

Hopf, Hans

## **Zwischen Empathie und Grenzsetzungen – Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei psychoanalytischen Therapien von hyperkinetischen Störungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 4, S. 333-355*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47384

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/)

# Zwischen Empathie und Grenzsetzungen – Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei psychoanalytischen Therapien von hyperkinetischen Störungen

Hans Hopf

## Summary

*Between Empathy and Setting Limits – Reflections on psychodynamics and treatment techniques in psychoanalytic therapies for hyperkinetic disorders*

The rise in „hyperkinetic disorder“ diagnoses is not based on better but rather on less precise diagnoses. As a rule the co-morbidities as mentioned in ICD-10 like emotional disorders, commitment disorders and social behaviour disorders, are the real clinical pictures accompanied by such symptoms as inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness. These are disorder pictures based possibly on unconscious areas of conflict which can be managed by psychoanalytic treatment. However, this involves considerable treatment challenges taking into account that there are some major difficulties: Children showing said disorder pictures have not only symbolizing disorders but mostly also playing disorders. They experience playing not symbolically, no longer mainly “as if” and taking place in a space between imagination and reality. Their play may easily turn into concreteness or reality and get out of control all of a sudden. In addition, children and young people with externalizing disorders constantly attack basic conditions and seek to destroy them. Verbal intervention frequently does not reach the patients. Counter transferences are very difficult to bear and to control, and the tendency of psychotherapists to join in is strong. It is therefore of great importance to work on the ability of symbolization and mentalization, on relationship and transference, simultaneously however on frame and structure, with reliability and regularity of the settings. Analytic therapies as well as therapies founded on depth psychology may be indicated, possibly supplemented by parallel medication; at the beginning a particularly careful diagnosis should be made.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 333-355*

## Keywords

ADHD – hyperkinetic disorder – mentalization – symbolization – playing disorders – externalizing disorders – frame – setting

## Zusammenfassung

Die Zunahme der Diagnose „Hyperkinetische Störung“ ist nicht auf bessere, sondern auf ungenauere Diagnosen zurückzuführen. In der Regel sind die in der ICD-10 genannten Komorbiditäten, wie emotionale Störungen, Bindungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens, die

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56: 333 – 355 (2007), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht 2007

eigentlichen Krankheitsbilder, welche von den Symptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität begleitet werden. Dies sind Störungsbilder, denen unbewusste Konfliktbereiche zugrunde liegen können, die mit psychoanalytischen Behandlungen zu bewältigen sind. Dabei zeigen sich allerdings erhebliche behandlingstechnische Herausforderungen, weil einige zentrale Probleme bestehen: Kinder mit jenen Störungsbildern haben neben Symbolisierungsstörungen in der Regel auch Spielstörungen. Sie erleben Spielen nicht symbolisch, nicht mehr überwiegend „als ob“ und in einem Zwischenbereich von Phantasie und Realität angesiedelt. Das Spiel kann leicht konkretistisch, real werden und blitzschnell aus der Kontrolle geraten. Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen greifen zudem ständig Rahmenbedingungen an und suchen sie zu zerstören. Verbale Interventionen erreichen die Patienten oft nicht. Gegenübertragungen sind nur schwer auszuhalten und zu kontrollieren, die Neigung, dass Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mitagieren, ist groß. Arbeit an der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit, an Beziehung und der Übertragung, aber auch zugleich an Rahmen und Struktur, mit Verlässlichkeit, Regelmäßigkeit des Settings, sind daher von großer Bedeutung. Analytische, aber auch tiefenpsychologisch fundierte Therapien können, auch mit parallel erfolgreicher Medikation, indiziert sein; eine besonders sorgfältige Diagnose sollte zu Beginn erfolgen.

## Schlagwörter

ADHS – Hyperkinetische Störung – Mentalisierung – Symbolisierung – Spielstörungen – externalisierende Störungen – Rahmen – Setting

## 1 Einleitung

Zwar wird in der öffentlichen Diskussion vorrangig der Begriff ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung) verwendet, innerhalb der klinisch-diagnostischen Leitlinien ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 2005) wird jedoch von „F90 hyperkinetische Störungen“ gesprochen. Da die ICD-10 und nicht DSM-IV innerhalb der Psychotherapie-Richtlinien für Diagnosestellung verbindlich ist, sollen im folgenden auch diese Klassifizierungen verwendet werden.

In den Leitlinien zur Behandlung der ADHS steht, dass eine Behandlung der Ursache von ADHS, „die wahrscheinlich in einer Veränderung von Transmitteraktivität regulierenden Genen liegt“, nicht möglich ist. Insofern seien multimodale Vorgehensweisen, Medikation mit Stimulanzien und Verhaltenstherapie die empfohlenen Therapieformen.

Diese Aussage ist eindeutig. Demnach sind die Ursachen dieses Störungsbildes nicht direkt zu behandeln, sondern lediglich seine Folgen in den familiären und sozialen Bezügen. Dennoch haben etwa 10-15% der Psychotherapieanträge für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, also für aufdeckende Verfahren bei Kindern, Diagnosen mit der ICD-10-Ziffer „F90 Hyperkinetische Störung“ (oder entsprechende Ziffern), dies, obwohl sich „psychotherapeutische Ansätze mit Wirksamkeitsnachweis lediglich auf verhaltenstherapeutische Prinzi-

pien“ stützen (Bundesärztekammer, 2006, S. 42). Diese Aussage ist insofern richtig, weil es bislang noch keine Wirksamkeitsstudien zur psychoanalytischen Therapie des ADHS in Deutschland gibt; die Untersuchungen von Leuzinger-Bohleber et al. in Frankfurt am Main sowie weitere geplante sind noch nicht abgeschlossen (Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther, 2006). Im folgenden Abschnitt soll begründet werden, warum psychoanalytische Behandlungen dennoch empfehlenswert, in vielen Fällen sogar dringend geboten sind.

## 2 Problematik der Diagnostik

Die Diagnose Hyperkinetische Störung wurde einst auf ein klar umschriebenes Symptombild angewandt. Zumeist waren es leichte frühkindliche Hirnschädigungen, Nissen (2005) spricht von einer über Jahrzehnte unveränderten Gruppe von 1-2%. Ursprünglich wurden – fast synonyme – Begriffe wie „leichter frühkindlicher Hirnschaden“, „frühkindlich exogenes Psychosyndrom“, „psychoorganisches Syndrom (POS)“, „minimal brain damage“ sowie „minimale cerebrale Dysfunktion (MCD)“ geprägt, vor dem Hintergrund der Annahme, dass die beschriebenen Störungen alle auf frühkindliche Hirnschädigungen zurückzuführen seien. Mittlerweile werden diese Begriffe in der Diagnostik psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen nicht mehr verwendet.

Unter hyperkinetischen Störungen versteht man die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, die sonstige und die nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.0, F90.1, F90.8, F90.9). Hyperkinetische Störungen beginnen in den ersten fünf Lebensjahren. Die Kernsymptome sind überaktives Verhalten, Unaufmerksamkeit sowie Impulsivität. Die Symptome treten situationsunabhängig und zeitstabil auf. Etwa 3-10% aller Kinder sind betroffen, wobei die Störung bei Jungen zwei- bis neunmal häufiger auftritt als bei Mädchen. Differentialdiagnostisch müssen tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), Schizophrenie (F20), affektive Störungen (F30-F39) oder Angststörungen (F41 oder F93.0) berücksichtigt werden.

DSM-IV und ICD-10 fordern eindeutige Kriterien für die Diagnose und Differentialdiagnose ein, welche in der Praxis allerdings nur selten erfüllt werden. Die Zunahme der Diagnose ADHS ist in der Regel nicht auf bessere, sondern auf ungenauere Diagnosen zurückzuführen. Oft wird nach kurzer Symptombeschreibung undifferenziert Bewegungsunruhe und ADHS gleichgesetzt, so als wäre jede Angst bereits eine Angstneurose. In der Tat nennen Brandau, Pretis und Kaschnitz (2003) allein 16 Krankheitsbilder mit Bewegungsunruhe, von Angst- und Zwangsstörungen bis zum „Fragile X-Syndrom“. Betrachtet man die Fülle von möglichen Differentialdiagnosen, wird rasch deutlich, warum oft ungenau diagnostiziert wird: Genannt werden tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Störung des Sozialverhaltens, Anfallskrankheiten, Anpassungsreaktionen auf außerordentlich belastende familiäre Verhältnisse oder schu-

liche Überforderung, emotionale Störungen wie Angststörung, agitierte Depression, affektive Störungen (Knölker et al., 2000). Würden diese Krankheitsbilder stets sorgfältig ausgesondert, so würde vermutlich die zuvor von Nissen (2005) genannte Zahl von 1-2%, welche er als „hirnorganische Kerngruppe“ bezeichnet, durchaus realistisch werden. Es stellt sich somit die Frage, ob es überhaupt möglich ist, ein Krankheitsbild ADHS mit einem Kometenschweif von Komorbiditäten (Depressive Störungen 9,1%, Angststörungen 17,2%, dissoziale Störungen 46,9%, zit. nach Ihle u. Esser, 2002) exakt zu diagnostizieren. Bei vielen Anträgen auf Psychotherapie ist die auf dem ärztlichen Konsiliarbericht angegebene ICD-10-Ziffer nicht zutreffend und muss – nach neuropsychologischer Untersuchung – durch andere zutreffende Diagnosen (Emotionale Störungen, Bindungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens etc.) ersetzt werden. Dies sind alles Störungen, für welche psychoanalytische Therapien ohne Einschränkungen indiziert sind; Kindern mit diesen Störungen ist zumeist nur mit einer Bewältigung ihrer unbewussten Konflikte zu helfen..

