

Staufenberg, Adelheid Margarete

## Danksagung und Einleitung

*Staufenberg, Adelheid Margarete: Zur Psychoanalyse der ADHS - Manual und Katamnese, 2011 S. 9-29*

urn:nbn:de:bsz-psydok-46316

Erstveröffentlichung bei:

Brandes & Apsel

<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/)

*Adelheid Margarete Staufenberg*  
*Zur Psychoanalyse der ADHS*



Staufenberg stellt die Behandlung von Kindern mit ADHS-Diagnose vor. Der Schwerpunkt liegt auf den hyperaktiven Kindern mit Problemen der Impulskontrolle, die das analytische Setting mit seinem festen Rahmen von Raum und Zeit besonders herausfordern. Die einzelnen Aspekte werden durch Fallvignetten veranschaulicht.

Das Buch bietet einen Überblick über die kontroverse Diskussion in den Wissenschaften und der Öffentlichkeit. Die Diagnosesysteme und Medizingeschichte zur ADHS werden dargestellt. Die psychoanalytische Theorie wird herangezogen, um ein psychodynamisches Verständnis der ADHS zu begründen, und wird im Manual wieder aufgegriffen, weitergeführt und ergänzt. Das Mentalisierungskonzept nimmt insofern eine besondere Stellung ein, als es für die Behandlungstechnik verwendet wird.

In der Katamnesestudie wird eine aufwendige Datenauswertung von Ambulanzunterlagen vorgestellt, mit der retrospektiv ADHS-Fälle identifiziert wurden. Der Leser erhält einen Einblick in die individuellen Behandlungsverläufe der unterschiedlichen Behandlungsmethoden, die im Anschluss an die Erstgespräche gewählt wurden.

*Die Autorin:*

*Adelheid Margarete Staufenberg*, Studium der Germanistik, Politik und Soziologie. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin (VAKJP) in eigener Praxis in Frankfurt a. M. Dozentin am Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e. V. Hessen. Mitarbeit am Sigmund-Freud-Institut (SFI) in mehreren Projekten zu psychosozial auffälligen Kindern.

Adelheid Margarete Staufenberg

# Zur Psychoanalyse der ADHS

Manual und Katamnese

Brandes & Apsel

Sie finden unser Gesamtverzeichnis mit aktuellen Informationen im Internet unter: [www.brandes-apsel-verlag.de](http://www.brandes-apsel-verlag.de)  
Wenn Sie unser Gesamtverzeichnis in gedruckter Form wünschen, senden Sie uns eine E-Mail an: [info@brandes-apsel.de](mailto:info@brandes-apsel.de)  
oder eine Postkarte an:  
Brandes & Apsel Verlag, Scheidswaldstr. 22, 60385 Frankfurt a. M., Germany

Dissertation am Fachbereich 1 Humanwissenschaften der Universität Kassel  
Datum der Disputation: 8. März 2011  
Gutachter: Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber; Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

1. Auflage 2011

© Brandes & Apsel Verlag GmbH, Frankfurt a. M.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen oder optischen Systemen, der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia sowie der Bereithaltung in einer Online-Datenbank oder im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Umschlag: Franziska Gumprecht, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt a. M. unter Verwendung einer Tuschezeichnung von Kerstin Krone Bayer  
DTP: Caroline Ebinger, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt a. M.  
Druck: STEGA TISAK d.o.o., Printed in Croatia  
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-86099-696-6

# Inhalt

<i>Danksagung</i>	9
<i>1. Einleitung</i>	11
1.1 Begriffsdefinitionen und Abkürzungen	23
1.2 Inhaltlicher Überblick	25
<i>2. Psychiatrische Diagnose, Geschichte und Ätiologie der ADHS</i>	30
2.1 Kategorialer und dimensionaler Ansatz	30
2.1.1 HKS und AD/HD: Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV im Vergleich	33
2.1.2 Das Problem der Ausschluss- und Differenzialdiagnose und der Diagnose im klinischen Alltag	40
2.1.3 Konsequenzen für die Prävalenzrate	41
2.2 Medizingeschichte der ADHS und der Hyperkinetischen Störung	44
2.2.1 ADHS/HKS-Diagnosen: DSM und ICD im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen	51
2.2.2 Alternative und ergänzende Klassifikationssysteme	56
2.3 Neurobiologie und Genetik	58
2.3.1 Konsens und Kontroverse	61
2.3.2 Keine »Grand Theorie« der ADHS	63
2.3.3 Die Suche nach Endophänotypen	65
2.4 ADHS – ein Konstrukt	70
<i>3. Psychoanalytische Konzepte zum Verständnis der ADHS</i>	73
3.1 Die psychoanalytische Diskussion der ADHS/HKS mit Beginn der 1990er Jahre	77
3.2 Zu einigen klassischen Konzepten der psychoanalytischen Theorie	82

<i>4. Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Kindern mit psychosozialen Integrationsproblemen, insbesondere HKS/ADHS</i>	97
4.1 Grundlegende Charakteristika psychoanalytischer Psychotherapie	99
4.2 Handhabung von Rahmen und Setting	102
4.2.1 Diagnose und Erstinterviews	102
4.2.2 Verlässlichkeit der Stunden und Bedeutung des Behandlungsraumes	104
4.2.3 Unterbrechungen und Ferien	105
4.2.4 Umgang mit Behandlungserwartungen	106
4.2.5 Umgang mit der Medikation	107
4.2.6 Einsatz von übenden Hilfen	108
4.2.7 Behandlungsprozess und Ende der Behandlung	109
4.3 Entwicklungspsychologische Perspektive und Strukturbildung	110
4.3.1 Mentalisierungsfähigkeit	110
4.3.2 Modus der psychischen Äquivalenz	114
4.3.3 Als-ob-Modus	115
4.3.4 Integration der beiden Modi	117
4.3.5 Selbstentwicklung und Bindungsprozesse/ Objektbeziehungen	118
4.3.6 Kontingenzerfahrung	119
4.3.7 Urheberschaft	120
4.3.8 Markierte Spiegelung	121
4.3.9 Deaktivierung der Mentalisierungsfähigkeit durch Bindung	122
4.3.10 Triangulierung	123
4.3.11 Symbolisierung	127
4.4 Behandlungstechnik	130
4.4.1 Verbalisieren und Deuten	131
4.4.2 Grenzüberschreitungen – Mitagieren – Gegenübertragung	137
4.5 Einige grundlegende Themen bei psychosozial auffälligen Patienten	141
4.5.1 Trauma	142

4.5.2 Vaterhunger	143
4.5.3 Hyperaktivität	148
4.5.4 Impulskontrolle	150
4.5.5 Aufmerksamkeitssteuerung	152
4.5.6 Aggression und ihre Abwehrfunktionen	155
4.5.7 Selbstwertgefühl und Omnipotenzphantasien	157
4.5.8 Überich und Schuldgefühle	160
4.5.9 Verleugnung von Abhängigkeit und Autonomieentwicklung	162
4.5.10 Libidinöse Tendenzen	163
4.6 Die begleitende Arbeit mit den Eltern	167
4.6.1 Aufgeklärte Eltern	171
4.6.2 Sensible/besorgte Eltern	173
4.6.3 Überängstliche Eltern	174
4.6.4 Hilflose/überforderte Eltern	175
4.6.5 Verleugnende/verharmlosende und externalisierende Eltern	176
4.6.6 Ambivalente/innerlich ablehnende Eltern	177
4.6.7 Verwahrlosende und missbrauchende Eltern	178
4.6.8 Manifest psychisch kranke Eltern	179
4.7 Zusammenfassende Überlegungen zum Behandlungsprozess	180
4.7.1 Die Bedeutung des analytischen Rahmens	180
4.7.2 Das Hier und Jetzt der Übertragungssituation	181
4.7.3 Der intermediäre Raum	181
<i>5. Fallbeispiel: Bewegung und Bedeutung</i>	183
<i>6. Die Katamnesestudie</i>	201
6.1 Fragestellung und Planung	201
6.2 Die Entwicklung der Auswertungsmaske und die Auswertung der Aktenjahrgänge	202
6.3 Gesamtstichprobe und Subgruppen – Ergebnisse der quantitativen Erhebung und ihre statistische Auswertung	207
6.3.1 Familiensituation	208



