

# **ADHS im Erwachsenenalter**

## **Zusammenfassung**

Zunächst wird im Vortrag auf die Symptomatik und Diagnostik von ADHS im Erwachsenenalter eingegangen. Nach einer psychoanalytischen Begriffsklärung des zugrundeliegenden Syndroms wird auf die Genese der Symptome eingegangen. Ausführlich werden die zugrundeliegenden Konfliktdynamiken dargestellt. Die Möglichkeiten der tiefenpsychologischen und analytisch-interaktionellen Therapieform zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS werden auch mit Fallbeispielen aufgezeigt.

## **Prävalenz**

Mindestens 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit der Diagnose ADHS sind bis ins Erwachsenenalter beeinträchtigt (Barkley, 2002). In 13 international-renommierten Longitudinalstudien ergaben sich eine Persistenz von ADHS-Symptomen von durchschnittlich 50 Prozent.

## **Symptomatik / Diagnostik bei Erwachsenen**

Das hyperkinetische Syndrom erfuhr in der Vergangenheit schon viele Zuschreibungen: Zappelphilipp, „minimal brain damage“, „Minimal Cerebral Dysfunction“, „hirnorganisches Psychosyndrom“, „Hyperkinetisches Syndrom“.

Laut der DGPPN-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) von 2003 müssen bei ADHS im Erwachsenenalter 2 Bedingungen für die Diagnose vorliegen: Die Kriterien der ADHS müssen im Erwachsenenalter erfüllt sein und sie waren in der Kindheit und Jugend erfüllt.

Für die Diagnosestellung erweist es sich als problematisch, dass die Kriterien von ICD-10 und DSM-IV für das Kindesalter konzipiert wurden. Da bei retrospektiver Befragung die Angaben der Pat. oft nur noch unscharf erinnerbar sind (Kriterium bisher: Symptome traten bereits vor dem Alter von 7 Jahren auf (im DSM-V: 12 Jahre)), wurden die Wender-Utah-Kriterien für Erwachsene entwickelt.

## **Subtypen der ADHS gemäß DSM-IV und ICD-10**

Im Erwachsenenalter liegt v.a. der unaufmerksame Subtyp und der kombinierte Subtyp der ADHS vor. Der hyperaktiv-impulsive Subtyp kommt überwiegend im frühen Kindesalter eine zentrale Rolle zu; bei Erwachsenen hat er eine untergeordnete Bedeutung.

## **Psychodynamische Modelle**

### **Begriffsklärung**

Im psychoanalytischen Verständnis stellt ADHS keine nosologisch einheitliche und abgegrenzte Störung dar, sondern sie beschreibt ein Syndrom oder auch nur ein Konglomerat recht unterschiedlicher Symptome. Das psychosomatische Symptom stellt im psychoanalytischen Verständnis grundsätzlich den Ausdruck eines bedeutungsvollen Geschehens dar, dem die individuelle Geschichte des Subjektes zugrunde liegt. Das Symptom ist nicht nur pathologische Erscheinung oder Störung, sondern es stellt immer auch einen Kompromiss dar, mit dem das Subjekt einen Weg gefunden hat, einen Konflikt oder Mangel zu gestalten. Das Symptom ist nicht nur Ausdruck des Leidens, sondern birgt auch Befriedigung. ADHS ist i.d.S. für Psychoanalytiker keine Diagnose. Insofern greifen wir eine außeranalytische Diagnostik und Diskussion auf und in sie ein.

Fakt ist einerseits, und das müssen wir festhalten, dass international kein Zweifel an einer überwiegend genetischen Verursachung der ADHS besteht. Die verminderte Aktivität bzw. defizitäre Ausbildung des dopaminergen Systems wird als zentraler Faktor der ADHS-Störung gesehen. Die unzureichende dopaminerge Aktivität wird mit einem genetischen Defekt im Bereich der Dopamin-Rezeptoren (z.B. D2D4) oder Transportergene (z.B. DAC1) begründet. Die Dopamin-Mangel-Hypothese gilt heute als Grundlage der medikamentösen Behandlung. Ihr zufolge besteht bei den ADHS-Patienten eine deutliche Zunahme der Dichte von Dopamin-Transportern. Es wird vermutet, dass aufgrund der erhöhten Anzahl von Dopamintransportern das ausgeschüttete Dopamin rascher in die Präsynapsen zurücktransportiert wird und extrazellulär weniger Dopamin zur Verfügung steht. Dopamin als Lernneurotransmitter stellt eine Verbindung zwischen Belohnung, Neugier und exekutiven Funktionen (wie Menschen ihr Verhalten in Abhängigkeit von der Umwelt steuern). Es unterstützt damit das Aufmerksamkeitssystem, die Fähigkeit zu lernen und das Gedächtnis. Diese Zusammenhänge sollen legitimieren, warum der Wirkstoff Methylphenidat sinnvoll ist. Er greift in das Dopaminsystem des Gehirns ein.

Dabei wird in der Regel aber nicht erwähnt, dass der Dopaminspiegel unmittelbar abhängig ist von unterschiedlichen Umwelteinflüssen.

Fakt ist andererseits, auch international, dass die Ursache von ADHS bis heute wissenschaftlich nicht geklärt ist.

In diesem Zusammenhang erscheint es angemessener, von dem komplexen Zusammenspiel genetischer Anlage und der Abhängigkeit der Genexpression von Umweltfaktoren im Laufe der Entwicklung auszugehen. Die mit modernen bildgebenden Verfahren beschreibbaren hirnpfysiologischen Veränderungen bei ADHS können entsprechend nicht als organische Ursache klassifiziert werden, sondern beschreiben einen Zustand, der dem Wechselprozess gegenseitiger Abhängigkeit von Physiologie und Psychologie geschuldet ist.

