

Streeck-Fischer, Annette und Fricke, Birgit

**„Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt.“
Zum Verständnis und zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung aus psychodynamischer Sicht**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 4, S. 277-299

urn:nbn:de:bsz-psydok-47350

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/

ÜBERSICHTSARBEITEN

„Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt.“ Zum Verständnis und zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung aus psychodynamischer Sicht

Annette Streeck-Fischer und Birgit Fricke¹

Summary

“Better to be restless than locked up in a deep hole!” Understanding and therapy of attention deficit and hyperactivity disorder from a psychodynamic viewpoint

Psychodynamic models will be presented after a critical discussion of the biomedical-psychiatric model of attention deficit and hyperactivity disorder (dimensional diagnostics, genetic disorder, dopamine deficiency, neuronal developmental disorder). Research findings on early mother-child interactions refer to specific psychosocial developmental conditions amongst children who develop ADHD. Factors which lead to gene expression can be traced here. A psychodynamic-oriented developmental psychotherapy which centres on regulatory procedures, de-centration, mentalisation, de-somatisation and symbolisation of treated notifications is helpful, particularly amongst children with complex disorders. The underlying conflicts and dealing with them are thus elucidated in the presentation of a treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 277-302

Keywords

Gene expression – neuronal developmental disorder – early interactions – mentalisation disorder – psychodynamic developmental therapy

Zusammenfassung

Nach einer kritischen Diskussion des biomedizinisch-psychiatrischen Modells der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (dimensionale Diagnostik, genetische Störung, Dopaminmangel, neuronale Entwicklungsstörung) werden psychodynamische Erklärungsmodelle dargestellt. Untersuchungsbefunde zu frühen Mutter-Kind Interaktionen verweisen

¹ B. Fricke hat die Falldarstellung übernommen.

auf spezifische psychosoziale Entwicklungsbedingungen von Kindern, die eine ADHS entwickeln. Hier können Faktoren ausfindig gemacht werden, die zur Genexpression führen. Insbesondere bei Kindern mit komplexen Störungen ist eine psychodynamisch orientierte Entwicklungspsychotherapie hilfreich, die auf Regulierungsvorgänge, Dezentrierung, Mentalisierung, Desomatisierung und Symbolisierung gehandelter Mitteilungen zentriert. An der Darstellung einer Behandlung werden die zugrunde liegenden Konflikte und ihr Umgang damit verdeutlicht.

Schlagwörter

Genexpression – neuronale Entwicklungsstörung – frühe Interaktionen – Mentalisierungsstörung – psychodynamische Entwicklungstherapie

1 Einleitung

Am psychiatrischen Störungsbild der ADHS verdichten sich unterschiedliche Weltanschauungen des Heilens und therapeutischen Handelns wie an keinem anderen in der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie. Auf dem Markt der therapeutischen Angebote kommt es mitunter zu heftigen Auseinandersetzungen über Diagnostik und Behandlung, die mit einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis, unterschiedlichen Theorien und Erklärungsmodellen zu tun haben, andererseits aber auch von berufspolitischen und ökonomischen Interessen geprägt sind. Medikamente wie Methylphenidat bzw. Amphetamine oder Atomoxetin zumeist kombiniert mit Verhaltenstherapie gelten als therapeutische Mittel der Wahl (vgl. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie). Diese Behandlungsmethoden verfolgen einen reparativen Ansatz, indem Hirnfunktions- und Hirnentwicklungsstörungen, die als genetisch bedingt angesehen werden, durch supportive Mittel (z. B. medikamentös: vergleichbar mit Insulin bei Diabetes) ausgeglichen oder durch übende Verfahren überwunden werden sollen. Psychodynamische Ansätze zielen demgegenüber auf das mehr oder weniger ungesehene, mangelhaft geförderte oder vernachlässigte Kind ab, das mit seiner Störung auf seine *innere* Problematik aufmerksam macht.

2 Dimensionale versus kategoriale Betrachtung von Störungen

Am Störungsbild der ADHS scheiden sich die Geister, unter anderem deshalb, weil Ärzte und Psychotherapeuten auf unterschiedliche diagnostische Klassifikationssysteme zurückgreifen, an die heterogene Erklärungsmodelle geknüpft sind. Die Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung verlangt das Vorliegen eines abnormen Ausmaßes an Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, die situ-

ationsübergreifend und andauernd sind. Nach ICD-10 müssen mindestens sechs der unter Aufmerksamkeit, drei der unter Überaktivität und mindestens eines der unter Impulsivität aufgeführten Symptome vorliegen. Auf der Grundlage der Psychometrie und multivariater statistischer Analysen werden Dimensionen mit Hilfe standardisierter Interviews empirisch gewonnen. Dabei werden ausschließlich Symptome berücksichtigt. Demgegenüber bezieht eine kategoriale Betrachtung eines Störungsbildes auch andere Kriterien ein, beispielsweise den Beginn, die Dauer der Störung und ätiologische Faktoren (Döpfner u. Lehmkuhl, 1997). Die dimensionale Diagnostik führt gleichsam zu einer Oberflächen- oder Horizontal-Diagnose, die verschiedene andere Störungsbilder wie Angst-, Borderline- oder depressive Störungen mit unruhigem Verhalten dann mit abdeckt, wenn sie die drei Symptome zeigen, die in der ADHS-Checkliste aufgeführt sind. Da dies in der Regel der Fall ist, gibt es *keine Aufmerksamkeitsstörung ohne ein anderes Störungsbild* (Barkley, 2003).

Die dimensionale Definition eines Störungsbildes widerspricht psychodynamischen Konzepten, die sich um die kategoriale Bestimmung von Störungsbildern bemühen, also um Störungsbilder, die von ihrer Symptomatik, ihrer Verursachung und den damit verbundenen Erklärungen ein einheitliches Bild ergeben.

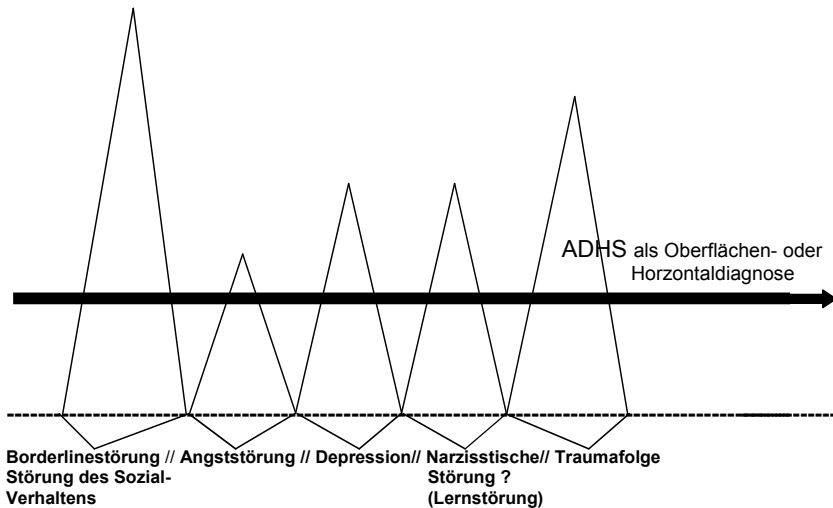


Abb. 1: ADHS als dimensionale Diagnose (die Abbild. dient lediglich der Veranschaulichung. Es ergeben sich hieraus keine Häufigkeitsverteilungen)

Die Diagnostik und das Verständnis der ADHS unterscheiden sich jedoch noch grundlegender in der Betrachtung und im Verständnis der psychischen Krankheit.

Biomedizinisch-psychiatrische Modelle sind einpersonen-orientiert. Das Kind ist aufgrund seiner je individuellen Bedingungen so geworden. Die Behinderung, Störung oder Beeinträchtigung des Kindes wird in erster Linie als Folge von genetischen Anlagefaktoren gesehen. Diese Perspektive kann die Eltern des Kindes entlasten, sie sind nicht „schuld“ oder an der Problematik beteiligt. Missstände sind in der kindlichen konstitutionellen Ausstattung lokalisiert. Demgegenüber liegen der psychodynamischen Sicht interaktive Modelle zugrunde. Die Störung wird auf dem Hintergrund von Bedingungen in der Umwelt, der Familie, der Interaktion mit frühen Pflegepersonen (Mutter, Vater usw.) und früher Pflegebedingungen gesehen, unter deren Einfluss sich das Kind entwickelt hat. Diese Sicht mag zwar die Eltern belasten, beinhaltet jedoch eine emanzipatorische Perspektive insofern, als die Eltern und das Kind Potenziale aktivieren können, um die Problematik zu überwinden.

