

Kinder mit AD/HS im Kindergarten und in der Schule

Herausforderungen für die Integration

Georg Wolff

In den vergangenen Jahren ist mir immer deutlicher geworden, dass die Berücksichtigung des Selbstbefindens und der sich entwickelnden Selbstkonzepte bei Kindern und bei Erwachsenen mit ADHS vielleicht doch von größerer Bedeutung sein könnte, als mir dies vorher bewusst geworden war. Seit 1975 befassten wir uns diagnostisch und therapeutisch in der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover mit Kindern mit ADHS. Ende der achtziger Jahre geschah es wiederholt, dass die Mütter dieser Kinder darauf hinwiesen, wir sollten uns doch einmal die Väter der Kinder ansehen. Diese würden so ähnliche Verhaltensweisen zeigen wie ihre Kinder. Daraus entwickelte sich eine nachhaltige Arbeit mit Erwachsenen mit ADHS bis in die Gegenwart.

Diese Erwachsenen mit ADHS berichteten nun in der therapeutischen Arbeit mit ihnen bzw. in den ADHS-Gruppen-Coachings immer wieder über ihre ausgeprägten und schon lange anhaltenden Beeinträchtigungen ihres Selbstbefindens und ihres Selbstkonzeptes (s. Tab. 1), worüber auch andere AutorInnen (z.B. J. Krause, 2008) berichteten.

Tab. 1: Beeinträchtigungen des Selbstbefindens und des Selbstkonzeptes bei Erwachsenen mit AD/HS

- * Ein Gefühl „innerer Unruhe“ oder des „Getriebenseins“
- * ein diffuses Gefühl von „Irgendwie-nicht-richtig-Sein“ (Ryffel-Rawak, 2003) oder „Anderssein“ (Hesslinger et al., 2004)
- * als zu heftig empfundene Erregbarkeit und Wechselhaftigkeit des emotionalen Befindens, das oft wie „verwirbelt“, unprägnant beschrieben wird
- * erlebte Irritationen durch zu heftige Stimmungsschwankungen
- * Unsicherheiten und zu geringer Prägnanz des eigenen körperlich-emotionalen Befindens (Winkler, 2007)
- * Frustrationen durch rasche Motivations- und Wachheitsverluste beim Lernen, Lesen, Zuhören, Konzentrieren und anderen Beschäftigungen
- * Irritationen durch plötzliche Leistungseinbrüche, trotz der Absicht und Anstrengung, eine Aufgabe vollständig und zeitgerecht erledigen zu wollen
- * Frustration durch nachhaltige Schwierigkeiten bei der Arbeitsorganisation
- * depressiv getönte Selbst-Verurteilungen und wiederholte, seit langem bekannte Selbst-Beschuldigungen
- * (aber auch!): phasenweise und situationsabhängig ein Gefühl von „doch auch irgendwie richtig sein“

... „**und das verwirrt noch mehr!!**“

Die meisten Klienten können diese Befindlichkeiten bis weit zurück in ihr Leben, nicht selten sogar bis in ihr Schulkindalter erinnern.

Diese Befunde ließen mich fragen, ob denn auch Kinder bereits mit vergleichbaren Beeinträchtigungen ihres **Selbstbefindens** und später auch ihres Selbstkonzeptes belastet sein könnten. Daraus wäre abzuleiten, ob ggf. die Beeinträchtigungen der Erwachsenen (Tab. 1)

über deren Lebensverlauf nachvollziehbar wären. Auch wäre zu fragen, ob sich daraus auch diagnostische und therapeutische Perspektiven ableiten ließen und vielleicht auch Möglichkeiten, die Entwicklung der **Störungen des Selbstbefindens und des Selbstkonzeptes** präventiv zu behandeln.

Oder, anders gefragt:

Wie hat sich das Selbstbefinden und das Selbstkonzept der Kinder über den Lebensverlauf entwickelt? Welche Rolle könnten Selbstbefinden und Selbstkonzept bei der Verstärkung der AD/HS-Symptomatik spielen? Könnten sie gar beteiligt sein an der Entwicklung oder Verstärkung der AD/HS-Symptomatik? Welche Auswirkungen könnte die Berücksichtigung des Selbstbefindens und der Selbstkonzepte der Kinder (und der Erwachsenen) mit AD/HS für die Behandlung haben?

Diese Fragestellungen und das subjektive Erleben der Kinder und der Erwachsenen mit AD/HS werden in der bisherigen Forschung noch zu wenig beachtet. Statt dessen wird bisher das „AD/HS-Problem“ noch viel zu sehr nur auf ihr schulisches bzw. arbeitsmäßiges „Funktionieren“ reduziert, indem so überwiegend vor allem nur die „Schwächen in der Konzentration, der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ betont werden. Seit ich mich mit dem AD/HS beschäftige, konnte ich mich mit diesem „offiziellen“ „Störungs“-Konzept, das mit dem AD/HS auf eine so fatale und zu wenig differenzierte Weise verknüpft ist, nicht einverstanden erklären.

