

# **Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern**

Dr.rer.biol.hum. Hans Hopf

Vorlesung A4, 11. – 15. April 2005, im Rahmen der  
55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

## **1. Vorlesungstag: Einleitung – Symbol und Symbolisierung - Spielen**

### **Einleitung**

Mechthild Papoušek hat an ihrer Münchner Sprechstunde für Schreibabys, unerwartet, aber – wie sie schreibt – auch mit ziemlicher Deutlichkeit, ein neues Syndrom bei Säuglingen und Kleinkindern, also bereits im frühen Kindesalters festgestellt: Spielunlust oder sogar eine Unfähigkeit zu spielen, gepaart mit chronischer Unruhe, Unzufriedenheit und gedrückten Stimmungen. Sie schreibt: „Im Kleinkindalter ist die Spielunlust besonders häufig mit Teufelskreisen assoziiert, bei denen das Kind durch Aufmerksamkeitsprobleme mit motorischer Umtriebigkeit, geringer Ausdauer, raschem Aufgeben und Frustration bei geringfügigen Anforderungen im Spiel auffällt.“ Frau Papoušek hat gleichzeitig herausgefunden, dass diese Kinder häufig Mütter haben, die kein ausreichendes Gespür für strukturierende Rahmenbedingungen besitzen, die nicht selten überfordert und depressiv sind, oder über keine ausreichende Feinfühligkeit bei der dialogischen Abstimmung verfügen (S.175f.).

Im Therapiezentrum „Osterhof“, in welchem ich bis zum vergangenen Jahr als therapeutischer Leiter gearbeitet habe, wurden uns in den vergangenen Jahren immer wieder sieben- bis zwölfjährige Jungen vorgestellt, die einander verblüffend ähnelten. Es waren schwächliche, kleinwüchsige Bürschchen, zappelig, unkonzentriert und unbeherrscht, die nirgends mehr gehalten und ausgehalten werden konnten. Sie waren aggressiv und sexualisiert und von einer Respektlosigkeit, welche einem die Luft nahm. Sie agierten mit verbalen Beleidigungen und Kränkungen, Schlagen, Beißen und Treten. Nicht selten waren es Söhne allein erziehender Mütter, alleingelassen von den Vätern; viele litten unter einer – wie es Horst Petri (2002) adäquat benennt – Vaterentbehmung. Alle hatten sie wechselhafte Lebensgeschichten, viele fehlgeschlagene Behandlungsversuche und vielfältige und offensichtlich traumatisch wirkende Trennungen hinter sich. Bei allen war eine ADS oder eine ADHS diagnostiziert worden, welche bislang ausschließlich mit Stimulanzien behandelt worden war. In fast allen Fällen, die

Seite -1-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere  
Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

uns vorgestellt worden waren, war eine Behandlung mit Methylphenidat bislang die einzige kontinuierliche Therapie gewesen.

Mich haben die zuvor zitierten Aussagen von Frau Papoušek bereits beim ersten Lesen berührt, denn ich vermute, dass wir im Therapiezentrum Osterhof jene Kinder mit den von ihr beschriebenen Problemen aufgenommen haben - als sie größer wurden und wegen ihrer Störungen Konflikte mit dem sozialen Umfeld und in der Schule entwickelten.

Wir haben uns zu einer gemeinsamen Vorlesung entschlossen, um uns diesen Kindern mit ihren spezifischen Störungen auf verschiedenen methodischen Wegen diametral zu nähern. Frau Papoušek wird videogestützte Fallvignetten zum Thema und Mikroanalysen aus entwicklungsbiologischer Sicht vorstellen, zu empirisch gewonnenen Analysen gelangen und frühe Eltern-Kind-Interaktionen beschreiben. Ich hingegen werde mit aus der therapeutischen Beziehung in psychoanalytischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen gewonnenen Einsichten versuchen, teilweise retrospektiv, frühe Eltern-Kind-Beziehungen und ihre Folgen für die Ätiopathogenese zu verstehen. Ich gehe davon aus, dass wir die gleichen Phänomene beobachten und zu – zumindest - ähnlichen Schlüssen kommen werden, was die Entstehung dieser spezifischen Störungen betrifft. Auch wenn unsere Überlegungen vor dem Hintergrund von unterschiedlichen Theorien und unterschiedlicher wissenschaftlicher Sozialisation geschehen werden. Ich werde mich bemühen, hierbei keine Konzepte hereinzuholen, die „als Altlasten in der Vergangenheit ein Verständnis der frühen Kindheit eher verhindert haben“, wie Frau Papoušek einst schrieb (S.6). Als ambulant und stationär arbeitender Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche will ich Fallbeispiele schildern und sie vor dem Hintergrund hilfreicher Theorien zu verstehen versuchen. Hilfreich sind diese nach meinem Verständnis dann, wenn sie eine Basis für hinreichend gute Verbesserung von Konflikten und damit von Symptomen bieten. Ich gehe davon aus, dass mein Blick sowie mein Beziehungserleben während vierzig Jahren Umgang und Zusammenleben mit Kindern und Jugendlichen durch psychoanalytische Theorien nicht verstellt, sondern geschult wurde.

Ich will im Folgenden überlegen, was in der frühesten Kindheit mit jenen Kindern geschehen ist, die später wegen Bewegungsunruhe, Aufmerksamkeitsproblemen und Spiel- und Lernunlust auffallen. Kinderpsychoanalytikern werden Kinder und Jugendliche mit schwersten Symptomen vorgestellt, die im Hier und Jetzt, aber auch retrospektiv zu verstehen und zu erklären sind. Ich will dies jedoch nicht ausschließlich über spekulative Verknüpfungen von Lebensgeschichten mit Theorien tun, also über ein genetisches Verstehen, sondern vor allem aus dem Hier und Jetzt in der therapeutischen Beziehung mit Hilfe des Verstehens und der Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung.

Ich werde schwerpunktmäßig zunächst über Symbol und Symbolisierung sprechen. In weiteren Vorlesungen will ich Störungen der Symbolisierung, der kognitiven Fähigkeiten und des Spielens in den Mittelpunkt stellen. Danach möchte

ich noch über psychoanalytische Theorien zur Bewegungsunruhe, über Geschlechtsunterschiede und soziokulturelle Einflüsse auf die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie über Prophylaxe und Behandlungen sprechen. (Folie). Übergreifendes Thema meiner Vorlesung ist meine Definition von impulsiven Kindern mit gestörter Aufmerksamkeit und Bewegungsunruhe:

*Was heute als ADHS diagnostiziert wird, ist in der Regel eine Sammeldiagnose zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata bis hin zur frühen Störungen von Objektbeziehungen. In der Regel liegt eine Störung der affektiven und emotionalen Selbstregulation, sowie der Symbolisierungsfähigkeit und des Spielens vor. Diese Störungen stehen im Kontext zu frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen vor dem Hintergrund veränderter soziokultureller Verhältnisse.*

## Symbol und Symbolisierung

Um Symbolisierungs- und Spielstörungen besser zu verstehen, will ich einen Abstecher zur Theorie machen. In seiner Arbeit „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) zeigt Freud die Arbeitsweise des seelischen Apparates sehr eindrücklich am Beispiel des Kinderspiels auf. Sigmund Freud hatte beobachtet, 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“ wiederbegrüßte: Das Kind hatte Verschwinden und Wiederkommen der Mutter, also ein traumatisches Trennungserlebnis, aktiv wiederholend im Spiel dargestellt. Ich will hier nicht auf Freuds Gedanken über Lustprinzip, Triebverzicht und Wiederholungszwang eingehen, weil diese vom Thema wegführen. Ich will aber seinen Gedanken aufgreifen, dass Kinder im Spiel alles wiederholen, was ihnen im Leben großen Eindruck gemacht hätte. Nach Freuds Auffassung würden sie auf diese Weise die Stärke des Eindrucks abreagieren und sich damit gleichzeitig zum Herren der Situation machen. Diese Überlegungen geschahen vor dem Hintergrund der Veröffentlichungen von S. Pfeifer, welcher bereits 1919 Theorien zum Kinderspiel veröffentlicht hatte. Pfeifers Beobachtungen schufen die theoretische Grundlage, das Spiel als kindgerechtes Medium in der Kinderpsychoanalyse zu betrachten, weil Kinder bekanntlich nicht über Träume assoziieren. Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud und Melanie Klein führten schließlich das kindliche Spiel in die Kinderpsychoanalyse ein, um auf diese Weise die fehlenden Assoziationen zu ersetzen und begründeten damit die Psychoanalyse des Kindes, deren Setting im wesentlichen so heute noch besteht.

W. Ernest Freud, Freuds Enkelkind, hat die Schilderungen seines Großvaters in seinen Erinnerungen noch ergänzt (2003). Er erinnert, von klein an allergisch gegen die Abwesenheit seiner Mutter gewesen sei, 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 rückschauend als sein „Nabelschnurspiel“ – seine Mutter ist übrigens gestorben, als er erst 5  $\frac{3}{4}$  Jahre alt gewesen war.

Er hatte mit seinem Spiel offensichtlich versucht, die zeitweilige Trennung von der Mutter symbolisch zu bewältigen. Wenn es einem Kind gelingt, sich vorstellen zu können, dass die Mutter wiederkommt, wenn es hilfreiche Phantasien entwickeln kann, kann es auch Trennungen von der Mutter aushalten. Erst Symbolisierungsfähigkeit gibt also einem Kind die Möglichkeit, Trennungen samt den dazugehörigen Unlustgefühlen auszuhalten. Diese Fähigkeit, Trennungen mittels Schaffung von inneren Bildern, Symbolen zu bewältigen, hatte Freuds Enkel – nicht zuletzt vor dem Hintergrund erlebter Frustrationen - bereits gut entwickelt. Die Fähigkeit zum Symbolisieren kann allerdings bereits während des Entstehens grundlegend gestört werden und defizitär bleiben.

Ein Symbol stellt einen „Verweisungszusammenhang“ dar, in dem ein Element ein anderes vertritt. Dieser Verweisungszusammenhang beruht auf der Abwesenheit einer Sache und ihrer Vergegenwärtigung in indirekter Form. Jones (1916) beschrieb Symbolbildung so, dass ein unverfängliches Element an die Stelle eines verpönten Vorstellungsinhalts tritt, diesen im Bewusstsein vertritt und den Affekt, der dem unbewussten Element gilt, auf sich zieht, und zwar dann, wenn Sublimierung versagt. Dieses Verständnis vom Symbol geschah noch ganz vor einem Hintergrund von sexuellem Trieb und Verdrängung. Eine überzeugende Definition stammt von Kämpfer (2001): „Verbindungen herzustellen auf intrapsychischer wie interpersonaler Ebene und dadurch Fremdes vertraut und Abwesendes denkbar zu machen, scheint die Aufgabe des Symbolischen zu sein.“ Zu Beginn der Psychoanalyse wurde das Symbol überwiegend statisch als relativ feststehende Bedeutungseinheit verstanden; dies scheint in manchen Bereichen heute noch so zu sein, dass ein Symbol lediglich als *stellvertretendes Zeichen* verstanden wird. Im Folgenden soll jedoch auf die Entstehung von Symbolbildung sowie auf die Darstellung gestörter Symbolisierungsprozesse eingegangen werden, deren Funktionen heute im psychoanalytischen Denken eine weitaus größere Rolle spielen (vgl. Löchel, 2000, S.5; S.695).

Jede Kommunikation erfolgt mit Hilfe von Symbolen, also hängt die Fähigkeit zur Kommunikation auch entscheidend von einer gelungenen Symbolbildung ab. Einen wesentlichen Gedanken zum Verstehen von Symbolisierungsstörungen hat Hanna Segal (1996) mit ihren Theorien beigetragen. Sie beschreibt zwei Arten von Symbolbildung und Funktionen von Symbolen. Die eine nennt sie symbolische Gleichsetzung: Das Symbol wird mit dem symbolisierten Objekt gleichgesetzt, so dass die beiden als identisch erlebt werden. Die andere nennt sie echte Symbolbildung oder symbolische Darstellung. Das Symbol *repräsentiert* hier das Objekt, aber es wird nicht mit ihm *gleichgesetzt*. Die Fähigkeit zum Symbolisieren entwickelt sich somit von der symbolischen Gleichsetzung hin zu einer reifen symbolischen Darstellung. Segal meint, dass es allerdings keinen Patienten gibt, dessen Symbolbildung sich ausschließlich auf symboli-

scher Ebene abspielen würde. Ebenso wenig ist sie der Meinung, dass die Symbolik der depressiven Position ganz frei von konkreten Elementen wäre.