### 3 Ätiologie

Gemäß vorherrschender kinderpsychiatrischer Lehrmeinung ist das hyperkinetische Syndrom als eine primär biologisch determinierte Störung anzusehen, bei der die einzelnen Hypothesen zur Ätiopathogenese uneinheitlich sind, die Ätiologie gilt als nicht vollständig geklärt. Familiäre und Umweltfaktoren beeinflussen zwar die Ausprägung, die Sekundärsymptomatik und den Verlauf, verursachen jedoch nicht das klinische Bild (Knölker et al., 2000). Zwar wird mittlerweile auf „Wechselwirkungen zwischen genetischer Veranlagung und Umgebungsfaktoren“ (Bundesärztekammer, 2006, S. 41) hingewiesen. Zentrale Aussage bleibt jedoch: Familiäre und Umweltfaktoren beeinflussen zwar die Ausprägung, die Sekundärsymptomatik und den Verlauf. Sie verursachen jedoch nicht das klinische Bild (Knölker et al., 2000). Die ADHS wird somit als „primär biologisch determinierte Störung“ angesehen (Knölker et al., 2000) und nicht – gemäß einer ganzheitlichen Auffassung von Störung – als ein „Wechselspiel zwischen Leib und Seele einerseits, wiederum in einem Wechselverhältnis zur Umwelt, die den Menschen prägt und die von ihm geprägt wird“ (Ermann, 2004, S. 17). Zu dieser Problematik hat Amft (2006) wie folgt Stellung bezogen: „Festzuhalten ist, dass das Erscheinungsbild ADS durch unterschiedliche Ursachen und Entstehungszusammenhänge hervorgerufen werden kann. Es gibt bislang kein einziges Verfahren, mit dem eine objektive Unterscheidung mittels naturwissenschaftlicher Methodik zwischen einem hirnstoffwechselgestörten ADS-Kind und einem nicht hirnstoffwechselgestörten Kind möglich wäre. Im Einzelfall ist daher immer eine aufwendige psychosomatische Differenzialdiagnostik erforderlich“ (Amft, 2006, S. 77). Vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen in ambulanter und stationärer Psychotherapie gehe ich mit Amft (2004, 2006) einher, der feststellt, dass sich Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizitsymptomatik in drei Gruppen differenzieren lassen:

- hirnfunktionell (mit)bedingte Störungen (*hierunter fallen sicherlich auch die traumatisierten Kinder*).
- Störungen von Psychostruktur und -dynamik
- Erziehungs- und schulbedingte Probleme (Amft, 2006).

Vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Konflikttheorie können Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität auch als symptomatische Manifestationen gesehen werden, denen unbewusste psychische Konflikte zugrunde liegen. Erik H. Erikson, Anna Freud sowie Erich Fromm sind nur einige Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker, welche den gesellschaftlichen Einfluss auf die Entstehung von psychischen Störungen beschrieben haben. Letzterer hat in diesem Zusammenhang bekanntlich vom „Sozialcharakter“ gesprochen (1974). In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund veränderter soziokultureller Verhältnisse erheblich gewandelt.

- Kindheit findet nicht selten statt zwischen materieller Verwöhnung und emotionaler Deprivation.
- Es kommt vermehrt zu Störungen der Symbolisierung, der Mentalisierung und die Fähigkeit zum Spielen entwickelt sich oft nicht mehr ausreichend.
- Externalisierende Störungen nehmen zu, weil der gesellschaftliche Rahmen nicht ausreichend haltend ist.
- Väter sind zunehmend „unsichtbar“ und haben keine triangulierende Funktion, die Jungen bekommen zunehmend Schwierigkeiten mit ihrem Umfeld. Eine ausführliche Darstellung dieses Wandels findet sich in Heinemann und Hopf (2006). Der bereits vorher zitierte Amft hat wichtige Veränderungen der kindlichen Umweltbedingungen sorgfältig zusammengestellt und spricht von einer „Tabuierung gesellschaftlicher Realität“ (2006, S. 86).

### 3.1 Einige zentrale Funktionen des Hyperkinetischen Syndroms aus Sicht der Psychoanalyse

Im Folgenden sollen einige grundlegende psychische Ursachen bei der Entstehung von Aufmerksamkeitsdefiziten und Bewegungsunruhe aus Sicht der Psychoanalyse dargestellt werden. Hyperkinetische Unruhe ist, wie bereits erwähnt, ein unspezifisches Reaktionsmuster wie etwa der Zwang und dient als Bewältigungsstrategie bei ganz unterschiedlichen Auslösern wie Affekten und Unsicherheiten (vgl. auch von Lüpke, 2001). Wie bei anderen Störungen beruhen die verschiedenen Ausprägungen auch auf einem Vorhandensein von unterschiedlichen Strukturniveaus, von der schwersten narzisstischen Beeinträchtigung bis hin zu leichten neurotischen Unruhezuständen. Die folgenden Konfliktbereiche konnte ich bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen erkennen:

- Die Hyperkinetische Störung kann auf einem Mangel der affektiven und emotionalen Selbstregulation sowie der Symbolisierungsfähigkeit beruhen (Boven-

siepen, 2002, Heinemann und Hopf, 2006). Über psychodynamische Zusammenhänge wird im folgenden Abschnitt berichtet.

- Die Hyperkinetische Störung kann Ausdruck von Trennungs- und Bindungsstörungen sein (Hopf, 2005; Brisch, 2002). Das Bindungsverhalten von Kindern, welches ursprünglich nicht klassifiziert werden konnte, wird heute als *desorganisiertes/desorientiertes* Bindungsmuster bezeichnet. Diese Kinder zeigen auffällige, in sich widersprüchliche Verhaltensweisen, welche große Ähnlichkeiten mit Vorschulkindern haben, bei denen ADHS diagnostiziert wurde. Sowohl die immer wieder und gehäuft auftretenden Verhaltenssymptome des Innehaltens und In-Sich-Versinkens, erinnern an die Vorläufer der Aufmerksamkeitsstörung. Aber auch die motorische Unruhe mit widersprüchlichen motorischen Verhaltensweisen und impulsiven Richtungswechseln in der Aktivität, ruft das Bild der Hyperaktivität bei Vorschulkindern ins Gedächtnis. Kinder nach Traumatisierungen, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zeigen gehäuft desorganisierte Verhaltensweisen (vgl. Brisch, 2002).
- Die Hyperkinetische Störung kann Ausdruck von Inzestangst und Sexualisierung wegen eines Mangels von väterlicher Funktion und Triangulierung sein (Heinemann u. Hopf, 2004, 2006). Am Beispiel einer Fallsequenz soll dieser Konfliktbereich aufgezeigt werden.
- Die Hyperkinetische Störung kann als Reizschutz gegen Aggression und Depression über manische Abwehr dienen (Hopf, 2005). Mit körperlicher Unruhe werden auch Trennungstraumata zu bewältigen versucht und die zugehörigen depressiven Ängste abgewehrt, was in der Beziehung als „manische Abwehr“ zu erkennen ist. Die Kinder fliehen in die Bewegung, der zugrunde liegende – meist depressive – Konfliktbereich wird maskiert und unkenntlich gemacht: Bilden sich während einer Behandlung des hyperkinetischen Syndroms die Symptome zurück, werden nicht selten die zugrunde liegenden Selbstwertprobleme und depressiven Affekte erkennbar.
- Die Hyperkinetische Störung kann der Selbst- und Objektbegrenzung durch Motorik dienen und eine Individuationsstörung sein (Stork, 1993). Das hyperkinetische Syndrom ist – in seinem Hin und Her – auch Ausdruck des Schwankens zwischen narzisstischer Verbundenheit mit den Mutterbildern und einer Öffnung in Richtung auf eine eigene Identität und Individuation (Heinemann u. Hopf, 2004, 2006). Stork (1993) geht davon aus, dass bei Kindern mit einem hyperkinetischen Syndrom die Individuation eingeengt und unterdrückt wurde, was Suche nach Befreiung und Aggressivierung nach sich zieht. Zum ändern meint er, dass der psychische Konflikt in eine motorische Verhaltensweise übergeführt und so unkenntlich gemacht wird. Darum wird oft lediglich an hirnorganische Defekte gedacht, weil auf diese Weise das Assoziieren in der Gegenübertragung eingeschränkt wird.
- Über psychosomatische Abwehr können Konflikte unkenntlich gemacht werden (Stork, 1993). Nach Storks Meinung werden bestimmte Geschehnisse aus der elterlichen Phantasie- und Vorstellungswelt als ungeheuer gefährlich erlebt.

