

Psychoanalytische Therapie des ADHS

Hans Hopf

1. Theoretische Vorüberlegungen zur Diagnostik

Aus Sicht der Neuropsychologie beruht die Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität auf einer erblich bedingten hirnräumlichen Mangel-funktion des kortikalen-striatalen Netzwerkes. Allerdings gehen auch neurobiologisch argumentierende Fachleute davon aus, dass organisch verursachte Symptome von belastenden familiären (und natürlich auch gesellschaftlichen) Faktoren verstärkt werden können, insbesondere bei aggressiven und dissozialen Verhaltensstörungen (Knölker, U. (Hrsg.) 2001). Dies entspräche im psychoanalytischen Sprachgebrauch einer sekundären Neurotisierung.

Wir wissen heute, dass sich die Entwicklung des Gehirns auch nach der Geburt fortsetzt und von der Interaktion mit der Umwelt und durch Erfahrungen lebenslang beeinflusst wird (vgl. Perry et al., zit. n. Pozzi, 2002; Hüther, 2001, 2002). Das heißt, entscheidend ist die Beziehung und somit auch bei psychotherapeutischen Interventionen die Arbeit über und an der Beziehung. Aus Sicht der Psychoanalyse ist darum die ADHS – wie andere Krankheitsbilder auch – ein Ergebnis von Traumata und unbewussten Konflikten des Patienten mit seiner Umwelt vor dem Hintergrund einer vorhandenen möglichen Vulnerabilität, die genetisch bedingt ist oder erworben wurde. Ich möchte betonen, dass dieses Verständnis den aktuellen Stand der Diskussionen innerhalb der Kinderpsy-

choanalyse wiedergibt. In diesem Zusammenhang ist es faszinierend, dass der Psychoanalytiker Winnicott in seiner Arbeit über die Ich-Integration in der Entwicklung der Kinder bereits 1962 einen sehr frühen Faktor, welcher von den ersten Tagen oder Stunden des Lebens an bestünde, für die Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit verantwortlich gemacht und die zuvor erwähnten Zusammenhänge letztendlich vorweggenommen hat. Aus Sicht der Psychoanalyse wäre dieser frühe Faktor ein Entgleisen des Dialogs zwischen Mutter und Kind, ein Scheitern des sogenannten Containments mit einer Störung früher Mentalisierungsprozesse.

Auch die Bindungstheorie hat einen bedeutsamen Beitrag zum Verstehen der ADHS geliefert. Karl-Heinz Brisch hat die Untersuchungen zur Bindungsforschung hinsichtlich ADHS gesichtet und interpretiert (2002). Das Bindungsverhalten von Kindern, welches ursprünglich nicht klassifiziert werden konnte, wurde später als desorganisiertes/desorientiertes Bindungsmuster bezeichnet. Diese Kinder zeigen auffällige, in sich widersprüchliche Verhaltensweisen, welche große Ähnlichkeiten mit Vorschulkindern mit der Diagnose ADHS haben. Sowohl die immer wieder und gehäuft auftretenden Verhaltenssymptome des Innehaltens und In-Sich-Versinkens, was an einen Vorläufer der Aufmerksamkeitsstörung erinnert, als auch die motorische Unruhe mit widersprüchlichen motorischen Verhaltensweisen und impulsiven Richtungswechseln in der Aktivität,

erinnern an das Bild der Hyperaktivität von Vorschulkindern mit der genannten Diagnose.

In der Regel wird der Patient von einem Arzt nach gründlicher Untersuchung mit einer Diagnose nach ICD 10 zugewiesen, also F90 bis F90.9. Innerhalb der Kinder-Psychoanalyse ist Konsens, dass die Entstehung einer ADHS auf einer primären Neurotisierung beruht. Der Psychoanalytiker wird darum eine Diagnose nach neurosenpsychologischen Aspekten erstellen. Die Psychotherapie-Richtlinien verlangen unmissverständlich, dass eine neurotische, krankheitswertige Symptomatik vorliegen muss, damit von einer seelischen Krankheit gesprochen werden kann, die dann mittels einer aufdeckenden tiefenpsychologisch fundierten oder psychoanalytischen Psychotherapie behandelt werden kann. Dazu muss eine aktuell wirksame Psychodynamik herausgearbeitet werden. Anders formuliert: Mit psychoanalytischer Therapie werden alle Krankheitsbilder behandelt, deren zugrundeliegende neurotischen Konflikte aufgearbeitet werden können, also auch Bewegungsunruhe und Aufmerksamkeitsstörungen, die fast immer von weiteren Symptomen begleitet werden (Komorbidität).

