



Vortrag: Dr. A. Bau

München, 18. 10. 2005

Von der Verhaltensauffälligkeit zur Krankheit. Medizinalisierung und Psychiatrisierung der Kinder.

Am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADH-Syndrom).

1). Einführung, Geschichtliches, wie kommt es zur „Diagnose“ „ADH“

Seit einigen Jahren beobachten wir Ärzte, Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer bei Kindern zunehmend, man könnte sagen epidemisch, Verhaltensauffälligkeiten, wie übermäßige Unruhe, mangelnde Aufmerksamkeit, Nervosität, Lernstörungen oft verbunden mit Schwierigkeiten im sozialen Bereich. In Deutschland sind nach neuesten Zahlen 8% aller Kinder „verhaltensauffällig“ und davon 4% „ADHS-Kinder“. Das Verhältnis Jungen-Mädchen beträgt 5 zu 1. Gleichzeitig findet eine Verlagerung erzieherischer und pädagogischer Probleme in den medizinischen, hier vorwiegend in den psychiatrischen Bereich statt. Bewährte wissenschaftlich belegte Forschungsergebnisse aus dem Bereich der personalen Psychologie wie der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychologie, der Individualpsychologie, der Erziehungsstilforschung und auch pädagogische Grundlagen finden bei der Beurteilung und Hilfe verhaltensauffälliger Kinder zunehmend weniger Beachtung. Es zeigt sich, dass die Probleme der betroffenen Kinder immer öfter nicht mehr mit erzieherischen, psychologischen und pädagogischen Mitteln in dem Bereich behoben werden, in dem sie entstanden sind. Seit Jahren nehmen sich vermehrt solche Psychiater, Kinderärzte und Allgemeinärzte aber auch Lehrer, Kindergärtnerinnen und Psychologen der Probleme an, die einen biologistischen Denkansatz vertreten. Dabei werden die Probleme weniger in der Erziehung und in der Lebenswelt der Kinder gesucht als in der physischen Struktur des individuellen Gehirns.

Die Auffälligkeiten der Kinder haben sich oft über Jahre entwickelt. So wäre es notwendig, die persönliche individuelle Vorgeschichte jedes einzelnen Kindes sorgfältig mit einem besonderen Blick auf die gefühlsmäßigen Beziehungen des Kindes, zu beleuchten. Die Qualität der Mutter-Kindbeziehung im Säuglings und Kleinkindesalter ist in diesem Rahmen für die Entwicklung des Gefühlshaushaltes des Kindes von größter Bedeutung. Viele Mütter hyperaktiven Kinder berichten, dass ihre Kinder im Säuglingsalter auffallend lange geschrienen haben, und daß das Füttern oder das Schlafen Probleme bereitete.

Kindliche Verhaltensauffälligkeiten sind in ihren Erscheinungsformen und in ihren Ursachen sehr verschieden. Diese Kinder sind nicht „krank“. Die Kinder und die Eltern sind in Not und brauchen Hilfe.

Wie ist der historische Vorlauf?

Unruhige Kinder hat es zu jeder Zeit gegeben. Sie kennen sicher alle das Buch „Struwwelpeter“ von Hoffmann. Seit Mitte der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts begannen Ärzte Kinder mit Konzentrationsschwäche, mangelnder Aufmerksamkeit, Nervosität, gesteigerter Unruhe und solche Kinder, die viele Konflikte mit anderen Kindern hatten, zunehmend mit medizinischen „Diagnosen“ zu belegen. Die damals am häufigsten gestellte „Diagnose“ lautete: <<Minimale Cerebrale Dysfunktion, MCD.>> Da hirnorganische Veränderungen niemals nachgewiesen werden konnten, wechselte man zu der heute noch



