

ADHS-Kontroverse

Lesermeinungen zum EB-Forum in Heft 3/10
der »Informationen«

Der Beitrag in der Rubrik EB-Forum der letzten Ausgabe (Heft 3/10) der Informationen für Erziehungsberatungsstellen »Mein Kind hat ADHS? Das gibt's doch nicht!« von Hans-Reinhard Schmidt hat lebhaftere Reaktionen ausgelöst. Der Text stößt einerseits auf begeisterte Zustimmung aus der Praxis, löst andererseits aber auch ebenso heftige Kritik aus. Im Folgenden dokumentieren wir eingegangene Lesermeinungen zu diesem Autorenbeitrag (zum Teil gekürzt).

»Eine Wohltat«

Vielen Dank für den Artikel »Mein Kind hat ADHS? Das gibt's doch nicht!« von Hans-Reinhard Schmidt. Eine Wohltat!!
Holger Schmidt, Kinder-Jugend-Elternberatung, Frankfurt am Main

Keine verlässlichen Standards

Seit fast 25 Jahren erlebe ich in der Erziehungsberatung die eskalierende Problematik der ADHS Diagnosen mit. (Vor der Diagnose »MCD« gab es ab Ende der 80er, da noch die Entdeckung der Glucose-Unverträglichkeit.) Ich bin sehr froh endlich mal etwas gelesen zu haben, was so gut und kritisch das aussagt, was ich seit so langer Zeit zu diesem Thema miterlebe. Je länger es diese Problematik gibt, umso mehr chronifiziert sich die Einstellung aller, dies sei eine Erkrankung mit wissenschaftlich belegtem Hintergrund. In Abständen erfrage ich bei Kinderneurologen, Kinderpsychiatern oder ansässigen Instituten für Kindesentwicklung ob es verständliche, nachvollziehbare Tests gäbe: Fehlanzeige! Die meisten haben keine verlässlichen Standards oder Testungen. Sie verlassen sich bei meinen näheren Nachfragen auf ihre Beobachtungsgabe des Verhaltens der Kinder. Manche auch auf ihr Bauchgefühl: »Wenn ein Kind mich beim Intelligenz-Test unter dem Tisch tritt.« Oder: »Die sind meistens so ungeduldig und wollen schnell fertig werden, – dann seh ich schon: es ist ADHS.« Oder »So ein impulsives Kind kann nur ADS haben.«

Viele Eltern behaupten: »Unser Kind ist auf ADHS getestet.« Und die angrenzenden Fachleute glauben es. Es ist wie in dem Märchen »Des Kaisers neue Kleider«. Ich denke: die Pharmaindustrie hat das Rennen schon ganz lange gewonnen. Und je länger dies so ist, desto manifester wird der Glaube an diese Erkrankung. Tatsächlich ist es ein bundesweiter Skandal, an dem nicht nur die Pharmaindustrie gut verdient.

Vielen Dank für diesen wunderbaren Beitrag, ich werde ihn kopieren und an alle Mitarbeiterinnen unseres Team verteilen.

Carolin Becker, Leiterin der EB Norderstedt bei Hamburg

Halbwahrheiten, Verallgemeinerungen und Polemik

Nichts gibt es in dieser unserer Welt, was nicht noch genauer gefasst werden könnte (Nikolaus von Cues). Schade, um die vergebene Möglichkeit sich konstruktiv-kritisch mit einem Konzept auseinanderzusetzen, das es zu verbessern gilt. Schade, dass so viele Halbwahrheiten, Verallgemeinerungen und Polemik nur wieder zur Spaltung der verschiedenen Fachrichtungen und Therapieschulen führen.

Den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien ist mit diesem Artikel nicht geholfen, im Gegenteil. Angst, Wut, Unsicherheit und Hilflosigkeit werden geschürt.

Hoffentlich werden andere Meinungen den gleichen Raum in ihrer Veröffentlichung einnehmen dürfen. Das sind Sie den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien schuldig.
Dirk Guggemos, Psychologischer Psychotherapeut PP, KJP, Augsburg

Beitrag widerspricht langjähriger Erfahrung

Ich leite seit 23 Jahren die städtische Erziehungsberatungsstelle in Augsburg. In dieser Funktion habe ich neben den Klientenkontakten auch die Aufgabe, das Jugendamt bei länger dauernden Jugendhilfemaßnahmen nach § 35a

SGB VIII zu beraten und sehe behandelte und unbehandelte Jugendliche, bei denen neben anderen Störungen und gestörter sozialer Integration auch ein ADS vorliegt. Seit 20 Jahren betreibe ich nebenberuflich eine kinderpsychiatrische Praxis und habe einige Jahre eine ADS-Selbsthilfegruppe unterstützt. Seit einigen Jahren bin ich Sprecher einer interdisziplinären ADS-Arbeitsgruppe. Der Beitrag: »ADS, das gibt's doch nicht« widerspricht derartig meiner Erfahrung, der seriösen wissenschaftlichen Literatur und auch den Interessen der betroffenen Familien, dass ich Ihnen meine Ansicht des Problems darlegen will.

