



Hyperaktivität: Er- und verlernbar

Christel Schweizer

Das Folgende ist mehr eine Bemerkung und ein Appell an Eltern, Lehrer und andere Freunde der Kinder als ein wissenschaftlicher Diskussionsbeitrag.

Unsere Kinder sind unruhiger geworden, unkonzentrierter, aggressiver – keine Frage. Weshalb das so ist, ist eine viel diskutierte, unterschiedlich zu beantwortende Frage. Keinesfalls kann es angehen, jedem unbequem gewordenen Kind das Etikett ADS oder ADHD aufzukleben, denn keinesfalls ist jedes diese Symptomatik aufweisende Kind ein transmittergestörtes¹ Kind. Vielmehr gibt es viele Hinweise darauf, dass ein Großteil der betroffenen Kinder das als hyperaktiv erscheinende Verhalten erlernt hat, und zwar schon früh, meist zu der Zeit, da das Kind anfängt, in die Lokomotion (Fortbewegung) zu gehen und damit die Fähigkeit erworben hat, aus eigener Kraft die Welt zu erkunden.

Im Weiteren stütze ich mich nicht auf Untersuchungen (die mir bekannt sind), sondern auf meine rund 30-jährige Berufserfahrung als Sozialpädiaterin.

Fest steht: Immer spiegelt sich in hyperaktivem Verhalten eine Überforderung, Reizüberflutung, ein Stress wider, der aus eigener Kraft nicht mehr abgebaut werden kann. Das hyperaktive Kind kann die Informationen, die auf es einströmen, nicht mehr dekodieren, kanalisieren und abspeichern. Dies kann aber ganz verschiedene Ursachen haben.

Informationsverarbeitung ist ein zentral-nervöser Prozess, also ein Transmittergeschehen. Jede Aufmerksamkeitsstörung hat somit eine neurobiologische Grundlage. Die Frage ist nur: Ist die gestörte Neurobiologie mein Schicksal, weil sie irreversibel ist?

¹ Transmitter, wie Dopamin, sind Substanzen, die im Gehirn zwischen den Synapsen Impulse übermitteln.

Wenn hyperaktives Verhalten erlernt werden kann, dann kann es auch wieder verlernt werden – vorausgesetzt, ich erhalte die notwendige pädagogische Hilfe.

In der gegenwärtigen Diskussion wird eine Dopamin-Stoffwechselstörung als Ursache von ADS gesehen, und man kennt den Ort im Gehirn, der betroffen ist, nämlich das Frontalhirn. Man kennt sogar den Ort, auf dem das für die Störung zuständige Gen auf einem unserer Chromosomen sitzt. Das sollte aber nicht dazu verleiten zu denken, dass eine einfache Kausalkette zwischen gestörtem Transmitterstoffwechsel und Aufmerksamkeitsstörung besteht. Wahrscheinlich gibt es sehr viele Menschen, die die angeschuldigte Dopamin-Stoffwechselstörung haben, aber nur wenige sind es, die darunter leiden. Das ist darin begründet, dass der Mensch ein lebendiges Wesen ist und das Leben viele Wege und Auswege kennt.

Nur ein Teil der hyperaktiv erscheinenden Kinder ist Träger einer nicht ohne weiteres kompensierbaren Transmitterstörung. Die Zahlenangaben schwanken – je nach Standpunkt oder Sichtweise. Vorbehaltlich nenne ich drei bis fünf Prozent. Aber auch von diesen, im engeren Sinn betroffenen Kindern sind etliche (und gar nicht wenige) lernfähig. Darin sind die Erfolge von Heilpädagogik und Verhaltenstherapie begründet. Es bleiben wenige Kinder, die ein Medikament (und pädagogische und therapeutische Hilfe) benötigen, um ihr Verhalten ordnen zu können und ihre Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zur Verfügung zu haben, d. h. auf ein Ziel hin lenken zu können.

Fest steht, dass Kinder mit hyperaktivem Verhalten und Aufmerksamkeitsstörungen in Not sind und immer Hilfe benötigen. Sie kann ihnen von Eltern, Lehrern und anderen Begleitern zuwachsen. Fest steht: Wenn die pädagogischen und therapeutischen Hilfen nicht greifen und ein betroffenes Kind in Schule und anderen Lebensbereichen fortwährend Schiffbruch erleiden muss, weil es sein Verhalten eben nicht steuern, Informationen eben nicht verarbeiten kann (*und* wenn von fachkundiger Seite die Diagnose eines ADS bestätigt wird), dann braucht es das Medikament Methylphenidat (Ritalin; Medikinet; Concerta – ein Depotpräparat) genauso, wie das zuckerkrankte Kind Insulin benötigt. Das Medikament grundsätzlich abzulehnen ist ebenso unverantwortlich, wie es unverantwortlich ist, das Medikament nach dem Gießkannen-Prinzip über unruhige Kinder auszuschütten.