Sie dürfen weder besprochen, noch bewusst gemacht werden und darum auch keine nennbare Gestalt annehmen. Zeige das Kind psychische Auffälligkeiten, werde es für die Eltern zu einem gefährlichen Wesen, das sie mit ihren unbewussten Ängsten konfrontiert: „Aus diesen Überlegungen könnte verständlich werden, warum die Kinder eine Art Körpersprache benutzen, um ihren inneren Problemen wenigstens auf diese Weise Ausdruck zu verleihen, da sie – eng mit den Eltern verstrickt – vor allem den Auftrag haben, jede Form von Konflikthaftigkeit zu verbergen“ (Stork, 1993, S. 210f.).

### 3.2 Hyperkinetische Unruhe ist auch Ergebnis einer Mentalisierungs- und Symbolisierungsstörung

Erst Symbolisierungsfähigkeit macht es einem Kind möglich, Trennungen samt dazugehörenden Unlustgefühlen auszuhalten. Die Fähigkeit zum Symbolisieren entwickelt sich bekanntlich von der symbolischen Gleichsetzung, über das Übergangsobjekt hin zu einer reifen symbolischen Darstellung. Bei symbolischer Gleichsetzung wird das Symbol mit dem symbolisierten Objekt gleichgesetzt, so dass beide identisch erlebt werden. Bei reifer Symbolbildung oder symbolischer Darstellung *repräsentiert* das Symbol das Objekt, aber es wird nicht mit ihm *gleichgesetzt*: Fremdes wird somit vertraut und Abwesendes denkbar (Kämpfer, 2001). Segal (1990, 1991) meint, dass es allerdings keinen Patienten gäbe, dessen Symbolbildung sich ausschließlich auf reifer symbolischer Ebene abspielt. Ebenso wenig ist sie der Meinung, dass die Symbolik der depressiven Position ganz frei von konkreten Elementen wäre. Symbolbildung strukturiert die innere Welt des Kindes und erlaubt eine zunehmende Unabhängigkeit von realen äußeren Objekten.

Innerhalb der Behandlungen von Patienten mit einer hyperkinetischen Störung wird vom Kinderpsychoanalytiker in der Gegenübertragung meist nur wenig Bildhaftes empfunden, und er kann in der Regel kaum Phantasien zum szenischen Geschehen entwickeln: Vieles mutet überwiegend konkretistisch an, das Assoziieren in der Gegenübertragung bleibt eingeschränkt, oft ist es, als werde das Phantasieleben des Therapeuten geradezu gelähmt. Dies macht deutlich, dass bei diesen Patienten schwere Symbolisierungsstörungen vorliegen. Fehlen Phantasien und Symbolisierungsmöglichkeiten, können Trennungen nicht bewältigt werden und eine affektive Bewältigung ist nur begrenzt möglich: Erst die Fähigkeit zum Symbolisieren – auf dem Boden von Mentalisierung – ermöglicht einen Aufschub von Affekten, ansonsten bleibt gemäß der Terminologie von Mahler (1985) eine „Affektinkontinenz“ erhalten. Die Leistungsmotorik bleibt dann grundlegend gestört und kann sich nicht weiterentwickeln. Die Ausdrucksmotilität äußert sich auch weiterhin in Gestalt von ungesteuerten hyperkinetischen Verhaltensweisen, weil die motilitätskontrollierende Funktion des Ichs beeinträchtigt bleibt. Affekte werden – wie beim kleinen Kind – motorisch in Form von Unruhe abgeführt: Eine symbolvermittelte Abfuhr und ein Aufschub von Affekten ist Kindern mit starker Bewegungsunruhe offensichtlich nicht möglich. Psychoanalytiker wie Winnicott, Bion sowie in neuerer Zeit Fonagy haben hierüber The-

orien entwickelt. Kinder mit Hyperaktivität haben neben Symbolisierungsstörungen in der Regel auch Spielstörungen. Sie erleben Spielen nicht symbolisch, nicht mehr überwiegend „als ob“ und in einem Zwischenbereich von Phantasie und Realität angesiedelt (Streeck-Fischer, 1997). Das Spiel kann dann leicht konkretistisch, real werden und blitzschnell aus der Kontrolle und in einen bitteren Ernst geraten. Es ist mit einem niederstrukturierten Traum zu vergleichen, ohne eine zugrunde liegende unbewusste Bedeutung, die über Deutung erschlossen werden kann.

Papoušek (2003) hat in den vergangenen Jahren in ihrer Münchner Sprechstunde für Schreibabys ein neues Syndrom bei Säuglingen und Kleinkindern bis zwei Jahren festgestellt: Spielunlust oder sogar eine Unfähigkeit zu spielen, gepaart mit chronischer Unruhe, Unzufriedenheit und gedrückten Stimmungen. Sie schreibt: „Im Kleinkindalter ist die Spielunlust besonders häufig mit Teufelskreisen assoziiert, bei denen das Kind durch Aufmerksamkeitsprobleme mit motorischer Umtrieblichkeit, geringer Ausdauer, raschem Aufgeben und Frustration bei geringfügigen Anforderungen im Spiel auffällt.“ (S.175). Papoušek hat festgestellt, dass diese Kinder häufig Mütter haben, die kein ausreichendes Gespür für strukturierende Rahmenbedingungen besitzen, die nicht selten überfordert und depressiv sind, oder über keine ausreichende Feinfühligkeit bei der dialogischen Abstimmung verfügen. Es ist davon auszugehen, dass bei den beobachteten Kleinkindern bereits Bindungsstörungen vorlagen, welche die erwähnten Regulations- und Spielstörungen nach sich gezogen haben. Es kann auch vermutet werden, dass bei den von Papoušek beschriebenen Kindern im Kleinkindalter eine ADHS diagnostiziert werden wird. In diesem Zusammenhang kann eine weitere Untersuchung zitiert werden, in welcher so genannte Schreibabys – exzessiv schreiende Säuglinge – im Alter von 8 Jahren nochmals untersucht wurden. Es konnte bei dieser Gruppe ein signifikant häufigeres Auftreten einer ADHS festgestellt werden (Wolke, Rizzo, Woods, 2002). Die anamnестischen Daten des Forschungsprojektes von Heinemann (2003) machten ebenfalls deutlich, dass bei über der Hälfte der Kinder bereits während der Schwangerschaft und Geburt sowie in der frühen Entwicklung Auffälligkeiten bestanden. Diese Symptome lassen vermuten, dass bei den in diesem Projekt untersuchten Kindern die frühe Mutter-Kind-Bindung sehr belastet war (Heinemann u. Hopf, 2006).

## **4 Hyperkinetische Störung, Symbolisierungs- und Spielstörungen bei mangelndem Containment – ein Fallbeispiel**

### **4.1 Falldarstellung**

In einer Supervision konnte ich eine Symbolisierungsstörung und deren Bewältigungsversuch über Containment der Therapeutin eindrücklich erleben: Eine niedergelassene Kollegin<sup>1</sup> supervidierte bei mir die Behandlung eines 11-jährigen Mädchens. Der

<sup>1</sup> Ich danke meiner Kollegin, Frau Ulrike Hadrich, ganz herzlich für die Überlassung des Fallmaterials.

untersuchende Arzt hatte eine ADHS mit einer ausgeprägten Bewegungsunruhe diagnostiziert. Manuela lebte bei ihrer Mutter sowie Stiefvater und fiel mit ihrem extremen oppositionellen Verhalten, Verweigern und Streiten auf und erntete überall Zorn und Ablehnung. Sie konnte auf Dauer keine Freundschaft halten, nach anfänglicher großer Hoffnung und Idealisierung fühlte sie sich schnell verachtet und verraten. In solchen Momenten verbündete sich die Mutter mit ihr und bestärkte sie darin, dass man sich auf niemanden verlassen könnte. Auch die Mutter löste Beziehungskonflikte zumeist mit Abbrüchen. Die Freundschaft zu Jungen und jungen Männern suchte Manuela über zudringliche, sexualisierte Anmache und wurde darum in Gruppen rasch ausgegrenzt.

Die Schwangerschaft war von der Mutter nicht erwünscht gewesen, und sie hatte das Kind immer abgelehnt. Verstärkt wurde dies durch eine Sehbehinderung, die seit Manuelas Geburt bestand und dem Kind ein leicht entstelltes Aussehen gab, was für die Mutter eine schwere narzisstische Kränkung bedeutete. Manuela hatte eine schlimme Kindheit gehabt, und es war früh zu massiven Beziehungsstörungen gekommen. Als Manuela schließlich auch in der Schule große Probleme bekommen hatte, war eine psychoanalytische Behandlung mit einer Frequenz von zwei Stunden pro Woche begonnen worden.