6.3.2 Altersverteilung	213
6.3.3 Geschlechterverteilung	217
6.3.4 Auffälligkeiten – Symptome – Diagnosen	221
6.4 Die Ermittlung der Katamnesefälle und die Telefoninterviews	230
6.4.1 Gruppe I: Analytische Psychotherapie	234
6.4.2 Gruppe II: Verhaltenstherapie	249
6.4.3 Gruppe III: Medikationen/Pharmakotherapie	255
6.4.4 Gruppe IV: Homöopathie und Naturheilkunde	260
6.4.5 Gruppe Ex: Keine ADHS-Diagnosen	263
6.4.6 Die 30 Katamnesefälle und ihre Telefoninterviews im Überblick	265
6.4.7 Zusammenfassung und Diskussion der Katamnesefälle	269
<i>7. Zusammenfassung und Ausblick</i>	288
<i>Literatur</i>	293

Für Friedrich  
Für Marianne und meine Eltern

## Danksagung

Diese Untersuchung schuldet vielen Dank. An erster Stelle geht mein ganz besonderer Dank an Frau Professor Marianne Leuzinger-Bohleber, die Betreuerin dieser Arbeit. Ohne ihren beständigen Zuspruch, die geduldige Unterstützung und das in mich gesetzte Vertrauen wäre diese Forschung wohl kaum möglich geworden. Ich danke ihr auch als Projektleiterin der Katamnese studie, die sie gemeinsam mit Angelika Wolff angeleitet hatte und aus der letztendlich diese Arbeit hervorgegangen ist.

Dr. Thomas von Freyberg und auch hier Angelika Wolff gaben mir wichtige Hinweise auf methodische Probleme bei der Konzeption der Katamnese studie, wofür ihnen herzlich zu danken ist. Die Katamnese studie als solche hätte ohne die Unterstützung so vieler nicht durchgeführt werden können. Hierfür sei den Praktikantinnen am Sigmund-Freud-Institut gedankt, die mit mir gemeinsam das Aktenmaterial erhoben haben: Betty Caruso, Katrin-Marleen Einert, Gerlinde Göppel, Jantje Heumann, Lisa Wolff. Die aufwendige statistische Auswertung dieser Daten führten Korinna Fritzemeyer und Dr. Katrin Luise Lärer durch, die auf Vorarbeiten von Yvonne Brandl zurückgreifen konnten. Mein besonderer Dank gilt hier Korinna Fritzemeyer, die engagiert, kompetent und sorgfältig die Daten in die zu erstellenden Grafiken umsetzte sowie mir geduldig die Logik der statistischen Methode erläuterte.

Die Katamnese studie mit ihrer aufwendigen Datenerhebung und Datenauswertung hätte nicht ohne die finanzielle Unterstützung der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) realisiert werden können. Deshalb geht mein Dank an meinen Fachverband, an die VAKJP. Ihr Vorsitzender, Herr Peter Lehndorfer, sei stellvertretend für alle Verbandsmitglieder genannt, die solche Fördermittel aufbringen. Zu danken gilt es auch dem sogenannten »Kinderinstitut« in Frankfurt, dem »Institut für

analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e. V., Hessen«, das die Auswertung der Ambulanzakten für die Katamnesestudie ermöglichte.

Der erste Entwurf des Manuals wurde in einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Professor Leuzinger-Bohleber mit den Kolleginnen Sabine Eckert, Doris von Freyberg-Döpp, Éva Hédervári-Heller und Barbara Reis diskutiert. Ich danke dieser Arbeitsgruppe für ihre kompetente Diskussion und Unterstützung bei der Entwicklung des Manuals. Und ich danke den Kolleginnen, dass sie mir für das Manual Fallvignetten zur Verfügung gestellt haben. Herrn Professor Dieter Bürgin verdanke ich wichtige kritische Anregungen für das Manual, das im Rahmen eines Workshops mit ihm diskutiert worden war.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben mich unterstützt, indem sie mir aktuelle Informationen zum Thema ADHS zukommen ließen; auch ihnen sei herzlich gedankt. Besonderer Dank gilt Helga Planz, die mir immer wieder aktuelle Online-Nachrichten zum Thema weiterleitete. Herrn Bareuther, dem Bibliothekar des Sigmund-Freud-Instituts, danke ich für seine fachkundige Beratung bei der Erstellung des Literaturverzeichnisses und für die ebenso freundlich erteilte Hilfe bei einigen schwierigen Literaturrecherchen. Frau Renate Stebانه danke ich für ihren stets freundlichen und verständnisvollen Umgang mit meinen Anfragen, seien es Terminabsprachen oder Recherchen für Unterlagen gewesen.

Ich danke meinen Freundinnen und Kolleginnen Dr. Cornelia Wegeler-Schardt für wichtige Anregungen und insbesondere Sabine Eckert, die Teile meiner Arbeit aufmerksam gelesen und mit mir diskutiert hat. Für die Tuschezeichnung des Umschlags danke ich meiner Freundin Kerstin Krone Bayer.

Ich möchte bei diesem Anlass allen danken, von denen ich seit meiner Ausbildungszeit in unterschiedlicher Weise habe lernen dürfen und denen ich kostbare Einsichten und »Denk-Verbindungen« verdanke. In gewissem Sinne stellvertretend möchte ich namentlich Herrn Dr. med. Willi Baumann nennen, der mich in der schwierigen Arbeit mit meinem Patienten »Alex« begleitete, immer wieder ermutigte und auch in turbulenten psychotherapeutischen Prozessen die psychoanalytische Reflexion aufrechterhielt. Und nicht zuletzt danke ich »Alex« – und mit ihm allen meinen Patientinnen und Patienten, von denen ich viel über psychische Zusammenhänge erfahren durfte. Den Eltern meiner jungen Patienten danke ich, dass sie mir ihre Kinder anvertraut haben.

# 1. Einleitung

Ist nicht der Zappel-Philipp wahrhaft ... ein Familiendrama? ...  
Und was möchte Hans Guck-in-die-Luft anderes haben als die Sonne?  
*Adorno 1951: 114*

»Haben Sie einen Behandlungsplatz frei? Es handelt sich um einen aufgeweckten, etwas wilden sechseinhalbjährigen Jungen, der eine Psychotherapie braucht.« Das war 1995. Ich habe mit Alex<sup>1</sup> eine analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie durchgeführt. Alex hatte die Diagnose »Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)«. Eine Behandlung mit Ritalin war empfohlen worden, die der Vater jedoch vehement abgelehnt hatte. Eltern, die die Verabreichung von Psychopharmaka so strikt ablehnen, begegnen uns inzwischen eher selten. Viele Eltern sind verunsichert. Einerseits haben sie eine intuitive Scheu, ihrem noch in Entwicklung befindlichen Kind Psychopharmaka verordnen zu lassen, andererseits möchten sie dem Kind eine wirksame Hilfe nicht vorenthalten. Dabei steht die Sorge um sein schulisches Fortkommen als Grundlage für eine gute berufliche Zukunft oftmals im Mittelpunkt der elterlichen Überlegungen. »Wild« muss das Kind nicht sein, es genügen die Kämpfe um die Hausaufgaben und die schlechten oder nur mittelmäßigen Schulleistungen intelligenter Kinder, um eine Medikation mit Methylphenidat als empfehlenswert erscheinen zu lassen. Die Vorstellung von Alex' Vater, seinem Sohn »werde das Rückgrat gebrochen«, wenn er mit Psychopharmaka »ruhig gestellt« werde, ist durch popularisiertes Wissen der Neurobiologie ersetzt worden: Die weit verbreitete Erklärung, »dem Kind mit ADHS fehlt ein Stoff im Gehirn«, beruhigt die besorgten Eltern. Ich arbeitete mit Alex, ohne dass die Frage nach »ADHS« die Eltern oder mich weiter beschäftigt hätte. Das war zu einer Zeit, als die Diagnose zwar zunehmend häufiger gestellt wurde, jedoch nicht in vergleichbarem Ausmaß die Diskussion beherrschte – weder in Fachkreisen, noch in der breiteren Öffentlichkeit, wie es dann einige Jahre später der Fall war. Alex war ein »wilder Junge« mit

---

<sup>1</sup> Den Namen des Patienten habe ich, wie alle weiteren Patientennamen auch, verändert.

unübersehbaren Problemen (und einer ADHS-Diagnose), aber er »hatte« keine ADHS, die ihn als lebenslange Krankheit begleiten würde. Diese Behandlung wird im 5. Kapitel dargestellt.

