

Zappelig, gewaltbereit und ängstlich

Die möglichen Ursachen und Vorbeugemaßnahmen gegen Hyperaktivität bei Kindern / Von Heike Schmoll

Allein in Deutschland werden etwa 400 000 Kinder wegen einer sogenannten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit Psychopharmaka behandelt. Insgesamt sollen es Schätzungen zufolge 80 Millionen auf der ganzen Welt sein. Schon vor fünf Jahren hatte das Bundesgesundheitsministerium besorgt darauf hingewiesen, daß der Verbrauch des am häufigsten verordneten Medikaments Ritalin (Methylphenidat) allein von 1997 bis 2000 um 270 Prozent angestiegen sei. Häufig ist das Medikament für betroffene Familien und Kindergärten wie Schulen tatsächlich das einzige Mittel, eine unerträgliche Lage zu stabilisieren. Denn die Zappelphilippkinder sind aggressiv, hyperaktiv, unkonzentriert, fahrig, von Reizen überflutet und schwer zu bändigen.

Viele dieser Kinder kommen aus bildungsfernen Schichten oder aus „Familien mit Migrationshintergrund“, wie es im Pisa-Deutsch heißen müßte, und gehören zu der in Deutschland viel zu großen Risikogruppe späterer Schulabbrecher. Beunruhigend ist, daß solche Phänomene immer öfter auch bei Kindern „aus normalen Verhältnissen“ auftauchen, zumal diese ihre Konflikte ebenfalls gewaltsam austragen. Je häufiger jedoch die Symptome einer ADHS-Erkrankung auftreten, desto eher wird sie für alle kindlichen Schwierigkeiten im Vorschul- und Grundschulalter in Anspruch genommen. Eltern und Erzieher fühlen sich oft genug entlastet, ihr Kind pathologisieren zu können. Auf diese Weise schützen sie sich vor unangenehmen Auseinandersetzungen mit sich, ihrer eigenen Lebenswelt und ihrer Erziehung.

Bisher gab es auch keine objektive Unterscheidung zwischen einem hirnstoffwechselgestörten ADHS-Kind und einem nicht hirnstoffwechselgestörten normalen Kind. Bei der Internationalen Tagung zum 150. Geburtstag Sigmund Freuds am Wochenende in Frankfurt berichtete der amerikanische Psychiater und Neurowissenschaftler Bradley S. Peterson zum ersten Mal von deutlichen Unterschieden der Hirnrinde (Kortex) bei normalen Kindern und ADHS-Kindern. Während die zum

Limbischen System (Instinkt- und Affektsteuerung) gehörende Amygdala bei beiden Vergleichsgruppen unauffällig ist, ist der sogenannte Hypocampus bei Kindern mit ADHS um mindestens 7 Prozent vergrößert. Bisher war die Hyperaktivität vor allem mit Störungen des Hirnstoffwechsels in Verbindung gebracht worden.

Betroffene Eltern, die zwar gern ein besonderes, aber kein auffälliges Kind haben möchten, mag diese neurowissenschaftliche Bestätigung entlasten, die Ursachen des Zappelphilippens klärt sie trotz ihrer Bedeutung für die Grundlagenforschung nicht. Häufig wird die Suche nach Lösungsmöglichkeiten durch solche Erklärungen sogar erschwert. Ein Kinderpsychiater berichtet, daß 28 von 107 Kindern in

einem Quartal mit Verdacht auf ADHS kamen, der sich jedoch nur in sieben Fällen bestätigt hat. Für ihn sind sie deshalb noch lange nicht alle therapiebedürftig, schon gar nicht mit Medikamenten. Andere Ärzte hätten vielleicht alle 28 Kinder medikamentös behandelt. Einig sind sich Psychologen, Psychiater, Mediziner und Pädagogen einzig und allein darin, daß die Symptome des Zappelphilippens immer häufiger bei Kindern festzustellen sind, nicht jedoch über die Ursache und die Therapie. Nicht umsonst wird ADHS als eine der größten Kontroversen in der Kinderpsychiatrie bezeichnet. Bis heute fehlen schulenübergreifende Vergleichsstudien zwischen psychopharmakologischen, verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen.