2. Diagnostische Untersuchung nach neurosenpsychologischen Aspekten von zwei Behandlungsfällen auf unterschiedlichem Strukturniveau

Nach meinen Beobachtungen beruht die unterschiedliche Ausprägung der ADHS wie bei anderen psychischen Störungen auch auf dem Vorhandensein von unterschiedlichen Strukturniveaus, von der schwersten

Beeinträchtigung bis hin zu leichten neurotischen Unruhezuständen - letztendlich sind heute sehr viele Kinder unruhiger als noch vor vierzig Jahren. Im Folgenden will ich die neurosenpsychologischen Untersuchungen von zwei Fällen auf unter-

schiedlichem Strukturniveau darstellen. Beide Fälle wurden zuvor gründlich kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht, beide nahmen regelmäßig Methylphenidat.

Fall 1: Jan, 10 Jahre 5 Monate

Symptombeschreibung

Jan wird vom Kinder- und Jugendpsychiater mit der Diagnose ADHS einem analytischen KJPT zugewiesen, er habe eine Aufmerksamkeitsstörung und zeige hyperaktives Verhalten. Die Symptomatik werden seit 3 Jahren mit Methylphenidat behandelt und ohne Medikament sei es nach Meinung der Mutter

mit dem Jungen nicht auszuhalten. Jan beschreibt mir seine Befindlichkeit mit den folgenden Worten: „Ich kann nicht ruhig sein. Ich mache auch alles falsch.“ Nach Aussagen der Mutter kam es in der Vergangenheit zwischen ihr und dem Jungen zu ständigen Auseinandersetzungen. Der Junge verträgt keine Einschränkungen oder gar Versa-

gungen, er reagiert nicht selten mit grandiosen Wutanfällen. Danach weint er oft, meint, alles falsch zu machen. Vor fremden Situationen und im Dunkeln hat er Angst, kriecht nachts fast immer in das Bett des Bruders.

Anamnestiche Daten

Nach Meinung der Mutter habe sich der Patient völlig normal entwickelt und sie sei auf ihr erstgeborenes Kind stolz gewesen. Einen Einbruch bedeutete jedoch die Geburt des 2;8 Jahre jüngeren Bruders. Dieser war in seinem ersten Lebensjahr häufig krank und zog somit die gesamte Aufmerksamkeit der Eltern auf sich. Jan reagierte mit ungewöhnlicher Eifersucht. Wurde der kleine Bruder gestillt und

versorgt, war er wütend oder quengelig. Wenig später kam Jan in den Kindergarten und zeigte große Ängste, sich zu trennen. War er aber dort, fiel er durch ständige Unruhe auf, durch Zerstören von Dingen und durch aggressive Attacken gegen Gleichaltrige. Die Mutter meint, dass sie zunehmend entsetzt über ihr Kind gewesen sei und sich geschämt hätte. Hinzu kommt, dass sie von sich selbst glaubt, wenig aushalten zu können. Sie reagierte nicht selten

unbeherrscht, gelegentlich schlug sie Jan auch, wenn er seinen Bruder besonders grob behandelte. Danach tat ihr das wiederum leid, und sie kuschelte mit dem Jungen. Der Vater war immer beruflich eingespannt, außerdem war er der Meinung, dass Erziehung Frauensache sei.