Aus den Kontakten mit der Selbsthilfegruppe weiß ich noch sehr genau, wie lange hoch belastete Familien mit einem ADS-Kind suchen mussten, bis sie wirksame Hilfe erfahren konnten, welchen Diskriminierungen sie auf diesem Weg ausgesetzt waren und wie viel Zeit für unwirksame Therapien vertan wurde. Ich weiß auch noch, wie das Selbstwertgefühl älterer Kinder mit einer längeren Leidensgeschichte angegriffen war, und wie die familiären Beziehungen durch Erschöpfung und gegenseitige Vorwürfe zermürbt waren.

Ich erinnere mich an die Freude, als ich durch wachsende Kenntnis des ADS-Konzeptes einen Behandlungsansatz für viele sonst unlösbare Schwierigkeiten sah und die schmerzhaften Diskussionen mit Kollegen. Sie glaubten, durch die Annahme einer somatisch mit verursachten Störung oder die Verordnung eines Medikamentes, an dessen Sicherheit keiner recht glauben wollte, wäre der Blick auf die Lebensgeschichte und die Persönlichkeit der Patienten und die Besonderheit ihrer Familien verstellt, ja unmöglich.

Leider begegnete man oft auch der Anwendung von Methylphenidat ohne hinreichende Erfahrung, so dass vermeidbare Nebenwirkungen oder Wirkungseinschränkungen durch Fehldosierung nicht selten waren. Zweifel an der Erlaubtheit einer medikamentösen Behandlung einer minder schweren Krankheit als z. B. einer Psychose und die Skepsis der Kollegen bewirkten bei mir große Skrupel, aber auch gründliche Beschäftigung mit der ADS-Problematik.

Heute haben wir in Augsburg weitgehende Akzeptanz der Beiträge der verschiedenen Berufsgruppen und gegenseitige Wertschätzung erreicht. Währenddessen lernte ich immer mehr Patienten und ihre Familien kennen. Sie sind meine eigentlichen Lehrmeister geworden inmitten einer divergierenden, oft emotionalen Fachdiskussion.

So, wie es auch bei den verschiedenen Kinderpsychiatern verschiedene Haltungen zum ADS und der Medikation gibt, gibt es verschiedene Vorannahmen bei den Familien der Patienten. Diese gilt es zu respektieren. Unverzichtbar ist aber die Beibehaltung der ärztlichen Aufgaben, die verschiedenen Aspekte der Störung zu erkennen und die Behandlungsmöglichkeiten zu erklären. Dazu gehört natürlich auch eine Einschätzung der Verfügbarkeit und der Zeitstruktur der verschiedenen Hilfen. Es nutzt ja nichts, einem Kind eine Schule zu empfehlen, die so nicht existiert oder psychotherapeutische Vorbehandlungen zur Bedingung für eine Stimulantienbehandlung zu machen, wenn die entsprechenden Kapazitäten nicht zugänglich sind.

Durch mangelhafte Diagnostik und Aufklärung oder selektive Nennung bzw. Unterschlagung von Behandlungsmöglichkeiten den Eltern die Entscheidung über die Behandlungsart und das weitere Schicksal ihres Kindes wegzunehmen, ist unethisch. Die meisten Eltern können mit den notwendigen Informationen angemessen umgehen. Wenn eine gemeinsame Einschätzung des Schweregrades der Störung und des Leidensdrucks durch lang anhaltende negative soziale Reaktionen und nicht begabungsgemäße Leistungseinbußen erreicht ist, sind therapeutische Bündnisse häufig. Wünsche nach Behandlung aus banalem Anlass finde ich selten, und oft haben Eltern sich lange mit der Entscheidung abgemüht oder mehrere Kollegen aufgesucht, bis sie sich zu einer Stimulantienbehandlung entschließen.

Der Experte für das Kind sind die Eltern, für die Krankheit der Arzt. Im Dialog entsteht dann oft ein adaptives Vorgehen: Psychoedukation, Medikation und deren Veränderung sowie spezifische Psychotherapie, soziale und schulische Maßnahmen wechseln und ergänzen sich nach Bedarf und Verfügbarkeit. Mit diesem Vorgehen sind die meisten Patienten zufrieden.

Es gibt Kinder, die an sich keine Veränderung spüren, wohl aber das Umfeld. Diejenigen, deren kognitive und soziale Fähigkeiten unter der Behandlung zunehmen, nehmen das Medikament gern und die Familien sind geradezu dankbar für die Behandlung. Diejenigen, bei denen expansive Störungen vorliegen, fühlen sich oft ausgebremst und vermissen die soziale Bestätigung und den sekundären Gewinn, der durch impulsives und ausagierendes Verhalten entsteht. Behandlungsabbrüche wegen Nebenwirkungen sind selten. Nichtwirksamkeit der Medikation kommt auch vor, manchmal ist dies aber auch die Folge von nicht beachteten Normvarianten bei der Dosisfindung oder Unregelmäßigkeiten bei der Wirkstofffreisetzung einzelner Präparate.

Unnötige Verlängerung von Leid

Der Beitrag von Hans-Reinhard Schmidt, der das ADS insgesamt und die kinderpsychiatrische Alltagserfahrung in Frage stellt, bringt uns nicht weiter, verhindert oder verzögert wirkungsvolle Behandlungen und verlängert somit unnötig Leid für Betroffene und ihre Familien. Wir erfahren nicht, was wir therapeutisch tun sollen oder was wir den betroffenen Familien sagen sollen. Auch wenn wir nicht alles über das ADS wissen, können wir wirkungsvoll helfen. Wenn aber die Diagnose unbenannt bleibt, kommt der hilfreiche störungsspezifische Umgang mit dem Patienten oft nicht zustande. Es nutzt nichts, aus dem Ursachenbündel des ADS medizinisch beeinflussbaren Faktoren (nämlich dem Hirnstoffwechsel) jede Relevanz abzusprechen und die Forderung nach einer Veränderung ärztlich unbeeinflussbarer Faktoren entgegenzusetzen (Schulsystem, psychosoziale Probleme, biographische Belastung) oder den Kindern unsinnige Wartezeiten bis zu einer wirkungsvollen Behandlung zuzumuten. Wohl aber können viele Berufsgruppen zur Förderung von ADS-Patienten ihren Beitrag leisten.

