

Häußler, Gabriele

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 6, S. 454-465



Quellenangabe/ Citation:

Häußler, Gabriele: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 6, S. 454-465 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-9304 - DOI: 10.25656/01:930

<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-9304>

<http://dx.doi.org/10.25656/01:930>

in Kooperation mit / in cooperation with:



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

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

51. Jahrgang 2002

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht

Gabriele Häußler

Summary

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view

This paper assumes a psychodynamic background to ADHD, in other words, various syndromes many of which are diagnosed as ADHD are caused and maintained by inner conflicts. This assumption is based primarily on theories of well-known psychoanalysts who started working on symptoms forming the basis of an ADHD-diagnosis at an early point of research, secondarily on psychoanalytic theories which became widely known in recent years. The author emphasizes psychodynamic and interactive aspects, whereas the symptoms underlying ADHD are marginalized. Furthermore she comments on the latest neurobiological research results, and on the one-sided tendency of psychostimulant administration combined or not with behavioural therapy and its social function concerning comprehensive the interaction between patient, parents and therapists. Finally a more comprehensive and integrative approach is proposed.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird davon ausgegangen, daß dem ADHS ein psychischer Hintergrund zugrunde liegt, der von einem psychischen Konflikt hervorgerufen und aufrecht erhalten wird. Dies wird anhand von Theorien bekannter Psychoanalytiker-Persönlichkeiten verschiedener analytischer Schulrichtungen aufgezeigt, die sich sehr früh mit den dem ADHS zugrundeliegenden Symptomen beschäftigt haben, aber auch anhand von Theorien der in den letzten Jahren durch Stellungnahmen zu diesem Störungsbild aktuell bekannt gewordenen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker. So stehen im Mittelpunkt der Ausführungen nicht die symptomatischen Auffälligkeiten des ADHS, sondern die innere Konflikt- und Erlebniswelt des Kindes und seiner Eltern und deren wechselseitige Beziehungen zueinander. Dabei wird auch zur Dynamik zwischen Eltern und Helfern und ihrer Beziehung zu ADHS und der damit verbundenen besorgniserregenden Tendenz, diese Störung einseitig mit Verhaltenstherapie und Stimulanzienbehandlung zu therapieren, Stellung bezogen, wie auch zur neueren neurobiologischen Forschung. Für eine ganzheitliche Betrachtungsweise wird abschließend plädiert.

1 Einleitung

Es gibt kaum ein Krankheitsbild, das die Differenzen unter den helfenden Berufen für Kinder und Jugendliche, insbesondere unter Ärzten und Psychotherapeuten, derart zugespitzt hat, wie das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, im folgenden der Einfachheit halber als ADHS bezeichnet. Bei keinem anderen Krankheitsbild haben Experten in so extremer Weise ihr Krankheitsverständnis von dem der Nachbargilde abgegrenzt und deren Meinung, Kompetenz und Wissen kritisiert, oft sogar bekämpft und entwertet. Das ganze Szenario gleicht inzwischen einer tiefen Spaltung, wo es nur ein Entweder-Oder gibt, ein Sowohl-als-Auch undenkbar scheint. Behauptungen, deren wissenschaftliche Nachweise zum Teil fehlen, wurden in die Welt gesetzt, die den Betroffenen (Kindern/Jugendlichen und deren Bezugspersonen) in ihrer Not gerade recht kamen und die Zeit-Qualität unserer schnelllebigen Spaß-Gesellschaft unterstützten, indem dem Drang nach raschem Beseitigen der Symptomatik entsprochen wurde. Andere, vieles hinterfragende und die Ursprünge aufsuchende Herangehensweisen drohten im Sinne einer Kontraindikation bei diesem Krankheitsbild eliminiert zu werden. Hierfür mag es gesellschaftliche und auch mit dem Krankheitsbild zusammenhängende psychodynamische Hintergründe geben, die – unbewußt geblieben – zusammen mit wissenschaftlich kaum haltbaren Hypothesen um Verursachung und Behandlung des Krankheitsbildes, anstatt progressiver Krankheitsbewältigung eine stagnierende bis regressive Entwicklung befürchten lassen. Viel zu wenig bedacht wird dabei, wie sehr die dem ADHS zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikte und Spannungen sich im Sinne von Projektionen im Kreis der Helfer abzeichnen und diese (die Helfer) oft unbedacht, unreflektiert und im Sinne eines manischen und ungeschehenmachenden Reagierens auf die zugrundeliegenden intrapsychischen und interpersonalen Konflikte und die nicht gelebten Affekte des ADHS-Kindes viel zu oft mitagieren (Häußler u. Hopf 2001, S. 503; Schaff 2001, S. 552). Die Inszenierung von Machtspielen um die „bessere“ oder „einzig richtige“, meist monokausale Therapie entspricht der extremen Affektabwehr und der narzißtischen Verwundbarkeit dieser Kinder.

Im folgenden soll versucht werden, die abgespaltene Seite zu integrieren, indem zum Krankheitsbild ADHS – die Trias Hyperaktivität, Konzentrations-/Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität beinhaltend – aus psychoanalytischer Sicht Stellung bezogen wird.

