



## "Immer vorwärts und nie zurück".

### ADHS: Krankheit oder Beziehungsstörung?

Von Dr. phil. Frank Dammasch\*

#### Zur subjektiven Bedeutung der Diagnose

In der Ambulanz des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie und in meiner Praxis werde ich zunehmend schon am Telefon von anmeldenden Eltern damit konfrontiert, daß sie wahrscheinlich ein ADS-Kind haben.

Diese Reduzierung des Subjekts Kind auf drei oder vier Buchstaben einer rein deskriptiv psychiatrischen Diagnose ist uns als analytische Kinderpsychotherapeuten fremd. Wir sind es gewohnt, unseren psychoanalytischen Blick auf die jeweils einzigartigen, aus der individuellen Biografie heraus begründeten Ursachen psychischer Störungen zu richten. Was uns als Psychoanalytiker bei dieser großzügig verteilten, pauschalen Kurz-Diagnose beunruhigt, wirkt aber irgendwie beruhigend auf eine Vielzahl von Eltern, die sich im Kampf mit ihren unruhigen Kindern und den negativen Resonanzen der Umwelt verunsichert fühlen. Die medizinisch deklarierte Zusicherung, zu einem bekannten Diagnose-Typ zu gehören, macht aus dem verwirrend unverständlichen Verhalten ihres Kindes etwas medizinisch Bekanntes und als somatische Krankheit auch sozial Anerkanntes. Ein Vater sagte mir z.B.: "Ich bin froh, daß das Kind jetzt einen Namen hat. Ich weiß nicht, ob das der richtige Name ist, aber ich kann mich jetzt selbst besser unter Kontrolle bekommen. Wenn mein Kind sich wieder mal unmöglich benimmt, sage ich mir, es hat ADS, es ist krank, es kann ja nichts dafür und dann schaffe ich es manchmal wieder, mich zu beruhigen."

Wir sehen hier, daß die vereinfachende Diagnose ADS/ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, bzw. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) schon als solche auf manche Eltern beruhigend wirkt und den Zirkel von Aggression und Gegenaggression zumindest für einen Augenblick unterbrechen hilft. Das beruhigend und chaotisch Unverständliche bekommt einen angstvermindernden Namen. Das befreit darüber hinaus bisweilen von Gefühlen der Ohnmacht, auch der ohnmächtigen Wut und insgesamt von elterlichen Schuldgefühlen, bei der Erziehung des eigenen Kindes nicht genügend gut gewesen zu sein.

Die psychiatrische Diagnose, die so beruhigend für die Eltern ist, beunruhigt allerdings viele Fachkräfte und Forscher im psychosozialen Bereich. Eine heftige Kontroverse zwischen Befürwortern und Kritikern der ADHS-Diagnose ist entbrannt, hat alte Gräben zwischen den "Genetikern" und den "Umweltlern" neu aufgerissen. Die von den rein biologisch-genetisch orientierten Ärzten betriebene Bindung der Behandlung von ADHS im Schlepptau amerikanischer Verhältnissen an ein Psychopharmakon hat zur Verschärfung der Debatte beigetragen.

#### Geschichte der Medizinalisierung des unruhigen Kindes

Allgemein gilt der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann, der mit dem ersten Kinderbilderbuch "Der Struwwelpeter" Weltruhm erlangte als "Entdecker" und Namensgeber des unruhigen Kindes. Mit dem Zappelphilipp, der Urfassung des Struwwelpeters von 1844 erst 1858 zugefügt, wurden die Bilder eines aufsässigen und unruhigen Jungen weltweit verbreitet und gelten noch heute als Leitbild des hyperkinetischen Kindes.

In der Medizingeschichte werden seit der Entstehung des Zappelphilipps immer wieder unruhige und unaufmerksame Kinder von Kinderärzten und Psychiatern beschrieben. Der stichwortartige Überblick zeigt, welche divergierende Erklärungsmodelle Kinderärzte und Psychiater im Laufe der Zeit zur Entstehung der kindlichen Unruhe entwickelt haben:

- Zappelphilipp - Vater-Sohn Konflikt (1844 Heinrich Hoffmann)
- Nervöse Konstitution (1845 - Psychiater Wilhelm Griesinger)
- Vorschnelle Entwicklung (1859 - Psychiater Heinrich Neumann)
- Affektives und moralisches Irresein (1867 - Engl. Kinderpsychiater Henry Maudsley)
- Vererbung und Degeneration (1878 Kinderpsychiater Hermann Emminghaus)