Zunehmend waren die Stunden schwieriger geworden, die Patientin wollte sich an keinerlei Rahmenbedingungen halten und zeigte immer häufiger unkontrollierte Affekte, die nur schwer ausgehalten werden konnten. Die Psychotherapeutin berichtete von einer Stunde mit ihrer Patientin wie folgt:

„Wir spielen im Puppenhaus. Es wird für zwei Familien aufgeteilt, eines ist ihre, die andere meine Familie. Zuerst verständigen sich die beiden Familien noch. Langsam entwickelt sich ein Streit, der immer mehr eskaliert und immer realer wird. Schließlich beginnt Manuela meinen Hausteil zu zerstören, und fängt an, Gegenstände des Puppenhauses wirklich kaputt zu machen, zu zerstören. Sie verlässt immer mehr die Spielebene und wird zunehmend von den ehemaligen „Spiel-Affekten“, Streit und Wut, ganz real überwältigt. Ich versuche, die symbolische Spielebene wieder zu erreichen, indem ich einen äußeren Beobachter einführe („wie meinst du, wie wird der Streit der Familien weitergehen?“). Aber mein Appell an ihr bewusstes Ich erreicht sie bereits nicht mehr. Ich bin inzwischen für sie, ganz real, längst die „böse Mutter“. Ich fühle mich ausgeliefert und völlig hilflos und ich bekomme Angst, sie könnte alles zerstören. Dann müssen wir die Stunde beenden, und sie geht wütend und türenknallend hinaus. In mir hinterlässt sie große Angst, sie könnte möglicherweise nicht wiederkommen.“

Die Therapeutin hatte in der Nacht vor der Supervision den folgenden Traum: „Ich stehe auf der Straße und sehe in einiger Entfernung mein Auto stehen. Manuela nähert sich dem Auto und macht sich am Fenster zu schaffen. Ich bekomme Angst, dass sie etwas Giftiges hineinsprüht (eventuell eine Flüssigkeit?) und dass sie meinen Kindern schaden könnte.“

Nach Traum und Supervision folgte eine Woche später die Anschlussstunde. „Manuela kommt gut gelaunt und freundlich in die Stunde und schlägt unvermittelt

vor: „Spielen wir wieder das mit der Familie?“ Das Spiel entwickelt sich wie in der vergangenen Stunde. Ihre Angriffe auf meinen Hausteil werden immer vehementer und realer. Ich versuche den Schaden zu begrenzen, baue immer wieder auf, versuche Frieden zu stiften und mich nicht entmutigen zu lassen. Aber es hilft alles nichts. Als ihre Attacken unerträglich werden, stelle ich mich mit dem Bauch schützend vor meinen angegriffenen Hausteil und sage: „Ich passe hier jetzt auf, dass nichts zerstört wird und dass alle dableiben können. Niemand wird rausgeschmissen!“ Tatsächlich kehrt Manuela daraufhin zur symbolischen Spielhandlung zurück.“

## 4.2 Psychodynamische Überlegungen

Drei Dinge aus dieser Behandlung sind bemerkenswert:

*Die Patientin besetzt konkretistisch Räume.* Wie in vielen anderen Therapiesequenzen von Patienten mit hyperkinetischer Störung, besetzt auch diese Patientin rücksichtslos Räume – diesmal eines Puppenhauses – und sucht deren Inhalte zu zerstören. Es ist zu vermuten, dass sie damit versucht, sich konkretistisch von schlechten Introjekten zu befreien und diese zu zerstören. Dabei wird sie übergriffig und entgrenzt. Sie sucht den Rahmen anzugreifen und zu zerstören. Die Welt der Objekte und Gegenstände ist symbolisch dem gleichgesetzt worden, was sie bedeuten.

*Das Spiel verliert seinen symbolischen Charakter und wird real.* Die schwere Symbolisierungsstörung der Patientin zeigt sich, als das Spiel plötzlich seinen „Als-Ob-Charakter“ verliert. Es sind zunächst noch Symbolisierungen zu erkennen, aber sie tragen nicht mehr, sondern brechen immer wieder weg. Sofort gerät das Spiel aus der Kontrolle und wird real. Dies hat erhebliche behandlungstechnische Konsequenzen, weil die Patientin nicht mehr erreichbar ist. Die Therapeutin trat nach Scheitern des Verbaldialogs mit ihr in einen Handlungsdialog (Klüwer, 1983), weil sie reale Destruktion nicht zulassen wollte.

*Die Therapeutin verarbeitet die übermäßige projektive Identifizierung in einem Traum.* Zwiebel (1977) ging davon aus, dass besonders schwere Persönlichkeitsstörungen eines Patienten archaische Reaktionsweisen beim Analytiker mobilisieren können und zu Gegenübertragungsträumen führen können (ebd., 57f.). Die Patientin hat Teile des Ichs projektiv-identifikatorisch ausgestoßen und in der Therapeutin „untergebracht“. Bezeichnenderweise kann diese von ihrer Patientin träumen, als sie ausreichende Distanz hat. Der Traum beschreibt, wie die Patientin flüssiges Gift ins Auto der Therapeutin sprüht. Wir gehen davon aus, dass die Therapeutin in diesem Traum wahrnimmt, wie die Patientin unintegrierte Beta-Elemente (Bion, 1990) in ihrem Körper unterbringen will und damit die inneren Objekte bedroht. Im Gegenübertragungstraum bekommt das Unausgesprochene der Stunden wieder Sinn zugeschrieben, über träumerische Reverie werden die Inhalte symbolisierungsfähig.

Sie haben die Therapeutin verändert. Jetzt konnte sie bewusst Ekel spüren und die Situation der Patientin als ungeliebtes Kind im Hier und Jetzt reflektieren.

In der Hyperaktivität werden Gegenstände unter der Vorherrschaft der Aggression konkretistisch verwendet und der Rahmen angegriffen. Die Giftattacke der Patientin könnte auch als Aggression gegen die Motorik (Auto) der Therapeutin verstanden werden. Ist der unbewusste Sinn der Giftattacke wie bei einem Schlangenangriff das Opfer zu lähmen, es bewegungsunfähig zu machen? In der Arbeit mit hyperaktiven Kindern fühlt man sich häufig wie gelähmt. Der Traum und die Supervision ermöglichten ein Verstehen und Entgiften der Gegenübertragung (Bion, 1990), die Therapeutin war anschließend zum „Nein“ fähig.

## 5 Sexualisierung und Aggressivierung vor dem Hintergrund von Geschlechterdifferenz

### 5.1 Theoretische Überlegungen

Auf die Assymetrie der Geschlechtsverteilung zugunsten der Jungen wurde bereits kurz eingegangen: Zur ambulanten psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms mit oder ohne Aufmerksamkeitsstörung kommt nur ein wesentlich geringerer Prozentsatz an Mädchen, weil diese weniger sozial auffällig werden: In meinen Statistiken als KBV-Gutachter im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie betrug das Verhältnis bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen übrigens 1:7. Es ist aufschlussreich, dass sich dieses Verhältnis auch bei Legasthenie und anderen Sprachstörungen in ähnlicher Weise zeigt: Offensichtlich ist die *Kommunikationsfähigkeit* von Jungen generell störanfälliger.

Motorik, Aggression und Sexualität, Lust an der Bewegung sind bei Jungen eng miteinander verknüpft. Jungen bewegen sich sogar mehr in ihren Träumen, haben häufiger Träume vom Fliegen und vom Schweben. (Hopf, 2005). Sie suchen das Risiko, die Angstlust und Grenzsituationen, überschätzen sich und unterschätzen Beziehungen. Das sind wenige Geschlechtsunterschiede, welche hier nur kurz gestreift werden können (Hopf, 1998; Heinemann u. Hopf, 2004).