gebräuchlichen „Diagnose“ <<Wahrnehmungsstörung.<<, sowie<<Teilleistungsstörung.>> Den auffälligen Kindern wurde bis dahin pädagogisch oder psychologisch, entsprechend den wirklichen Ursachen, geholfen. Die Hilfe basierte auf pädagogischen Grundlagen, den Befunden der Bindungstheorie und den Forschungsergebnissen der Entwicklungspsychologie. 1987 wurde ein Umdenken in der Beurteilung und Behandlung verhaltensauffälliger Kinder eingeläutet. In den U.S.A. wurde der DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition), ein veränderter Diagnoseschlüssel für geistige Erkrankungen, eingeführt. In diesem Diagnoseschlüssel wird das „ADH-Syndrom“ zum ersten mal als geistige Krankheit aufgeführt. 1952 wurden in dem alten Diagnoseschlüssel DSM 112 Geistesstörungen aufgeführt—1994 waren es in dem neuen bereits 374. Amerikanische Psychiater, die Urheber der neuen Diagnosekriterien, bewirkten einen Paradigmenwechsel (*Paradigma*: Denkmuster, das das wissenschaftliche Bild seiner Zeit prägt) in der Beurteilung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Neu ist, dass eine Summe kindlicher „Verhaltensauffälligkeiten“ als psychische Erkrankung eingestuft wird. Bei einer gleichzeitigen Verbreitung neurobiologischer Erklärungsmuster verschärfte sich die Ursachen-Therapie-Diskussion erheblich. Man ging ab jetzt von einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung im Gehirn aus, ohne bis heute den Beweis erbracht zu haben. Die vielfältigen „Verhaltensauffälligkeiten“ als Krankheit zu bezeichnen, legt die Vorstellung nahe, dass es sich um eine hirnorganische Störung handle. Die Diagnosekriterien werden laufend ausgeweitet, so dass interessierten Kreisen, insbesondere der Pharmaindustrie, heute bereits ein „ausgeprägter Gerechtigkeitssinn“ zur Erhärtung der „Krankheit“ ADH dient. Eine Tugend wie der Gerechtigkeitssinn wird so zur Erhärtung einer fiktiven Krankheit gemacht. Ab 1987 begann ein „Run on Ritalin“ (Diller). Heute ist das „ADH-Syndrom“ im Bereich psychischer Störungen bei Kindern die am häufigsten gestellte Diagnose. Ungefähr 10 Mill. Kinder erhalten weltweit täglich Ritalin, eine Substanz, die unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und viele z.T. schwere Nebenwirkungen hat.

Zu den Nebenwirkungen werde ich später noch etwas sagen.

Seit Herbst letzten Jahres ist ein neues Medikament auf dem Markt, das auch in den Hirnstoffwechsel eingreift, aber nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Das Mittel ist als *Strattera* im Handel. Der Hersteller von Strattera, die Firma Lilly, hat es versäumt auf Grund mangelnder Voruntersuchungen auf eine erhöhte Suizidgefährdung der mit Strattera behandelten Kinder hinzuweisen.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch einige Worte zur Verabreichung von Psychopharmaka im Kindesalter sagen: Wir müssen annehmen, dass die oben erwähnten Pharmaka im hochsensiblen kindlichen Gehirn einen irreversiblen, das heißt, einen nicht wieder rückgängig zu machenden Entwicklungsstillstand im Gefühlsbereich zur Folge haben. Wir beobachten zunehmend Kinder, die nach längerer Einnahmen von Ritalin schwere gefühlsmäßige Entwicklungsrückstände, z.B. gefühlsmäßige Abstumpfung aufweisen. Das Gefühlsleben eines Kindes befindet sich in einer ständigen Entwicklung. Der Vorgang des Lernens wird durch eine gefühlsmäßige Beziehung zu anderen Menschen ermöglicht. So ist das Kind imstande, fortlaufend entsprechend seinem Alter neue Fähigkeiten zu erwerben. Lernen ist von vielfältigen Emotionen begleitet wie Freude, Neugier, Kreativität, Interesse, Forscherdrang, Ehrgeiz und Stolz. Das Kind lernt zuerst mit den ersten Bezugspersonen, mit der Mutter und dem Vater.