3 Psychodynamische Zugänge zum ADHS

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

In 30 Erstanträgen für analytisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie² von Kindern, bei denen vom Kinderarzt, Kinderpsychiater oder Allgemeinarzt die Diagnose ADHS gestellt wurde, bewegten sich die psychodynamischen Diagnosen auf einer Palette von narzisstischen Störungen, Depressionen, Angststörungen, Borderline-Störungen, dissoziale Störungen, Frühstörungen oder Anpassungsstörungen. Besonders häufig fand sich die Diagnose einer narzisstischen Entwicklungsstörung. Das ist bemerkenswert insofern, als die ICD-10 die Diagnose einer narzisstischen Störung insbesondere im Kindes- und Jugendalter nicht vorsieht. Eine narzisstische Störung im Kindes- und Jugendalter verweist jedoch häufig auf Entwicklungsdefizite wie Teilleistungsschwächen oder Lernstörungen, die die Selbstwertproblematik aktivieren.

Tab. 1: Psychodynamische Diagnosen bei ADHS (30 Fälle von ADHS entnommen aus analytischen/tiefenpsychologischen Psychotherapieanträgen)

-
- narzisstischen Störungen
 - Depressionen
 - Angststörungen
 - Borderline-Störungen
 - dissoziale Störungen
 - Frühstörungen oder Anpassungsstörungen
-

² Diese Anträge wurden von mir im Rahmen des Gutachterverfahrens gesichtet (Streeck-Fischer).

Obwohl die Aufmerksamkeitsstörung aus psychodynamischer Sicht nicht als ein Problem für sich gesehen wurde und wird, gibt es bei den Psychoanalytikern, die Kindern behandelt haben, bereits früh Ansätze, die Unruhe dieser Kinder zu erklären und sie zu behandeln (vgl. dazu andere Arbeiten in diesem Heft).

Hyperaktivität, Impulsivität und mangelnde Aufmerksamkeit werden sowohl unter konflikt-dynamischen Aspekten verstanden als auch als Folge von Einschränkungen der ich-strukturellen Entwicklung. Im ersten Fall dient ADHS als Abwehr- und Schutzverhalten gegenüber belastenden oder bedrohlichen inneren und äußeren Gefahren, beispielsweise zur Vermeidung unerträglicher Gefühle bei Depression oder Angst. Im anderen Fall stehen Aspekte der Entwicklungsstörung im Vordergrund, zum Beispiel ich-strukturelle Störungen wie mangelnde Spannungstoleranz und Impulskontrolle oder Beeinträchtigungen der synthetisch-integrativen Funktion des Ich (Gilmore, 2000, 2002).

Kinder und Jugendliche mit ADHS sind zumeist nicht in der Lage, sich *sprachlich* in einer Form mitzuteilen, die uns über ihre innere Situation und ihre Erfahrungen informiert. Worunter sie leiden, erkennen wir eher an ihrem Handeln und in der Interaktion. Ihre sprachlichen Mitteilungen können von ihrem Handeln mitunter völlig abgetrennt sein. Es gelingt ihnen oft nicht, sich aus der Perspektive der anderen Person zu betrachten. Sie messen daher ihrem Verhalten keine Bedeutung bei – es bleibt unreflektiert und sprachlos (vgl. auch Barkley, 1997). Das bedeutet, dass sich die Problematik der Kinder und Jugendlichen, insbesondere dann, wenn frühe und ungünstige Entwicklungsbedingungen vorliegen, im Hier und Jetzt manifestiert. Auf Probleme hin angesprochen wissen die betroffenen Kinder nichts zu sagen und verbreiten motorische Unruhe und Hektik. Sie bringen damit etwas zum Ausdruck, zu dem sie keinerlei sprachlichen Zugang haben. Es gibt keine Betrachtung dessen, was im Moment ist, auch keine Betrachtung vergangener Erfahrungen. Die Dimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft scheinen nicht zu existieren. Das Abwesende kann nicht gedacht oder gespielt werden. Fonagy et al. (2004) haben für entsprechende Störungen das Konzept der Mentalisierungsstörung entwickelt. Bereits früh haben sich Sterba (1937) oder Piaget (1952), mit diesem Problem befasst. Piaget hat von Dezentrierung gesprochen und meinte, dass es darum gehe, nicht nur in der Welt mit seinen Erfahrungen zu *sein*, sondern sie zu *haben*, sie zu erkennen und zu betrachten. Wenn diese Dezentrierung nicht gelingt, ist der Prozess der Repräsentanzenbildung gestört. Die Fähigkeit zur Selbstreflexivität, die mit der frühen Erfahrung einer feinfühligem spiegelnden Pflegeperson verbunden ist, wird nicht oder nur mangelhaft entwickelt.

Am Beispiel der Interaktion mit einem Kind, das an einer schweren ADHS in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens litt, soll diese Problematik verdeutlicht werden:

Max weckte bei der Therapeutin im ersten Eindruck aversive Gefühle. Er war äußerlich nicht ansprechend: blass, von hagerer körperlicher Gestalt, mit großem Kopf, kurz rasierten Haaren und einer auffallend ausgeprägten Mundpartie. Er blickte

freudlos, hatte dunkle Augenringe und wirkte überanstrengt. Er kaute auf seiner losen Zahnsperre herum und gab das Gespräch mit den Eltern kommentierende, kurze, zynische Kommentare zum Besten. Seine Eltern, die nicht wie Ehemann und Ehefrau, sondern eher wie Vater und Tochter wirkten, signalisierten, dass sie mit ihrem tyrannischen Sohn nicht mehr fertig würden, der sich unmöglich benehme, der nicht zur Ruhe komme, nicht schlafe, nicht esse, selbst Ritalin bringe kaum etwas. Max wirkte dabei wie jemand, der wie in einem Netz eingesponnen versuchte, als Einzelkämpfer zu bestehen, was flüchtige Gefühle des Mitleids für ihn aufkommen ließ. Max schien weder die Dinge noch die Menschen um sich herum wahrzunehmen. Er wirkte unbezogen, verloren und wie „verrückt“. Er schaute niemanden an, sein Blick schien leer und blieb nirgends haften, gleichzeitig verbreitete er eine extreme Unruhe. Seine Bewegungen waren dabei linkisch und eckig. Er wirkte wie ein verletztes, in die Enge getriebenes Tier, das panisch um sich beißt, wenn man sich ihm näherte und die Therapeutin in „Hab-acht-Stellung“ brachte, wie „zum Kampf bereit“ – als ginge es um Leben oder Tod.

Er lachte hämisch, verspottete die Therapeutin, die sich wie körperlich geschlagen fühlte – möglicherweise Erfahrungen, die er bei ihr deponierte. Er schien sich in seinem Körper ebenso fremd zu fühlen, wie er selbst unbehaust und fremd wirkte. Max schien jedes innere Erleben zu fehlen. Er wirkte „seelenlos“, abgespalten von jeglichem liebevollem, lebendigem Austausch mit sich und anderen, und er verströmte einen penetranten, modrigen Körpergeruch. Im Kontakt mit ihm tauchten Bilder von Kälte, Grausamkeit, Dunkelheit und Schrecken auf, jegliche freundlichen Gefühle fehlten.

Einen Raum der Möglichkeiten, der Gedanken und der Fantasien durfte nicht auftauchen. Die Therapeutin durfte nichts ansprechen, kein Gefühl benennen, sofort verbot er ihr den Mund. Sie sollte aufhören zu labern, wie er meinte, als wäre die Sprache als trennendes Element gefährlich, als drohe eine Katastrophe, falls die Konflikte deutlich würden. Kaum schien er in der Lage, Affekte auszuhalten oder Triebabrische zu kontrollieren.

