

## Die ADHS-Problematik hat eine lange Geschichte

*Hans von Lüpke*

---

**Abstract:** *The problems of ADHD have a long history.* The purely medical orientated diagnosis of ADHD-problems misses the psychodynamic aspects and doesn't show the way to prophylactic strategies. Concepts of pre-forms of ADHD problems and prophylaxis are related to concepts of early development. This paper discusses basic aspects of development such as the mutual relatedness beginning in prenatal life, the need for a sense of self-agency (according to Stern), and the perception of the self and the other in an "attunement" (Stern). This can only happen in an open space, in a "potential space" (according to Winnicott). In this context, even disturbances may enhance development, if there is "disruption and repair". Consequences of these aspects for the development of empathy, bonding and affect regulation will be discussed.

Prospective studies give evidence for intrusive and overstimulating care in infancy as a precursor of later ADHD-problems. Premature born babies with a history of long-time intensive care are at special risk for these problems. Other prospective studies give evidence for a relationship between experiences of anxiety and "life stress" in mothers during pregnancy and the development of symptoms according to the concept of ADHD. Genetics, overstimulation and trauma with their consequences for brain development as well as some methodological problems in long-time prospective studies will be discussed. Feelings of impotence and being at the mercy of an overwhelming power leading to a loss of the sense of self-agency and "potential space" may take effect. The symptoms of ADHD such as hyperactivity, impulsivity and lack of attention, in this context, can be understood as coping strategies.

Prophylactic strategies will be presented according to the above mentioned concept, in particular the impact of guilt feelings and support for families and their social network as early as possible. The mutuality of influences requires a nonlinear complex model of thinking and acting.

**Zusammenfassung:** Eine ausschließlich an medizinischen Kriterien orientierte Diagnostik der ADHS-Problematik vernachlässigt die psychodynamischen Aspekte und bietet wenig Möglichkeiten für prophylaktische Maßnahmen. Im vorliegenden Beitrag wird ein Entwicklungskonzept vorgestellt, das die Wechselseitigkeit der Beziehungen als grundlegendes Entwicklungselement von der Schwangerschaft an thematisiert. Dabei wird Bezug genommen auf Vorstellungen von Stern („Gefühl der Urheberschaft“, „Abstimmung“) und Winnicott („Raum der Möglichkeiten/Fähigkeiten“). Zur Ausbildung von Empathie und der Fähigkeit zur Affektregulation gehört auch der Umgang mit Störungen im Sinne von „Unterbrechung und Wiederherstellung“.

Prospektive Langzeitstudien haben gezeigt, dass eindringendes und überstimulierendes Pflegeverhalten in der Säuglingszeit mit der Entwicklung einer ADHS-Problematik im Kleinkind- und Schulalter korreliert. Belastungen in der Schwangerschaft durch Angst und Stress gehen bei den Kindern ebenfalls häufig mit dem Bild einer späteren ADHS einher. Die methodischen Probleme solcher Studien werden ebenso diskutiert wie Befunde aus Genetik und Hirnforschung. Ausschlaggebend ist dabei die Erfahrung von Ohnmacht und damit ein Mangel an entwicklungsfördernden Faktoren im Sinne des oben dargestell-

ten Konzepts. Die Symptomatik der ADHS (Hyperaktivität, verminderte Aufmerksamkeit, Impulsivität) kann in diesem Kontext als eine Bewältigungsstrategie, die ihr Ziel jedoch nicht erreicht, verstanden werden.

Für prophylaktische Maßnahmen erscheint es vor allem bedeutsam, Schuldgefühle abzubauen und eine entwicklungsfördernde Interaktion in den Familien und ihrem sozialen Netzwerk so früh wie möglich zu fördern. Die Wechselseitigkeit verlangt dabei ein komplexes nichtlineares Denken und Handeln.

**Stichwörter:** Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS, engl. ADHD), psychodynamische Aspekte, Prophylaxe, Vorformen der ADHS, „sense of self-agency“, „potential space“, „life stress“ in der Schwangerschaft, Gehirnentwicklung, Wechselseitigkeit.

### Vom Symptom zur Diagnose?

Angesichts der zentralen Rolle, die neurobiologische Befunde in der Diskussion um die ADHS-Problematik einnehmen, fällt auf, dass die Mehrzahl der Untersuchungen an Schulkindern und Jugendlichen, z.T. auch an Erwachsenen vorgenommen wurden. „Ob diese so spät festgestellten Veränderungen bereits vorhanden waren, als die Kinder die ersten Symptome von ADHS zeigten, also im Kleinkind- oder Kindergartenalter, ist bisher kaum untersucht worden“, schreibt der Hirnforscher Gerald Hüther (Hüther u. Bonney 2002, S. 56). „In zahlreichen tierexperimentellen Untersuchungen konnte inzwischen gezeigt werden, dass unterschiedlich strukturierte Umweltbedingungen während der vor- und nachgeburtlichen Entwicklung wesentlichen Anteil an der Determinierung adulter Verhaltensrepertoires, adulter neurophysiologischer Ausprägungen, sowie auch neuromorphophysiologischer Differenzierungsprozesse haben“ (Hüther 2006, S. 226). Daraus ergibt sich, dass auch die Symptomatik früher Formen der ADHS-Problematik nicht mit den Maßstäben der traditionellen Diagnostik erfassbar sein kann. Um eine Vorstellung von diesen frühen Formen – und damit auch von prophylaktischen Chancen – entwickeln zu können, erscheint es sinnvoll, zunächst den Kriterien dieser Diagnostik genauer nachzugehen.