Um zu verdeutlichen, wie sich die Verwendung von symbolischer Gleichsetzung auswirken kann, will ich eine kleine Fallsequenz bringen. Der Vater einer 21jährigen jungen Frau, die als Jugendliche bei mir in Behandlung gewesen war, hatte mich eines Abends verzweifelt und weinend angerufen. Ich wusste, dass Maria gerade wegen einer akuten psychotischen Episode einen Klinikaufenthalt hinter sich hatte. Jetzt würde sie erneut verrückte Dinge äußern, wollte weglaufen und man müsste sie wohl wiederum in die Klinik bringen. Er fürchtete, dass sie dann längere Zeit dort bleiben müsste und ihre Lehre nicht zu Ende bringen könnte. Ob ich nicht kommen und mit Maria sprechen könnte. Ich fuhr hin, weil ich mich verantwortlich fühlte und mir das Mädchen leid tat. Als ich ankam, stand die ganze Familie um Maria herum. Sie grüßte mich leise erfreut, jedoch flüchtig: Sie müsse sofort weg. Unten im Park würde ein junger Mann auf sie warten. Sie müsse ihm doch eine Rose bringen. Maria wirkte sichtlich erregt, agitiert und getrieben und wollte immer wieder weglaufen. Nur mit Mühe gelang es mir, sie soweit zu bringen, dass sie sich mit mir an einen Tisch setzte, mit mir sprach und Einzelheiten von jenem jungen Mann erzählte, der ihren Angaben gemäß schon längere Zeit auf sie wartete. Mir wurde zunehmend unwohl über die Tatsache, dass die gesamte Familie und Großfamilie dabei saß und neugierig zuhörte. Ich schlug darum Maria vor, ob wir nicht in ihr Zimmer gehen sollten. Im gleichen Moment spürte ich, dass ich etwas für Maria ganz Unfassliches und Entsetzliches gesagt hatte. Sie erstarrte, wurde schneeweiß im Gesicht und lief sofort puterrot an. Schließlich meinte sie abweisend und kalt: „In mein Zimmer darf nur mein künftiger Mann einmal hinein!“ Mit Erschrecken war mir klar geworden, dass Maria ihren Körper und ihre Vagina mit ihrem Zimmer gleichgesetzt hatte und meinen wohlmeinenden Vorschlag als brutalen Übergriff werten musste. Ich entschuldigte mich bei Maria, die das annahm, weil sie sich spontan von mir verstanden sah. Ich bat daraufhin die Familienangehörigen, sich zurückzuziehen und sprach längere Zeit mit dem Mädchen, das bereitwillig seine Medikamente nahm. Maria war am nächsten Morgen wieder klar orientiert und symptomfrei, rief mich an und dankte für meinen Besuch (Heinemann/Hopf, 2004).

Hanna Segal erklärt das Zustandekommen von symbolischer Gleichsetzung so, dass Teile des Ichs und innere Objekte in ein Objekt projiziert und mit diesem identifiziert werden. Damit bleibt eine Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt verdeckt. Weil auf diese Weise ein Teil des Ichs mit dem Objekt vertauscht ist, wird das Symbol mit dem symbolisierten Objekt verwechselt. Fehlt die ausreichende Fähigkeit, sich ein abwesendes Objekt zu phantasieren und zu symbolisieren, wie im günstigen Fall des kleinen Ernst Halberstadt-Freud beschrieben, so können Trennungen nicht bewältigt werden. Es kommt dann nicht nur zur weiteren Störungen der Symbolisierungsfähigkeit, sondern auch zur Regression in bereits überwundene Phasen und Positionen.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Symbolisierungsfähigkeit und kreativem Spielen, auf den ich mit meinen Fallbeispielen eingehen will. Ich will im Folgenden wenigstens kurz auf Winnicotts Theorien vom Übergangsobjekt und vom Spielen eingehen. Winnicott hat auf diesen Gebieten mannigfaltige Erkenntnisse erarbeitet, insbesondere für den weiten Entwicklungsbereich zwischen symbolischer Gleichsetzung und reifer Symbolisierung. Das Kind macht in dieser Übergangsphase die Erfahrung von einem Objekt, das ganz und gar ihm gehört, aber es macht auch die Erfahrung von sich selbst als Besitzer. Der Weg verläuft also von einem Zustand illusorischen Besitzes hin zu einem Zustand von Entwöhnung und Ertragen von Verlusten (vgl. auch Alvarez, S. 221).

Unter einem Übergangsobjekt verstehen wir bekanntlich jene verschmutzten Tücher, und meistens stark riechenden Stofffiguren, die vom Kind während Trennungen, zum Einschlafen und zu allen möglichen Notzeiten gebraucht werden. Gelegentlich noch im Erwachsenenalter, wenn beispielsweise ein Schriftsteller – ausgerechnet - sein Bett „Mein-riecht-wie-ich“ benennt. Wacht eine zwanghafte, sauberkeitsbesessene Mutter über ihr Kind, wird sie vielleicht das Übergangsobjekt immer wieder waschen und damit zerstören. Doch das Übergangsobjekt darf nicht verändert werden, außer wenn es das Kind selbst umwandelt. Der Trennungsprozess würde hiervon zweifellos beeinflusst.

Winnicott meint – wie bereits angedeutet - mit dem Übergangsobjekt die Verwendung eines Objektes, das *nicht* Teil des kindlichen Körpers ist, jedoch *auch nicht völlig* zur Außenwelt gehört. Er beschreibt damit einen Zwischenbereich der Erfahrung zwischen der reinen narzisstischen Illusion, dass alles zu einem selbst gehören würde und dem reifen Bewusstsein von Getrenntheit und Dankesschuld, in welchem reifes Symbolisieren möglich ist. Jenen Erlebnisbereich, der zwischen frühem Daumenlutschen, Schmusetuch und der Liebe zum Teddybär liegt, nennt er auch *intermediären Raum*. Winnicott beschreibt zudem sogenannte Übergangsphänomene, wie etwa das Lallen des Säuglings und das Sich-In-den-Schlaf-Singen. Über jene Bereiche will ich unter anderem in der folgenden Fallsequenz berichten.

## 2. Vorlesungstag: Spielen und Spielstörungen

### Die Funktion des Spielens, Spielstörungen und Spielhemmungen

Ich möchte nochmals auf Winnicotts Verständnis vom Übergangsobjekt eingehen. Es symbolisiert gleichzeitig auch die Brust. Bedeutsam ist jedoch gemäß Winnicott, dass das Übergangsobjekt real ist, also nicht die Brust *ist*, sondern die Brust *bedeutet*. Kommt es zur Symbolbildung, so ist das Kind bereits in der Lage zwischen Phantasie und Fakten, zwischen innen und außen und primärer Kreativität und Wahrnehmung zu unterscheiden. Das Übergangsobjekt lässt

gemäß Winnicott gerade für jenen Prozess Raum, durch welchen ein Kind fähig wird, Unterschied und Ähnlichkeit zu akzeptieren, also von der symbolischen Gleichsetzung hin zur echten Symbolbildung. Es lässt die Entwicklung des Kindes vom Subjektiven zur objektiven Erfahrung erkennen. Das Übergangsobjekt, wie auch das Symbol stehen, wie der triangulierende Vater, als drittes Element, sowohl für *Trennung* als auch für *Überbrückung von Getrenntheit*. Das macht so deutlich, warum nach einem Verlust des Vaters auch bereits gelungene Fähigkeiten zum Symbolisieren erschüttert werden können, und dass das Kind in bereits überwundene Phasen zurückfällt.

Über die Bedeutung des Spiels und über Störungen des Spielens existiert umfassende Literatur; ich verweise an dieser Stelle auch auf das 2003 erschienene Buch „Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit“, mit grundlegenden Ansätzen und Untersuchungen, herausgegeben von Mechthild Papoušek und Alexander von Gontard, erschienen bei Klett-Cotta.

Beobachtungen des Spielens von Kindern haben die psychoanalytische Theoriebildung ungemein beeinflusst, etwa von Anna Freud und Melanie Klein. Dennoch gibt es innerhalb der Kinderpsychoanalyse keine ausgearbeitete kohärente Entwicklungspsychologie des Spielens, lediglich Ansätze hierzu, am bekanntesten vielleicht die von Erikson und Anna Freud. Letztere hat innerhalb ihrer psychoanalytischen Entwicklungslinien auch den Weg von der Autoerotik über das Übergangsobjekt zum Spiel und vom Spiel zur Arbeit ausführlich dargestellt (Folie)

1999 hat Streeck-Fischer versucht, eine OPD-Diagnostik zum kindlichen Spiel zu entwerfen und hat dabei auch das Spiel während verschiedener Lebensphasen dargestellt, indem sie Überlegungen von Erikson, Peller, Piaget, Anna Freud und Plaut einbezogen und verarbeitet hat (Folie).

Wie bereits zuvor am Beispiel von Freuds Enkel aufgezeigt, wird das Spiel in der Kinderpsychoanalyse vor allem genutzt, um Beziehungen einzugehen, sie aufrechtzuerhalten und unbewusste Konflikte zu verstehen und gelegentlich zu deuten. Müller-Brühn hat das 2004 sehr schön, wie folgt, formuliert: „Im Spiel bringt das Kind seine unbewussten Phantasien zum Ausdruck und teilt – uns einbeziehend – in Wort und Handlung die Verarbeitung seiner Erfahrungen mit. Das symbolisch Dargestellte wird in seiner Bedeutung aber erst verstehbar mit Hilfe des einführenden Mitgehens bzw. der interpretierenden Sprache. Sie steht im Dienst des Sich-Bewusstwerdens und damit auch der Integration der im Spiel dargestellten abgespaltenen Selbstanteile“ (S.111).

Das Spiel wird also innerhalb der Kinderpsychoanalyse in erster Linie innerhalb seiner verschiedenen Anwendungen betrachtet. Doch wie bereits mehrfach festgestellt, gibt es viele Kinder, die überhaupt nicht spielen können, bei denen dieses Medium zunächst nicht einfach anwendbar ist, beispielsweise bei schwer traumatisierten Patienten.

Winnicott ist bekanntermaßen der Meinung, dass Psychotherapie immer mit zwei Menschen zu tun hat, welche miteinander spielen. Hieraus folgt seiner Meinung nach, dass die zentrale Arbeit des Therapeuten dort, wo Spiel nicht möglich ist, darauf ausgerichtet sein muss, den Patienten aus einem Zustand, in dem er nicht spielen kann, in einen Zustand zu bringen, in dem er zu spielen imstande ist (1973). Winnicott beschreibt bekanntlich die „spontane Geste“ des Säuglings als sein wahres Selbst in Aktion. Die berühmte Mutter, die nicht gut genug ist, wird der unbewussten Geste des Kindes jedoch nicht angemessen begegnen können, sondern statt dessen eine eigene einsetzen, welche ein „Sich-Fügen des Säuglings“ hin zu einem falschen Selbst bewirken kann. Die Begegnung der spontanen Geste durch eine empathische Mutter sehe ich nicht nur als die entscheidende Voraussetzung für die Entstehung eines wahren Selbst, sondern auch als den Beginn allen Spielens (S. 189): Zwei Personen begegnen sich an einem imaginären Ort, dem potentiellen Raum zwischen Mutter und Kind und treten miteinander in Beziehung.

Gemäß Winnicott wird im Spielen eine Situation geschaffen, die real ist und zugleich nicht real. Der Spielbereich ist – wie der Übergangsraum - nicht Teil einer intrapsychischen Realität, sondern er liegt außerhalb des Individuums, ist aber auch nicht Teil der äußeren Welt. In diesen Spielbereich hinein bezieht das Kind Objekte und Phänomene aus der äußeren Realität und verwendet sie für Vorstellungen aus der inneren, persönlichen Realität (S.63): Spielen findet also in einem großen Zwischenbereich zwischen totaler Phantasie und absoluter Realität statt. Für Winnicott ist Spielen jedoch auch Ausdruck von seelischer Gesundheit, denn es fördert seiner Meinung nach Reifung sowie generell Kommunikation. Erikson meint, dass das Spiel eines Kindes vorwiegend dazu da sei, damit ein Kind für sich selbst etwas Neues schaffen könne, um sein angeschlagenes Selbstgefühl wiederherzustellen. Erikson beschreibt auch, wie das Spielen von Kindern in Industriegesellschaften im Gegensatz zu den primitiven Völkern eine kontinuierliche Entwertung erfuhr. Die soziale und technologische Struktur ist seiner Meinung nach so kompliziert geworden, dass es für Kinder und Erwachsene immer schwieriger wird, die Entfaltung nützlicher Fähigkeiten zu erkennen, selbst wenn sie direkt – wie im Spielen der Kinder - vor unseren Augen geschehen würden (Erikson, 1971, S.217f.)

Paulina Kernberg beschreibt normales Spielen, abgesehen vom Entwicklungsstand oder der Geschlechtsidentität, als eine mit Freude und Hingabe ausgeführte Tätigkeit. Sie wird spontan begonnen und über ein sich entwickelndes Thema zur Lösung geführt. Sie beschreibt wie folgt: „Normales Spielen ist eine Aktivität, die altersgemäß und geschlechtsgemäß ist, spontan begonnen, weiterentwickelt und zu einem reibungslosen Abschluss geführt wird. Das Kind kann seine Kreativität und Phantasie ausdrücken, lässt sich auf eine fesselnde, spaßmachende, genussreiche Erfahrung ein, die eine phantasierte oder reale Interaktion – sowohl mit Erwachsenen als auch mit Gleichaltrigen – einschließt und das Kind mit einer nie versiegenden Quelle der Selbstachtung und Lebensbewältigung versorgt“. (S.11).



