

Johanna Krause

Psychodynamische Therapieansätze bei Erwachsenen mit ADHS

Psychodynamic therapy in adults with ADHD

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden die Möglichkeiten der tiefenpsychologischen und analytisch-interaktionellen Therapieform zur Behandlung Erwachsener mit ADHS vorgestellt. Es wird beschrieben, in welcher Form sich diese therapeutische Ausrichtung von der Verhaltenstherapie unterscheidet. Es handelt sich dabei nicht um eine Alternative zu einer medikamentösen Behandlung, sondern um die Chance zur Aufarbeitung der in der Kindheit und im weiteren Leben erlittenen Misshandlungen und Demütigungen, die zu einem stark beeinträchtigten Selbstwertgefühl und zu einer mangelnden Selbstwahrnehmung führen. Die Patienten lernen ihre Abwehrmechanismen zu verstehen und können deshalb ihre Abwehrstrukturen nach einer Phase der Vertrauensbildung lockern. Es gibt zu psychodynamischen Therapieformen bisher kaum wissenschaftliche Untersuchungen, die die Effizienz dieser Behandlung bei der ADHS im Erwachsenenalter belegen.

Schlüsselwörter

ADHS bei Erwachsenen – tiefenpsychologische Therapie – analytisch-interaktionelle Therapie – Abwehrmechanismen – Abwehrstrukturen

Summary

This article presents the possibilities of psychodynamic and psychoanalytic-interactional therapy for the treatment of adults with ADHD. It is described in which way this psychoanalytic therapeutic adjustment differs from the behavior therapy. This therapy it is not meant as an alternative to drug treatment, but offers the chance to process the suffered abuse and humiliation in childhood and in further life, leading to a strongly impaired self-estimation and to a lacking of self-perception. The patients learn to understand their defense mechanisms and are able to adapt their defense structures after a phase of creating confidence. There is a lack of scientific contributions investigating the effectiveness of psychodynamic therapies in samples of adult patients with ADHD.

Keywords

ADHD in adults – psychodynamic therapy – psychoanalytic-interactional therapy – defense mechanism – defense structures

Wenn die Diagnose einer ADHS erst im Erwachsenenalter gestellt wird, muss der Betroffene zunächst über die Art der neurobiologischen Störung aufgeklärt werden. Häufig benötigt der Patient eine medikamentöse Behandlung, um eine Symptomreduktion zu erzielen, die es ihm ermöglicht, mit verbesserter Konzentration die aktuelle Lebenssituation und die aus der Störung resultierenden Beeinträchtigungen zu erfassen und an der Planung einer Therapie zur Verbesserung der Lebensumstände aktiv teilzunehmen. Gerade die Betroffenen, die erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, haben häufig das Problem, dass sie eigentlich ihre Symptomatik als etwas Unabänderliches und damit trotz aller Schwierigkeiten zu ihnen Gehöriges ansehen, weil sie sich nicht daran erinnern können, dass ihr Leben einmal anders war. Entsprechend einer Übersicht zur ADHS im Erwachsenenalter von Okie (2006) wird inzwischen ein Drittel der in den USA auch für die Behandlung im Erwachsenenalter zuge-

lassenen ADHS-Medikamente an Erwachsene verschrieben; die Zahl der entsprechenden Verschreibungen stieg dort zwischen März 2002 und Juni 2005 um 90 %. Eine alleinige medikamentöse Behandlung stellt jedoch nicht die Therapie der Wahl dar, da es sich bei der ADHS um eine chronische Störung mit erheblichen Folgen für Selbstwert und Selbstvertrauen sowie der Entwicklung von Selbsthass als Ergebnis einer kontinuierlichen Demoralisierung handelt.

Verhaltenstherapeutische, die Selbstkognition fördernde Therapieansätze können gerade zu Beginn der Behandlung eine sinnvolle Ergänzung zur Medikation sein, da bei einer alle Lebensbereiche betreffenden Störung wie der ADHS die verbesserte Selbstorganisation ein wesentliches Therapieziel ist (Alm, 2006; Ramsay, 2007). Inzwischen liegen erste Studien zur Evaluation verhaltenstherapeutischer Ansätze im Erwachsenenalter vor (Heßlinger et al., 2002; Safren et al.,

2005; Stevenson et al., 2002; Wilens et al., 1999). Die Ergebnisse einer ersten bei Kindern mit ADHS durchgeführten Multicenterstudie, bei der über 14 Monate die Effekte von Pharmako- und Verhaltenstherapie jeweils einzeln und als Kombinationsbehandlung verglichen wurden, zeigen, dass die alleinige Verhaltenstherapie der medikamentösen Therapie signifikant unterlegen war, während sich zwischen Pharmakotherapie allein und der Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie nur bei begleitenden Angststörungen ein Unterschied sichern ließ (Jensen et al., 2005; The MTA Cooperative Group, 1999). Inzwischen liegt eine Drei-Jahres-Katamnese dieser Studie vor; hiernach nahm nach Beendigung der Studie in der Gruppe mit Verhaltenstherapie der Anteil medikamentös behandelter Kinder deutlich zu, während dieser Anteil bei den Gruppen mit medikamentöser und kombinierter Therapie im gleichen Zeitraum erheblich abnahm; der Effekt war, dass sich die ADHS-Symptomatik 22 Monate nach Beendigung der Studie in den einzelnen Gruppen wieder angeglichen hatte (Jensen et al., 2007). Den Daten ist zu entnehmen, dass auch im sogenannten rein medikamentösen Arm der Studie eine kontinuierliche Betreuung der Eltern und Kinder stattfand, die durchaus als Coaching der betroffenen Familien angesehen werden kann; ein therapeutischer Effekt der regelmäßigen Visiten im Sinne eines „Ernstgenommen-Werdens“ ist aus der Sicht der Autorin nicht auszuschließen.

