies mag als extremes Beispiel anmuten, obschon wir erwähnen möchten, dass Sabine nicht das einzige Kind in unserer Studie war, das nach einer familiären Tragödie eine ADHS-Symptomatik entwickelte. Auch in diesem Kontext erwies sich die Supervision als hilfreich, um nach möglichen Gründen für einen plötzlichen Wechsel im Verhalten eines bestimmten Kindes zu fragen, statt sich zum Ziel zu setzen, ein solches Fehlverhalten möglichst schnell und effizient „zum Verschwinden zu bringen“. Die Supervisionserfahrungen führten bei manchen Teams dazu, dass sie sich eher trauten, in solchen Fällen die Eltern direkt anzusprechen und nach möglichen familiären Tragödien (Todesfälle, Scheidungen, Krankheiten etc) zu fragen.

VI. ADHS – Ausdruck einer Abwehr von unerträglichen Emotionen im Aufwachsen mit einer „toten Mutter“ (André Green, Daniel Stern)

Nora¹² wurde bei mir (M. L.-B.) als Zehnjährige zur psychologischen Abklärung angemeldet, weil ihre Eltern, beide Professoren für Ethnologie, sich mit ihr „am Ende ihres Lateins“ fühlten. Sie hatten schon eine Reihe verschiedener Therapien und Förderungsprogramme mit Nora ausprobiert: alle ohne Erfolg. Nun sollte Nora wegen ihres chronischen Schulversagens in eine Sonderschule für intelligenzschwache Kinder eingewiesen werden. Nora litt unter einer Adipositas, schweren Schlafstörungen, Hautausschlägen, einem fast völligen sozialen Rückzug und selbstdestruktivem Verhalten (zuweilen schnitt sie sich mit einem Messer) sowie plötzlichen aggressiven Ausbrüchen gegen ihren jüngeren Bruder. Im Kramer Intelligenztest erzielte Nora einen IQ von 132. Die projektiven Tests enthüllten ihre ausgesprochen reiche, allerdings sehr bedrohliche innere Phantasiewelt. In dem damals verbreiteten Göttinger Formreproduktionstest¹³ ergaben sich Hinweise auf eine MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion).

Kurz zur Lebensgeschichte: Zwei Tage nach der Geburt von Nora starb der Vater der Mutter, ein schwerer Verlust für seine Lieblingstochter. Während Monaten litt sie an schweren Depressionen und nahm Antidepressiva ein. Als Nora 6 Monate war, stürzte sie vom Arm des Vaters durchs offene Fenster im 1. Stock. „Vielleicht ist dies der Grund für ihr MCD“, sagt der Vater während der Abklärung voller Schuldgefühle. Nora lag mehrere Wochen lang im Krankenhaus und entwickelte schwere Schlaf- und Essprobleme. Als sie 1½ Jahre alt war, wurde ihr Bruder geboren: sie reagierte mit massiver Eifersucht und häufigen „Trotzanfällen“. Dreijährig, übernahmen die Eltern ein Forschungsprojekt in Afrika. Die folgenden drei Jahre bezeichnen beide Eltern als „die glücklichsten der Familie“. Besonders die Mutter genoss ihre interessante Be-

¹² Leuzinger-Bohleber hat an anderer Stelle die Behandlung ausführlicher zusammengefasst (s. Leuzinger-Bohleber, 1984).

¹³ Sie erzielte einen Wert von 46,6%, was bedeutet, dass 46,6% der Kinder mit einem nachgewiesenen hirnnorganischen Problem einen ähnlichen Wert wie Nora auswiesen. 63,4% dieser Gruppe zeigten einen besseren Wert.

ruftätigkeit und die Betreuung der Kinder durch warmherzige „Ersatzmütter in einer liebevollen Dorfgemeinschaft“. Um Nora eine gute Bildung zu ermöglichen, zog die Familie zum Einschulungstermin zurück nach Deutschland. „Nun begannen die Probleme. Nora wurde aus dem Kinderparadies vertrieben – sie hasste die deutsche Schule und deutsche Kinder und wurde zur chronischen Rebellin...“ (Mutter von N.) Nora wurde schließlich depressiv, pseudodebil und psychosomatisch krank.

