

Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J, Leo J, Cohen D, Whitfield C, Double D, Bindman J, Andrews H, Asen E, Bracken P, Duncan B, Dunlap M, Albert G, Green M, Greening T, Hill J, Huws R, Karon B, Kean B, McCubbin M, Miatra B, Mosher L, Parry S, DuBose Ravenel S, Riccio D, Shulman R, Stolzer J, Thomas P, Vimpani G, Wadsworth A, Walker D, Wetzel N, White R; 33 Coendorsers.

Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 7, No. 1, March 2004:

## **Kritik der internationalen Konsenserklärung zur ADHS**

Die Autoren fragen sich und uns zunächst, warum bedeutende Psychiater und Psychologen um Barkley eine Erklärung beschließen, die die freie Diskussion über Sinn und Unsinn der weitverbreiteten Diagnose und medikamentösen Behandlung von ADHS unterbinden will. Wenn wissenschaftliche Erkenntnisse zu ADHS so eindeutig seien wie behauptet, bräuchte es doch eigentlich gar keine solche Konsenserklärung.

Der wirkliche Grund für das Konsenspapier von Barkley et.al. liege darin, dass die Annahmen, ADHS sei eine echte medizinische Krankheit und Psychopharmaka seien wirkliche Heilmittel, inzwischen durch die wissenschaftliche Kritik erschüttert wurden. Es sei nicht nur gegen Geist und Praxis jeder Wissenschaft, den wissenschaftlichen Diskurs über die Gültigkeit von "ADHS" zu beenden, wie es das Barkley-Konsenspapier verlange. Es gebe im Gegenteil eine ethische und moralische Verpflichtung zu einem solchen Diskurs, meinen die Autoren vollkommen zu Recht.

**Die Autoren führen weiter aus** (wobei wir die jeweiligen Literaturbelege des Originalartikels weglassen. Der hieran interessierte Leser wird auf den Originalartikel verwiesen; es bleibt dort jedenfalls keine der gemachten Aussagen wissenschaftlich unbelegt),

1. dass der Forschungsstand nicht die Behauptung stütze, bei ADHS-Kindern handele es sich um eine homogene Gruppe mit einer gemeinsamen und spezifischen neurobiologischen Störung. Es gebe keine kognitiven, metabolischen oder neurologischen Marker für ADHS, weshalb es auch keinen medizinischen Test für die Diagnose gebe. Es gebe bereits seit 30 Jahren offenkundige Schwierigkeiten, die Störung überhaupt eindeutig zu definieren;
2. dass trotz der Versuche, die Diagnosekriterien zu standardisieren, erhebliche Unterschiede zwischen Diagnostikern nicht nur verschiedener Nationen, sondern sogar ein und derselben Nation bestehen. In den USA schwanke zum Beispiel die Zahl der Diagnosen innerhalb eines Staates von Gemeinde zu Gemeinde um den Faktor 10;
3. dass drei Viertel aller mit ADHS diagnostizierten Kinder auch die Kriterien für andere psychiatrische Störungen (Verhaltensstörungen, Angststörungen, Depressionen etc.) erfüllen. Solch hohe Komorbiditäten legten aber den Schluss nahe, dass sich das ADHS-Konstrukt zur Erklärung des klinischen Alltags gar nicht eigne;