## **Zur Genese der Symptome**

Trotz der Symptom-Trias Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung ist das ADHS unspezifisch und die Symptome können sehr unterschiedliche psychische und psychosomatische Ursachen haben. Nach psychoanalytischem Verständnis können die hyperaktiven und impulsiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Triebdurchbrüchen stehen, die auf eine unzureichende Mischung und Integration aggressiver und libidinöser Triebregungen zurückzuführen sind. Triebaufschub, die Verweigerung sofortiger Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen erzeugt eine als unerträglich erlebte Spannung, die impulsiv abreagiert wird und häufig zu Grenzüberschreitungen, oppositionellem und aggressiven Verhalten führt. Die Triebregungen und Affekte überfluten regelmäßig das Ich, das ihnen hilflos ausgeliefert ist und seine Impulse nicht sozial adäquat zu steuern vermag. Die Fähigkeit zur Affektregulation steht dem Patienten nicht oder nur unzureichend zur Verfügung. Mit dem externalisierenden Verhalten versucht der Patient, eine innerpsychische Balance zu erreichen, indem er die unerträglichen Spannungen nach außen abzugeben versucht. In seiner Entwicklung konnte das Subjekt kein hinreichend gutes Containment erfahren und innerpsychisch entwickeln. So kann es bedrückende Affekte wenig kontrollieren und „halten“.

Mahler beschreibt diesen Zusammenhang in ihrer Arbeit über Tics (1944) und spricht von „Affektinkontinenz“. Mahler beschreibt die impulsiv-hyperaktive Symptomatik mit dem Begriff der „Ausdrucksmotilität“, auf die das Kind auch nach seiner Säuglingszeit unangemessen stark angewiesen bleibt, statt zur „Leistungsmotorik“ übergehen zu können, die ihm gezielte und kontrollierte motorische Aktion ermöglicht und damit anzeigt, dass die Motorik in den Bereichen der Ichfunktionen integriert werden konnte.

## **Konfliktdynamik**

ADHS muss immer auch als ein Kompromiss verstanden werden, der im Sinne der Abwehr einen Versuch darstellt, mit Konflikten und unerträglichen inneren Zuständen umzugehen. Die nachfolgend dargestellten potentiell zugrundeliegenden Konfliktbereiche können uns den Zugang zum Syndrom ADHS erleichtern.

## **ADHS: Störung der Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit**

Manche Patienten, die die o.g. Symptomtrias aufweisen, verfügen nur über eine mangelnde Fähigkeit, Affekte wahrzunehmen, sie zu ertragen (Spannungstoleranz) und zu benennen. Diese Unfähigkeiten stehen mit den Regulationsstörungen im Bereich der Impulse, Affekte und des Selbst ursächlich in Verbindung. Durch Unruhe, die eine Abwehrfunktion übernimmt, kann die Situation unter Kontrolle gehalten werden. ADHS-Patienten zeigen häufig eine mangelnde Fähigkeit zur Reizabschirmung, was zu verstärkter Hyperaktivität führen kann. Sie lassen sich von allem und jedem ablenken, ohne dass ihnen Fokussierung und Zentrierung zur Verfügung stünde. Diese Patienten verfügen lediglich über mangelnde synthetisch-integrative Fähigkeiten des Ichs, was im Weiteren Auswirkungen auf die Selbst- und Affektregulierung und Mentalisierung hat.

Mentalisierung ist der Prozess, die eigenen psychischen Zustände und die der anderen wahrzunehmen und zu reflektieren und „interpersonales Verhalten unter dem Blickwinkel psychischer Zustände zu begreifen“ (Fonagy). Seine Kernthese ist, dass die Pflegeperson dem Kind eine Art natürliches „Biofeedback-Sensibilitätstraining“ zukommen lässt, indem sie in einer markierten, übertriebenen Form auf das emotionale Ausdrucksverhalten des Kindes reagiert; dieser Prozess führt zum Erfassen von Affekten sowie zu Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Mentalisierung ermöglicht nicht nur die Anpassung von Affektzuständen, sondern erfüllt die basale Funktion der Selbstregulierung. Die Fähigkeit, eigene psychische Zustände und die des Anderen zu erkennen und darüber „nachzudenken“, ist die zentrale Funktion der Mentalisierung. Wenn deren Entwicklung (aus den verschiedensten Ursachen) grundlegend gestört ist, beeinträchtigt dies die Wahrnehmung fremder und eigener Affekte. Negative Affekte können nicht erkannt und benannt werden. Psychische Konflikte werden vorzugsweise durch Handeln beantwortet. Infolgedessen ist die Fähigkeit, Verhaltensweisen inneren psychischen Zuständen zuzuordnen und damit Verhalten berechenbar zu machen, massiv beeinträchtigt. Diese Patienten sind nicht zur Perspektivenübernahme in der Lage und können Gedanken und Gefühle nicht konzeptualisieren.

Die Impulssteuerung ist im Kontext dieser eingeschränkten Fähigkeiten ebenfalls mangelhaft. Erst die Fähigkeit zum Symbolisieren – auf dem Boden von Mentalisierung – ermöglicht einen Aufschub von Affekten und es wird dem Pat. möglich sein, Trennungen und die mit ihnen verbundenen Unlustgefühle auszuhalten. Das Symbol macht Abwesendes denkbar und schafft Repräsentanzen. Symbolisierung erlaubt somit eine wachsame Unabhängigkeit von den Objekten und lässt angstfreie Objektbeziehungen zu. Scheitern Mentalisierung und Symbolisierung auf dem Weg zu einem strukturierten Selbst, so müssen Gefühle auch weiterhin über Ausdrucksmotilität in Form von Bewegungsunruhe abgeführt werden.

