



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Psychoanalytische Theorien und Betrachtungsweisen zum AD(H)S Syndrom und ihre Bedeutung für die Pädagogik.

Wissenschaftsanalytische Auseinandersetzung der Auswirkungen eines
psychoanalytischen Verständnisses von AD(H)S auf psychoanalytisch-
pädagogische Konzepte.

Verfasserin

Barbara Schutzbier

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A297295505

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Univ. Doz. Dr. Thomas Stephenson

1	EINFÜHRUNG UND PROBLEMAUFRISS	2
2	AD(H)S –EIN ANSATZ	7
2.1	Definition und Begriffserklärung	7
2.2	Ein Blick auf die Forschungsgeschichte und die Suche nach einer geeigneten Bezeichnung: POS, MCD, HKS, ADS, ADD, ADHS	8
2.3	Ursachen und Erklärungskonzepte.....	11
2.4	Klassifikation und Diagnostik.....	14
2.5	Komorbidität.....	17
2.6	Epidemiologie.....	17
2.7	Verlauf	18
2.8	Multimodale Therapie.....	19
2.9	Pädagogische Betrachtungsweisen	21
2.10	Zusammenfassung	26
3	KRITISCHE AD(H)S BETRACHTUNGSWEISEN.....	27
3.1	Die Frage nach der Ursächlichkeit.....	28
3.2	Problem der Diagnostik und Grenzen einer deskriptiven Klassifikation.....	31
3.3	Kritik an einem symptomorientierten Behandlungsmodell.....	32
3.4	Die Frage nach kulturellen, gesellschaftlichen Einflussfaktoren und die Auseinandersetzung mit der Normalitätsbalance.....	35
3.5	Gesellschaftliche Veränderungen im Zusammenhang mit dem AD(H)S Syndrom aus psychoanalytischer Sicht	38
3.6	Zusammenfassung	41
4	ALTERNATIVE FORSCHUNGSANSÄTZE	43
4.1	Erkenntnisse aus dem Bereich der neueren Hirnforschung	43
4.2	Erkenntnisse aus der Bindungstheorie	46
4.3	AD(H)S als dynamisches und komplexes Phänomen, und die Frage nach einem interdisziplinären Paradigma. Beispiel eines interdisziplinären Ansatzes.....	49

4.4	Zusammenfassung	50
6	PSYCHOANALYTISCHE THEORIEN ZU AD(H)S	52
6.1	Psychoanalytische Konflikttheorie.....	53
6.2	Operante psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters	54
6.3	AD(H)S in der Bedeutung von Symptomen als verschlüsselte Botschaften	57
6.4	Ein Blick auf AD(H)S-spezifische Symptome in ihrer Bedeutung und Interpretation vor dem Hintergrund psychoanalytischer Disziplingeschichte	58
6.5	Die Symptome aus heutiger Sicht und aktuelle psychoanalytische Theorien als Grundlage zum Verständnis von AD(H)S	63
6.6	AD(H)S als Folge einer Trennungs- und Bindungsstörung	67
6.7	AD(H)S: Das Bemühen um Individuation. Selbst- und Objektabgrenzung über die Motorik.....	68
6.8	Das Fehlen des Vaters als Identifikationsfigur. AD(H)S im Sinne einer Sexualisierung und Aggressivierung	68
6.9	AD(H)S als Schutz vor Depression.....	70
6.10	Geschlechtsspezifische Unterschiede beim AD(H)S Syndrom aus psychoanalytischer Sicht.....	70
6.11	Innerfamiliäre Dynamiken	71
6.12	Bedeutung des Ritalins aus psychoanalytischer Sicht und Auswirkungen der Etikettierung mit AD(H)S als hirnrorganische Erkrankung	72
6.13	Zusammenfassung	74
7	AUSWAHL KLASSISCH PSYCHOANALYTISCH-PÄDAGOGISCHER KONZEPTE IN IHREM BEZUG ZU EINEM PÄDAGOGISCHEN UMGANG MIT AD(H)S.....	76
7.1	Szenisches Verstehen.....	78
7.1.1	Übertragung, Gegenübertragung	79
7.1.2	Projektive Identifizierung.....	81
7.2	Konzept des Containing.....	82
7.3	Konzept des Holding	84
7.4	Zusammenfassung	86
8	GRUNDLAGE ZUR UNTERSUCHUNG: DER EMPIRISCHE ZIRKEL	88
8.1	Methodik	90

8.2	Wissenschaftsanalyse nach dem Empirischen Zirkel an Hand eines Beispiels und Ausblick bezüglich der Untersuchungsergebnisse	90
8.2.1	Abschnitte ^{EZ}	91
8.2.2	Zusammenführung	92
8.3	Überblick über die weiteren Dimensionen des Empirischen Zirkels	92
8.3.1	Bereiche ^{EZ}	92
8.3.2	Ebenen ^{EZ}	93
8.3.3	Räume ^{EZ}	93
8.3.4	Positionen ^{EZ}	94
8.3.5	Bezüge ^{EZ}	94
8.3.6	Rahmen ^{EZ}	94
8.3.7	Seiten ^{EZ}	95
8.3.8	Strukturen ^{EZ}	95
8.3.9	Modalitäten ^{EZ}	95
8.3.10	Übergänge ^{EZ}	95
8.3.11	Chronologien ^{EZ}	96
8.4	Wahl und Bedeutung des EZ in dieser Arbeit.....	96
9	UNTERSUCHUNGSTEIL	97
9.1	Fragenkatalog	97
9.2	Untersuchung	98
9.2.1	Untersuchung hinsichtlich der phänomenalisierenden Elemente in der Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart.....	98
9.2.2	Untersuchung hinsichtlich der kausalisierenden Elemente in der Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart	108
9.2.3	Untersuchung hinsichtlich spezifischer Elemente in den Abschnitten ^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung in Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart.....	115
9.2.3	Untersuchung weiterer Aspekte.....	122
9.3	Untersuchungsergebnisse.....	128
10	RESUMEE.....	133
11	AUSBLICK.....	136
12	LITERATURVERZEICHNIS	137
12.1	Literatur aus dem Internet	148
12.2	Weiterführende Literatur	148
13	ANHANG.....	152

Vorwort

Auf Grund meiner beruflichen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war ich häufig mit Kindern mit der Diagnose AD(H)S konfrontiert. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema erscheint mir umso wichtiger, als sich die Diagnosen nachweislich immer mehr häufen. Das Interesse für das Störungsbild und die dahinter liegenden intrapsychischen Dynamiken war Antrieb für meine Arbeit – verbunden mit dem Wunsch eine kompakte psychoanalytisch-pädagogische Herangehensweise griffig für die Praxis herauszuarbeiten - sich aber in einem ersten Schritt mit dem Thema auch auf wissenschaftlicher Ebene auseinanderzusetzen.

Mein großer Dank gilt in erster Linie Frau Mag^a. Romana Gruber, die mich in meinem Vorhaben mein Studium abzuschließen sehr unterstützt hat und mich bezüglich wissenschaftlichen Arbeitens intensiv begleitet und angeleitet hat. Weiters möchte ich mich bei Univ. Doz. Dr. Thomas Stephenson bedanken für die kurzfristige Annahme der Betreuung meiner Diplomarbeit. Besonders großen Dank möchte ich auch meinen Eltern, meinem Bruder, und all meinen Freundinnen und Freunden für die Begleitung und Unterstützung in einer besonders schwierigen Zeit danken, denn ohne diese hätte ich diese Arbeit und vieles andere nicht geschafft.

Diese Arbeit widme ich der Kinder und Jugendpsychiatrie Hinterbrühl des Thermenklinikums Mödling mit großem Respekt vor dem tiefen Verständnis, mit dem dort den Kindern und Jugendlichen begegnet und Hilfestellungen fürs Leben gegeben wird und dem ebenso verständnisvollen Umgang mit den dort tätigen Mitarbeiterinnen und der großen Wertschätzung für sie.

1 Einführung und Problemaufriss

AD(H)S gilt als eines der am häufigsten diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder im deutschsprachigen Raum (vgl. Stark, Hüttl & Thaler 2004,83). Dabei handelt es sich um eine Störung oder Krankheit mit Auswirkungen auf das Verhalten, die Lernfähigkeit und Konzentration sowie auf die Entwicklung allgemein. Kinder, bei denen das AD(H)S diagnostiziert wurde, erscheinen unter anderem unruhig, abwesend und verträumt, unkonzentriert, sind sozial schlecht integriert und bringen gehäuft nicht die Leistung, die ihren Begabungen entsprechen würde.

ADS/ ADHS ist die Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizits-, bzw. Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung. Es handelt sich dabei um die deutsche Übersetzung des englischen ADD (Attention Deficit Disorder) bzw. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Der in diesem Zusammenhang häufig vorkommende Ausdruck „HIK“ steht für Hyperkinetisches Syndrom und ist eine weitere gebräuchliche Bezeichnung für jene Verhaltensauffälligkeit, die sich durch erhöhte körperlicher Unruhe und Aktivität, Impulsivität und geringe Aufmerksamkeit auszeichnet. Die verschiedenen Bezeichnungen resultieren aus der Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme. So wird im anglo- amerikanischen Raum als Klassifikationssystem psychischer Störungen das DSM-IV herangezogen, in dem die Bezeichnung ADHD oder ADD verwendet wird und das Symptom der geringen Aufmerksamkeitsfähigkeit im Vordergrund steht. Im Gegensatz dazu wird im Zuge des im deutschsprachigen Raum verwendeten ICD-10 von HIK gesprochen und der Schwerpunkt auf die Hyperaktivität gerichtet (vgl. Lüpke 2004, 102).

In dieser Diplomarbeit wird der Terminus AD(H)S als Synonym für die Vielzahl aller möglichen Bezeichnungen verwendet, da sich dieser als Überbegriff des ganzen Störungskomplexes in der Literatur häufig wiederfindet und die spezifische Ausdifferenzierung der einzelnen Symptome und der daraus resultierende Einfluss auf die unterschiedlichen Bezeichnungen für das Forschungsvorhaben der Arbeit nicht von Relevanz ist.

Bei eingehender Beschäftigung mit der Thematik wird deutlich, dass die Erfassung der Erklärungsmodelle sowie das Zustandekommen der Behandlung nicht so eindeutig ist, wie es auf den ersten Blick zu sein vermochte. *Christian Warrlich* betont, dass in den letzten Jahren um kaum ein anderes Krankheitsbild eine dermaßen aufwühlende und emotional geladene Diskussion auf wissenschaftlicher und fachlicher Ebene stattgefunden hat wie um das AD(H)S Syndrom (2007, 7). Der Kinder- und Jugendpsychiaters *Peter Riedesser* spricht von der „größten Kontroverse in der Geschichte der Kinderpsychiatrie“ (2006,111). *Gabriele Häußler* und *Hans Hopf* beschreiben AD(H)S als jenes Störungsbild, das die Expertinnen der unterschiedlichsten Disziplinen so gespalten hat wie kein anderes (2004, 20).

Neben der geläufigsten und meist verbreiteten Ursachenzuschreibung, bei der AD(H)S als genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung angesehen wird, wird AD(H)S unter anderem in Ernährungsfehlern oder Allergien begründet gedacht, als Konsequenz unserer schnelllebigen technologisierten Leistungsgesellschaft, als Bindungs- oder Beziehungsstörung, oder als gar nicht existent erklärt. Eine Vielzahl an Theorien über die Ursachen und die Entstehung sowie

eine Menge unterschiedlicher Begriffe zur Bezeichnung von AD(H)S wie ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom), HIK (Hyperkinetisches Syndrom/Störung), MC (Minimale cerebrale Dysfunktion), Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörung machen die Verwirrung, die sich rund um dieses Störungsbild abzeichnet, deutlich (vgl. Lüpke, 101).

Die meiste Kritik am vorherrschenden medizinischen Erklärungsmodell von AD(H)S richtet sich dabei an die medikamentöse Behandlungsform und verlangt nach einer differenzierteren Betrachtungsweise der Ursächlichkeiten, der Diagnostik und Therapie von AD(H)S.

Hinsichtlich der psychoanalytisch orientierten Ansätze zum Thema AD(H)S lassen sich in einem ersten Schritt 2 Beitragsbereiche zusammenfassen:

So zeigt sich zum einen - entgegen dem allgemeinen Diskurs rund um die Bestimmungen von AD(H)S- in ihren Erklärungszusammenhängen und den daraus resultierenden Zielsetzungen der Behandlung der spezifisch kritisch- reflektierende Zugang der Psychoanalyse: Wenn bspw. *Hans von Lüpke* in der Forschungslandschaft zu AD(H)S ähnliche Symptomatiken analysiert, die das Krankheitsbild selbst aufzeigt, oder wenn die Außerachtlassung der wechselseitigen Determiniertheit von psychischen und neuronalen Strukturen, resp. deren Wechselwirkung kritisiert wird, so zeigt sich das Bemühen, mit einem Schritt zurück die Eigenheiten und Schwierigkeiten bei der Diskursführung selbst zu verstehen und auf diese Weise zu mehr Reflexion bei den Auseinandersetzungen mit der AD(H)S Thematik zu verhelfen.

Der zweite Bereich betrifft nun die Sichtweise und das Verstehen der Symptomatik selbst: So stellt die Psychoanalyse ihre Erkenntnisse als Bereicherung zum besseren und ganzheitlichen Verständnis des ganzen Symptomkomplexes zur Verfügung, wodurch sich auch eine differenziertere Betrachtungsweise in der öffentlichen Diskussion und eine ganzheitlichere Sicht der Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten entwickeln könnte. Dabei zeigt sich insbesondere in den Erklärungsansätzen und einem charakteristischen Verständnis von AD(H)S als Symptomansammlung eine grundsätzlich unterschiedliche Auffassung und damit auch eine ebenso unterschiedliche Vorstellung von daraus resultierenden Behandlungsarten, Umgangsweisen und Bedürfnislagen der Kinder zu den herkömmlichen und gebräuchlichen Ansätzen. Und hier kommt schließlich auch der spezifisch pädagogische Aspekt ins Spiel: Wird der Fokus auf die Bedürfnislagen des Kindes, Ursächlichkeiten auf der einen Seite und die Behandlung im Sinne der Beförderung (und Wiederherstellung) von Entwicklungschancen und Bildungsprozessen als mit Beziehungserfahrungen korrespondierend verstanden, wird die Rolle, die Pädagoginnen dabei als professionelle Gestalterinnen bildungsfördernder Beziehungserfahrung zukommt, bereits erahnbar. So widmet sich der zweite Teil dieser Arbeit der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten eines pädagogischen Zugangs basierend auf einem psychoanalytischen Grundverständnis und einer Grundhaltung wodurch sich eine Pädagogik in ihrer Ausprägung als psychoanalytische Pädagogik, geprägt durch die Sichtweise des Kindes unter Einbeziehung unbewusster Dynamiken und Konfliktlagen in die pädagogische Haltung verdeutlicht.

An dieser Stelle lässt sich das Vorhaben dieser Arbeit folgendermaßen ansetzen: So soll zum einen in spezifisch aufbereiteter Form gezeigt werden, welche Charakteristika ein psychoanalytisches Verständnis von AD(H)S mit sich bringt: das bedeutet eine Umschau und Zusammenfassung aktueller psychoanalytisch-orientierter Ansätze zu der Thematik, sowie

spezifisch darauf beziehbare Theorieansätze in historischem und inhaltlichem Zusammenhang. Zum anderen wird auch versucht, die daraus resultierenden Ansätze für den Umgang mit dem Symptomkomplex im Sinne von Zielvorstellungen (für) und Vorgehensweisen der Beteiligten – unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung für die Pädagogik – resp. psychoanalytisch-pädagogischer Ansätze in Bezug auf Kinder mit der AD(H)S Symptomatik herauszuarbeiten. Zu diesem Zweck wird bei der Befassung mit den entsprechenden Texten der Disziplin ein spezielles, textanalytisches Modell herangezogen, das die Inhalte systematisch aufbereiten und aufeinander zu beziehen hilft – in diesem Sinn auch transdisziplinäre Transparenz und Diskursaufbereitung mit sich bringt.

Es gibt eine Vielzahl an Literatur zu AD(H)S, die sich an Pädagoginnen¹ in der Praxis wendet. Verhaltens- und Handlungsanweisungen sowie verhaltens- modifizierende Konzepte sollen den Pädagoginnen als Unterstützung zur Seite stehen und sie zu einem förderlichen Umgang mit einem mit ADHS diagnostizierten Kind befähigen. Je nach theoretischer Ausrichtung und persönlicher Überzeugung der Autorin variiert die Darstellung und Interpretation bestimmter Forschungsleistungen zu den Ursachen für das AD(H)S. Umso erstaunlicher ist, dass, trotz unterschiedlicher Ursachenzuschreibungen, hinsichtlich des pädagogischen Handelns weitgehend Einigung zu herrschen scheint und Konzepte der Verhaltensmodifikation in Kombination mit einer klaren, strukturierten pädagogischen Führung das Mittel der Wahl seien. Eine auf psychoanalytischen Erkenntnissen beruhende pädagogische Auseinandersetzung findet jedoch, wenn überhaupt, in nur sehr geringem Ausmaß statt. Wie die erste Aufarbeitung der Thematik schon gezeigt hat, gibt es die Ursachen von AD(H)S betreffend unterschiedliche Ansätze. So geht ein Erklärungsansatz davon aus, dass es sich bei AD(H)S um ein sehr komplexes Störungsbild handelt, wo sich biologische und psychosoziale Erfahrungen und Faktoren gegenseitig beeinflussen (vgl. Bovensiepen 2004, 344). Lüpke betont, dass durch diese Relativierung des vorherrschenden medizinischen Betrachtungs- und Erklärungsansatzes den Pädagoginnen mehr Bedeutung zukommt (2003, 4). Durch ihren kontinuierlichen und auch längerfristigen Umgang mit den Kindern und ihren Familien sind Pädagoginnen mit der Problematik des Kindes gut vertraut (vgl. Lüpke 2003, 7). Auch *Gerald Hüther* meint, es wäre notwendig sich von der Vorstellung einer genetisch bedingten Hirnfunktionsstörung zu lösen (2004, 127). Er setzt auf Präventivmaßnahmen und Früherkennung und plädiert für eine erzieherische Haltung, die sichere Bindungen und Struktur gewährleistet (vgl. Hüther. 2004, 16). Der psychoanalytisch-pädagogische Fokus richtet sich auf das Beziehungsgeschehen im pädagogischen Kontext. In dem Wissen um die Existenz der Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene und der Aktualisierungstendenz frühkindlicher Beziehungserfahrungen wird die Pädagogin als Beziehungspartnerin umso bedeutsamer. Häußler und Hopf machen auf den Aspekt einer projektiven Dynamik aufmerksam. Die Autorinnen meinen damit das Ausagieren der Spannungen und Konflikte, die von der AD(H)S Symptomatik überlagert sind, über die

¹ Im Rahmen dieser Arbeit wird grundsätzlich in erster Linie die weibliche Endung angegeben. Bei Verweis auf eine gemischtgeschlechtliche Autorinnenkombination wie beispielsweise bei den Autorinnen Heinemann & Hopf wird ebenfalls die weibliche Endung bevorzugt.

sogenannten „Helfer“. Darunter sind alle mit dem Kind in Verbindung stehenden Personen und somit auch Pädagoginnen zu verstehen – (2004, 20).

„Diese Ruhelosigkeit und Unaufmerksamkeit als medizinischer, psychologischer, psychosozialer, pädagogischer oder psychotherapeutischer Helfer nicht zu wiederholen, sondern ihr mit Ruhe, Sicherheit, Kompetenz sowie Halt und Struktur zu begegnen, scheint das zu sein, was die Kinder und ihre Eltern als hilfreiche Wegweisung und Wegbegleitung benötigen.....“ (Häußler 2004,161)

Durch eine systematische Aufbereitung und Ausarbeitung im Sinne einer Zusammenschau und eines Überblicks der psychoanalytischen Beiträge zum AD(H)S soll in der Diplomarbeit der psychoanalytisch-pädagogische Blickwinkel als spezifischer Ansatz für die Pädagogik und das Verständnis von pädagogischem Handeln herausgearbeitet und aufgezeigt werden. Der Pädagogin kommt durch ihre bewusste und auch unbewusste Gestaltung der Beziehungsinteraktionen mit dem Kind besondere Bedeutung zu, wodurch sich auch die Anforderung an die Pädagogin nach Introspektion und reflektierter Auseinandersetzung mit den Gegenübertragungsphänomenen begründet (vgl. Häußler, 160). Auch dies ist ein spezieller psychoanalytisch-pädagogischer Ansatz, dessen Eigenart für die Pädagogik bearbeitet werden soll.

Folgender Aufbau liegt der Arbeit nun zugrunde: Im ersten Teil der Arbeit wird das Phänomen AD(H)S ganz allgemein beschrieben. Es erfolgt zunächst eine Begriffsbestimmung und Klärung der verschiedenen Begrifflichkeiten zum AD(H)S Syndrom. Über einen historischen Rückblick zur Forschungsgeschichte werden die aktuellen Erklärungskonzepte zu den Ursachen von AD(H)S vorgestellt. An Hand der Internationalen Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen, dem ICD 10 und DSM IV, werden die Erscheinungsformen und Diagnoserichtlinien von AD(H)S erläutert. Weiters kommt es zu einer Auflistung jener Störungsbilder, die gehäuft mit AD(H)S gemeinsam auftreten sowie der Darstellung einiger Daten zur Verbreitung von AD(H)S. Es folgt ein Überblick zum Verlauf von AD(H)S sowie der gängigen Behandlungsformen. Abschließend wird der Fokus auf den spezifisch pädagogischen Ansatz im Umgang mit Kindern, die eine AD(H)S Symptomatik aufweisen, der als förderlich in der pädagogischen Praxis verstanden wird, gerichtet.

Im Weiteren widmet sich die Arbeit jenen Gesichtspunkten, die das gängige AD(H)S Konzept unter Einbeziehung verschiedenster Aspekte kritisch beleuchten. AD(H)S wird im Kontext kulturtheoretischer und gesellschaftlicher Überlegungen betrachtet und über den Normalitätsbegriff der Frage nach der Beurteilung und Einschätzung der AD(H)S Symptome als krankheitswertig und behandlungsbedürftig nachgegangen. Über die Auseinandersetzung der Anwendbarkeit des medizinischen Modells auf ein Störungsbild wie es das AD(H)S zu sein vermag, werden in der Arbeit jene aktuellen Forschungsansätze vorgestellt, denen im Vergleich zum gängigen AD(H)S Konzept die Annahme einer dynamischen Wechselhaftigkeit hinsichtlich der Ursachen, der Entstehung und des Verlaufs von AD(H)S zu Grunde liegt. Im darauffolgenden Teil der Arbeit erfolgt die Erklärung zur psychoanalytischen Konflikttheorie und eine Einführung in ein psychodynamisch orientiertes Diagnoseschema. Anschließend widmet sich die Arbeit der Darstellung psychoanalytischer Erklärungsansätze zu AD(H)S unter Einbeziehung relevanter Ansätze aus der psychoanalytischen Forschungstradition und es werden die hinter den

Symptomen liegenden Konflikt dynamiken erläutert. Weiters werden geschlechtsspezifische Unterschiede beim AD(H)S sowie die Bedeutung einer medikamentösen Behandlungsweise aus psychoanalytischer Perspektive beschrieben.

Im Anschluss kommt es zu einer Zusammenführung von AD(H)S mit psychoanalytisch-pädagogischen Konzepten. Es werden das Konzept des „Szenischen Verstehens“, des „Containings“ und des „Holdings“ skizziert und es folgt eine Auseinandersetzung mit ihrer Bedeutung für einen spezifisch psychoanalytisch-pädagogischen Umgang mit als AD(H)S diagnostizierten Kindern.

Der nachfolgende Teil der Arbeit widmet sich über eine kurze Einführung in den Empirischen Zirkel als Methode zur Analyse von Texten dem eigentlichen Forschungsvorhaben der Arbeit. Ein Resümee und ein Ausblick schließen die Arbeit ab.

2 AD(H)S –Ein Ansatz

In seinem Buch *Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie* bezeichnet Bernd Ahrbeck das gängige Beschreibungs- und Erklärungskonzept von AD(H)S als *Mainstream* Forschungsansatz (Ahrbeck 2007, 13). Dieser Terminus scheint treffend gewählt und wird im Rahmen dieser Diplomarbeit im Zuge der Beschreibung des sowohl in der fachlichen als auch öffentlichen Diskussion weit verbreiteten AD(H)S Ansatzes übernommen. Es handelt sich dabei um einen speziellen Ansatz, der aufbauend auf ein bestimmtes Denkmodell Forschung betreibt, Forschungsergebnisse interpretiert und für sich nutzbar macht. Reinke spricht in diesem Zusammenhang vom objektivistischen Modell einer neurobiologisch- hirngenen Genese des AD(H)S- Syndroms (Reinke 2007, 47).

Kennzeichnend für den vornehmlichen Mainstreamansatz ist demnach die Annahme, es handle sich bei AD(H)S um eine neurobiologische Stoffwechselstörung, die durch genetisch bedingten Mangel an Botenstoffen verursacht ist (vgl. Molitor 2004, 7). Ein Blick in den Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychotherapie zeigt, dass ungünstigen psychosozialen Faktoren keine primäre ursächliche Bedeutung beigemessen wird, diese nur insofern in Erklärungsansätzen Eingang finden, als sie als wesentlich am Verlauf und der Ausprägung der Symptomatik, sowie an der Entwicklung von komorbiden Störungen beteiligt erachtet werden. (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 16). Dieses Verständnis von AD(H)S dominiert die klinische Praxis, ist als Grundlage der therapeutischen Behandlungsbemühungen zu sehen und findet sich in einer großen Anzahl an AD(H)S Literatur unter anderem bei Drüe 2007, Barkley 2002, Neuhauser 2002 oder Wender 2002.

In den nun direkt anschließenden Kapiteln von 2.1 bis 2.2 wenden wir uns dem klinischen Begriff AD(H)S unter Einbeziehung der lang zurückreichenden Forschungsgeschichte und der in diesem Zusammenhang stehenden Vielfalt an unterschiedlichen Begrifflichkeiten zu, die in dem Bemühen der differenzierten Beschreibung des Syndroms im Laufe der Geschichte Verwendung gefunden haben und die zum einen abgelöst, zum anderen nach wie vor nebeneinander existierend gebräuchlich sind.

2.1 Definition und Begriffserklärung

In dem Bemühen, die Kurzdefinition von AD(H)S zu charakterisieren, lassen sich als Leitsymptome des Syndroms Störungen der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität nennen. Unter der Bezeichnung Syndrom werden dabei in der Medizin Auffälligkeiten zusammengefasst, die jede für sich nicht unbedingt einen Krankheitswert besitzen, aber deren gemeinsames Vorkommen eine Störung vermuten lassen (vgl. Hüther & Bonney 2006, 21). Störungen der Aufmerksamkeit zeigen sich durch einen Mangel an Konzentration, erhöhte Ablenkbarkeit sowie häufigem Wechsel von Tätigkeiten besonders dann, wenn diese den Einsatz kognitiver Fertigkeiten verlangen. Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit haben Schwierigkeiten,

Aufgaben konsequent und zielgerichtet zu erledigen und bringen Tätigkeiten oft nicht zu Ende (vgl. Remschmidt, Schmidt & Poustka 2006, 33).

Da die Aufmerksamkeit abhängig von Interesse und Motivation des Kindes für die jeweilige Tätigkeit ist, kann es durchaus sein, dass ein sehr aufmerksamkeitsgestörtes Kind bei im subjektiven Erleben sehr interessanten Aufgaben oder Tätigkeiten durchaus ausdauernd und konsequent bei der Sache bleiben kann (vgl. Schäfer & Gerber 2007, 27; Lüpke 2004, 104).

Ein weiteres Kernsymptom, die Impulsivität, bezeichnet eine mangelhafte Fähigkeit, Handlungen überlegt zu setzen und eigene Bedürfnisse aufzuschieben, ebenso wie einen massiven Rededrang, häufiges Unterbrechen und inadäquates Reagieren auf Grenzsetzungen. Hyperaktivität äußert sich in einem übermäßigen Bewegungsdrang und einer motorische Unruhe (vgl. Remschmidt, Schmidt & Poustka 2006, 33).

2.2 Ein Blick auf die Forschungsgeschichte und die Suche nach einer geeigneten Bezeichnung: POS, MCD, HKS, ADS, ADD, ADHS

Geht man mit Lüpke, war es von jeher die Medizin, die in der Erforschung der als heutzutage unter der Bezeichnung AD(H)S zusammengefassten Symptome sehr aktiv war, so dass die medizinische Denkweise, das Menschenbild und die Sprache bei der Betrachtung des Störungsbildes an sich, der Art der Fragestellungen sowie der Interpretation von Forschungsergebnissen dominiert (Lüpke 2003, 1). Der Arzt Heinrich Hofmann gilt als der erste, der mit seinem Buch „*Der Struwwelpeter*“ (1845) das unruhige und aufmerksamkeitsgestörte Kind beschrieben hat. In den letzten Jahrhunderten beschäftigten sich immer wieder vor allem Kinderärzte und Psychiater mit dem Phänomen des psychomotorisch angespannten und unkonzentrierten Kindes. Entsprechend des zum jeweiligen Zeitpunkt vorherrschenden Krankheitsverständnisses psychischer Störungen wurden Erziehungsfehler, genetische oder reaktive Defekte, Psychopathien oder zerebrale Erkrankungen vermutet. (vgl. Nissen 2005, 442). Der Psychiater Scholz bemerkte schon 1891 die Möglichkeit des Fortbestands der Symptomatik im Erwachsenenalter und machte darauf aufmerksam. Dies ist ein Aspekt, der heutzutage an Aktualität gewinnt, was sich auch an der steigenden Anzahl an Literatur mit Schwerpunkt AD(H)S im Erwachsenenalter zeigt (vgl. ebd., 443).

Anfang des 20. Jahrhunderts stellte der Kinderarzt Still fest, dass Kinder, nach dem sie an einer Hirnhautentzündung erkrankt waren, sich unruhig verhielten. Er nahm an, dass Hirnschädigungen die Auffälligkeiten im Verhalten bedingen (vgl. Schäfer & Gerber 2007, 48). Still vermutete erstmalig, da viele der von ihm beschriebenen Kinder aus einem durchaus fürsorglichen Elternhaus stammten, eine leichte erblich bedingte Hirnschädigung als ausschlaggebend für die mangelnde Impulskontrolle sowie für die aggressiven und unruhigen Verhaltensweisen (vgl. Neuhauser 2002, 46; Nissen 2005, 443). Der Kinderpsychiater Homburger beschrieb 1926 die Symptomatik des Störungsbildes sehr detailliert und genau, so dass seine Beschreibung damals bereits einer heutigen ICD-10 Diagnose entsprechend würde. Die ersten Studien zur Behandlung von hyperaktiven Kindern mit einem Stimulans wurden 1934 von Bradley veröffentlicht (vgl. Nissen 2005, 443).

Im Zuge der Bemühungen um eine sorgfältige Ausdifferenzierung und Eingrenzung der Symptome wurden im Laufe der Zeit verschiedene Bezeichnungen eingeführt und erprobt.

So waren unter anderen die Begriffe leichte „*frühkindliche Hirnschädigung*“ oder „*kindlich exogenes Psychosyndrom*“ gebräuchlich (vgl. Neuhauser 2002, 47). Die Bezeichnung „*Psychoorganisches Syndrom*“ (*POS*) ist in der Schweiz auch heute noch üblich.

Im Jahre 1947 entwarfen Strauss und Lethinen das Konzept der „*Minimal Brain Damage*“ (*MBD*), das 1963 auf Grund der angenommenen, aber nicht nachzuweisenden Hirnschädigung in „*Minimal Brain Dysfunction*“ (*Minimale Cerebrale Dysfunction, MCD*) umbenannt wurde. Das Konzept basierte auf der Annahme, dass das Störungsbild generell auf eine strukturelle Hirnfunktionsstörung durch prä-, peri- oder postnatal verursachte Hirnschädigungen zurückzuführen ist. 1968 rückte Jenkins das Symptom der Hyperaktivität in den Mittelpunkt des Interesses und etablierte die Bezeichnung „*Hyperkinetische Störung*“ oder „*Hyperkinetisches Syndrom*“ (*HKS*) (vgl. Nissen 2005, 445).

Verschiedenste Forschungsergebnisse führten schließlich dazu, dass das Konzept der MCD nicht länger aufrecht erhalten werden konnte, da es kein eindeutig abgrenzbares Krankheitsbild präsentierte und viele Fälle einer AD(H)S Symptomatik beobachtbar waren, bei denen keinerlei Hinweise auf eine hirnorganische Störung gefunden werden konnten (vgl. Hüther & Bonney 2006, 19; Döpfner 2000, 160). Es entwickelten sich in Nordamerika und Europa unterschiedliche Sichtweisen zu dem Störungsbild, was sich auch in der Klassifikation der Störung in den jeweiligen Diagnosemanuals, dem ICD in Europa und dem DSM in den USA, niederschlug (vgl. Nageler 2005, 5). In den 70er Jahren wurde in Nordamerika den anderen beiden Kernsymptomen des Störungsbildes, der Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, mehr Augenmerk geschenkt. Das Wissen um den Einfluss von Stimulantien auf den Hirnstoffwechsel im Gehirn und die erfolgreichen medikamentösen Behandlungsversuche der beschriebenen Symptome ließen verschiedene Theorien aufkommen, die eine Reizüberflutung im Frontalhirn auf Grund eines Transmittersubstanzmangels postulierten (vgl. Neuhauser 2002, 48). Die Bezeichnung „*Attention Deficit Disorder (ADD) /Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom*“ (*ADS*) wurde eingeführt und im Jahre 1987 in „*Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*“ (*ADHS*) geändert, da nun für die Symptome Hyperaktivität und Impulsivität eine gemeinsame Grundproblematik angenommen wurde (vgl. Barkley 2005, 65).

Durch die Entwicklung von bildgebenden Verfahren wie dem Magnet- Resonanz- Tomogramm (MRT), der Photonen- Emissions- Computertomografie (SPECT) oder der Positronen- Emissions- Tomografie (PET) wurde es möglich, in die Funktionstätigkeit des Gehirns einzusehen. Schließlich gelang es 1990 Zametkin et al. mit Hilfe des PET nachzuweisen, dass bei Erwachsenen, die als Kinder eine hyperaktive Symptomatik aufwiesen, und auch wieder selbst hyperaktive Kinder hatten, eine geringere Stoffwechselaktivität von Glucose im Bereich des Stirnhirns stattfindet. Lou et al. stellte bereits 1984 fest, dass bei hyperaktiven Erwachsenen die gleiche Hirnregion des Frontalhirns geringer durchblutet ist (vgl. Neuhauser 2002, 50; Lüpke 2004, 106). Das Frontalhirn ist jene Hirnregion, die für unter anderem Aufmerksamkeit, Handlungsplanung, Arbeitsgedächtnis und emotionale Kontrolle des Verhaltens mit verantwortlich ist.

Russell A. Barkley, einer der renommiertesten AD(H)S Wissenschaftler, beschäftigte sich 1990 mit dem Konzept der „mangelnden Motiviertheit“, das davon ausgeht, dass bei hohem Interesse und Motivation das Stammhirn die erforderliche Aufmerksamkeitsleistung erbringen kann (vgl. Neuhauser 1999, 53)

Patricia Quinn sprach 1995 von einem Integrationsmodell der „neurochemischen und neurobiologischen Forschung“. Eine Regulationsstörung der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin im Stammhirn wird als ausschlaggebend für die gestörte Reizverarbeitung bei AD(H)S angenommen. Diese Überträgerstoffe wirken sich auf die Regulationsleistung der Transmittersysteme anderer Hirnregionen aus und beeinflussen die Funktionsweise und Reifung bestimmter Hirnstrukturen, was letztlich dahin führt, dass die vom Stammhirn entsendeten Signale vom Frontalhirn nicht entsprechend gesteuert werden können (vgl. Neuhauser 2002, 51). Die molekulargenetische Forschung erkannte darüber hinaus eine genetische Abweichung bei Kindern mit AD(H)S bezogen auf den Transport und die Bindung der Transmittersubstanz Dopamin. Unter Einbeziehung dieser Forschungsergebnisse wird heute eine unzureichende Funktionsfähigkeit jener Hirnregion auf Grund eines Dopamin- Mangels als ursächlich für das AD(H)S Syndrom angesehen (vgl. Lüpke 2004, 106).

Der kurze Rückblick auf die Geschichte von AD(H)S unter Darstellung einiger ausgewählter Forschungsansätze zeigt, wie lange und intensiv bereits nach einer biologischen Ursache von AD(H)S gesucht wurde und wie das Störungsbild nicht nur namentlich, sondern auch hinsichtlich des Schwerpunktes der Betrachtungsweise etlichen Veränderungen unterworfen war. Im Zuge der Geschichte um die Erforschung des Störungsbildes rund um das AD(H)S Syndrom gab es immer wieder Tendenzen, soziale und emotionale Faktoren an der Entstehung des Störungsbildes beteiligt zu sehen, dies vor allem auch in der Zwischenkriegszeit, wo die psychoanalytischen Erkenntnisse und Theorien einen Aufschwung erfuhren. Es kam jedoch zu keiner nachhaltigen Verankerung in die allgemeinen Forschungsbemühungen (Nageler 2005, 25).

Zusammenfassend lässt sich der aktuelle Forschungsstand zur Entstehung von AD(H)S aus Sicht der neurobiologisch orientierten Betrachtungsweise auf Basis des medizinischen Modells folgendermaßen festhalten: Eine Stoffwechselstörung von Dopamin und Noradrenalin bedingt eine reduzierte Hirnaktivität in jenen Regionen, die für Selbstkontrolle und Verhaltenshemmung zuständig sind. Das Kernproblem liegt im Mangel an Selbstbeherrschung und der unzureichenden Selbststeuerungsfähigkeit des eigenen Verhaltens. Diese Grundfähigkeiten sind bei Menschen mit AD(H)S auf dem Hintergrund der neurobiologischen Problematik verringert, wodurch sich in Folge jene Verhaltensweisen zeigen, die als AD(H)S typisch im Symptomkatalog aufscheinen (vgl. Barkley 2005, 87).

Eine genetische Beteiligung an der Entstehung von AD(H)S begründet sich aus den Erkenntnissen der Zwillings- und Adoptionsstudien (Biedermann et al Studie 1990, Gillis et al 1992 zit. in Barkley 2005, 123), die besagen, dass AD(H)S in manchen Familien gehäuft auftritt oder bei eineiigen Zwillingen zu einem sehr hohen Prozentsatz beide die Störung aufweisen (vgl.

Barkley 2005, 123). Angenommen wird, dass mehrere Gene an der Verursachung von AD(H)S beteiligt sind (vgl. Drüe 2007, 51).

Ein anderer Pfeiler in der Forschungsgeschichte zum AD(H)S Syndrom basiert auf der Annahme, dass auf Grund einer Störung im Immunsystem Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien, künstliche Nahrungsmittelzusätze wie spezielle Farb- oder Geschmacksstoffe oder auch Zuckerzusätze einen Einfluss auf die Entstehung einer AD(H)S spezifischen Symptomatik haben könnten. *Feingold* (1975) entwickelte eine spezielle Diät, wodurch er eine Besserung der Symptomatik zu erzielen erhoffte. Jedoch konnten verschiedene Studien diese Hypothese nicht verifizieren, da nur eine sehr geringe Anzahl an Kindern eine Verhaltensänderung zeigte. Eine Untersuchung aus dem Jahre 1996 von Schulte et al. vernahm zwar Verhaltensänderungen beim Kind durch die Feingold Diät, diese wurden aber eher auf das durch die Diätumstellung veränderte Familienklima, im Sinne einer verbesserten familiären Interaktion durch das gemeinsame Arbeiten an einer Veränderung, zurückgeführt als auf die Diäteneffekte selbst (vgl. Döpfner 2000, 161). Die Auswirkungen der diätbedingten Einschränkungen für die betroffenen Familien in ihrem Alltag und das dadurch bedingte Konfliktpotential werden als sehr einschränkend eingestuft (vgl. Staudter 2002, 161; Lauth, Schlottke & Naumann 1998, 165). Auch Zusammenhänge zwischen allergischen Reaktionen auf Milcheiweiß, Pollen, Staub, Lösungsmittel, Farb- und Aromastoffe und AD(H)S konnten durch verschiedenste Untersuchungen nicht entsprechend nachgewiesen werden (vgl. Döpfner 2000, 161). Auffälligkeit im Sinne eines AD(H)S durch eine erhöhte Bleibelastung wurde ebenfalls mehrfach untersucht, wurde aber nur für einen geringen Prozentsatz der AD(H)S Betroffenen als ursächlich für die Entstehung eingeschätzt (vgl. Barkley 2005, 122).

Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung von AD(H)S nimmt in der Forschungsgeschichte von AD(H)S einen relativ geringen Stellenwert ein und wurde weitaus weniger erforscht, bzw. ergaben die Forschungsbemühungen sehr unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Ergebnisse (vgl. Döpfner 2000, 161). Döpfner (2000, 161) gibt an, dass, während einige Studien einen Zusammenhang zwischen dem gehäuften Auftreten von AD(H)S in Familien mit niedrigem sozialökonomischen Status finden konnten, bei anderen Studien hingegen diesbezüglich keine Verbindung festgestellt werden konnte. Jedoch konnten Zusammenhänge zwischen dem gehäuften Auftreten von AD(H)S mit einem unstrukturiertem sozialem Umfeld, einem geringen Angebot an Entwicklungsanregungen und einer psychischen Störung der Mutter aufgezeigt werden (vgl. Benecke et. al. 2007, 234). Letztendlich wird psychosozialen Faktoren an der Entstehung von AD(H)S keine ursächliche Bedeutung beigemessen (vgl. Döpfner 2000, 161).

2.3 Ursachen und Erklärungskonzepte

Hinsichtlich der Ursachen und der Entstehung von AD(H)S erfolgt an dieser Stelle die Darstellung der aktuellen Konzepte, die zur Erklärung der Genese des klinischen Bildes von AD(H)S herangezogen werden können. Dies geschieht in Anlehnung an die zahlreichen Studien

und Untersuchungen, die überblicksweise im vorangegangenen Kapitel Erwähnung gefunden haben.

Auf Basis einer primären genetischen Ursache wird prinzipiell eine Interaktion biologischer und psychosozialer Faktoren vermutet, wobei von einer erhöhten biologischen Vulnerabilität ausgegangen wird, die in Form von bestimmten Funktionsdefiziten in Erscheinung tritt. Zur Manifestation der durch die Bezeichnung AD(H)S beschriebenen Verhaltensweisen kommt es, wenn keine ausreichende Steuerung möglich ist, oder wenn spezielle Aufmerksamkeitsleistungen und ausdauerndes Verhalten wie z.B. im Kindergarten oder der Schule verlangt werden (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 9). Davon ausgehend lassen sich verschiedene Erklärungsmodelle ableiten, die entsprechend der Komplexität des Störungsbildes in unterschiedlichen Wirkungszusammenhängen stehen können und die Entstehung der Symptomatiken unterschiedlich erklären. Es wird eine vergleichsweise geringe Aktivität in jenen Hirnregionen vermutet, die für die Steuerung des Verhaltens, die Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit sowie das Ausmaß des Aktivierungsniveaus verantwortlich sind (vgl. Barkley 2005, 144).

Diese defizitäre Funktionsfähigkeit jener Hirnregionen wird zum einen auf neuroanatomische und neurophysiologische Auffälligkeiten oder spezielle Abweichungen in Regionen des Kleinhirns, von denen ausgegangen wird, dass sie für die, der motorischen Aktivität vorangehende, sensorische Wahrnehmung bedeutsam sind, zurückgeführt (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 13). Zum anderen wird das Funktionsdefizit in einer verminderten biochemischen Aktivität in jenen Bereichen des Hirns begründet gesehen (vgl. Barkley 2005, 144). Daraus resultiert eine Funktionsstörung des Neurotransmitterstoffwechsels, insbesondere des Dopamin- Stoffwechsel (vgl. Drüe 2007, 50). Dopamin gilt als ein wichtiger Botenstoff des zentralen Nervensystems und ist beteiligt an einer Vielzahl an psychologischen Funktionen wie Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Regulation der Motorik sowie für das Belohnungssystem (vgl. Brandau, Pretis & Kaschnitz 2006, 24).

Die Aktivierungshypothese von Wender (1971) besagt, dass AD(H)S durch ein zu geringes Aktivierungsniveau im Belohnungssystem des Gehirns verursacht wird, wodurch eine verminderte Fähigkeit, aus negativen Erfahrungen dauerhaft zu lernen, verbunden ist. Demnach kann durch kontinuierliche und ständige Rückmeldungen das Ausführen längerfristiger Tätigkeiten für Kinder mit AD(H)S möglich werden. In der Annahme, dass bei AD(H)S zu wenig Informationen aus dem Hirnstamm zum frontalen cortex gelangen, kann hyperaktives und zerstreutes Verhalten als Kompensationsversuch des Kindes, einen optimalen Zustand innerer Erregung zu erreichen, verstanden werden (vgl. Brandau, Pretis & Kaschnitz 2006, 38).

Die Autoren Remschmidt und Schmidt sehen in den Selbstheilungskräften des Kindes den Versuch, durch ständige Bewegung die Regulationsstörung im Hirn zu beseitigen. Dies erklärt die andauernde Suche nach neuen Reizen bei zu gleich vorhandener Reizsensibilität und Reizfilterschwäche (1986 zit. in Brandau, Pretis & Kaschnitz 2006, 39).

Die Filtersystemhypothese von Silver (1984) geht von einer mangelnden Fähigkeit aus, einströmende Reize entsprechen zu filtern und zu verwerten. Durch diese Reizüberflutung ist es Kindern mit AD(H)S schwer möglich, jene für den jeweiligen Augenblick wesentlichen Reize

von anderen über sie einströmenden Reizen zu unterscheiden (vgl. Brandau, Pretis & Kaschnitz 2006, 39).

Ein weiteres Erklärungsmodell auf neuropsychologischer Basis liefert *Barkley* (1997), der die Symptome von AD(H)S basierend auf einer Schwäche in der Impulshemmung und in Handlungsabläufen sieht. Dadurch bedingt sind jene sogenannten exekutiven Funktionen wie Arbeits- Kurzzeitgedächtnis, Affektregulation, Motivation und Aufmerksamkeit, Verinnerlichung von Sprache und Handlungsabläufen gestört (vgl. Brandau 2004, 72).

Anderen Faktoren wie allergischen Reaktionen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Belastungen durch toxische Substanzen sowie Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt werden nur sehr geringe Bedeutung beigemessen (vgl. Barkley 2005, 124). Barkley meint etwa, dass 1 bis 10 % der AD(H)S Fälle auf die eben erwähnten Umweltfaktoren, jedoch durchschnittlich 80% der ADHS Fälle auf genetische Ursachen zurückgeführt werden können (2005, 124).

Familiäre Belastungen, inkompetentes Erziehungsverhalten, negative Eltern- Kind -Interaktionen und ungünstige psychosoziale Bedingungen werden am Schweregrad der Symptome der Störung und der Ausbildung weiterer Verhaltensauffälligkeiten in hohem Maße beteiligt gesehen (vgl. Döpfner 2000, 164). Barkley resümiert, dass ein gestörtes Familienmilieu und familiäre Belastungen durch psychische Störungen der Eltern Auswirkungen auf aggressive und dissoziale Komponenten von Verhaltensauffälligkeiten haben, nicht jedoch als Ursache von AD(H)S in Betracht kommen (2005, 135). Einen geringen Einfluss für das Ausmaß in Ausprägung und Beständigkeit von AD(H)S sieht der Autor im bildungs- und sozialökonomischen Status, und der Situation von Alleinerzieherinnen (Barkley 2005, 138). In seinem Interaktionsmodell weist Barkley darauf hin, wie sich durch eine bereits massiv belastete Eltern-Kind- Interaktion auf Grund der Auswirkungen des AD(H)S eine Verschlechterung der Symptomatik beim Kind einstellen kann (2005, 177). Dies lässt sich beispielhaft folgendermaßen verdeutlichen: Das AD(H)S Kind kommt trotz mehrmaliger Aufforderung dem Gesuch der Eltern nicht nach, was eine gereizte, verärgerte Reaktion der Eltern hervorruft. Die Eltern lassen vom Kind ab und wenden sich schließlich einer anderen Tätigkeit zu, inzwischen entschließt sich das Kind jedoch der Aufforderung der Eltern doch nachzukommen. Oft wird dann jenes Verhaltens des Kindes nicht mehr beachtet, da die Ausführung der Aufforderung als selbstverständlich angesehen wird. Für das Kind bedeutet dies, dass angemessenes Verhalten unbeachtet bleibt, während inadäquates Verhalten eine Reaktion hervorruft. Ebenso verhält es sich im Falle des Ignorierens der elterlichen Drohungen, was bei den Eltern entweder nachgiebige oder aggressive Impulse auslöst. Dies kann wiederum bei den Kindern zum einen den Mangel an Regelverständnis, zum anderen aggressive Verhaltensweisen verstärken (vgl. Döpfner 2000, 161-162).

„Zusammengefasst ist von einer Verzahnung von ursächlich biologischen (genetischen, neuroanatomischen und neurochemischen) Faktoren und von den Verlauf bestimmenden psychologischen und sozialen Bedingungen auszugehen. Es handelt sich dabei um ein Zusammenspiel von Veranlagung und Umwelt“ (Schäfer & Gerber 2007, 54).

Es handelt sich also bei AD(H)S um ein biopsychosoziales Konstrukt. Als Vulnerabilitätsfaktor, als Risikofaktor oder Schutzfaktor beteiligen sich genetische, biologische, psychische und

soziale Einflussgrößen/Dimensionen an dem, was letztendlich als AD(H)S diagnostiziert in Form von Auffälligkeiten in Erscheinung tritt. Auf die unterschiedlichen Erscheinungsformen, die Möglichkeiten der Klassifikation und Diagnostik wird im folgenden Kapitel eingegangen.

2.4 Klassifikation und Diagnostik

Die Klassifikation psychiatrischer Störungen erfolgt durch die Zuhilfenahme zweier spezieller Klassifikationssysteme, die dazu dienen, die Kernsymptome in ihren Erscheinungsformen und in ihrem Auftreten zu standardisieren. Es handelt sich dabei zum einen um das „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ (*DSM IV*) der American Psychiatric Association und zum anderen um die „*International Classification of Diseases*“ (*ICD 10*) der World Health Organisation.

Im DSM- IV wird die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gewählt, im ICD-10 hingegen wird von der Hyperkinetischen Störung bzw. von der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung gesprochen (vgl. Döpfner 2000, 155).

Sowohl im DSM-IV also auch im ICD-10 werden für eine AD(H)S Diagnose das Vorhandensein folgender Kriterien als notwendig erachtet:

- Die Symptome sind bereits länger als 6 Monate vorhanden und entsprechen nicht dem Entwicklungsstand des Kindes.
- Die Symptomatik zeigt sich in verschiedenen Lebensbereichen, d.h. zu Hause, in der Schule.
- Die Störung an sich bzw. einige Symptome der Störung sind bereits vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten.
- Der Einfluss der störungsbedingten Beeinträchtigung in den verschiedenen Lebensbereichen ist klinisch relevant.
-

Rahmen 1: Döpfner 2000, 155; Loh 2003, 361

Für die Diagnosestellung bedeutsam ist die anamnestische Erhebung der medizinischen und psychosozialen Vorgeschichte durch explorative Gespräche sowohl mit Eltern als auch dem betroffenen Kind. Die medizinische Diagnostik umfasst einen körperlich- neurologischen Status sowie eine, je nach Notwendigkeit intensivere Abklärung über spezielle Zusatzuntersuchungen (EEG, MRT, CT²). Entsprechende testpsychologische Untersuchungen (Intelligenztests, Testungen zur Feststellung von Teilleistungsstörungen oder spezifischer Lernstörungen, Entwicklungsstörung, Emotionalität) und spezielle diagnostische Instrumente zur Bestimmung der Fähigkeiten in den Bereichen der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Anstrengungsbereitschaft kommen in Kombination mit Verhaltensbeurteilungen und Beobachtungen der Eltern-Kind Interaktionen im Rahmen der psychologischen Diagnostik zum Einsatz. Informationen aus

² Abkürzungen für Elektroencephalogramm , Magnetresonanz, Computertomographie.

Kindergarten oder Schule und Verhaltensbeobachtungen werden gegebenenfalls ergänzend hinzugezogen (vgl., Loh 2003, 365; Staudter 2002, 160).

Differentialdiagnostisch bedeutsam ist die Abgrenzung zu Krankheiten mit anderen körperlichen Ursachen wie unter anderem Seh- und Hörstörungen; Epilepsie oder als Folge eines Schädel-Hirntraumas sowie zu anderen Störungsbildern, die eine ähnliche Symptomatik hervorrufen könnten wie u. a. eine Entwicklungsstörung, Entwicklungsrückstände, einer Schizophrenie, einer Depression oder Angststörung (vgl. Loh 2003, 365, Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 6).

Die nachfolgende Auflistung gibt einen Überblick über die Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV, an denen die Orientierung im Zuge der Diagnosestellung erfolgt:

Unaufmerksamkeit:

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder anderen Tätigkeiten
- Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
- Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht auf Grund von oppositionellem Verhalten oder Verhaltensschwierigkeiten).
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
- Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
- Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
- Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
- Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.

Rahmen 2: Döpfner 2000, 153

Hyperaktivität:

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“. (nur bei DSM-IV)
- Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist. (nur bei ICD 10)

Rahmen 3: Döpfner 2000,153

Impulsivität:

- Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist. (ICD-10: bei Spielen oder in Gruppensituationen)
- Unterbricht häufig und stört andere häufig; platzt z.B. beim in Gespräche oder in Spiele anderer hinein.
- Redet häufig übermäßig viel. (ohne angemessen auf soziale Beschäftigung zu reagieren, nur im ICD- 10)

Rahmen 4: Döpfner 2000,153

Wie aus der Auflistung ersichtlich ist, unterscheiden sich die beiden Klassifikationsschemata nur geringfügig in der Beschreibung der Symptomatik. Markantere Unterschiede finden sich in der Bezeichnung des Störungsbildes sowie in der Verknüpfung der Symptomkomplexe zu speziellen Diagnosen. Im DSM-IV erfolgt eine Unterscheidung in drei mögliche Erscheinungsformen der Aufmerksamkeitsstörung. Es wird die *„Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung vom sogenannten Mischtyp“*, d.h. Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität treten gleichermaßen auf, vom *„vorherrschend unaufmerksamen Typ“* d.h. die Aufmerksamkeitsstörung steht im Vordergrund, während Hyperaktivität/Impulsivität nicht oder nur geringfügig ausgeprägt ist, und dem *„vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ“*, bei dem die impulsiven und hyperaktiven Symptomatiken verstärkt auftreten und die Aufmerksamkeitsstörung nicht oder nicht hinreichend stark ausgeprägt ist, unterschieden (vgl. Benecke et al. 2007, 225; Schäfer& Rüter 2005, 17; Döpfner 2000, 155; Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000,2).

Im ICD-10 wird von der *„F 90.0 einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“*, von der *„Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität“* und von der *„F 90.1 Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“* gesprochen (vgl. Benecke et al. 2007, 225; Schäfer& Rüter 2005, 17; Döpfner 2000,155; Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 3).

Sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 existiert eine weitere Kategorie, die dann gewählt werden kann, wenn einzelne der Kriterien nicht voll erfüllt sind. Es handelt sich um eine *„nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“* bzw. *„nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung“* (vgl. Benecke et al 2007, 225; Döpfner 2000, 156).