- American Nervousness (1869 - amer. Neurologe George Miller-Beard)
- Konstitutioneller Charakterfehler (1890 - Psychologe Ludwig Strümpell)
- Moral defect (1902 - engl. Pädiater George Frederick Still)
- Erziehungsdefizite der Eltern (1908 - Pädiater Adalbert Czerny)
- Falsche Erziehungsmethoden, Reizüberflutung (1926 - Kinderpsychiater August Homburger)
- Neurotische Unarten (1939 - Wiener Pädiater Franz Hamburger)

eigene Zusammenstellung nach E. Seidel, Deutsches Ärzteblatt 2/2004

Diese Aufzählung macht deutlich, daß Diagnosen und Behandlungsleitlinien keine ein für alle Mal festliegenden, in Stein gemeißelten medizinischen Gewissheiten darstellen, sondern im Laufe der Zeit unterschiedlichen medizinischen, pädagogischen und gesellschaftlichen Einflüssen unterliegen. In der Mehrzahl finden wir vor dem zweiten Weltkrieg Erklärungsmuster, die die Ursache der kindlichen Unruhe abwechselnd in der biologisch-körperlichen Konstitution oder in der umweltbedingten Erziehung sahen.

### Der Siegeszug von ADHS und Ritalin

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden diese divergierenden Erklärungsversuche abgelöst von einer Fokussierung auf biologische Ursachen. Bei aller psychoanalytischer Kritik rein biologistischer Deutungsmuster darf nicht vergessen werden, daß die Erklärung psychischer Auffälligkeiten aus genetischen oder organischen Wurzeln in der Vergangenheit wesentlich mit dazu beigetragen hat, die Gleichwertigkeit psychischer und organischer Krankheitsbilder gesellschaftlich anzuerkennen. Mit der Entdeckung der paradox beruhigenden Wirkung des Stimulanz Methylphenidat auf Kinder vor der Pubertät in den 40-er Jahren und dessen Synthetisierung und Vermarktung als Ritalin, wird schließlich die kindliche Verhaltensstörung alleine auf eine hirnrorganische Erkrankung zurückgeführt. Fast zeitgleich mit der Vermarktung von Ritalin entwickelt sich der Begriff des hyperkinetischen Syndroms, dessen Ursache hirnrorganisch lokalisiert wird. Nach mehreren anderen Bezeichnungen setzte sich schließlich die Diagnose "Minimale cerebrale Dysfunktion" (MCD) im Zusammenhang mit dem hyperkinetischen Syndrom durch.

#### Übersicht:

**40 er Jahre** Psychiater Charles Bradley entdeckt zufällig, daß ein Stimulans paradoxerweise verhaltensgestörte Kinder beruhigt.

**50 er Jahre** Erste Veröffentlichungen zum Hyperkinetischen Syndrom als "minimal brain damage syndrome" (MCD ) oder "minimal brain disorder"

**60er Jahre** Methylphenidat wird als Ritalin vermarktet. "The run on Ritalin" beginnt in den USA

**80er Jahre** Diagnosemanual DSM III verbindet Hyperaktivität mit Aufmerksamkeitsstörung

**90 er Jahre** Die Diagnosekategorie ADHD findet in Amerika breitere Anwendung. Die diffus hirnrorganische Diagnose MCD wird durch die neurologische Hypothese ADHD abgelöst

**2001** Erste Erwähnung der Diagnosekategorie ADHS im Deutschen Ärzteblatt.

Der Begriff ADHD entstand erst in den neunziger Jahren in Amerika und fasste schließlich Defizite der Aufmerksamkeit und der impulsiven Motorik zu einer Diagnosekategorie zusammen. Ende der Neunziger Jahre gelangte die Diagnose ADHS in Deutschland in die Kinderpsychiatrie. Erst 2001 wurde sie über das Ärzteblatt auch anderen Medizinern bekannt. Die Essentials der kinderpsychiatrischen Sicht auf die Diagnose und Behandlung von ADHS, die inzwischen auch Eingang in die Leitlinien der Bundesärztekammer gefunden haben, sind folgende:

**Kernsymptome:** Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität

**Erklärung:** Erbgenetisch bedingter Mangel des Neurotransmitters Dopamin im Gehirnstoffwechsel.

**Behandlung:** Methylphenidat (Ritalin, Medikinet) zur Stimulierung und als Wiederaufnahmehemmer von Dopamin

Die kontroverse Diskussion entzündete sich zunächst vor allem an der zügig wachsenden Anwendung von Ritalin. Erst seit 2002 wird auch die neurologische Erklärung für die Wirkung von Ritalin durch den Göttinger Neurobiologen Gerald Hüther in Frage gestellt. Auch gibt es erste Hinweise auf Langzeitnebenwirkungen von Ritalin, wie die Befürchtung, daß durch frühe Methylphenidatmedikation die Parkinson-Erkrankung ausgelöst werden könnte. Es

bleibt festzuhalten, daß die über die Jahrhunderte unterschiedlichen Verhaltensbeschreibungen und wechselnden Erklärungsmodelle der kindlichen Unruhe zeitgleich mit der Entwicklung und Vermarktung von Ritalin zu einer Diagnosekategorie zusammengefasst wurden.

Im Jahr 1990 wurden noch 2.580 Kinder mit Ritalin behandelt. Im Jahre 1999 wurden bereits 41.000 Dauertherapien mit Ritalin durchgeführt. Trotz dieser rapiden Steigerungen der medikamentösen Dauertherapien gehen Döpfner und Lehmkuhl von der Universitätsklinik Köln davon aus, daß die deutschen Kinder gemessen an den amerikanischen Kindern medikamentös zu schlecht versorgt werden. Sie gehen von einer Erkrankungsrate von 4,8 % aus und kommen zu der Schätzung, daß eine Medikationssteigerung von mehr als 300% notwendig sei, um die angenommenen Erkrankungszahl von 169.000 Kindern zwischen 5-15 Jahren angemessen zu behandeln.

Nicht alle Ärzte folgen den herrschenden psychiatrischen Verlautbarungen, wonach ADHS als eine angeborene hirnorganische Krankheit zu betrachten ist, die medikamentös behandelt werden muß. Immer mehr Forscher, Ärzte und Psychotherapeuten gehen im Lichte der Gehirnerkundungen mit Hilfe neuer bildgebender Verfahren davon aus, daß das Gehirn und der Gehirnstoffwechsel sich in einer dialektischen Beziehung zwischen dem reifenden Organismus und der sich verändernden Beziehungsumwelt des Säuglings und Kleinkindes entfalten. Diese Sichtweise könnte künftig eine wissenschaftliche Brücke bilden zwischen den somatisch orientierten und den psychosozial orientierten Erklärungsmustern. So könnte dann ADHS als eine Krankheit verstanden werden, bei der es zu spezifischen hirnorganischen Neurotransmitterverhältnissen kommt, die wesentlich durch die frühen interaktiven Beziehungserfahrungen des Kindes mit seinen primären Bezugspersonen bestimmt werden. Der folgende Fallbericht gibt einen Eindruck von der verhaltensbestimmenden Macht kindlicher Beziehungserfahrungen.

### **Elvira - Immer vorwärts, nie zurück**

Anhand der skizzenhaften Beschreibung der Behandlung eines Mädchens möchte ich zeigen, wie vielfältig die Ursachen sein können, die sich hinter der großzügig vergebenen Diagnose ADHS verstecken können. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten sehen die unterschiedlichsten Störungsbilder bei Kindern, die in die hirnorganisch-psychiatrische ADHS-Schublade gesteckt werden. Eine davon ist die achtjährige Elvira. Sie wurde auf Empfehlung der Schule von ihrer Mutter mit der Diagnose ADHS angemeldet. Sie erfüllt die deskriptiven Symptome kinderpsychiatrischer Diagnostik: Sie ist unaufmerksam, hyperaktiv und impulsiv.

Mutter und Tochter sind in einem aufgelösten Zustand, als ich sie kennen lerne. Ich denke: Zwei junge Vögel, die aus dem Nest gefallen sind und nun wild mit den Flügeln schlagen. Der Vater hatte vor zwei Jahren beide plötzlich und unerwartet verlassen, war zu einer Freundin gezogen und hatte damit Mutter und Tochter den Boden unter den Füßen weggezogen.

In den ersten Begegnungen mit mir springt Elvira auf und ab, beginnt etwas zu basteln, was sie bald unvollendet liegen läßt, um sich dann verschiedene Spielsachen anzuschauen, erzählt schnell und viel von verschiedenen Dingen, die irgendwie keine Verbindung miteinander zu haben scheinen. Sie wirkt hektisch getrieben, und zwischen den schnell ausgeführten Handlungen und Basteleien fehlt ein roter Faden. Während sie bei all ihren schnellen Bewegungen und Handlungen fröhlich wirkt, fühle ich mich total überfordert von ihrer Hektik und bleibe nach den Stunden ernsthaft verwirrt zurück.