Ein Psychopharmakon stört die gefühlsmäßige Beziehung zu anderen Menschen und damit den Lernvorgang. Das Kind erscheint ruhiger, lässt sich *leichter führen*, kann besser reproduktive Arbeitsgänge durchführen, aber bei echten Lernvorgängen, die beim

Aufnehmen von Neuem kreatives und eigenständiges Denken erfordern, schneiden Kinder unter Ritalin deutlich schlechter ab.

2) Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten.

Die Ursachen für die Unruhe, Nervosität, Hyperaktivität und für den Mangel an Aufmerksamkeit sind sehr vielfältig. Die Entwicklungspsychologie und die Bindungsforschung haben die Ursachen kindlicher Verhaltensstörungen schon lange in einer Störung des emotionalen Wechselspiels zwischen dem Kind und seiner sozialen Umwelt erkannt. So wird verständlich, dass ohne eine genaue Erforschung der Vorgeschichte jedes einzelnen Kindes eine erfolgreiche Hilfe nicht möglich ist. Bei der Erklärung, Vorbeugung und Behandlung seelischer Störungen kann die Psychologie auf eine hundertjährige wissenschaftliche Forschung zurückblicken und verfügt über einen großen Fundus gesicherter Erkenntnisse.

Viele Mütter von später nervösen oder hyperaktiven Kindern berichten, dass ihre Kinder im Säuglingsalter langanhaltend geschrien haben, im Kleinkindesalter über Tische und Bänke gingen und im Kindergarten schwer zu lenken und auffallend unruhig waren. In der Schule zeigten sie sich als Störenfried, Zappelphilipp oder als Träumer.

Es stellt sich die Frage, welcher Zusammenhang zwischen frühkindlichen Erfahrungen und der später auftretenden „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ besteht?

Ich möchte bei dieser Frage etwas verweilen, da die Tatsache, ob ein Kind im Säuglings- und Kleinkindesalter eine sichere Bindung an seine Hauptbezugsperson entwickelt, für sein späteres Verhalten von entscheidender Bedeutung ist. Die entwicklungspsychologischen Befunde geben hier eindeutige Antworten. Wir sollten und müssen bei der Erforschung der Vorgeschichte und der Beurteilung verhaltensauffälliger Kinder darauf zurückgreifen.

Der zentrale Befund der Untersuchungen von M.A. Ainsworth ist: Kinder, deren Mütter auf ihre Signale im ersten Jahr feinfühlig, das heißt prompt und angemessen reagierten, erwiesen sich als Einjährige in einer fremden Situation als sicher gebunden. In einer anderen Untersuchung zeigte sich, dass Kinder, die mit einem Jahr an ihre Mutter sicher gebunden waren, als Zehnjährige eher über ein festes Freundschaftsnetz verfügten, häufiger einen „besten Freund“ oder eine „beste Freundin“ sowie weniger Probleme mit Gleichaltrigen hatten, als Kinder, die mit einem Jahr als unsicher gebunden eingeordnet worden waren.

Die Untersuchungen belegen, dass gerade in der Entwicklungsphase der ersten zwei Lebensjahre das adäquate Echo auf die Gefühle des Kindes enorm wichtig ist. Denn hier differenziert das Kind seine Gefühle aus. Hier erlebt es: <<Ich werde verstanden in meinen Gefühlen.>> Oder: <<Ich bleibe in meiner inneren Welt allein, weil ich in meinen Gefühlen nicht verstanden werde.>>

Ich möchte ein kurzes Beispiel erzählen:

Eine 20jährige junge Frau bringt ein Kind zur Welt. Es ist ein Junge. Sie hat sich sehr ein Mädchen gewünscht. Ihr Freund hat sich, als er hörte, dass sie schwanger sei, sofort von ihr getrennt. Ihr Baby sieht dem Vater sehr ähnlich. Vor allem, wenn ihr Baby weint oder traurig guckt, erinnert es sie an ihren ehemaligen Freund. Sie bekommt zunehmend ablehnende und sogar Hassgefühle auf ihr Kind. Sie glaubt, das Verhalten ihres Kindes sei vom Vater vererbt. Die Folge ist, dass sie ihr Baby, wenn es weint, nicht mehr trösten und beruhigen kann. Es entwickelt sich zu einem sogenannten „Schreibaby“, d.h. es schreit mehr als fünf Stunden täglich. Mit zwei Jahren wird bei dem Kind in einer „Spezialpraxis“ die „Diagnose“: „Hyperaktivitäts-Syndrom“ gestellt. Der Mutter wird, da sie wegen des unstillbaren Schreiens ihres Babys sehr nervös geworden ist, selber Ritalin verordnet. In dieser Praxis werden aber



auch Kinder unter sechs Jahren mit Ritalin behandelt. Die Sache nimmt aber einen guten Verlauf. Die Mutter findet einen Kinderarzt, der ihr bei der Lösung ihrer Probleme sachgerecht hilft. Sie setzt das Ritalin ab und es gelingt ihr, nach Lösung ihrer eigenen Probleme auch ihrem Kind zu helfen.

Zur Erhebung einer sorgfältigen Vorgeschichte des Kindes gehören sehr viele Fragen, um das Gefühlsleben des Kindes und so die Ursachen für die Unruhe zu erforschen: streiten sich die Eltern, wie ist die Geschwisterkonstellation, ist das Kind eifersüchtig oder ist die Mutter überbemüht-verzärtelnd und räumt dem Kind jedes kleine Steinchen aus dem Weg?. Oder ist die Mutter alleinerziehend und eventuell dabei noch ganztätig berufstätig und lässt auf Grund ihrer Schuldgefühle bei dem Kind alles durchgehen.

Fühlt sich das Kind von den Eltern geliebt oder hat es das Gefühl, sie lieben das Geschwisterkind mehr?. Wie geht es im Kindergarten oder in der Schule?. Macht es dort gut mit und hat Freunde oder ist es ein Außenseiter und warum ist das so?. Kann die Kindergärtnerin und die Lehrerin das Kind, auch wenn es mal stört, vollumfänglich bejahen?. Wie lernt das Kind in der Schule, hält es sich für dumm oder ist es der Besserwisser?.

Eine häufige Ursache für Unruhe, besonders nur in der Schule, ist eine leistungsmäßige Unterforderung.

Weiter ist die Frage wichtig, wie wird der Kindergarten und der Unterricht gestaltet?.

Alle Kinder, aber besonders die unruhigen, brauchen eine verbindliche Führung mit einem festen menschlichen Gegenüber. So ist z. B., die im Rahmen der Schulreformen vorgenommene Auflösung des Klassenverbandes und der offene Unterricht für unruhige Kinder ungünstig. Die Schule muß ihren erzieherisch-pädagogischen Auftrag *wieder voll* wahrnehmen. Da viele unruhige Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen kommen, ist für sie die Schule das *zweite Zuhause*.

Ich möchte jetzt auf die schädlichen Auswirkungen des Fernsehens zu sprechen kommen.

Das Problem einer Medienverwahrlosung wird unterschätzt. Das Fernsehen hat die Rolle des heimlichen Erziehers übernommen. Da auch Kleinkinder und sogar Säuglinge beim Fernsehen anderer zuschauen, lauern hier besonders große Gefahren. Es gibt eine Reihe von Sendungen speziell für Kleinkinder. Eine derartige Verdummungssendung ist z.B. die Sendung *Teletubbies*.