Es ist nichts gegen die Behandlung von Schreibabys oder die Forderung nach kindgerechter sozialer Umwelt

und förderlichen Beziehungserfahrungen zu sagen. Biographisch komplex traumatisierten Kindern mit einem ADS hilft neben Psychotherapie und pädagogischer Unterstützung oft auch eine Stimulantienbehandlung um im sozialen und im Leistungsbereich weiter einschränkende Funktionseinbußen und weitere sekundäre Schäden zu vermeiden und die emotionale Verarbeitungskapazität zu verbessern. Es gibt aber auch ADS-Kinder, die keine traumatischen Erlebnisse haben und in angemessenen schulischen und familiären Verhältnissen leben oder denen psychotherapeutische oder pädagogische Hilfen nicht ausreichend genutzt haben und die von einer ADS-spezifischen Behandlung profitieren.

Antipsychiatrischer Affekt

Der antipsychiatrische Affekt, der dem ganzen Artikel zugrunde liegt, hat zur weitgehenden Ausblendung ärztlicher Erfahrung und Wissens geführt. Es ist nicht nur bei Methylphenidat so, dass ein vorhandenes Medikament später seine Indikation verändert oder erst gefunden hat. Auch Aspirin war zuerst da und erst später hat man seine Blut verdünnende Wirkung entdeckt. Von einem Syndrom kann man auch nicht die diagnostische Eindeutigkeit wie bei einem Beinbruch erwarten. In der ganzen psychiatrischen Diagnostik verlässt man den Begriff einzelner, isolierter Krankheiten zu Gunsten von komplexen Störungsbildern aus der verschieden zu gewichtenden Zusammensetzung verschiedener Teildiagnosen, so auch in der Kinderpsychiatrie mit dem multiaxialen Klassifikationsschema, das psychiatrische, soziale und körperliche Faktoren integriert und somit ein umfassendes Verständnis der Patienten ermöglicht. Statt durch eng definierte Störungen geringer Beeinträchtigte von einer Diagnose auszuschließen, wurde der Blick durch den Begriff des Spektrums erweitert. Es ist auch unsinnig, ohne jede Gewichtung aus dem Inhaltsverzeichnis eines kinderpsychiatrischen Lehrbuchs sämtliche Diagnosen abzuschreiben, aber häufige Komorbiditäten, (gleichzeitig auftretende Störungen) deren Kenntnis handlungsleitend sein kann, als Unfug abzutun.

Herr Hüther musste seine Befürchtung, Methylphenidat könne Parkinson verursachen, mittlerweile zurückziehen. Der Autor gefällt sich aber darin, Angst zu erzeugen und unterschlägt diese Information ebenso wie alle Untersuchungen, die die Sicherheit der Medikation belegen. Damit ist aber den Familien mit einem ADS-Kind nicht geholfen, die zeitnah wirksame Hilfe brauchen. Die Behauptung, die Patienten nähmen Methylphenidat nur widerwillig trifft, wenn überhaupt für überwiegend expansiv gestörte Kinder zu. Die Verbesserung sozialer und kognitiver Fähigkeiten führt aber bei den meisten Patienten zu einer positiven Beurteilung der Stimulantienbehandlung. Vielleicht führt auch die Mitbeteiligung bei der Dosierung zu diesem günstigen Urteil.

Der Artikel widerspricht der Meinung und Erfahrung von mindestens 80% aller Kinderpsychiatern und, so er denn ernst genommen wird, trägt er dazu bei, vermeidbares, weil behandelbares Leiden aufrechtzuerhalten. Wie bei vielen psychiatrischen Debatten gibt es auch zum ADS unter den Kinderpsychiatern ein breites Spektrum von Auffassungen

und Behandlungsmodalitäten. Konsens besteht aber über multiaxiale Diagnostik und multimodale Therapie. Das heißt: Es werden psychiatrische, körperliche und soziale Gesichtspunkte in eine Gesamtschau integriert und bei der Therapie Information und Training der Eltern, Medikation und Therapie des Kindes in bedarfsgerechter Weise angewendet.

Der Verfasser befindet sich mit seinem Artikel am äußersten Rand – wenn nicht außerhalb des kinderpsychiatrischen Konsenses. Durch die Nennung des Verfassers als Sprecher einer ADHS-Konferenz hat der Herausgeber dem Autor ein offizielles Mäntelchen umgehängt. Anti-ADHS Konferenz wäre ehrlicher gewesen, wie ein Blick ins Internet gezeigt hat. Kinderpsychiatern sind in dieser Vereinigung deutlich unterrepräsentiert. Bis jetzt war ich der Meinung, dass die bke sich fachlich auf einer multiprofessionellen, Methoden integrierenden Linie bewegt und sich um die Integration von Nachbardisziplinen bemüht. Diesem Anspruch sind Sie mit der Veröffentlichung dieses Beitrags nicht nachgekommen.