4 Ätiologie – ADHS als genetische Störung und Störung der neuronalen Entwicklung – eine kritische Betrachtung

Betrachtet man den derzeitigen Mainstream kinderpsychiatrischer Veröffentlichungen zur ADHS, so werden Kindheitserfahrungen kaum jemals als relevant für die Störungen in Erwägung gezogen. Die ADHS wird als *genetische Störung* aufgefasst, die u. a. mit Abweichungen im Hirnstoffwechsel und der neuronalen Entwicklung einhergeht. Psychosoziale Modelle, die psychische Störungen als Folge früher ungünstiger Sozialisationsbedingungen erklären, werden heute aus der Perspektive der Verhaltensgenetik durch Zwillings- und Adoptionsstudien zunehmend infrage gestellt. In Familienstudien von Kindern mit ADHS wurde eine höhere Prävalenz von 10-35%, als in Familien ohne

ADHS festgestellt. Zwillingsstudien haben ergeben, dass die Konkordanz bei monozygoten Zwillingen mit 0,75-0,91 (Levy et al., 1997) hoch ist. Eine ähnlich hohe Konkordanz findet sich auch bei Störungen mit oppositionellem Verhalten und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (Rutter, 2002). Adoptionsstudien weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, eine ADHS zu entwickeln, höher ist, wenn die leiblichen Eltern eine entsprechende Störung haben, auch dann, wenn diese Kinder direkt nach der Geburt adoptiert wurden. Diese Befunde bedeuten jedoch nicht zwangsläufig, dass Umweltfaktoren ausgeschlossen werden können. Untersuchungen mit Ratten zeigen allerdings, dass genetisch belastete unruhige Embryonen – in unbelastete Rattenmütter eingepflanzt – völlig unauffällige Entwicklungen nehmen können (Hüther, mündliche Mitteilung). Wenig diskutiert und berücksichtigt werden in diesen Arbeiten Umweltfaktoren, die zur Genexpression führen. Entwicklung, Stress und soziale Erfahrungen sind Faktoren, die die Genexpression verändern (Kandel, 2005). Da sich unsere Gene im Unterschied zu den Umweltbedingungen in den letzten 1000 Jahren kaum verändert haben, liegt es nahe, deren Bedeutung stärker in den Vordergrund zu stellen. Selbst eine Erblichkeit von 90% schließt nicht aus – so Rutter (2002) – dass Umweltfaktoren massive Auswirkungen auf die Entwicklung einer solchen Störung haben. Außerdem kann die Genforschung nicht nur Gene für Dissozialität, Aufmerksamkeitsstörungen und Depressionen nachweisen, sondern auch für Religiosität, Trennung der Eltern oder auch Wahl des Medizinstudiums (Rutter, 2002; vgl. auch die kritische Diskussion zu Befunden der Verhaltensgenetik von Fonagy et al., 2004).

Indem Verhaltensprobleme der Kinder, ihre Unruhe und ihre mangelnde Steuerung als Folge von genetischen Faktoren aufgefasst werden, wird der Umwelt bei ADHS nur soweit eine Bedeutung beigemessen, als ungünstige Reaktionen der Eltern und Erwachsenen auf die Problematik des Kindes zur Verfestigung bestimmter Verhaltensweisen führen. Die Ergebnisse psychosozialer Forschung weisen jedoch darauf hin, dass es charakteristische Interaktionsmuster gibt, die eine ADHS produzieren. Solche Untersuchungen werden in biomedizinischen Modellen nicht ausreichend in Rechnung gestellt. Die fatalistische Perspektive einer erblichen Störung wird einem frühkindlichen, umweltzentrierten Determinismus psychodynamischen Verständnisses vorgezogen

Im Zusammenhang mit der genetischen Betrachtung wird ADHS auf eine verminderte Aktivität bzw. eine *defizitäre Ausbildung des dopaminergen Systems* zurückgeführt. Die mangelnde Freisetzung oder zu rasche Rückresorption führt zu einem Dopamin-Mangel mit Auswirkungen auf den präfrontalen Cortex, das limbische System und das Striatum. Eine unzureichende dopaminerge Aktivität wird mit einem genetischen Defekt im Bereich der Dopamin-Rezeptoren oder der Transportergene in Verbindung gebracht. Von dem Dopaminmangel ist insbesondere der präfrontale Cortex betroffen, der an der Regulation von motorischer Aktivität, Neugier und der Entwicklung von Handlungsstrategien beteiligt ist (z. B. Taylor, 1995; Sandberg, 1996; Döpfner et al., 2000). Dopamin wird auch als Lernneuro- oder als Belohnungstransmitter (Ratey, 2002) bezeichnet. Es bringt gleichsam Ruhe und Ordnung in die neu-

ronalen Systeme. Es stellt eine Verbindung zwischen Belohnung, Neugier und exekutiven Funktionen her. Dass die Dopamin-Ausschüttung auch von unterschiedlichen Umwelteinflüssen abhängig ist, wird in der Regel nicht diskutiert. Untersuchungen an Affen haben gezeigt, dass die Tiere unterschiedliche Dopamin-Spiegel in Abhängigkeit von der sozialen Position, in der die Affen in einer Wohngemeinschaft lebten, aufwiesen (Spitzer, 2002). Affen in hoher sozialer Rangstellung haben einen erhöhten Dopamin-Spiegel, Tiere in untergeordneter Position zeigten demgegenüber deutlich niedrigere Dopamin-Spiegel. Dieser Spiegel veränderte sich, sobald sie in der sozialen Hierarchie aufstiegen. Ausgehend von diesen Befunden lässt sich die Frage stellen, ob es vielleicht an der Außenseiter- oder Randposition liegt, die Kinder mit ADHS in der Regel in ihrem sozialen Umfeld einnehmen, dass ihr Dopamin-Spiegel so niedrig ist. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass Affen mit niedrigem Dopamin-Spiegel in ungünstiger Rangposition eine erhöhte Suchtneigung aufwiesen, ein Befund, der sich auch auf den Menschen übertragen lässt.

Die ADHS wird als eine neuronale Entwicklungsstörung angesehen. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren an Kindern mit ADHS verweisen auf ein geringeres Hirnvolumen (3%), der Frontallappen ist besonders rechtsseitig kleiner, das Corpus callosum, die Basalganglien und das Kleinhirn sind in ihrem Volumen ebenfalls reduziert (Castellanos et al., 2002). Tatsächlich weisen aber auch neurobiologische Forschungen an Kindern mit anderen Störungsbildern gleichermaßen Veränderungen an den Hirnstrukturen auf. Das Gehirn ist das Abbild dessen, was wir sind und was wir in der frühen und späteren Entwicklung erworben haben. Vergleichbare und oftmals noch massivere Störungen in der Hirnentwicklung wurden beispielsweise bei vernachlässigten und missbrauchten Kindern gefunden (DeBellis et al., 1999; Teicher et al., 2002).

5 ADHS und Entwicklung

5.1 Studien zur frühen und späteren Entwicklung

Untersuchungen an Kindern mit ADHS zeigen, dass diese Kinder signifikant häufiger perinatale Komplikationen hatten, die Klinikaufnahme, Inkubatoreinsatz, Sauerstoff-Therapie und chirurgische Eingriffe erforderlich machten. Insbesondere zeigte sich, dass lang anhaltender chronischer Stress im frühen Kindesalter häufiger mit ADHS verbunden war. Die Annahme, dass Rauchen und Alkohol der Mutter zu ADHS führt, konnte in der Untersuchung von Ben Amor et al. (2005) nicht bestätigt werden. Untersuchungen der Mannheimer Risikokinder (Laucht et al., 2002) haben ergeben, dass regulationsgestörte Säuglinge im Verlauf ihrer Entwicklung signifikant häufiger hyperkinetische Auffälligkeiten zeigen. Die Prognose dieser Kinder ist umso ungünstiger, je organisch gefährdeter sie in ihre Entwicklung waren und je stärker die Interaktion mit der Mutter beeinträchtigt war.

Bemerkenswerte Korrelationen zwischen Regulations- und sensomotorischen Störungen konnten Desantis et al. (2004) bei der Untersuchung unruhiger Kinder feststellen, die im Alter von 3-8 Jahren vermehrt Probleme mit der sensorischen Informationsaufnahme und -verarbeitung zeigten. Je massiver ihre Unruhe, desto stärker das Ausmaß an Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Aufmerksamkeitsstörungen werden mit einem kumulativen Stress in der Familie wie Mangel an Unterstützung, ungelöster Verlust, schlechte Beziehung zum Vater, mangelhafte positive mütterliche Modelle und schwieriges Temperament in Verbindung gebracht (Timimi, 2002).

Die Bindungstheorie erklärt die Impulsivität, Unruhe, negative Aufmerksamkeits-suche, 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. Sie sind direkter, reagieren abweisender und weniger belohnend auf ihre Kinder (Barkley, 1997, 2003). Sie verhalten sich intrusiver und erschweren damit dem Kind mit seinen Erregungszuständen, sich selbst zu regulieren. Mit ihrem intrusiven Eingreifen neigen sie dazu, die Aktionen des Kindes zu unterbrechen. Dies führt zu einem geringeren Engagement und geringerer Aufmerksamkeit seitens des Kindes (Olson et al., 2002; Silverman u. Ragusa, 1992).

