



Leseprobe aus: Hüther/Bonney, Neues vom Zappelphilipp, ISBN 978-3-407-22927-4

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-22927-4>

Vorbemerkungen

So geht es nicht mehr weiter

Wissen Sie, was ein Schock ist? Wenn man sechzigmal das Gleiche zu einem Bündel zusammenschnürt, also z. B. sechzig Möhren oder sechzig Bücher über ein und dasselbe Thema. Das ist dann ein Schock. In den letzten fünf Jahren sind allein in Deutschland mehr als sechzig Bücher über das Zappelphilipp-syndrom erschienen. Wenn man diesen Berg an Ratgebern und die Flut der dazugehörigen Berichte, Analysen und Reportagen in den Medien vor sich ausbreitet, bekommt man auch einen Schock: über das Ausmaß, das diese Verhaltensauffälligkeit in unserem Kulturkreis angenommen hat, über die Ratlosigkeit, die Eltern, Erzieher und Lehrer angesichts dieses Phänomens erfasst hat, und nicht zuletzt auch über die Reaktionen derjenigen, an die sich die Betroffenen in ihrer Not wenden. Die öffentliche Diskussion über den Zappelphilipp und darüber, wie man ihm am besten helfen kann, scheint sich immer stärker aufzuheizen. Entnervte und verzweifelte Eltern, Erzieher und Lehrer suchen Rat und Hilfe bei allen, die sich als problemlösende Experten anbieten und ihre entsprechenden Ratschläge erteilen. Die einen sagen ihnen, ihr Kind habe eine Störung im Gehirn, und um die zu beheben, brauche es ein Medikament, so wie ein Diabetiker sein Insulin. Andere behaupten, die Ursache der Verhaltensstörung sei eine falsche Ernährung, und empfehlen spezielle Diäten. Und einige sind auch der Meinung, die betreffenden Kinder seien einfach nur falsch erzogen.

Zumindest in einem Punkt sind sich noch alle einig: Kinder müssen nicht so zappelig sein, dass sie keine fünf Minuten still sitzen können, so unaufmerksam, dass es ihnen unmöglich ist, sich auf eine Aufgabe, die man ihnen stellt, zu konzentrieren,

und sie müssen auch nicht so wenig Selbstbeherrschung besitzen, dass sie außerstande sind, einen Impuls, der ihnen in den Kopf schießt, vorübergehend zu unterdrücken. Wenn aber dennoch so viele Kinder all das nicht oder nicht mehr richtig können, dann muss es dafür auch einen Grund geben. Und genau hier, bei der Suche nach der Ursache für diese Verhaltensstörungen, scheiden sich die Geister. Die einen behaupten, die Verhältnisse, unter denen Kinder heutzutage aufwachsen, seien für die motorische Unruhe, die gestörte Aufmerksamkeit und die mangelnde Impulskontrolle von Kindern und Jugendlichen verantwortlich: die gestressten und überforderten Eltern, die überfüllten und den Bedürfnissen der Kinder nicht gerecht werdenden Kindergärten und Schulen, die zu hohen Erwartungen, der Leistungsdruck, der immer früher beginnende und immer stärker um sich greifende Medienkonsum und, und, und...

Alles Quatsch!, sagen die anderen, diese auffälligen Verhaltensweisen entwickelten Kinder deshalb, weil in ihrem Gehirn ein bestimmter Botenstoff von bestimmten Nervenzellen nicht ausreichend gebildet und abgegeben werde. Und dieses organische, offenbar angeborene Defizit lasse sich nicht durch Änderungen der äußeren Verhältnisse, sondern nur durch die Verabreichung eines Medikamentes beheben, das den im Hirn herrschenden Dopaminmangel korrigiere. So wie Patienten, deren Bauchspeicheldrüse nicht mehr richtig funktioniert, Insulin brauchen, benötigten diese Kinder und Jugendlichen eben ein entsprechendes Medikament, das ihren gestörten Hirnstoffwechsel normalisiere.

