

M. M. Griesemer

AD(H)S

**Auswirkungen auf Sexualentwicklung, Sexualität im Alltag
und
sexuelle wie allgemeine Straffälligkeit**

- Textauszug -

Inhaltsübersicht

1. Einführung

- 1.1 Vorbemerkungen
- 1.2 Was ist die „Aufmerksamkeitsfunktion“ ?
- 1.3 Was hat die „Aufmerksamkeitsfunktion“ mit Gefühlen und Verhalten zu tun?
- 1.4 Aufmerksamkeitsstörung und geistige Funktionen

2. AD(H)S und Sexualität

3. Neuropsychologie der Aufmerksamkeitsfunktion

- 3.1 Polarität der Aufmerksamkeitsfunktion
- 3.2 Unterscheidbare Funktionen im „Aufmerksamkeitsnetzwerk“
- 3.3 Das Aufmerksamkeitsnetzwerk
- 3.4 Zentrale Zusammenhänge
- 3.5 Aufmerksamkeitssystem, Sexualentwicklung und Sexualität
- 3.6 AD(H)S und Jungen: Das „stärkere“ Geschlecht

4. Subtypologie des AD(H)S

- 4.1 Classic ADHS
- 4.2 Inattentive ADS (Typ I)
- 4.3 Limbic ADS (Typ II)
- 4.4 Overfocused ADS (Typ III)
- 4.5 Temporal Lobe ADS (Typ IV)
- 4.6 Erläuterungen zur Übersicht
 - 4.6.1 Zu den Indikationsangaben
 - 4.6.2 Nicht dargestellte Aspekte von AD(H)S
 - 4.6.3 Zwei einfache Prinzipien zum Verständnis von Symptomen
 - 4.6.4 Grundsätzliche Bedeutung der Hirnforschungsergebnisse für die Behandlung
 - 4.6.5 AD(H)S, Delinquenz, und Steuerung in die Delinquenz

5. Zur Rolle von AD(H)S bei sexuellen Normabweichungen

- 5.1 Traumaverarbeitung
- 5.2 Sexuelle Erregbarkeit / Hypersexuelle Entwicklungen
- 5.3 Sexueller Handlungsdruck
- 5.4 „Rückfälligkeit“
- 5.5 Beziehungsmanagement in Partnerschaften

1. Einführung

1.1 Vorbemerkungen

Im Folgenden werden wir über das **Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS)** sprechen. Es kann mit äußerlicher Überaktivität im sozialen und Bewegungsverhalten einhergehen (**Hyperaktivität**), sodass es dann als **ADHS** bezeichnet wird (ICD-10 Diagnose F90.). Im Text werden ich für Sachverhalte, die für beide Formen gelten, die Schreibweise „AD(H)S“ verwenden.

Es verwundert bei AD(H)S derzeit in Medien und Bevölkerung sehr, wie häufig diese Diagnose bei Kindern gestellt wird: Trotz auch eines inflationären Missbrauchs dieser Diagnose inzwischen, wird bevölkerungsstatistisch immerhin von mindestens 3,5 (Diagnose im Vollbild) - 10 % (einige Kernsymptome erfüllt) in der Bevölkerung ausgegangen. Mit der Entdeckung vor einigen Jahren erst, dass AD(H)S auch im *Erwachsenenalter* in abgeschwächter oder veränderter Form fortbesteht - oft auch im unveränderten Vollbild - haben wir diesen Prozentsatz auch unter Erwachsenen anzunehmen. Wobei in der Generation der heute 35-80 – Jährigen (dem Löwenanteil in unserer Gesellschaft) AD(H)S in deren Kindheit noch völlig unbekannt war, so dass es seinerzeit weder entdeckt noch jemals seither behandelt worden ist. Nachgerade im tabuierten Gebiet der Sexualentwicklung bei Kindern und von sexuellen Problematiken von AD(H)S im Erwachsenenalter begründet es die Häufigkeit des Phänomens, hier eine umfassendere Abhandlung darüber zu verfassen.

Abseits der Berührungspunkte mit der Sexualität, werden auch Aspekte betont werden, die den erstaunlich hohen Anteil dieses Verbands von bestimmten Auffälligkeiten namens AD(H)S in der Bevölkerung gut auch *abseits eines Diskurses über AD(H)S als einer „psychiatrische Störung“* erklären können: Aus allgemeinspsychologischen und generellen neurophysiologischen Prinzipien, die das Ganze bei der Diagnose „AD(H)S“ nur als besonders ausgeprägte Häufung von Unterfunktionen der Aufmerksamkeitssteuerung begrifflich machen: Einzelne Symptome, die mehr oder weniger jeder Mensch irgendwo aufweist – die jedoch auch ohne Vollbild von AD(H)S zu den in dieser Arbeit referierten Lebensschwierigkeiten führen können.

Für den Hauptbezug im vorliegenden Text - AD(H)S im Erwachsenenalter mit seinem veränderten äußeren „Gesicht“ – gilt das Merkmalskataster für das AD(H)S im Kindesalter oft nicht mehr. Was im Erwachsenenalter von AD(H)S fortbesteht, sind die *zentralen Aspekte* von AD(H)S. Auf diese wird sich dieser Text mithin beschränken: Gewissermaßen als der „gemeinsame Nenner“. Dieser zentrale gemeinsame Nenner heißt nicht „Hibbeligkeit am Küchentisch“ oder beständiges „Stören des Unterrichts“, wie es inzwischen geradezu redewörtlich ist für „AD(H)S“, sondern (was kaum wundern wird): Defizit der *Aufmerksamkeitsfunktion*. Und damit allerdings sind einige oft sehr lebensschicksalhafte Auswirkungen bekannt zu machen, die daran gekoppelt sind - ohne dass man sie zunächst auch nur im Geringsten mit „Aufmerksamkeit“ in Verbindung bringt.

1.2 Was ist die „Aufmerksamkeitsfunktion“?

Eine „intakte“ Aufmerksamkeitsfunktion“ bedeutet, dass wir uns je nach Situation flexibel auf einen Umgebungsreiz einstellen oder ihn ignorieren können. Dass wir uns auf ihn konzentrieren können, solange es sinnvoll oder nötig ist - und uns wieder anderen Dingen

zuwenden können, wenn der Reiz seine unmittelbare Bedeutung für uns verloren hat. Und zwar flexibel, ganz wie es die jeweilige Situation verlangt.

In der Diskussion über „ADS“ als vorgeblich immer nur *Unkonzentriertheit* und *Ablenkbarkeit* bei Kindern wird meistens übersehen, dass die Aufmerksamkeitsfunktion eine *polare* Funktion ist - mit *zwei* (entgegen gesetzten!) Extremen:

Ein *Defizit* der Aufmerksamkeitsfunktion beinhaltet auf der einen Seite, 1) dass sich die Aufmerksamkeit nicht auf einen bestimmten Reiz in der Umwelt *ausrichten* (fokussieren) kann; 2) dass sie diese Ausrichtung *nicht lange aufrechterhalten* (sich auf den Reiz nicht *konzentrieren*) kann, und 3) dass sie ständig durch unpassende oder neue andere Reize davon *ablenkbar* ist - *wenn* eine Fokussierung auf den Reiz dennoch einmal für eine längere Zeit gelungen ist.

Ein Defizit der Aufmerksamkeitsfunktion bedeutet auf der anderen Seite 1) dass sich die Aufmerksamkeit von einem Reiz im Fokus nicht *lösen* kann (*überfokussiert* ist), 2) dass sie sich nicht oder nur sehr erschwert auf einen anderen Reiz dabei *ablenken* kann, und 3) dass es ihr kaum möglich ist, zwischen verschiedenen Reizen flexibel hin- und her zu wandern (zu „shiften“).