■ Tiefenpsychologisch-fundierte Therapie

Bei Erwachsenen mit ADHS ist aufgrund eigener Erfahrungen und der Literatur (Asherson, 2005; Krause und Krause, 2005; Murphy et al., 2005; Triolo, 1999) wegen tiefgreifender Störungen des Selbstwertes und der Autonomieentwicklung häufig eine tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapie als begleitende Maßnahme notwendig. Mit diesem Begriff wird ein Verfahren bezeichnet, das die Grundannahmen der Neurosenlehre der Psychoanalyse wie Existenz und Wirkungsweise des Unbewussten und die Forschungsergebnisse der Psychoanalyse über intrapsychische und interpersonale Prozesse voraussetzt. Allerdings erfolgt die Anwendung dieser Kenntnisse durch eine konfliktzentrierte Vorgehensweise.

Trotz der komplexen Bedingungen des Einzelfalles verfolgt die psychotherapeutische Behandlung nur Teilziele. Die Indikation des Verfahrens wird von dem Nachweis aktueller neurotischer Konflikte und deren Symptombildung bestimmt; das psychotherapeutische Vorgehen ist auf die Bearbeitung dieser Konflikte beschränkt.

Die erwachsenen Patienten mit einer ADHS geraten im Verlauf der Stunde zeitweise in eine Hyperfokussierung oder Gedankenüberflutung, die es ihnen unmöglich macht, den übergeordneten Gedanken weiter zu folgen (Unterscheidung zwischen wichtig und unwichtig findet nicht statt). Dies kann bewirken, dass wesentliche im Stundenverlauf gewonnene Erkenntnisse verloren gehen, wenn sie nicht am Stundenende nochmals resümiert werden.

Bei Patienten mit einer leichteren Ausprägung der Defizite in der strukturellen Organisation kann mit der tiefenpsychologisch-fundierte Therapie eine aktuell durchaus schwerwiegende Krise im Rahmen einer zeitlich begrenzten Therapie unter Durcharbeitung der infantilen Hintergründe aufgelöst werden.

Der folgende Fallbericht zeigt die Mehrgenerationenproblematik und die Ausweglosigkeit, in die eine Familie geraten kann, wenn die Problematik nur auf „die Verhältnisse“ zurückgeführt wird, wie es offenbar bei der ersten Familientherapie der Fall war.

„Alleine wäre ich nicht auf die Idee gekommen, dass irgendetwas mit mir anders ist. Seit der Kindheit war ich schon in großen Gruppen, aber ich durfte nie mitmachen. Ich hatte keine Freunde in meiner Klasse, sondern immer in der Nachbarklasse. Ich war in Sport gut, aber andere Dinge konnte ich nicht besonders, im Rechnen war ich sehr schlecht. Im Schulsystem meines Heimatlandes wurden die Schüler entsprechend ihrer Leistung in Klassen eingeteilt, pro Jahrgangsstufe gab es die Klassen eins bis vier. In Mathematik und Englisch war ich grundsätzlich in der vierten, also schlechtesten Klasse, aber z.B. in Metallarbeiten oder Holzarbeiten war ich immer in der ersten Klasse. Sowohl in Klasse 1 als auch in Klasse 4 war ich der Klassenkasper, dreimal pro Woche musste ich zum Direktor, wo ich dann mit Bambusstöcken auf die Hände gehauen bekam.“

Nach Angaben seiner Mutter habe der Lehrer zu ihr gesagt: „He acts like a complete idiot.“ Mit 16 Jahren beendete der Patient die Schule, seine Schulnoten bewegten sich beim Abschluss im mittleren Bereich. Er war in handwerklichen Fächern so ausgezeichnet, dass er die schlechten Noten in Mathematik und Englisch damit ausgleichen konnte. Nach Abschluss der Schule reiste er mehrere Jahre durch die ganze Welt, seinen Lebensunterhalt finanzierte er durch verschiedene Jobs. Diese drei Jahre Freiheit, verbunden mit intensiver Lebenserfahrung, waren „seine persönliche Therapie“.

Als bei seinem Sohn im Alter von zweieinhalb Jahren zu erkennen war, dass er anders war und dass etwas mit ihm nicht stimmte, ging man gemeinsam in eine empfohlene Familientherapie. Die Psychologin versicherte der Mutter, der Sohn könne sich sehr wohl konzentrieren – aber nur, wenn er wolle; sie schuldigte die unklare Familiensituation – die Eltern waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht verheiratet – als Ursache der Störung an.