Beeinträchtigungen in der Symbolbildung, wie sie Segal beschreibt, werden an einer veränderten Dialektik von Spiel und Realität zu erkennen sein, schreibt Streeck-Fischer (1997, S. 21): Paulina Kernberg hat typische Charakteristika des Spiels von Kindern, die an bestimmten psychiatrischen Syndromen litten, definiert. Solche Zuschreibungen sind natürlich auch recht problematisch, denn Spielstörungen können, wie bereits angedeutet, auch ganz andere Ursachen haben. Ich will im Folgenden dennoch drei Beispiele bringen, welche das zuvor gesagte verdeutlichen:

#### Das Spiel von Borderline-Kindern

*Es hat etwas Zwanghaftes, Freudloses an sich. Es ist eher ein monotones Spielen von Gesellschaftsspielen als von Phantasiespielen. Der Grund dafür ist, dass jederzeit primitive Aggressionen und sexuelle Themen an die Oberfläche kommen können; diese Spiele scheinen das Einsickern dieser Triebe in das Spielthema im Zaum zu halten. Bei Aktivitäten außerhalb der Sitzungen werden sportliche Wettkämpfe wegen der Projektion von Aggressionen vermieden. In den Sitzungen ist das Spiel kontrolliert, monoton und freudlos.*

#### Das Spiel des depressiven Kindes

*Charakteristisch für das depressive Kind ist mangelndes Interesse am Spielen, wobei es eine regelrechte Unfähigkeit zu spielen offenbaren kann oder einen langsamen Spielbeginn. Zuweilen kann ein Thema ganz langsam entwickelt werden, sodass die Vorbereitung für das Spiel den Großteil der Sitzung einnimmt und das Spiel selbst sich gar nicht entfaltet: Über ein „Tableau vivant“, eine statische Figurenszene, kommt es nicht hinaus. Wenn Zeichnungen gemacht werden, haben sie einen kennzeichnend langsamen, überlegten Charakter, die nur eine Ecke des gesamten Blattes einnehmen.*

#### Das Spiel von Kindern, deren Geschlechtsidentität gestört ist

*Sie spielen am liebsten mit Puppen, wobei die Mutter ein Kind bekommt und für das Baby sorgt. Sie bevorzugen die Darstellung von weiblichen Rollen; es ist deutlich eine Tendenz zum Rollenspiel anstelle des Spiels vorhanden. Zum Beispiel spielt ein fünfjähriges Kind Aschenputtel und all die weiblichen Märchenfiguren. Das Spiel ist gesellschaftlich bedingt, es muss also bei allen Mitgliedern der Familie Anerkennung finden. Umgekehrt erlaubt das Spiel dem Kind, unter seinem Deckmantel seine feminine Rolle auszuagieren, ohne getadelt oder ausgelacht zu werden, es wird im Gegenteil in der Rolle bestärkt.*

Anne Alvarez beschreibt das Spielen von deprivierten Kindern, selbst wenn sie die neuesten Spielsachen zum Spielen haben, als „verloren und leer“, öde und trostlos wie Becketts Endspiel. Ihrer Meinung nach bewegt sich das deprivierte Kind nicht einfach von der symbolischen Gleichsetzung durch eine Übergangsphase zur echten Symbolbildung, sondern vielmehr von einer symbolischen Leere durch eine Übergangsphase hin zur wirklichen Symbolbildung (vgl. Alvarez S.221). Diese Leere kann in der Gegenübertragung oft unerträglich werden.

Wie bereits erwähnt, können wir beobachten, dass es keine Patienten gibt, deren Symbolbildung sich ausschließlich auf symbolischer Ebene abspielen würde. Ebenso wenig ist auch die Symbolik der reifen depressiven Position ganz frei von konkreten Elementen. Dennoch könnten wir beispielsweise beim autistischen Kind im Wesentlichen einen freudlosen, vor allem konkretistischen Umgang mit dem Spielen erkennen.

Beim Borderline-Kind können wir zwar erste Symbolisierungen erkennen, die jedoch nicht tragen, sondern immer wieder versanden. Beim depressiven Kind kommt es zu Ich-Hemmungen und zu depressiven Verstimmungen, es liegen jedoch bereits gute Symbolisierungsmöglichkeiten vor. Das neurotische Kind mit der Störung der Geschlechtsidentität ist schließlich – bei aller Neurose und Konflikten - zur reifen Symbolisierung fähig.

Ich will hierzu zwei kurze Fallvignetten bringen. Der fünfjährige Jonas hat vielfältige Traumata erfahren und ist in ambulanter analytischer Psychotherapie. In die Behandlungsstunden bringt er ausschließlich die Welt seiner Digimon-Gestalten, einen fantastischen Kosmos mit den eigenartigsten Wesen, die gemäß Definition nur aus Daten bestehen. Er gibt in der Therapiestunde vor, was im Rollenspiel zu spielen ist und welche Eigenschaften jedes seiner Digimon-Wesen hat, alles nach akkuratem Plan. Der Therapeut fühlt sich gelangweilt, ermüdet rasch und bemerkt nach einiger Zeit, dass das Kind diese künstliche Daten-Welt ganz real hinnimmt und sie als Wahrheit anerkennt. Jonas glaubt an die Existenz, Macht und Fähigkeiten jener Kunstwesen und lebt in einer magischen und animistischen Zauberwelt. Er trägt die Bilder einer kommerziellen Medien-Kunstwelt in das Therapiezimmer und lebt sie dort konkretistisch aus.

Der neunjährige Simon kommt wegen depressiver Symptome zu mir zur neurosenpsychologischen Untersuchung. Er ist ein leicht adipöser Junge mit eingefrorener Mimik, lustloser Attitude und etwas düsterer Ausstrahlung. Schon den Intelligenz-Test hatte er nur mühselig abgeleistet, begleitet von vielem Stöhnen, Klagen und immer wieder geäußerten Befürchtungen, er könne das ja doch nicht. Er kam übrigens auf einen extrem hohen Intelligenzquotienten. Malen verweigerte er, weil er das überhaupt nicht könne, zeichnete schließlich nach Ermunterung – mit dem Radiergummi alles Kreative bereits im Ansatz bekämpfend – mit blassem Strich eine Katze in die linke Ecke des Blattes. Aus dem Sceno holte er nacheinander einige Bauklötze, gestaltete ein dürftiges Haus und setzte ein paar Tiere hinein. Er vermied es sichtlich, mit Menschenfi-

guren überhaupt in Berührung zu kommen, lehnte sich erschöpft zurück und schien unendlich gelangweilt.

Simon hat zwar eine Spielstörung mit extremen Ich-Hemmungen, Kontakt- und Selbstwertprobleme. Sie ist Ausdruck einer nicht zu übersehenden depressiven Entwicklung, er ist jedoch zur reiferen Symbolisierung fähig. Jonas verwendet die Zauberwelt seiner Digimons symbolisch gleichsetzend. Er lebt in einer wahrlich irrationalen, verrückten Welt und kann Realitäten völlig ausblenden. Wahrnehmung und Realitätsprüfung sind erheblich gestört.

Zusammenfassend kann also gesagt werden: Bei früh gestörten und traumatisierten Kindern, wie etwa jenen mit einer Borderline-Störung, kann das Spiel leicht real werden, dann auch blitzschnell aus der Kontrolle geraten. Neurotische Patienten hingegen weisen Spielhemmungen und –defizite auf. Im ersten Fall braucht es also Spiele, welche eine Weiterentwicklung von Symbolisierung und Spielen fördern, im zweiten wird das symbolische Spiel zum Spiegel kindlicher Konflikte, und es wird überwiegend verstehend und deutend damit umgegangen.

Was ist mit jenen Kindern zu tun, die überhaupt nicht spielen können? Mit Bovensiepen (2001, S.21) bin ich der Meinung, dass auch beim scheinbar sinnlosesten Spiel oder bei scheinbar sinnentleertem Verhalten versucht werden kann, zu verstehen, was das Kind uns durch projektive Identifizierung über seine innere Verfassung mittelt. Das ist der zentrale Bereich von Kommunikation. Wichtig ist dabei, sich dem Kind als das geeignete Objekt anzubieten, ihm die rechte psychische Nahrung zu reichen, von der das Kind im Hier und Jetzt seiner Möglichkeiten Gebrauch machen kann.

## **Psychoanalytische Überlegungen zu Entwicklungslinien innerhalb des Spielens (Zusammenfassung)**

### Die Reifung erfolgt:

Von der Autoerotik über das Übergangsobjekt zum symbolischen Spiel - Vom Spiel zur Arbeit (Anna Freud)

Vom Ausleben von Trieben und Impulsen (Herumwerfen, Zerstören, Aufhäufen etc.) zur Neutralisierung und Beherrschung von Triebenergien (Bauen, Planen, Lernen, in der Gruppe mit anderen Kindern Teilen); das Kind darf sich von Unlust und Schwierigkeiten nicht abhalten lassen (reife Ich-Funktionen)

Vom Lustprinzip zum Realitätsprinzip

Von der symbolischen Gleichsetzung über das Übergangsobjekt zur reifen Symbolisierungsfähigkeit

Über eine Reifung der Struktur (gemäß OPD)

Steuerung von negativen Affekten, Selbstgefühl und von Impulsen

Von der Ausdrucksmotilität zur Leistungsmotorik

Bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten und Bewegungsunruhe können alle Bereiche difizitär sein oder Reifungsrückstände vorliegen

Alle Kriterien lassen sich direkt auf das Lernen übertragen  
**Kognitive Störungen**

Symbolisierungsfähigkeit, Denken und Spielen sind von Beginn des Lebens an eng miteinander verwoben. Die vorherigen Überlegungen zu den Symbolisierungsstörungen haben deutlich gemacht, wie frühe Beziehungsstörungen und Traumata dazu führen können, dass Kinder auch zu keiner symbolischen Form des Denkens finden werden. Sie bleiben auf konkretes, oder besser gesagt konkretistisches Denken fixiert. Dadurch wird ihre Fähigkeit zum Denken, Überlegen und Phantasieren grundlegend beeinträchtigt und nicht selten langfristig geschädigt. Dies gilt ganz besonders für schwer traumatisierte und misshandelte Kinder. Cohen (2004) beschreibt seine Erfahrungen so, dass solche Kinder ausschließlich mit dem Hier und Jetzt beschäftigt wären, so als würden sie ständig auf einen vernichtenden Schlag warten. Für sie muss innerhalb ihrer psychotherapeutischen Behandlungen eine adäquate Methode gefunden werden, beispielsweise auch nicht-verbale, primäre Kommunikationsformen, etwa unterschiedliche Stimmlagen, Geräusche, Mimik und Körpersprache, um auf diese Weise mit ihnen überhaupt eine Grundkommunikation aufzubauen. Es ist somit davon auszugehen, dass sowohl eine fehlende Passung zwischen Mutter und Kind, also Störungen des Containments oder unzureichende Spiegelungserfahrungen, wie auch von außen kommende traumatisch wirkende Ereignisse, Denken und Lernen im Ich grundsätzlich schädigen können.

Der Neurowissenschaftler Hüther (2005) hat untersucht und festgestellt, wie sich frühe Bindungsstörungen und Traumatisierungen in dramatischer Weise auf die Entwicklung des Gehirnes auswirken können, deren Folgen im späteren Leben nicht mehr oder nur noch bedingt korrigierbar sind. Hüther schreibt, dass die hochkomplexen Verschaltungsmuster innerhalb des Fronthirns wie auch zwischen dem Frontalhirn und den anderen Bereichen der Hirnrinde und den tiefer liegenden subkortikalen Netzwerken nur dann ausgebildet werden können, wenn Kindern bereits im Säuglingsalter vielfältige Gelegenheiten geboten werden, sich selbst und ihre Wirkungen auf andere Menschen wahrzunehmen. Bei emotional vernachlässigten und traumatisierten Kindern finden nur noch eingeschränkte Entwicklungsprozesse im kindlichen Gehirn statt, was in der Folge einen entscheidenden Rückgang an Motivation, Verstehen, Behalten, Erinnern, Erkennen von Zusammenhängen und eine eingeschränkte Fähigkeit zu Erkennen und Lösen von Konflikten bewirkt (S. 29). Auf das 2005 von Dammasch und Katzenbach herausgegebene Buch „Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ sei an dieser Stelle hingewiesen.

So gut wie alle Kinder im Therapiezentrum Osterhof mit frischen oder auch in vorhandene Strukturen verarbeiteten Traumata, also mit Traumafolgestörungen

Seite -12-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

gen, hatten kognitive Beeinträchtigungen und immer Lernstörungen, zusätzlich zu ihren schweren Verhaltensstörungen. Diese ließen sich so gut wie nie von möglichen Schädigungen des Zentralnervensystems differentialdiagnostisch abgrenzen. Eine Trennung zwischen den Folgen von frühkindlicher Hirnschädigung und von Traumata ist – wie aus der Theorie zum Trauma bekannt – faktisch nicht möglich (vgl. van der Kolk, 1998, S.30).

### **3. Vorlesungstag: Spielen und Spielstörungen- Hyperkinetische Störungen**

#### **Die Funktion des Spielens, Spielstörungen und Spielhemmungen**

Ich will im Folgenden aufzeigen, wie es zur Symbolisierungsstörung und zur hyperkinetischen Unruhe kommen kann. Innerhalb der Behandlungen von Patienten mit einer hyperkinetischen Störung wird vom Kinderpsychoanalytiker in der Gegenübertragung oft wenig Bildhaftes empfunden und er kann meist wenige Phantasien entwickeln. Vieles mutet überwiegend konkretistisch an, das Assoziieren in der Gegenübertragung bleibt eingeschränkt, es ist, als werde das Phantasieleben des Therapeuten geradezu gelähmt. Eine symbolvermittelte Abfuhr von Affekten ist offensichtlich nicht möglich. Fehlen jedoch Phantasien und Symbolisierungsmöglichkeiten, ist Affektbewältigung nur bedingt möglich. Erst Phantasien ermöglichen einen Aufschub von Affekten, ansonsten bleibt gemäß der Terminologie von Mahler (1944) eine sogenannte „Affektinkontinenz“ erhalten. Die Leistungsmotorik bleibt dann grundlegend gestört und kann sich nicht weiterentwickeln. Die Affektmotorik äußert sich weiterhin in Gestalt von ungesteuerten hyperkinetischen Verhaltensweisen. Am Beispiel eines 8jährigen Jungen mit einem sogenannten ADHS will ich das verdeutlichen.