**Beispiel:** in seiner Arbeit „Jenseits des Lustprinzips“ beschreibt Freud, wie sein Enkelkind Ernst eine Garnrolle über sein Bettchen warf, bis sie verschwand, was er mit bedauerndem „o-o-o“ begleitete, sie wieder zurückholte und ihr Erscheinen mit einem freudigen „Da“ begrüßte: Das Kind hatte Verschwinden und Wiederkommen der Mutter, also ein traumatisches Trennungserlebnis, aktiv wiederholend im Spiel dargestellt. Ernst Freud, Freuds Enkelkind, hat die Schilderungen seines Großvaters in seinen Erinnerungen ergänzt: Er erinnert sich, von klein auf allergisch gegen die Abwesenheit seiner Mutter gewesen zu sein, zu der er eine innige Beziehung gehabt hätte. Die erlebte Entbehrung hätte ihn damals wohl besonders erfinderisch gemacht, und er sieht das Spiel mit der Garnrolle rückblickend als sein „Nabelschnurspiel“. Mit seinem Spiel hatte Ernst Freud offensichtlich versucht, die zeitweilige Trennung von der Mutter symbolisch zu bewältigen. Die Abwesenheit der Mutter schafft einen Zustand von Versagen, der dem Kind den Anstoß gibt, sich die Mutter symbolisch vorzustellen. Erst Symbolisierungsfähigkeit verleiht also einem Kind die Möglichkeit, Trennungen samt den dazugehörigen Unlustgefühlen durchzustehen. Diese Fähigkeit, Trennungen mittels Schaffung von inneren Bildern, Symbolen zu überstehen, hatte Freuds Enkel – nicht zuletzt vor dem Hintergrund erlebter und verdauter Frustrationen – bereits gut entwickelt. Die Fähigkeit zu symbolisieren, also „Abwesenheit zu erträglicher Abwesenheit zu machen“ (Gutwinski-Jeggle), kann allerdings bereits während des Entstehens grundlegend gestört werden und defizitär bleiben.

## **ADHS: Ausdruck von Trennungs- und Bindungsstörungen**

In vielen Anamnesen von Pat. mit einem hyperkinetischen Syndrom finden wir Objektverlust und Trennungen z.B. durch Krankenhausaufenthalte in früher Kindheit. Das Syndrom kann konkretistisch das fehlende Objekt darstellen, indem eine innere Leere ausgefüllt wird und die Trennung auf diese Weise verleugnet wird. Die Unruhe hat dann den Charakter einer Plombe. So kann die Hyperaktivität auch als Suche nach äußerer Stimulierung durch ein fehlendes Objekt verstanden werden.

Bindungsstörungen können als eine wesentliche Ursache für Unaufmerksamkeit und Überaktivität gesehen werden. Pozzi beobachtete, dass hyperaktive Kinder oft desorganisierte und ambivalente Bindungsmuster aufweisen.

Die desorganisierte Bindung zeichnet sich durch Bewegungstereotypen aus. Die Kinder laufen auf die Mutter zu, halten inne, laufen weg, erstarren oder oszillieren in einem „vor und zurück“. Brisch sieht darin Ähnlichkeiten mit der Hyperaktivität von Kindern mit AD(H)S. Die Mütter der Kinder mit desorganisierter Bindung erschienen in Bindungssituationen aggressiv oder ängstlich. Die versteckten Bindungswünsche des Kindes werden auf der Verhaltensebene nicht wahrgenommen. Bei Eltern von Kindern mit desorganisierter Bindung werden zwei Verhaltensweisen gehäuft gefunden. Eine Elterngruppe bezeichnete sich in ihrem Verhalten dem Kind gegenüber als feindselig (aufdringlich, übergriffig, Rollenumkehr), die andere als hilflos-ängstlich (unsicher, wenig belastbar, grenzenlos).

Der ambivalente Bindungsstil hat auch seine Bedeutung: einige der später hyperaktiven Kinder sind in paradoxer Weise als Säuglinge still und „pflegeleicht“. Auch in einer solchen „Funkstille“ können Kinder und Eltern sich nicht kennen lernen. Am Ende ist die Interaktion auf beiden Seiten bekanntlich dadurch geprägt, dass sie sich bei ihren Kontaktversuchen über alle Maßen anstrengen, dennoch ineffektiv bleiben und aneinander vorbei kommunizieren, Misserfolge vorweg nehmen und immer neue Enttäuschungen provozieren (Clarke et al, 2002).

## **ADHS: Fehlen der väterlichen Funktion: Sexualisierung**

Wie vermutlich bekannt, dient der Vater als Triangulierungsobjekt der Loslösung aus der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Als ödipales Objekt ist er auch entscheidend für die Geschlechtsidentifikation. Die weibliche Geschlechtsidentität entwickelt sich über die Liebe zum Vater und die Identifikation mit der Mutter, der Junge dagegen muss mit dem Vater um die Mutter konkurrieren und sich schließlich mit dem Vater identifizieren, d.h. seine primäre Identifikation mit der Mutter aus der frühen Mutter-Kind-Bindung aufgeben. Wenn Väter in diesen Funktionen versagen, sei es durch ihr reales Fehlen oder durch Rückzug und fehlendes Engagement in der Erziehung des Kindes, besteht die Gefahr, dass die Kinder in der Beziehung zur Mutter unlösbar verstrickt bleiben.