Auch wenn mit dem „S“ im ADHS inzwischen eine „Störung“ und nicht mehr – wie im HKS – ein „Syndrom“ abgekürzt wird, bestimmt ein medizinisches Modell noch weitgehend das Bild. In beiden Fällen hat das „S“ die Qualität einer Diagnose. „Vom Symptom zur Diagnose“ dient in der Medizin als Leitlinie zum Handeln – selbst dann, wenn anschließend erklärt wird, die eigentliche Ursache, die Ätiologie, sei noch unbekannt. Angesichts dieser Bedeutung von Diagnosen verblasst die der einzelnen Symptome – sie dienen nur noch zur Absicherung der Diagnose. Für die ADHS bedeutet dies, dass weder die Bedeutung von Hyperaktivität – falls überhaupt vorhanden – noch die Regulation von Aufmerksamkeit oder die Affektkontrolle thematisiert werden. Streeck-Fischer spricht – in Anlehnung an das aus der Neurologie bekannte Phänomen eines partiellen Nicht-Wahrnehmens – von einem dreifachen „Neglekt“: „Am Kind, an dem kaum mehr als die Aufmerksamkeitsstörung gesehen wird, auf der Ebene der Theorie, indem wichtige Informationen, die über das Kind vorliegen, nur peripher in Rechnung gestellt werden, und in Verbindung mit der Diagnostik, indem angesichts der scheinbar einfachen und schnell zu stellenden Diagnose wichtige Teile der psy-

chischen, mentalen und körperlichen Existenz des Kindes nicht gesehen werden“ (Streeck-Fischer 2006, S. 80). Entscheidend ist nur noch: handelt es sich um eine ADHS oder nicht? Die neurobiologischen Befunde ab Anfang der 90er Jahre haben trotz ihrer mangelhaften Evidenz (Hüther 2005, 2006; von Lüpke 2004) mit dem Stichwort „Hirnstoffwechselstörung“ zur Fixierung dieser medizinischen Sicht beigetragen, obwohl gerade aus der Perspektive der Hirnforschung die aktuellen Befunde eine späte Phase darstellen und der vorangegangenen Entwicklung besondere Bedeutung zukommt.

Dieser Aspekt soll im folgenden Beitrag diskutiert werden. Dabei stellt sich unabweisbar – da noch nicht auf eine Diagnose hinzielend – die Frage nach der Bedeutung der einzelnen Auffälligkeiten. Solche Bedeutungen könnten dann im Hinblick auf die ADHS zu einem besseren Verständnis mit neuen prophylaktischen und therapeutischen Zugängen führen. Voraussetzung ist dabei eine Sicht von Entwicklung als ein auf ständige Wechselseitigkeit hin angelegter Prozess. Zu keinem Zeitpunkt gibt es einen isolierten („monadischen“) Menschen, der erst irgendwann später Beziehungen eingeht.