2 Erste Spuren zu den Symptomen des ADHS

Die Arbeiten von Margaret Mahler, Melanie Klein, Anna Freud und D.W. Winnicott betrachtend, stellt man fest, daß in Mahlers Beschreibungen der „enfants terribles“ und der Tic-Erkrankungen (Mahler 1944, 1946, 1949), in Melanie Kleins Arbeiten „zur Genese der Tics“ (Klein 1925), in Anna Freuds Abhandlungen „Über Agieren“ (A. Freud 1947) und in Winnicotts „Die manische Abwehr“ (Winnicott 1935) vier bekannte Analytiker-Persönlichkeiten sich bereits sehr früh mit den Symptomen beschäftigt haben, die heute unter den medizinisch orientierten Begriffen ADHS,

ADS, ADD, HKS geführt werden und die frühere Bezeichnungen wie MCD und POS abgelöst haben. Psychodynamische Überlegungen zu dem aktuellen Krankheitsbild wurden von den genannten Psychoanalytikern bereits damals vorgestellt, allerdings verzichteten diese dabei auf die heute so einprägsamen Abkürzungen.

Doch was ist daraus geworden? Schien es nicht so, daß über viele Jahre hinweg die Psychoanalyse hinsichtlich dieses Krankheitsbilds vernachlässigt wurde, und auch Psychoanalytiker sich für dieses Krankheitsbild nicht zuständig fühlten? Offensichtlich wurde diese Ausgrenzung von den Psychoanalytikern auch geduldig und viel zu lang hingenommen. Und es wurde viel zu wenig hinterfragt, was sich unter dem Deckmantel der Begriffe verbarg, und darum viel zu spät erkannt, wie ein altes Thema immer wieder mit einem neuen Etikett versehen wurde. Diese Entwicklung spitzte sich in den letzten Jahren zu in der Weise, daß immer häufiger psychoanalytische Verfahren und die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sogar als kontraindiziert hingestellt und eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Stimulanzienbehandlung von vielen Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern als die geeignete Behandlung favorisiert wurde. Dies, obwohl bereits im ersten deutschsprachigen Lehrbuch der Kinderpsychiatrie August Homburger (1926) schreibt: „Aber wer einmal gelernt hat, Bewegungserscheinungen auf das Ganze des Seelenlebens zu beziehen, wird ... immer von neuem über die Fülle der Zugänge zu Seelischem staunen, die sich ihm allenthalben eröffnen“ (Homburger, zit. in Berger 1993, S. 141).

3 Die schnell erteilte Diagnose

Einseitige Informationen und gesellschaftliche Strukturen haben vielfach dazu geführt, daß bei der Erstellung der Diagnose ganzheitliche Ansätze in den Hintergrund traten und sehr unterschiedliche Symptome mit der Diagnose ADHS versehen wurden, ohne auch nur in Ansätzen psychodynamische Aspekte mit einzubeziehen, subjektiv erlebtes Leid aufzuspüren und einen tieferen Sinn eruieren zu wollen. So berichtet Stork, der bereits in den frühen 1990er Jahren zur Diskussion um das Krankheitsbild ADHS in Deutschland aus psychoanalytischer Sicht klärend beitrug, daß in zahlreichen Fällen die Diagnose HKS und ADD nur eine Seite der Symptomatik sei (Stork 2001), während andere psychische Auffälligkeiten und Konflikte familiärer Art viel mehr für die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung, durch die dann auch die zunächst als primär angesehenen Störungen hyperkinetischer Art verschwanden, Anlaß gaben. Stork widerlegt somit die These, daß die zahlreichen psychischen Auffälligkeiten der sogenannten ADS-Kinder Folgen einer primären – meistens wird ja behauptet hirnor-ganisch verursachten – Störung seien. Er stellt damit die Hypothese einer zugrundeliegenden hirnor-ganischen Pathogenese in Frage (Stork 1993, 2001).

4 Annahmen über die Hintergründe des ADHS

Die Annahmen über die psychischen Hintergründe des ADHS-Syndroms reichen von der starr vertretenen Annahme einer genetisch bedingten biochemischen An-

omalität der Hirnentwicklung bis hin zu der Annahme, daß es diese Störung überhaupt nicht gebe. So berichtet R.A. Furman von einer durch das National Institute of Health 1998 in Amerika veranstalteten ADHS-Konferenz, daß die Diagnose ein einziges Chaos sei. Studien, die die Validität dieser Störung bestätigen sollten, blieben weiterhin problematisch (Furman 1999, zit. in Tischler 2001, S. 510).