Nach der Einschulung seines Sohnes traten innerhalb des ersten halben Jahres so große Probleme in der Klasse auf, dass dieser schließlich nach Hause kam und sagte: „Mama, ich bin ein Idiot, ich will nicht mehr leben.“ Ein Termin beim Kinder- und Jugendpsychiater ergab, dass das Kind nicht nur an einer ADHS, sondern auch an einer Legasthenie litt; es bekam ab diesem Zeitpunkt eine Legastheniebehandlung und eine Medikation mit Methylphenidat, was seine Leistungen deutlich besserte.

Auch die Schwiegermutter war früher mit dem Patienten zum Arzt gegangen, weil sie mit ihm nicht fertig wurde. Der Arzt habe erkannt, dass er ein hyperaktiver Junge sei, aber eine Behandlung habe es damals nicht gegeben.

Es scheint typisch zu sein, dass erst die Suizidalität des Kindes Anlass ist, helfend in die Situation dieser Familie einzugreifen und mit der Gabe von Stimulanzien eine weitgehend unbelastete Entwicklung des Kindes zu ermöglichen.

Erst nachdem die Ehefrau die Einschätzung, das Kind sei hyperaktiv, vom Arzt erhalten hat, spricht sie mit der Schwiegermutter über die Kindheit ihres Ehemannes; beiden wird klar, dass auch er an Hyperaktivität und Legasthenie leidet. Der Patient hatte zu dieser Zeit ein massives Alkoholproblem, das die Familie sehr belastete. Die hinter dem Alkoholismus bestehende ADHS hatte ein vorbehandelnder Psychiater nicht erkannt, der Patient fühlte sich dort nicht angenommen.

Unter der Therapie mit dreimal 10 mg Methylphenidat besserte sich die motorische Unruhe weitgehend; der Patient kann bis heute gut konzentriert seiner Arbeit nachgehen.

In der zweijährigen tiefenpsychologisch-fundierte Therapie hat der Patient viel von den häufigen Kränkungen und Fehleinschätzungen berichtet; erst die Unterstützung durch seine Frau hat ihn befähigt, sich Herausforderungen (Berufsausbildung mit Meisterabschluss) zu stellen und damit auch Anerkennung zu bekommen. Die Gespräche haben sein Selbstbewusstsein so weit gestärkt, dass er eine deutlich verbesserte selbstkritische Haltung einnehmen kann, die es ihm ermöglicht, seine familiären und geschäftlichen Probleme zu identifizieren und seine persönlichen Interessen wahrzunehmen und zu vertreten. Der Patient ist seit mehreren Jahren abstinent.

Dieser Bericht soll verdeutlichen, wie sich die Problematik erwachsener Patienten entwickelt und unter welchen Schwierigkeiten solche Menschen aufgewachsen sind, deren Eltern angesichts der großen Erziehungsprobleme überfordert sind. Auch die professionell beratenden Institutionen erkennen nicht immer die eigentliche Ursache eines auffälligen Verhaltens von Kindern.

■ Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie

Im Gegensatz zu den klassischen Neurosen, die als Hauptindikation für Behandlungen mit psychoanalytischen Verfahren gelten, ist bei den basalen Störungen eine solche neurotische Konfliktpathologie sehr diskret. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Heigl-Evers und Ott (1997) mit der Technik des Antwortens, der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen und dem therapeutischen Umgang mit den Affekten des Patienten kommt den geringen Toleranzgrenzen des Patienten entgegen. Bei dieser Therapieform wird die Fähigkeit zur Herstellung des Arbeitsbündnisses nicht zwingend vorausgesetzt; erstes Ziel muss also die aktive Unterstützung zur Entwicklung eines Arbeitsbündnisses sein. Dies kann nur erreicht werden, wenn der Therapeut für den Patienten in der Therapie präsent ist. Kommentar eines neuen Patienten: „Ich kann mich niemandem gegenüber äußern, für den ich kein Gefühl habe, ich möchte wissen, was für ein Mensch er selbst ist.“ Erst wenn der Patient signalisiert, dass er sich verstanden fühlt, beispielsweise nach gemeinsamem Durcharbeiten eines spezifischen Fragebogens, darf man strukturierend eingreifen, wenn das häufige Abschweifen die genaue-

re Betrachtung einer Situation unmöglich macht. Bei der Erstkonsultation ist es oft schwierig, den Patienten wieder zum thematischen Ausgangspunkt zurückzuführen, an dem die Selbstreflexion schon einmal eingesetzt hatte.