Im Laufe der Zeit gelingt es mir, mein Gefühl der Überforderung und der Verwirrung im Zusammensein mit Elvira als etwas zu verstehen, das eigentlich von ihr, von ihrem Verhalten ausgelöst wird, und so allmählich einen Zugang zu ihrer Innenwelt herzustellen. Ich verstehe, daß die Trennung vom Vater die Kontinuität des familiären Seins und ihren inneren Halt abrupt unterbrochen hat.

Ich erfahre dann aus den Gesprächen mit der Mutter, daß aufgrund ihrer eigenen kindlichen Trennungserlebnisse die aktuelle Trennung vom Mann für sie eine Retraumatisierung bedeutet, und sie deshalb kaum psychische Möglichkeiten hat, ihrer Tochter einen emotionalen und verstehenden Halt zu geben.

Das bedeutet für Elvira, daß sie ihrer Mutter keine zusätzlichen Sorgen zumuten kann und mit ihren Problemen ganz auf sich gestellt ist. Ihrer Angst vor dem Alleinsein entkommt sie durch radikale Flucht in die Außenwelt. Sie stimuliert sich permanent, läßt keine Ruhe aufkommen, ist immer in Bewegung, immer mit der Produktion neuer Reize beschäftigt. In den Stunden mit mir ist sie bestrebt, die Kontrolle über mich und den Rahmen zu behalten. So kommt sie häufig zu spät zu den Stunden, weigert sich am Ende wiederum, pünktlich zu gehen, so daß die Stunden regelmäßig erheblich überzogen werden. Zwischendurch läßt sie auch abrupt Stunden ausfallen. Ihr ist es wichtig, den Rahmen und den Inhalt der Stunden zu bestimmen. Sie muß die Bestimmerin sein und ich soll mich bestimmen lassen.

In einer Sitzung baut sie mit kleinen Spielfiguren eine Situation auf, in der eine Familie in den Ferien ist. Jeder Erwachsene trägt ein Kind. Plötzlich stehen alle an einem Abgrund und fallen den Abgrund hinunter. Ich spreche sie darauf an, daß sie sich vielleicht so fühle, wie ein fallen- gelassenes Mädchen. Sie beginnt hektisch zu werden, im Raum rumzulaufen, Kissen zu werfen und sagt: "Was nutzt es, wenn die Erwachsenen das Kind halten und selbst abrutschen!" Da muß ich ihr recht geben. Wenn die Erwachsenen selbst abrutschen, dann muß sich ein Kind selbständig machen um nicht mit in die Tiefe gezogen zu werden. Sie läuft weiter rum, ignoriert das Ende der Stunde. Ich spreche ihren Wunsch an, vielleicht hier bei mir bleiben zu wollen, um einen sicheren Halt zu finden. Sie geht,

besser gesagt, springt, läuft schließlich aus dem Zimmer und verschwindet. Sie läßt mich hilflos zurück, so wie sie hilflos von ihrem Vater zurückgelassen wurde. Sie dreht passiv Erlittenes in Aktion um, wird vom Opfer zum Täter. Es beeindruckt mich, wie Elvira verzweifelt versucht, mit ihrem permanenten Bewegungsdrang das gemeinsame Sprechen zu verhindern. Zwischendurch setzt sie sich kurz an den Tisch, beginnt etwas zu bauen, z.B. ein Haus, das dann aber so wackelig ist, daß es gleich wieder einstürzt. Sie macht sofort aktiv ein Spiel daraus, baut Häuser, die sie absichtlich zum Einsturz bringt. Ich sage ihr schließlich, daß es leichter zu ertragen ist, etwas selbst zusammenbrechen zu lassen, als hilflos mit ansehen zu müssen, wie etwas zusammenbricht. Sie nickt, ohne weiter darüber sprechen zu wollen, läuft wieder im Raum rum und macht aus unserer Gesprächstherapie eine Sportstunde.