Es geht dabei um Handeln und Wahrnehmen, behandelt und wahrgenommen werden. Diese Wechselseitigkeit entsteht auf der Basis einer gegenseitigen Abstimmung („attunement“) (Stern 1992) und entwickelt sich bereits in der Fetalzeit lange bevor dieser Prozess bewusst wahrgenommen und beispielsweise über Berührung durch die Bauchdecke der Schwangeren willentlich beeinflusst werden kann. Serman und Hoppenbrouwers (1971) konnten zeigen, dass die Maxima der fetalen Bewegung sich mit Traumphasen der Mutter (registriert über REM-Schlaf-Episoden) in einem rhythmischen Muster abwechseln (weitere Literatur bei von Lüpke 2003). Nach der Geburt wird dieses Zusammenspiel mit der Mutter – nach den heutigen Vorstellungen von Anfang an auch mit dem Vater und anderen Bezugspersonen – immer wieder neu gestaltet. Nicht allein die Versorgung ist dabei maßgeblich, sondern die immer wieder erneute Abstimmung in Phasen des sich gegenseitig Verlierens und Wiederfindens. In der Säuglingsforschung wird vom „interactional repair“, von „disruption and repair“ gesprochen (Beebe et al. 2005). Gerade die Überwindung von Störungen durch aktive Beiträge von beiden Seiten – auch von Seiten des Säuglings – gilt nach den heutigen Vorstellungen in der Säuglingsforschung als besonders entwicklungsfördernd und als wichtiger Beitrag für den Aufbau einer sicheren Bindung (Beebe et al. 2005). Nach der Geburt gewinnen akustische und optische Signale und damit auch die Mimik besondere Bedeutung. Wird der Säugling von Affekten wie Angst überwältigt, bedarf er der authentischen Antwort des Erwachsenen, der diesen Affekt ebenfalls empfindet, jedoch nicht davon überwältigt wird. Diese Erfahrung gibt dem Säugling im Laufe der Entwicklung die Möglichkeit, auch seinerseits den Affekten durch zunehmende Kontrolle immer weniger ausgeliefert zu sein. Der Unterschied zwischen eigener Kontrolle und dem Ausgeliefert-Sein an kontrollierende Instanzen ist für die Entwicklung von zentraler Bedeutung. Im wechselseitigen Austausch bildet sich schließlich die Vorstellung, dass Gefühle und Handlungen anderer Menschen nicht den eigenen Erwartungen entsprechen müssen, sondern dass diese wiederum ihre eigenen Motive haben. Empathie entwickelt sich. In zunehmendem Maße wird die Umwelt als gemeinsam wahrgenommenes Drittes von Bedeutung, sei es als konkretes Objekt oder als gemeinsamer Handlungs-

rahmen, Rhythmus und Regel. Es entwickelt sich die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln. Wiederholte Erfahrungen schaffen Antizipation, den Aufbau von Erwartungen in der Zukunft. All diese Prozesse setzen gemeinsame Spielräume voraus. Welche Bedeutung solche Spielräume bereits während der Schwangerschaft in der Phantasie der Eltern haben, konnte von Klitzing (2005) in einer prospektiven Studie zeigen. Die Flexibilität in diesen pränatalen Phantasien im Hinblick auf den Partner wie auf das ungeborene Kind korrelierte mit Konfliktbewältigungsstrategien des Kindes im Alter von 4 Jahren. Eine rigide, wenig Spielraum erlaubende Phantasie dagegen ging später mit erhöhter Aggressivität, wie sie auch bei der ADHS beobachtet wird, einher.

### **Wechselseitigkeit als Thema in der Entwicklung von ADHS**

Dieser kurze Überblick zur Wechselseitigkeit als regulierendem Faktor in der Entwicklung macht im Hinblick auf die ADHS deutlich, dass Hyperaktivität als Teilaspekt des Bedürfnisses nach Handlungsspielraum, kurze Aufmerksamkeitsspanne im Kontext der gegenseitigen Wahrnehmung und Impulsivität als Thema der Affektkontrolle gesehen werden kann. Auch die bei der ADHS beschriebenen Schwierigkeiten im Aufbau von Erfahrungen und der Möglichkeit, Vorwegnahmen zu entwickeln sowie über Empathie sich in andere einzufühlen, werden als Entwicklungsthemen im Konzept der dialogischen Wechselseitigkeit erkennbar. Man könnte die ADHS als Problem eines „entgleisten Dialogs“ beschreiben (von Lüpke 2006).

Auf diesem Hintergrund sind Studien über Zusammenhänge zwischen frühen Interaktionsformen und der Entwicklung einer ADHS von Interesse. Das Team um Sroufe (Carlson et al. 1995; Sroufe 1997) untersuchte in einer prospektiven Studie die Zusammenhänge zwischen Auffälligkeiten im Säuglingsalter und der Entwicklung von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen im Kindergarten- und Schulalter. Die Autoren betonen, dass als einziger konstanter Faktor ein überstimulierendes und eindringendes Verhalten der Eltern bei der Interaktion mit den Säuglingen im Alter von sechs Monaten zu beobachten war („parental overstimulation and intrusiveness“). Dies erinnert an Winnicott, der Übergriffe („impingements“), die den Säugling vom Handelnden zum Reagierenden werden lassen, als entwicklungsblockierenden Faktor beschreibt (Winnicott 1976). In den Untersuchungen von Sroufe und seinem Team war kein anderer Risikofaktor, weder das „Temperament“ des Kindes noch weitere, die Entwicklung oder Gesundheit der Kinder betreffenden Faktoren mit späteren Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen korreliert. Dies ist insofern bemerkenswert, als in der organmedizinisch orientierten Literatur (etwa der „Stellungnahme“ der Bundesärztekammer 2005) gesundheitliche Probleme wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, ein niedriges Geburtsgewicht, Infektionen und Toxine wie Alkohol und Medikamentenmissbrauch in der Bewertung als Risikofaktoren einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Auch wird dort immer noch mit dem Hinweis auf methodisch überholte Untersuchungen wie Zwillings- und Adoptionsstudien behauptet, dass „genetischen Faktoren die größte Bedeutung in der Ätiologie zukommt“ (S. C2563). Nach den heute aktuellen Vorstellungen über die Rolle von Genen werden diese erst durch Umwelt-

