

Zwerg Nase: Kids on Speed

Aufmerksamkeitsdefizite bei Kindern kann man durch erhöhte Zuwendung heilen – oder durch Amphetamin. **Letzteres ist beliebter.** Aus der Klinikpraxis erzählt **Kinderarzt Jörg Clasen.** Von Katharina Buess



1932 wurde die Droge Amphetamin in den USA von der Medizin entdeckt und unter dem Namen Benzedrine auf den Markt gebracht – als erstes Psychopharmakon überhaupt. Benzedrine wurde zum Verkaufsschlager und unter anderem bei Schizophrenie, Depressionen, Impotenz und Alkoholismus verschrieben. Speed steht damit am Anfang der Tradition, nicht nur körperliche, sondern auch psychische Krankheiten mit Chemie zu behandeln. Und bereits 1937 bemerkte man, dass Kinder mit ausgeprägter Konzentrationsschwäche positiv auf Amphetamin und seine Abwandlungen reagieren. Was heute als ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bezeichnet wird, hieß damals "Minimal Brain Dysfunction" oder "Zappelphilippsyndrom". Die psychosoziale Störung wird bisher meistens bei Kindern festgestellt, vor allem bei Jungen. Die Symptome, unter denen etwa 3-5 Prozent aller Kinder leiden, sind neben anderen extreme Unruhe, Unkonzentriertheit und eine geringe Frustrationstoleranz. Problematisch ist dabei, dass es sich zunächst um normale, kindliche Eigenschaften handelt, die nicht unbedingt pathologisch sind, aber für die Betroffenen und ihre Umwelt anstrengend. Während Speed bei Freizeitnutzern in erster Linie aufputscht, werden 70 Prozent der ADHS-Kinder unter der Wirkung von Amphetamin fokussiert, strukturiert und ruhig. Scheinbar paradox, aber es gilt auch das klassische Speed-Phänomen, dass Nutzer sich für stupide und redundante Tätigkeiten begeistern können.

Aber während die ADHS-Behandlung mit Amphetaminen eine lange Tradition hat, ist in den letzten 20 Jahren die Zahl der Diagnosen rasant gestiegen. Und damit die Verschreibung von Amphetamin und seinen Derivaten, hierzulande in erster Linie Methylphenidat (Ritalin), einer der wenigen Wirkstoffe, die ausschließlich an Kinder verschrieben werden dürfen. Hier liegt das zweite Problem: Ist es vertretbar und sinnvoll, eine psychosoziale Störung bei Kindern ab sechs Jahren reihenweise mit harten Drogen zu behandeln? Ritalin fällt immerhin, genau wie Speed, unter das Betäubungsmittelgesetz. Abgesehen von den Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit und Schlafstörungen zeigt sich bei dem Trend ein biopolitisches Paradigma. Sehr klar wird hier Michel Foucaults Theorie vom menschlichen Körper veranschaulicht, der in der moder-

nen Gesellschaft als Ort der Festschreibung und Definition von Normalität fungiert – und damit auch als Ort der Stigmatisierung von Differenz. Er steht im Zentrum von staatlichen und gesellschaftlichen Machtstrategien und wird durch Technologien und Praktiken normiert und diszipliniert. Im Fall von ADHS wird eine Störung des Sozialverhaltens biologisiert, und damit konkretisiert, fassbarer und scheinbar leichter zu behandeln. Die Entwicklung ging so weit, dass Methylphenidat phasenweise das am sechstmeisten verkaufte Pharmaproduct wurde und in den 90ern fast jedes zweite Kind in den USA die Droge verschrieben bekam. In Deutschland hat sich laut Arzneimittelverordnungsreport die Menge an verschriebenem Methylphenidat seit 1993 mehr als verdreifacht, rund 70.000 Kinder nehmen täglich den Wirkstoff in Tablettenform.

Wie das alles im klinischen Alltag vonstatten geht, beschreibt Jörg Clasen, der als Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Hamburg arbeitet.

Jörg Clasen: Die ADHS-Diagnose ist alles andere als einfach. Es gibt eben keinen Test, der klar anzeigt, ob jemand ADHS hat oder nicht. Stattdessen beruht die Diagnose auf genauer Beobachtung und dem Ausschluss anderer Krankheiten, die zu den gleichen Symptomen führen können. Anschließend macht man einen Behandlungsversuch: Man beobachtet, wie die Kinder auf eine geringe Dosis Methylphenidat reagieren. Es gibt aber durchaus die Tendenz, alle Kinder, die ein bisschen unruhig sind, mit Ritalin zu behandeln, und es gibt tatsächlich haufenweise Kollegen, die keine vernünftige Diagnostik machen. Vereinzelt werden Rezepte sogar am Telefon ausgestellt.

Ist ADHS eine Modediagnose oder gibt es durch die veränderte Umwelt mehr Ursachen für die Krankheit?