Glücklicherweise erlaubte es Nora mir, ein Fenster zu ihrer seelischen Situation zu öffnen. Sie war eine begabte Zeichnerin und teilte mir darin ihre erschreckenden unbewussten Phantasien mit, die Schuld an der Depression der Mutter zu tragen sowie ihre tiefen Insuffizienzgefühle, dass es ihr als „Sonnenscheinbaby“ und –kleinkinder nicht gelungen war, die Stimmung der Mutter – durch (hyperaktives) Verhalten – aufzuhellen. Sie war ebenfalls unbewusst davon überzeugt, ihren Bruder aufgrund unerträglicher Eifersuchtsgedühle umbringen zu wollen sowie schuld zu sein an einer schweren körperlichen Erkrankung ihres Vaters in ihrem 4. Lebensjahr. Sowohl ihre psychosomatischen Symptome als auch ihre Pseudodebilität verstanden wir schließlich als Produkte ihrer Selbstbestrafungstendenzen aufgrund archaischer Schuldgefühle, Rachephantasien und einem tiefen Hass auf die Primärobjecte. In der analytischen Arbeit wurde sehr deutlich, dass Nora kaum ein basales, tragendes Selbstgefühl und genügend gute Regulationsmechanismen im Umgang mit ihren Affekten und Triebwünschen entwickelt hatte. Als ihre Aggressionsproblematik in der Übertragung aktualisiert wurde, sprach Nora drei Monate kein Wort mit mir in den Sitzungen. Ich fühlte mich verzweifelt, hilflos und ohnmächtig und war oft überzeugt, dass Nora die Behandlung abbrechen würde. Glücklicherweise gelang es schließlich eine Verbindung herzustellen zwischen diesem „rebellischen Schweigen“ und ihren unbewussten mörderischen Impulsen und Verzweiflungsgefühlen. Es schien für Nora entscheidend, dass ich (als ein „gutes Objekt“), aber auch die analytische Behandlung ihre Attacken überlebten. –

Dank der einsetzenden Pubertät konnte sich Nora nach dieser Phase der negativen Übertragung einer progressiveren Entwicklung zuwenden, in der es ihr weitgehend gelang, die infantilen Fixierungen zu überwinden. Sie zeigte nun gute Schulleistungen und entwickelte einen beeindruckenden „schwarzen Humor“, der ihr half, ihren Platz in der Klasse und einige gute Freunde zu finden. Nach 3 Jahren äußerte sie den Wunsch, ihre psychoanalytische Behandlung zu beenden.

Letztes Jahr, 31 Jahre nach Abschluss der Behandlung, schrieb mir Nora eine e-mail (Sie hatte zufälligerweise meine Adresse rausgefunden). In einem Telefongespräch erzählte sie mir, dass sie beruflich und persönlich ihren Weg gefunden habe. Sie erinnerte sich an keine Details der Therapie, nur daran, wie wichtig sie für sie gewesen war, „um das Dunkle meiner Kindheit hinter mir zu lassen ...“

Diese kurze Zusammenfassung eines intensiven psychoanalytischen Prozesses mag die komplexe Interaktion verschiedener Faktoren bei der der Entwicklung einer ADHS Symptomatik illustrieren. Obwohl die traumatische frühe Interaktion mit dem

depressiven Primärobjekt als eine der hauptsächlichen Quellen der gravierenden Regulationsstörung von Nora betrachtet werden kann, spielten wahrscheinlich auch organische Komponenten (MCD aufgrund des Unfalls im 1. Lebensjahr) und weitere traumatische Erfahrungen (Erkrankung des Vaters während der ödipalen Phase, „Kulturschock“ etc) eine entscheidende Rolle. Psychoanalytische Konzepte ermöglichen es, in der therapeutischen Behandlung solche komplexen, individuellen, bewusste und unbewusste Hintergründe von ADHS gemeinsam mit dem betroffenen Kind zu entschlüsseln. Daher möchten wir Rothstein (2002, S. 393) zustimmen, wenn er schreibt: „Psychoanalysts are in a unique position to grasp these complex relationships“.