Es ist eine gute Merkregel, dass bei AD(H)S entweder die eine oder die andere Schwierigkeit zu beobachten ist. Aber oftmals, wenn man bei einem betroffenen Menschen genau hinschaut, besteht *beides*: In den einen Situationen - oder in einem zentralnervösen Zustand A - ist der Betroffene unfähig, sich auf etwas zu konzentrieren, ist ständig ablenkbar oder kann die Aufmerksamkeit bspw. nicht auf einen Text richten, den er lesen muss. In anderen Situationen - oder dem zentralnervösen Zustand B - ist er, im Gegenteil, nicht fähig, etwas, worauf er gerade konzentriert ist, zu unterbrechen (die Aufmerksamkeit zu lösen), etwas anderes nebenher wahrzunehmen, oder an etwas anderes zu denken (Verlagerung oder „shifting“ der Aufmerksamkeit). Statt seiner Ablenkbarkeit sonst, bekommt er nun selbst die intensivsten Reize der Umgebung nicht mit (wenn ihn zum Beispiel jemand ruft).

1.3 Was hat die „Aufmerksamkeitsfunktion mit Gefühlen und Verhalten zu tun ?

Der Laie versteht oft nicht so recht, was eine „Aufmerksamkeitsstörung“ mit Dingen wie „Impulskontrollstörung“ oder mit der Steuerung von *Emotionen* und *Verhalten* zu tun hat: Dinge, die beim so benannten „Aufmerksamkeitsdefizit“-Syndrom unauflösbar ein „Syndrom“ bilden. Dies sei im Folgenden erst einmal erklärt.

Wir verstehen die Dinge besser, wenn wir uns die „Aufmerksamkeitsfunktion“ im Gehirn als „Netzwerk“ von Nervenzellen („Neuronen“) vorstellen, die kreislaufartig hintereinander geschaltet sind. Dabei liegen die meisten Einheiten im sog. „Frontalhirn“ und einem damit zusammenhängenden vorgelagerten Gehirnbereich, dem „präfrontalen Kortex“. Dieser Komplex befindet sich direkt hinter unserer Stirn und reicht bis zum „orbitofrontalen“ Kortex, auf der Höhe unserer Augenhöhle.

Dabei sind es so viele einzelne kleine Einheiten innerhalb des Frontalhirns mit dem präfrontalen Kortex, sodass man sich ein regelrechtes „Gestrüpp“ an Neuronen darin vorstellen kann als Verbindungsleitungen zwischen jeder einzelnen der vielen Einheiten. Allerdings gibt es auch einige Einheiten, die damit verbunden sind, die weit entfernt, tief innen im Gehirn, im sogenannten Zwischenhirn liegen und, bildlich gesprochen, unsere verschiedenen Antriebe und unser Gefühlsleben bewirken. Das Netzwerk bildet also im Frontalhirn nur seinen „Knotenpunkt“.

Stellen wir uns dabei zunächst einmal die Frage, was mit einer so vortrefflichen Sache wie der „Aufmerksamkeit“ für einen Umweltreiz eigentlich am Naheliegendsten verbunden sein müsste: Damit wir überhaupt etwas Sinnvolles damit anfangen können, einen „Reiz aufmerksam wahrzunehmen“.

Dieses Naheliegendste ist folgendes: Wenn wir in der Umwelt plötzlich einen Reiz wahrnehmen – dann müssen wir mit einer passenden emotionalen Reaktion darauf *reagieren* können: z.B. mit der Emotion „Angst“ – wenn der „Reiz“ ein bedrohliches Objekt ist. Oder mit sexuellen Gefühlen – wenn der „Reiz“ ein attraktiver Sexualpartner ist. Und wir müssen mit einem nützlichen *Verhalten* darauf reagieren können: Ob dieses Verhalten ein reines Reflex- oder Instinktverhalten ist (Flüchten z.B.) – oder ob es ein Verhalten ist, dass wir früher einmal im Laufe unseres Lebens schon im Umgang mit diesem Reiz aufwändig *gelernt* haben (z.B. Flirten).

Naheliegend ist also, dass dasselbe System, das uns bei einem Reiz „auf-merken“ lässt (durch eine plötzliche elektrische Aktivierung seiner Nervenzellen), dann auch dafür sorgt, dass wir ohne Zeitverlust auf ihn reagieren (emotional und im Verhalten). Unpassende oder einfach nur wenig zweckmäßige Emotionen oder Verhaltensreaktionen müssen dabei *gehemmt* werden. Andere – passende oder auch einfach nur zweckmäßige – Emotionen und Verhaltensreaktionen müssen *aktiviert* werden. Und genau dies leistet das Netzwerk im Gehirn, das wir nach seiner ersten wissenschaftlich identifizierten Funktion die „Aufmerksamkeitssteuerung“ nennen:

Aufmerksamkeit für einen Reiz sowie Hemmung / Aktivierung von Reaktionen darauf sind darin wie in einem Regelkreis „zusammengeschaltet“ und gehören „funktionell“ zusammen. Wie immer in einem geschlossenen Regelkreis, kann man an keinem Punkt des Kreises eine Störung setzen, ohne den gesamten Stromkreis – bzw. was er im Ergebnis „macht“ – zu stören. Das Schöne ist ja auch an einem „Teufelskreis“ gerade, dass es völlig egal ist, an welcher Stelle man das Seil durchschneidet – der ganze Regelkreis bricht in sich zusammen. Allerdings gibt es im Gehirn eine ganze Anzahl von Mechanismen, einen einzelnen Ausfall auszugleichen. Nur: Keineswegs unbegrenzt. Es gibt gerade in diesem „Aufmerksamkeitsnetzwerk“ Einheiten, die, wenn sie ausfallen oder (hirnelektrisch gesprochen) „untertourig“ laufen, das gesamte System damit beeinflussen.

Eine Störung der *Aufmerksamkeit* (in Form von Ablenkbarkeit oder mangelnder Ablenkbarkeit z.B.) an einer Stelle dieses Regelkreises (oder „neuronalen Netzwerkes“) – ist daher oft zwangsläufig verbunden mit unserer gesamten emotionalen und Verhaltenssteuerung in der Reaktion auf Reize und Objekte unserer Umwelt. Unpassende oder wenig zweckmäßige Emotionen und Verhaltensreaktionen, die in einer bestimmten Reizumgebung eigentlich gehemmt werden müssten – werden z.B. nicht gehemmt: Dies führt zu vorschnellen falschen (impulsiven) Reaktionen. Gefühle und Verhaltensweisen hingegen, die auf den Reiz *aktiviert* werden müssten – kommen gar nicht zustande oder werden sogar *gehemmt*.

Aufgrund dieser zentralen Bedeutung des Aufmerksamkeitsnetzwerks, das seinen Knotenpunkt wie gesagt im Frontalhirn hat, indem auch unsere „Willensfunktionen“ verortet sind, spricht man in der Wissenschaft daher auch von der „zentralen Exekutive“ (central executive).

Damit, hoffe ich, ist der zentrale Zusammenhang bei AD(H)S, der dem Leser eingangs vielleicht noch fehlte, für's erste schon einmal grundsätzlich geklärt. In Abschnitt 3 dieser Arbeit werden wir detaillierter auf dieses neuronale Netzwerk eingehen.

2. AD(H)S und Sexualität

Nachdem nun soweit über AD(H)S gesprochen und die aus hiesiger Sicht wesentlichen Subtypen dargestellt worden sind, möchte ich hier aus meinem Arbeitsschwerpunkt heraus die Lebensbelastungen von AD(H)S speziell bei pädophilen Menschen zusammenfassen und für andere Personengruppen mit sexueller „Devianz“. Dies ergibt sich auch daraus, dass Anlass der Abfassung ursprünglich ein Tagungsvortrag zu eben diesem Aspekt von AD(H)S war.