Für Jungen ist das Fehlen des Vaters besonders bedrohlich, benötigen sie doch den Vater als Identifikationsobjekt. Indem sie unlösbar mit der Mutter verstrickt bleiben, wächst der Wunsch nach Nähe zur Mutter, und gleichzeitig erhöht sich die Inzestangst. Entfällt der Vater als Konkurrent, entstehen narzisstische Allmachtsphantasien, der richtige Partner für die Mutter zu sein. Unbewusst wird die Inzestangst jedoch immer bedrohlicher, Ängste, die Geschlechtsidentität zu verlieren und mit der Mutter zu verschmelzen, können auftreten. Der Konflikt um die Intensivierung inzestuöser Wünsche und Ängste kann durch Hyperaktivität abgewehrt werden, indem die Bewegung die körperliche Trennung von der Mutter sicherstellt. Das hyperphallische Verhalten der Jungen dient letztendlich auch der Abgrenzung von der Mutter beim Versagen der väterlichen Funktion. Hyperphallisches Verhalten hat die Funktion, eine Entidentifizierung mit der Mutter herzustellen. Die motorische Unruhe ist so gesehen auch eine Form der Sexualisierung.

Mit der Bewegung entsteht eine erotische Spannung, die vom Kind selbst erzeugt wird und auch selbst kontrolliert werden kann, im Gegensatz zur erotischen Spannung, die von der Mutter produziert wird. Sexualisierung als Abwehrmechanismus dient der Abwehr passiv erlebter Ängste vor inzestuöser Überwältigung, die durch das Fehlen des Vaters als ödipalem Objekt auftreten.

### **ADHS: Reizschutz gegen Depression**

ADS mit und ohne Hyperaktivität kann Ausdruck einer depressiven Grundstörung sein. Die Verträumtheit, Unkonzentriertheit und Autoaggression der Mädchen zeugt von narzisstischem Rückzug und Depression, die Bewegungsunruhe der Jungen wehrt dagegen manisch eine zugrunde liegende Depression ab. Die motorische Unruhe kann eine Art manische Abwehr depressiver Ängste annehmen. Durch das In-Aktion-Bleiben werden unerträgliche depressive Affekte und Leeregefühle abgewehrt und eine Beziehung zu sich selbst aufrechterhalten. Die Ängste der depressiven Position werden verleugnet und die manische Abwehr erscheint als Flucht in die Bewegung. Diese schützende, gleichsam „antidepressive“ Funktion des ADHS erklärt auch, warum die Pat. auch in Therapien oft so verzweifelt an ihren Symptomen festzuhalten versuchen. Wichtig ist aber auch, dass mit Hyperaktivität des Kindes auch die Depression der Mutter abgewehrt werden kann. Die „tote“ Mutter wird mit der Bewegung lebendig gehalten.

### **ADHS: Selbst- und Objektabgrenzung durch Motorik: Individuationsstörung**

Bei einer Traumatisierung kann der Körper und die Körperwahrnehmung die Funktion eines fehlenden Reizschutzes übernehmen. So kann ein Defizit an Zuwendung beispielsweise durch eine verstärkte Wahrnehmung des eigenen Körpers kompensiert werden. Die Bewegungsunruhe gehört zu den Möglichkeiten der Körperwahrnehmung und durch die gesteigerte Körperwahrnehmung können Ängste des Selbst- und Objektverlustes abgewehrt werden. Die Bewegungsunruhe kann auch als Angst vor dem Auseinanderfallen des Selbst verstanden werden. Durch Bewegung soll das Selbst zusammengehalten werden. Es entsteht eine Pseudounabhängigkeit. Die emotionale Dünnhäutigkeit hyperaktiver Kinder ist Folge einer Art „Entwicklung einer Zweithautbildung“. Die motorische Unruhe dient der Selbst-Objekt-Abgrenzung.

Die Körpermotorik hat aber auch die Funktion, den Prozess der Individuation durch Weg- und Hinbewegung zur Mutter zu unterstützen. Hyperaktivität kann als Symptom Ausdruck gestörter Individuation sein. Stork u.a. (2001) zufolge steht in vielen Fällen eine Unterdrückung und Beeinträchtigung des Prozesses der Individuation im Mittelpunkt. Projektionen der Eltern in Form von Erwartungen und Forderungen verhindern die Individuation. Es entsteht eine Art Verklebung zwischen Mutter und Kind. Für beide entsteht der Wunsch nach Idealisierung und Harmonie mit dem Ziel der Verwirklichung einer narzisstischen Illusion. Das hyperkinetische Syndrom ist – in seinem Hin und Her – Ausdruck des Schwankens zwischen narzisstischer Verbundenheit mit den Mutterbildern und einer Öffnung in Richtung auf eine eigene Identität und Individuation. Verträumtheit, Verweigerungsverhalten, v.a. aber Motorik und Aggression stehen in diesem Kontext im Dienst der versuchten Individuation.

## **Psychosomatische Abwehr**

Über diese können Konflikte unkenntlich gemacht werden. Die Hyperkinese der Patienten, das „laute Symptom“, verdeckt erfolgreich bestimmte, als gefährlich erlebte Geschehnisse aus der elterlichen Phantasie- und Vorstellungswelt. Den Eltern ist der Zugang zu diesen Phantasien angstvoll versperrt, deshalb können sie keine psychischen Auffälligkeiten an ihrem Kind tolerieren und hilfreich aufnehmen. Dies würde ihre eigenen Ängste wachrufen. Den Kindern, psychisch eng verbunden mit den Eltern und deren „Auftrag“ der Konfliktvermeidung folgend, verbleibt nur die Körpersprache, auf ihre Probleme aufmerksam zu machen. In Behandlungen wird immer wieder ersichtlich, wie erfolgreich sich die Motorik zur Verdeckung psychischen Geschehens einsetzen lässt: angesichts der wild agierenden Patienten fällt es uns oft schwer, Assoziationen über die Patienten zu entwickeln und mit ihnen in einen Dialog zu treten.