Und so ergaben sich in den letzten Monaten wieder einmal neue Vorstellungen zur Verursachung, zu den Folgen und zu den Behandlungsmöglichkeiten von Kindern mit ADHS. Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Diese neuen Vorstellungen möchte ich heute darstellen. Möglichkeiten zur Förderung der Integration von Kindern mit ADHS in Kindergarten und Schule müsste man nach eingehender Abwägung der Relevanz dieser neuen Vorstellungen zu späterem Zeitpunkt ableiten und entwickeln. Dies wäre zeitlich heute nicht zu leisten.

Die gegenwärtig gültigen Syndrombezeichnungen

Die gegenwärtig gültigen Syndrom- und Symptombezeichnungen zum ADHS und die aktuell diskutierten Ursachenvorstellungen entstanden i.w. aus den Beobachtungen sowie aus der Diagnostik und Behandlung von **Kindern mit ADHS im Schulalter**. Sie entstanden also aus dem Zusammentreffen von Kindern mit einer spezifischen Entwicklungs- und Lerngeschichte einerseits und den schulischen Erwartungshaltungen bzw. mit den offiziellen Vorstellungen und Erfahrungen, wie man sich dort zu verhalten habe, andererseits.

Die Symptombezeichnungen sind Ihnen allen bekannt (Tab. 2):

Tab. 2: Aktuelle Syndrom- und Symptombezeichnungen

(lt. Stellungnahme der Bundesärztekammer; www.baek.de;

Unterstreichungen und Fettdruck vom Autor)

Hyperkinetische **Störungen** (ICD-10)

Attention-Deficit-/Hyperactivity-**Disorder** (DSM-IV)

Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-**Störung**

Die **Kernsymptome** sind (zit. aus www.baek.de):

- * „Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Leistungsanforderungen und die Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden
- * Unruhiges Verhalten insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können
- * Impulsivität z. B. mit abrupten motorischen und / oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen“.

Eltern und Lehrer, die sich kündigt machen wollen, erfahren, die Kinder seien „gestört“, ihr Verhalten werde als „Störung“. „Unfähigkeit“ bzw. sozial unangemessen definiert.

Die meisten Kinder mit ADHS hingegen kommen mit Freude und Neugier in die Schule, wenn auch meist noch etwas „verspielt“. Dort werden sie bald damit konfrontiert, dass sie „stören“, ohne dass sie dies in irgendeiner Weise zu beabsichtigen; und bald erfahren sie, sie seien „gestört“. Dies hatten sie manchmal auch schon zu Hause und in den Kindergärten erfahren, konnten sich aber irgendwie keinen Reim darauf machen. So gab / gibt es auch schon vor Schulbeginn Anlässe für Irritationen, bei den Kindern mit ADHS wie bei Ihren Eltern und ErzieherInnen.

Bzgl. der diagnostischen Kriterien bzgl. des ADHS im Vorschulalter gibt es weitere Unklarheiten (Tab. 4):

Tab. 4: Zu den diagnostischen Kriterien des ADHS im Vorschulalter

- * Es gibt bisher keine international konsensfähigen, diagnostischen Kriterien für das ADHS im Vorschulalter
- * Dass aber Vorschulkinder ADHS-Symptome zeigen, wird nicht in Frage gestellt. Die Verlaufsstudien aus München (Wurmser, 2005) und Mannheim (Laucht, 2005) belegen, dass ADHS-Symptome bereits bei einer Untergruppe der Kinder mit „frühkindlichen Regulationsstudien“ früh vorliegen.
- * Die Frage stellt sich jedoch, ob die ICD-10- bzw. die DSM-IV-Kriterien des Schulalters für Vorschulkinder anwendbar sind. Dies erscheint fragwürdig, da die für das Schulalter gültigen Kriterien eben im Schulalter entwickelt wurden, und meine nachfolgenden Ausführungen die Frage aufwerfen, ob ADHS-Kriterien vielleicht partiell Neudefinitionen verlangen werden.
- * Nach älteren Studien weisen ca. 55% aller Vierjährigen ADHS-Symptome auf (Barkley, 1995); unter den Schulanfängern sind es ca. 5 % (s. www.baek.de)
- * Die Ausprägung der ADHS-Symptomatik ist i.d.R. situationsabhängig, weshalb Brown (2005) zu Recht bemerkt, dass sie typischerweise mit Kindergarten-/ bzw. dann vor allem mit Schulbeginn verstärkt auftritt.

So ist zu fragen, ob die ADHS-Symptomatik der betroffenen Kinder im Vorschulalter wirklich nur ein Merkmal der Kinder ist, oder ob ihre ADHS-Symptomatik vielleicht auch als ein Ergebnis des Zusammentreffens von kindlichem Verhalten bzw. kindlicher Verhaltensentwicklung einerseits und Anpassungsanforderungen im Kindergarten bzw. in der Schule andererseits gesehen werden kann.

Oder anders gefragt: Kann es sein, dass schon im Kindergartenalter die konzeptionellen „Weichen falsch gestellt“ werden? Und dass diese falsche Weichenstellung möglicherweise den Selbstbefindens- und Selbstkonzeptstörungen der Erwachsenen mit ADHS zugrunde liegen?