Bei Menschen mit einfachen Erstdelikten vor Gericht würde sich so mancher Richter eher zu einer Bewährungsstrafe mit entsprechender Therapieauflage als zur Haftstrafe entscheiden, wüsste er, dass der Straftat und ihrer Entwicklung dahin wesentlich *AD(H)S* zugrunde liegt. Wenn es nun so sein sollte, dass ein „Pädophiler“ ADS hat – so würde ihm ein schlimmes strafrechtliches Schicksal auf diese Weise erspart bleiben:

Denn z.B. das Impulskontrolldefizit bei AD(H)S kann – auch bei pädophilen Menschen mit einer speziellen Charakteristik ihrer Biographie und ihrer Handlungen - hinter wiederholter Realisierung ihrer Empfindungen stecken.

AD(H)S ist zudem juristisch inzwischen als „schuld mindernde“ Bedingung anerkannt – und dabei die einzige hier bekannte, die wegen der griffigen Behandlungsmöglichkeiten in der Freiheit und der Ambulanz nicht zwingend in den Massregelvollzug führt. Oft aber wird der typische Werdegang eines AD(H)S-Betroffenen in Gerichtsgutachten als „dissoziale Persönlichkeitsstörung“ verkannt – mit dem Ergebnis unbefristeten Massregelvollzugs, da es für „Persönlichkeitsstörungen“ keine eigentliche Ursachentheorie und keine effektive Behandlungsmöglichkeiten gibt. Ist aber *ADHS* das Problem, so bliebe manchem wegen der Behandlungsmöglichkeit ein derart langer „Verbleib“ im Maßregelvollzug erspart. Wer sich die uralten einzelnen Diagnosemerkmale der häufigsten Diagnose im Strafrecht „Dissoziale Persönlichkeitsstörung“ einmal genauer mit dem Wissen über das heute bekannte ADHS durchsieht, der wird finden, dass *jedes einzelne* dieser Verhaltensmerkmale bekannten Verhaltensweisen und typischen Werdegängen bei *ADHS* entspricht.

Wenn ein Betroffener Glück hat, reicht im einfachsten Fall sogar eine Einstellung auf Ritalin – nachdem man ihm diese banalste aller Behandlungsmöglichkeiten 30 Jahre und länger schon seit der Kindheit versagt hat, und niemand seinerzeit auf den Gedanken kam, es könne sich um ADHS handeln. (Die sonst bei Kindern bestehenden Bedenken gegen eine Ritalin-Behandlung auf das dort noch reifende Gehirn spielen bei Erwachsenen nun auch keine Rolle).

Die Unkenntnis über AD(H)S im Erwachsenenalter geht bis hin zu früheren Therapien, die manche Pädophilen früher einmal aufgesucht haben: Wo es unschwer bereits hätte festgestellt werden können. Selbst in gerichtspychologischen Begutachtungen von Pädophilen wegen sexuellem Kindesmissbrauch, von nicht-pädophilen sog. Ersatztätern an Kindern oder in Prozessen wegen zwanghafter Kinderpornographiebeschaffung ohne pädophilen Hintergrund scheint - hier bekannten Fällen nach - oft genug entgangen zu sein, dass den Taten letztlich *AD(H)S im Erwachsenenalter* zugrunde lag. Auf Wegen ist es „tatkausal“, die hier im Einzelnen aufgezeigt werden.

Einige davon liegen aber auch schon unmittelbar auf der Hand:

1) **Die Impulskontrollproblematik bei AD(H)S** – ob wir nun die eigene emotionale Reaktionsunterdrückung eines Menschen meinen, oder eine mangelnde Unterdrückung seiner situativen *äußeren* Verhaltensreaktionen.

2) **Geringere Fähigkeit, sich abzulenken:** Die erschwerte Fähigkeit aufgrund der beeinträchtigten Aufmerksamkeitsfunktion bei AD(H)S, sich von Handlungsimpulsen, aktuellen Traumatisierungen, Gedanken, Fantasien, sexuellen Erregungsprozessen oder negativen Emotionen rechtzeitig abzulenken, bevor auf sie reagiert wird - oder bevor der Betreffende damit über Wochen, Tage bis zu Stunden erlebnispsychologisch „vertunnelt“ hin zu einer Handlung .

Weniger bekannt sind dabei andere Zusammenhänge:

3) **Zwangsphänomene bei AD(H)S:** Ein Handlungsimpuls wird am Ende nur deshalb wirklich ausgeführt, um aus einer gesteigerten Unruhe und Übererregung noch herauszukommen: Bei Zwängen steigen sie mit jedem Versuch, dem drängenden Verhaltensimpuls Widerstände entgegen zusetzen oder ihn willentlich am Laufen zu hindern. Dieses Phänomen kennt man bei der Zwangsstörung: Wo sich jemand bspw. alle halbe Stunde die Hände waschen muß: Die Betroffenen *wissen*, dass dies unnötig oder unsinnig ist – aber mit jedem Versuch, es sich zu verbieten, steigt eine qualvolle innere Unruhe, bis sie zu keiner Konzentration mehr fähig sind, keine augenblickliche Tätigkeit mehr von den Händen bekommen und vor innerer Unruhe keinen klaren Gedanken mehr fassen können. Dies steigert sich zu subjektiv unerträglichen Beklemmungs-, Angst- und anderen zentralnervösen Überaktivationszuständen. (Auch die echte Zigarettenabhängigkeit ist letztlich ein solcher Zwang). Am Ende rennen die Betroffenen mit Händewaschzwang lediglich deshalb ins Badezimmer und vollziehen den Akt, sich die Hände zu waschen – *damit dieser quälende innere Zustand endet*. Der Zwang mit seinen Unruhezuständen, bis das Verhalten erfolgt ist, fordert das Verhalten also geradezu *ab* - wider alle Vernunft, und gegen alle inneren Widerstände. Nur um aktivatorisch wieder zur Ruhe zu kommen Das Verhaltensprogramm scheint sich bildlich „aufzubauen“ und seine zentralnervöse Aktivität heraufzuschrauben bei jedem Versuch, es am Laufen zu hindern. Zwangsphänomene spielen außer bei der Zwangskrankheit auch bei einer speziellen Untergruppe von AD(H)S eine Rolle – und hiesigen Daten nach forensisch bei bestimmten *Kinderpornographiedelikten* (mit oder ohne dass Pädophilie den Hintergrund dafür darstellt).

Eine abschließende Anmerkung dazu: In letzter Zeit wird wissenschaftlich *öfter* über Pädophilie“ als eine mögliche „Zwangsspektrumsstörung“ diskutiert. Dies ist verfehlt, weil den Autoren regelmäßig der zentrale Denkfehler unterläuft, dass *j e d e* sexuelle Orientierung ein biologischer, optisch auf eine bestimmte Objektklasse *fixierter*, auf *Wiederholung* und irgendwann *Ausführung* drängender Verhaltens“zwang“ ist - mit den selben neuronal selbstverstärkenden Strukturen im Gehirn bei Pädophilen und Nicht-Pädophilen. Der jahrzehntelange *Lebensstress* bei Pädophilie seit der Kindheit mit seinen hormonellen Auswirkungen auf Gehirnstrukturen und -funktionen (durch bspw. Cortisol) wird in der Forschung derzeit grundsätzlich nicht herangezogen zur Erklärung manchmal gefundener „Unterschiede im Gehirn bei Pädophilen“.

4) **Hypersexueller „Teufelskreis“ bei AD(H)S:** Es wurde im ersten Kapitel angedeutet, dass AD(H)S – Kinder bereits früh sexuelle Fantasien und Onanie als einzig ihnen verfügbare Mittel einsetzen, sowohl um aus Untererregungszuständen herauszukommen, als auch um aus Überaktivierungen heraus entspannen zu können.