Psychodiagnostische Untersuchung

Jan ist ein stämmiger Junge mit rundem Kopf und aufgerissenen, fragenden Kulleraugen, und während der gesamten Begegnung spüre ich eindringliches Werben mit gleichlaufender Angst, etwas falsch zu machen. Verkrampft sitzt er mir gegenüber, wirkt angespannt und überhört dennoch im Übereiferen Vieles, schießt oft über das Ziel

hinaus. Es fällt auf, wie häufig von Bewegung, Fliegen, Fahren, Laufen gesprochen wird. Die kinetische Funktion ist auffallend stark libidinös besetzt. Die Mutter zeichnet er als dickhäutiges, wenig sensibles Tier, von dem er sich verzweifelt wegzubewegen sucht. Er erzählt von Angstträumen, in denen er in einen Abgrund fiel und einmal sogar beinahe ertrunken

wäre. In weiteren Fantasien will er anderen helfen, aber das gelingt ihm nicht, weil er es falsch anpackt. Darüber ist er verzweifelt und traurig. Im Sceno-Test baut er alles so zu, dass ein einziges Durcheinander entsteht und er die Orientierung verliert.

Psychodynamische Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchung

Die Fähigkeiten des Patienten zur motorischen, aber auch zur Impuls- und Affektkontrolle brechen immer dann ein, wenn er narzisstische Kränkungen erfährt, bei realer oder fantasierter Kritik oder Ablehnung und vor allem dann, wenn er nicht bemerkt oder beachtet wird. In der Terminologie der Selbstpsychologie hieße das, wenn er im anderen keine Selbstobjektfunktion spüren kann. An dieser Stelle ist der Patient verwundbar, weil er in jene Phase seiner Entwicklung regrediert, als der Bruder geboren wurde und sich

der liebende Blick der Mutter von ihm abwandte. Nach damaligem Muster, als er seine Mutter und die Welt nicht mehr verstand, reagiert er heute noch. Er wehrt aufkommende depressive Ängste mit aggressiven Durchbrüchen und manischer Abwehr ab. Charakteristisch für die manische Abwehr ist die Omnipotenz, das Entwerten des anderen und die Kontrolle, auch um das Objekt festzuhalten. Dies ist bei einer Mutter, welche von sich selbst meint, sich nicht beherrschen zu können, wohl notwendig. Sie schafft es nicht, dass sich Jan in seinen Selbstbe-

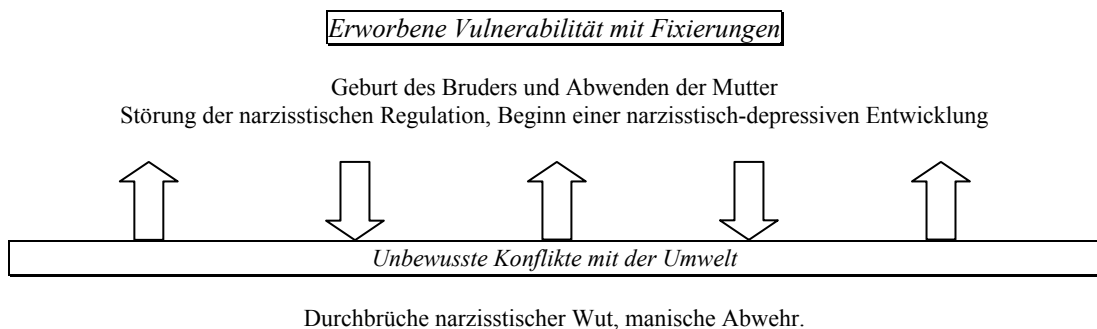
dürfnissen ausreichend gehalten sieht. Bewegungsunruhe ist auch eine Form von Aggressivierung, die den Individuationskonflikt mit der Mutter durch Fortbewegungsimpulse ausdrückt. Mit dem Fehlen des – psychisch abwesenden – Vaters als Triangulierungsobjekt ist der Junge hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, mit der Mutter narzisstisch zu verkleben und sich zu individualisieren; er zappelt gleichsam am Angelhaken und sucht sich gewaltsam zu befreien.

Diagnose

Hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit auf mittlerem Strukturniveau. Nar-

zisstische Störung mit manischer Abwehr von depressiven Ängsten.

Fall 1: Hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit auf mittlerem Strukturniveau



Mit dem Fehlen des Vaters als ausreichendes Triangulierungsobjekt ist der Junge hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, mit der Mutter narzisstisch zu verkleben und dem Wunsch, sich zu individualisieren und darum auf der Suche, sich gewaltsam zu befreien (Aggressivierung).