Zum ersten Gespräch kam eine 34jährige, etwas korpulente, dennoch recht hübsche Frau, jedoch mit abweisend, unfreundlichem Gesicht. Rasch erlebte ich einige Besonderheiten dieser Mutter. Sie wirkte feindselig und misstrauisch, stellte verfängliche Fragen, um etwas aus mir herauszulocken, was sie wenig später zu zerstören suchte: So fragte sie beispielsweise, wie wir in der Einrichtung die Probleme ihres Sohnes verändern wollten, um blitzartig jeden meiner Erklärungsversuche, wie wir therapeutisch arbeiten wollten, anzuzweifeln oder gar lächerlich zu machen. Damit wurde ich in die fatale Rolle gedrängt, mich ständig rechtfertigen zu müssen, was bei mir – als ich das endlich realisierte - Ärger und anwachsenden Zorn auslöste. Als ich die Mutter mit ihrem Verhalten konfrontierte und anmerkte, dass wir doch darum miteinander sprächen, weil ihrem Sohn geholfen werden sollte, begann sie abrupt hemmungslos zu weinen. Sie inszenierte und provozierte offensichtlich unaufhörlich, dass sie angegriffen wurde und fühlte sich darum ständig bedroht. Deshalb hatte sie auch alle Lehrer mittlerweile nur feindselig erlebt. Darum glaubte sie auch, sich und ihren Sohn Dieter vor ihnen schützen zu

müssen, welchen sie nicht autonom, sondern als Teil des eigenen Selbst erlebte. Die Frau verbreitete zudem eine Aura ständiger Gereiztheit, zeigte mimisch, dass sie unablässig beleidigt war und reagierte von einem Moment zum andern unbeherrscht. Später, als sich die Beziehung zu mir gefestigt hatte, erzählte mir Dieters Mutter, dass sie bei allen Auseinandersetzungen mit Dieter immer gegen Gefühle von Unlust und Zorn ankämpfen musste. Trotzdem hätte sie zumeist versucht, negative Gefühle so lange wie möglich auszuhalten. Regelmäßig sei sie jedoch an Grenzen geraten, blitzartig sei dann alles in ihr zusammengebrochen und oft hätte sie – völlig unkontrolliert – Dieter unangemessen bestraft, auch geschlagen. Zu Beginn des Erstkontakts saß Dieter auf dem Schoß der Mutter, ängstlich klammernd und war erst nach längerem Zureden bereit, sich von ihr zu trennen. Im Folgenden erzählte sie ihre Lebensgeschichte, die ich hier kurz wiedergeben will.

Dieters Mutter war mit 18 Jahren nach Streitereien von zu Hause ausgezogen, arbeitete als Verkäuferin und lernte an ihrem Arbeitsplatz einen jungen Lageristen kennen. Sie zog mit dem Mann zusammen und wurde sofort von ihm schwanger. Der Freund hätte nur unregelmäßig gearbeitet, andererseits sehr viel getrunken. So hätte sie sogar während der Schwangerschaft weiter arbeiten müssen, obwohl sie damals unter – wahrscheinlich – psychosomatischen Beschwerden litt, Kopfschmerzen, hohem Blutdruck und Schwindelgefühlen. Als Dieter geboren war, wurden die finanziellen Probleme immer bedrohlicher, und es kam zu existentiellen Befürchtungen. Als der Freund wieder einmal arbeitslos wurde, trennten sich die Eltern nach vielen, teilweise gewalttätigen Auseinandersetzungen. Dieter war da zweieinhalb Jahre alt. Mit dem Kind und einem Berg Schulden ließ der Vater die Mutter zurück und ward fortan nicht mehr gesehen.

Dieter kam tagsüber in verschiedene Pflegestellen, weil die Mutter selbstverständlich Geld verdienen musste. Im Gespräch erinnerte sich die Mutter, dass der Junge nach dem Weggehen seines Vaters zum ersten Mal aufgefallen sei. Er wäre mit 3, 4 Jahren unruhig, quengelig geworden und ständig weggelaufen. Auf die Frage, wohin denn der Junge gelaufen sei, fiel der Mutter ein, er habe immerzu unten an der Straße gestanden und den fahrenden Autos nachgesehen, sie ständig von links nach rechts und umgekehrt mit den Blicken verfolgt. Er hätte sich lange Zeit davon durch nichts abhalten lassen, weder durch Zureden noch durch Drohungen (vgl. Heinemann, E. und Hopf, H., 2004).

Die Mutter, deren Eigenarten ich zuvor kurz skizziert habe, wirkte auf mich unglücklich, verfolgend und misstrauisch. Ich gehe davon aus, dass sie sich schwer damit tat, ein ungewolltes und auch ungeliebtes Kind anzunehmen. Wie konnte sie auch, selbst an schweren Krankheitssymptomen leidend, dessen Ängste und psychischen Schmerz in sich aufzunehmen, diese haltend und sichernd in guter Weise zurückzugeben? Nennen wir es Feinfühligkeit, Empathie oder Fähigkeit zum Containment, wahrscheinlich wird es zu frühen Defiziten

gekommen sein, und die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit des Kindes wurde vermutlich stark eingeschränkt.

Den Verlust des Vaters, welchen das Kind darum nicht bewältigen konnte, sehe ich als entscheidende und auslösende Situation von Dieters nachfolgendem hyperkinetischem Verhalten. Wahrscheinlich war der Junge seinem Vater hinterher gerannt und hatte ihn gesucht, als er immer wieder zur Straße lief und den Autos nachsah. Die vorbei huschenden Autos waren jedoch keine Symbole, welche den Vater repräsentierten, sondern sie waren wahrscheinlich für ihn – symbolisch gleichsetzend - ganz real der Vater. Die hyperkinetische Unruhe hat, so vermute ich, von jetzt an konkretistisch und körpernah auch das fehlende Objekt dargestellt, indem die bestehende unerträgliche Leere ausgefüllt und das verschwundene Objekt - scheinbar - wieder präsent wurde. Das Symbol wurde hier benutzt – anders als bei Freuds Enkel - um die Trennung zu *verleugnen* und nicht um sie zu *überwinden*.

Kinder sind heutzutage, auch wegen massiver Beziehungsprobleme, häufigerem Partner- und Ortswechsel ihrer Eltern, vermutlich mehr Trennungs- und Verlustelebnissen ausgesetzt als früher. Traumatisch erfahrene Trennungen können zur Regression mit gleichzeitiger Lähmung des Phantasieerlebens und Störung der Symbolbildung führen. Die Welt ist jetzt nicht mehr ausreichend mit symbolischer Bedeutung ausgestattet, so dass sie auch nicht mehr genügend Aufmerksamkeit erregt. Hyperkinetische Kinder zeigen darum ein auffallendes Defizit, an den Dingen haften zu können, zu spielen und zu symbolisieren. Ausdrucksmotilität und Leistungsmotorik konnten sich nicht angemessen auseinander und weiterentwickeln. Die motilitätskontrollierende Funktion des Ichs blieb beeinträchtigt, Affekte werden – wie beim kleinen Kind - motorisch in Form von Unruhe abgeführt (vgl. Hopf, 2000).

## **Symbolbildung in einem therapeutischen Prozess**

Wie psychische Spannungen in Bewegungsunruhe übergeführt werden können, ist uns aus eigenen Erfahrungen bekannt: Während heftiger Erregungszustände, bei Freude, Angst, Wut, gelingt es gelegentlich nicht mehr, Gefühle ausschließlich in uns und in der Phantasie zu behalten, und auch reifere Persönlichkeiten können schon mal mit Auf- und Abgehen, Händeklatschen, zitternden Beinen, Nägelkauen, oder Haaredrehen oder sogar -ausreißen etc. reagieren. Das geschieht jedoch erst dann, wenn wir an unsere Grenzen stoßen und das Fass mit den Gefühlen überzulaufen droht. Wir erleben in einem solchen Fall die zuvor erwähnte Ausdrucksmotilität, mit ihren dem Es viel näher stehenden expressiven und affektiven motorischen Funktionen.

Bei jenem Jungen, den ich im Folgenden vorstellen will, war das allerdings immer so. Sven konnte sich nicht beherrschen, konnte nichts durchhalten und konnte sich vor allem nicht längere Zeit konzentrieren. Sven wollte aber auch

immer der größte sein, und er setzte andere Kinder herab, kränkte sie und zerstörte nicht selten deren Sachen. So fand er keine Freunde, zunehmend erfuhr er wegen seines Verhaltens Ablehnung, und bald war er zum Sündenbock geworden. Außerdem litt der Junge an chronischen Kopfschmerzen und hatte offensichtliche Essprobleme.

Die Schwierigkeiten mit dem Jungen hatten bereits im ersten Lebensjahr begonnen. Schon damals sei er sehr unruhig gewesen und hatte nur selten durchgeschlafen. Als Sven in den Kindergarten kam, konnte er sich dort an keinerlei Regeln halten, schlug die anderen Kinder, aber auch die Erzieherinnen. Er trat und beleidigte sie, nicht selten mit übelsten Ausdrücken. Dieses Verhalten veränderte sich auch nicht, als er in einen Kindergarten für auffällige Kinder kam. Auch dort rannte er ständig herum, störte andere Kinder beim Spiel, warf mit Spielsachen und gelegentlich sogar mit Stühlen, zerstörte, was andere Kinder konzentriert und kreativ aufgebaut hatten. Auch hier gewann er natürlich keinerlei Freunde. Ab dem 5. Lebensjahr erhielt Sven Methylphenidat, was nach Aussagen der Eltern die Aufmerksamkeitsstörung etwas, jedoch sein soziales Verhalten überhaupt nicht besserte. Eine ambulante Psychotherapie bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin brachte keine erhebliche Verbesserung, die vorliegenden Symptome machten das Zusammenleben in der Familie, aber auch in anderen sozialen Gefügen, nur schwer erträglich: Sven musste eine Schule für Erziehungshilfe besuchen.

Wie sah die Vorgeschichte dieses schwer gestörten Kindes aus? Aus Gründen der Diskretion sei lediglich soviel gesagt, dass Sven ein unerwünschtes Kind war und in seinen ersten Lebensjahren vielfältige Beziehungsabbrüche erlebt hatte. Die Mutter war mit 17 Jahren von einem damals 21-jährigen Mann schwanger geworden. Bei der Geburt war das Kind klein und untergewichtig, es trank von Anfang an schlecht, und die Mutter schildert den kleinen Sven aus heutiger Sicht als dünnhäutig, schreckhaft und ängstlich. Er habe sehr viel geschrien, manchmal so heftig, bis er ganz blau angelaufen sei. Er war, wie schon zuvor beschrieben, ein Kind, das im Winnicottschen Sinne „nicht gut genug“ war und die Passung zwischen Mutter und Kind misslang. Weil der Junge aber so bedürftig erschien, wurde ihm alles gewährt, und es wurden ihm kaum realitätsvermittelnde Grenzen gesetzt. Dieses overprotective, verwöhnende Verhalten der Mutter setzte sich auch weiterhin fort; mittlerweile bekamen Großmutter und Mutter Angst, Sven noch etwas zu verweigern, weil sie seine heftigen Affektdurchbrüche fürchteten, denn inzwischen ertrug der Junge nicht mehr auch nur geringste Frustrationen. Der Vater hatte die Familie übrigens verlassen, als Sven drei Jahre alt war.

Die ambulante Psychotherapie des Jungen hatte, wie bereits erwähnt, keine ausreichenden Veränderungen erbracht, so dass er in eine psychotherapeutische Einrichtung gebracht wurde. Im Folgenden möchte ich aus der stationären Psychotherapie des Jungen berichten.



Sogleich als Sven im Therapiezentrum ankam, gab es ringsum Auseinandersetzungen, da er sich gänzlich respektlos zeigte und keinerlei Grenzen akzeptieren mochte. Er tobte durchs Haus, scheinbar ohne jemanden zu bemerken, rutschte das Treppengeländer herunter, gab ununterbrochen Geräusche von sich, sang, schrie, pfiff, stürzte sich auf eine beliebige Person und geriet in fortwährenden Streit mit den anderen Kindern.

Nach wenigen Tagen bildete sich dieses Verhalten zurück, und Sven zeigte mit einem Mal eine heftige Heimwehreaktion, wie sie andere Kinder niemals gezeigt hatten. Er weinte immer wieder, aß nichts, nahm nicht am Gruppengeschehen teil. Er wollte nicht mehr hier bleiben und klagte über heftige Kopfschmerzen. Mit einem Male wirkte er klein und zerbrechlich. Er begann nachdrücklich nach seinen Tabletten zu verlangen und meinte, dass es ihm erst besser ginge, wenn er sein Ritalin und Aspirin bekäme, denn die Psychopharmaka waren zu Beginn seines Aufenthaltes vom Arzt abgesetzt und ausgeschlichen worden. Kurz darauf setzte die Unruhe Svens mit voller Wucht von neuem ein. Er konnte sich abermals mit nichts beschäftigen, sichtlich keine dauerhaften Beziehungen eingehen, lief wieder nur ziellos herum und versuchte vor allem immer wieder, andere Kinder zu kränken und herabzuwürdigen. Die von Melanie Klein beschriebenen manischen Abwehrmechanismen – Verleugnung, Verächtlichmachung und Kontrolle – machten sich offensichtlich bemerkbar. Zunehmend wirkte Sven auch wie ein Strudel, in den andere Kinder mit ihrem Verhalten und ihren Affekten hineingezogen wurden. Sven zeigte sich in seiner gänzlichen außergewöhnlichen Dünnhäutigkeit, mit seinen durchlässigen Ich-Grenzen, und er hielt darum einfach nichts aus: Er konnte nicht stillsitzen, nicht aufpassen, nicht spielen, alles mündete über kurz oder lang in eine hektische Unruhe. Andererseits infizierte er die anderen Kinder mit seinem unruhig-aggressiven Verhalten, indem er sie störte, sie ebenfalls aggressiv machte, so dass sich in der Gruppe bald extreme Unruhe ausbreitete. Er bewies somit auch eine ausgeprägte Fähigkeit, vorhandene Erregung in anderen Menschen unterzubringen.