Resümee

Durch die kurzen Zusammenfassungen verschiedener psychoanalytischer Konzeptualisierungen von ADHS, einigen Beobachtungen und Daten aus der Frankfurter Präventionsstudie sowie aus psychoanalytischen Therapien von Kindern mit diesem Syndrom wollten wir illustrieren, dass eine psychoanalytische Perspektive auf ADHS vor allem individuelle psychodynamische Hintergründe und Persönlichkeitsstrukturen fokussiert. Frühe Objektbeziehungserfahrungen, psychische und hirnrorganische Traumatisierungen bedingt durch Krankheiten, Verlust oder ein weitgehendes Fehlen von stabilen frühen Beziehungserfahrungen, Migration und familiäre Verfolgung, aber auch andere, weniger dramatische Charakteristika einer „veränderten Kindheit“ können zu den inneren Regulationsstörungen führen, die dem Aufmerksamkeitsdefizit und der Hyperaktivität zugrunde liegen: Es führen viele Wege zu einem ADHS nach DSM-IV: *es existiert keine monokausale Erklärung*.

Um dies nochmals anders zu formulieren: Oft trifft eine genetisch bedingte, auffallende Reagibilität auf äußere und innere Reize im Sinne einer Hypersensibilität auf ein Primärobjekt, das damit nicht in einer „genügend guten Weise“ regulierend und empathisch umzugehen weiss. Eine mögliche Konsequenz ist die Unfähigkeit des Babys, durch Identifikations- und Introjektionsprozesse mit den verstehenden und haltenden Funktionen der Bezugsperson sukzessiv seine Triebimpulse und Affekte selbst regulieren zu können, was, wie dies Bürgin (2005) kürzlich ausdrückte, zu einem Zusammenbrechen narrativer Funktionen in der Mutter-Kind-Dynade und damit auch zu einer mangelnden Entwicklung sekundärprozesshaften Denkens führen mag. Daher vermuten wir, dass eine Subgruppe von späteren ADHS Kindern eine Gemeinsamkeit teilen: sie erlebten ein solches Dis-match zwischen ihrer eigenen Vitalität, dem lebhaften Temperament und ihren frühesten Bezugspersonen mit dem Resultat, dass sie eine häufige Überstimulation erlebten und kaum ein sicheres Bindungsmuster entwickeln konnten. Diese frühen Beziehungserfahrungen erschwerten zudem die Entwicklung von Aufmerksamkeit als einer komplexen Ichfunktion, die sich in einem spezifischen Beziehungskontext herausbildet und ebenfalls durch genetische Faktoren, frühe emotionale Austauschprozesse, Tempe-

ramentsfaktoren sowie Mikrotraumata mitbeeinflusst werden möglicherweise auch ein Aufmerksamkeitsdefizit (vgl. auch Sugarman, 2006).

So verfügt die heutige Psychoanalyse, wie kaum eine andere psychologische Theorie, über ein reiches Spektrum an Konzeptualisierungen und klinischen Erfahrungen, die gleichzeitig neurobiologische, (unbewusste) biographische und gesellschaftliche Faktoren in den Blick nehmen. Dies bedeutet, so unsere These, eine einzigartige Chance, die Komplexität der Genese und Manifestationen von ADHS bei heutigen Kindern zu entschlüsseln. Daher betrachten wir psychoanalytische Therapien als die Indikation für Kinder, die an einem ADHS leiden. Welche Eltern unter welchen institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen dieses Angebot annehmen können, und welche Therapeutinnen und Therapeuten mit welcher Behandlungstechnik diesen theoretisch begründeten Optimismus am ehesten einlösen, diese Fragen bleiben allerdings weiteren klinischen und empirischen Studien überlassen.