Fall 2: Marco, zur Zeit seiner Aufnahme in das Therapiezentrum 7;9 Jahre

Anamnestiche Daten

Marco ist das zweite von insgesamt vier Kindern. Beide Eltern waren heroinabhängig. Die Kinder wurden schwer vernachlässigt, oft eingesperrt, damit die Eltern ihre Ruhe hatten. Wenn

sie störten, wurden sie körperlich schwer misshandelt. Als Marco drei Jahre alt war, trennten sich die Eltern und ein neuer Mann zog unmittelbar nach Auszug des Vaters ein. Nach der Trennung

machte der leibliche Vater eine Entwöhnungsbehandlung und nahm die Jungen zu sich, fühlte sich jedoch rasch überfordert und brachte Marco zur Mutter zurück. Es kam zu wechsell-

den Unterbringungen und einer Fülle von Abbrüchen und Trennungen. Wegen seiner Entwicklungsrückstände musste Marco einen Förderkindergarten besuchen, wo er die Erzieherin bald an ihre Grenzen brachte. Er war in ständiger Unruhe, zerstörte Dinge anderer Kinder und hielt sich an keinerlei Vorgaben oder Regeln. Zu Hause eskalierte die Situation rasch, als ein weiteres Kind – aus der neuen Beziehung – geboren wurde. Ein Kinder- und Jugend-Psychiater, der den

Verhalten

Die Erzieherinnen im Haus, in welchem Marco mit anderen Kindern lebte, meinten den Jungen an vielerlei Orten gleichzeitig wahrnehmen zu können. Er rannte durch das Zimmer, eilte die Treppe hinauf, rutschte das Geländer herunter, zwischendrin bekam ein Kind einen Tritt, einem Erwachsenen wurde der Stinkfinger gezeigt, alles geschah mit einer Energie, welche fassungslos machte. Innerhalb weniger Minuten brach er mindestens fünf Regeln, und gleichzeitig fragte er mit Unschuldsmiene, warum sich denn alle so aufregen würden. Bereits um sechs Uhr morgens war er wach, begann wieder herumzurennen und damit alle Kinder aufzuwecken, wobei er wie ein Strudel wirkte, in dessen Sog die anderen Kinder mit ihrem Verhalten und ihren Affekten hineingezogen wurden und ähnlich

Psychodiagnostik

Marco wurde mit verschiedenen projektiven Tests untersucht. Mit einem erschreckend leeren Gesichtsausdruck kam er in das Zimmer ghuscht. Die trostlose Verlassenheit, welche er ausstrahlte und die sich in der Gegenübertragung niederschlug,

Jungen sehr gründlich untersuchte, diagnostizierte eine ADHS und verordnete Methylphenidat, was jedoch zu keiner spürbaren Besserung führte. Marco kam in eine Schule für Erziehungshilfe, welche ihn nach wenigen Wochen ausschloss. Er fiel durch ständige Unruhe auf, gab Geräusche von sich, es kam zu ständigen verbalen Provokationen mit derben Ausdrücken sowie körperlichen Attacken. Er wurde in einem Therapiezentrum aufgenommen, dessen therapeutischer Leiter ich war, und

zu reagieren begannen. Marco zeigte eine unglaubliche Dünnhäutigkeit. Seine Ich-Grenzen schienen völlig durchlässig zu sein, und er hielt nichts in sich und nichts aus; alles ging zum einen Ohr rein und zum anderen raus. Die ersten Wochen waren die Erzieherinnen damit befasst, den Jungen so einzugrenzen, dass er den therapeutischen Rahmen der Einrichtung einhielt, wobei er immer wieder über alle Grenzen hinwegschoss. Dennoch zeigten sich langsam kleine Verbesserungen.