2.5 Komorbidität

Unter Komorbidität ist das gehäufte Auftreten eines Krankheitsbildes oder einer Störung mit einer anderen psychischen Störung zu verstehen (vgl. Petermann, Döpfner & Lehmkuhl 2000, 39). AD(H)S kann selten in Reinform diagnostiziert werden, da es hauptsächlich mit anderen Störungsbildern gemeinsam auftritt. Die Komplexität des Störungsbildes AD(H)S an sich bedingt ein ebenso komplexes Geflecht an möglichen Begleitstörungen, wodurch die Diagnostik erschwert und die Wahl der Behandlung sowie der Verlauf beeinflusst wird (vgl. Brandau, Pretis & Kaschnitz 2006, 70).

Auf Grund ihres problematischen Verhaltens sind Kinder mit AD(H)S oftmaligen Misserfolgs-erlebnissen, sozialen Ausgrenzungen und negativen Reaktionen ihrer Umwelt ausgesetzt. Es fällt ihnen schwer, soziale Kontakte mit Gleichaltrigen aufzunehmen und zu halten, wodurch sie oft eine Außenseiterposition einnehmen. Diese Faktoren verbunden mit dauerhaften Enttäuschungen und Niederlagen können den Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins massiv beeinträchtigen und die Ausbildung emotionaler Störungen begünstigen. Die Gefahr der Chronifizierung aggressiver und oppositioneller Verhaltensweisen besteht durch einen Teufelkreiseffekt, bei dem das entsprechend unerwünschte Verhalten negative Umweltreaktionen und Sanktionen auslöst (vgl. Benecke et al. 2007, 228-229). Dies alles können Gründe dafür sein, dass es zu zusätzlichen krankheitswertigen psychischen Störungen kommen kann (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 8). Im Fall von AD(H)S bedeutet dies, dass es häufig in Folge unter anderem zu Störungen des Sozialverhaltens (oppositionellen und aggressiven Störungen 30-50%), Depressionen und affektiven Störungen (10-40%), Angststörungen (20-25%) oder Lernstörungen und Teilleistungsschwächen (10-25%) kommen kann (vgl. Schmela 2004, 21). Auch Ticstörungen (bis zu 30%), Sprech- und Sprachstörungen sowie Probleme in der Beziehungsgestaltung kommen häufig gemeinsam mit AD(H)S vor (vgl. Schmela 2004, 21; Döpfner 2000, 153). Durch die hohe Komorbiditätsrate sowie dem frühen Auftreten der vielschichtigen Symptomatiken wird das Ausmaß der Auswirkungen des Störungsbildes für die betroffenen Kinder erahnbar und die schlechten Prognosen für die weitere Entwicklung, die mit einer AD(H)S Diagnose einhergehen, erklärbar (vgl. Petermann 2005, 5).

2.6 Epidemiologie

Bezüglich der Verbreitung von AD(H)S in der Bevölkerung liegen unterschiedliche Daten vor. Dies begründet sich zum einen darin, je nach dem welches der zwei Diagnoseschemata zur Erstellung der Diagnose herangezogen wird. Zum anderen variiert auch je nach Studie die Ausgangslage des Untersuchungsdesign. So gibt es Studien, die sich nur auf medikamentös zu behandelndes AD(H)S beziehen, während sich andere Studien auf jegliche AD(H)S Diagnose, unabhängig von der Art der Behandlungsform beziehen. Wiederum andere Studien gehen ausschließlich von der Einschätzung der Eltern bezüglich ihrer Kinder aus, unabhängig von einer offiziellen Diagnoseerstellung (vgl. Hamburger Arbeitskreis 2002, 19).

Der Hamburger Arbeitskreis (2002, 19) bezieht sich auf eine Studie, die eine Prävalenz von 2,5 %- 6 % in Deutschland für 5 bis 18 Jährige angibt. Ein ähnliches Ergebnis präsentiert Benecke et al. nach einer Studie von Brühl, Döpfner, Lehmkuhl (2000), wo eine Prävalenz von 6 % nach DSM-IV und 2,4 % nach ICD-10 angegeben wird (2007, 226). Seiffge-Krenke beruft sich auf eine Studie von Fink (2004), bei der sich ebenfalls eine Prävalenz von 2 bis 6% betroffener Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren zeigte (2007, 148). Hüther und Bonney gehen von 170 000 bis 350 000 behandlungsbedürftigen Kindern in Deutschland aus (2006, 12). Allen Studien gemeinsam ist der Nachweis, dass Buben häufiger an AD(H)S leiden als Mädchen. Das Verhältnis wird mit 3-9 zu 1 angegeben (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 9).

Insgesamt lässt sich aus den gesammelten Daten zur Prävalenz von AD(H)S ableiten, dass es sich wie auch in der AD(H)S Literatur unter anderem bei Ellesat (2007,147), Haubl (2007, 170) oder Leuzinger- Bohleber (2006,11) angegeben wird, um eine sehr häufig gestellte Diagnose bei Kindern und Jugendlichen handelt. Im nachfolgenden Kapitel wird beschrieben, wie die unter der Sammelbezeichnung AD(H)S subsumierten Symptomatiken in Erscheinung treten, und welche Defizite und Schwierigkeiten sich im familiären und schulischen Kontext zeigen und beschreiben lassen.

2.7 Verlauf

Wie bereits im Zuge der Darstellung der Klassifikationssysteme erläutert wurde, ist das Auftreten der Symptome für die Erstellung der Diagnose AD(H)S vor dem sechsten Lebensjahr notwendig. Schon bereits im Kleinkindalter zeigen manche Kinder ein auffälliges Verhalten durch erhöhte Aktivität sowie durch Probleme beim Essen und Schlafen. Ob es sich bei diesen Verhaltensweisen um problematische Erscheinungen im Normalbereich oder bereits um Anzeichen einer AD(H)S Symptomatik handelt, kann erst ab einem Alter von drei Jahren bestimmt werden. Im Kindergarten und Vorschulalter fallen die Kinder durch getriebene Verhaltensweisen und motorische Unruhe auf. Häufig wird das Hinwegsetzen über Regeln und Grenzen, sowie unkontrollierte Wutausbrüche, beklagt. Sprachliche und motorische Entwicklungsrückstände können auftreten. Mit Schulbeginn kommt es meist zu einer Verschärfung der Problematik durch die an den Schulbesuch gekoppelten Anforderungen. Da konzentriertes Arbeiten, ruhig Sitzen etc. diesen Kindern sehr schwer fällt, erbringen sie nicht die ihren Begabungen entsprechende Leistung. Vor allem Hausaufgabensituationen werden als sehr schwierig beschrieben. Schulische Misserfolge mindern die Freude am Lernen und führen zu Selbstwertproblemen. Oft werden diese Kinder auch von Gleichaltrigen abgelehnt und auf Grund ihres Verhaltens ausgegrenzt. Dissoziale Verhaltensweisen wie z.B. lügen oder stehlen können in diesem Alter bereits ihren Anfang nehmen. Im Jugendalter ist meist eine Abnahme der hyperaktiven Symptome zu bemerken. Zu den Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle sowie zu den schulischen Leistungsproblemen können sich aggressive und dissoziale Verhaltensweisen einstellen und eine weitere ungünstige Entwicklung bedingen. Neben gehäuften Schulabbrüchen ist auch ein erhöhter Alkohol- und Drogenmissbrauch bei

Jugendlichen mit einer AD(H)S Diagnose zu verzeichnen (vgl. Döpfner, Schürmann & Lehmkuhl 1999, 45-46; Döpfner 2000, 158-159; Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 17 - 19).

Entgegen früheren Annahmen kann die AD(H)S Symptomatik bis ins Erwachsenenalter anhalten (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 19). Je nach dem wie sich die Entwicklung des AD(H)S Kindes zum Erwachsenen vollzogen hat, welche Schutz- und Risikofaktoren wirksam waren und sind, welche Begleitstörungen im Sinne der Komorbidität sich eingestellt haben, kann das AD(H)S Syndrom sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und Einfluss auf das Leben des erwachsenen Menschen haben (vgl. Paal 2007, 24). Zur Prävalenz von AD(H)S im Erwachsenenalter gibt es kaum aussagekräftige Studien. Benecke et. al. beziehen sich auf Wender, der eine Prävalenz zwischen 2 und 7% annimmt (2007, 230). Petermann nimmt eine Häufigkeit von 2 bis 3% bei Jugendlichen und Erwachsenen an (2005, 5). Möglicherweise wird die Störung im Erwachsenenalter nicht erkannt, da die Symptomatik nicht so charakteristisch in Erscheinung tritt wie im Kindesalter (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 19).

Manfred Döpfner beschreibt Probleme des Erwachsenen mit einem AD(H)S Syndrom im Bereich der psychischen Gesundheit durch ein gehäuftes Auftreten von Ängsten und Depressionen, Schwierigkeiten im Bereich der Arbeitsfähigkeit und des Beziehungsverhalten sowie in der sozialen Einbettung (2000, 159).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein entwicklungsimmanenter Verlauf von AD(H)S in ebenso komplexer Form stattfindet wie die Störung in all ihren Ausprägungen an sich erscheint und beschrieben wird. Einen wesentlichen Einfluss auf die Art und Weise im Sinne eines günstigen resp. ungünstigen Verlaufes haben die sogenannten Schutz- bzw. Risikofaktoren. Zu den Risikofaktoren zählen neben geringer Intelligenz, instabilem familiären Umfeld, psychischen Störungen der Eltern, unangepasstem Erziehungsstil, schlechter Beziehung zu Gleichaltrigen, aggressiven und oppositionellen Verhaltensweisen auch eine niedrige sozialökonomische Lebenslage. Als Schutzfaktoren gelten hingegen eine hohe Intelligenz, gute familiäre Einbettung und Beziehungen, soziale Integration sowie möglichst früh initiierte therapeutische Interventionen (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 19 -20). Das gängige therapeutische Konzept zur Behandlung von AD(H)S wird als multimodaler Therapieansatz bezeichnet und im nächsten Kapitel beschrieben.

2.8 Multimodale Therapie

Das gängige Behandlungskonzept von AD(H)S wird als „*multimodales Therapieprogramm*“ bezeichnet. Die Beratung und Psychoedukation des Kindes, der Eltern sowie Lehrerinnen/ Erzieherinnen auf verhaltenstherapeutischer Basis gelten als Grundlage jeglicher Behandlungsbemühungen (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 20). Multimodal bedeutet, dass auf medizinischer, psychologischer, pädagogischer, psychosozialer und eventuell psychotherapeutischer Ebene entsprechende Interventionen und therapeutische Maßnahmen kombiniert werden. Die Notwendigkeit des interdisziplinären Betreuungsbedarfs begründet sich darin, dass AD(H)S

komplexe Erscheinungsformen annimmt und Auswirkungen auf die kognitiven, emotionalen, psychomotorischen und sozialen Fähigkeiten hat. Hinzu kommt, dass AD(H)S jegliche Lebensbereiche des Kindes und seines Umfeldes beeinflusst (vgl. Banaschewski & Rothenberger 2003, 42; Loh 2002, 368).

Die multimodale Behandlung setzt nicht nur am Kind selbst an, sondern bezieht die Bezugspersonen und das soziale Umfeld mit ein. Eltern werden über die Störung AD(H)S aufgeklärt und entsprechend beraten. Unter Einbeziehung der besonderen familiären Situation und sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Ressourcen wird versucht, die Eltern durch geeignetes Training in ihrer Erziehungskompetenz zu bestärken. Verhaltenstherapeutische Konzepte setzen zum einen direkt am Kind an, zum anderen werden sie in Kombination mit den Eltern bzw. der ganzen Familie erarbeitet und in den familiären Alltag integriert. Spezielle Programme zum Training der Aufmerksamkeit, zum Erlernen einer reflektierten Sichtweise das eigene Arbeitsverhalten betreffend, sowie zur Sensibilisierung in Bezug auf die eigenen Stärken und Schwächen, werden in der Arbeit mit dem Kind herangezogen. Neue Strategien zur Problembewältigung werden, ebenso wie Verfahren und Übungen zum Entspannen und zur Motivation, eingeübt. Für die spezifischen Anforderungen in einer pädagogischen Institution wie der Schule oder dem Kindergarten lässt sich das Eltern-Kind-Programm zur Unterstützung heranziehen (vgl. Döpfner 2002, 168). Stellvertretend für die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapiekonzeptionen sind an dieser Stelle das „*Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten*“, kurz *THOP*, von Döpfner und Lehmkuhl (2002) oder auch „*Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*“ von Lauth und Schlottke, (1997), das neurologische Gruppenprogramm „*Attentioner*“ von Jacobs und Petermann (2005) oder das „*Marburger Verhaltenstrainings*“ von Krowatschek, (2006) zu erwähnen.

Andere therapeutische Maßnahmen wie Mototherapie, Psychomotorik, Ergotherapie und Entspannungsverfahren können als Ergänzung des Behandlungsangebotes hinzugezogen werden (vgl. Döpfner, Lehmkuhl & Petermann 2000, 37).

Eine medikamentöse Behandlung erscheint notwendig, wenn die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen nicht ausreichend wirksam sind, die Belastung durch die Symptomatik für das Kind und das soziale Umfeld zu groß wird oder ein weiterer Besuch des Kindergartens oder Schule gefährdet ist. Die Unterstützung durch ein Medikament ermöglicht demnach eine Entschärfung der oft schon krisenhaften familiären und/oder außerfamiliären Situation und verhilft dem Kind für die therapeutischen Bemühungen im Sinne erhöhter Konzentrations- und Wahrnehmungsfähigkeit zugänglich zu werden. (vgl. Loh 2003, 366; Banaschewski & Rothenberger 2003, 44; Döpfner 2000, 165).

Die am häufigsten zur Behandlung von AD(H)S verabreichten Medikamente werden der Gruppe der Psychostimulanzien zugeordnet. Es handelt sich dabei in erster Linie um Methylphenidat oder auch um Amphetamin. Die bekannten Markennamen sind Ritalin oder Mediknet. Durch die Gabe von Stimulanzien werden biochemische Prozesse im Gehirn beeinflusst, so dass es zu einer Verbesserung bestimmter Funktionsbereiche im zentralen Nervensystem kommt. Die Wirkweise lässt sich in einer Leistungssteigerung, Verbesserung der Stimmungslage und generellen

Aktivierung der Gehirnzellen, die für die Bereiche Verhaltensregulierung, Konzentration und Ausdauer zuständig sind, festmachen (vgl. Barkley 2005, 402).

Es wird auch eine kombinierte Behandlung mit Antidepressiva als sehr wirkungsvoll empfohlen (vgl. Hamburger Arbeitskreis ADS/AD(H)S 2004, 32-33.; Loh 2003, 368; Döpfner 2000, 167).

Als Kriterien zur Indikation einer Psychotherapie gelten unter anderem problematische innerfamiliären Beziehungen, psychische Erkrankungen, Mangel an Selbstwert und soziale Defizite des Kindes. So können je nach Bedarf familientherapeutische Verfahren, Einzel- oder Gruppentherapie das multimodale Therapieprogramm vervollständigen (vgl. Loh 2003, 367, Hamburger Arbeitskreis ADS/AD(H)S 2004, 373).

Die multimodale Behandlungsmethode sieht sich als umfassendes Konzept, das den individuellen Auswüchsen des Störungsbildes AD(H)S durch die Integration verschiedenster therapeutischer Maßnahmen gerecht zu werden bemüht ist.

2.9 Pädagogische Betrachtungsweisen

Nach dem es sich bei AD(H)S um das am häufigsten diagnostizierte kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild handelt (vgl. Wender 2002, 14; Drüe 2007, 44), liegt es nahe, dass, auch wenn es sich dem gängigen Verständnis nach um ein medizinisches Krankheitsbild handelt, sich die Pädagogik und ihre Vertreterinnen der verschiedensten pädagogischen Disziplinen mit dem AD(H)S Syndrom auseinandersetzen. Nicht zu letzt auch deshalb, weil Kinder mit AD(H)S in den verschiedenen pädagogischen Arbeitsfeldern als sehr schwierig und problematisch geschildert werden (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 7). Je nach dem, ob Kinder mit AD(H)S in der Ursprungsfamilie leben, in einer Einrichtung der Jugendwohlfahrt oder zur Behandlung oder Krisenintervention in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen sind, so sind zum einen die Eltern zum anderen die verschiedensten pädagogische Berufsgruppen mit dem AD(H)S Kind und den Auswirkungen dieses Störungsbildes konfrontiert. Die Bemühungen entfalten sich dahingehend, unter Einbeziehung des aktuellen Forschungsstands geeignete Methoden für einen pädagogischen Umgang mit AD(H)S Kindern im pädagogischen Feld zu etablieren.

Im Sinne des multimodalen Behandlungskonzepts wird eine Vernetzung zwischen Eltern, Pädagoginnen und aller anderen an der Behandlung und Erziehung des Kindes beteiligten Personen empfohlen, so dass sich ein durchgängiges Behandlungskonzept entwickeln kann (vgl. Staudter 2002, 161). Heilpädagogische Behandlungen dienen unter Anwendung spezifischer verhaltenstherapeutischer Programme der Entwicklungsförderung in Anpassung an die individuellen Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsdefizite von AD(H)S Kindern (vgl. Neuhauser 2002, 215). Da eine krisenhafte Verschärfung der AD(H)S Symptomatik und möglicher Begleitstörungen bei Schulkindern auf Grund der erhöhten Anforderungen beobachtet werden kann, kommt der Schule als pädagogischer Institution besondere Bedeutung zu (vgl. Döpfner 2000, 167). Die unter AD(H)S beschriebenen Verhaltensweisen werden im schulischen Kontext als besonders störend empfunden, da stilles Sitzen, ausreichende Konzentrationsfähigkeit und angemessenes Sozialverhalten vom Kind erwartet werden und die Erfüllung dieser

Erwartungen in hohem Maße am schulischen Erfolg und der weiteren Schullaufbahn beteiligt ist. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass vor allem Lehrerinnen AD(H)S bei Kindern zu beobachten meinen (vgl. Haubl 2007, 171). Demzufolge bezieht sich auch ein Großteil der Literatur zum AD(H)S Syndrom in der Beschreibung des pädagogischen Umgangs auf den Bereich der Schule. *Dieter Krowatschek* betont, dass Kinder mit AD(H)S trotz ihres Verhaltens nach Möglichkeit in einer Regelschule beschult werden sollten und appelliert an Lehrkräfte diesen Kindern mit empathischer Konsequenz zu begegnen (2002, 111). Neben der Integration von Entspannungsübungen in den Unterrichtsalltag zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit und zur Erholung empfiehlt Krowatschek den Einsatz von Verstärkerplänen. Demnach werden gemeinsam mit dem Kind störende Verhaltensweisen oder Regelmissachtungen besprochen und jede für sich nacheinander durch positive Verstärkung zu verändern versucht. Über ein Belohnungssystem wird erwünschtes Verhalten eingeübt (Krowatschek 2002, 92; 121). *Alfred Kerekjarto* sieht vor allem die Hauptaufgabe pädagogischer Fachkräfte, in der Schule AD(H)S Kindern fächerübergreifende Lerntechniken zu vermitteln, sowie sie in ihrer Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit zu stärken (2004, 28). *Hans Biegert* bietet Hilfestellung für Lehrerinnen in Form von ausformulierten Verhaltensempfehlungen an, die nachfolgend aufgelistet werden (2000, 30). Diese entsprechen den gängigen Konzepten und Empfehlungen für einen pädagogischen Umgang mit AD(H)S Kindern im schulischen Alltag, sowie sie auch bei Krowatschek (2002), Braun (2000), Neuhauser (2000), Barkley (2005) oder Drüe (2007) in ähnlicher Weise beschrieben werden. Biegert (2000, 30) sieht in einer „intensiven pädagogischen Führung zur Verbesserung von Aufmerksamkeitslenkung und Selbststrukturierung“ den Auftrag an die Schulpädagogik. Darunter versteht er die Einhaltung des folgenden Maßnahmenkataloges:

- Eindeutige Regeln einführen (besser fünf und die konsequent einhalten als 15 Regeln, an die sich nur wenige halten). Regeln täglich in Erinnerung bringen. Neue Regeln erst einführen, wenn die vorige von allen angenommen ist.
- Umsicht zeigen, Übersicht behalten, die gesamte Klassendynamik im Auge haben (vorausschauendes Wahrnehmen der Gruppendynamik). Störungen, Ablenkungen im Ansatz erkennen und produktiv umlenken (kurz, sachbezogen, vorwurfsfrei ansprechen).
- Eindeutige Anweisungen (kurz, knapp, nicht vorwurfsvoll), verhaltensregelnde Symbole, Handzeichen, Gestik-Mimik vereinbaren.
- Regelverstöße nicht dramatisieren, aber sofort einschreiten ohne fulminante Grundsatzdiskussion (nichts laufen lassen, auf den Schüler zu bewegen, Hand auf Schulter legen, Arm legen).
- Normen- und Sanktionskatalog für Fehlverhalten festlegen und konsequent einhalten.
- Standhaft sein ohne zu herrschen, konsequent sein ohne zu drohen.
- Räumliche Nähe zum Schüler, sich neben das Kind stellen, immer wieder Blickkontakt.
- Fester, nicht ständig wechselnder Sitzplan, nicht an Gruppentisch, nicht an Einzeltisch in die letzte Reihe (hinten links).
- Gezielte überschaubare Aufträge und Besorgungen erteilen (Tafeldienst, Karten holen, Geräte aufstellen...).
- Mit offenen Unterrichtsformen nicht überfordern, Freiarbeit, Wochenplanarbeit nur mit helfenden, strukturierendem Begleiten

Rahmen 5: Biegert 2000,30ff

Eine ebenso präzise und klare Auflistung bietet Biegert für die Sicherung von Lernerfolgen an (2000, 31):

- Ruhe in der Klasse gewährleisten, kein Unterrichtsbeginn ohne absolute Ruhe, Überflüssiges vom Tisch (immer zu Stundenbeginn prüfen und durchsetzen).
- Kleinschrittig strukturieren und vorgehen, immer wieder Rückfragen und Erarbeitetes sichern.
- Ergebnisse in Merksätzen und Regeln festhalten, lernen lassen und abfragen.
- Häufig kleine schriftliche wie mündliche Überprüfungen mit Lernerfolgsmöglichkeit.
- Vermeidung von Monotonie im Unterricht, Abwechslung in der Gestaltung, neues Material einführen.
- Aufgaben mit positivem Anreizwert, Anpassung an die Lernvoraussetzungen.
- Isolierung von Schwierigkeiten, Überwindung von Problemzonen durch vertiefendes Wiederholen.
- Nicht lahm und hölzern unterrichten, sondern expressiv, das heißt enthusiastisch oder jedenfalls engagiert lebhaft und mit Sinn für Humor.
- Individuelle Gestaltung von Überprüfungssituationen.
- Erteilte Aufgaben immer nachsehen! Möglichst mit ermutigendem schriftlichem Kurzkomentar versehen.
- Schülern mit positiver Erfolgserwartung begegnen- täglich neu!
- Unterrichtsroutinen pflegen, erteilte Hausaufgaben immer und bei jedem kontrollieren (abhaken, loben!).
- Selbststrukturierung fördern (Stopp- schau/hör/lies genau- plane sorgfältig- konzentriere dich- überprüfe dein Ergebnis in Ruhe- gut gemacht!).

Rahmen 6: Biegert 2000, 31

Als weiteren Schwerpunkt im schulpädagogischen Setting sieht Biegert in der Erhöhung der Anstrengungsbereitschaft und des Selbstvertrauen (2000, 32):

- Positive Rückmeldung, Lob, nicht nur gute Ergebnisse, sondern auch individuelle Anstrengung und individuelle Fortschritte anerkennen (positive Anmerkung ins Heft).
- Die Individualität der persönlichen Lerndisposition anerkennen und achten (Wer würde von einem Stotterer flüssiges Vorlesen erwarten?) Es kommt auf die BE- Ziehung zum Schüler (und nicht auf ER- Ziehung) an.
- Ermutigen statt entmutigen, Schwächen, Rückstände und Sorglosigkeiten benennen, aber zugleich Hilfen aufzeigen und Zuversicht vermitteln. Selbstvertrauen stärken durch individualisierte Hilfestellung.
- Angstfreie Lernatmosphäre, Fehler und Nichtkönnen nicht difamieren, nicht vor der Klasse bloßstellen, das Kind als Persönlichkeit achten, Zeit lassen, nicht drängeln.
- Einfühlungsvermögen und Geduld vermitteln, zuhören können, mit- und einführend verstehen, störendes Verhalten nicht persönlich nehmen (nicht beleidigt sein), Misstrauen, Vorurteile ablegen.
- Ständige Gesprächsbereitschaft anbieten, Kritik nur im Vier- Augengespräch.
- Positive Einstellung zum Kind suchen- täglich neu!

Rahmen 7: Biegert 2000, 32

Anhand dieser sehr praxisnahen Auflistung konkreter Empfehlungen für den pädagogischen Umgang im Schulalltag soll dem Bedürfnis von AD(H)S Kindern nach klarer strukturierter Umgebung Rechnung getragen werden. Erkennbare konsequente Grenzsetzungen, verbunden mit einem den individuellen Fähigkeiten und Schwächen gegenüber verständnisvollen Umgang, sollen dem Kind Halt vermitteln. Barkley sieht in verhaltensmodifizierenden Maßnahmen durch das Setzen von positiven oder negativen Konsequenzen die Methode der Wahl bei störenden Verhaltensweisen (2005,355). Als positive Konsequenzen gelten Lob, Punkte, die gesammelt werden und bei einer bestimmten Anzahl ein höheres Ziel von subjektivem Wert für das Kind in Aussicht stellen, materielle Belohnungen oder Sonderrechte. Negative Konsequenzen äußern sich durch Ignorieren bei weniger massivem Fehlverhalten, Ermahnung, Punkteabzug oder einer Auszeit (vgl. Barkley 2005, 355). Auszeiten werden bei aggressiven und ungebärdigen Verhalten empfohlen. Das Kind wird aus der aktuellen kritischen Situation genommen, in dem es beispielsweise aufgefordert wird, sich für eine überschaubare Zeit auf einen bestimmten Platz im Klassenzimmer, der möglichst frei von jeglichen Ablenkungen ist, zu setzen. Verhält sich das Kind während der Auszeit kooperativ, so kann es nach Ablauf der Zeit die ursächlich auszuführende Tätigkeit in angemessener Weise wieder aufnehmen. Je nach Schwere des Fehlverhaltens können auch Auszeiten in anderen Klassen etc. vereinbart werden (vgl. Barkley 2005, 363)

Der hier vorgestellte und in Zusammenhang mit der Schule gebrachte Maßnahmenkatalog wird in ebensolcher Weise in entsprechender Anpassung an die spezifischen Probleme innerhalb der Familie für das erzieherische Handeln im familiären Alltag empfohlen (vgl. Barkley 2005, 355). Auch die stationäre pädagogische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt auf Verstärkerpläne bei der Behandlung von AD(H)S. Problematisches Verhalten wird durch Punkte-Pläne und das Aufzeigen von Handlungsalternativen gezielt bearbeitet (vgl. Staudter 2002, 165). Im stationären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie schafft der gruppenpädagogische Alltag ein Übungsfeld, indem der Fokus auf das Erlernen sozialer Fertigkeiten gerichtet ist und neue Beziehungserfahrungen gemacht werden können. Pädagogisch-erzieherisches Arbeiten wird als Problemlösungs- und Beziehungsprozess verstanden (vgl. Kruse 2002,111). Den Schwierigkeiten im interaktionellen Beziehungskontext wird durch ein soziotherapeutisches Milieu versucht zu begegnen. Hilfestellungen zur Alltagsbewältigung und in sozialen Interaktionen sollen diesbezügliche Fähigkeiten aufbauen (vgl. ebd. 2002, 112).

Hannes Brandau erkennt in sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Erziehungshilfen einen wichtigen Faktor im Netzwerk der interdisziplinären Zusammenarbeit im Falle von AD(H)S (2004, 102). In Anlehnung an Ansen (2002) sieht Brandau eine Notwendigkeit der Entwicklung konkreter Methoden für sozialpädagogisches Arbeiten im kinder- und jugendpsychiatrischen Spannungsfeld (2004, 102).

Barkley befindet eine positive Beziehung zwischen Pädagogin und Kind als wesentlich zur Überwindung der Schwierigkeiten im Leistungsbereich und des Sozialverhaltens, und betont die Bedeutung der Person, der Pädagogin und ihre Fähigkeit in einfühlsamer und empathischer Art und Weise dem Kind Hilfestellungen zur Überwindung seiner Probleme zu geben (2005, 334).

Zusammengefasst nennt Barkley „14 Prinzipien im Umgang für die Erziehung eines Kindes mit AD(H)S“ (2005, 234).

- Sorgen Sie für mehr unmittelbare Rückmeldungen und Konsequenzen.
- Geben Sie Ihrem Kind häufiger Rückmeldung.
- Arbeiten Sie mit stärkeren und wirksameren Konsequenzen.
- Arbeiten Sie mit Anreizen, dann mit Bestrafung.
- Machen Sie die Zeit spürbar und unterteilen Sie längere Aufgaben in kleinere Schritte.
- Halten Sie dem Kind wichtige Informationen ständig vor Augen.
- Arbeiten Sie mit wichtigen Motivationsstützen.
- Machen Sie Denk- und Problemlösungsprozesse physisch begreifbar.
- Seien Sie konsequent.
- Lassen Sie Taten statt Worte sprechen.
- Legen Sie sich für schwierige Situationen einen Plan zurecht.
- Vergessen Sie nicht, dass Ihr Kind eine Behinderung hat.
- Nehmen Sie das Problem Ihres Kindes nicht persönlich.
- Lernen Sie zu verzeihen.

Rahmen 8: Barkley 2005, 234

Es lässt sich hinsichtlich eines geeigneten pädagogischen Umgangs festhalten, dass eine auf Basis einer tragfähigen und empathischen Beziehung strukturierende und konsequente pädagogische Haltung in Kombination mit entsprechenden therapeutischen Programmen im Sinne der multimodalen Therapie zur Verhaltensregulierung beitragend gesehen wird. Der pädagogische Bedarf im Umgang mit Kindern zeigt sich darin, das Kind entsprechend zu unterstützen, die Leistungsanforderungen der Schule zu bewältigen, unerwünschtes Verhalten zu verändern, Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Konfliktlösungsstrategien zu erarbeiten, Unterstützung in der alltäglichen Lebensbewältigung zu ermöglichen und eine spezifische Förderung, abhängig von den vorhandenen Schwierigkeiten, zu gewährleisten.

Zur Stärkung des Selbstwertes werden Stärken des Kindes fokussiert und hervorgehoben. Auf Grund der Erkenntnis, dass Kinder mit AD(H)S gut auf kurze, prägnante und eindeutig verständliche sprachliche Mitteilungen reagieren, wird eine entsprechende Anpassung der Kommunikationsweise als hilfreich erachtet. Körperliche Berührungen wie auch die Aufforderung, Augenkontakt zu halten während einer sprachlichen Mitteilung, können demnach wirksam sein, um die Aufmerksamkeit des Kindes sicherzustellen. Um die Motivation der Kinder aufrecht zu halten, sind zeitlich begrenzte und anregende Aktivitäten zu wählen. Strukturierungshilfen zu Beginn, während und zum Abschluss einer Beschäftigung sollen es dem Kind erleichtern, die Tätigkeit auch zu Ende zu bringen. Zusätzlich ist aber auch dem Bedürfnis des Kindes nach freiem Spiel, wo es sich erfinderisch und kreativ ausleben kann, nachzukommen und ein diesbezüglicher Ort und Rahmen zu schaffen. Das Erlernen von Ordnung halten und das eigene Verhalten zu organisieren bedarf eines ebenso konsequenten Trainings wie die Steuerung impulsiver Verhaltensweisen (vgl. Brandau 2006, 139- 146).

2.10 Zusammenfassung

Anhand der weit zurückreichenden Forschungsgeschichte zum AD(H)S Syndrom wird ersichtlich, wie intensiv in der Tradition eines medizinischen Krankheitsverständnisses eine Auseinandersetzung mit dem Ziel einer möglichst exakten Ursachenbestimmung stattgefunden hat. Entsprechend den weitreichenden Entwicklungen im Bereich der medizinischen Technologien können immer genauere Verfahren herangezogen werden und die Ursachen für das Störungsbild nachweislich zu erfassen versucht werden. Die Klassifikationssysteme, das ICD 10 und DSM IV, stellen ein deskriptives Manuel da, das als Symptomkatalog um eine detaillierte Beschreibung des AD(H)S Syndroms und Abgrenzung zu anderen Störungsbildern bemüht ist. Durch ein multimodales Therapiekonzept wird eine umfassende Behandlung der im Zuge einer differenzierten diagnostischen Abklärung festgestellten Defizite ermöglicht. Den Kernsymptomen des AD(H)S, die sich in Form von Unaufmerksamkeit, Impulsivität oder Hyperaktivität auf der Verhaltensebene niederschlagen, wird durch Anwendung verhaltenstrainierender Konzepte und Programme zu begegnen versucht.

In weiterer Folge werden nun jene Überlegungen mit einbezogen, die das gängige Erklärungs- und Behandlungskonzept unter kritischen Gesichtspunkten beleuchten, in dem auf die Lücken bzw. Grenzen, die durch jene paradigmatischen Annahmen bedingt zu sein scheinen, denen das Verständnis von AD(H)S zu Grunde liegt, hingewiesen wird.

3 Kritische AD(H)S Betrachtungsweisen

Die vorangegangenen Kapiteln der Arbeit widmeten sich ausgehend von einem historischen Rückblick der Forschungsbeiträge der Darstellung der Ursachenforschung sowie der Beschreibung dessen, was letztendlich das in wissenschaftlichen und öffentlichen Kreisen dominierende Bild von AD(H)S, und die aus diesem resultierenden Behandlungsvorstellungen und pädagogischen Konzepte ausmacht. In weiterer Folge kommt es nun im folgenden Kapitel zur Hinwendung auf jene Aspekte, die in dem allgemeinen Diskurs wenig Beachtung gefunden haben.

Grundsätzlich herrscht Einigkeit über die Tatsache, dass es ein kinder- und jugendpsychiatrisch bedeutsames Störungsbild gibt, das sich in motorischer Unruhe und Defiziten im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung auszeichnet (vgl. Dammann 2007, 187). Abgesehen davon gibt es aber, bezogen auf das Verständnis von Krankheit und der Frage nach den ursächlichen Einflussfaktoren und ihren Wirkungszusammenhängen, grundlegende Auffassungsunterschiede. Das gängige AD(H)S Erklärungs- und Behandlungsmodell scheint vor allem der Vielschichtigkeit des Störungsbildes nicht gerecht zu werden, so dass es zu einer vereinfachten, dafür aber überschaubaren Sichtweise eines sehr komplexen Störungsbild kommt.

Demnach drängt sich allem voran das Problem der Komplexitätsreduktion in den Vordergrund, wodurch AD(H)S durch Außerachtlassen möglicher Einflussfaktoren in ihrem Verhältnis zu einander über monokausale Kausalzusammenhänge verstehbar wird (vgl. Warrlich 2007, 23). Die Kritik am gängigen Behandlungsmodell ist sehr umfangreich und vollzieht sich prinzipiell auf zwei Ebenen. Die erste Ebene bezieht sich auf Mängel hinsichtlich der konkreten Umsetzung des im allgemeinen AD(H)S-Modell festgesetzten diagnostischen, therapeutischen oder pädagogischen Maßnahmenkatalogs, wie beispielsweise die korrekte Einhaltung der Richtlinien zur Diagnoseerstellung und die praktische Umsetzung des multimodalen Behandlungsprogramms. Dabei betrifft die Kritik vor allem die unzureichende Aufklärung betroffener Eltern, Kinder oder Pädagoginnen oder die ungenügende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Helferinnen, sowie auch die oft isolierten medikamentösen Behandlungsformen, wodurch die Behandlung nach dem multimodalen Therapiekonzept in der Praxis häufig nicht gewährleistet wird (vgl. Warrlich 2007, 12). Auf der zweiten Ebene richtet sich die Kritik an dem gängigen AD(H)S Konzept an die grundsätzliche Herangehensweise und die Art der Interpretation von Forschungsergebnissen, an methodische Mängel in der Diagnoseerstellung sowie an die Begrenztheit der Aussagekraft der Klassifikationsschemata hinsichtlich Ursachen, Verlauf und Therapie. Nachfolgend werden wir den Fokus auf jene Erkenntnisse und Blickwinkel richten, die den gängigen Erklärungsansatz beispielsweise durch die Präsentation und das Einbeziehen neuerer relevanter Forschungsergebnisse zur Ursachenbestimmung, Diagnostik und Behandlung kritisch beleuchten und hinterfragen. Dadurch ergeben sich die Diskussion und das Verständnis des Symptomkomplexes betreffend weitere Zusammenhänge und Erklärungskonzepte, wodurch auch die pädagogischen und therapeutischen Behandlungsangebote eine Bereicherung erfahren können.

Wesentliches Anliegen der nachfolgenden Auseinandersetzung ist die Bedeutsamkeit einer ganzheitlichen und differenzierten Sichtweise zu verdeutlichen. In diesem Sinne kommt es unter 3.1 zur Beschäftigung mit der Frage nach den AD(H)S verursachenden und auslösenden Faktoren und vor allem der Auseinandersetzung damit, in welchem Bedingungs-zusammenhang die einzelnen Faktoren gesehen werden können. In weiterer Folge wenden wir uns unter 3.2 kritischen Überlegungen zum Bereich der diagnostischen Möglichkeiten von AD(H)S zu, wobei an dieser Stelle bereits auf Lüpke verwiesen werden kann, der angibt, dass das Problem heutzutage weniger darin besteht, Kinder mit AD(H)S zu diagnostizieren und zu erkennen sondern vielmehr darin, Kinder mit ganz unterschiedlichen Problematiken mit der AD(H)S Diagnose zu versehen (Lüpke 2003,5). Über das Kapitel 3.3, in dem es um die Auseinandersetzung mit dem vorwiegend auf Symptomreduktion ausgerichteten Behandlungsempfehlungen geht, die als Richtlinien für pädagogisches und therapeutisches Handeln fungieren, kommt es unter 3.4 zur Beschäftigung mit gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen auf die Entstehung und Diagnose von AD(H)S. Im Rahmen dieser Auseinandersetzung lässt sich der Begriff der Normalitätsbalance in die Diskussion integrieren und einarbeiten, so dass das Bild, das der Mainstreamansatz von AD(H)S entstehen lässt, eine Erweiterung erfährt. Unter 3.5 erfolgt die Beschäftigung mit gesellschaftlichen Veränderungen im Zusammenhang mit AD(H)S aus einem spezifisch psychoanalytischen Blickwinkel. Insgesamt verdeutlichen die kritischen Überlegungen den Bedarf an einer differenzierten Auseinandersetzung und an der Notwendigkeit integrativer Modelle, die im Anschluss dargestellt werden, wo neben genetischen, neurobiologischen und kulturellen Faktoren auch psychoanalytischen Überlegungen Bedeutung beigemessen wird, so dass schließlich auch der Bedarf einer psychoanalytischen Betrachtungsweise auf das AD(H)S Syndrom und als Ressource für eine psychoanalytische Pädagogik herausgearbeitet werden kann.

3.1 Die Frage nach der Ursächlichkeit

Als den AD(H)S Diskurs generell dominierend ist die Auseinandersetzung und Beschäftigung mit den möglichen Ursachen für die Entstehung von AD(H)S zu betrachten. Als einer der renommiertesten AD(H)S Wissenschaftler gilt der amerikanische Neuropsychologe Russel A. Barkley, der im Rahmen dieser Arbeit schon mehrmals Erwähnung gefunden hat und auf dessen Forschungsbemühungen die genetisch - neurobiologisch dominierte AD(H)S Diskussion auch größtenteils aufbaut. Umso erstaunlicher ist es aber, dass Barkley dennoch erklärt, dass die eigentlichen Ursachen für AD(H)S noch nicht bekannt sind (vgl. Lüpke 2004, 100). Hüther bezeichnet AD(H)S als das am intensivsten erforschte kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild, wobei es nach wie vor nicht gelungen ist, das unter 2.3 angeführte neurobiologische hirnorganische Modell zu verifizieren (Hüther 2004, 118). Auch Amft stellt fest, dass durch kein naturwissenschaftliches Verfahren Kinder mit Hirnstoffwechselstörung und einer AD(H)S Problematik von Kindern mit Hirnstoffwechselstörung ohne Auffälligkeiten im Sinne von AD(H)S unterschieden werden können (Amft 2006, 77). Zum anderen verdeutlicht Amft, dass eine nachgewiesene cerebrale Hirnfunktionsstörung nicht zwingend

Aufmerksamkeitsdefizite oder andere Entwicklungs- und Verhaltensprobleme verursacht (Amft 2002, 51). Auch die Wirkweise eines Medikaments kann nicht als Beweis für eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung herangezogen werden. Entgegen der Annahme, dass Medikamente wie Ritalin bei Kindern mit AD(H)S auf Grund der vermuteten gestörten Funktionsweise im Gehirn eine paradoxe Wirkung zeigen (es handelt sich der Substanz nach um ein Stimulanz, das grundsätzlich aktivierende Wirkung hat), konnte widerlegt werden. Die unterschiedliche Wirkweise von Stimulanzien ist im Zusammenhang mit dem psychophysischen Zustand zu sehen, in dem sich das Individuum befindet (vgl. Amft 2006, 81).

„Der statisch verstandenen genetischen Determinierung schreibt man ursächliche Wirkung zu“ (Stauffenberg 2007, 88).

Demzufolge wird die genetische Ausstattung im Sinne einer Vulnerabilität als Ursache für AD(H)S verstanden. Lüpke macht allerdings in diesem Zusammenhang aufmerksam, dass jene Erkenntnisse unbeachtet bleiben, die besagen, dass Gene nicht nur zu Beginn wirksam sind, sondern während des gesamten Entwicklungsprozesses über *Genexpression* die Entwicklung beeinflussen. Bei genetischen Abweichungen sind Umwelteinflüsse insofern als sehr bedeutsam und mitbestimmend anzusehen, als dass sie Einfluss nehmen, inwiefern und in welchem Ausmaß sie wirksam werden (Deneke 1999 zit. in Lüpke 2004, 107).

In diesem Zusammenhang sind auch Beziehungserfahrungen und emotionale Faktoren in Kombination mit der Umwelt als relevant zu betrachten (vgl. Lüpke 2004, 107). So gesehen wird deutlich, dass eine genetische Determiniertheit als Erklärungsgrundlage im Sinne eines kausalen Ursache- Wirkungszusammenhanges nicht ausreichend scheint, als die Entstehung von AD(H)S nur im Kontext psychosozialer Einflussfaktoren begreifbar und erklärbar wird.

Demnach kritisiert Lüpke die Vehemenz mit der das in den vorangegangenen Kapiteln dargestellte Erklärungs-Ursachenmodell von AD(H)S als gesicherte Entität präsentiert wird (2000, 9). Dem hält er entgegen, dass eben die Befunde zur Untermauerung der Stoffwechselhypothese nicht so eindeutig sind, wie es in der Literatur zu AD(H)S teilweise den Anschein erweckt und damit eine neurobiologische Ursachenbestimmung in diesem Sinn nicht haltbar ist (vgl. Lüpke 2000, 9).

Lüpke sieht den Grund dafür, dass trotz intensiver Forschungstätigkeit das Störungsbild dennoch nicht in seinen Ursächlichkeiten begriffen werden konnte, in der prinzipiellen Herangehensweise an die Thematik (Lüpke 2004, 100). Der Autor befindet die Anwendung des klassischen medizinischen Modells auf den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten als problematisch, da die Ursache für eine Störung in kausalem Zusammenhang mit einem organischen Defekt gesehen wird. Lüpke überlegt, inwiefern bei den Symptomen Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsdefizit von einem Defekt oder einer Störung gesprochen werden sollte. Seiner Ansicht nach können die Symptome auch als Bewältigungsstrategie verstanden werden. Dies verdeutlicht Lüpke, in dem er Überlegungen dahingehend anstellt, als dass er Störungen des Kindes im Bereich der Aufmerksamkeit als schützende Verhaltensreaktionen auf beispielsweise widersprüchliche Umweltsignale interpretiert. Somit erweitert er die Auseinandersetzung rund um das AD(H)S Syndrom, in dem er den Bedeutungsaspekt eines Symptoms mit einbezieht (Lüpke 2003, 3f). Gerspach sieht in der AD(H)S Symptomatik eine Störung des Affekterlebens und misst somit ebenfalls den Symptomen eine für das Kind subjektive Bedeutung bei (Gerspach 2004, 48).

„Wenn der Hyperaktivität für die Subjektgenese ein bedeutender Stellenwert zukommt, ist sie kein Defizit, sondern entspringt einer affektiv eingefärbten Konstruktion von Wirklichkeit“ (Gerspach 2004, 51).

Entsprechend dem klassischen medizinischen Verständnis von psychischer Krankheit wird das krankheitswertige Symptom als ein dem Individuum zugeschriebenes Merkmal verstanden. Dem entgegen sieht ein auf Grundlage einer unter psychosomatischen und sozialen Gesichtspunkten basierender Ansatz die Symptomatik nicht als expressive Eigenschaft des jeweiligen Menschen an, sondern postuliert darin einen sinnvollen Ausdruck im Kontext eines dynamischen Prozesses zwischen individuellen Eigenheiten und lebensgeschichtlichen Einflussfaktoren (vgl. Warrlich 2007, 17). Warrlich bezeichnet diese Kontroverse im Verständnis von Krankheit als Paradigmenkrise, die sich in der AD(H)S Diskussion fortsetzt (Warrlich 2007, 18). Wenke spricht in diesem Zusammenhang von einer Biologisierung sozialer und psychischer Probleme und sieht die AD(H)S Debatte als beispielgebend für eine eingegrenzte und auch widersprüchliche biologische Auffassung im Sinne einer Verschleierung einer äußerst komplexen Thematik (Wenke 2006, 7). So lässt sich hier bereits ein Teil der Kernproblematik festmachen, in dem die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Verständnis von psychischer Krankheit deutlich wird. Die biologisch dominierte Auffassung zur Entstehung von AD(H)S wird durch den Aspekt der Wechselhaftigkeit biologischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren und der Annahme vom Bedeutungsgehalt der Symptome unter psychodynamischen Gesichtspunkten ergänzt.

Ein weiterer Ansatzpunkt der kritischen Überlegungen betrifft die Vielfalt der Auffälligkeiten, die beim AD(H)S Syndrom auftreten können. Dabei steht im Mittelpunkt der Auseinandersetzung, die Frage inwiefern für eine Vielzahl an unterschiedlichen Symptomen eine einzige Ursache verantwortlich gemacht werden kann (vgl. Lüpke 2003, 3). Lüpke vergleicht „Hyperaktivität“ mit dem Symptom Fieber (ebd.), und einen ähnlichen Vergleich bietet auch Amft an, wenn er Parallelen zwischen Unaufmerksamkeit mit Kopfweg zieht, wodurch beide Autoren verdeutlichen, dass AD(H)S Symptome auf eine Vielzahl an Ursachen zurückzuführen sind und wie Fieber und Kopfweg nur Hinweis oder Ausdruck einer möglichen Grunderkrankung sein können (vgl. Lüpke 2003, 3; Amft 2006, 74). Das AD(H)S Syndrom stellt somit eine Ansammlung von Symptomen dar, wodurch sich aber trotz möglicher gemeinsamer genetischer Basis kein geschlossenes Krankheitsbild bestimmen lässt. (vgl. Schultz-Venrath 2007, 215). Amft sieht die AD(H)S Symptomatik auf Basis unterschiedlicher Ursachen und Entstehungsfaktoren und differenziert in

„hirnfunktionell (mit) bedingte Störungen, Störungen der Psychostruktur und- dynamik und von Erziehungs- und schulbedingte Probleme“ (Amft 2006,75)

die jeweils dem AD(H)S Störungsbild zu Grunde liegen können (Amft 2006, 75). Amft meint, dass es nicht darum geht, in Abhängigkeit einer spezifischen, auf die Störung gerichteten Sichtweise AD(H)S unter dem jeweiligen Blickwinkel erklär- oder verstehbar zu machen, sondern dass die Anerkennung unterschiedlicher Ursachen für das Erscheinungsbild AD(H)S wesentlich erscheint (Amft 2006, 75).

Einen weiteren Aspekt in der Auseinandersetzung mit dem AD(H)S Syndrom greift Lüpke auf, in dem er in dem diffusen Gebrauch verschiedener Begrifflichkeiten die Symptome des

Störungsbildes (beispielsweise Unaufmerksamkeit und Impulsivität), in der aktuellen AD(H)S Diskussion und Forschung wieder gespiegelt sieht: Diese wird ebenso verwirrend, impulsiv und unklar geführt, wie das Kind, das eine AD(H)S Problematik aufweist, erscheint (Lüpke 2004, 104). Auch Gerspach spricht von einer Aufmerksamkeitsstörung, in dem er darauf hinweist, dass der Einfluss des affektiven Erlebens auf die individuelle Entwicklung im allgemeinen AD(H)S Diskurs konsequent Außeracht gelassen wird (Gerspach 2004, 48). Er sieht auf der psychodynamischen Ebene in einer unangepassten Affektabstimmung zwischen dem Kind und den primären Bezugspersonen einen wesentlichen Bedingungsfaktor für Probleme im Bereich der Aufmerksamkeit (vgl. ebd., 50).

Insgesamt lässt sich aus dem bisher Gesagten entnehmen, dass noch viel Unklarheit rund um das AD(H)S Syndrom herrscht. Die fehlende Transparenz zeigt sich im Rahmen der Ursachenforschung bezüglich einer Vielzahl an unterschiedlichen Forschungsergebnissen und ihrer spezifischen Interpretationsmöglichkeiten. In Anlehnung an Lüpke kristallisiert sich vor allem die paradigmatische Orientierung am medizinischen Modell im Falle des AD(H)S als prekär heraus (Lüpke 2003, 2). Der Autor sieht darin trotz immer fortschrittlicherer Forschungsmethoden die Begrenztheit das Störungsbildes in seiner Komplexität zu erfassen (Lüpke 2004, 100). Bezogen auf den Aspekt der Komplexität wird deutlich, dass die Frage der Ursächlichkeiten nicht auf einen einzigen für die Entstehung der unterschiedlichen Symptome von AD(H)S verantwortlichen Faktor reduziert werden sollte. Über die Annahme eines Bedeutungsgehaltes der einzelnen Symptomatiken hinaus werden Überlegungen angestellt, die den Diskurs rund um das AD(H)S als Ausdruck der Kernsymptomatiken verstehen.

3.2 Problem der Diagnostik und Grenzen einer deskriptiven Klassifikation

Ein weiterer zentraler Aspekt in der Diskussion um das AD(H)S Syndrom betrifft die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Diagnostik und der Operationalisierung des Störungsbildes. Dammann erklärt, dass nach wie vor weder mittels bildgebender Verfahren oder genetischer Diagnostik noch mit Hilfe neuropsychologischer Testungen eindeutige Informationen gewonnen werden können, die eine klare AD(H)S Diagnose ermöglichen. (Dammann 2007, 196). Dennoch lässt sich eine die Häufung der AD(H)S Diagnosen ausmachen. Zum einen wird diese auf die im Laufe der Zeit zunehmend differenzierten Diagnostikmöglichkeiten über spezifische Instrumente zurückgeführt und auch auf die intensive Aufklärungsarbeit zur Kenntnis des Vorhandenseins dieses Störungsbildes. Im Gegenzug dazu wird aber gerade eine unfachgemäße Diagnoseerstellung – im Sinne einer ungenauen Orientierung an den diagnostischen Kriterien – als an der Zunahme der Diagnosesteigerung beteiligt gesehen (vgl. Dammann 2007, 189). Lüpke meint dazu, dass heutzutage die Schwierigkeit nicht darin liegt, dass Kinder mit AD(H)S nicht erkannt werden, sondern dass Kinder mit ganz unterschiedlichen Problemen die Diagnose AD(H)S erhalten (Lüpke 2005, 5). So beziehe sich beispielsweise ein Problem der Diagnosestellung auf die Abhängigkeit von der subjektiven Einschätzung der zum Kind befragten Personen: Gibt es in einem diagnostischen

Fragebogen für Pädagoginnen 4 Möglichkeiten, das Verhalten eines Kindes bezüglich des häufigen Herumzappelns oder der Fähigkeit, sich auch ruhig zu verhalten, zu bewerten, so ist die Einschätzung des Verhaltens auf dem Beurteilungsbogen in hohem Ausmaß vom individuellen Wertmaßstab der Pädagoginnen abhängig, da es kein objektives Maß dafür gibt, ab welcher Häufigkeit oder Intensität grundsätzlich normale Verhaltensweisen einen Krankheitswert besitzen (vgl. Köhler 2002, 190). Von der subjektiven Einschätzung der zum Kind Befragten hängt in vielen Fällen die Diagnose AD(H)S ab, weil es keinen objektiven Maßstab für die gerade noch als üblich oder bereits als auffällig empfundenen Verhaltensmuster gibt.

Bezüglich der Kernsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit herrscht ebenfalls nach wie vor viel Unklarheit. Die detaillierte Ausdifferenzierung der drei Begriffe in die einzelnen unter ihnen subsumierten Verhaltensauffälligkeiten zeigt, dass so gut wie jede kindliche Verhaltensweise, die auffallen kann, darunter beschrieben wird (vgl. Hüther & Bonney 2006, 21). Bezogen auf die Tatsache, dass Kinder mit AD(H)S bei bestimmten Tätigkeiten sehr aufmerksam sein können, werden Überlegungen angestellt, ob die Bezeichnung Aufmerksamkeitsinkonsistenz nicht treffender wäre, (vgl. Hallowell / Ratey 1998, 269- 270 zit. in Lüpke 2004, 104). Demnach könnte das Kernsymptom Unaufmerksamkeit eher im Sinne einer uneinheitlichen Aufmerksamkeitsleistung verstanden werden.

Aus einem kritischen Blickwinkel wird ebenfalls beleuchtet, dass die Diagnose über die zwei gängigen Klassifikationsschemata als eine rein deskriptive Zuordnung hinsichtlich der verschiedenen Symptomatiken von AD(H)S zu verstehen ist. Aussagen zu den jeweiligen Ursachen, zum Verlauf und der Therapie können über diese Klassifikation nicht getroffen werden (vgl. Lüpke 2004, 105). Rückblickend auf den zuvor angeführten Vergleich von AD(H)S mit dem Symptom Fieber und den vielen Ursachen, die das Fieber bedingen können, wird die Notwendigkeit einer genauen Verursachungsbestimmung erahnbar, denn Fieber in Folge einer Virusinfektion bedarf einer anderen Behandlung als Fieber am Beginn einer Meningitis. In einem nächsten Schritt stehen genau jene kritischen Überlegungen im Zentrum des Kapitels, die sich an die auch bei AD(H)S vorwiegend auf Symptomreduktion ausgerichteten Behandlungsweisen richten.

3.3 Kritik an einem symptomorientierten Behandlungsmodell

In Anlehnung an das vorangegangene Kapitel wird nochmals der Vergleich mit dem Symptom Fieber zur Verdeutlichung der Sichtweise herangezogen. Das Fieber ist als Folge oder Ausdruck einer speziellen Grunderkrankung zu sehen. Je nach Grunderkrankung bedarf es einer spezifischen Behandlungsweise. Die Behandlung des Fiebers als Symptom kann als ein Schritt der Krankheit zu begegnen erachtet werden. Im Falle von AD(H)S findet sich die primäre Kritik an die Wahl der gängigen Behandlungsmodi gerichtet, da diese hauptsächlich der Symptomreduktion dienen und damit zu kurz greifen. (vgl. Hüther & Bonney 2006, 104).