4.1 *ADHS und neurobiologische Veränderungen*

Wenn aus psychoanalytischer Sicht festgestellt werden kann, daß die Ursachen von ADS und ADHS in der frühen, häufig sogar in der allerfrühesten Entwicklungsphase des Kindes liegen, wird diese Sichtweise von der Neurobiologie, der Bindungstheorie, der Objektbeziehungstheorie und der Traumatheorie untermauert. Bezüglich erster spricht Perry die Vermutung aus, „dass die neuronalen Bahnen von Kindern mit genuiner ADHS, d.h. pervasiver Hyperaktivität, als Reaktion auf bedrohliche oder traumatische Situationen entstanden sind“ (Tischler 2001, S. 512). Auch Hüther ordnet die im Gehirn von ADHS-Kindern gefundenen neurobiologischen Veränderungen nicht als genetisch bedingte Defizienz ein, sondern versteht sie als „sekundäre Anpassung an veränderte Nutzungsbedingungen“ (Hüther 2001, S. 471). Er stellt die bisherigen Hypothesen, die von einem Dopaminmangel bei ADHS-Kindern ausgehen, in Frage und kommt zu dem Ergebnis, daß das Gegenteil – eine verstärkte Freisetzung von Dopamin – der Fall ist, die durch die Gabe von Ritalin – falls dieses Medikament verabreicht wird – noch erhöht wird und schließlich abfällt. Diesem Oszillieren zwischen erhöhter und verminderter Dopaminfreisetzung bei medikamentöser Einnahme entspricht bei diesen Kindern das Oszillieren zwischen erhöhter Ruhelosigkeit und plötzlich abfallendem Antrieb. Die These von Hüther (2001) ist nun, daß ADHS-Kinder durch die verstärkte Aktivierung ihres dopaminergen Systems ohnehin zu einem besser entwickelten Antriebssystem aktiviert werden und gerade dadurch so leicht stimulierbar sind und zu erhöhtem Antrieb, großer Unruhe, ständiger Suche nach neuen Stimuli, zu Ablenkbarkeit und mangelnder Konzentrationsfähigkeit sich getrieben fühlen. Eine durch diese Verhaltensmerkmale ausgelöste Verwicklung in psychosoziale Konflikte mit einhergehender emotionaler Verunsicherung führt „im Zuge der dadurch ausgelösten Stressreaktionen zu einer vermehrten Ausschüttung von bestimmten Transmittern und Hormonen, die ihrerseits nun noch zusätzlich dazu beitragen, diejenigen neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen zu stabilisieren und zu bahnen, die das Kind zur Wiederherstellung seines emotionalen Gleichgewichts aktiviert“ (Hüther 2001, S. 483). Das bedeutet, daß das zunächst auffällige Verhalten sich in seiner Auffälligkeit noch verstärkt – das Unruhigsein wird zu einem Nicht-mehr-zur-Ruhe-Kommen, aus dem Störenfried wird ein sich abgeschoben und ausgegrenzt fühlender Außenseiter.

4.2 *Familiäre Konflikte*

Auch scheinen Kinder und Jugendliche mit ADHS gefangen in schwierigen familiären Konflikten. Stork meint, daß die Symptomatik des Kindes als „ein Kristallisationspunkt des Familienkonflikts“ gesehen werden könne, d.h. die Konflikte konzen-

trieren sich auf dasjenige Kind, welches die Symptomatik ADHS, ADD oder HKS entwickelt (Stork 1993, S. 210). Über Konflikte, vor allem auch solche familiärer Art, jedoch soll hinweggetäuscht werden, sie dürfen nicht angesprochen, geschweige denn bewußt gemacht werden. Doch die Seele des Kindes läßt sich nicht manipulieren, sie greift zur Körpersprache, läßt den Körper für die Seele sprechen!

4.3 Die in der Körpersprache verborgene Konflikthaftigkeit

Daß der psychische Konflikt durch das Überführen in eine motorische Verhaltensweise unkenntlich gemacht werden soll, haben wir von Stork (1993, S. 289) erfahren. Als gefährlich erlebte Geschehnisse aus der Phantasiewelt der Eltern sollen so, anstatt benannt und bewußt gemacht, im Verborgenen gehalten werden. Psychische Auffälligkeiten des Kindes lösen bei diesen Eltern so tiefliegende Ängste aus, daß die Kinder ihre inneren Probleme körpersprachlich ausdrücken müssen, haben sie doch – mit den Eltern eng verstrickt – den Auftrag, jede Form von Konflikthaftigkeit zu verbergen und unkenntlich zu machen. Dies erklärt auch den enormen Druck, der von solchen Eltern – und oftmals auch von Lehrern und Erziehern – ausgehen kann, und deren Widerstände gegen eine konfliktaufdeckende analytische Behandlung des Kindes mit Einbeziehung der Familiendynamik.

4.4 Zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit

Bewegungserscheinungen sind Ausdruck der psychischen Befindlichkeit des Kindes, dies wissen wir inzwischen auch aus der prä- und perinatalen Medizin und Psychologie, wo die emotionale Besetzung des ungeborenen Kindes eine wichtige Rolle spielt und z.B. die von Veldmann eingeführte Haptonomie zu einem pränatalen „bonding“ führen kann (W.E. Freud 1987, S. 632). Hieraus wird deutlich, wie intrauterine Bewegungen die erste Interaktionsmöglichkeit zwischen Mutter und Kind darstellen und so auch das Ende des imaginären Kindes (Soulé 1990, S. 20f.) ankündigen. Realität und Autonomie des Kindes wollen anerkannt werden. So wie Bewegung bereits pränatal zentralstes Ausdrucks- und Kommunikationsmittel ist, hinterlassen spätere Unterbrechungen in der Kontinuität der Beziehung gerade hier, in der Bewegung, ihre auffallendsten Spuren, ist sie doch, gerade bei Kleinkindern, wichtigstes Organ der Abfuhr (Mahler 1944, S. 102ff.) intrapsychischer Spannungen. Die von Mahler beschriebenen am Lebensanfang noch ungetrennten Teilbereiche der Motilität – die Ausdrucksmotilität und die Leistungsmotorik – divergieren mit zunehmendem Entwicklungsalter. Später beschreibt Mahler eine „regelrechte Gefühlsinkontinenz“ (Mahler 1946, S. 129), wenn erotische und aggressive Triebimpulse, weil die motilitätskontrollierende Funktion des Ich beeinträchtigt ist, mittels pathologischer Abfuhr ständig entweichen. Wenn Mahler, bezogen auf tic-kranke Kinder, meint, daß bei ihnen eine Fixierung in der affektmotorischen Sphäre vorliegt (Mahler, 1946, S. 129), so können wir dieses Geschehen auch bei Kindern mit ADHS bzw. HKS annehmen (Hopf 2000, S. 285). Auch Hopf beruft sich auf Mahler und spricht von „Gefühlsinkontinenz“, wenn erotische und aggressive Triebimpulse bei beeinträchtigter motilitätskontrollierender Funktion des Ich mit-