## **Psychotherapie**

### **Strukturniveau und ich-psychologische Perspektive**

Grundsätzlich darf bei ADHS davon ausgegangen werden, dass sich die psychische Struktur der Patienten auf sehr unterschiedlichen Entwicklungsniveaus befindet. Wir finden einerseits schwere narzisstische Störungen auf niedrigem Strukturniveau. Diese früh gestörten Patienten, deren psychische Struktur kaum eine Triangulierung aufweist und die in ihren Objektbeziehungen kein reifes ödipales Niveau erreicht haben (Borderline-Persönlichkeiten / psychotische Störungen). Andererseits gibt es auch gut strukturierte Patienten mit nur leicht beeinträchtigenden neurotischen Unruhezuständen.

Die Fähigkeit zur Selbst- und Objektkonstanz bildet die Trennlinie zwischen integrierter Struktur, der Störung auf neurotischem Niveau und den Störungen mit mäßig und gering integriertem Strukturniveau. Diese Trennlinie ist bedeutsam, auch gerade im Hinblick auf die vorliegenden Ich-Fähigkeiten. Während bei ADHS-Störungen auf integriertem Niveau funktionelle Defizite im Umgang mit Konflikten (konfliktbedingte Ich-Störungen) im Vordergrund stehen, finden sich beim mäßig integrierten, gering integrierten und desintegrierten Niveau ich-strukturelle Defizite, die mit basalen Störungen zusammenhängen.

Ich-funktionelle Defizite finden sich bei ADHS-Patienten z.B. im Umgang mit spezifischen Konflikten bei abgewehrter Aggression, Depression und Angst, die durch Aufmerksamkeitsstörungen, Unruhe und Impulsstörungen zum Ausdruck kommen.

ADS mit und ohne Hyperaktivität sind Symptome, deren Konflikte auf unterschiedlichen Entwicklungs- und Strukturniveaus beruhen.

Mit der Hyperaktivität wird oft ein primärer Abhängigkeits-Autonomiekonflikt abgewehrt: Männer und Frauen mit Hyperaktivität sind entwicklungspsychologisch gesehen in einer Art unlösbaren Bindung auf die primäre Mutterbeziehung fixiert, verschaffen sich im Hin und Her der Bewegung Autonomie und machten diese wieder durch Annäherung rückgängig.

**Fall** (analytische Psychotherapie / weibliche Pat. / integriertes Niveau, umfassende ich-funktionelle Defizite):

Der Abhängigkeits-Autonomiekonflikt der Pat. eskalierte durch Trennung eines Freundes nach 3jähriger Beziehung, wurde bei der Pat. mit Hyperaktivität abgewehrt und schließlich in der Verweigerung „erwachsen werden zu wollen, wie Pipi Langstrumpf“ agiert (Pat. entzog sich regressiv den Herausforderungen im Job und in Beziehungen; konnte kaum fordern bzw. für sich einstehen). Dieses Agieren zeigte sich z.B. auch im Rahmen der Versorgung des gemeinsamen Hundes (2 Wochen bei ihm; 2 Wochen bei ihr; Übergabe durch „Gassigeherin“; obwohl der Exfreund angeboten habe, dass die Pat. den Hund (mit psychosomatischen Symptomen) ganz bekommen könne, war dies keine Option; ich kann doch meinem Hund nicht das Herrchen nehmen“, „wegen des Hundes muss ich mit ihm Kontakt bleiben“. Die Aggression drängte zwar ins Bewusstsein, wurde aber unterdrückt durch eine kindlich anmutende „Trotzhaltung“ (Pat. oft im Widerstand), die lange die Psychoanalyse beherrschte: das war doch die perfekte Beziehung (vor Trennung gemeinsamer Kinderwunsch), sie habe doch alles für ihn getan. Dass er sie verlässt, wird unbewusst als narzisstische Kränkung erlebt und die Pat. dekompenzierte. Durch die „völlig überraschende“ Trennung kam die Pat. schlagartig mit schmerzhaften Erinnerungen an die unerwartete Trennung ihrer Eltern (Pat. 8jährig) und ihren Folgen in Kontakt. Sie droht, von Trauer und Schmerz aber auch von Enttäuschungswut, Frustration und Zorn überwältigt zu werden, aber sie findet aufgrund strenger, Harmonie und Anpassung fordernder Über-Ich-Gebote kein Ventil für die andrängenden Affekte, weshalb sie diese gegen das eigene Selbst wendet. In ihrer Kindheit erlebte die Pat. eine nur vordergründig harmonische Familienatmosphäre, allerdings hätten sich alle gegenüber dem wenig empathischen, ungedulden Vater angepasst und untergeordnet, da er schnell beleidigt war und schnell laut geworden sei. Wie bei den Männern mit Hyperaktivität hatte sie den Vater als drittes Objekt nicht erreicht. Auch bei der überfürsorglich anmutenden Mutter internalisierte die Pat. das Gefühl, sie müsse besonders brav und lieb sein, um ihre Liebe zu sichern. Die Pat. verblieb in der Beziehung zur Mutter. Ihre Lernstörung sicherte ihr die Nähe der Mutter, aus der sie sich aber auch wieder mit ihrer „Trotzhaltung“ der Mutter gegenüber (z.B. distanzlose Neugier) zu befreien versuchte (Mutter oft: „dies oder jenes „muss mal aufhören“). Als der Vater dann wegen einer Affäre ganz plötzlich ausgezogen sei, habe die Mutter massiv abgenommen, sodass die Pat. um sie Angst hatte und sich umso mehr zurückgezogen habe (die sehr schlanke Pat. (kindlich lachend): ich kann essen was ich will, ich nehme nicht zu). Im Laufe der folgenden Jahre sei der Vater immer wieder ein- und ausgezogen (immer wieder Sex mit der Mutter der Pat.), bevor er endgültig in eine weit entfernte Stadt gezogen sei. Als die Pat. ihn dort mit ihrer Schwester (-2; ödipale Siegerin, der die Ablösung von Mutter besser gelang und die mehr Anerkennung durch den Vater erfuhr) besucht habe, habe sie vor der Mutter verheimlichen müssen, dass er wieder eine neue Partnerin habe. Die Enttäuschung am Vater vertiefte sich dadurch für die Pat. ebenso wie der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt mit der Mutter. Die Mutter wäre mit den Kindern wohl auch „hinterhergezogen“. Auch nachdem der Vater neu geheiratet habe: die Mutter blieb fortan ohne Partner und habe nie den Verlust ihres Mannes verwunden, was die Pat. nun übernommen zu haben scheint (zu Beginn der PA lud die Pat. ihre Schwester und deren Mann und ihre Mutter zu Weihnachten zu sich ein; für die Pat. und die Mutter war das „Problem“, als sich ihr Vater auch einlud, da dessen aktuelle Ehefrau zu Weihnachten Verwandtschaft aus ihrer eigenen Familie eingeladen hatte, den er vermeiden wolle.