Nach etwa zwanzig Behandlungsstunden läßt ihr Bemühen nach, durch permanente Bewegung eine Beziehung zu mir zu vermeiden. Sie wirkt verzweifelt und schließlich kommt es zu einem depressiven Zusammenbruch. Am Boden liegend sagt sie leise: "Ich mache immer soviel und immer mehr und am Ende bleibt gar nichts." Ich fühle mit ihr. Aber bevor ich ihre Verzweiflung und ihre traurige Stimmung benennen kann, ist sie schon wieder vom Boden aufgesprungen, will nichts von mir hören. Sie schiebt ihre schwache bedürftige Seite mit ihrem stimulierenden Bewegungsdrang zur Seite.

Warum hat Elvira eine solch panische Angst davor, sich ihren Wünschen nach Geborgenheit und Halt zu nähern? Im Laufe unseres Beziehungsprozesses gelingt es Elvira besser, ihre Gefühle in Worte zu fassen. Sie gibt selbst Hinweise darauf, warum sie immer in Bewegung sein muß und nicht stillstehen darf, keinen Moment des Innehaltens zulassen darf.

Nachdem ich mich in einer Stunde wieder einmal bemühe, Verbindungen zwischen ihren aktuellen Handlungen und dem Verlusterlebnis vom Vater herzustellen, platzt es aus ihr heraus:

"Sie immer mit Ihren Zusammenhängen. Überall wollen Sie Zusammenhänge sehen, wo es keine gibt. Ich mache immer, was mir gerade einfällt, da ist keine Verbindung."

"Verbindungen können ja auch schmerzlich sein!"

"Quatsch, jetzt versuchen Sie es schon wieder. Ich will nicht nach hinten gucken. Immer nach vorne schauen."

Inzwischen hat Elvira angefangen, energisch mit dem Seil zu hüpfen. "Bewegung ist besser als Stillstand!?" frage ich.

"Ich erkläre Ihnen das mal. Schauen Sie, wenn Sie dreimal den Berg heruntergefallen sind, dann wollen Sie doch wieder nach oben kommen. Was nutzt es Ihnen da, wenn sie unten liegen bleiben und überlegen?"

"Naja, es wäre doch gut zu wissen, warum man den Berg heruntergefallen ist, damit es einem dann beim nächsten Mal nicht mehr passiert."

Elvira läuft jetzt im Kreis und macht Seilhüpfen dabei. "Unten bleiben bringt nichts. Überlegen bringt nichts. Man muß immer vorwärts rennen, immer vorwärts."

"Ohne Überlegen fällt man immer wieder vom Berg."

Sie überlegt und findet schließlich einen Kompromiß zwischen ihrem Vorwärtsdrang und meinem rückwärtsgewandten Blick "Man kann doch auch hochklettern und dabei überlegen!"

Hier zeigt Elvira, daß sie mit Hilfe eines verstehenden Anderen durchaus in der Lage ist, ihre hypermotorische Fluchtbewegung zu stoppen, einen Zugang zu ihrem Inneren zu finden und in sprachlich symbolische Kommunikation einzutreten. Im Zuge eines wachsenden Vertrauens und der Sicherheit, daß ich sie nicht gleich verlassen werde, gelingt es ihr allmählich, ihren unaufhörlichen Stimulationsdrang durch den Gebrauch von Worten abzulösen. Sie kann mir schließlich anvertrauen, daß sie in der Schule immer unkonzentriert sei, weil sie an ihren Vater denken müsse. Sie denke immer, daß er sich amüsiere, sich mit jemand anderem amüsiere, sie wolle dabei sein und nicht für die Schule arbeiten. Und da ihr der Vater immer überall dazwischen komme, kann sie sich nicht richtig konzentrieren. Und sie wolle Spaß haben, nicht traurig sein, immer Spaß haben, das sei das Wichtigste.

## **Hyperaktivität als Beziehungsstörung**

Im Laufe unserer Zusammenkünfte wurde immer deutlicher, daß der überschießende Bewegungsdrang Elvira dazu dient, sich den Verlust des Vaters nicht eingestehen zu müssen. Jede Gefahr an den traumatisch erlebten Verlust erinnert zu werden, wird durch hektisch impulsive Bewegung abgewehrt. Die Hypermotorik dient dabei vor allem der Vermeidung von Gefühlen der Traurigkeit und der Abhängigkeit. Indem Elvira immer aktiv ist und die Stunden bestimmt, geht sie der Gefahr aus dem Wege, in eine abhängige Beziehung zu geraten und dann selbst verlassen zu werden.