In Bezug auf die medikamentöse Behandlungsform verweisen die Autoren *Gerald Hüther* und *Helmuth Bonney* darauf, dass die Auswirkungen und Risiken einer Langzeitbehandlung mit Psychostimulanzien derzeit nicht ausreichend beurteilt werden können und dass auf Grund der

nach wie vor bestehenden Unklarheit bezüglich der Ursachen von AD(H)S ein sehr bedachter und sorgsamer Einsatz von Medikamenten wie beispielsweise Ritalin zur Behandlung von AD(H)S erfolgen soll (Hüther & Bonney 2006, 77). Amft meint dazu, dass die medikamentöse Behandlung nicht prinzipiell in Frage zu stellen ist, da ein geringer Anteil von Kindern, und er mutmaßt in diesem Zusammenhang eine Prävalenz im Promillebereich, einer medikamentösen Unterstützung bedürfen (Amft 2006, 73). Der Autor vermutet, dass bei 90 bis 95 % der Kinder mit einer AD(H)S Symptomatik keine medizinische Indikation für eine Ritalin Behandlung gegeben ist (ebd., 80).

Entsprechend der hohen Verschreibungsraten von Ritalin folgert Amft, dass das Medikament im Sinne einer Symptomreduktion und zum Zweck der erwünschten Anpassung des Verhaltens an beispielsweise schulische Anforderungen eingesetzt wird und sieht darin einen missbräuchlichen Einsatz (Amft 2006, 80). Der empfohlene multimodale Behandlungsansatz, der sich durch medikamentöse Unterstützung, Psychoedukation und verhaltensmodifizierende Maßnahmen auszeichnet, orientiert sich an einem organischen Defizitmodell: Im Vordergrund stehen Handlungsstrategien, die sichtbare und messbare Veränderungen im Sinne einer Korrektur des Defizits postulieren. Funktionstrainingskonzepte auf Basis neuropsychologischer Erkenntnisse werden als ganzheitliche Förderprogramme auf kognitiver, motorischer und emotionaler Ebene verstanden (vgl. Ahrbeck 2007, 38). Auch der Pädagogik scheint größtenteils korrigierende Funktion für die in Folge einer organischen Fehlleistung festgestellten Schwächen und Auffälligkeiten zu zukommen. Ahrbeck verweist in diesem Zusammenhang auf einen Aufsatz von Korte (2006), in dem von der „*Reparaturmentalität der Pädagogik*“ die Rede ist und auf den vermehrten Einsatz spezieller Förderprogramme und therapeutischer Maßnahmen bei pädagogischen Problemen aufmerksam gemacht wird (Ahrbeck 2007, 38). Auf therapeutischer wie auch pädagogischer Ebene scheinen die bevorzugten Mittel somit spezifische Formen von Verhaltenstrainingsprogrammen zu sein, wie auch von Gerspach kritisch angemerkt wird. Der Autor spricht in diesem Zusammenhang von „entseelten Verhaltenstrainingsprogrammen“ (Gerspach 2004, 59). Nicht ausmachen lässt sich dadurch das Verständnis der Bedeutung der Störung in Bezug auf die inneren Nöte, die innerpsychischen Konflikte und seelischen Leiden des betroffenen Kindes (vgl. Neeral 2007, 110). Gerspach postuliert dem entgegen, dass das Kind auf die Symptome reduziert wird (Gerspach 2002, 42).

„Die sichtbare Ebene beobachtbaren Verhaltens greift zu kurz, es gilt eine zweite Ebene einzubeziehen und sich den inneren Repräsentanzen zuzuwenden, die dieses Verhalten determinieren. Der Maßstab für die Störung liegt demnach im Kind und seinem Selbsterleben im sozialen Umfeld begründet“ (Gerspach 2004, 48).

Ahrbeck wie auch Dammasch erklären, dass ein über multimodale Behandlungsmethoden standardisiertes Vorgehen eine Entindividualisierung der komplexen Problematik des Kindes durch Außerachtlassen der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Kindes, der spezifischen Beziehungsdynamiken, sowie des sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes bedingt (vgl. Ahrbeck 2007, 40, Dammasch 2006, 190). Dammasch bezweifelt dabei nicht grundsätzlich die Wirksamkeit von verhaltensmodifizierenden Maßnahmen oder medikamentösen Behandlungsweisen. Der Autor überlegt allerdings, inwiefern die gängigen multimodalen Therapie- und Behandlungsansätze dazu beitragen, dass sich nachhaltige und bedeutungsvolle

Beziehungserfahrungen entwickeln. Dammasch verdeutlicht dies am Beispiel eines Mangels an Symbolisierungsfähigkeit, indem er drauf aufmerksam macht, dass sich gehaltvolle emotionale Erfahrungen nur beim Vorhandensein der entsprechenden inneren Strukturen einstellen (Damasch 2006, 190). AD(H)S im lebensgeschichtlichen Kontext betrachtet verdeutlicht, dass das multimodale Behandlungskonzept des Mainstreamansatzes beispielsweise einem Mangel an Beziehungserfahrungen nicht gerecht wird. Demzufolge wird deutlich, dass die Ursachenbestimmung auch für die Art und Weise der Behandlungsform wichtig erscheint. In der Annahme, dass verschiedene Faktoren an der Entstehung von AD(H)S beteiligt sind, lässt sich auch der Bedarf differenzierterer Behandlungsformen festmachen. Eine vorwiegend auf Symptomreduktion ausgerichtete Behandlung scheint die Bedürfnislage des Kindes zu wenig zu berücksichtigen. Die Problematik zeigt sich insofern, als dass der Bedarf verhaltenstherapeutischer Maßnahmen und entsprechender fördernder therapeutischer Maßnahmen im pädagogischen und familiären Setting mit dem im Kind angesiedelten Defizit argumentiert wird, wodurch weiteren Einflüssen nur sekundäre Bedeutung beigemessen wird. Jeglicher Umgang auf therapeutischer und pädagogischer Ebene wäre in diesem Zusammenhang als Reaktionsmuster auf das isoliert im Kind angesiedelte Defizit zu verstehen, das sich durch Unruhe oder Unaufmerksamkeit auszudrücken vermag.

Insgesamt verdeutlicht die Auseinandersetzung mit den das AD(H)S Konzept betreffenden kritischen Aspekten die Vielschichtigkeit der Problematik auf allen Ebenen der Auseinandersetzung und lässt eine gewisse Unschärfe die Erklärungskonzepte zur Entstehung und Behandlung von AD(H)S erkennen. Eine Vielzahl an Studien, die eine Sichtweise zu untermauern versuchen, werden durch eine ebensolche Vielzahl an anderen Studien zu widerlegen versucht. Wenn also beispielsweise die Zwillingstudien bei Barkley zur Untermauerung der Stoffwechselfhypothese angeführt werden, so zeigt Lüpke andererseits auf, dass diese unter dem Gesichtspunkt des Außerachtlassens der Bedeutung und des Einflusses nachgeburtlicher Erfahrungen nicht ausreichend aussagekräftig sind (Barkley 2005, 123; Lüpke 2004, 109). Ähnlich verhält es sich beispielsweise auch mit der Frage der Verbreitung von AD(H)S. Die Rolle der kulturellen Determinierung erscheint widersprüchlich. Während Pettermann (2005, 5) darauf hinweist, dass AD(H)S auf der ganzen Welt und bei allen ethnischen Gruppierungen auftritt und Barkley (2005, 48) beispielsweise eine Prävalenz von 6- 8 % in China und bis zu 7 % in Japan angibt, wird im Vergleich dazu die Diagnose in Japan oder China als kaum bekannt beschrieben (vgl. Molitor 2004, 10; Dammann 2007, 190) und ein gehäuftes Auftreten wie bei Hüther und Bonney (2006, 23) in den USA und Europa postuliert. Es lässt sich also schwer ein einheitliches AD(H)S Konzept präsentieren. Vielmehr scheint es sich - so wie es Warrlich ausdrückt - darum zu handeln, dass

„Welten, Weltbilder, Anschauungen aufeinander prallen, diametral unterschiedliche Auffassungen von Krankheit, des Verhältnisses von Körper und Geist, Kausalität, Determinismus und Finalität, Individuum, Familie und Gesellschaft“ (Warrlich 2007,8).

Vereinfachende Darstellung von einer in sich geschlossenen Krankheit, die mit medikamentösen, therapeutischen und pädagogischen Rezeptanweisungen zu lindern versucht werden kann, wie es in einer Vielzahl an AD(H)S Ratgebern zu finden ist oder in der breiten Öffentlichkeiten über diverse Medien suggeriert wird, greift demnach zu kurz. Die Auseinandersetzung mit den Fragen

„Was ist AD(H)S“ und „Was ist es nicht“, sollte prinzipiell ebenso differenziert erfolgen wie komplex die Verhaltensweisen, die sich als AD(H)S manifestieren, erscheinen. Insofern wird deutlich, dass eine einseitige Sichtweise nicht ausreicht. Vielmehr scheint es sich bei AD(H)S um eine Sammeldiagnose zu handeln, der verschiedene Krankheitsursachen zu Grunde liegen, die es unter Einbezug des psychosozialen Kontexts zu erfassen gilt (vgl. Warrlich 2007, 9).

Im nachfolgenden Kapitel richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Frage nach der Bedeutung kultureller und gesellschaftlicher Einflüsse auf das AD(H)S. In diesem Zusammenhang kommt es im nächsten Kapitel auch zur Auseinandersetzung mit dem Begriff der *Normalitätsbalance*, wodurch eine Beschäftigung mit der Schwierigkeit der Orientierung an als normal geltenden Werten in der heutigen Zeit erfolgt.

3.4 Die Frage nach kulturellen, gesellschaftlichen Einflussfaktoren und die Auseinandersetzung mit der Normalitätsbalance

Bei AD(H)S handelt es sich um eines der am häufigsten diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder. Dies zeigt sich auch an den epidemiologischen Daten, wo eine Prävalenz von 2 bis 6% angegeben wird (vgl. Seiffge-Krenke 2007,148). Unruhige, impulsive und hyperaktive Verhaltensweisen im Sinne eines AD(H)S betreffen daher eine durchaus beachtliche Zahl an Kindern und Jugendlichen. Während einerseits mit Berufung auf die lange Forschungsgeschichte zum AD(H)S Syndrom immer wieder betont wird, dass es sich um keine so genannte Modediagnose handelt, weil es das Störungsbild immer schon gegeben hat (vgl. Drüe 2007, 45), häufen sich andererseits die Berichte über einen Anstieg der AD(H)S Diagnosen besonders in Berufung auf die Zunahme medikamentöser Behandlungsformen³ (vgl. Hüther & Bonney 2006, 12; Amft 2006, 78). Bezogen auf den Anstieg von AD(H)S in den letzten 10 bis 15 Jahren um ein Vielfaches⁴ sieht Amft es für unausweichlich an, sich mit der Frage nach dem Einfluss von Umweltbedingungen auseinanderzusetzen (Amft 2006, 82). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung sind heutzutage zu einem bewegenden Thema der Kindheit geworden (vgl. Ahrbeck 2007, 15). Kulturtheoretische Beschreibungen zeigen die soziale Realität auf und beschreiben gesellschaftliche Entwicklungen. Dadurch können die spezifischen Bedingungen, unter denen Kinder einer bestimmten Zeit aufwachsen, aufgezeigt werden und deren Einfluss auf die kindliche Entwicklung im Allgemeinen dargestellt werden. (vgl. ebd., 7). Bezogen auf das AD(H)S Syndrom werden die veränderten Lebensbedingungen der heutigen Zeit im Sinne einer Beschleunigung der Gesellschaft, der Zerfall der klassischen familiären Strukturen oder veränderte, unklare Wertsysteme als die AD(H)S Symptomatik verstärkend beschrieben, da sich Kinder mit AD(H)S unter diesen Bedingungen schwer zurecht finden (vgl. Neuy- Bartmann 2005, 20).

³ Hüther und Bonney (2006,12) geben an, dass 1990 1.500 Kinder in Deutschland mit dem Methylphenidat Ritalin oder einem anderen ähnlichen Medikament behandelt wurden, 2003 waren es bereits 50.000 Kinder. Hüther und Bonney (2006, 13) verweisen auf die Steigerung des Ritalinabsatzes in den letzten fünf Jahren um das 40fache.

⁴ ein oder zwei Zehnerpotenzen

„Denn in einer nervösen Gesellschaft kann es keine ruhigen Kinder geben“ (Heinz 2004,340).

Mattner beschreibt die Veränderung gesellschaftlicher Gegebenheiten durch eine Zunahme an Individualisierung und Institutionalisierung, dem Verlust von Werten und Traditionen und dem Wandel familiärer Strukturen und erkennt darin einen Zusammenhang mit der Entstehung von AD(H)S (Mattner 2002, 34).

„Therapeutisierung und Sozialpädagogisierung gelten als individuelle und institutionelle Antworten auf den Druck, mit der eigenen Sinngestaltung umgehen zu müssen“ (Stipsits 2003, 130).

Ähnlich sieht es auch Amft, wenn er davon spricht, dass Psychopharmaka im Zusammenhang mit AD(H)S ebenso wie Psychotherapie im sonstigen Kontext zum unverzichtbaren Mittel gelingender sozialer Anpassung geworden sind (Amft 2006, 89).

Amft spricht von einer „Veränderten Kindheit“ durch einen Wandel kindlicher Entwicklungsbedingungen in den letzten 30 Jahren und verdeutlicht ebenfalls, dass ungünstige Umweltbedingungen die Entwicklung einer Störung begünstigen können, aber es nicht zwangsläufig dazu kommen muss. Dabei nimmt er jedoch den individuellen Anteil jedes Kindes in den Blick, das über mehr oder weniger an Ressourcen zur Bewältigung von psychosozialen wie auch gesellschaftlichen Risikofaktoren verfügt (vgl. Amft 2006, 51ff). Der Autor geht von einem Kontinuitätsmodell aus, in dem er AD(H)S als Folge einer defizitären oder krankhaften Entwicklung sieht (vgl. ebd., 51). Einerseits kann AD(H)S als individuelles Anpassungs- oder Entwicklungsproblem auf Grundlage der spezifischen Veranlagung eines Menschen im Kontext seiner Lebensgeschichte verstanden werden oder aber als Reaktion eines grundsätzlich „normalen“ Individuums auf ungünstige wider der menschlichen Natur und Bedürfnissen beschaffenen Umwelt (vgl. Amft 2006, 51). Es handelt sich dabei um eine „individualpathologische versus sozialpathologische“ Betrachtungsweise. Unter dem „sozialpathologischen“ Blickwinkel werden krankmachende gesellschaftliche Faktoren und Zusammenhänge an der Entstehung einer Störung wie AD(H)S beteiligt gesehen (vgl. ebd., 51). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das ständig zunehmende Auftreten von AD(H)S auch in einem Zusammenhang mit den sich stetig wandelnden gesellschaftlichen Umfeldbedingungen gesehen werden kann. Darunter fallen u.a. die Berufstätigkeit beider Eltern, die hohe Anzahl an Alleinerziehung, die kleinere Familiengröße, aber auch die ständigen Anreize durch TV oder Computer.

Als eines der vier von Mollenhauer beschriebenen Felder der Sozialpädagogik ist neben den Bereichen Generationen, Armut und Interkulturalität die Normalitätsbalance zu nennen (vgl. Stipsits 2003, 124).

„Normalitätsbalance zeigt sich als das sozialpädagogische Problem der Orientierung an Normen und Werten. Sie ist schwierig zu halten in einer Zeit, die als verrückt gilt (Stipsits 2003, 130).“

Gerade bei AD(H)S, bei dem es sich um eine Ansammlung von Verhaltensweisen handelt, die in dem Ausmaß ihres gemeinsamen Auftretens als krankheitswertig klassifiziert werden, scheint die Notwendigkeit gegeben, genauere Überlegungen anzustellen, unter welchen Bedingungen und

nach welchem Maßstab grundsätzlich „normale“ Verhaltensweisen letztendlich als Krankheit verstanden werden. Wie bereits aufgezeigt wurde, werden u. a. gesellschaftliche Veränderungen in Form eines Wertewandels sowie mediale Einflüsse und veränderte familiäre Rahmenbedingungen an der Entstehung von AD(H)S beteiligt gesehen. Die Beteiligung betrifft zum einen die Entwicklung, in Wechselwirkung mit biologischen und psychischen und sozialen Einflussfaktoren, der als krankheitswertig zu klassifizierenden Symptome, zum anderen auch die Konzeption des Störungsbildes durch Normalitätsansprüche an sich. Dabei scheint als zentraler Faktor in der Beschäftigung mit Normalitätsentwürfen die Frage danach, was als normal gelten kann in einer sich dynamisch verändernden und wandelnden Gesellschaft und wie das vom AD(H)S betroffene Kind sich selbst erlebt.

Die Auseinandersetzung mit der Frage nach Vorstellungen von Normalität in einer vielfältigen sich verändernden Gesellschaft ist eine Fragestellung von sozialpädagogischer Relevanz (vgl. Stipsits 2003, 132).

„Von Beginn an bestimmte zwar die sozialpädagogischen Diskurse die Abweichung von den gesellschaftlich herrschenden Normalitätsentwürfen. Was aber zunächst und bis in unser Jahrhundert hinein als Randproblem erschien, darf heute fast als ein Grundzug des Heranwachsens beschrieben werden“ (Mollenhauer 1996,878).

Amft macht darauf aufmerksam, dass Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten keine Randgruppe mehr sind (Amft 2002,69).

So positiv es sein kann, allein über die eigene Art der Lebensgestaltung entscheiden zu können, so schwierig stellt es sich heraus, wenn es nichts gibt, woran man sich orientieren kann (vgl. Stipsits 2003, 130). Ein großes Maß an Selbstentscheidungsmöglichkeit sowie vielfältige Entfaltungsmöglichkeiten und freie Wahl der Lebensgestaltung erweisen sich als durchaus schwierig, wenn keine Orientierung an einer Normalitätsvorstellung erfolgen kann, wobei möglicherweise etwa gerade AD(H)S Mädchen durch Verträumtsein sich einer Entscheidung entziehen und sich ausschließen, während Buben durch Hyperaktivität ihre Orientierungslosigkeit zum Ausdruck bringen. Unüberschaubarkeit kann als wesentliches Kennzeichen der heutigen Gesellschaft bestimmt werden. Umso schwieriger ist es demnach, zu erkennen, was als Norm zu gelten vermag (vgl. Stipsits 2003, 130ff). Mollenhauer verweist auf Winkler, der eine Differenzierung zwischen *öffentlichen und privaten Normalitätskonzeptionen* vornimmt (1996, 878). Demnach stehen sich eine lebensgeschichtlich eingebettete subjektive Vorstellung von Normalität und ein öffentlicher Normalitätsentwurf einander gegenüber, wobei heutzutage das Bestimmen, was als öffentliche Norm anzusehen ist, sich als herausforderndes Balancieren zwischen gesellschaftlichen Realitäten auszeichnet. Gerade am Verhalten von AD(H)S Kindern zeigt sich die Schwierigkeit, z. B. unter Pädagoginnen einen einheitlichen Begriff von Normalität zu finden. So mag die Lärmtoleranzgrenze einer Pädagogin um ein vielfaches höher oder niedriger sein als die der Kollegenschaft. Eine Pädagogin arbeitet viel in mobilen Gruppen, wo der Bewegungsdrang eines AD(H)S Kindes durch häufiges Platzwechseln keineswegs auffällt, während die gleiche Bewegungsneigung im anderen Kontext als nicht „normal“ bezeichnet wird. Andererseits vermag das verträumt dasitzende AD(H)S Mädchen als das erstrebenswerte Normkind angesehen werden. Dammann spricht in diesem Zusammenhang von dem Ideal des Kindes heutzutage und meint damit das empathisch, prosoziale, ruhige und sich selbst

beschäftigende Mädchen (Dammann 2007, 206). Die Sozialpädagogik ist gerade bei Kindern mit AD(H)S gefordert einen Bogen zu spannen zwischen oftmals als auffällig empfundenen Eigenheiten und dem herkömmlichen wenn auch nicht immer klar definierbaren öffentlichen Normalitätsbegriff.

Im nachfolgenden Unterkapitel werden gesellschaftliche und kulturell veränderte Rahmenbedingungen und ihre Verbindung mit AD(H)S im psychoanalytischen Kontext betrachtet und erläutert.

3.5 Gesellschaftliche Veränderungen im Zusammenhang mit dem AD(H)S Syndrom aus psychoanalytischer Sicht

Die psychoanalytische Betrachtungsweise richtet ihr Augenmerk auf die psychische Verarbeitung der äußeren wie auch der inneren Lebensrealität. Die Lebensgeschichte von Kindern ist gekennzeichnet von Eltern, die real oder emotional anwesend oder abwesend sind, von Fürsorge oder Vernachlässigung etc. und den dementsprechenden Auswirkungen auf die seelische Entwicklung (vgl. Ahrbeck 2007, 27). Heinemann und Hopf betrachten Erziehung und die Ausbildung von neurotischen Störungen als interpersonale Prozesse (Heinemann & Hopf 2006, 139). Diese, auf die innerpsychische Befindlichkeit des Kindes sich auswirkenden Prozesse, finden nicht in einem isolierten familiären Bereich statt, sondern stehen unter einem permanenten Einfluss kultureller, gesellschaftlicher und sozialer Gegebenheiten (vgl. ebd.,139).

Die Familie als die *psychische Agentur der Gesellschaft*, als die Institution, deren Funktion es ist die Erfordernisse der Gesellschaft dem heranwachsenden Kind zu übermitteln“ (Fromm 1955, 61 zit. in Amft 2006, 52).

In der Annahme, dass es über Erziehung zu einem ausgewogenen Verhältnis zwischen den drei Instanzen, dem Es, dem Ich und dem Über-Ich kommen soll, wird der Anpassungskonflikt als zentrales Thema der Psychoanalyse auch durch gesellschaftliche Veränderungen⁵ deutlich (vgl. Heinemann & Hopf 2006,139).

Ahrbeck hebt auf der kulturellen Ebene einerseits die Reduktion sozialer Bindungen, andererseits ein breiteres Spektrum an Entfaltungsmöglichkeiten verbunden mit einer Steigerung des individuellen Lebensrisikos hervor. Eine Beschleunigung der Lebensgeschwindigkeit, ständige Kommunikationsbereitschaft und eine überdauernde Stimulierung der Sinne bedingen einen ständigen Wandel mit, wodurch die Orientierung an verlässlichen Werten minimiert wird. Der Autor sieht den kulturellen Wandel als ursächlich an der Entstehung von AD(H)S beteiligt (Ahrbeck2007, 26).

⁵ Während sich beispielsweise in den 60er Jahren vermehrt Angst- oder Zwangsstörungen als Folge von Über-Ich Ängsten zeigten, findet seit den 70er Jahren eine gesellschaftliche Identifizierung mit dem Es statt, was eine verstärkte Enttabuisierung der Sexualität, mehr Möglichkeiten der Triebbefriedigung, verbunden mit dem Verlust des Zwangs zum Triebverzicht als treibende Kraft zur Folge hatte. Die Auswirkungen dieser Entwicklungen sind beispielsweise durch eine Verkürzung der Kindheit, und in früherem Altersdurchschnitt ausgelebter Sexualität zu beobachten, was die oft noch kindliche Psyche massiv überfordern kann (Heinemann & Hopf 2006, 139).

„Bewegung und Veränderung gelten demgegenüber als oberstes Ziel. In vielen wichtigen Lebensbereichen ersetzt Erregung als kulturelles Prinzip Bedeutung. Damit korrespondiert ein gesellschaftlich dominierender Verhaltenstypus, der sich durch eine extreme Geschäftigkeit und Getriebenheit auszeichnet, die keine Ruhe zulässt und jeden Stillstand verbietet“ (Ahrbeck 2007, 26).

Richtet sich der Blick auf die psychoanalytische Beschreibung von AD(H)S, lässt sich eine Ähnlichkeit mit der gesellschaftlichen Agitiertheit feststellen. Die Kinder mit AD(H)S scheinen unter großer Anspannung zu stehen, zeigen sich in hohem Maße ablenkbar durch äußere Reize und sind auf der ständigen Suche nach Erregung. Neben dem Erleben dominierender innerer Unsicherheiten und Ängste, kennzeichnen mangelhafte affektive Verarbeitungsmöglichkeiten und innere Ungebundenheit die Psychodynamik des Kindes. Daraus wird die Problematik des Kindes mit AD(H)S verständlich in dem Bemühen, über psychische Differenzierung eine Stabilisierung des Innenlebens zu erreichen (vgl. Ahrbeck 2007, 26). Ahrbeck spannt den Bogen zu psychoanalytischen Theorien, in dem er Auswirkungen der gegenwärtig gesellschaftlich charakteristischen Zeitknappheit auf die Qualität der Objektbeziehungen und die psychische Strukturentwicklung sieht (Ahrbeck 2007, 20). Dem schließt sich auch Amft an, indem er einen wesentlichen Faktor von AD(H)S in einem Defizit der psychostrukturellen Entwicklung durch einen Mangel an Beziehungs- und Erziehungsmöglichkeiten sieht (Amft 2006, 87). Heinemann und Hopf gehen ebenfalls von einer Zunahme struktureller Störungen aus, die sich durch Defizite im Bereich der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Affektkontrolle sowie der Kommunikationsfähigkeit zeigt. Die Autorinnen erklären sich die speziell beim AD(H)S Syndrom erkennbare Externalisierung der Auffälligkeiten durch die in der Begrifflichkeit von Mahler (1946) gesprochenen „Gefühlsinkontinenz“ damit, dass es auf Grund der instabilen Umweltbedingungen zu einer unzureichenden inneren Anpassung und intrapsychischen Veränderung des Kindes kommt, wodurch das Kind versucht, die äußeren Bedingungen zu kontrollieren und zu zerstören (Heinemann & Hopf 2006, 135f). Auch Seiffge-Krenke (2007, 128) und Dammann (2007, 201) sprechen von einer Häufung struktureller Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

Ahrbeck richtet die Aufmerksamkeit, in dem er Überlegungen von Däüker (2005) mit einbezieht, auf den Aspekt der Verlusterfahrungen, die sich durch die rasanten Veränderungen in allen Lebensbereichen einstellen und auch das Innere der Person betreffen: um mit den veränderten Bedingungen mithalten zu können, muss auch immer wieder von Teilen des Selbst Abschied genommen werden. Um diese ständigen Trennungsprozesse entsprechend innerlich verarbeiten zu können, müssen enorme Fähigkeiten entwickelt werden. Wird der Verlust- oder Trennungsschmerz nicht entsprechend verarbeitet oder überhaupt nicht wahrgenommen, wird der inneren Erschöpfung mit dem Bedürfnis nach weiterer Ablenkung zu begegnen versucht (Ahrbeck 2007, 16).

Diese Verbindung zwischen kulturellen Bedingungen und der intrapsychischen Situation des Einzelnen soll aber nicht dazu verleiten, einen direkten Niederschlag kultureller Gegebenheiten auf die psychische Realität des Individuums anzunehmen. Ihr Einfluss wird durch viele andere Faktoren mitbestimmt. Die durch einen kulturellen Wandel sich ergebenden Rahmenbedingungen im Sinne eines von Hektik und Reizüberflutung gekennzeichneten Alltags

bewirken nicht zwangsläufig eine ebensolche Unruhe oder Verwirrtheit im Individuum (vgl. ebd., 26).

Dass aber kulturelle Gegebenheiten die psychische und seelische Strukturentwicklung des Kindes beeinflussen, kann dennoch angenommen werden. Wie bereits unter 3.1 erwähnt gibt Amft an, dass ein hoher Prozentsatz der Kinder mit cerebralen Dysfunktionen ausreichende Kompensationsfähigkeiten besitzen, so dass sich keine problematische Entwicklungs- oder Verhaltensstörung einstellt (2002, 51). Heinemann und Hopf folgern daraus, dass in Anbetracht der Tatsache, dass diese Kompensationsleistung einem, wenn auch kleinen Teil der Kinder nicht gelingt, psychosoziale Faktoren - und darunter fallen auch gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen - an der Entstehung von AD(H)S ursächlich beteiligt angesehen werden können (Heinemann & Hopf 2006, 16).

„Offensichtlich ist das Milieu, in welchem Kinder derzeit leben, nicht optimal, um Vulnerabilitäten und die Folgen früher Beziehungsstörungen auszugleichen“ (Heinemann & Hopf 2006, 16).

Unter diesem Blickwinkel wird einmal mehr deutlich, wie hochkomplex dieses Störungsbild AD(H)S zu sein scheint, und dass die Annahmen von AD(H)S als Krankheitsentität mit einheitlicher Ursächlichkeit nicht haltbar ist (vgl. Ahrbeck 2007, 28).

„Deshalb muss von erheblichen Variationen in den organischen Voraussetzungen, der daraus resultierenden Vulnerabilitäten, der psychosozialen Eingebundenheit und kulturellen Hintergründen der betroffenen Kinder und Jugendlichen ausgegangen werden, die sich mit ganz unterschiedlich gelagerten psychischen Konflikten und Strukturniveaus verbinden“ (Ahrbeck 2007, 28).

Die Reduktion von AD(H)S auf ein genetisch und biochemisch verursachtes Krankheitsbild sehen Heinemann und Hopf als Versuch einer „kollektiven Verleugnung“, mit dem Anliegen, durch eine monokausale Erklärungsweise die Beziehungspersonen zu entlasten und einfache und überschaubare Behandlungsangebote zu erzielen (Heinemann & Hopf 2006, 136). Ahrbeck sieht die Gründe für das beständige Festhalten an einer medizinischen AD(H)S Diagnose in der Schwierigkeit, sich dem Aspekt der Beziehungsdynamiken zu nähern. Die Annahme einer primären genetisch bedingten Krankheit bewirkt psychische Entlastung und minimiert Gefühle der Schuld und Scham (Ahrbeck 2007, 29). Entgegen der, im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Überlegungen zu AD(H)S immer wieder auftauchende Kritik, dass so den Eltern und dem Umfeld die Schuld an der Entstehung von AD(H)S gegeben wird (vgl. Drüe 2007, 146), ist einzuwenden, dass es vielmehr im Sinne der psychoanalytischen Betrachtungsweise ist, dem Diskurs rund um die Ursachen von AD(H)S zu mehr Reflexion, bezogen auf den möglichen Anteil des Erziehungsverhaltens und innerfamiliärer Dynamiken auf die Entstehung, zu verhelfen (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 8). Warrlich verweist zwar auf die Gefahr einer Simplifizierung durch direkte Vergleichsbildung, meint aber dennoch, dass sich die Zuschreibungen von fehlendem Einfühlungsvermögen, verbunden mit Hemmungslosigkeit und mangelndem Schuld- und Schamgefühl an AD(H)S Kindern auf der gesellschaftlichen Ebene wiederholen. Im Sinne eines „kollektiven Aufmerksamkeitsdefizits“ werden die Folgen gesellschaftlicher Probleme der Gegenwart eingeschränkt wahrgenommen,

was sich wiederum auch in dem einseitig geführten allgemeinen AD(H)S Diskurs zeigt. Der Autor spricht auch dem Aufmerksamkeitsdefizit des Kindes einen Sinn zu, in dem er es als „*Inszenierung gestörter Subjektivität auf der Bühne der Zeit*“ bezeichnet, und meint damit die verinnerlichte Notwendigkeit des Kindes, in einer ohnehin schon aufgeregten Gesellschaft wahrgenommen zu werden (Warrlich 2007, 22). Dem stimmt auch Häubl zu, wenn er anführt, dass jede Krankheitsdiagnose die spezielle Einstellung der jeweiligen Zeit in Bezug auf medizinische und soziokulturelle Faktoren wiedergibt (Häubl 2007, 159).

Die Hektik des modernen Lebens lässt AD(H)S Kindern ihre Emotionen unzureichender und zunehmend ohne Hilfe verarbeiten.

3.6 Zusammenfassung

Abschließend ist zu bemerken, dass eine Vielzahl an Einwänden das gängige AD(H)S Konzept grundlegend in Frage stellt. Je nach dem, wo der Schwerpunkt der Betrachtungsweise liegt, ergeben sich unterschiedliche Erklärungskonzepte, aus denen sich wiederum Behandlungsmodalitäten und diesbezügliche Zielvorstellungen, was durch entsprechende therapeutische und pädagogische Interventionen beim Kind erreicht werden soll, erkennen lassen.

Die Autorin *Ellen Reinke* wirft einen reflektierenden Blick auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung selbst. Sie macht auf die Bedeutung unterschiedlicher wissenschaftstheoretischer Vorannahmen aufmerksam, in dem sie eine Differenzierung zwischen zwei extremen Gegenpolen aufzeigt und herausstreicht, dass die jeweiligen paradigmatischen Grundannahmen die Richtung der wissenschaftlichen Forschungsprozesse und das Verständnis von AD(H)S in seiner Ursächlichkeit und den sich daraus ableitenden Behandlungskonzepten bestimmen. Die Autorin verdeutlicht das in der Gegenüberstellung zweier, gänzlich unterschiedlich paradigmatisch bestimmter Herangehensweisen der wissenschaftlichen Betrachtungsweisen (Reinke 2007, 36).

Konkret die AD(H)S Problematik betreffend beschreibt Reinke ein über messtheoretische Erkenntnisse geleitete neurobiologische Auffassung. Dem gegenüber stellt sie auf psychoanalytischer Seite ein über das hermeneutische Verstehen geleitetes interaktionistisches Denkmuster auf Basis eines beziehungstheoretischen Paradigmas (Reinke 2007,38).

Ahrbeck beschreibt die zwei gegensätzlichen Perspektiven folgendermaßen. Er schildert einerseits eine Sichtweise, deren Blick auf das organisch bedingte Defizit gerichtet ist, das mit der Ausbildung eines Symptoms und einer mangelnden Funktionalität auf verschiedenen Ebenen einhergeht. Aus diesem Blick folgt in der Weiterführung das Ziel, durch entsprechende Maßnahmen den Mangel zu beheben. Dem stellt er eine andere Sichtweise gegenüber, die das Kind als Subjekt wahrnimmt, das aktiv handelnd und in innere Konflikte verstrickt sich über Symptome Ausdruck verleiht (Ahrbeck 2007, 41). Demzufolge lässt sich auch hinsichtlich der anzustrebenden Ziele ein spezifisches Verständnis für die konflikthafte Dynamik der Symptome erahnen und als notwendig erachten, so dass dieses in die Konzeptualisierung von Behandlungsmöglichkeiten bedeutsam erscheint. Unterschiedliche Grundannahmen und

Herangehensweisen implizieren auch unterschiedliche pädagogische und therapeutische Konsequenzen.

Eine Auswahl der integrativen Ansätze, die sich zwischen diesen zwei Positionen bewegen, sich aber noch keiner großen Bekanntheit im öffentlichen Diskurs erfreuen, fanden hier noch keine Erwähnung, werden aber im nachfolgenden Kapitel angeführt.

Eine vorwiegend auf gesellschaftliche Ursachen zurückführende Betrachtungsweise von AD(H)S wie bei De-Grandpere (2002) in seinem Buch „Die Ritalingesellschaft – Eine Generation wird krankgeschrieben“ würde das Störungsbild in ebenso unzureichender Weise erklären wie die sich alleine auf eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung berufenden Modelle, die zu Beginn der Arbeit vorgestellt wurden (vgl. Neeral 2007, 109).

„Möglicherweise wird eine polarisierende Sichtweise- entweder nur neurobiologisch/genetisch oder nur psychodynamisch/sozialpsychologisch- der komplexen Interaktion, die heute bei vielen Störungsbildern vermutet wird, nicht gerecht“(Dammann 2007, 203).

Es wird deutlich, dass es sich bei AD(H)S um ein sehr komplexes Störungsbild handelt, dessen verschiedenen Einflussfaktoren auf allen Ebenen gleichermaßen Bedeutung beigemessen werden soll. Auch die Tatsache, dass durch isolierte Betrachtungsweisen trotz intensiver Forschungstätigkeit kein klares Bild von AD(H)S ermöglicht wurde, lässt demnach vermuten, dass einseitige Erklärungskonzepte und monokausale Erklärungen zu den Ursachen zu kurz zu greifen scheinen. Bei AD(H)S scheint es sich demnach um die Bezeichnung von bestimmten Verhaltensweisen zu handeln, deren Ursachen ganz unterschiedlich sein können und dementsprechend auch differenzierten Lösungsmöglichkeiten bedürfen (vgl. Amft 2006, 74)

Im Sinne einer umfassenden integrativen Betrachtungsweise scheint neben der Auseinandersetzung mit biologischen Veränderungen im Gehirn in Wechselwirkung mit körperlichen und / oder seelischen Traumatisierungen in Einbeziehung der Auswirkungen ungünstiger gesellschaftlicher Bedingungen unablässig.

Daher erfolgt im Weiteren die Hinwendung zu den durchaus vorhandenen integrativen und interdisziplinären Ansätzen, die ein ganzheitliches Verständnis unter dem Aspekt der Wechselhaftigkeit ermöglichen.

4 Alternative Forschungsansätze

Wie schon im vorangegangenen Kapitel herausgearbeitet werden konnte, wird die gängige Sichtweise von AD(H)S zur Erfassung des Störungsbildes in seiner Komplexität als nicht zielführend und unvollständig betrachtet, da wesentliche Aspekte verschiedenster Forschungsrichtungen außer acht gelassen werden. Der im gängigen AD(H)S Verständnis genetischen Determiniertheit als Ursache werden Modelle gegenübergestellt, die eine differenzierte Herangehensweise unter Berücksichtigung der dynamischen Wechselhaftigkeit von genetisch festgelegten Faktoren mit psychosozialen Einflüssen postulieren. Dies bedeutet eine Sichtweise, die versteht, was als genetische Vorgabe im Sinne von Begabungen, Defiziten und Risikofaktoren angelegt ist, ist als vorhandenes Repertoire prinzipieller Möglichkeiten, die durch entsprechende Einflüsse (auch bereits intrauterin) aktiviert oder verändert werden oder auch verborgen bleiben, zu verstehen. Die Ausprägung und strukturelle Beschaffenheit des Gehirns ist im Kontext des Niederschlags jeglicher Erfahrung von Beginn der menschlichen Entwicklung an zu verstehen, was letztendlich verdeutlicht, dass die Ursächlichkeit für AD(H)S nicht durch eine monokausale Interpretation des menschlichen Entwicklungsprozesses gefunden werden kann (vgl. Warrlich 2007, 12).

Insgesamt soll in diesem Abschnitt die Bandbreite jeglicher Einflussfaktoren, die ursächlich an der Entstehung der Symptomatik beteiligt sein können im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise beschrieben werden. Dies scheint hinsichtlich des zweiten Teils der Arbeit von Bedeutung, als dass die psychoanalytischen Ansätze zur Entstehung von AD(H)S durchaus in Einklang mit der Annahme einer multifaktoriellen Genese von AD(H)S stehen, wo physiologische und psychologische, soziale sowie kulturell- gesellschaftlichen Einflussfaktoren in Wechselwirkung gleichermaßen an Entstehung und Verlauf von AD(H)S beteiligt gesehen werden. Die in den nachfolgenden Abschnitten angeführten Forschungsergebnisse und Modelle hinsichtlich eines mehrschichtigen Verständnisses in Bezug auf die Ursächlichkeiten des AD(H)S verweisen auf die Notwendigkeit einer Herangehensweise, die die biopsychosozialen Bedingungsfaktoren gleichermaßen berücksichtigt. Ebenso wird die Bedeutung einer Betrachtungsweise von AD(H)S unter einem den beziehungs-dynamischen Kontext berücksichtigenden Blickwinkel erahnbar.

Unter 4.1 werden zunächst Erkenntnisse aus der neueren Hirnforschung angeführt und die auf Basis dieser Forschungsergebnisse sich ableitenden Behandlungsempfehlungen dargestellt.

4.1 Erkenntnisse aus dem Bereich der neueren Hirnforschung

Lenkt man nun den Blick auf die Erkenntnisse der neueren Hirnforschung, so liegt der Schwerpunkt auf der Beachtung der Veränderbarkeit des Gehirns durch die dynamische Wechselhaftigkeit von psychischen und körperlichen Prozessen. Durch die Studien von Deneke

(1999), Roth (1999) oder Shore (1997) zeigt sich, dass Umweltfaktoren sogar die anatomische Entwicklung des Gehirns mitbestimmen sowie das Gehirn auf der aktuellen biochemischen Ebene beeinflussen (vgl. Lüpke 2002, 2). Psychische sowie soziale Erfahrungen und Beziehungen in ihrer Bedeutung für das Individuum beeinflussen die neuronalen Netzwerke, können dadurch Veränderungen im Gehirn bewirken und manifestieren sich in dessen Struktur (vgl. Molitor 2004, 9; Hüther & Bonney 2006, 25). *Henning Köhler* greift den Aspekt der Bedeutung der Erfahrungen für das Individuum auf und folgert daraus, dass das Kind von Geburt an zwischen mehr oder weniger bedeutsamen Eindrücken und Ereignissen differenziert. Dieser Vorgang vollzieht sich nach individuellen und unbewussten Maßstäben. Ob dieser Lernprozesse leitende Ablauf ausschließlich auf eine genetische Determiniertheit zurückzuführen ist, stellt der Autor in Anlehnung an die Theorien der Veränderbarkeit des Gehirns in Frage und ergänzt die Diskussion um den Begriff der Seele, die in ihrer Beschaffenheit mehr sein muss als genetisches Material (Köhler 2002, 46ff).

„Das Individuum organisiert Wachstums- und Vernetzungsprozesse im Zentralnervensystem, in dem es sich seine Bedeutungsrealität schafft“ (Köhler 2002, 46).

Gerald Hüther und *Helmut Bonney* erweitern die Aufgabe des Gehirns als Denkorgan um die Funktion zum Erwerb und Einsatz psychosozialer Fähigkeiten. Angeborene Defizite oder auch Begabungen kommen in der Weise zum Vorschein, inwiefern die Umwelt diese verstärkt oder auszugleichen vermag. Die genetische Programmierung des menschlichen Gehirns bezüglich jener Bereiche, die das Denken, Fühlen und Handeln bestimmen, ist nur geringfügig festgelegt. Das Gehirn ist demnach ein sehr flexibles und lernfähiges Organ (Hüther & Bonney 2006, 25ff). Die Kindheit wie auch die Jugendzeit werden als sehr sensible Phasen für den Einfluss der Erziehung und Sozialisation beschrieben, wodurch sich die Art und Weise der Nutzung des Gehirns beeinflussen lässt (vgl. Hüther & Bonney 2006, 46). Die durch die spezifische Nutzungsleistung des Gehirns bedingten neuronalen Verschaltungen bewirken, dass immer wieder jene Zustände und Situationen gesucht und hergestellt werden, die dieser Nutzung entsprechen. Somit ist die komplexere Nutzungsmöglichkeit einerseits eingeschränkt, andererseits wird lebenslanges Lernen möglich (vgl. Häußler & Hopf 2006, 15). *Hüther* folgert, dass die bei AD(H)S Kindern festgestellten cerebralen Veränderungen nicht nur als Ursache für eine Verhaltensauffälligkeit verstanden werden können, sondern auch als Folge einer nutzungsbedingten Anpassungsleistung des Gehirns auf eine frühe Störung zu sehen sind (Hüther 2004, 70).

„Viele der im Gehirn von ADHD- Patienten gefundenen neurobiologischen Anpassungsleistungen lassen sich danach als sekundäre Anpassung an veränderte Nutzungsbedingungen einordnen“ (vgl. Hüther 2004, 70).

Solche frühen Störungen, die eine dopaminerge⁶ Überstimulation bedingen können, und in weiterer Folge die Ausbildungen von AD(H)S begünstigen, sieht der Autor dabei in

⁶ Anmerkung Begriff Dopamin ist eine Substanz im Gehirn über die Nervenzellen Informationen austauschen (vgl. Barkley 2005, 113)

traumatischen Ereignissen, in Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der Eltern und des Kindes, sowie in Reizüberflutung und Bindungsunsicherheiten bedingt (vgl. Hüther 2004, 124). Jene belastenden Faktoren erschweren die Entwicklung und Festigung der inneren Vorstellungen von Handlungsleitbildern, da das Angebot an neuronalen Verschaltungsmöglichkeiten nicht entsprechend verwertet werden kann. Dies wiederum bewirkt eine unzureichende Ausbildung bestimmter Funktionsweisen im Frontalhirn, wodurch sich in weiterer Folge jene AD(H)S typischen Schwächen im Bereich der Impulskontrolle, Handlungsplanung oder Aufmerksamkeit begründen lassen. Durch die Schwäche im Frontalhirn wird die Dopaminausschüttung angeregt und es kommt zu einer Beeinflussung der Funktionsweise und Struktur anderer Bereiche des Zentralnervensystems (vgl. Hüther 2004, 125). Hüther und Bonney stellen der herkömmlichen Annahme des Dopaminmangels die Theorie des Dopaminüberschusses bei AD(H)S Kindern entgegen. Die Autoren erklären die Wirkweise von Psychostimulanzien damit, dass es zu einer Steigerung der bereits erhöhten Dopaminfreisetzung im Gehirn kommt und dadurch bedingt eine rasche Entleerung des Dopaminspeichers angeregt wird. Die betroffenen Kinder können so lange zur Ruhe kommen, bis der Speicher wieder aufgefüllt ist (Hüther & Bonney 2006, 72).

Hüther postuliert ein Modell, das davon ausgeht, dass es Kinder gibt, die von Geburt an leichter stimulierbarer und aufgeweckter sind als andere Kinder. Ob ein solches Kind auf Grund dieser Vulnerabilität - wobei ungeklärt bleibt, ob diese genetisch bedingt oder als Folge intrauteriner oder postnataler Entwicklungsprozesse entstanden ist - eine Verhaltensstörung im Sinne des AD(H)S entwickelt, ist in Abhängigkeit mit den familiären und sozialen Bedingungen zu sehen, unter denen das Kind heranwächst. Wie bereits weiter oben festgehalten wurde, manifestieren sich frühe Erfahrungen besonders nachhaltig in der Hirnstruktur (Hüther 2004, 82). Dementsprechend meint der Autor, sei es primäres Ziel, präventiv jene besonders stimulierbaren Kinder möglichst früh zu erkennen und erzieherische Maßnahmen im Sinne von stabilen Bindungen und einem ruhigen und strukturiertem Umfeld zu gewährleisten (Hüther 2004, 83). Die Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen, auf die Agitiertheit des Kindes zu reagieren, betrachten *Hüther und Bonney* als sehr wesentlich und folgern daraus, dass eine emotionale Bindungssicherheit für die gesunde Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung ist (Hüther & Bonney 2006, 87). Demzufolge zeigt sich,

„dass für die normale und pathologische Entwicklung der Faktor Beziehung von entscheidender Bedeutung ist. Er schlägt sich in biochemischen Prozessen wie in psychischen Prozessen nieder“ (Molitor 2004, 9).

Es verdeutlicht sich, dass dem Beziehungsaspekt auf allen Ebenen der Entwicklung einflussnehmende Bedeutung beigemessen wird.

„Baut sich am Beginn des Lebens die Organisationsstruktur des Gehirns gebrauchtsabhängig auf, so werden die neuronalen Bewegungen auch im späteren Leben durch Beziehungserfahrungen beeinflusst“ (Damasch 2007, 219).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hirnstruktur auch postnatal prägenden Einflüssen der sozialen und familiären Umgebung im beziehungs-dynamischen Kontext unterliegt.

Im Falle der möglichen Ausbildung eines AD(H)S sollte bei der Erziehung daher auf Bindungsstabilität und ein ruhiges, strukturiertes Umfeld geachtet werden.

Im nachfolgenden Kapitel richtet sich nun der Blick auf die Erkenntnisse der neuen Bindungsforschung.

4.2 Erkenntnisse aus der Bindungstheorie

Ergänzend zu den bisher dargestellten Theorien sind Erkenntnisse aus der Bindungsforschung zu erwähnen. Der Schwerpunkt bindungstheoretischer Überlegungen liegt in der Auseinandersetzung mit den frühen Bindungen, Bindungs- und Beziehungsmustern. Als Ansatz mit diesbezüglich besonderem Fokus lässt sich ein Naheverhältnis zu einer prozess- und beziehungsorientierten psychoanalytischen Theorie erklären (vgl. Bovensiepen 2004, 14).

Karl Heinz Brisch hebt den desorganisierten Bindungsstil hervor und erkennt eine Ähnlichkeit zwischen diesem Bindungsverhalten und den Verhaltensweisen von Kindern mit AD(H)S. Brisch nimmt auf dem Hintergrund neurobiologischer und genetischer Theorien an, dass eine erhöhte Sensibilität bei Säuglingen auf Grund einer genetisch bedingten Verletzlichkeit im Dopamin System für die „traumabedingten (z.B. Trennungen, psychische Störungen bei den Müttern etc.) interaktionellen Verhaltensweisen ihrer Mütter“ anzunehmen sei, so dass diese vermehrt einen desorganisierten Bindungsstil entwickeln. Brisch resümiert, dass AD(H)S nicht nur in Folge der Vielzahl an Symptomen und deren Auswirkungen auf Beziehungen zum Beziehungsthema wird, sondern auch hinsichtlich der Genese in einem Zusammenhang mit den frühen Beziehungserfahrungen zu sehen ist (Brisch 2004, 14).

„Damit könnte man die AD(H)D- Symptomatik nicht nur wegen ihrer sekundären Auswirkungen auf Beziehungen, sondern auch primär mit Blick auf die Entstehungsbedingungen in einem interaktionellen Beziehungskontext betrachten“ (Brisch zit. In Bovensiepen 2004, 14-15).

Die Bindungstheorie geht auf den englischen Psychiater und Psychoanalytiker *John Bowlby* zurück. Es handelt sich dabei um eine entwicklungspsychologische Forschungsrichtung, die sich mit der affektiven Entwicklung auseinandersetzt (vgl. Brisch 2004, 45). *Bowlby* (1969) vertrat die Ansicht eines auf Grund einer biologischen Determiniertheit vorhandenen Verhaltenssystems, das bewirke, dass der Säugling eine emotionale Bindung zu einer primären Bezugsperson entwickle, diese bewahre oder löse. Der Säugling verfügt somit über eine angeborene Bindungsneigung. Für das Überleben des Säuglings ist eine fürsorgliche und Schutz bietende Bindung an eine Hauptbezugsperson von essentieller Bedeutung und Ausgangspunkt für die Erkundung der Umwelt und der Selbstentfaltung (vgl. Brisch 2004, 46; Fonagy 2003, 12-13). Diese Schutzfunktion einer primären Bezugsperson ist förderlich für den Prozess der Umweltexploration, wodurch auf Basis einer sicheren Bindung der Erwerb sozialer und

kognitiver Fertigkeiten gefördert wird (vgl. Fonagy 2003, 15). Bindungsverhalten zeigt sich in all jenen Verhaltensweisen, die die Bezugsperson aufmerksam werden lassen wie z. B. Lächeln oder Weinen oder motorische Aktivitäten wie Klammern oder Weglaufen. Aktiviert wird das Bindungsverhalten auch durch Trennung oder äußeres und inneres Angsterleben (vgl. ebd., 15). In den ersten Lebensjahren entwickeln Kinder neben der Bindung zur Primärbezugsperson Bindungen zu weiteren Personen des nahen Umfeldes und bringen diese entsprechend ihrer individuellen Bedeutung für sich in eine Reihenfolge (vgl. Brisch 2004, 46; Fonagy 2003, 16). Wesentlich für die Entwicklung einer sicheren Bindung ist, in Anlehnung an *Mary Ainsworth* (1978), der Grad der Feinfühligkeit, mit der die Hauptbezugsperson auf die Bedürfnisse des Säuglings reagiert. Bedeutsam für das Kind ist die erlebte Verlässlichkeit und Einschätzbarkeit der Bindungsperson in ihrer Schutz gebenden und Geborgenheit spendenden Funktion. Reagiert die Bezugsperson zurückweisend, entwickelt das Kind eher ein unsicheres Bindungsverhalten, während ein abwechselnd behutsames und abweisendes Begegnen der Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes die Ausbildung einer unsicher- ambivalenten Bindung verursachen kann (vgl. Brisch 2004, 47; Fonagy 2003, 18). Neuere Forschungsergebnisse zeigen auf, dass auch die empathische bzw. nicht empathische Zuwendung der Bezugsperson über den Kommunikationsträger Sprache für die Entwicklung spezifischer Bindungsqualitäten verantwortlich ist. Den drei beschriebenen Bindungskategorien nicht zuordenbare Bindungsmuster wurden unter der Bezeichnung desorganisierte Bindungen zusammengefasst (vgl. Brisch 2004, 48- 49).

Es wird vermutet, dass ein unangemessenes widersprüchliches Verhalten der primären Bindungsperson beim Kind Beunruhigung auslöse und die Ausbildung einer desorganisierten Bindung begünstigt (vgl. Brisch 2004, 51, Fonagy 2003, 22). Desorganisierte, unangepasste Verhaltensweisen der Bindungsperson gegenüber dem Kind können aus unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen wie Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen, Trennungs- oder Verlusterlebnisse derselbigen resultieren (vgl. Fonagy 2003,22). Es zeigt sich, dass sich Bindungsstörungen entwickeln, wenn auf grundlegende Bedürfnisse nach Schutz, Nähe und Sicherheit nicht entsprechend eingegangen wird und sie manifestieren sich, wenn diese mangelnde bzw. inadäquate Bindungserfahrung überdauernd ist und keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden können. Kinder mit Bindungsstörungen haben oft traumatische Erfahrungen durchlebt und zeigen gehäuft ein desorganisiertes Beziehungsverhalten, das der AD(H)S Symptomatik entspricht (vgl. Brisch 2004, 52).

Demnach sieht Brisch in desorganisierten Bindungsmustern des Kindes einen „Vorläufer“ von AD(H)S, und begründet dies mit einer auf Basis einer genetischen Prädisposition im dopaminergen System erhöhten Feinfühligkeit des Säuglings für unverarbeitete Traumata und daraus resultierenden ebenfalls desorganisierten Verhaltensweisen der Hauptbezugsperson (Brisch 2004, 64).

„Aus dieser Perspektive könnten desorganisierte Bindungsverhaltensweisen und ADHD die Anzeichen einer beginnenden Bindungsstörung sein. Diese wiederum führen in der sozialen Interaktion zu erheblichen Beziehungs- und Interaktionsstörungen und verstärken sich somit selbst“ (Brisch 2004, 53).

Es zeigt sich hier wiederum eine dynamische Wechselhaftigkeit von Ursache und Wirkung auf der Basis einer möglichen Bindungsstörung und der daraus resultierenden Schwierigkeiten im Kontext sozialer Beziehungen, wodurch wie bei dem unter 4.1 dargestellten Ansatz die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise zum AD(H)S Syndrom deutlich wird. Brisch spannt den Bogen weiter zu dem Gebiet der Psychotraumatologie und führt an, dass Erwachsene, bei denen ein unverarbeitetes Trauma getriggert wird, gefühlsmäßig überflutet werden und die Symptome einer AD(H)S Störung zeigen können, in dem sie sich beispielsweise motorisch unruhig und unkonzentriert verhalten (Brisch 2004, 54). Er verweist auf die in der psychiatrischen- psychodynamischen Diagnostik hinreichend bekannten Begrifflichkeiten der manischen Abwehr und der Depression. Bedrohliche Affekte werden abgewehrt und beispielsweise über die Motorik ausagiert (ebd., 55). Sinnvolle Handlungen sind in diesem Zustand nicht möglich und führen zu dem Schluss, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene unter dieser emotionalen Belastung blockiert und zu kognitiven Leistungen kaum fähig sind (vgl. Brisch 2004, 55). In Anbetracht dieser Tatsache und in Verbindung mit dem bisher Gesagten lässt sich vermuten, dass ein förderlicher pädagogischer Umgang mit dem AD(H)S Syndrom mehr bedarf als strukturierender verhaltensmodifizierender Maßnahmen. In diesem Zusammenhang macht Brisch darauf aufmerksam, dass auf Grund der verzerrten Verhaltensweisen die Bindungsbedürfnisse des Kindes mit einer Bindungsstörung übersehen werden. In der Annahme von AD(H)S als Anzeichen für eine beginnende Bindungsstörung sieht der Autor die Gefahr, dass durch die Überlagerung der verborgenen Bindungswünsche, die durch die spezifische Symptomatik bedingten Schwierigkeiten im Kontext sozialer Interaktionen die Problematik sich verstärken, was letztendlich zu einer psychopathologischen Manifestation führt (Brisch 2004, 62).