Nach offiziellen Diagnosekriterien spielen **Selbstbefinden** der Kinder mit ADHS keine primäre oder diagnostisch relevante Rolle (Tab. 5):

Tab. 5: Selbstbefinden und ADHS-Diagnosekriterien

- * Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer werden (Zitat): „Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen“ (werden) für die (ADHS-)Diagnose nicht als maßgebliche Störungen angesehen“.
- * In den Definitionskriterien der ICD-10 wird „niedriges Selbstwertgefühl“ als Folge der AD/HS-Symptomatik definiert.
- * Brown (2005, S. 40) schreibt, „die diagnostischen Kriterien für AD/HS in der DSM-IV enthalten keine Items, die sich auf die Emotionen beziehen.“

Aber könnte es sein, dass zur Entwicklung von Diagnosekriterien für das Vorschulalter gerade das **Selbstbefinden** der betroffenen Kinder doch berücksichtigt werden muss?

Eine zutreffende ADHS-Diagnostik setzt voraus, dass man die gegenwärtig diskutierten Ursachenvorstellungen zum ADHS kennt. Denn sonst würde man ja bei der Anamneseerhebung die falschen Fragen stellen. Eine zutreffende ADHS-Diagnostik setzt auch voraus, dass man auch die Ursachenvorstellungen oder Annahmen kennt und bewerten kann, die nach gegenwärtigen wissenschaftlichen Standards **nicht** bewiesen sind, beispielsweise die inzwischen widerlegte Annahme, ADHS habe etwas mit dem Phosphat in der Nahrung zu tun, oder die Annahme, ADHS sei die Folge innerseelischer, konflikthafter Beziehungsstörungen innerhalb der Familie.

Die gegenwärtig diskutierten, und in Tab. 6 verkürzt dargestellten Ursachenvorstellungen sind Ihnen vertraut:

Tab. 6: Diskutierte (und von mir mit Pkt. 3 ergänzten) Ursachen- bzw. Verstärkervorstellungen

1. Psychosoziale, gesellschaftliche Aspekte

- * Beschleunigung, Hektik, Stress, Überforderungen
- * ungünstige psychosoziale Bedingungen
- * „frühkindliche Regulationsstörungen“

2. Medizinische und neurobiologische Faktoren

- * (Poly-)Genetische Übertragung
- * Exogene Risikofaktoren wie Geburtskomplikationen; (Belastung mit) Nikotin, Blei, Alkohol; Sauerstoffmangel, Frühgeburt
- * Verschiedene Hirnfunktionsabweichungen, und zwar

- * insbesondere bzgl. der Neurotransmission, resultierend z.B. in Dopaminmangel

3. Aspekte des biographischen Lernverlaufs

- * die Entwicklung der ADHS-Symptomatik und die damit verbundene Entwicklung des irritierten Selbstbefindens.

Zu den ersten beiden bekannten Ursachen-/ bzw. Verstärkungsfaktoren füge ich einen dritten Komplex hinzu, der sich ergibt, wenn man das Selbstbefinden der betroffenen Kinder einbezieht. Denn zu den einleitenden Fragen ist m.E. weiterhin zu fragen, ob vielleicht auch die Entwicklung des Selbstbefindens bei Kindern mit ADHS ergänzend eine wichtige Rolle bei der Verstärkung oder sogar bei der Fundierung der ADHS-Symptomatik spielen könnte.

Zusammenhang zwischen Neurotransmittern und Erleben bzw. Verhalten

Um dieser Frage nachzugehen, braucht es einige Ausführungen zu dem Zusammenhang zwischen Neurotransmittern, insbesondere dem Dopamin einerseits und dem damit verbundenen Erleben und Verhalten andererseits. Wenn ich mich hier auf das Dopamin konzentriere, so ist mir klar, dass damit die Ingesamtkomplexität natürlich sehr vereinfacht wird. Aber der empirisch nachgewiesene enge Zusammenhang zwischen Dopaminverfügbarkeit und ADHS-Symptomen ist doch so bemerkenswert, dass eine Konzentration darauf gerechtfertigt erscheint, um zu begründen, warum die Einführung des dritten Ursachen- bzw. Verstärkungsaspektes sinnvoll sein könnte. Denn darüber ließen sich eine Reihe von Erlebens- und Verhaltensweisen der Kinder und Erwachsenen mit ADHS über den Lebensverlauf verständlicher machen.

Mangel an Dopamin

Eine der zentralen Schlussfolgerungen der neurobiologischen Forschung besagt, dass die AD/HS-Symptomatik u.a. mit einem Dopaminmangel einhergeht (Krause/Krause, 2005). Dies wird z.B. durch die Beobachtung gestützt, dass Stimulanzien die Dopaminverfügbarkeit zeitbegrenzt erhöhen und entsprechend zu signifikanter Verringerung der AD/HS-Symptomatik führen.

In Tab. 7 stelle ich die empirisch belegten Zusammenhänge zwischen Dopaminmangel und Erleben / Verhalten dar:

Tab. 7: Befinden und Verhalten bei Dopaminmangel

(Brown,2005; Grawe,2004; Krause/Krause, 2005; Spitzer, 2004; 2007)

- * Körperliches Unbehagen
- * Verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration
- * Müdigkeit, Interesse- und Lustlosigkeit, Mangel an Motivation und Antrieb bis hin zu Lethargie
- * Überwiegen negativer Emotionen wie Angst, depressives Befinden
- * Gefühl von Sinnlosigkeit; die Welt erscheint fragmentiert, sinnentleert
- * Dopaminmangel erschwert die erfolgreiche Ausein-

- andersetzung mit der Umgebung
- * ... vermindert ein angemessenes Reagieren auf Außenreize (Stress- und Reizintoleranz)
- * ... erschwert die Regulierung von Stimmung und Stimmungsschwankungen
- * ... erschwert die Impulskontrolle
- * ... erschwert die Automatisierung des eigenen Verhaltens
- * ... führt zu Lernbeeinträchtigung
- * ... führt zu Beeinträchtigungen der Feinmotorik und Schwächen in der motorischen Kontrolle
- * ... führt zu sozialem Rückzug und zu
- * Suchtverlangen.

