

Bürgin, Dieter und Steck, Barbara

## **Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen)**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 4, S. 310-332*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47376

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen)

Dieter Bürgin und Barbara Steck

## Summary

*Psychoanalytic Psychotherapy and the ADHD-triad (impulsivity, hyperactivity and attention deficit disorder)*

A brief survey of the psychoanalytically oriented literature regarding the symptom triad of ADHD is followed by the discussion of frequently found disturbances in infantile development, attachment, object relations (regulation of drives and affects, ego functions) of the role of infantile trauma (object loss) and psychic conflict. In the analytic-psychotherapeutic process with a child, the ADHD-symptom-triad may manifest itself e.g. as intrapsychic conflict on the level of the self-representation or of the representation of central self-object-relations (characterized by an insufficient containing-/holding-function), as impairment of self-regulative functions, as inconsistent symbolizing capacity or as deficient regulating and controlling capacity of the ego. The multitude of factors involved does not allow a generalisation of neither the etiology or the pathogenesis of this symptom triad. This is particularly evident in a therapeutic procedure which is relation oriented. In a first interview the authors illustrate the capacity of a ten year old boy (diagnosed as ADHD patient) to make use of the analytic therapeutic dialogue and to present his intrapsychic experiences and problems in a figurative and narrative performance. Finally some specific technical features of low or high frequent analytic psychotherapy with ADHD children are shown: according to the foremost pregenital form of relations – manifested mostly by intensive self esteem problems, narcissistic aggressiveness and motor impulsivity – the transference and counter-transference movements proceed predominantly by projective and introjective identifications. Containment of the difficulties by the therapist is often paralleled for a long period of time by assistance in regulation and by limit setting for the child. Translation of action into language and transformation of intrapsychic processes within the psyche of the therapist into helpful interventions for the child require a continuous adjustment to the inconsistent ego functions and the fragile self esteem of the child. The additional use of stimulant drugs, the work within the family and/or the social context and the high need for research in the analytical field are briefly discussed at the end.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 310-332*

## Keywords

ADHD – psychoanalytic psychotherapy – early traumatization – self-object-relations – self-esteem

## Zusammenfassung

Nach einem Streifzug durch die psychoanalytisch orientierte Literatur zur ADHD Trias werden die bei der ADHD-Symptomatik überzufällig häufig zu findenden frühkindlichen Entwicklungs-

Bindungs- und Beziehungsstörungen (Regulation von Triebimpulsen und Affekten, Ich-Funktionen) sowie die Rolle infantiler Traumata (Objektverlust) und psychischer Konflikte diskutiert. Im analytisch-psychotherapeutischen Prozess manifestiert sich die ADHD-Smptomtrias beim Kind z. B. in Form von intrapsychischen Konflikten auf der Ebene der Selbstrepräsentanz oder von zentralen Objektbeziehungsrepräsentanzen, die durch eine ungenügende Containing-/Holding-Funktion charakterisiert sind, in einer Beeinträchtigung selbstregulativer Funktionen, in inkonsistenter Symbolisierungsfähigkeit oder in mangelnder Regulations- und Steuerungsfähigkeit des Ichs. Wegen der Vielfalt der beteiligten Faktoren können und sollen weder die Ätiologie noch die Pathogenese dieses trisymptomatischen Störungsbildes verallgemeinert werden. Dies wird bei einem beziehungsorientierten Vorgehen besonders deutlich. Anhand eines Erstinterviews illustrieren die Autoren die Fähigkeit eines zehnjährigen (als ADHD-Patient diagnostizierten) Knaben, ein analytisch-therapeutisches Gespräch für sich zu nutzen und seine innerpsychische Erlebnis- und Problemwelt bildhaft und in narrativ-performativer Form darzustellen. Schließlich wird auf spezifische technische Besonderheiten bei der nieder- oder höher-frequenten psychoanalytischen Psychotherapie mit ADHD Kindern eingegangen: entsprechend den weitgehend prägenitalen Beziehungsformen, die sich zumeist in einer intensiven Selbstwertproblematik, narzisstischen Aggressivität und motorischen Impulsivität zeigen, verlaufen die Übertragungs-/Gegenübertragungs-Bewegungen vorwiegend über projektive und introjektive Identifizierungen. Steuerungshilfen und Grenzsetzungen sind beim Containment der Probleme oft langdauernd notwendig. Das Übersetzen von Handeln in Sprache und die Transformation der beim analytischen Therapeuten intrapsychisch ausgelösten Vorgänge in für das Kind hilfreiche Interventionen/Interpretationen erfordern eine konstante Anpassung an die inkonsistenten Ich-Funktionen und an das fragile Selbstgefühl des Kindes. Der zusätzliche Einsatz von Stimulantien, die Arbeit mit dem Umfeld und der im analytischen Bereich noch hohe Forschungsbedarf werden abschließend kurz diskutiert.

## Schlagwörter

ADHS – psychoanalytische Psychotherapie – Frühtraumatisierung – Selbst-Objekt-Beziehungen – Selbstwertprobleme

## 1 Einleitung

Die Konzeptualisierung von Kindheit (und den dazugehörigen Entwicklungsstörungen) ist sozio-kulturell und historisch höchst unterschiedlich (Timimi, 2005). Wir gehen in dieser Arbeit von folgender *Prämisse* aus: Bei der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHD) im Kindes- und Jugendalter handelt es sich um unseren Erachtens um ein klassifikatorisches Konstrukt und nicht um eine eigentliche Krankheit, das heißt, um ein Syndrom, besser um die Zusammenstellung von drei bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten häufig gesehenen Symptomen, selbst wenn eine gemeinsame genetische Basis diskutiert wird.

Bereits die *objektive, verbindliche Messung* von Impulssteuerung, Aufmerksamkeit oder Hypermotorik ist höchst problematisch. Es gibt keinen wissenschaftlich

fundierten und international akzeptierten 'cut-off point', ab welchem eindeutig eine Hyperaktivität vorliegt, die Aufmerksamkeit pathologisch wird oder die Impulssteuerung als mit Sicherheit nicht mehr im Normbereich liegend beurteilt wird. Der Ermessensspielraum ist groß, selbst bei Fragebogen, die von verschiedenen Personen oft sehr unterschiedlich verstanden werden. Eine sehr sorgfältige klinische Untersuchung der Kinder alleine, im Kontakt mit den Eltern und Geschwistern und im schulischen Kontext lässt aber durchaus erkennen, unter welchen Symptomen das Kind oder die Umgebung leiden. Unzweifelhaft bestehen bei Säuglingen auch nicht unwesentliche Temperamentsunterschiede. Eine zuverlässige quantitative Messung dieser ist aber bis heute kaum je möglich geworden.

Die Symptomgruppe hat im Verlaufe der Zeit viele verschiedene Bezeichnungen erhalten: Hyperaktives Syndrom, Hyperkinetisches Syndrom, Minimaler Hirnschaden, Minimale Dysfunktion des Gehirns, Aufmerksamkeitsmangelstörung, Aufmerksamkeitsstörung, kombiniert mit Hyperaktivität.

Eine vertiefte Diskussion und ätiologische Klärung des Syndroms ist nicht das Ziel dieser Arbeit. Dennoch erscheinen einige Bemerkungen zur Ätiologie hier angebracht. Jeglicher mögliche genetische Faktor kommt in einer individuell spezifischen Situation und Umwelt mit unterschiedlicher Expression zum Ausdruck. Dieselbe genetische Prädisposition kann somit außerordentlich unterschiedliche Erscheinungsformen zur Folge haben. Niemals findet man eine monokausale Ätiologie. Es handelt sich nach Weisshaupt und Jokeit (2006) um eine genetisch heterogene und komplexe Störung mit polygenem Hintergrund.

Die hochkomplexe Wechselwirkung zwischen der genetischen oder während der Schwangerschaft erworbenen „Ausstattung“ des Säuglings und dem spezifischen Verhalten der primären Betreuungspersonen – sei dieses angemessen empathisch, intrusiv, vernachlässigend oder über- bzw. unterstimulierend gewesen – macht oft deutlich, dass vielfach eine angeborene übermäßige Empfindsamkeit und eine Neigung zu Überreaktionen auf viele Stimuli beim Säugling bestanden haben, die von den primären Betreuungspersonen immer wieder falsch verstanden worden sind.

Auf Grund der unbekanntenen „Ausstattung“, der pränatalen „Geschichte“, dem spezifischen Beziehungsangebot, der psychischen und körperlichen Reifung, der neurobiologischen, intrapsychischen und interpersonellen Entwicklung, den Mankos, Defekten, Traumata, Konflikten und wechselnden Aufgaben der verschiedenen Entwicklungsstadien eines Kindes, die alle aufeinander einwirken und sich wechselseitig beeinflussen, muss stets eine enorme Komplexität von Variablen bei der Entstehung der ADHD-Symptomatik in Betracht gezogen werden.