In seinem multimodalen Modell vereint Brisch Erkenntnisse von AD(H)S aus der Bindungstheorie, Traumaforschung, der Genetik und Neurobiologie, und sieht ebenfalls das Beziehungsgeschehen an der Entstehung von AD(H)S beteiligt. Es geht dabei nicht nur darum, die Auswirkungen der AD(H)S Symptomatik auf Beziehungen zu erfassen, sondern Beziehungsinteraktionen an der Entstehung primär beteiligt zu betrachten. Für die Behandlung von Kindern mit AD(H)S sieht Brisch neben den herkömmlichen Behandlungsansätzen die Arbeit auf der Beziehungsebene im familiären wie auch professionell pädagogischen Kontext als sehr wesentlich an (Brisch 2004, 64). Neben den multimodalen Behandlungsansätzen und den pädagogischen Empfehlungen für einen geeigneten Umgang mit AD(H)S betroffenen Kindern ist dem zur Folge die bewusste Auseinandersetzung und Beschäftigung mit dem Faktor Beziehung als von großer Relevanz zu erachten.

Das anschließende Kapitel widmet sich einem interdisziplinärem und integrativem Ansatz zur Erklärung und dem Verständnis von AD(H)S.

4.3 AD(H)S als dynamisches und komplexes Phänomen, und die Frage nach einem interdisziplinären Paradigma. Beispiel eines interdisziplinären Ansatzes

Im kommenden Kapitel wird ein Modell vorgestellt, das neben den bereits unter 4.1 erwähnten neueren neurobiologischen Ansätzen auch evolutionstheoretische, sozialbiologische und systemische Erkenntnisse mit einbezieht, wodurch ein Mal mehr deutlich wird, wie facettenreich eine fächerübergreifende Auseinandersetzung mit AD(H)S sein kann, um zu einem der Komplexität von AD(H)S entsprechend vollständigem Bild zu gelangen.

Hannes Brandau ergänzt die Diskussion rund um die Ursachenforschung von AD(H)S in dem er evolutionstheoretische und sozialbiologische Theorien anführt (Brandau 2004, 84). Der Autor überlegt, inwiefern die AD(H)S Symptome in früheren Gesellschaftsformen von Nutzen gewesen sein könnten. Im Sinne der Nomadenhypothese wären Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Impulsivität als den steinzeitlichen Bedingungen entsprechende Überlebensstrategien zu verstehen. Diese Symptomatiken, auf Basis einer bestimmten genetischen Konstellation und eine dadurch bedingte spezifische Gehirnstruktur, wären demnach in früheren Gesellschaftsformen von Nutzen gewesen, allerdings entsprechen sie nicht mehr den Anforderungen einer Industriegesellschaft heutzutage (Brandau 2006, 48).

Im Weiteren verweist Brandau auf sozialbiologische Theorien, die auf die Bedeutung des freien Spiels für Kinder als wesentliche Lernerfahrung aufmerksam machen (ebd., 49). Spielen aktiviert das Stammhirn, das Gefühlshirn sowie das Großhirn (vgl. Pearce 1992 zit. in Brandau 2006, 49). AD(H)S Kinder zeigen ein sehr ausgeprägtes Spielbedürfnis, das sich im freien Spiel ohne das Auftreten der beschriebenen Symptomatiken entfalten kann (vgl. Barkley et al. 1984 zit. in Brandau 2006, 50). Brandau folgert hieraus, dass neben den strukturierten Leistungs- und Beschäftigungssituationen ausreichende Möglichkeiten zur Entfaltung freier Spielsituationen die Anpassung der AD(H)S Kinder an die realen Umweltbedingungen erleichtern könnten (Brandau 2006, 50).

Insgesamt verweist Brandau auf die Notwendigkeit des interdisziplinären Austausches bezogen auf den Bereich der Ursachenforschung von AD(H)S. Der Autor resümiert, dass ein isolierter Blick auf Basis neurobiologischer, neurochemischer, genetischer oder evolutionstheoretischer Theorien der Erfassung der komplexen Ursächlichkeiten des Störungsbildes in der Vielfalt der Erscheinungsformen nicht gerecht werden kann. Vielmehr sehe er darin eine reduktionistische Vorgehensweise, die die dynamische Wechselhaftigkeit unterschiedlicher Bedingungsfaktoren nicht berücksichtigt (Brandau 2006, 85). Ebenso wie *Hüther & Bonney* (2006, 143) räumt *Brandau* auf Basis des Modells der nutzungsbedingten Plastizität des Gehirns psychosozialen Faktoren und Beziehungserfahrungen an der Entstehung von AD(H)S maßgebliche Bedeutung ein (Brandau 2004, 86). Weiters bringt der Autor systemisches Gedankengut ein, in dem er zum einen die Auswirkungen der spezifischen Nutzung des Gehirns und der sich daraus entwickelnden Defizite und Fähigkeiten in Zusammenhang mit daraus resultierenden Reaktionen der Umwelt im Sinne eines Circulus vitiosus bringt und zum anderen die Notwendigkeit der ganzheitlichen Betrachtungsweise des AD(H)S Syndroms als ein Phänomen, das mehr als die Summe seiner Teile ist, hervorhebt (ebd., 51). Das interaktive Geschehen zwischen dem Kind

und seiner Umwelt ist nicht nur sekundär für den Grad der Ausprägung an der AD(H)S Symptomatik bedeutsam, sondern primär an der Entstehung von AD(H)S beteiligt (vgl. Brandau 2004, 81)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass während Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Impulsivität im steinzeitlichen Leben möglicherweise vorteilhaft waren, sie den Anforderungen der Industriegesellschaft widersprechen. Trotzdem soll heute gerade Kindern mit AD(H)S nicht nur leistungsorientierte Beschäftigung, sondern auch genügend freies Spiel ermöglicht sein, um das Gehirn diesbezüglich zu nutzen und das Kind seine Umwelt auf seine eigene Weise erfahren zu lassen. Der Autor postuliert ein unter systemischen Gesichtspunkten biopsychosoziales Modell von AD(H)S und integriert dabei die bereits vorgestellten Erklärungsansätze, die in einer *gegenseitigen Beeinflussbarkeit* als ursächlich an der Entstehung des AD(H)S Syndroms beteiligt gesehen werden (Brandau 2004, 85).

4.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich aus den dargestellten alternativen Erklärungsansätzen zu den Ursächlichkeiten von AD(H)S erkennen, dass entgegen der Annahme, es handle sich um eine geistes- versus naturwissenschaftliche Diskussion, sich vielmehr eine fächerübergreifende Kontroverse zeigt (vgl. Molitor 2004, 9).

Dabei zeichnet sich ein erstes Merkmal der Diskursbeiträge rund um die Fragen der Ursächlichkeiten von AD(H)S, resp. die Infragestellung monokausaler, resp. einseitig neurobiologisch oder genetisch bedingter Erklärungsansätze ab. So lassen sich diese die wechselseitige Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren berücksichtigende Herangehensweisen von ausschließlich an linear kausal zusammenhängenden Erklärungen orientierten Ansätzen unterscheiden (vgl. Lüpke 2004, 113). Die Forschungsergebnisse aus der Hirnforschung, Bindungsforschung sowie sozialbiologische Theorien untermauern die These, dass die Ursachen für die AD(H)S Symptomatik in sehr frühen Entwicklungsphasen des Kindes liegen können und dass es nicht geklärt ist, was eigentlich Ursache und was Folge der AD(H)S Symptomatik ist. Vielmehr scheint es, dass es sich um Geprägtheiten verschiedener Faktoren handelt, die die zur Zeit gebräuchlichsten Behandlungsmethoden und damit auch pädagogischen Ansätze als zu kurz greifend zeigen.

So richtet sich das besondere Augenmerk hier in dieser Arbeit auf die speziellen Aspekte wie die Bestimmtheit der Gehirnentwicklung durch Beziehungserfahrung sowie auf die Bedeutung von Bindungen in Bezug auf AD(H)S.

Neuen Erkenntnisse auf neurobiologischem Forschungsgebiet folgend kann davon ausgegangen werden, dass sich die neuronalen Strukturen im Gehirn auch postnatal in gegenseitiger Wechselwirkung von physiologischem Erb- und Umweltfaktoren aufbauen. Der Aspekt der Umweltabhängigkeit betrifft nun nicht mehr ausschließlich die Aktivierung von Optionen auf körperlicher Ebene, sondern bezieht sich auch auf die Abhängigkeit der Gehirnentwicklung von Beziehungsinteraktionen (vgl. Reinke 2007, 50). Reinke macht darauf aufmerksam, dass sich Hüther in diesem Zusammenhang auf psychoanalytische Theorien zur Persönlichkeit und Ent-

wicklungsprozessen von Freud und Mahler bzw. deren Weiterentwicklung bezieht (Reinke 2007, 50).

„Damit stellt er der im neuen neurobiologischen Modell entwickelten Grundannahme, es handle sich um ein Programm von Optionen, die komplementäre Annahme der Psychoanalyse zur Seite, dass die Entwicklung psychischer Repräsentanten ein vor allem nachgeburtlicher Prozess ist, was von Margaret Mahler als „die psychische Geburt des Menschen“ und von Lorenzer als „Subjektbildung“ bezeichnet wurde“ (Reinke 2007,50).

Auch unter Einbeziehung des Aspektes der Multideterminiertheit gilt es AD(H)S im Kontext evolutionstheoretischer, gesellschaftlicher, kultureller Einflussfaktoren zu betrachten. Ebenso wie eine psychodynamische psychoanalytische Perspektive entsprechend der Bedeutsamkeit von Beziehungserfahrungen von Relevanz erscheint. Das nachfolgende Kapitel wird sich nun dem spezifisch psychoanalytischen Verständnis von AD(H)S zuwenden

6 Psychoanalytische Theorien zu AD(H)S

Insgesamt lässt sich aus dem bisher Gezeigten zum einen eine Vielzahl an Ansätzen, Erklärungsmodellen und Angaben zum Umgang mit dem Kind, resp. dem, was ein Kind mit dieser Symptomatik bedarf, ausmachen. Zum anderen zeigen sich psychoanalytisch orientierte Ansätze als zunehmend relevant und gleichzeitig durchaus kontrovers zu den vornehmlich geführten Diskursen.

Unter dem Aspekt der Beziehungsinteraktionen zwischen Kind und primären Bezugspersonen wird die individuelle psychische Realität und das Konfliktgeschehen mit den bewussten, aber vor allem auch unbewussten Anteilen Ausgangspunkt der psychoanalytischen Betrachtungsweise (vgl. Stork, Hüttl & Thaler, 2004, 84) und hier zeigt sich auch die pädagogische Relevanz, resp. beinhaltet dieser Zugang auch den pädagogischen Aspekt. Wird AD(H)S in den Bildungsprozessen des Kindes mit seinen Beziehungserfahrungen verstanden, wird es immer wieder gleichzeitig auch um das Verstehen seines erlebten, und – auch darauf bezogen – aktuellen Beziehungserlebens und dessen Niederschlag im Zuge seines Bildungsprozesses gehen.

Diesem Denken folgend, zeigt sich das auch im Aufbau hinsichtlich der Anliegen dieser Arbeit: In diesem Abschnitt werden die Zugänge und Verstehensansätze des Kindes mit AD(H)S gezeigt, und sie münden hier in diesem Kapitel bei einem Theorieansatz, der die pädagogische Komponente gleichsam in zweierlei Hinsicht beinhaltet. Dies gilt es in der Arbeit aufzuzeigen:

Die psychoanalytische Herangehensweise, die in ihrer Betrachtung und Erklärung das Kind in oben genannter Weise versteht und darauf logisch aufbauend auch die Ziele in spezifisch gemachten pädagogischen Beziehungserfahrungen in seinen Bildungsprozessen sieht; damit einhergehend wird auch die Behandlung als Beziehungsgeschehen fokussiert. In einem späteren Abschnitt soll dann auch deutlich gemacht werden, dass dies – gemäß einer grundlegenden Verstehensweise – der Psychoanalytischen Pädagogik, die über die Fokussierung von AD(H)S hinausgeht, immanent ist. Dies wird auch anhand spezifischer Konzepte deutlich gemacht werden, wobei in dieser Arbeit exemplarisch 3 davon, die auch für die bei AD(H)S ausgemachten zentralen Aspekte hinsichtlich (Subjekt)Bildungsprozessen und Beziehung bedeutend sind, dargestellt werden.

Diese Zusammenhänge einer psychoanalytischen Theorie, die einerseits hinsichtlich AD(H)S pädagogische Elemente zentral beinhaltet, zum anderen ihre Ausprägung auch als Theorie der Disziplin psychoanalytische Pädagogik findet, sollen hier am Ende in einer spezifischen Systematik – mit den Fragen nach Charakteristika in der Betrachtungsweise, Erklärungszusammenhängen, Zielen, und dafür anzuwendenden Mittel dieser Theorieausprägungen – aufbereitet herausgearbeitet werden. So führt diese Arbeit von einer Umschau über die wissenschaftlichen Betrachtungsweisen und Problematisierungen von ADHS zum intensiven Fokus auf psychoanalytische Ansätze, die ADHS auch gleichzeitig zentral zu einem pädagogischen Phänomen machen.

Der psychoanalytisch-psychodynamische Fokus lässt sich dabei zum einem als auf die Symptomatik des AD(H)S Syndroms gerichtet ausmachen – er betrachtet diese als Ausdruck einer tiefgreifenden emotionalen Problematik, die im Zusammenhang mit der psychischen Strukturierung und den innerpsychischen Konfliktodynamiken und ihren Verarbeitungsmöglichkeiten verstehbar wird. Zum anderen liegt der Schwerpunkt auf der Bedeutsamkeit früherer Erfahrungen mit den wichtigen Beziehungspersonen (vgl. Stauffenberg 2007, 89).

Nicht ausmachen lässt sich in den Auseinandersetzungen bislang jedoch eine systematische Aufbereitung, was nun der spezielle Beitrag der Psychoanalyse zu AD(H)S zu leisten vermag, auch hinsichtlich einer als konzeptionell geschlossene Theorieaufbereitung verstehbare Zusammenfassung, die 4 spezifische Parameter enthält: die grundsätzliche Sichtweise (auch in ihrer Unterschiedlichkeit zu anderen Versionen) – das spezifische Verständnis von Kausalzusammenhängen in der Entstehung und Genese – den daraus resultierenden Zielvorstellungen für das Kind und Pädagoginnen und – ihren Möglichkeiten der Erreichung dieser Ziele.

In den nachfolgenden Kapiteln kommt es zunächst über eine Einleitung zum psychoanalytischen Konfliktverständnis und der Beschreibung eines auf psychoanalytischen und psychodynamischen Erkenntnissen aufbauenden Diagnostikschemas zur Beschäftigung mit der Frage nach dem Bedeutungsgehalt von Symptomen. Daran anschließend erfolgt eine historische Umschau zu relevanten Theorien, die für das Verständnis von AD(H)S aus heutiger Sicht bedeutsam sind, bzw. auf denen aufbauend sich aktuelle psychoanalytische Hypothesen zum AD(H)S Syndrom begründen lassen.

6.1 Psychoanalytische Konflikttheorie

Wie schon bereits am Beginn der Arbeit aufgezeigt wurde, geht das gängige Erklärungskonzept zur Beschreibung des AD(H)S Syndroms davon aus, dass AD(H)S gehäuft mit anderen Störungsbildern auftritt, also eine hohe Komorbidität aufweist. AD(H)S wird dabei als ursächlich angesehen (vgl. Heinemann & Hopf 2006). Entsprechend dieser Ausgangslage ist es verständlich, wenn beispielsweise einer auf Basis des AD(H)S Syndroms diagnostizierten Lernstörung in erster Linie mit entsprechenden Förderprogrammen zu begegnen versucht wird.

Aus Sicht der psychoanalytischen Konflikttheorie liegt der AD(H)S Symptomatik jedoch primär ein psychischer Konflikt zu Grunde, den es zu fokussieren gilt. Das psychoanalytische Verständnis von Konflikt meint dabei, dass im Subjekt sich zwei gegensätzliche und daher miteinander unvereinbare Forderungen oder Wünsche gegenüberstehen. Der Konflikt kann erkennbar sein oder sich durch die Bildung von Symptomen oder Auffälligkeiten im Verhalten und des Charakters verdeckt ausdrücken (vgl. Laplanche & Pontalis 1973, 256).

In der Tradition von Freud wird ein Konflikt als zwischen den triebhaften Impulsen und Bedürfnissen in Konfrontation mit den verinnerlichten gesellschaftlichen Normen – in der Ausprägung als Subjektstruktur zwischen dem Es und dem Über-Ich – entstehend verstanden, wobei das Ich die Funktion der Vermittlerin zwischen diesen zwei Instanzen einnimmt.

Anstößige Triebbestrebungen werden aus dem Bewusstsein durch Abwehrmechanismen verbannt. Symptome entstehen demnach durch die Anwendung verschiedener Abwehrmechanismen und werden als Ersatz- oder Kompromissbildungen verstehbar (vgl. Heinemann & Hopf 2004, 20). Über das Symptom wird in verdeckter Weise Befriedigung erzielt (vgl. Seiffge-Krenke 2007, 127).

Die Operante psychodynamische Diagnostik des Kinder- und Jugendalters, OPD-KJ, auf die im nächsten Kapitel noch genauer eingegangen wird, postuliert als Ursache einen intrapsychisch zeitlich überdauernden Konflikt, bei dem gegensätzliche Bestrebungen aufeinander treffen und über einen „aktiven“ bzw. „passiven Modus“ bearbeitet werden. Ein psychischer Konflikt kann die Entwicklung von Kinder und Jugendlichen hemmen, da ihre Verhaltensweisen und Affekte von dem ungelösten Konflikt dominiert werden, wodurch verdeutlicht wird, dass der intrapsychische Konflikt als spezielle Ich-Leistung, mit subjektivem Sinngehalt in der Funktion eines Abwehrmechanismus, und auch als eine generalisierte Ausweitung konfliktträchtiger Erlebnismuster auf weitere Lebensbereiche begriffen werden kann (vgl. OPD-KJ 2007, 23).

Es wird angenommen, dass innerpsychische Konflikte sich als Folge einer inadäquaten Reaktion und Befriedigung grundlegender Bedürfnisse durch die primären Bezugspersonen herausbilden. Die Entstehung eines überdauernden intrapsychischen Konfliktes kann allerdings nicht allein auf frühe Störungen der Bedürfnisregulation zurückgeführt werden, sondern ist davon abhängig, inwiefern sich lebensweltliche Anforderungen und die speziellen Bedürfnissen des Kindes in ein harmonisches Verhältnis bringen lassen.

Grundsätzlich sind intrapsychische Konflikte von alltäglichen Konflikten zu unterscheiden, die sich zwischen Eltern und Kind, und besonders in der Pubertät zwischen Eltern und Jugendlichen abzeichnen, wobei häufig einem aktuellen Konfliktgeschehen, das sich über einen längeren Zeitraum erstreckt und sich wiederholt, ein überdauernder intrapsychischer Konflikt zu Grunde liegt (vgl. OPD-KJ 2007, 76). Im Falle von AD(H)S sind die Symptome in Form von Hyperaktivität oder eines Aufmerksamkeitsdefizits als unspezifische Reaktionsmuster zu verstehen (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 18). Demzufolge kann eine Störung beispielsweise im Bereich der Aufmerksamkeit als sekundäre Auswirkung einer Verdrängungsleistung gedacht werden.

6.2 Operante psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters

Die *Operante psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters* stellt ein spezielles Instrumentarium dar, das neben entwicklungspsychologischen und psychiatrischen Aspekten, unter Berücksichtigung des Faktors Entwicklung, auch psychodynamische Prozesse zur Diagnostik psychischer Störungen mit einbezieht. Dadurch werden psychoanalytische Theorien und Begrifflichkeiten im Rahmen eines standardisierten Systems zu einer mehrdimensionalen und entwicklungsbezogenen Diagnostik präzisiert (vgl. OPD-KJ 2007, 17). Die OPD-KJ sieht sich als Ergänzung zu den vorhandenen Klassifikationsschemata, in dem der Fokus der diagnostischen Einschätzung auf das subjektive Erleben und Handeln gerichtet ist (OPD-KJ 2007, 173).

Neben den im Zuge einer Anamnese gewonnenen Informationen, die in Form von bewussten Äußerungen von dem zu untersuchenden Kind oder Jugendlichen gemacht werden, werden die unbewussten Interaktionen, die sich im Zuge der Beziehung zwischen der Diagnostikerin und dem Kind bzw. Jugendlichen zeigen, als Informationsquelle herangezogen. Das Klassifikationssystem untergliedert sich in vier Achsen: der Achse „*Beziehung*“, der Achse „*Konflikt*“, der Achse „*Struktur*“ und der Achse „*Behandlungsvoraussetzungen*“ (vgl. OPD-KJ 2007, 19). Die Achse „*Beziehung*“ befasst sich, ausgehend davon, dass gerade Kinder und Jugendliche ihre Probleme im Kontext von Beziehungen weniger über verbale Äußerungen als vielmehr durch konkrete Handlungen zum Ausdruck bringen, mit der Form der Beziehungsgestaltung im diagnostischen Prozess (vgl. OPD-KJ 2007, 21). Die Achse „*Konflikt*“ wendet sich den intrapsychischen Konflikten zu, die meist unbewusst und zeitlich überdauernd wesentlichen Einfluss auf Beziehungsinteraktionen ausüben. Über die Konfliktachse werden folgende themenzentrierte Konfliktmuster als bedeutsam zur diagnostischen Erhebung befunden:

- Abhängigkeit versus Autonomie
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- versus Objektwert)
- Loyalitätskonflikte (Schuld und Über-Ich Konflikte)
- Ödipale Konflikte
- Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)

Rahmen 9: OPD-KJ 2007,77

Diese Gegensatzpaare von Konfliktthemen schränken bei misslungener Bewältigung und Integration die weitere Entwicklung ein und können sich auf verschiedenste Lebensbereiche ausweiten, wodurch sie die Lebensgeschichte an sich mitbestimmen. Die Art und Weise, wie diese Konflikte erlebt und verarbeitet werden, erfolgt entweder über eine aktive Form durch das Vorherrschen vorwiegend kontraphobischer Mechanismen oder im Gegensatz dazu über eine passive Form durch regressives Abwehrverhalten (vgl. OPD-KJ 2007, 77).

Kinder verfügen entsprechend ihrem Entwicklungsalter über eine psychische Struktur. Darunter ist eine individuelle Disposition des Erlebens und Verhaltens zu verstehen, die aus einer Wechselwirkung angeborener potentieller Gegebenheiten und Interaktionserfahrungen resultiert. Die psychische Struktur beinhaltet die Art und Weise, wie das Subjekt sich selbst und andere erlebt und differenziert wahrnimmt, wie es sich verhält und kommuniziert, welche Mittel und Abwehrmechanismen herangezogen werden können, um innere und äußere Belastungen zu bewerkstelligen, sowie die Fähigkeit zur Affektregulation (vgl. OPD-KJ 2007, 115). Über die Achse „*Struktur*“ soll jenes Repertoire an grundsätzlich vorhandenen Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten aufgezeigt werden. Neben den eng miteinander verwobenen psychodynamischen Konstrukten Beziehung, Konflikt und Struktur bezieht die OPD-KJ den Aspekt der „*Behandlungsvoraussetzungen*“ in das Klassifikationssystem mit ein (OPD-KJ 2007, 19). Zum einen gilt es jene Dimensionen zu erfassen, die die subjektive Bewertung des Schweregrads der Beeinträchtigung auf körperlicher und psychischer Ebene betreffen, den daraus resultierenden Leidensdruck, die Motivation zur Veränderung sowie die subjektiven Krankheitshypothesen.

Zum anderen sollen auch entsprechende intrapsychische Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sowie Ressourcen aus den Bereichen Familie, Beziehungen zu Gleichaltrigen und sonstiges soziales Umfeld erfasst werden. Ebenso werden spezifische Therapievoraussetzungen wie beispielsweise Behandlungsmotivation, Krankheitsgewinn, Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit und bei Jugendlichen auch die Einsichtsfähigkeit in bio-psycho-soziale Zusammenhänge einbezogen (vgl. OPD-KJ 2007, 132-133).

Wesentlich für den diagnostischen Prozess im Sinne des OPD-KJ ist die entwicklungsbezogene Herangehensweise auf Basis verschiedenster Konzepte zur Entwicklung im Kontext relevanter Einflüsse durch Familie, Schule, Freunde, Spiel und Freizeit (vgl. OPD-KJ 2007, 18). Neben der „*Theorie der kognitiven Entwicklung*“ nach *Jean Piaget* (1973) orientiert sich die OPD-KJ an dem „*Konzept der Entwicklungslinien*“ von *Anna Freud* (1965) und dem „*Konzept der Entwicklungsaufgaben*“ von *Havighurst* (1972) (OPD-KJ 2007, 31). *Anna Freud* versuchte in ihrem Konzept der Entwicklungslinien eine Differenzierung zwischen normalen und pathologischen Entwicklungsverläufen zu erzielen. Über 4 Entwicklungslinien beschreibt sie Lernprozesse auf kognitiver, sozialer und emotionaler Ebene. Das Entwicklungsniveau auf den jeweiligen Ebenen kann gleichermaßen oder relativ ausgeglichen sein oder aber in dem einen oder anderen Bereich sehr unterschiedlich sein (vgl. OPD-KJ 2007,31). *Robert Havighurst* (1953,1972) untergliederte in seinem Konzept die menschliche Entwicklung in sechs Entwicklungsphasen und formulierte für jede dieser Phasen aufeinander aufbauende Entwicklungsaufgaben, die es zu bewältigen gilt und die den normativen Anspruch der Gesellschaft an die Entwicklung mit einbeziehen. So entspricht es beispielsweise den gesellschaftlichen Erwartungen, dass Kinder in der ersten Entwicklungsphase („early childhood“) nach *Havighurst*, die er von Geburt bis 5/6 Jahre ansetzt, unter anderem die Schulreife erlangen (vgl. OPD-KJ 2007, 32).

Der Einbezug jener Bereiche, die wesentlich den Entwicklungsprozess von Kindern und Jugendlichen fördern oder beschränken können, ist sehr bedeutsam. Neben der Familie, die als primärer Bezugspunkt in der frühen Kindheit maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes nimmt, kommt der Schule eine große Bedeutung zu, in der über das Erlernen der Kulturtechniken und anderer leistungsbezogenen Fähigkeiten vielfältige soziale Lernerfahrungen ermöglicht werden und mögliche defizitäre Erfahrungen kompensiert werden können. Die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen im Schulverband oder im Rahmen der Freizeit, wie auch das Spiel als spezielle kindliche Ausdrucksform werden in den diagnostischen Prozess miteinbezogen (vgl. OPD-KJ 2007, 39-42).

Die OPD-KJ fokussiert das Kind im Rahmen seiner Entwicklung im Kontext entwicklungsrelevanter Bereiche auf den beschriebenen Achsen und versucht, ressourcenorientiert eine für die Bedürfnisse des Kindes entsprechende Therapieplanung zu ermöglichen.

Wie unter 6 und 6.1 bereits herausgearbeitet werden konnte, gibt es unterschiedliche Konfliktodynamiken, die den Symptomen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität zu Grunde liegen können. Im nächsten Kapitel geht es um die Auseinandersetzung mit dem Symptom als Bedeutungsträger.

6.3 AD(H)S in der Bedeutung von Symptomen als verschlüsselte Botschaften

Die Diagnose AD(H)S ergibt sich auf Grund einer Ansammlung von Symptomen, die in ihrer Häufigkeit und Intensität vom Normalverhalten abweichen. Eine Störung entspringt demnach aus der Diskrepanz zwischen der Wirklichkeitsauffassung und daraus resultierenden Erwartungen von Menschen einerseits und dem nicht diesen Erwartungen entsprechenden Verhalten anderer Menschen andererseits (vgl. Mattner 2004, 21).

AD(H)S wird, den gängigen Erklärungsansätzen entsprechend, auf das betroffene Kind reduziert. Dadurch werden mögliche andere Einflussfaktoren zur Entstehung grundsätzlich außer Acht gelassen, und die Verhaltensweisen auf Basis einer organischen Erkrankung als störend und bedeutungslos angesehen. Das Ziel der Behandlung ist eine Änderung des unerwünschten Verhaltens des Kindes (vgl. Mattner 2004, 16). Diese Herangehens- und Betrachtungsweise impliziert eine spezifisch biologisch- medizinisch determinierte Vorstellung vom Menschen, auf deren Grundlage sich Forschungsprozesse leiten lassen. Demzufolge nimmt das menschliche Subjekt über Prozesse der Wahrnehmungsverarbeitung neutrale Informationen und Reize aus einer als objektiv verstandenen Umgebung auf und verarbeitet diese auf Basis der individuellen Konstitution. Eine ungenügende und mangelhafte Verarbeitung jener Reize auf Grund einer Schwäche im zentralen Nervensystem könnte daher eine Reaktion in Form einer Verhaltensabweichung oder Lernstörung bewirken. Demnach bestimmt ein vollständig funktionsfähiges zentrales Nervensystem eine biologische Norm, wodurch menschliches Verhalten als normale Reaktion auf äußere Reize oder bei einer zerebralen Beeinträchtigung der Wahrnehmungsfähigkeit eben als Verhaltensstörung in Erscheinung tritt (vgl. Mattner 2006, 56).

Dieter Mattner findet die Vorgangsweise, Verhaltensauffälligkeiten in einem monokausalen Zusammenhang auf Abweichungen einer biologischen Norm zu reduzieren, sehr problematisch, da psychische Prozesse in ihrer Bedeutsamkeit auf diese Weise nicht erfasst werden können (2006, 56).

„So lassen sich zwar die neurologischen Korrelate zu emotionalen Empfindungen und Sensationen nachweisen, aber sie sagen allein für sich betrachtet noch nichts darüber aus, wofür sie stehen und wodurch sie ausgelöst wurden, da die Auslöser für diese Empfindungen sehr vielfältig sein können und sich teilweise dem betroffenen Menschen selbst entziehen“ (Mattner 2006, 59).

Mattner tritt daher für eine Sinn verstehende, anthropologische Sichtweise ein, wodurch das Symptom nicht als Ausdruck eines pathologischen Geschehens gesehen werden soll, sondern als eine Mitteilung mit Bedeutungsgehalt für das betroffene Kind (Mattner 2006,60).

Maud Mannoni bezeichnet das Symptom als Ausdruck einer *Sprache*, die es zu verstehen gilt.

„Es tritt auf, um das zu sagen, was das Subjekt in Worten nicht zu sagen wagt.“ (Mannoni 1972, 159).

Dies bedeutet, das als Störung empfundene Verhalten wird nicht als sinnlos wahrgenommen, sondern als für das Kind von subjektivem Wert verstanden. Das Symptom ist nicht lediglich als spezifisches Krankheitszeichen einer Störung unterschiedlicher Ursachen zu verstehen, sondern

vielmehr gilt es, das Symptom auf einer subjektiven Bedeutungsebene zu betrachten. Die Autorin *Terje Neeral* versteht bezogen auf das AD(H)S Syndrom die Symptome Unruhe und Aufmerksamkeitsstörung als Kompetenz des Kindes die innere Befindlichkeit und Ängste auszudrücken (Neeral 2007, 139). Die Symptome in ihrer Bedeutung verweisen demnach nicht auf ein Defizit, sondern auf eine affektive Wirklichkeitskonstruktion im Sinne einer Bewältigungsstrategie (vgl. Gerspach, 51). Ahrbeck spricht vom „*Symptom als Ausdruck kindlicher Not*“ und verweist auf die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der innerlichen Konfliktodynamik (Ahrbeck 2007, 14).

Psychoanalytisch wird AD(H)S als Abwehrreaktion auf frühe traumatische Erfahrungen und unbewusste Konflikte mit der Umwelt verstanden, wobei es eine genetische Vulnerabilität geben kann (vgl. Hopf 2003, 1).

Im Gegensatz zu allen anderen Erklärungsmodellen versucht die psychoanalytische Betrachtungsweise, die Symptome als durch das Störungs- und Krankheitsbild maskierte Konflikt-dynamiken zu erkennen und zu verstehen.

6.4 Ein Blick auf AD(H)S-spezifische Symptome in ihrer Bedeutung und Interpretation vor dem Hintergrund psychoanalytischer Disziplingeschichte

Die Auseinandersetzung mit den, unter der heutzutage gebräuchlichen Bezeichnung AD(H)S zusammengefassten Symptomen wie Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität lässt sich bis zu den Anfängen der Psychoanalyse zurückverfolgen (vgl. Häußler und Hopf 2004, 21ff), was an dieser Stelle beispielhaft in kurzen Auszügen dargestellt werden soll. Die aktuellen psychoanalytischen Erklärungskonzepte beziehen sich immer wieder auf diese unterschiedlichen Theorieansätze, so dass sie für das Verständnis von AD(H)S als relevant angesehen werden.

So beschäftigte sich bereits *Sigmund Freud* mit Psychomotorik und erkennt die Beherrschung der Motilität als Ich Stärke, und eine der wesentlichsten Aufgaben des reifen Ich. Die motorische Abfuhr dient, während das Lustprinzip dominierend ist, zunächst der Entlastung des psychischen Apparats vor Reizzuwachsen und erfolgt über „*durch das Innere gesandte Innervationen (Mimik, Affektäußerung)*“. Im Laufe der Entwicklung erweitert sich die Funktionsweise der Motorik, in dem sie zur zweckentsprechenden Realitätsveränderung eingesetzt werden kann, wodurch sie eine Veränderung hin zum bewusstem und zielgerichteten Handeln vollzieht. (zit. Freud, 1911 in Mahler 1992, 104-105). Die Beherrschung und Kontrolle der Motorik kann als eine der wichtigsten Aufgabe angesehen werden. Heinemann und Häußler machen darauf aufmerksam, dass auch sehr strukturierte Menschen bei übermäßig großer Freude, Angst oder Wut an ihre Grenzen stoßen und nicht mehr in der Lage sind, diese Gefühle zu kontrollieren und somit beispielsweise mit Händeklatschen, Nägel beißen, Hin- und Hergehen reagieren (Heinemann & Hopf 2006, 88).

Melanie Klein erklärt in ihrer Arbeit zur „*Psychogenese der manisch depressiven Zustände*“, dass Kinder von Geburt an dem Erleben von Angst, die sowohl von außen als auch von innen heraus entspringt, ausgesetzt sind (Klein 2006, 187). Die Geburt kann als die erste äußere Angstquelle betrachtet werden, wodurch das mit diesem Vorgang verbundene Unbehagen im Sinne eines Einwirkens feindlicher Kräfte und dem Empfinden von Verfolgungsangst verstanden wird. Von da an verbindet sich die Verfolgungsangst mit den Objektbeziehungen. Klein postulierte eine Wechselwirkung von libidinösen und aggressiven Triebregungen, die sich in Folge der Befriedigung von Triebbedürfnissen oder ihrer Versagung einstellen. Die „gute Brust“, die die Bedürfnisse befriedigt, wird demnach geliebt, während die gleiche Brust bei Versagung der Triebbedürfnisse gehasst wird – zu einer anderen, der „bösen Brust“ wird. Auf Grund der körperlichen Anwesenheit der Mutter vermutete Klein, dass sich über die Vorstellung von der guten wie auch der bösen Brust der Mutter allmählich eine Beziehung zu einer als in sich beide Aspekte vereinenden Person aufgebaut werden kann. Die Erfahrungen der Befriedigung und der Versagung äußerlichen Ursprungs werden durch Prozesse der Introjektion⁷ und Projektion⁸ erweitert. Die libidinösen Empfindungen des Säuglings werden der guten Brust zugeschrieben, während im Gegenzug destruktive Regungen auf die böse Brust projiziert werden. Über Introjektion erfolgt die Entwicklung eines inneren Bildes von guter und böser Brust. Die Vorstellung der guten, sowohl inneren als auch äußeren Brust gilt als Inbegriff gütiger und befriedigender Objekte, die böse Brust wird zum Vorbild aller äußeren und inneren Objekte, die als verfolgend erlebt werden (vgl. Klein 2006, 188ff). Die Zusammenführung der auf das gleiche Objekt gerichteten libidinösen, wie auch destruktiven Regungen löst depressive Ängste und Schuldgefühle aus, sowie das Streben das geliebte, zerstörte Objekt wieder herzustellen (vgl. Klein 2006, 193). Dieser schmerzhaft empfundenen Ambivalenz gegenüber ein und demselben Objekt wird in der *depressiven Position* durch Wiedergutmachungstendenzen zu begegnen versucht. Um die mit der depressiven Position verbundenen Ängste, bezogen auf die Beziehung zum ganzen Objekt, auszuhalten, kann es auch zur Aktivierung bestimmter Abwehrmechanismen kommen (vgl. Hinshelwood 1991, 199). Klein unterscheidet die paranoide von der manischen Abwehr. Unter *manischer Abwehr* versteht Klein eine Ansammlung verschiedener Abwehrmechanismen, die im Dienste einer omnipotenten Vorstellung zur Schmälerung der Bedeutung von Objektbeziehungen wirksam werden. So kann es durch Verleugnung der psychischen Realität in Bezug auf die Bedeutung des Objektes zu einer Entwertung des sich im Inneren manifestierenden Objekts kommen, wodurch der Verlust desselbigen als unwesentlich erlebt werden kann. Schuldgefühle oder Verlustempfindungen werden somit reduziert (vgl. Hinshelwood 1991, 214). Die manische Abwehr bewirkt die Verleugnung der Bedeutung des guten Objekts sowie einen Schutz vor der Angst vor den bösen

⁷ Introjektion gilt als ein unbewusster psychischer Vorgang, wobei durch Verinnerlichung psychische Repräsentanzen eines Objektes entstehen. Anfänglich kann keine Unterscheidung zwischen introjiziertem Objekt und dem Selbst getroffen werden. Die Introjektion kann als Vorläufer der Identifikation erachtet werden (vgl. Auchter & Strauss 2003, 94).

⁸ Bei der Projektion werden dem Objekt unbewusst Affekte, Gefühle und Wünsche des eigenen Selbst zugeschrieben (vgl. Auchter & Strauss 2003, 132).

Objekten und dem eigenen Es. Dabei nimmt Klein an, dass diese Anstrengung, alle Objekte kontrollieren zu wollen, sich in Hyperaktivität äußert (Klein, 2006, 77).

Auch *Donald W. Winnicott* spricht von manischer Abwehr und meint damit den Versuch der Verleugnung der mit der depressiven Position verbundenen Angst. Unter der depressiven Position versteht der Autor ein normales Entwicklungsstadium, das sich unter optimalen Bedingungen in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres verfestigt (Winnicott 1976, 242). Da der Säugling anfangs nicht begreifen kann, dass die Mutter, die von ihm in Ruhephasen geschätzt wird, die gleiche Mutter ist, die er in Phasen der Erregung angreift, unterscheidet Winnicott die Objekt- von der Umwelt-Mutter (Winnicott 1976, 278). Somit kommen der Mutter zwei Funktionen zu, die dem jeweiligen Erregungszustand des Säuglings entsprechen (vgl. Winnicott 1976, 276). Die Zusammenführung dieser beiden Objekte ist schwierig, da die Tatsache, dass der triebhafte Angriff auf die Objekt-Mutter auch der Umwelt-Mutter gilt, für das Subjekt nicht aushaltbar ist. Erst die wiederholende Erfahrung, dass das Objekt die Angriffe des Subjekts überlebt und es auch die Möglichkeit zur Wiedergutmachung im Sinne von Empfangen und Annehmen wiedergutmachender Tendenzen des Säuglings gibt, ermöglicht es dem Säugling, eine Zusammenführung der zwei Objekt-Bilder und die damit verbundenen depressiven Ängste, bezogen auf das gemeinsame Auftreten von Liebe und Hass gegenüber ein und demselben Objekt, auszuhalten. Der Säugling gerät zunehmend in die Lage, die Konsequenzen seiner triebhaften Liebe zu ertragen (vgl. Winnicott 1976, 276). Winnicott sieht in diesem Prozess den Ursprung des Schuldgefühls verankert und postuliert daraus, dass das Kind durch Erreichen der depressiven Position oder des „*Stadiums der Besorgnis*“, wie er es auch nennt, die grundlegende Fähigkeit besitzt, sich schuldig und besorgt zu fühlen (Winnicott 1976, 282). Durch die mütterliche „*Funktion des Haltens (holding)*“ auf psychischer und physischer Ebene kann sich das Selbst des Säuglings entwickeln, wodurch es möglich wird, zwischen Außen und Innen, Fantasie und Realität zu unterscheiden, und eine Vorstellung vom eigenen Körper zu entwickeln (vgl. Stork 1976, 25). Unter angemessenen und haltenden Umweltbedingungen müssen die Schuldgefühle nicht ausgelebt werden, sondern sind als prinzipiell vorhandenes Potential angelegt. Bleibt jedoch die Möglichkeit zur Wiedergutmachung aus, stellen sich Gefühle von Trauer und Schwermut ein (ebd., 24). Bei nicht Erreichen der depressiven Position bleiben die depressiven Ängste bestehen, wodurch die manische Abwehr als Reaktionsbildung in Erscheinung treten kann. Unter manischer Abwehr versteht Winnicott die menschliche Fähigkeit, die im Zuge der emotionalen Entwicklung aufkeimende depressive Angst, die den Menschen befähigt, Schuldgefühle zu empfinden und auch mit sich bringt, sich für Triebverfehlungen und damit verbundenen aggressiven Fantasien verantwortlich zu fühlen, zu verleugnen. Als spezifische Merkmale für die manische Abwehr beschreibt er das Verlangen nach omnipotenter Manipulation, die Verleugnung der inneren Realität, die Flucht vor der inneren Realität in die äußere Realität sowie die Verkehrung der schwermütigen, traurigen Gefühle ins jeweilige Gegenteil, so dass sich Empfindungen von Leichtigkeit und Fröhlichkeit einstellen (Winnicott 1976, 259-260).

„Die häufigste Diagnose in einer medizinischen Kinderklinik ist das, was ich als allgemeine ängstliche Unruhe zu bezeichnen pflegte; das ist ein klinischer Zustand, dessen Hauptzug die Negierung der Depression ist“ (Winnicott 1954, 285).

Winnicott beschreibt hier die hinter dem Symptom liegende Depression und geht mit den auch noch heute aus psychoanalytischer Sicht gültigen Annahmen konform, dass die Symptome bei AD(H)S Ausdruck einer spezifischen Grundproblematik sein können. Sowohl bei Klein als auch bei Winnicott wird deutlich, dass durch die manische Abwehr der Schmerz der depressiven Position, die das Schuldempfinden und das Bedürfnis nach Wiedergutmachung bedingt, vermieden werden soll. Diese Erkenntnisse bringen Häußler und Hopf in Zusammenhang mit der AD(H)S Symptomatik, in dem sie annehmen, dass das betroffene Kind die Flucht in die Bewegung der Auseinandersetzung mit dem intrapsychischen Konfliktgeschehen vorzieht (Häußler & Hopf 2004, 24). Darin lässt sich unter anderem die den Mainstream AD(H)S Diskurs dominierende Dynamik erklären, in dem die Hyperaktivität in Folge als Symptom zum Problem deklariert wird. Diesem wird zu begegnen versucht, während der eigentliche Konflikt durch die Ausbildung der Symptome unkenntlich gemacht wird.

Margaret S. Mahler unterscheidet zwei Hauptbereiche der Motilität, die *Ausdrucksmotilität* und die *Leistungsmotorik*, die zu Lebensbeginn zunächst eine Einheit darstellen und erst im Laufe der Entwicklung divergieren. Während die Ausdrucksmotilität dem Es näher steht, kann die Leistungsmotorik als Bestandteil des reifen Ichs gesehen werden. Zunächst dienen die motorischen Funktionsweisen zur Wiedervereinigung von Kind und Mutter. Im Zuge des Entwicklungsprozesses werden die motorischen Fähigkeiten, die dem autonomen Ich des Kindes narzisstische Befriedigung ermöglichen, auch für die Distanzierung von der Mutter bedeutsam. Im Alter von vier bis fünf Jahren ist die gesamte Motilität des Kindes wesentlicher Bestandteil zur Realitätsbewältigung sowie bedeutsame Ausdruckform emotionaler Impulse im Spiel und in Kommunikation mit der Umwelt geworden. Im Schulalter wird eine zunehmende Kontrolle expressiver Ausdrucksformen libidinöser und aggressiver Neigungen erwartet. Das Über-Ich des Kindes verlangt danach, Entlastungen und Spannungsverminderung nicht über die affektive Motilität zu erreichen. Die Abfuhr von Triebspannung erfolgt über Abfuhr oder Bindung von Energie. Mit zunehmender Ich-Stärke und Reifungsgrad sind Kinder in der Lage, eine entsprechende Selbstbeherrschung zu entwickeln, wodurch spontanes Agieren durch Probehandlungen ersetzt werden kann (Mahler 1992, 103). Mahler spricht in diesem Zusammenhang, wenn die eben beschriebene Leistung nicht erbracht werden kann, von „*Gefühlsinkontinenz*“ und meinte damit eine pathologische Abfuhr erotischer und aggressiver Triebimpulse. Bezogen auf Kinder mit Tic-Erkrankungen postuliert Mahler eine Fixierung der psychosexuellen Entwicklung auf der Ebene der Affektmotorik (Mahler 1992, 129). Die Kinder haben Schwierigkeiten, ihre Triebimpulse zu kontrollieren, sowie Gefühle oder Phantasien entsprechend psychisch zu verarbeiten (vgl. Bovensiepen 2004, 12). Häußler und Hopf machen diesen Ansatz insofern für Kinder mit AD(H)S geltend, in dem sie annehmen, dass der gesteigerte Drang nach motorischer Abfuhr in Zusammenhang mit einer eingeschränkten Funktionsweise der Motilitätskontrolle des Ichs steht. Unruhiges und hyperaktives Verhalten bleiben als Abfuhr der Ausdrucksmotilität erhalten während die Leistungsmotorik - in der

Weiterentwicklung behindert - gestört ist (Häußler & Hopf 2004, 22). Dieser Aspekt könnte sich durch die Feststellungen und Beobachtungen, dass sich die Verhaltensweisen verstärkt in intellektuellen Belastungssituationen zeigen, bei denen es um Leistungsanforderungen geht, bestätigt fühlen (vgl. Gerspach 2004, 59).

Esther Bick etablierte die Forschungsmethode der teilnehmenden Beobachtung der frühen Kindheit zum Verständnis primitiver Abwehrvorgänge in der psychoanalytischen Ausbildung (vgl. Köhler -Weisker 2006, 175). An Hand ihrer Erkenntnisse aus der Säuglingsbeobachtung und ihrer Annahme, dass das Objekt vom Kind ähnlich wie eine Haut empfunden wird, entwickelte Bick (1968; 1986) die Konzepte des „*primary skin containment*“, der „*second skin Phänomene*“ und der „*adhäsiven Identifizierung*“. Das „*primary skin containment*“ beschreibt die normale kindliche Entwicklung, während die anderen beiden Konzepte primitive Abwehrvorgänge darstellen (vgl. Köhler -Weisker 2006, 175). *Bick* (1968) nahm an, dass vom Körper undifferenzierte Teile der Persönlichkeit in der primitivsten Weise zusammenhaltslos erlebt werden und in passiver Weise wahrgenommen die Haut als Grenze zur Sicherung des Zusammenhalts fungiert. Durch die Introjektion eines äußeren Objektes, das dafür sorgt, dass jene Teile des Selbst im Sinne des *Containments*⁹ zusammengehalten werden, wird ermöglicht, dass sich durch Identifizierung die Vorstellung von inneren und äußeren Räumen entwickeln kann. Aufbauend auf diese frühen Prozesse des *Containments* von Selbst und Objekt können sich die von Klein beschriebene primäre Spaltung und Idealisierung von Selbst und Objekt entwickeln. In Übereinstimmung mit Klein sieht Bick den Ausgangspunkt für einen normalen Entwicklungsprozess in der Introjektion, anfänglich der Mutterbrust, des guten Objektes. Zum Einsatz des „*second skin Phänomen*“ und der „*adhäsiven Identifizierung*“ kommt es, wenn durch eine mangelnde Verfügbarkeit des Primärobjektes die primären Hautfunktionen gestört werden, oder die Introjektion des Primärobjektes durch phantasierte Angriffe beeinträchtigt wird (vgl. Köhler-Weisker 2006,169). Dieser Mangel an Halt löst beim Kind massive Ängste aus. Durch Selbstcontaining der Muskulatur und der Motorik wird der Körper als Objekt wahrgenommen. Das „*second skin Phänomen*“ bezeichnet diesen Abwehrvorgang. Bei der „*adhäsiven Identifizierung*“ sucht das Kind nach einem äußeren Objekt und haftet sich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln wie Augen, Mund, Ohren an einem Partialobjekt, das beispielsweise eine Stimme oder ein Geruch sein kann, um den gefürchteten Zustand vom fehlender Kohärenz abzuwehren (vgl. ebd., 169)

In Zusammenhang mit dem AD(H)S Syndrom könnte im Falle einer Störung in den frühen Objektbeziehungen es zur Bildung einer Art ‚Zweit-Haut‘ (‚*second skin Phänomen*‘) kommen, die sich scheinbar losgelöst bemüht, das Selbst durch hyperkinetisches Verhalten zusammenzuhalten (vgl. Häußler & Hopf 2004, 24). Durch das bisher Gesagte wird deutlich, dass mangelnder Halt große Ängste verursacht. Haltlosigkeit wird im Zusammenhang mit AD(H)S immer wieder thematisiert, so nennt Lüpke seinen Aufsatz von 2003, „AD(H)S als

⁹ Das von *Wilfried Bion* (1962) entwickelte Konzept des „*Containing*“ besagt, dass die Mutter unerträgliche nicht aushaltbare Gefühle des Kindes als sogenannter seelischer Container aufnimmt und in ertragbare Gefühle umwandelt. Kann die primäre Bezugsperson nun auf die Spannungen des Kindes nicht entsprechend reagieren, so kommt es zu keiner adäquaten Spiegelung und Identifizierung mit dem Objekt (vgl. Häußler & Hopf 2004, 29).

medizinisches Modell: Auf der Suche nach Halt“. Der Bedarf entsprechend guter haltender Erfahrungen mit dem Primärobjekt auf physischer sowie auf seelischer Ebene wird vernehmbar. So sehen alle der angeführten frühen psychoanalytischen Konzepte, die in Zusammenhang mit dem AD(H)S Syndrom gebracht wurden, einen Ausdruck einer inneren Dynamik, die sich durch die Symptome Ausdruck verleiht. Ebenso deutlich wird, dass von Klein über Winnicott, Mahler hin zu Bick sehr frühe Stadien der kindlichen Entwicklung beschrieben werden, so dass angenommen werden kann, dass die Wurzeln für AD(H)S in frühen Phasen der kindlichen Entwicklung liegen. Ebenso wird nicht die Entwicklung des Kindes isoliert beschrieben, sondern im Kontext der Fürsorge durch primärere Bezugspersonen, wodurch sich auch die Bedeutung von Beziehungserfahrungen erklären lässt.

6.5 Die Symptome aus heutiger Sicht und aktuelle psychoanalytische Theorien als Grundlage zum Verständnis von AD(H)S

Hinsichtlich des aktuellen psychoanalytischen Verständnisses von AD(H)S herrscht dahingehend Einigkeit, dass es sich um eine Ansammlung von Symptomen handelt, deren Ursachen sehr unterschiedlich sein können, und kein in sich geschlossenes Krankheitsbild darstellt (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 27; Häußler & Hopf 2006, 18). Wie auch durch das unter 6.2 beschriebene diagnostische Manual, OPD-KJ, zur Erfassung psychodynamischer Prozesse zeigt, gilt das vornehmliche Interesse aus psychoanalytischer Sicht den individuellen Persönlichkeitsstrukturen und den Dynamiken im Beziehungskontext, die an der Ausbildung einer AD(H)S Symptomatik beteiligt erachtet werden (vgl. ebd. 2006, 27). Die Entwicklung des Selbst erfolgt über die Verinnerlichung von Interaktionserfahrungen, die als Selbst- und Objektrepräsentanzen im Selbst ihren Niederschlag finden. Über die Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen entwickelt sich die psychische Struktur (vgl. Heinemann & Hopf 2004, 4).

Das Kind benötigt zur Entwicklung und Ausbildung entsprechender Mechanismen zur Regulation von Triebimpulsen und Affekten kontinuierliche Unterstützung von Seiten der primären Bezugspersonen. In dem die Bezugspersonen dem Kind beständige Hilfs-Ich Funktionen zur Unterstützung anbieten, ist das Kind in der Lage zu lernen, das eigene Verhalten auf physiologischer, sensorischer, motorischer und affektiver Ebene zu regulieren. Die Ich-Psychologie versteht die Schwierigkeiten der AD(H)S Kinder im Bereich der Verhaltensregulation durch einen Mangel an unterstützenden Hilfs- Ich Funktionen bedingt, wodurch sich Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit über eine Schwäche in der Selbst- und Affektregulation erklären lassen (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 29).

In engem Zusammenhang dazu steht auch die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit, worunter die Fertigkeit verstanden wird, die es dem Kind ermöglicht, Trennungen und damit verbundene unerträgliche Affekte durch die Vorstellung von inneren Bildern und Symbolen zu ertragen (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 94). Über symbolische Gleichsetzung, bei der das Symbol und das symbolisierte Objekt als identisch erlebt werden, kommt es in weiterer Folge

zur Entwicklung der reiferen Symbolisierungsfähigkeit. Dabei tritt das Symbol an die Stelle des Objekts, wird aber nicht mit diesem gleichgesetzt (vgl. Segal 1996, 54). Der Prozess der Symbolbildung setzt voraus, dass das Kind zwischen Fantasie und Fakten sowie zwischen außen und innen und zwischen primärer Kreativität und Wahrnehmung zu unterscheiden vermag (vgl. Winnicott 1976, 299). Für den Entwicklungsprozess, von der symbolischen Gleichsetzung hin zur reifen Symbolisierung, beschreibt Winnicott die *Theorie des Übergangsobjekt* (Winnicott 1997, 10). Als *Übergangsobjekt* fungiert ein Objekt, das weder zum Körper des Kindes noch völlig der Außenwelt zugehörig ist, bzw. als solches erkannt werden kann (vgl. Winnicott 1976, 294). Winnicott (1997, 11) benennt diesen Erfahrungsbereich zwischen der narzisstisch geprägten Vorstellung, alles wäre zu einem selbst gehörig, und dem Bewusstsein der Getrenntheit als „*intermediären Raum*“ (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 96). Es handelt sich um einen Raum zwischen beispielsweise Daumenlutschen und Teddybär, zwischen

„...der oralen Autoerotik und echten Objektbeziehungen, zwischen der ersten schöpferischen Aktivität und der Projektion dessen, was bereits introjeziert worden ist, zwischen frühester Unkenntnis von Dankespflicht und der Kenntnisnahme dieser Verpflichtung“ (Winnicott [1971], 11).