Des Weiteren wird es bei Heranwachsenden eingesetzt, um sich von Krisen *ablenken* zu können (was aufgrund der Aufmerksamkeitsstörung meist nicht anders gelingt). Ein AD(H)S-Kind, das sich zudem nun aber noch pädophil entwickelt - wird dies aus einer ganzen Reihe von *damit* verbundenen Gründen, auch später im Erwachsenenalter, ganz besonders intensiv tun: Z.B. um die ständigen sexuellen Versagungen im Alltag zu kompensieren. Ein anderer Modus ist es, entbehrte *Liebe, Nähe und Zweisamkeit* mit der intensivsten Form von körperlicher Nähe - *sexuell* - zu überkompensieren. Teilweise auch in Reaktion auf die alltägliche Erfahrung von Ächtung und Zurückgeworfenheit auf die Pädophilie, oder den daraus resultierenden chronischen Verzweiflungszuständen, Überbeschäftigungen mit dem Thema und Depressionen (Ablenkungsfunktion, Beruhigungsfunktion der Sexualität).

2/3 der Pädophilen entwickeln z.B. eine depressive Verfassung oder eine klinische Depression. Hier tritt nun hinzu, dass ca. 10 % der Depressiven mit einer Paradoxreaktion - *sexueller Antriebssteigerung* - reagieren.

5.) Depressiver Teufelskreis bei AD(H)S. Tatsächlich - wenn wir auf der anderen Seite von sexueller *Straffälligkeit* sprechen - erweist sich oft, dass zum Zeitpunkt von pädosexuellen Delikten, ungeachtet der Pädophilie, eine *depressive Verfassung* vorlag (dass sie bei einem Pädophilen zum Zeitpunkt Y und nicht zum Zeitpunkt X auftraten). Der Hintergrund ist nachvollziehbar: Depression und Angststörungen (je ca. 2/3 bei Pädophilen) reduzieren die kognitive Flexibilität zur Bewältigung von Versuchungssituationen, und reduzieren wie alle emotionalen Extremverfassungen (AD(H)S-Betroffene neigen zu solchen!) die Selbst- bzw. Impulskontrolle. In der sog. Rückfallforschung bei pädosexuellen Delikten ergab sich zudem, dass eine depressive Verfassung sowie ein depressiver persönlicher Verarbeitungs- und Konfliktbewältigungsstil - neben Perspektiv- und Arbeitslosigkeit - statistisch zu den potentesten Vorhersagefaktoren für strafrechtliche Wiederholungen zählen. Der Kreis von der Depression zum Thema AD(H)S schließt sich, wenn wir uns aus dem ersten Kapitel erinnern, dass AD(H)S-Kinder bevorzugt negativ denken, um sich zentralnervös zu autostimulieren (positive oder neutrale Gedanken haben experimentell keinen solchen Stimulationseffekt im Zentralnervensystem).

5) Geringere emotionale Unterdrückung. Bei AD(H)S besteht, vereinfacht gesagt, eine Unteraktivierung des Frontalhirns, welches dadurch im Alltag Aktivitäten im „Gefühlszentrum“ (Limbisches System) nicht ausreichend unterdrücken kann. Speziell auch für den sexuellen Bereich besteht dabei eine Auswirkung:

In Experimenten mit „Normal“personen hatte beim Anschauen von Sexfilmen eine Kontrollgruppe die Weisung, sexuelle Gefühle während der Filmvorführung zu genießen, und die Experimentalgruppe hatte die Weisung, sexuelle Gefühle dabei zu unterdrücken. Es war es bei den „Unterdrückern“ im Neuroscanner das *Frontalhirn* (das währenddessen eine extreme Unterdrückungsaktivität aufwies). Die davon unterdrückten limbischen Strukturen bei sexuellen Empfindungen während der „Beobachtung sexueller Objekte und Abläufe“ waren die sog. *Amygdala* (automatisierte Gefühlsreaktionen) und der *Hypothalamus* (Sexuelle Erregungsfunktion).

Bei AD(H)S mit seiner entsprechenden Frontalhirn-Unteraktivierung besteht nun ein handfestes Problem, sexuelle Aktivierungen des Hypothalamus (sexuelle Erregungen) vermittels des Frontalhirnes (konzentriert oder willentlich) *unterdrücken* zu können.

Besonders verhängnisvoll ist dabei, dass bei der Wahrnehmung sexueller Reize im Gehirn *Hypothalamus und Amygdala* bei der Entstehung sexueller Gefühle beteiligt sind. Denn die Amygdala ist dabei nicht willentlich oder durch irgendwelche Bewusstseinsprozesse unterdrückbar: Die Signalübertragung folgt bei der Sexualreaktion der Amygdala auf Reize „präkognitiv“ (= schon bevor man den Auslöserreiz überhaupt bewusst wahrgenommen hat) - und zudem blitzschnell: Im von keiner bewussten Selbstaufmerksamkeit mehr auflösbaren *Millisekundenbereich*: Und: Die Signalübertragung läuft dabei über den sogenannten „kurzen neuronalen Pfad“, d.h. *unter Umgehung jener Hirnbereiche, die bei emotionalen Aktivierungen das „Bewusstsein“ über sie einschalten*: Während viele emotionale Reiz- Reaktions - Muster im menschlichen Gehirn den Weg vom Sinneseingang über die Amygdala zu den Auslösezentren über den sog. „entorhinalen Kortex“ der Gehirnrinde nehmen (wo sie als Vorgänge „bewusst gemacht“ werden) - verläuft der „kurze Pfad“ vom Sinneseingang zur Amygdala, und von dort *direkt* zu Enthemmungseinheiten des Frontalhirns für die (hier: sexuelle) Aktivierung.

(Dieser „kurze Pfad“ ist übrigens derselbe neuronale Pfad, der benutzt worden ist, wenn wir im Straßenverkehr bereits das Lenkrad herumgerissen und gebremst haben - und wir uns *danach* erst bewusst werden, dass da ein abbremsendes Fahrzeug war, auf das wir beinahe aufgefahren wären. Auch bei der sexuellen Reaktion auf etwas, das wir sehen, ist dasselbe System im Alltag scheinbar dauernd unterschwellig aktiv - und reagiert bereits auf etwas, ohne dass wir es bemerken. Außer einer inneren Gefühlsreaktion - *nachdem* es bereits reagiert hat).

Dies heißt nun nichts weniger als Dreierlei:

- a) Menschen können ihre ersten zentralnervösen sexuellen Reaktionen auf Reize oder Objekte gar nicht willentlich oder durch Denkprozesse unterbinden - weil sie über die Amygdala bereits einsetzen, bevor die Selbstaufmerksamkeit dies wahrnehmen könnte; und weil das „Bewusstsein“ erst eintreten kann, wenn die sexuelle Neuroreaktion bereits erfolgt ist.
- b) AD(H)S - Betroffene haben hiermit dann natürlich gesteigerte Probleme, weil sie (chronische Unteraktivierung ihrer frontalen Netzwerke!) zentralnervös *dauernd* auf sexuelle Hinweisreize und Objekte reagieren.
- c) Der Befund betreffs der Amygdala erklärt auch das typische Erleben so manches Konsumenten von Kinderpornographie, willentlich oder durch noch so gewissenhafte Selbstzuredungen oder Selbstbestrafungsmaßnahmen nie so recht an das kausale Geschehen „heranzukommen“, um seine beständigen Rückfälle über Stunden, Tage oder auch Wochen verhindern zu können. Die

Verhaltenssteuerungen laufen bis zu einer hinreichenden Bewusstheit oder Getriebenheit „vorbewusst“ (präkognitiv) über die Amygdala.

Im Zusammenhang von AD(H)S mit sexuellen Normverstößen scheint mir bei allem Obigen hier aber vor allem eine Frage vordringlich zu sein:

Wie können solche Dinge die *Betroffenen* wissen – wenn nicht ihre Ärzte, Psychologen, Richter oder Gutachter?