faktoren – unter diesen auch Beziehungsfaktoren – aktiviert (Bauer 2002; Hüther 2004, 2005; von Lüpke 2004). Die Tatsache, dass ein hoher Prozentsatz (etwa 10%) der zu früh geborenen Kinder später die Symptome einer ADHS entwickelt, kann nicht nur auf eine „allgemeine Reifungsstörung des Gehirns“ (Linderkamp 2005) zurückgeführt werden, sondern möglicherweise ebenfalls auf jene von Sroufe beschriebenen Interaktionserfahrungen. Die Situation der oft über lange Zeit schwer kranken, sedierten und von Apparaten abhängigen Kinder erschwert die Entwicklung einer wechselseitigen Beziehung und fördert – oft als Resultat verzweifelter Hilflosigkeit – jenes von Sroufe beschriebene überstimulierende Verhalten (Sarimski 1992). Auch bei Kindern mit körperlicher Behinderung kann sich diese Problematik entwickeln.

Eine große Zahl an prospektiven Studien zeigt Zusammenhänge zwischen pränatalen Erfahrungen von Angst und Stress bei der Mutter und der späteren Entwicklung von Überaktivität, Unaufmerksamkeit sowie emotionalen Problemen mit gestörtem Sozialverhalten ab dem 4. bis hin zum 15. Lebensjahr (van den Bergh 2005; Huizink 2005; O’Conner et al. 2002). Wurmser et al. (2006) konnten in einer prospektiven Studie erstmals einen Zusammenhang zwischen Lebensbelastungen („life stress“) in der Schwangerschaft und vermehrtem Schreien der Kinder bis zum 6. Monat nachweisen. Dieses vermehrte Schreien im frühen Säuglingsalter geht nach Wolke et al. (2002) mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung „hyperaktiver Störungen“ in der Kindheit einher. Methodisch ist jedoch zu berücksichtigen, dass Einflussfaktoren während der Schwangerschaft nicht kausal zu späteren Auffälligkeiten in Beziehung gesetzt werden können, ohne die Bedeutung der Zeit davor und der dazwischen mit ihren möglichen Einwirkungen zu berücksichtigen, worauf auch Wurmser et al. hinweisen. Im Sinne des transaktionalen Entwicklungsmodells von Samaroff und Chandler (1976) kann davon ausgegangen werden, dass jede Einflussgröße (sei sie förderlich oder blockierend) nicht unabhängig von vorangegangenen zum Tragen kommt und ihrerseits auf spätere einwirkt. So ist an die Möglichkeit zu denken, dass frühe Belastungen – etwa die von Eltern unreifer Frühgeborener auf der Intensivstation – zu einem Interaktionsverhalten führen, wie es Sroufe und sein Team geschrieben haben, das dann seinerseits die weitere Entwicklung beeinflusst. Andererseits bewirkt Angst bei schwangeren Müttern unmittelbar ein hyperaktives Verhalten der Feten, wie Beobachtungen von Janniruberto und Tajani (1981) während des Erdbebens in Bari beobachten konnten. In der Diskussion um die Bedeutung früher Einflüsse gewinnen Hinweise auf Traumatisierung mit ihren neurobiologischen Äquivalenten zunehmend an Bedeutung. Perry (1996) hat ein Konzept entwickelt, wonach die im ADHS-Konzept zusammengefassten Auffälligkeiten als Ausdruck von Überlebensstrategien in bedrohlich empfundenen Situationen interpretiert werden. Unter neurobiologischen Aspekten geht er davon aus, dass sich dabei Funktionseinheiten im Bereich von Hirnstamm und Mittelhirn verstärkt auf Kosten des Kortex und dessen Verbindungen mit dem limbischen System entwickeln. Strukturen in diesen zuletzt genannten Systemen werden wiederum mit der Entwicklung von Orientierung, Handlungsplanung und Empathie in Verbindung gebracht. Hüther (2006) spricht davon, dass es durch ein „mismatch“ zwischen „elterlichen Erwartungen und kindlichen Reaktionen“ zur Überstimulierung des dopaminergen Systems kommen kann. Diese Überstimulierung hat nach Hüther

einen hemmenden Einfluss auf die Entwicklung von kortikalen Strukturen des vorderen Stirnhirns mit seinen koordinierenden Funktionen. Er geht davon aus, dass dieser Prozess schon in frühen Phasen der Hirnentwicklung, lange vor der Manifestation von Auffälligkeiten, beginnen kann. Nach Brisch haben Verhaltensweisen der Kinder bei desorganisiertem Bindungsverhalten „auf der Symptomebene Ähnlichkeiten mit dem ADHS-Syndrom und sind im Kindergarten- und Grundschulalter häufig mit aggressiven Verhaltensweisen assoziiert. Somit könnte ein desorganisiertes Bindungsmuster bei Säuglingen und Kleinkindern ein Vorläufer für eine ADHS-Symptomatik bei Vorschul- und Schulkindern sein“ (Brisch 2004, S. 40). Brisch geht davon aus, dass dem desorganisierten Bindungsverhalten häufig traumatische Erfahrungen vorausgehen und arbeitet zur Zeit an einer Studie über den Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwicklung einer ADHS-Problematik.