Insbesondere die Darstellung und Verharmlosung von Gewalt ist für das kindliche Gemüt schädlich und hat weitreichende Folgen. Mediengewalt greift in zwischenmenschliche Bindungen und Wertgefüge ein, was Eltern und Lehrer täglich zu spüren bekommen. Den Kindern fehlt beim Fernsehen ein menschliches, lebendiges Gegenüber. Das Kind ist mit seinem virtuellen Gegenüber allein und dabei einsam. Soziales Lernen findet nicht statt. Auffallend ist, dass unruhige und hyperaktive Kinder stundenlang vor dem Fernseher ruhig sitzen können. So lassen Eltern ihre unruhigen Kindern oft lange fernsehen, da sie dann „endlich“ einmal Ruhe vor den „Störenfrieden“ haben.

3) *Wie sieht die Hilfe aus:*

Entscheidend für eine erfolgreiche Hilfe ist, mit welcher Meinung die Eltern, der Arzt, der Pädagoge oder die Kindergärtnerin an das Kind herantreten. Jeder Mensch, besonders das Kind, brauchen einen zuversichtlichen Menschen, der an sie glaubt. Ein psychologischer Denkansatz, begründet auf einem personalen Menschenbild, ermöglicht dem Untersucher einen Zugang zur Gefühlswelt des Kindes.



Meinen Ausführungen konnten Sie entnehmen, daß es eine angeborene Stoffwechselstörung des Gehirns, die eine derartige Vielfalt von „Verhaltensauffälligkeiten“ verursacht, mit dem Namen „ADH-Syndrom“, nicht gibt. Die Tatsache, dass ein Psychopharmakon wie Ritalin die Kinder ruhiger macht, ist als wissenschaftlicher Beweis für das Vorhandensein einer Krankheit nicht haltbar. Die Beobachtung, dass die Kinder unter Ritalin oft ruhiger werden, ist möglicherweise der Ausdruck dafür, dass gleichzeitig die gefühlsmäßige Entwicklung des Kindes zurückbleibt (gefühlsmäßige Abstumpfung). Wir müssen folglich eine Lösung der Probleme ohne Psychopharmaka finden. Viele mit Ritalin behandelte Kinder haben, besonders in der Pubertät das Gefühl, in ihrem Gehirn „stimme etwas nicht“.

Die Nervosität, das Erscheinungsbild der sogenannten Hyperaktivität, ist nur das Symptom, das Anzeichen, das etwas im seelischen Haushalt des Kindes nicht stimmt. Das heißt, wir müssen die Beweggründe der Unruhe erforschen. Dabei ist es erforderlich, das gesamte Umfeld mit einzubeziehen. Oft sind viele Gespräche mit den Eltern der Kindergärtnerin und den Lehrern nötig, um das Kind kennen zu lernen. Entscheidend ist, dass es uns gelingt, dem Kind aus seiner negativen Rolle als Störenfried herauszuhelfen. Eine positive Entwicklung hängt sehr davon ab, ob es uns gelingt, die positiven Eigenschaften des Kindes aufzugreifen. Wir dürfen nicht im Negativen verweilen.

Ich habe in meiner Praxis als Hilfe ein Netz, bestehend aus den Eltern, der Kindergärtnerin oder der Lehrerin, dem Kind und mir, aufgebaut. Gelegentlich habe ich einen Psychologen mit eingeschaltet. Bei guter Zusammenarbeit waren wir in den meisten Fällen erfolgreich. Die Kinder beruhigten sich und lernten ihren Platz in der Familie, im Kindergarten oder in der Schule konstruktiv auszufüllen. Eine bereits begonnene medikamentöse Therapie konnte nach dem Aufbau eines Netzes beendet werden. Die Kinder ließen den Makel einer psychiatrischen Erkrankung Schritt für Schritt hinter sich. Sie übernahmen wieder mehr Verantwortung für ihr Handeln und ihr Selbstwertgefühl stieg.