Eigentliche Fehlanpassungen bei Kindern lassen sich besser unter entwicklungspsychologischen (und bindungstheoretischen) Aspekten verstehen denn als Krankheiten. Jegliches Verhalten und alle Formen der Anpassung sowie beliebige Störungsbilder können nur in Verbindung mit dem jeweiligen Kontext und als Prozess verstanden werden. Sie entstehen aus einer Summe von interagierenden

Faktoren: z. B. genetischen und Umweltfaktoren, der persönliche Geschichte, von Alter, Risiko-, Schutz- oder Resilienzfaktoren (Sroufe, 1997).

Auch ob es sich – wie Streeck-Fischer (2006) mit Recht unterscheidet – um eine kategoriale oder dimensionale Störung handelt, ist bei unserer Fragestellung unwesentlich, da wir uns um die Frage kümmern möchten, ob und wie die psychoanalytische Psychotherapie solchen Kindern behilflich sein kann und falls ja, mit welchen Konzepten und welchen technischen Adaptierungen gearbeitet werden muss.

Wir wissen, dass verschiedene Entwicklungsbedingungen unmittelbaren Einfluss auf die Gehirnreifung und -entwicklung ausüben, z. B. frühe Trennungen, übermäßig starke oder allzu schwache Stimuli, völlig unvorhersagbares Verhalten der Außenwelt oder ungenügender emotionaler Austausch (emotionale Deprivation). Die Entwicklungsbedingungen eines Individuums haben somit eine unmittelbare positive oder negative Einwirkung auf die Entwicklung der hochkomplexen Gehirnfunktionen und -strukturen. Diese wiederum wirken sich im Verhalten aus. Nur in den polar gelegenen Extrempositionen kann man eindeutig von primär organischer oder primär interpersoneller Verursachung sprechen. Im ganzen Nicht-Extrem-Bereich der Gauss'schen Kurve hingegen haben nach kurzer Zeit bereits so viele Wechselwirkungen stattgefunden, dass uns eine solche Aussage, mit wissenschaftlicher Redlichkeit vorgenommen, nicht mehr möglich erscheint.

Aus psychoanalytischer Sicht erstreckt sich das Interesse bei dieser symptommäßig sehr inhomogenen Gruppe einerseits auf die Art (und gegebenenfalls die Genese) der Ich- und der Funktions-Beeinträchtigungen, andererseits auf die hinter der Symptomatik liegenden Persönlichkeitsstrukturen und die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, und zwar der internalisierten intrapsychischen als auch der externen interpersonellen, d. h. dieser innerhalb der Familie und im (Vor-) Schulbereich. Bei so genannten ADHD-Kindern finden sich sehr unterschiedliche Niveaus der Ich-Funktionen wie auch der psychischen Strukturierung und zudem auch sehr verschieden differenzierte Beziehungsmodalitäten.

## 2 Streifzug durch die Literatur

In der Literatur finden sich viele Hinweise auf die analytische Diagnostik und Therapie von Kindern mit Regulations-, Aufmerksamkeits- und Überaktivitäts-Störungen, aber wenig spezifische Arbeiten zum Thema (Salomonsson, 2004, 2006; Gilmore, 2000; Fricke u. Streeck-Fischer, 2006). Die folgende Auswahl ist dadurch auch keinesfalls erschöpfend, sondern bewusst selektiv.

### 2.1 Frühe Genese und/oder Frühtraumatisierung

Vielfach wurde auf eine sehr frühe Genese solcher Störungsbilder hingewiesen. Winnicott (1962, S. 78) z. B. äußerte sich bereits vor über 50 Jahren zu dem The-

ma: „Es kann also ein sehr früher Faktor vorhanden sein (der von den ersten Tagen oder Stunden des Lebens an besteht), der zur Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit gehört (die später als Konzentrationsschwäche bezeichnet wird).“ Insbesondere wurde die Frühtraumatisierung hervorgehoben. Perry et al. (1995, 1998) betonten, wie stark die Symptome von ADHD den durch früh entstandene Traumata hervorgerufenen ähnlich seien. Hyperaktivität stelle eine Form der Kompensation für mangelnde Schutz-Reaktionen dar und diene als Abwehr gegen erinnerte oder phantasierte Gefahren, Ängste und psychische Qualen. Auch Timimi (2002) wies darauf hin, dass frühe Traumatisierung oft eine Hyperaktivität zur Folge habe, welche als Versuch verstanden wird, Gefühle von Traurigkeit und Hilflosigkeit abzuwehren. Die Hyperaktivität selbst werde dann zu einem mächtigen Kommunikationsmittel, mittels welchem das Kind spürbar mache, welche schmerzlichen Gefühle es erfüllten und wie unsicher seine Bindung sei.

## 2.2 Entwicklungspsychopathologie verschiedener Ich-Funktionen

Gilmore (2000) betrachtet die Symptomatik der ADHD als eine Störung der synthetischen, organisierenden und integrativen, d. h. grundlegender Ich-Funktionen. Nicht nur seien die Verhaltensregulationen, sondern auch die Regulationen physiologischer, sensorischer, aufmerksamkeitsbedingter oder motorischer Abläufe sowie die affektiven Prozesse beeinträchtigt. Die Ich-Funktionen hätten bekannterweise sowohl eine neurophysiologische als auch eine umweltabhängige Grundlage. Wegen der massiven Störung dieser verschiedenen Ich-Funktionen würden das sekundärprozesshafte Denken, die Konzentration und damit die Lernfähigkeit und das Verhalten durch wiederkehrende Triebeinbrüche beeinträchtigt.

## 2.3 Spielstörungen. Elterliche und / oder kindliche Depression

Papoušek (2003) wies an Hand einer Studie über 200 Kleinkindern mit Spielstörungen darauf hin, dass Kinder, die eine motorische Unruhe aufwiesen, nicht spielten und die Welt erkundeten oder deren Eltern (z. B. auf Grund eigener Depressionen) nicht spielen wollten, ein hohes Risiko hätten, die einen oder anderen ADHS-Symptome (vor allem Regulations- und Verhaltens-Störungen oder Ablenkbarkeit) zu entwickeln, denn das Spiel entspreche einem in der Entwicklung angeborenen Bedürfnis, Fremdes kennen zu lernen. Die entsprechenden Schwierigkeiten könnten aus Temperamentstörungen oder aus unsicheren Bindungen hervorgegangen sein.

Stork (1993) hob hervor, dass psychische Konflikte in eine motorische Verhaltensweise übergeführt und so unkenntlich gemacht würden. Hinter vielen hyperkinetischen Krankheitsbildern würden sich narzisstisch-depressive Störungen verbergen.

## 2.4 Regulationsfunktionen

Auf die Wichtigkeit, die Regulationsfunktionen eines Kindes zu unterstützen, wies Sugerman (2006) hin. Das bewusste Reflektieren über die Funktionsweise der eigenen Psyche und das Beobachten, wo, wann und warum diese in bestimmten Momenten schlechter funktioniere als in anderen, habe eine Verschiebung des analytischen Fokus zur Folge, nämlich von einem dynamischen Konfliktmodell zu einem solchen, das davon ausgehe, beliebige psychische Inhalte könnten durch irgendeine Impulshandlung ausgedrückt werden. Der Brennpunkt der analytischen Aktivität liege damit in der Exploration der jeweiligen Schwierigkeiten, für etwas Heikles Worte oder andere symbolische Mitteilungsarten zu verwenden.

## 2.5 Objektverlust

Der frühe Verlust eines bedeutungsvollen Real-Objektes (z. B. durch Trennung oder durch nicht angemessene emotionale Resonanz) wird mit Hilfe von symbolischen Gleichsetzungen (Segal, 1957) bewältigt. So stellt die hyperkinetische Unruhe oft konkretistisch und körpernah das fehlende Objekt dar, mit dem die bestehende unerträgliche psychische Leere eigenständig ausgefüllt und das scheinbar verschwundene Objekt wieder präsent gemacht werden kann. Manchmal wird auch davon gesprochen, dass die hypermotorische Unruhe wie eine „Plombe“ für ein verloren gegangenes Objekt wirke (Hopf, 2000, S. 286).

## 2.6 Motorik

Freud (1911b) beschrieb die Beherrschung der Motilität als eine der wichtigsten Funktionen des reifen Ichs. Motorische Abfuhr diene während der Dominanz des Lustprinzips der Entlastung des seelischen Apparates von Reizzuwachs.