tels pathologischer Abfuhr entweichen (Hopf 2000, S. 284ff.). Während die Leistungsmotorik gestört ist, bleibt die Abfuhr über die Ausdrucksmotilität erhalten. So liefert die Psychomotorik einen deutlichen Hinweis auf die innere Befindlichkeit, die Beziehungserfahrungen und die Affekte des Kindes. In ihr (der Psychomotorik) fließen sozusagen Intrapsychisches und Affektmotorik ineinander. Es werden „Beziehungen, Beziehungserfahrungen und Affekte in unserem Körper verschlüsselt“ (Schaff 2001, S. 559). Die Psychomotorik macht sie als körperliche Entsprechung des intrapsychischen Zustandes für die Umwelt sichtbar.

Gerade auch die Beobachtungen und Ausführungen von René Spitz zur Beziehung zwischen den sogenannten Schaukelkindern und ihren Müttern (Spitz 1987, S. 256) weisen darauf hin, daß es sich bei diesen Säuglingen nicht um wohlausgewogene dyadische Beziehungen handelt, sondern eher um Beziehungen mit labilen Affekten seitens der Mütter, Affekten mit einem Wechsel zwischen Ausbrüchen intensiver Zärtlichkeit auf der einen und Ausbrüchen von Wut und Feindseligkeit auf der anderen Seite. Wut und Feindseligkeit folgten aufeinander in raschem Wechsel. Interessant ist bei Spitz' Forschungen, daß die Schaukelkinder im Bereich der Materialbeherrschung, also der Beziehung des Kindes zu den Dingen (Objekten), und im Bereich der sozialen Anpassung Defizite aufzeigten, und Spitz folgert daraus, daß die Schaukelkinder unfähig sind, „Beziehungen zu ihrer lebenden und unbelebten Umwelt herzustellen“ (Spitz 1987, S. 257). Berger meint, sich ebenfalls auf Spitz berufend, daß die Ambivalenz der Mutter, die für das Kind einer Unterbrechung der Beziehungskontinuität entspricht, regressive psychomotorische Bewegungsmuster bewirke, wie z.B. psychomotorische Apathie oder erhöhte motorische Unruhe (Berger 1993, S. 145). Daß solche Reaktionsweisen auch einen organisierenden Einfluß auf die Selbstentwicklung haben und zu defizitären Selbstbildern führen können, erklärt sich von selbst.

Das Angewiesensein des Säuglings auf eine liebende, empathische Interaktionserfahrung betont auch Gerspach, wenn er diese in Anlehnung an Gedanken von Winnicott und Balint mit dem Sauerstoff in der Luft vergleicht, von dessen Existenz der Säugling zwar nichts ahnt, die er jedoch zum Leben benötigt. Fehlende Luftzufuhr bewirkt ein elementares Gefühl der Bedrohung, so wie auch ein Mensch in Atemnot mit panisch erhöhter Motilität reagiert (Gerspach 2001, S. 62). Fehlen diese grundlegenden empathischen und die Affekte regulierenden Beziehungs- und Interaktionsangebote, wird sich das Kind in seinem Gleichgewicht bedroht fühlen und dementsprechend mit motorischer Abfuhr – hypermotorisch und/oder impulsiv und aufmerksamkeits-/konzentrationsgestört – reagieren.

4.5 Trennungsprobleme

Auch Trennungsprobleme sind in der Lebensgeschichte von Kindern mit ADHS häufig anzutreffen (Heinemann u. Hopf 2001, S. 149). Der Anteil von Kindern alleinerziehender Mütter oder von Kindern mit wenig präsenten Vätern erscheint gerade bei diesem Krankheitsbild deutlich erhöht. Der wenig präsente oder fehlende Vater bedeutet besonders für Jungen eine Bedrohung, verliert er doch mit dem Vater das männliche Identifikationsobjekt, das ihn gleichzeitig vor einer inzestuös verstrickten Beziehung zur Mutter schützt. In der Symptomatik dieser Jungen verbirgt sich dann