Aus den anfangs noch mit sachlichen Argumenten ausgetragenen Meinungsverschiedenheiten ist inzwischen ein offener Grabenkampf geworden, in dem sich die Anhänger der einen oder anderen Auffassung unversöhnlich gegenüberstehen. „Stellungskrieg“ nennen Militärexperten diesen Zustand einer Auseinandersetzung, der sich dadurch auszeichnet, dass nichts mehr geht und jeder gnadenlos zerrieben wird, der zwischen die Fronten gerät. Solange die Argumente der Kontrahenten so

grundsätzlich verschieden sind, dass es unmöglich ist, dass einer den anderen versteht, geschweige denn von der Richtigkeit seiner Argumentation überzeugt, kann es bei dieser Art von Auseinandersetzung keinen Sieger, sondern nur Verlierer geben: die betroffenen Kinder, ihre Eltern und all diejenigen, die zwischen die Fronten geraten, weil ihnen diese Kinder am Herzen liegen. Ein Ausweg aus dieser Situation lässt sich nur dann finden, wenn es gelingt, die verhärteten Fronten aufzuweichen.

Genau in dieser Absicht haben wir dieses Buch geschrieben. Schon mit dem Titel „Neues vom Zappelphilipp“ soll zum Ausdruck kommen, dass hier nicht zum einundsechzigsten Mal entweder die eine oder die andere Meinung vertreten wird, sondern dass wir hier versucht haben, all die bisher scheinbar widersprüchlichen und gegensätzlichen Vorstellungen im Licht neuer Erkenntnisse aus der Hirnforschung darzustellen. Dieses Buch ist weniger für die Experten als vielmehr für all jene bestimmt, die wissen möchten, was sich hinter der Bezeichnung „ADHS“ verbirgt¹, wie dieses später nur noch schwer wieder auflösbare Verhaltensmuster entsteht, was man tun kann, um diesen Kindern zu helfen oder – noch besser – um derartige Fehlentwicklungen zu vermeiden. Es ist ein Buch für Eltern, für Erzieher, für Lehrer, auch für Kinderärzte und Therapeuten, für alle, denen die Zukunft dieser kleinen Zappelphilippe und Störenfriede am Herzen liegt.

Um sich gegen allzu einfache Vorstellungen wehren zu können, braucht man nicht nur einen guten Grund in Form eines un guten Gefühls, sondern auch stichhaltige und überzeugende Argumente. Und man braucht eine Sprache, die von denjenigen, die man überzeugen will oder überzeugen muss, auch verstanden wird. Wir haben uns deshalb um eine leicht verständliche, sachliche Darstellung dieser schwierigen Problematik bemüht. Fachausdrücke wurden nur dort verwendet, wo sie unumgänglich waren. All jene Informationen, die uns

1 Das sogenannte Zappelphilippssyndrom nennen die Mediziner „ADHS“ oder „ADS“. Wir verwenden in diesem Buch die Bezeichnung „ADHS“.

für das Verständnis der beschriebenen Zusammenhänge nicht unbedingt erforderlich erschienen, aber für eine fundierte Argumentation mit kritiklosen Anhängern festgefügter Theorien und Überzeugungen wichtig sein könnten, sind in Kleindruck gesetzt.

Weil Männer keine Kinder gebären können, so wird bisweilen behauptet, schrieben sie Bücher. Das mag schon stimmen, aber interessanter als der Disput, wer was warum hervorbringt, ist die Frage, was daraus wird. Und in diesem Punkt geht es Kindern nicht anders als Ideen. Ob das, was in Kindern wie auch in Büchern angelegt ist, auch zur Entfaltung kommen kann, hängt nicht nur von denen ab, die sie hervorgebracht haben, sondern von all jenen, die mit ihnen in eine enge Beziehung treten.