Wie ein Verhungerner schaufelte das dünne, jedoch zähe und für sein Alter winzige Bürschchen Nahrung in sich herein, und immer schöpfte er sich noch mal einen Teller, den er nicht mehr schaffte. Er wirkte dabei unglaublich gierig und war voller Neid den anderen Kindern gegenüber, wenn die sich auch aus der Schüssel nahmen. In die Schule nahm er sich anfänglich

war kaum auszuhalten. Er eilte rasch - als könnte er es mit sich selber nicht länger aushalten - von Aufgabe zu Aufgabe, hibbelig, war aber dennoch konzentriert bei der Sache.

besuchte dort wiederum eine Schule für Erziehungshilfe. Weil in dieser Einrichtung alle Mitarbeiter mit den Kindern zusammenleben, kann ich über ein Jahr Leben und Therapie mit Marco berichten, wobei noch wichtig ist zu erwähnen, dass das Methylphenidat in Absprache mit dem Kinder- und Jugend-Psychiater der Einrichtung abgesetzt wurde.

Berge von Nahrung mit, die er nicht selten achtlos wegwarf. Immer musste er etwas im Mund haben, Stifte, Radiergummis oder gar Uhu. Er las auch alte Kaugummis auf oder schmutzige Papierschnipsel. Hauptsache, er hatte etwas im Mund.

Alles was nicht niet- und nagelfest war, nahm er sich und hortete es. Dabei schien er keinerlei Gewissensprobleme zu haben, er bestahl jeden, auch seine Therapeutin. Wurde er ertappt, erfand er Geschichten, oder hatte die Gegenstände „gefunden“. Er schien anfänglich nicht zu erreichen zu sein, reagierte offenkundig auf nichts und zeigte keinerlei Gefühle, keine reale Angst und keine Schmerzen.

In sämtlichen Tests erlebte er sich verfolgt und schwer von Vernichtungsangst bedroht, alles war erfüllt von Misstrauen und Selbst-Misstrauen. Die Baum-Krone, welche er zeichnete, war formlos-verblasen und zeigte außerdem die Flucht

vor der inneren Leere nach Außen an. Auf diesem Fluchtweg gab es jedoch keinen bereichernden, um einander besorgten Zusammenhalt, und auch im Scenospiegel erschienen nur getrennte, ja isolierte Welten, die keinen Sinnzusammenhang hatten. Die Hauptfigur, ein Junge, sauste dabei auf einem Auto, richtungs- und heimatlos

durch die Gegend, später begleitet von einem ebenfalls autofahrenden Huhn. Ein einsam herumliegendes Baby schlief, während ein „nettes Krokodil“ herumschlich und aufpasste. Das einzig Sichere im Leben des Jungen schien die Gefahr: Gutes und Schlechtes konnten noch nicht unterschieden werden. Über seine Unruhe schien er das Gutsein zu suchen, aber er

eckte nur damit an. Zum Schluss äußerte der Junge eine Sehnsucht: Der Hund gefiel ihm wegen seiner schönen Augen und dem Halsband und er gab der Untersucherin die Hand, nahm die gebotene Verbindung auf – er wollte offenkundig die Angebote der Einrichtung für neue Bindungserfahrungen nutzen.

Kurze Diagnose nach neurosenpsychologischen Aspekten

Hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsstörung auf niederem Strukturniveau bei möglicher organischer Schädigung; beide Eltern waren drogenabhängig. Schwere Bindungs- und Beziehungsstörung auf Grund eines Scheiterns des frühen Containments. Traumatische Einflüsse haben verhindert, dass sich ein strukturiertes Selbst konstituieren konnte. Fixierung

in allen psychosexuellen Phasen. Vielfache traumatisch wirkende Trennungen hatten zudem zu einer Lähmung des Fantasieerlebens und Störung der Symbolbildung geführt: Die Welt und ihre Dinge waren für den Jungen mit keiner symbolischen Bedeutung ausgestattet.

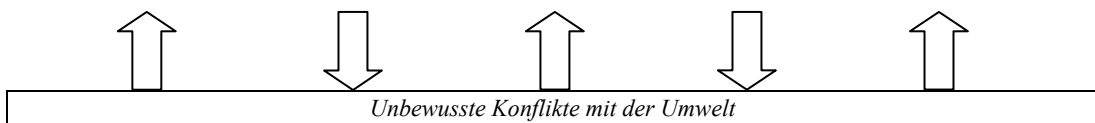
Nach einem Jahr stationärer Psychotherapie mit supervidiertem Leben in der Gruppe, Einzel-

Therapie, heilpädagogischen Gruppen, war der Junge bindungs- und beziehungs-fähiger, er hielt sich zumeist an die vorgegebenen Regeln und er zeigte kaum mehr unruhiges Verhalten. Kinder mit dem Störungsbild von Marco habe ich während meiner Arbeit im Osterhof viele kennen gelernt.

