

Anna-Maria Adaktylos, Ingolf Erler, Ingrid Kluger

Amphetamine für Kinder – Gottseibeius und Allheilmittel

Der folgende Artikel beschäftigt sich damit, wie Eltern kleiner Kinder auf Grund bestimmter Normvorstellungen verunsichert werden und welche sozialen Auswirkungen sich dadurch ergeben können. Als Beispiele dafür haben wir die Themen ADHS und Frühförderung ausgewählt. Frühförderung bezieht sich dabei auf die Unterstützung von „auffälligen“ Kindern, im Unterschied zur Frühpädagogik, dem Training von „normalen“ Kindern.

Eltern, vor allem solche von Kleinkindern, sind schon von vornherein verunsichert, ob sie in ihrem Handeln den Kindern auch die besten Voraussetzungen mitgeben können. Über Generationen weitergegebene Erfahrungen stehen dabei immer seltener zur Verfügung, was sich auch ein großer Wirtschaftszweig zunutze macht, der vom Wecken des Bedürfnisses nach Produkten lebt, die scheinbar unabdingbar für die kindliche Entwicklung sind: Wer sich dieser Angebote nicht bedient, sei selbst schuld, wenn aus dem Kind nichts wird. Um das eigene Handeln zu kontrollieren, orientieren sich Eltern an dem, was als „normal“ empfunden wird. Letztlich führt die größere Verunsicherung dazu, dass sich Eltern stärker an einem „Normalitätsbild“ orientieren, das fatalerweise kulturindustriell aufgearbeitet und präsentiert wird. Das bedeutet, dass viele Bilder vom „richtigen“ Kind über Werbung, Massenmedien, Ratgeber vermittelt werden, die gleichzeitig ein bestimmtes Bild des „normalen“ Kindes transportieren. Ein Teil dieses Feldes liegt im Bereich der modernen Medizin, die sehr widersprüchlich in den frühpädagogischen Bereich einwirkt. Sie hilft, indem sie Möglichkeiten zur Krankheitsheilung entwickelt hat. Sie hindert, indem sie oft völlig unkritisch zur Problemlösung herangezogen wird.

Pränatale Diagnostik

Ein kleines Beispiel: Der pränatalen Diagnostik ist viel zu verdanken. Die Kehrseite des Informationsgewinns über die me-

dizinischen und gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind hängt immer eng mit der Frage des Umgangs mit der Diagnose einer möglichen Behinderung des Kindes zusammen. Der zuvor angesprochene Normalitätsdiskurs und die Angst vor dem Scheitern führen immer häufiger dazu, dass sich Eltern aufgrund der Voruntersuchung gegen ein unter Umständen „behindertes“ Kind entscheiden¹.

Ein Beispiel für eine konkrete Auswirkung zeigt ein Fall aus Salzburg. Vor zehn Jahren erkannte ein Salzburger Gynäkologe bei seiner Patientin in der 23. Schwangerschaftswoche eine auffällige Menge an Fruchtwasser und ein Größenmissverhältnis zwischen Thorax- und Bauchraum des Fötus. Die Mutter kam damals der Aufforderung des Facharztes, die Risikoambulanz der Landeslinik Salzburg aufzusuchen, nicht nach, da sie der Meinung war, es gehe dabei um eine frühere Feuchtblatternerkrankung. Im März 1997 wurde ihre Tochter Emilia Diana mit Down-Syndrom, einem Herzfehler und einem Darmverschluss geboren. Die Mutter verklagte daraufhin ihren Arzt auf Unterhaltszahlungen: Hätte sie über die ihrem Kind drohenden Behinderungen Bescheid gewusst, hätte sie die Schwangerschaft abgebrochen. Der OGH erkannte daraufhin, dass „der vermögensrechtliche Nachteil nicht in der Existenz dieses Kindes, sondern in der dadurch entstehenden Unterhaltspflicht der Eltern“ liegt (OGH 5Ob165/05h, vom 7. März 2006). Dabei handelte es sich um einen der wenigen Fälle, der durch die Klage öffentlich bekannt wurde. In der Realität zeigt sich, dass sich, je nach Studie, bis zu 93% der Eltern gegen das Kind entscheiden, wenn die Voruntersuchung zur Diagnose Down-Syndrom führt (Vgl. Mansfield/ Hopfer/ Marteau 1999, Britt/ Risinger/ Miller/ Mans/ Krivchenia/ Evans 1999). Bei anderen schweren Behinderungen beträgt die Rate 50-70%. So eine Entscheidung ist im Einzelfall für die Eltern schwerwiegend und äußerst belastend. Im gesellschaftlichen Gesamtbild zeigen diese Zahlen jedoch auch, dass Behinderungen in unserer Leistungsgesellschaft nicht mehr vorgesehen sind und der Normalitäts-Diskurs beträchtliche Ängste