Seine Spielstörung wirkte sich innerhalb der Einrichtung als großes Problem aus: Sven war unfähig, sich in irgendeiner Weise kreativ zu beschäftigen. Er störte beim Geschichten-Vorlesen, brach so gut wie jedes Spiel ab, behinderte andere beim Spielen und langweilte sich ununterbrochen. Es war, als stünde er ständig unter Strom und würde seine Spannungen nicht anders als motorisch abführen können. Nicht nur, dass er ständig nach seinen Tabletten jammerte, auch bei den Mahlzeiten zeigte er ein außergewöhnlich gieriges Verhalten, mochte nicht warten und aß sichtlich, ohne genießen zu können.

So wurde immer unübersehbarer auch eine Suchtstruktur erkennbar. Besonders eindrücklich zeigte sie sich anfänglich im Bereich seiner Psychopharmaka, nach denen der Junge – wie schon erwähnt – ständig verlangte und von denen er psychisch abhängig gewesen war. Augenfällig wurde die Suchtstruktur aber auch in anderen Verhaltensweisen, beim Essen und beim Verzehr von Süßigkeiten. Immer musste Sven etwas im Mund haben. Es war, als müsse er eine

grenzenlose Bedürftigkeit stillen, eine extreme innere Leere auffüllen. Dabei schien es, als könnte er seine Grenzen nicht spüren, und er forderte seine Beziehungspersonen auf, ihn – wie bisher seine Eltern – mit Süßigkeiten zu versorgen. Da dies nicht geschah, zumindest nicht in dem Maße, wie er es sich vorstellte, forderte er sie telefonisch und brieflich, aber auch bei Besuchen von den Eltern. Diesen fiel es, wie früher, schwer, ihm Grenzen aufzuzeigen, so wie sie es auch auf anderen Gebieten nur schwer gekonnt hatten. Gelegentlich lief Sven herum, im Munde mindestens zehn Kaugummis wälzend.

Im Laufe seiner Therapie lernte der Junge, immer besser Frustrationen auszuhalten, was ihm anfänglich sehr schwer fiel. Erkennbar wurden winzige Fortschritte, wenn Sven nicht mehr gleich ausrastete, wenn er bereits mit einem einzigen Kaugummi zufrieden war, wenn er seine Hausaufgabe nochmals machen musste, weil sie einfach nicht zu lesen war und er lediglich ein wenig herumtrotzte.

Gelang es ihm nicht ausreichend, Spannungen über seinen Bewegungsdrang abzuführen, richtete er diese nach innen und litt unter starken Kopfschmerzen, sehr häufig am Abend und nachts. Dann war er ein kleines Kind, jammerte und wollte bemuttert werden. Anders als zu Hause bekam er kein Aspirin, sondern einen Kräutertee; es wurden ihm Geschichten erzählt, er wurde gekraut und in den Schlaf gesungen. Sven entwickelte Übergangsphänomene und fing an, Fähigkeiten, sich selbst zu beruhigen, in sich aufzunehmen.

Erst reifere Symbolisierungsfähigkeit macht es einem Kind bekanntlich immer besser möglich, Trennungen samt den dazugehörigen Unlustgefühlen auszuhalten, dies wurde bereits mehrfach erwähnt. Sven war kaum fähig, Trennungen mittels Schaffung von inneren Bildern, Symbolen zu bewältigen. Wie bei Dieter im Fall zuvor hatten die traumatisch wirkenden Trennungen eine Entstehung von Symbolisierung im Ansatz zerstört. Aus diesem Grund hielten auch Trauerreaktionen, also psychischer Schmerz über das Verlassenwerden von den Eltern nach Besuchen, anfänglich nur kurzzeitig an. Sven weinte ein wenig. Dann führte der Junge seine Gefühle wieder über Bewegungsunruhe, also über Affektmotorik wie ein Kleinkind ab. Später kam es zu Veränderungen: Jedes Mal, wenn sich die Eltern nach einem Besuch verabschiedeten, erbrach sich Sven, was zeigte, dass er auf einem niederen Level von körperlicher Inkorporation fixiert geblieben war. Er stellte die Trennung per symbolischer Gleichsetzung mit dem eigenen Körper dar, indem er sich von seinem Einverlebten wieder trennte und Inneres nach Außen stülpte. Und trotzdem: Zwar noch deutlich symbolische Gleichsetzung, waren dies immerhin bereits Rudimente einer Symbolbildung.

Sven konnte also an den Dingen nicht haften, weil ihm Symbole und Phantasien nicht ausreichend zur Verfügung standen. Wenn die Welt und die Dinge in ihr mit keiner symbolischen Bedeutung ausgestattet ist, kann auch kein Interesse an ihr entstehen, weshalb Sven natürlich keine Kreativität entfaltete und nicht

spielen konnte. Darum trug Sven auch alle unerträglichen Gefühle und alle Beunruhigungen körpernah in die jeweilige Gruppe, um sich psychisch zu entlasten – und infizierte diese mit seinem Verhalten.

Dass Kinder mit gestörten frühen Beziehungen mit psycho-motorischen Bewegungsmustern reagieren können, mit Daumenlutschen, mit Schaukelbewegungen oder überhaupt mit erhöhter Unruhe, ist allgemein bekannt: Gefühlszustände, die nicht symbolisch und nicht verbal ausgedrückt werden können, werden über Körperreaktionen ausgedrückt. Margaret Mahler hat bekanntlich den Tic als symbolischen Ausdruck eines Konfliktes in der Körpersprache beschrieben. Dies könnte man direkt auf das hyperkinetische Syndrom übertragen. Deutlich wurde aber auch, wie sehr der Junge seine innere Leere, die schwere Depression nicht nur mit seiner Umtriebigkeit, sondern auch über seine oralen Bedürfnisse und mit seinem Suchtverhalten betäubte. Es war zu erkennen, wie die Psychopharmaka auch einst Übergangsobjekte repräsentierten. Diese Funktion übernahm später, zumindest in mancher Hinsicht, der Kaugummi im Mund. Die Droge war Ersatzobjekt, wie auch ein Ersatz für den vorliegenden strukturellen Mangel.

Wie sich die Symbolisierungsfähigkeit langsam bildete, wie Sven begann Trennung anders als nur körpernah zu symbolisieren, machte mir ein kleines Erlebnis mit dem Jungen deutlich. Er kam in mein Zimmer, weil er mir etwas schenken wollte. Es war die Hälfte eines Steines. Er hatte einen Kieselstein so auseinander geschlagen, dass er in der Mitte zerbrochen war. Eine Hälfte behielt er, und die andere Hälfte bekam ich. Der Stein war deutlich getrennt. Trotzdem war sich Sven sicher, dass ein Teil bei ihm und der andere bei mir blieb. Trennung war also nicht mehr unmittelbar mit dem Verschwinden des Liebesobjektes – und nachfolgendem Verleugnen - verknüpft. Er konnte sich in seiner Phantasie vorstellen, dass es den anderen noch gab, auch wenn er aus dem Blickfeld verschwunden war.

Ein Kollege<sup>1</sup> hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass der Junge damit genau jenen Vorgang wiederholte, aus welchem der Begriff „Symbol“ hervorgegangen ist. Symbol ist aus dem griechischen Wort „symballein“ entstanden, was zusammenfügen, zusammenwerfen bedeutet. Unter griechischen Gastfreunden wurde beim Abschied ein Gefäß oder ein Würfel zerbrochen und jeder bekam ein Stück zum Zwecke des späteren Wiedererkennens. Da Sven ganz sicherlich keine Kenntnis dieser Geschichte besaß, kann man seine Aktion auch als transkulturelles Symbolhandeln und als Ausdruck eines kollektiven Unbewussten im Sinne von C.G.Jung betrachten.

Unruhe und Aufmerksamkeitsdefizit hatten sich nach einem Jahr bereits soweit verändert, dass Sven eine öffentliche Schule besuchen konnte. Vor allem aber hatte sich sein Sozialverhalten gewandelt: Der Junge hatte erstmals Freunde,

---

<sup>1</sup> Mitteilung von Dr. phil. Eckard Daser, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin.

mit welchen er hin und wieder spielte, mit denen es den üblichen Streit gab, der jedoch leichter als früher beigelegt werden konnte. Seine Kopfschmerzen waren so gut wie verschwunden, sie waren inzwischen „normaler“ Unlust gewichen, Gefühlen von Ärger, Zorn, Angst. Das stationäre Setting war – nach Esther Bick (a.a.O. S.236) – zur bewahrenden mütterlichen Haut geworden, die ihm half, Teile seines Selbst aufzubewahren. Nach Introjektion der bewahrenden Funktionen, verschwand auch die Unruhe, welche bislang die Leere ausgefüllt hatte.

#### **4. Vorlesungstag:**

#### **Zur Theorie der Hyperkinetischen Störungen – Prävention, stationäre und ambulante Behandlung**

#### **Theoretische Überlegungen zum Fall**

Es handelte sich im, in der vergangenen Vorlesung geschilderten Fall Sven um eine tiefgreifende Störung auf niedrigem Niveau, und natürlich gibt es hyperkinetische Störungen auf ganz unterschiedlichem Strukturniveau, von der schwersten Beeinträchtigung bis hin zu leichten neurotischen Unruhezuständen: Das hyperkinetische Störungsbild ist, wie beispielsweise der Zwang, heterogen, die unterschiedlichsten Symptome werden – wie bereits angedeutet – üblicherweise zusammengepackt.

Und wie die Erfahrung zeigt, können unterschiedlich schwere genetische Komponenten, also auch Erbanlagen und körperliche Beeinträchtigungen, mitspielen. Bei Sven waren bekanntlich vielerlei Merkmale einer Mangelgeburt vorgelegen mit eventuellen Geburtsschäden. Es lag auch eine erhebliche genetische Belastung seitens des Vaters vor, was aus Gründen der Verschwiegenheit nicht weiter ausgeführt werden kann. Darum muss selbstredend eine gründliche organische und psychodynamische Untersuchung erfolgen, wobei nach meiner Erfahrung diese Kinder zumeist bereits nach allen Regeln der ärztlichen Kunst untersucht worden sind, ehe sie einem Psychotherapeuten vorgestellt werden.

Sven war ein ungewolltes Kind, das nicht gut genug war. Er machte seiner Mutter eine Passung ungeheuer schwer, so dass das frühe Containment offensichtlich misslang. Mit ihrer späteren überbehüteten Haltung hatte die Mutter offensichtlich die zugrunde liegende Ablehnung verschleiert. Vielerlei traumatische Beziehungsabbrüche hatten dazu geführt, dass Trennung von Sven verleugnet wurde, die depressive Position wurde nicht erreicht und reifere Symbolisierung verhindert, Sven blieb überwiegend auf der Ebene von symbolischer Gleichsetzung fixiert. Andererseits bewirkten der abwesende Vater und die stimulierende Nähe zur Mutter wiederum Aggressivierung und Sexualisierung.

Ich möchte an dieser Stelle kurz auf die Übertragungen und Gegenübertragungen im vorherigen Fall Sven eingehen. Die Behandlung fand im stationären Setting statt, das Übertragungsgeschehen ist also nicht einfach auf ambulante Therapien übertragbar, weil es im stationären Bereich zu anderen und multiplen Übertragungen kommen wird. Das macht die Gegenübertragungen allerdings leichter aushaltbar, die wiederum ständig im Team diskutiert und zusammengeführt werden müssen. Indem zwischen dem Kind und einem Erwachsenen seiner stationären Gruppe erste Interaktionsmuster entstehen, entwickelt sich ein Raum für Gemeinsames und für einen Neubeginn von Bindung; das kann aber nur der Fall sein, wenn ausreichend einfühlsame und intensive, kontinuierliche Beziehungen zur Verfügung stehen.

Bekanntlich fällt es schwer, die ziellose Getriebenheit von hyperkinetischen Kindern auszuhalten, vielleicht ist das auch – neben der allgemeinen Verunsicherung und den Versagensängsten – ein Grund, die Behandlung jener Patienten gerne verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen zu überlassen. Anfänglich konnten zwei Übertragungsmuster festgestellt werden: Zum einen löste der Patient Gefühle von früher Mütterlichkeit aus, von Wünschen ihn schützen und versorgen zu wollen. Die Sehnsucht nach der guten haltenden Mutter wurde immer wieder deutlich und klang leise mit. Andererseits attackierte und entwertete Sven seine Beziehungspersonen in der Gruppe beständig, er versuchte sich sichtlich aus der bedrohlichen mütterlichen Umarmung zu befreien und die Situation gleichzeitig zu kontrollieren. Dies geschah oft so rücksichtslos – weil so narzisstisch – und so destruktiv, dass es in der Gegenübertragung unbeschreiblichen Zorn und Wut auslöste, Racheimpulse nach sich zog, etc. Jeder, der einen Patienten mit einem Unruhesymptom in Therapie nimmt, muss mit solchen wahrhaft mörderischen negativen Übertragungen rechnen. Ergebnis ist oft, dass nur noch Verbote im Raum stehen und chronischer Machtkampf angesagt ist.