Literatur

- Amft, H. (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörungen und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.). ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 70-90). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Amft, H., Gerspach, M., Mattner, D. (2003). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Barkley, R. (1997). ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press.
- Beebe, B., Lachman, F. M. (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale: The Analytic Press.
- Brandl, Y., Steuber, S., Leuzinger-Bohleber, M., Wolff, A. (in Vorbereitung). Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien bei sogenannten ADHS-Kindern.
- Bürgin, D. (1998). Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Stuttgart: Schattauer.
- Bürgin, D. (2005). Presentation, Panel „Attention deficit hyperactivity disorder and trauma“, 44th Congress of the IPA, Rio de Janeiro, Brazil, 28 July 2005.
- Busch de Ahumada, L. C. (2005). Presentation, Panel „Attention deficit hyperactivity disorder and trauma“, 44th Congress of the IPA, Rio de Janeiro, Brazil, 28 July 2005.
- Carney, J. K. (2002). Prologue. Psychoanalytic Inquiry, 22, 299-307.
- Carey, W. B. (2002). Is ADHD a valid disorder? In P. S. Jensen, J. R. Cooper (Eds.), ADHD: State of the Science; Best Practices. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Cierpka, M., Schick, A. (2006). Das Fördern von emotionalen Kompetenzen mit FAUSTLOS bei Kindern. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 286-301). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Crary, J. (1999). Suspension of perception. Cambridge: MIT Press.
- Damasio, A. R. (1994). Descartes' error. New York: Putnam.
- Dammasch, F. (2000). Die innere Erlebniswelt von Kindern alleinerziehender Mütter. Eine Studie über Vaterlosigkeit anhand einer psychoanalytischen Interpretation zweier Erstinterviews. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.

- Dammasch, F. (2006). ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin®. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 189-221). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dawirs, R. R. et al. (1992). Naturally occurring degrading events in axon terminals of the dentate gyrus and stratum lucidum in the spiny mouse (*Acomys cahirinus*) during maturation, adulthood and aging. *Developmental Neuroscience*, 14, 210-220.
- Döpfner, M. et al. (1993). Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, VBV 3-6. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- DeGrandpre R (2002). Die Ritalin-Gesellschaft. Weinheim.
- Emde, R. N., Fonagy, P. (1997). An emerging culture for psychoanalytic research? *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 643-651.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Fonagy, P., Target, M. (2002). Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des „falschen Selbst“. *Psyche – Z Psychoanal*, 56, 839-862.
- Gerspach, M. (2006). Zum Verstehen von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 91-110). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gilmore, K. (2000). A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1258-1293.
- Gilmore, K. (2002). Diagnosis, dynamics, and development: Considerations in the psychoanalytic assessment of children with AD/HD. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 372-391.
- Göppel, G. (in press). Children in urban areas of social conflict – prevention and intervention of behavior disorders in kindergartens.
- Green, A. (1986). On private madness. London: The Hogarth Press.
- Häußler, G., Hopf, H. (2002). Psychoanalytische Theorien. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms (S. 20-42). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Heinz, J. (2002). Nervosität der Moderne. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms (S. 315-340). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Henke, B. (2006). Die Hamburger Frühpräventionsstudie zur psychischen und psychosozialen Integration von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Ein Werkstattbericht. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 270-285). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herzog, J. M. (2001). Father hunger: Explorations with adults and children. Hillsdale: The Analytic Press.
- Hoppe, K., Scriba, G. (2006). Stellungnahme zu ADHS. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, 3609-3616.
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnororganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 222-237). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kandel, E. R. (2005). Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Kernberg, O. F. (2001). Object relations, affects, and drives. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 604-619.
- Klitzing, K. v. (2002). Früher Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. *Psyche – Z Psychoanal*, 56, 863-887.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M. (2006). Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörungen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 118-133). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1984). Nora. Die Analyse einer Zwölfjährigen. *Arbeitshefte Kinderanalyse*, Nr. 4, 29-90.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006). Einleitung. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 9-50). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M., Pfeifer, R. (2002). Remembering a depressive primary object? Psychoanalysis and Embodied Cognitive Science: A dialogue on memory. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 3-33.
- Leuzinger-Bohleber, M., Pfeifer, R. (2006). Recollecting the past in the present. Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science (S. 63-97). In M. Mancina (Ed.), *Psychoanalysis and neuroscience*. Milano: Springer.
- Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2006). Die Frankfurter Präventionsstudie. Zur psychischen und psychosozialen Integration von verhaltensauffälligen Kindern (insbesondere ADHS) im Kindergartenalter – ein Arbeitsbericht. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 238-269). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.) (2006). *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M., Dreher, A. U., Canestri, J., (Hrsg.) (2003). *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. London: IPA.
- Leuzinger-Bohleber, M., Goepfel, H. (im Druck). AD/HD – a field for contemporary psychoanalysis? Some clinical, conceptual and neurobiological considerations based on the Frankfurt Prevention Study. Eingereicht für IJP.
- Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.) (im Druck). *Trauma im Fokus von Psychoanalyse und Neurowissenschaften*. Stuttgart: Schattauer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, Brandl, R. (in Vorbereitung). *Die Frankfurter Präventionsstudie*.
- Levin, F. M. (1997). Discussion of Mark Solms' „Why consciousness?“ *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 732-739.
- Lüpke, H. v. (2004). Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (2. Aufl., S. 99-116). München: Reinhardt.
- Lüpke, H. v. (2006). Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S.169-188). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mancina, M. (Ed.) (2006). *Psychoanalysis and neuroscience*. Milano: Springer.
- Mattner, D. (2006). ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikali-*

- sierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 51-69). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Metzger, H.-G. (2000). Zwischen Dyade und Triade. Psychoanalytische Familienbeobachtungen zur Bedeutung des Vaters im Triangulierungsprozeß. Tübingen: Edition diskord.
- Moll, G. H., Mehnert, C., Wicker, M., Bock, N., Rothenberger, A., Rüter, E., Hüther, G. (2000). Age-associated changes in the densities of presynaptic monoamine transporters in different regions of the rat brain from juvenile life to adulthood. *Developmental Brain Research*, 119, 251-257.
- Panksepp, J. (1998). Attention deficit disorders, psychostimulants, and intolerance of childhood playfulness: a tragedy in the making? *Curr Direct Psychol Sci*, 7, 91-98.
- Panksepp, J. (2001). The long-term psychobiological consequences of infant emotions. *Neuro-Psychoanalysis*, 3, 149-179.
- Passolt, M. (Hrsg.) (2004). Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Pfeifer, R., Bongard, J. (2006). How the body shapes the way we think: A new view of intelligence. Cambridge: MIT Press.
- Pfeifer, R., Scheier, C. (1999). Understanding intelligence. Cambridge: MIT Press.
- Riedesser, P. (2006). Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 111-117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rothstein, A. (2002). Plea for a balanced conception of AD/HD and its diagnosis and treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 391-412.
- Rothstein, A., Glenn, J. (1999). Learning disabilities and psychic conflict: A psychoanalytic casebook. Madison: International Universities Press.
- Salomonsson, B. (2004). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 117-136.
- Seeman, P., Machias, B. K. (1998). Anti-hyperactivity medication. Methylphenidate and amphetamine. *Molecular Psychiatry*, 3, 386-396.
- Solanto, M. V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder. A review and integration. *Behavioural Brain Research*, 94, 127-152.
- Solms, M. (2006). Sigmund Freud heute. Eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal*, 60, 829-859.
- Stassen, H. H. et al. (2004a). Oligogenic approaches to the predisposition of alcohol dependence. A genome-wide search on 255 families. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 11, 13-22.
- Stassen, H. H. et al. (2004b). Ethnicity-independent genetic basis of functional psychoses. A Genotype-to-phenotype approach. *American Journal of Medical Genetics*, 124, 101-112.
- Staufenberg, A. et al. (2006). Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung psychosozialer Integrationsproblemen bei Kinder. Die Frankfurter Präventionsstudie). Unpublished.
- Stern, D. (1995). The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books.
- Sugarman, A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder and trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 237-241.

- Waldung, C., Göppel, G., Wolff, L. (2006). Ein Fallbeispiel (Die Frankfurter Präventionsstudie). In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen (S. 256-262). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zabarenko, L. M. (2002). AD/HD, Psychoanalysis and neuroscience: A survey of recent findings and their applications. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 412-432.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Sigmung-Freud-Institut, Myliusstr. 20, 60323 Frankfurt;
E-Mail: M.Leuzinger-Bohleber@sigmung-freud-institut.de