¹ „Unter Umständen“ deswegen, weil diese Untersuchungen mit einem relativ großen Unsicherheitsfaktor versehen sind.

erzeugt. So zeigte sich in den USA, dass die Abtreibungsrate nach der Diagnose Down-Syndrom von 90% auf 60% zurückging, wenn neben dem Humangenetiker auch eine Behindertenkrankenschwester mit den Eltern sprach und über Alltag und Krankheit aufklärte (Vgl. Obermayer 2006; Spiewak/ Wüsthof 2000).

Beenden wir hier diesen Exkurs und gehen, biographisch gesehen, in die postnatale Zukunft und wenden uns einem weiteren heiß diskutierten Thema des Normalitäts-Diskurses zu: Frühförderung und AD(H)S und seine Behandlung.

Frühförderung

Unter „Frühförderung“ versteht man Hilfsangebote für Familien mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind. Das bedeutet, dass entweder eine Behinderung bereits festgestellt wurde oder eine Entwicklungsverzögerung oder Entwicklungsauffälligkeit, verbunden mit einem ungünstigen Milieu, vorliegt. Zu Beginn der Frühförderung vor mehr als 30 Jahren standen die Defizite des Kindes im Mittelpunkt. Später wurden die Eltern als „Ko-Therapeuten“ eingesetzt, was bei diesen zu großem Leistungs- und Erfolgsdruck führte und oft auch einen Rollenkonflikt (Therapeut oder Mutter/Vater) verursachen konnte. Auf diese Problematik wurde danach in zunehmendem Maße Rücksicht genommen. Heute ist der Schwerpunkt des Angebots weniger defizitorientiert, denn es sind vor allem unterstützende Maßnahmen für die Eltern, die positiven Einfluss auf die Eltern-Kind-Interaktion und somit auf die Entwicklung des Kindes haben.

Im Normalfall werden Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren gefördert, manchmal auch bis zum Schuleintritt. Die Förderung kann entweder ambulant in einer Frühförderstelle erfolgen oder mobil, d.h. eine Frühförderin kommt einmal in der Woche in die Familie. Wie diese mobile Frühförderung aussehen kann, zeigt z. B. ein Blick auf die Homepage der Mobilen Frühförderung der Wiener Sozialdienste (<http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php>). Entwicklungsförderung und Familienbegleitung zu Hause sind hier die Schwerpunkte. Das so genannte Wiener Modell ist durch

folgende Prinzipien gekennzeichnet: Freiwilligkeit, Interdisziplinarität, Emanzipation, Integration und Ganzheitlichkeit. Die Kosten werden von der Stadt Wien getragen.

Eine ambulante Einrichtung, die sich in Wien um Eltern mit „Problemkindern“ kümmert, ist das Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) im 22. Bezirk. Das Angebot reicht von ärztlicher Betreuung über Sozial- und psychologische Beratung, Physio- und Ergotherapie, Logopädie bis zu Hippotherapie und anderen tiergestützten Therapien. Bei diesen Therapien können auch – je nach Bedarf – Gruppen besucht werden: musiktherapeutische Gruppen (z. B.: Mutter und Kind), Sonder- und Heilpädagogische Gruppen oder ADHS-Gruppe & Elterngruppe. Für die Eltern entstehen keine Kosten, sie werden von der Stadt Wien und den Krankenkassen getragen.