Diese Patienten sind zu Beginn der Therapie extrem empfindlich und fühlen sich schnell abgelehnt – dies führt häufig zu der Fehldiagnose einer Borderline-Störung; sie sind auf Signale angewiesen, die ihnen zeigen, dass die therapeutische Beziehung belastbar ist. Das Misstrauen dieser Menschen ist groß; sie haben nahezu nie die Erfahrung gemacht, dass ihr Unvermögen, sich zu konzentrieren, verstanden wurde. Anekdotische Äußerung eines Betroffenen: „Hans, konzentrier dich!“, schimpfte die Mutter; ich hätte es ja gemacht, wenn ich gewusst hätte, was das ist.“

Der Denkprozess ist nicht kontinuierlich, sondern meist sprunghaft und von einschließenden Assoziationen geprägt. Für Therapeuten, die gern in sehr strukturierten Prozessen arbeiten, ist es schwer, diesen Menschen einfühlsam in ihren meist umständlichen, ungenauen und überaus weitschweifigen Ausführungen zu folgen. Da es sich häufig um früh traumatisierte Patienten handelt, kommt es in der Eingangsphase solcher Therapien schnell zur Reinszenierung der Beziehungs-pathologie; supportive Interventionen, die Respekt vor dem Schicksal des Patienten signalisieren, bilden die Grundlage eines Arbeitsbündnisses.

Bei ausgeprägter Störung der Ich-Strukturen ist deshalb ein therapeutisches Vorgehen in Form der psychoanalytisch-interaktionellen Methode sinnvoll, um den Patienten durch verständnisvolles Annehmen eine tragfähige Beziehung zum Therapeuten zu ermöglichen. Sie zweifeln lange am Sinn einer Therapie und haben oft große Schwierigkeiten, sich auf eine solche Beziehung einzulassen. Der Wunsch des Patienten nach einer erlebbaren Beziehung mit dem Therapeuten wird innerhalb dieses anderen Verständnisses von psychoanalytischem Arbeiten leichter möglich.

Häufig sind auch Patienten mit hoher Intelligenz und einer abgeschlossenen Hochschulbildung nicht in der Lage, ihre Problematik zu schildern. Sie haben den Vorwurf: „Wenn du dich mehr zusammenreißen würdest, könntest du viel mehr leisten“, schon so verinnerlicht, dass sie nur mehr oder weniger zufällig auf die Ursache der Selbstunsicherheit, der Leistungsschwankungen und der Unfähigkeit, für ihre Erkenntnisse im Rahmen beruflicher Prozesse einzutreten, stoßen. Häufig sind es andere inzwischen diagnostizierte und erfolgreich Behandelte aus dem privaten Umfeld, die ihnen Mut machen, sich einer Diagnostik zu unterziehen, wenn Konzentrationsschwankungen, Termenschwierigkeiten und die Unfähigkeit, ein Projekt bis zur Fertigstellung zu verfolgen, berufliche Erfolge verhindern.

Im Erstgespräch wird oft nicht erkennbar, dass der Leidensdruck hoch ist, weil das lebenslange Training, sich nicht in die Karten schauen zu lassen, die Betroffenen zu guten Schauspielern hat werden lassen; der berufliche Erfolg ist ausreichend, die Diagnostik ist deshalb sehr schwierig. Die Angaben zur Kindheit lassen dann aber doch häufig den Rückschluss zu, das schon in der Schulzeit deutliche Auffälligkeiten bestanden haben, die dank einer hohen Intelligenz und einer gewissen Disziplin bewältigt wurden.

Ein Patient setzte mir in der siebten Stunde auseinander, wie verrückt er sich eigentlich fühle, weil er einfach nicht beziehungsfähig sei; er stecke bildlich gesehen immer die Beziehung in eine Schublade, die dann geschlossen bleibe. Der supportive Ansatz war, ihm zu verdeutlichen, dass er eine bestimmte Abwehrstrategie entwickelt habe, um früh Konflikten aus dem Weg zu gehen; zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens sei dies wahrscheinlich psychisch notwendig gewesen. Diese Intervention führte zu der spontanen Erinnerung an Depersonalisationserlebnisse in der Kindheit, die er sehr genau beschreiben konnte. Die emotional nicht verfügbare Mutter bot ihm keinen Schutz vor den Erwartungen und Bestrafungen mit Liebesentzug durch den Vater; in den qualvoll erlebten Ausnahmesituationen in der Vorschulzeit fühlte er sich wie in einem schnell kreisenden Strudel, vollkommen herausgehoben aus der Realität, bis er sich durch Umgebungsgeräusche wie erweckt fühlte und wieder in das umgebende Geschehen zurückfinden konnte. Beziehungen zu Frauen musste er immer dann abbrechen, wenn er mit der unbewussten Erwartung auf ein liebevolles Angenommensein zu sehr auf ihre Erwartungen eingegangen war und unbewusst fürchtete, sich selbst vollkommen in der Beziehung aufzugeben. Er wurde damit unvermittelt vom vollkommenen Partner zum Schreckgespenst, weil sein Verhalten den betroffenen Frauen völlig unverständlich war. Sein ganzes Leben verbringt er deshalb lieber mit heftigen Schuldgefühlen, als es zu Auseinandersetzungen kommen zu lassen wie denen, die in der Kindheit zu den Ausnahmezuständen geführt haben.

