

Einige kritische Anmerkungen zum medikamentösen Behandlungskonzept bei ADS

Dr. Editha Halfmann

Meine Damen und Herren!

Ich möchte mich kurz vorstellen: Ich bin Erzieherin mit heilpädagogischer Zusatzausbildung und ich bin Kinderärztin und seit 1990 niedergelassen in Hamburg. Entsprechend meiner Vorbildung - ich arbeitete einige Jahre bei der Lebenshilfe für das behinderte Kind, in der freiwilligen und angeordneten Erziehungshilfe und im Werner-Otto-Institut als Ärztin, betreue ich viele Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und der Kopfgelenkinduzierten Symmetriestörung und den Folgepathologien, im weiteren kurz mit der gebräuchlichen Abkürzung KiSS benannt. Sie bemerken richtig, dass ich nicht von dem Krankheitsbild ADS, sondern von dem Erscheinungsbild ADS sprechen möchte.

Dass ich mich überhaupt dazu berufen fühle, erkläre ich mit meiner jahrelangen Berufserfahrung. Initialzündung war aber, dass ich im letzten Jahr an einer grundsätzlich informativen Fortbildungsveranstaltung über ADS teilnahm. Doch als das Schlußwort lautete: Zitat "Wir müssen uns daran gewöhnen, auch schon 13 Monate alte Kinder mit RITALIN zu behandeln," kamen mir arge Zweifel und der Entschluß, diese These nicht kritiklos hinzunehmen.

Dieses vorgestellte Kind, das Anlaß zu o.g. Äußerung der Kollegin gab, hatte bei näherer Befragung und auch deutlich auf alten Videos erkennbar, eindeutige Zeichen eines KiSS-Syndroms, wie Kopfschiefhaltung, Bewegung en bloc des Oberkörpers und hochstimmiges Greinen. Die Familie wurde während des Symposiums, also 2 1/2 Jahre nach Aufnahme des Videos vorgestellt; so konnte ich sie zu Geburt und Säuglingszeit befragen. Diese verliefen entsprechend auffällig: Übertragung, verzögerte Geburt, Beendigung durch Vakuum, Schreibaby.

Das dargebotene Video zeigte eine Mutter, die auf Grund eines zweiten Babys hoffnungslos mit der Bedürfnisbefriedigung ihres Erstgeborenen überfordert war. Sie herrschte das Kind an, das

weinerlich herumgreinte, gab ihm unwirsch die Flasche, nach der er nicht wirklich verlangt hatte. Sie selbst sah vernachlässigt und völlig kaputt aus.

Das Fazit der Vorstellung: alles habe sich verändert in der Familie, seitdem das älteste Kind RITALIN nehme: Licht an! Familie auf der Bühne glücklich lächelnd mit 2 entzückenden Kindern an der Hand. Mit einem dritten war die Mutter schwanger. Die Eltern würden auch demnächst mit RITALIN behandelt werden, denn sie gehörten zu den Erwachsenen, die ihre unbehandelte ADS mit ins Erwachsenenalter nahmen. Familien und Verhaltenstherapie würde nicht helfen, denn Eltern von ADS-Kindern haben kein (hören Sie genau hin!) genetisches Programm für die Erziehung ihrer Kinder (kleine Anmerkung: Erziehung ist nicht genetisch verankert, sondern wird größtenteils tradiert weitergegeben).

Meine Aufforderung gegenüber den Veranstaltern, sich doch bitte um die Bedeutung der hochzervikalen Region zu kümmern und etwaige Blockaden dieser Region vor Behandlung mit RITALIN manualtherapeutisch zu lösen, denn auch wir sehen in unserer Arbeit und Forschung beim KiSS Syndrom beinahe identische Verläufe und Verhaltensweisen, stieß auf Verwirrung, aber letztendlich wohl doch Interesse bei dem Psychologen Jansen, der als Veranstalter und Referent fungierte.

In der letzten Woche, auch während eines Vortrages, bestätigte er mir, dass er nun eine Gruppe von Kindern in seinem Klientel, er ist Verhaltenstherapeut und arbeitet mit der videogestützten Verhaltensanalyse, entdeckt habe, die Körperblockaden aufwiesen.

Diese Gruppe von Kinder mit Körperblockaden Zitat: sei nicht "therapierbar und nicht zu belobigen". Diese Kinder wiesen bei näherer Untersuchung Körperblockaden auf, die nur durch den Manualtherapeuten zu beheben seien.

Meine Damen und Herren, warum erzähle ich Ihnen dies alles?

Ich will mir nicht anmaßen, den Kapazitäten dieser Welt, die sich momentan über ADS mit und ohne Hyperaktivität und über die Unausweichlichkeit der Therapie mit RITALIN streiten, die Stirn zu bieten und zu behaupten, die Ursache allen Übels sei KiSS oder Allergien oder Vergiftung durch

Amalgam und freie Radikale. Obwohl diese Ansätze nicht abwegig sind.

Sogar die Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland betonen in ihrer Stellungnahme zur Behandlung hyperkinetischer Störungen, die oligo antigene Diät gleichberechtigt neben Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie einzusetzen.