5. Zur Rolle von AD(H)S bei sexuellen Normabweichungen

5.1 Traumaverarbeitung

Die Verarbeitung einschneidender negativer Erlebnisse fällt schwerer und nimmt häufiger auch traumatische Verarbeitungen an, infolge

- der extremen zentralnervösen Erregungs- und Reaktionszustände auf das Ereignis
- mangelnder willentlicher Ablenkbarkeit von Negativem in der Zeit nach dem Ereignis
- Autostimulation mit Negativem (negative Gedanken und Erinnerungen aktivieren im Zentralnervensystem stärker als positive oder neutrale)

Beim „überfokussierten“ Typus (vgl. Kap. V) erschweren die Verwindung negativer Erlebnisse (mit einem sukzessiven Einbau ggf. als Trauma) zusätzlich:

- ständige sog. „Perseveration“ (unwillkürliches, ständiges Wiederauftreten bereits „abgelegter“ Gedanken, Inhalte und Gedächtnisinhalte im Bewusstsein) - statt heilsamem Vergessen und Überlernen als Selbstheilungskräfte)
- fokussiertes (= thematisch oder auf Details eingengtes) Denken
- hyperselektive Assoziations-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsprozesse

5.2 Sexuelle Erregbarkeit / Hypersexuelle Entwicklungen

- Überaktivationszustände bestehen bei AD(H)S oft auch in den sexuellen Verarbeitungsbereichen des Gehirns: Erhöhte sexuelle Erregbarkeit geht bereits von daher schon oft mit dem Syndrom einher.
- Unteraktivitätszustände führen zur sexuellen Autostimulation, um ein optimales Aktivierungsniveau einzuregulieren. Bei Überaktivierungszuständen wird Sexuelles hingegen zur Entspannung eingesetzt. Da AD(H)S – Betroffene beides aufweisen, findet sexuelle Autostimulation im Wechsel mit sexueller Sedierung in einer ständig wiederkehrenden Schleife statt.
- Sexuelles fungiert bei AD(H)S oft aber auch – wegen seines des unmittelbaren und intensivsten Lustaspektes - als einzig effektive Methode, sich willentlich von negativen emotionalen Zuständen abzulenken und sie zu unterbrechen (was aufgrund der Unterfunktion des anterioren cingulären gyrus bei ihnen (vgl. Kap. III) sonst nur schwer gelingt).

5.3 Sexueller Handlungsdruck

- Die erhöhten zentralnervösen Erregungszustände bei AD(H)S lassen den subjektiv erlebten „Triebdruck“ (sexuellen Handlungsdruck) besonders stark werden.
- Da infolge der Aufmerksamkeitsstörung weder ein schnelles willentliches Herunterregulieren der Übererregungszustände, noch eine flexible geistige Bewältigung (Coping) möglich ist, wird der „Triebdruck“ auch subjektiv *stärker erlebt*, selbst wenn er nicht höher ist als bei jedem anderen: Als immer zwingenderer innerer Handlungsdruck.

5.4 „Rückfälligkeit“

- Außer allem bis jetzt (oben) schon Genannten führt in einer Versuchungssituation insbesondere die *Impulskontrollstörung* bei AD(H)S schnell zu einer „Rückfälligkeit“. Dies bedarf hier keiner größeren Herleitung.
- Eine andere Problematik wirft bei AD(H)S die in einem vorangegangenen Abschnitt behandelte sog. „Perseverationsneigung“ auf. Dies sei einmal ganz pragmatisch veranschaulicht: Wenn Menschen auf der Strasse einen sie erotisch ansprechenden Menschen erblicken, dann unterscheiden sie sich nämlich nicht nur darin, wie stark ihre emotionalen oder sexuellen Reaktionen in diesem Wahrnehmungs Augenblick ausfallen (bei AD(H)S wahrscheinlich oft unverhältnismäßig intensiv): Sondern der eine geht daraufhin um die Ecke zu seinem Ziel und hat es nach einigen Sekunden bereits vergessen (oder sich bspw. mit dem Gedanken an Frau und Kinder *abgelenkt*) – der andere hingegen macht das Gegenteil: Das erotische Ereignis wird auf dem Heimweg immerzu neu im Kopfe abgespult (Perseveration; aber auch andere Bedingungen des „überfokussierten Typus“ haben dies zur Folge oder der „retrospektiver Denkstil“). In der Folge erregt der Betreffende vom Ereignis an fortlaufend derart bzw. gerät in fortgesetzte Unruhe, dass er z.B. Abends in Gedanken an das hübsche Erdenkind nicht mit seiner Frau schlafen kann; oder nicht mehr eher abschalten kann, ehe er das Gesehene am Abend in Form von Masturbation verarbeitet. Hier leitet also *Perseverationsneigung* die Dinge. Diese Charakteristik spielt bei Rückfälligkeiten insoweit eine Rolle, als sich die spätere sexuelle Handlung bereits lange zuvor „programmieren“ kann: Indem eine Beziehung zu einem Kind, das ein pädophiler Mensch zunächst mehr oder weniger zufällig irgendwo trifft oder sieht, ihn auf die obige Weise innerlich „nicht los lässt“: *Unbedingt, im Extremfall*, muss unter ständigen Perseverationen und retrospektiven Denkvorgängen quasi die Bekanntschaft zu dem Mädchen oder Jungen hergestellt werden. Ist sie dann hergestellt, dann hat der Betreffende bereits seine eigene alltägliche Versuchungssituation im Zusammensein mit dem besagten Menschen organisiert: An der er – mit oder ohne einschlägigen Vorsatz im Beginn schon – irgendwann mit erotisierten Offerten straffällig werden wird (nach den derzeit geltenden Gesetzen bedarf es dazu keiner eingrenzbar definierten „sexuellen Handlung“).
- Daneben spielen *Zwanghaftigkeit* im Sexuellen und eine *Überfokussierungsneigung* eine Rolle: Eine sexuelle Fantasie kann bei AD(H)S einerseits nicht durch willentliche Aufmerksamkeitsverlagerung unterbrochen werden. Zwanghaftigkeit wie auch Überfokussierung führen nun aber andererseits dazu, dass die sexuelle Fantasie auch *umgesetzt werden muss* (ähnlich wie der Zwangspatient mit isolierten *Zwangsvorstellungen* sich bspw. von einer fixen Idee nicht ablenken kann: Er findet keine Ruhe. Seine innere Unruhe wird sogar mit jedem Unterdrückungsversuch immer stärker. Allerdings setzen nur Zwangserkrankte mit *Zwangshandlungen* ihre zwanghaften Fantasien auch *um*: Sie überwältigt die steigende Unruhe mit jedem Versuch, die *Handlung* zu unterdrücken – so dass sie am Ende nur vollzogen wird, um wieder Ruhe zu finden. Versteckt gibt es solche Phänomene allerdings auch in der Sexualität. Nur vordergründig wird dann eine sexuelle Handlung vorgenommen, um sexuelle Befriedigung zu erlangen. Sie wird vollzogen, weil es peinigende Unruhe verursacht, solange sie *nicht* vollzogen wird. An diesem Punkt erkennt sich ein *Zwangsphänomen*.
- Eine Rolle spielt bei „*notorischen*“ Rückfälligkeiten (z.B. 5 mal in 3 Jahren) oder bei vielen sexuellen Partnern *g l e i c h z e i t i g*: Promiskuität evtl. im Sinne einer Habituationsstörung. Die zentrale Relaisstation im neuronalen Aufmerksamkeitssystem ist der sog. Hippocampus: Neben seiner zentralen Rolle bei der Aufmerksamkeit für einen Reiz, und bei der Aktivierung passender und der Hemmung unpassender zentralnervöser Reaktionen auf ihn sowie seinem Einbau ins Gedächtnis, feuert ein bestimmter Teil des Hippocampus intensiv, sobald ein Reiz oder Objekt für den Wahrnehmungs„apparat“ neu ist – und bleibt bereits stumm, sobald der Reiz ein zweites Mal in der Außenwelt auftaucht. In anderen Fällen sinkt seine Aktivierung mit jeder neuen Begegnung zumindest ab. Dieser Prozess heißt „Habituation“ (Gewöhnung). Auf sexuelle Reize und Objekte abgeleitet, bedeutet dies: Gewöhnung, so dass der sexuelle Reiz bzw. das Objekt nichts mehr an Aktivierung im Erleben und Verhalten auslöst. Dies kann bei AD(H)S pathologisch schnell auftreten (ständige Suche nach neuen sexuellen Reizen bzw. Objekten ist die Folge). Der Normalzustand gemessen an der bürgerlichen Ehe scheint dabei im sexuellen Objektbindungsbereich zu sein, dass Habituation hier *nicht* eintritt (in der Folge reagiert man stereotyp immer auf den selben Reiz oder Partner, ohne dass offensichtlich eine solche Gewöhnung eintritt). Allerdings zeigen die meisten Ehen nach 10 Jahren doch entsprechende „Erregungseinstellungseffekte“. Einer der Ausstiege aus einem dadurch beklemmend gewordenen Alltag: Der Ehepartner beginnt Pornographie zu suchen (neue Objekte, die wieder sexuelle Erregung auslösen können). Biologisch gibt es beim männlichen Geschlecht den entsprechenden sog. Coolidge-Effekt: Ein Partner wird nach einem sexuellen Akt sofort „uninteressant“ im Vergleich zu einem neuen weiblichen Objekt, das noch nicht von ihm begattet wurde Auf dem Hühnerhof bei Hähnen bspw. misst man das als verlängerte Refraktärzeit des sexuellen Systems bis zu einer erneuten sexuellen Erregbarkeit. Jedes andere Weibchen hingegen vermag die sexuelle Erregung in dieser Zeit auszulösen. Möglicherweise ist die bei AD(H)S-Menschen bekannte Suche nach ständigen neuen „Kicks“ gerade auch im sexuellen Bereich nach dem selben Prinzip zu begründen („novelty seeking“). Es ist denkbar, dass die auffallende Reiz- und Kicksuche bei AD(H)S hier in den Habitationsvorgängen auf der Ebene des Hippocampus eine Grundlage hat. Entsprechend hätte man es auch bei der sexuellen Objektverarbeitung in Rechnung zu stellen – bspw. bei einer auffälligen Promiskuität. Bei bestimmten