Der „*intermediäre Raum*“, über den intentionales Vorstellungshandeln möglich wird, soll durch die Kommunikationsfähigkeit, die Befähigung zur Selbststeuerung und die Entwicklung von Vorstellungen des Selbst und anderen erschlossen werden (vgl. OPD-KJ 2007, 115). Die Ausbildung des „*intermediären Raumes*“, auf dessen Grundlage Symbolisierung möglich wird, ist nach Winnicott abhängig von dem Vorhandensein eines ausreichenden Maßes an Hilfs-Ich Funktionen und der konstanten Verfügbarkeit von Objekten (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 29). Im Sinne der Objektbeziehungstheorie wird der Internalisierung wichtiger Beziehungen in der frühen Kindheit für die psychische Strukturbildung, die Regulationsfähigkeit von Triebimpulsen und die Ausbildung von Persönlichkeitsmerkmalen wesentliche Bedeutung beigemessen (vgl. ebd. 2006, 30). *Marianne Leuzinger-Bohleber* spricht von der Notwendigkeit zwei verschiedene Affektzustände beim Säugling zu unterscheiden. Bezogen auf den Zustand eines relativ niedrigen Affektniveaus können Internalisierungen aus Erfahrungen mit den Objekten stattfinden, wodurch sich spezielle Ich-Funktionen entwickeln. Diese Erfahrungen sind mit angenehmen Körperempfindungen verbunden und manifestieren sich als affektive, die Sensomotorik betreffende Konstrukte im Gedächtnis. Bei sehr intensiven sowohl positiven als auch negativen affektiven Zuständen verhält es sich insofern anders, da die Intensität der Affekte die Möglichkeiten der Reizverarbeitung des Säuglings übersteigt. Zustände von großer Freude erinnern an glückliche idealisierte Beziehungen bezogen auf Momente an der Mutterbrust verbunden mit dem Wunsch nach Verschmelzung mit diesem geliebten Objekt. Bei extrem negativen Affekten entsteht ein Bild des Selbst, das massiven Aggressionen hilflos ausgeliefert ist. Durch traumatische Erlebnisse verstärkt sich das Ausmaß an schmerzlicher Erfahrung und Frustration. Die dadurch ausgelösten aggressiven Impulse werden von dem Kind als dermaßen bedrohlich erlebt, dass sie nicht dem eigenen Selbst zugeschrieben werden können, sondern auf das Objekt projiziert werden müssen, wodurch sich das Selbst zusätzlich von außen bedroht fühlt (Leuzinger-Bohleber 2006, 30). Dies führt dazu, dass sich eine Erinnerung an eine als bedrohlich wahrgenommene Beziehungserfahrung verfestigt. Extreme Affektzustände und traumatisches

Erleben begünstigen die Neigung der Einteilung in grundsätzlich gut und grundsätzlich schlechte Erlebnisse:

„Beziehungen werden in einen idealisierten und in einen verfolgenden Teil gespalten“
(Leuzinger-Bohleber 2006, 31).

Die psychische Integration dieser gespaltenen Anteile wird möglich, wenn das äußere Objekt empathisch und zuverlässig auf die Affekte des Kindes reagiert, eine Milderung des Affekterlebens für das Kind bewirkt und somit das Urvertrauen in ein gutes Objekt stärkt. Gleichzeitig erfährt sich das entwickelnde Selbst nicht mehr hilflos ausgeliefert, sondern erlebt sich aktiv am Abklingen der Frustrationen und aggressiven Impulse beteiligt. (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 31). Leuzinger-Bohleber fasst folgendermaßen zusammen (2006, 33):

„Daher teilen die heutigen psychoanalytischen Schulen- trotz aller theoretischen Differenzen- die Grundauffassung, dass die Entwicklung stabiler psychischer Strukturen auf genügend gute, empathische frühe Objektbeziehungen angewiesen sind, die eine gut funktionierende Regulierung von Triebimpulsen und Affekten, den Aufbau sicherer innerer Grenzen zwischen den Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ermöglichen“ (Leuzinger-Bohleber 2006,33).

Kinder mit AD(H)S dürften einerseits keine ausreichend stabile Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen gemacht haben, andererseits erfolgte möglicherweise kein entwicklungsfördernder Ausgleich des Mangels durch weitere Beziehungserfahrungen. Es kam daher nicht zur Ausbildung genügender innerer Strukturen (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 33). Heinemann und Hopf erklären den Ausprägungsgrad von AD(H)S mit der Existenz unterschiedlicher Strukturniveaus, auf denen die Abwehr der Konflikte stattfindet (2006, 101).

So reicht die Bandbreite von AD(H)S von einer schweren narzisstischen Beeinträchtigung bis hin zur neurotischen Unruhe (vgl. Heinemann& Hopf 2006,101). Die Übergänge zwischen normalen hyperaktiven oder unaufmerksamen Verhaltensweisen zu krankhaften übermäßigen Verhaltensweisen sind dabei fließend (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 27).

In den nachfolgenden Kapiteln werden nun unter 6.6 bis 6.12 aus einer psychoanalytischen Perspektive Beteiligungsfaktoren und Konfliktdynamiken, die AD(H)S zu erklären versuchen, dargestellt. Unter 6.13 wird die Bedeutung des Ritalins aus psychoanalytischer Sicht diskutiert.

AD(H)S als eine Störung der Symbolisierungsfähigkeit

Die Bedeutung der Symbolisierungsfähigkeit¹⁰ auf Basis der Mentalisierung¹¹ als wesentlich für die psychische Strukturentwicklung wurde auch bereits unter 6.5 unter dem Aspekt der Affektregulation im Kontext von Trennungserlebnissen hervorgehoben. Die gesunde Entwicklung des Selbst ist in hohem Maße abhängig von einer sicheren Beziehung, auf deren Basis die affektiven Signale und Befindlichkeiten des Kindes von einer Bindungsperson verstanden und über Spiegelungsprozesse reflektiert werden (vgl. Fonagy 2003, 181 zit. in Heinemann & Hopf 2006, 93). Diese Prozesse der Mentalisierung ermöglichen das Erfassen von Affekten sowie der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Durch die Ausbildung von Repräsentanzen über Symbolisierung wird Abwesendes denkbar. Dies bewirkt, dass sich das Subjekt auch unabhängig vom Objekt sicher und angstfrei erleben kann, in dem es Trennungen und die dadurch entstehenden Unlustgefühle ertragen kann (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 88).

„Ein Symbol ist eine Art Erinnerungssymbol, mit dessen Hilfe sich beim Kind Vorstellungen vom eigenen Selbst und von den Objekten herausbilden“ (Gerspach 2004, 67).

Erst über die Fähigkeit zu symbolisieren wird ein Affektaufschub möglich. Im Rückblick auf die unter 6.4. dargestellten Erkenntnisse von Mahler (1946) lässt sich dies verdeutlichen, da sich im Falle einer Störung dieser Prozesse die Entwicklung der Ausdrucksmotilität hin zur reiferen Leistungsmotorik nicht vollziehen kann, so dass eine „Gefühlsinkontinenz“ durch die Beeinträchtigung der Motilitätskontrolle des Ich bestehen bleibt (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 88). Es zeigt sich, dass die Psychomotorik in Hinblick auf die innere Befindlichkeit, die Beziehungserfahrungen und die Fähigkeit zur Affektkontrolle sehr aufschlussreich ist. Die Seele bedient sich des Körpers, um sich Ausdruck zu verleihen (vgl. Häußler & Hopf 2004, 31). Heinemann & Hopf beziehen sich auf Winnicott (1951) und seine Theorie des Übergangsobjektes und sehen darin einen wesentlichen Schritt zur Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit - Bezug nehmend auf den Beitrag von Segal (1996)- demnach es über das Stadium der symbolischen Gleichsetzung zur reiferen Symbolbildung kommt (Heinemann & Hopf 2006, 96). Die beiden Autorinnen Heinemann und Hopf verstehen das Übergangsobjekt, das Symbol und den Vater in seiner Funktion zur Triangulierungsbildung als drittes Element, wodurch Trennung und das Gefühl des Getrenntseins für das Kind ertragbar wird (Heinemann & Hopf 2006, 96). Der von ihnen häufig beobachtete Verlust der Symbolisierungsfähigkeit bei Kindern mit AD(H)S wird so verständlich, als beispielsweise der Verlust des Vaters die bereits erworbene Symbolbildung dermaßen beeinträchtigt, dass die Kinder auf eine schon bewältigte Entwicklungsstufe zurückfallen (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 94).

¹⁰ Die Fähigkeit zur Symbolbildung entwickelt sich innerhalb der ersten 18 Lebensmonate. Die Container Funktion der primären Bezugsperson spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Wird die Fähigkeit zur Symbolisierung gestört, kann es zu Wahrnehmungsverzerrungen und -defekten kommen (vgl. Auchter & Strauss 2003, 160).

¹¹ Mentalisierung bezeichnet die Auseinandersetzung mit jenen psychischen Prozessen, die zur Entwicklung von Gedanken und dem Denken an sich führen. Aus psychoanalytischer Sicht wird angenommen, dass sich Denkprozesse über das Container-Contained Modell in den primären Objektbeziehungen entwickeln (vgl. Auchter & Strauss 2003, 105).

Aus psychoanalytischer Sicht handelt es sich bei den zentralen psychischen Konflikten, die dem AD(H)S zu Grunde liegen können und die auf unterschiedlichen Strukturniveaus abgewehrt werden können, vor allem um Bindungsstörungen, traumatische Trennungserlebnisse, Individuationsstörungen, Sexualisierung oder Aggressivierung sowie Schutz vor Depression. Die psychischen Konflikte werden durch die Ausbildung von Symptomen verdeckt und die Gefühle von Angst, Depression und Aggression abgewährt. (vgl. Häußler & Hopf 2004, 27- 39). Im anschließenden Kapitel richtet sich die Aufmerksamkeit auf den Einfluss früher Trennungserlebnisse und der Bedeutung der Bindungsqualität für die Entstehung von AD(H)S.

6.6 AD(H)S als Folge einer Trennungs- und Bindungsstörung

Unter Punkt 4.2 wurde bereits im Zuge der Erläuterung der Erkenntnisse aus dem Bereich der Bindungsforschung auf die prägende Funktion frühkindlicher Beziehungsinteraktionen mit den primären Bezugspersonen hingewiesen. Dabei lässt sich als zentrale Aussage festmachen, dass ein Zusammenhang zwischen desorganisiertem Bindungsstil und AD(H)S vermutet wird, und dass AD(H)S auf jeden Fall auch ein Beziehungsthema an sich ist und nicht nur sekundär durch die Auswirkungen auf Beziehungen zum Beziehungsthema wird

„Bindungsstörungen können als eine wesentliche Ursache für Unaufmerksamkeit und Überaktivität gesehen werden“ (Heinemann & Hopf 2006, 103).

Heinemann und Hopf stellen im Zuge ihres Forschungsprojektes „Jungen und Mädchen mit AD(H)S“ fest, dass es bei 45% der Mädchen und bei 62% der Buben Komplikationen während der Schwangerschaft gab. Bei 70% der Mädchen und 30% der Buben gab es Schwierigkeiten bei der Geburt. Zusätzlich zu frühen Auffälligkeiten wie Schreien oder Schlafstörungen, konnte bei der Hälfte der Kinder eine verzögerte sprachliche und motorische Entwicklung festgestellt werden. Bei 30 % der Mädchen und 45% der Buben konnten Trennungsprobleme beobachtet werden. Die Autorinnen vermuten auf Grund all dieser belastenden Faktoren die frühe Mutter-Kind Bindung als erheblich beansprucht (Heinemann & Hopf 2006, 103). Heinemann und Hopf verweisen auf Pozzi (2002) und ihre Theorie, dass in Folge eines Mangels an Halt durch die Mutter Kinder mit AD(H)S häufig ein ambivalentes und desorganisiertes Bindungsverhalten zeigen (2006,103). Wesentlich ist die grundlegende Annahme, dass Bindungsmuster eine geistige und verhaltensbezogene Problemlösungsstrategie darstellen, die das Individuum vor beängstigenden Erfahrungen schützen sollen. Aus diesem Verständnis heraus kann jegliches Bindungsverhalten als spezifische Bewältigungsstrategie verstanden werden (vgl. Romer 2003, 213). Bei bedrohlich erlebten früheren Erfahrungen erfüllen die Symptome des AD(H)S die Funktion eines Abwehrverhaltens (vgl. Häußler & Hopf 2004, 28). Im Sinne der Objektbeziehungstheorie kann von einem Scheitern des „*Containments*“ gesprochen werden. Den Spannungen des Kindes wird nicht in der notwendigen Art und Weise begegnet, und das hat zur Folge, dass es zu keiner angemessenen Spiegelung und Identifikation mit einem verständnisvollen Objekt kommt (vgl. Häußler & Hopf 2004, 28-29). Auch Dammasch sieht den Grund für AD(H)S in einem mangelnden „*Containment*“ der Mutter und verweist auf die fehlende Kompensationsfähigkeit des Vaters (2004, 309). Durch das Fehlen empathischer

Beziehungsinteraktionserfahrungen erlebt sich das Kind in seinem Gleichgewicht bedroht und reagiert mit hyperaktiven Verhaltensweisen und Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Häußler & Hopf 2004, 24, 32). Neben Bindungsstörungen beobachteten Heinemann und Hopf im Rahmen der anamnестischen Erhebung zu ihrem Forschungsprojekt auch Objektverlust und Trennungserfahrungen. Die Autoren vermuten in der AD(H)S Symptomatik den Versuch der Wiederherstellung des fehlenden Objektes, so dass die wahrgenommene Leere ausgefüllt und die Trennung verleugnet werden kann (Heinemann & Hopf 2006, 104). Auch Günter nimmt an, dass belastende und traumatische Erfahrungen durch das fehlende Objekt bewirken, dass das Kind über Bewegungsunruhe äußere Stimulierung sucht (Günter 2004, 75). Es zeigt sich, dass mangelndes Containment und Objektverlust das AD(H)S Kind die gestörte Beziehung durch Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung auszugleichen versuchen lassen.

6.7 AD(H)S: Das Bemühen um Individuation. Selbst- und Objektabgrenzung über die Motorik

Projektionen elterliche Erwartungen können die Individuation des Kindes behindern. Die Kinder werden von den Eltern als Objekte ihrer Projektionen wahrgenommen und nicht als eigenständige Persönlichkeiten in ihrer individuellen Eigenheit. Die unterdrückte Individuation bedingt das Bemühen nach Entfaltung der eigenen Identität und einer mit Aggressivierung verbundenen Befreiung. Andererseits existiert der Wunsch nach Harmonie und dem Bedürfnis den elterlichen Projektionen zu entsprechen. Demzufolge sind hyperaktive Verhaltensweisen als Ausdruck des Hin- und Her- Schwankens zwischen diesen gegensätzlichen Bestrebungen zu verstehen (vgl. Häußler & Hopf 2004, 33).

„Die Unruhe ist Ausdruck der Unentschlossenheit zwischen narzisstischer Selbstaufgabe und von vornherein vergeblich konzipierter Individuation“ (Heinemann & Hopf 2006, 109).

Der zu Grunde liegende innerpsychische Konflikt wird unkenntlich gemacht, da die motorische Unruhe von der inneren Problematik des Kindes ablenkt (vgl. Heinemann & Hopf 2004, 151). Die Symptome wie Unruhe, Aggression, Aufmerksamkeitsstörung stellen den Versuch dar, Individuation zu ermöglichen und zu sichern (vgl. ebd. 2006, 109). Deutlich wird hierbei, dass die motorische Unruhe oftmals die innere Spannung des Kindes zwischen dem Wunsch nach eigener Identität und dem Bedürfnis, auch den Vorstellungen der Eltern zu entsprechen, verdeckt.

6.8 Das Fehlen des Vaters als Identifikationsfigur. AD(H)S im Sinne einer Sexualisierung und Aggressivierung

Neben der Bedeutung der empathischen und einfühlsamen Mutter wird vermehrt auch auf die Rolle des Vaters in seiner Funktion als Triangulierungsobjekt aufmerksam gemacht (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 33; Heinemann & Hopf 2006, 115; Seiffge-Krenke 2007, 127ff).

Diese Thematik ist insofern von großer Relevanz, als ein Schwinden der klassischen triadischen Familienstrukturen zu beobachten ist (vgl. Dammasch 2006, 98).

Der Vater ist für die Entwicklung der Geschlechtsidentifikation bedeutsam. Das Mädchen sieht den Vater zunächst nicht als ödipales Liebesobjekt an, sondern wendet sich diesem zu in dem Wunsch, so zu sein wie der Vater, um sich von der Gleichheit mit der Mutter zu lösen. Der Beitrag des Vaters verhilft zur Separation, in dem er durch sich die Unterschiedlichkeit in die Mutter- Kind Dyade einbringt. Auf Basis der Separation kann sich in Folge sexuelles Begehren entwickeln (vgl. Dammasch 2006, 114). Während sich die weibliche Geschlechtsidentität über die Beziehung zum Vater und der Identifikation mit der Mutter entwickelt, hat der Bub mit dem Vater um die Mutter zu konkurrieren und erst in Folge kommt es zur Identifikation mit dem Vater. Daraus wird deutlich, dass die Abwesenheit des Vaters durch reale Absenz oder mangelndes Engagement in der Erziehung besonders für den Buben problematisch sein kann, denn durch das Ausbleiben des Vaters als Identifikationsobjekt, bleibt der Bub in der Beziehung mit der Mutter verhaftet. Dies bewirkt eine Verstärkung des Wunsches nach Nähe zur Mutter einerseits, andererseits wird diese Beziehung als inzestuös bedrohlich erlebt und es tritt Angst auf, die eigene Geschlechtsidentität zu verlieren. Diesem Konflikt wird mit Hyperaktivität und Unruhe begegnet und dient dem Versuch durch Bewegung eine körperliche Trennung von der Mutter zu bewirken (vgl. Heinemann und Hopf 2006,116).

„Die motorische Unruhe ist eine Form von Aggressivierung, die den Individuationskonflikt mit der Mutter durch Fortbewegungsimpulse ausdrückt“ (Häußler & Hopf 2004, 38).

Buben reagieren häufig bei fehlender männlicher Identifikationsfigur mit hyperphallischen Verhalten, um sich von der Mutter abzugrenzen. Motorische Unruhe lässt sich auch als Form von Sexualisierung begreifen und stellt den Versuch der Abwehr der passiv erlebten Ängste inzestuöser Bedrohung dar. (vgl. Häußler & Hopf 2004, 39). Die Aggressivierung dient der Ablösung und Individuation von der Mutter. Die Autoren machen in diesem Zusammenhang auf die Problematik der vorwiegend weiblichen Pädagoginnen in Kindergarten und Schulen aufmerksam (2004,39). Dammann spricht von einer zunehmenden „*Feminisierung der Kinderbetreuung in den ersten zehn Lebensjahren (im Kindergarten und der Grundschule)*“ (Dammann 2007, 206). Bei Mädchen sind die Symptomatiken im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung vorrangig, wodurch sie vermehrt durch Tagträumereien, Lernverweigerung und Fantasieren auffallen. In welcher Ausprägung und Form AD(H)S mit oder ohne Hyperaktivität in Erscheinung tritt, so handelt es sich sowohl bei Buben als auch bei Mädchen um eine innere Flucht (Häußler & Hopf 2004, 39).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass mit dem immer häufigeren Fehlen der klassischen Vater- Mutter- Kind-Familie sowie dem Dominieren der weiblichen Pädagoginnen im institutionellen Kontext es zu einem Fehlen wichtiger männlicher Identifikationsfiguren kommen kann.

6.9 AD(H)S als Schutz vor Depression

AD(H)S kann auch als Ausdruck einer depressiven Störung gesehen werden. Die Symptome von Verträumtheit, Unkonzentriertheit oder Autoaggression bei Mädchen können im Sinne eines narzisstischen Rückzugs und einer Depression verstanden werden (vgl. Heinemann & Hopf (2006, 121) In ihrer Studie stellten Heinemann und Hopf fest, dass 81% der Mädchen mit einer diagnostizierten AD(H)S ohne Hyperaktivität in ihren Tagträumen an Pferde und ans Reiten dachten. Daraus schließen die Autorinnen (Heinemann & Hopf 2006, 87), dass die Pferde an die Stelle des väterlichen Objektes treten, so dass sie ihre Enttäuschung über die Vorstellung vom Pferd abzuwehren versuchen. Die Hälfte der Mädchen des Forschungsprojektes ritt auch wirklich, wodurch Heinemann und Hopf eine Sublimierung sexueller und motorischer Impulse über das Reiten mutmaßen (ebd., 87). Bei Buben erfolgt eine in Anlehnung an das Konzept von Klein (1935) manische Abwehr der Depression über motorische Unruhe und Aggression (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 87). Heinemann und Hopf nehmen an, dass bei AD(H)S ohne Hyperaktivität die Kinder sich aus der primären Bindung zur Mutter lösen konnten und der Vater als drittes Objekt vom Kind erreicht wurde, jedoch das Kind von dieser Ablehnung oder Enttäuschung erfahren hat, wodurch sich eine depressive Symptomatik und Entwicklung einstellt (Heinemann & Hopf 2006, 74).

Dammasch verweist noch auf einen weiteren Aspekt, in dem er erläutert, dass die Hyperaktivität des Kindes eine Möglichkeit darstellt, die Depression der Mutter abzuwehren. Der Autor beschreibt diesbezüglich einen Fall, wo die Unruhe des Kindes antidepressive Wirkung auf die Mutter ausübte und wirft somit die Hypothese auf, dass hyperaktive Verhaltensweisen auch der Aktivierung des Objektes zur Sicherung des eigenen Überlebens dienen (Dammasch 2004, 263). Zusammenfassend zeigt sich also bei AD(H)S Mädchen ein vermehrtes Träumen von Pferden. Mit der Fixierung auf Pferde könnte eine Enttäuschung über den Vater und eine damit einhergehende Depression abgewehrt werden. Buben scheinen einer Depression eher mit Aggression und motorischer Unruhe zu begegnen, wobei auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede im nachfolgenden Kapitel genauer eingegangen wird.

6.10 Geschlechtsspezifische Unterschiede beim AD(H)S Syndrom aus psychoanalytischer Sicht

Wie unter 2.6 unter Darstellung der Verbreitung von AD(H)S angeführt wurde, zeigen Buben deutlich häufiger die volle Ausprägung eines AD(H)S Syndroms. Während Buben gehäuft durch aggressives, antisoziales Verhalten sowie durch Unaufmerksamkeit und Unruhe auffallen, sind bei Mädchen vermehrt depressive und ängstliche Verhaltensweisen zu beobachten, wobei sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Pubertät noch deutlicher abzeichnen (vgl. Häußler & Hopf 2004, 36). Die psychoanalytische Sichtweise erklärt sich dies insofern, als dass neben angeborenen Geschlechtsunterschieden das Geschlecht des Kindes und seine individuelle Eigenart von Geburt an spezifische Reaktionen der Eltern in Form von Rollenzuschreibungen

oder Projektionen auslösen. Häußler und Hopf verweisen auf bei Mertens (1992) angeführte Untersuchungen, die angeborene geschlechtsspezifische Unterschiede beschreiben. So wurde beispielsweise festgestellt, dass sich Mädchen besser oral, wie unter anderem mit einem Schnuller, beruhigen lassen, während Buben besser durch Wiegen zur Ruhe kommen. Bereits ab dem dritten Lebensmonat kann beobachtet werden, dass die Eltern ihre Kinder dem Geschlecht entsprechend unterschiedlich behandeln. Mädchen wird vermehrt mit sanften Körperberührungen begegnet, während Buben hinsichtlich ihrer Muskelaktivität gefördert werden. Eltern bestärken vermehrt die körperlichen Aktivitäten und loslösende Verhaltensweisen des Buben. Dies dürfte unter anderem dazu führen, dass Buben innere Unruhe und Spannung verstärkt über die Motorik abführen (Häußler & Hopf 2004, 37).

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Tatsache zu sehen, dass entsprechend den gesellschaftlichen Bedingungen die primäre Bezugsperson meistens die Mutter ist, während der Vater oft abwesend ist. Mütter erleben Töchter auf Grund des gleichen Geschlechtes als ähnlicher und als Erweiterung des eigenen Selbst. Buben werden schon früher von der Mutter als von sich selbst getrennt wahrgenommen. Dies führt dazu, dass Buben kürzer als Mädchen in der präödiptalen Symbiose verweilen (vgl. Häußler & Hopf 2004, 38). Dem Mädchen hingegen bleibt die Mutter als Identifikationsfigur in der frühen Kindheit erhalten. Heinemann und Hopf sehen darin eine Begründung dafür, dass Mädchen in der Lage sind, in sublimierter Form den Individuationskonflikt durch Tagträumereien und Fantasien zu begegnen, Buben hingegen dem Konflikt vermehrt konkret über motorisches Hin- und Wegbewegung Ausdruck verleihen (Heinemann & Hopf 2006, 87).

Zusammenfassend lassen sich geschlechtsspezifische Ausprägungen in der Entwicklung der AD(H)S Symptomatik auf unterschiedliche Entwicklungssituationen für Buben und Mädchen zurückführen. Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden spielen auch innerfamiliäre Dynamiken bei der Entstehung und dem Verlauf von AD(H)S eine Rolle. Diesen Dynamiken widmet sich das nächste Kapitel.

6.11 Innerfamiliäre Dynamiken

Häufig sind Kinder mit AD(H)S in familiäre Konflikte und belastende Dynamiken verstrickt, über die hinweggetäuscht werden soll und die es zu verschleiern gilt. Der familiäre Konflikt kann sich in der AD(H)S Symptomatik des Kindes festmachen, wodurch das Kind zum Kernpunkt der problematischen familiären Situation wird. Die tatsächlichen innerfamiliären Konflikte treten dabei in den Hintergrund und können im Verborgenen gehalten werden. Psychische Auffälligkeiten werden von den Eltern als sehr beängstigend erlebt, so dass die innerpsychische Befindlichkeit des Kindes auf Grundlage des familiären Konfliktes durch körperliches Ausagieren der Problematik in Erscheinung tritt. Die Kinder mit einer AD(H)S Symptomatik reagieren entsprechend dem Bedürfnis ihrer Eltern, in dem der eigentliche psychische Konflikt unkenntlich gemacht wird (vgl. Häußler & Hopf 2004, 29).

Heinemann und Hopf verweisen an Hand der Beobachtungen aus dem Forschungsprojekt ebenfalls auf den Aspekt des elterlichen Erziehungsverhalten (Heinemann & Hopf 2006, 71). Die Autorinnen sprechen von einem Missverständnis eines demokratischen Erziehungsstils, der sich durch eine Laissez faire Haltung oder materielle Verwöhnung in Folge von Hilflosigkeit im Versuch, die Konfliktdynamik zu entschärfen, auszeichnet (ebd., 140). Gründe für ein solches Erziehungsverhalten können durch eine Angststörung oder Depression der Eltern oder durch die Identifizierung mit dem Erziehungsstil der eigenen Eltern bedingt sein. Der „*Verlust des „Neins“ in der Erziehung*“ ermöglicht die Abwehr negativer Affekte und die Furcht vor den Aggressionen muss nicht ausgehalten werden (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 140). Für den Prozess der Ablösung, des Einbremsens von Allmachtsvorstellungen und ödipale Fantasien sowie zur Konfrontation mit der Realität ist das Nein unerlässlich. Der Abhängigkeits-Autonomie Konflikt kann andernfalls nicht entsprechend gelöst werden (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 143).

Dem schließt sich auch Gerspach an, wenn er meint, dass Kinder mit AD(H)S durch einen Mangel an Erfahrungen mit einem stützenden Selbstobjekt nie stabil genug waren, ihre Allmachtsfantasien an der Realität brechen zu lassen (Gerspach 2004, 64). Ein Medikament kann das Nein in der Erziehung ersetzen, trägt aber dazu bei, dass der eigentliche Konflikt und die Mängel im elterlichen Erziehungsverhalten verborgen bleiben (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 73). Häufig tritt also die AD(H)S Symptomatik als körperliches Abreagieren auf innerfamiliäre Konflikte auf; vor allem, wenn das eigentliche Problem von den Erziehenden nicht verbalisiert wird. Manchmal wird dann ein für die Erfahrung des Kindes an sich notwendiges „Nein“ in der Erziehung unterlassen- schlicht aus der Angst vor möglichen Reaktionen des Kindes.

Im nachfolgenden Kapitel wird die Rolle eines Medikaments am Beispiel von Ritalin in der Behandlung von AD(H)S aus psychoanalytischer Sicht beleuchtet.

6.12 Bedeutung des Ritalins aus psychoanalytischer Sicht und Auswirkungen der Etikettierung mit AD(H)S als hirnorganische Erkrankung

Heinemann und Hopf sehen bei AD(H)S, ähnlich wie bei psychosomatischen Störungen, die Gefahr der Bildung eines *circulus vitiosus* (Heinemann & Hopf 2004, 151). Verschiedenste Behandlungsversuche bewirken narzisstische Beeinträchtigungen, wodurch es im Versuch der Abwehr dieser Beeinträchtigungen zu einer Symptomverstärkung kommen kann (vgl. ebd., 151). An Hand der medikamentösen Behandlungsformen von AD(H)S, vor allem mit Ritalin, wie auch durch die Versuche, über Ernährungsumstellung eine Besserung der Symptomatiken zu erzielen, beschreiben die Autoren eine Schwächung des Selbstwertgefühls beim Kind verbunden mit dem Gefühl eines Selbst-Defekts, wodurch sich Aggressionen entwickeln können, die letztendlich wieder gegen das Selbst gerichtet werden müssen (vgl. Heinemann & Hopf 2004, 151ff).

Die grundsätzliche Wirkung von Psychostimulanzien wie Ritalin muss prinzipiell nicht in Frage gestellt werden, auch wenn hinzuzufügen ist, dass sich im Falle von AD(H)S die nachweisbare Wirkung auf den Behandlungszeitraum beschränkt (vgl. Ahrbeck 2006, 39). Stimulanzien bewirken im Menschen eine Veränderung der Wahrnehmung und des Erlebens. Als psychische

Hauptmerkmale, die mit einer Ritalinbehandlung einhergehen, werden zum einen die Steigerung der subjektiven Leistungsempfindung und die positive Beeinflussung des Selbsterlebens angesehen, andererseits können sich auch Gefühle von Selbstentfremdung einstellen (vgl. Ellesat 2007, 177). Aus psychoanalytischer Sicht bedeutsam ist jedoch die Frage, welche unbewusste Bedeutung dem Medikament beigemessen werden kann und welche zusätzliche Stellung Ritalin neben dem Einwirken auf organische und psychische Prozesse einnimmt. Ellesat spricht von einer Ambivalenz, die sowohl bei den mit Ritalin behandelnden Kindern als auch deren Eltern zu beobachten ist (Ellesat 2007 151). Kinder mit AD(H)S, die medikamentös behandelt werden, erleben einerseits das Medikament als Erleichterung. Das meist geschwächte Selbstwerterleben wird entlastet, in dem sich das Kind als krank und nicht als böse wahrnehmen kann (vgl. Ellesat 2007 151). Die durch das Medikament bewirkte Beruhigung und vermehrte Konzentrationsfähigkeit wird als Unterstützung empfunden (vgl. ebd. 2007, 152). In Folge dessen werden aber auch positive Verhaltensänderungen vorwiegend auf die Medikamentenwirkung zurückgeführt und nicht als eigene Leistung anerkannt. Dazu kommt, dass durch die Krankheitsetkettierung mit AD(H)S jegliche Verantwortung für alle mit der Krankheit verbundenen Konflikte beim Kind liegt (vgl. Ellesat, 153). Die Tatsache, eine hirnorganische Erkrankung zu haben, lässt eine narzisstische Kränkung vermuten und kann im Sinne einer Bestrafung erlebt werden. Die Befriedigung grundlegender Beziehungsbedürfnisse nach Halt, Wertschätzung und Verständnis werden durch die Krankheitszuschreibung nicht erfüllt (vgl. ebd., 152). Auf Seiten der Eltern beschreibt Ellesat eine Entlastung der Eltern durch Ritalin, vor allem wenn sie beispielsweise auf Grund von Ärger, Enttäuschung, Überforderung bereits an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gestoßen sind. Schuld und Schamgefühle der Eltern werden durch das Krankheitsverständnis gedämpft (Ellesat 2007, 154). Ellesat meint, Ritalin übernimmt in der Eltern- Kind Interaktion verschiedenste Aufgaben. Es kann eine versorgende und Halt gebende Funktion erfüllen, in dem es lebendige Beziehungen ersetzt, als Mittel zur Sanktionierung unerwünschter Verhaltensweisen dienen oder eine die Beziehung kontrollierende Funktion übernehmen (ebd., 155). Weiters kann das Medikament Klarheit suggerieren, in dem es in seiner Funktionsweise und Handhabung eine durchschaubare Maßnahme darstellt, Schuld und Schamgefühle können gelindert werden. Nicht zu letzt kann Ritalin auch die triangulierende Funktion bei beispielsweise dem Fehlen des Vaters einnehmen und somit auch eine Distanzierung zwischen Mutter und Kind ermöglichen. Gegenwärtige Konflikte können über den Umgang mit dem Medikament ausgetragen werden. Das Ringen um beispielsweise ob und zu welchem Zeitpunkt das Medikament eingenommen wird, kann den familiären Alltag bestimmend sein (vgl. Ellesat 2007, 155). Ellesat vermutet darin eine Konfliktverschiebung von Beziehungswünschen und Beziehungsängsten auf den Umgang mit dem Medikament, wodurch die Konfliktdynamiken über das Medikament kontrollierbar erscheinen (ebd., 156). Darin begründet der Autor auch die mögliche Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit vom Medikament, da bei vorhandenen Spannungen mit einem Medikament reagiert wird und Eltern und Kinder die Erfahrung verwehrt bleibt, Konflikte miteinander zu lösen und auszuhalten (Ellesat 2007, 156).

Insgesamt wird deutlich, dass die Verschreibung eines Medikaments einerseits die Eltern entlastet: Das Kind wird „pflegeleichter“ und die früheren Störungen als Krankheit eingeordnet.

Dem Kind wird durch die Medikation nicht mehr das Etikett „böse“, sondern „krank“ zugestanden; allerdings erlebt es positive Verhaltensänderungen dann kaum mehr als eigene Leistungen, sondern als Wirkung des Medikamentes und Konflikte in der Familie werden öfters nicht mehr beziehungsfördernd ausgetragen, weil im Konfliktfall schnell wieder zu Ritalin gegriffen wird.

6.13 Zusammenfassung

Durch den Rückblick auf psychoanalytische Theoriebildung über Freud, Klein, Bick, Winnicott hin zu Mahler konnte verdeutlicht werden, dass sich die Psychoanalyse schon früh mit motorischer Unruhe und hyperaktiven Verhaltensweisen auseinandersetzte und nach Erklärungen zu suchen vermochte (vgl. Molitor 2004, 10). Anschließend wurde aus heutiger psychoanalytischer Sicht das Verständnis von der Genese und Entwicklung von AD(H)S beleuchtet.

Unter den Kapiteln 6.6 bis 6.12 wurden die unterschiedlichen psychodynamischen Aspekte und Einflussfaktoren betrachtet, die aus einer psychoanalytischen Perspektive, die Ausbildung von AD(H)S Symptomen bedingen und erklären können. Im Sinne einer psychoanalytischen Betrachtungsweise wird versucht, den tieferen Sinn und die Bedeutung im subjektiven Erleben des Kindes der sich im AD(H)S Syndrom wiederfindenden Symptome zu erkennen und zu verstehen, wodurch sich das Hauptaugenmerk auf die psychischen Wurzeln des Störungsbildes richtet (vgl. Molitor 2004, 10). Die zentralen Konfliktdynamiken, die hinter dem AD(H)S Syndrom verborgen sind, können wie im vorangegangenen Kapitel aufgezeigt wurde, sehr unterschiedlich sein. Daraus wird ersichtlich, dass es aus psychoanalytischer Sicht keinen monokausalen Zusammenhang zwischen „spezifischen psychogenetischen Erfahrungen“ oder intrapsychischen Konfliktgeschehen mit dem AD(H)S Syndrom gibt (vgl. Bovensiepen 2004, 14). Insofern handelt es sich bei AD(H)S um eine individuelle Bewältigungsstrategie auf der Grundlage ganz unterschiedlicher psychopathologischer Entwicklungsprozesse. Wesentlich für die psychoanalytische Diagnostik und Behandlungsformen sind das Erkennen und Verstehen der Zusammenhänge auf psychischer, körperlicher und sozialer Ebene, die das Erscheinungsbild von AD(H)S prägen (vgl. Molitor 2004, 10).

In Verbindung mit den frühen Objektbeziehungen wird auch die Frage nach der Bedeutsamkeit der individuellen körperlichen Konstitution eines Kindes im Sinne des psychoanalytischen Verständnisses erklärbar. Der konstitutionelle Faktor kann nicht isoliert für sich betrachtet und verstanden werden, sondern ist eng verstrickt mit psychischen Prozessen, die von den Objekterfahrungen geprägt sind (vgl. Stauffenberg 2007, 89). Die Fähigkeit zum „Containment“, wodurch die psychische Verarbeitung affektiver Erfahrungen und die Befähigung zur Selbstberuhigung möglich werden, entwickelt sich über frühe Interaktionen mit der primären Beziehungsperson (vgl. Bovensiepen 2004, 12).

In der Annahme, dass AD(H)S seinen Ursprung in frühen Phasen der Entwicklung des Kindes hat und im Kontext früher Beziehungs- und Bindungserfahrungen als Ausdruck einer Störung der affektiven Selbstregulation zu verstehen ist (vgl. ebd. 2004, 344), lässt sich eine Verbindung unter dem Aspekt der wechselhaften Determiniertheit zwischen neurobiologischen Erkenntnissen, wie von Hüther und Bonney unter 4.1 dargestellt wurde, und den Erkenntnissen aus der Bindungstheorie und Traumaforschung, die von Brisch unter 4.2 aufgezeigt wurden, ziehen. Demzufolge scheint eine vorwiegend auf verhaltenstherapeutischen Maßnahmen basierende Therapieindikation und Behandlungsform auf Grundlage des allgemeinen Erklärungskonzeptes von AD(H)S zu kurz zu greifen und der Komplexität des Störungsbildes und der wechselseitigen ursächlichen Beeinflussungsfaktoren nicht gerecht zu werden.

„Vielleicht liegt in eben jener kaum auf den ersten Blick sichtbaren Tatsache einer sich unspektakulär entfaltenden in der Hauptsache von Empathie getragenen Beziehung *das* Erkenntnisproblem beim HKS verborgen“ (Gerspach 2004, 56).

Dahingehend wird im nächsten Kapitel versucht herauszuarbeiten, in welcher Ausprägung die Eigenart des Beitrags einer auf psychoanalytischen Erkenntnissen beruhenden psychoanalytischen Pädagogik in Auseinandersetzung mit dem AD(H)S Syndrom verstehbar sein kann.

7 Auswahl klassisch psychoanalytisch-pädagogischer Konzepte in ihrem Bezug zu einem pädagogischen Umgang mit AD(H)S

Im folgenden Teil der Arbeit geht es nun um die spezifisch psychoanalytisch- pädagogische Auseinandersetzung mit AD(H)S auf Basis der unter Kapitel 6 herausgearbeiteten psychoanalytischen Theorien.

Rückblickend auf das Kapitel 1, in dem das multimodale Behandlungskonzept und die Empfehlungen zu einem pädagogischen Umgang mit AD(H)S diagnostizierten Kindern im familiären wie auch institutionellen pädagogischen Bereich vorgestellt wurden, wird deutlich, dass sich der Blickwinkel eines pädagogischen Umgangs mit den mit AD(H)S diagnostizierten Kindern durch die Anwendung und Durchführung spezifischer verhaltenstrainierender Programme auszeichnet. Klare, eindeutige Anweisungen getragen durch verständnisvolle Annahme der Eigenheiten dieser Kinder, eine empathische Einstellung und ein positives Beziehungsangebot gelten als förderlich. Wie unter der Beschreibung des Störungsbildes nach dem gängigen AD(H)S Modell schon erwähnt wurde, haben Kinder mit AD(H)S große Schwierigkeiten, sich sozial zu integrieren, was sich vor allem im Klassen- oder Gruppenverband zeigt. Häufig nämlich schwinden die Symptomatiken in Einzelsituationen (vgl. Gerspach 2004, 45). Das Problem tritt vor allem dann in Erscheinung, wenn es darum geht, die Aufmerksamkeit mit anderen zu teilen oder in Situationen, die kognitive Leistungen abverlangen, denen die Kinder emotional nicht gewachsen sind. Das fragile Selbst erlebt sich als massiv gefährdet (vgl. ebd. 2004, 59). Einmal mehr wird hier deutlich, dass kognitive und emotionale Vorgänge eng miteinander verbunden sind und dass Lernprozesse im Kontext der emotionalen und kognitiven Situation des Kindes betrachtet werden müssen (vgl. Trescher 1992, 52).

Dem Aspekt der Strukturierung wird in den pädagogischen Konzepten zur Behandlung von AD(H)S große Bedeutung beigemessen. Im Grunde entspricht dies der psychoanalytischen Vorstellung von AD(H)S als strukturelle Störung (Dammann 2007, 207).

Ebenso betonen auch Häußler und Hopf die Notwendigkeit von konsequenter Halt und Struktur gebender sowie Grenzen setzender Erziehung, die das AD(H)S Kind so sehr braucht (Häußler & Hopf 2004, 41).

Dies spannt auch den Bogen des Bedarfs zur Praxis selbst: Wie eingangs erwähnt, sind auch im pädagogisch-professionellen Umgang psychoanalytisch-pädagogische Konzepte noch wenig durchgedrungen.

Eine spezifische Zusammenschau und Aufbereitung hinsichtlich der oben genannten Aspekte kann und möchte hier eine Eröffnung und erste Entfaltung des Diskurses und der methodischen Ansätze im Blickwinkel einer Psychoanalytischen Pädagogik leisten.

Das Problem bei Verhaltensanweisungen wie bei den „14 Prinzipien für die Erziehung eines Kindes mit AD(H)S“ von Barkley, wo beispielsweise empfohlen wird: „Nehmen Sie die Probleme Ihres Kindes nicht persönlich.“ oder „Lernen Sie zu verzeihen.“ (Barkley 2005,234)

liegt darin, dass dies wohl schwer realisierbar erscheint, wenn Ärger oder Mangel an haltenden Erfahrungen die Pädagogin selbst unmittelbar in das Geschehen einbeziehen und dies nicht zu einer entsprechenden Haltung und emotionalen Kapazität in der Lage ist. Die für das Kind in diesem Fall notwendige Spiegelerfahrung¹² kann nicht ohne weiteres ermöglicht werden (vgl. Gerspach 2004, 60).

„Handlungsratschläge müssen nicht nur zur Situation und zum Kind passen, sondern auch zur Gefühlslage der Eltern bzw. Pädagogen..... Wie wir auf unsere Kinder reagieren, hängt wesentlich von den Gefühlen ab, die sie mit ihrem Verhalten spontan bei uns auslösen.“
(Figdor 2007, 14).

Vor allem die motorisch unruhigen und hyperaktiven Kinder verlangen den Pädagoginnen viel ab durch die Art und Weise, wie sie ihre innere Dynamik ausagieren (vgl. Gerspach 2001, 16). Gerspach sieht die Aufgabe der Pädagoginnen darin, dass sie lernen, dies auszuhalten um nicht aus Selbstschutz heraus oder auf Grund des Wunsches nach Abgrenzung zum Agieren zu neigen (ebd., 16). Gerspach verdeutlicht, dass dies nur gelingen kann, wenn Pädagoginnen bereit sind, sich mit beängstigenden Gefühlen, mit den Gefühlen von Ärger und Wut, die AD(H)S Kinder in ihnen auslösen können, auseinanderzusetzen. Er vermutet darin die schmerzhafteste Erinnerung an die eigene Angst vor dem Verlust des primären Objektes und der phantasierten Gefahr vor Vernichtung. Es handelt sich dabei um jene Angst, die im Sinne des Verlustes des inneren Gleichgewichts als Todesangst wahrgenommen wird. Gerspach erklärt in der Abwehr dieser sehr bedrohlichen Erinnerung die Schwierigkeiten der Pädagoginnen, sich in das Kind einzufühlen (Gerspach 2004, 62).

Der Versuch, die Bedeutung der Symptome im subjektiven Erleben des Kindes zu verstehen und sie im Zusammenhang mit den frühen Beziehungserfahrungen zu begreifen, um in Folge einen passenden Umgang mit den Eigenheiten des Kindes zu erlernen, ist eine spezifisch-psychoanalytisch-pädagogische Betrachtungsweise (vgl. Gerspach 2004, 58). Gerspach sieht in AD(H)S eine Störung des Affektlebens (ebd., 48). Der Autor nimmt an, dass problematische oder ungünstige affektive Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen an der Entstehung von AD(H)S beteiligt gesehen werden können und das innere Gleichgewicht bedrohen (Gerspach 2004, 58). Dem Verständnis gegenüber der unbewussten Dynamik der Symptome von AD(H)S und dem speziellen Verständnis von Beziehungsgestaltung entsprechend, korrespondiert nun auch in der Umgangsweise ein Verständnis der Rolle und Bedeutung der Pädagogin.

Im Folgenden werden nun exemplarisch 3 markante Konzepte der Psychoanalytischen Pädagogik herangezogen, die auf die spezifische Bedeutung der Pädagogin als reflektierende Beziehungspartnerin verweisen. Es handelt sich dabei um das Szenische Verstehen, das Konzept des Containing und das Konzept des Holding. Die 3 Konzepte werden nach einer kurzen Erläuterung in ihrem Kontext mit AD(H)S dargestellt.

¹² Über Spiegelung wird es dem Kind ermöglicht, sich mit seinen eigenen inneren Zuständen auseinanderzusetzen (vgl. Hinshelwood 1993, 355)

7.1 Szenisches Verstehen

Das szenische Verstehen ist als Teil eines prozesshaften Geschehens einer spezifisch psychoanalytischen Haltung in der Interaktion zwischen Pädagogin und Kind anzusehen (vgl. Trescher 2001, 172).

Die Bezeichnung szenisches Verstehen wurde von Lorenzer geprägt. Lorenzer unterscheidet zwischen logischem, psychologischem und szenischem Verstehen (vgl. Trescher 1992, 134). Während das logische Verstehen das Verstehen der unmittelbaren Äußerungen des Kindes in Sprache und Handlungen meint, bezieht sich das psychologische Verstehen auf das Verstehen der Persönlichkeitsstruktur des Kindes. Die Kombination aus logischem und psychologischem Verstehen, sowie die Analyse und Reflexion der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen ermöglichen szenisches Verstehen (vgl. Trescher 1992, 139).

Das szenische Verstehen kann als

„eine psychoanalytisch orientierte Wahrnehmungshaltung, die uns sensibilisieren möchte für das, was ein Kind von seinen inneren Schwierigkeiten und Nöten und Konflikten in reale Handlungen transformiert, d.h. in Szene setzt“ (Gerspach 2001, 14).

definiert werden.

Es wird davon ausgegangen, dass die kleinsten Einheiten der Beziehungsverhältnisse und der Beziehungsdynamik von Übertragung und Gegenübertragung sich als Szenen zeigen. Darunter sind jene konflikttypischen Interaktionsformen, die im Wiederaufleben der aktuellen Übertragung und Gegenübertragung als die verinnerlichten Beziehungsmuster des Kindes in Erscheinung treten, zu verstehen (vgl. Trescher 1992, 125). Dies verdeutlicht den Aspekt, dass

„die Persönlichkeit des einzelnen bis in die Grundbausteine hinein zwangsläufig auf Interaktion bezogen ist“ (Trescher 1992, 126).

Beziehungserfahrungen finden ihren Niederschlag in szenischer Form. Es werden vollständige Szenen mit den Vorstellungen und Affekten vom Selbst, wie auch von den Objekten und ihrer gegenseitigen Wechselbeziehung internalisiert (vgl. Auchter und Strauss 2003, 162).

Psychoanalytisch-pädagogisch bedeutsam ist es, die wahren Motive für ein Verhalten zu erkennen. Geht es nun darum herauszufinden, warum sich ein Kind auf eine bestimmte Art und Weise verhält, so gilt es, die Sinnzusammenhänge zu entschlüsseln, die es durch sein Verhalten unbewusst kommuniziert. Dies ist insofern so schwierig, da es sich um unbewusste Inszenierungen handelt, die dem Kind selbst nicht bewusst sind (vgl. Gerspach 2001, 13).

„Seine innere Problematik und seine unbewältigten Lebensthemen zeigen sich in der Art und Weise, wie es seine Beziehungen zu und mit anderen Menschen arrangiert“ (Gerspach 2001, 14).

Durch Projektion und Externalisierung¹³ immer wiederkehrender innerpsychischer Konflikte bewirkt das Kind, dass sich ein bestimmtes Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen einstellt (vgl. Gerspach 2001, 14).

¹³ Unter Externalisierung wird das Nachaußentragen eines inneren Geschehens verstanden (vgl. Auchter & Strauss 2003, 66).

Bedeutsam scheint in diesem Zusammenhang für psychoanalytisch-pädagogisches Verstehen und Handeln die Auseinandersetzung mit den Begriffen der Übertragung und Gegenübertragung.

7.1.1 Übertragung, Gegenübertragung

Bei einer Übertragung handelt es sich um eine situationsunangemessene Wiederholung einer vergangenen Beziehungserfahrung zum kindlichen Objekt in der Gegenwart (vgl. Trescher 1992, 75).

„In der Übertragungsreaktion wird also das Objekt subjektiv so erlebt, als ob es sich beispielsweise um die Mutter, den Vater oder ein Geschwister handelte“ (Trescher 1992, 75).

Erfahrungen, die unverarbeitet geblieben sind und nicht integriert werden konnte, werden mit Stellvertreterinnen im Hier und Jetzt unbewusst wieder belebt (vgl. Trescher 2001, 174). Es kommt zu einer Aktualisierung früherer Objektbeziehungen in Form von Gefühlen, Gedanken, Phantasien und Wahrnehmungen (vgl. Auchter und Strauss 2003, 170).

Greenson formuliert 7 Grundannahmen für das Übertragungsgeschehen:

- Es handelt sich um ein intrapsychisches Geschehen.
- Die Übertragungsbeziehung ist eine wiederbelebte Objektbeziehung zu einem frühen und wichtigen Objekt, die mittels eines Stellvertreters aktualisiert wird.
- Übertragungsreaktionen sind deshalb an Regression gekoppelt.
- Sie folgen unbewussten infantilen Beziehungsmustern.
- Die zu Grunde liegende Erfahrung bzw. das zu Grunde liegende Erleben wird nicht bewusst erinnert, sondern unbewusst in Haltungen und Handlungen umgesetzt.
- Übertragungsreaktionen basieren im Wesentlichen auf Verschiebungen, auf Ersetzungen des früheren Objektes durch StellvertreterInnen bzw. „Platzhalter“ im Hier und Jetzt.
- Weil die Übertragungsreaktion eine Wiederholung (Wiederbelebung) früherer Beziehungsmuster darstellt, ist sie der Realität des aktuellen Beziehungskontextes gegenüber unangemessen.

Rahmen 10:Greenson zit. in Trescher 2001,174

Vor allem Pädagoginnen werden als Stellvertreterinnen für die frühen Bezugspersonen zu Mitakteurinnen dieser vom Kind unbewusst gesteuerten Wiederholungen seiner Erlebnisse gemacht. Das Kind erlebt unbewusst entsprechend seiner internalisierten Muster die Zuwendung und das Bemühen der Pädagogin in Erinnerung an frühere Traumata der Trennung oder des Verlustes, und es kommt zu einem affektgeladenen Ausagieren der Problematik durch das Kind (vgl. Gerspach 2004, 58).

„Auf der Basis psychoanalytischer Theorien wird die subjektive Bedeutung der AD(H)S Symptomatik für das Kind und das aktuelle Verhalten als Reinszenierung früherer Erfahrungen verständlich“ (Häußler& Hopf 2002, 40)

Pädagoginnen sind demnach gefordert, die Beziehung zwischen sich und dem Kind zu beleuchten, um hinter die Störung blicken zu können und den tieferen Sinn der Symptomatik im Erleben des Kindes zu begreifen. In diesem Sinne meint auch Crain, AD(H)S müsse zum Beziehungsthema in der pädagogischen Praxis werden (Crain 2005, 326).

„Um die Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens verstehen zu können, müssen wir lernen zu verstehen, welchen emotionalen Ort uns das Kind zuweist“ (Gerspach 2004, 61).

Das Kind ist auf Grund der internalisierten Interaktionsmuster in der Erwartungshaltung, dass die Pädagogin wie einst die primären Objekte in ebensolcher Weise nicht in der Lage ist, entsprechend auf seine Bedürfnislage einzugehen (vgl. Gerspach 2004, 58). Pädagoginnen bekommen dann die innere Wut und das Ausmaß an Verzweiflung eines Kindes zu spüren, das sich nie wirklich verstanden gefühlt hat. Dies kann sehr beängstigend sein, denn das Ausagieren unbewusster Konflikte ist verbunden mit sehr vielen Affekten. Pädagoginnen müssen demnach viel aushalten (vgl. Gerspach 2004, 58).

Es wird deutlich, dass Übertragungen zwar ein innerpsychisches Geschehen darstellen, aber gleichzeitig auch als ein konkretes, wenn auch in verschlüsselter Art und Weise, Interaktions- und Beziehungsangebot zu sehen sind.

Jede Übertragung bewirkt auch eine sich szenisch ergänzende Gegenübertragungsreaktion (vgl. Trescher 2001, 174). Dieser ebenfalls aus der Psychoanalyse stammende Begriff beschreibt

„die Gefühle und Gedanken, die in einer Person durch die andere aufgerufen werden“ (Weiß 2008, 225).

Die Reflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen Gegenübertragung kann für den therapeutischen sowie auch pädagogischen Prozess von großer Bedeutung sein (vgl. Trescher 1992, 123). Bei der Gegenübertragung kann zwischen komplementärer und konkordanter Identifizierung unterschieden werden. Die komplementäre Identifizierung meint die Identifizierung der Pädagogin mit den Objektvorstellungen des Kindes. Konkordante Identifizierung ist das einführende Verstehen der Gefühle des Gegenübers und die Fähigkeit die psychische Befindlichkeit des Kindes im eigenen Erleben nachzubilden (vgl. Weiß 2008, 186).

Zusammenfassend lassen sich folgende Aspekte als spezielle psychoanalytisch-pädagogische Anliegen im Verständnis und im Umgang mit AD(H)S in der pädagogischen Praxis ausmachen: Zum einen handelt es sich dabei um die Gestaltung und Entwicklung einer sicheren Beziehung, die dem Kind nachträgliche Spiegelerfahrungen und Symbolisierungsmöglichkeiten bietet. Zum anderen ist das Erkennen aktueller Verhaltensweisen als Reinszenierungen früherer Erfahrungen, und das Bemühen als Pädagogin nicht im Sinne dieser Wiederholungstendenz mitzuagieren, bedeutsam.

Bevor wir uns nun dem Konzept des Containing zuwenden scheint, die Klärung des Begriffs der Projektiven Identifizierung von großer Bedeutung. Dieses Phänomen findet sich in der psychoanalytisch-pädagogischen Praxis häufig wieder und ist als Grundlage des Containments Konzept von erheblicher Relevanz.

7.1.2 Projektive Identifizierung

Die projektive Identifizierung gilt als die ursprüngliche Form der menschlichen Kommunikation. Zu unterscheiden von der projektiven Identifizierung ist die einfache Projektion, bei der das Gegenüber durch die Projektion abgewehrter Selbstanteile verschoben wahrgenommen wird (vgl. Trescher 2001, 176).

Bei Betrachtung der frühen Beziehung zwischen Mutter und Säugling lässt sich erkennen, dass es sich dabei um eine körperliche, vorsprachliche Interaktion handelt. Psychomotorische Signale des Säuglings werden von der empathischen Mutter wahrgenommen und interpretiert, wodurch sie den Bedürfnissen des Säuglings einen psychischen und kommunikativen Sinn gibt (Auchter und Strauss 2003, 133).