Bewegungen in Utero sind das erste eigenständige Kommunikationsmittel zwischen Mutter und Kind. Postnatal besteht eine Wahrnehmungseinheit von psychischer und physischer Bewegung. Bewegung bleibt zentrales Ausdrucksmittel der eigenen Befindlichkeit des Kindes, aber auch ein wichtiges Kommunikationsmittel von Kindern für ihren Austausch mit den Eltern und anderen Personen. Unterbrechungen der Beziehungskontinuität hinterlassen Spuren in regressiven psychomotorischen Bewegungsmustern wie Apathie, Jactationen, aber auch vermehrter motorischer Unruhe (Berger, 1993; Mahler, 1986). Mahler (1944, 1949, zit. Nach Hopf, 2000) unterschied eine Ausdrucksmotilität, also die expressiven und affektiven motorischen Funktionen – dem Es nahe stehend – von der Leistungsmotorik, einem integralen Bestandteil des autonomen reifen Ichs. Die Abfuhr über die Ausdrucksmotilität bleibe bei der Hypermotorik erhalten, die Leistungsmotorik aber könne sich nicht weiter entwickeln. Lebendigkeit wirke wie eine Scheinlebendigkeit, die sich im Agieren erschöpfe. Anna Freud (1967) sprach von Es-gesteuertem im Gegensatz zu Ich-gelenktem Handeln.

Auch Dammasch (2002) beschrieb übermäßige Bewegung als eine Form der Abwehr von wahrgenommenem Objektverlust. Es bestehe eine Unfähigkeit, innere Impulse symbolisch darzustellen, ja geradezu ein aktiver Angriff auf die Symbol bildenden Funktionen. Körperliches Agieren diene der Selbst-Stimulation, destruktive Selbstanteile attackierten das Denken. Die triangulierende Funktion des Therapeuten als einem beobachtenden und denkenden Menschen werde zerstört. Oft sei eine typisch männliche Verbindung von Motorik und Aggression zu finden. Die sexuelle Stimulation und die Stimulation des Körpers würden von den Knaben zur Abwehr der als weiblich empfundenen Passivität eingesetzt. Acting-out werde, nach Mertens (1992) von diesen Kindern vielfach als männliche Möglichkeit zur Lösung von Konflikten eingesetzt; Mädchen zeigten eher nach innen gerichtete Konfliktlösungen.

## 2.7 Abwehr

Die Symptomtrias (Impulsivität, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung) wird häufig als Abwehr gegen frühe Konflikte konzipiert. Winnicotts (1994, S. 136) Beschreibung der von Melanie Klein ursprünglich konzipierten manischen Abwehr nimmt die Dichotomie von lebendig und tot auf: „Die entscheidende Tatsache, die die manische Abwehr verleugnet, ist der Tod in der inneren Welt oder eine Leblosigkeit, die sich auf alles erstreckt; die Betonung liegt in der manischen Abwehr auf dem Leben, auf der Lebendigkeit, der Verleugnung des Todes als abschließendem Faktum des Lebens“.

## 2.8 Familiendynamik

Der Zusammenhang einzelner Symptome oder der gesamten Symptomtrias der ADHD mit der Familiendynamik findet immer wieder nachdrücklich Erwähnung. Stork (1993) nahm in aller Deutlichkeit auf, dass bestimmte Geschehnisse aus der elterlichen Phantasie- und Vorstellungswelt, die als ungeheuer gefährlich erlebt würden, weder besprochen, noch bewusst gemacht werden dürften und darum auch keine nennbare Gestalt annähmen. Die Assoziationen hierüber seien auch in der Gegenübertragung eingeschränkt. Diesen Kindern würde die Fähigkeit fehlen, verbal ihre Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken, sie blieben „unerhört“, ihr Verhalten unverstanden (Neraal, 2004).

Perry et al. (1995) halten die Symptome für transgenerationelle: die Eltern würden ihre eigenen frühen Kindheitserfahrungen in der Beziehung zu ihrem Säugling inszenieren, sodass diese Erfahrungen ihre Sensibilität für die Kommunikation des Säuglings beeinflussten, was zur Folge habe, dass sie den Säugling missverstehen würden.

Schaff (2001) hob in diesem Zusammenhang hervor, ein wie eindrucksvolles Modell für den familiären Beziehungskontext der „Zappelphilipp“ im Struwwelpeter von H. Hoffmann bilde: Kommunikation finde nicht statt. Nur der Vater benutze Worte, und zwar strafende und moralisierende gegenüber dem Kind. Die Mutter und das Kind reagierten pantomimisch.

Die Eltern würden durch die Diagnose einer organischen Störung nur scheinbar entlastet (von Lüpke, 2003). Die wechselseitige unbewusste Verpflichtung von Eltern und Ärzten auf ein Primat des Organischen – als Schuld entlastender Faktor – führe manchmal zum Stillstand von psychotherapeutischen Prozessen.

Käppler (2005) berichtete über einer Querschnitt-Studie mit 112 hyperkinetischen Kindern im Alter von 8-16 Jahren. An Hand der interaktiven Vermittlungsprozesse wird von einer „psychosozialen Vererbung“ gesprochen, d. h. von intergenerationalen Transmissionsprozessen, die via innerfamiliärer Identifikation zustande kämen. Mütter und Väter identifizierten sich in extrem geringem Ausmaß mit dem hyperkinetischen Kind. Frühe und übermäßige Exposition an Fernsehsendungen schienen überzufällig häufig mit Aufmerksamkeitsproblemen verknüpft zu sein (Christakis et al., 2004). So zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen den Expositionsstunden pro Tag von 1.278 Kindern im Alter von einem und von drei Jahren und nachfolgenden Aufmerksamkeitsstörungen dieser Kinder im Alter von 7 Jahren (10%).

## 2.9 Suizidalität

Anhand des offenbar doch recht erhöhten Suizidrisikos von ADHD-Kindern (James et al., 2004; Barkley et al., 2005) wird die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung umso deutlicher sichtbar.

## 3 Psychoanalytische Grundüberlegungen

Wenn Triebimpulse und Affekte ohne angemessene Regulation von vorbewussten in bewusste Ich-Teile gelangen, so werden verschiedene Funktionen beeinträchtigt oder gestört. Das Ich kann keine Kohärenz und Kontingenz aufrecht erhalten, die triadische und die szenisch-narrative Kompetenz, das sekundärprozesshafte Denken, der Zusammenhang intrapsychischer Abläufe und schließlich auch die Qualität der Objekt-Beziehungsebene und die Aufmerksamkeit wechseln rasch oder erscheinen dysfunktional. Das getriebene Handeln und die ungesteuerte Aktivität werden schließlich in unterschiedlicher Gewichtung zum bevorzugten Modus der Lebendigkeit.

Sämtliche regulativen Funktionen wie auch die Aufmerksamkeit entwickeln sich in einem interpersonellen Kontext oder im Experimentieren des Säuglings mit der dinglichen Umgebung. Daraus wird ersichtlich, wie enorm die Aufgabe der primären Beziehungspersonen ist, in der Beziehung zum Säugling diesem bei der Steuerung der Sensorik (Reizschutz), der Regulation von Affekten und Impulsen und einem nicht getriebenen bzw. erzwungenen Gebrauch von Motorik behilflich zu sein. Ihnen obliegt es, dem Säugling immer wieder zu ruhigen, wachen und affektiv lustvollen Funktionszuständen zu verhelfen. Retrospektiv gesehen ist es außerordentlich schwierig zu wissen, wie geeignet die primären Betreuungspersonen Bedürfniszustände und Reiz- oder Stress-Situationen des Säuglings ertragen und

darauf reagiert haben, d. h. wie gut es ihnen gelungen ist, den Säugling angemessen zufrieden zu stellen und dafür zu sorgen, dass er einen ruhigeren Funktionszustand erlangen konnte. In den Übertragungs-Gegenübertragungsbewegungen lässt sich erschließen, welche intra-psychischen Beziehungsrepräsentanzen hierüber vorhanden sind und in welcher Form sich diese in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Beziehung manifestieren.

Die *Aufmerksamkeit* ist eine hochkomplexe Ich-Funktion, die sich – beeinflusst durch genetische Faktoren, frühe Formen des affektiven Austausches, Temperamentfaktoren und Mikrotraumata – in einem spezifischen Beziehungskontext entwickelt. Sie kann als eine im Dienste der Exploration stehende Ich-Funktion verstanden werden, deren Aufgabe es ist, die Situation in der Außenwelt andauernd antizipierend daraufhin abzusuchen, wie weit diese für die Befriedigung dringender innerer Bedürfnisse zur Verfügung steht. Neuropsychologisch ist sie mit dem Such-System verknüpft. In jeder Entwicklungsphase haben die primären Beziehungspersonen unterschiedliche und wechselnde Aufgaben. Ihre Fähigkeit, die eigenen und die Impulse des Säuglings flexibel mit zu steuern und die gemeinsame Aufmerksamkeit in lustvollem Austausch zu fokussieren, wird vom Säugling unmittelbar aufgenommen, imitiert und nachher assimilierend in sein Ich integriert.