Darüber hinaus konnten rigide oder auch diffuse, unklare Grenzen in familiären triadischen Interaktionen festgestellt werden (Jacobvitz et al., 2004). Feindselige Familieninteraktionen, die Kleinkinder erfahren haben, konnten eine spätere ADHS voraussagen. Als weiterer Prädiktor für eine ADHS wird verführerisches und grenzüberschreitendes Verhalten von Müttern angesehen.

In einer eigenen Untersuchung, die im Rahmen des Gutachterverfahrens durchgeführt wurde, fehlte bei 18 der 30 untersuchten Kinder mit diagnostizierter ADHS der Vater aufgrund von Tod sowie früher oder später Trennung. Bei vier Kindern war der Vater häufig abwesend, bei vier weiteren nahm er eine äußerst problematische Position ein, einer der Väter war chronisch krank. Zu weiteren drei Vätern fehlten genauere Angaben.

Tab. 2: Väter bei ADHS Kindern (entnommen aus 30 Psychotherapieanträgen)

Nicht existent	
Aufgrund von Tod, früher oder später Trennung	18
Häufig abwesend	4
Schwierige Position	3
Chronisch krank	1
Keine Angaben	4

Das mütterliche Verhalten wurde von den Kindertherapeuten in den Anträgen als intrusiv, übergriffig, überfürsorglich, vereinnahmend, disziplinierend-einengend, mangelhaft grenzziehend, inzestuös-sexualisiert, ablehnend oder abwertend beschrieben. Es scheint bezeichnend zu sein, dass die Väter von Kindern mit ADHS überwiegend abwesend sind und Entwicklungsfunktionen der Triangulierung nicht übernehmen. So wird ADHS auch als DADS bezeichnet, „Daddys attentions deficit syndrom“ (Breggin, 1999). Die Mütter scheinen infolge der dysfunktionalen Triade nur schwer in der Lage zu sein, grenzziehende Funktionen ausreichend wahrzunehmen. Sie haben Mühe, klare Grenzen hinsichtlich von Verboten und sozialen Regeln zu ziehen, Eigenständigkeit zu respektieren oder körperliche und sexuelle Grenzen ausreichend zu erkennen.

5.2 Fähigkeiten zur Selbstregulation

Aufmerksamkeitsstörungen werden aus biomedizinischer Sicht mit einem Defekt der Selbstregulation bei einem genetisch belasteten dysfunktionalen frühen Pflegesystem in Verbindung gebracht (Barkley, 1997; Sonuga-Barke et al., 1997; Schachar et al., 1981). Barkley (1997) hat mit seinen Arbeiten zur Regulation ein neuropsychologisches Konzept zur Verhaltensinhibition entworfen, um ein Erklärungsmodell für das Störungsbild der ADHS zu entwickeln. Seine Zusammenstellung von Ich-Fähigkeiten und Kompetenzen, die ein Kind bei der Entwicklung von Selbstregulation erwirbt, erinnert an verfeinerte Beschreibungen der amerikanischen Ich-Psychologie, die sich gut in psychodynamisches Denken einbeziehen lassen. Ein zentraler Unterschied im Ansatz von Barkley zum psychodynamischen Denken ist jedoch, dass ausgeschlossen werden soll, dass bei den komplexen Störungen der Verhaltenssteuerung frühe ungünstige Pflegebedingungen eine verursachende Rolle spielen. Barkleys Modell der Entwicklung exekutiver und selbstregulatorischer Funktionen basiert auf vier Säulen, die die Fähigkeit der Selbststeuerung und zu überwachender Kontrolle ermöglichen: Es sind dies die Fähigkeit zur Selbstregulation, ein funktionierendes Arbeitsgedächtnis, die Verwendung der Sprache und der Rekonstitution (vgl. Abb. 2). Die Selbstregulation dient der Regulation von Erregung, Antrieb, motivationalen Zuständen und Gefühlen. Das Gedächtnis umfasst Fähigkeiten, Ereignisse im Gedächtnis festzuhalten und sie rückblickend und vorausschauend zu betrachten. Damit steht in Verbindung die Fähigkeit, zeitlich überdauernde Ereignisse zu betrachten. Die Restitution bzw. Wiederherstellung beinhaltet die Fähigkeit, multiple neue und komplexe alternative Antworten zu finden (vgl. Streeck-Fischer, 2006).

Betrachtet man Eltern-Kind Interaktionen mithilfe dieses Modells, so lassen sich bestimmte Einstellungen der Eltern verdeutlichen, die die mangelnde Fähigkeit zur Verhaltensinhibition und zum Erkennen zeitlich überdauernder Ereignisse stützen, wenn nicht gar verursachen.

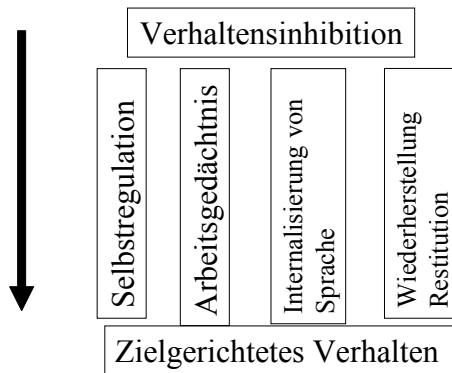


Abb. 2: Das konzeptuelle Modell nach Barkley (1997)

A. hatte eine ausgeprägte ADHS. Seit der Trennung der Eltern vor drei Jahren hatte sie sich zwar körperlich, aber in kognitiven und psychischen Bereichen kaum mehr entwickelt. Sie war acht Jahre alt und verhielt sich unruhig und desorganisiert, wie ein 5-jähriges Kind. Ihr fehlte der Zeitsinn. Sie wollte alles sofort und erfuhr dann meist von ihren von Schuldgefühlen gepeinigten Eltern sofortige Befriedigung. Sobald sie sich jedoch überfordert fühlten, und dies geschah recht leicht, wandten sie sich abrupt von ihr ab, ohne ihr irgendeine zeitliche Perspektive im Hinblick auf die etwaige spätere Befriedigung ihrer Wünsche zu eröffnen. Befriedigung gab es sofort oder gar nicht. So war es A. unvorstellbar, darüber nachzudenken, wie sie irgendein Ziel erreichen konnte. Sie war ständig in Aktion und versetzte andere in Aktion. Nachdenken, ein Raum des Reflektierens und Fühlens zu eröffnen, bedeutete für sie, in einem Gefängnis mit einem tiefen schwarzen Loch zu sitzen, wie sie meinte, aus dem sie nicht herauskommen würde.

Die enge Verbindung von Selbstregulation und interaktiver Regulation haben vor allem Beebe und Lachmann (2002) sowie Schore (1994, 2001) hervorgehoben. Beebe und Lachmann (2002) betonen, dass ein Säugling von Geburt an unterschiedliche konstitutionelle Fähigkeiten hat, mit Erregung umzugehen, Verhaltensäußerungen zu hemmen oder Erregung angesichts von Überstimulation herunterzuregulieren. Sie verstehen die Entwicklung von Selbstregulation als einen Prozess, bei dem konstitutionelle Faktoren mit sozialen Bedingungen im Austausch sind. Autonome selbstregulatorische Fähigkeiten entwickeln sich auf der Grundlage ausreichend guter interaktiver Regulation zwischen früher Pflegeperson und Kind.

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

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

5.3 ADHS und emotionale Entwicklung

Kinder mit ADHS können emotionalen Gesichtsausdruck bei anderen Personen nur mangelhaft 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 8-11 Jahren (Edwards et al., 1983) 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.

Aus biomedizinischer Sicht wird der Bedeutung affektiver Systeme im Gegensatz zu den kognitiven Vorgängen bei der ADHS erst allmählich Beachtung geschenkt (Nigg u. Casey, 2005). Affekte gehören in ein System komplexer psychophysiologischer Aktivierungen, die in der Regel Motorik, Physiologie, das Denken und das kommunikative Handeln einbeziehen (Krause, 1983, 1997). Kinder mit einer ADHS haben hier Probleme. Die Wahrnehmung von Affekten geht verloren, stattdessen suchen sie die motorische Abfuhr, die ihnen hilft, sich und die Situation unter Kontrolle zu behalten. Die mangelnde Fähigkeit der En- und Dekodierung von Affekten ist eine Folge von Störungen im frühen Pflegesystem. Es handelt sich um Störungen des Mentalisierens, die dann auftreten, wenn die frühe Pflegeperson nicht ausreichend in der Lage ist, einen kreativen sozialen Spiegel anzubieten. Der innere Raum des Erkanntwerdens und damit des Sich-Selbst-Erkennens, des Erfassens von Gefühlen, bleibt damit leer. Statt die Fähigkeit zu entwickeln, zu fühlen und zu erkennen, greift das Kind zum Handeln. Eine innerlich abwesende Mutter, die ihr Kind zwar instrumentell gut versorgt, aber infolge von Belastungen, z. B. der Trennung vom Partner, emotional ausgeleert ist, wird Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Markierung und der Spiegelung von Affekten nur schwer bereitstellen können. Stattdessen werden die Affekte, insbesondere Traurigkeits- und Ärgeraffekte ignoriert, maskiert oder neutralisiert. Der Mangel an Reflektion und Selbstreflexivität hat ungünstige Folgen für die Gedächtnis- und Repräsentanzenbildung. Darüber hinaus sind sensomotorische und affektive Koordinationsprozesse beeinträchtigt. Fonagy et al. (2004) sprechen vom interpersonellen Interpretationsmechanismus IIM als einer übergreifenden hypothetischen neuronalen Struktur, die sich aus der jeweiligen Reflexionsfunktion der frühen Pflegeperson entwickelt. Der IIM, der für die mentale Verarbeitung von Erfahrung verantwortlich ist, bildet einen aktiven Filter zwischen Genotyp und Phänotyp.