Das ADS und seine medikamentöse Behandlung ist noch nicht vollständig erforscht, und Fehler bei der Diagnostik und Behandlung sind vorgekommen. Dennoch gibt es – außerhalb jeder Theoriedebatte – viele Kinder und Jugendliche, die durch die Mitteilung der ADS-Diagnose und der darauf beruhenden multimodalen Behandlung, welche die Möglichkeit der Medikation mit einschließt, eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität und ihrer sozialen Beziehungen erlebt haben. Die mangelnde Kenntnis des ADS und seiner Behandlung hat viel Leid verursacht und Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. Als Erziehungsberater sollten wir uns dafür einsetzen, dass Eltern voll informiert ihre Entscheidungen zum Wohl ihrer Kinder treffen können. Für Mitarbeiter in der Erziehungsberatung und der Jugendhilfe ist es wichtig zu wissen, dass biographische oder soziale Belastung, aber auch eine Teilleistungsstörung das ADS nicht ausschließt, sondern eher wegen der zusätzlichen Belastung verstärkt.

Erziehungsberatungsstellen könnten einen wichtigen Beitrag zum Umgang mit ADS außerhalb des medizinischen Bereichs leisten: störungsspezifisches Elternt raining und Information, Förderung der Kooperation mit Schulen oder Ärzten und Therapeuten, Unterstützung von Selbsthilfegruppen könnten auch Aufgabe einer Erziehungsberatungsstelle sein.

Dieter Ostermann, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Psychotherapie – Medizinaldirektor, Stadt Augsburg, Amt für Kinder, Jugend und Familie, Erziehungsberatungsstelle

»ADHS – oder: Warum Leugnen manchmal sinnlos ist.«

»Das gibt's doch nicht!« Wir alle gebrauchen diesen Ausdruck gelegentlich, wenn andere uns von etwas berichten, das wir nicht glauben wollen. Lernen heißt, Neues zu sehen und zu begreifen, Erwartungen mit Erfahrungen abzugleichen, Wissen zu sammeln und in veränderlichen Kategorien stets neu zu ordnen. Jedes Kind weiß, dass es Dinge gibt, die es noch nicht gesehen hat. Kinder lernen so schnell,

weil sie sich auf die Überraschung des Neuen freuen. Sie haben keine Angst davor, altes Wissen und Können gegen ein neues Verständnis und erweiterte Fertigkeiten einzutauschen. Bevor sie die intellektuelle Eitelkeit der Erwachsenen erwerben, scheuen sie weder Fehler noch Verletzungen.

Daher kamen und kommen die Erkenntnisse neuer Zeiten oft von einer Jugend, die das Risiko der Fehlbarkeit nicht meidet, sondern sucht. Der 24-jährige Kolumbus schreibt einen Brief an den Florentiner Arzt Paolo dal Pozzo Toscanelli über die Idee einer Westroute nach Indien. 1623 konstruiert der deutsche Mathematiker Wilhelm Schickard als 31-Jähriger die erste Rechenmaschine der Welt. Im Alter von 25 Jahren beschrieb Emil Heinrich Du Bois-Reymond in seiner Doktorarbeit 1843 erstmals die elektrische Reizleitung an Nerven und Muskeln. 33 Jahre später kultivierte der ebenso alte Robert Koch erstmals einen Krankheitserreger außerhalb des Organismus und erklärte dessen Lebenszyklus einschließlich seiner Rolle beim Entstehen einer Krankheit. 1932 erhält der erst 30-jährige Werner Heisenberg für die Begründung der Quantenmechanik den Physik-Nobelpreis. James Watson war 25, als er gemeinsam mit Francis Crick im Jahr 1953 die Molekularstruktur der DNA beschrieb. Warum erzähle ich Ihnen das? Weil all diese Überlegungen, Entdeckungen, Erfindungen gegen den jeweiligen Zeitgeist erfolgten.

Geschichte der ADHS

Da nimmt es nicht Wunder, dass bis heute mancher gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) anschreibt, ihren Begriff und die Veränderungen, die er – wie jedes wissenschaftliche Konzept – über die Jahre nahm. »Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter« betitelten die deutschen Nervenärzte Kramer und Pollnow ihren Aufsatz, der 1932 in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie erschien. Es war nicht das erste Mal, dass die beiden Mediziner den Begriff »hyperkinetisch« gebrauchten. Bereits zuvor hatten sie vor Fachleuten über das Störungsbild referiert, das der englische Kinderarzt George Still 1902 erstmals in einer Weise beschrieben hatte, welche die neurophysiologischen Symptome der ADHS in einem Syndrom zusammenfasste. Der von Hans-Reinhard Schmidt in seinem von sachlichen Fehlern wimmelnden Artikel zitierte, latent antisemitische US-Psychiatriekritiker Edward Shorter weiß davon freilich nichts, denn die deutschsprachige Literatur der Weimarer Republik, damals globales Zentrum der akademischen Wissenschaften, ist ihm weitgehend unzugänglich.