Der Patient, der sich selbst zunächst als hochgradig gestört erlebt, kann durch die Interaktion mehr Wertschätzung erfahren und somit leichter ein stabileres Selbstwertgefühl aufbauen. Die Annahme des Patienten durch den Therapeuten erlaubt es ihm, sich selbst nicht permanent in Frage stellen zu müssen, und ermöglicht es ihm, die Rolle des „wütenden Terriers“ (Angriff ist die beste Verteidigung) aufgeben zu können und sich deshalb als weniger gestört zu erleben. Bezogen auf die Ähnlichkeit mit der Borderline-Persönlichkeit, bedeutet dies aus analytischer Sicht (zitiert aus Gunderson und Pütterich, 1990): „Die Borderline-Persönlichkeit benötigt eine Gegenkraft in einem anderen Menschen, gegen die sie sich stemmen muss, um ihr eigenes Selbst erleben zu können. Eine Trennung von solch einem Objekt bekommt dann eine lebensbedrohliche Qualität. ‚Das Ich ist zwischen dem Selbst und dem anderen in einer symbiotischen, sadomasochistischen Operation gespalten‘ [Rosner (1969)]. ... Daraus resultiert, dass ein Identitätsgefühl ohne Widerstand im anderen nicht möglich ist.“

M. Mahler misst der Mutter-Kind-Interaktion eine größere Bedeutung zu als Kernberg, der konstitutionellen Faktoren einen bedeutenderen Einfluss zuschreibt. Insbesondere aggressive Anteile könnten gemäß den Theorien von Mahler (1975) und Masterson und Rinsley (1975) zumindest partiell auf intensive frühkindliche Erfahrungen zurückzuführen sein: Eine aggressive Objektbeziehung kann beim Kind entstehen, wenn die Mutter unempathisch kritisch und wütend auf das Verhalten des Kindes reagiert und ihm Zuwendung und Anerkennung in der Wiederannäherungsphase entzieht (entziehende

oder aggressive Objektbeziehungs-Teileinheit [EOT] nach Masterson). Bei den bekannten Auffälligkeiten vieler Kinder mit ADHS bereits im Säuglings- und Kleinkindalter erscheinen solche Reaktionen nicht nur bei Borderline-Müttern durchaus häufiger möglich; dies bestätigte sich in einer Untersuchung der Interaktion zwischen hyperkinetischen Kindern und ihren Müttern von Trautmann-Villalba et al. (2001). Eine nicht unerhebliche Zahl betroffener Mütter mit einer ADHS reagiert auf das impulsive Verhalten ihrer Kinder mit Aggression, da sie aufgrund ihres eigenen mangelnden Selbstwertgefühls fürchten, vom Kind nicht respektiert zu werden. Sie können sich in aktuelle Situationen nicht einfühlen, da sie viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt sind und das fordernde Verhalten als Angriff auf die eigene Autonomie erleben.

Auf Dauer resultieren aus dem keine Individuation ermöglichenden Verhalten beim Patienten chronische Wut und Frustration, verbunden mit dem Gefühl, hintergangen worden zu sein. Diese Emotionen verdecken eine unbewusst vorhandene Verlassenheitsdepression und bedingen auf der bewussten Ebene eine negative Selbsteinschätzung (untauglich, schlecht, schuldig). Entwicklungsschritte, die zu einem autonomen Ich führen, werden nicht ausreichend vollzogen; der Erwachsene erlebt Versuche zur Verselbständigung und Unabhängigkeit als gefährlich, das Ich ist gefangen zwischen seinem Wunsch nach Eigenständigkeit und seiner unbewussten Angst vor der Verlassenheitsdepression. Der primäre Abwehrmechanismus dieser Patienten besteht in der Spaltung mit der Schaffung einer zwar ich-synton erlebten, aber nicht real belohnenden Objektbeziehungs-Teileinheit (BOT) in Form von Anerkennung, Unterstützung und Zuwendung für regressives und anklammerndes Verhalten durch das mütterliche Teilobjekt. Entwickeln sich beim Patienten mit ADHS Borderline-Persönlichkeitszüge, kommt es entsprechend zu Verdrängung mit Intellektualisierung und Rationalisierung. „Es ist, als ob die Borderlinepersönlichkeit nur zwei Alternativen hat: die Alternative, sich schlecht und verlassen zu fühlen (die entziehende Teileinheit) oder aber sich um den Preis der Verleugnung der Realität und des Auslebens selbstdestruktiven Verhaltens gut zu fühlen (die belohnende Teileinheit)“ (Gunderson und Pütterich, 1990).