„Wenn beispielsweise das Baby weint, gibt es seine unangenehmen Zustände und Emotionen an die Mutter weiter (projektiv), die diese aufgrund ihres emotionalen und kognitiven Verstehens (identifikatorisch) zu lindern versucht“ (Auchter und Strauss 2003, 134).

Der Säugling projiziert also unbewusst Gefühle auf die Mutter und befreit sich so von seiner inneren Not. Die Mutter fühlt sich unbewusst angetrieben sich entsprechend der introjizierten Erwartungen in bestimmter Weise zu verhalten und sich mit den Projektionen zu identifizieren. Diesen Vorgang beginnt der Säugling unbewusst dazu zu nützen, dass seine psychischen Zustände ein bestimmtes Verhalten der Mutter bewirken (vgl. Auchter und Strauss 2003, 134). Insgesamt handelt es sich bei der projektiven Identifizierung um die Phantasie der Hineinverlagerung eines abgespaltenen Teils des Ich in ein äußeres Objekt (vgl. Hinshelwood 2004, 453).

Neben der Übertragungsidentifizierung ist die projektive Identifizierung im pädagogischen Dialog von großer Bedeutung. Es handelt es sich bei diesen Prozessen um eine reale Interaktion zwischen dem Kind und der Pädagogin. Wesentliches Unterscheidungskriterium zwischen Übertragungsidentifizierung und projektiver Identifizierung zeigt sich darin, dass bei der projektiven Identifizierung nicht die Objektanteile, sondern die Anteile des Selbst bei der Pädagogin aktiviert werden. So kann es passieren, dass beispielsweise der Vorgang der projektiven Identifizierung dem Kind dazu dient, die drohende Traumatisierung abzuwenden und die Pädagogin die Rolle des traumatisierten Kindes einnimmt. Dieser Vorgang entspringt dem Bemühen einerseits psychisch zu überleben und andererseits eine Entlastung zu erfahren, in dem das traumatische Geschehen bei anderen zur Wirklichkeit wird und nicht vom Kind selbst erfahren werden muss (vgl. Trescher 2001, 176). Stellvertretend für das Kind soll beispielsweise die Pädagogin die schmerzhaften Verletzungen des Traumas übernehmen. Diese Dynamik kann dazu führen, dass die Pädagogin tatsächlich traumabezogene Empfindungen wie das Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Zweifel, Angst und Wut verspürt (vgl. ebd. 178).

„Das Ertragen der eigenen Grenzen, der im konkreten Bezug auftretenden Gefühle der Angst, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut ist nur eine der „Antworten“, die das Kind benötigt, also das, was es sich selbst nicht leisten kann. Es dient ihm als Modell, mit dem es sich identifizieren und das es strukturbildend verinnerlichen kann“ (Trescher 2001, 178).

Gerspach beschreibt dies besonders für hyperaktive Kinder, die ebensolche Gefühle bei Pädagoginnen auszulösen vermögen und verweist darauf, dass unter diesen Umständen eine einführende, empathische Haltung kaum möglich ist (Gerspach 2004, 62). Um so notwendiger scheint ein reflektierter Umgang mit den Gegenübertragungsreaktionen, sowie ein professionelles Handeln zu gewährleisten, die aufkeimenden Gefühle und Phantasien zu ertragen und eigene unbewusste Anteile von denen des Kindes unterscheiden zu können (vgl. Gerspach 2004, 62).

„Wenn wir das hyperaktive Kind nicht mit pädagogisch oder therapeutisch verbrämten Rachedgedanken verfolgen müssen, sondern uns um ihm als wenig bedrohlich, weil selbst nicht bedroht, präsentieren dürfen, dann kann allmählich Ruhe einkehren in unsere Beziehung. Wie eine gute Mutter stellen wir dem Kind unsere Phantasien zur Verfügung, laden es zur Identifikation ein und geben ihm die Gewissheit gelassen bleiben zu dürfen“ (Gerspach 2004,62).

Im Verständnis eines professionellen psychoanalytisch-pädagogischen Umgangs geht es um die empathische Annahme, das Aushalten und die innerpsychische Bearbeitung der Projektionen im Sinne des Containing durch die Pädagogin (vgl. Trescher 2001, 178). Projektive Identifizierung kann als wesentliches Element psychischer Gesundheit angesehen werden und gilt nur dann als krankheitswertig zu bezeichnen, wenn Containment nicht oder nur mangelhaft zur Verfügung steht (vgl. Wiedemann 2007, 256). Die Darstellung des Konzepts des Containing erfolgt im nachfolgenden Kapitel.

7.2 Konzept des Containing

Das Konzept des „Containing“ entwickelte sich aus der anfänglichen Beschreibung der projektiven Identifizierung von Melanie Klein, wird aber letztendlich Winfried Bion zugeschrieben (vgl. Hinshelwood 2003, 351). Es handelt sich zunächst um ein Modell, das die frühe Mutter- Kind Beziehung beschreibt. Anfangs ist der Säugling kaum in der Lage, Gefühle als Teile seines Selbst zu erkennen und differenziert wahrzunehmen. Kann die Mutter hingegen die Affekte des Kindes richtig wahrnehmen und in sich aufnehmen, so verleiht sie den Affekten einen Sinngehalt und hilft damit dem Säugling, diese Gefühle als die seinen zu erkennen. Die Mutter oder eine andere Beziehungsperson stellt sich somit als Container zur Verfügung, in dem sie unerträgliche und unverarbeitete Gefühle des Kindes aufnimmt, sie durch eine angemessene Reaktion in verdauliche Elemente umwandelt und dem Kind zurückgibt. Wird das Kind beispielsweise von schrecklicher Angst überflutet und beginnt zu schreien, so nimmt die Mutter¹⁴ das Kind in den Arm und hält es, da sie die Angst des Kindes wahrnimmt. Das Kind erfährt dabei, dass die Mutter in der Lage ist, die für ihn unerträglich erscheinenden Gefühle auszuhalten. In weiterer Folge kann sich das Kind mit der Haltung der Mutter identifizieren, die

¹⁴ Der Begriff Mutter ist heutzutage metaphorisch zu verstehen, da die Rolle des Vaters als wichtige Bindungsperson in den ersten Lebensjahren des Kindes als ebenfalls sehr bedeutsam angesehen wird (vgl. Gerspach 2004, 52).

gemilderte Angst wieder reintrojizieren und als seine eigene erkennen (vgl. Auchter und Strauss 2003, 52).

„Normale Entwicklung ist möglich, wenn das Kind das Erlebnis zu sterben in die Mutter hineinlegen kann, wenn dies von der Mutter erträglich gemacht wird, und es dann reintrojiziert wird. Wenn die Projektion von der Mutter nicht aufgenommen wird, erlebt das Kind, dass das Erlebnis zu sterben seiner Bedeutung beraubt ist. Es nimmt deshalb nicht eine erträglich gemachte Angst zu sterben in sich auf, sondern eine namenlose Bedrohung“ (Bion 1967, 116 zit. in Wiedemann 2007, 191).

Den psychischen Zustand, in dem sich die Mutter befindet, wenn sie die entsetzliche Angst des Säuglings in sich aufnimmt, nennt Bion *Reverie oder träumerisches Ahnungsvermögen* (vgl. Hinshelwood 2003, 593) Die Reverie wird aus psychoanalytischer Sicht für die Entwicklung von Mentalisierungsprozessen im Kind als sehr bedeutsam angesehen. Das „träumerische Ahnungsvermögen“ ist eine Fähigkeit der Mutter, dem Säugling Verständnis für seinen Zustand zu vermitteln. Durch die sich wiederholende Erfahrungen, dass in der Beziehung unangenehme Affekte ausgehalten, verringert und verstanden werden können, kann über die Introjektion einer verständnisvollen und aufnahmefähigen Mutter der Säugling selbst die Fähigkeit entwickeln, den inneren Zuständen eine Bedeutung verleihen (vgl. Hinshelwood 1993 ,593). Das Kind lernt die Gegensatzpaare gut und böse, sowie Liebe und Hass in sein Selbsterleben zu integrieren und muss sie nicht abspalten (vgl. Gerspach 2001,21).

„Das Containing ist eine der frühesten Kommunikationsformen und der Kern aller weiteren Entwicklungen des Fühlens, Denkens und der Beziehungsfähigkeit“ (Auchter und Strauss 2003, 52).

Containing kann als wesentliches Element früher strukturbildender Interaktionserfahrungen angesehen werden. Auf deren Basis entwickeln sich Repräsentanzen von Selbst und Objekt, worauf aufbauend sich die Entwicklung reifer Persönlichkeitsstrukturen vollzieht (vgl. Gerspach 2001,20-21). Versagt die Mutter allerdings in ihrer Container Funktion oder sind die Affekte zu unerträglich, so kann die Identitätsentwicklung hinsichtlich Stabilität und Kohärenz beeinträchtigt werden. Ein Versagen des mütterlichen Containments liegt beispielsweise dann vor, wenn die Mutter auf die vom Kind geäußerten Ängste mit noch größerer Angst reagiert. Das Kind kann dann den Affekten, die nicht integriert werden konnten, über körperliche Symptomatiken, Ausdruck verleihen (vgl. Auchter und Strauss 2003, 53). Gelingt die Integration nicht, so kann es also sein, dass sich das Kind über Unruhe und hyperaktives Verhalten von den unverdaulichen Affekten löst (vgl. Gerspach 2001, 21). Das emotional auf sich gestellte Kind versucht, die innere Unruhe über vermehrte Aktivität zu beherrschen. Im Falle, dass sich das Kind von der Mutter nicht ausreichend empathisch gehalten fühlt, wird die stabile Trennung von ihr erschwert. Die mangelnde Erfahrung mit einem empathischen Objektes lässt das Wechselspiel von Bindung und Loslösung misslingen. Die Bilder von den Objekten werden von Misstrauen, Wut und Angst sowie dem Gefühl der Ohnmacht und der Wertlosigkeit des Selbst dominiert. Das Selbst glaubt nicht Einfluss auf das Objekt nehmen zu können. In weitere Folge kommt es nicht zum Aufbau eines geeigneten Handlungsrepertoires, so dass beispielsweise Hyperaktivität und Unruhe vorherrschend sind (vgl. Gerspach 2001, 18).

Die fehlende emotionale Sicherheit wird vor allem im pädagogischen Kontext sichtbar. Wichtig ist es, die Beziehung im Auge zu behalten, die sich zwischen Kind und Pädagogin einstellt (vgl. Gerspach 2004, 61). Die Pädagogin erfährt bei der Begegnung mit dem unruhigen und zappeligen Kind die Projektion der Introjekte und die damit verbundenen Unlustgefühle (vgl. Gerspach 2001, 21).

„Die Pädagogin sieht sich vor dem Problem, dass sie als gutes Objekt grandiosen Ansprüchen genügen soll, andererseits als böses Objekt bekämpft werden soll“ (Gerspach 2004, 68).

Es bedarf Zeit und einer ausgewogenen Beziehung, dass das Kind fühlt, dass die Erwachsene es gut mit ihm meint und es sich entspannen kann. Das kann allerdings nur erreicht werden, wenn die Pädagogin sich darauf einlässt, die irritierende Spannung des Kindes auszuhalten (vgl. Gerspach 2004, 68).

„Im Prinzip müsste sie wie ein Container die Funktion einer bisher nicht ausreichend erfahrenen haltenden Umwelt übernehmen. Die ungunstigen Introjekte wären demnach auszuhalten, zu verdauen und dann dem Kind zurück zu spiegeln, damit es die nun entschärften Affekte und Phantasien besser in sein wachsendes Selbst verinnerlichen könnte, anstatt sich ihrer über motorische Abfuhr zu entledigen“ (Gerspach 2001, 21).

So ist es Aufgabe der Pädagogin, sich als Containers zur Verfügung zu stellen, um ungunstige Introjekte auszuhalten und zu verdauen und in aushaltbarer Form wieder zurückzuspiegeln, wodurch es zu einer Entschärfung der Affekte kommt und einer Verinnerlichung im Selbst. Ein Ausagieren über die Symptome ist dann nicht mehr notwendig (vgl. Gerspach 2001, 21). Gerspach beschreibt die Aufgabe der Pädagogin in Begegnung mit einem AD(H)S Kind folgendermaßen:

Durch wiederkehrende Erfahrung wird das Kind emotional berührt und Ereignisse werden mit einer Bedeutung versehen. Es handelt sich um einen Vorgang, der sich nur auf Basis des Erlebens von Beziehungserfahrungen einstellen kann.

7.3 Konzept des Holding

D.W. Winnicott beschreibt eine Theorie der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Zum einen ist es eine Theorie von der Entwicklung des Säuglings hin vom Lust- zum Realitätsprinzip und vom Autoerotismus hin zu Objektbeziehungen. Zum anderen beschäftigt sie sich mit den Eigenheiten der mütterlichen Fürsorge abgestimmt auf die jeweilige Bedürfnislage des Säuglings (vgl. Winnicott 2002, 54).

Wesentliches Kriterium für das Säuglingsalter ist der Aspekt der Abhängigkeit, abhängig von einer haltenden Umwelt. Jeder Säugling beginnt auf unterschiedliche Art und Weise in Abhängigkeit von günstigen und weniger günstigen Bedingungen sein Sein. Winnicott erläutert, dass jedoch die Bedingungen nicht das Potential des Säuglings bestimmen. Dieses ist angeboren, wobei

„immer vorausgesetzt, man ist sich dahingehend einig, dass das ererbte Potential eines Säuglings kein Säugling werden kann, wenn es nicht mit mütterlicher Fürsorge zusammengebracht wird“ (Winnicott 2002, 55).

Winnicott prägte den Begriff der primären Mütterlichkeit, worunter jene zugewandte und sensible Verfassung der Mutter ihrem Säugling gegenüber verstanden werden kann. Primäre Mütterlichkeit zeichnet sich durch ein offenes und einführendes Eingehen auf die Äußerungen des Säuglings aus (vgl. Auchter & Strauss 2003, 108). Das Bemühen der Zuwendung und Anpassung an die Bedürfnisse des Kindes kann nicht vollkommen sein. Notwendig aber ist eine „hinreichend gute Mütterlichkeit“. Durch die Identifikation mit dem Säugling weiß die Mutter, was der Säugling im Sinne des Gehaltenwerdens braucht. Nach Winnicott braucht der Säugling „eine lebendige Anpassung an die Bedürfnisse des Säuglings“ (vgl. Winnicott 2002, 69). Ist die mütterliche Fürsorge unzureichend, gefährdet dies die Beständigkeit des Seins des Säuglings, die von Ich Stärke geprägt ist, denn

„auf Grundlage der „Kontinuität des Seins“ entwickelt sich das ererbte Potential allmählich zu einem Säuglingsindividuum“ (Winnicott 2002, 70).

Ansonsten entwickelt sich die Persönlichkeit des Säuglings auf Basis von Reaktionen auf Umweltbeeinträchtigungen. (vgl. Winnicott 2002, 70). Die Bezeichnung Halten oder Holding bezieht sich nicht nur auf die physische, sondern auch auf die seelische Ebene. Das Erleben eines hinreichend guten Gehaltenwerdens ist für die Phase des Aufbaus seelischer Strukturen in der Frühkindheit von großer Bedeutung und bleibt ein Leben lang vor allem in Krisen bedeutsam. So können beispielsweise wichtige Bezugspersonen in krisenhaften Zeiten zu Halt spendenden Selbstobjekten werden. In der Erfahrung des Gehaltenwerdens wurzelt der Aufbau von Selbstsicherheit und „Halt in der Welt“. (vgl. Auchter & Strauss 2003, 78)

Diese spezifische psychische Verfassung der Mutter ist nicht zu verwechseln mit dem Zustand des „träumerischen Ahnungsvermögens“ von Bion (vgl. Hinshelwood 1993, 594).

„Winnicotts „Holding“ soll den Säugling in einem unerschütterlichen Glauben an die eigene Potenz bestärken; Bions Konzept der Reverie beschreibt den Versuch sich als Container zur Verfügung zu stellen, der die Realität des Säuglings verstehend in sich aufnimmt und in auf diese Weise vor seinen Omnipotenzverlust unterstützt“ (Hinshelwood 1993, 594).

Omnipotenz bezeichnet die auf Grund mangelnder seelischer Strukturierung für die frühen Kindheitsstadien charakteristischen Allmachtsgefühle und Fantasien. Durch Frustrationserlebnisse und Erfahrungen an der Realität wird es Kindern möglich, ein realistischeres Bild von sich selber und anderen zu entwickeln. Durch die hinreichend gute Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse des Kindes in Form der primären Mütterlichkeit wird dem Kind die Illusion eines Omnipotenzerlebens ermöglicht. Auf Basis dieses Erlebens ist das Kind in der Lage im Rahmen seiner Entwicklung die Omnipotenzfantasien aufzugeben und das Realitätsprinzip anzuerkennen (vgl. Auchter & Strauss 2003, 123).

„Hyperaktive Kinder sind meines Erachtens Kinder, die nie stabil genug waren, ihre infantilen Allmachtsphantasien an der Realität brechen zu lassen. Ihnen fehlt offensichtlich eine genügend gute Erfahrung mit einem stützenden Selbstobjekt“ (Gerspach 2004, 64).

AD(H)S Kinder konnten also auf Grund fehlender Stütze und mangels guter Erfahrungen die infantilen Allmachtsphantasien nicht dem Realitätsprinzip anpassen.

„Halten“ oder „Holding“ ist also keineswegs nur physisch gemeint. Bei dem, was vom Kind als belastend empfunden wird, gut gehalten zu werden, ist ein unerlässlicher Beitrag zur Fähigkeit von Bewältigung von Krisen und zum Aufbau von Selbstsicherheit.

Pädagoginnen können Halt geben und im Rahmen einer Sicherheit spendenden Beziehung Unterstützung zur Stärkung des Selbst bieten (vgl. Gerspach. 2004, 54). Sie können durchaus den Kindern nachträgliche und korrigierende Spiegelerfahrungen ermöglichen (vgl. ebd., 53).

7.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass, psychoanalytisch als strukturelle Störung angesehen, die Behandlung von AD(H)S einer Struktur gebenden Erziehung mit klaren Grenzen bedarf (vgl. Häußler & Hopf 2005, 234). Die motorische Unruhe und Hyperaktivität verlangen den Pädagoginnen viel ab, denn sie müssen ertragen werden mit allen Gefühlen, die sie in ihnen auslösen. Erinnerungen an die eigenen Ängste vor dem Verlust des primären Objektes werden in ihnen wach. Aber nur so, in Auseinandersetzung mit der Abwehr dieser bedrohlichen Erinnerung, kann verstanden werden, wie frühe Beziehungserfahrungen das innere Gleichgewicht des Kindes bedrohen können (vgl. Gerspach 2004,62).

Weiters wurden die drei psychoanalytisch-pädagogischen Konzepte des Szenischen Verstehens, des Containings und des Holdings vorgestellt. Daraus lässt sich die Bedeutung der Pädagogin als reflektierende Beziehungspartnerin bereits erahnen. Über szenisches Verstehen können konflikttypische Interaktionsformen erkannt werden: Was drückt das Kind durch sein Verhalten aus? Liegt es doch im Sinne der psychoanalytisch-pädagogisch orientierten Pädagogin zu verstehen, warum sich ein Kind auf eine gewisse Art und Weise verhält und welcher latent verdeckte Sinn sich hinter den manifesten Verhaltensweisen zu verbergen scheint (vgl. Gerspach 2001, 13). Das innere Erleben des Kindes tritt durch die Eigenart in Erscheinung, wie es unbewusst in seinem Verhältnis zu seinem Umfeld, wie beispielsweise mit der Pädagogin, etwas inszeniert (vgl. ebd., 14).

„Später wird diese Erfahrung mit anderen Beziehungspartnern- also v. a. den Pädagogen- wiederholt. Wie in einem Theaterstück kommt es dann zu einer aktuellen Inszenierung einer alten Erfahrung“ (Gerspach 2004, 58).

Gerspach zitiert in diesem Zusammenhang Ahrbeck, der empfiehlt, sich zu erst einmal von den Gefühlen, Phantasien und Eindrücken leiten zu lassen, die sich in der Begegnung mit dem Kind aufdrängen (Gerspach 2001, 14).

Der Autor verweist auch darauf, dass die Fähigkeit sich sozial und intelligent zu recht zu finden in einem hohen Maße von frühen Beziehungserfahrungen abhängig ist, die auch den Aufbau stabiler Selbst- und Objektrepräsentanzen bedingen. Fühlt sich das Kind von der Mutter nicht empathisch gehalten, so gelingt es ihm nicht eine dauerhafte Unterscheidung zwischen Selbst

und Objekt zu vollziehen (Gerspach 2004, 67). Auf Basis der Konzepte des Containing und Holding wird danach auch die Bedeutung korrigierender Beziehungserfahrungen deutlich. Ermöglicht es das pädagogische Setting durch eine ausgeglichene Beziehung jenes Ausmaß an Sicherheit zu spenden, das die Erfahrung ermöglicht, dass das erwachsene Gegenüber nichts Böses vorhat, so kann sich Entspannung einstellen (vgl. Gerspach 2004, 68).

8 Grundlage zur Untersuchung: Der empirische Zirkel

Aus dem bislang Gesagten wird deutlich, dass der psychoanalytische Ansatz Symptomen Bedeutung zuweist: Damals wie heute stehen in der Psychoanalyse nicht Beschreibung und genaue diagnostische Ausdifferenzierung der einzelnen beobachtbaren Symptome im Vordergrund: Nicht der äußerlichen Klassifizierung gilt die vornehmliche Aufmerksamkeit und das Bemühen, mit dieser Erfassung die Symptome mit entsprechendem Umgang zu beseitigen, sondern vielmehr dem Bemühen, die dem hyperaktiven oder unaufmerksamen Verhalten zu Grunde liegenden Konfliktdynamiken zu erkennen und zu verstehen (vgl. Stork, Hüttl & Thaler, 2004, 84).

Dieser Umstand verweist aber auf *grundlegende* Unterschiede zu anderen Disziplinen: Nämlich von der Betrachtungsweise ausgehend, über Art und Relevanz der psychischen (psychodynamischen) Wirkungszusammenhänge, zu den daraus resultierenden Zielvorstellungen in Bezug auf das Kind und seine Symptomatik und schließlich den dazu entwickelten Vorstellungen des pädagogischen Umgangs damit.

Das Anliegen dieser Diplomarbeit besteht nun darin, diese Zusammenhänge aufzuzeigen und zusammenzuführen: als Aufbereitung im Sinne eines Konzeptes, das von psychoanalytisch-pädagogischen Grundannahmen geprägt ist und dabei gleichzeitig unmittelbaren Einfluss auf die pädagogische Herangehensweise nimmt.

So soll zum einen jene Spezifität der psychoanalytischen Erfassungsweise von ADHS herausgearbeitet werden, und diese zum anderen mit bestimmten psychoanalytisch-pädagogischen Konzepten, die in ihrer Grundlage und Ausprägung korrespondieren, zusammengeführt werden.

Die diplomarbeitsleitende Fragestellung lässt sich demnach wie folgt formulieren:

I.) Inwiefern können die psychoanalytisch-pädagogischen Beiträge hinsichtlich ihrer spezifischen Betrachtungsweise im Kontext der Erklärungszusammenhänge von AD(H)S in ihren paradigmatischen Besonderheiten und Unterschiedlichkeiten zu herkömmlichen Ansätzen erfasst und subsumiert werden?

II.) In welcher Weise kann das daraus hervorgehende psychoanalytisch-pädagogische Verständnis Beziehungsarbeit als spezielles pädagogisches Anliegen unter Einbezug psychoanalytisch-pädagogischer Konzepte wie das Szenische Verstehen, Holding u. a. verstehbar werden?

III.) Welche Anliegen und Möglichkeiten der Veränderungen werden auf Grundlage der charakteristisch psychoanalytisch-pädagogischen Sichtweise durch spezielle psychoanalytisch-pädagogische konzeptualisierte Beziehungsarbeit für das Kind gesehen?

Diese spezifische Art der Zusammenschau und Herausarbeitung stellt meines Erachtens noch eine Forschungslücke dar, deren Bearbeitung mit den im folgenden Abschnitt zu erläuternden Fragen nachgegangen werden soll:

Anhand der bereits kurz angeführten Parameter, die sich aus dem oben bereits erwähnten wissenschaftsanalytischen Modell des Empirischen Zirkels herleiten (nämlich die grundsätzliche Sichtweise, das Verständnis von Kausalzusammenhängen Entstehung und Genese betreffend, den sich daraus ergebenden Zielvorstellungen für Kind und Pädagoginnen und ihren Möglichkeiten der Erreichung dieser Ziele), lassen sich bestimmte Fragestellungen formulieren, die im Zuge der Diplomarbeit bearbeitet werden sollen.

1. Der Parameter betrifft die **Sichtweise** und die Aufarbeitung der charakteristisch psychoanalytischen Elemente von AD(H)S und führt zu folgenden Fragen:
 - Welche Elemente lassen sich als spezifisch psychoanalytische Eigenart in der Bestimmung von AD(H)S im Vergleich zu anderen Erklärungsansätzen ausmachen?
 - Inwiefern sind diese spezifisch psychoanalytischen Elemente für die Sichtweise, Diagnostik und Behandlungsform ausschlaggebend?
2. Diesem Parameter zugewendet, lässt sich, aufbauend auf das psychoanalytische Grundverständnis von AD(H)S, in Bezug auf die **Ursachenzuschreibungen** und der Entstehung von AD(H)S ein spezifischer Ansatz ausmachen.
 - Welche Erklärungszusammenhänge hinsichtlich der Ursachen und Entstehung von AD(H)S betreffend werden aus psychoanalytischer Sicht angenommen?
3. Hinsichtlich des 3. Parameters geht es um die Klärung der **Einflussnahme** der spezifisch psychoanalytischen Eigenart in der Art der Betrachtung sowie in der Annahme von Kausalzusammenhängen in Bezug auf Ursache und Genese von AD(H)S auf den pädagogischen Kontext, die psychoanalytische Pädagogik als Ansatz für einen speziellen pädagogischen Umgang mit der AD(H)S Thematik in pädagogischen Kontexten ausmachen.
 - Inwiefern bestimmen diese Betrachtungs- und Erklärungsweisen einen pädagogischen Zugang als psychoanalytisch-pädagogischen Zugang?
 - Welche Rolle nimmt die Pädagogin im Sinne eines psychoanalytisch-pädagogischen Verständnisses ein? Wie lässt sich aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht der Unterschied einer freundlich und dem Kind zugewandten Pädagogin zu einer zusätzlich verstehenden und sich als Beziehungspartnerin reflektierten Pädagogin festmachen?
 - Welche psychoanalytisch- pädagogischen Vorstellungen lassen sich hinsichtlich eines ähnlichen Gebrauchs von Begrifflichkeiten wie z.B. Halt und Struktur geben, empathischer Umgang etc. innerhalb unterschiedlicher pädagogischer Ansätze herausarbeiten?
4. Dieser Parameter veranlasst zu der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der **Realisierung** eines psychoanalytisch- pädagogischen Verständnisses und der **Zielsetzungen**.
 - Welche Methoden und Möglichkeiten finden sich als Ansätze und Konzepte innerhalb der psychoanalytischen Pädagogik, wodurch auf Basis psychoanalytischer Theorien zu AD(H)S für diese Kinder ein geeigneter Umgang ermöglicht werden kann?

Im nachfolgenden Kapitel wird nun die methodische Vorgehensweise, an Hand der die angeführten Fragestellungen bearbeitet werden sollen, dargestellt.

8.1 Methodik

Es erfolgt an dieser Stelle nun die Darstellung jener Methode, die für das Forschungsvorhaben der Arbeit bedeutsam und nützlich erscheint. Die methodische Aufbereitung der Forschungsfrage soll unter Einbeziehung und Anwendung des Empirischen Zirkels erfolgen. Dieses von Stephenson (2003) entwickelte Modell dient der systematischen und strukturierten Aufarbeitung von Aussagen hinsichtlich wissenschaftsanalytischer Fragestellungen und schafft eine Vergleichsbasis wissenschaftlicher Texte (vgl. Kreipner¹⁵, 46). Die 13 im Empirischen Zirkel beschriebenen Dimensionen werden dabei zur Untersuchung von Aussagen herangezogen.

Die methodische Vorgehensweise lässt sich wie folgt beschreiben: Es werden Fragen unter einem bestimmten Blickwinkel an den Text gerichtet. Indem ein Ausschnitt der Aussage in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wird, erfolgt eine Reduktion dieser Aussage in ihrer Gesamtheit. Entsprechend der Fragestellung werden jene der 13 Aspekte herangezogen, die für das Forschungsvorhaben von Relevanz zu sein scheinen. In weiterer Folge können zur Erweiterung der Sichtweise die Resultate der analysierten Aspekte zusammengetragen werden und in Verbindung mit weiteren Dimensionen gebracht werden. Der Empirische Zirkel stellt somit einen *Verbund von Reduktions- und Kontextualisierungsmöglichkeiten* dar. (vgl. Stephenson 2003, 113-118).

Gerade durch die Möglichkeit des Empirischen Zirkels, Aussagen wissenschaftsanalytisch zu bearbeiten und in weiterer Folge anderen Aussagen gegenüberzustellen, ist der Empirische Zirkel als Methode zur Herausarbeitung der spezifisch psychoanalytischen Aspekte in der Betrachtung und dem Verständnis des AD(H)S Syndroms als besonders geeignet zu betrachten und wird somit zum denkleitenden und methodischen Werkzeug dieser Diplomarbeit.

8.2 Wissenschaftsanalyse nach dem Empirischen Zirkel an Hand eines Beispiels und Ausblick bezüglich der Untersuchungsergebnisse.

Im Folgenden sollen nun Dimensionen mit ihrer Aufbereitungseigenschaft kurz dargestellt werden, wobei für das Forschungsvorhaben der Arbeit vor allem die Dimension der Abschnitte von Relevanz sind. Die ersten sieben der beschriebenen Aspekte beschäftigen sich mit dem Status der Wissenschaft, während die letzten drei die Prozesshaftigkeit von Wissenschaft erfassen. Dabei wird gleichzeitig ein Beispiel herangezogen, das die Herausarbeitung von spezifischen Aspekten der Aussage aufzeigen soll.

„Denn seine Hyperaktivität hat im subjektiven Erleben des Kindes eine tiefere Bedeutung, die es zu verstehen gilt, um angemessen damit umzugehen lernen. Diese Bedeutung hängt

¹⁵ Gruber, vormals Kreipner

mit den jeweiligen Beziehungserfahrungen mit den primären Objekten zusammen (Gerspach 2004, 58).

8.2.1 Abschnitte^{EZ}

Geht es nun darum, die spezifisch psychoanalytische Sichtweise durch Strukturierung mittels der 4 Abschnitte^{EZ} in einen Ordnungsrahmen zu bringen, so richtet sich der 1. Blick auf den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung. In diesem Abschnitt^{EZ} lässt sich die grundlegende Betrachtungsweise in psychoanalytischen Annahmen herausarbeiten.

Schaut man auf die oben herausgestellte Aussage Gerspachs, so lässt sich in dem ersten Zitatsausschnitt folgende Aussage als grundlegende Betrachtungsweise herauslösen:

Hyperaktivität hat im subjektiven Erleben des Kindes eine tiefere Bedeutung.

Damit lässt sich die psychoanalytische Ausgangslage hier dadurch kennzeichnen, dass hinter einem Symptom oder einer beobachtbaren Verhaltensweise eine Bedeutung vermutet wird.

Demnach wird in der Auseinandersetzung mit dem AD(H)S Syndrom im Zuge der Diplomarbeit versucht herauszuarbeiten, dass Hyperaktivität als Symptom im Sinne eines Bedeutungsträgers verstanden werden kann.

Im Abschnitt^{EZ} der Kausalisierungen geht es um die Bestimmung der Ursachenzusammenhänge für die in einer Aussage beschriebenen Phänomene. Für die oben gewählte Aussage lässt sich dabei eine Andeutung eines Wirkungszusammenhanges im letzten Teil des Zitats ausmachen:

Diese Bedeutung hängt mit den jeweiligen Beziehungserfahrungen mit den primären Objekten zusammen.

Jeweilige Beziehungserfahrungen mit den primären Objekten wirken demnach auf die Art und Weise der dem Symptom Hyperaktivität zugrunde liegenden Bedeutung für das Kind ein.

Es kann daher als ein erster Schritt im Sinne eines Ergebnisentwurfs angenommen werden, dass der Hyperaktivität spezifische Ausprägungen primärer Beziehungserfahrungen zu Grunde liegen.

Die Abschnitte^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung zeigen die Zielvorstellungen und Methoden, die zur Realisierung der Ziele angemessen erscheinen auf. In diesem Fall sogar in direktem Wirkungszusammenhang im Sinne einer Kausalisierung.. Wenn in dem Zitat von der

tiefere Bedeutung, die es zu verstehen gilt, um angemessen damit umzugehen lernen

gesprochen wird, so wird hier deutlich, dass das Verstehen zum einen als Ziel und Methode gleichermaßen von Wichtigkeit ist. In Verbindung mit der im vorangegangenen Absatz herausgearbeiteten Bedeutung primärer Beziehungserfahrungen und deren Einfluss auf den Gehalt des Symptoms wird folgendes deutlich: Die Annahme, dass Beziehungserfahrungen die tiefere Bedeutung des Symptoms bedingen und diese verstanden werden soll, kann auch im Abschnitt der Phänomenalisierung betrachtet werden. Dadurch lässt sich ein spezifisch psychoanalytisch-pädagogisches Anliegen ableiten, wodurch das Sehen und Verstehen im pädagogischen Rahmen und die Pädagogin als Beziehungspartnerin zum Ziel wie auch zur

Methode für die Pädagogik werden. Es wird also ersichtlich, dass die Anforderung an die personifizierte Umgebung des Kindes, beispielsweise an die Pädagogin, in der Bereitschaft und Auseinandersetzung mit dem Verstehen der Bedeutung liegt. Nicht ausmachen lässt sich durch dieses Zitat die Beschaffenheit des Verstehensprozesses.

8.2.2 Zusammenführung

Werden nun die in den einzelnen Abschnitten analysierten Einheiten zusammengetragen, ergeben sich jene Standpunkte, die in weiterer Folge einen entsprechenden Ansatz bedingen, der unter einem neuen Blickwinkel betrachtet werden kann:

- Hyperaktivität als Symptom hat eine Bedeutung.
- Die Bedeutung des Symptoms Hyperaktivität steht im Zusammenhang mit frühkindlichen Beziehungserfahrungen.
- Das Verstehen der Bedeutung von Hyperaktivität im Kontext der primären Beziehungserfahrungen ist wesentlich.

Aus dem heraus lässt sich als neue Aussage in den Abschnitt der Phänomenalisierung folgende Annahme stellen:

Das Erkennen und Verstehen der Bedeutung des Symptoms Hyperaktivität ist Aufgabe der Pädagogin, wodurch Methode und Ziel pädagogischen Handelns definiert oder erweitert werden können.

Hinsichtlich des Forschungsvorhabens der Diplomarbeit wird die Herausarbeitung und Vertiefung dieses Ansatzes mit Hilfe des EZ unter Bezugnahme spezieller psychoanalytisch-pädagogischer Konzepte auf den ganzen Symptomkomplex AD(H)S angestrebt.

Im Anschluss werden nun die weiteren Dimensionen des EZ kurz in Bezug auf das Aussagebeispiel vorgestellt.

8.3 Überblick über die weiteren Dimensionen des Empirischen Zirkels

8.3.1 Bereiche^{EZ}

Diese Dimension betrifft die Bestimmung der zu analysierenden Textstelle als eine Aussage aus dem Bereich der Empirie oder Theorie.

All jene Aussagen, die die Wirklichkeit an sich zu erfassen versuchen, sind dem Bereich der Theorie zuzurechnen. Aussagen, die konkrete Probleme beschreiben, örtlich und zeitlich beschränkt sind oder sich auf ein oder mehrere bestimmte Phänomene beziehen, werden dem Bereich der Empirie zugeordnet (vgl. Stephenson 2003, 121).

Die Aussage von Gerspach ist als Aussage aus dem Bereich der Theorie zu verstehen, weil es um eine Annahme der Beschaffenheit von Wirklichkeit an sich geht: Der Autor bewegt sich in begrifflich theoretischem Sinn mit dem Phänomen der Hyperaktivität und wie es verstanden werden soll.

8.3.2 Ebenen^{EZ}

Das Ausmaß der Gültigkeit der Aussagen innerhalb der Bereiche ist auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. So können Aussagen hinsichtlich ihres Anspruchs auf Allgemeingültigkeit unterschieden werden (vgl. Stephenson 2003, 122).

Bezogen auf das angeführte Beispiel handelt es sich um eine Aussage, die auf das Symptom der Hyperaktivität beschränkt ist. In diesem Teilausschnitt der Pädagogik bewegt sich der Autor jedoch auf hoher Ebene^{EZ}, wenn er von Hyperaktivität an sich, dem Kind an sich und dem Verstehen dessen durch die pädagogisch handelnden Personen spricht. In diesem Sinn lassen sich sowohl hinsichtlich der Erfassung der Phänomenalisierung und Kausalisierung als auch der daraus resultierenden Postulate hinsichtlich der Aufgabenstellung von Pädagogik noch nur weitgehend entdifferenzierte – oben als ‚andeutend‘ beschriebene – Aussagenelemente herauskristallisieren. Das Verstehen der Bedeutung der Hyperaktivität für einen geeigneten Umgang mit dem betroffenen Kind ist in appellativer Form an die Leserin gerichtet. Es zeigt sich hier, dass ein dynamischer Aspekt des EZ hinzugezogen werden kann. Demnach tritt unter Einbezug der Dimension der *Modalitäten*^{EZ} die Aussage zum einen als Feststellung sowie als Aufforderung und Anregung, das aufgezeigte Wissen für den Umgang mit dem Kind entsprechend zu verwerten, in Erscheinung.

8.3.3 Räume^{EZ}

Menschliches Denken zur Wissenschaftsproduktion findet in unterschiedlichen Räumen^{EZ} statt. Es lässt sich der personale, der interpersonale und der virtuelle Denkraum unterscheiden (vgl. Stephenson 2003, 126). Unter dem personalen Denkraum ist die wissenschaftliche Leistung einer bestimmten Person zu verstehen, d.h. die oben getätigte Aussage ist im personalen Denkraum des Autors Gerspach entstanden. Sind mehrere Wissenschaftlerinnen an einer Aussage oder einem wissenschaftlichen Text beteiligt, wird vom interpersonalen Denkraum gesprochen. Der virtuelle Denkraum betrifft die Einbettung der Aussage in eine Wissenschaftsdisziplin. Im Rahmen der Diplomarbeit werden verschiedene Aussagen unterschiedlicher Autorinnen (personale Denkräume) herangezogen, um ein gemeinsames psychoanalytisch-pädagogisches Kriterium (als virtueller Denkraum: der Disziplin Pädagogik in ihrer Version von psychoanalytischen Grundannahmen geprägt) herauszuarbeiten.

8.3.4 Positionen^{EZ}

Die Positionen^{EZ} sind als der Ort oder Blickwinkel zu verstehen, von dem aus das in einer Aussage beschriebene Phänomen untersucht und erfasst wird. Die Auseinandersetzung im Zuge der Diplomarbeit mit AD(H)S erfolgt aus einer wissenschaftsreflexiven Position^{EZ} heraus, in dem die gängige Aufbereitung der Thematik und die sich daraus ableitenden pädagogischen Konzepte unter Einbeziehung spezifisch psychoanalytischer Erkenntnisse und Annahmen beleuchtet werden. Die beleuchteten Aussagen sind dabei als aus wissenschaftlicher Position getätigte verstehbar, als sie aus einem, in systematischer Weise auf die pädagogische Praxis reflektierenden, Theorien entfaltenden Blick unternommen werden.

8.3.5 Bezüge^{EZ}

Unter dem Aspekt der Bezüge^{EZ} wird erfassbar, wie und zu welchem Zweck auf Wissen und Erkenntnisse zurückgegriffen wird. In Zuge wissenschaftlicher Auseinandersetzung wird vorhandenes Wissen übernommen und integriert (aneignender Bezug^{EZ}), untersucht und überprüft (untersuchender Bezug^{EZ}), vermittelt und gelehrt (vermittelnder Bezug^{EZ}), sowie angewandt und erweitert (anwendender Bezug^{EZ}) (vgl. Stephenson 2003, 124ff).

Das psychoanalytische Verständnis von Krankheit und Gesundheit besagt, dass psychische oder psychosomatische Symptomen im Zusammenhang mit frühkindlichen Beziehungserfahrungen stehen (vgl. Bovensiepen 2004, 14). Sich darauf beziehend verbindet Gerspach die Bedeutung der Hyperaktivität mit der Notwendigkeit des Verstehens für einen entsprechenden Umgang mit dem betroffenen Kind. Somit kann dieser spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Ansatz zu Hyperaktivität in Verbindung mit anderen pädagogischen Konzepten gebracht werden und in die pädagogische Praxis integriert werden

8.3.6 Rahmen^{EZ}

Bei der Dimension der Rahmen^{EZ} können zwei Unterdimensionen unterschieden werden. Einerseits kann der präfixierte Rahmen^{EZ} sich durch Hauptrahmen, Überraumen und Nebenrahmen bestimmen lassen. Unter Hauptrahmen ist der abgeschlossene Text zu verstehen. Hierbei handelt es sich um eine Textaussage aus dem Aufsatz oder Artikel „Hyperaktivität aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik“ des Herausgeberbandes „Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie“, wobei der Herausgeberband den Überraumen darstellt. Der Unterrahmen bezieht sich auf den innertextlichen Rahmen^{EZ}, während der Nebenrahmen auf einen Nebentext im Sinne von Verzeichnissen oder Abstracts verweist. Andererseits kann über die freien Rahmen^{EZ} die Textanalyse nach den Dimensionen erfolgen (vgl. Stephenson 2008 in Arbeit)

8.3.7 *Seiten*^{EZ}

Die Dimension Seite^{EZ} kann sich in zwei Eigenarten zeigen. So kann ein Text auf diese Weise analysiert werden, dass jenes, was von Seite^{EZ} der Autorin als Text geschaffen wurde, über weitere Dimensionen des EZ betrachtet wird. In der anderen Ausprägung wäre das zu analysieren, was von Seite^{EZ} des Gegenstandes als Text ansteht (vgl. Stephenson 2008 in Arbeit).

8.3.8 *Strukturen*^{EZ}

Die Dimensionen der Strukturen^{EZ} lassen sich in mehrere Unterdimensionen differenzieren. Elemente, welche den Diskurs organisierend beschreiben werden, weisen eine qualitative Struktur auf, während für Elemente, die von einem räumlichen Standpunkt aus den meisten Platz einnehmen, eine quantitative Struktur bestimmt werden kann. Darüber hinaus lassen sich zwei Unterdimensionen von Strukturen bestimmen. Die Strukturen 1 lassen sich in Kombination mit den Dimensionen: Rahmen, Themen, Bereiche, Abschnitte, Ebenen und Modalitäten ermitteln. Die Strukturen 2 ermöglichen die Analyse von Textarten und Texttypen. Weiters können noch einfache von komplexen Strukturen unterschieden werden (vgl. Stephenson 2008 in Arbeit).

Jene Dimensionen, die die Dynamik von Wissenschaft erfassen, seien hier der Vollständigkeit halber erwähnt, sind aber für das Vorhaben der Diplomarbeit weniger bedeutsam und werden nur im Bedarfsfall in Erscheinung treten. Es handelt sich dabei um die Modalitäten^{EZ}, Übergänge^{EZ} und Chronologien^{EZ}

8.3.9 *Modalitäten*^{EZ}

Die *Modalitäten*^{EZ} bestimmen die Art und Weise, wie Wissen in einer Aussage verankert wird. Aussagen können sich darin unterscheiden, ob sie als Behauptung, Feststellung oder Frage fungieren.

8.3.10 *Übergänge*^{EZ}

Ob nun neue Erkenntnisse dargestellt oder bereits vorhandenes Wissen unter einem bestimmten Gesichtspunkt aufbereitet wird, so geschieht dies durch einen speziellen Argumentationsaufbau. *Übergänge*^{EZ} werden zwischen den einzelnen Aussagen geschaffen, wodurch sich die spezifische Argumentationsstruktur und der sich daraus ableitende nachfolgenden Erkenntnisprozess auszeichnet (vgl. Kreipner, 57).

8.3.11 Chronologien^{EZ}

Bezüglich der *Chronologien*^{EZ} ist anzumerken, dass je nach dem wie und in welcher Reihenfolge Aussagen ihrem Inhalt nach analysiert werden und die Aufarbeitung des Wissens und der Argumentation erfolgt, ein bestimmtes Bild der Thematik entsteht (vgl. Stephenson 2003, 130).

Im Rahmen des Forschungsvorhabens dieser Diplomarbeit sind vor allem die Dimensionen der Abschnitte^{EZ}, Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} von Bedeutung.

8.4 Wahl und Bedeutung des EZ in dieser Arbeit

Durch die Bearbeitung der als Beispiel angeführten Aussage lässt sich die Bedeutung des Empirischen Zirkels für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit folgendermaßen beschreiben: Unter dem Aspekt der Abschnitte soll herausgearbeitet werden, dass der Fokus der Betrachtungsweise auf der tieferen Bedeutung hinter der AD(H)S Symptomatik liegt. Im Abschnitt der Phänomenalisierung zeigt sich, dass das Symptom als Bedeutungsträger einer ganz speziellen psychoanalytischen Denkweise entspricht.

Durch die spezifische Systematik zur Erfassung und Analyse von Texten einer Disziplin ermöglicht der Empirische Zirkel eine spezielle Aufbereitung jener wissenschaftlichen Ansätze, die, in diesem Fall hinsichtlich der Befassung mit AD(H)S in der psychoanalytischen Ausprägung ihrer Perspektive markant erscheinen. Das Aufzeigen und Darstellen jener Außergewöhnlichkeit der Zugänge vor dem Hintergrund des EZs klärt dabei zum einen die Befassungen mit AD(H)S durch verschiedene Autorinnen und hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte dahingehend, als eine Art disziplintypisch feststellbare Gemeinsamkeit herausstellbar wird: Die der Disziplin eigene grundsätzliche Betrachtungsweise, die damit verbundenen Erklärungszusammenhänge einerseits, die Ableitung von Ansätzen wie auch für die Praxis relevante und aus ersterem resultierende Schlussfolgerungen hinsichtlich Zielvorstellung und anzuwendender Methodenansätze andererseits.

Als Ergebnislage ergibt sich damit zum einen in weiterer Folge die Möglichkeit einer nach systematisierten Gesichtspunkten erfolgende Gegenüberstellung des psychoanalytischen Ansatzes mit den gängigen Theorien zu AD(H)S. Zum anderen stellt die wissenschaftsanalytische Herausarbeitung zentraler Aspekte der unterschiedlichen Theorien hinsichtlich der Abschnitte der Phänomenalisierungen, Kausalisierungen, Medialisierungen und Finalisierungen das wesentliche psychoanalytische Moment der Betrachtungsweise von AD(H)S wissenschaftsanalytisch in spezieller Art und Weise heraus. Mit Hilfe des systematischen Katalogs kann durch die spezifische Zusammenschau und daraus resultierender Orientierungsfunktion für praxisleitende psychoanalytisch-pädagogische Konzepte eine wissenschaftlich aufbereitete Ausgangslage geschaffen werden.

9 Untersuchungsteil

Im Rahmen dieses Kapitels geht es an die Darstellung der durch die textanalytische Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse. Als Untersuchungsmaterial diente eine Auswahl an Aussagen von Autorinnen, die für die psychoanalytische, resp. psychoanalytisch-pädagogische Befassung mit AD(H)S – auch über die Zusammenschau im Kapitel. 6 herausgearbeitet – repräsentativ erschienen. Gleichzeitig muss aufgrund des Rahmens einer Diplomarbeit sowohl hinsichtlich Auswahl, als auch hinsichtlich der Bearbeitung auf den exemplarischen Charakter der Untersuchung hingewiesen werden. Die Präsentation der textanalytischen Ergebnisse geschieht auf Basis der über Textanalyseprotokolle getätigten Aufzeichnungen. Die Herantastung an die diplomarbeitsleitende Fragestellung erfolgt über einen Fragenkatalog, dessen Fragen im Sinne eines Überblicks nachfolgend aufgelistet werden.

9.1 Fragenkatalog

- Welche Elemente lassen sich im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung als spezifisch psychoanalytische Eigenart in der Bestimmung von AD(H)S ausmachen?
- Inwiefern lassen sich die Aussagen in spezifisch psychoanalytischen Ansätzen im Abschnitt der Phänomenalisierung festmachen?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} verorten?
- Welche Erklärungszusammenhänge hinsichtlich der Ursachen und Entstehung im Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung von AD(H)S werden aus psychoanalytischer Sicht angenommen?
- Welche Faktoren werden als zentral für die Entstehung von AD(H)S verstanden und: in welchen Wirkungszusammenhängen lassen sich die als typisch herausgearbeiteten Elemente als Kausalisierungen erfassen?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} verorten?
- Welche Elemente lassen sich im Abschnitt^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung als spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Elemente festmachen?
- Inwiefern bestimmen diese Betrachtungs- und Erklärungsweisen einen pädagogischen Zugang / Umgang als psychoanalytisch-pädagogischen Zugang/ Umgang?
- Welche Elemente lassen sich bezüglich der Medialisierung/Finalisierung als speziell psychoanalytisch-pädagogische Elemente herauslesen?
- Inwiefern wird die spezifisch psychoanalytische Betrachtungsweise im Sinne der Phänomenalisierung von AD(H)S als psychoanalytisch-pädagogische Betrachtungsweise erkennbar?
- Welche psychoanalytisch- pädagogischen Vorstellungen lassen sich hinsichtlich eines ähnlichen Gebrauchs von Begrifflichkeiten wie z.B. Halt und Struktur geben, empathischer Umgang etc. innerhalb unterschiedlicher pädagogischer Ansätze herausarbeiten?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} verorten?
- Welche wesentlichen Unterschiede der Erklärungsansätze können einander im Abschnitt der Phänomenalisierung gegenüber gestellt werden?

- Welche markanten Merkmale in psychoanalytisch-pädagogischen Konzepten finden innerhalb der psychoanalytischen Pädagogik, wodurch auf Basis psychoanalytischer Theorien zu AD(H)S für diese Kinder ein geeigneter Umgang ermöglicht werden kann?
- Welche Rolle nimmt die Pädagogin im Sinne eines psychoanalytisch-pädagogischen Verständnisses ein? Wie lässt sich aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht der Unterschied einer freundlich und dem Kind zugewandten Pädagogin zu einer zusätzlich verstehenden und sich als Beziehungspartnerin reflektierten Pädagogin festmachen?

9.2 Untersuchung

Die Bearbeitung der im Fragenkatalog aufscheinenden Fragen erfolgt an Hand ausgewählter Textausschnitte verschiedener repräsentativer Autorinnen. Über einige Rekonstruktionsschritte kommen die aufgearbeiteten Kernaussagen zustande. Die Kennzeichnung der einzelnen Arbeitsschritte sowie der reduzierten Elemente erfolgt über eine Beschriftung am unteren Rand des Textfeldes. Die Nummerierung der Textfelder in dieser Arbeit entspricht der Reihenfolge ihres Auftretens, während der Hinweise auf die einzelnen Rekonstruktionsschritte der Nummerierung der Textanalyseprotokolle folgen, die zur Einsicht bei Bedarf zur Verfügung stehen.

9.2.1 *Untersuchung hinsichtlich der phänomenalisierenden Elemente in der Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart*

In diesem Teil der Untersuchung werden Textaussagen der Autorinnen Heinemann und Hopf, Häußler und Hopf, Leuzinger-Bohleber und Molitor unter dem gezielten Augenmerk der Phänomenalisierung herangezogen und die aussagekräftigsten Elemente der Textausschnitte rekonstruiert. Entsprechend einem hohen Gültigkeitsanspruch im Sinne einer Paradigmenwertigkeit handelt es sich um Aussagen, die auf einer hohen Ebene^{EZ} zu verorten sind und dem Bereich^{EZ} der Theorie zugerechnet werden können. Es kann dabei folgende Gliederung dieses Unterkapitels bestimmt werden:

- a) AD(H)S als Sammeldiagnose bei Heinemann und Hopf
- b) Psychische Störung und dahinter liegende Konflikte bei Heinemann und Hopf
- c) Konflikte und Strukturdefizite bei Heinemann und Hopf
- d) Trennungsprobleme bei Häußler und Hopf
- e) Trennungs- und Bindungsstörungen bei Heinemann und Hopf
- f) Die tiefere Bedeutung bei Häußler und Hopf
- g) Ergebnis einer unbewussten Abwehr bei Heinemann und Hopf
- h) Persönlichkeitsstrukturen bei Leuzinger- Bohleber
- i) Bedeutung von Beziehung bei Molitor
- j) Zusammenführung

Dabei kommt es zur Auseinandersetzung mit dem ersten Fragenkomplex unter dem Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung:

- Welche Elemente lassen sich im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung als spezifisch psychoanalytische Eigenart in der Bestimmung von AD(H)S ausmachen?
- Inwiefern lassen sich die Aussagen in spezifisch psychoanalytischen Ansätzen im Abschnitt der Phänomenalisierung festmachen?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} verorten?

a) AD(H)S als Sammeldiagnose bei Heinemann und Hopf

Anhand des anschließenden Textausschnittes der Autorinnen Heinemann und Hopf wird versucht herauszuarbeiten, welche grundlegende Annahme im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung sich im Verständnis von AD(H)S verankern lässt. Das Buch *AD(H)S, Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie (2006)* des Autorinnenduos wurde als Grundlage für die psychoanalytische Auseinandersetzung mit AD(H)S in dieser Arbeit herangezogen, wodurch sich auch verdeutlichen lässt, warum Textausschnitte der Autorinnen Heinemann und Hopf in Rahmen der textanalytischen Auseinandersetzung gehäuft herangezogen werden.

Was heute als AD(H)S diagnostiziert wird, ist darum in der Regel eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata, auch transgenerationale, zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zur Entwicklungsstörungen durch Erziehung.

TF¹⁶, Referenz OT¹⁷ Heinemann & Hopf 2006, 18

Die Autorinnen verstehen AD(H)S als Störung, die unterschiedliche Ursachen haben kann. Als Ursachen kommen prä- oder perinatale Schädigungen, unterschiedliche Formen von Traumata, frühe Störungen der Objektbeziehungen, Bindungsstörungen oder auch erziehungsbedingte Entwicklungsstörungen in Frage. Der zweite Teil der Aussage bleibt an dieser Stelle noch unbearbeitet, wird aber zu einem späteren Zeitpunkt im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung im Rahmen des Abschnittes^{EZ} der Kausalisierung Erwähnung finden. Aus diesem Grund wird im anschließenden Textfeld nur jener Teil der Aussage hervorgehoben, der im Augenblick zur textanalytischen Auseinandersetzung herangezogen wird.

¹⁶ Textfeld

¹⁷ Originaltext

Was heute als AD(H)S diagnostiziert wird, ist darum in der Regel eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata, auch transgenerationale, zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zur Entwicklungsstörungen durch Erziehung.

TF 2, TT¹⁸ 1, Referenz TF 1

Für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung als spezifisch psychoanalytische Eigenart lässt sich folgendes festhalten:

AD(H)S ist eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen.