Was Schmidt im Folgenden gegen die ADHS vorbringt, ist eine alltagspsychologische Deutung von Beobachtungen, die jeder Systematik entbehrt. Sie verkennt den klinisch bedeutsamen Übergang von einer Psychiatrie, welche über Jahrhunderte nach organischen Gründen abweichenden Verhaltens suchte, hin zu einer phänomenologischen Diagnostik, die das Eigentümliche in überindividuellen Mustern des Verhaltens erkennt. Wie klug dieser Paradigmenwechsel war und ist, zeigt sich im wachsenden wissenschaftlichen Verständnis des Gehirns, das auf strukturell höchst unterschiedliche Weise recht ähnliche Funktionen hervorbringt – nicht anders, wie eine ähnliche Software auf unterschiedlichen Computer-Prozessoren läuft. Natürlich sind die Symptome der ADHS jeweils für sich nicht störungsspezifisch, denn

allein ihre Summe beschreibt typische Syndrome wie die Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität sowie die für das Verständnis der ADHS zentrale Impulskontrollproblematik. Es ist ein Segen, dass die moderne Wissenschaft diese Muster der Verhaltenssteuerung erkannt hat, denn man kann den Betroffenen wirksam helfen: mit einer besseren Pädagogik, alltagsorientierter Psychotherapie und, falls nötig, Medikamenten.

Dabei kann ich die Logik, die Schmidts Ausführungen zugrunde liegt, durchaus nachvollziehen. Schließlich gab es Beschreibungen kindlicher Verhaltensauffälligkeiten lange vor der Entstehung des Begriffs der ADHS. Natürlich gab es auch Erklärungsansätze wie falsche Erziehung, Hirnschäden, gestörte Triebe oder soziale Umstände. Wo und wie also lebten die von der ADHS betroffenen Menschen vor der Aufnahme des Störungsbilds in die Diagnosemanuale der American Psychiatric Association (APA) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO)? Ist die ADHS tatsächlich genetisch bedingt, so muss es doch Zeugnisse ihrer Präsenz lange vor der massenhaften Behandlung von Kindern seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geben. Darf man von einer erblichen Disposition des Verhaltens sprechen, wenn unser Denken und Handeln doch ganz offensichtlich auf Lernprozessen, Erziehung und Erfahrungen beruht?!

Ja, ja, ja! Wir kennen diese Menschen und ihre Biographien (z. B. Edison und Churchill), haben ihre Zeugnisse (u. a. Heinrich Hoffmanns Lebenserinnerungen), wissen um die Prägungen ihrer Zeit (lesenswert: die Tagebücher Marie Gunderts über die Kindheit ihres Sohnes Hermann Hesse). Die Geschichte der ADHS ist so sehr die Geschichte ihrer Betroffenen, dass für ihre Gesamtheit das Gleiche gilt wie für die Entwicklung des Individuums. Jede Geschichte basiert auf der Welt, die sie an ihrem Anfang vorfindet: eine genetisch überkommene physische Disposition des Menschen, mit welcher er auf seine Umwelt trifft; die Sicht einer Gesellschaft zu ihrer Zeit auf das Verhalten von Kindern, auf Normalität und Abweichung, auf Pädagogik, Psychologie und Medizin.

Menschliches Verhalten ist genetisch bestimmt

Vor diesem Hintergrund erscheint es wie ein fremdsprachiges Plädoyer für die eigene Muttersprache, gegen die Leugnung der ADHS zu argumentieren, da sie der sinnlosen Verneinung der Veränderbarkeit von Begreifen und Begriffen gleichkommt. Wollen wir in eine Gesellschaft zurückkehren, die alle Kinder gleich(gültig) behandelt, egal ob stark oder schwach, klug oder behindert, besonnen oder impulsiv, aus reicher oder armer Familie, mit großer oder geringer Bildung, geprägt durch gute oder schlechte Erziehung?

Anders als Schmidt es glauben machen möchte, ist sich die Wissenschaft seit Jahrzehnten sicher, dass das menschliche Verhalten genetisch bestimmt ist. Wohl kaum im Sinne eines einzelnen Gens, mit dem man das Denken und Handeln des Individuums in seinen sozialen Bezügen erklären könnte. Wohl aber durch die physiologische Disposition der Reaktion des einzelnen Menschen auf Umweltreize. Bei von der ADHS Betroffenen sind diese im Wesentlichen neuro-

Fortsetzung auf S. 27

nenalen Voraussetzungen durch Besonderheiten des Hirnstoffwechsels gekennzeichnet. Die diesbezüglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse sind in den letzten 50 Jahren vielfach durch kontrollierte Untersuchungen repliziert worden. Von der Verhaltensbeobachtung an Mensch und Tier bis hin zu strukturellen Veränderungen der Hirnentwicklung durch Medikamente weist alles auf eine Tatsache hin: Physis und Psyche des Menschen sind durch überindividuelle Muster gekennzeichnet. Wir sind einzigartig und ähneln uns doch, egal wo auf diesem Planeten wir geboren wurden und in welcher Gesellschaft auch immer wir aufwuchsen.