Aus jenen Verstrickungen herauszukommen, ist unendlich schwer. Denn letztendlich sucht der Patient nicht den Machtkampf, sondern er schreit nach Halt – auch im übertragenen Sinn. Es herrscht ein beständiges latentes Verlangen nach väterlichem Gesetz und Struktur vor, weshalb auch ein klarer und eindeutiger Rahmen so notwendig und hilfreich ist. In der Tat wurde empirisch festgestellt, dass hyperkinetisches Verhalten in Anwesenheit des Vaters am seltensten auftritt. Es ist die Sehnsucht nach jenem Vater, der in den meisten Fällen physisch und psychisch als Dritter nicht zur Verfügung gestanden hat. Darum gilt es, jene positiven väterlichen Übertragungen aufzugreifen, die zunächst im wütenden anal-sadistischen Kampf verborgen sind, zwischendurch immer wieder erkennbar werden. Ich denke auch, dass Sven aus jenem Grund den Stein zu mir gebracht hat. Es ging zum einen um eine heilsame Trennung von der Mutter, die er sich jetzt auch abwesend phantasieren konnte. Ich meine jedoch, dass er in jenem Moment auch den unterstützenden Vater als Dritten gesucht und gefunden hat und dass Triangulierung immer besser möglich wurde.

Fassen wir nochmals zusammen. Bewegungsunruhe ist auch das Ergebnis einer schweren Symbolisierungsstörung, nach frühen Defiziten der Mutter-Kind-Interaktion, wenn es dem Kind nicht gelungen ist, eine denkende, beruhigende Funktion zu internalisieren. Ursächlich beteiligt ist bei der Entstehung auch ein fehlender triangulierender Vater oder kann ein späterer traumatischer Verlust des Vaters sein. Begleitende Probleme sind fast immer Spielstörungen sowie mehr oder weniger schwere kognitive Beeinträchtigungen.

Ich wollte mit dieser, zugegeben extremen Fallgeschichte, vor allem aufzeigen, wie ein Mangel an Containment bei fehlendem triangulierendem Vater zur schweren Störung der Symbolisierungsfähigkeit und zur extremen Bewegungsunruhe führen kann. Sven konnte in der frühen Kindheit keinen struktur- und haltgebenden Container, also keine denkende, ihn beruhigende Funktion introjizieren, und es konnte sich darum auch kein potentieller Raum bilden, welcher die ausreichende Entwicklung von Kreativität und Symbolen ermöglicht und befördert hätte. Subjekt und Objekt, so vermute ich, blieben in der Phantasie ungetrennt, oder anders gesagt, der Körper wurde als ein Objekt phantasiert, das nicht verlassen kann. Das verlieh gleichzeitig Macht, Autarkie.

Wir haben im Therapiezentrum „Osterhof“ bewusst auf den Einsatz von Methylphenidat verzichtet, weil wir mit unserem stationären Setting einen ausreichend haltenden Rahmen hatten. Die zeitweilige Gabe eines manchmal hilfreichen Medikaments wie etwa Methylphenidat kann eine ambulante psychotherapeutische Behandlung jedoch überhaupt erst möglich machen, weil damit das Ausagieren des Kindes und die Spirale von hilflosem Ausgeliefertsein von Eltern und Therapeuten, Schuldgefühlen und Bestrafungen, unterbrochen werden kann. Dann kann ein gutes Containment der bedrohlichen Affekte, namenlosen Ängste, Destruktivität sowie der unbewussten Phantasien eines Kindes im Kontext seiner subjektiven Lebensgeschichte und Objektbeziehungen, bei konsequenter Beachtung von Übertragung/Gegenübertragung im Hier und Jetzt, eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen (vgl. auch Bovensiepen, 2002).

Ich denke, dass Winnicott bereits 1965 Ähnliches beschrieben hat. Er hat in seinem Aufsatz „Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes“ gemeint, dass eine „genügend gute Ich-Deckung“ der „unvorstellbaren Ängste“ des Neugeborenen durch die Mutter diesen befähigen würde, eine Persönlichkeit nach dem Muster einer Kontinuität des fortdauernden Seins aufzubauen. Ich gehe davon aus, dass Winnicott mit seinen „unvorstellbaren Ängsten“ dasselbe meint wie Bion mit dem Begriff „namenlose Ängste“. Jedes Versagen jener Ich-Deckung würde dagegen eine Reaktion des Säuglings herbeiführen, welche die „Fortdauer des Seins“ oder Kontinuität des Lebens durchschneiden“ würde. Wiederholungen hiervon könnten schließlich eine „völlige Zerstückelung der Seinskontinuität“ bewirken, welche schließlich eine psychopathologische Entwicklung nach sich führen würde. Nach Ansicht Winnicotts könnte also ein früher Faktor vorhanden sein, von den ersten Stunden des Lebens an, der zur *Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit* gehören würde. Dabei betont

Winnicott, dass es nicht darauf ankäme, welcher Art diese äußeren Faktoren wären, sondern auf die Ansicht (in Klammern schreibt er - oder die Übersetzerin - „Phantasie“) des Individuums von dem äußeren Faktor. Wobei wir wiederum bei jener Überlegung angelangt sind, dass Phantasien Kreativität und Symbolisierungen einerseits überhaupt möglich machen, andererseits aber auch zur Entgleisung in Richtung Neurose und anderer Störungen führen können.

Das Containment, wie es Bion (1992) und Meltzer beschreiben (1995), besitzt natürlich große Ähnlichkeit mit Winnicotts Konzept des „Haltens“. Es ähnelt aber auch dem, was mit dem Begriff Empathie, oder genauer empathischer Einstimmung, benannt wird, welche nach selbstpsychologischem Verständnis eine der wichtigsten Komponenten von „optimaler Responsivität“ darstellt, wie es Bacal (1994) feststellt.

An dieser Stelle möchte ich etwas ergänzen: So wie es nach Winnicott eine Mutter gibt, welche „gut genug“ ist, gibt es auch einen solchen Säugling. Ein Kind wie Sven mit, angeborenen starken Affekten oder möglichen organischen Schäden und Behinderungen, macht der Mutter eine Passung von der ersten Begegnung an schwer, weil sie sich von einem solchen Kind bedroht, beschämt oder entwertet sehen kann.

Der Hirnforscher Perry hat u.a. festgestellt, dass sich die Entwicklung des Gehirns nach der Geburt fortsetzt; „sie ist von der Interaktion mit der Umwelt – das heißt mit der Mutter oder der primären Betreuungsperson – in hohem Maß abhängig und wird durch Erfahrungen lebenslang beeinflusst“. Perry und seine Mitarbeiter haben zudem beobachtet, dass die ADHS-Symptome den durch Traumatisierungen hervorgerufenen Symptomen ähneln. In jüngerer Zeit hat der Neurobiologe Hüther die vorgefundenen neurobiologischen Veränderungen nicht mehr als genetisch bedingte Defizienz eingeordnet, sondern als „sekundäre Anpassung an veränderte Nutzungsbedingungen“ (Hüther, 2002). Er ist der Meinung, dass die Ausformung einer ADHS-Symptomatik die zwangsläufige Folge ungünstiger Entwicklungsbedingungen bei Kindern ist, die mit einer besonderen (genetisch bedingten oder erworbenen) Vulnerabilität ausgestattet sind. Die Frage, ob für ADHS eine physiologische oder psychologische Genese angenommen werden muss, ist damit letztendlich hinfällig, wir können bei der Entstehung – wie im psychoanalytischen Sprachgebrauch benannt - von einer „primären Neurotisierung“ ausgehen.

Ich will darum an dieser Stelle nochmals auf meine Definition vom ersten Tag eingehen:

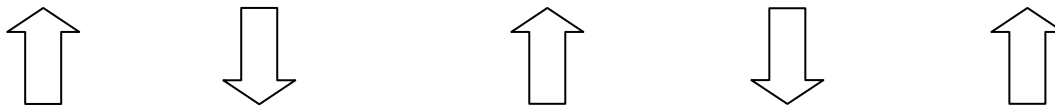
*Was heute als ADHS diagnostiziert wird, ist in der Regel eine Symptombeschreibung und eine Sammeldiagnose von Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata bis hin zu frühen Störungen von Bindung und Objektbeziehungen.*

*In der Regel liegt eine Störung der affektiven und emotionalen Selbstregulation, sowie der Symbolisierungsfähigkeit und des Spielens vor. Diese Störungen stehen im Kontext zu frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen vor dem Hintergrund veränderter soziokultureller Verhältnisse.*

### Fall Sven: 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



### Ambulante Behandlungen

Nach meinen Beobachtungen beruht die unterschiedliche Ausprägung des ADHS-Syndroms 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 einem anderen Fall auf höherem Strukturniveau darstellen, der mit ambulanter Psychotherapie behandelt wurde.

### Fall 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 Symptomatiken 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 Versagungen, er reagiert nicht selten mit grandiosen

Seite -24-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))



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, reagierte 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 Übereifer 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 versucht. 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 phantasierter Kritik oder Ablehnung, 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 dann in jene Phase seiner Entwicklung regrediert, als der Bruder geboren wurde und sich der lie-

Seite -25-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

bende 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 mit 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 schaffte es nicht, dass sich Jan in seinen Selbstbedürfnissen ausreichend gehalten sah. 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. Narzisstische Störung mit manischer Abwehr von depressiven Ängsten.

Fall 2: Hyperkinetische Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit auf mittlerem Strukturniveau

#### Erworbene Vulnerabilität mit Fixierungen

Geburt des Bruders und Abwenden der Mutter  
Störung der narzisstischen Regulation, Beginn einer narzisstisch-depressiven Entwicklung

**5. Vorlesungstag:  
Bewegungsunruhe, Geschlechtsunterschiede und sozio-kulturelle Einflüsse**

**Die Bedeutung des Geschlechtes für die Entwicklung eines Hyperkinetischen Syndroms**

#### *Einleitung*

Im Folgenden möchte ich auf eine Besonderheit der hyperkinetischen Unruhe eingehen, die bereits erwähnt wurde. Es fällt eine extreme Asymmetrie der Geschlechtsverteilung zugunsten der Jungen auf: So sind es mindestens vier mal so viele Jungen wie Mädchen, welche die Symptomatik in voller Ausprägung zeigen. Knölker et al. (2000) sprechen sogar von einem Verhältnis von - bis zu - 1:9 (S. 276). Zur ambulanten psychoanalytischen Behandlung der hyperakti-

Seite -26-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

ven Störung mit oder ohne Aufmerksamkeitssyndrom kommt nur ein relativ geringer Prozentsatz an Mädchen (Hopf, 2002, unveröffentlichtes Manuskript).

Dies ist aus Sicht der Psychoanalyse kein Zufall: Jungen und Mädchen erscheinen für Gefühlsprobleme unterschiedlich vorbereitet. Jungen werden insgesamt häufiger an psychologischen Beratungsstellen vorgestellt, nicht selten darum, weil sie wegen antisozialem und aggressivem Verhalten, Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe Schulprobleme bekommen. Mit beginnendem Jugendalter ist sogar noch eine stärkere geschlechts- und altersspezifische Ausprägung von psychischen Erkrankungen zu beobachten. Männliche Jugendliche tendieren insgesamt deutlich mehr zu ausagierenden, sozial störenden Verhaltensformen mit vermehrten Aggressionen, Hyperaktivität und sozial abweichendem Verhalten; Mädchen leiden dagegen stärker unter psychosomatischen und neurotischen Verarbeitungsformen von Konflikten mit Neigung zu vermehrter Depression und Ängsten (vgl. auch Seiffge-Krenke, 1986).

Die Geschlechtsunterschiede werden mit beginnender Adoleszenz noch ausgeprägter. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Forschungsergebnissen von Schepank (1987, S.131), der aufgrund seiner Untersuchungen zur Erkenntnis kam, dass "Acting-out"-Verhalten" oder alloplastisches Agieren offenbar eher eine männliche Möglichkeit zur Lösung innerer und äußerer Konflikte zu sein scheinen, während Frauen mehr zu autoplastischen, also nach innen gerichteten Konfliktlösungen tendieren und primär subjektiv leiden.

Woher rühren diese Unterschiede? Das Geschlecht des Kindes, seine individuelle Konstitution aber auch die ersten Reaktionen lösen von Beginn an ganz bestimmte Phantasien und Handlungsbereitschaften bei den Eltern aus, was wiederum Rollenzuschreibungen, Projektionen und Delegationen nach sich zieht.

#### *Die kinetische Funktion wird bei Jungen stärker libidinös besetzt*

Vielleicht gibt es auch bestimmte, von Geburt an vorhandene Geschlechtsunterschiede, welche elterliche Reaktionen bereits mit beeinflussen. Bei Mertens (1992, S.63f.) werden einige Untersuchungen zitiert, welche auf angeborene Verhaltensmuster rückschließen lassen. So reagieren beispielsweise Mädchen empfindlicher auf Geschmack und Berührung. Mütter finden offensichtlich bald heraus, dass sich Mädchen auf orale Weise - beispielsweise mit Schnuller - gut beruhigen lassen, während Jungen stärker auf Gewiegt werden ansprechen. In Spielsituationen bewegen sich die Jungen von ihren Müttern bereits weiter weg als die Mädchen. Ab dem dritten Lebensmonat bekommen Mädchen mehr zärtlichen Körperkontakt, während bei den Knaben mehr die Muskelaktivität gefördert wird. Auch unterstützen Mütter von da an stärker bei Knaben insgesamt ein explorierendes, selbständiges, loslösendes Verhalten. Aus kleinen Unterschieden werden große, indem sie die Phantasien und das geschlechtstypische Handeln der Eltern beeinflussen: Jungen bewegen sich früher von den Eltern

weg, die körperlichen Aktionen werden viel stärker narzisstisch bestätigt - oder in einer anderen Begriffssprache - "positiv verstärkt".