Weil bei Jungen die Bewegungsfunktion deutlicher libidinös besetzt ist, ihnen jedoch häufig keine ausreichenden Möglichkeiten zur Regulation ihrer Affekte zur Verfügung stehen, machen sie aus dieser Not eine – vermeintliche – Tugend. Sie externalisieren Affekte bereits früh, sie beantworten innere Unruhe und depressive Ängste mit motorischer Unruhe und Getriebenheit: Das Symptombild der Depression bei Kindern unterscheidet sich darum zwischen Jungen und Mädchen. Depressionen kommen bei Jungen nicht etwa seltener vor, die depressiven Affekte werden nur häufiger von einem lärmenden aggressiven und unruhigen Agieren zugedeckt,

was – wie zuvor aufgezeigt – als „manische Abwehr“ bekannt ist, jedoch in der Regel als Hyperkinetische Störung diagnostiziert wird. Bekannt sind kleine Jungen, die anlässlich von Schwellensituationen, welche Trennung erforderlich machen, wie Kindergarten und Schule, unruhig und getrieben werden und nicht mehr still sitzen können. Ulrike Schmauch hat 1987 Kinder in einer Krabbelgruppe beobachtet und kam zu ähnlichen Ergebnissen: „Die Mädchen wurden im Laufe ihrer Entwicklung ‚mädchenhafter‘, in den offenen Äußerungen ihrer Aggression gehemmt, häufig depressiv ängstlich, und die Jungen ‚jungenhafter‘, nämlich oft aggressiv und grandios agierend.“ (S. 65)

Jungen werden häufiger an psychologischen Beratungsstellen vorgestellt, weil sie Sand in das soziale Getriebe tragen. Mit beginnendem Jugendalter ist sogar eine noch stärkere geschlechts- und altersspezifische Ausprägung von psychischen Erkrankungen zu beobachten. Männliche Jugendliche tendieren insgesamt deutlich mehr zu ausagierenden, sozial störenden Verhaltensformen mit vermehrten Aggressionen, Hyperaktivität und sozial abweichendem Verhalten; Mädchen leiden dagegen stärker unter psychosomatischen und neurotischen Verarbeitungsformen von Konflikten mit Neigung zu vermehrter Depression und Ängsten (vgl. auch Seiffge-Krenke, 1986, 2004). Mädchen machen den eigenen Körper zum Kampfplatz, Jungen den Schulhof (Hopf, 1998).

Der Vater unterstützt bekanntlich als triangulierendes Objekt die Loslösung und dient als ödipales Objekt der Identifikation. Über die physische und psychische Abwesenheit von Vätern, die Zunahme von Trennungen und die psychischen Folgen, existiert eine Fülle von Literatur (u. a. Rotmann, 1978; Stork, 1986; Dammasch, 2000; Schäberle, 2003; Dammasch u. Metzger, 2005).

Der Verlust des Vaters, nach Tod oder Trennung der Eltern, kann für den Jungen eine ganz besondere Bedrohung mit sich bringen. Er verliert auf diese Weise das Objekt, mit dem er sich hätte identifizieren können und welches ihn davor geschützt hätte, in eine inzestuöse Beziehung mit der Mutter zurückzufallen und – möglicherweise – seine Geschlechtsidentität zu verlieren. Jungen werden darum oft „herrisch“ und großspurig, sie zeigen nicht selten ein machohaftes, aggressives und sexualisiertes Verhalten: Es fehlt ihnen an der Gelegenheit, sich mit einem realen Mann zu identifizieren – auch mit seinen Schwächen. Sie entwickeln darum ein hyperphallisches, übertrieben „männliches“ Verhalten, um sich ausreichend von ihren Müttern abzugrenzen. Bewegungsunruhe ist also auch eine Form von Aggressivierung, die den Individuationskonflikt mit der Mutter über Fortbewegungsimpulse ausdrückt. Fehlt der Vater als Triangulierungsobjekt, ist der Junge hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, mit der Mutter narzisstisch zu verkleben und sich andererseits zu individualisieren; er zappelt gleichsam am Angelhaken und sucht sich gewaltsam zu befreien (Heinemann u. Hopf, 2004). Jungen bewegen sich mehr, Mädchen hingegen *träumen* häufiger vom Reiten und zeigen schon früh ein intensiveres Spielverhalten im Kindergarten. *Sie scheinen die Fähigkeit zur Mentalisierung und Symbolisierung leichter zu erreichen.*

## 5.2 Falldarstellung

Ich möchte im Weiteren zu den vorherigen theoretischen Überlegungen zu inzestuöser Nähe, Angst und hyperphallischer Entwicklung eine weitere kleine Fallsequenz vorstellen. Ein sechsjähriger Junge wurde mir zur Behandlung mit der Diagnose F90.1, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, überwiesen.

### 5.2.1 Erstgespräch mit der Mutter

Die Mutter welche zum Erstgespräch kam, wirkte eigenartig, befremdlich. Einerseits erlebte ich sie starr und zwanghaft, emotional kaum spürbar. Ihre Stimme klang eintönig und schwang affektiv kaum mit. Frau F. breitete eine Fülle von Notizen vor sich aus, blätterte in Tagebüchern und schrieb gleichzeitig meine Bemerkungen mit. Sie suchte offensichtlich Halt in Formalitäten und Regeln. Andererseits wirkte sie übergriffig und eindringend: Sie oszillierte zwischen kühler Distanziertheit und bedrängender Nähe.

Frau F. war eine hübsche, schwarzhaarige Frau. Sie war als Deutsche in einer östlichen Diktatur geboren und aufgewachsen, was vermutlich Einfluss auf ihre Struktur genommen hatte. Mit 24 Jahren war sie nach Deutschland gekommen und hatte hier ihr Sprachenstudium fortgesetzt, es allerdings nie abgeschlossen. Sie lernte nach zwei Jahren einen etwas älteren Akademiker kennen, wurde von ihm schwanger und heiratete den Vater des Kindes. Es entwickelte sich jedoch rasch eine spannungsreiche Beziehung, der Ehemann betrog sie, zog aus, zog wieder ein. Zwei Jahre nach Geburt der Tochter wurde Daniel als „Versöhnungskind“ geboren. Drei Monate danach starb der Großvater mütterlicherseits. Als Daniel sechs Monate alt war, zog der Vater wiederum aus. Nach einem halben Jahr kehrte er wieder zurück, die Familie zog wegen beruflicher Gründe des Vaters ins Ausland, nach zwei Jahren wieder zurück nach Deutschland. Als Daniel vier Jahre alt war, verließ der Vater die Familie endgültig und zog zu einer anderen Frau. Daniel hatte unstillbare Sehnsucht nach ihm. Die gekränkte Mutter suchte jedoch alle Kontakte zu ihm zu unterbinden, was einen erbarmungslosen Scheidungskrieg nach sich zog.

Die frühe Entwicklung des Jungen wurde von der Mutter als unauffällig beschrieben. Mittlerweile war es jedoch zu großen Schwierigkeiten gekommen. Daniel klammerte an die Mutter und konnte sich nicht von ihr trennen. Nachts wollte er in ihr Bett, schlief schließlich nur mit Licht in seinem Zimmer. Tagsüber hingegen war er laut, unruhig und hektisch, überrannte alle Grenzen. Zeitweise hätte er auch einen Schnüffeltic gehabt, der allerdings wieder verschwunden sei.

Daniel wurde altersgerecht eingeschult. Schon nach wenigen Tagen kam es zu großen Problemen. Er blieb nicht an seinem Platz sitzen, wirkte getrieben und unruhig, konnte sich auf nichts konzentrieren und boykottierte zudem Arbeitsanweisungen. Er begann herumzukaspern und sich vor seinen Mitschülern aufzuspielen. Er steckte Stifte in seine Ohren, grimassierte, hüpfte herum. In den Pausen kam es zu ersten Auseinandersetzungen mit Mitschülern sowie Aufsicht führenden Lehrern. Bitten

und Ermahnungen ignorierte er. Strafen führten auch zu keinen Veränderungen. Daniel verweigerte während des Unterrichts Leistungen. Hausaufgaben fertigte er natürlich auch keine an. Die Mutter wurde immer wieder in die Schule bestellt. Daniel wurde schließlich – wegen „sozialer Schulunreife“ – ausgeschult.

Als die Mutter im Erstgespräch detailliert über alle jene Probleme berichtete, zeigte sie sich zum ersten Mal bewegt und weinte sogar ein wenig. Täglich gäbe es „Krieg“ zwischen ihnen, weil Daniel – der inzwischen altershalber wieder eingeschult worden war – seine Hausaufgaben wieder nicht machen wollte. Ständig läge er auch im Streit mit der älteren Schwester. Der Junge müsse ununterbrochen ermahnt werden und würde inzwischen mit heftiger Wut reagieren. In letzter Zeit hätte er überdies begonnen, Sachen zu zerstören oder aus nichtigen Gründen auf die Schwester einzuschlagen. Beispielsweise hätte er in verschiedene Türen Löcher gebohrt, worüber er sich zu freuen schien. Unerträglich fände sie zudem, dass der Junge so großspurig und überheblich daherreden würde. Auch verwende er übelste sexuelle Ausdrücke, was sie besonders störte. Er wäre ein richtiger kleiner „Macho“. Sie könnte sich das auffällige Verhalten des Jungen nicht erklären. Sie berichtete auch, wie sich der Junge beim Essen verhalten würde. Er werfe mit Nahrung um sich, kippe mit dem Stuhl und provoziere laufend. Ich fragte sie, warum sie sich das denn gefallen lasse, warum sie kein klares „Nein“ ausspräche. Darauf meinte sie, dass das doch Liebesentzug wäre. Es hätte ihm nie an Liebe gefehlt. Immer sei sie bei ihm gewesen und hätte sich ausschließlich um ihn gekümmert. Überhaupt nicht passen würde zu seinem sonstigen Gebaren, dass Daniel sich nicht von ihr trennen könnte, nachts Angst hätte, alleine zu schlafen und sie immer in seiner Nähe wissen wolle. Daniel bekam übrigens, trotz Verordnung, kein Methylphenidat, weil die Mutter alle Eingriffe, welche sie nicht einschätzen und kontrollieren konnte, fürchtete. So durften die Kinder auch nie in die Sonne, weil sie Angst hatte, es könnten sich bei ihnen Melanome entwickeln. Die Familie war eine „Festung“, die vor Angriffen von außen schützen sollte.