Man darf zurecht bezweifeln, dass ein einzelner Symptomfragebogen gemäß den Diagnosemanualen von APA (DSM-IV) oder WHO (ICD-10) die Diagnose einer ADHS rechtfertigt. Es ist hingegen widersinnig, das Konstrukt des Störungsbildes der ADHS grundsätzlich in Frage zu stellen, basiert es doch gerade darauf, dass die zum Syndrom der ADHS zusammengefassten Symptome statistisch valide und reliabel, d. h. in Übereinstimmung mit standardisierten Beobachtungen sowie durch beliebige Beobachter nachprüfbar, eine systematische Andersartigkeit der Betroffenen beschreiben. Niemand kann bislang die Genetik der ADHS umfassend darstellen. Wie soll das auch möglich sein? Rund 25.000 Gene mit drei Milliarden Basenpaaren sind in ihrer Interaktion die Grundlage des menschlichen Organismus. Abgesehen davon, dass der noch jungen Disziplin der Genanalyse bislang die Daten von Millionen zu untersuchenden Menschen fehlen, ist der statistische Aufwand zur Erfassung der relevanten Zusammenhänge gigantisch. Es wird noch Jahrzehnte dauern, bis moderne Computer die dafür notwendigen Berechnungen schaffen.

Leben mit einem Konstrukt

Ich weiß: Manchem mag der Umstand, dass ich die ADHS als Konstrukt begreife, ein Hinweis auf die fehlende Wirklichkeit des Störungsbildes sein. Doch die ADHS ist real, weil wir sie als die Beschreibung einer Verhaltensdisposition erkennen. Wir können mit der ADHS erklären, warum sich bestimmte Menschen, die sich durch unterschiedliche Verfahren sehr zuverlässig identifizieren lassen, in vielen Situationen in einer vergleichbaren Weise verhalten. War es für die Seefahrt zu Zeiten des Kolumbus entscheidend, dass man wie er an die Kugelgestalt der Erde glaubte? Nein! Doch Kolumbus Idee, Indien auf dem Westwege zu erreichen, erscheint ohne die Annahme der Kugelform sinnlos. Gleichmaßen nahm die Idee der ADHS, nicht anders als beispielsweise das Konstrukt des Autismus, in einem neuen Bemühen von Psychologen und Ärzten Gestalt an: Dem Wunsch, Kindern zu helfen, die ungeachtet der Aufmerksamkeit und Sorge ihrer Eltern, Lehrer, Erzieher und Therapeuten anhaltend große Schwierigkeiten zeigen, sich in Gemeinschaften einzufügen.

Mir ist daher nicht verständlich, worauf die Kritiker der ADHS als Störungsbild abzielen. Widerspricht der Umstand falscher Diagnosen der Existenz einer Krankheit? Nein! Diskreditiert der Missbrauch von Medikamenten ihre Wirksamkeit? Nein! So wenig, wie der Einfluss der Gene durch die Prägung der Umwelt suspendiert wird, so wenig macht eine Diagnose krank oder das Wirkspektrum von Substanzen

ihre Nutzung per se fragwürdig. Hier sind sie, die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, deren flüchtige Aufmerksamkeit, Unruhe und Impulsivität einen überwiegend sprachgestützten Wissenserwerb, das Lernen in großen Gruppen, das selbstbestimmte Leben in einer Welt der Ablenkungen schwer machen.

Wie Herr Schmidt selbst eingesteht: Es gibt Aufmerksamkeitsprobleme, Hyperaktivität und eine auffällige Impulsivität bei Kindern und Erwachsenen. Und es gibt sowohl hilfreiche pädagogische Konzepte als auch wirksame Therapien – Konzepte und Therapien, die unter der Annahme entwickelt wurden, dass es die ADHS gibt. Das gilt nachgerade auch für die Effektivität der Medikation, wie ich als Psychologe, der für die Psychotherapie stets eine Lanze bricht, nach über tausend kontrollierten wissenschaftlichen Studien weltweit bekennen muss. Wer anderes behauptet, tut dies wider besseres Wissen von Fachleuten, aber auch der betroffenen Kinder, Jugendlichen, Erwachsenen, ihrer Eltern, Geschwister und Partner, ihrer Lehrer und Erzieher, Freunde und Feinde.

Was sollen wir tun? Auf diese hilfreichen Maßnahmen verzichten, weil sie unter vermeintlich falschen Voraussetzungen entwickelt wurden? Wie peinlich der Hinweis Herrn Schmidts, dass Panizzons erstmalige Synthese des Wirkstoffs Methylphenidat ohne Wissen des Forschers um die ADHS erfolgte und der Wirkstoff Dextroamphetamin zunächst an »farbigen Unterschichtkindern« erprobt worden sei! Soll man daraus ableiten, dass die ADHS für die Vermarktung von Substanzen erfunden wurde, die man an wehrlosen Kindern erforschte?! Ist das tatsächlich die beabsichtigte Aussage, sollten Schizophrene fürchten, künftig wieder mehrheitlich in Anstalten leben zu müssen, da die zur Behandlung von Psychosen wirksamen Neuroleptika zufällig auf der Suche nach Beruhigungs- und Schmerzmitteln entdeckt wurden.

Kritik nützt Kindern und Erwachsenen nicht

Herr Schmidt, Sie haben Unrecht! Nicht nur in der Darstellung der ADHS als einer Geschichte dubioser sozial-ökonomischer Interessen, bei der weder die Fakten noch die Interpretationen zutreffen. Nicht nur in Ihrem unzureichenden Verständnis der Genetik, die Sie in einen widersinnigen Gegensatz zu Umwelteinflüssen bringen. Nicht nur in Ihrer pauschalen Verunglimpfung der medikamentösen Therapie der ADHS, welche die wissenschaftliche Befundlage von Jahrzehnten ignoriert. Viel schlimmer: Sie tun Unrecht, weil Ihre polemische Kritik an der ADHS keinem Kind und keinem Erwachsenen nützt, jedoch Unwissende auf ihrer Suche nach Hilfe verunsichert und der kritischen Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der ADHS schadet!