TF 3, TR¹⁹ 1, (Referenz TAP²⁰ TF 3)

Aus der Aussage lässt sich erkennen, dass aus einem psychoanalytischen Blickwinkel heraus die Diagnose AD(H)S nicht als ein bestimmtes Störungsbild verstanden wird. Vielmehr bezeichnet die Diagnose AD(H)S einen Störungskomplex, dessen Ursachen ganz unterschiedlich sein können

b) Psychische Störung und dahinter liegende Konflikte bei Heinemann und Hopf

Es erfolgt in einem nächsten Schritt die Herantastung an einen anderen Aspekt die Phänomenalisierung betreffend über eine weitere Aussage der Autorinnen Heinemann und Hopf.

Psychoanalytisch gesehen haben wir es [bei AD(H)S, Anm. B.S.] mit psychischen Störungen und den dahinter liegenden Konflikten zu tun.

TF 4, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 17

Die Aussage verdeutlicht, dass es sich aus psychoanalytischer Perspektive bei AD(H)S um eine psychische Störung handelt, und dass hinter dieser Störung Konfliktdynamiken vermutet werden. Die psychoanalytische Auseinandersetzung mit AD(H)S impliziert also eine Beschäftigung mit einer psychischen Störung und den dahinter liegenden Konflikten.

Als spezifisch psychoanalytische Eigenart im Verständnis von AD(H)S im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung kann die folgende Aussage genannt werden:

AD(H)S entspricht einer psychischen Störung mit dahinter liegenden Konflikten

TF 5, TR 1, (Referenz TAP TF 6)

¹⁸ Texttransformation

¹⁹ Textrekonstruktion

²⁰ Textanalyseprotokoll

c) Konflikte und Strukturdefizite bei Heinemann und Hopf

In einem nächsten Schritt wenden wir uns erneut einer Aussage der Autorinnen Heinemann und Hopf zu.

Mit diesem Buch möchten wir darlegen, dass einem Störungsbild wie AD(H)S spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zugrunde liegen. Mögliche organische Beeinträchtigungen sind nur als Vulnerabilitäten neben anderen zu sehen.

TF 6, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006,7

Die Autorinnen Heinemann und Hopf beschreiben das Anliegen ihres Buches, herauszuarbeiten, dass es sich bei AD(H)S um ein Störungsbild handelt, das sich zum einen über eine spezielle intrapsychische und interpersonale Konfliktdynamik zum anderen über Mängel in der Strukturentwicklung erklären lässt. Organische Einflussfaktoren werden mit anderen Einflussfaktoren als gleichwertig an der Ausbildung von AD(H)S beteiligt erachtet.

In einem nächsten Schritt richtet sich der Blick auf jenen Aspekt des Textausschnittes der an dieser Stelle für die Herantastung an die diplomarbeitsleitende Fragestellung bedeutsam erscheint.

Mit diesem Buch möchten wir darlegen, dass einem Störungsbild wie AD(H)S spezifische, intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zugrunde liegen. Mögliche organische Beeinträchtigungen sind nur als Vulnerabilitäten neben anderen zu sehen.

TF 7, TT 1, (Referenz TAP TF 8)

Für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung lässt sich die Aussage folgendermaßen ausformulieren und als spezifisch psychoanalytisches Element im Verständnis von AD(H)S festmachen:

AD(H)S liegen spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zugrunde.

TF 8, TR 1, (Referenz TAP TF 9)

d) Trennungsprobleme bei Häußler und Hopf

Die nächste zu bearbeitende Aussage bezieht sich darauf, dass neben Bindungsstörungen auch Objektverlust und Trennungen sich in der Lebensgeschichte von AD(H)S Kindern finden. Heinemann und Hopf konnten in ihrer Studie bei 35% der Mädchen und bei 20% der Buben beispielsweise Aufenthalte in einem Krankenhaus in der frühen Kindheit feststellen (2006, 104)

Auch Trennungsprobleme sind wie Heinemann / Hopf (2001) ausführlich, in der Lebensgeschichte von Kindern mit hyperkinetischen Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung häufig anzutreffen.

TF 9, Referenz OT Häußler & Hopf 2004,32

Die Autorinnen verweisen auf Heinemann und Hopf, in dem sie angeben, dass das Auftreten von AD(H)S mit Trennungsproblemen in der Lebensgeschichte der betroffenen Kinder verbunden ist.

Auch Trennungsprobleme sind wie Heinemann / Hopf (2001) ausführlich, in der Lebensgeschichte von Kindern mit hyperkinetischen Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung häufig anzutreffen.

TF 10, TT 1, (Referenz TAP TF 6)

Hier lassen sich die obigen Punkte hinsichtlich des Erlebten, das in Szene gesetzt wird, ausdifferenzieren:

AD(H)S liegen häufig Trennungsprobleme zugrunde.

TF 11, TR 1, Referenz TF 8

e) Trennungs- und Bindungsstörungen bei Heinemann und Hopf

Über die vorangegangene textanalytische Auseinandersetzung wurde aufgezeigt, dass häufig Trennungsprobleme in der Lebensgeschichte von Kindern mit AD(H)S zu finden sind. Davor lag der Schwerpunkt der Betrachtungsweise auf der Annahme, dass hinter dem AD(H)S Syndrom innerpsychische Konflikte liegen. Eine Art Zusammenführung dieser beiden Aspekte bietet die nachfolgende Aussage der Autorinnen Heinemann und Hopf an.

Zentrale innere Konflikte sind nach den Erfahrungen der Autoren Trennungs- und Bindungsstörungen.

TF 12, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 132

Die Autorinnen berufen sich auf ihren Erfahrungsschatz in der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern und sehen als Konfliktpunkte des AD(H)S Trennungs- und Bindungsstörungen.

„Zentrale innere Konflikte sind nach den Erfahrungen der Autoren Trennungs- und Bindungsstörungen“.

TF 13, TT 1, (Referenz TAP, TF 37)

Für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung kann die nachfolgende Aussage als charakteristisch für das psychoanalytische Verständnis von AD(H)S genannt werden:

Zentrale innere Konflikte sind Trennungs- und Bindungsstörungen.

TF 14, TT 2, (Referenz TAP, TF 38)

f) Die tiefere Bedeutung bei Häußler und Hopf

In einem nächsten Schritt kommt es nun zur Hinwendung zu einem Textausschnitt von Häußler & Hopf. Gabrielle Häußler und Hans Hopf finden sich in aktuellen Publikationen hinsichtlich einer psychoanalytischen Auseinandersetzung mit AD(H)S nicht nur gemeinsam, sondern auch als alleinige Autorinnen oder in Kombination mit anderen Autorinnen wieder, so dass sie aus einer psychoanalytischen Perspektive heraus den AD(H)S Diskurs mitgestaltend als bedeutsam bestimmt werden können.

Wenn wir auch andere Sichtweisen und Ansätze akzeptieren und für eine ganzheitlich orientierte Betrachtungsweise eintreten, die unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten ermöglicht, ohne jeweils die andere, vielleicht konträre Zugangsmöglichkeit von vornherein und ungerechtfertigt abzuwerten, **so ist es uns Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern natürlich daran gelegen, die tiefere Bedeutung, das hinter dem Symptom Abgewehrte, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes mit hyperkinetischem Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung zu erspüren, die aktuellen Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. frühere Muster zu verstehen**, hiermit therapeutisch angemessen umzugehen und der Wiederholung ungünstiger Erfahrungen Einhalt zu gebieten

TF 15, TT1, Referenz OT Häußler & Hopf 2004, 40

Es zeigt sich, dass ein spezifisch psychoanalytischer Ansatz zu AD(H)S im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise neben anderen Zugangsweisen bestehen kann. Im psychoanalytischen Fokus liegt das Bemühen, das hinter dem Symptom Abgewehrte zu begreifen, den subjektiven Sinn des Kindes mit AD(H)S in seinem Erleben zu verstehen und aktuelle Inszenierungen als Wiederholung entsprechender Muster zu betrachten und auf diese therapeutisch angemessen zu reagieren, um eine Wiederholung ungünstiger Erfahrungen zu vermeiden.

Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern ist daran gelegen, die tiefere Bedeutung, das hinter dem Symptom Abgewehrte, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes mit hyperkinetischem Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung zu erspüren, die aktuellen Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. frühere Muster zu verstehen.

TF 16, TT 2, (Referenz TAP, TF1)

Daraus lässt sich folgende Rekonstruktion herausstellen:

Hinter dem Symptom AD(H)S liegt

- Abgewehrtes;
- ein Sinn im subjektiven Erleben des Kindes;
- aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster; die es zu erspüren und verstehen gilt.

TF 17, TR 1, (Referenz TAP, TF 2)

Daraus lassen sich 3 für die Phänomenalisierung bedeutsame Aussagen herausarbeiten:

- AD(H)S ist Ausdruck von Abgewehrtem
- AD(H)S liegt ein Sinn im subjektiven Erleben des Kindes zugrunde
- AD(H)S beinhaltet aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster

TF 18, TR 2, (Referenz TAP, TF 2)

Hier zeigt sich bereits auch ein Aspekt, der für die Finalisierung bedeutsam erscheint und der hier zur Verdeutlichung der Vernetzung erstmals angeführt wird, allerdings erst in einem nachfolgenden Abschnitt der Arbeit erneut bearbeitet wird.

Im Zusammenhang mit dem Abschnitt^{EZ} der Finalisierung bedeutsam sind folgende Aspekte zu nennen:

(als psychoanalytische Eigenheit) gilt es

- den Ausdruck von Abgewehrtem zu erspüren,
- den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes zu erspüren,
- aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster zu verstehen.

TF 19, TR 3, (Referenz TAP, TF 3)

Zusammenfassend lässt sich für die Phänomenalisierung anführen, dass die psychoanalytische Betrachtungsweise von einer tieferen Bedeutung ausgeht, die dem Symptom zugrunde liegt. Das Symptom, und AD(H)S an sich kann als Symptom verstanden werden, ist als Resultat eines Abwehrprozesses zu betrachten. Weiters wird AD(H)S im subjektiven Erleben des Kindes ein Sinn zugeschrieben. Es zeigt sich hier bereits eine spezifisch psychoanalytische Eigenart der Betrachtungsweise von AD(H)S.

g) Ergebnis einer unbewussten Abwehr bei Heinemann und Hopf

Der nachfolgende Textausschnitt befasst sich mit einem weiteren Aspekt einer spezifisch psychoanalytischen Sichtweise zum AD(H)S Syndrom bzw. zur Hyperaktivität²¹.

Hyperaktivität ist aus Sicht der Psychoanalyse das Ergebnis einer unbewussten Abwehr, die dazu dient, vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten oder vernichtenden Phantasien zu schützen.

TF 20, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 131

Aus psychoanalytischer Sicht wird deutlich, dass es sich bei AD(H)S um das Resultat eines unbewussten Vorganges in Form einer Abwehr handelt. Innere Ängste, Konflikte und beängstigende Fantasien müssen abgewehrt werden.

Hyperaktivität ist aus Sicht der Psychoanalyse das Ergebnis einer unbewussten Abwehr, die dazu dient, vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten oder vernichtenden Phantasien zu schützen.

TF 21, TT 1, (Referenz TAP, TF 40)

Hyperaktivität ist aus Sicht der Psychoanalyse das Ergebnis einer unbewussten Abwehr.

TF 22, TT 2, (Referenz TAP, TF 41)

Folgende Rekonstruktion kann herausgearbeitet werden:

Hyperaktivität ist Ausdruck einer unbewussten Abwehr.

TF 23, TR 1, (Referenz TAP, TF 42)

Ein weiterer Aspekt von Relevanz für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung ergibt sich, wenn erneut die vollständige Aussage zur Bearbeitung herangezogen wird.

Hyperaktivität ist aus Sicht der Psychoanalyse das Ergebnis einer unbewussten Abwehr, die dazu dient, vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten oder vernichtenden Phantasien zu schützen.

TF 24, TT 3, (Referenz, TAP TF 40)

²¹ Es wird angenommen, dass das Symptom Hyperaktivität als ein Kernsymptom des AD(H)S herausgegriffen wurde und als Beispiel auch für alle weiteren Kernsymptome und daher für AD(H)S an sich fungiert.

Hyperaktivität als Resultat einer unbewussten Abwehr **schützt vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten oder vernichtenden Phantasien.**

TF 25, TR 2, (Referenz, TAP TF 44)

Hyperaktivität schützt vor:

- Inneren Ängsten
- schmerzhaften Konflikten
- vernichtenden Phantasien

TF 26, TR 3, (Referenz TAP, TF 44)

h) Persönlichkeitsstrukturen bei Leuzinger- Bohleber

Weiters kann aus einem Textausschnitt der Autorin Leuzinger-Bohleber für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung folgender Aspekt, der als wesentlich zu erachten ist, herausgearbeitet werden

Den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung betreffend ergibt sich folgende Aussage:

Dem AD(H)S liegen unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen zugrunde.

TF 27, TR 1, (Referenz TAP, TF 53)

i) Bedeutung von Beziehung bei Molitor

Abschließend wenden wir uns einer Aussage von Molitor zu. Der Kinder- und Jugendpsychiater und Psychoanalytiker *Günther Molitor* ist als Mitherausgeber des Buches *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* zu nennen. Der Autor verweist in seiner Aussage auf das Modell von Hüther, das in dieser Arbeit unter dem Kapitel 4.1 vorgestellt wurde

Hüthers „entwicklungsbiologisches und entwicklungspsychologisch“ begründetes Modell berücksichtigt, dass der Mensch ein biologisches, psychologisches und soziales Wesen ist und dass für die normale und pathologische Entwicklung der Faktor Beziehung von entscheidender Bedeutung ist.

TF 28, Referenz OT Molitor 2004, 9

Molitor deutet auf das Modell von Hüther hin, das den Menschen gleichermaßen als biologisches, psychologisches und soziales Wesen wahrnimmt und das dem Beziehungsfaktor für die Gesamtheit der Entwicklungsprozesse wesentliche Bedeutung einräumt.

Hüthers „entwicklungsbiologisches und entwicklungspsychologisch“ begründetes Modell berücksichtigt, dass der Mensch ein biologisches, psychologisches und soziales Wesen ist und **dass für die normale und pathologische Entwicklung der Faktor Beziehung von entscheidender Bedeutung ist.**

TF 29, TT 1, (Referenz TAP, TF 65)

Daraus lässt sich die nachfolgende Rekonstruktion anführen:

Für die normale und pathologische Entwicklung ist der Faktor Beziehung von entscheidender Bedeutung.

TF 30, TR 1, (Referenz TAP, TF 66)

Aus psychoanalytischer Perspektive wird im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung ganz allgemein, also über das Störungsbild AD(H)S hinausragend, auf höchster theoretischer Ebene angenommen, dass für die normale und pathologische Entwicklung der Faktor Beziehung von zentraler Bedeutung ist.

j) Zusammenführung

Bevor es nun zur Hinwendung zum zweiten Fragekomplex des Fragenkatalogs kommt, werden nun die einzelnen analysierten Einheiten zusammengetragen. Es lassen sich folgende Elemente als spezifisch psychoanalytische Eigenart ausmachen, die das charakteristisch psychoanalytische Verständnis von AD(H)S verdeutlichen.

- AD(H)S entspricht einer psychischen Störung mit dahinter liegenden Konflikten
- AD(H)S liegen spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zugrunde.
- Zentrale innere Konflikte sind Trennungs- und Bindungsstörungen.
- AD(H)S liegen häufig Trennungsprobleme zugrunde.
- AD(H)S ist Ausdruck von Abgewehrtem.
- AD(H)S schützt vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten, vernichtenden Phantasien.
- AD(H)S liegt ein Sinn im subjektiven Erleben des Kindes zugrunde.
- AD(H)S beinhaltet aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster.
- Dem AD(H)S liegen unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen zugrunde.
- Für die normale und pathologische Entwicklung ist der Faktor Beziehung von entscheidender Bedeutung.

Insgesamt wird aus dem bisher Gesagten deutlich, dass hinsichtlich der Phänomenalisierung erkennbar wird, dass der psychoanalytische Blickwinkel darauf gerichtet ist zu erkennen, wofür AD(H)S ein Ausdruck zu sein vermag. Der psychoanalytische Blick richtet sich auf die Beschaffenheit von AD(H)S, allerdings wird nicht die Verhaltensausprägung fokussiert, sondern die Geprägtheit des Störungsbildes an sich. Damit zeigt sich auch als erste Besonderheit des

psychoanalytischen Zugangs, dass die Phänomenalisierung von AD(H)S als *Ausdruck innerpsychischer Prozesse* bereits auf Kausalisierungen verweist resp. diese gerade als Merkmal des Syndroms in dieser speziellen Sichtweise innewohnen.

Der Blick auf die Kausalisierungen im Folgenden wird zu einer Ausdifferenzierung hinsichtlich des Verständnisses der Wirkungszusammenhänge in der Herausarbeitung dieses Aspekts führen.

9.2.2 Untersuchung hinsichtlich der kausalisierenden Elemente in der Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart

In einem weiteren Schritt geht es um die textanalytische Auseinandersetzung hinsichtlich des Abschnittes^{EZ} der Kausalisierung mit Aussagen von den Autorinnen Heinemann und Hopf, Leuzinger-Bohleber, Molitor, Gerspach und Amft. Es handelt sich um Aussagen, die entsprechend eines hohen Anspruches an Gültigkeit auf einer hohen Ebene^{EZ} angesiedelt sind und sich über den Bereich^{EZ} der Theorie bestimmen lassen. Folgende Gliederung lässt sich für dieses Unterkapitel festlegen:

- a) Ursachen für AD(H)S bei Heinemann und Hopf
- b) Weitere Ursachen für AD(H)S bei Heinemann und Hopf
- c) Mitauslösende Faktoren von AD(H)S bei Leuzinger-Bohleber
- d) Hyperaktivität als Bewältigungsstrategie bei Molitor
- e) Einfluss affektiver Erfahrungen bei Gerspach
- f) Einfluss von Beziehungs- und Erziehungsumwelten bei Amft
- g) Bindungsstörungen als Ursache für AD(H)S bei Heinemann und Hopf
- h) Frühe Entwicklungsphasen bei Heinemann und Hopf
- i) Zusammenführung

Über den zweiten Fragenkomplex kommt es zur Auseinandersetzung mit den für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung bedeutsamen Elementen der zu bearbeitenden Aussagen:

- Welche Erklärungszusammenhänge hinsichtlich der Ursachen und Entstehung im Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung von AD(H)S werden aus psychoanalytischer Sicht angenommen?
- Welche Faktoren werden als zentral für die Entstehung von AD(H)S verstanden und in welchen Wirkungszusammenhängen lassen sich die als typisch herausgearbeiteten Elemente als Kausalisierungen erfassen?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ} verorten?

a) Ursachen für AD(H)S bei Heinemann und Hopf

An dieser Stelle wird eine schon unter dem Aspekt der Phänomenalisierung bearbeitete Aussage herangezogen und unter dem Blickwinkel der Kausalisierung betrachtet. Es handelt sich hierbei um folgende Aussage der Autorinnen Heinemann und Hopf.

Was heute als AD(H)S diagnostiziert wird, ist darum in der Regel eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata, auch transgenerationale, zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zur Entwicklungsstörungen durch Erziehung.

TF 31, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 18

Den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung betreffend ist der markierte Aspekt aus dem Textausschnitt bedeutsam.

Was heute als AD(H)S diagnostiziert wird, ist darum in der Regel eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. **Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata, auch transgenerationale, zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zur Entwicklungsstörungen durch Erziehung.**

TF 32, TT 3, (Referenz TAP, TF 23)

Für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung ergibt sich:

- prä- und perinatale Schädigungen Traumata...
- transgenerationale, frühe Störungen von Objektbeziehungen. ...
- Bindungsstörungen...
- Entwicklungsstörungen durch Erziehung bewirken AD(H)S/ als AD(H)S diagnostizierte Störungsbilder

TF 33, TR 2, (Referenz TAP, TF 27)

b) Weitere Ursachen für AD(H)S bei Heinemann und Hopf

Im Weiteren erfolgt eine neuerliche Auseinandersetzung mit einer Aussage der Autorinnen Heinemann und Hopf. In der Annahme, dass es sich bei AD(H)S um verschiedenartige Störungsbilder mit unterschiedlichen Ursachen handelt, lassen sich verschiedene AD(H)S verursachende Grundproblematiken, wie in den Kapitel 6.7 bis 6.10 beschrieben wurde, ausdifferenzieren (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 18).

Aus psychoanalytischer Sicht haben wir es (bei AD(H)S Anmerkung B.S.) vor allem mit frühen Trennungs- und Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, einer Sexualisierung und Aggressivierung sowie einer Abwehr gegen Depression zu tun.

TF 34, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 18

Bei AD(H)S kann es sich daher um frühe Trennungs- und Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, eine Sexualisierung und Aggressivierung sowie eine Abwehr gegen Depression handeln.

Aus psychoanalytischer Sicht haben wir es vor allem mit frühen Trennungs- und Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, einer Sexualisierung und Aggressivierung sowie einer Abwehr gegen Depression zu tun.

TF 35, TT 1, (Referenz TAP, TF 75)

Hier findet sich bereits ein für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung relevanter Aspekt, den es festzuhalten gibt.

AD(H)S basiert auf

- Trennungs- und Bindungsstörungen
- Individuationsstörungen
- Sexualisierung
- Aggressivierung
- Abwehr gegen Depression.

TF 36,TR 2, (Referenz TAP, TF 76)

c) Mitauslösende Faktoren von AD(H)S bei Leuzinger-Bohleber

In einem nächsten Schritt steht ein Textausschnitt der Autorin Leuzinger-Bohleber im Fokus des Interesses. Leuzinger-Bohleber verweist auf die psychoanalytische Fachliteratur, die betont, dass es sich bei Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität auch im Falle einer genetischen Neigung um Symptome handelt (vgl. Leuzinger-Bohleber 2006, 27).

Charakteristisch für eine psychoanalytische Zugangsweise ist daher nicht das „objektive Messen und Evaluieren“ von Symptomen der Hyperaktivität und der Aufmerksamkeitsstörung, sondern der Versuch, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen zu verstehen, die diesen Symptomen zugrunde liegen, sowie die Dynamik emotionaler Beziehungen in den Familien und Bildungsinstitutionen zu begreifen, die eventuell ADHS mit auslösen.

TF 37, Referenz OT Leuzinger-Bohleber 2006, 27

Als eine spezifisch psychoanalytische Zugangsweise lässt sich das Bemühen herauslesen, die den Symptomen zu Grunde liegenden Strukturen der Persönlichkeit zu begreifen. Ebenso ist es von Interesse die innerfamiliären Dynamiken zu beleuchten und die Dynamik emotionaler Beziehungen im institutionellen Kontext (z. B. Bildungseinrichtungen) zu verstehen versuchen, da beide Aspekte an der Entstehung von AD(H)S mitbeteiligt gesehen werden können.

Charakteristisch für eine psychoanalytische Zugangsweise ist daher nicht das „objektive Messen und Evaluieren“ von Symptomen der Hyperaktivität und der Aufmerksamkeitsstörung, sondern **der Versuch, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen zu verstehen, die diesen Symptomen zugrunde liegen, sowie die Dynamik emotionaler Beziehungen in den Familien und Bildungsinstitutionen zu begreifen, die eventuell ADHS mit auslösen**

TF 38 TT 1, (Referenz TAP, TF 51)

Da hier das Augenmerk auf die spezifisch psychoanalytischen Ursache-Wirkungszusammenhänge gelegt wird, wird jener Teil der Aussage außer Acht gelassen, der beschreibt, was die psychoanalytische Zugangsweise nicht ausmacht.

Charakteristisch für eine psychoanalytische Zugangsweise ist der Versuch, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen zu verstehen, die diesen Symptomen zugrunde liegen, sowie die Dynamik emotionaler Beziehungen in den Familien und Bildungsinstitutionen zu begreifen, die eventuell ADHS mit auslösen

TF 39, TT 2, (Referenz TAP, TF 52)

Als Kausalisierung kann festgehalten werden:

AD(H)S mit verursachend sind:

- Innerfamiliäre Dynamiken
- Beziehungsdynamische Aspekte im Kontext von Bildungsinstitutionen

TF 40, TR 2, (Referenz TAP, TF 53)

d) Hyperaktivität als Bewältigungsstrategie bei Molitor

Anhand eines analysierten Textausschnittes von Molitor zeigt sich, dass für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung folgende Aussage festzuhalten ist:

Hyperaktivität ist eine unspezifische, individuelle Bewältigungsstrategie in Folge von unterschiedlichen psychopathologischen Entwicklungen.

TF 41, TR 2, (Referenz TAP, TF 62)

e) Einfluss affektiver Erfahrungen bei Gerspach

Anschließend folgt die Beschäftigung mit einer Aussage von Gerspach, dessen Aufsatz „*Hyperaktivität aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik*“ (2004) vor allem eine psychoanalytisch-pädagogische Sichtweise aufzeigt.

Aus meiner Sicht spielen problematische oder misslingende affektive Erfahrungen mit den primären Objekten eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung innerer Unruhe.

TF 42, Referenz Gerspach 2001, 20

Gerspach geht davon aus, dass ungünstige affektive Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen wesentlich an der Entstehung von AD(H)S beteiligt gesehen werden können.

Aus meiner Sicht spielen problematische oder misslingende affektive Erfahrungen mit den primären Objekten eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung innerer Unruhe.

TF 43 TT 1, (Referenz TAP, TF 126)

Für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierungen auf hoher theoretischen Ebene^{EZ} gilt die Annahme, dass ungünstige affektive Erfahrungen mit den primären Objekten eine maßgebliche Bedeutung bei der Entwicklung innerer Unruhe einnehmen.

Es gilt daher folgendes festzuhalten:

Wesentlich für die Entwicklung innerer Unruhe sind problematische oder misslingende affektive Erfahrungen mit den primären Objekten.

TF 44, TR 1, (Referenz TAP, TF 127)

f) Einfluss von Beziehungs- und Erziehungsumwelten bei Amft

Der nachfolgende Textausschnitt stammt von Amft. Amft hat im Laufe der Arbeit mehrmals Erwähnung gefunden, vor allem im Zusammenhang mit den das gängige AD(H)S Konzept kritisch beleuchtenden Beiträgen. Amft geht davon aus, dass sich Kinder mit AD(H)S ätiologisch in drei Gruppen differenzieren lassen. So unterscheidet er hirnfunktionell (mit)bedingte Störungen, von Störungen der Psychostruktur und Psychodynamik, sowie Erziehungs- und schulbedingte Probleme. Es handelt sich hierbei um unterschiedliche Ursachen- und Entstehungszusammenhänge, die dem AD(H)S zugrunde liegen können (2006,42)

Die Verwahrlosung von Kindern durch unzureichende Beziehungs- und Erziehungsumwelten mit der Folge der Zunahme von defizitären psychostrukturellen Entwicklungen ist ein wesentlicher Aspekt beim ADS-Phänomen.

TF 45, Referenz OT Amft 2006, 57

Amft verdeutlicht im Zusammenhang mit AD(H)S, dass ungenügende Beziehungs- und Erziehungsumwelten eine mangelnde Entwicklung der Psychostruktur bedingen.

Die Verwahrlosung von Kindern **durch unzureichende Beziehungs- und Erziehungsumwelten mit der Folge der Zunahme von defizitären psychostrukturellen Entwicklungen ist ein wesentlicher Aspekt beim ADS-Phänomen.**

TF 46, TT1, (Referenz TAP, TF 123)

Für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung kann auf einer hohen theoretischen Ebene^{EZ} folgendes festgehalten werden:

Unzureichende Beziehungs- und Erziehungsumwelten bedingen eine defizitäre psychostrukturelle Entwicklung.

TF 47, TR 1, (Referenz TAP, TF 124)

Es konnte bereits herausgearbeitet werden, dass innerpsychische Konflikte und Strukturdefizite an der Entstehung von AD(H)S beteiligt erachtet werden können.

Hier zeigt sich, dass die Qualität der Beziehungs- und Erziehungsumwelten für die psychische Strukturentwicklung äußerst bedeutsam ist.

g) Bindungsstörungen als Ursache für AD(H)S bei Heinemann und Hopf

Unter dem Kapitel 4.2 wurden die Erkenntnisse aus dem Bereich der Bindungsforschung dargestellt. Auch die Autorinnen Heinemann und Hopf postulieren aus psychoanalytischer Sicht einen Zusammenhang zwischen AD(H)S und Bindungsstörungen.

Bindungsstörungen können als wesentliche Ursache für Unaufmerksamkeit gesehen werden.

TF 48, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 103

Für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung gilt es festzuhalten:

Zentrale Ursache für AD(H)S sind Bindungsstörungen.

TF 49, TR 1, (Referenz TAP, TF 104)

h) Frühe Entwicklungsphasen bei Heinemann und Hopf

Unter dem Aspekt der Vernetzung verschiedener Disziplinen lässt sich die psychoanalytische Annahme, dass sich die Ursachen für AD(H)S in den frühen Entwicklungsphasen des Kindes finden, mit Erkenntnissen aus der Neurobiologie, Objektbeziehungstheorie, Traumatheorie und Bindungstheorie zusammenführen (vgl. Heinemann & Hopf 2004, 26). Diesem speziellen Aspekt widmet sich der nachfolgende Textausschnitt.

Wenn aus psychoanalytischer Sicht festgestellt werden kann, dass die Ursachen des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung in der frühen, häufig so gar allerfrühesten Entwicklungsphase des Kindes liegen, wird diese Sichtweise von der Neurobiologie, der Objektbeziehungstheorie, der Traumatheorie und der Bindungstheorie untermauert

TF 50, Referenz OT Häußler & Hopf 2004, 26

Aus psychoanalytischer Sicht scheint es bedeutsam nachzuweisen, dass die Ursachen für AD(H)S in sehr frühen Entwicklungsphasen des Kindes liegen. Diese Erkenntnis könnte durch die Neurobiologie, Objektbeziehungstheorie, Traumatheorie und Bindungsforschung Bestätigung erfahren.

Wenn aus psychoanalytischer Sicht festgestellt werden kann, dass die Ursachen des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung in der frühen, häufig so gar allerfrühesten Entwicklungsphase des Kindes liegen, wird diese Sichtweise von der Neurobiologie, der Objektbeziehungstheorie, der Traumatheorie und der Bindungstheorie untermauert.

TF 51, TT 1, (Referenz TAP, TF 68)

Aus psychoanalytischer Sicht wird davon ausgegangen, dass die Ursachen von AD(H)S in sehr frühen Entwicklungsphasen des Kindes zu finden sind. Diese Annahme, die es nachzuweisen gilt, geht mit Erkenntnissen aus dem Bereich der Neurobiologie, der Objektbeziehungstheorie, der Traumatheorie und der Bindungstheorie konform.

Für den Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung kann festgehalten werden:

Die Ursachen für AD(H)S liegen in den frühen und allerfrühesten Entwicklungsphasen des Kindes.

TF 52 TR 1, (Referenz TAP, TF 69)

i) Zusammenführung

In einer ersten Zusammenfassung unter dem Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung lassen sich folgende analysierten Aussagen als bedeutsam erachten.

- AD(H)S kann seine Ursachen in prä- und perinatalen Schädigungen oder Traumata, auch transgenerationale, sowie in frühen Störungen von Objektbeziehungen, Bindungsstörungen oder auch Entwicklungsstörungen durch Erziehung haben.
- Wesentlich für die Entwicklung innerer Unruhe sind problematische oder misslingende affektive Erfahrungen mit den primären Objekten.
- AD(H)S wird durch spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite ausgelöst.
- Innerfamiliäre Dynamiken und beziehungs-dynamische Aspekte im Kontext von Bildungsinstitutionen können als AD(H)S mitverursachend angenommen werden.
- AD(H)S ist auf Trennungs- und Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, einer Aggressivierung und Sexualisierung oder auf Abwehr einer Depression zurückzuführen.
- Zentrale Ursache für AD(H)S sind Bindungsstörungen.
- Die Ursachen für AD(H)S liegen in den frühen und allerfrühesten Entwicklungsphasen des Kindes.

9.2.3 Untersuchung hinsichtlich spezifischer Elemente in den Abschnitten^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung in Bestimmung von AD(H)S in ihrer psychoanalytisch-pädagogischen Eigenart

Während im Abschnitt^{EZ} der Medialisierung die Methoden zur Realisierung der Ziele aufgezeigt werden, erfolgt unter dem Abschnitt^{EZ} der Finalisierung die Beschäftigung mit den Zielen an sich. Unter diesem Blickwinkel wenden wir uns in einem nächsten Schritt dem dritten Fragenblock zu. Es werden hier Aussagen der Autorinnen Häußler und Hopf, Leuzinger-Bohleber und Gerspach herangezogen. Die Aussagen lassen sich auf einer hohen Ebene^{EZ} verorten und sind dem Bereich^{EZ} der Theorie zuzuordnen. Die Gliederung in diesem Unterkapitel erfolgt auf diese Weise:

- a) Erziehungshaltung bei Häußler und Hopf
- b) Die Dynamik emotionaler Beziehungen bei Leuzinger-Bohleber
- c) Hyperaktive Kinder bei Gerspach
- d) Begegnung von pädagogisch und therapeutischen Fachkräften mit dem hyperaktiven Kind von Gerspach
- e) Möglichkeiten des Verstehens bei Gerspach
- f) Der Sinn im subjektiven Erleben bei Häußler und Hopf
- g) Zusammenführung

- Welche Elemente lassen sich im Abschnitt^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung als spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Elemente festmachen?
- Inwiefern bestimmen diese Betrachtungs- und Erklärungsweisen einen pädagogischen Zugang/ Umgang als psychoanalytisch-pädagogischen Zugang / Umgang?
- Inwiefern wird die spezifisch psychoanalytische Betrachtungsweise im Sinne der Phänomenalisierung von AD(H)S als psychoanalytisch-pädagogische Betrachtungsweise erkennbar?
- Welche psychoanalytisch- pädagogischen Vorstellungen lassen sich hinsichtlich eines ähnlichen Gebrauchs von Begrifflichkeiten wie z.B. Halt und Struktur geben, empathischer Umgang etc. innerhalb unterschiedlicher pädagogischer Ansätze herausarbeiten?
- Wie lassen sich die Aussagen hinsichtlich der Bereiche^{EZ} und Ebene^{EZ} verorten?

a) Erziehungshaltung bei Häußler und Hopf

Zunächst wird eine Textstelle der Autorinnen Häußler und Hopf zur Beschäftigung mit charakteristisch psychoanalytischen Elementen in den Abschnitten^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung herangezogen.

Auch ist es uns wichtig, hervorzuheben, dass eine klar strukturierte Erziehungshaltung mit liebevoller Konsequenz unabdingbar ist, führt doch gerade ein Mangel an Halt und aufgezeigten und vorgelebten Grenzen zu Verunsicherung, Vernebelung und oszillierendem Suchen nach den so dringend erforderlichen Grenzen. Insofern entsprechen das hyperaktive Hin -und -Her, Auf -und -Ab, Rauf - und -Runter sowie das Schwimmen in der vernebelten Unaufmerksamkeit dem körpersprachlich symbolisierten Schrei nach Grenzen, Halt und Struktur.

TF 53, Referenz OT Häußler & Hopf 2004, 41

Eine eindeutig strukturierende Erziehungshaltung gepaart mit liebevoller Konsequenz ist auch aus psychoanalytischer Sicht sehr bedeutsam. Ein Mangel an Halt und Grenzen verursacht Verunsicherung und bedingt ein Suchen nach diesen so dringend benötigten Grenzen. Demzufolge kann das unruhige Hin- und -Her des hyperaktiven Kindes sowie das Treiben in Unaufmerksamkeit dem über den Körper symbolisierten Bemühen die gesuchten Grenzen, den Halt und die Struktur einzufordern, verstanden werden.

Auch ist es uns wichtig, hervorzuheben, **dass eine klar strukturierte Erziehungshaltung mit liebevoller Konsequenz unabdingbar ist**, führt doch gerade ein Mangel an Halt und aufgezeigten und vorgelebten Grenzen zu Verunsicherung, Vernebelung und oszillierendem Suchen nach den so dringend erforderlichen Grenzen. Insofern entsprechen das hyperaktive Hin -und -Her, Auf -und -Ab, Rauf -und -Runter sowie das Schwimmen in der vernebelten Unaufmerksamkeit dem körpersprachlich symbolisierten Schrei nach Grenzen, Halt und Struktur.

TF 54, TT1, (Referenz TAP, TF 118)

In einem Schritt kommt es zur Herantastung an jenen Aspekt des Textausschnittes, der für den Abschnitt^{EZ} der Finalisierung bedeutsam erscheint.

Eine klar strukturierende Erziehungshaltung mit liebevoller Konsequenz ist unabdingbar.

TF 55, TR 1, (Referenz TAP, TF 119)

b) Die Dynamik emotionaler Beziehungen bei Leuzinger-Bohleber

Charakteristisch für eine psychoanalytische Zugangsweise ist der Versuch, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen zu verstehen, die diesen Symptomen zugrunde liegen, sowie die Dynamik emotionaler Beziehungen in den Familien und Bildungsinstitutionen zu begreifen, die eventuell ADHS mit auslösen.

TF 56, TT 2, (Referenz TAP, TF 52)

Die Abschnitte^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung gleichermaßen betreffend, lassen sich folgende relevante Aspekte herausarbeiten:

Im Zusammenhang von AD(H)S bedeutsam sind:

- das Verstehen der Persönlichkeitsstrukturen
- das Begreifen des emotionalen Gehalts innerfamiliärer und bildungsinstitutionsspezifischer Dynamiken

TF 57, TR 3, (Referenz TAP, TF 53)

Die Abschnitte^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung im Zusammenhang mit der bearbeitenden Textstelle zeigen auf, dass Methode und Zielverstellung einer psychoanalytischen Zugangsweise über das Verstehen und Begreifen spezifischer Aspekte erfolgt.

c) Hyperaktive Kinder bei Gerspach

Die anschließenden drei Textausschnitte stammen von Gerspach. Der Autor richtet den Fokus auf die spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Betrachtungsweise im Zusammenhang mit AD(H)S.

Das Zusammentreffen mit hyperaktiven Kindern kann mehr oder weniger heftige Abwehr- und insbesondere Projektionsmechanismen auslösen, und das auch und gerade in der diagnostischen Situation. Verstehen ist auf diese Weise nur schwer möglich. Diesem Problem ist nur durch eine gründliche Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung, etwa mit Hilfe von Supervision, vorzubeugen. Wenn wir auf diese Weise vorgehen, gibt uns ein solches Kind mit der szenischen Herstellung seines psychodynamischen Beziehungshintergrundes eine gute Möglichkeit an die Hand, die zentralen, aber entstellten Motive, die seinem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegen, zu durchschauen und etwas Wichtiges von seinem Erleben wahrzunehmen.

TF 58, Referenz Gerspach 2001, 16

In einem nächsten Schritt wird der Textausschnitt bezogen auf für den Abschnitt^{EZ} der Medialisierung relevanter Aspekte beleuchtet.

Das Zusammentreffen mit hyperaktiven Kindern kann mehr oder weniger heftige Abwehr- und insbesondere Projektionsmechanismen auslösen, und das auch und gerade in der diagnostischen Situation. Verstehen ist auf diese Weise nur schwer möglich. Diesem Problem ist nur durch eine gründliche Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung, etwa mit Hilfe von Supervision, vorzubeugen. Wenn wir auf diese Weise vorgehen, gibt uns ein solches Kind mit der szenischen Herstellung seines psychodynamischen Beziehungshintergrundes eine gute Möglichkeit an die Hand, die zentralen, aber entstellten Motive, die seinem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegen, zu durchschauen und etwas Wichtiges von seinem Erleben wahrzunehmen

TF 59, TT 2, (Referenz TAP, TF 129)

Hyperaktive Kinder können unterschiedlich heftige Abwehr- und Projektionsmechanismen auslösen, so dass Verstehen schwer möglich ist.

Diesem kann im Abschnitt^{EZ} der Medialisierung folgendermaßen begegnet werden:

- Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung
- Supervision

TF 60, TR 2, (Referenz TAP, TF 132)

Um die für den Abschnitt^{EZ} der Finalisierung relevanten Aspekte herauszuarbeiten, wird erneut der letzte Teil des Textausschnittes zur Bearbeitung herangezogen.

Das Zusammentreffen mit hyperaktiven Kindern kann mehr oder weniger heftige Abwehr- und insbesondere Projektionsmechanismen auslösen, und das auch und gerade in der diagnostischen Situation. Verstehen ist auf diese Weise nur schwer möglich. Diesem Problem ist nur durch eine gründliche Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung, etwa mit Hilfe von Supervision, vorzubeugen. Wenn wir auf diese Weise vorgehen, gibt uns ein solches Kind mit der szenischen Herstellung seines psychodynamischen Beziehungshintergrundes eine gute Möglichkeit an die Hand, **die zentralen, aber entstellten Motive, die seinem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegen, zu durchschauen und etwas Wichtiges von seinem Erleben wahrzunehmen**

TF 61, TT3, (Referenz TAP, TF 129)

Durch Reflexion der eigenen affektiven Verwicklung u. a mittels Supervision gilt im Sinne der Finalisierung folgendes:

Zentrale, aber verborgene, dem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegende Motive können durchschaut werden, wodurch etwas Wichtiges vom Erleben des Kindes wahrgenommen werden kann.

TF 62, TR 3, (Referenz TAP, TF 134)

d) Begegnung von pädagogisch und therapeutischen Fachkräften mit dem hyperaktiven Kind von Gerspach

Die nachfolgende Aussage stammt ebenfalls von Gerspach, der hier die Begegnung zwischen dem Kind mit AD(H)S und einer pädagogischen oder therapeutisch tätigen Person in den Mittelpunkt seiner Auseinandersetzung stellt (2001, 21).

Im Prinzip müsste sie (die Pädagogin oder therapeutische Fachkraft Anm. B.S.) wie ein Container die Funktion einer bisher nicht ausreichend erfahrenen, haltenden Umwelt übernehmen. Die ungunstigen Introjekte wären demnach auszuhalten, zu verdauen und dann dem Kind zurückzuspiegeln, damit es die nun entschärften Affekte und Phantasien besser in sein wachsendes Selbst verinnerlichen könnte, anstatt sich ihrer über motorische Abfuhr zu entledigen.

TF 63, Referenz OT Gerspach 2001,21

Gerspach postuliert, dass es Aufgabe der Pädagogin ist im Sinne einer ausreichend haltenden Umwelt die Funktion eines Containers zu übernehmen. Dies setzt voraus, dass ungute Introjekte ausgehalten und verdaut werden, so dass sie in weiterer Folge dem Kind zurückgespiegelt werden können. Dieses kann die entschärften Affekte und Fantasien in sein Selbst integrieren und verinnerlichen, so dass eine motorische Entledigung dieser nicht mehr notwendig erscheint.

Als Aufgaben der Pädagogin lässt sich im Sinne der Medialisierung festhalten:

- Container Funktion ist zu übernehmen, d.h. ungute Introjekte sind auszuhalten, zu verdauen und dem Kind zurück zu spiegeln

TF 64, TR 1, (Referenz TAP, TF 93)

Der Finalisierung zugewendet kann folgende Zielvorstellungen festgelegt werden:

Das Kind kann die entschärften Affekte und Phantasien in sein Selbst aufnehmen und internalisieren

TF 65, TR 2, (Referenz TAP, TF 93)

e) Möglichkeiten zu verstehen bei Gerspach

Es wird noch ein weiterer Textausschnitt von Gerspach herangezogen, der zu verdeutlichen versucht, was als Aufgabe der Pädagogin aus einem psychoanalytisch-pädagogischen Verständnis heraus festzumachen gilt. Gerspach verwendet in seiner Aussage die Bezeichnung „wir“. Die Aussage entstammt aus dem Aufsatz „Hyperaktivität aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik“, wodurch angenommen und dem sonstigen inhaltlichen Zusammenhang entsprechend davon ausgegangen wird, dass Gerspach damit vor allem Pädagoginnen meint.

Um die Bedeutung des hyperaktiven Verhalten verstehen zu können, müssen wir (Pädagoginnen Anmerkung B.S.) lernen, wahrzunehmen, welchen emotionalen Ort uns das Kind zuweist. Welche Beziehung stellt sich zwischen uns beiden ein? In diesem Sinne verfolgt die motorische Unruhe zweierlei: Sie ist der Versuch, eine innere Stabilisierung in einer bedrohlich phantasierten Situation herzustellen und, indem der Erwachsene in die Dynamik verwickelt wird, kommt ihr ein beziehungsgerichteter Appellcharakter zu.

TF 66, TT 2, (Referenz TAP, TF 97)

Hinsichtlich der Medialisierung wird folgendes deutlich:

- Die Pädagogin lernt den emotionalen Ort, der ihr vom Kind zugewiesen wird, wahrzunehmen.
- Die Pädagogin erkennt die Beziehung, die sich zwischen ihr und dem Kind einstellt.

TF 67, TR 2, (Referenz TAP, TF 100)

Bezogen auf den Abschnitt^{EZ} der Finalisierung und ebenso für die Medialisierung bedeutsam, kann folgender Aspekt als wesentlich betrachtet werden:

Die Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens gilt es zu verstehen.

TF 68 TR 3, (Referenz TAP, TF 100)

f) Der Sinn im subjektiven Erleben bei Häußler und Hopf

Abschließend wird erneut eine schon unter dem Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung im Rahmen des Kapitel 10.2.1 bearbeitete Aussage der Autorinnen Häußler und Hopf in bereits transformierte Form herangezogen.

Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern ist daran gelegen, die tiefere Bedeutung, das hinter dem Symptom Abgewehrte, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes mit hyperkinetischem Syndrom und Aufmerksamkeitsstörung zu erspüren, die aktuellen Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. frühere Muster zu verstehen.

TF 69, TT 2, (Referenz TAP, TF 1)

1. Finalisierung:

(als psychoanalytische Eigenheit) gilt es

- den Ausdruck von Abgewehrtem,
- den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes zugrunde,
- aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster zu verstehen.

TF 70 , TR 3, (Referenz TAP, TF 3)

g) Zusammenführung

Zusammenfassend können folgende Aspekte als spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Elemente im Abschnitt^{EZ} der Medialisierung festgemacht werden, wobei sich manche Punkte auch unter dem Abschnitt^{EZ} der Finalisierung erneut finden werden, da das Verstehen beispielsweise der Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens oder der zugrunde liegenden Konflikte für die Medialisierung wie für die Finalisierung gleichermaßen bedeutsam ist:

- Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung
- Supervision
- Zentrale, aber verborgene, dem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegenden Motive können durchschaut werden, wodurch etwas Wichtiges vom Erleben des Kindes wahrgenommen werden kann.
- Die Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens gilt es zu verstehen.
- Es gilt den Ausdruck von Abgewehrtem, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes sowie aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster zu verstehen.
- Die Pädagogin lernt den emotionalen Ort, der ihr vom Kind zugewiesen wird, wahrzunehmen.
- Die Pädagogin erkennt die Beziehung, die sich zwischen uns und dem Kind einstellt.
- Container Funktion ist übernehmen, d.h. ungute Introjekte sind auszuhalten, zu verdauen und dem Kind zurückzuspiegeln.
- Das Verstehen der Persönlichkeitsstrukturen.
- Das Verstehen der Bedeutung des emotionalen Gehalts innerfamiliärer und bildungsinstitutionsspezifischer emotionaler Dynamiken.

Im Weiteren können für den Abschnitt^{EZ} der Finalisierung folgende Elemente als spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Elemente herausgearbeitet werden:

- Zentrale, aber verborgene, dem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegenden Motive können durchschaut werden, wodurch etwas Wichtiges vom Erleben des Kindes wahrgenommen werden kann.
- Die Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens gilt es zu verstehen.
- Es gilt den Ausdruck von Abgewehrtem, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes sowie aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen bzw. früherer Muster zu verstehen.
- Die Pädagogin lernt den emotionalen Ort, der ihr vom Kind zugewiesen wird, wahrzunehmen.
- Die Pädagogin erkennt die Beziehung, die sich zwischen uns und dem Kind einstellt.
- Das Verstehen der Persönlichkeitsstrukturen.
- Das Verstehen der Bedeutung des emotionalen Gehalts innerfamiliärer und bildungsinstitutionsspezifischer emotionaler Dynamiken.

Als Zielsetzung für das Kind gilt:

- Das Kind kann die entschärften Affekte und Fantasien in sein Selbst aufnehmen und internalisieren.

9.2.3 Untersuchung weiterer Aspekte

In einem weiteren Schritt werden Aussagen der Autorinnen Heinemann und Hopf, Barkley und Gerspach herangezogen. Die Aussagen befinden sich auf einer hohen Ebene^{EZ}, können dem

Bereich^{EZ} der Theorie zugewiesen werden und haben an dieser Stelle exemplarische Funktion. Die Gliederung in diesem Unterkapitel verläuft auf folgende Weise:

- a) Psychoanalytische Konflikttheorie bei Heinemann und Hopf
- b) Das Symptom AD(H)S bei Heinemann und Hopf
- c) Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung bei Barkley
- d) Sinnzusammenhänge bei Gerspach
- e) Szenische Herstellung des Beziehungshintergrundes bei Gerspach
- f) Containment und Holding bei Gerspach

Folgende Fragen gilt es dabei zu bearbeiten:

- Welche wesentlichen Unterschiede der Erklärungsansätze können einander im Abschnitt der Phänomenalisierung gegenüber gestellt werden?
- Welche markanten Merkmale in psychoanalytisch-pädagogischen Konzepten finden sich innerhalb der psychoanalytischen Pädagogik, wodurch auf Basis psychoanalytischer Theorien zu AD(H)S für diese Kinder ein geeigneter Umgang ermöglicht werden kann?
- Welche Rolle nimmt die Pädagogin im Sinne eines psychoanalytisch-pädagogischen Verständnisses ein?
- Wie lässt sich aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht der Unterschied einer freundlich und dem Kind zugewandten Pädagogin zu einer zusätzlich verstehenden und sich als Beziehungspartnerin reflektierten Pädagogin festmachen?

a Psychoanalytische Konflikttheorie Heinemann und Hopf

Zur Gegenüberstellung der wesentlichen Unterschiede im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung wird erneut ein Textausschnitt der Autorinnen Heinemann und Hopf herangezogen.

Die psychoanalytische Konflikttheorie dagegen sieht eine psychische Störung als primär. Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität sind demzufolge Symptome eines psychischen Konfliktes.

TF 71, Referenz OT Heinemann & Hopf 2006, 16

Während die Komorbiditätshypothese davon ausgeht, dass AD(H)S häufig in Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen gemeinsam auftritt, wobei AD(H)S als ursächlich bestimmt wird, besagt die psychoanalytische Konflikttheorie, dass eine psychische Störung als primäre Ursache angenommen werden kann. Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung werden als Symptome eines psychischen Konfliktes verstanden (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 16).

Die psychoanalytische Konflikttheorie sieht eine psychische Störung als primär. Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität sind demzufolge Symptome eines psychischen Konfliktes.

TF 72, TR 1, (Referenz TAP, TF 152)

Es zeigt sich hier bereits ein spezifisch psychoanalytisches Verständnis von AD(H)S, nämlich im Sinne von AD(H)S als Symptomansammlung, der unterschiedliche Konflikte zugrunde liegen.

b) Das Symptom bei Heinemann und Hopf

Die Autorinnen Heinemann und Hopf verstehen Hyperaktivität als Symptom, dem neben anderen Störungen u. a. eine Depression, Angststörung oder Störungen im Bereich der Aggressionsbewältigung zugrunde liegen.

Hyperaktivität ist ein Symptom. Unserer Einschätzung nach haben wir es bei Kindern mit einer Depression, mit Angststörungen oder Aggressionsproblematik u. a. Störungen zu tun.

TF 73, (Referenz TAP, TF 29)

Für den Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung zeigen sich 2 markante Aspekte:

Hyperaktivität ist ein Symptom.

TF 74, TR 1, (Referenz TAP, TF 30)

Hyperaktivität kann ein Symptom sein für:

- Depression
- Angststörung
- Aggressionsproblematik

TF 75, TR 2, (Referenz TAP, TF 30)

c) Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung bei Barkley

Demgegenüber wird eine Aussage von Barkley gestellt, der in der allgemeinen Literatur zum AD(H)S Syndrom als einer der renommiertesten Wissenschaftler gilt.

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, abgekürzt ADHS, handelt es sich um eine Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Es treten Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Überaktivität auf.

TF 76, Referenz OT Barkley 2005, 43

Bei AD(H)S handelt es sich um eine Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Es zeigen sich Probleme in den Bereichen, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Überaktivität.

TF 77, TR 1, (Referenz TAP, TF 149)

Im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung geht deutlich hervor, dass es sich um eine Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung handelt. Dabei zeigt sich auch schon eine grundsätzlich andere Betrachtungs- und Herangehensweise. Während bei Heinemann und Hopf AD(H)S als symptomhafter Ausdruck von Konflikten gesehen wird, wird bei Barkley AD(H)S als Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung verstanden. Der Blick richtet sich bei Heinemann und Hopf auf AD(H)S als Ausdruck einer dahinter liegenden Konfliktproblematik. Bei Barkley liegt der Schwerpunkt der Betrachtungsweise auf der Symptomatik selbst.

d) Sinnzusammenhänge bei Gerspach

In Hinblick auf psychoanalytisch diagnostische Ansätze steht nicht die Orientierung an der nach außen sichtbaren Symptomatik im Vordergrund. Vielmehr geht es um die Beschäftigung mit den inneren Konflikten und Erlebnissen des Kindes und der wichtigen Bezugspersonen sowie der wechselseitigen Beziehung dieser zueinander (vgl. Stork, Hüttl, Thaler 2004, 84). In diesem Zusammenhang wenden wir uns einem Textausschnitt von Gerspach zu.

Wenn man als Diagnostiker oder als Praktiker verstehen möchte, warum sich ein Kind in einer bestimmten Weise verhält, dann gilt es vor allem, die hinter seinem manifesten Verhalten latent verborgenen Sinnzusammenhänge zu entschlüsseln, die es unbewusst kommuniziert. Ahrbeck verweist in diesem Zusammenhang auf Lorenzers Konzept vom Szenischen Verstehen, das er als diagnostischen Ansatz empfiehlt.

TF 78, TT1, (Referenz TAP, TF 136)

Im Zusammenhang mit dem Abschnitt^{EZ} der Medialisierung ist folgender Aspekt bedeutsam:

Die hinter dem manifesten Verhalten latent verborgenen Sinnzusammenhänge gilt es zu entschlüsseln, die das Kind unbewusst kommuniziert. In diesem Zusammenhang ist das szenische Verstehen hilfreich.

TF 79, TR 1, (Referenz TAP, TF 137)

Das Konzept des Szenischen Verstehens wird als hilfreich erachtet, die hinter den offensichtlichen Verhaltensweisen unbewussten und verdeckten Sinnzusammenhänge zu erkennen. Deutlich hierbei wird auch der spezifisch psychoanalytische Ansatz im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung, in dem überhaupt ein Sinn in den Verhaltensweisen des Kindes in seinem subjektiven Erleben angenommen wird.

Es wird hierbei deutlich, dass im Sinne der Finalisierung einmal mehr folgender Aspekt von grundlegender Bedeutung ist:

Es gilt zu verstehen, warum sich ein Kind in einer bestimmten Weise verhält.

TF 80, TR 2, (Referenz TAP, TF 137)

e) Szenische Herstellung des Beziehungshintergrundes bei Gerspach

Das Zusammentreffen mit hyperaktiven Kindern kann mehr oder weniger heftige Abwehr- und insbesondere Projektionsmechanismen auslösen, und das auch und gerade in der diagnostischen Situation. Verstehen ist auf diese Weise nur schwer möglich. Diesem Problem ist nur durch eine gründliche Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung, etwa mit Hilfe von Supervision, vorzubeugen. **Wenn wir auf diese Weise vorgehen, gibt uns ein solches Kind mit der szenischen Herstellung seines psychodynamischen Beziehungshintergrundes eine gute Möglichkeit an die Hand, die zentralen, aber entstellten Motive, die seinem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegen, zu durchschauen und etwas Wichtiges von seinem Erleben wahrzunehmen.**

TF 81, TT 1, (Referenz TAP, TF 154)

Folgende Rekonstruktion kann herausgearbeitet werden:

Über die szenische Herstellung seines psychodynamischen Beziehungshintergrundes ermöglicht es uns das Kind, die zentralen, aber verdeckten Motive, die seinem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegen, zu begreifen.