das Abgewehrte – die depressive Verarbeitung von Trennung und Verlust, die Intensivierung inzestuöser Wünsche mit hyperphallischem Gebaren einerseits, die inzestuöse Bedrohung durch die Mutter andererseits, der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Wiederannäherung mit der Mutter und der gleichzeitige Wunsch nach Abgrenzung und Individuation. Auch die Angst, die geschlechtliche Identität zu verlieren, schwingt mit. All diese Widersprüchlichkeiten, Ängste, Affekte und Konflikte werden durch unruhiges, hyperaktives Gebaren abgewehrt und damit auch die Beziehung zu sich selbst und dem Körper aufrechterhalten, damit die so schwer aushaltbaren Gefühle von Leere und Depression erst gar nicht auftauchen können. Durch die aufgrund des fehlenden Vaters nicht vollzogene Triangulierung fühlt sich das Kind „hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, mit der Mutter narzisstisch zu verkleben und sich zu individuieren“ (Heinemann u. Hopf 2001, S. 150). Ein Oszillieren zwischen Sehnsucht nach Harmonie und Verbundenheit einerseits, andererseits aber auch Schuldgefühle, Wut und Aggression, die sich gegen die Verbundenheit und Vereinnahmung richten, werden in motorischer Unruhe manifest – einem zapfeligen „Hin-und-Her“, „Auf-und-Ab“ oder „Rauf-und-Runter“. Heinemann und Hopf (2001, S. 150) führen folgerichtig aus, daß diese motorische Unruhe eine vom Kind selbst herbeigeführte und kontrollierte erotische Spannung erzeuge, als Alternative zu der von der Mutter ausgelösten erotischen Spannung, welche beim Kind tiefgreifende Ängste vor inzestuöser Überwältigung aufgrund der fehlenden Triangulierungs- und ödipal-geschlechtlichen Identifizierungsmöglichkeit hervorruft. Auch hier wird der eigentliche Konflikt – die inzestuösen Wünsche und deren Gegenbewegung – wieder maskiert und unkenntlich gemacht und damit der Eindruck erweckt, als handle es sich um einen einer psychischen Bearbeitung nicht zugänglich erscheinenden hirnnorganisch zu begründenden Defekt. Die hieraus resultierende narzißtische Kränkung und Scham, einen hirnnorganischen Defekt zu haben, wirkt sich keinesfalls aufbauend auf das Selbstwertgefühl des Kindes aus (Häußler u. Hopf 2002).

4.6 *Einengung der Individuation*

Auffällig bei Kindern mit ADHS erscheint auch, daß sie in den Köpfen der Eltern weniger als eigenständige, unabhängige Persönlichkeiten mit ihren spezifischen Besonderheiten und Eigenartigkeiten erscheinen, sondern vielmehr als Objekte der Projektionen ihrer Eltern. Eine solchermaßen unterdrückte Individuation führt im Gegenzug zu einer deutlichen Suche nach Befreiung und Aggression (Stork 1993, S. 210). Diese Suche nach Befreiung und Aggression einerseits und die strengen Erwartungen und Forderungen elterlicher Projektionen andererseits, scheinen in einer oszillierenden Wechselwirkung zu stehen, die diese Symptomatik, im Sinne von Fortbewegungsimpulsen, entstehen läßt. Stork geht davon aus, daß die Suche nach Individuation eingengt wird, woraus eine Suche nach Befreiung und Aggression resultiert.

4.7 *Frühe traumatische Erfahrungen als verursachende Faktoren*

Aus psychoanalytischer Perspektive sind die dem ADHS zugrundeliegenden Ursachen in der Regel in sehr frühen traumatischen Erfahrungen zu finden, die durch

eine ausführliche Anamnese und mit Hilfe von Übertragung und Gegenübertragung aufgespürt werden können. Denkbar erscheint eine deutliche Wechselwirkung von neurologischen und psychischen Faktoren (Hüther 2001; Pozzi 2001). Pozzi berichtet von Perrys Beobachtungen, daß die ADHS-Symptome denen nach einer Traumatisierung ähneln, daß sie ähnliche neuronale Reaktionen aufweisen. Sie beruft sich auf Taylor und meint, „dass traumatisierte Kinder, die in ihrem Verhalten hypersensibel wirken, auf einer neurologischen Ebene über keinerlei Schutzfaktoren verfügen und aus diesem Grunde möglicherweise eine Methode entwickelt haben, mit ihrem Leben fertig zu werden, indem sie ständig ‚auf dem Sprung‘ sind und auf zahlreiche Vorgänge und Stimuli überreagieren“ (Pozzi 2001, S. 525f.). Pozzi (2001, S. 526) beschreibt in ihrem Beitrag, daß Hyperaktivität „als Abwehr gegen erinnerte oder phantasierte Gefahren, Ängste und psychische Qualen“ dienen könne. Sie denkt dabei an eine Abwehr der Art, „die Bick (1968) als ‚zweite Haut‘ bezeichnete und bei jenen Kindern beobachtete, denen es in sehr frühem Alter an hinreichend guten Erfahrungen mit einer containenden primären Bezugsperson mangelt“ (Pozzi 2001, S. 526), und sie versteht darunter „muskuläre, Zweite-Haut-Abwehrmethoden, die (...) als Überlebensmechanismus“ (Pozzi 2001, S. 527) dienen.