### *ADHS – eigenes Krankheitsbild oder Symptombeschreibung*

ADHS ist zu der häufigsten psychiatrischen Diagnose des Kindes- und Jugendalters geworden. Über den Charakter der Erklärungen und der Theorien zu ADHS wird in der wissenschaftlichen Literatur zwar nach wie vor gestritten. Im klinischen Alltag scheint sich die Position aber durchgesetzt zu haben, ADHS als nosologische Einheit mit kausalem Erklärungswert zu betrachten. Dabei spielen die in der breiten Öffentlichkeit verkürzt rezipierten wissenschaftlichen Befunde einer »funktionellen Gehirnstörung« und »genetischen Verursachung« eine maßgebliche Rolle.

Die heutige Diagnose ADHS hatte, wie im Abschnitt zur Geschichte der ADHS dargestellt wird, ihre Vorläufer in der »Minimalen Cerebralen Dysfunktion« (MCD), die ihrerseits den »minimalen Gehirnschaden« (Minimal Brain Damage – MBD) und andere Bezeichnungen ablöste. Die Vorläufer-Diagnosen gingen von einem empirisch nicht zu belegenden Defekt der organischen Substanz aus. Diese Annahme einer organischen Verursachung gilt auch für die ADHS-Diagnose. Mit den neuen technischen Untersuchungsmethoden wird in neurobiologischen, neuropsychologischen und genetischen Studien der ausstehende Beweis für die angenommene, ursächliche genetisch-organisch bedingte Dysfunktion gesucht.

ADHS ist die häufigste Diagnose im Kindheits- und Jugendalter. Die Prävalenz der erteilten Diagnosen und damit die Verschreibung von Psychoanaleptika, meistens Methylphenidat (MPH), zur Behandlung der ADHS zeichnen seit 1990 einen stetigen und zugleich sprunghaften Zuwachs. Die Methylphenidat-Verordnungen (Medikinet®, Concerta®, Ritalin® u. a.<sup>2</sup>) sind seit 1990 von 0,3 Millionen DDD<sup>3</sup> auf 46 Millionen DDD in 2007 gestiegen, eine Steigerung von 1533%.<sup>4</sup> 1993 wurden in Deutschland 34kg Methylphenidatprodukte über die Apotheken verkauft, im Jahre 2009 wurden bei jährlich größeren Absatzmengen 1735kg erreicht, ein Vielfaches von mehr als 50 bzw.

---

<sup>2</sup> Hier in der Reihenfolge ihrer Marktposition aufgeführt, vgl. Wild 2009: 14.

<sup>3</sup> DDD (daily defined dose = angenommene mittlere Tagesdosis, eine von der WHO definierte Maßeinheit).

<sup>4</sup> Bayerisches Ärzteblatt 11/2008: 682.

eine Steigerung um 5103%.<sup>5</sup> Dieser Anstieg des Methylphenidatverbrauchs<sup>6</sup> innerhalb von 17 Jahren wird mit einer Unterdiagnostizierung und Unterversorgung in Deutschland erklärt, die sich im Laufe der Jahre reguliert habe. Die gestiegene »awareness« (Bewusstheit) für das Krankheitsbild führe zu der häufigeren Diagnose und die betroffenen Kinder würden nun die erforderliche pharmakologische Behandlung erhalten, die zudem die kostengünstigste sei. Die erteilte Diagnose eröffnet den Zugang zur Behandlung, die nicht notwendigerweise medikamentös sein muss und nicht nur medikamentös sein sollte. Jedoch stimmt der enorme Anstieg des Methylphenidatverbrauchs mit den Erfahrungen im klinischen Alltag und wissenschaftlichen Erhebungen überein, die belegen, dass zahlreiche Kinder nur medikamentös behandelt werden. »Although behavioural therapy is formally advocated in concert with medication treatment, many children receive medication only.« (Furman 2009: 38)<sup>7</sup>

Die anhaltenden Wachstumsraten bei der pharmakologischen Behandlung verweisen unvermeidlicherweise auch auf die Vermarktungsinteressen der Pharmaunternehmen, die – verschärft durch hohe Marketingausgaben und Forschungskosten<sup>8</sup> – an einem möglichst großen Absatzmarkt interessiert sind. In der kritischen Auseinandersetzung mit der Verbreitung der ADHS-Diagnose wird in den Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie ein Grund für die Verbreitung der Diagnose gesehen.<sup>9</sup> An der Verbesserung der Medikamente hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit wird erfolgreich gearbeitet. Die Fragen nach den Nebenwirkungen und möglichen Langzeitfolgen einer Dauermedikation auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn sind damit

---

<sup>5</sup> Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2010.

<sup>6</sup> Die ebenfalls steigenden Verbrauchszahlen von Atomoxetin (Strattera), das im Unterschied zu MPH nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt. 2009 lag Strattera hinter Ritalin auf dem vierten Platz bei ADHS der verkauften Medikamente (Wild 2009).

<sup>7</sup> Vgl. auch Glaeske: Psychotherapie kommt bei ADHS oft zu kurz. In: Ärzte Zeitung, 12.08.2009, 15: 12.

<sup>8</sup> Die Pharmakonzerne der USA gaben 2004 für Werbung 57,5 Milliarden US-Dollar und 31,5 Milliarden US-Dollar für Forschung aus (Spiegel online 2008, 3. Januar).

<sup>9</sup> Eine aufschlussreiche Beschreibung finanzieller Zusammenhänge von Pharmaindustrie einerseits und Medizinern und Forschern andererseits findet sich bei Marcia Angell (2010), Sozialmedizinerin in Harvard und langjährige Chefredakteurin des »New England Journal of Medicine«, vgl. auch Jacky Law 2007.

noch nicht berührt. Die Retardprodukte mit ihrer längeren Wirksamkeit können steigende Marktanteile verbuchen. Neue Produkte sind in der »pipeline« der Pharmaunternehmen.<sup>10</sup> Mit den steigenden Verbrauchszahlen steigen aber auch die Kosten für die Gesundheitssysteme und das gewichtige Argument für eine medikamentöse Behandlung – neben ihrer Effektivität auch die Kosten günstigste zu sein – droht durch die hohen Zahlen, durch die schiere Quantität, relativiert zu werden.<sup>11</sup> Diese ökonomischen und gesundheitspolitischen Zusammenhänge seien hier nur erwähnt, ihnen nachzugehen, würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen.

Ritalin® ist mittlerweile auch bekannt als Konzentration förderndes Mittel, das zur intellektuellen Leistungssteigerung missbräuchlich eingesetzt wird.<sup>12</sup> In der Diskussion über Neuroenhancement wird von Philosophen und Naturwissenschaftlern sehr differenziert, sorgfältig und ernsthaft die soziale und ethische Problematik dargelegt und diskutiert, ob Leistung fördernde Mittel nicht zum allgemeinen Gebrauch freigegeben werden sollten.<sup>13</sup> Inzwischen hat sich auch hierzulande die Diskussion über ADHS auf die Diagnose ADS bei Erwachsenen erweitert. AD(H)S wird zu einer Art angeborener Grunderkrankung, einer Behinderung vergleichbar, von zwar veränderbarer, aber lebenslang sich erhaltender Symptomatik und entsprechender Behandlungsbedürftigkeit.

Bei Eingabe »ADHS« werden von der Suchmaschine Google im Internet mehr als 730.000 Einträge angegeben mit vielen Foren und Blogs Betroffener, mit affirmativer oder mit kritischer Ausrichtung gegenüber Diagnose

---

<sup>10</sup> Für »Vyvanse®« (von Shire PLC) ist 2013 die Einführung in Europa geplant. Damit wäre erstmals seit den 1970er Jahren in Deutschland wieder ein Amphetaminprodukt in fertiger Form als Arzneimittel zugelassen. Das neuartige an diesem Produkt ist, dass es das Amphetaminderivat erst im Magen-Darm-Trakt freisetzt, für Missbrauch also ungeeignet ist. Vgl.: <http://www.vyvanse.com/>

<sup>11</sup> Vgl. Schlender et al. 2008: Health Service Expenditures for Patients with a Diagnosis of ADHD in Germany.

