

Hans Hopf

Gedanken zur Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie

Zusammenfassung

Ein Ergebnis der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie ist die Feststellung, dass der am häufigsten aufgetretene biologische Risikofaktor alle Arten von prä- peri und postnatalen Stressoren betrifft. Dies ist wohl der vordergründige Anlass, für ADHS immer eine ausschließlich neurophysiologische Erklärung anzunehmen. Diese abgrenzbare „hirnorganische Kerngruppe“ gab es schon immer. Dafür wurden - fast synonyme - Begriffe wie „leichter frühkindlicher Hirnschaden“, „frühkindlich exogenes Psychosyndrom“, „psychoorganisches Syndrom (POS)“, „minimal brain damage“ sowie „minimale cerebrale Dysfunktion (MCD)“ verwendet, vor dem Hintergrund der Annahme, dass die beschriebenen Störungen alle auf frühkindliche Hirnschädigungen zurückzuführen seien. Nissen hat in seiner Geschichte der Kinderpsychiatrie geschrieben, dass neuere Untersuchungen auf eine hirnorganische Kerngruppe von einem bis zwei Prozent mit dem Störungsbild verweisen (Nissen, 2005, S. 445). Diese Diagnose wurde mittlerweile auf alle sozialen Störungen ausgedehnt, um Konflikte zu verschleiern und Symptome rasch behandeln zu können. Dass eine Aufdeckung dieses Sachverhalts einen Sturm von Widerständen entfacht, ist leicht nachvollziehbar.

Psychoanalytiker, die ihre Erfahrungen einer breiten Öffentlichkeit mitteilen, bekommen Probleme. Sie können zigtausende von psychisch gestörten Kindern behandelt, supervidiert oder begutachtet haben. Sie können aus ihrer analytischen Arbeit stringente Beweise entwickeln, etwa zu Väterlichkeit und männlicher Identität und anlässlich eines Symposiums vortragen. Mit wenigen Worten kann der Bürokrat einer Jugendbehörde das Vorgetragene zum baren Unsinn erklären. Zahlen und Fakten seien vielmehr erforderlich - und schon wagt ihm niemand zu widersprechen. Die „aufsuchende“ Psychoanalyse hat es also mitunter sehr schwer! Wie kann es dennoch möglich werden, hartnäckige Widerstände zu überwinden, und die Erkenntnisse der Psychoanalyse in die Gesellschaft hineinzutragen?

Marianne Leuzinger-Bohleber et al. haben dieses Dilemma auf den Punkt gebracht. Sie zeigen auf, dass sich psychoanalytische Forscher immer in einem

Spannungsfeld zwischen einer Verweigerung eines Dialogs mit den nichtpsychoanalytischen Wissenschaftswelt befinden können: dem Rückzug in den psychoanalytischen Elfenbeinturm einerseits und andererseits einer Überanpassung an ein der Psychoanalyse fremdes Wissenschaftsverständnis, das durchaus zuweilen an eine Identifikation mit dem Aggressor grenzt. Es ist aber – gemäß der Autorinnen - eine (harte) gesellschaftliche Realität, dass die Wirkung bestimmter psychotherapeutischer Verfahren z.Zt. nur als „wissenschaftlich evaluiert“ gelten, wenn genügend kontrollierte Studien für einzelne Störungsbilder vorliegen. Hiervon wird es abhängen, so Leuzinger-Bohleber et al., ob sich die Psychoanalyse auch zukünftig als *eigenständige*, unersetzbare, wirksame und produktive klinische Behandlungsmethode und Kulturtheorie behauptet kann.