Dass die kinetische Funktion von Jungen stärker libidinös besetzt wird, zeigen auch die Ergebnisse einer eigenen inhaltsanalytischen Untersuchung von Kinderträumen: Jungen träumen häufiger von Bewegungen, von mehr Abenteuern und mehr grandiosen Phantasien. Sie haben häufiger phallobatische Traumbilder mit Ängsten vor dem Objekt und narzisstischem Rückzug. Mädchen träumen signifikant mehr von Beziehung und der Angst, Beziehung zu verlieren. Ihre Traumbilder sind häufiger oknophil anklammernd oder *unverhüllt* depressiv (Hopf, H., 2004). A. Freud (1965, S.82) hat beispielsweise den gesamten kindlichen Körper des Jungen und dessen geschickte Handhabung im Sinne einer „Symbolisierung der phallischen Potenz“ während der so genannten phallischen Phase beschrieben. Ohne direkte Beihilfe von Spielmaterial könne das durchaus auch über reine Gymnastik und Akrobatik erfolgen. Diese relativ reifen Ich-Tätigkeiten setzen jedoch eine ungestörte Entwicklung der Leistungsmotorik voraus, was beim hyperkinetischen Kind jedoch nicht geschehen ist.

Darum beantworten Jungen innere Unruhe und depressive Ängste bald mit motorischer Unruhe und Getriebenheit: Das Symptombild der Depression bei Kindern unterscheidet sich darum beispielsweise sehr stark zwischen Jungen und Mädchen. Depressionen kommen bei Jungen nicht etwa seltener vor, die depressiven Affekte werden nur häufiger von einem lärmenden aggressiven und unruhigen Agieren zugedeckt (Manische Abwehr). Bekannt ist der kleine Junge, der in Schwellensituationen, welche Trennung erforderlich machen, wie Kindergarten und Schule, unruhig und getrieben wird und nicht still sitzen kann. Ulrike Schmauch (1987) hat Kinder in einer Krabbelgruppe beobachtet und kam zu ähnlichen Ergebnissen (Zitat): "Die Mädchen wurden im Laufe ihrer Entwicklung `mädchenhafter´, in den offenen Äußerungen ihrer Aggression gehemmt, häufig depressiv ängstlich, und die Jungen `jungenhafter´, nämlich oft aggressiv und grandios agierend."

#### *Jungen werden früher aus der präödipalen Symbiose entlassen als Mädchen*

Von schicksalhafter Bedeutung für die Entstehung von Geschlechtsunterschieden ist die Tatsache, dass unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen die erste Bezugsperson für alle Kinder ausschließlich eine Frau ist, die Väter oft abwesend oder emotional nicht erlebbar sind. Gerade diese scheinbar selbstverständliche Notwendigkeit, dass Frauen nicht nur die Kinder gebären, sondern auch ausschließlich versorgen, wird zunehmend kritisch hinterfragt (vgl. Chodorow, N., 1985). Denn somit sind schon die frühesten Beziehungserfahrungen für Mädchen andere als für Jungen. Aufgrund der geschlechtlichen Gleichheit erfahren Mütter ihre Töchter in starkem Maß als sich ähnlich und als Verlängerung ihres eigenen Selbst. Dagegen erleben sie ihre Söhne bereits früh als von sich getrennt. Jungen werden darum früher aus der präödipalen Symbi-

ose entlassen als Mädchen, die länger in einem Zustand von Verschmolzenheit mit der Mutter bleiben. Das bestätigen zahlreiche empirische Untersuchungen (vgl. Greenglass, 1986). Andererseits wird die präödipale Mutterbeziehung noch problematischer und kompliziert, weil der Junge aufgrund seines Geschlechtes andererseits von der Mutter begehrt wird, das Mädchen zwar als Kind geliebt wird, jedoch nicht als sexuelles Objekt. Eine ausführliche Diskussion der gesamten Problematik erfolgt in Heinemann, E.; Hopf, H. (2004): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend, S.21f.

#### *Fehlender Vater und inzestuös bedrohliche Beziehung des Jungen zur Mutter*

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass hyperkinetisches Verhalten in Anwesenheit des Vaters am seltensten auftritt, bei Hausaufgaben – meist in der Nähe der Mutter – am häufigsten (vgl. Döpfner, M. und Lehmkuhl, G., 1995, S.179). Eine Erklärung dafür ist, dass der Verlust des Vaters gerade für den Knaben eine besondere Bedrohung bedeutet. Er verliert das Identifikationsobjekt, welches ihn schützt, in die inzestuös bedrohliche Beziehung mit der Mutter zurückzufallen und seine Geschlechtsidentität zu verlieren. Das hyperaktive Kind ist eng mit seiner Mutter verschmolzen. Die motorische Unruhe ist eine Form von Aggressivierung, die den Individuationskonflikt mit der Mutter durch Fortbewegungsimpulse ausdrückt. Mit dem Fehlen des 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. Motorische Unruhe ist gleichzeitig eine Form von Sexualisierung und dient der Abwehr passiv erlebter Ängste vor inzestuöser Überwältigung (vgl. Heinemann, E.; Hopf, H., S.149f.).

Welche Probleme bei Jungen entstehen können, wenn der Vater nicht präsent ist, können wir heute sehr eindrücklich bei vielen Söhnen von allein erziehenden Müttern beobachten. Um männlich zu werden, müssen sie sich von der verführerischen Mutter abgrenzen. Sie werden oft "herrisch" und anspruchlich, zeigen nicht selten ein machohaftes, aggressives und sexualisiertes Verhalten: Weil es ihnen an der Möglichkeit fehlt, sich mit einem realen Mann zu identifizieren – auch mit seinen Schwächen - entwickeln sie ein sogenanntes hyperphallisches Verhalten, um sich ausreichend von ihren Müttern abzugrenzen. Da in Kindergärten – wie auch später in Grundschulen - fast ausschließlich Frauen arbeiten, ist davon auszugehen, dass die Geschlechtsunterschiede in den beschriebenen Bereichen immer größer werden.

#### *Nachgiebige Erziehungshaltung der Eltern, Scheitern des ödipalen Konflikts und ADHD*

Evelyn Heinemann (2002) bestätigt mit ihrem Forschungsprojekt, in welchem Jungen und Mädchen mit ADHD untersucht wurden, dass Mädchen – wie aus der Literatur bekannt - so gut wie nie eine hyperkinetische Symptomatik zeigen. Sie fallen durch Träumereien, Aufmerksamkeitsstörung, Lernverweigerung

Seite -29-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

und Kontrolle des Objekts auf (auch als ADD–H bekannt). Gemeinsam ist Jungen und Mädchen allerdings die Phantasie, das ödipale Objekt uneingeschränkt beherrschen und kontrollieren zu können.

Woher rührt das? Weil die Mütter schwach und nachgiebig sind und kein Klares „Nein“ die inzestuösen Phantasien zügelt und das Mädchen in die Inzestschranken verweist, kann es zunächst ohne Angst vor Strafe den Vater für sich beanspruchen, so wie es der Junge im umgedrehten Fall mit seiner Mutter tut. Eine zu nachgiebige Erziehungshaltung der Eltern verstärkt ganz offensichtlich die ödipalen Phantasien, was wiederum Inzestängste nach sich zieht. Der Junge löst diesen Konflikt möglicherweise durch Unruhe und Weglaufen, das Mädchen flüchtet in Tagträumereien und Phantasien. In der genannten Untersuchung haben sehr viele Mädchen vom Pferd und vom Reiten phantasiert – es geht also ebenfalls um Flucht, jedoch - anders als beim Jungen - bereits in sublimierter Weise. Generell kann gesagt werden, dass beim ADD (+H und –H) die Bewältigung des für Jungen oder Mädchen spezifischen ödipalen Konflikts wegen einer zu unklaren und nachgiebigen Haltung der Eltern misslingen kann.

## Wie sehen psychische Störungen von Kindern heute aus?

Den Beginn der Kinderanalyse markieren zwei Krankengeschichten. Vor 95 Jahren veröffentlichte S. Freud „Die Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“, die als „Kleiner Hans“ – der Knabe hieß eigentlich Herbert - in die Geschichte der Kinderanalyse eingegangen ist (1909). Und vor mehr als 90 Jahren publizierte Sandor Ferenczi die Fallnotiz „Ein kleiner Hahnemann“ über den vierjährigen Arpád (1913). Während Freud zu Hans nur einen einzigen Kontakt hatte, sonst nur indirekt vom Vater des Jungen unterrichtet wurde, hatte Ferenczi eine regelrechte Sitzung mit seinem kleinen Patienten. Er gab dem Jungen Bleistift und Papier, damit er seine Ängste – in Gestalt eines bedrohlichen Hahns – aufzeichnen könnte. Ein psychoanalytisches Gespräch langweilte Arpád jedoch rasch, und er wollte „zu seinen Spielsachen zurück“ (1913, S.166). Die deutlichen Hinweise auf eine dem Kind angemessene „Sprache“ und den Wunsch nach spezifischer Kommunikation konnte Ferenczi damals weder erkennen noch aufgreifen. Es blieb darum Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud und Melanie Klein vorbehalten, das kindliche Spiel als Medium einzuführen, um die fehlenden Assoziationen zu ersetzen und damit die Psychoanalyse des Kindes zu begründen.

Die Kinderanalyse begann also vor etwa hundert Jahren mit der Behandlung von zwei Phobien, also Angstkrankheiten. Damals hätte sich wohl niemand vorstellen können, dass es hätten Bewegungsunruhe, aggressives Verhalten samt begleitenden Respektlosigkeiten sein können, denen wir heute allenthalben begegnen.

Seite -30-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

Psychische Symptome besitzen Eigenschaften eines Chamäleons: Sie passen sich den jeweiligen Zeitläufen an und waren immer – auch – Ausdruck und Spiegel der jeweiligen Gesellschaft, denn auf bestimmte Neurosenstrukturen treffen von den gesellschaftlichen Verhältnissen geprägte aktuelle Konflikte. So gab es im vergangenen Jahrhundert die Hysterien, als Folge von Sexualverdrängung, später die Depressionen, dann die Angstkrankheiten. In den vergangenen 33 Jahren, seit ich therapeutisch mit Kindern arbeite, haben sich die Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen erheblich gewandelt.

Betrachten wir Erziehung und das Entstehen von neurotischen Störungen als interpersonale Prozesse mit intrapsychischen Folgen, so wird deutlich, dass diese nicht in einem abgegrenzten familiären Bereich stattfinden, sondern dass in diesen Raum ständig die Einflüsse der Gesellschaft dringen. Betrachten wir Erziehung gleichzeitig als einen Prozess, mit welchem ein ausgeglichenes Verhältnis von Über-Ich – Es – und Ich hergestellt werden soll, so können wir auffallende gesellschaftliche Veränderungen beobachten. Bis in die 60er Jahre hatte sich die Gesellschaft vorwiegend mit dem Über-Ich verbündet. Ergebnis war, dass sich vor allem Angstkrankheiten, Zwänge, auch ekklesiogene Neurosen bildeten, als Ergebnis von massiven Über-Ich-Ängsten und autoplastischer Anpassung (also Veränderungen der eigenen seelischen Struktur bei der Auseinandersetzung mit der Außenwelt). Die autoritären Strukturen zerfielen, samt jenen gesellschaftlichen Bedingungen, die einst den autoritären Charakter hervorgerufen hatten. Dass körperliche Gewalt innerhalb der Erziehung verpönt wurde, bedeutete aber auch, dass es von jetzt an mehr Einfühlung und Phantasie brauchte. Dies war oft nicht ausreichend vorhanden, so dass die entstehende Hilflosigkeit in ein Laissez-faire mit oder ohne materielle Verwöhnungen mündete, um zu beschwichtigen und Konflikte samt negativen Affekten nicht aushalten zu müssen.

Seit den 70er Jahren war eine stärkere gesellschaftliche Identifizierung mit dem Es festzustellen, mit einer Unterstützung des Auslebens von Triebwünschen, von hedonistischen Haltungen, sowie einem Vermeiden von optimalen Hindernissen, die ein Kind überwinden lernen muss. Ergebnis hiervon ist auch eine Verlängerung der Adoleszenz, weil kein Zwang zum Triebverzicht mehr besteht, und die jungen Leute somit keine Notwendigkeit mehr spüren, autonom für sich selbst sorgen zu müssen.

Zu diesen zentralen gesellschaftlichen Veränderungen kommen noch andere: Der kontinuierliche Zerfall von Familien mit einer Zunahme von traumatischem Trennungserleben bei Kindern kann nicht geleugnet werden. Viele dieser Kinder leiden an Vaterentbehmung und an einem Vaterhunger. So wie unsere Gesellschaft generell an einem Verlust von väterlicher Struktur, von Symbolen und Ritualen leidet. Und wir leben in einer Tempo-Gesellschaft mit abruptem Wechsel von Reizüberflutung und Unterstimulierung. Computer und Medien haben Spielen und Lernen grundlegend verändert, denn eines kann das Gehirn bekanntlich nicht – nicht lernen!

Vor allem während meiner Arbeit in einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung und als Psychotherapiegutachter stellte ich fest, dass sich die Störungen im Kindes- und Jugendlichenalter mittlerweile verändert hatten.