Wenn Pozzi vermutet, „dass der ADHS traumatische oder belastende/bedrohliche frühe Erfahrungen zugrundeliegen und die Störung ein Abwehrvorgang, eine defensive Reaktion, darstellt, die aus solchen frühen Erfahrungen resultiert“ (Pozzi 2001, S. 539), so kann ihre Vermutung durch Winnicott untermauert werden, der davon ausgeht, daß ein sehr früher Faktor zur Ätiologie dieses Störungsbildes gehört (Winnicott 1962, S. 78; Häußler u. Hopf 2001, S. 500). Bei belastenden und bedrohlichen frühen Erfahrungen hat das ADHS dann die Funktion eines Abwehrverhaltens. Günter (2001, S. 82) spricht davon, daß traumatische Interaktionserfahrungen zu einer hyperaktiven Suche des Kindes nach äußerer Stimulierung führen, welche als Muster in der Persönlichkeitsentwicklung verankert wird, und er beruft sich dabei auf Daniel Stern, der solche Entwicklungen bei Säuglingen depressiver Mütter beobachten konnte. In der Terminologie der Objektbeziehungstheorie können wir somit von einer gescheiterten containenden Funktion der primären Bezugsperson sprechen. Ein Scheitern dieses containing impliziert, daß Spannungen des Kindes – z. B. bei einer depressiven Mutter – nicht in adäquater Weise, d. h. mit „rêverie“ (Bion 1990) begegnet werden kann. Eine geglückte Spiegelung und die Identifikation mit einem liebend-verständnisvollen Objekt mißlingt.

4.8 Die Bedeutung früher Bindungsmuster

Unter dem Aspekt der Bindungstheorie betrachtet und auch von der Säuglingsbeobachtung und -forschung her wissen wir, wie prägend die frühen Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktionen sind, daß sie sich als prägendes Muster in die Seele des Kindes eingravieren. „So sind Kinder, die als Säuglinge unsicher gebunden waren, fragmentiert und ‚ständig auf dem Sprung‘“ (Tischler 2001, S. 512). Pozzi berichtet von Stiefels Beobachtungen, denen zufolge ADHS-Kinder ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster aufweisen, und sie ergänzt deren Beobachtungen durch die Ansichten von Taylor, der sich der Hypothese anzunähern scheint, „dass

eine Bindungsstörung die Ursache für Unaufmerksamkeit und Überaktivität sein kann“ (Pozzi 2001, S. 528).

4.9 *Manische Abwehr und „Zweithaut-Bildung“*

Vor allem auch Melanie Klein hat uns wichtige Beiträge zum Verständnis des ADHS geliefert. Zunächst äußerte sie sich hinsichtlich des motorischen Tics, den sie in Anlehnung an Ferenczi als Onanieäquivalent verstand. In ihrer späteren Arbeit über manisch-depressive Zustände beschreibt sie die manische Abwehr als Versuch des Kindes, sich zu schützen vor den Ängsten vor internalisierten Verfolgern. Im Kompromiß zwischen Objektsuche und Objektabhängigkeit versucht das Kind „unaufhörlich, all seine Objekte zu beherrschen und zu kontrollieren, und diese Bemühungen schlagen sich in seiner Hyperaktivität nieder“ (Klein 1935, S. 58). Den Begriff der manischen Abwehr finden wir auch bei Winnicott, der damit die Fähigkeit des Menschen beschreibt, depressive Angst zu verleugnen (Winnicott 1935, S. 266). Beide, sowohl Klein als auch Winnicott, zeigen mit ihren Ausführungen auf, wie mit Hilfe manischer Abwehr dem mit der depressiven Position verbundenen Schmerz, der später zum Empfinden von Schuld und Wiedergutmachung führen sollte, ausgewichen werden soll. Bezogen nun auf das ADHS bedeutet dies, daß das Kind anstatt sich mit seinem intrapsychischen Konflikt auseinander zu setzen, im Sinne einer manischen Abwehr die Flucht in die Bewegung antritt (Häußler u. Hopf 2002). Auch Esther Bick, eine Schülerin von Melanie Klein, liefert eine Theorie zur Bewegungsunruhe des Kindes, wenn sie meint, daß der Angst vor Unintegriertheit und Katastrophe, welche als Auseinanderfallen, als endloser Sturz in den Raum erlebt wird, letztendlich durch Bewegung, die das Selbst zusammenhalten soll, begegnet wird. Da das Objekt nach Bick wie eine Haut erfahren wird, führt eine Störung in der Objektbeziehung zur Entwicklung einer „Zweithaut-Bildung“ (Bick 1968, S. 237) in Form von Pseudo-Unabhängigkeit. Auch Hopf beruft sich auf Bicks Beobachtungen und bringt die Bewegungsunruhe beim HKS und auch die bei diesen Kindern meist beobachtbare „Dünnhäutigkeit und durchlässigen Ich-Grenzen“ (Hopf 2000, S. 289) mit der Entwicklung einer „Zweithaut-Bildung“ in Zusammenhang.