Wir verstehen eine *Aufmerksamkeitsstörung* als eine sehr früh (und möglicherweise traumatisch) erworbene Dysfunktion des Ichs, bei der die „containing function“ der bedeutungsvollen primären Beziehungspersonen ungenügend und nicht im Stande war, die Aufmerksamkeit des Säuglings lustvoll auf ein gemeinsames Ziel zu lenken, Vertrauen in den gemeinsam aufgebauten zeitlichen Abläufen entstehen und eine lustvolle und vertrauenswürdige „Besetzung“ des Gegenübers sich entwickeln zu lassen. Die mangelnde Kapazität ihres „Containments“ beeinträchtigt die Betreuungsperson, dem Säugling und Kleinkind bei der Entwicklung des „Wartens“ und damit der retardierten Wunscherfüllung Hilfeleistung zu geben, einen gemeinsamen Intermediärbereich aufzubauen, Lust am Spielen zu fördern oder Platz für andere Abwehrformen als nur die manische Abwehr zu schaffen etc.

Das *Defizitmodell* hat bezüglich der Aufmerksamkeit nur eine eingeschränkte Berechtigung. Denn wir finden bei den so genannten ADHD-Kindern sehr oft eine durchaus normale Aufmerksamkeits- und Aktivitätsfunktion, wenn die Kinder etwas tun, was ihnen Spaß macht oder ihr Interesse weckt. Die Schwierigkeiten tauchen dann auf, wenn spezifische Anforderungen aus der Umwelt an sie herangetragen werden, z. B. ruhig zu sitzen oder sich auf etwas zu konzentrieren, das für sie nicht von Interesse ist, wo die Aufmerksamkeit auf etwas gerichtet werden soll, was nicht dem Eigenbedürfnis, sondern fremden Wünschen entspricht.

*Motorische Aktivität* im Dienste des Lustprinzips und spielerischer Exploration dient nicht nur der Abfuhr von Triebspannungen sondern zunehmend auch der Aufgabe, Wünsche, Bedürfnisse, Emotionen und Affekte zum Ausdruck zu bringen. Im Dienste

des Realitätsprinzips erhält die Motorik neue Aufgaben: sie dient dazu, auf die äußere Realität einwirken zu können, um dort Absichten und Ziele des Individuums realisieren zu können. Sie wandelt sich von ungezielter Bewegung zu zielgerichtetem Handeln.

Imperatives, zwangartiges Handeln (d. h. ein nicht zielgerichteter exzessiver Gebrauch der Motorik im Sinne der Hyperaktivität) scheint mit einer Schwierigkeit der sprachlichen Symbolisierung zusammen zu hängen. Dies zeigt sich insbesondere dann, wenn mögliche Ruhe das Individuum mit unerträglichen Gefühlen konfrontieren würde. Offenbar besteht – ein weiteres Zeichen sehr früh beeinträchtigter Beziehungsformen – keinerlei Vertrauen in die Existenz von helfenden und bei der Regulation unterstützenden Funktionen eines Gegenübers.

Knaben leiden 4-10 Mal häufiger unter Aufmerksamkeitsproblemen, Impulsivität und Hyperaktivität als Mädchen. Sie brauchen allem Anschein nach viel mehr muskuläre Abfuhr als Mädchen. Die psychomotorischen Aktivitäten von Knaben scheinen andere zu sein als diese von Mädchen. Wie wirken sich diese wahrscheinlich genetisch vorgegebenen Faktoren auf die psychische Entwicklung und die Entwicklung von Psychopathologie aus?

Vielfach finden wir bei ADHD-Kindern einen *sehr frühen Objektverlust*, verknüpft mit der *Unmöglichkeit zu trauern*. Fehlt ein angemessenes „containment“ und „holding“ der entsprechenden Affekte durch bedeutungsvolle andere, so vermag die entstandene intrapsychische Spannung die entsprechende Leerstelle (Ort des verlorenen Objektes) abzudecken. Bleibt eine motorische Aktivität nur auf dem Niveau bloßen Affektausdrucks, so ist kein zielgerichtetes Handeln möglich. Das Manko eines einfühlsamen Dialogs und einer liebevollen Körperpflege wird vom Säugling nicht selten durch wilde, überreizte motorische Aktivität im Sinne einer Hyperaktivität zu kompensieren versucht.

Der *Entwicklungsverlauf, die Entfaltung von Ich-Funktionen, auftauchende Konflikte und frühinfantile Traumata* beeinflussen sich nicht nur andauernd gegenseitig, sondern es wirken auch alle allgemeinen Entwicklungsstörungen auf den Reifungsprozess und die Phasen der infantilen Sexualität ein. Die gesamte genetische und erworbene Ausstattung des Säuglings bildet, zusammen mit der psychophysischen Einstimmung der primären Beziehungspersonen auf den Säugling, das Substrat, aus dem sich der Persönlichkeitskern zu formen beginnt. Die kaum zu überschätzende Bedeutung der frühen Interaktionen von Säugling und primären Betreuungspersonen auf die Entwicklung des Gehirns, insbesondere auf die für alle imitativen Abläufe so wichtigen Spiegelneuronen, liegt damit auf der Hand.

Die *psychoanalytische Beziehung* mit ihrer „Holding“- und „Containment“-Funktion, den Übertragungs-/Gegenübertragungsbewegungen, der Etablierung eines psychoanalytischen Prozesses, der Interventions- und Deutungsarbeit etc. trägt zu Bewegungen der Internalisation, Integration und Identifizierung bei. Die früh in der

Entwicklung des Kindes internalisierten, d. h. in intrapsychischen Beziehungsrepräsentanzen strukturell fixierten Affekt- und Impuls-Regulations-Modelle schreiben sich im Verlaufe des analytischen Prozesses mittels der Übertragungsphänomene in interpersonale Beziehungsformen um.

Zu den *Perspektiven im analytischen Prozess*, der sich zwischen Therapeuten und Kindern mit ausgeprägten Aufmerksamkeits- und/oder Regulationsstörungen sowie Hypermotorik abspielt, gehören:

- Alle Symptome von ADHD-Kindern drücken *innere Konflikte und die Reaktionsweisen der Kinder darauf* aus.
- Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen können unter dem Aspekt einer *Ich-Pathologie* oder einer *gestörten inneren Objektbeziehung* verstanden werden.
- Die *Symbolisierungsfähigkeit* wechselt oft sehr rasch. Im UBW existieren nur *Sach-Repräsentanzen*. Im Vorbewussten und Bewussten verknüpfen sich diese aber mit *Wortrepräsentanzen*. Damit erst werden sie dem Denken zugänglich. Die beiden Arten von Repräsentanzen besitzen aber eine unterschiedliche Qualität. Sachrepräsentanzen bilden einen komplexen Knäuel verschiedenster Wahrnehmungen und Gegenstandsbilder. Wortrepräsentanzen verknüpfen sich über den Tonfall und die Sprachmelodie mit den Sachrepräsentanzen. Die therapeutischen Interventionen verbinden Sach- und Sprachrepräsentanzen miteinander. Die Abwehrmodalitäten der Kinder versuchen solche Verknüpfungen aufzulösen.
- In der Kinderentwicklung allerdings bilden sich *Repräsentanzen* nicht schön gesondert, sondern eher als ein Konvolut verbaler und averbaler Stimuli, die bewusst, vorbewusst und z. T. unbewusst repräsentiert werden. Bedient man sich der moderneren Semiotik, so kann man von Zeichen sprechen.
- „Die *Biosemiotik* beschreibt mit Hilfe eines Kreismodells die entsprechenden Rückkoppelungs- und Regelungsvorgänge, sowohl diese im inneren Raum des Individuums selbst als auch diese in seinem Austausch mit der jeweiligen Umgebung. Dabei zirkulieren anhaltend *mit Zeichen beladene Botschaften* in kreis- oder schlaufenförmigen Prozessen. Ein Zeichen ist ein Vehikel; es steht für etwas und bezeichnet damit etwas anderes als sich selbst. Das Vehikel selbst wiederum kann aber auch zum Zeichen werden, wenn ihm eine Bedeutung aufgeprägt wird. Die *averbale und die verbale Zeichenwelt* durchdringen einander im zwischenmenschlichen Geschehen. Damit ist gemeint, dass *in jedem narrativen Kontext vorsprachliche Erfahrung in der einen oder anderen Form eingewoben ist*. Im intrapsychischen Bereich des Individuums verleihen die sprachlichen Symbole (unabhängig davon, ob es sich um gesprochene Wörter, Gedanken oder geschriebene Texte handelt) durch ihre Abstrahierung dem Bezeichneten Kontinuität und Dauer. Der *Funktionskreis* (Uexküll u. Wesiack, 2003) kann als *dreischrittiger Zeichen- oder Informationsverarbeitungsprozess* beschrieben werden, der zwischen Innen- und Außenwelt, aber auch innerhalb der Innenwelt eines Organismus einen spezifischen Zusammenhang herstellt. Der erste Schritt lässt sich als *Bedeutungserteilung* beschreiben. Einwirkungen aus