Ich beobachte bei einer großen Gruppe von Kindern und Jugendlichen - mehr als früher - Schwierigkeiten, sich in andere Menschen und deren Empfindungen einzufühlen. Sie geraten häufig in Konflikte mit der Gruppe, weil sie vorwiegend aus der eigenen Erlebniswelt heraus handeln und entsprechend urteilen. Sie haben mehr Probleme mit dem Aufschieben von Bedürfnisbefriedigung und zeigen eine geringere Frustrationstoleranz. Ich vermute, in diesem Zusammenhang müssen wir auch die Zunahme der Symptome Einnässen und Einkoten sehen. Wird diesen Patienten die Bedürfnisbefriedigung verweigert, so kommt es leicht zu aggressiven oder autoaggressiven Durchbrüchen. Es dominieren Bewegungsunruhe und Konzentrationsprobleme, um ein chronisches Gefühl von Langeweile zu überdecken. Bei vielen Kindern herrscht ein zugrunde liegendes Gefühl von anhaltender Gereiztheit und depressiver Verstimmung vor. Die Reize müssen immer stärker werden, um den vorherrschenden Misston von Langeweile zu überdecken. Allenthalben können wir vielfältige Formen von narzisstischen Störungen mit Problemen der Affektregulation und einer von Margret Mahler (1946) so benannten Gefühlsinkontinenz beobachten mit entsprechenden Externalisierungen und alloplastischer Adaptierung. Wohlgermerkt, ich spreche hier von Tendenzen; denn es wäre – ohne entsprechende empirische Belege – gewagt, von einer generellen Zunahme jener Störungen zu sprechen.

## Gesellschaftliche Veränderungen (Zusammenfassung als Folie)

Psychische Symptome scheinen die Eigenschaften eines Chamäleons aufzuweisen: Sie passen sich den jeweiligen Zeitläufen an und waren immer – auch – Ausdruck und Spiegel der jeweiligen Gesellschaft: Es gab im vergangenen Jahrhundert die Hysterie, als Folge der Sexualverdrängung, später herausragend Depressionen, dann Angstkrankheiten. In den vergangenen 33 Jahren, seit ich therapeutisch mit Kindern arbeite, haben sich die Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen erheblich verändert.

Im Folgenden will ich thesenartig einige Veränderungen in unserer Gesellschaft aufführen, ohne sie bewerten oder in einen monokausalen Zusammenhang bringen zu wollen, von denen ich allerdings glaube, dass sie die Bildung von psychischen Symptomen erheblich beeinflussen:

1. Bis in die 60er Jahre hatte sich die Gesellschaft vorwiegend mit dem Über-Ich, auch mit dem Ich verbündet. Seit den 70er Jahren war eine stärkere gesellschaftliche Identifizierung mit dem Es festzustellen, mit einer Liberalisierung des Auslebens von Triebwünschen, Unterstützung von hedonistischen Haltungen, sowie einem Vermeiden von optimalen Hindernissen, die ein Kind überwinden lernen muss.



2. Verschwinden des autoritären Erziehungsstils. Wir haben es in den vergangenen Jahren mit der Auflösung jener Kombination zu tun, die einst den autoritären Charakter hervorbrachte (Breuer, 1992). Das Abschaffen von körperlicher Züchtigung ließ allerdings viele Erziehende eher hilflos werden und mit Laissez-faire und Beschwichtigungen über materielle Verwöhnungen reagieren. Viele Erziehende kämpfen oft verbissen gegen Gefühle von Missbilligung und Zorn an und versuchen diese Gefühle so lange wie möglich auszuhalten. Oft geraten sie damit an ihre Grenzen, blitzartig bricht die Kontrolle zusammen, und es kommt zu ungemessen harten Strafen oder wiederum zum ängstlichen Beschwichtigen. Dadurch werden Kinder langfristig gehindert, eigene Erfahrungen zu machen und der Loslösungsprozess scheitert häufiger.
3. Insgesamt besteht somit ein geringerer Zwang zum Triebverzicht als in der autoritären Gesellschaft. Die Loslösung wird über die Findung eines – in der Regel - heterosexuellen Objektes nicht mehr vorangetrieben.
4. Verschwinden von Grenzen und Inzestgrenzen. Weil die Erziehenden oft schwach und nachgiebig sind und kein Klares „Nein“ die inzestuösen Phantasien zügelt und das Kind in die Inzestschranken verweist, kann das Mädchen zunächst ohne Angst vor Strafe den Vater für sich beanspruchen, so wie es der Junge im umgedrehten Fall mit der Mutter tut. Eine zu nachgiebige Erziehungshaltung der Eltern verstärkt offensichtlich die ödipalen Phantasien, was wiederum Inzestängste nach sich zieht. Der Junge löst diesen Konflikt tendenziell durch Unruhe und Weglaufen, das Mädchen flüchtet in Tagträumereien und Phantasien (Aggressivierung und Sexualisierung).
5. Zunehmender Zerfall von Familien mit einer Zunahme von Trennungen. Von den allein erziehenden Eltern, fast ausschließlich Frauen, gelten 35 % gemäß als arm und benötigen Sozialhilfe. Lediglich die Hälfte der abwesenden Väter überweist regelmäßig Unterhalt, und übernimmt vermutlich auch keine weitere Verantwortung (Süddeutsche Zeitung Nr. 50/S. 17 vom 02.03.2005). Etwa 58 % aller Kinder, welche in analytische Pt kommen, leben nicht mehr mit dem leiblichen Vater zusammen, 35 % davon leben bei der allein erziehenden Mutter. Im Therapiezentrum Osterhof waren es in der Regel bis zu 95 % aller Kinder, die nicht mehr bei ihren leiblichen Eltern gelebt hatten. Die Trennung der Eltern kann sich in unterschiedlicher Weise massiv auf die kindliche Entwicklung auswirken. Traumatisch erfahrene Trennungen können beispielsweise zur Regression mit gleichzeitiger Lähmung des Phantasieerlebens und Störung der Symbolbildung mit entsprechenden Störungen führen.
6. Eine Folge der Trennung der Eltern ist beispielsweise „Vaterentbehmung“; gleichzeitiges Verschwinden von väterlicher Struktur, von strukturgeben-

den Symbolen und Ritualen. Dies macht die Bedeutung von stabilen Rahmenbedingungen in der Kinder-Psychoanalyse besonders deutlich.

7. Leben in einer Tempo-Gesellschaft (Heinz, 2002); mit einem abrupten Wechsel von Reizüberflutung mit Unterstimulierung.
8. Veränderungen des Spielens und Lernens durch Computer und Medien. Die frühe Kindheit, aber auch noch die gesamte Jugendphase sind gemäß Hüther (2004) entscheidende Entwicklungsphasen, während derer das Gehirn durch die Art seiner Nutzung „programmiert“ wird. Ausmaß und die Art der Vernetzung neuronaler Verschaltungen, insbesondere im frontalen Kortex, hängen ganz entscheidend davon ab, womit sich Kinder und Jugendliche besonders intensiv beschäftigen, zu welcher Art der Nutzung ihres Gehirns sie im Verlauf des Erziehungs- und Sozialisationsprozesses angeregt werden. Konsequenterweise muss dann zumindest dieser Bereich des menschlichen Gehirns als soziales Produkt angesehen werden.“ (Eisenberg, 1995, zit. n. Hüther). Wir können davon ausgehen, dass die Überflutung mit Medienreizen in der heutigen Zeit im Vergleich zu früheren Zeiten besondere Wirkungen zeigt und sich auf das Lernen auswirken wird. Über die Folgen dieser Form von „Innenweltverschmutzung“ nachzudenken, wäre ein gesondertes Thema, zumal verwunderlich ist, dass sich die Psychoanalyse kaum damit befasst hat. In einer eigenen Untersuchung konnten wir feststellen, dass stärkerer Konsum von Videofilmen bei Jugendlichen zur Einschränkung der Phantasietätigkeit führt.

## Literatur

- Alvarez A. (2001): Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern. Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Bacal H.A. & Newman K.M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. problemata frommann-holzboog, Stuttgart-Bad-Cannstatt
- Bick E. (1968): Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen, in: Klein M. Heute Bd. 1, Verlag Internationale Psychoanalyse, München-Wien 1990
- Bion W. (1990): Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt
- Bovensiepen G. (2002): Epilog, in: Bovensiepen G., Hopf H. & Molitor G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt

- Bovensiepen G. (2001): Vom Körper zum Symbol. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Heft 109. XXXII. Jg., 1/2001, 5-23, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Breuer S. (1992): Sozialpsychologische Implikationen der Narzissmustheorie, Psyche 46:1-31
- Chodorow N. (1985): Das Erbe der Mütter, Verlag Frauenoffensive, München
- Cohen Y. (2004): Das misshandelte Kind. Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Herausgegeben und mit einem Vorwort versehen von S. Drews. Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Daser E. (1998): Interaktion, Symbolbildung und Deutung, Forum Psychoanal (1998) 14:225-240, vgl. Anmerkung (1)
- Erikson E.H. (1971): Kindheit und Gesellschaft. Ernst Klett Verlag, Stuttgart
- Ferenczi S. (1913): Ein kleiner Hahnemann. In: Schriften zur Psychoanalyse Bd. I, S. Fischer Verlag, Frankfurt 1970
- Freud A. (1971): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Ernst Klett Verlag, Stuttgart
- Freud E.W. (2003): Remaining in Touch. Zur Bedeutung der Kontinuität früher Beziehungserfahrungen. Edition Déjà-vu – Verlagsabteilung der Sigmund-Freud-Buchhandlung, Frankfurt
- Freud S. (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben, Studienausgabe Bd. VIII, S. Fischer Verlag, Frankfurt 1969
- Freud S. (1920): Jenseits des Lustprinzips, Studienausgabe Bd. III, Fischer Verlag, Frankfurt 1975
- Greenglass E.R. (1986): Geschlechtsrolle als Schicksal. Klett-Cotta, Stuttgart
- Heinemann E. & Hopf H. (2004): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend, Kohlhammer Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln. 2. Auflage
- Heinemann E. (2002): Inzestangst und Inzestphantasie, Vortrag bei der 49. Jahrestagung der VAKJP
- Hopf H. (1992): Geschlechtsunterschiede in Träumen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 41:176-184

- Hopf H. (1998): Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hopf H. (2000): Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Heft 107. XXXI. Jg., 3/2000, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Hopf H. (2003): „Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon...?“ Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 117, XXXIV. Jg., 1:7-23
- Hopf H. & Linge H. (2004): Hilfen zum Überleben. Stationäre Psychotherapie im Psychotherapeutischen Kinderheim Osterhof. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 123, XXXV. Jg., 3:351-371
- Hüther G. (2002): Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin), in: Bovensiepen G., Hopf H. & Molitor G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Hüther G. (2004): Woher kommt die Lust am Lernen? Neurobiologische Grundlagen intrinsisch und extrinsisch motivierter Lernprozesse. In: Dammasch F. & Katzenbach D. (Hrsg): Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen. 17-32, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Jones E. (1978): Die Theorie der Symbolik und andere Aufsätze. Verlag Ullstein, Frankfurt-Berlin-Wien
- Kämpfer H. (2001): „Vom Juckpulversaft werden die Beine grau“. Symbolische Erfahrungen in der Therapie. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Heft 109. XXXII. Jg., 1/2001, 25-41, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt
- Kernberg P. (1995): Die Formen des Spielens. In: Studien zur Kinderpsychoanalyse XII, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich
- Klein M. (1983): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Klein M. (1935): Beitrag zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände, in: Klein M.: Gesammelte Schriften, Band I, Teil 2, frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt 1996
- Löchel E. (Hrsg) (2000): Aggression, Symbolisierung, Geschlecht. Psychoanaly-

tische Blätter Bd. 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Mahler M.S. (1944): Tics und Triebdurchbrüche bei Kindern, in: Studien über die drei ersten Lebensjahre, Klett Cotta, Stuttgart 1985

Mahler M.S. (1946): Folgen des Tic-Syndroms, in: Studien über die drei ersten Lebensjahre, Klett Cotta, Stuttgart 1985

Mahler M.S. (1949): „Les enfants terribles“, in: Studien über die drei ersten Lebensjahre, Klett Cotta, Stuttgart 1985

Mertens W. (1992): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität, Band 1, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln

Meltzer D. (1995): Der psychoanalytische Prozess. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart

Müller-Brühn E. (2004): Spielräume und Lernvermögen. Spielen als Sprache und Gedankenaustausch des Kindes. In: Dammasch F. & Katzenbach D. (Hrsg): Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen. 105-124, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt

Papoušek M. (2003): Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In: Papoušek M. & von Gontard A. (Hrsg) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Papoušek M. (1997): Entwicklungsdynamik und Prävention früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Heft 93 XXVIII. Jg., 1/1997, 5-30, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt

Petri H. (2002): Das Drama der Vaterentbehnung, Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien

Pozzi M.E. (2002): Ritalin für wen?, in: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt

Schepank H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo

Schmauch U. (1987): Anatomie und Schicksal, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt

Segal H. (1957): Bemerkungen zur Symbolbildung, in: Bott Spillius E. (1990):

Seite -37-

H. Hopf „Spielunlust und Lernhemmung in früher Kindheit und spätere Störungen bei sogenannten ADHS-Kindern“

Vorlesung im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

Melanie Klein Heute, Band 1, Verlag Internationale Psychoanalyse München-Wien

Segal H. (1991): Traum, Phantasie und Kunst. Klett-Cotta, Stuttgart

Streeck-Fischer A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. Forum Psychoanal 13: 1-18

van der Kolk B.A. (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 47: 19-35

Winnicott D.W.: (1935): Die manische Abwehr, in: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1983

Winnicott D. W. (1962): Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: Ders. Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Verlag, Frankfurt 1985

Winnicott D.W. (1973) Vom Spiel zur Kreativität. Ernst Klett Verlag, Stuttgart

Dr.rer.biol. hum. Hans Hopf  
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut  
Seebachweg 14  
74395 Mundelsheim

Email: [dr.hans.hopf@t-online.de](mailto:dr.hans.hopf@t-online.de)

Eigene Literatur auf der Webseite [www.hans-hopf.de](http://www.hans-hopf.de)