Die Kriterien für das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom sind klar definiert, und klar festgelegt ist auch, wann ein betroffenes Kind medikamentös eingestellt werden sollte. Man kann die aufgestellten Kriterien heutzutage aus dem Internet holen. Die Erfahrung und das Feingefühl liegt aber nach wie vor bei den Berufsgruppen, die mit unruhigen Kindern arbeiten, weshalb deren Rat in jedem Fall eingeholt werden sollte.

Es gibt das ADS-Kind, aber es gibt es nicht so häufig, wie man es heute glauben machen möchte. Zahlen wie 20 Prozent aller Kinder sind in sich schon fragwürdig. Das würde ja bedeuten, dass ein Fünftel unserer Kinder mit einer Störung von Krankheitswert geboren wird. Die Zahl allein schon zeigt auf, dass der Maßstab, die Messlatte, die an unsere Kinder gelegt wird, sich in den letzten Jahren verhängnisvoll verschoben hat.

Haben wir an Toleranz kindlichem Verhalten gegenüber eingebüßt? Oder haben wir vergessen, was Kinder benötigen, um gedeihen und gesund groß werden zu können? Haben wir vergessen, was ihre wahren Bedürfnisse in der Zeit sind, in der sich ihr Verhalten formt?

Ich sehe pro Jahr etwa 300 Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und Verhaltensmustern, die dem hyperaktiven Kind zugeschrieben werden. Die Kinder sind zwischen zwei und zwölf Jahre alt. Meist kommt die Anregung zur Untersuchung von den Kindergärtnerinnen oder den Lehrern. Anlass zur Untersuchung bildet die Verhaltensstörung. Die Kinder sind schwierig, beanspruchen Wachsamkeit, Zuwendung, Steuerung. Sie sind Störer, Aufmüpfer, unberechenbar, hilflos, unbequem. Oft sind es die Eltern, die beunruhigt sind, weil ihr Kind in der Schule nicht richtig gedeiht, nicht die Anerkennung erfährt und nicht die Noten heimbringt, die sie sich erhofft hatten, und weil sie mit dem Kind zusammen lange über den Hausaufgaben sitzen müssen. Selten sind es die Kinder, die sich äußern. Aber auch das kommt vor. Sie fühlen sich unverstanden, unfähig, sind ihres Lebens überdrüssig.

Es gibt immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen zu dem Thema. Die These des gestörten Dopamin-Stoffwechsels setzt sich immer mehr durch. Wie relevant die Störung ist, ist allerdings noch eine völlig offene Frage. Bewiesenermaßen gibt es Behandlungserfolge durch Methylphenidat, dessen Wirkmechanismus noch unklar ist, und es gibt unbestrittenermaßen Erfolge durch pädagogische bzw. verhaltenstherapeutische Maßnahmen.

Das Medikament Methylphenidat wurde 1944 von Leandro Panizzon, einem bei Ciba Geigy angestellten Arzneimittelchemiker, synthetisiert. Er nannte es nach seiner Frau Margerita (abgekürzt Rita) Ritalin. Als milde Psychostimulanz hatte er es im Selbstversuch eingesetzt – mit wenig überzeugendem Erfolg. Jedoch hatte seine Frau von der belebenden Wirkung profitiert und es gelegentlich vor dem Tennisspielen eingenommen.

Die Aufmerksamkeitsstörung ist ein unspezifisches Symptom. Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ist ein umschriebenes und gut beschriebenes Bild, aber multifaktorieller Genese. Eine Rolle spielen immer Neurobiologie und psychosoziale Faktoren.

Mein Appell ist: Nehmt die sogenannten ADS-Kinder wieder mehr ins Herz. Gebt ihnen in jedem Fall Hilfe und weniger als Lösungsstrategie schlechthin das Medikament. Lasst sie Kinder sein, die auf dem Weg sind, die nach dem Weg fragen und wie jedes Kind ihr Bestes geben wollen. Gebt ihnen Schutz und ordnet die Welt für sie vor. Bürdet ihnen nicht auf, vor der Zeit Verantwortung für sich übernehmen zu müssen. Mein Appell zielt in erster Linie auf die Pädagogen.

Erziehungskunst und Heilkunst waren einmal Geschwister. Unser modernes materielles Denken sollte nicht vom Erziehungsauftrag ablenken, den wir für unsere und an unseren Kindern haben. Ich bin fest davon überzeugt, dass, wenn unsere Kinder die Lebensbedingungen vorfinden, die sie nach ihren altersgemäßen Bedürfnissen benötigen, und wenn sie im Drang nach Freiheit auch die Hemmung und Begrenzung rechtzeitig und wertfrei erfahren können, viele von ihnen davor bewahrt werden, eine Aufmerksamkeitsstörung auszubilden. Aber wenn sie eine Aufmerksamkeitsstörung ausgebildet haben, dann benötigen sie erst recht den pädagogischen Rahmen und erst in zweiter Linie, aber gleichberechtigt, die Hilfe des Mediziners. Es tut Not, dass die verschiedenen betroffenen Professionen in ein Gespräch miteinander kommen.

Zur Autorin: Dr. med. Christel Schweizer, Jahrgang 1940, ist ärztliche Direktorin im Sozialpädiatrischen Zentrum des Olgahospitals Stuttgart.