Beim Versuch, die bisher beschriebenen Beziehungserfahrungen aus der Perspektive des Kindes zu verstehen, zeigt sich – beginnend mit den Untersuchungen von Sroufe bis hin zur Diskussion um die Bedeutung von Traumaerfahrungen – ein gemeinsamer Nenner: Ohnmacht in erzwungener Passivität durch hilfloses Ausgeliefert-Sein an die Übermacht kontrollierender Instanzen. Solche Instanzen wären die überstimulierenden und eindringenden Eltern bei Sroufe und seinem Team oder die übergriffigen bei Winnicott. Die Symptome der ADHS im Sinne von Hyperaktivität, ständig wechselnder Aufmerksamkeit und überschießender Impulsivität wären dann der Versuch, die Position des defensiven Reagierens zu überwinden und zum aktiv Handelnden zu werden. Sich als Handelnden wahrzunehmen, verweist auf den Aspekt des Empfindens von „Self agency“ bei Stern als einem der Grundelemente des Kernselbstempfindens (Stern 1992) sowie auf Winnicott mit seiner Betonung der Aggressivität im Sinne von Motilität (Winnicott 1976). Dabei wird wiederum die doppelte Richtung erkennbar: die nach innen als Versuch der Selbststabilisierung und die nach außen als Suche nach Antwort eines Gegenüber. Hyperaktivität in Situationen von Angst und Unsicherheit ist eine jedem vertraute Reaktion. Sie zielt auf verstärkte Handlungsfähigkeit und Selbstwahrnehmung, aber auch auf das Gefühl von Kohärenz. Möglicherweise versuchen Kinder mit „ADHS“ auch, mangelhafte Erfahrungen von Kohärenz aktiv zu kompensieren. Dies könnte ebenso für die überschießende, ständig wechselnde Aufmerksamkeit gelten. Das mangelnde Vertrauen, bei Konflikten in einem unter eigener Mitbeteiligung regulierbaren kohärenten System aufgehoben zu sein, kann zur anhaltenden Wachsamkeit, zu einem „auf der Hut sein“ führen. Hartman (2001) hat den positiven Aspekt dieses Verhaltens mit sinnvollen Eigenschaften des Jägers verglichen und es denen des Sammlers gegenüber gestellt. Mangelhaftes Erleben von Kohärenz macht es schwer, Erfahrungen auszuwerten und als Vorwegnahme für die Zukunft zu nutzen. All dies geht mit einer emotionalen Verunsicherung einher, die in ihrer aktiven Form als Impulsivität und Aggressivität in Erscheinung treten kann. Im Zusammenhang mit der Schwierigkeit, Erfahrungen auszuwerten, führt dies zu den bekannten Problemen im Sozialverhalten. Im Zusammenspiel mit der Umwelt bewirkt es nicht Abstimmung, sondern Eskalationen. Der dialogische „Vorschlag“ (Milani Comparetti 1996) wird als Angriff empfunden und entsprechend beantwortet.

Hier zeigt sich die Bedeutung der Interpretation von Verhalten – in der spontanen Kommunikation wie bei der wissenschaftlichen Auswertung. Kühle et al. (2001) beschreiben an Hand ihrer videogestützten Untersuchungen von Kindern mit „ADHS“ eine Reihe von Auffälligkeiten. Nach ihrer Bewertung sind die Bewegungen oft zu schnell, schießen über das Ziel hinaus, sind häufig innerhalb abgebrochener Handlungspläne unvollständig. Sie erscheinen zu heftig, eckig und in Bezug auf Zeit und Raum falsch dimensioniert. Bei der Beurteilung der Mimik halten die Autoren das Lächeln meist für zu stark und abrupt einsetzend, wenig variabel, abrupt oder stufenweise endend und oft noch in die nächste Handlung, die schon wieder einen anderen Gesichtsausdruck erfordere, hinein reichend. Schließlich betonen sie das Auftreten von häufigen Blickkontaktabbrüchen. Mitten im Lösen einer Aufgabe oder im Gespräch weiche der Blick kurz vom Fixierpunkt oder vom Gesprächspartner ab. Im sozialen Kontakt löse dies bei den Interaktionspartnern negative Reaktionen aus: besonders Eltern fühlten sich verletzt. Ausgehend von der Interpretation, dass ihr Kind ihnen nicht zuhören wolle, reagieren sie gekränkt. Lehmann (2005) folgert aus solchen Untersuchungen, dass Kinder mit ADHS weniger empathisch seien und die Emotionen ihrer Mitmenschen nicht korrekt identifizieren könnten. Während Kühle et al. und Lehmann diese Auffälligkeiten als Eigenarten der „gestörten“ Kinder interpretieren, lassen sich solche Beobachtungen auch als das Resultat früh „entgleister“ Beziehungserfahrungen verstehen: Als Botschaften, die ins Leere gehen, keine Antwort erhalten – möglicherweise zwar eine Antwort, aber eine, die an ihnen vorbei läuft, auch beim Erwachsenen verbunden mit dem Gefühl, das Gegenüber nicht erreichen zu können.