Es gibt zahlreiche gute Gründe, der Haltung und dem Handeln unserer Gesellschaft im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten und ADHS kritisch gegenüberzustehen. Keinen dieser Gründe haben Sie in Ihrem Artikel genannt. Statt die ADHS als systematische Normabweichung zu leugnen, sollten wir uns fragen, über welche besonderen Eigenschaften Hoffmann, Edison, Churchill und Hesse verfügten und welchen Dienst sie der Menschheit erwiesen. Wir müssen verstehen lernen, warum Defizite in der Aufmerksamkeitsteuerung, warum

Impulsivität und Hyperaktivität in einer hoch technisierten Gesellschaft, durch die allgemeine Verfügbarkeit von Maschinen (u.a. Autos) und Waffen, angesichts des Lernens und Lebens vor Bildschirmen heute problematischer als früher sind. Ist es denn ausgeschlossen, durch die Anerkennung der neuropsychischen Besonderheiten der ADHS die Betroffenen für eine konstruktive Auseinandersetzung mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu gewinnen, anstatt die ADHS entweder zu pathologisieren oder zu verharmlosen?

In einer Zeit globalen Wettbewerbs genügt es nicht mehr, Benachteiligten therapeutische Schutzräume zu schaffen. Wollen wir uns auch zukünftig als demokratische Solidargemeinschaft begreifen, muss es gelingen, so vielen Kindern wie möglich einen gesunden Weg durch Kindergarten, Schule, Ausbildung und Studium, durch häufige Wohnortwechsel und familiäre Veränderungen, durch die Gewöhnung an materielle Überversorgung und mediale Überfrachtung zu eröffnen. Nur so werden sie zu qualifizierten Berufstätigen, kompetenten Bürgern sowie mündigen, aktiven und selbstbestimmten Mitgliedern zukünftiger Gemeinschaften. Hingegen ist es illusorisch zu glauben, dass dieser individuelle Weg durch die Anpassung der Gesellschaft an die Bedürfnisse des Einzelnen entstehen kann.

Schmerzhaftes Erfahrung von Versagen und Ausgrenzung

Die Begrenzung des therapeutischen Angebots durch die Leugnung des Bedarfs wird nur jene treffen, die bereits benachteiligt sind. Selbst die Leugner der ADHS müssen doch einsehen, dass die Maßnahmen zu ihrer Behandlung vielen helfen, die sozialen Anforderungen an Leistung und Verhalten in den Schulen und an den Arbeitsplätzen unserer Zeit und Gesellschaft zu erfüllen. Doch die Kritiker der ADHS kämpfen noch immer wie weiland Don Quixote gegen die Windmühlen einer Welt, die sie nicht ändern können. Ja, sie opfern Kinder auf dem Altar einer Ideologie, die glauben machen möchte, dass Mark Twain das Leben eines Tom Sawyer und Huckleberry Finn, Astrid Lindgren die Kindheit eines Michel aus Lönnberga für prototypisches natürliches Lebensglück und beispielhaftes Kindsein hielten. Die bittere Wahrheit, Herr Schmidt, ist: Sie haben wenig verstanden von der harten Wirklichkeit, die Twain und Lindgren in ihren Büchern beschrieben haben. Noch weniger begreifen Sie von dem Alltag, in dem ADHS-Betroffene sich in unserer Zeit wiederfinden. Damit meine ich keineswegs nur die schmerzhaftes Erfahrung von Versagen und Ausgrenzung. Ich denke daran, wie leicht es unsere Gesellschaft dem Einzelnen macht, verhaltensauffällig zu sein, und wie schwer, mit diesen Auffälligkeiten etwas in ihr zu werden. Wie viel Verständnis haben all die professionellen Helfer für die Nöte des Kindes, für sein Leiden an Elternhaus, Schule und medialer Beeinflussung! Wo aber finden wir diese Empathie bei Einstellungsgesprächen, wo in mangels Bildung unverstandenen Verträgen, wo angesichts der Beeinflussbarkeit in demokratischen Entscheidungsprozessen?

ADHS ist kein Schicksal, doch eine gute Voraussetzung, in Schule und Beruf zu scheitern, Chancen zu versäumen, unbedachte Entscheidungen zu treffen und stets lange für einen Augenblick impulsiver Bedürfnisbefriedigung

zu bezahlen. Unter welchem Namen auch immer man die Symptome der ADHS und die Probleme der Betroffenen zusammenfasst, so können wir uns doch auf eines verständigen: Es ist nicht eben leicht, sich im postindustriellen Medienzeitalter zurechtzufinden. Vor allem dann, wenn man entgegen jede wissenschaftliche Evidenz wie auch persönliche Erfahrung lesen muss, dass es die Konditionen des eigenen Lebens nicht geben soll ...

Dr. Johannes Streif, ADHS Deutschland e.V.