Die folgende Darstellung zeigt, wie Affekte durch gestörte Enkodierungsantworten ausgelöscht werden können.

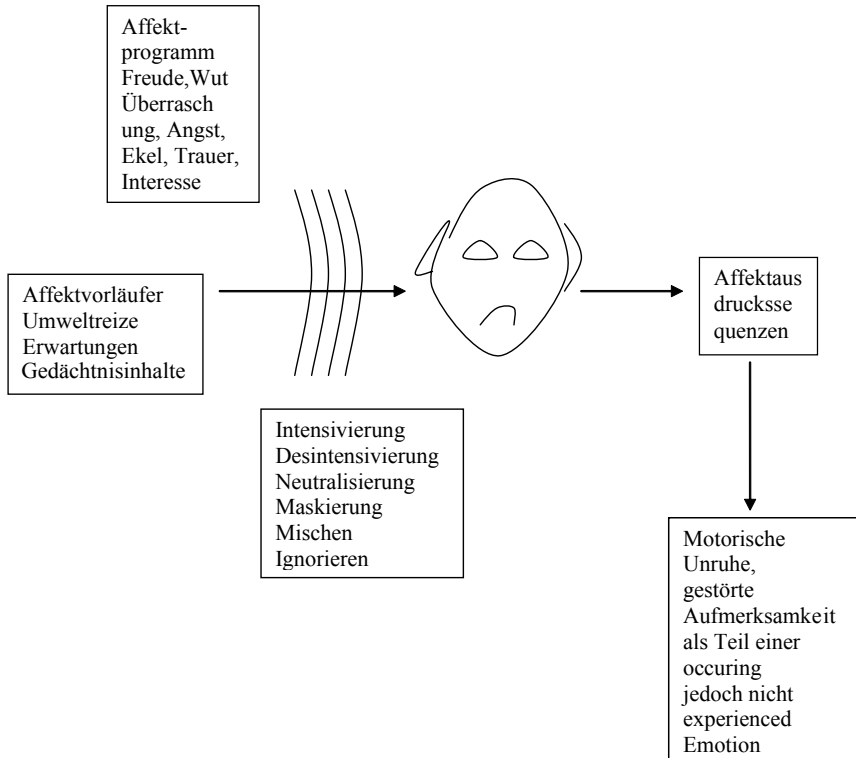


Abb. 3: Löschung von Affekten nach Ekman und Friesen (1969) (entnommen aus Krause, 1983, mod.)

Erfahrungen mit einer Mutter, die dem Baby sein eigenes Selbst zurückgibt (Winnicott, 1965), es als ein Wesen mit einer psychischen Existenz vorgedacht und gefühlt hat, werden hier nicht oder nur partiell gemacht. Die Mutter nimmt ihr Kind nur teilweise als fühlend wahr, eine Voraussetzung, die aber erforderlich wäre, um dem Kind zu vermitteln, dass es fühlt (z. B. Fonagy et al., 2004). Sie sperrt sich aufgrund ihrer eigenen schwierigen inneren Situation gegen einen solchen komplexen Dialog.

5.4 Psychodynamisch orientierte Entwicklungspsychotherapie

Die psychodynamisch orientierte Entwicklungstherapie zentriert auf Regulierungsvorgänge (Beebe u. Lachmann, 2002; Schore, 1994, 2001), Dezentrierung (Piaget, 1952), Mentalisierung (Fonagy u. Target, 2002), Desomatisierung (Krystal, 1997)

Entwicklung einer Als-Ob-Ebene (Spiel, Kommunikation) und die Entwicklung von Objektbeziehungen. Kinder, die es nicht gelernt haben, über sich zu sprechen, die nicht in der Lage sind, zu reflektieren, was sie erleben, die infolge der Willkür und Unberechenbarkeit ihrer Umwelt keine Vorstellungen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft entwickeln konnten, brauchen Beziehungs- und Entwicklungsangebote durch einen Therapeuten, der unbefriedigt gebliebene und arretierte Entwicklungsbedürfnisse (Hurry, 2002) empathisch und/oder komplementär anerkennt und den Auf- und Ausbau einer Welt ohne bedrohliche Erfahrungen unterstützt. Strukturelle Entwicklung beruht ausschließlich auf dem Gebrauch des Therapeuten als einem neuen Entwicklungsobjekt. Um in der Lage zu sein, sich zu entwickeln, ist ein Beziehungsangebot eines von den bisherigen Erfahrungen abgehobenen neuen anderen erforderlich, der die gehandelten und verkörperten Aktualisierungen beleuchtet. Die nichtsprachlichen Ausdrucksformen solcher Patienten implizieren andere therapeutischen Vorgehensweisen. Wurde das innere Erleben ausgelöscht, gilt es, Verbindungen herzustellen zwischen körperlichen Zuständen, Ereignissen, Gefühlen und Sprache. Solche Behandlungen werden im ambulanten Rahmen durchgeführt, in besonders schweren Fällen ist jedoch eine stationäre multimodale Behandlung erforderlich. An der Behandlung eines Kindes mit einer ADHS kombiniert mit einer Störung des Sozialverhaltens soll das therapeutische Vorgehen während seiner stationären Behandlung verdeutlicht werden. Es soll lediglich auf die Einzeltherapie ausführlicher eingegangen werden.

6 Fallbeispiel³

Der bereits erwähnte 11-jährige Max zeigte multiple Verhaltensauffälligkeiten: eine erhebliche motorische Unruhe, aggressive und verbal-aggressive Durchbrüche, grenz- und regelüberschreitendes Verhalten, Lügen, Klauen, Suiziddrohungen und erhebliche Lern- und Leistungsprobleme. Er war aufgrund seiner motorischen Unruhe und seiner schweren Störungen im Sozialverhalten nicht gruppenfähig und zeigte insbesondere bei Leistungsanforderungen im Unterricht erhebliche Steuerungs- und Aufmerksamkeitsprobleme. Er reagierte auf kleinste Außenreize und verstrickte sich immer wieder in Auseinandersetzungen mit anderen. Im Arbeitsverhalten war er flüchtig und impulsiv, im Umgang mit Material feinmotorisch gehandicapt.

Sein Verhalten war sozial unangemessen, unkontrolliert und er versuchte immerfort die anderen zu dominieren. Freunde oder Spielkameraden hatte er keine. Mit seiner Unruhe, seiner Impulsivität und seinen „verrückten“ Späßen konnte Max in kürzester Zeit alle gegen sich aufbringen. Das war schon im Kindergarten so. Er musste immer und überall der König sein.

³ Darstellung der Behandlung von B. Fricke.

Max respektierte keinerlei Grenzen, er dominierte das gesamte Familienleben, redete ständig dazwischen, verhielt sich Mutter und Vater gegenüber verbal grenzüberschreitend und attackierte sie. Seiner Mutter gegenüber verhielt er sich zeitweise massiv sexualisiert und er griff sie auch körperlich an. Im Wechsel dazu, schloss sich Max in seinem Zimmer ein und drohte sich umzubringen.

Vorbehandlungen

Bereits seit Kindergartenzeit hatte Max verschiedene Förder- und Therapiemaßnahmen erhalten, darunter langjährig Frühförderung, 6 Jahre Ergotherapie, später Legasthenietherapie. Mit sechs Jahren wurde eine ADHS diagnostiziert. Ab dem 8. Lebensjahr bekam er Ritalin, parallel wurde eine ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung eingeleitet. Die dritte Klasse musste Max aufgrund gravierender Leistungsrückstände in Folge seiner multiplen Verhaltensauffälligkeiten wiederholen. Die vierte Klasse Grundschule konnte er schließlich mit Hilfe seiner sehr engagierten Klassenlehrerin regulär, aber mit insgesamt nicht alters- und klassenstufengemäßen Leistungsstand beenden. Eine heilpädagogisch ausgerichtete Tagesgruppenunterbringung nachmittags hatten die Eltern beendet, weil sie mit der dortigen Betreuung unzufrieden waren.