## 5.2.2 Die erste Stunde mit dem Patienten

Daniel war ein hübscher, dunkelhaariger Junge mit leicht femininen Zügen. Er sah seiner Mutter ähnlich, und er wirkte auf den ersten Blick aufgeweckt und intelligent. Allerdings fiel auf, dass er nur schwer Blickkontakt aufnehmen und halten konnte. Er war motorisch unruhig, aufgedreht und löste in der Gegenübertragung spontan Vorsicht aus – er war unberechenbar.

Er wirkte kindlich und erwachsen sowie sanftmütig und sadistisch zugleich. In prahlerischer Weise erzählte er, was er alles könnte und schon an wichtigen Dingen mit seinem Vater bewerkstelligt hätte. Realität und Phantasien gingen dabei ineinander über und schienen ungetrennt. Ich spürte Brüchigkeit und ahnte, dass seine Größenphantasien, seine forcierte „Männlichkeit“ die zugrunde liegende Selbstunsicherheit zudecken mussten. Er fragte mich, wie lange er zu mir kommen dürfte und dass er das sehr schön

fände. Zur selben Zeit zielte er blitzartig mit dem gespannten Bogen auf mich. Ich erschrak natürlich, wurde ärgerlich und sagte ihm, dass ich selbstverständlich nicht wollte, dass wir uns hier möglicherweise verletzen könnten, um von Anfang an stabile und haltende Rahmenbedingungen auszuhandeln. Gleichzeitig meinte ich, dass er es vielleicht nicht nur schön finden würde, jetzt regelmäßig zu mir zu kommen, sondern dass es ihn vielleicht auch ärgern würde, dass über ihn bestimmt würde. Daniel begann daraufhin Sand aus dem Sandkasten zu werfen. Ich betonte wiederum, dass ich nicht wollte, dass er Dinge täte, welche mich lediglich ärgern würden. Blitzartig fragte Daniel, „ob er mir in die Eier treten dürfe“. Diese aggressive und wiederum völlig unerwartete Distanzlosigkeit erschreckte mich, und die Entwertung machte mich zudem wütend. Uprötzlich rannte Daniel aufs WC, kam nach wenigen Minuten wieder und packte eine Tasche aus. Gierig trank er aus einer Flasche und aß hinterher Birnenschnitze, welche ihm seine Mutter sorgfältig vorbereitet hatte. Dann wollte er ein Spielzeugauto mit nach Hause nehmen. Das nahm ich zum Anlass, ihm zu erklären, dass die Dinge aus dem Spielzimmer hier bleiben würden und warum das so gut wäre. Ich spürte, dass sich Daniel nur unterwarf, allerdings nichts eingesehen hatte. Im Anschluss an die Stunde holte Frau F. Daniel ab und führte ihn an der Hand zum Auto.

### 5.2.3 Interpretation

Daniels Mutter, die ich im Erstkontakt erlebte, war eine selbstunsichere, zwanghafte Frau mit vielfältigen Ambivalenzen. Ich erlebte sie depressiv und wenig halt gebend. Sie fühlte sich vereinsamt mit ihren Kindern und sehnte sich nach Nähe zu einem Mann. Andererseits sah sie sich einer kalten, feindseligen Welt gegenüber und von außen bedroht, natürlich auch von Daniel. Während des Gesprächs hatte sie Angst, aus dem Erleben heraus zu berichten und hielt sich an ihren Aufzeichnungen geradezu fest. Jede Rückfrage meinerseits erschreckte sie und verstärkte ihr zwanghaftes Verhalten. Sie hatte offensichtlich Angst, sich auf ihre Gefühle zu verlassen, was Daniel von früh an irritiert hatte, so dass er keine ausreichend sichere Basis für eine einigermaßen ungestörte Entwicklung, Symbolisierung und Mentalisierung fand. Frau F. hatte aber auch kein ausreichendes Gespür für Distanz und Nähe, wie bereits im Erstgespräch spürbar wurde. Aus diesem Grunde waren ihr keine deutlichen Grenzsetzungen, kein eindeutig abgrenzendes und strukturierendes „Nein“ möglich gewesen: Dies wurde deutlich, als sie beispielsweise berichtete, wie der Junge sich beim Essen verhalten würde. Daniels unruhiges, hyperkinetisches Verhalten war also auch – wie bereits zuvor ausgeführt – der Versuch einer Selbst-Objekt-Abgrenzung, weil die Individuation misslungen war.

Zwar hatte die Mutter Daniels frühe Entwicklung als „unauffällig“ beschrieben. Die Angabe der Mutter, Daniel wäre von beiden Eltern gewollt gewesen, blieb allerdings widersprüchlich. Ich vermutete, dass Daniel die damals schon brüchige Beziehung kitten sollte. Seine frühe Entwicklung erfolgte in einem spannungsreichen und von Beziehungsabbrüchen geprägten Raum. Die Eltern stritten, trennten sich, zogen wieder zusammen und trennten sich endgültig. Die vielfachen Trennungen hatten

sich vermutlich zusätzlich traumatisierend ausgewirkt und noch zur Lähmung des Phantasieerlebens und Störung der Symbolbildung geführt. Der Vater war meist abwesend. War er anwesend, so war er es nicht in einem psychischen Sinne.

Tatsächlich war die erste Stunde mit Daniel ein Spiegel jener Konflikte mit der Mutter und dem abwesenden Vater. Die Unruhe des Jungen, seine aggressiven Attacken gegen die Mutter, seine Grenzüberschreitungen und Provokationen müssen als sein Versuch gewertet werden, sich aus der mütterlichen Umklammerung zu befreien. Die Blitzartigkeit mit welcher seine Attacken abliefen, ließen erkennen, wie ängstigend und unberechenbar er die Mutter mit ihrem Eindringen und ihrer abrupten Distanzierung erlebt hatte. Dabei zeigte Daniel Unvermögen einzuschätzen, was sein Verhalten bei anderen Menschen auslöste. Er war zudem ein trennungsängstliches Kind mit Dunkelheitsängsten. Es hatten sich keine adäquaten internalisierten Objektrepräsentanzen gebildet, oder sie waren wieder zerstört worden. Es war jedoch auch keinerlei Respekt, keine Schamangst und vor allem keine Realangst bei ihm zu erkennen.

Das sexualisierte Verhalten des Jungen zeigte einerseits, dass ihn die übergroße Nähe zur Mutter stimuliert hatte. Andererseits sah er sich auch in seiner männlichen Entwicklung bedroht (feminine Identifikation), so dass er Kastrationsängste abzuwehren versuchte („Darf ich Dir in die Eier treten...“). Seine Sehnsucht nach Nähe und Verschmelzung, nach Geborgenheit und Sicherheit hatte offensichtlich heftige Angst und in der Folge Wut ausgelöst, dass er auf diese Weise wieder abhängig würde. Es war die gleiche Situation wie zu Hause mit der Mutter und die gleiche, wie in der Schule mit der Lehrerin, welche sich in dieser Behandlungssequenz abbildete. Um nicht wieder regressives Kleinkind zu werden, entwickelte Daniel – auch wegen des psychisch fehlenden Vaters – ein hyperphallisches Verhalten: Die entwicklungsadäquate Phallizität hypertrophierte, auch um sich wieder von der Mutter zu „entidentifizieren“.

Das hyperphallische Verhalten des Jungen war von manischer Abwehr „unterfüttert“: Allmachtsgefühle führten zu ständigen Großsprechereien, welche auf Verleugnung beruhten. Daniel tendierte zu Idealisierungen, die jedoch sofort zusammenbrechen konnten. Er suchte dann das Objekt zu entwerten, verächtlich zu machen und es auf diese Weise zu kontrollieren, was ihm sadistischen Triumph bereitete, der in der Gegenübertragung nur schwer aushaltbar war. Ständig mussten Racheimpulse kontrolliert werden.

## 5.2.4 Zentraler Konflikt

Daniel fühlte sich von seiner Mutter angezogen und weggestoßen, was die Individuation verhinderte. Die stimulierende Nähe der Mutter wurde nicht gemildert, weil der Vater zur männlichen Identifikation ausfiel. Ängste vor Verlust seiner Männlichkeit wurden über hyperphallisches Verhalten abgewehrt, Sexualisierung und Aggressivierung verschafften Daniel Abgrenzung zur Mutter und wandten die Aggression nach außen. Meine Diagnose aus psychoanalytischer Sicht formulierte ich: Hyperkinetische Symptomatik – die auch der Selbst- und Objektabgrenzung dient

– mit Sexualisierung und Inzestängsten. Störung auf mittlerem Strukturniveau mit borderlineähnlichen Tendenzen.