TF 82, TR 1, (Referenz TAP, TF 155)

Es wird hier deutlich, dass über das szenische Verstehen das Erfassen der dem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegenden Motive und ihrer Bedeutung möglich wird.

f) Containment und Holding bei Gerspach

In einem nächsten Schritt wird erneut eine Aussage von Gerspach herangezogen, die bereits unter 9.2.3 hervorgehoben wurde.

Im Prinzip müsste sie (die Pädagogin oder therapeutische Fachkraft Anm. B.S.) wie ein Container die Funktion einer bisher nicht ausreichend erfahrenen, haltenden Umwelt übernehmen. Die ungunen Introjekte wären demnach auszuhalten, zu verdauen und dann dem Kind zurückzuspiegeln, damit es die nun entschärften Affekte und Phantasien besser in sein wachsendes Selbst verinnerlichen könnte, anstatt sich ihrer über motorische Abfuhr zu entledigen.

TF 83, Referenz Originaltext Gerspach 2001, 21

Gerspach beschreibt hier die Aufgabe der Pädagogin oder therapeutischen Fachkraft, im Sinne des Containments und des Holdings die Funktion einer angemessen haltenden Umwelt zu übernehmen. Über das Aushalten und Verdauen der ungunen Introjekte und einer Rückspiegelung in Folge, kann es dem Kind ermöglicht werden, die entschärften Affekte und Phantasien in seinem sich weiter entwickelnden Selbst zu internalisieren. Eine Entledigung dieser über eine motorische Abfuhr ist dann nicht mehr notwendig.

g) Reflexion bei Gerspach

Um den Unterschied zwischen einer freundlich und dem Kind zugewandten Pädagogin zu einer zusätzlich verstehenden und sich als Beziehungspartnerin reflektierten Pädagogin zu beschreiben, gilt es zunächst zu verdeutlichen, dass hyperaktive Kinder zum Teil massive Abwehr und Projektionsvorgänge auslösen können, wodurch das Verstehen sehr schwierig wird. Umso notwendiger erscheint daher folgendes:

- Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung
- Supervision

TF 84, TR 2, (Referenz TAP, TF 132)

Ein wesentliches und ebenso charakteristisch psychoanalytisch-pädagogisches Merkmal lässt sich wie folgt festlegen:

Es gilt zu verstehen, warum sich ein Kind in einer bestimmten Weise verhält.

TF 85, TR 2, (Referenz TAP, TF 137)

h) Verstehen bei Biegert

Die Verhaltensempfehlungen und Richtlinien für einen geeigneten Umgang mit einem von AD(H)S betroffenen Kind wurden unter dem Kapitel 2.9 ausführlich aufgelistet. Nachfolgend wird eine dieser für Pädagoginnen formulierten Hilfestellungen zur Betrachtung herangezogen.

Einfühlungsvermögen und Geduld vermitteln, zuhören können, mit- und einführend verstehen, störendes Verhalten nicht persönlich nehmen (nicht beleidigt sein), Misstrauen, Vorurteile ablegen.

TF 86, Referenz OT Biegert 2000, 32

Im Umgang mit einem Kind mit AD(H)S gilt es Einfühlungsvermögen und Geduld zu vermitteln, zuhören zu können, mit- und einführend verstehen, störendes Verhalten nicht persönlich zu nehmen, sowie Misstrauen und Vorurteile abzulegen.

Unbeachtet bleibt hierbei der Aspekt der eigenen affektiven Verstrickung, der aber in Zusammenhang mit Empfehlungen wie eben beispielsweise Misstrauen und Vorurteile ablegen nicht wegzudenken ist. Unklar ist ebenfalls, worauf sich das einführende Verstehen bezieht. So kann sich das empathische Verstehen einerseits darauf beziehen, zu verstehen, dass es dem Kind auf Grund einer hirnganischen Krankheit eben gerade nicht anders möglich ist als sich so zu verhalten oder es kann Verständnis bedeuten für das momentane Unlustempfinden, beispielsweise einer Aufforderung nachzukommen etc.

Verstehen aus psychoanalytisch-pädagogischer Hinsicht dagegen ist beschrieben als das Verstehen, warum sich ein Kind in einer bestimmten Weise verhält ausgehend von der Annahme, dass dem gezeigten Verhalten verborgene Motive zugrunde liegen, die auf einem psychischen Konfliktgeschehen beruhen.

9.3 Untersuchungsergebnisse

Über das Störungsbild AD(H)S hinausgehend halten wir in Anlehnung an Molitor fest, dass für jegliche Entwicklung der Faktor Beziehung von großer Bedeutung ist (vgl. Seite 106).

Es wird entsprechend den Autorinnen Heinemann und Hopf angenommen, dass es sich bei AD(H)S um eine Sammeldiagnose, die unterschiedliche Ursachen haben kann, handelt. AD(H)S wird als psychische Störung mit dahinterliegenden Konflikten- sowohl intrapsychisch als auch interpersonaler Natur- und Strukturdefiziten vielfach auf Trennungsprobleme und Bindungsstörungen zurückgeführt (vgl. Seite 99ff). AD(H)S ist demnach Ausdruck einer Abwehr zum Schutz vor inneren Ängsten, schmerzhaften Konflikten und vernichtenden Fantasien und macht somit Sinn im subjektiven Erleben des Kindes (vgl. Seite 105). In Anlehnung an die Autorinnen Häußler und Hopf, sowie Leuzinger-Bohleber kann aufgezeigt werden, dass es im Zusammenhang mit AD(H)S zu einer aktuellen Reinszenierung alter Erfahrungen oder frühere Muster kommt, wobei AD(H)S verschiedenste Persönlichkeitsstrukturen zugrunde liegen (vgl. Seite 104ff).

Weiters ist nach den Autorinnen Häußler und Hopf anzumerken, dass die Ursachen für AD(H)S in den frühen und allerfrühesten Entwicklungsphasen zu finden sind (vgl. Seite 114).

Geht man mit Molitor so kann Hyperaktivität verstanden als eine individuelle Bewältigungsstrategie als Folge von unterschiedlichen psychopathologischen Entwicklungen gesehen werden (vgl. Seite 111).

Festgehalten wird, dass im Rahmen des Abschnittes^{EZ} der Phänomenalisierung folgende Aspekte als bedeutsam herausgearbeitet werden konnten:

- AD(H)S kann als psychische Störung mit dahinter liegenden Konflikten verstanden werden.
- AD(H)S liegen spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zugrunde.
- AD(H)S liegen häufig Trennungsprobleme zugrunde.
- AD(H)S ist Ausdruck von Abgewehrtem.
- AD(H)S dient als Schutz vor: inneren Ängsten, Konflikten und bedrohlichen Fantasien.
- AD(H)S macht im subjektiven Erleben des Kindes einen Sinn
- AD(H)S basiert auf unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen.
- AD(H)S beinhaltet aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen und Muster.
- Für jegliche Entwicklung ist der Faktor Beziehung von maßgeblicher Bedeutung.

Rahmen 11: vgl. Seite 107

Es lässt sich in Anlehnung an Heinemann und Hopf festhalten, dass AD(H)S durch prä-, perinatale Schädigungen, Traumata (darunter auch transgenerationale), frühe Störungen von Objektbeziehungen, Bindungsstörungen oder erziehungsbedingte Entwicklungsstörungen hervorgerufen sein kann (vgl. Seite 109). Über einen Textausschnitt von Gerspach konnte herausgearbeitet werden, dass innere Unruhe vielfach durch problematische oder missglückte affektive Erfahrungen mit den primären Objekten entwickelt wird (vgl. Seite, 112). Ebenso in einen bedeutsamen Zusammenhang mit der Entstehung von AD(H)S zu bringen, ist die Qualität der Beziehungs- und Erziehungsumwelten und ihr Einfluss auf die psychostrukturelle Entwicklung (vgl. Seite, 113). Dies ist also insofern bedeutsam als dass als Auslösefaktoren für AD(H)S intrapsychische und interpersonale Konflikte sowie Strukturdefizite gelten. Abschließend lässt sich entsprechend den Autorinnen Heinemann und Hopf bestimmen, dass AD(H)S auf einer Trennungs- und Bindungsstörung, einer Individuationsstörung, einer Sexualisierung, einer Aggressivierung oder auf einer Abwehr gegen eine Depression basieren kann (vgl. Seite 110).

Im Zusammenhang mit dem Abschnitt^{EZ} der Kausalisierung erweisen sich die nachfolgenden Elemente als relevant:

- Die Ursachen für AD(H)S finden sich in prä- und perinatalen Schädigungen oder Traumata, auch transgenerationale, sowie in frühen Störungen der Objektbeziehungen, Bindungsstörungen und auch Entwicklungsstörungen durch Erziehung.
- Ungünstige affektive Erfahrungen können an der Entstehung von innerer Unruhe als maßgeblich beteiligt erachtet werden.
- Ausgelöst wird AD(H)S durch intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite.
- AD(H)S mit auslösend können innerfamiliäre Dynamiken und beziehungs-dynamische Aspekte im Kontext der Familie und Bildungseinrichtungen angesehen werden.
- AD(H)S kann auf Trennungs- und Bindungsstörungen, Individuationsstörungen, einer Aggressivierung und Sexualisierung oder auf eine Abwehr von Depression zurückgeführt werden.
- Die Ursachen für AD(H)S liegen in sehr frühen Entwicklungsphasen.
- Als eine zentrale Ursache für AD(H)S gelten Bindungsstörungen.

Rahmen 12: vgl. Seite 115

Anhand der Erkenntnisse aus den Abschnitten^{EZ} der Phänomenalisierung und Kausalisierung lässt sich bezogen auf das AD(H)S Syndrom eine Überschneidung erkennen. Die grundsätzliche Sichtweise von AD(H)S im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung lässt sich auch im Abschnitt^{EZ} der Kausalisierungen wiederfinden, da die Betrachtungsweise von AD(H)S als Ausdruck von verschiedenen zugrunde liegenden Konflikten und Störungen auch die Verursachung an sich ausmacht. Aus einem spezifisch psychoanalytisch-pädagogischen Blickwinkel heraus bei Häußler und Hopf wird die Notwendigkeit einer konsequenten und liebevollen Beziehung betont (vgl. Seite 117). Bei Gerspach folgt für die Pädagogin, dass sie bewusst den emotionalen Ort erkennt, den ihr das Kind zugedacht hat und damit auch die zwischen ihr und dem Kind sich ergebende Beziehung (vgl. Seite 120). Das Verstehen der Persönlichkeitsstruktur des Kindes mit AD(H)S sowie der innerfamiliären und in Bildungseinrichtungen sich abspielenden emotionalen Dynamiken sind von grundlegender Bedeutung. Als weitere spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Eigenart im Umgang mit dem AD(H)S Kind zeigt sich auch das Bemühen und Ziel, die dem Verhalten zugrunde liegenden Motive zu verstehen, um somit die Bedeutung der Verhaltensweisen zu begreifen (vgl. Seite 117ff). Gelingt es die verborgenen Kernmotive hinter AD(H)S zu durchschauen, kann Essentielles von der Erlebniswelt des Kindes erfasst werden und somit hyperaktives oder unaufmerksames Verhalten verstanden werden (vgl. Seite 119).

Durch einen Textausschnitt von Gerspach konnte verdeutlicht werden, dass die psychoanalytisch-pädagogischen Anforderungen weiters ein Reflektieren über die persönliche affektive Verstrickung, gegebenenfalls unter Supervision, umfassen (vgl. Seite, 118).

Im Weiteren wurde in Anlehnung an Gerspach herausgearbeitet, dass durch die Übernahme von Container Funktionen durch die Pädagogin oder einer therapeutischen Fachkraft es dem Kind möglich werden soll, die entschärften Affekte und Phantasien in sein Selbst zu integrieren und zu internalisieren (vgl. Seite 122).

Für die Abschnitte^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung gilt es folgende Aspekte festzuhalten:

- Die Bedeutung des hyperaktiven Verhaltens gilt es ebenso zu verstehen wie das Verstehen der Persönlichkeitsstrukturen.
- Wesentliche verborgene dem hyperaktiven Verhalten zugrunde liegende Motive gilt es zu durchschauen, um Wichtiges vom Erleben des Kindes wahrnehmen zu können.
- Es ist wesentlich den Ausdruck von Abgewehrtem, den Sinn im subjektiven Erleben des Kindes sowie aktuelle Inszenierungen alter Erfahrungen zu verstehen.
- Es gilt den vom Kind zugewiesenen emotionalen Standort zu kennen und das Beziehungsgeschehen zu reflektieren.
- Container Funktion ist zu übernehmen.
- Innerfamiliäre Dynamiken sind ebenso zu beachten wie emotionale Dynamiken im Kontext von Bildungseinrichtungen

Rahmen 13: vgl. Seite 121ff

Als wesentliche Zielsetzung im Sinne der Finalisierung für das Kind ist folgender Aspekt festzuhalten:

Das Kind kann die entschärften Affekte und Fantasien in sein Selbst aufnehmen und internalisieren.

Rahmen 14: vgl. Seite 122

Weiters konnte im Untersuchungsteil der Arbeit aufgezeigt werden, dass als ein spezifisches Element einer psychoanalytischen Betrachtungsweise im Vergleich zu dem gebräuchlichsten Ansatz, der im Rahmen dieser Arbeit als sogenannter Mainstreamansatz bezeichnet wurde, das Verstehen von AD(H)S als Ausdruck einer hinter den Symptomen des AD(H)S liegenden Konfliktdynamik einen wesentlichen Unterschied darstellt (vgl. Seite 126).

Es gilt zu verstehen, warum sich ein Kind in einer bestimmten Weise verhält.

Rahmen 15: vgl. Seite 127

Im Rahmen der unter den Abschnitten^{EZ} der Medialisierung und Finalisierung herausgearbeiteten Aspekte wurde deutlich, dass das Szenische Verstehen als psychoanalytisch-pädagogisches Konzept hinsichtlich des Bemühens nach Verständnis für die den unaufmerksamen und hyperaktiven Verhaltensweisen zugrunde liegenden Motive und Sinnzusammenhänge als hilfreich erachtet werden kann. Exemplarisch konnte aufgezeigt werden, dass über das Konzept des Containing es möglich ist vom Aushalten und Verdauen ungueter Introjekte bis zur

Rückspiegelung der entschärften Affekte dem Kind zu einer neuen Realitätsprüfung verholfen werden kann, in dem es die entschärften Affekte und Fantasien in sein Selbst aufnehmen und internalisieren kann. Über eine erfahrene und haltende Umwelt im Sinne des Holdings können korrigierende Beziehungserfahrungen gemacht werden (vgl. Seite 126ff).

Abschließend wurde im Untersuchungsteil herausgearbeitet, dass sich eine als verstehende und Beziehungspartnerin reflektierende Pädagogin im Vergleich zu einer dem Kind freundlich zugewandten Pädagogin durch das Bemühen zu verstehen, warum sich ein Kind auf eine bestimmte Art und Weise, verhält ebenso unterscheidet wie durch die als notwendig erachtete Reflexion der eigenen affektiven Verstrickung (vgl. Seite 127ff).

10 Resumee

Diese Arbeit widmete sich der Erfassung wissenschaftlicher Ansätze und Auseinandersetzungen zum Thema AD(H)S und dessen pädagogischen Kontextualisierungen. Der Schwerpunkt lag v. a. bei jenen Betrachtungs- resp. Zugangsweisen, die aus der Psychoanalyse hervorgehen. Zum einen ließen deren Eigenarten vermuten, dass mittels einer Differenzierung von Betrachtungsweisen und Erklärungszusammenhängen, sowie daraus resultierenden Zielvorstellungen und entsprechenden Mitteln sich ein spezifisches pädagogisches Element herauskristallisieren lässt. Zum anderen wurde angenommen, dass daraus hervorgehend auch eine spezielle Ausprägung eines pädagogischen Verständnisses im Kontext der Psychoanalytischen Pädagogik auszumachen ist.

So war es Ziel der Arbeit, eine umfassende Zusammenschau hinsichtlich der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit AD(H)S zu leisten. Dies geschah über einen Blick auf ihre historische Gewachsenheit und auf die Verwobenheit mit den Disziplinen der Medizin, Neurobiologie und Psychologie. Neben der Beschreibung des Störungsbildes in all seinen Ausprägungen und den diagnostischen Möglichkeiten nimmt die Frage nach den Ursächlichkeiten in der Auseinandersetzung rund um AD(H)S einen wichtigen Stellenwert ein.

Ein Erklärungsansatz meint, biologische, psychische und soziale Faktoren beeinflussen sich wechselseitig, demgegenüber stehen linear kausalzusammenhängende Erklärungen. Die These jedoch, dass sehr frühe Entwicklungsphasen entscheidend für die Ursachen des AD(H)S sein können, wird durch Forschungsbemühungen aus dem Bereich der Hirnforschung, Bindungsforschung und Psychoanalyse gestützt (vgl. Häußler & Hopf 2004, 26).

Es wurde aufgezeigt, dass dem derzeitigen Wissensstand entsprechend sich neuronale Gehirnstrukturen auch postnatal abhängig von Erb- und Umweltfaktoren aufbauen, wobei letztere auch Beziehungsinteraktionen umfassen (vgl. Reinke 2007, 50). Unter dem Aspekt der Multideterminiertheit gilt es AD(H)S auch im Kontext evolutionstheoretischer, gesellschaftlicher und kultureller Einflussfaktoren zu betrachten. Dieser Blick führte auch zur aktuellen Kritik an den geläufigen Theorien und den daraus resultierenden Konzepten für die Behandlung und zeigt diese bereits psychoanalytisch geprägt.

In der Folge wurde der Fokus auf psychoanalytische Ansätze und Erklärungsmodelle gelegt und es wurde aufgezeigt, dass diese bereits seit Freud über Klein, Winnicott, Bick und Mahler in einem speziellen Verständnis von Ausdruck innerpsychischer Konflikte im Sinne von „verschlüsselten Botschaften“ bestehen, die dem Verhalten zugrunde liegen und die es zu verstehen gilt. Dabei wird deutlich, dass der Schwerpunkt der psychoanalytischen Betrachtungsweise auf dem innerpsychischen Konfliktgeschehen liegt - bezogen auf die bewussten, vor allem aber unbewussten Anteile der individuellen psychischen Wirklichkeitsauffassung. Der psychoanalytische Blick ist auf die emotionale Problematik gerichtet, die sich über AD(H)S Symptome auszudrücken vermag und die im Zusammenhang mit der psychischen Strukturierung und den innerpsychischen Konflikten und ihren Verarbeitungsmöglichkeiten begreifbar wird. Ebenso konnte die Bedeutsamkeit früher

Beziehungserfahrungen herausgearbeitet werden. Damit lässt sich der Bogen zu diesem Zugang als einen in der Psychoanalytischen Pädagogik grundsätzlich angelegten Ansatz spannen. Dies konnte exemplarisch an den Konzepten des Szenischen Verstehens, des Containings und des Holdings aufgezeigt werden. Auf Grundlage dieser drei aufgezeigten Konzepte kann der Sinn des kindlichen Verhaltens zu verstehen versucht werden und nachträglich korrigierende Beziehungserfahrungen gemacht werden, die gerade für das AD(H)S Kind so bedeutsam erscheinen.

„Gerade AD(H)S Kinder fordern eine Beziehungsarbeit vehement ein. Darin wollen sie ernst genommen werden“ (Katterfeldt 2007, 153).

Ein weiteres Anliegen der Arbeit bestand darin, die so herausgestellten Theorien und Modelle entlang einer systematischen Differenzierung hinsichtlich Sichtweise- Erklärungsansätze- Zielangaben- Mittel / Umgang in ihren prägnantesten Merkmalen und ihren Verweisungsstrukturen textanalytisch aufzubereiten, um diese in dieser Weise auch vor dem Hintergrund dieser Systematik den geläufigsten Ansätzen und Behandlungsmethoden gegenüberstellen zu können.

Dies geschah vor dem Hintergrund des wissenschaftsanalytischen Modells des Empirischen Zirkels, das zum einen diese Differenzierung als textanalytischer Parameter mit den Abschnitten^{EZ} zur Verfügung stellt. Demnach ließen sich Fragen nach Phänomenalisierungen, Kausalisierungen, Finalisierungen und Medialisierungen über eine Auswahl an Textausschnitten systematisch entfalten. In Kombination mit den Dimensionen der Bereiche^{EZ} und Ebenen^{EZ}, die die Zuordnung von Aussagen hinsichtlich ihres Gültigkeitsanspruches im Bereich^{EZ} der Theorie und auf hohem Allgemeinheitsgrad analysieren ließ, konnten diese mit der Untersuchung diese in einem ersten Schritt herausgearbeitet werden.

Es konnte im Untersuchungsteil im Sinne einer systematisch textanalytischen Zusammenschau aufgezeigt werden, dass AD(H)S als psychische Störung verstanden werden kann, die auf spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte und Strukturdefizite zurückgeführt wird. Insgesamt konnte verdeutlicht werden, dass AD(H)S als Ausdruck innerpsychischer Dynamiken zu verstehen ist. Der spezifisch psychoanalytische Blick richtet sich nicht auf die Symptome selbst, sondern auf das ihnen zugrunde liegende innerpsychische Geschehen, das sich Ausdruck verleiht und in Szene gesetzt wird. Nicht die Beschaffenheit von AD(H)S im Sinne von Verhaltensausrprägung an sich ist von Bedeutsamkeit, sondern das, wofür AD(H)S zu stehen vermag. AD(H)S kann demnach als Ausdruck von Trennungs- und Bindungsstörungen, einer Individuationsstörung, Sexualisierung und Aggressivierung oder Abwehr gegen Depression verstanden werden (vgl. Seite 112).

Als ein markanter Punkt zeigte sich hierbei die enge Verwobenheit in den Abschnitten^{EZ} der Phänomenalisierung und Kausalisierung. Dabei ließ sich in einem ersten Schritt herausarbeiten, dass der spezifisch psychoanalytisch-pädagogische Fokus im Abschnitt^{EZ} der Phänomenalisierung nicht auf das Verhalten an sich gerichtet ist, sondern darauf aufmerksam macht, dass AD(H)S im Sinne eines Ausdrucks eines innerpsychischen Geschehens bereits auf eine Kausalisierung hinweist. Der Blick richtet sich auf jenen Aspekt, der die das Verhalten verursachende Zusammenhänge im Verständnis von einem subjektiven Sinngehalt im Erleben des betroffenen Kindes mit einbezieht.

Im Zentrum spezifisch psychoanalytisch-pädagogischer Betrachtungen liegt das Begreifen der Symptomatik der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstrukturen, das Verstehen der durch die unaufmerksamen und hyperaktiven Verhaltensweisen überlagerten Motive.

Als psychoanalytische Eigenheit gilt festzuhalten, AD(H)S als Ausdruck von Abgewehrtem wahrzunehmen, einen Sinn im subjektiven Erleben des Kindes zu erspüren sowie aktuelle Inszenierungen vergangener Erfahrungen zu begreifen (vgl. Seite 121).

Es zeigte sich hierbei auch ein kontinuierlich auftretendes spezifisch pädagogisches Element, in dem wie u. a. bei Gerspach von der therapeutischen Fachkraft wie von der Pädagogin gleichermaßen gesprochen wird und im Sinne des Einnehmens einer spezifischen Haltung sich ein Denkmodell erkennen lässt, das schon für sich ein pädagogisches Element beinhaltet. Entsprechend der in den Abschnitten^{EZ} der Phänomenalisierung und Kausalisierung aufgezeigten Eigenheiten positionieren sich spezifisch psychoanalytisch pädagogische Vorstellungen von der Behandlungsart, der Umgangsweise und den Bedürfnissen des Kindes. Die Pädagogin wird als reflektierende Gestalterin von Beziehungserfahrungen in Bildungsprozessen erkennbar, wodurch verdeutlicht wird, dass auch die Behandlung und Umgangsweise als Beziehungsgeschehen betrachtet wird. Insgesamt ließ sich herausarbeiten, dass im Zentrum eines psychoanalytisch-pädagogischen Zugangs zum AD(H)S die Erforschung sowohl der Bedürfnislage des Kindes steht als auch der Ursächlichkeiten dafür. Daraus folgend richtet sich der Blick auf das Ermöglichen einer gedeihlichen Entwicklung und ebensolcher Bildungsprozesse. Es bedarf einer psychoanalytischen Pädagogik, die geprägt ist von einem psychoanalytischen Grundverständnis, sowie der Annahme der Sichtweise des Kindes mit aller unbewussten Dynamik und Konfliktsituationen.

11 Ausblick

Es hat sich im Rahmen der Arbeit gezeigt, dass es sich bei AD(H)S um ein sehr komplexes Störungsbild handelt. Sehr vielfältige Betrachtungsweisen existieren nebeneinander, wobei psychoanalytische Theorien nur in geringem Ausmaß durchgedrungen sind und auch psychoanalytisch-pädagogische Konzepte zu AD(H)S noch wenig beachtet sind.

Die Ausarbeitung markanter Elemente in psychoanalytisch-pädagogischen Konzepten, wodurch ein geeigneter pädagogischer Umgang mit AD(H)S Kindern ermöglicht werden könnte, konnte im eingeschränkten Rahmen der Arbeit nur exemplarisch dargestellt werden. Ebenso konnte die Gegenüberstellung einer spezifisch psychoanalytischen Sichtweise mit den gebräuchlichen Konzepten ansatzweise stattfinden, wäre aber in einer differenzierteren Aufbereitung als den Diskurs bereichernd zu erachten. Eine vertiefende Vergleichsanalyse im Sinne einer systematischen Zusammenschau wäre erstrebenswert.

Den Abschnitt der Medialisierung betreffend wurde herausgearbeitet, dass die Reflexion der eigenen affektiven Verwicklung als für eine psychoanalytisch-pädagogische Haltung ebenso notwendiges wie charakteristisches Merkmal anzusehen ist, wobei allerdings offen geblieben ist in welcher Weise es Reflexionsmöglichkeiten bedürfe. Als Bereicherung anzusehen wäre auch der Zusammenschluss psychoanalytisch-pädagogischer Konzepte mit den allgemeinen Grundlagen zum AD(H)S Syndrom. Ebenso scheint es von Bedeutung ausgehend davon, dass sich der psychoanalytisch-pädagogische Zugang anders als die geläufigsten Sichtweisen zum AD(H)S Syndrom präsentiert, systematisch herauszuarbeiten, welche Voraussetzungen eine Pädagogin dabei mitbringen sollte.

Gerspach meint, dass auf Grund einer unbewussten Abwehr der eigenen Hilflosigkeit Pädagoginnen dazu neigen, im Zusammenhang mit kindlichen Auffälligkeiten im Bereich der Wahrnehmung und Bewegung auf medizinische Begrifflichkeiten zurückzugreifen. Bedeutsamer aber wäre es, eigene entsprechend geeignete Kategorien und Methoden zu entwickeln (Gerspach 2004, 46). Die psychoanalytisch-pädagogische Arbeit soll sich durch ein Verständnis der Konflikte und Inszenierungen auszeichnen, wodurch die dahinter liegenden Konflikte fokussiert werden können. Der Konflikt kann unter Einbeziehung des Kindes und der Eltern gleichermaßen durchgearbeitet werden, in dem zur Lösung des Konfliktes pädagogische Reaktionen beitragen (vgl. Heinemann & Hopf 2006, 165).

„Psychoanalytische Pädagogik versteht die Konflikte und stärkt über pädagogische Reaktionen das Ich“ (Heinemann & Hopf 2006, 165).

Hinsichtlich einer weiterführenden Auseinandersetzung wäre aus einem psychoanalytisch-pädagogischen Blickwinkel heraus auch folgende Fragestellungen interessant:

Inwiefern können die dahinter liegenden Konflikte psychoanalytisch-pädagogisch fokussiert werden? Inwiefern können die Konflikte im pädagogischen Rahmen durchgearbeitet werden?

Insgesamt zeigt sich eine Vielfalt an weiteren und vertiefenden Betrachtungsmöglichkeiten, deren Bearbeitung und systematische Aufbereitung als Bereicherung erfahren werden könnten.

12 Literaturverzeichnis

Ahrbeck, B. (Hrsg.) (2007): Hyperaktivität. Kulturtheorie. Pädagogik. Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Ahrbeck, B. (2007): Hyperaktivität, innere Welt und kultureller Wandel. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.) (2007): Hyperaktivität. Kulturtheorie. Pädagogik. Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 13-48.

Amft, H. (2006): ADS: Krankheit- Störung- Mythos? Eine tiefenstrukturelle Analyse psychosozialer Zusammenhänge. In: Eggert- Schmid Noerr A., Pforr, U. & Voß-Davies, H. (Hrsg.) (2006): Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 22. Gießen: Psychosozial- Verlag, 38-60.

Amft, H. (2006): ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger- Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Reihe 2. Band 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co, 70–90.

Amft, H., Gerspach, M. & Mattner D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Amft, H. (2002): Die ADS- Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In: Amft, H., Gerspach, M., Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 47-149.

Ahrbeck, B. (Hrsg.) (2007): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2007): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber Hofgrete AG.

Auchter, T. & Strauss, L.V. (2003): Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Auer, A. (2005): Aufmerksamkeitstraining mit Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als Teil des multimodalen Behandlungskonzeptes für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung an der Station für Heilpädagogik und

Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien. unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004): Multimodale Behandlung der ADHS. In: Fitzner, T. & Stark W. (Hrsg.) (2004): Doch unzerstörbar ist mein Wesen... Diagnose AD(H)S- Schicksal oder Chance? Beiträge zur interdisziplinären Fachtagung „Ein Problem ist nicht genug- ADS und Hochbegabung.“ (2003). Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 42- 51.

Barkley, R. A. (2005): Das große ADHS- Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern: Verlag Hans Huber.

Bartmann - Neuy, A. (2005): ADS. Erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder. Stuttgart: Klett Cotta.

Biegert, H. (2000): Damit Schule nicht zum Alptraum wird- Eine positive Schullaufbahn für ADS/HKS- Kinder. In: Fitzner, T. & Stark W. (Hrsg.) (2000): ADS – verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. 2. Auflage. Reihe Beltz. Taschenbuch 78. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 26-33.

Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperaktiven Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH.

Bovensiepen, G. (2004): Einführung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag . GmbH, 12-19.

Bovensiepen (2004): Epilog. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 344–345.

Brandau, H. (2004): Das ADHS- Puzzle. Systemisch-evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven. Wien, New York: Springer-Verlag.

Brandau, H., Pretis, M. & Kaschnitz, W. (2006): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Braun, I. (2000): Mehr Ruhe- mehr Abwechslung. Hilfen für das ADS- Kind in der Schule. In: Fitzner, T. & Stark W. (Hrsg.) (2000): ADS – verstehen, akzeptieren, helfen. Die

Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. 2. Auflage. Reihe Beltz Taschenbuch 78. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 34-39.

Brisch, K.H. (2004): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 45–69.

Brisch, K.H. (2003): Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In: Finger-Trescher, U. & Krebs, H. (Hrsg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 16. Gießen: Psychosozial-Verlag, 51- 69.

Büttner, Ch., Krebs, H. & Winterhager- Schmid, L. (Hrsg.) (2006): Gestalten der Familie-Beziehungen im Wandel. Jahrbuch für psychoanalytische Pädagogik 11. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial Verlag.

Crain, F. (2005): Fürsorglichkeit und Konfrontation. Psychoanalytisches Lehrbuch zur Arbeit mit sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Dammann, G. (2007): ADHS – The making of a disease. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 187-210.

Dammasch, F. (2006): ADHS- endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin. In: Leuzinger -Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Reihe 2. Band 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co, 189-221.

Dammasch, F. (2006): Das Kind, seine alleinerziehende Mutter und der virtuelle Vater. In: Büttner, Ch., Krebs, H. & Winterhager- Schmid, L. (Hrsg.) (2006): Gestalten der Familie-Beziehungen im Wandel. Jahrbuch für psychoanalytische Pädagogik 11. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial Verlag, 98-116.

Dammasch, F. (2004): Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperaktiven Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 257-311.

Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Bd. 1. Göttingen: Hofgrefe Verlag (=Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychotherapie.)

Döpfner, M. (2000): Hyperkinetische Störung. In: Petterman, F. (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto & Seattle: Hofgrefe Verlag für Psychologie, 151- 186.

Döpfner, M. , Schürmann, St. & Lehmkuhl, G. (1999): Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Drüe, G. (2007): ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickwinkel von Fachwelt und Öffentlichkeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Eggert- Schmid Noerr A., Pforr, U. & Voß-Davies, H. (Hrsg.) (2006): Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 22. Gießen: Psychosozial- Verlag.

Ellesat, P. (2007): Die Funktion von Ritalin in der Kind-Eltern-Therapeuten- Beziehung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag. 147-158.

Figdor, H. (2007): Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik II. Vorträge und Aufsätze. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 24. Gießen: Psychosozial- Verlag.

Finger-Trescher, U. & Krebs, H. (Hrsg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 16. Gießen: Psychosozial- Verlag.

Fitzner, T. & Stark, W. (Hrsg.) (2004): Doch unzerstörbar ist mein Wesen... Diagnose AD(H)S- Schicksal oder Chance? Beiträge zur interdisziplinären Fachtagung „Ein Problem ist nicht genug- ADS und Hochbegabung.“ (2003). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Fitzner, T. & Stark, W. (Hrsg.) (2004): Genial, Gestört, Gelangweilt? ADHS, Schule und Hochbegabung. Weinheim & Basel: Beltz Verlag. Taschenbuch 166.

Fitzner, T. & Stark W. (Hrsg.) (2000): ADS – verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. (Reihe Beltz Taschenbuch 78)

Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2001: Attachment Theory Psychoanalysis).

Frank, C., Hermanns L.M. & Hinz, H. (Hrsg.) (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. Stuttgart –Bad Canstatt: Frommann – Holzboog

Gerspach, M. (2004): Hyperaktivität aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag, 45-71.

Gerspach, M. (2001): Stichwort Hyperaktivität: Zur Diagnose der Diagnostiker. In: Psychoanalytische Familientherapie. Zeitschrift für Paar- Familien- und Sozialtherapie (2001). 2.Jahrgang.Nummer 3. Heft 2. Gießen: Psychosozial-Verlag, 3-34.

Günter, M.(2004): Körperbild, Identität und Objektbeziehungen. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag, 72-82.

Hamburger Arbeitskreis für ADS/ADHS (2004): Leitfaden ADS/ADHS. Informationsbroschüre des Hamburger Arbeitskreises. 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt: Gianni & Meissner PR GmbH.

Haubl, R. (2007):Krankheiten, die Karriere machen: Zur Medizinalisierung und Medikalisierung sozialer Problem. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 159-186.

Heinemann, E. & Hopf, H. (2006): AD(H)S. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Heinemann, E. & Hopf, H. (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome - Psychodynamik- Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Heinz, J. (2004): Nervosität der Moderne. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperaktiven Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 315-343.

Häußler, G. (2004): Im Vorfeld der psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung. In: Bovensiepen, G., Hopf, H.& Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperaktiven Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 136-164.

Häußler, G.& Hopf, H. (2004): Psychoanalytische Theorien.. Bovensiepen, G., Hopf, H., Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des

hyperaktiven Syndroms. 2. Auflage. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band. 4. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH.

Hinshelwood, R.D. (2004): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. 2.Auflage. Stuttgart: Klett – Cotta Verlag. (Original erschienen 1991: A Dictionary of Kleinian Thought).

Hüther, G. & Bonney, H. (2006): Neues vom Zappelphilipp. ADS/ ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln. 7. Auflage. Düsseldorf: Walter Verlag.

Hüther, G. (2004): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD- Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. 2. Auflage. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 70-91.

Hüther, G. (2004): Die nutzungsbedingte Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen: Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischen Interventionen. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag, 117-130.

Katterfeldt, R (2007): Hyperaktivität- Ausdruck einer gestörten Autonomieentwicklung. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.) (2007): Hyperaktivität. Kulturtheorie. Pädagogik. Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 139-154.

Kerekjarto, A. (2004): Schule und ADHS – was muss getan werden? In: Fitzner, T. & Stark, W. (Hrsg.) (2004): Genial, Gestört, Gelangweilt? ADHS, Schule und Hochbegabung. Weinheim & Basel: Beltz Verlag. Taschenbuch 166, 18-40.

Klein, M. [1962] (2006): Das Seelenleben des Kleinkindes. Und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Achte Auflage. Stuttgart: Klett- Cotta Verlag.

Köhler, H. (2002): War Michael Lönneberga aufmerksamkeitsgestört? Der ADS- Mythos und die neue Kindergeneration. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Kreipner, R. (2004): Die Rolle systematisierter Fragenkataloge in der Paradigmatologie der Psychoanalytischen Pädagogik. Hans Georg Treschers Konzept des Szenischen Verstehens als Musterbeispiel für die paradigmatische Erforschung psychoanalytisch- pädagogischer Konzepte. Wien: Empirie Verlag.

Krowatschek, D. (2002): Alles über ADS. Ein Ratgeber für Eltern und Lehrer. 3. Auflage. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag.

Kruse, H. (2002): Dynamik und Milieu der Stationsgruppe: Gruppenpädagogische Ansätze. In: Kuchenbecker, A. (Hrsg.) (2002): Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 99-135.

Kuchenbecker, A. (Hrsg.) (2002): Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Lauermaun, K. & Knapp, G. (Hrsg.): Sozialpädagogik in Österreich. Perspektiven in Theorie und Praxis. Band 3. Klagenfurt, Laibach, Wien: Hermagoras/Mohorjeva.

Lauth, G.W., Schlottke, P.F. & Naumann, K. (1998): Ratslose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Lauth, G.W. & Schlottke, P.F. (1997): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Diagnostik und Therapie. 3. erweiterte und überarbeitete Auflage. In: Hautzinger, M. & Petermann, H. (Hrsg.): Materialien für die psychosoziale Praxis. Tübingen: Beltz.

Leuzinger- Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Reihe 2. Band 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.

Leuzinger- Bohleber, M. (2006): Einführung. In: Leuzinger- Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Reihe 2. Band 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co., 9-49.

Lüpke, H. (2004): Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag, 99-116.

Mahler, M. (1979) Studien über die drei ersten Lebensjahre. (1992) Frankfurt an der Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Mannoni, M. (1972): Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter. Eine psychoanalytische Studie. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter Verlag. (Original erschienen 1964: *L'enfant arriéré et sa mère.*)

Mattner, D. (2006): ADS- die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger- Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS- Frühprävention statt

Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Reihe 2. Band 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co., 51-69.

Mattner, D. (2004): Hyperaktivität aus der Sicht der Heilpädagogischen Anthropologie. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag, 12-24.

Molitor, G. (2004): Prolog. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. 2. Auflage. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH, 7-11.

Mollenhauer, K (1996): Kinder- und Jugendhilfe. Theorie der Sozialpädagogik – ein kritischer Grundriß. In: Zeitschrift für Pädagogik 42.Jg., 869-886.

Muck, M. & Trescher, H.G. (Hrsg.) (2001): Grundlagen der psychoanalytischen Pädagogik. Unveränderte Neuauflage. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 13. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Nageler, G. (2005): Hyperaktivität und Sozialverhalten bei Kindern der Zweiten Volksschulklasse. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Neraal, T. (2007): Die unerhörten Botschaften der hyperaktiven Kinder- Familiendynamik und Familientherapie bei Kindern mit ADHS. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 107-126.

Neuhauser, C. (2002): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Berlin: Urania- Ravensburger.

Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelsicher Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Paal, D. (2007): ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Alle Alternativen zu Ritalin und Co. München: F. A. Herbig Verlagsbuchhandlung GmbH.

Passolt, M. (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage München: Ernst Reinhardt Verlag.

Pettermann, F. (2005): Geleitwort zur deutschen Ausgabe. In: Barkley, R. A. (2005): Das große ADHS- Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern: Verlag Hans Huber, 5-8.

Pettermann, F. (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto & Seattle: Hofgrefe Verlag für Psychologie.

Pettermann, F., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Pettermann, F. (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto & Seattle: Hofgrefe Verlag für Psychologie.

Psychoanalytische Familientherapie. Zeitschrift für Paar- Familien- und Sozialtherapie (2001). 2. Jahrgang. Nummer 3. Heft 2. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multitaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD- 10 und DSM IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hofgrefe AG.

Romer, G. (2003): Anwendung der Bindungstheorie bei präventiven psychotherapeutischen Interventionen im Kindes- und Jugendalter. In: Finger-Trescher, U. & Krebs, H. (Hrsg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 16. Gießen: Psychosozial- Verlag, 211-227.

Rüther, E. & Schäfer, U. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen (u. a.): Hofgrefe Verlag.

Schäfer, U. & Gerber, W.-D. (2007): AD(H)S – Die Aufmerksamkeits-defizit-Hyperaktivitätsstörung. Ein Ratgeber für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Schröder, A. (2006): ADS in der Schule. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG.

Schultz- Venrath, U. (2007): AD(H)S des Erwachsenen und Borderline- Persönlichkeitsstörung- Ein Syndrom oder verschieden Krankheitsbilder. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 211-232.

Seiffge-Krenke, I. (2007): Die Bedeutung des Vaters oder: Die Suche des Kindes nach Struktur. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 127-146.

Seiffge-Krenke, I. (2007): Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Segal, H. (1996): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett- Cotta. (Original erschienen 1991: Dream, Phantasy and Art).

Staudter, C. (2002): Behandlungsansätze der Pflege und Erziehung von Kinder und Jugendlichen mit ADS. In: Kuchenbecker, A. (Hrsg.) (2002): Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 157-174.

Stauffenberg, A. (2007): Motorik und Bedeutung- Hyperaktivität als Suche und Abwehr psychischer Verarbeitung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 87-105.

Stephenson, T. (2003): Paradigma und Pädagogik. Wissenschaftsanalytische Untersuchungen im Spannungsfeld zwischen Pädagogik, Therapie und Wissenschaft. Wien: Empirie Verlag.

Stipsits, R. (2003): Sozialpädagogik als „Theorie sozialer Bewegungen“. In: Lauer mann, K. & Knapp, G. (Hrsg.): Sozialpädagogik in Österreich. Perspektiven in Theorie und Praxis. Band 3. Klagenfurt, Laibach, Wien: Hermagoras/Mohorjeva, 124-137.

Stork, J., Hüttl, W. & Thaler, A. L. (2004): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung-Syndrom oder Symptom? Erfahrungen aus der psychoanalytischen Arbeit mit HKS- Kindern und ihren Familien. In: Passolt, M. (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. korrigierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, 83-98.

Stork; J. (1976): Versuch einer Einführung in das Werk von D.W. Winnicott. In: Winnicott, D.W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1958: Through paediatrics to Psycho-Analysis), 9-28.

Trescher, H.G. (1993): Handlungstheoretische Aspekte der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Muck, M. & Trescher, H.G. (Hrsg.) (2001): Grundlagen der psychoanalytischen Pädagogik. Unveränderte Neuauflage. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik“. Band 13. Gießen: Psychosozial-Verlag, 167-201.

Trescher, H.G. (1992): Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik. korrigierte 2. Auflage. Reihe „Psychoanalytische Pädagogik. Band 4. Mainz: Mathias- Grünewald-Verlag.

Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag.

Warrlich, Ch. (2007): ADS- Auf der Suche. Einführung. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 5-33.

Weiß, W. (2008): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in Erziehungshilfen. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Weisker- Köhler, A. (2006): Esther Bick: Eine Pionierin der teilnehmenden Säuglingsbeobachtung. Stuttgart – Bad Canstatt: Frommann – Holzboog Verlag. In: Frank, C., Hermanns L.M. & Hinz, H. (Hrsg.) (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. Stuttgart –Bad Canstatt: Frommann – Holzboog.

Wender, P. H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Wenke, M. (2006): ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.

Wiedemann, W. (2007): Wilfrid Bion. Biografie, Theorie und klinische Praxis des „Mystikers der Psychoanalyse“. Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial - Verlag.

Winnicott, D.W. (1976) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1958: Through paediatrics to Psycho-Analysis).

Winnicott, D. W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Gießen: Psychosozial-Verlag. (Original erschienen 1965: Maturational process and the facilitating environment).

Winnicott, D.W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. 9. Auflage. Konzepte der Humanwissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta. (1997) (Original erschienen 1971: Playing and Reality).

Würker, A. (2007): Zappeln, Unaufmerksamkeit, Aufgeregtheit. Einige andere Hypothesen zu ADS und Hyperaktivität. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (2007) (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial Verlag, 67-86.

12.1 Literatur aus dem Internet

Dammasch, F.: „Immer vorwärts und nie zurück“ AD(H)S: Krankheit oder Beziehungsstörung. In: <http://www.psychanalyse-aktuell.de/kinder/adhs.html>

Hopf, H.: Psychoanalytische Therapie des ADHS. In: www.psychotherapeutenkammer-bw.de/archiv/lptage/lpt2003/2003hopf.pdf

Lüpke, H. (2002): AD(H)S: Ist alles wirklich so klar? Diskussionsbeitrag zu Daten, Denkmodellen, Hilfen. In <http://www.ads-kritik.de/ADS-Kritik18.htm>

Lüpke, H. (2003): AD(H)S als medizinisches Modell: Auf der Suche nach Halt. In <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-adhs.html>

12.2 Weiterführende Literatur

Ammon, G. (Hrsg.) (1973): Psychoanalytische Pädagogik. Hamburg: Hofmann und Campe Verlag.

Ahrbeck, B. & Rauh, B. (Hrsg.) (2006): Der Fall des schwierigen Kindes. Therapie, Diagnostik und schulische Förderung verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

Bergmann, S. (2005): ADHS. Tagebuch eines hyperaktiven Kindes. Berlin & St. Petersburg: Oberbaum Verlag.

Bittner, G. (1970): Psychoanalyse und soziale Erziehung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Juventa Verlag .

Blech, J: (2004) Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Herles W. (Hrsg.): Zeitgeist. Fischer: Frankfurt an der Main.

Bovenschen, K. (2000): Hyperaktivität im Vorschulalter. unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Böker, H. (Hrsg.) (2006): Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2006): Kinder ohne Bindung. Deprivation. Adoption und Psychotherapie. Stuttgart: Klett- Cotta.

Dammasch, F. & Katzenbacher, D. (Hrsg.) (2004): Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Zum besseren Verstehen von Schülern, Lehrern, Eltern und Schule. Frankfurt an der Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH

De Grandpere, R. (2002): Die Ritalingesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim & Basel: Beltz. (Original erschienen 2000: Ritalin Nation).

Diem-Wille, G. (2007): Die frühen Lebensjahre. Psychoanalytische Entwicklungstheorie nach Freud, Klein und Bion. Stuttgart: W- Kohlhammer GmbH.

Döpfner, M., Frölich J., Schürmann, St. (2002): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten :THOP 3.vollständig. überarbeitet. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.

Dürre, M. & Dürre R. (2004): ADS, Legasthenie und Co, Mit Kindern spielerisch die Wahrnehmung verbessern. Band 5401. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Fatke, R., & Scarbath, H. (Hrsg.) (1995): Pioniere Psychoanalytischer Pädagogik. In: G.-B. Reinert (Hrsg.): Erziehungskonzeptionen und Praxis. Band. 27. Frankfurt an der Main: Peter Lang.

Fonagy, P. & Target, M. (2003): Frühe Bindungen und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: Psychosozial- Verlag.

Häfele, T. (2006): Hyperaktivität, exekutive Funktionen und soziale Beeinträchtigung bei Kindern mit Neurofibromatose Typ1. unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Hartmann, J. (1997): Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie. 6.Auflage. Reihe 333. München: Beck Verlag.

Heinemann, E., Grüttner, T. & Rauchfleisch, U. (2003): Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse und Pädagogik in Schule, Heim und Therapie. Überarbeitet und erweiterte Auflage. Düsseldorf & Zürich: Walter Verlag.

Hallowell, E. M. & Ratey, J. (1998): Zwanghaft zerstreut. ADD - die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. (Original erschienen 1994: Driven to Distraction).

Huss, M. (2002): Medikamente und ADS. Gezielt einsetzen – umfassend begleiten – planvoll absetzen. Berlin: Urania Verlag.

Knölker, U. (Hrsg.) (2001): Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Bremen: Uni-Med.

Kreuzer, T. (2007): Psychoanalytische Pädagogik und ihre Bedeutung für die Schule. Königshausen und Neumann GmbH: Würzburg.

Lauth, G.W., Brack, U. B. & Linderkamp, F. (Hrsg.) (2001): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz.

Mahler, M.S., Pine, F. & Bergamn, A. (1993): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt an der Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Original erschienen 1975: The Psychological Birth of the Human Infant).

Metzinger, A. (2005): Verhaltensprobleme erkennen, verstehen und behandeln. Sozialpädagogische Praxis. Band 6. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Neuhauser, C. (1999): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. 5. aktualisierte Auflage. Berlin: Urania- Ravensburger.

Pausch, S. (2005): Der Beitrag psychoanalytischer Pädagogik zum Verständnis und zur Überwindung von Trennungsangst. unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Reimann- Höhn, U. (2001): ADS- So stärken sie ihr Kind. Was Eltern wissen müssen und wie sie helfen können. 2. Auflage. Freiburg, Basel & Wien: Verlag Herder Freiburg im Breisgau.

Reimann- Höhn, U. (2002): Langsam und verträumt. ADS bei nicht hyperaktiven Kindern. 4. Auflage. Freiburg, Basel & Wien: Verlag Herder Freiburg im Breisgau.

Schuster, P. & Springer - Kremser, M. (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. WUV- Studienbücher Psychologie. Band 3. Wien: WUV- Universität-Verlag.

Schuster, P. & Springer - Kremser, M. (1998): Anwendung der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht. WUV- Studienbücher Psychologie. Band 4. Wien: WUV- Universität- Verlag.

Stork, J. (Hrsg.) (1986): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings. Neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Symposium der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychotherapie der technischen Universität München. In: Holzboog, G. (Hrsg.): Problemata. 112. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann- Holzboog.

Trescher, H.G. (1985): Theorie und Praxis der psychoanalytischen Pädagogik. Frankfurt an der Main, New York: Campus Verlag.

Voß, R. (Hrsg.) (1990): Pillen für den Störenfried? Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. 2. überarbeitete Aufl. München & Basel: Ernst Reinhardt.

Voß, R. (1987): Anpassung auf Rezept. Die fortschreitende Medizinisierung auffälligen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Webb- Honos, L. (2007): AD(H)S als Geschenk. Wie die Probleme Ihres Kindes zu Stärken werden können. Paderborn: Junfermann Verlag. (Original erschienen 2005: The gift of AD(H)D: How to transform your child`s problem into strengths).

Wimmer, F.H. (2004): Hyperaktivität. Ritalin. Kriminalität. Warum habt Ihr mir das angetan? Starnberg: Verlag Der Finanzberater.

13 Anhang

Rahmenverzeichnis

Rahmen 1: Döpfner 2000, 155; Loh 2003, 361.....	14
Rahmen 2: Döpfner 2000, 153	15
Rahmen 3: Döpfner 2000,153	15
Rahmen 4: Döpfner 2000,153	16
Rahmen 5: Biegert 2000,30ff.....	22
Rahmen 6: Biegert 2000, 31.....	23
Rahmen 7: Biegert 2000, 32.....	23
Rahmen 8: Barkley 2005, 234.....	25
Rahmen 9: OPD-KJ 2007,77.....	55
Rahmen 10:Greenson zit. in Trescher 2001,174	79
Rahmen 11: vgl. Seite 107	129
Rahmen 12: vgl. Seite 115	130
Rahmen 13: vgl. Seite 121ff.....	131
Rahmen 14: vgl. Seite 122	131
Rahmen 15: vgl. Seite 127	131

Zusammenfassung

AD(H)S, das am häufigsten diagnostizierte Kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild, bedarf eines Behandlungskonzepts an dem Eltern, Pädagoginnen und andere an der Erziehung und Betreuung des Kindes Beteiligte gleichermaßen eingebunden sind. Entsprechend dem aktuellen psychoanalytischen Verständnis von AD(H)S wird angenommen, dass es sich um eine Symptomansammlung handelt, deren Ursachen sehr unterschiedlich sein können. Die Symptome wie Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität haben demnach ihre Ursache in intrapsychischen und interpersonalen Konflikten und Strukturdefiziten.

Von einem psychoanalytisch-pädagogischen Blickwinkel aus ist das Verstehen der Persönlichkeitsstruktur des Kindes mit seinen inneren Ängsten und schmerzhaften Konflikten entscheidend, so dass das hyperaktive und unaufmerksame Verhalten Sinn macht.

Wird AD(H)S in den Bildungsprozessen des Kindes mit seinen Beziehungserfahrungen verstanden, wird es immer wieder gleichzeitig auch um das Verstehen seines erlebten – und auch darauf bezogen- aktuellen Beziehungserlebens und dessen Niederschlag im Zuge seines Bildungsprozesses gehen.

Abstract

To deal with ADD as the most frequently diagnosed disorder in psychiatry of children and young people it takes a concept which includes parents, pedagogues and anyone involved in education and taking care of the child to an equal degree.

According to the present psychoanalytic knowledge ADD is supposed to be a collection of symptoms caused by very different reasons. Symptoms such as attention disorder, hyperactivity and a high degree of impulsiveness are therefore caused by intrapersonal and intrapsychical conflicts and deficits of structure. From the psychoanalytic-pedagogical point of view understanding the structure of the child's personality with all his or her inner fears and hurting conflicts is indispensable to realise that hyperactivity and inattentive behaviour both make sense. ADD being understood in the educational process of the child with his/her experience of relationships always means at the same time understanding his/her former and –in connection with that – present experience of relationship and its consequences for the educational process.

LEBENS LAUF

BERUFLICHER WERDEGANG

- | | |
|-------------|---|
| seit 2006 | Sozialpädagogin am Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Standort Hinterbrühl) |
| 2002 – 2005 | Sozialpädagogin an der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl |
| 2001 – 2002 | Pädagogische Mitarbeiterin in der fachpsychologischen-
fachpsychotherapeutischen Praxis Dr. Christina Raviola |
| 1997 – 2001 | Diverse Praktika, u.a. im Niederösterreichischen Landesjugendheim Matzen,
im Niederösterreichischen Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl, im
Krisenzentrum Wien 14 sowie im Kindergarten „Kindercompany“ |

AUS- UND WEITERBILDUNG

- | | |
|-------------|--|
| seit 2006 | Psychotherapeutisches Propädeutikum, Österreichischer Arbeitskreis für
Gruppentherapie und Gruppendynamik |
| seit 1998 | Studium der Pädagogik und Psychologie, Universität Wien |
| 1999 – 2005 | Jugendleiterausbildung, Bundesverband der Pfadfinderinnen und Pfadfinder
Österreichs |
| 1988 – 1996 | Gymnasium der Dominikanerinnen, 1130 Wien |
| 1984 – 1988 | Volksschule Notre Dame de Sion, 1070 Wien |

EHRENAMTLICHE TÄTIGKEITEN

- | | |
|-----------|---|
| seit 2007 | Mitarbeiterin des Kriseninterventionsteams des Österreichischen Roten Kreuz |
| seit 2006 | Mitarbeiterin der Ö3 Kummernummer |
| seit 2005 | Rettungssanitäterin beim Österreichischen Roten Kreuz |
| seit 1996 | Pfadfinderleiterin für Kinder und Jugendliche, Mitarbeit bei internationalen
Kinder- und Jugendlagern im In- und Ausland |