Fall 2: Hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit auf niedrigem Strukturniveau

Genetisch bedingte und erworbene Vulnerabilität

Mögliche organische Schädigung bei drogenabhängigen Eltern.
Schwere Bindungs- und Beziehungsstörung auf Grund eines Scheiterns des frühen Containments; ein reifes Selbst mit entsprechenden Selbst- und Objektrepräsentanzen konnte sich nicht strukturieren



Verlust des Vaters. Traumatisch erlebte Trennungen (Dunkelheitsängste). Geburt der Halbschwester, erlebt zunehmend Ablehnung.
Lähmung des Fantasieerlebens und Störung der Symbolbildung.
Fixierungen in allen psychosexuellen Phasen

3. Zusammenfassung

Eine Reihe von Fachleuten kritisiert, dass das Krankheitsbild mittlerweile zu rasch, zu ungenau und darum auch zu häufig diagnostiziert wird. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,

welche ein diagnostisches Vorgehen u.a. mittels testpsychologischer bzw. neuropsychologischer Verfahren empfehlen, werden nicht immer umgesetzt; nicht selten wird bei Kindern, die wegen einfacher Unruhe oder Aufmerksamkeitsprobleme vorgestellt werden, ADHS diagnostiziert.

samkeitsprobleme vorgestellt werden, ADHS diagnostiziert.

Ich will noch auf eine Besonderheit der ADHS eingehen. Es fällt eine extreme Asymmetrie der Geschlechtsverteilung zugunsten der Jungen auf: So sind es

sind es mindestens vier mal so viele Jungen wie Mädchen, welche die Symptomatik in voller Ausprägung zeigen, bis hin zu einem Verhältnis von - bis zu - 1 : 9. Zur ambulanten psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms mit oder ohne Aufmerksamkeitsstörung kommt schließlich nur ein wesentlich geringerer Prozentsatz an Mädchen, weil diese weniger sozial auffällig werden. In meiner Gutachterstatistik für 2001 betrug das Verhältnis 1:7.

Dies rührt zum einen daher, weil die kinetische Funktion bei Jungen stärker libidinös besetzt wird. Das hyperaktive Kind ist zudem eng mit seiner Mutter verschmolzen. Diese Nähe zur Mutter wird – wegen der häufig emotional abwesenden Väter – auch bedrohlich erlebt und über Aggressivierung und mittels Unruhe zu vermeiden gesucht (vgl. auch Fall 1 / vgl. Heinemann, E. und Hopf, H., 2001).

Im Folgenden will ich noch kurz einige zentrale Konflikte, die an der Entstehung einer ADHS beteiligt sein können, darstellen. Bekanntlich divergieren die am Lebensanfang noch ungetrennten Teilbereiche der Motilität – Ausdrucksmotilität und Leistungsmotorik – mit zunehmendem Entwicklungsalter. Kommt es in diesem Bereich zu Störungen, bleiben die Kinder in der affektmotorischen Sphäre fixiert: Die Affekte werden dann weiterhin über die Motorik abgeführt - in spannungsgeladenen

Situationen lässt sich dies bekanntlich bei allen Menschen beobachten. Die Psychoanalytikerin Margaret Mahler hat in diesem Zusammenhang auch von „Gefühlsinkontinenz“ gesprochen (vgl. Mahler, 1944).

Mit der körperlichen Unruhe werden nicht selten unbewältigte Trennungstraumata zu bewältigen versucht und die zugehörigen depressiven Ängste abgewehrt, was – wie auch in Fall 1 zu erkennen war - als „manische Abwehr“ bezeichnet wird. Die Kinder fliehen in die Bewegung, der zu Grunde liegende – meist depressive - Konfliktbereich wird gleichsam maskiert und unkenntlich gemacht. Es verwundert dabei nicht, dass der Anteil von Kindern alleinerziehender Mütter (oder fehlender Väter) erhöht ist. Bilden sich während einer Behandlung des hyperkinetischen Syndroms die Symptome zurück, werden in der Regel die zu Grunde liegenden Selbstwertprobleme und depressiven Affekte erst erkennbar. Traumatisch erfahrene Trennungen können auch zu einer Lähmung des Phantasieerlebens und einer Störung der Symbolbildung führen; ein auffälliger Mangel an den Dingen zu haften, zu spielen und zu symbolisieren ist hiervon die Folge.