<sup>12</sup> Ein interessanter Bericht über einen Selbstversuch (»Ich bin ein Zombie, und ich lerne wie eine Maschine«) findet sich in: Zeit Campus Online 18.02.2009 – <http://www.zeit.de/campus/2009/02/ritalin>

<sup>13</sup> Galert et al. 2007: MEMORANDUM Neuro-Enhancement. Das optimierte Gehirn; Parens E 2005: Authenticity and Ambivalence. Toward understanding the Enhancement Debate.

und Medikation, mit Ratgebern und Tests, wie man herausfinden könne, ob man »ADHS hat«. Auf Youtube finden sich mehrere Videos zur Aufklärung über ADHS und seine genetisch-biologische Verursachung. Es gibt zahlreiche Elternratgeber für den Umgang mit den sogenannten ADHS-Kindern. Die hilfreiche Funktion dieser Ratgeberliteratur für betroffene Eltern darf nicht unterschätzt werden. Denn die oft verzweifelten Eltern finden auch auf diesem Weg Hilfen, verständnisvoller und entsprechend gelassener ihrem anstrengenden Kind zu begegnen. Von einer Erkrankung des Kindes ausgehen zu dürfen resp. zu müssen, hat meist eine entlastende Funktion, die den fatalen Zirkel aggressiven Verhaltens zwischen Kind und Eltern zu durchbrechen oder doch zu mildern vermag (vgl. Dammasch 2007). Die Erleichterung, nun zu »wissen, dass das Kind krank ist«, birgt jedoch das Risiko einer für das Kind belastenden Stigmatisierung in sich (Leuzinger-Bohleber et al. 2006a). Die betroffenen Kinder reagieren in ihrem Verhalten sehr unterschiedlich auf ihren Status als »ADHSler«. Von Schamgefühlen bis selbstbewusstem Umgang mit ihrer Diagnose und der Medikation können die Reaktionen reichen (Haubl und Liebsch 2008, 2009). Gegen die Stigmatisierung als krank und dysfunktional richten sich explizit jene Ansätze, die die Fähigkeiten der sogenannten ADHSler betonen: ihre Kreativität, Offenheit für Neues, ihre Begeisterungsfähigkeit und leidenschaftliches Interesse (Hypofokussierung) und ihr Gerechtigkeitsgefühl. Hier wird dem »krank« ein »anders«<sup>14</sup> entgegengesetzt. Berühmte Persönlichkeiten, wie Mozart und Einstein, die retrospektiv die Diagnose ADHS erhalten, werden als Identifikationsfiguren angeboten.

Das Thema ADHS wird also nach wie vor kontrovers und oft emotional diskutiert. Diese Emotionalisierung der Diskussion dürfte mehrere Gründe haben. Ein Grund ist sicher die umstrittene Medikation von Kindern mit Methylphenidat und anderen Psychopharmaka. Diese Diskussion bewegt sich zwischen zwei Polen. Einerseits wird vor einer Medikation als Verletzung des kindlichen Rechts auf Unversehrtheit gewarnt, zumal die Langzeitfolgen einer jahrelangen Medikation ungeklärt sind. Andererseits wird das Medikament als Recht auf Hilfe eingefordert und seine Vorenthaltung als unethisch angeklagt. Das Moment der *Quantität* indes, der kontinuierliche Anstieg der vergebenen Diagnosen und entsprechend der Anstieg der Medikamentenverordnung, ist

---

<sup>14</sup> Ein ADHS-Forum führt das »anders« als Programm in seinem Namen: <http://www.adhs-anderswelt.de/>



wesentlich verantwortlich für die hitzigen Debatten. Denn immer mehr Kinder mit durchaus unterschiedlichen Störungsbildern und Problemen und unterschiedlich stark ausgeprägter Symptomatik werden durch die Diagnose ADHS erfasst und medikamentös behandelt. ADHS wird so zur »Einheits-Diagnose« (Leuzinger-Bohleber et al. 2006a: 15). Die zahlreichen Befürchtungen, schwierige und anstrengende Kinder sollten zur Entlastung der auf möglichst reibungsloses Funktionieren angelegten Erwachsenenwelt angepasst und verträumte Kinder mit Blick auf ihren Schulerfolg leistungsfähiger gemacht und soziale Probleme pathologisiert werden, sind unvermindert aktuell (Bovensiepen et al. 2002: Unruhige und unaufmerksame Kinder; DeGrandpre 2002: Die Ritalingesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben; Diller 1998: Running on Ritalin; Furman 2008; Leuzinger-Bohleber et al. 2006a: Frühprävention statt Medikalisierung; Timimi 2005: Naughty Boys; Timimi und Leo 2009: Rethinking ADHS; Voß 1983: Pillen für den Störenfried?).

Fragen der individuellen Verantwortung und Schuldgefühle spielen eine mehr oder weniger ausgesprochene Rolle: Der Blick auf die Eltern-Kind-Beziehung und ihre Interaktionen wird leicht als Schuldzuschreibung an die Eltern verstanden. Psychoanalytische Herangehensweisen sind diesem Verdacht zuweilen in besonderer Weise ausgesetzt. Denn die psychoanalytische Konzentration auf emotionale und psychische Verwicklungen und Abhängigkeiten zwischen Kind und Eltern, der Blick auf die Involviertheit der einzelnen Akteure bei der Entstehung misslingender oder entgleister Kommunikationen, aktiviert schnell die Schuldgefühle der Erwachsenen. Schuldgefühle, die es zu bearbeiten gelte. Eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der Eltern erleben, dass es nicht um Schuldzuweisungen geht, sondern darum, Veränderungen über Verständnis und Verstehen herbeizuführen, ist eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Psychotherapie.

Die wissenschaftliche Literatur ist umfangreich und kaum mehr zu überblicken. Rothenberger und Neumärker (2005) setzen das Jahr 1960 als Beginn intensivster Forschung zum Thema ADHS: »(...) nach dieser Zeit kam es zu einer schlagartigen Zunahme von Studien, die sich auf die verschiedensten Aspekte der Störung beziehen und eine einheitliche Darstellung der geschichtlichen Entwicklung erschweren« (a. a. O.: 10). Zahlreiche Studien aus den Disziplinen der Neurowissenschaften untersuchen mit unterschiedlichen bildgebenden Verfahren die Gehirnregionen, die mit der Entstehung von ADHS in Verbindung gebracht werden. Genetische Studien suchen nach den Genen,

die für den Gehirnstoffwechsel, vor allem für den des dopaminergen Systems, dem eine entscheidende Rolle bei der Entstehung der ADH-Symptomatik beigemessen wird, wichtig sind (Niklasson et al. 2005; Plessen et al. 2006; s. auch Freitag und Tetz 2006). Zwillingsstudien spielen eine zentrale Rolle für die These der Vererblichkeit der ADHS. Auf all diese organmedizinisch ausgerichteten Studien stützen sich also die Annahmen einer genetisch bedingten Ätiologie der ADHS. Die Interpretation der genetischen und neurowissenschaftlichen Befunde wird unter den Wissenschaftlern kontrovers geführt: Abweichende Pathologie einerseits, normale Variante innerhalb des Spektrums menschlicher Verhaltensweisen und genetischer Anlagen andererseits (vgl. Aboitiz et al. 2005).