der Umgebung werden mittels Rezeptoren als spezifische Zeichen empfangen und verarbeitet. Der zweite ist die *Bedeutungsdefinition*. Durch spezielle neuronale Netze (oder auf der Erlebnisebene formuliert: durch den Funktionszustand der Selbstrepräsentanz einer Person) werden den „Merkzeichen“ Bedeutungen zugeordnet. Sie werden gleichsam kodiert. Bei diesem Interpretationsvorgang wird ihre Wichtigkeit für die weitere Bearbeitung festgelegt. Beim dritten Schritt, der *Bedeutungsverwertung*, erfolgt als Wirkung ein Output, der verschiedenste psychische Funktionen, das autonome Nervensystem und vielfach auch die Motorik einbezieht. Eine kaum übersehbare Vielzahl sich überlagernder und durchdringender Informationsverarbeitungsprozesse findet, in unzähligen Haupt- und Subsystemen mit wechselnden Hierarchieebenen, anhaltend und nebeneinander, auf verschiedenen, sich stets wandelnden Integrationsebenen, statt. Nur ein Bruchteil all dieser Abläufe allerdings ist dem bewussten Erleben zugänglich“ (Bürgin u. Rost, 2003). *Worte (verbale Zeichen) verleihen den Sachrepräsentanzen symbolische Bedeutung, seien diese Gegenstände oder averbale Zeichen.*

- Jede Intervention muss sich also um die semiotische Position und mögliche Wirkung der gebrauchten Worte kümmern und sie so anpassen, dass beim Kind eher eine *Lust entsteht, aus einem rein emotional-imitierten Ikon einen triebhaft aufgeladenen Bedeutungsträger zu machen, der sich schließlich spielerisch mit Worten verbindet*. Die semiotische Entwicklung vollzieht sich in einem interaktiven Kontext. Im Moment passende Interventionen des Therapeuten werden so zu Steighilfen in der Hierarchie der Repräsentanzen des Kindes. Die Art, *wie ein Kind die Worte des Therapeuten aufnimmt*, wird auf diese Weise vielfach so etwas wie ein formales Referenzsystem darstellen, an dem sich der Therapeut orientieren kann.
- Solche Kinder reagieren auf *Worte des Analytikers* oft so, als wären diese nicht bedeutungsvolle Mitteilungsträger, sondern *konkrete, gefährliche Gegenstände, welche ihnen von nicht vertrauenswürdigen Menschen entgegen geschleudert würden und schmerzten*. Sie versuchen die Worte schon gar nicht aufzunehmen oder diese, unabhängig von ihrem Inhalt, nicht wahrzunehmen, bzw. sie *so rasch wie möglich wieder aus der Innenwelt zu entfernen*. Manchmal wird deshalb auch mit der Sprache sehr zerstörerisch umgegangen. Das Motiv zu einer solchen Handlung stammt aus einer *inneren Beziehungsrepräsentanz, bei der der Objektrepräsentanz eine nicht-containende Funktion zukommt*. Symbolisierung und Verbalisierung sind abhängig von einer angemessenen Containment-Funktion des Gegenübers.
- *Je freundlichere, aufnehmendere und bewahrendere Objektrepräsentanzen ein Kind im Verlaufe des therapeutischen Prozesses in sich aufbauen kann, umso mehr kann es sich erlauben, Schmerz und Frustration zu ertragen, die bei den Interventionen des Therapeuten aufkommen mögen.*
- Das *Sprachverständnis* ist bekanntlich viel früher entwickelt als das *Sprechvermögen*. Der Hiatus zwischen einem Funktionieren auf verbaler Ebene und einem noch bestehenden Unvermögen, dieses Funktionieren mitzuteilen, ist für das Kind äußerst schmerzlich, manchmal sogar traumatisch.

- ADHD-Kinder zeigen *beim Hören und „Aufnehmen“ von Interventionen* oft ein *beinahe psychotiformes Verhalten*, folgen auf das Gehörte doch zumeist rasant *Spaltungen* oder die *Externalisierung* des Inhaltes aus der eigenen Person bis zu *gewaltsamen Nötigungen des Gegenübers zu projektiven Identifizierungen*. Hierbei erscheinen die Grenzen zwischen Innen und Außen sowie zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen meist wie übermäßig durchlässig. Man könnte somit ADHD-Kinder als *höchst verletzlich im Bezug auf Bedeutungen* bezeichnen. Sie weisen den Therapeuten, durch ihre Art der Reaktion auf eine Intervention, darauf hin, ob sie ganz grundsätzliche Hilfe *in der Art eines Hilfs-Ichs benötigen* oder schon mehr eine, die ihren Gehalt aus den triebhaften *Bedeutungszusammenhängen der Übertragungs-/Gegenübertragungsabläufe* bezieht. Die *Qualität des Arbeitsbündnisses* ist ein guter Indikator, da die Ungewissheit über die geeignetste Interventionsebene vielfach sehr groß ist und die Arbeit, höchst unangenehm, auf die Therapeuten projizierte Gefühle und Haltungen zu transformieren, eine nicht sehr kleine ist.
- Solche Kinder tragen oft *Repräsentanzen von Primärobjekten in sich, die kaum eine containing- oder holding-function für Affekte, Gedanken, Phantasien, Wünsche, Bedürfnisse, Spannungen, Erregungen etc. besitzen*, sondern all diese vom Kind her kommenden Vitalbewegungen zurückzuweisen scheinen. Wo präkonzeptuelle Einheiten (z. B. Wunschelemente) unter grossem Druck in den realen Interaktionen *nicht auf eine angemessene Resonanz stoßen*, wird dies vom Kind als *narzisstische Verletzung und Kränkung* erlebt. Die entsprechende archaische Wut wird einem versagenden Objekt zugeschrieben. Viele Denk- und Affektfragmente erfahren somit *keine interaktive Transformation, bleiben Beta-Elemente* im Bion'schen Sinne, erfahren durch das reale Gegenüber *keine Umwandlung in Alpha-Elemente*, die eine weitere Bearbeitung ermöglichen würden. Sie werden deshalb *in die Umgebung evakuiert, die genötigt wird, sich mit ihnen zu identifizieren*. Minifrustrationen aktivieren libidinöse und aggressive Phantasien, die nicht in Gedanken gefasst, sondern nur rasch abgewehrt werden können. Werden solche Abläufe strukturell verankert, so entstehen *pathologische Deformationen der Ich-Funktionen*.
- Erste Denkabläufe entstehen bei „optimalen“ Frustrationen, d. h. solchen, die *das Ich mit Wut und Zorn nicht überfordern, die Ausbildung einer substitutiven Halluzination ermöglichen* und zu einer stets größer werdenden *Fähigkeit zu warten* beitragen. Da die halluzinatorische Phase nicht lange anhält, entwickeln sich einfache *pragmatische Gedankenabläufe*, um zu antizipieren, wie die Wunscherfüllung doch noch zustande kommen könnte. Gelingt es damit, zu befriedigenden Interaktionen zu gelangen, *so erfährt diese Denkfunktion weitere Förderung*, da sie fürs Überleben von großer Bedeutung ist.
- Werden solche *Repräsentanzen einer abweisenden, nicht haltenden und bewahrenden Objektrepräsentanz* von der Selbstrepräsentanz *abgespalten und in die Aussenwelt projiziert*, so fühlt sich das Kind von diesen versagenden, zurückweisenden und ihm deshalb wie feindlich gesinnten Personen in der Aussen-

welt *wie attackiert und nicht verstanden*. Es muss versuchen, mit *Hypervigilanz* und daraus folgender *Ruhelosigkeit* alles unter Kontrolle zu halten.