Darauf verwies die Frankfurter Psychoanalytikerin und geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts, Marianne Leuzinger-Bohleber, die vor kurzem mit anderen Fachleuten das Buch „ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung“ veröffentlicht hat. Gemeinsam mit

dem dortigen Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und dem Städtischen Schulamt führt sie seit 2003 eine Präventionsstudie mit 500 Kindern in 14 Frankfurter Kindertagesstätten durch. Auch wenn die Ergebnisse noch nicht im einzelnen feststehen, spricht vieles dafür, daß es die Einheitsdiagnose ADHS nicht gibt. Die Hyperaktivität kann Ausdruck unbewältigter Traumata, einer besonderen Begabung, Reaktion auf eine depressive Mutter, auf kulturelle Verschiedenheiten oder frühe Verwahrlosung sein. Wird die Hyperaktivität nur als Defizit empfunden, richtet sich die Aufmerksamkeit einzig und allein auf die Beseitigung der als defizitär empfundenen Symptome. Der psychosoziale Ursachenzusammenhang wird damit der Wahrnehmung entzogen.

Die Einheitsdiagnose ADHS gibt es nicht. Es handelt sich vielmehr um ein ganzes Bündel von Symptomen, deren Ursache genau in den Blick genommen werden muß, um Möglichkeiten der Therapie zu finden.

Die Frankfurter Präventionsstudie will deshalb klären, ob eine zweijährige psychoanalytische Prävention die Anzahl der mit ADHS diagnostizierten Kinder deutlich verringern kann. Die Kinder sollen Vertrauen in ihre Selbststeuerung, ihre Affektkontrolle und ihre soziale Beziehungsfähigkeit entwickeln. Häufig, erläutert Frau Leuzinger-Bohleber, konnten die Kinder kein sicheres Bindungsverhalten entwickeln, um so wichtiger sei ein berechenbarer Umgang der Erzieherinnen und eine vertrauensvolle Atmosphäre, die den Kindern Sicherheit vermittele.

Mit Hilfe bildgebender Verfahren ist schon längst an verschiedenen psychiatrischen Störungen nachgewiesen worden, daß psychotherapeutische Interventionen ebenso wie medikamentöse Behandlungen sogar noch im Gehirn des Erwachsenen zu nutzungsabhängigen Umstrukturierungen neuronaler Netze und synaptischer Verschaltungen führen können. Das Gehirn reagiert auf Beziehungserfahrungen. Frühe Fehlentwicklungen lassen sich so

durch therapeutische Zuwendung durchaus korrigieren.

Zum Frankfurter Präventionsprojekt gehören eine Weiterbildung der Erzieherinnen, eine psychoanalytisch fundierte Supervision durch professionelle Supervisoren, im zweiten Jahr eine Schulung im Gewaltpräventionsprogramm („Faustlos“), die Arbeit mit Kindergruppen, Elternarbeit und vor allem eine Einzeltherapie durch analytische Kinder- und Jugendlichentherapeuten im Kindergarten, sofern die Eltern einwilligen. In der Regel überwinden hilfebedürftige Kinder aus bildungsfernen Schichten die Schwelle zum niedergelassenen Therapeuten oder einer Ambulanz nicht. Ein Beispiel dafür ist Roberts Mutter, eine alkoholranke, arbeitslose 21 Jahre alte Frau. Der uneheliche Sohn Robert, dessen Vater die Mutter nach kurzer dramatischer Beziehung verließ, ist wegen seines aggressiven Verhaltens im Kindergarten völlig isoliert, schmeißt während des Essens alles um, leidet unter Ängsten und kann sich nicht konzentrieren. Trotz ihrer Vorbehalte – ein Psychiater hatte ihr eine manische Depression bestätigt – nahm die Mutter schließlich professionelle Hilfe an, zog jedoch dann nach kurzer Zeit weg. Es läge nahe, daß das Kind einer depressiven Mutter ihre Aufmerksamkeit durch hyperaktives Verhalten zu erzwingen versuchte.

Ahib, der aus einem östlichen Kulturkreis stammt, hat ein vierjähriges Mädchen so heftig in den Bauch getreten, daß es kinderärztlich versorgt werden mußte. Die Mutter des Jungen berichtete daraufhin, daß die Kinder in ihrem Dorf weitgehend auf der Straße aufwachsen und sich die Jungen in Kindergruppen aggressiv behaupten müssen. Um die Eltern überhaupt in die Behandlung einbeziehen zu können, müssen die Supervisoren nicht selten mit mehreren Dolmetschern in die Kindertagesstätte kommen. Gelingt es der Frankfurter Präventionsstudie, den Blick auf die unterschiedlichen Ursachen und mögliche Lösungen zu lenken, könnte sich in Kindertagesstätten und Schulen einiges ändern. Die Ergebnisse dürfen schon jetzt mit Spannung erwartet werden.