In den Gesprächen mit der Mutter wird mir klar, daß die abrupte Trennung des Mannes auch die Mutter in verwirrende Hektik und Hyperaktivität gebracht hat. Mutter und Tochter zeigen in ihrer aktiven antidepressiven Art, mit dem plötzlichen Verlust umzugehen, eine sie verbindende Gemeinsamkeit. Mögen Psychiater in dieser Gemeinsamkeit einen Beleg für die Vererbung von ADHS erkennen, verstehe ich dies eher als eine Identifikation der Tochter mit den mütterlichen Umgehensweisen. Die Herstellung einer Gemeinsamkeit mit der Mutter ist für das Kind gerade dann existenziell wichtig, wenn es den Vater verloren hat. Die Angst vor einem weiteren Verlust ist überstark und wird durch die Schaffung einer stabilen psychischen Gemeinsamkeit im hyperaktiven Symptom im Zaum gehalten. So halten Mutter und Tochter im Symptom zusammen.

Zum Schluß möchte ich die zentralen Erkenntnisse über die Ursachen impulsiver Hyperaktivität zusammenfassen, die ich aus diesem Fall und aus anderen Fällen des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie in Hessen gewonnen habe:

### Psychodynamik von ADHS:

1. Die Hyperaktivität eines Kindes basiert immer auf einer frühen und oft persistierenden Beziehungsstörung mit den primären Bezugspersonen, die sich als Verhaltensstörung zeigt.
2. Überproportional häufig sind traumatische Trennungserlebnisse des betroffenen Kindes selbst oder transgenerationale Traumata der Mutter festzustellen, die sie unverstanden in die frühe Beziehung mit ihrem Kind einbringt.
3. Der Vater ist als emotional haltender und verstehender Dritter in der Familie entweder abwesend oder er steht außerhalb einer ambivalent verwickelten Mutter-Kind Dyade.
4. Der impulsive Bewegungsdrang des Kindes dient der Flucht vor dem eigenen Innenleben und der emotionalen Nähe in einer Beziehung.
5. Die aktive Flucht nach Vorne hat die Funktion, die Angst vor der regressiven Wiederkehr früher Ohnmachtserfahrungen im Zaum zu halten.
6. Der Stimulationsdrang des Kindes hat eine psychisch stabilisierende Funktion für die Mutter. Oft dient die Hyperaktivität des Kindes der Mutter als Antidepressivum. In diesen Fällen hält die Stimulation durch das Kind die Mutter psychisch lebendig.

Ich habe versucht zu zeigen, daß die Diagnostizierung eines Kindes mit den vier Buchstaben ADHS nicht wirklich hilfreich ist. Im Gegenteil - die von der Psychiatrie angebotene Biologisierung und Medikalisierung sozialer Probleme entlastet viele Eltern zwar subjektiv und führt zur explosionsartigen Verbreitung der Diagnose. Sie verführt aber vor allem dazu, den Blick von den problematischen Beziehungserfahrungen fort und zum angeblich vererbten Hirnstoffwechsel hin zu wenden. Ein Kind mit einer hirnorganischen Krankheit zu haben, ist für viele Eltern leichter zu akzeptieren, als die Erkenntnis, daß auch sozial problematische Beziehungserfahrungen die Bildung der kindlichen Persönlichkeit formen. Mit der Diagnose ADHS wird das störende individuelle Verhalten eines Kindes und seiner Eltern zum Bestandteil eines gesellschaftlich anerkannten medizinischen Verstehensmodells. Die Diagnose und medikamentöse Behandlung birgt aber die Gefahr, sich allzu schnell von dem Kind mit seinen individuellen sozialen Erfahrungen zu entfernen und es zum Teil eines medizinischen Kategoriensystems zu machen.

Für die weitere wissenschaftliche Diskussion von Psychoanalytikern und Medizinern können die neueren Erkenntnisse der Hirnforschung, wonach die frühe Umwelterfahrung einen entscheidenden direkten Einfluß auf die Differenzierung des Gehirngewebes ausübt, als Brücke zur Verständigung dienen. So können Psychotherapeuten akzeptieren lernen, daß es tatsächlich auch organisch-neurologische Engramme gibt, die Verhalten steuern und medikamentös beeinflussbar sind. Die biologistisch denkenden Mediziner wiederum müßten anerkennen, daß die Reifung des menschlichen Gehirns wesentlich im Rahmen der frühen sozialen Beziehungserfahrungen geprägt wird.

\* Autor: Dr. phil. Frank Dammasch, Diplom Soziologe und Pädagoge,  
analytischer Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut in Frankfurt am Main