### *Kulturkritische Aspekte*

Diese vorherrschende biologische Begründung der Ätiologie der ADHS wird von zahlreichen Autoren problematisiert und zurückgewiesen. Kulturkritische und sozialpsychologische Argumente verweisen auf die modernen Umweltbedingungen, unter denen Kinder heranwachsen. Die nicht kindgerechten, durch festgelegte Zeiteinteilung und Funktionsabläufe bestimmten Lebensverhältnisse gelten als eine entscheidende ätiologische Verursachung bei der Entstehung von psychischen Problemen, die sich dann als Verhaltensstörung ausdrücken. Die Stichworte dieser Arbeiten: beschleunigte Kindheit, Reizüberflutungen – vor allem durch die digitalen Medien, Folgen des sozialen Wandels mit seinen hohen Ansprüchen an die Mobilität der Erwerbstätigen, zunehmende Armut, veränderte Familienformen und Veränderungen in den familiären Beziehungen und der Erziehungsstile in der modernen Gesellschaft unter Bedingungen der Globalisierung (Ahrbeck 2007; Amft 2002; Basquin 2002; Bittner 1994; DeGrandpre 2002; Gerspach 2006; Mattner 2002, 2006; Leuzinger-Bohleber et al. 2006a; Roggensack 2006; Timimi 2005; Timimi und Leo 2009). Die Autoren sehen die Tendenz, dass Kinder im Sinne gesellschaftlicher Erwartungen möglichst störungsfrei funktionieren sollten und dass gesellschaftliche Normierungsprozesse auf Kosten kindlicher Entwicklung und individueller Entfaltung durchgesetzt werden. Soziale Faktoren wie gestiegene Leistungs- und Anpassungserwartungen, veränderte Erziehungsstile und damit auch veränderte Erziehungsprobleme würden auf diese Weise verleugnet (DeGrandpre 2002; Gerspach 2006). Aus dieser Perspektive stellt die massenhaft gestiegene ADHS-Diagnose mit nachfolgender Medikation eine

Medizinalisierung psycho-sozialer Probleme dar, die auch als »Biologisierung abweichenden Verhaltens« bezeichnet wird (Mattner 2006). Aus kulturübergreifender Sicht wird den westlichen Gesellschaftlichen kritisch entgegeng gehalten, blind gegenüber ihrer eigenen Voreingenommenheit zu sein und nicht zu sehen, wie sehr ihre Vorstellungen von normal/unnormal kulturell bedingt seien und eine kinderfeindliche Tendenz hätten (Timimi 2005).

Das Verständnis der ADHS als einer entscheidend durch sozio-ökonomische Faktoren bedingten Verhaltensstörung, deren Behandlung in der gleichen Logik erfolgt, die auch an ihrer massenhaften Entstehung beteiligt ist, wird auch von interkulturellen empirischen Studien bestätigt: Eine vergleichende Studie zum Spielverhalten von Kindern in unterschiedlichen brasilianischen Bevölkerungsgruppen fand heraus, dass Kinder eines Indianerstammes und Kinder einer ländlichen Küstenregion im Unterschied zu Kindern, die unter urbanen Bedingungen aufwachsen, sich nicht nur hinsichtlich ihres bevorzugten Spielverhaltens signifikant unterscheiden. Darüber hinaus unterschieden sich die Kinder gruppenspezifisch in ihrer Ausgeglichenheit sowie in ihrem Sozial- und Lernverhalten:

Our children who live in big cities, even the rich ones, might benefit from greater contact with a more natural way of living. We noticed that seashore and Indian children showed less stress, more pleasure and happiness in their play, and other behavioral manifestations. Teachers' spontaneous comments on seashore children revealed that they considered them calm, curious, and clever, in striking contrast with urban teachers who regarded a great part of their pupils as behaviourally disruptive, with learning disabilities and with social-affective and familiar problems. (Gosso et al. 2007: 553)

Ein wichtiger Aspekt, mit dem sich die gesellschafts- und kulturkritische Literatur beschäftigt und der in der psychoanalytischen Diskussion vor allem unter intra- und interpsychischem Aspekt ebenfalls eine zentrale Rolle spielt, ist also die Frage nach der Bedeutung des sozialen Umfeldes und der Rolle der Erziehung für die Herausbildung einer ADHS. Dieser Frage nachzugehen, werde von den Betroffenen schnell als Schuldzuschreibung an die Eltern empfunden (Lüpke v. 2003). Das entspricht nicht dem Anliegen der betreffenden Autoren. Sehen sie doch die zahlreichen Anforderungen und den gesellschaftlich bedingten Druck, dem die Eltern begegnen müssen, als ätiologisch wirksamen Faktor. Die Frage nach der Rolle von Erziehung und Umwelt bei der Herausbildung von Verhaltensauffälligkeiten, die als ADHS diagnostiziert werden (können),

zielt auf die Entwicklung alternativer Strategien, um sich diesem Druck nicht blind zu unterwerfen. Die These der vornehmlich psychosozialen Ätiologie der ADHS wird auch durch zwei epidemiologische Besonderheiten der ADHS-Diagnose gestützt: Jungen erhalten signifikant häufiger die ADHS-Diagnose und in den unteren sozialen Schichten ist die Diagnose stärker zu verzeichnen als in den oberen sozialen Schichten (Schlack et al. 2007; vgl. Kapitel 2.1.3 dieses Buches). Beide Befunde, sowohl der geschlechtsspezifische, als auch der schichtenspezifische, lassen vermuten, dass in die medizinisch-psychiatrische Diagnose soziale und gesellschaftliche Probleme eingehen, die von der vorherrschenden ADHS-Forschung nicht angemessen reflektiert werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der kulturkritischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen ADHS sind die schon zuvor angesprochenen ökonomischen Interessen, die sich mit der Behandlung der ADHS verbinden. Der umsatzstarke und profitträchtige Markt, der mit zunehmender medikamentöser Behandlung expandiert, führt zu kritischen Fragen nach der Rolle der Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie und inwieweit sie z. B. durch gezielte Werbung die Nachfrage erhöhen – und damit zu einem Anstieg der Diagnosen beitragen würden (Leo und Lacasse 2009).

### *ADHS-Kontroverse*

Die ADHS-Diskussion spaltet sich also im Wesentlichen in zwei Lager. ADHS stellt »eine der größten Kontroversen in der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie« dar (Riedesser 2006). Die Debatte wird mit unterschiedlicher, entgegengesetzter Blickrichtung auf ADHS und ihre Ätiologie geführt und daraus resultiert die Kontroverse um die indizierte Behandlung:

1. These: ADHS als eine multifaktoriell, aber doch primär genetisch bedingte Erkrankung bestimmter Hirnfunktionen und Regionen, die zu den auffälligen Verhaltensweisen führt und erfolgreich mit den zur Verfügung stehenden Psychoanaleptika, vor allem den Psychostimulantien Methylphenidat und Amphetamin, behandelt werden kann und behandelt werden sollte. Umweltweinflüsse, als ein Aspekt des Multifaktoriellen, werden in dieser naturwissenschaftlich orientierten Sichtweise vor allem im Bereich der objektiv messbaren Faktoren gesucht, wie die Studien zum Einfluss des Rauchens während der Schwangerschaft anzeigen (Laucht und Schmidt 2004; vgl. auch Nigg 2009 zur möglichen ätiologischen Wirksamkeit erhöhter Bleikonzentrationen in der Luft).

2. These: ADHS als ein multifaktoriell bedingtes komplexes Verhalten, dem individuell unterschiedliche Bedeutungen und Entstehungszusammenhänge zu Grunde liegen. Pränatalen Einflüssen, den sozialen Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen und ihren frühen Interaktionserfahrungen wird hier gegenüber der biologischen Konstitution die entscheidende Bedeutung beigemessen. Die biologische Disposition wird als eine Matrix gesehen, auf der sich die sozialen Erfahrungen einschreiben und die genetische Disposition entscheidend mitgestalten. Die Neuroplastizität des Gehirns, seine Selbstorganisation und Abhängigkeit von sozialen Erfahrungen und die Umwelt getriggerte Genexpression begründen diese Argumentation. Forschungsarbeiten belegen »den Einfluss, den die Umwelt des Säuglings auf grundlegende Prozesse wie die Genexpression oder Veränderungen in der Rezeptordichte ausübt. Das Gehirn wartet auf Erfahrung« (Fonagy 2006: 92). Interventionen sollten dieser Position zufolge primär auf der Ebene des biopsychosozialen Kontinuums einsetzen und nicht auf der Ebene der biologischen Materie durch auch toxisch wirkende Chemotherapie in Form von Psychopharmaka. Die Verhaltensauffälligkeiten gelten hier primär als Ausdruck emotionaler Entwicklungsstörung und als Symptome, deren Bedeutung zu entschlüsseln ist. Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch begründete Psychotherapie gelten entsprechend als indiziert.