### **Konsequenzen für die Praxis**

Fragen der Interpretation gewinnen damit bereits für die Diagnostik grundlegende Bedeutung. Geht man, wie in der „Stellungnahme“ der Bundesärztekammer (2005), von einer durch entsprechende Symptome definierten Diagnose und damit vom einzelnen Kind und der in ihm lokalisierten Störung aus, so besteht die Gefahr, dass immer mehr Kinder mit entsprechenden Auffälligkeiten der ADHS zugeordnet werden. Unter der Fragestellung: „Handelt es sich nicht eigentlich um eine ADHS?“ erhalten dann auch Kinder mit Behinderungen das Etikett „ADHS“, wenn sie entsprechend definierte Symptome zeigen. Dies zeigt sich beispielsweise in einer Arbeit von Niklasson et al. (2005), in der die Frage diskutiert wird, ob manche Kinder mit „Velokardiofaziales Syndrom“ – einer chromosomal bedingten Erkrankung mit Fehlbildungen in mehreren Organsystemen – eigentlich als ADHS diagnostiziert werden müssten. Hier könnte sich eine weitreichende Diskussion entwickeln, vergleichbar jener, ob alle Kinder mit Stereotypien „eigentlich“ Autisten seien. Im Kontext der hier vorgestellten Überlegungen wäre die Frage umzukehren: Ob Kinder, die auf Grund ihrer Symptomatik in den Sammeltopf ADHS eingeordnet werden, sich eigentlich durch eine Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungen und Problemkonstellationen auszeichnen, für welche die ADHS-Systematik lediglich symptomatisch eine gemeinsame Endstrecke darstellt. Streeck-Fischer (2006) spricht von einer Palette der narzisstischen Störungen, Depressionen, Angststörungen, Borderlinestörungen,

dissozialen Störungen, Frühstörungen oder Anpassungsstörungen, die sich unter der Diagnose ADHS verbergen können.

Es liegt auf der Hand, dass auch Fragen der prophylaktischen oder therapeutischen Intervention sich durch eine dialogische Sicht entscheidend verändern. Schon die Botschaft, dass dem störenden Verhalten ein Sinn zuerkannt wird, öffnet den Weg für die Kooperation mit Kind und Eltern gleichermaßen. Dabei geht es nicht um neue Maßnahmen, sondern auch hier um Interpretationen mit ihren dahinter liegenden Bildern. So stellt die Medikamentengabe unter dem Aspekt der Hilfe in Notsituationen eine andere Botschaft dar als die Medikamentengabe in der Überzeugung, damit eine Hirnstoffwechselstörung zu korrigieren. Unterstützungssysteme für das gesamte System Familie, auch in zusätzlichen Betreuungsinstitutionen wie Krippe, Kindergarten und Schule, gewinnen damit ergänzend zur Psychotherapie an Bedeutung. Sroufe (1997) schreibt: „Veränderungen bei der Unterstützung der Betreuer und deren Beziehungssituationen waren am meisten verlässlich für die Vorhersage von Veränderungen im Problemverhalten der Kinder. In dem Maße, in dem sich die Beziehungen der primären Bezugspersonen stabilisierten oder destabilisierten, veränderten sich die Auffälligkeiten des Kindes im Hinblick auf Aufmerksamkeits- und Überaktivitätsprobleme“ (S. 259). Auch wenn die Botschaft zunächst so irritiert, dass eine Antwort darauf schwer fällt, ist schon die Bewertung als Botschaft der erste Schritt, wechselseitige Eskalationen zu überwinden und im wörtlichen Sinne den gemeinsamen „Spielraum“ zu entwickeln.

Diese Problematik gilt nicht nur für eine dialogische Abstimmung zwischen den beteiligten Personen, sondern reicht bis in gesellschaftliche Irritationen und deren Aushandeln oder Verleugnen. Hier geht es um Ehrlichkeit. Kinder, die Symptome im Sinne einer ADHS entwickeln, sind möglicherweise jeder doppeldeutigen Botschaft, jeder versteckten Leugnung gegenüber besonders sensibel. Eindringendes und überstimulierendes Verhalten im Sinne von Sroufe, als Erziehung oder Förderung getarnt, in Wirklichkeit aber verstärkter Außenkontrolle und Angstabwehr dienend, wäre hier ebenso zu nennen wie öffentlicher Druck zum Lernen als Erfolgsgarantie in einer globalisierten Welt, in der die Weichen von kontrollierenden übermächtigen Instanzen unabhängig von den Qualifikationen des Einzelnen gestellt werden. Mikro- und Makro-Dimensionen begegnen sich. Die globale Entwicklung nimmt die Hoffnung, noch gezielt handeln zu können.