Göttingen und Heidelberg, im Frühjahr 2005
Gerald Hüther/Helmut Bonney

1. Zahlen und Fakten

Besorgniserregende Entwicklungen

Unser Gehirn ist nicht nur das komplizierteste Organ, das wir besitzen, sondern auch das anpassungsfähigste. Welche Verschaltungsmuster zwischen den Milliarden Nervenzellen entstehen, gefestigt oder wieder aufgelöst werden, hängt ganz entscheidend davon ab, wie und wofür ein Mensch sein Gehirn im Laufe seines Lebens benutzt. Und weil jeder bereits mit unterschiedlichen Anlagen und Voraussetzungen zur Welt kommt und es keine zwei Menschen gibt, die ihr Gehirn zeit lebens auf exakt die gleiche Weise benutzen, gleicht auch kein Gehirn dem anderen. Diese Unterschiede im Aufbau und in der Arbeitsweise des Gehirns verschiedener Menschen lassen sich mithilfe moderner bildgebender Verfahren inzwischen sichtbar machen. Sie treten als mehr oder weniger stark ausgeprägte Verschiedenartigkeiten all dessen zutage, was vom Gehirn gesteuert wird, am deutlichsten auf der Ebene des Verhaltens.

Immer dann, wenn sich das Verhalten oder einzelne Verhaltensweisen eines Menschen erheblich von dem unterscheiden, was die Mitglieder der Gemeinschaft als akzeptabel und tolerierbar betrachten, wird diese Abweichung als „Störung“ vom „Normalen“ abgegrenzt und durch gezielte Maßnahmen zu korrigieren versucht. Das Spektrum dieser Maßnahmen reicht von den unterschiedlichsten therapeutischen Interventionen zur Korrektur der Störung bis hin zu Ausgrenzung und Sicherheitsverwahrung. In allen Fällen, wo sich eine biologische, also körperliche Ursache der Störungen ausfindig machen lässt, bezeichnet man die Störung als Erkrankung.

Erst Mitte der 80er-Jahre haben sich Nervenärzte in den USA darauf geeinigt, die überstarke, von der „Norm“ abweichende

Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen von Kindern – überschießende Impulsivität, motorische Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit – als eine spezifische, mithilfe standardisierter diagnostischer Verfahren von „normalen“ Verhaltensweisen abgrenzbare Erkrankung zu bezeichnen. Als Ursache hierfür wurde eine wahrscheinlich genetisch bedingte „Stoffwechselstörung“ im Gehirn verantwortlich gemacht. Sie soll zu einer unzureichenden Freisetzung des Botenstoffes Dopamin führen, die sich durch die Verabreichung von Medikamenten beheben lässt, die die Dopaminfreisetzung stimulieren (Amphetamine wie Ritalin®, Medikinet®, Adderall® in den USA u. a.).

Diese Vorstellungen wurden rasch von Psychiatern und Kinderärzten in anderen Ländern übernommen. Gerade als wäre damit eine Schleuse geöffnet worden, hat seitdem die Anzahl der Kinder flutartig zugenommen, bei denen diese als Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADS bzw. ADHS) bezeichnete Erkrankung diagnostiziert wurde. Allein in den USA stieg die Zahl der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Kinder von unter einer Million im Jahr 1990 auf über zehn Millionen im Jahr 2000. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen drei und fünf Prozent aller schulpflichtigen Kinder davon betroffen sind. In Deutschland rechnet man gegenwärtig mit etwa 170.000 bis 350.000 behandlungsbedürftigen Kindern. Mit Ritalin® oder einem ähnlichen Präparat dauerbehandelt wurden davon bis zum Herbst 2001 etwa 50.000. 1990 waren es noch lediglich 1.500.