4. dass nach nunmehr 25jähriger bildgebender Forschung und über 30 Studien immer noch die simple Studie fehle, in der eine Gruppe unbehandelter ADHSler mit einer Gruppe behandelter verglichen werde. Die bisherigen bildgebenden Studien hätten unspezifische und inkonsistente Ergebnisse erbracht, wobei die Untersuchungsgruppen klein waren und in keinem Falle klinisch abnormale Gehirne gefunden worden seien (ganz zu schweigen von ADHS-spezifisch abnormalen). Tierstudien lassen zudem vermuten, dass die in einigen Studien bei Kindern gefundenen Hirnbesonderheiten eine Folge ihrer Medikamentierung sein können;
5. dass sogar ein Regierungsbericht der USA zu ADHS feststelle, dass es keine überzeugenden Belege dafür gebe, dass ADHS eine biochemische Störung sei;
6. dass die Erforschung möglicher Umweltfaktoren als Ursache für ADHS bisher weitgehendst unterblieben ist, obwohl es vielfältige Erfahrungen gibt, dass psychosoziale Faktoren wie Traumen oder Missbrauch ursächlich sein können;
7. dass Forschungsergebnisse zur Genetik und Vererbung Interpretationssache seien. Die Genetik von ADHS sei nicht unterscheidbar von Verhaltensstörungen und anderen externalisierenden Störungen, und auch die Vererbung sei nicht spezifisch, falls es eine solche überhaupt gibt;
8. dass die Menge der an Kinder gegebenen Psychopharmaka in den USA besorgniserregend sei. Im Jahre 1996 hätten 6 Prozent aller Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren Psychopharmaka bekommen, ein Prozentsatz, der heute wahrscheinlich noch höher sei. Auch der Psychopharmakaverbrauch bei Vorschulkindern im Alter von 2 bis 4 Jahren sei stark angestiegen. Eine Studie in Virginia habe in zwei Schuldistrikten bei 17 Prozent aller weißen Grundschüler Psychopharmaka-Konsum festgestellt. Aber die Autoren der internationalen Konsenserklärung um Barkley glauben dennoch, dass derzeit leider nur weniger als die Hälfte aller Kinder mit ADHS angemessen medikamentös behandelt würden;
9. dass viele der Mitautoren der Barkley-Konsenserklärung wohlbekannte Fürsprecher einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit ADHS seien, aber nirgends ihre diesbezüglichen finanziellen Interessen und Verbindungen zur Pharmaindustrie offenlegten;
10. dass Psychostimulanzien keine ADHS-spezifische Behandlung darstellen, sondern auch bei normalen Kindern und ganz unabhängig von ihrer Diagnose wirken. Eine kürzliche Metaanalyse von Studien zur Methylphenidatwirkung zeige, dass die Studien methodisch schlecht und voller Fehler seien, dass Kurzzeiteffekte inkonsistent, Nebenwirkungen aber häufig seien, und dass Langzeiteffekte über 4 Wochen hinaus nicht belegt werden;
11. dass die Autoren der Konsenserklärung behaupten, unbehandelte ADHS führe bei den Betroffenen zu erheblichen Folgebeschwerden, wobei sie aus einem statistischen Zusammenhang eine fragliche Kausalbeziehung ableiten. Andere Forschungen hätten ergeben, dass medikamentöse Behandlung bestenfalls einen fast bedeutungslosen Langzeiteffekt habe;
12. dass den möglichen Langzeitwirkungen von Psychostimulanzien mehr Sorge zukommen sollte, als Barkley u.a. zulassen wollen. Psychostimulanzien haben

erhebliche medizinische, aber auch psychosoziale Nebenwirkungen und sind grundsätzlich suchterzeugend;

13. dass man trotz der heftigen Bemühungen des Barkley-Papiers, Kinder, Eltern oder Lehrer aus der Verantwortung für ADHS heraus zu nehmen, ein aufbauendes und engagiertes familienberaterisch-erzieherisches psychosoziales Unterstützungsangebot aufbauen müsse.

Die Autoren berücksichtigen auch ausführlich kulturell-gesellschaftliche Aspekte bei ADHS, worauf wir hier der Kürze halber nicht weiter eingehen können. Sie fassen abschließend zusammen, dass sich Barkley u.a. sehr schlecht verkaufen, wenn sie weitere Kritik an Diagnostik und Behandlung von ADHS mit der Behauptung gleichsetzen, die Erde sei eine Scheibe. Es sei sehr bedauerlich, dass Barkley die wissenschaftliche Diskussion vorzeitig beenden wolle, denn der Forschungsstand zeige, dass die Debatte noch lange nicht zu Ende sei.

H.-R. Schmidt