Kinder wie Erwachsene mit ADHS lassen diese Symptomatik nachhaltig erkennen und sie benennen auch diese Befindens- und Verhaltensweisen, in der Regel als belastend (s. z.B. Tab. 1). Überwiegend werden diese Befindens- und Verhaltensweisen z.B. auch als Hinweise genutzt, wenn im Rahmen der medikamentösen Behandlung eine Optimierung der Dosierungen nötig ist.

So erscheint es unmittelbar nachvollziehbar, dass sich Kinder mit ADHS und wahrscheinlich auch schon Kinder mit ADHS im Vorschulalter unter den Folgen des Dopaminmangels sehr unwohl fühlen können. Bei der Erkundung dieses Befindens unter den TeilnehmerInnen der von mir durchgeführten ADHS-Coaching-Seminare entstand zur Umschreibung der erlebten Folgen des Dopaminmangels der Begriff „diffuses Unwohlsein“.

Auch Menschen, die gar nichts mit ADHS zu tun haben, erleben gelegentlich dieses „diffuse Unwohlsein“. Dann nämlich, wenn sie sich sehr übermüdet fühlen, wenn sie zu lange am Schreibtisch arbeiteten oder bei einer (zunehmend langweiligen) Party gegessen haben. Erleichterung von diesem „diffusen Unwohlsein“ schafft in der Regel und rasch wirksam körperliche Aktivität!

Aus den empirisch belegten Beeinträchtigungen des Befindens und Erlebens durch Dopaminmangel schlussfolgerte Grawe: „deshalb scheint es einen angeborenen Regulationsmechanismus zu geben, der darauf ausgerichtet ist, den Dopaminspiegel zu erhöhen, wenn er zu niedrig ist“ (Grawe, 2004, S. 294).

Und tatsächlich zeigte die neurobiologische Forschung, dass Menschen über Verhaltensweisen zur Erhöhung der Dopaminverfügbarkeit verfügen. Auch diese Verhaltensweisen (s. Tab. 8) sind wiederum in hohem Maße deckungsgleich mit zentralen ADHS-Merkmalen.

Tab. 8: Verhaltensmöglichkeiten zur Erhöhung des Dopamins
(Brown, 2005; Grawe, 2004; Krause/Krause, 2005; Spitzer, 2004; 2007)

- * Körperliche Aktivität und motorische Bewegung
- * Neugierverhalten: Reizoffenheit und unmittelbares Zuwenden zu Neuem, besonders, wenn es Wohlbefinden oder Spannung verspricht (wobei Neugierverhalten generell auch als genetisch vermitteltes und das Überleben sicherndes Verhalten gilt)
- * Suche nach Tätigkeiten, die schon früher positives Befinden oder Erfolg vermittelten
- * Freundliches Angelächeltwerden; die Suche nach dem Lachen Anderer und deren freudiger Anerkennung
- * „Action-Seeking“: „Hypies“ nennen dies „Spasmachen“; Eltern

- und Lehrer klagen über „Provokationen“, „Stören“, „Ablenken“
- * „Risiko-Verhalten“: „Hypies“ toben, rasen und gefährden unbedacht sich und Andere; bei ADHS-Erwachsenen sind dies Bungy-Jumping, Leichtsinnigkeiten, „Verkehrs-Rowdytum“, Schuldenmachen
- * Vermeidung von Monotonie oder anhaltend Gleichem (z.B. Üben)
- * Konsum von Kaffee, Nikotin, Drogen und Alkohol

Wie attraktiv diese Verhaltensweisen zur Dopaminförderung für Kinder und Erwachsene mit ADHS sein können, verdeutlichen die belegten Wirkungen von Dopamin auf Erleben und Verhalten (s. Tab. 9).

Tab. 9: Dopaminwirkungen auf Erleben und Verhalten

(Brown,2005; Grawe,2004; Krause/Krause,2005; Spitzer, 2004; 2007)

- * Dopamin erhöht Wohlbefinden, Leistungsbereitschaft, Wachheit, Konzentration und eigene Zuversicht
- * Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft halten nur solange an, wie die Neurotransmitter fließen
- * Dopamin wird je nach aktueller subjektiver Bewertung einer Situation bzw. Handlungsintention produziert, z.B., wenn etwas spannend und interessant ist
- * Das Dopaminsystem ist die Grundlage intrinsischer Motivation und Leistungsbereitschaft / -möglichkeit
- * Das Gehirn benutzt Dopamin, um subjektiv wichtige Reize hervorzuheben
- * Alle Erfahrungen, die der Betreffende unter Dopamineinwirkung macht, werden besonders gut gelernt werden
- * Dopamin hält Lerninhalte länger im Arbeitsspeicher; so können sie besser ins Langzeitgedächtnis überführt werden
- * „Ohne Aktivierung des Dopaminsystems wird kein langfristiges Lernen stattfinden“ (Spitzer, 2007).