In der Übertragungsbeziehung ist es darum gegangen, die betont lebendige Haltung der Pat. als Ausdruck einer Mischung aus unerwünschten Anpassungsversuchen in Konkurrenz zu unterdrückter Trauer, Wut und Enttäuschung unter vorsichtiger Nutzung regressiver Prozesse entlang der Übertragung zu thematisieren und zu bearbeiten (verzweifelt zu spät kommen, sich „verirrt“, falsche U-Bahn zu mir genommen; Pat. oft im Widerstand: Arbeit an der Abwehr etc.). Auch konnte die kindliche Sehnsucht nach unbedingter, verlässlicher und konstanter Liebe und Zuneigung bearbeitet werden; in diesem Zusammenhang konnte der Pat. auch ihr Agieren im Umgang mit Partnern eröffnet werden (die Vaterübertragung auf den Freund bzw. der Hund als Selbstobjekt).

Die Mutter-Beziehung der hyperaktiven Pat. löste bei mir, das Gefühl einer lustvollen weiblichen Einheit aus, aus der ich mich ausgeschlossen fühlte. Für die Pat. war die Nähe zur Mutter eine Bedrohung der Autonomie.

Nach dieser Integrationsarbeit musste frühzeitig an der Ablösung aus der Therapie gearbeitet werden: Im Zuge dieser wurden massive Verlassenheits- und Verlustängste erneut virulent und mussten im Dienste einer dauerhaften Stabilisierung bearbeitet werden.

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

Mit dem ADS ohne Hyperaktivität wird meist eine depressive Entwicklung abgewehrt: Männliche und weibliche Patienten ohne Hyperaktivität haben den Vater als drittes Objekt erreicht, sind aber von diesem enttäuscht worden und entwickelten eine depressive Symptomatik.

**Fall** (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / männlicher Pat. / integriertes Niveau / leicht ausgeprägte ich-funktionelle Defizite):

Auslösesituation: Krankheit der Mutter (Krebs) und des Vaters (Sturz). Symptome: depressive Symptomatik, Sinnlosigkeitsgefühle. Hintergrund: der studierte Vater (Maschinenbau), wäre ein „chaotischer Nomade“, wäre mit der Aufgabe als Hausmann und Vater überfordert gewesen (ein Kindermädchen wurde eingestellt), er habe „alles“ für die Kinder gemacht, aber keine Grenzen setzen können. Die depressive, liebevoll-grenzenlose Mutter wehrte ihre Depression durch Pessimismus, „sinnloses Streiten“ mit Ehemann und Flucht in die eigene Praxis als Ärztin ab. Der Pat. erlebte die Mutter oft als hilflos, da sie Verwandte oft um Rat fragte. Scheidung der Eltern, als Pat. 9 Jahre alt. Die Mutter wäre mit den Kindern in das Haus ihrer eigenen dominanten, kritischen Mutter gezogen, die den Pat. nie mochte, da sie ihn an seinen Vater erinnere. Vater in den Nachbarort gezogen; er hätte die Zeit mit seinem Sohn nicht wirklich gestalten können (z.B. eine wirkliche Autorität war mein Papa nie, ich durfte immer alles bei ihm machen“).

Die Eltern hätten sich eigentlich „nie getrennt“. „Sie können nicht mit, aber auch nicht ohne einander“.

Schulisch wäre es schwierig gewesen mit seiner Konzentration; es hätte einen Erwartungsdruck gegeben. Im Gymnasium wäre er immer irgendwie mitgelaufen, schließlich gemobbt worden; seine Mutter „hätte das gar nicht so mitbekommen“. 10. Klasse wiederholt. Mit der Kollegstufe wäre er in ein Internat gekommen. Dort Lernblockade und Abbruch kurz vor Abitur. Ausbildung zum Event-Manager. Bundeswehrzeit als „sicheren Hafen“ idealisiert.

Zentrale Frage für den Pat.: Einerseits wünschte sich der Pat., dass sich die Eltern nun endlich trennen; „diese ewige Hin und Her hätte dann endlich ein Ende“. Als dies ausblieb, konnte daran gearbeitet werden, dass dies seine zentrale Angst war: dann wäre er damit konfrontiert, sich mit den Auswirkungen dieser „Stagnation“ und den damit einhergehenden Herausforderungen und Ängsten auseinanderzusetzen (der attraktive 30jährige Pat. hatte noch nie eine längere Beziehung (unbewusst: Angst vor einnehmender Nähe groß) bzw. einen längeren Job, fühlte sich dort immer schnell in einem „Hamsterrad“ (unbewusste Angst: ich darf das Vorbild meines Papas nicht verraten und vermeidende Verantwortungsübernahme wie er). Die grenzenlose Erziehung seiner Eltern spiegelt sich auch in seiner Identitätsdiffusion wieder: einen ersten Halt fand er erst bei der Bundeswehr.