Pädophilen bspw., die stets mehrere Beziehungen unterhalten; oder wenn ein solcher Mensch kaum über eine Strasse gehen kann, ohne sich gleich in 5 Kinder gleichzeitig zu vernarren (allerdings ist dabei die bekannte höhere Ablenkbarkeit bei AD(H)S im *sexuellen* Bereich einzubeziehen). Ein anderes Beispiel für „Kicksuche“ und novelty seeking bei AD(H)S wäre die Getriebenheit so manches Konsumenten von Kinderpornographie: Der davon getrieben scheint, ständig und exzessiv für ihn neue sexuelle Reize und Objekte anzusehen, so dass es zu einer Art fiebrigem Hortungsverhalten kommt.

5.5 Beziehungsmanagement in Partnerschaften

Hier bedarf es bei AD(H)S einer umfänglicheren Darstellung.

Mehr als man sich dessen im Alltag bewusst ist: Soziale Kommunikation stellt die *komplexesten* Anforderungen an die Aufmerksamkeit: Sehr *schnelle* Informationen „prasseln“ bereits in einem einfachen Gespräch auf einen ein. Zugleich erfordert bereits ein belangloses Gespräch dauernd neue Reaktionen auf das, was das Gegenüber im Verlauf gerade sagt. Dauert ein Gespräch länger als 10 Minuten, so stellt es bereits beachtliche Anforderungen an die Daueraufmerksamkeit. Zudem handelt es sich nicht nur um gleichzeitige Informationen und um Parallelprozesse, die während eines Gesprächs mit einem Mitmenschen vor allem die *Aufmerksamkeitssteuerung* integrieren muss - sondern es sind „multimodale“ Informationen: Informationen, auf den *verschiedenen Kanälen* und in den verschiedensten Gehirnbereichen – durch das Frontalhirn koordiniert - verarbeitet werden müssen (verbale, mimische, gestische, semantische Informationen). Was nachgerade Letzteres für das Zentralnervensystem bedeutet, entgeht einem im Alltag. Es wird erst deutlich, wenn man diese „parallele Informationsverarbeitung“ in Experimenten untersucht und feststellt, dass, je mehr Informationen von verschiedenen Kanälen gleichzeitig ins Bewusstsein eindringen – die Verarbeitung jedes einzelnen „Kanalinputs“ *sinkt*. Im Extremfall geschieht das, was man bei älteren Ehepaaren auf ihrem Sonntagsspaziergang beobachtet: Der eine bleibt immer stehen, wenn er zu dem anderen redet. Es können nicht einmal *zwei* Tätigkeiten mehr gleichzeitig gemacht werden (bzw. der neuronale Informationsfluss integriert werden). Bezug zu AD(H)S: Die Koordination zweier Tätigkeiten gleichzeitig, oder die Beachtung zweier Dinge gleichzeitig etc. ist eine Funktion der „geteilten Aufmerksamkeit“. Und diese leistet ebenfalls das Aufmerksamkeitsnetzwerk im Gehirn. .

In Anbetracht all dieser Dinge wird deutlich, dass gerade Gesprächssituationen bei Unter- oder Überregungszuständen „Stress“ verursachen können, dem man aus dem Weg geht. Sodass gerade AD(H)S-Kinder solchen Situationen ängstlich oder gehemmt aus dem Weg gehen (bei ohnehin bereits bestehender qualvoller Überaktivierung, welche „Angst“ an sich darstellt) – oder sie, im Gegenteil, solche Situationen zur Autostimulation gerade exzessiv aufsuchen (bei Unteraktivierung mit ihrem qualvollen Montonieerleben).

Außerdem besteht bei AD(H)S eine Schwierigkeit, sich von Aktivationszustand A willentlich auf einen plötzlich geforderten Aktivationszustand B zu *mobilisieren*, oder ihren inneren Aktivationszustand willentlich oder schnell genug auf eine Situation herauf zu regulieren oder herunter zu reduzieren. Praktisch jede Situation, wo man sich plötzlich auf ein Gespräch einstellen muss, wenn einen jemand anspricht: Stellt letztlich einen solchen *Wechselzustand* dar.

Es ist mit diesen Sachverhalten klar, dass Kommunikation im zwischenmenschlichen Verhalten – nachgerade im täglichen Zusammenleben mit Bindungspartnern – AD(H)S-Betroffenen nicht geringe Anstrengung verursacht und alltägliche Probleme aufwirft.

Nun gibt es dabei allerdings noch speziellere Probleme:

- Die Aufmerksamkeitsstörung führt in Gesprächen - und bei anderen schnellen sozialen Interaktionen - auch schnell zu Wahrnehmungs- und Interpretationsfehlern.
- Die Schwierigkeit im „Tuning“ zwischen verschiedenen Erregungszuständen für diese oder jene *differenzierte Reaktion* auf den Sozialpartner führt zu falschen Reaktionen.
- Im Extremfall sind die Betroffenen darauf angewiesen, sich die emotionale Wirklichkeit des Gesprächspartners ausschließlich *p r o j e k t i v* zu „erschließen“ (= von sich selber ausgehend) – weil ADS-bedingt kaum Aufmerksamkeit für Außeninformation besteht. Jedenfalls ist es bei ADS eine nur instabile, dauernd durch innere Vorgänge ablenkbare und rasch zusammenbrechende Außenaufmerksamkeit: Mit in der Folge vielen „Wahrnehmungslöchern“. Diskrepanzen zwischen ihren projektiven Einschätzungen von anderen Menschen „aus sich selbst“ heraus und der Wirklichkeit beim Partner, die auf diese Weise entstehen, werden oft auch *nicht von ihnen bemerkt*: Auch dies wieder aus dem Grund, weil eine beeinträchtigte Aufmerksamkeitsfunktion sich nur entweder auf die Außenwelt oder aber auf die eigenen inneren Vorgänge „konzentrieren“ kann – und nur schwer auf *beides gleichzeitig* über längere Zeit. Damit ist die zentrale Voraussetzung dafür, differenziertere Vergleiche zwischen dem eigenen Ich und dem Partner (oder Analysen von negativen Vorfällen mit Mitmenschen) anstellen zu können, eingeschränkt.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten wohl, hat man auch oft den Eindruck, Betroffene hätten eine der egozentrischen Persönlichkeitsstörungen – insbesondere (je nach Naturell) die „narzisstische“ oder die „paranoide“ Persönlichkeitsstörung.