Ich bin seit 1999 Gutachter für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendliche und war diesem Dilemma hautnah ausgesetzt. Damals begannen sich die Diagnosen „ADHS“ in wundersamer Weise zu vermehren. Wie konnte das möglich sein, denn innerhalb der offiziellen Psychiatrie wird bis heute davon ausgegangen, dass Bewegungsunruhe und Konzentrationsdefizite der Jungen *hirnorganisch* verursacht seien. Erste Zweifel, wie es bei einer angeborenen Störungen zu solch einer tsunamiartigen Zunahme kommen könnte, wurden damit ausgeräumt, dass die Zunahme der ADHS damit zu erklären sei, dass diese Störungen heute besser als früher diagnostiziert werden könnten. Mit der Gesellschaft habe ADHS nichts zu tun: „ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung“ (bkjpp, 2014). Das geschah im üblichen apodiktischen Ton, der keinen Widerspruch duldet. Wer es wagt, zu widersprechen, dem weht ein eisiger Wind entgegen. Doch letztendlich wissen alle, dass es weniger um Wahrheiten geht, als um Macht und Geld.

Die Aussage der Bundesärztekammer lautete also zu Therapie und Versorgung folgerichtig: „Die Behandlung setzt im Wesentlichen auf drei Maßnahmenbündel: Psychoedukation, Verhaltenstherapie und die medikamentöse Behandlung. Ihre Anwendung erfolgt in der Regel ambulant und in einem interdisziplinären Ansatz, der in einigen Bundesländern durch die Sozialpsychiatrievereinbarungen begünstigt wird. Die psychotherapeutischen Ansätze mit Wirksamkeitsnachweise stützen sich auf verhaltenstherapeutische Prinzipien. Als besonders hilfreich haben sich direkte verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und das Elternteraining sowie eine Verhaltenstherapeutische Intervention im Kindergarten, in der Schule erwiesen.

In der medikamentösen Behandlung sind Stimulanzen auf Grund ihrer erwiesenen Wirksamkeit Medikamente der ersten Wahl“. Eindeutig war der folgende Satz: „Für psychodynamische Interventionen ... liegen keine Wirksamkeitsstudien vor, sie sind in der Behandlung der Primärsymptome nicht indiziert“ (Bundesärztekammer, 2005). Psychodynamische Behandlungen wurden dennoch von den Gutachtern empfohlen. Zum einen waren die meisten ärztlichen Diagnosen unrichtig. In vielen Fällen lagen Bindungsstörungen, Trauma-Folge-Störungen oder einfache Störungen des Sozialverhaltens vor. Das war leicht möglich, weil die Klassifikationssysteme zwar Symptome beschreiben, aber keine Ursachen. Zum andern war es für Psychoanalytiker nicht möglich, Erklärungen zu akzeptieren, denen ein simples Reiz-Reaktions-Schema zugrunde liegt. Über Aufmerksamkeit und über Affektmotilität/Leistungsmotorik hat bereits Freud umfassende und detaillierte Aussagen gemacht. Diese Phänomene wurden pathologisiert und als ausschließlich hirnhysiologischer Prozess definiert, um ihnen medikamentös begegnen zu können. Mit Wenke bin ich jedoch der Meinung, dass Experten für Medizin, Gehirne und Körper zwar einen fehlenden Ausschnitt des Gesamtbildes ergänzen können - über Fragen der Pädagogik oder Psychotherapie können sie jedoch nicht entscheiden (Wenke, 2014). Thomas Hüller hat es im vorherigen Beitrag anschaulich so verdeutlicht, dass auch der Kinderarzt Übergewicht feststellen kann, ohne einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Soma und Psyche verstehen zu müssen. Wir entwickelten eine Leitlinie ADHS aus psychoanalytischer Sicht, an der eine Gutachterin und drei Gutachter mitbeteiligt waren (Borowski, Bovensiepen, Hopf, Streeck-Fischer), wie auch bei Läzer et al. berichtet wird (mitgearbeitet haben auch Dammasch und Staufenberg, 2010). Zwar wurde diese Leitlinie von der nicht-psychoanalytischen Welt ignoriert, wir Gutachter konnten jedoch Anträge befürworten, die eine symptomauslösende Situation, eine schlüssige Psychodynamik sowie eine Diagnose nach neurosenpsychologischen Aspekten mit einem überzeugenden Behandlungsplan erarbeitet hatten. Es war darum eine mutige Entscheidung von Marianne Leuzinger-Bohleber und ihren Mitarbeiterinnen mittels eines Forschungsdesigns psychoanalytische Behandlungen ohne Medikation mit verhaltenstherapeutischen Behandlungen ohne und mit Medikation zu vergleichen. Ein solches Projekt, es hat über sieben Jahre gedauert, braucht den langen Atem, braucht Courage (ich erinnere an den eisigen Gegenwind) und unerschütterliche wissenschaftliche Überzeugungen.