- In der *archaischen Gegenübertragung (projektive und introjektive Identifikationen)* finden wir oft eine übermäßige Besorgnis oder Interessellosigkeit, Überschätzung der psychotherapeutischen Möglichkeiten oder völlige Hoffnungslosigkeit.
- *Das Tun/Handeln der Kinder kann – außer durch autoritäre Maßnahmen – kaum oder nicht gehemmt werden*. Wenn die Türen zur Motorik nicht verschließbar sind, so kann das Verhalten auch nicht gesteuert werden. Aber es kann *als Darstellung einer Metapher verstanden werden*.
- Sehr oft zeigen diese Kinder eine *Beeinträchtigung der selbstregulativen Funktionen* (Carney, 2002). Diese werden *interaktiv erworben oder differenziert*, modulieren Rhythmen wie den Schlaf-Wachzustand und haben die situationsadäquate Organisation des Verhaltens zum Ziel. Hierbei ist nicht klar, ob bei der Beeinträchtigung vor allem ein *Defizit* vorliegt, ob es sich um *archaische Abwehrkonfigurationen* handelt oder ob schließlich ein *Gemisch von beidem* vorhanden ist. Auf jeden Fall *erscheinen die synthetisierenden, integrierenden und organisierenden Ich-Funktionen in sehr inkonsistenter und wechselhafter Form*.
- Die *Interventionen des Therapeuten* streben nach einer *empfindlichen integrativen Wirkung*. *Sprache soll an die Stelle motorischer Akte treten*. Stets aber ist zu prüfen, ob ein Symptom eher einem Konflikt oder einer *Strukturproblematik* zuzuweisen ist oder einem *neurobiologischen Defizit* oder einem Gemisch von beidem. Was *über die Zeit keinerlei Veränderung zugänglich wird, dürfte eher struktureller oder defizitärer Natur sein*.
- Neben *möglichen genetischen Faktoren* ist ein größerer Teil der Symptomvarianz durch individuell *mehr oder weniger gut erworbene Ich-Kapazitäten* zu erklären. Aus Einzelfällen und Einzelfaktoren lassen sich damit auch *keine Generalisierungen über die Pathogenese* konstruieren (Salomonsson, 2004). Aber auch neurophysiologische Faktoren allein reichen nie aus, weder als Vorbedingungen noch als Auslöser, um die *Ätiologie dieses trisymptomatischen Störungsbildes* zu definieren. Denn stets ist ein *Netz von plurikausalen Faktoren am Werk*, die sich erst noch gegenseitig beeinflussen. Eine *gehirnzentrierte Sichtweise* ist notwendigerweise nicht gleich wie eine *beziehungsorientierte Vorgehensart*.

#### 4 Beschreibung der Erstbegegnung mit einem als ADHD-Patient diagnostizierten Jungen (D.B.)

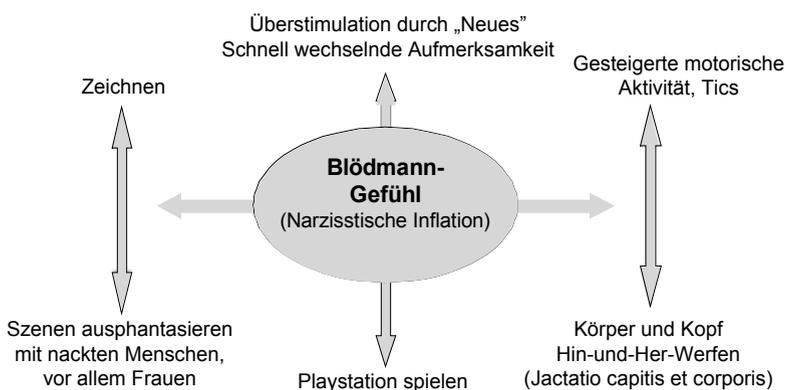
Der knapp 10-jährige Knabe wurde seit über drei Jahren hoch dosiert mit Stimulanzien behandelt. Er war vor dem Interview wegen Schul- und Verhaltensproblemen mehrmonatig stationär kinderpsychiatrisch diagnostiziert und behandelt worden. Bei der hier beschriebenen Erstbegegnung ging es um die Überprüfung der Indikation für eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie.

Zu Beginn des Gesprächs steht der Knabe unter einer merklich hohen Spannung. Er nimmt mühelos Kontakt auf, weiß angeblich nicht, warum er zum Gespräch habe kommen müssen (obwohl er detailliert vorbereitet und gefragt worden war und sein Einverständnis dazu gegeben hatte). Schon nach wenigen Minuten wird er motorisch recht unruhig, hat fahrigte Bewegungen. Irgendwelche Probleme oder Schwierigkeiten werden verneint. Gut, einmal habe er in der Schule einen Kameraden als Arschloch betitelt, worauf ihn die Lehrerin geschlagen habe. (So sei er mehr ein Opfer als ein Täter, frage ich ihn.) Er erklärt, er sei ein Schlägertyp, – ein Skater und Hiphopper. Ja, seine Aufmerksamkeit sei schwankend, das stimme. Aber Schule interessiere ihn einfach nur wenig. Am liebsten würde er zeichnen, dann sei ihm wohl.

Gefragt, wie er sich zu den Medikamenten stellen würde, meint er, er glaube schon, dass die Medikamente helfen würden. An dieser Stelle des Interviews steigen die Spannung und Unruhe merklich an. Darauf aufmerksam gemacht, meint er, dies sei stets so bei ihm. Bald erfassen die Bewegungen den ganzen Körper.

Er helfe sich gegen die vielen Gedanken beim Einschlafen durch eine *Jactatio capitis und corporis* (macht es vor). Das gebe seltsame Gefühle. Manchmal aber schlage er sich den Kopf dabei an (*head banging*). Manchmal stelle er sich auch nackte Menschen, insbesondere Frauen, vor, dann fühle er sich auch besser. Der Interviewer fragt ihn, wie er sich fühlen würde, wenn er seine Spannungen nicht andauernd in Bewegung umsetzen könnte. Er meint, wie ein *Blödmann, ein Schwachkopf, ein Nichtsnutz, – unerträglich!*

So hält der Interviewer bilanzierend fest: *unerträgliche Gefühle des Nichts-Wert-Seins habe der Patient auf verschiedene Weise von sich fern zu halten gelernt: durch Körperbewegung, durch Hin-und-Her-Werfen des Körpers, durch Zeichnen, durch sich Vorstellen von Szenen mit nackten Frauen/Menschen.* Er fügt hinzu: und durch Playstation-Spielen! Zusammen fertigen sie folgende Skizze an:

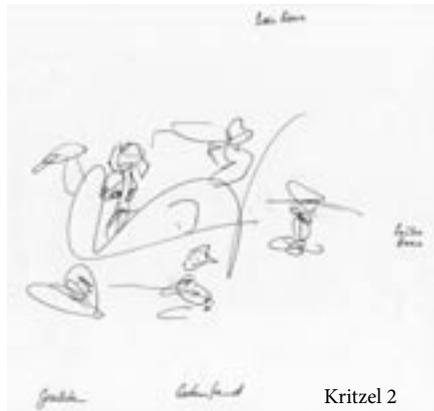


An dieser Stelle des Interview schlägt der Interviewer dem Knaben ein Squiggle-Spiel (nach Winnicott) vor: Dieser ist einverstanden, möchte zuerst aber noch die Spielregeln ändern, akzeptiert dann aber das vorgeschlagene Setting:

1. Der Interviewer ergänzt den ersten Kritzel des Patienten, der daraufhin erklärt: „Ein Mensch, ein alter Mann. Der musste immer lachen, war nie böse. War jemand böse, so begann der Mann zu lachen. Nur einmal war es nicht so, da schaute er böse und verzweifelt drein. Die Frau fragte, was mit ihm los sei. Er sagte: nichts! Vom andern Tag ab aber aß er nichts mehr, konnte nicht mehr schlafen, wurde dünner und dünner und starb schließlich. Er war traurig geworden, dass die Menschen so wechselhaft waren.“ Beim Zeichnen und Reden schlägt sich der Patient zwanghaft, in der Art eines komplexen Tics, mit den Fingern beider Hände in schnellen Sakkaden auf den Mund.
2. Der Patient ergänzt den Kritzel des Interviewers; er zeichnet rasend schnell und sagt dazu: „Ein Schwan mit einem Mädchen und einem Entenfrend, sowie eine böse und eine gute Hexe und ein Grabstein. Das kleine Mädchen hatte keine Familie, nur den Entenfrend und den Schwan. Die böse Hexe tötete den Schwan und begrub ihn. Das Mädchen saß am Grabstein. Dann kam die liebe Hexe und kämpfte mit der bösen. *Die Böse verlor, die liebe brachte sie um*, machte den Schwan wieder lebendig und das Mädchen glücklich.“ Die Schläge auf den Mund haben sich intensiviert, der Patient lässt dazu so etwas wie ein leises Piepsgeräusch hören. Der Interviewer sagt: „Es ist, wie wenn man ein Baby jammern hörte“.