Trotz langjährig erhaltener Förderung wies Max auf Körperebene multiple behandlungsbedürftige Entwicklungsverzögerungen auf. Seine kognitive Ausstattung bewegte sich im gut durchschnittlichen, bis überdurchschnittlichen Bereich.

Sein Leistungsprofil im Hawik-III war inhomogen mit Schwankungen zwischen 9 und 14 Wertpunkten im Verbalteil und 5 und 16 Punkten im Handlungsteil. Er zeigte deutliche Schwächen in der Aufmerksamkeitssteuerung und insbesondere in der Zuordnung von Symbolen zu Zahlen. Hier gab es einen deutlichen Leistungseinbruch (WP 5). Darüber hinaus hatte er eine Rechtschreibstörung (Prozentrang <15).

In der Körperdiagnostik zeigte er multiple sensomotorische Auffälligkeiten: Es lag ein persistierender Nackenreflex vor. In seinen Bewegungen war er ungelenk und ungesteuert, er war feinmotorisch ungeschickt und zeigte kontralaterale Mitbewegungen. Er hatte eine deutliche Wahrnehmungsstörung im Bereich der taktil-kinästhetischen Reizverarbeitung, die trotz der jahrelangen Förderung noch deutlich erkennbar war.

Max war von früh an multiplen überwältigenden und traumatisierenden Situationen ausgesetzt: Er musste direkt nach der Risikoschwangerschaft und -geburt wegen einer Infektion für eine Woche stationär behandelt werden. Im Alter von 2 Monaten wurde er am Leistenbruch operiert. Er hatte eine Neurodermitis und Asthma, wurde mehrfach an den Mandeln und schließlich wegen seiner Phimose operiert. Er war von früh an mit unerklärlichen und für ihn bedrohlichen Zuständen von Bewusstlosigkeit seiner Mutter konfrontiert, denen er oft alleine und hilflos beiwohnte, sowie mit Krankenhaus bedingten Abwesenheiten seiner Mutter. Auf sein persistierendes Einnässen und Einkoten reagierte die völlig überforderte Mutter teilweise mit massiven Affektdurchbrüchen. Sein Vater seinerseits setzte keine Grenzen, nahm ihn

gerne noch mit 11 Jahren auf den Schoß, um mit ihm zu kuscheln und badete mit ihm zusammen.

Zur Behandlung

Phase I: Entwicklung von Sicherheit und einer Ongoing Regulation (vgl. Beebe u. Lachmann, 2002)

Mit einer Unerbittlichkeit, die keinen Widerspruch zulässt, verdeutlichte Max anfangs, dass *er* die Stunden bestimmt, und dass *er nichts* erzählen wird. Er werde auch seinen Eltern verbieten, irgendetwas zu erzählen. Max bestimmt, welche Regelspiele wie gespielt werden. Er will, dass die Therapeutin mit ihm spielt, aber eine Existenzberechtigung hat sie nicht. Er will mit seiner Macht und omnipotenten Kontrolle über sie bestimmen. Es ist von existenzieller Bedeutung für ihn, dass er jedes Spiel gewinnt. Er hält sich an keine Regel, äußere Realitäten existieren für ihn nicht. Versuche der Therapeutin, ein Spiel zu gewinnen, werden von ihm vereitelt und mit hämischem Lachen quitiert. Wohl wissend, dass Widerspruch ihrerseits einen vernichtenden Machtkampf heraufbeschwören würde, schluckt sie ihren Ärger und ihre ohnmächtige Wut hinunter. Max redet fast ununterbrochen vor sich hin, von grausamen, sadistischen, Ekel erregenden Dingen, ohne dass seine Rede an jemanden gerichtet ist. Wenn er nicht redet, produziert er abstoßende Geräusche mit seinem Mund. Max wirkt sehr konfus und ist motorisch äußerst unruhig. Es fällt der Therapeutin schwer, ihn wohlwollend anzunehmen und über ihn nachzudenken und nicht von seinem Chaos und der Konfusion überwältigt zu werden. Nach den Stunden fühlt sie sich geradezu körperlich zerschlagen zurückgelassen. In den Stunden fühlt sie sich aufs Äußerste angespannt und innerlich „auf der Hut“, um sich zu wappnen gegenüber seinen großspurigen, entwertenden, hämischen Boshaftigkeiten, aber auch, weil sich in den ersten Stunden mit Max atmosphärisch eine beklemmende, nicht fassbare Bedrohung im Raum ausbreitete. Die Therapeutin hatte den Eindruck, darauf gefasst sein zu müssen, sich selbst und Max vor etwas sehr Schlimmem, das jeden Augenblick passieren könnte, beschützen zu müssen. Je deutlicher sie das fühlte und je sicherer sie sich war, dass real nichts wirklich Schlimmes passieren konnte, desto ruhiger wurde sie. Ab dem Zeitpunkt hatte sie keine Erwartungen mehr an Max und gab ihm innerlich Raum, um erst einmal nur aufzunehmen, was er an Verstörendem in ihr deponiert.

Nach geraumer Zeit wählt Max das Uno-Spiel. Es kommt zu einer Einigung auf gemeinsame Spielregeln. Max verteilt die Karten. Immer mehr Karten werden von ihm verteilt, so dass schließlich mit 20 Karten auf der Hand begonnen wird, die er – so beladen – kaum in seinen Händen halten kann. Bei dem Hinweis, dass er auch sonst sehr beladen sei, dass er sich mit so vielen schlimmen Dingen herumschleppt, die ihn belasten, scheint er sich angenommen zu fühlen. Es gelingt ein Spiel, an dem erstmals beide – Max und die Therapeutin – Freude haben.

In dem Moment, wo sich Max bei der Therapeutin sicher fühlen konnte, zeigte er beeindruckende Spielfähigkeiten. Unter den Voraussetzungen einer haltenden Umgebung (vgl. ongoing regulation: Beebe u. Lachmann, 2004) kann er zunehmend Begrenzungen akzeptieren. Zustände erhöhter affektiver Erregung konnten mithilfe von Regulationsangeboten der Therapeutin allmählich in höhere Fähigkeiten der Selbstorganisation transformiert werden. Er entwickelte am Ende erstaunliche Fähigkeiten der Selbst-, Impuls- und Aufmerksamkeitsregulation.

Phase II: Bedrohliche Überwältigungen passieren im Spiel

Max kann ab jetzt die Therapie bis auf wenige Ausnahmen mit freiem Spiel nutzen. Als erstes baut er mit Legosteinen eine "Feuerwehr Rettungsstation". Phantasievoll und konzentriert entwickelt er zusammenhängende Spielsequenzen, die er von Termin zu Termin aufnimmt und zu einer Geschichte erweitert. Ein Tanklastzug brennt. Die Helfer wollen helfen. Sie bringen sich aus Unvorsichtigkeit selbst in Lebensgefahr oder es passieren unvorhersehbare Dinge, die ihr Leben bedrohen. Das gesamte, sehr intensive Geschehen ist vom vergeblichen Bemühen aller, rettende Sicherheit zu schaffen, gekennzeichnet und zum Scheitern verurteilt. Max baut und erzählt. Seine affektiven Äußerungen sind kaum spürbar oder sehr verhalten. Er übernimmt im Spiel die Rollen der Helfenden und gleichzeitig die Rollen der Zerstörer. Er herrscht omnipotent und Gott gleich über das Schicksal aller Beteiligten. Es ist ihm außerordentlich wichtig, dass die Therapeutin innerlich beteiligt ist. Sie soll jedoch nur zuschauen und nicht ins Spielgeschehen eingreifen.

Die Therapeutin versteht die Geschichte als die Geschichte seiner eigenen für ihn unerklärlichen, plötzlichen, bedrohlichen Eingriffe und der unerklärlichen, bedrohlichen Zustände seiner erkrankten Mutter. Max zeigt auch, wie er seine Hilflosigkeit und Ohnmacht, seine Schwäche, auch seine Scham mit Hilfe narzisstischer omnipotenter Gewalt- und Größenphantasien abwehrt.