Aussage des oben beschriebenen Patienten: „Stark sein bedeutet für mich, mich über die vorhandenen Schuldgefühle hinwegzusetzen und durch Übergehen dieser Gefühle mich glücklich zu fühlen.“

Ziel der Therapie ist es, die vorherrschenden Teilobjektbeziehungen in Richtung triadischer Ganzobjektbeziehungen zu verändern. In vielen Familien kann keine triadische Beziehung zugelassen werden; stattdessen entwertet ein Partner den anderen in Gegenwart des Kindes, um sich so dem Kind als Idealpartner anzubieten. Das Borderline-Konzept von Masterson, das einen Entwicklungsstillstand postuliert, erklärt somit die bei einem Teil der betroffenen ADHS-Patienten zu beobachtende Spaltung, die sich aus dem Konflikt ergibt, dass eine Verselbständigung unbedingt wünschenswert scheint, andererseits der Wunsch nach „mütterlicher“ Versorgung das Verhalten ebenfalls bestimmt. Mit dieser Theorie wäre auch das

häufig zu beobachtende Phänomen, dass Erfolg als Anteil einer Autonomiebestrebung von diesen Menschen nicht in positiver Weise verarbeitet oder erinnert werden kann, gut erklärbar.

Wegen der oft chaotischen Lebensweise ist die Möglichkeit, im Rahmen dieser Therapieform auch gegenwärtige Probleme aktuell zu bearbeiten, besonders wichtig. Eine nicht entwertende Formulierung der Gegenübertragungsgefühle kann dem Patienten helfen, seine Wirkung auf die Umwelt kennenzulernen, gerade wenn die Selbstwahrnehmung aufgrund dieser Neurotransmitterstörung eingeschränkt ist. Insgesamt lässt sich unserer Erfahrung nach sagen, dass eine solche auf langfristige Behandlung angelegte Therapie zu überraschenden Entwicklungen führt, die die Kompetenz im Alltagsleben enorm verbessern.

■ Klassische Psychoanalyse

Manche Patienten mit einer ADHS bringen schon negative Erfahrungen mit einer klassischen Psychoanalyse im Liegen mit, die sie als eine Weiterführung der Probleme, die sie schon immer gehabt haben, erleben. Sie fühlen sich allein gelassen („Es ist ihnen kalt auf der Couch“) und abgelehnt, wenn der Analytiker nicht direkt zu ihnen spricht. Sie haben größte Probleme, ihre Not vor jemand auszubreiten, der ihnen entsprechend den Regeln des analytischen Settings als Mensch verborgen bleibt. Viele Patienten haben so bereits Therapien absolviert, von denen sie im Nachhinein sagen: „Es hat mir wenig gebracht.“ Es erscheint ihnen als vergeudete Zeit, weil sie sich nur bemühten, sich den Erwartungen des Therapeuten anzupassen; das freie Assoziieren gelang ihnen kaum, und sie konnten gefühlsmäßig nicht zu sich selbst finden, weil die speziellen Schwierigkeiten durch die Defizite in der Selbstregulation nicht Gegenstand analytischer Arbeit waren.

Als ein Patient über seine Mutterbeziehung sprach, die eigentlich aus meiner Wahrnehmung Inhalt einer zuvor erfolgten analytischen Behandlung hätte sein müssen, beschrieb er, wie er die Stunden gestaltet habe. Er habe eine große Macht verspürt, weil er den Inhalt der Stunde selbst habe bestimmen können, die Analytikerin sei immer den von ihm gewählten Themen gefolgt. Offensichtlich konnte er so eine Aufarbeitung ihm unangenehmer Themen vermeiden, und seine Abwehrmechanismen wurden nicht bearbeitet. Der emotional eher verschlossene Patient konnte mit seinen teilweise sehr interessanten intellektuellen Ausführungen offensichtlich die analytische Wachsamkeit ausschalten. Viele dieser Patienten verfügen über verführerische Fähigkeiten, die sie im Lauf des Lebens zum Ausgleich ihrer Versäumnisse kultiviert haben.

John Ratey, einer der Autoren von „Zwanghaft zerstreut“ (Hallowell und Ratey, 1998), beschreibt sehr anschaulich, wie er seinen Wunsch, Analytiker zu werden, aufgeben musste, weil er die typischen Symptome der ADHS aufwies. Bei seiner eigenen Analyse, der sich jeder angehende Analytiker unterziehen muss, stellt er fest: „Als Patient war ich jedoch ein Versager. Ich konnte gar nicht richtig frei assoziieren. Im Grunde konnte ich überhaupt nicht frei assoziieren. Irgendwie arbeitete mein Gehirn dafür nicht richtig. Es ist zwar

schwierig, dies jemand zu erklären, der keine Analyseerfahrung hat, doch der Vorgang der freien Assoziation ist ein ziemlich passiver. Der Patient wird gebeten, seinen Geist frei schweben zu lassen, vom Gedanken zum Gefühl und zur Erinnerung und wieder zurück. Doch mein Gehirn war zu aktiv. Ich hatte nicht die Fähigkeit, es schweben zu lassen – und ich habe sie bis heute nicht. Stattdessen ging mir irgendein Gedanke durch den Kopf, auf den ich mich stürzte: ich biss mich daran fest und verfolgte ihn bis in die letzten Winkel des Verstandes. Ich analysierte, bewertete und zerlegte – nur schweben lassen konnte ich nicht. ... Mein Hauptproblem bei der freien Assoziation war, dass mein Geist viel zu aktiv war und ungestüm von einem Thema zum anderen sprang. ... Entweder ließ ich einen Gedanken zu rasch fallen, oder ich klammerte mich zu sehr an ihn“ (aus: Ratey und Johnson, 1999).