An dieser Stelle ein Exkurs zur forensischen Psychologie und Psychiatrie. Es scheint aus meinen eigenen Begutachtungsdaten hier die Beobachtung erwähnenswert, dass gut 50 % der Persönlichkeitsstörungen, die bei Straftätern von Psychiatern vormals während eines Strafprozesses gestellt worden sind, sich bei einer späteren psychometrisch-standardisierten Untersuchung mit zwei Parallelverfahren für Persönlichkeitsstörungen hier als Fehldiagnosen herausgestellt hatten: Nach dem berüchtigten sog. Halo-Effekt waren dem damaligen ärztlichen Gutachter wohl nur 1 oder 2 „passende“ Merkmale (aus insgesamt 5 – 8) besonders „prägnant“ ins Auge gefallen. (Hierzu: Kaum jemals fußen psychiatrische Persönlichkeitsstörungsdiagnosen in Gerichtsgutachten auf der aufwändigen kriterialen „Erbsenzählerei“ der vorgeschriebenen Diagnosemanuale - bspw. dem ICDE der Weltgesundheitsorganisation - sondern, aus Zeitersparnis, auf dem „Augenschein“ geführter Gespräche).

Der für *ADHS* typische Befund scheint hiesigen Daten nach folgender zu sein: Führt man sauber die entsprechenden psychometrischen Screening- und Feststellungsverfahren aus (z.B. IPDE oder KV-S), die zunächst einmal ergebnisoffen Verhaltensweisen aller 9 denkbaren Persönlichkeitsstörungen erheben - so schlagen viele Verhaltensweisen *aller Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig* an. So manche „paranoide“ oder „narzisstische“ Persönlichkeitsstörung des früheren Schuldfähigkeitsgutachtens entpuppte sich damit als Artefaktdiagnose, weil auch alle oder die meisten anderen 8 Persönlichkeitsstörungen hätten gestellt werden können. Da es aber kaum möglich ist, dass jemand alle 9 Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig hat – ist die vernünftigste Interpretation für einen solchen Befund die Folgende: Da AD(H)S vor allem in einer generellen zentralnervösen Überaktivität besteht, mit zudem einer Impulsunterdrückungsproblematik in den verschiedensten Lebens- und Verhaltensbereichen, schlägt in Persönlichkeitsverfahren zum Alltagsverhalten auch jeder Bereich - unspezifisch - mit einem pathologischen Zuviel an. Jedenfalls: In allen (3) Fällen, wo sich in der ergebnisoffenen Persönlichkeitsuntersuchung von Inhaftierten - mit Standardverfahren der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik - das obige Bild ergeben hatte, waren die entsprechenden Vorgeschichten eines AD(H)S – Syndroms nachweisbar, mit entsprechenden Symptomen aus der Kindheit und dem Erwachsenenalter.

Wir wollen aber den Faden jetzt wieder aufnehmen und mit den speziellen Schwierigkeiten fortfahren, vor die AD(H)S die Betroffenen oft im Beziehungsleben stellt:

- Ein erheblicher Faktor bei AD(H)S ist im Sozial- und Partnerschaftsverhalten ein Defizit an „internal supervision“: Dies bedeutet: Mangelnde Aufmerksamkeit und Konzentration für das In-Sich-Erhorchen und Analysieren der eigenen emotionalen oder gedanklichen Vorgänge. Die Freunde, Angehörigen oder Intimpartner beschreiben AD(H)S-Menschen übereinstimmend mit Verhaltensweisen, Defiziten und Problemen, welche die Betroffenen oft deshalb nicht einräumen oder bestätigen können, weil sie diese selber gar nicht registrieren. Zum anderen, weil eine oberflächliche Aufmerksamkeit in vielen Situationen – nachgerade in emotionalen Konfliktsituationen mit ihrer extremen zentralnervösen Aktivierung – entsprechende Anekdoten auch nicht im Gedächtnis abspeichern lässt. Auch dieser Widerspruch zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung führt zu schweren menschlichen Konflikten schon seit der Kindheit - und evtl. bis hin zur sog. „Beziehungsunfähigkeit“ (dauernder Verlust von Freundschaften und Partnerschaften. Stabile oder konfliktfreie Beziehungen scheinen schlichtweg nicht möglich).
- Die Aufmerksamkeit für unsere Umwelt ist bei jedem von uns praktisch immer dann eingeschränkt ist, wenn wir aus irgendeinem Grund gerade unangenehm über- oder unteraktiviert sind: Irgendein körperlicher oder innerer Schmerz, irgendein Vorfall, der uns gerade erst aufgeregt hat, bis hin zu inneren Zuständen „aus der Balance“ wie Depressivität, Wut, Verzweiflung: Bannen quasi die Aufmerksamkeit auf die eigene Person, und ziehen die Aufmerksamkeit und unsere Wahrnehmung von der Umgebung ab. AD(H)S-Menschen haben dieses Problem in besonderer Weise – eben weil sie ständig in einem missbefindlichen Übererregungs- oder Untererregungszustand sind.
- Dabei sind Ausdruck der AD(H)S-bedingten Übererregungen speziell beim „überfokussierten“ Typus auch *soziale Ängstlichkeit* sowie *Gehemmtheit*: Ängstlichkeit ist immer Ausdruck einer erhöhten zentralnervösen Aktivierung in den für „Angst“ zuständigen neuronalen Einheiten des Gehirns. Und emotionale und *Verhaltenshemmungen* („Gehemmtheit“) sind neurophysiologisch immer Überaktivitätszustände in Hirnbereichen, die Nachbarhirnbereiche für ein bestimmtes Verhalten hirnelektrisch hemmen: Je stärker sie aktiviert sind, desto stärker ist diese Hemmwirkung. Sind die *überaktiviert*, dann ist die Hemmwirkung auf die Funktionseinheit, die sie hemmen sollen, völlig inflexibel und extrem: Man erlebt sich dann auch auf subjektiver Ebene buchstäblich als „gehemmt“: Weil man quälend registriert, das ein Verhalten, das jetzt situativ gefordert wäre oder man sich in der Situation von sich wünschen würde, nicht ausgeführt oder gezeigt werden *kann*.
Die Auswirkungen von Ängstlichkeit und Gehemmtheit im Sozialkontakt liegen auf der Hand: Man kreist in Gedanken in sich selbst – und nur sehr eingeschränkt ist man im Gespräch mit der Aufmerksamkeit *beim sozialen Partner*. Sehr ängstliche und gehemmte Menschen entwickeln zudem seit der Kindheit auch nur eine sehr eingeschränkte Personenwahrnehmung: Wie sie andere Menschen begreifen, was sie an ihnen wahrnehmen, oder wie sie sie einschätzen: Ist eng auf die eigenen Angstthemen, daran gekoppelten Hoffnungen, Erwartungen und Befürchtungen reduziert. Auch hieraus resultiert dann bei AD(H)S eine eingeschränkte Personenwahrnehmung - und ein recht beeinträchtigter Sozialkontakt mit vielen sozialen Wahrnehmungs- und Interpretationsfehlern.