Allmählich taucht Max affektiv auf, ist emotional erreichbarer, wirkt besser in Kontakt mit sich und auch mit anderen und nicht mehr so „verrückt“ und verloren wie zu Beginn. Seine motorische Unruhe ist einer konzentrierten und ernsthaften Arbeitshaltung gewichen, seine Gesichtsmimik ist lebendiger. Der unangenehme, modrige Körpergeruch ist nur noch zeitweise vorhanden. Interventionen, die eine Verbindung herstellen, zwischen seinen Spielinhalten und dem, was er real erlebt hat oder was das Erlebte vermutlich mit ihm emotional gemacht hat, hört er aufmerksam zu. Verbal erwidert er nichts.

Phase III: Angriffe gegen den Rahmen

Max beginnt nun, noch gemäßigt, den äußeren Rahmen zu attackieren und es wird notwendig auf Grenzen und Absprachen hinzuweisen. Er will nicht gehen, wenn es Zeit dafür ist, will wenigstens eine von den Spielzeugpistolen mitnehmen, rennt

mit einer Pistole aus dem Zimmer, versteckt sich. Es entwickelt sich ein neues Spiel. Jeweils kurz vor Stundenende lässt er sich „finden“ und „fangen“.

Die „Rettungsstation“ ist unwichtig geworden. Er baut einen „Einsatzwagen“, ein großes, langes, mit allem Möglichen ausgerüstetes Fahrzeug, das anderen Fahrzeugen fortwährend „Räder klaut“. Die Therapeutin baut daraufhin intuitiv ein kleines, einfaches, sehr stabiles mit einer Kommunikationsfunktion ausgestattetes „Zweisatzfahrzeug“, das sich den Übergriffen seines „Einsatzfahrzeuges“ widersetzt. Sie baut sich für ihr Fahrzeug ein kleines, karges Haus, in dem es Zuflucht finden kann. Max ist begeistert von dieser Spielidee und überlegt nun, ob er die Therapeutin nicht „in seine Mannschaft aufnehmen solle“. In den nächsten Stunden bleibt das Fahrzeug der Therapeutin seinen Übergriffen ohnmächtig ausgeliefert. Max „zerschrottet“ ihr Fahrzeug mit Genuss oder er baut es kurzerhand nach seinem Belieben um. Nach einer Weile setzt die Therapeutin eine Grenze und sagt ihm, dass sie nicht möchte, dass er ihr Fahrzeug verändert, so wie er es auch nicht möchte, dass sie an seinem Fahrzeug herumbaut. Er kenne das offenbar selbst sehr gut, dass andere sich fortwährend in seine Angelegenheiten einmischten. Max stutzt, kann diese Grenze nur kurzzeitig akzeptieren, bricht dann das Spiel ab und wendet sich der Ritterburg zu.

In der Burg ist ein Schatz versteckt. Es herrscht Krieg zwischen „Gut“ und „Böse“. Die Guten werden gefangen genommen, einer baumelt gehenkt am Turm. „Ein Guter hat die Gedanken eines Bösen aufgesaugt und ist jetzt auch böse geworden“. Max erfindet aus Häkelband gefertigte „Schnürenfallen“. Eine Frau fällt in eine Schnürenfalle und stirbt. Der König tritt auf eine „Schnürenfalle“, wird von den Bösen gefesselt und während er schläft wird ihm ein Trank eingeflößt, „so dass er ein Böser wird und sich nicht mehr daran erinnern kann, dass er ein Guter war.“ Gut und Böse sind nicht sicher voneinander geschieden, Gutes wird vom Bösen kontaminiert. Max macht sein Dilemma deutlich. Beide Elternteile binden ihn in Gut/Böse Konfusionen. Er ist in einer „Schnürenfalle“ gefangen. Um in den Verstrickungen nicht gänzlich unterzugehen, muss Max den Machtanspruch erheben, „der König“ zu sein. Max verwendet in seinem Spiel meterweise Häkelband. Immer wieder zerschneidet er seine Band-Konstruktionen und er zeigt damit, wie gefährlich es ist, Bindungen einzugehen, sich jemandem verbunden zu fühlen.

Inzwischen bekommt Max kein Ritalin mehr. Während er im Alltag gut ohne das Medikament zu recht kommt, wird sein Spiel vorübergehend fragmentierter. „Es ist Krieg, alle sind tot.“ Dann taucht wenig später stabil eine neue Figur in seinem Spiel auf: ein guter Held, der „goldene Ritter“, der als einziger am Leben bleibt und der alle Guten zum Leben erweckt. In der Burg jagen die Ritter Küken, um sie zu braten. Die Therapeutin kommentiert zunächst als affektiv beteiligte Beobachterin sein Spiel zurückhaltend, dann nimmt sie die Küken, die sie als schwache, schützenswerte Selbstaspekte von Max wahrnimmt und bietet den Küken Schutz in einer kleinen Hütte neben der Burg. Max ist gerührt über diese Spielidee. Der goldene Ritter beschützt fortan die Küken und Max besteht darauf, dass jeweils am Ende der Stunde die Küken samt Hütte an einem sicheren Ort im Regal aufbewahrt werden.

Seine Versuche, den äußeren Rahmen zu attackieren haben inzwischen an Intensität zugenommen. Max sprengt den Rahmen, läuft laut „ballernd“ aus dem Zimmer, attackiert hämisch andere Kinder, so dass die Therapeutin ankündigt, ihn festzuhalten und ihm die Pistolen wegzunehmen, wenn er nicht damit aufhöre und sich nicht an die Absprachen halte. Max beginnt, die Therapeutin wütend zu beschimpfen und hämisch zu entwerten, offenbar kann er die sich entwickelnde Nähe zur Therapeutin nicht als etwas Gutes stehen lassen.

Phase IV: Die inzestuöse Verstrickung – Das Spiel wird real

Max ist jetzt im Alltag sehr damit beschäftigt, was es für ihn bedeutet, seine Abhängigkeit und seine Begrenztheit anzuerkennen, sich mit Defiziten und Schwächen aktiv auseinander zu setzen und diese Aspekte nicht mehr mit Hilfe seiner omnipotenten Größenphantasien zu verleugnen. Er wirkt zunehmend weicher und depressiver, und er zeigt seine traurige Hoffnungslosigkeit, was werden soll, wenn er seine Omnipotenzphantasien aufgibt, in dem er auch sich selbst immer wieder vor den Augen der Therapeutin erschießt. Indem er sich selbst erschießt, schützt er die Therapeutin auch vor seinem Hass, der allen Erwachsenen gilt.

Sie sagt ihm daraufhin, dass er wohl immer sehr böse auf sie sei, weil sie die Regeln bestimme und diejenige sei, die bestimme, wann es Zeit ist, dass er geht, auch wenn er gerade mit etwas für ihn Wichtigem beschäftigt sei und eigentlich keine Lust habe zu gehen. Max richtet jetzt die Waffe gegen die Therapeutin und erschießt sie. Es entwickelt sich ein „Totschießspiel“, in dem beide, mit Waffen ausgerüstet, sich voreinander verstecken und sich gegenseitig versuchen zu töten. Schnell ist klar, dass Max über das Leben der Therapeutin herrscht. Ihr wird zunehmend mulmig bei dem Spiel, das Max sehr erregt und das eine große, z. T. auch körperliche Nähe zwischen ihnen entstehen lässt. Die Therapeutin spürt, dass sie sich hat verführen lassen und Max dazu verführt, genau die Beziehungsgestaltung zu agieren, die er kennt. Eine destruktive, erregende, Grenzen überschreitende Szene, in der es kein Außen, keine Realität, keine Generationengrenze gibt und in der kein Getrenntsein existiert, eine Szene, die keine Entwicklung zulässt. Es wird ihr deutlich, dass sie dieses Spiel, das Max wieder und wieder spielen will, abbrechen muss. Als sie ihm sagt, dass sie dieses Spiel nicht mehr spielen wolle, weil sie den Eindruck habe, dass es nicht gut für ihn und für die gemeinsame Arbeit sei, gerät Max außer sich vor Wut. Er beschimpft und entwertet die Therapeutin massiv, hört ihr nicht mehr zu, hält sich die Ohren zu, beschimpft sie extrem sexualisiert, droht wegzulaufen. Er reißt die Tür auf, rennt hinaus, kommt wieder herein, nimmt sich ein Gewehr, das er sich zwischen die Beine steckt, wie einen Riesenpenis und mit dem er auf sie schießt, kommt wieder herein, schließt die Tür, wird ruhiger, beschimpft sie jedoch weiter in sexualisierter Weise mit einem Singsang, den er erfindet. Diese Szenenabfolge wiederholt sich mehrfach. Sein Hass trifft die Therapeutin mit ungeheurer Gewalt, aber er kommt regelmäßig zu seinen Terminen. Nach einer Weile sagt die Therapeutin,

dass sie es nicht länger hinnehmen wolle, dass er sie so beschimpfe. Die Arbeit müsse unterbrochen werden, bis er sich wieder im Griff habe. In einer dieser Stunden verletzt sich Max mit einer Schere versehentlich selbst. Die Therapeutin, die einen Moment lang nicht aufgepasst hat, ist sehr erschrocken. Max tut ihr leid. Er sagt, dass sie Schuld daran sei, dass er sich verletzt hat und er betont erneut, dass er sich töten könne, wenn er das nur wolle. Keiner könne ihn daran hindern.