4.10 *Körperliche Unruhe als Folge innerer Beunruhigung*

Berger berichtet in ihren Ausführungen und Interpretationen zu Hoffmanns „Zappelphilipp“ im „Stuwwelpeter“, daß Hoffmann Bewegungsabläufe benutzt, um Phantasien, Emotionen und Affekte auszudrücken (Berger 1993, S. 133). Hier, bei Hoffmanns „Zappelphilipp“, werden die Beweggründe nicht hinterfragt. Da stellt sich dann schnell die Frage, ob wir – 154 Jahre nach dem Struwwelpeter – diese Beweggründe zu hinterfragen gelernt haben. Und sind die davon Betroffenen (Kinder, Jugendliche und deren Eltern) hierzu bereit? Oder hat die Gabe von Medikamenten nicht vielmehr die Funktion, die Wahrnehmung für die vorhandenen intrapsychischen und interpersonalen Konflikte zu trüben, zu verwischen, einzuschränken? Und soll sie (die Medikamentengabe) nicht in erster Linie der Verleugnung und Abwehr der zugrundeliegenden Konflikte dienen? Beziehen wir uns hierzu noch einmal

auf Berger, die ausführt: „Nicht nur Zappelphilipp, sondern die meisten Kinder, die wenig oder gar keine Möglichkeit haben, ihren Gefühlen von innerer Unruhe, von Verlassenheitsangst und von vager Bedrohung Ausdruck zu verleihen, und die überfordert sind, ihre aggressiven, narzißtischen und erotischen Bedürfnisse eigenständig innerlich zu verarbeiten, geraten in eine situativ ausgelöste Bewegungsunruhe und Aufmerksamkeitsstörung. Besonders aber Kinder, die wie der ‚Zappelphilipp‘ im Struwwelpeter geradezu seismographisch mit körperlicher Unruhe auf innere Beunruhigung reagieren, zappeln mehr, wenn sie sich nicht emotional ‚gehalten‘ fühlen oder durch ein gezieltes Interesse ‚gefesselt‘ werden“ (Berger 1993, S. 137).

4.11 *Das Fliehen in die Bewegung*

Schaff führt bezüglich des HKS aus, daß es auch „Überlebensstrategie und Rettungsversuch für ein lebendiges Ich-Gefühl“ sein kann. „Das hyperkinetische Kind kann nicht wie das dissoziale weglaufen, aber es kann in die eigene Bewegung fliehen“ (Schaff in: Bittner 1994, zit. nach Hopf 2000, S. 289). Daß dieses Fliehen in die Bewegung besonders dann auftritt, wenn Affekte, die – unverstanden und nicht entgiftet – noch nicht verdaut werden können, kann bei diesen Kindern gut beobachtet werden (Häußler u. Hopf 2001, S. 496ff.). Stork vertritt die Meinung, daß der psychische Konflikt unkenntlich gemacht werden soll. Mit dem Fliehen in die Bewegung, der hyperkinetischen Unruhe, wird der Konflikt maskiert und nimmt eine Form an, die den Eindruck erwecken kann, als würde es sich um einen hinorganischen Defekt handeln. Psychische Geschehnisse aus der Phantasiewelt, die für die Betroffenen einer Katastrophe gleichen, müssen verleugnet werden, um nicht das ganze Familiensystem in seinem Zusammenspiel und seiner Aufrechterhaltung zu erschüttern und zu gefährden. Das Kind mit dem ADHS hat an dieser Stelle einen hohen Auftrag einerseits, wird aber andererseits auch zu einem gefährlichen Wesen, welches die Eltern mit ihren unbewußten Ängsten und Konflikten konfrontiert. Die Flucht in die Körpersprache der Motorik gibt diesen Kindern die Möglichkeit, ihren inneren Konflikten Ausdruck zu verleihen und dennoch gleichzeitig die Konflikthaftigkeit maskiert und verborgen zu halten (Stork 1993, S. 211).

4.12 *Zur geschlechtlichen Prävalenz*

Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS sind Jungen. Schließlich neigen Jungen mehr als Mädchen dazu, ihre Probleme auszuagieren bzw. darauf mit sozial störenden Verhaltensformen, mit Aggressivität und Hyperaktivität zu reagieren (Häußler u. Hopf 2001, S. 504). Besonders Jungen, deren Vater nicht präsent ist, fehlt die Besetzungsmöglichkeit des dritten Objekts und die Identifizierungsmöglichkeit mit dem Männlichen. Berger (1993, S. 143) erwähnt in Anlehnung an Cierpka, daß häufig noch eine Tendenz der Mutter dazukomme, bei großer Nähe und erotisierender Mutter-Sohn-Beziehung gleichzeitig das männliche Geschlecht aufgrund unverarbeiteter Trennungs-/Scheidungssituation unbewußt abzulehnen. Dies erklärt das oftmals beobachtbare aggressivierte Verhalten von Söhnen, die ihre Mütter zwar einerseits wenig empathisch erleben, andererseits aber

sich nur durch aggressives und hyperphallisches Gebaren von ihren Müttern abgrenzen können. In Anlehnung an Herzog erwähnt Berger (1993, S. 143) bezüglich der Entwicklung und Förderung von Affekttoleranz sowie der Abgrenzungsfähigkeit die psychische Schutz- und Reizfunktion des Vaters.