Beide Positionen vertreten also kein reduktionistisches Modell einer monokausal verursachten Ätiologie – etwa: »nature versus nurture«<sup>15</sup> – sondern haben den komplexen Zusammenhang des biopsychosozialen Spektrums im Blick. Die grundsätzliche, gemeinsame theoretische Position der »multifaktoriellen Bedingtheit« ändert jedoch nichts an der grundsätzlich unterschiedlichen und rivalisierenden Herangehensweise in Forschung und Behandlung. Die vorherrschende Richtung innerhalb der biologischen Psychiatrie sucht im interdisziplinären Forschungszusammenhang mit den Neurowissenschaften

---

<sup>15</sup> 1876: Francis Galton verwendete die Termini »nature and nurture«, um den Unterschied zwischen Einflüssen der Vererbung und der Umwelt auf Verhaltensleistungen zu erläutern. – Die beiden Positionen in der Kontroverse um ADHS lassen die bekannte Debatte über »nature versus nurture« wiedererkennen und verweisen auf das ungelöste Leib-Seele-Problem in der abendländischen Philosophie seit Descartes. Diesem zentralen Problem kann im Rahmen dieser Arbeit nicht nachgegangen werden, es soll aber auf seine Relevanz hingewiesen sein (s. Kapitel 3. dieser Arbeit; vgl. auch Lüpke v. 2004a; Solms und Turnbull 2002).

und der Genetik nach den genetischen Zusammenhängen und hormonellen Funktionsabläufen, die die Ätiologie der ADHS bedingen. Sie betont also das »Bio« im biopsychosozialen Spektrum. Die psychosozialen Faktoren gelten als sekundär. Die Sozialwissenschaften und die Psychoanalyse hingegen betonen das »Psychosoziale« des Spektrums. Es scheint, als seien – wie bei den »zwei Seiten einer Medaille« – diese entgegengesetzten Perspektiven nur abwechselnd, nicht aber gleichzeitig zu realisieren. Die Frage ist also nicht, ob eine genetische Veranlagung als biologische Determinante wirksam ist, sondern wie stark und wie unabhängig von sozialen Erfahrungen, von Umwelteinflüssen, sich die biologische Grundlage durchsetzt und deshalb als Ätiologie zu analysieren und zu beschreiben ist. »Note that the issue here is not whether impulsivity involves the brain, because all behavior does under the materialist assumption of science. The issue, rather, is whether a neural or neuropsychologic level of analyses – or a particular neuropsychologic pathway – is the most useful level for understanding why this disorder develops or is the most important determinant of the syndrome’s expression (...).« (Nigg et al. 2005: 1224)

Unter dieser Fragestellung – ob die neuropsychologische Ebene diejenige ist, auf der sich die wichtigsten Determinanten für die Entwicklung eines Symptoms am besten erklären lassen – öffnet sich die Perspektive. Statt eines – trotz grundsätzlicher Übereinstimmung der »multifaktoriellen Bedingtheit« – sich immer wieder herstellenden »entweder Biologie – oder Umwelt/Sozialisation« kommen die unterschiedlichen Determinanten konkret im Sinne eines »sowohl – als auch« ins Spiel. Dann dürfte aber deutlich werden, dass wir letztlich Entscheidungen treffen (müssen), welche Zugangsweisen wir aus unterschiedlichen Gründen – berufliche, wissenschaftliche, weltanschauliche und subjektive Präferenzen usw. – für die angemessenere halten. Diese Entscheidungen sind von großer Relevanz, weil sie darüber bestimmen, wie und mit welchen Mitteln den betroffenen Kindern geholfen werden soll, welche Prioritäten bei der Verwendung der (immer begrenzten) materiellen Ressourcen gesetzt werden und vor allem: in welcher Weise präventiv gehandelt werden soll.

Die Mainstream-Diskussion über ADHS seitens der Neurowissenschaftler<sup>16</sup> und Genetiker, der Psychiater, Pädiater und Psychologen der behavioralen

---

<sup>16</sup> Um den Textfluss nicht zu stören, verwende ich bei Berufsbezeichnungen und Patienten üblicherweise die grammatikalisch maskuline Form; zuweilen wechsele ich zur femininen Form, die dann ebenfalls sowohl für Frauen als auch für Männer steht.

Schulen ist von der ersten Position geprägt. Für die (psycho)therapeutische klinische Praxis gilt dies in noch stärkerem Maße auf der Ebene geltender medizinischer Leitlinien der einzelnen Facharztgruppen. Diese sehen neben der Pharmakotherapie, dem Elterntaining als Psychotherapie des betroffenen Kindes resp. Jugendlichen nur die Verhaltenstherapie vor. Elternberatung und -training sollen begleitend zur Pharmakotherapie für die Eltern auf der psychosozialen Ebene eingesetzt werden, um ihnen zu einem angemesseneren Umgang mit ihren verhaltensauffälligen Kindern zu verhelfen. Diese Trias von Psychopharmakotherapie und Verhaltenstherapie mit Elterntaining – und amerikanischem Vorbild folgend, zunehmend auch Lehrerberatung – stellt als »multimodale Therapie«, die Standardtherapie dar. Diese Standardtherapie kann sich auf evidenzbasierte Nachweise ihrer Wirksamkeit berufen und wird deshalb von den medizinischen Fachgesellschaften empfohlen. Die verhaltenstherapeutischen Interventionen – und selbst die nur beratenden Maßnahmen – haben interessanterweise einen nachhaltigeren Effekt als die Medikation allein, die oft zu keiner nachhaltigeren Symptomverbesserung nach Absetzen des Medikamentes führt (MTA Cooperative Group 2004a, 2004b). Die Standardtherapie wird gegebenenfalls durch Ergo- und/oder Logotherapie ergänzt. In den letzten Jahren hat Biofeedback als Computer gesteuertes Trainingsprogramm auf sich aufmerksam gemacht. Dieses Training soll den Kindern helfen, ihre Selbstkontrolle und Selbststeuerung und damit ihre Aufmerksamkeit zu erhöhen.

Psychodynamische Interventionen, und damit vor allem die analytische Psychotherapie, gelten – da in ihrer Wirksamkeit für die Kernsymptomatik des Störungsbildes ADHS nicht evidenzbasiert nachgewiesen – als nicht indiziert (vgl. Bundesärztekammer 2005a: 35). Lediglich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wird im Fall starker familiärer Probleme und bei Komorbiditäten im Bereich emotionaler Entwicklungsstörungen, bei Ängsten und Depressionen, empfohlen (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007; Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte: Grosse et al. 2007).

In der praktischen psychotherapeutischen Arbeit bietet sich indes ein heterogenes Bild in der Behandlung von Kindern mit ADH-Symptomatik. Zahlreiche Patienten, deren Symptomatik unter das ADHS-Spektrum fällt, werden von analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt. Umfangreiche Veröffentlichungen mit Fallbeispielen berichten über diese Thera-

pien und die sie begründenden psychoanalytischen Theorien und Konzepte psychischer Entwicklung und Funktionsweise (vgl. »Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie« 4/2001 und 1/2003; Dammasch 2002, 2006; Hopf 2000, 2007; Horn 1989; »Kinderanalyse« 2/1993 und 4/2009; Leuzinger-Bohleber et al. 2006a; Neraal 2005; Neraal und Wildermuth 2008; Streek-Fischer und Fricke 2007; vgl. Tabellen 3 und 4 in Kapitel 3).

Dem Mainstream gegenüber kritisch eingestellte Wissenschaftler, Ärzte und Psychotherapeuten diskutieren auch die Frage, in wieweit ADHS eine zulässige und zuverlässige Diagnoseeinheit sei und gehen den inneren Widersprüchen und ungeklärten Fragen derselben nach (Breggin 1999; Carey 2002; du Bois 2007; Lüpke v. 2004; Timini 2005; Timini u. Leo 2009). Neurobiologen stellen die Neuroplastizität des Gehirns, also die von sozialen Erfahrungen abhängige Entwicklung des Gehirns und seiner Funktionsabläufe, in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen und fordern präventive Maßnahmen auf der psychosozialen Ebene (Hüther 2001, 2006; Panksepp 1998, 2007; Panksepp et al. 2003; Smalley 2008).