- Generell setzen gute Kommunikationsfähigkeit und eine fehlerfreie mitmenschliche Einschätzungsfähigkeit gute Selbstaufmerksamkeit und gute Aufmerksamkeit für den Gesprächspartner voraus – und zwar sowohl bei raschen Wechseln im Gespräch als auch gleichzeitig. Bereits diese „Doppelaufmerksamkeit“ (für sich selbst und dafür, was der andere sagt) ist bei AD(H)S manchmal schon eingeschränkt – und das gilt auch für das „Shifting“ (Verlagerung) der Aufmerksamkeit dazwischen hin und her.
- Pädophile mit AD(H)S sind aus den obigen Gründen oft schlechte Beurteiler, was Wahrnehmungen an Kindern angeht, in die sie sich verliebt oder erotisiert haben. Hinzu kommt aber ein Weiteres: Bereits der nicht-pädophile Heterosexuelle ohne AD(H)S interpretiert ein zufälliges oder einfach nur höfliches Lächeln einer von ihm geliebten Frau, im Zustand hormoneller Wonnewardungen namens „Verliebtheit“ schnell *falsch*: Ein einfaches Höflichkeitslächeln der attraktiven Frau an der Bartheke gegenüber hätte „etwas zu bedeuten“. Böse ist das Erwachen, wenn sich der Verliebte auf dem Barhocker zehn Meter weiter dadurch unwillkürlich zum „Anbaggern“ eingeladen fühlt, er zu der Frau hinübergeht - und er dann bspw. als unverschämter Kerl abgewiesen wird: *Das eigene Interesse wird in den anderen projiziert, der empfindet es für einen selbst*. Dies deshalb, weil die Aufmerksamkeit in diesem eingeschränkten erotischen Verblendungszustand (näheres hierzu s. unten) nicht bemerkt, dass es sich um ein Höflichkeits- oder Verlegenheitslächeln handelt. Für ebensprechende Unterscheidungen müssten am anderen Menschen bspw. feinste muskuläre Signale bspw. der Augenpartie wahrgenommen werden (Aufmerksamkeitsdefizit bei hoher zentralnervöser Aktivierung – hier: des Verliebten). *Körpersprache generell* ist eine hochkomplexe Angelegenheit, bei der eine Unsumme von Wahrnehmungsreizen und gestischen Abläufen gleichzeitig analysiert werden müssen, um zu einer zutreffenden Einschätzung bei einem Sozialpartner zu kommen. Es liegt auf der Hand, dass Menschen mit einem chronischen Problem der aufmerksamen Wahrnehmung, wie es AD(H)S darstellt, damit Probleme in weitaus größerem Umfang haben als bereits der Durchschnittsmensch.. Unabhängig davon gibt es seit einiger Zeit sexualwissenschaftliche Befunde zur „Liebe“ mit frisch Verliebten unter dem Neuroscanner, die eine regelrechte „Abschaltung“ von Hirneinheiten zeigen, die üblicherweise auf *negative* Wahrnehmungen, *negative* Gefühle und *negative* soziale Informationen feuern. Überspitzt ausgedrückt: Unter dem Einfluss körpereigener Morphine (wie z.B. Endorphine und Enkephaline) wird bei der Liebe und in erotisierten Zuständen offenbar buchstäblich „das Hirn abgeschaltet“, damit nichts der partnerschaftlichen - und am Ende sexuellen - „Verschmelzung“ im Wege steht. Insbesondere keine negativen *Wahrnehmungen am Partner*, die das koitale Endstadium dieser hormonellen Wonnewardung namens Liebe riskieren könnten. Mit und ohne „ADS“ oder „Pädophilie“ heißt das Obige jedenfalls bei der Begegnung mit hübschen Menschen: „Mit Wahrnehmungsausfällen ist zu rechnen“.

Ich verbinde das zuletzt Gesagte abschließend zu diesem Abschnitt noch mit einer kurzen ethischen Betrachtung - auch sollte ich seit Augustinus seit langer Zeit denn wirklich der erste sein, der sie niederschreibt:

Das obige Problem ist gewissermaßen schon dann vorprogrammiert, wenn wir einem Menschen sagen „Ich liebe dich“ voll Seele, Geist und Unschuld – ohne zu bemerken, dass wir das praktisch nie zu einem Freund oder einem anderen Menschen empfinden, es sei denn, dass er - ganz wundersamer Weise - zu unserer *sexuellen Orientierung* passt. Bei uns Heterosexuellen kann man die Uhr danach stellen, dass wir nur jemandem Liebesgedichte voller Geist, Selbstlosigkeit und Romantik schreiben, wenn wir bei diesem jemand - anatomisch passend.- irgendetwas irgendwo hineinstecken könn(t)en.

Auch Pädophile, die von sich sagen „Ich liebe Kinder“ – und damit merkwürdiger Weise stets nur einen Jungen dabei im Kopf haben, wenn man rückfragt, niemals aber Mädchen (oder umgekehrt): Könnten sich in Sachen dieses sexualisierten bürgerlichen Begriffs von Liebe bereits aus Selbstschutz weise distanzieren - und gerade mit dem, was sie als besondere Minderheit dem Durchschnitt mitbringen, die Gesellschaft einiges über die Verlogenheit dieses bürgerlichen Liebesbegriffes lehren. In dieser Form von „Liebe“ ist nichts „geistig“. Es ist ein Programm zum Koitus. Und selbst *Bindungsverhalten* zwischen Menschen scheint, neurobiologisch jedenfalls, auf diesen primitiven Zusammenhang des Koitus, des Kindermachens und der Überlebenssicherung des Nachwuchses als seine Folgen beschränkt zu sein (so sehr dies auch ein konservativer Familiensinn romantisiert). Es gibt im Gehirn beispielsweise keine „Freundesliebe“ oder „Bruderliebe“ usw., für die man in Neuroscan irgendwelche Aktivationsmuster beobachtet.

Es wäre ein entscheidender Schritt der Evolution, uns als Menschen dadurch noch weiter vom Tierreich anzuheben, dass wir die menschliche Gestaltung und die physische Schönheit unserer Mitmenschen eines Tages unabhängig vom Koitaltrieb wahrnehmen, und Menschen wirklich *um ihrer Selbst Willen* notfalls bis zur Selbstaufgabe lieben könnten. Einer bösen Ironie will ich mich dabei nicht enthalten: Dieser evolutionäre Sprung steht bei mindestens 95 % der menschlichen Bevölkerung noch aus.

Unter anderem vielleicht auch deswegen, weil sie – umgekehrt – von unverheirateten Independents als „Lebemannern“ über Homosexuelle bis zu Pädophilen alles vorher mit sexuellen Reduktionen als „perverts“ ausradiert, was auch mit derartigen *Gefühlen* zu tun hat. Denn eines scheint beim gegenwärtigen Stand der Evolution immerhin festzustehen: Es gibt beim Menschen nicht, wie noch beim Vieh, einen Koitaltrieb *ohne Liebe*. Nachgerade die Sprache über Pädophile verrät derzeit – wie noch vor kurzem offen über Homosexuelle – wie weit man noch davon entfernt ist, das wirklich zu *begreifen*.

Vielleicht sind wir damit ja evolutionsbiologisch sogar tatsächlich schon auf dem oben als utopisch skizzierten Weg? Und haben uns d a m i t das höhere Vorkommen von Homosexualität gegenüber dem Tierreich zu erklären (und speziell der Pädophilie!) - als spezifisch menschliche „Verirrungen“ ?

Möglicherweise: Als grundsätzliche Unabhängigkeit des Sexuellen inzwischen gegenüber dem stereotypen Reproduktionsprogramm sonst in der Natur. Und als Ausstattung der physischen Attraktion stattdessen mit einer ganzen Summe sozialer Faktoren und prosozialer Kräfte beim Menschen, die wir als *Liebe* bezeichnen. Ob nun diese optimistische oder aber die vorangegangene *pessimistische* Bewertung der Doppelnatur unserer physischen „Liebe“ zutreffend ist: Darüber hat das Sozium zu entscheiden. So wie es sich verhält, scheint die negative zu zutreffen.