Kein anderes Medikament, das unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, verzeichnet derartige Zuwachsraten. Bereits in den 50er-Jahren von der Schweizer Firma Novartis auf den Markt gebracht, erlebte Ritalin® in den 90er-Jahren einen unglaublichen Boom: Die Produktion stieg im Zeitraum von 1990 bis 1997 von 2,8 auf 13,5 Tonnen. 90 % davon werden nach wie vor an Kinder und Jugendliche in den USA verabreicht. 1998 wurden dort vier Millionen Kinder und Jugendliche mit Ritalin® (bzw. Adderall®) behandelt. Nach Schätzungen der internationalen Drogen-Überwachungsbehörde der UNO („International Nar-

cotics Control Board, INCB“) hat sich diese Zahl bis zum Jahr 2000 bereits verdoppelt. Weltweit nehmen gegenwärtig ca. zehn Millionen Kinder täglich Ritalin® ein. In den USA erhalten 200.000 Kinder das Medikament sogar bereits im Alter von zwei bis vier Jahren.

In Deutschland stieg der Absatz von Ritalintabletten innerhalb der letzten fünf Jahre um mehr als das 40-Fache (1995: 0,7 Millionen, 1999: 31 Millionen Tabletten). Nach den Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) stieg der Verbrauch von Methylphenidat, dem Wirkstoff dieser Tabletten, von 34 kg im Jahr 1993 auf 119 kg im Jahr 1997. Das entspricht einem Anstieg der insgesamt abgegebenen Tagesdosen von 1,1 Millionen auf 3,9 Millionen. Die im ersten Halbjahr 2001 verschriebene Menge reichte für 16,4 Millionen Einzeltagesdosen. Damit ist die Ritalinverschreibung seit 1990 auf etwa das 30-Fache angestiegen. In der Liste der meistverkauften Psychopharmaka war Ritalin® bis 1999 bereits auf den elften Rang vorgestoßen. Ähnliche Zahlen werden auch aus anderen europäischen Ländern gemeldet (in der Schweiz stieg der Verbrauch im Zeitraum 1997 bis 2000 von 5,9 kg auf 27,3 kg). Die Tendenz ist überall weiter steigend.

Wenn sich die Verschreibungshäufigkeit eines Medikamentes binnen zehn Jahren verdreißigfacht, so kann das eigentlich nur zwei Ursachen haben: Entweder ist der Wirkstoff besonders gut, oder die damit therapierte Krankheit breitet sich wie eine Epidemie aus. Um eine Epidemie kann es sich in diesem Fall nicht handeln, denn ADHS soll ja durch einen angeborenen Stoffwechseldefekt verursacht sein. Auch an der medizinischen Indikation und den diagnostischen Kriterien hat sich in den letzten zehn Jahren nichts Entscheidendes mehr verändert. Schwer vorstellbar ist auch, dass die Ärzte vor zehn Jahren so viel weniger imstande waren, eine derartig behandlungsbedürftige Verhaltensstörung hinreichend gut (also nur bei einem von dreißig Kindern) zu erkennen. Aus streng medizinischer Sicht gibt es also keine Erklärung für diese enormen Zuwachsraten der Ritalinverordnung. Möglicherweise haben

sich die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen in den letzten zehn Jahren so dramatisch verändert, dass Kinder mit der Anlage zur Ausbildung einer derartigen Verhaltensstörung diese inzwischen dreißigmal häufiger ausbilden. Oder die Bereitschaft der Ärzte, zum Rezeptblock zu greifen und Ritalin® zu verordnen, hat sich in den letzten zehn Jahren verdreißigfacht. Beides wäre gleichermaßen alarmierend.

Zumindest eine Studie weist in diesem Zusammenhang auf problematische Entwicklungen hin. Im Rahmen einer großen epidemiologischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass es in den USA zu einem hohen Maß an Fehlverschreibungen kommt. Die Mehrzahl der hierbei nachuntersuchten Kinder erfüllten zu keinem Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien eines ADHS (Angold et al. 2000).