Zu keiner Zeit habe ich daran gezweifelt, dass analytische Psychotherapien nicht wirksam seien, doch mit einem solch eindeutigem empirischem Ergebnis hat wohl kaum jemand rechnen können: Die psychoanalytischen Behandlungen waren ebenso wirksam wie die verhaltenstherapeutischen, die teilweise noch mit Methylphenidat behandelt wurden! Damit wird zudem nachgewiesen, dass den Symptomen der ADHS unbewusste Konflikte und strukturelle Defizite zugrunde liegen.

Jenen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, die sich in der Vergangenheit verzweifelt bemüht hatten, dem rein organischen Verstehen ein psychodynamisches hinzufügen, wurde immer wieder „Spaltung“ unterstellt. Mit ihrer großen Studie ist es Marianne Leuzinger-Bohleber gelungen, auch bei ADHS Körper und Seele zu integrieren.

Bestätigt werden konnte auch, was alle Autorinnen und Autoren der Vergangenheit immer wieder betont haben: Klinisch-ätiologisch handelt es sich bei Kindern mit einem ADH-Syndrom nicht um eine homogene Gruppe. Für den praktizierenden Kinderanalytiker ist zudem interessant, welche Belastungsfaktoren und –konstellationen vorliegen und den Schweregrad eine Behandlung bestimmen können. Der am häufigsten aufgetretene biologische Risikofaktor betrifft alle Arten von prä- peri und postnatalen Stressoren. Bei den psychosozialen Risikofaktoren ist am häufigsten Alleinerkennung sowie ein Aufwachsen ohne väterliches Gegenüber festzustellen. Hinzu kommen unverarbeitete Trennungstraumata und Beziehungsabbrüche. Diese Befunde werden kaum einen Kinderanalytiker überraschen. Ich selbst konnte zudem als Gutachter in den vergangenen Monaten beobachten, dass zu frühe und unvorbereitete Unterbringung (in den ersten 12 Lebensmonaten) in einer nicht ausreichend ausgestatteten Kinderkrippe bei Jungen ebenfalls ein erheblicher Risikofaktor sein kann. Andererseits werden diese Erkenntnisse kaum überraschen. Käme jemand bei „Bauchschmerzen“ auf die Idee, dass diese immer auf die gleiche organische Ursache zurückzuführen seien und dass man sie darum ausschließlich mit schmerzlindernden Medikamenten behandeln könnte?

Zwei Notwendigkeiten ergeben sich.

Nach meiner Beobachtung werden gesellschaftliche Probleme heutzutage entweder schön geredet oder mit Medikation zugedeckt. Die Leid tragenden sind vor allem die

Jungen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen, die mit höchster wissenschaftlicher Sorgfalt durchgeführt wurden, müssen auch in die Öffentlichkeit getragen werden. Die Untersuchungen werden dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorgestellt. Die Bundesärztekammer sollte im Anschluss daran endlich psychoanalytische Therapie als geeignete Behandlungsmöglichkeit empfehlen. Die Bedeutung der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie kann für die künftige psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS nicht hoch genug eingeschätzt werden. Marianne Leuzinger-Bohleber und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich um die Kinderpsychoanalyse sehr verdient gemacht, und wir müssen ihnen dankbar sein.

Literatur

Borowski, D., Bovensiepen, G., Dammasch, F., Hopf, H., Staufenberg, H., Streeck-Fischer, A. (2010). Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 41, 146, 238-274.

bkjpp (2014): ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung (Pressemitteilung bkjpp vom 23.2.2012).

Bundesärztekammer, 2005: Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Kurzfassung.
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSkurz.pdf>

Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta

Wenke, M. (2014): „ADHS“ bezeichnet Verhalten, nicht dessen Ursachen.“ Konferenz ADHS: <http://www.ads-kritik.de/Wenke.pdf>