Kritzel 1<sup>1</sup>



Kritzel 2

3. Der Interviewer ergänzt den Kritzel des Patienten, der daraufhin meint: „Ein alter Mann mit viel Haar in der Nase. Alle *lachten ihn aus*. Da dachte er sich, er wolle nun ein Mörder sein und brachte viele Erwachsene um, die ihn ausgelacht hatten. Die Polizei verhaftete ihn. Er wurde gegen das Versprechen, niemanden mehr umzubringen, der ihn ausgelacht hatte, wieder frei gelassen. So *brachte er jetzt eben Polizisten um*. Schließlich *wurde er erschossen*.“ Der Interviewer kom-

<sup>1</sup> Aus drucktechnischen und aus Platzgründen kann im Folgenden nicht der Entstehungsablauf der Kritzelzeichnungen, sondern nur jeweils das Endprodukt dargestellt werden.

mentiert: „Dieser Mensch muss aus seiner Verzweiflung heraus eine extreme Wut gehabt haben, die ihn solche Taten begehen ließ.“

4. Der Patient ergänzt den Kritzel des Interviewers und berichtet dazu folgendes: „Ein Berg mit *zwei Kämpfern*. Unten sieht man einen abgeschnittenen Arm, Knochen, ein Herz. Es ist der *Todesberg*. Es handelt sich um einen *Dämonenjäger*. Der kämpft gegen einen Dämon. Er *kämpfte einmal gegen den Sensenmann*, verlor und wurde in die Hölle geschickt. Nein, er überlebte und steckte dem Tod noch ein Messer in die Brust. Der Sensenmann aber überlebte auch. Für den Dämonenjäger gab es schließlich ein Heldenfest.“



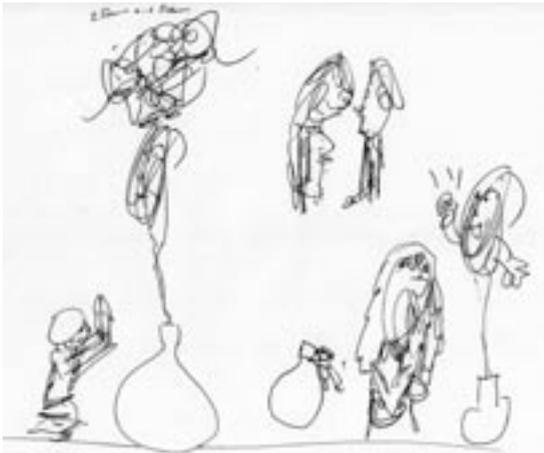
Kritzel 3



Kritzel 4

„Wissen Sie“, sagt der Patient, „ich bin *ein Brutaler*“. Er macht dazu wilde *Schlagebewegungen*. „Ich glaube nicht“, fügt der Interviewer hinzu und fährt fort: „Sondern Du bist *einer, der versucht zu überleben!*“ Einen Moment völlig ruhig und wie betroffen schaut der Patient den Interviewer intensivst an und sagt völlig ruhig: „*Ja, das bin ich!*“ Der Patient möchte noch einen letzten Kritzel machen, obwohl die Zeit knapp ist.

5. Also ergänzt der Interviewer den Kritzel des Knaben. Der Patient: „Ein *Flaschengeist!* Einer traute sich, die Flasche aufzumachen. Er bat den Geist inständig, *nicht umgebracht zu werden*. Dieser ließ sich erweichen und sie gingen zu dem Mann nach Hause. Dessen Frau sagte: Toll, jetzt können wir uns *wünschen, was wir wollen*. Der Geist sagte: nein, nur drei Dinge. So wünschte sich die Frau ganz viel Geld und bekam es. Der Mann wollte eine Luxusbude. Die beiden stritten nun um den Inhalt des dritten Wunsches. Die Frau wollte einen Whirlpool und der Mann das Paradies. Sie *konnten sich nicht einigen*. Der Geist meine, er würde somit entscheiden und entschied für den Wunsch der Frau. Der Mann *zog sich verärgert ins Bett zurück* und fand dort zwei nackte Frauen, worüber er sich freute. Und auch die Frau kuschelte mit Männern.“



Kritzeln 5

Im Anschluss an das Interview fand, in Anwesenheit des Patienten, ein kurzes Gespräch mit der Mutter statt. Der Junge wollte nicht, dass diese die Kritzeln-Zeichnungen sähe. Als der Interviewer mit der Mutter sprach, zeichnete der Patient in aller Ruhe und ohne irgendeinen Tic. Die Strichführung in der ersten der beiden Spontan-Zeichnungen ist völlig anders als in den Kritzeln, nämlich kräftig und eindeutig statt diffus und unsicher. Die zweite enthält beide Elemente: das fahrig Hingeworfene sowie einen geschickt gezeichneten Knaben und eine nackte Frau, die einem nackten Mädchen die Hand reicht.

### Verständnis des Sitzungsablaufes

Anfänglich manifestierte der Patient viel *Angst, Vermeidung und Verleugnung*. Er prüfte sein Gegenüber auf dessen *Containmentfähigkeit und Verwendbarkeit*. Eine *kleine Hilfe von Seiten des Interviewers* reichte, um ihn aus der Opfer- in die Täterposition mutieren zu lassen. *Triebwünsche* stiegen schnell an und desgleichen die *Abwehrmodalität der Abfuhr durch Bewegung*. Daraus resultierte eine *massive Spannung*, die körperlich direkt *spürbar* wurde. Der Patient erklärte dem Interviewer bald *weitere Abwehrformen (Jactatio, Phantasieren, Zeichnen)*. In einem *hypothetischen Raum* (wie es wäre wenn) warf er eine *rasche Skizze eines narzisstisch-depressiven Zusammenbruchs* hin. Als der Interviewer das Ganze *schematisch als erstes Ergebnis zusammenfasste*, hörte der Patient sehr genau zu und *komplettierte* dessen Ausführungen sogar. Ein *erstes Gemeinsames* war geschaffen worden.

Im ersten Squiggle *projizierte* er auf den alten Mann (den Interviewer) seine *gesamte Verzweiflung, Wortlosigkeit und das zu Grunde Gehen*. Im zweiten zeigte er seine *Heimatlosigkeit* und die *Aufspaltung einer Mutterrepräsentanz*. Aber *das Gute war auch das, was tötete!* (*Ist dies der Ausdruck einer hoffnungslosen Ausweglosigkeit oder einer Unmöglichkeit, eine phantasierte gute Repräsentanz aufrechtzuerhalten?*) Etwas

trickreich bzw. manisch omnipotent erreichte er ein forciertes Happy End. Im dritten Squiggle tauchte erneut der alte Mann als Projektionsfigur auf. Er wurde zum *Rezipienten mörderischer Racheimpulse* und wurde zur Strafe selbst getötet. Dies gab Gelegenheit, die *Verzweiflung* und die *ausufernden Racheimpulse* zu benennen. Im vierten Squiggle tauchte erneut das Motiv der Spaltung auf. Der *Tod selbst wurde* bekämpft, zuerst erfolglos, dann heldenhaft erfolgreich. Der Eigendefinition eines „*Brutalen*“ setzte der Interviewer eine noch frühere Identität entgegen: ein *Überlebender*, was die *emotionale Beziehung enorm vertiefte* und die *Spannung momentan auf null reduzierte*. Im fünften Squiggle zeigte sich erneut eine Spaltung. Der Tod wurde durch Unterwerfung vermieden, *ausufernde Wünsche limitiert*. *Frustration bewirkte einen Rückzug* und *sexuelle Phantasmen dienten als Trost*.

Im Dreiergespräch definierte der Patient seine Position durch eine *Bildkommunikation*. Er dokumentierte in seinen Zeichnungen sowohl seine *kreative Begabung* als auch seine *Not*. Als der Interviewer sich um die Mutter kümmerte, ihr Holding vermittelte und eine Triangulierungssituation schuf, fiel die Symptomatologie des Knaben weg.

Insgesamt wollte der Junge prüfen, ob er diese *Begegnung für sich nutzen* und gleichzeitig *geschützt bleiben* könne. Er zeigte sich als *fähig zur Bildung komplexer Narrative*, die in *enger Verbindung zu bildlichem Gestalten* standen.

Der Interviewer anerkannte sich, sich *durch ihn führen zu lassen* und versuchte, ein *gemeinsames Verständnis* zu schaffen durch ein *Rückangebot* dessen, was er verstanden hatte. Er offerierte sich als *Behältnis für die projizierten Inhalte des Knaben*. In der spielerischen Interaktion, *wer wie viel wovon erträgt*, lernten sich Patient und Interviewer gegenseitig kennen und überprüften ihre Fähigkeit für einen *analytischen Mikroprozess*.

Bald nach Aufnahme einer analytischen Psychotherapie konnten die über 3 Jahre applizierten Stimulantien abgesetzt werden, ohne dass sich eine Verschlechterung des Zustandsbildes ergeben hätte. Eine geringe Dosis von Neuroleptica wurde wegen der Tics beibehalten.

## 5 Die Technik der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie und der Kinderanalyse

Sie bedarf bei ADHD-Kindern einiger Modifizierungen gegenüber üblichen konflikthaft-neurotischen Störungen:

- Der größte Teil des Informationsflusses in den Übertragungs-/Gegenübertragungsbewegungen verläuft bei den Therapeuten nicht über die Vorgänge der Empathie, die vor allem bei Beziehungsformen mit ganzen „Objekten“ zum Tragen kommen, sondern über die *Phänomene der projektiven und introjektiven Identifikation*.
- Die *Transformation der intrapsychischen Vorgänge beim Therapeuten in interpersonell für das Kind hilfreiche Interventionen* basiert auf viel innerer Arbeit,

sorgfältigem Abwägen und einem angemessenen „Timing“, um für die Patienten nicht intrusiv oder verletzend zu wirken.