## **Ausblick**

Die Diskussion über Ursachen für die Entwicklung einer ADHS-Problematik wird bislang blockiert durch die Angst vor Schuldzuweisungen. Eltern, die sich zu Recht gegen den Vorwurf von Erziehungsfehlern zur Wehr setzen, finden Verbündete bei Professionellen, die ihre organmedizinisch am einzelnen „Kranken“ orientierte Sicht verteidigen. Dabei werden Positionen, die längst von den jeweiligen Fachdisziplinen überwunden sind, in rigider Fixierung aufrecht erhalten – so die Vorstellung genetischer Bedingtheit und die einer Hirnstoffwechselstörung. Anstelle der fachlichen Diskussion wird eine Liste mit 83 Unterschriften amerika-

nischer Wissenschaftler vorgelegt (Barkley 2002, bis 25. 7. 2005 ergänzt durch 67 deutsche: Elterninitiative AdS e.V., Postf. 1165, 73066 Ebersbach), die „beweisen“ soll, dass es in der Wissenschaft keinen Dissens darüber gäbe, „ob ADHS eine echte medizinische Störung sei. Tatsächlich gibt es jedoch keinen solchen Dissens – zumindest nicht mehr als beispielsweise über die Frage, ob Rauchen zu Krebs führt oder HIV/AIDS von einem Virus verursacht wird“ (Barkley 2002, nach der Übersetzung von M. Townson der o.g. Elterninitiative). Diese unfruchtbare Polarisierung wiegt umso schwerer, als sie letztlich zu Lasten von betroffenen Kindern, Eltern und medizinisch nicht vorgebildeten Fachleuten geht. Darüber hinaus wird immer deutlicher, dass die neuere wissenschaftliche Entwicklung gerade in den Bereichen Genetik und Neurobiologie mit psychodynamischen und pädagogischen Vorstellungen in einen zunehmend fruchtbaren Austausch getreten ist.

Damit kommt einer Überwindung der Angst vor Schuldzuweisungen besondere Bedeutung zu. Einige der hier dargestellten Befunde und Überlegungen zu Entwicklung und Interpretation der Auffälligkeiten bei der „ADHS“ könnten dazu beitragen: so die unausweichliche Wechselseitigkeit in der Entwicklung, das Konzept der potentiell konstruktiven Rolle von Fehlern und vor allem die Tatsache, dass gerade bei der ADHS-Problematik das gesamte Umfeld – und nicht allein die Eltern – von Bedeutung sind, wie Sroufe und sein Team gezeigt haben. Entsprechend beziehen neuere Präventivprogramme in besonderem Maße das familiäre Umfeld wie auch den Kindergarten ein (Leuzinger-Bohleber et al. 2006; Henke 2006). Auch reicht die wechselseitige Verflechtung bis in die Vorgeschichte der beteiligten Personen, etwa über die ungelösten Traumata von Eltern, die ihrerseits zu desorganisierten Bindungen mit dem Risiko für die Entwicklung einer ADHS-Problematik bei den Kindern führen können (Brisch 2004). Hier bietet sich eine Chance zur Überwindung des von Streeck-Fischer beschriebenen „Neglekt“.

Schließlich verweist das erwähnte transaktionale Modell von Samaroff und Chandler auf die nichtlineare, nie auf einfache Kausalitätszusammenhänge reduzierbare Dynamik von Entwicklung. Nach der Trauer darüber, in keinem Lebenszusammenhang gezielt wirksam werden zu können, bleibt die Hoffnung, überall einen Beitrag zu leisten – von der Wechselseitigkeit in Entwicklungsprozessen bis hin zu den Unkalkulierbarkeiten einer globalisierten Welt. Klarheit und Austausch über beides – Trauer wie Hoffnung – könnte bei der ADHS-Problematik dazu beitragen, handlungsfähig zu werden.