Der Pat. war wütend auf seine Mutter, weil sie ihre elterliche Funktion nicht wahrnahm, ihren Sohn v.a. nach der Scheidung parentifizierte und damit überforderte. Der Pat. war in dem Dilemma, die Depression der Mutter durch Nähe und Leistung abmildern zu müssen. Autonomieschritte gefährdeten das labile Gleichgewicht. Nur in Träumereien und Unkonzentriertheit verschaffte er sich etwas Autonomie, förderte damit aber wieder die Angst der Mutter, er könne versagen. Seine primäre Bindung an die Mutter hatte der Pat. gelöst, er fiel aber sekundär in diese Bindung zurück und übernahm die Position des verlorenen Objektes. Er musste die Depression der Mutter abwehren. Aufgrund eigener Schuldgefühle, vermutlich in der Identifikation mit dem Vater, wurden Aggressionen gegen das Selbst gewendet.

Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie spürte ich in der Gegenübertragung immer wieder ein Gefühl von Ohnmacht und Aggression gegen die Mutter in mir hochkommen, eine Reaktion auf ihre depressive Haltung und auf den Vater, der seinen Sohn im Stich ließ. Die zugrundeliegende → desorganisierte Bindungsstörung bei hilf- und grenzenlos imponierenden Eltern (s.o.) spiegelte sich auch in den langen Pausen des Pat. wieder, in denen er mich spüren ließ, wie oft er sich selbst allein gelassen fühlte.

Die Störungen bei ausgeprägteren ich-strukturellen Defiziten sind allerdings umfassender. Hier spielen weniger aktualisierte Konflikte eine Rolle als vielmehr mangelhaft entwickelte innere Regulationsfähigkeiten im Umgang mit Belastungen:

Manche dieser Patienten mit ADHS bringen schon negative Erfahrungen mit einer klassischen Psychoanalyse im Liegen mit, die sie als eine Weiterführung der Probleme, die sie schon immer gehabt habe, erleben. Sie fühlen sich allein gelassen – „es sei ihnen kalt“ – 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. Diesen Patienten erschien es rückblickend 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 affektiven und emotionalen Selbstregulation nicht Gegenstand analytischer Arbeit waren.

Deutungen sind für stark betroffene Patienten mit ADHS-Syndrom nicht nachvollziehbar, weil sie bei sehr abstrakten Deutungsinhalten Probleme mit der Wortverarbeitung haben (→ Störung der Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit). Häufig entsteht schon in der Kindheit das nahezu immer berichtete Gefühl des „Andersseins“.

**Beispiel** (Eckstaedt stellt im Rahmen einer analytischen Untersuchung der Figur des Struwwelpeters Parallelen zur Biographie des Autors Heinrich Hoffmann her): 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 zurückführende Deutung der Bezeichnung Struwwelpeter würden aufmerksamkeitsgestörte Patienten kaum folgen können, weil sie aufgrund vieler weiterer Einfälle zum Thema Sexualität sich schon weit weg vom ursprünglichen Begriff entfernt haben – ihre Vorstellungswelt ist eher konkret.

John Ratey, einer der Autoren des Buches „Zwanghaft zerstreut“, beschreibt sehr eindrücklich den Prozess, wie er seinen Wunsch, Analytiker zu werden, aufgab: „Als Patient war ich jedoch ein Versager. Ich konnte gar nicht richtig frei assoziieren. 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 schweifen 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“.

Bei diesen Patienten mit ausgeprägteren Defiziten in der strukturellen Organisation empfiehlt sich der psychoanalytisch-interaktionelle Therapieansatz, wenn der Therapeut um die Neigung weiß, dass die Patienten sich häufig in ihren Assoziationen verlieren.

Diese Therapie 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 nicht die Fähigkeit zur Herstellung des Arbeitsbündnisses zwingend vorausgesetzt; erstes Ziel ist also die aktive Unterstützung zur Entwicklung eines Arbeitsbündnisses. Dieses kann nur erreicht werden, wenn der Therapeut für den Patienten in der Therapie präsent ist. Diese Patienten sind zu Beginn der Therapie extrem empfindlich und fühlen sich schnell abgelehnt, sie sind auf Signale angewiesen, die ihnen zeigen, dass die therapeutische Beziehung belastbar ist (dies führt häufig zu der Fehldiagnose Borderline-Störung). Das Misstrauen dieser Menschen ist oft groß; sie haben nahezu nie die Erfahrung gemacht, dass ihr Unvermögen, sich zu konzentrieren, verstanden wurde. Anekdotische Äußerung eines Betroffenen: „meine Mutter schimpfte immer „Clemens, konzentrier dich!“; 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. In der Eingangsphase solcher Therapien kommt es schnell zur Reinszenierung der Beziehungspathologie; supportive Interventionen, die Respekt vor dem Schicksal des Patienten signalisieren, bilden die Grundlage eines Arbeitsbündnisses.

Ein therapeutisches Vorgehen in Form der psychoanalytisch-interaktionellen Methode nach Heigl-Evers und Ott ist v.a. 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. Eine supportive Deutung ermöglicht dem Patienten einen weniger angstbesetzten Zugang zu Veränderungen im Rahmen der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie.

Der Patient, der sich selbst zunächst als hochgradig gestört erlebt, kann durch die Interaktion mit dem Therapeuten mehr Wertschätzung erfahren und somit leichter ein stabileres Selbstwertgefühl aufbauen. Die Annahme durch den Therapeuten erlaubt dem Patienten, sich selbst nicht permanent in Frage stellen zu müssen, und ermöglicht es ihm, die Rolle des „wütenden Terriers – oder Angriff ist die beste Verteidigung“ aufgeben zu können und sich deshalb als weniger gestört zu erleben.