Jörg Clasen: Nein, das glaube ich nicht. Ich denke, es fällt dadurch nur mehr auf. Weil die Reize mehr geworden sind, durch Fernsehen, immer Musikhören und den ständigen Informationsfluss – denn diese Kinder sind extrem reizoffen. Außerdem ist es früher nicht so aufgefallen, weil die Klassen kleiner waren, die Eltern mehr Zeit hatten und individueller und intensiver auf die Kinder eingegangen wurde. Ganz oft ist ADHS einfach eine Fehldiagnose. Etwa die Hälfte der Kinder, die damit

Ihr Kind ist nicht krank, es ist lediglich ein Symptomträger ihres kranken sozialen Systems zu Hause.

zu uns in die Klinik kommen, haben es meiner Meinung nach gar nicht. Wenn wir die Kinder kennengelernt, nehmen sie das Medikament bereits, wir beobachten und dokumentieren sie, dann setzen wir das Ritalin ab und vergleichen. Häufig stellen wir keinen Unterschied fest. Dann merkt man, dass die Kinder nicht von dem Medikament profitieren, sondern vom strukturierten Tagesablauf, wenn sie stationär bei uns sind. Das ist in vielen Familien völlig abhanden gekommen - um sieben aufzustehen, um acht Schule, um eins nach Hause, dann Mittagessen usw. Stattdessen kommen die Kinder nach Hause und setzen sich erst mal vor den Fernseher. Oft ist das, was wie ein ADHS aussieht, eine Reaktion auf wenig kindgerechte Umweltbedingungen. Dann ist auch das Medikament überflüssig und es heißt: "Der kriegt zwar Ritalin, aber irgendwie wirkt es nicht."

Zum Beispiel behandeln wir gerade einen Jungen, dessen Eltern sich getrennt haben, nicht mehr miteinander reden und ihr Kind im Rosenkrieg instrumentalisieren. Der Junge steckt in einem extremen Loyalitätskonflikt - und das zerreißt ihn. Er wirkt zunächst wie ein klassischer ADHS-Fall: Er ist total unruhig, flippst wegen jeder Kleinigkeit aus und kann sich überhaupt nicht konzentrieren. In Wirklichkeit reagiert er nur auf die Trennungsgeschichte seiner Eltern. Dann sagen wir denen: "Ihr Kind ist nicht krank, es ist lediglich ein Symptomträger ihres kranken sozialen Systems zu Hause."

Wie sieht das in der Praxis aus, wenn bei einem Kind ADHS fälschlich diagnostiziert wurde? Wie setzt ihr die Medikamente ab?

Jörg Clasen: Bei einer korrekten Dosierung kann man einfach absetzen. Kinder mit einer Überdosierung kann man aber nicht einfach absetzen. Wir hatten mal einen Jungen, der bekam das 20-Fache der empfohlenen maximalen Dosierung. Und kein Mensch weiß, was passiert, wenn man das abrupt absetzt.

Ist es nicht fragwürdig, eine psychosoziale Störung massenweise mit Medikamenten zu behandeln?

Jörg Clasen: So kritisch das auch ist: Es gibt Fälle, in denen es sinnvoll ist. Kinder, bei denen andere Behandlungen nicht helfen, die überall anecken, in der Schule keinen Erfolg haben, mit denen andere Kinder nicht spielen wollen. Das führt tatsächlich zu psychiatrischen Folgeerkrankungen, sie werden depressiv, aggressiv ...

Es gibt die These, dass viele Erwachsene ADHS unbewusst durch Kokain und Speed behandeln?

Jörg Clasen: Das ist so. Man hat ganz lange behauptet, es gäbe ADHS bei Erwachsenen überhaupt nicht, sondern es würde sich in der Pubertät regulieren. Aber seit 2003 wird offiziell anerkannt, dass es auch bei Erwachsenen auftritt. Es ist eine Tatsache, dass ADHS-Patienten oft versuchen, das selber zu therapieren durch Alkohol, Nikotin, also allem, was den Dopaminhaushalt beeinflusst - und das tun alle Drogen.

Gibt es die Tendenz zur massenhaften Verschreibung von Medikamenten auch, weil diese Behandlungsmethode im Vergleich zu den Alternativen relativ günstig ist?

Jörg Clasen: Das ist natürlich lukrativer. Da kommt der Patient einmal, holt sich das Rezept ab und das war's. Da verdient der Arzt übers Quartal natürlich sehr viel mehr Geld, als wenn in der gleichen Zeit ein Bruchteil der Patienten eine Psychotherapie bei ihm macht. Das ist das eine. Ich finde es aber sehr viel schwerwiegender, dass es viel zu wenig Kinder- und Jugendpsychiatern gibt. In Hamburg haben sie Wartezeiten zwischen drei Monaten und einem Jahr. Dann steht die Schule da und sagt, "Wenn nichts passiert, fliegt ihr Kind von der Schule", und der Jugendpsychiater bietet einen Termin im März 2009 an. Allgemein setzen sich in Deutschland alternative Behandlungsmethoden nicht so richtig durch.