Diese Wirkungen des Dopamins entsprechen i.w. den von den Klienten berichteten positiven Effekten der Stimulanzienmedikation. So ist dann auch wahrscheinlich, dass die Verhaltensweisen zur Dopaminerrhöhung zu Verbesserungen im Befinden der Klienten mit ADHS führen. Denn es gibt wahrscheinlich wenig Zweifel, dass Klienten mit ADHS einen spürbaren Unterschied in ihrem Selbstbefinden feststellen können, je nachdem, ob sie zu wenig, ein (für sie) „richtiges“ Maß an Dopamin haben oder zu viel. Diese Unterschiede müssen zwar primär nicht bewusst sein. Dass sie aber spürbar und bewusst werden können und oft signifikant sind, erfahren wir täglich durch die Mitteilungen der Klienten über die Wirkungen der Medikation. Auch werden ja diese berichteten Befindensunterschiede effizient zur Feineinstellung der Medikation genutzt.

Resultierend aus den zitierten neurobiologischen Erkenntnissen formuliere ich hier eine Hypothese:

ADHS geht u.a. mit Dopaminmangel und einem „diffusen Unwohlsein“ einher; dieses ist – wie wir von erwachsenen Patienten mit ADHS wissen - nur schwer aushaltbar. Die in Tab. 9 aufgeführten Verhaltensweisen, über die Menschen die Dopamin-Verfügbarkeit erhöhen können, sind bemerkenswert deckungsgleich mit hyperkinetischem Verhalten.

Natürlich weiß ich, dass ich die Komplexität hier sehr vereinfache. Aber dennoch veranlasst mich diese Ähnlichkeit zu folgender Annahme:

Kann es sein, dass das „diffuse Unwohlsein“ bei Dopaminmangel die betroffenen Kinder mit ADHS dazu veranlassen kann, sich hyperkinetisch zu verhalten, und so ihr Wohlbefinden zu erhöhen? Kann es sein, dass die Kinder versuchen, gerade durch das hyperkinetische Verhalten das „diffuse Unwohlsein“ zu verringern und so den frustrierenden Schwierigkeiten ihrer eigenen, unzureichenden Verhaltensregulation zu entkommen?

Dies würde bedeuten, dass Kinder mit ADHS von früh auf die Erfahrung machen, dass sie sich deutlich wohler und auch wacher fühlen, und damit quasi „richtiger“ fühlen, wenn sie sich hyperkinetisch verhalten, weil gerade dieses zu mehr Dopamin und zu mehr Wohlbefinden führt.

Dabei sind die intuitiv verstärkten, wahrscheinlich auch genetisch generierten Impulse zu hyperkinetischem Verhalten natürlich primär kein bewusstes oder gezieltes Verhalten. Sie resultieren vielmehr aus intuitivem Spüren und führen über das tagtägliche Erlernen zu der Erfahrung, dass hyperkinetisches Verhalten, u.a. vermittelt über Dopamin und damit verstärkt produzierte endogene Opioide, zu verbessertem Wohlbefinden führt und auch noch Spaß (!) macht (Spitzer, 2006).

All dies gilt generell wahrscheinlich auch für Kinder ohne ADHS, mit der Ausnahme, dass sie nicht in so hohem Maße wie die Kinder mit ADHS von dem diffusen Unwohlsein des Dopaminmangels betroffen sind. Denn die allermeisten hüpfenden oder herum springenden Kinder wirken fröhlich, so wie die meisten Kinder mit ADHS, zumindest im Vorschulalter.

In diesem Lernprozess „erfüllen sich“ die Kinder noch weitere Grundbedürfnisse. Denn natürlich gibt es für Kinder mit ADHS weitere, verhaltenssteuernde Motive, die sie mit allen anderen Kindern gemein haben, nämlich z.B. das Motiv, der Erfüllung der sog. „vier Grundbedürfnisse des Menschen“ so weit wie möglich nahe zu kommen. Sie wissen ja (noch) nichts von ADHS und Dopamin. Diese „vier Grundbedürfnisse“ wurden primär von S. Epstein (1990) formuliert (Tab. 10):

Tab. 10: Die Grundbedürfnisse des Menschen

(nach S. Epstein 1990; zit. n. Grawe, 2004)

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

... nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

... nach Bindung

... nach Selbstwerterhöhung

Die Einbeziehung dieser Grundbedürfnisse soll verdeutlichen, dass ein Befinden von Unwohlsein natürlich aus vielen Ursachen und Bedingungen resultieren kann, und dass das Verhalten auch nicht allein durch Dopamin bzw. Dopaminmangel gesteuert wird. Aber ich gehe davon aus, dass für die Kinder mit ADHS ihr sich früh entwickelnde hyperkinetische Verhalten auch eine Rolle spielt bei ihrem Versuch, das generellere Ziel der sozialen Integration zu verfolgen, aus dem sie ihre grundlegendere Motivation für ihr Verhalten generieren.