Phase V: – Angebot eines Entwicklungsraumes

Die Therapeutin beschließt, die Gegenstände, mit denen Max sich verletzen könnte wegzulegen und begründet Max ihre Vorgehensweise. Sie sagt ihm auch, dass sie einen Fehler gemacht habe, weil sie in der Situation, in der er so wütend auf sie war, nicht ausreichend gut auf ihn aufgepasst habe und er sich so wehgetan hat. Wenn er z. B. die Schere brauche, gäbe sie sie ihm, aber sie nehme sie sofort weg, wenn er im Begriff sei, sich wehzutun. Zum Erstaunen der Therapeutin scheint Max nach diesen ereignisreichen Stunden die erneute Grenzsetzung geradezu mit Erleichterung anzunehmen. Sie allerdings ist auch erleichtert. Er setzt sich an den kleinen Tisch und bastelt ein Deckchen aus Papier, das er der Therapeutin schenkt und das fortan den kleinen Tisch schmückt. Max beginnt mit Geschick Papierflieger zu basteln, lässt sie fliegen und speißt sie mit der Schere auf, bis sie flugunfähig sind. Er bemalt die Flieger mit roter oder mit blauer Farbe, schmückt sich selbst mit Ohrringen und Ketten, überlegt, ob es besser sei, ein Mädchen zu sein, verwirft den Gedanken, denn „Frauen sind schwach“. Manchmal befestigt er ein langes Band an einen seiner gebauten Flieger, bevor er ihn in Richtung der Therapeutin wirft und sie den Flieger auffängt. Nach den Erfahrungen des Gehaltenseins und der Sorge trotz seiner massiven Entwertungen, festigte sich die Beziehung mit Max. Wiederholt prüft er die Verlässlichkeit der Therapeutin. Das Vertrauen in die Beziehung zur Therapeutin ist sehr gewachsen. Max baut ein Tor in seine Legostation, mit der er schon lange nicht mehr gespielt hat und nennt es: „Das Friedenstor“.

Am Ende der Behandlung kann Max wesentlich besser seine Affekte wie z. B. Kränkungs- und Enttäuschungswut benennen und sie in einen Verstehenszusammenhang setzen, ohne sie agieren zu müssen. Er ist besser in der Lage Realitäten z. B. seines Kindseins, seiner Schwächen, seiner Abhängigkeiten anzuerkennen.

Er konnte die Erfahrung machen und verinnerlichen, dass das „Nein“ Grenzen setzender Erwachsener nicht gleichzusetzen ist mit einer Ablehnung und „Vernichtung“ seiner Person.

7 Ausblick

Wer mit seinen Gefühlen von Angst, seinen sensomotorischen Beeinträchtigungen oder seinen basalen Defiziten der Selbstorganisation nicht gesehen wird, dem ver-

bleibt am Ende vielleicht nur der Weg lärmenden, Aufmerksamkeit erheischenden Verhaltens. Indem Kinder mit ADHS vordergründig mit ihrer Verhaltenstörung wahrgenommen werden, setzt sich eine Einstellung fort, die diese Kinder bereits in ihrer Entwicklung erfahren haben, nämlich nicht als jemand gesehen und erkannt worden zu sein, der Gefühle hat, die ausgedrückt werden können. Die psychodynamische Entwicklungstherapie greift diese Problematik auf und setzt Entwicklungen in Gang, die in der Interaktion zwischen Mutter und Kind nicht gelebt werden konnten.

Literatur

- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*, 15, 77-83.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHS. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Beebe, B., Lachmann, F. (2002). Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ben Amor, L., Grizenko, N., Schwartz, G. et al. (2005). Perinatal Complications in Children with Attention-Defizit Hyperactivity Disorder and their unaffected Siblings. *Rev. Psychiat. Neurosci*, 30, 120-126.
- Bick, E. (1968). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In E. Bott-Spiilius (Hrsg.), *Melanie Klein heute*, Band I. München: Internat. Psychoanalyse.
- Breggin, P. (1999). Psychostimulants in the Treatment of Children diagnosed with ADHS. *Int. J. of Risk and Safety in Medicine*, 12, 3-35.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A., Giedd, J. N., Rapoport, J. L. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Jama*, 288, 1740-48.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology, Part II: brain development. *Biological Psychiatry*, 43, 1271-84.
- Desantis, A., Coster, W., Bigsby, R., Lester, B. (2004). Colic and Fussing in Infancy, and Sensory Processing at 3 to 8 Years of Age. *Infant Mental Health J*, 25, 522-539.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat*, 46, 519-547.
- Edwards, T., Manstead, A., Mac Donald, C. (1984). The relationship between children's sociometric status and ability to recognize facial expressions of emotions. *Eur J Soc Psychol*, 14, 235-238.
- Fonagy, P., Target, M., (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.) *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität* (S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Freud, A. (1968) Über Agieren. In Schriften der Anna Freud, Band IX. München: Kindler.
- Fricke, B., Streeck-Fischer, A. (2006). "Bei Seepferdchen bekommen die Väter Kinder". Verwirrende Realitäten bei der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut*, 51, 91-98.
- Gilmore, K. (2000). A Psychoanalytic Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 48, 1259-93.
- Gilmore, K. (2002). Diagnosis, Dynamics, and Development Considerations in the Psychoanalytic Assessment of Children with AD/HD. *Diagnosis, Dynamics, and Development. Psychoanalytic Inquiry*, 22, 372-390.
- Hurry, A. (2002). Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In A. Hurry (Hrsg.), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 43-89). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- 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.
- Klein, M. (1981). Zur Genese des Tics. In *Ein Kind entwickelt sich*. München: Kindler.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1, Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1983). Zur Ontogenese und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche*, 37, 1015-1043.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of Infantile Psychic Trauma. *Psychoanal Inquiry*, 17, 126-150.
- Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen? *Z. Kinder-Jugendpsychiat*, 30, 5-20.
- Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., Waldman, I. (1997). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat*. 36, 737-744.
- Nigg, J., Casey, B. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on cognitiv and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, 17, 785-806.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., Schilling, E. M. (2002). Early developmental Precursors of impulsive and inattentive behaviour. *J Child Psychol Psychiat*, 43, 435-47.
- Peic, K., Kornreich, Ch., Foisy, M.-L., Dan, B. (2006). Recognition of Emtoitonal Facial Expressions in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Neurology*, 35, 93-97.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- 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, 1-21.
- Sandberg, S. (1996). Hyperkinetic or Attention Deficit Disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 169, 10-17.
- Schachar, R. J., Rutter, M., Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *J Child psycholo Psychiatry*, 22, 375-392.
- Schore, A. N. (Hrsg.) (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Hillsdale: Erlbaum.

- Schore, A. (2001). The effects of early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Ment. Health J.*, 22, 221-268.
- Silverman, I. W., Ragusa, D. M. (1992). A Short-Term Longitudinal Study of the Early Development of Self-Regulation. *J Abnorm Child Psychol*, 20, 415-435.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Stevenson, J., Vincy, D. (1997). Patterns of behaviour problems among preschools children. *Psycho med*, 27, 909-918.
- Spitzer, M. (2002). Editorial: Dopamin in der Wohngemeinschaft. *Nervenheilkunde*, 4, 166-168.
- Sterba, R. F. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Zeitschrift für Psychoanalyse*, 20, 66-73.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut*, 5, 180-190.
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung. Folgen früher Traumatisierung in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Taylor, E. (1995). Syndromes of Attention-Deficit and Overactivity. In M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (S. 283-307). Oxford: Blackwell.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderso, C. M., Navalta, C. M. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinic of North America*, 25, 397-426.
- Timimi, S. (2002). *Psychological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*. Hove UK: Brunner-Routledge.
- Timimi, S. et al. (2004). A Critique of the International Consenses Statement on ADHS. *Clin. Child and Family Psychol. Rev.*, 7, 59-63.
- Winnicott, D. W. (1965/1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse: PD Dr. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Krankenhaus Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf.