

Hans von Lüpke

AD(H)S und Ritalin

Polarisierung und Positionierung in der pädagogischen Arbeit

Der Disput um eine medikamentöse Behandlung der „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“ AD(H)S (mit oder ohne Hyperaktivität) polarisiert zwischen Positionen wie „Pille nein danke“ und der Sorge, durch Verweigerung von Medikamenten mögliche Hilfen nicht zu nutzen.

In diesem Beitrag geht es um ein Verständnis für die Gründe dieser Polarisierung. Dies könnte zur Entwicklung einer eigenständigen Position in der pädagogischen und sozialen Arbeit beitragen.

Nach jahrzehntelanger Diskussion über das Phänomen AD(H)S – früher unter Begriffen wie MCD oder HKS –, gibt es kaum noch ein Argument, das nicht zum wiederholten Male ausgetauscht worden ist. Man gewinnt den Eindruck, dass es weniger um die Frage nach neuen Erkenntnissen geht, sondern um die Begründung einer jeweils vorgegebenen Position, die verteidigt werden soll. Dies wird im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung besonders deutlich. In den Jahren zwischen 1990 und 2005 ist es zu einem Anstieg der verordneten Tagesdosen des unter dem Firmennamen Ritalin bekannt gewordenen Medikaments Methylphenidat um das Hundertfache gekommen. Da diese Substanz unter verschiedenen Firmennamen angeboten wird, soll im Folgenden nur noch die chemische Bezeichnung verwendet werden.

Der Verschreibungsanstieg von Ritalin

Nach den neuesten Studien des Gesundheitswissenschaftlers Gerd Glaeske liegt die Verschreibung von Methylphenidat in der Altersgruppe der Elf- bis Vierzehnjährigen an der Spitze aller Verschreibungen – noch vor Mitteln gegen Erkältung oder Schmerzen. Dem steht jedoch kein Anstieg der Häufigkeit einer AD(H)S gegenüber: Nach wie vor liegen die Angaben dazu zwischen drei und zehn Prozent. Bemerkenswert sind die erheblichen Diskrepanzen zwischen der Beurteilung durch Eltern, Lehrer oder der Kinder selbst. Auch bei der Anwendung verschiedener Diagnoseklassifikationen (ICD 10 oder DSM IV) ergeben sich unterschiedliche Zahlen. Erneut zeigt sich hier die geringe Verlässlichkeit der diagnostischen Kriterien.

Für den Verschreibungsanstieg findet jede Position ihre eigene Interpretation. Verfechter einer organischen Verursachung der AD(H)S im Sinne von Hirnstoffwechselstörungen verstehen ihn als Ausdruck der Tatsache, dass viele der erkrankten Kinder bislang keine angemessene Behandlung erfahren haben. Sie sehen in der Zunahme eine nachholende Medikation der Behandlungsbedürftigen. Die Gegner einer medikamentösen Behandlung bewerten die Verordnungszunahme als Ausdruck der Tendenz, Kindern mit psychischen und sozialen Problemen eine diesen Problemen angemessene Behandlung vorzuenthalten.

Viele Eltern befürworten eine Medikation, da sie neben der erwünschten Wirkung auch auf eine Entlastung von Schuldvorwürfen hoffen. Mediziner begründen ihren Kompetenzanspruch häufig mit der Orientierung an verlässlichen naturwissenschaftlichen Fakten. Beim Einsatz von Medikamenten ergeben sich aber schon auf der Ebene der Daten über die pharmakologische Wirkungsweise erhebliche Probleme. Die Arzneimittelforschung ist in zunehmendem Maße damit konfrontiert, dass die Wirkung von Medikamenten sich nicht isoliert zwischen der zugeführten chemischen Substanz und einem gestörten biochemischen Körperprozess entwickelt, sondern in einer Vielzahl von Wechselwirkungen mit anderen Prozessen im Körper, Umweltfaktoren wie Ernährung, physikalischen Einflüssen und möglicherweise anderen Medikamenten.

Ungeklärte Wirkfaktoren der Medikation von ADHS

Die Tatsache, dass es sich hier um ein komplexes System mit unendlich vielen Wirkfaktoren handelt, führt zu der

Erkenntnis, dass auch Fortschritte der pharmakologischen Forschung immer nur neue Daten über die Vielfalt dieser Wechselwirkungen liefern. Es gibt jedoch keinen wirklich zielgenauen Einsatz von Medikamenten, selbst wenn es hier Verbesserungen gibt, etwa beim Einsatz von Antibiotika bei Infektionen oder Zytostatika in der Krebstherapie. Noch komplizierter und unübersichtlicher wird die Situation bei Psychopharmaka. Alle biochemischen Modelle, deren Wirkungen durch definierte Reaktionen einzelner Überträgerstoffe an den Nervenendigungen erklären wollen, haben sich als unzureichend erwiesen. Dies zeigt sich auch bei den Vorstellungen von der Wirkungsweise des Methylphenidats.

Es besteht heute Einigkeit darüber, dass Methylphenidat die Wiederaufnahme der zuvor beim Prozess der Nervenregung freigesetzten Überträgersubstanz Dopamin in die Ausgangszelle blockiert und damit einen Anstau von Dopamin im synaptischen Spalt – der Kontaktregion angrenzender Nervenzellen, in der die Nervenregung auf chemischem Wege von einer Nervenzelle auf eine andere übertragen wird – bewirkt. Dies bremst eine weitere, durch neu ankommende Dopaminmoleküle übertragene, Erregung wie bei einem Stau. Dadurch soll die Ablenkbarkeit vermindert und die Konzentrationsfähigkeit gebessert werden. Eine solche plausibel klingende Erklärung lässt jedoch die Frage offen, wieso das im synaptischen Spalt angereicherte Dopamin nicht eine dieser Substanz zugeschriebene aktivitätssteigernde Wirkung entfaltet, sondern eher zur Beruhigung führt – jenem Zustand, der manchen medikamentös behandelten Kindern Charakterisierungen wie „Schlaftablette“ oder „Zombie“ eingebracht hat. Die bereits erwähnte Unkalkulierbarkeit der Wirkungsweise von Psychopharmaka wird hier noch durch die ebenfalls komplexe Struktur des Hirnstoffwechsels verstärkt. Dies macht das breite Spektrum von möglichen Nebenwirkungen verständlich. Beim Methylphenidat reichen diese von der häufig zu beobachtenden Schlaf- und Appetitlosigkeit bis hin zu Übererregbarkeitszuständen, die der angestrebten Wirkung diametral entgegengesetzt sind.

Ein Medikament wirkt auf die chemischen Körperprozesse nicht nur direkt. Es ist immer auch ein „Bedeutungsträger“ im Netz der Beziehungen zwischen dem verschreibenden Arzt, einem Umfeld, das auf die Verschreibung drängt – oder davor warnt – und schließlich dem Kind, das es einnehmen soll. Beziehungen als psychische Phänomene haben jedoch ihrerseits Konsequenzen für die „nutzungsabhängige“ Struktur und Funktion des Gehirns und je nach ihrer Dynamik unterschiedliche Folgen für den Hirnstoffwechsel.

Ohne die Annahme, dass auch bei der pharmakologischen Wirkung von Medikamenten vielfältige psychosoziale Einflüsse bis hin zu den Erwartungen und Fantasien des Betroffenen zum Tragen kommen, wären keine Placebowirkungen möglich. Dies wird leichter vorstellbar,

wenn man sich zwei unterschiedliche Situationen vor Augen führt: Zunächst einen Arzt, der Eltern und Kind vermittelt, es handle sich bei der AD(H)S um eine Hirnstoffwechselstörung. Das Medikament sei unverzichtbar, da es einen fehlenden Botenstoff im Gehirn ersetze. Dagegen stünde eine Szene, in welcher der Arzt Eltern und Kind vermittelt, dass er die Grenze der Belastbarkeit dieser Familie erkennt und eine Abhilfe in der akuten Zuspitzung für notwendig hält. Dafür gebe es ein Medikament, das würde er versuchsweise geben und sich über die Wirkung und das weitere Befinden aller Beteiligten fortlaufend mit diesen austauschen.

Eine polarisierende Kontroverse zwischen der Rolle von Organfaktoren und der Bedeutung psychischer Einflüsse ist daher Ausdruck einer überholten Organmedizin: beides lässt sich, je exakter die Untersuchungen vorgenommen werden, nur durch die verwendete Methodik, nicht aber im realen Zusammenwirken voneinander trennen. Weder gibt es rein chemische Wirkungen eines Medikaments, noch psychische Einflüsse, die nicht mit chemischen Prozessen im Gehirn einhergehen.

Der Einfluss sozialpsychologischer Aspekte

Bereits beim Entscheidungsprozess über den Einsatz von Medikamenten kommen vielfältige Ängste und Hoffnungen zum Tragen. Vor allem Mütter fühlen sich als versagende, wenn sie keinen „erfolgreichen Sohn“ vorweisen können. Die medikamentöse Behandlung gibt ihnen die Möglichkeit, Handelnde zu werden, die auf diesem Weg das ihrem Einfluss sich entziehende Kind kontrollieren. Es liegt auf der Hand, dass die medikamentöse Behandlung nur als Überbrückung einer Notsituation hilfreich sein kann. Auf die Dauer könnte eine Verstärkung der Mutterrolle als Kontrollinstanz entwicklungshemmende Beziehungsstrukturen in einer Familie eskalieren lassen kann, das Selbstwertgefühl des Kindes zusätzlich beschädigen und den oft vorher schon wenig präsenten Vater noch mehr ins Abseits drängen. All dies wäre hinter einer vordergründigen Symptombesserung nur noch schwer erkennbar.

„Die Pillen haben mir

Die Perspektive und Selbstwahrnehmung der betroffenen Kinder wird bislang kaum thematisiert. Manche fühlen sich zwar zu Beginn der Behandlung erleichtert, leiden jedoch später unter einer Irritation ihres Identitätsgefühls, wenn sie in Abhängigkeit von der Medikamenteneinnahme und deren Dosierung sich wie unterschiedliche Menschen fühlen. So sagte eines der behandelten Mädchen: „Die Pillen haben mir meine Gefühle gestohlen.“ Manche Kinder empfinden die medikamentöse Behandlung als Bestrafung. Ein siebenjähriger Junge spricht von seiner „Liebtablette“, ohne die er „böse“ sei.

Über die Positionierung der pädagogischen Fachkräfte

Welchen Standpunkt könnten in diesem Zusammenhang ErzieherInnen und VertreterInnen anderer sozialer Berufe einnehmen? So wichtig die akzeptierende Begleitung von Eltern und Kindern beim Prozess der Entscheidung und während einer medikamentösen Behandlung sein kann, so wenig darf die eigene Haltung dazu beliebig sein. Auch dort, wo das Medikament – wie oben dargestellt – Bestandteil eines Beziehungsangebotes ist, können die möglichen Risiken nicht außer Acht gelassen werden. Zwar gibt es bei der empfohlenen Anwendungsform bislang keine Hinweise auf die Entwicklung von Abhängigkeit im Sinne einer Sucht, es muss jedoch offen bleiben, ob die Erfahrung von Manipulierbarkeit des eigenen Befindens durch das Medikament nicht auch für den Umgang mit anderen Medikamenten (etwa Schmerz- oder Schlafmitteln) von Bedeutung sein könnte. Auch liegen immer noch keine gesicherten Studien über die Langzeitwirkungen vor. Hier ist die medikamentöse Behandlung bei Kindern unter sechs Jahren besonders kritisch zu sehen. Obwohl nicht den Richtlinien entsprechend, wird Methylphenidat auch bei dieser Altersgruppe eingesetzt. Sie ist hier weniger wirksam und das Fehlen von Langzeiterfahrungen besonders bedenklich. Auch wenn solche Informationen in Elterngesprächen Erwähnung finden können, erscheint es wenig sinnvoll, sich als ErzieherIn grundsätzliche Diskussionen über eine medikamentöse

Behandlung und deren Risiken einzulassen. Hier sollte auf die Verantwortung der Ärzte verwiesen werden. Schwerpunkt wäre das Angebot zum Erfahrungsaustausch mit unterschiedlichen Perspektiven. Oft können Eltern mit ErzieherInnen, zu denen sie über den langjährigen Kontakt eine Vertrauensbeziehung entwickelt haben, am besten über die im Entscheidungsprozess sich ergebenden Konflikte sprechen. Hier könnte eine Erzieherin, die am auffälligen Kind auch liebenswürdige, witzige und kreative Aspekte beobachtet oder im Elterngespräch den möglichen familiären oder sozialen Problemen mit Verständnis begegnet, Einfluss nehmen auf Entscheidungen über eine Medikation.

Hilfe durch Netzwerke

Die Vorstellung, dass Auffälligkeiten im Sinne einer AD(H)S Ausdruck psychosozialer Probleme sein können, bedeutet nicht, dass diese Probleme immer auch aufgedeckt und bearbeitet werden müssen. Hilfreich ist vor allem ein respektvoller Umgang mit der Belastbarkeit eines Kindes und seiner Familie, die Wertschätzung des bereits Versuchten und die Vergewisserung, zum Austausch über die Erfahrungen des Kindes bereit zu sein. Welche Konsequenzen sich daraus ergeben, kann oft erst im Verlauf eines längeren Prozesses entschieden werden. Erst dann lässt sich beurteilen, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Lebenssituation der Familie insgesamt oder die Probleme des Kindes – etwa im Sinne einer Psychotherapie – hilfreich sein könnten. Für solche Entscheidungen bedarf es jedoch eines kooperativen Netzwerks. Jede einzelne Berufsgruppe ist damit überfordert. ■

Literatur

- Haubl, R., Liebsch, K. (2009):** „Wenn man teuflisch und wild ist“. Funktion und Bedeutung von Ritalin in der Sicht von Kindern. In: Haubl, R., Dammasch, F., Krebs, H. (Hg.): Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129–163
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.) (2007):** ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lüpke, H. von (2003):** Es gibt keine griffigen Rezepte. Die medizinische Seite des AD(H)S-Syndroms. TPS 7, 27–31
- Neraal, T., Wildermuth, M. (Hrsg.) (2008):** ADHS – Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Weitere Literatur beim Autor.

meine Gefühle gestohlen.“

Dr. Hans von Lüpke ist Kinderarzt und Psychotherapeut in Frankfurt am Main.