Beispielsweise wird ein freudiges und an Neuem interessiertes Kind eher die Mutter zum Lächeln bringen und sich dann wertgeschätzt fühlen, was dann wieder die Wahrscheinlichkeit für hyperkinetisches Verhalten erhöht. Und tatsächlich beschreiben die meisten Eltern

hyperkinetischer Kinder, dass sie sich über das (von ihnen so interpretierte) „lebendige, aktive, neugierige und durchsetzungsbereite“ Verhalten ihrer Kinder zumindest in den ersten Jahren oft freuten.

So entsteht durch das tagtägliche „Einüben der ADHS-Symptomatik“ entsteht schon sehr früh das, was LeDoux (2002) das „implizite Selbst“ nennt. Dieses „implizite Selbst“ ist die unbewusste und zentrale, hirnpfysiologische (z.T erlernte) Basis für die ADHS-Symptomatik, auch noch im Erwachsenenalter (s. Grawe, 2004, S. 356 f.).

Dass sich das ADHS-Verhalten als ein genetisch vermitteltes, durch Dopaminmangel unterhaltenes und so auch gelerntes Verhalten interpretieren ließe, habe ich oben zunächst als eine Hypothese formuliert. Zwar beruht sie doch schon auf sehr, sehr vielen Mitteilungen von Kindern und auch von Erwachsenen mit ADHS, die das „diffuse Unwohlsein“ als schwer aushaltbar beschreiben, und die auch berichten, dass es i.W. und vorübergehend nur durch ADHS-Verhalten bzw. vorübergehend durch Medikation zu mildern sei. Aber dennoch bedarf der aufgezeigte Zusammenhang natürlich noch der empirisch fundierten Belege. Ein Zugang dafür eröffnet sich nach meinen bisherigen Erfahrungen über die Fragen, wie sich die Kinder vor, während und nach dem hyperkinetischen Verhalten fühlen. Dazu liegen bereits eine größere Zahl an Beobachtungen und Mitteilungen vor, die die hier dargestellten Zusammenhänge deutlich unterstützen.

Wie kann man aus der Perspektive der in dieser Arbeit formulierten Hypothese beispielsweise das Verhalten hyperkinetischer Kinder im Kindergarten ansehen, wenn sie nun in höherem Maße als vorher lernen müssen, ihr Verhalten an komplexe und stimulationsreiche Situationen anzupassen, und wenn sie nicht mehr einfach nur überwiegend machen können, was Spaß macht. Zum Vergleich führe ich zunächst in Tab. 11 einige Beispiele für „klassisches“ ADHS-Verhalten im Kindergarten auf:

Tab. 11: „Klassische“ Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS im Kindergarten

- * Hohe körperliche „Unruhe“: zappeln, toben, viel klettern
- * Schreien, Krach machen, nicht zuhören, rasch heftig frustriert
- * oft beschäftigt mit „Action“, „Streiche“ machen, „provizieren“
- * Spielsachen kurz befummeln, rasch wieder weglegen
- * das Spielen anderer Kinder „stören“, eingreifen, Spielzeug wegnehmen, wegwerfen
- * sie brauchen übermäßig viele Erinnerungen, Ermahnungen
- * aber auch: sich zurückziehen, allein spielen (bei ADS), bei vorschulischen Anforderungen rasch ausweichen (bei AD/HS) bzw. sich viel Mühe geben wollen (bei ADS)

Viele dieser Verhaltensweisen entsprechen auch weitgehend solchen Verhaltensweisen, wie sie bei übermüdeten Kleinkindern zu beobachten sind. Würde man nun die in Tab. 11 aufgeführten, „klassischen“ ADHS-Verhaltensweisen aus der Perspektive ansehen, dass das Kind versucht (und gelernt hat), dem „diffusen Gefühl von Unwohlsein“ auszuweichen und sich wohler zu fühlen, könnte sich dies vielleicht so darstellen (Tab. 12):

Tab. 12: Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS im Kindergarten aus der Sicht, sich hinreichend

wach, aufmerksam und stresstolerant zu machen

STATT: „Hohe körperliche Unruhe: zappeln, toben, viel klettern ...“ ...

... Das Kind versucht, das diffuse Unwohlsein zu verringern und sich wach zu machen

STATT: „Schreien, Krach machen, nicht zuhören ...“ ...

... Das Kind versucht, den von außen kommenden Lärm zu reduzieren bzw. zu signalisieren, dass es dadurch überfordert ist

STATT: „Beschäftigt mit „Action“, „Streiche“ machen, „provizieren“ ...“ ...

... Das Kind möchte sein Wohlbefinden erhöhen, um sich fröhlicher zu machen und anhaltender und motivierter mitmachen zu können.