- *Grenzsetzungen, auch bezüglich der eigenen Containment-Kapazität, sind oft wegen der großen Wahrscheinlichkeit von Impulsdurchbrüchen von besonderer Bedeutung.*
- *Der Übersetzung von Handeln in Sprache, von bloß in sich aufgenommenener in reflektierte Erfahrung, von automatischem in personalisiertes Funktionieren und von narzisstischer Verletzlichkeit in tragfähige individuierte Objektbeziehungen kommt eine besondere Wichtigkeit zu.*
- *Es bedarf einer konstanten Anpassung des Therapeuten an die höchst wechselnden und inkonsistenten Ich-Funktionen des Patienten.*
- *Es kann in einer sehr großen Zahl von solchen Kindern davon ausgegangen werden, dass ein höchst fragiles Selbst(Wert-)Gefühl vorliegt, das immer wieder zusammenbricht. Die entsprechenden Kinder greifen deshalb immer wieder auf archaische Kompensationsmechanismen wie z. B. Größenphantasien, Gebrauch der Motorik zur Bemächtigung und zur Kontrolle über die äußere Situation, Verhinderung kohärenten Denkens durch Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und reaktive Haltungen auf Impulsdurchbrüche zurück, was vielfach eine lange dauernde Stützung nötig macht.*
- *Immer wieder werden Steuerungshilfen nötig, um das Kind dabei zu unterstützen, möglichst optimal zwischen Über- und Unter-Aktivität zu oszillieren.*
- *Die weitgehend im Pränatalen verlaufenden Beziehungen mit ADHD-Kindern, d. h. diese ganz frühe Beziehungsform, konfrontiert den psychoanalytischen Therapeuten mit intensiver narzisstischer Aggressivität, die in sich aufzunehmen keinesfalls immer leicht ist.*

## 6 Unterstützung der Psychotherapie

Der Gebrauch von Stimulantien kann hilfreich sein, wenn dadurch überhaupt erst ein analytischer Prozess in Gang gebracht werden kann. Aber dies bedarf einer sorgfältigen vorgängigen Abklärungsuntersuchung und Indikationsstellung. Falls Medikamente eingesetzt werden, wird sich, wenn die Therapeuten darauf achten, früher oder später deren (möglicherweise wechselnde) Bedeutungsgesamt erweisen.

*Stimulantien vermögen die Phantasieaktivität von Kindern und damit ihre spielerischen Konfliktlösungsversuche im Imaginären in nicht unbeträchtlichem Ausmaß zu verringern. Nach einer Medikation sind, unserer Erfahrung nach, die Konzentration, d. h. eine wache Aufmerksamkeit mit geringer Ablenkbarkeit, und vor allem die Hyperaktivität in etwa 40% wohl besser, aber die Phantasien des Kindes und sein Spiel wirken merkwürdig flach, fade und farblos im Vergleich zur Reichhaltigkeit des Zustandes vor der Medikation.*

## 7 Forschungsbedarf im psychoanalytischen Bereich

Es bedarf zweifellos *intensiver psychoanalytischer Forschung* und damit nicht nur weiterer epidemiologischer Daten über die Entwicklung in spezifischen Kontexten, sondern auch der Suche nach Verbindung mit neurobiologischen Markern, damit dann auch in sorgfältigen Einzelfallstudien mehr Kenntnis über die Bedeutung dieser Symptome in der gesamten Entwicklung von Kindern gewonnen werden kann.

## 8 Arbeit mit dem Umfeld

Der *begleitenden Arbeit mit Eltern und Lehrern* kommt eine wesentliche Bedeutung zu, um diese auf ihrem Entwicklungsweg mit dem schwierigen Kind zu unterstützen und Prozesse anzustoßen, die den Kontakt mit solchen Kindern erleichtern. Auf sie kann aus Platzgründen hier aber leider nicht näher eingegangen werden.

### Literatur

- Barkley, R., Fischer, M. (2005). Suicidality in children with ADHD, grown up. *ADHD Report*, 13, 6.
- Berger, M. (1993) „Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum“. Anmerkungen zur Diskussion um das hyperkinetische Syndrom. *Kinderanalyse*, 1, 131-149.
- Bürgin, D., Rost, B. (2003). Psychosomatik beim Säugling, Kleinkind, Kind und Jugendlichen. In Th. Uexküll Th (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (6. Aufl., S. 1209-1246). München: Urban & Fischer.
- Carney J.K., 2002: Prologue to an issue on self-regulation. *Issues of attention and attachment. Psychoanal. Inq.*, 22, 299-306.
- Christakis, D., Zimmermann, F., Di Giuseppe, D., McCarty, C. (2004). Early Television and Subsequent Attentional Problems in Children. *Pediatrics*, 113, 708-713.
- Dammasch, F. (2002). „Er weiss nicht, wo er anfängt und wo er aufhört!“. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), „Unruhige und unaufmerksame Kinder“. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Freud, A. (1967). Über Agieren. In *Schriften der Anna Freud*, Bd. IX (1980). München: Kindler.
- Freud, S. (1911). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. *GW Bd. VIII* (S. 230-238).
- Fricke, B., Streeck-Fischer, A. (2006). „Bei den Seepferdchen bekommen die Väter die Kinder.“: Verwirrende Realitäten bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 51, 91-98.
- Gilmore K. (2000). A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 48, 1259-1293.
- Häussler, G. (2002). Das Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 51, 454-465.
- Hopf, H., (2000). Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. *Analyt. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, Heft 107, 279- 307.

- James, A., Lai, F. H., Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr. Scand.*, 110, 408-415.
- Käppler, C. (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 21-29.
- Klein, M. (1935). Beitrag zur Genese der manisch-depressiven Zustände. In Melanie Klein, *Gesammelte Schriften*, Band 1, Teil 2 (1996). Stuttgart: frommann-holzboog.
- Mahler, M. S. (1986). Studien über die drei ersten Lebensjahre. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mahler, M. S. (1944). Tics und Triebdurchbrüche bei Kindern. In *Studien über die ersten drei Lebensjahre*.
- Mertens, W. (1992 ). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neraal, T. (2004). Die unerhörten Botschaften der hyperaktiven Kinder. *Familiendynamik und Familientherapie bei Kindern mit ADHS*. Universität Gießen: Öffentlicher Vortrag.
- Papoušek, M. (2003). Expertentreffen zur Zukunft der ADHS-Forschung. Chances and limits of early detection and prevention of ADHD in infants and toddlers. Delmenhorst: Presentation at the symposium on ADHD.
- Papoušek, M., von Gontard, A. (2003). *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Papoušek, M. (2003). Dysphorische Unruhe und Spielunlust in der frühen Kindheit. Ansatz zur Früherkennung und Prävention von ADHS? In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakeley, T. L., Baker, W. L., Vigilante, D. (1995). Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *Analyt. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 99, 277-307.
- Salomonsson, B. (2004). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *Int. J. Psychoanal.*, 85, 117-136.
- Salomonsson, B. (2006). The impacts of words on children with ADHD and DAMP. *Int. J. Psychoanal.*, 87, 1029-1047.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. In *The work of Hanna Segal* (1981). Northvale NJ: Aronson.
- Sroufe, A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Schaff, C. (2001). Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper-Dialogs oder: Jakob, wo bist du? *Analyt. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, Heft 112, 543-560.
- Stork, J. (1993). Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse*, 1, 203-230.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut*, 51, 80-90.
- Sugarman, A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder and trauma. Panel held at the 44th Congress of the IPA, 2005, Rio de Janeiro, Brazil. *Int. J. Psychoanal.*, 238- 241.
- Timimi, S. (2002). *Psychological child psychiatry and the medicalisation of childhood*. Hove: Brunner-Routledge.
- Timimi, S. (2005). Naughty boys. Anti-social behaviour, ADHD and the role of culture.

- Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Uexküll, Th., Wesiack, W. (2003). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In Th. Uexküll (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (6. Aufl., S. 3-42). München: Urban & Fischer.
- von Lüpke, H. (2003). ADHS – Das Dilemma der Schuldfrage. In W. u. W. Doering (Hrsg.), Das andere ADS-Buch. Sichtweisen und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Bremen: Edition Doering.
- Weisshaupt, R. Jokeit, H. (2006). Was ist ADHD? Nach wie vor bleibt die Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. *Psychiatrie*, 4, 37-43.
- Winnicott, D. W. (1962). Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (1985). Fischer.
- Winnicott, D. W. (1994). *Die menschliche Natur*. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Korrespondenzadresse:** Prof. em. Dr. med. D. Bürgin, Gundeldingerstrasse 177, CH-4053 Basel; E-Mail: dieter.buergin@unibas.ch