Bei Pat. mit ausgeprägteren ich-strukturellen Defiziten muss auch auf die - manchmal unvermeidbare - Medikation eingegangen werden:

Beispiel: Eine Frau mit 40 Jahren wurde erst unter zusätzlicher Mediation mit Methylphenidat fähig, sich in verbaler Form zu ihrer inneren Welt zu äußern. Sie entwickelte im Laufe der Therapie eine größere Toleranz und emotionale Bandbreite, sie konnte Zugang zu ihren aggressiven und libidinösen Phantasien finden.

Ohne Medikamente regredierte sie zu einem „Baby an der Brust, das sich nur für Hunger oder Sättigung interessierte“. Sie war in dieser Verfassung unfähig, einen Zugang zu ihren höheren kognitiven Fähigkeiten zu finden, der es ihr ermöglicht hätte, eine Beziehung zwischen ihren Gefühlen und ihrem Wunsch nach Anerkennung herzustellen.

Es muss in diesem Zusammenhang allerdings immer darauf geachtet werden, dass ein Medikament ein „gutes Objekt“ bleibt; es soll dem Pat. zum einen Hoffnung auf Entlastung geben und aber auch immer das Bemühen symbolisieren, eine destruktive und gefährlich imponierende Seite der Person wieder zu integrieren.

### **Mögliche Psychodynamik bei von ADHS betroffenen Müttern**

Eine nicht unerhebliche Zahl von ADHS betroffenen Müttern, die sich in Therapie begeben, reagiert auf impulsives 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.

Mütter können von einem langen Streit mit einem von einer ADHS betroffenen Kind so emotional überflutet werden, dass sich verbale oder physische Gewalt ereignet. Die selbst von ADHS betroffenen Mütter, die oft nicht zum richtigen Zeitpunkt erkennen, was ihr Kind braucht, verstärkt die unzureichende Kommunikation zwischen Mutter und Säugling. Das zunächst oft so heiß ersehnte Kind (mit dem eben auch unbewusste kompensatorische Wünsche verbunden sein können), wird zum Ballast, das Leben ist viel anstrengender geworden, als sich betroffene Frauen Mutterschaft je vorgestellt hätten. Sie haben den Eindruck, dass durch das Kind eine früher vorhandene Lebensqualität „endgültig verloren“ gegangen ist; auf Dauer resultieren aus diesem eine eigene Individuation verunmöglichenden Verhalten bei diesen Müttern chronische Wut und Frustration, verbunden mit dem Gefühl, hintergangen („betrogen“) 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, wurden nicht ausreichend vollzogen; die erwachsene Patientin - in der auslösenden Situation „Mutter eines impulsiven Kindes“ zu sein - erlebt Versuche zur Verselbstständigung und Unabhängigkeit als gefährlich, das Ich ist gefangen zwischen seinem Wunsch nach Eigenständigkeit und seiner unbewussten Angst vor der Verlassenheit(-sdepression).

Eine nicht wertende Formulierung der Gegenübertragungsgefühle kann der Patientin helfen, ihre Wirkung auf die Umwelt (und ihr Kind) kennen zu lernen, gerade wenn die Selbstwahrnehmung aufgrund einer Neurotransmitterstörung eingeschränkt ist.

Betroffene Mütter wagen oft erst nach längerer Zeit, im Rahmen der Psychotherapie von ihrer Scham und Verzweiflung zu sprechen. Sie neigen dazu, in ihrer Impulsivität nicht zu erkennen, wie sehr sie ihre Kinder einschüchtern, unter Druck setzen und auch emotional misshandeln. Die mangelnde Rückmeldung von Seiten des Kindes scheint bei impulsiven Betroffenen einen Auslöser darzustellen, der zu einer Intensivierung der schon vorhandenen, aber oft auch unbewussten Wut führt. Im Sinne einer Hyperfokussierung werden die Betroffenen unsensibel für die Folgen ihres eigenen Verhaltens, sie sind dann emotional nicht mehr erreichbar. Eine Patientin berichtete von einem Gespräch mit der Mutter, von der sie sich früher sehr ungerecht und zeitweise lieblos behandelt fühlte. Diese habe ihr unter Tränen gestanden, sie habe schon gewusst, dass etwas nicht gestimmt habe, aber sie habe sich die Situation nicht erklären können, da auch ihre Mutter in gleicher Weise mit ihr umgegangen sei.

Gerade bei Kindern, die sich einer emotionalen Beziehung entziehen, kann es bei den Müttern zu einer übermäßig kontrollierenden Haltung kommen, die wiederum dazu führen kann, dass die Mutter nur dann gewiss ist, ihr Kind erreicht zu haben, wenn Tränen fließen.

Erwachsene Patienten mit ausgeprägteren ich-strukturellen Defiziten sind aufgrund ihrer Reizoffenheit hochsensibel und benötigen viel Zuwendung und Unterstützung, um sich im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings wirklich öffnen zu können. Ihre Impulsivität erschwert den Aufbau einer tragenden Beziehung. Der Therapeut muss also, neben einer durchgehenden analytischen Wachsamkeit, eine Gratwanderung zwischen zugewandter Verständnisbereitschaft und strukturierender direkter Gesprächsführung beherrschen, damit der Patient ihn nicht mit in das Chaos einbezieht, das er selbst permanent erlebt.

#### **Literatur u.a.:**

- Heinemann, E. / Hopf, H.: AD(H)S, Kohlhammer, 2006
- Krause J. / Krause K.: ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer, 2014
- Ohlmeier, Martin / Mandy Roy (Hrsg.): ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen, Kohlhammer, 2012