## 1.1. Begriffsdefinitionen und Abkürzungen

Die *analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* gehört, wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren, die seit 1967 als Krankenbehandlung in die vertragsärztliche Versorgung integriert sind (Faber u. Haarstrick 1999: 31). Sie begründet sich theoretisch auf unterschiedliche psychoanalytische Schulen. In der hier vorliegenden Arbeit ist von analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in der Tradition der Freudschen *Psychoanalyse* die Sprache. Es wird nicht beansprucht, die Psychoanalyse in der Tradition Adlers und Jungs zu integrieren oder zu repräsentieren. Dementsprechend bezieht sich der Begriff Psychoanalyse auch auf die Freudsche Tradition. (Diese Orientierung entspringt der Tradition des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Frankfurt, das seit seiner Gründung eng mit der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung/DPV und dem Sigmund-Freud-Institut verbunden ist und sich in der Ausbildung an den Standards der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung/DPV orientiert.) Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie verwende ich als Begriff, wenn es sich um die praktische klinische



Arbeit handelt, von Psychoanalyse spreche im theoretischen Kontext der Begründung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.

In der Literatur wird der Begriff Kinderanalytiker auch für die *analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten* verwendet. Dieser Praxis folge ich nur gelegentlich, wenn ich mich auf entsprechende Literatur beziehe. Um den langen Begriff des analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu vermeiden, spreche ich, mit der gleichen Bedeutung, auch vom *Kindertherapeuten* und der *Kindertherapeutin* oder auch nur vom *Therapeuten* und der *Therapeutin*.

In der Diskussion über hyperaktive, impulsive und unaufmerksame Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hat sich im deutschen Sprachgebrauch auch in der Fachliteratur die Bezeichnung *ADHS* – die Übersetzung der englischen Diagnose des DSM-IV – gegenüber jener der *HKS* durchgesetzt. Ich folge dieser Praxis und spreche von ADHS. HKS verwende ich in den Zusammenhängen, in denen die Unterschiede der beiden Diagnosen behandelt werden und wenn ich mich auf diese Differenz beziehe.

### *Wiederkehrende Abkürzungen*

Abkürzungen werden im Text erklärt. Hier seien häufig verwendete genannt:

AD/HD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

ADS: Aufmerksamkeitsdefizitstörung

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen), das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung)

HKS: Hyperaktivitätsstörung

ICD: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation/WHO, herausgegeben von Dilling et al. 2008; im Text meist mit der entsprechenden Version, z. B. ICD-10, genannt)

IKJP: Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Hessen e. V., auch als »Kinderinstitut« bezeichnet

MPH: Methylphenidat, ist ein Amphetaminabkömmling, Psychopharmakon und unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. MPH ist der wichtigste Arzneistoff in der medikamentösen ADHS-Behandlung und wird unter unter-

---

schiedlichen Markennamen vertrieben. In Deutschland sind die wichtigsten: Concerta®, Equasym®, Medikinet®, Ritalin®

VAKJP: Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (Fachverband, in dem die unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen vertreten sind)

## 1.2 Inhaltlicher Überblick

Ziel dieser Arbeit ist es, auf mehreren Argumentationsebenen nachzuweisen, dass und warum »ADHS« erfolgreich mit analytischer Kinderpsychotherapie behandelt werden kann und dass psychoanalytische Konzepte einen relevanten Erklärungsansatz zum Verständnis dessen bieten, was seit Mitte der 1990er Jahre unter dem Kürzel »ADHS« die Diskussion über Psychopathologien bei Kindern und Jugendlichen dominiert.

Die kaum mehr überschaubaren Beiträge und wissenschaftlichen Publikationen zum Thema ADHS darzustellen und zu diskutieren, würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen und ist auch nicht ihr eigentlicher Gegenstand. Im anschließenden *zweiten Kapitel* gebe ich einen Überblick über die m. E. relevanten Aspekte der ADHS-Diagnose in dem historischen und medizinischen Kontext ihrer Entstehung. Zunächst gehe ich auf die Problematik der Diagnose ein und stelle sie in der unterschiedlichen Konzeption als »Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (AD/HS)« und »hyperkinetische Störungen (HKS)« dar, wie sie von den beiden internationalen Klassifikationssystemen<sup>17</sup> definiert werden. Der historische Zusammenhang zu vorausgegangenen Diagnosen und die wichtigsten Argumente der von Beginn an kontroversen Diskussionen über die Ätiologie der Verhaltensauffälligkeiten werden aufgegriffen. Die internationale Verbreitung und Popularisierung der ADHS-Diagnose verweist auf die Bedeutung und Macht der klassifizierenden Systeme für das Bild dessen, was wir auch in unserem Alltagsverständnis als »Störung mit Krankheitswert« betrachten. Für die Definition psychischer Krankheiten gilt in besonderem Maße, dass »Krankheit« immer auch eine kulturelle Vorstellung, einen gesellschaftlichen Konsens bzw. gesellschaftliche Macht darstellt: Welche In-

---

<sup>17</sup> Dilling et al. (Hrsg.) 2008 ICD-10; American Psychiatric Association (Hrsg.) 1994: DSM-IV.

tensität und Dauer von Trauer betrachten wir z. B. als »normale Trauerreaktion« und ab wann sprechen wir von »Depression«? Die Beantwortung dieser Frage wird immer von gesellschaftlichen Normen und Ansprüchen an das Individuum und seine Funktions- und Leistungsfähigkeiten geprägt sein. Und was betrachten wir bei Kindern als normalen kindlichen Bewegungsdrang, als normale kindliche Spontaneität, Ablenkbarkeit und Aufmüpfigkeit innerhalb eines Spektrums normaler Temperamentsunterschiede und was als zu behandelnde Hyperaktivität und fehlende Impulskontrolle, als Aufmerksamkeitsstörung, als Störung des Sozialverhaltens?

Je mehr die hier angesprochenen grundlegenden ethischen und methodischen Probleme einer Diagnose selbst unreflektiert bleiben, umso eher und umfassender wird dann die Diagnose als wissenschaftlich gesichert wahrgenommen und gehandhabt. Inzwischen mehren sich die Studien, die belegen, dass der Anspruch der objektivierten Diagnosekriterien von subjektiven Faktoren überlagert wird. So klärt uns eine Studie vom Frühjahr 2010 darüber auf, dass in den USA über eine Million ADHS-Diagnosen fälschlicherweise an Grundschulkindern vergeben worden sind, weil deren Alter bei der Diagnosestellung nicht angemessen berücksichtigt wurde. Die Kinder wurden aufgrund der schulischen Anforderungen beurteilt und ihr Verhalten als hyperaktiv, impulsiv und unaufmerksam diagnostiziert statt als altersbedingt, da diese Kinder aufgrund des Stichtages für die Einschulung zu den jüngsten in ihrer Klasse zählten. Aus ihrer Gruppe erhielten fast 7% eine ADHS-Diagnose – von den fast ein Jahr älteren, im Januar des gleichen Jahres geborenen Kindern hingegen nur knapp 2% (Elder 2010). Die Studie bestätigt damit die Einschätzungen und Warnungen zahlreicher Psychiater, Psychotherapeuten und anderer Berufsgruppen vor einer unangemessenen Ausweitung der Diagnose (vgl. z. B. Carey 2002, 2003; DeGrandpre 2002; Diller 1998, 2007; Mayes et al. 2009; Timimi 2005; Timimi und Leo 2009).

Das *dritte Kapitel* beschäftigt sich mit der psychoanalytischen Diskussion der ADHS. Zunächst gebe ich einen kurzen Überblick über die Arbeiten zu ADHS/HKS seit 1990 aus dem Bereich der Psychoanalyse. Dem schließt sich ein Überblick über einige zentrale psychoanalytische Konzepte an, die in der psychoanalytischen Diskussion für das psychodynamische Verständnis der ADH-Symptomatik primär herangezogen werden. Die heute als ADHS verstandenen Verhaltensauffälligkeiten wurden schon früh in ihrem Symptomcharakter für emotionale Entwicklungsstörungen untersucht.