## Literatur

- Barkley RA (2002) International consense statement on ADHS. *Clin Child Fam Psychol Rev* 5(2): 89–111
- Bauer J (2002) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt
- Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D (2005) *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York
- Brisch KH (2004) Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie* 2: 29–44

- Carlson EA, Jacobvitz D, Sroufe LA (1995) A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development* 66: 37–54
- Hartman T (2001) Eine andere Art, die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Lübeck
- Henke B (2006) Die Hamburger Frühpräventionsstudie zur psychischen und psychosozialen Integration von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Ein Werkstattbericht. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G. (Hg) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, S 270–285
- Hüther G (2005) Pränatale Einflüsse auf die Hirnentwicklung. In: Krens I, Krens H (Hg) Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen, S 49–62
- Hüther G (2006) Nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (Hg) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, S 222–237
- Hüther G, Bonney H (2002) Neues vom Zappelphilipp. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln. Düsseldorf Zürich
- Huizink AC (2005) Pränataler mütterlicher Stress und die Entwicklung des Säuglings. Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Stressforschung. In: Krens I, Krens H (Hg) Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie Göttingen 2005, S 83–93
- Janniruberto A, Tajani E (1981) Ultrasonic study of fetal movements. *Seminars in Perinatology* 5: 175–181
- von Klitzing K (2005) Eltern-Kind-Beziehung in der Pränatalzeit und Entwicklung des Kindes. In: Krens I, Krens H (Hg) Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen, S 123–133
- Kühle H-J, Hoch C, Rautzenberg P, Jansen F (2001) Kurze videogestützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50: 607–621
- Lehmann N (2005) Emotionserkennung bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Krenz A (Hg) Handbuch für Erzieherinnen, 56. Lieferung. München, S 1–18
- Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hau S, Aulbach L, Caruso B, Einert K-M, Glindemann O, Göppel G, Hermann P, Hesse P, Heumann J, Karaca G, König J, Lendle J, Rüger B, Schwenk A, Staufenberg A, Steuber S, Uhl C, Vogel J, Waldung C, Wolff L, Hüther G (2006) Die Frankfurter Präventionsstudie. Zur psychischen und psychosozialen Integration von verhaltensauffälligen Kindern (insbesondere ADHS) im Kindergartenalter – ein Arbeitsbericht. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (Hg) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, S 238–269
- Linderkamp O (2005) Das Frühgeborene – Fetus in der Intensivstation. In: Krens I, Krens H (Hg) Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen, S 106–122
- von Lüpke H (2003) Vorgeburtliche Bindungserfahrungen – Konsequenzen für die Interpretation und Begleitung von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten. In: Finger-Teschner U, Krebs H (Hg) Bindungsstörungen und Entwicklungsschancen. Gießen, S 133–144
- von Lüpke H (2004) Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In: Passolt M (Hg) Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. 2. erweiterte Auflage, München, S 111–130
- von Lüpke H (2006) Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther

- G (Hg) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen, S 169–188
- Milani Comparetti A (1996) Dokumentation „Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit“ und „Entwicklungsförderung im Dialog“. Dokumentation von Fachtagungen, herausgegeben von Edda Janssen und Hans von Lüpke im Auftrag des Paritätischen Bildungswerkes Bundesverband, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 60528 Frankfurt (nur noch zugänglich im Internet unter BIDOK)
- Niklasson L, Rasmussen P, Oskarsdottir S, Gillberg C (2005) Attention deficits in children with 22q11deletion syndrome. *Developm. Med. Child. Neurol.* 47: 803–907
- O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V (2002) Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry* 180: 502–508
- Perry B (1996) Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the „cycle of violence“. In: Osovsky D (ed) *Children, Youth and Violence: Searching for Solutions*. New York
- Samaroff AJ, Chandler MJ (1976) Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of Child Development Research* 4: 187–244
- Sarimski K (1992) Interaktionsprobleme mit frühgeborenen Säuglingen. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies* 4(3/4): 281–296
- Sroufe LA (1997) Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology* 9: 251–268
- Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) der Bundesärztekammer (2005). *Deutsches Ärzteblatt* 102 (51–52): C2562–C2568
- Sterman MB, Hoppenbrouwers T (1971) The development of sleep-waking and rest-activity from fetus to adult in man. In: Sterman MB, McGuinty DJ, Adinolfi AM (eds) *Brain development and behaviour*. New York
- Stern DN (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Original: *The Interpersonal World of the Infant*. New York 1985)
- Streeck-Fischer A (2006) „Neglekt, bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. *Psychotherapeut* 51: 80–90
- Van den Bergh BRH (2005) Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In: Krens I, Krens H (Hg) *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Göttingen, S 94–105
- Winnicott DW (1976) Die Beziehung zwischen Aggression und Gefühlsentwicklung. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München, S 89–102 (Original: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London 1958)
- Wolke D, Rizzo P, Woods S (2002) Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 109: 1054–1060
- Wurmser H, Rieger M, Domogalla C, Kahnt A, Buchwald J, Kowatsch M, Kuehnert N, Buske-Kirschbaum A, Papousek M, Pirke K-M, von Voss H (2006) Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Early Human Development* 82: 341–349

*Hans von Lüpke*, Dr. med., Kinderarzt / Psychotherapeut.

Postanschrift: Auf der Körnerwiese 6, 60322 Frankfurt

Telefon (069) 5970731

E-Mail [hans.von.luepke@gmx.de](mailto:hans.von.luepke@gmx.de)