### 5.2.5 Überlegungen zum Behandlungsverlauf – Hass in der Gegenübertragung

Ich habe diese Behandlung eines hyperkinetischen Kindes als eine meiner schwersten überhaupt erlebt, weil sie mich an die Grenzen meiner Möglichkeiten brachte. Ich musste fortdauernd zweierlei tun. Ich musste versuchen, den bedrohlichen, unberechenbaren Attacken des Jungen standzuhalten, musste überleben und durfte nicht in Angst oder einen chronischen Hass mit überflutenden Racheimpulsen verfallen. Und ich musste mit Daniel immerfort aushaltbare Rahmenbedingungen aushandeln, damit unsere Beziehung überlebte. Ich war im ständigen Zweifel, ein ausreichend guter Therapeut zu sein und nicht überwiegend das Falsche zu tun. Ich geriet ununterbrochen in Situationen, von denen ich glaubte, sie nicht behandlungstechnisch bewältigen zu können. Ich halte die Problematik der Gegenübertragung für das größte behandlungstechnische Risiko in der Behandlung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen. Weil sie die Behandler konkretistisch und unvermittelt attackieren können, geraten diese in eine ähnliche Situation wie ihre Patienten. Sie meinen, eigene Affekte nicht mehr in sich halten zu können und beginnen zu agieren. Meiner Erfahrung nach sollten solch komplexe Behandlungen – vor allem – in Gruppen supervidiert werden, in denen Therapeuten sich gegenseitig entlasten.

## 6 Was ist zu tun, wenn sich Kinder an keine Rahmenbedingungen halten wollen?

Wie weit sich ein Kinderanalytiker in die Behandlungsszenen einlässt, hängt unter anderem von seiner Fähigkeit ab, aushalten zu können. Bei manchen Therapeuten ist diese Grenze rasch erreicht, wenn sie das tobende Kind ununterbrochen maßregeln und die Rolle eines sadistischen Über-Ichs übernehmen. Das andere Extrem wäre ein masochistisches Gewährenlassen und Ertragen: Ein Kollege ließ sich einmal fesseln und verbrachte eine ganze Behandlungsstunde in hilfloser Lage. Die Gefahr des sadistischen Machtkampfes ist bei Behandlungen von Kindern mit Persönlichkeitsstörungen immer gegeben. Es ist also auch in diesen Bereichen wichtig, mit dem Patienten klare Bedingungen auszuhandeln und abzusprechen.

Werden der ich-psychologischen Deutungstechnik aus heutiger Sicht auch gewisse Einseitigkeiten unterstellt, insbesondere eine Vernachlässigung des Beziehungsaspektes, der Übertragung und vor allem der Gegenübertragung, so fasziniert immer noch, wie übersichtlich die Behandlungstechnik dargestellt und diskutiert wurde, nebst den notwendigen Einschränkungen bei aggressiven Durchbrüchen eines Patienten.

Damals wurden bei aggressiven Attacken kleinere Kinder festgehalten, gefährliche Spielzeuge wurden aus dem Behandlungszimmer entfernt, etc. Dem Patienten wur-

den Einschränkungen auferlegt, um ihn selbst, den Therapeuten und die Umwelt zu schützen. Dies geschah mit der deutlichen Absicht, dass das Kind nicht ängstlich werden und sich danach schuldig fühlen sollte. Und die Kinder wurden ermutigt, das unbewusste Material durch Phantasiespiele oder verbal darzustellen und es nicht zu agieren. Hierzu meinte A. Freud unmissverständlich (Sandler, Kennedy, Tyson, 1982, S. 230): „In der frühen Geschichte der Kinderanalyse glaubte man, dass das Agieren und besonders die Freisetzung von Aggressionen an sich schon einen therapeutischen Wert hätten. Heutzutage hört man das gelegentlich noch in dem Gedanken ausgedrückt, dass man dem Kind in seinem Verhalten einen großen Spielraum geben müsse, weil sich das, was unbewusst ist, im freien Ausdruck deutlicher zeigen werde. Dem ist nicht so. Im Gegenteil, das analytische Material wird verdunkelt und verändert, wenn der Analytiker auf diese Weise massive Regression gestattet“. Nach Meinung A. Freuds ist es für kleine Kinder – es ging hier um einen Dreijährigen – durchaus altersgerecht, wenn nötig, von einem Erwachsenen gehalten zu werden. Einschränkungen sollten jedoch immer von Verbalisierungen und Deutungen begleitet werden; dann könnte eine Deutung durchaus wirksam werden, obwohl das Kind gleichzeitig körperlich zurückgehalten wird. Es sollte auch eine klare Unterscheidung getroffen werden zwischen Einschränkungen, die sich im Laufe der Analyse als nötig erweisen, und einer sogenannten Disziplin, der das Kind unterworfen wird.

Dies geschah in einer Zeit, so müssen wir feststellen, in der Scham- und Respektlosigkeiten noch nicht zur Tagesordnung gehörten wie heutzutage. Ich denke, dass es auch heute noch gemeinsamer Nenner aller Behandlungstechniken ist, dass destruktive Impulse, also konkretistische Destruktionen begrenzt werden müssen. Grenzsetzungen sind Strukturierungsmaßnahmen. Sie geben der Therapeut-Kind-Beziehung einen sicheren Rahmen, und sie entlasten den Patienten von möglichen Schuldgefühlen. Wer Kinder mit schweren externalisierenden Störungen in ambulante Psychotherapie nimmt, wird den Umgang mit destruktiven Aktionen immer wieder bedenken müssen.

## 7 Zur Behandlungstechnik von externalisierenden Störungen

Externalisierende Störungsbilder (hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) gehören mittlerweile zu den am häufigsten diagnostizierten Auffälligkeiten bei männlichen Kindern und Jugendlichen. Über stationäre Arbeit mit jenen Kindern und Jugendlichen hat Streeck-Fischer ausführlich gearbeitet und die Rahmenbedingungen dargestellt (2006, 2007). Innerhalb von ambulanten psychoanalytischen Therapien erfordern diese Patienten eine modifizierte Behandlungstechnik, weil sich zentrale Probleme ergeben: Kinder mit jenen Störungsbildern haben neben Symbolisierungsstörungen in der Regel auch Spielstörungen. Sie erleben Spielen nicht symbolisch, nicht mehr überwiegend „als ob“ und in einem Zwischenbereich von Phantasie und Realität angesiedelt. Das Spiel kann leicht konkretistisch, real werden und blitzschnell aus der Kontrolle geraten. Kinder und Jugendliche mit

externalisierenden Störungen greifen zudem Rahmenbedingungen ständig an und suchen sie zu zerstören. Verbale Interventionen erreichen die Patienten oft nicht. Die Gegenübertragungen sind nur schwer auszuhalten und zu kontrollieren.

In Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen konnte ich feststellen, dass Behandlungen von Patienten mit schweren Mentalisierungs-, Symbolisierungsstörungen und strukturellen Defiziten, Therapeuten oft an ihre Grenzen bringen können. Es stellen sich sogar gelegentlich Zweifel ein, ob diese schwer gestörten Patienten mit ambulanten Therapien überhaupt erreichbar sind, oder ob nicht stationäre Psychotherapie das Mittel der Wahl sein müsste. In der Tat müssen neue Behandlungswege gefunden werden, um bei solch massiven Externalisierungen erträgliche Rahmenbedingungen auszuhandeln und eine psychoanalytische Situation herzustellen, in der sowohl Analytiker als auch Patient überleben können.

Es können zwei zentrale Positionen innerhalb der Psychoanalyse und ihren Schulen beschrieben werden: Arbeit an Beziehung und Übertragung, sowie Arbeit an Struktur und Rahmen. Anne Alvarez (2001) hat mit dem folgenden Zitat eine schöne Brücke zwischen den beiden Polaritäten geschlagen: „Mutiges und aufnahmebereites Zuhören, aber auch eine feste, nicht zu stark masochistische Einstellung gegenüber den vielleicht furchtbaren Projektionen des Kindes – d. h. gegenüber dem verzweifelten Bedürfnis des Kindes, uns das anzutun, was seinem Gefühl nach ihm angetan wurde – scheinen in der Tat zu helfen“ (S. 21). Alvarez betont aber auch, dass Verlässlichkeit, Regelmäßigkeit des Settings und eine feste Struktur der psychoanalytischen Technik erst Entwicklung von psychischer Struktur ermöglichen. Das bedeutet, dass ein produktiver Prozess *immer* eines stabilen Rahmens bedarf, damit Beziehungen internalisiert werden können (Hopf, 2006).