Die therapeutische Beziehung bleibt dauerhaft fragil, weil diese Patienten ohne Fokussierung auf den Therapeuten nicht beziehungsfähig werden; eine Patientin hatte den Eindruck, sie habe den Therapeuten zu einem gänzlich unanalytischen Verhalten verführt, weil sie offensichtlich mit impulsiver Vehemenz darauf bestanden hatte, die von ihm eingeführten Regeln zu verändern. Sie bestand auf einem Setting mit Gegenübersitzen, um sich eine bessere Fokussierung und damit bessere Konzentration auf die Person des Therapeuten zu ermöglichen. Ihre deutliche Reizoffenheit ließ sie spüren, dass der Therapeut sich nach dieser Veränderung unwohl fühlte, sie beendete deshalb diese Therapie.

Deutungen sind für stark betroffene Patienten mit ADHS oft nicht nachvollziehbar, weil sie bei sehr abstrakten Deutungsinhalten vermutlich Probleme mit der Wortverarbeitung (Arbeitsgedächtnis) haben, ihre Konzentrationsfähigkeit reicht nicht aus, um einer längeren Erklärung zu folgen. Eckstaedt (1998) führt in ihren analytischen Betrachtungen zu der Figur des Struwwelpeters aus, dass aus dem Gesichtsausdruck ablesbar sei, dass nicht der Trotz im Rahmen der Sauberkeits-erziehung, sondern die Abwesenheit der Mutter (sie verstarb, als Heinrich Hoffmann neun Monate alt war) für das Äußere verantwortlich sei. In seiner Biographie äußert Hoffmann, „... die Mutter (Schwester der verstorbenen Mutter) und die ledigen Schwestern führten noch viele Jahre ein in Leid und Freudmusterhaft einiges und glückliches Leben, und ich befand mich in dem stillen Frieden des bescheidenen Hauswesens sehr glücklich. Im Ganzen habe ich eine sehr stille und einsame Kindheit durchlebt“.

Diese Einsamkeit wird in den weiteren Ausführungen konsequent als Verlassenheit gedeutet, nicht als Beziehungsunfähigkeit infolge von Störungen der Aufmerksamkeit, Reizoffenheit und Ablenkbarkeit, die von vielen Patienten berichtet wird, die keinen solchen Verlust wie Heinrich Hoffmann in der Kindheit erlitten haben. Vielmehr leiden sie unter mangelndem Zugang zu der unter Kindern üblichen Kommunikation, ihre Impulsivität und mangelnde Geduld werden von den übrigen Spielgefährten abgelehnt; häufig entsteht schon zu diesem Zeitpunkt das nahezu immer berichtete Gefühl des Andersseins.

In einer Fußnote zu der Geschichte des Struwwelpeters führt Eckstaedt (1998) an, dass struwwelig oder strobelig rheinfränkisch sei und Strobel dem wirren Haarschopf entspreche. Da das Strobeln auch die Bedeutung von „Verkehr haben“ besitze, habe der Name Struwwelpeter gleichzeitig einen sexuellen, triebhaften Anteil. Einer solchen auf sexuelle Inhalte zurückführenden Deutung der Bezeichnung Struwwelpeter werden aufmerksamkeitsgestörte Patienten selten folgen können, weil sie sich aufgrund vieler weiterer Einfälle zum Thema Sexualität schon weit vom ursprünglichen Gedanken entfernt haben – ihre Vorstellungswelt ist eher konkret; eine solche Deutung könnten die Patienten sogar als Verhöhnung ihrer Probleme erleben.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass gerade bei schwerer betroffenen und intellektuell differenzierten Erwachsenen mit ADHS in vielen Fällen eine tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychoanalytisch-interaktionelle Therapie von dauerhaft großem Nutzen sein kann, während die klassische Analyse bei diesem Krankheitsbild eher nicht indiziert erscheint. Leider gibt es bisher keine Vergleichsstudien zu den erwähnten Behandlungen, wobei neben den aktuellen Effekten auch die Langzeitwirkung erfasst werden sollte.

■ Ausblick

Gerade unter dem Gesichtspunkt, dass die ADHS unter neurobiologischen Aspekten zu einer erhöhten Vulnerabilität der psychischen Kondition beiträgt, sollte neben den leichter objektivierbaren Ergebnissen der Verhaltenstherapie auch das Konzept der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie mehr Beachtung finden. Die Auseinandersetzung zwischen verhaltenstherapeutisch und analytisch orientierten Psychotherapeuten führt zu einem Glaubenskrieg, in dem der einzelne Betroffene in seiner Not kaum noch Beachtung findet. Wenn man die international große Übereinstimmung zugrunde legt, dass es sich um eine genetisch angelegte Störung handelt, wundert es sehr, dass in den zugänglichen Publikationen nur im deutschen Sprachraum das Konzept der traumatischen Verursachung eine breitere Aufmerksamkeit genießt. Kinder aus Familien mit ADHS sind aufgrund der Betroffenheit ihrer Eltern einem deutlich höheren Risiko einer Traumatisierung durch Misshandlung und Missbrauch ausgesetzt. Es ist also kein Widerspruch, wenn bei Kindern mit ADHS auch schwere Traumatisierungen vorliegen, nur die Interpretation, es handele sich um die Ursache der Verhaltensstörung, ist dann eben nicht zutreffend. Noch wissen wir nicht genau, welche Faktoren bei diesem Störungsbild zur Ausprägung bestimmter Phänomene beitragen, aber dass die Impulsivität bei den meisten Betroffenen in irgendeiner Form vorhanden ist, legt auch das noch gültige DSM-IV mit seiner Unterteilung in drei verschiedene Untergruppen nahe, wo sie bei zwei von drei Subtypen in der Skala der möglichen Symptome genannt wird. Diese Impulsivität ist Ursache der traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, die häufig zu schweren neurotischen Entwicklungen führt und zu erheblichen Beeinträchtigungen von Selbstwert und Selbstvertrauen beiträgt.