Auffällig bei Kindern mit einer ADHS erscheint auch, dass sie oftmals in den Vorstellungen ihrer Eltern weniger als eigenständige, klar abgegrenzte und unabhängige Persönlichkeiten mit ihren ganz spezifischen Besonderheiten er-

scheinen, sondern eher als Objekte derer Projektionen. Eine solche unterdrückte Individuation führt reaktiv zu einer Suche nach Befreiung, Aggression und Identität. Dieser Suche nach Befreiung und Aggression stehen wiederum die strengen Erwartungen und Forderungen elterlicher Projektionen gegenüber, was einen *Circulus vitiosus* bewirkt und das Symptom aufrecht erhält.

Psychoanalytisch begründete Verfahren schließen eine parallel erfolgende Stimulanzienbehandlung nicht aus. Der konsiliarisch untersuchende und zuweisende Arzt kann sich bei strenger Indikation – wie bei anderen Krankheitsbildern auch und in Absprache mit dem Therapeuten – für eine medizinische Mitbehandlung entscheiden. Ideal wäre ein dynamischer Umgang mit dem Medikament, mit dem Ziel, es in Nutzung des Behandlungsbündnisses mit dem Patienten und seinen Eltern und in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt, bei fortschreitender Symptomverbesserung, auszuschleichen.

Werden bei einem Krankheitsbild zu Grunde liegende spezifische intrapsychische und interpersonale Konflikte erkannt und beschrieben, sind aufdeckende psychoanalytische Verfahren bei der Behandlung der ADHS ohne Einschränkungen indiziert, um die deutlich im Verborgenen liegenden Konflikte aufzuarbeiten.

4. Literatur

Brisch, K.-H. (2002): Bindung - Trauma - Desorganisation und ADHD. Beiträge der Bindungsforschung zum Verständnis der ADHD, in: Bovensiepen, G./ Hopf, H./, Molitor, G. (Hrsg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt am Main

Heinemann, E. / Hopf H. (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln

- Hüther, G. (2001): Kritische Anmerkungen zu Ritalin. AKJP, Heft 112, XXXII Jg. 4/2001, S. 471
- Hüther, G. (2002): Nachbemerken, in: Bovensiepen, G/ Hopf, H./, Molitor, G. (Hrsg.): Unruhige und un-aufmerksame Kinder. Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt am Main
- Knölker, U. (Hrsg.) (2001): Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Bremen, UNI-MED CONGRESS, S. 15
- Mahler, M. (1944): Tics und Triebdurchbrüche bei Kinder, in: Studien über die drei ersten Lebensjahre, Klett Cotta, Stuttgart 1985
- Perry et al. zit n. Pozzi, M: Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien verstehen. AKJP 112, XXXII. Jg. 4/2002, S. 519-541
- Winnicott, D. W. (1962): Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a. M., Fischer Taschenbuch Verlag 1985, S. 78

Vita

Hans Heinz Hopf, Dr. rer. biol. hum., geb. 1942, analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Promotion an der Universität Ulm und an der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart, bis 1995 in eigener Praxis, danach Therapeutischer Leiter im Therapiezentrum „Osterhof“, Baiersbronn. Dozent und Kontrollanalytiker am Psychoanalytischen Institut „Stuttgarter Gruppe“. Wissenschaftliche Veröffentlichungen, schriftstellerische Arbeiten und Beiträge für Rundfunk und Fernsehen. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ernannter Gutachter für ambulante tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen seit 1999. Stellvertretendes Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat seit 1998. Seit 2003 wieder in eigener Praxis tätig.

Dr. Hans Hopf
Seebachweg 14
74395 Mundelsheim
drhopf@yahoo.de