Zu ihrem auffälligen Verhalten nehmen einige der Kinder im Kindergarten manchmal auf bemerkenswerte Weise Stellung; Formulierungen, die so oder ähnlich von den ErzieherInnen immer wieder bestätigt werden (Tab. 13):

Tab. 13: Selbstirritationen der Kinder mit ADHS im Kindergarten

„ich weiß nicht, warum ich im Kindergarten so unruhig bin!“
„ich weiß nicht, was mich stört, ärgert, aufregt“
„die Anderen stören mich!“
„die wollen immer was anderes spielen!“
„keiner will mit mir spielen!“
„immer werde ich ausgeschimpft; ich mach` doch gar nichts!“
„ich bin ganz verwirrt!“

Letzteres ist nicht verwunderlich, wenn man realisiert, was es für das betreffende Kind bedeuten mag, dass sich die Erzieherin und die Mutter darüber streiten, warum das Kind im Kindergarten so „auffällig“ ist, wo es doch zu Hause „einfach nur schön lebendig“ ist. Eine solche Dissonanz kann das betreffende Kind irritieren, da es ja keine (ab-)geklärte Interpretation und Spiegelung für sein eigenes Verhalten bekommen kann (s. z.B. die häufig formulierte Aussage: „ich mach` doch gar nichts“).

Hinzu kommt: während das Kind – nach der in dieser Arbeit dargestellten Annahme – aus seiner eigenen Sicht sich an die (hoch beanspruchenden) Bedingungen im Kindergarten quasi anzupassen „versucht“, erfährt es nicht nachvollziehbare, und meist ärgerlich getönte Reaktionen wie „Unruhe“, „stören“ oder „provizieren“; auch erlebt das Kind wahrscheinlich, dass es sich nicht verstanden fühlt.

Dies sind Beispiele für frühe Erfahrungen in Richtung der Irritation von Selbstbefinden und dem sich daraus (irritiert) entwickelnden Selbstkonzept. Andere Erfahrungen, die in die gleiche Richtung wirken, sind bereits das mit dem Dopaminmangel einhergehende „diffuse Unwohlsein“, die vermutlich häufige hohe Reizoffenheit und die Erfahrung ständig wechselnden Befindens, da ja der Zustand des Dopaminmangels immer wieder vorliegt. Ein

weiteres frühes Beispiel können die Erfahrungen von Kindern mit frühkindlichen Regulationsstörungen sein:

Viele Kinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen sind in einem erhöhten Risiko für ADHS (Wurmser, 2005; Mannheimer Verlaufsstudie, 2004). Deren sehr frühe Symptomatik spricht für erhebliche Störungen ihres Selbstbefindens. Ihre Versuche nach Orientierung und Kontrolle sind durch Ablenkbarkeit und Stimmungsschwankungen beeinträchtigt; Unlust scheint zu dominieren; ruhevoll-beruhigende und schützende Bindungsangebote sind durch elterliche Irritationen oft sehr begrenzt. D.h., möglicherweise sind nur ihr sehr unruhiges Bewegungsverhalten, ihre Ablenkungen und ihr rasch wechselndes „novelty seeking“ die den Kindern verfügbaren Möglichkeiten, sich momentweise besser oder wohler zu fühlen.

Nicht alle Kinder mit ADHS hatten anfänglich „frühkindliche Regulationsstörungen“ (Wurmser et al., 2005). Die Mehrzahl der „Hypies“ wird früh erfahren, dass ihr ADHS-aktives, fröhliches und an Neuem interessiertes Verhalten oft noch von den Eltern positiv interpretiert und verstärkt wird, sofern es sie oder Andere (noch) nicht allzu sehr stört. Die Kinder bekommen lächelnde Zuwendung, auch Anerkennung für ihr Verhalten. Und all dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für ADHS-Verhalten, das ja durch die Neurotransmitterimbalance ohnehin und zusätzlich generiert wird.

Die fragwürdige „Weichenstellung“ zu dem vermeintlichen „Gestörtsein“ bei Schulbeginn

Markanter erfahren dann die Kinder im Schulalter, dass ihr (nachhaltig gelerntes und auf Wohlbefinden und auch mentale Wachheit gerichtetes) Verhalten von den Erwachsenen als eine „Störung“ interpretiert wird. D.h. während die Kinder in den ersten Jahren ihr ADHS-Verhalten oft positiv bewerteten, und auch manch positive Rückmeldung bekamen, werden sie nun verwirrt, weil die Erwachsenen meinen, ihr Verhalten sei eine „Störung“. Und da die Kinder im frühen Schulalter noch zu abhängig sind, müssen sie neben ihrer Irritation doch auch glauben, die Erwachsenen hätten wohl recht, was aber ja diesbezüglich nicht stimmt und die Verwirrung erhöht.

Ruhig sitzen, sich anhaltend beschäftigen, zuhören oder sich den Anweisungen zu entsprechendem Verhalten anpassen, all das wird in den ersten Lebensjahren weniger geübt, gelingt auch weniger oder nur dann kurzfristig, wenn die Beschäftigung das eigene Interesse intensiv anspricht. So wird im Zusammenhang mit Frustrations- und Konditionierungsschwäche nachhaltig gelernt, dass Selbstbestimmen „besser ist“ und als positiver erlebt wird als das Fremdbestimmtwerden. „Spaß machen“ wird als besser erlebt als Schularbeitenmachen; selbst reden ist besser als Zuhören; das Spiel selbst zu bestimmen, ist besser als sich (ohne hinreichende Motivation) einzufügen und warten müssen.

Die Dominanz des Selbstbestimmens über das Fremdbestimmen zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten AD/HS-Lebensverlauf. Auch die sog. „Schwererziehbarkeit“ findet sich bei Erwachsenen in der Form wieder, dass sie für ganz Vieles immer ihre eigenen „Erklärungen“ haben und „sich nichts sagen lassen wollen“.