Hinzu kommt, dass oft auch die Kognition beeinträchtigt ist und damit von den Betroffenen der eigenen Wahrnehmung kein Vertrauen geschenkt wird. Diesem Aspekt wird sicher im Rahmen der kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapie Rechnung getragen, Möglichkeiten der weiteren assoziativen Auslotung von Erfahrungen werden in Rahmen der Verhaltenstherapie jedoch weniger verfolgt.

Bei Patienten mit ADHS funktioniert der interaktionelle Therapieansatz gut, wenn der Therapeut um die Neigung weiß, dass sie sich gern in ihren Assoziationen verlieren. Der wichtigste Aspekt ist das Angebot des Therapeuten, sich als Verständnispartner sichtbar zur Verfügung zu stellen. Nur so gelingt es dem Patienten, seine Konzentration aufrechtzuerhalten und sich nicht in Gedanken zu verlieren. Es ist nicht verwunderlich, dass es gerade die psychoanalytisch orientierten Kinder- und Jugendlichentherapeuten sind, die diese Störung anders wahrnehmen und behandeln wollen, da ihre Therapien nicht im Setting der Erwachsenenanalytiker stattfinden, die bei ausgeprägten frühen Störungen ihre Position hinter dem Patienten ja auch nicht unbedingt einnehmen. Sie können in der Therapiesituation präsent sein und deutend handeln, bei Erwachsenen bleibt im klassischen Setting die Person des Analytikers unsichtbar, das heißt, der Patient ist ganz auf sich gestellt und kann deshalb seine Gedankenflut nicht mehr kontrollieren und sich auf die Person des Therapeuten und ein Thema fokussieren.

■ Literatur

- Alm B (2006): Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 25:459-46
- Asherson P (2005): Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 5:525-539
- Eckstaedt A (1998): "Der Struwwelpeter". Dichtung und Deutung. Frankfurt: Suhrkamp
- Gunderson JG, Pütterich H (1990): Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. Manual. Weinheim, Beltz
- Hallowell EM, Rater JJ (1998): Zwanghaft zerstreut. Reinbek: Rowohlt
- Heigl-Evers A, Ott J (1997): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode: Theorie und Praxis. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heßlinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierok P, Richter H, Berner M, Ebert D (2002): Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252:177–184
- Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Pelham WE, Wells KC, Conners CK, Elliott GR, Epstein JN, Hoza B, March JS, Molina BS, Newcorn JH, Severe JB, Wigal T, Gibbons RD, Hur K (2007): 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:989-1002
- Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M, Hinshaw S, Vitiello B, Arnold LE, Elliott G, Hechtman L, Newcorn JH, Pelham WE, Swanson J, Wells K (2005): Cost-effectiveness of ADHD treatments: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *Am J Psychiatry* 162:1628-1636

- Krause J, Krause K-H (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart, New York: Schattauer
- Mahler MS (1975): Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderlinephänomenen. *Psyche* 29:609–625
- Masterson JF, Rinsley DB (1975): The borderline-syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of borderline personality. *Int J Psychoanal* 56:163–177
- Murphy P (2005): Psychological treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *Clin Psychol* 61: 607-619
- Okie S (2006): ADHD in adults. *N Engl J Med* 354:2637-2641
- Ramsay JR (2007): Current Status of Cognitive-Behavioral Therapy as a Psychosocial Treatment for Adult Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 9: 427-433
- Ratey JJ, Johnson C (1999): Das Schattensyndrom. Stuttgart: Klett Cotta
- Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J (2005): Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 43:831-842
- Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ (2002): A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 36:610–616
- The MTA Cooperative Group (1999): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56:1073–1086
- Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Polowczyk M, Dinter-Jorg M, Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2001): Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 29:263–273
- Triolo SJ (1999): Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: A practitioner's handbook. Philadelphia, London: Brunner/Mazel
- Wilens TE, McDermott SP, Biederman J, Abrantes A, Haahes A, Spencer TJ (1999): Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *J Cognit Psychother* 13:215–226

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Johanna Krause
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychoanalyse, FÄ für Neurologie
Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn
Tel.: 089-6012460
drjkrause@yahoo.com