In der aktuellen kideranalytischen Literatur werden immer noch selten Fragen zur Behandlungstechnik bei ambulanten Psychotherapien von *externalisierenden Störungen*, also von hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, diskutiert. In der Vergangenheit waren es vor allem Autoren, die Erfahrungen mit traumatisierten Kindern und dissozialen Patienten hatten, wie etwa Diepold (1995), Bettelheim (1997), Cohen (2004), Alvarez (2001), Hurry (2002, 2004), Rauchfleisch (2003) und Streeck-Fischer (2006). Ein entwicklungsorientierter psychodynamischer Ansatz, der sich auf neuere Entwicklungen aus der Säuglings-, Bindungs- und biomedizinischen Forschung bezieht, wird am Beispiel einer Einzeltherapie von Fricke und Streeck-Fischer (2006) ausführlich dargestellt.

Ein rein verbaler deutender Umgang ist anfänglich oft nicht möglich, weil Objekte und reale Machtverhältnisse von den Patienten nicht ausreichend wahrgenommen werden können. Anregungen, wie mit modifizierter Technik kideranalytisch gearbeitet werden kann, erfolgten von verschiedenen Seiten. A. Freud hat bereits mehrere Kategorien unterschieden, Entwicklungsstörungen, infantile Neurosen samt deren Abart, zu denen sie die „Verwahrlosungserscheinungen, Ichregressionen und Persönlichkeitsstörungen“ zählte (1971, 195 f.). Hurry hat vor dem Hintergrund der Arbeiten von A. Freud, Winnicott sowie der Säuglingsforschung ihr Konzept vom Analytiker als Entwicklungsobjekt

ausgearbeitet, indem sie Psychoanalyse als eine Entwicklungstherapie betrachtet, „in der sich Deutung und Beziehung untrennbar ineinander verweben“ (2004, S. 3).

Gelingt es dem Analytiker, diese Patienten „bei der Stange zu halten“ (letztendlich „auszuhalten“), sind gemäß Fonagy und Target die Behandlungserfolge so gut wie bei Kindern mit neurotischen Störungen, allerdings bei möglichst intensiver Frequenz, am besten mindestens dreistündig. Deutungen, welche Einsicht fördern sollen, scheinen bei diesen Kindern nur von begrenztem Wert zu sein. Patienten dieser Gruppe fehlte, zumindest hin und wieder, die Fähigkeit, den Anderen und sich selbst als Wesen mit geistig-seelischen Zuständen zu begreifen, und sie sind nur bedingt zu symbolischem und kreativem Denken fähig. Die Summe dieser Fähigkeiten nennen die beiden Autoren bekanntlich Mentalisierung; sie befähigt den Mensch, das Verhalten seiner Mitmenschen zu verstehen und sich Vorstellungen über deren Einstellungen oder Absichten zu machen.

Festzuhalten ist: Werden bei einem Krankheitsbild zugrunde liegende spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte erkannt und beschrieben, sind aufdeckende psychodynamische Verfahren indiziert, um diese Konflikte aufzuarbeiten. Gehen wir, wie in diesem Beitrag dargestellt, davon aus, dass bei der Entstehung einer ADHS Störungen der Beziehung im Vordergrund stehen, so sind Therapiemethoden adäquat, die mit und an der Beziehung arbeiten.

## Literatur

- Alvarez, A. (2001). Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Amft, H. (2004). Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In H. Amft, M. Gerspach, D. Mattner (Hrsg.), Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amft, H. (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, G. Hüther (Hrsg.), ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bettelheim, B. (1997). Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. R. (1990). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brandau, H., Pretis, M., Kaschnitz, W. (2003). ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München: Ernst Reinhardt.
- Brisch, K.-H. (2002). Bindung – Trauma – Desorganisation und ADHD. Beiträge der Bindungsforschung zum Verständnis der ADHD. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), Unruhige und unaufmerksame Kinder. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Bovensiepen, G. (2002). Epilog. In G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), Unruhige und unaufmerksame Kinder. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Bovensiepen, G., Hopf, H., Molitor, G. (Hrsg.) (2002). Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2006). Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Deutsches Ärzteblatt. PP, Heft 1. Januar 2006.
- Cohen, Y. (2004). Das misshandelte Kind. Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Damasch, F. (2000). Die innere Erlebniswelt von Kindern alleinerziehender Mütter. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Damasch, F., Metzger, H.-G. (Hrsg.) (2005). Die Bedeutung des Vaters. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Diepold, B. (1995). Zur Theorie und Therapie von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*, 44, 270-279.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band I. Göttingen: Hogrefe.
- Ermann, M. (2004). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). Mentalisation und sich ändernde Ziele der Psychoanalyse. *Kinderanalyse*, 9, 229-244.
- Freud, A. (1971). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Ernst Klett.
- Fricke, B., Streeck-Fischer, A. (2006). „Bei den Seepferdchen bekommen die Väter die Kinder“: Verwirrende Realitäten bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Entwicklungsorientierte Psychotherapie am Beispiel eines Kindes mit einer komplexen Entwicklungsstörung. *Psychotherapeut*, 51, 91-98.
- Fromm, E. (1974). Anatomie der menschlichen Destruktivität. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Gehde, E., Emrich, H. E. (1998). Kontext und Bedeutung: Psychobiologie der Subjektivität im Hinblick auf psychoanalytische Theoriebildungen. *Psyche*, 52, 963-1003.
- Heinemann, E., Hopf, H. (2004). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann, E. (2003). ADS mit und ohne Hyperaktivität bei Jungen und Mädchen – ein psychoanalytisches Forschungsprojekt zur Genderforschung. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 117, 25-41.
- Heinemann, E., Hopf, H. (2006). ADHS. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hopf, H. (1998). Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hopf, H. (2005). Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. In H. Hopf (Hrsg.), Traum, Aggression und heilende Beziehung. Frankfurt am Main: Edition Deja vu.
- Hopf, H. (2006). Psychoanalyse von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Band V, Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Hurry, A. (2002). Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Hurry, A. (2004). Die Analytikerin als Entwicklungsobjekt. Vortrag auf der 51. Jahrestagung der VAKJP in Berlin am 30.4.2004.

- Hüther, G. (2004). Woher kommt die Lust am Lernen? Neurobiologische Grundlagen intrinsisch und extrinsisch motivierter Lernprozesse. In F. Dammasch, D. Katzenbach (Hrsg.), Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen (S. 17-32). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Kämpfer, H. (2001). „Vom Juckpulversaft werden die Beine grau“. *Symbolische Erfahrungen in der Therapie. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 109, 25-41.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. In S. O. Hoffmann (Hrsg.), *Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main.
- Knölker, U., Mattejat, F., Schulte-Markwort, M. (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch* (2. Aufl.). Bremen: UNI-MED.
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.) (2006). *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mahler, M. (1985). Tics und Triebdurchbrüche bei Kindern. In *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Nissen, G. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Papoušek, M. (2003). Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In M. Papoušek, A. von Gontard (Hrsg.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakeley, T., Baker, W. L., Vigilante, D. (1998). Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und gebrauchtsabhängige Entwicklung des Gehirns: Wie Zustände zu Eigenschaften werden. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 99, 277-207.
- Rauchfleisch, U. (2003). Psychotherapie mit aggressiven, dissozialen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In E. Heinemann, U. Rauchfleisch, T. Grüttner (2003). *Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse und Pädagogik in Schule, Heim und Therapie*. Düsseldorf.
- Rotmann, M. (1978). Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungs-Phase“. *Psyche*, 32, 1105-1147.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sandler, J., Kennedy, H., Tyson, R. L. (1982). *Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Schäberle, H. (2003). Gedanken zur Verleugnung der Väterlichkeit. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 117, 61-76.
- Segal, H. (1990). Bemerkungen zur Symbolbildung. In E. Bott Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute*, Band 1. München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Segal, H. (1991). *Traum, Phantasie und Kunst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (1986). *Psychoanalytische Therapie Jugendlicher*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2004). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*. Berlin: Springer.
- Stork, J. (1986). Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Stork, J. (1993). Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse*, 2, 203-230.
- Streeck-Fischer, A. (1997). Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal*, 13, 1-18.

- Streeck-Fischer, A. (2006a). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2006b). Stationäre Psychotherapie. In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Band V, Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- van der Kolk, B. A. (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat, 47, 19-35.
- von Lüpke, H. (2001). Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In M. Passolt (Hrsg), Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt.
- Wolke, D., Rizzo, P., Woods, S. (2002). Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. Pediatrics, 109, 1054-1060.
- Zwiebel, R. (1977). Der Analytiker träumt von seinem Patienten. Gibt es typische Gegenübertragungs-Träume? Psyche, 31, 43-59.

**Korrespondenzadresse:** Dr. Hans Hopf, Seebachweg 14, 74395 Mundelsheim;  
E-Mail: [dr.hans.hopf@t-online.de](mailto:dr.hans.hopf@t-online.de)