Zu dem „impliziten ADHS-Selbst“ gehört also u.a. auch das sehr früh etablierte Muster, dass Selbstbestimmen besser ist als Fremdbestimmtwerden. Diese implizite und stabil gelernte Überzeugtheit muss naheliegenderweise zu Kollisionen führen mit den Anforderungen zu Selbstregulation und Verhaltensanpassung in Kindergarten und vor allem in der Schule, wenn die dafür notwendigen und nur unzureichend erlernten Fähigkeiten verlangt werden (Brown, 2005).

Die Erfahrungen in dem Lernprozess des ADHS-Verhaltens und die wenigen dargestellten Erfahrungen aus früher Kindheit und aus der Zeit von Kindergarten und Schule sind nur Beispiele für die Ursachen- bzw. Verstärkungsanteile für die ADHS-Symptomatik, die ich

oben in Tab. 6 unter dem Punkt 3 als „Aspekte des biographischen Lernverlaufs“ eingefügt habe. Sie verdeutlichen einerseits, dass es aus Sicht der Kinder gute Gründe geben kann, sich hyperkinetische zu verhalten. Sie sind zugleich mit dem Risiko verknüpft, dass Eltern und auch FrühbetreuerInnen oder ErzieherInnen auf das Kind mit Irritation reagieren können, weil für sie nicht nachvollziehbar wird, warum sich die Kinder so auffällig oder gar „störend“ verhalten.

Wesentlicher noch und mit Relevanz für die „Störungs“-Thematik ist der Tatbestand, dass bei aller Berechtigung, die die Kinder für ihr ADHS-Verhalten haben, sie sich zugleich auch zahlreiche Nachteile und Defizite mit Langzeitwirkung „einhandeln“. So z.B.:

Tab. 14: Lerndefizite bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter

- * Die Kinder weichen für sie „nicht interessanten“ Anforderungen zu rasch aus und können notwendige Frustrationstoleranz nicht hinreichend üben
- * sie haben zu Schulbeginn Defizite bzgl. der Fähigkeit, ihr Verhalten an gegebene Situationen hinreichend anzupassen, obwohl sie dies eigentlich möchten (s. menschliche Grundbedürfnisse)
- * sie haben vermutlich auch Defizite bzgl. der sog. „exekutiven Funktionen ebenso wie
- * Defizite in der Eigenregulation bzgl. Erleben und Verhalten, z.B. unzureichende Modulation von Frustration und Gefühlen

Zusammenfassend ergaben sich eine große Zahl von Faktoren, die schon im Vorschulalter für die Kinder mit ADHS Anlässe für sich entwickelnde Beeinträchtigungen des Selbstbefindens und Selbstkonzeptes darstellen können. Diese werden im Schulalter noch vielfältige Verstärkungen erfahren, wie sich aus den Mitteilungen der Erwachsenen mit ADHS ableiten lässt. Wenn man andererseits das Selbstfinden der Kinder (und auch der Erwachsenen) mit ADHS einbezieht, werden die vielfältigen Formen des nur scheinbar widersprüchlichen Verhaltens leichter nachvollziehbar. Z.B. die regelhaft besseren Leistungen der „Hypies“ in den für sie „interessanten“ Schulfächern im Vergleich zu den schlechteren Leistungen in den von ihnen als „langweilig“, weil uninteressant erlebten Fächern. Oder, die deutlich bessere und nachhaltigere Aufmerksamkeitsfokussierung bei den als „interessant“ erlebten Beschäftigungen im Vergleich zu der diesbezüglichen Schwäche bei ungeliebten Hausaufgaben.

Die Auflösung dieser scheinbaren Widersprüchlichkeiten, die regelhaft zu zahllosen und belastenden Missverständnissen führen (z.B. „er könnte, wenn er wollte“!), könnten zu erheblichen Entlastungen für die Kinder führen.

Literatur:

Brown TE (2005) Attention Deficit Disorder - The unfocused mind in children and adults. Yale University Press, New Haven London

Bundesärztekammer (2006) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)- Langfassung (www.baek.de)

Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto

Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2004) Psychotherapie der AD/HS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto

- Krause J (2008) Psychodynamische Therapieansätze bei Erwachsenen mit ADHS. Psychotherapie 13 (2): 213-219
- Krause J., Krause KH (2005) ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, New York
- Laucht M (2005) Haben Kinder mit frühkindlichen Regulationsproblemen ein erhöhtes ADHS-Risiko? Kinderärztliche Praxis, Sonderheft „ADHS“, Nr 3:9-11
- LeDoux JE (2002) Synaptic Self: How our brains become who we are. Viking Penguin, New York
- Ryffel-Rawak D (2003) Wir fühlen uns anders! Hans Huber, Bern
- Spitzer M (2004) Selbstbestimmen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg
- Spitzer M (2007) Lernen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg
- Winkler M (2007) AD/HS- und Bulimie. Vortrag Minden
- Wurmser H (2005) Frühe Prädiktoren für die Entstehung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Kinderärztliche Praxis, Sonderheft ADHS, Nr. 3:4-8

Dr. Georg Wolff, Dipl.-Psych.
Aschendorferstr. 13
30539 Hannover
georg.wolff@arcor.de