Das *vierte Kapitel* stellt das »Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Kindern mit psychosozialen Integrationsproblemen, insbesondere HKS/ADHS« vor und setzt die psychoanalytische Diskussion der ADHS fort.<sup>18</sup> Fragen zu Rahmen und Setting, Einleitung, Durchführung und Beendigung einer analytischen Kinderpsychotherapie, zur Behandlungstechnik, zur Rolle und zu den Aufgaben des Therapeuten und zur Elternarbeit werden hier behandelt. Verschiedene psychoanalytische Konzepte in ihrer Funktion für die Arbeit mit hyperaktiven Kindern greife ich auf, sowie die besondere Bedeutung des Mentalisierungskonzeptes von Fonagy und Kollegen für das Verständnis der Störung und für die Behandlungstechnik. Das »Manual« diene in seinem ersten Entwurf der kollegialen Verständigung über den gemeinsamen fachlichen Wissensstand und der Qualitätssicherung der eigenen Arbeit im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte, die am Sigmund-Freud-Institut unter der Leitung von Professor Leuzinger-Bohleber durchgeführt wurden und werden und an denen das Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Hessen in Frankfurt beteiligt ist.<sup>19</sup> Die hier vorgelegte Version stellt eine Weiterentwicklung des ersten, nur in beiden Instituten intern veröffentlichten Entwurfs von 2004 dar.

»Manual« kann und will in psychoanalytisch-psychotherapeutischer Arbeit nicht das Gleiche bedeuten wie in verhaltenstherapeutischer Arbeit. So bietet das Manual keine direkten Handlungsanleitungen und keine Anweisungen für eine Abfolge bestimmter Schritte in der therapeutischen Arbeit. Als Anregung bei der Entwicklung des »Manuals« diene mir seinerzeit das »Treatment Manual for Individual Psychoanalytic Psychotherapy For The Treatment of Chronic, Refractory & Treatment-Resistant Depression« der Forschergruppe

---

<sup>18</sup> Der erste Entwurf des Manuals wurde in einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Professor Leuzinger-Bohleber mit den Kolleginnen Sabine Eckert, Doris von Freyberg-Döpp, Éva Hédervári-Heller und Barbara Reis diskutiert. Ich danke dieser Arbeitsgruppe für ihre fachlich kompetente Diskussion und Unterstützung bei der Entwicklung des Manuals. Danken möchte ich auch Professor Dieter Bürgin, er gab im Rahmen eines Workshops wichtige und hilfreiche Anregungen für meine weitere Arbeit am Manual.

<sup>19</sup> Das Institut wird angesichts seiner umständlichen Bezeichnung oft »Kinderinstitut« genannt. Ich werde mir erlauben, diese Bezeichnung zu verwenden, sofern ich nicht auf die offizielle Bezeichnung oder ihre Abkürzung, »IKJP«, zurückgreife.

von Phil Richardson und David Taylor an der Tavistock Clinic in London.<sup>20</sup> Das hier vorgestellte »Manual« präsentiert zentrale Entwicklungsprobleme und illustriert ihre Bearbeitung mit Hilfe von Fallvignetten, die einen lebendigen Einblick in die jeweils konkrete und individuelle Arbeit mit einem Kind ermöglichen. Dabei soll auch nachvollziehbar werden, welche theoretischen Konzepte bei dieser Arbeit angewendet werden. Das »Manual« ist kein Lehrbuch und erhebt nicht den Anspruch, repräsentativ für die Arbeit aller analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu sein.

Im *fünften Kapitel* stelle ich die Langzeitbehandlung<sup>21</sup> eines hyperaktiven Jungen vor, den ich als »Alex« schon in der Einleitung erwähnt habe. Dieser Fall zeigt die Entwicklungen des therapeutischen Prozesses mit ihrem Auf und Ab und illustriert wesentliche der zuvor diskutierten Probleme von Kindern mit ADHS. Der Fallbericht zeigt, wie die Arbeit an den bewussten und unbewussten Ängsten, an den Wünschen und Phantasien und den entlang ihrer Dynamik gestalteten Konflikten und Abwehrmechanismen des Patienten, diesem erlaubt, sich zu strukturieren und besser regulieren zu können. Die Suche nach Sinn und Bedeutung seines scheinbar sinnlosen Verhaltens erweitert sein Selbsterleben und lässt ihn Angst erregende Gefühle ertragen lernen, statt – im Wortsinne – davonlaufen zu müssen. Der Fallbericht rückt die Ebene des Subjektes und seines Erlebens in den Fokus. Dieses subjektive Erleben wird durch die Konzeption der ADHS als eigenständiges Krankheitsbild eliminiert: Es geht um Selbstkontrolle in einem instrumentellen Sinn, der Blick bleibt auf das Verhalten reduziert. Das Leiden der Kinder wird nur erfasst und verstanden auf der Ebene fehlender Anerkennung und mangelhafter sozialer Integration. Die innerpsychische Situation bleibt ausgespart. Diesem »Neglekt« (Streeck-Fischer 2006) setzt die psychoanalytisch/psychodynamische Arbeit die Konzentration auf das innere Erleben und unbewusste Wünsche und Ängste entgegen.

Im *sechsten Kapitel* stelle ich die Ergebnisse aus der »Katamnesestudie«<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> S. dazu David Taylor 2010.

<sup>21</sup> Es handelt sich um den Vortrag »Motorik und Bedeutung«, gehalten auf der »8. Internationalen Joseph-Sandler-Conference« am 1. März 2008, Frankfurt; Erstveröffentlichung unter meinem Rufnamen Heidi Staufenberg in: *Psyche*, 62 (7) 2008, 654-672; ebenfalls, aber unter Adelheid Staufenberg, in Leuzinger-Bohleber et al. 2009 veröffentlicht.

<sup>22</sup> Die Projektentwicklung der Katamnesestudie erfolgte durch Professor Dr. Marianne

vor. Die Katamnesestudie greift das Phänomen der seit den 1990er Jahren zunehmend häufiger verwendeten ADHS-Diagnose auf und untersucht, inwieweit Kinder, die die Ambulanz des »Kinderinstituts« aufsuchen und in analytische Behandlungen weiterverwiesen wurden, unter diese Diagnose gefallen wären. Dies zu überprüfen und zu untersuchen, ob und welche Behandlungen nach den diagnostischen Erstgesprächen in der Institutsambulanz eingeleitet und mit welchem Erfolg sie durchgeführt wurden, ist meine Fragestellung in der Katamnesestudie. Dafür wurden alle Patientenakten der Jahrgänge 1997-1999 ausgewertet.<sup>23</sup> Die Katamnesestudie stellt damit unter anderem einen Beitrag zur gesundheits- und berufspolitischen Positionierung der analytischen Kinderpsychotherapie dar, indem sie die Wirksamkeit des analytischen Arbeitens zeigt. Denn wie schon angeführt, gilt die analytische Psychotherapie bei den ärztlichen Fachgesellschaften und jenen Wissenschaftlern, die sich ausschließlich auf evidenzbasierte Nachweise der Wirksamkeit von Psychotherapie beziehen, als nicht oder nur eingeschränkt indiziert bei ADHS. Die Katamnesestudie stellt empirisches Material zur Verfügung, das zeigt, wie vielfältig die Psychotherapieformen sind, die bei ADHS erfolgreich angewendet werden und wie schwierig es sein dürfte, nur jene Verfahren als sinnvoll zu betrachten, die im Sinne der evidenzbasierten Medizin ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben. Vielmehr legt die Studie die Frage nahe, ob nicht naturalistische Studien angewendet werden müssen, um ein adäquates Bild von Psychotherapie und ihrer (nachhaltigen) Wirkung zu erhalten.

Im *siebten Kapitel* gebe ich eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und versuche, ausgehend von meiner Arbeit, einen kurzen Ausblick auf Probleme und offene Fragen zu geben.

---

Leuzinger-Bohleber und Angelika Wolff. Die Durchführung der Katamnesestudie wurde von der »Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten« (VAKJP) finanziert.

<sup>23</sup> Die Auswertung der Akten erfolgte im Winter 2003/2004 mit Hilfe der damaligen SFI-Mitarbeiterinnen in der »Frankfurter Präventionsstudie«: Betty Caruso, Katrin-Marleen Einert, Gerlinde Göppel, Jantje Heumann, Lisa Wolff (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. 2006a). Die aufwendige statistische Auswertung dieser Daten führten dann Korinna Fritzemeyer und Dr. Katrin Luise Lärer durch, die auf erste Vorarbeiten von Yvonne Brandl zurückgreifen konnten.