Auch in Niederösterreich übernimmt das Land einen Großteil der Kosten für die Frühförderung eines behinderten Kindes, wobei hier jedoch pro Fördereinheit € 10,90 den Eltern verrechnet werden. In sozialen Härtefällen gibt es die Möglichkeit, um Reduzierung der Kosten anzusuchen. Das Hilfswerk NÖ ist Anlaufstelle für Familien, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen wollen. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen gezielte, spielerische Übungen zur Entwicklungsförderung, die soziale Integration des Kindes (z. B. in den Kindergarten) sowie Information und Beratung der Eltern.

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom AD(H)S

In der Praxis² begegnen Pädagoginnen und Pädagogen schon im Kindergarten Kinder, die wohl früher als Zappelphilipp bezeichnet worden wären. Sie können nicht still sitzen, gehorchen nicht, können sich auf nichts lang konzentrieren und sind ständig in Bewegung.

Nach ICD-10, der von der WHO herausgegebenen internationalen Klassifikation von Krankheiten, ist ADHS eine hyperkine-

² Vielen Dank an Vicky Plankensteiner (Anna-Freud-Kindergarten) für ihre Unterstützung.

tische (über-bewegende) Störung und gehört zu den psychischen und Verhaltensstörungen.

„Hyperkinetische Störungen

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“ (ICD-10, F90)³

Der Grund für diese Störung ist nicht klar; die Erklärungen für so ein unruhiges Verhalten der Kinder haben sich über die Zeit stark verändert: Galten diese Kinder bis Mitte des letzten Jahrhunderts schlicht als „schlimm“ und im Mittelalter vermutlich als vom Teufel besessen, so vermutete man bei ihnen vor dreißig Jahren kleine Gehirnstörungen (minimale cerebrale Dysfunktionen), wovon man inzwischen jedoch wieder abgekommen ist. Die aktuelle Erklärung ist, dass Dopamin, ein Neurotransmitter, also ein Botenstoff im Gehirn, bei Menschen mit AD(H)S seine Funktion nicht richtig zu erfüllen scheint. Als Behandlung wird oft Ritalin, ein Medikament mit dem Wirkstoff Metylphenidat aus der Familie der Amphetamine, verschrieben. Dieses Medikament ist spätestens aus einer Folge der Fernsehserie „Die Simp-

³ <http://www.icd10.ch/ebook/GE2/F90.asp>; die englische Version: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

sons“ bekannt, in der Bart, der Sohn, dieses verschrieben bekommt und sich wie durch ein Wunder zum Genie entwickelt.

Drei Viertel der Rezepte für Ritalin werden für Kinder, davon wiederum drei Viertel für Burschen ausgestellt. Kinder, bei denen später mit AD(H)S diagnostiziert wird, sind häufig schon im Säuglingsalter besonders unruhig, sie sind sogenannte „Schreibabies“. Wenn ein Baby übermäßig schreit, bringt das die betreuenden Personen sicher an den Rand ihrer Möglichkeiten – aber es gibt auch Hilfe, so z. B. im Wiener Wilhelminenspital eine Schreibaby-Ambulanz, in der mögliche Gründe abgeklärt werden können und das Baby behandelt werden kann. Außerdem gibt ein Team von Spezialisten Tipps und bietet Unterstützung, wie man mit dieser Situation zurecht kommen kann.

Warum wird Ritalin (oder auch Concerta, Medikinet oder Rubifen) eigentlich bei AD(H)S verschrieben? Die Wirkungsweise ist, wie bei zahlreichen Medikamenten, nicht klar, es gibt dazu nur Hypothesen, die auf der Annahme aufbauen, dass AD(H)S dadurch verursacht wird, dass Dopamin im Gehirn entweder in zu geringer Menge vorhanden ist oder nicht richtig aufgenommen wird. Aber es funktioniert, und es handelt sich hier um einen riesigen Markt – genaue Zahlen werden von der Hersteller-Firma, Novartis, jedoch nicht veröffentlicht. Ritalin ist aber kein Heilmittel. Kinder, die mit Ritalin behandelt werden, zeigen die ursprünglichen Symptome wieder, wenn das Medikament abgesetzt wird. Nur die Symptome werden unterdrückt, die Kinder können sich besser konzentrieren, sind nicht mehr „zappelig“ und gehorchen mehr – sie zeigen also das Verhalten, das sich die Gesellschaft von ihnen erwartet. Doch sogar im Beipackzettel von Ritalin⁴ wird darauf hingewiesen, dass „Ritalin zur Behandlung ... im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie angezeigt“ ist. „Ritalin ist Teil eines therapeutischen Behandlungsprogramms, das typischerweise psychologische, erzieherische und soziale Maßnahmen umfasst.“ Doch wird Ritalin auch tatsächlich so verwendet?

Ein kurzer Überblick über die Webseiten zu AD(H)S (oder auf

4 http://www.big.novartispharma.de/ProduktInfo_Ritalin/gebrauchsinformation/057063_0_NTSvUXDz99.pdf

Englisch AD(H)D, *attention deficit (hyperactivity) disorder*) und zu Ritalin gibt ein verwirrendes Bild: Auf der einen Seite wird die Wirkung gefeiert, Eltern, Wissenschaftler, ja selbst die Patientinnen und Patienten selbst geben begeistert Auskunft, um wieviel leichter ihr Leben nun ist. Auf der nächsten Seite wird empfohlen, statt mit Ritalin lieber mit einer Alge zu behandeln. Die Gründe für die Symptomatik in ihrer Gesamtheit zu betrachten, dieses Ziel wird nur selten verfolgt. Vieles wird klarer, wenn man die Betreiber der Homepages recherchiert: Die jubilierend positiven werden oft von Pharmafirmen gesponsert, die geradeheraus negativen von Organisationen bis hin zur Scientology, die schulmedizinische Behandlungen generell ablehnen.

Eine Behandlung mit Ritalin zu beginnen, ist eine schwierige Entscheidung: Einerseits soll das Kind ein Medikament nehmen, das schwere Nebenwirkungen verursachen kann ("Mein Kind kann gar nicht mehr lachen") und sogar mit Todesfällen in Zusammenhang gebracht wird; andererseits kann ein Kind mit AD(H)S seine Umgebung und sich selbst bis zum Überdruß überfordern. Die Unaufmerksamkeit beeinflusst nicht nur den Schulerfolg, die Kinder sind auch im Straßenverkehr stärker gefährdet. Diese Argumente werden natürlich gern verwendet, um den Umsatz zu steigern, aber auch, um den Eltern die Entscheidung für die einfachste Lösung zu erleichtern: Die Tabletten machen das auffällige Kind zu einem unauffälligen, funktionierenden. Eltern, die ständig den Vorwurf im Hinterkopf haben, sie hätten versagt, sie wären keine guten Eltern, und ihr Kind wäre durch und durch schrecklich, werden entlastet, weil die Symptome das Krankheitsbild feststellen lassen und sie endlich nicht mehr „schuld“ sind. Doch Symptome wie die von AD(H)S, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität), können auch ein Hinweis auf andere Probleme sein.

Es darf nicht zur Regel werden, dass Kinder schon während der Schulzeit und zum Teil sogar vorher regelmäßig Medikamente nehmen. Auch wenn Ritalin bei AD(H)S-PatientInnen nicht die klassischen Effekte von Amphetaminen zeigt, sollte es doch zu denken geben, dass in einer Zeit, in der Erwachsene zu

Amphetaminen als Suchtmitteln greifen, diese als Medikation für Kinder empfohlen werden.

Die Symptomatik AD(H)S generell auf eine Fehlfunktion des Stoffwechsels im Gehirn zurückzuführen, greift zu kurz. Wenn jemand eine rinnende Nase hat, bedeutet das auch nicht automatisch, dass sie oder er erkältet ist. Ebenso gut könnte das an einem Heuschnupfen liegen, und der lässt sich nicht mit einem Aspirin und Bettruhe kurieren. Gründe für kindliche Unruhe können nicht nur in einer Stoffwechselstörung im Gehirn, sondern auch einer unruhigen Umgebung, sozialen Konflikten, unausgeglichener Ernährung, zu wenig Zuwendung zum Kind oder sogar in unentdeckten Hörstörungen liegen. Andererseits ist die Diagnose generell schwierig, weil Hyperaktivität, Probleme mit dem Stillsitzen und mit dem Folgen von Anweisungen generell für Kinder unter 6 Jahren typisch sind – deshalb fängt die reguläre Schulzeit ja auch erst mit diesem Alter an. Eine medizinische Behandlung von AD(H)S aber gänzlich zu verdammen, wie das Scientologen so gern tun, bedeutet, den Leidensdruck des Kindes selbst und auch der Umgebung nicht ernst zu nehmen.

Lynette, die Karriere-Frau in der Serie „Desperate Housewives“, schluckt die Medikamente für ihre angeblich an AD(H)S leidenden Söhne selbst und kann so die Anforderungen als berufstätige vierfache Mutter endlich ihren eigenen Vorstellungen entsprechend erfüllen. Problem: Sie wird von Ritalin abhängig. Ist es das Problem, dass Lynette sich unter der Fünffachbelastung kaum noch bewegen kann? Oder ist nicht viel eher das Problem, dass die Gesellschaft und nicht zuletzt sie selbst einen Perfektionismus an den Tag legen, dem niemand gewachsen sein kann? Gegenseitige Unterstützung, die Überlegung, ob etwas wirklich so unglaublich wichtig ist und daher in bester Form erledigt werden muss oder vielleicht doch verschoben oder abgeblasen werden kann, und daraus folgend die Möglichkeit, sich auf das wirklich Wichtige in Ruhe konzentrieren zu können; nicht nur zu funktionieren, sondern auch herumblödeln, toben und entspannen zu dürfen – das wären Dinge, die, wie selbst der Beipacktext von Ritalin beschreibt, eine therapeutische Gesamtstrategie unterstützen könnten.

Weiterführende Literatur

- Britt, David W.; Samantha T. Risinger, Virginia Miller, Mary K. Mans, Eric L. Krivchenia und Mark I. Evans (1999): „Determinants of parental decisions after the prenatal diagnosis of Down syndrome: Bringing in context“. In: *American Journal of Medical Genetics* 93 (5), p. 410 – 416.
- Döpfner, Manfred, Jan Frölich und Gerd Lehmkuhl (2000): *Ratgeber Hyperkinetische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1)*. Hogrefe.
- Heinemann, Evelyn und Hans Hopf (2006): *AD(H)S: Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mansfield, Caroline; Suellen Hopfer und Theresa M. Marteau (1999). „Termination rates after prenatal diagnosis of Down syndrome, spina bifida, anencephaly, and Turner and Klinefelter syndromes: a systematic literature review“. in: *Prenatal Diagnosis* 19 (9), p. 808-812.
- Obermayer, Bastian (2006): *Spiel mir das Lied vom Tod*. In: *Süddeutsche Zeitung Magazin* (München), 44/2006, S. 8-14.
- Spiewak, Martin und Achim Wüsthof (2000): *Die stille Selektion, Die Zeit* (Hamburg), 1/2000.
- Thurmair, Martin; Naggl, Monika (2003, 2., überarb. Auflage): *Praxis der Frühförderung*. München: Ernst Reinhardt.

Internet

Mobile Frühförderung:

Wien: <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php>

Niederösterreich: <http://niederosterreich.hilfswerk.at/b1717m603>

Schreibaby-Ambulanz:

Wiener Wilhelminenspital: www.wien.kav.at/kav/wil

Zentrum für Entwicklungsförderung: www.wiso.or.at

AD(H)S:

Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit AD/HS und Teilleistungsschwächen: <http://www.adapt.at/>

<http://www.psychologische-adhs-therapie.ch/>