5 Abschließende Überlegungen

Schaff spricht davon, daß Kinder mit ADHS im therapeutischen Prozess „eine hohe somato-psychoziale Integrationsleistung“ (Schaff, 2001, S. 553) vollbringen müssen. Dies allerdings setzt voraus, daß auch die Helfer dieser Kinder – Ärzte und Psychotherapeuten – die Integration der verschiedenen Aspekte dieses Störungsbildes in sich gedanklich vollziehen, um dem komplexen Störungsbild überhaupt erst gerecht werden zu können und ganzheitliche Behandlungs- und Bewältigungswege denken und mittragen zu können. Hierzu gehört auch die Integration abgespaltener Affekte und Gefühle. Und bei den Helfern gehört hierzu die Integration abgespaltener Denk- und Sichtweisen, Perspektiven und therapeutischer Verfahren (Häußler u. Hopf 2002). Eine solch abgespaltene Sichtweise der ADHS-Diskussion in den öffentlichen Diskurs zu bringen, die Zurückhaltung bezüglich psychoanalytischer Ansätze und Verstehensweisen aufzuheben und das Kompetenzgefühl für ADHS bei Psychoanalytikern zu stärken, war mir ein Anliegen. In Wertschätzung anderer Sichtweisen und Ansätze möchte ich für eine ganzheitliche Betrachtungsweise plädieren, die unterschiedliche Zugangsweisen ermöglicht, ohne die jeweilige andere, konträre Zugangsmöglichkeit von vornherein und ungerechtfertigt abzuwerten. Als Psychoanalytikerin ist mir natürlich daran gelegen, die tiefere Bedeutung, das hinter dem ADHS Abgewehrte, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes mit ADHS, die aktuellen Inszenierungen alter Erfahrungen zu erspüren, zu verstehen, damit angemessen umzugehen und einer Wiederholung ungünstiger früher Erfahrungen Einhalt zu gebieten. Hierzu ist es notwendig, die frühen, existentiell bedrohlichen Ängste, die depressive Verarbeitung von Trennung und Verlust, die inzestuös-bedrohliche Beziehung zur Mutter mit Ängsten vor Verlust der Geschlechtsidentität und dem ambivalenten Konflikt zwischen Verschmelzungswünschen mit der Mutter einerseits und den Individuationswünschen andererseits anzuerkennen und gegebenenfalls zu bearbeiten.

Literatur

- Berger, M. (1993): „Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum“. Anmerkungen zur Diskussion um das hyperkinetische Syndrom. *Kinderanalyse* 1(2): 131-149.
- Bick, E. (1968): Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: Bott-Spillius, E. (Hg.) (1990): *Melanie Klein Heute*, Bd. 1. München/Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse Wien.
- Bion, W.R. (1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Freud, A. (1968): Über Agieren. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. IX. München: Kindler.
- Freud, W.E. (1987): Die Zweckmäßigkeit des Begriffs der Emotionellen Besetzung (Kathexis) für die Pränatale Psychologie. In: Fedor-Freybergh, P.G. (Hg.): *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin*. München: Saphir, S. 625-640.

- Gerspach, M. (2001): Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, M. (Hg.): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München: Reinhardt, S. 50-79.
- Günter, M. (2001): Körperbild, Identität und Objekterfahrung – Das Bild des eigenen Körpers als Beziehungsangebot. In: Passolt, M. (Hg.): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München: Reinhardt, S. 80-92.
- Häußler, G.; Hopf, H. (2001): Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 32(4): 487-508.
- Häußler, G.; Hopf, H. (2002): Psychoanalytische Theorien. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Mollitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, S. 20-44.
- Heinemann, E.; Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hocke, R. (1993): Zur Problematik des hyperkinetischen Syndroms. *Kinderanalyse* 1(2): 118-130.
- Hopf, H. (2000): Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. 31(3): 279-307.
- Hüther, G. (2001): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 32(4): 471-486.
- Klein, M. (1925): *Zur Genese des Tics*. In: *Ein Kind entwickelt sich*. München: Kindler, 1981.
- Mahler, M.S. (1944): *Tics und Triebdurchbrüche bei Kindern: Eine Untersuchung der Motilität*. In: Mahler, M.S.: *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl. 1986.
- Mahler, M.S. (1946): *Folgen des Tic-Syndroms*. In: Mahler, M.S.: *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl. 1986.
- Mahler, M.S. (1949): „Les enfants terribles“. In: Mahler, M.S.: *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl. 1986.
- Pozzi, M.E. (2001): Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen? *Analytische Kinder- und Jugendlichen*. *Psychotherapie* 32(4): 519-541.
- Schaff, C. (2001): Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper-Dialogs. Oder: Jakob, wo bist du? *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 32(4): 543-560.
- Spitz, R. (1965): *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett-Cotta, Sonderausgabe 1987.
- Soulé, M. (1990): *Das Kind im Kopf – Das imaginäre Kind*. In: Stork, J. (Hg.): *Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes*. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters. Stuttgart: frommann-holzboog, S. 20-86.
- Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse* 1(2): 203-230.
- Stork, J.; Hüttl, W.; Thaler, A.-L. (2001): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung – Syndrom oder Symptom? In: Passolt, M. (Hg.): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München: Reinhardt, S. 93-110.
- Tischler, L. (2001): Was ist ADS/ADHS? Theorien über Ursachen und Behandlungsmethoden. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 32(4): 509-517.
- Winnicott, D.W. (1935): *Die manische Abwehr*. In: *Von der Kinderheilkunde zu Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Fischer, 1985.
- Winnicott, D.W. (1962): *Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes*. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a.M.: Fischer, 1985.

Anschrift der Verfasserin: Gabriele Häußler, Königsberger Str. 17, 74078 Heilbronn; E-Mail: G.Haeussler@t-online.de