Einseitige Sichtweise

Es ist bedauerlich, dass eine so einseitige Sichtweise, wie von Herrn Schmidt vertreten, ohne jede Kommentierung in den Informationen für Erziehungsberatungsstellen (Schmidt, 2010) erscheint. Die Positionen widersprechen nahezu durchweg den Publikationen von Fachgremien, wie dem der Bundesärztekammer und allen nationalen und internationalen Leitlinien zur Diagnose und Therapie von ADHS und den Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes. Die empirischen Studien, die Schmidt als Beleg seiner Aussagen aufführt, werden nicht in den Kontext anderer Untersuchungen gestellt und einseitig interpretiert. Das zentrale adhs-netz hat in einer Veröffentlichung (Döpfner et al., 2010) zu den wichtigsten Punkten, die auch von Schmidt aufgeworfen wurden, Stellung genommen, die hier noch einmal zusammengefasst werden:

ADHS kann ab dem Grundschulalter in der Regel zuverlässig diagnostiziert werden.

Wie alle psychischen Störungen ist ADHS durch ein Muster mehrerer Einzelsymptome definiert, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies übrigens auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten ist. ADHS kann aber davon durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende deutliche Beeinträchtigung abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen Erkrankungen und insbesondere bei psychischen Störungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein (Döpfner et al., 2010, S. 132).

Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor. ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. International besteht kein Zweifel, dass genetische Ursachen den größten Einzelfaktor in der Entstehung von ADHS bilden (z.B.: Brookes et al., 2006; Friedel et al., 2007; Hebebrand et al., 2006; Heiser et al., 2004; Romanos et al., 2008; Smidt et al., 2003). Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge noch nicht abschließend geklärt. Sowohl die molekulargenetischen Faktoren als auch die komplexen Interaktionen von genetischen und verschiedenen Umweltfaktoren bedürfen noch weiterer Erforschung. Die offenen Punkte zu den Ursachen von ADHS verhindern – wie bei anderen Erkrankungen auch – jedoch

nicht die Entwicklung valider diagnostischer Verfahren und therapeutischer Interventionen, wengleich von einer weiteren Klärung der Ursachenfaktoren auch ein stimulierender Einfluss auf die Verbesserung von Diagnostik und Therapie erwartet werden kann. Ein Einfluss psychosozialer Bedingungen auf die Ausprägung von ADHS ist wahrscheinlich, doch liegen hierzu bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor (Döpfner et al., 2010, S. 132).

Die Pharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept.

Dieser Satz spiegelt den gegenwärtigen Stand der Empfehlungen, wie er in europäischen und deutschen Behandlungsleitlinien gegeben wird. Eine relativ frühzeitige Pharmakotherapie wird in diesen Leitlinien bei Kindern ab dem Alter von sechs Jahren dann empfohlen, wenn die Symptomatik zu erheblicher Einschränkung von Alltagsfunktionen führt. In solchen Fällen wird eine Pharmakotherapie nach der immer grundlegend notwendigen Psychoedukation und Aufklärung und Beratung der Eltern und der Patienten empfohlen (Döpfner et al., 2010, S. 133). Die Psychopharmakotherapie hat sich in einer Vielzahl von Studien als wirkungsvoll erwiesen und ist in den meisten Studien allen anderen Interventionsformen bei der Reduktion von ADHS-Sympto-

matik überlegen. Im Einzelfall gilt es immer, die Wirksamkeit zu prüfen und die Psychopharmakotherapie entsprechend in ein multimodales Behandlungskonzept einzubetten. Das zentrale adhs-netz wünscht sich im Sinne der optimalen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die von dieser Problematik betroffen sind, eine an wissenschaftlichen Standards orientierte Diskussion, die weniger von subjektiven Überzeugungen geleitet ist. Behauptungen wie beispielsweise »Kinder nehmen Ritalin überwiegend widerwillig, weil sie sich auf gesunde Weise gegen die stigmatisierende Zuschreibung einer angeblichen Krankheit wehren« (Schmidt, 2010, S. 15) sind nicht evidenzbasiert, sondern durch eine ideologische Grundhaltung geprägt, die möglicherweise nur begrenzt an einem Erkenntnisgewinn oder einer optimalen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS interessiert ist. Es stellt sich die Frage, warum gerade bei ADHS immer wieder eine besonders kritische Haltung eingenommen und aktiv verbreitet wird, die mit der gleichen Begründung der empirischen Unsicherheiten oder diagnostischen Abgrenzungsprobleme bei allen psychischen Störungen, wie Angststörungen, depressiven Störungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen mit zumindest der gleichen Berechtigung formuliert werden könnte.

*Für die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes,
Prof. Dr. Manfred Döpfner*

Professionelle Kooperation zum Wohle des Kindes

Die Orientierung des neuen Familienverfahrensrechts (FamFG) an der Situation und dem Erleben von Kindern erfordert einen Einstellungswechsel: Um die Situation eines Kindes zu verbessern, dessen Wohl gefährdet ist oder dessen Eltern um Sorge- oder Umgangsrecht vor Gericht streiten, soll künftig frühzeitig gehandelt und das familiengerichtliche Verfahren beschleunigt werden. Zugleich soll ein Einvernehmen zwischen den Eltern angestrebt werden, wenn dies dem Wohl des Kindes nicht widerspricht. Die Rollen von Familiengericht und Jugendamt, Verfahrensbeiständen und Beratungsstellen sowie von Sachverständigen und Anwälten müssen daher neu aufeinander bezogen werden. Die in diesem Band versammelten Beiträge stellen die Perspektiven, Aufgaben und Vorgehensweisen der Institutionen dar, die in einer Verantwortungsgemeinschaft für das Kind miteinander kooperieren.

ISBN 978-3-7799-0772-5