Im Jahr 2000 haben amerikanische Ärzte fast zehn Millionen Mal zum Rezeptblock gegriffen und Ritalin® oder Adderall® verschrieben. In den USA ist die Dankbarkeit von Eltern und Erziehern für die verhaltensnormalisierende Wirkung dieser Pillen besonders groß. Mancherorts werden die Medikamente sogar von Kindergärten und Schulen an die betroffenen Kinder verteilt. Seit 1991 bekommen amerikanische Schulen zudem einen jährlichen Zuschuss von 400 Dollar für jedes Kind, bei dem ADHS diagnostiziert wurde. ADHS wurde im selben Jahr offiziell als „Behinderung“ anerkannt. Die Schulen wurden angewiesen, Verfahren zum Sichten und Identifizieren von „ADHS-Kindern“ einzuführen und ihnen besondere Behandlungen und Förderunterricht anzubieten. In einigen Bundesstaaten erhielten sozial schwache Familien ab 1990 die Möglichkeit, für jedes „ADHS-Kind“ monatlich einen Zuschuss von 450 Dollar zu beantragen. Die Zahl der Kinder mit dieser „Behinderung“ stieg daraufhin in diesen Regionen von 5 % auf 25 % an.

In jüngster Zeit häufen sich die Hinweise auf einen wachsenden Konsum dieser Pillen auch durch Personen, für die sie eigentlich nicht vorgesehen sind. Bei Teenagern in den USA sind sie zu einer beliebten Modedroge geworden, die, ge-

schluckt oder pulverisiert geschnupft, leicht euphorisierend wirkt und, in Wasser aufgelöst und intravenös injiziert, mit der Wirkung von Kokain vergleichbar ist. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen zwischen zehn und vierzehn Jahren, die in Notaufnahmen von Krankenhäusern wegen einer Überdosierung von Ritalin® bzw. Adderall® aufgenommen wurden, stieg in den USA zwischen 1990 und 1995 um das Zehnfache. 1995 entsprach dies der Zahl von Kindern und Jugendlichen derselben Altersgruppe, die wegen übermäßigen Kokainkonsums eingeliefert wurden. Auch in Deutschland scheint ein ähnlich schwunghafter Handel dieser Pillen auf Schulhöfen in Gang zu kommen.

Bereits 1996 ist eine sehr lesenswerte Analyse des US-amerikanischen Kinder- und Jugendpsychiaters Lawrence Diller erschienen, in der einige Gründe für den schon damals besorgniserregenden Anstieg der Ritalin-Verordnung in den USA benannt werden:

1. Durch die Einführung symptomorientierter diagnostischer Kriterien wurde der Weg für eine schematische Diagnostik ohne angemessene Berücksichtigung ätiologischer, für die Entstehung der Erkrankung wichtiger Faktoren (Familie, soziales Umfeld etc.) geebnet.
2. Die Erwartungen und Anforderungen an Kinder sind enorm gestiegen. Um ihre Kinder für das spätere Leben in einer konkurrenzorientierten Leistungsgesellschaft („Perform or else!“) fit zu machen, versuchen viele Eltern, ihre Kinder zu immer früheren Zeitpunkten durch vielfältige Anregungen zu fördern („maximize performance by early stimulation“).
3. Aus den gleichen Gründen sind Erzieher und letztlich auch Ärzte zunehmend unter Druck geraten, Fehlentwicklungen als „Dienstleister“ effektiv zu korrigieren.
4. Der ökonomische Druck auf Ärzte hat sich verstärkt. Ritalinverschreibungen sind profitabler als psychotherapeutische Behandlungen.
5. Mit der offiziellen Anerkennung des Krankheitsbildes ADHS ist die Voraussetzung für die Kostenübernahme der Behandlung durch Krankenkassen und Gesundheitsbehörden geschaffen worden.
6. Seit Beginn der 90er-Jahre erwachte ein zunehmendes Interesse der Bevölkerung an den neuen Möglichkeiten zur pharmakologi-

schen Manipulation der Leistungsfähigkeit, der Stimmung und des Wohlbefindens („kosmetische Psychopharmakologie“).

7. Massenmedien haben entscheidend zur Verbreitung enorm vereinfachter und mechanistischer Vorstellungen von ADHS beigetragen und entsprechende Erwartungshaltungen erzeugt.