Aber, um einer unkritischen Übernahme der RITALIN-Therapie zur Behandlung aller hyperkinetischen und Impulssteuerungsauffälligkeiten des Kindesalters zu trotzen, müssen kritische Bemerkungen und Fragen erlaubt sein. Wenn man die Literatur sichtet, scheint einhellig die Meinung zu bestehen, dass ADS mit Ritalin zu behandeln sei. Doch die Angaben über das Auftreten von ADS schwanken zwischen 3 und 10%. Die eine Seite sagt, es werden zu wenig Kinder und Erwachsene behandelt und es werde zu niedrig dosiert, die anderen mahnen zu vorsichtigem Verhalten bezüglich der Menge des Ritalins.

Alle sind sich einig, dass man an Wochenenden und in den Ferien nicht mehr unterbrechen sollte. Als Indikation sehen die einen, die bessere soziale und intellektuelle Kompetenz, die es auszuprägen gelte, und damit der erfolgreichere Schulbesuch, die anderen sagen, "nicht die Probleme, die andere (Lehrer, Eltern, usw.) mit dem Patienten haben, bedürfen der Behandlung, sondern das Leiden, das den Patienten selbst betrifft. Und das sind vor allem die mit der Erkrankung verbundenen Defizite im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich. Schulisches Lernen ist hier ganz untergeordnet." (Päd.Prax. 57 S. 191) 13 Monate altes Kind!!

Gern wird Ärzten auf Fortbildungsveranstaltungen empfohlen, bei therapie-unwilligen Eltern das RITALIN bei ADS mit gleichem Nachdruck vorzustellen, wie das Insulin bei der Diabetesbehandlung. Interessanterweise kommt hier nicht der Druck von der Industrie. Die RITALIN produzierende Firma hält sich sehr zurück. Sie bewirbt das Medikament nicht.

Doch weiter zu den Grundlagen:

An Untersuchungen werden viele Tests empfohlen, die körperliche, neurologische und psychologische Komplettuntersuchung wird gefordert, die in den einzelnen Praxen mehr oder weniger sorgfältig durchgeführt werden. Und dann kommt das blitzschnelle ärztliche Handeln. Zu

deutsch: der Kinderarzt entscheidet, ob seine Befunde hundertprozentig dem ADS zuzuordnen sind und damit die Therapie mit RITALIN rechtfertigen. Ein Kollege ist mir besonders erinnerlich, er kommt immer mal wieder zu relativ "weichen" Indizien für die Diagnose ADS, und gibt das Medikament Amphetamin gerne "probatorisch".

Da kommt dann das große Erstaunen: Plötzlich - sozusagen nach einer Wochenend-Fortbildung - mutieren unsere kinderärztlichen Kollegen, die noch kurz vorher bei offensichtlichen Entwicklungsverzögerungen und Teilleistungsstörungen sagten: "Das wächst sich zurecht" zu Experten in Beurteilung dieses hochspezifischen Kapitels. Eine Mutter berichtet über ihre Verwirrung, dass ihr Kind bis vor kurzem von ihrem Kinderarzt als lebhaftes Kind eingestuft wurde, ihr Ergotherapie, Krankengymnastik oder gar Frühförderung für das Kind verwehrt wurden, selbiger rät jetzt zur RITALIN-Therapie, ohne weitere Untersuchung nur mit dem Hinweis auf seine Wochenendfortbildung, auf der ihm klar geworden sei, dass das Kind "dazugehöre". Meine Damen und Herren: Da ist nun wirklich Ihr kritischer, verantwortungsbewußter Verstand oder auch nur ein mulmiges Gefühl gefordert, bevor einer Ihrer Schützlinge diese Richtung gehen muß.

Ritalin ist kein Spaßmedikament mit den angeblich nicht vorhandenen Nebenwirkungen. Es gibt sie doch die Nebenwirkungen - und das wissen alle. Die Warnungen der Amerikaner sollte man nicht in den Wind schlagen, denn sie haben längere und umfangreichere Erfahrungen als wir mit diesem Medikament. Und proportional zu der Zunahme der Behandlungsfälle wird auch die Nebenwirkungsrate steigen, die da reichen von Appetitlosigkeit und Abmagerung, bis hin zu Halluzinationen, Tics, Schlafstörungen, und nun sind auch bereits die ersten Todesfälle in Amerika im Zusammenhang mit langjähriger RITALINGabe beschrieben worden. Prompt kommt die Retourkutsche: Ja in Amerika, doch nicht bei uns. Schauen sie bitte nur einmal ins Internet, was die "Hypies" so alles über den Umgang mit Ritalin erzählen und empfehlen. Und wer will das noch kontrollieren.

Bevor ein ADS mit Sicherheit vorliegt, bedarf es klarer Diagnoseschritte.

Denn noch gibt es keine Möglichkeit die postulierte Neurotransmitterstörung zu beweisen und man ist auf Beobachtungen angewiesen, die natürlich sehr störanfällig sind. Dieser Umstand, dass man

einen genetischen Platz ausgemacht hat, hilft da auch nicht weiter, bringt nur so abstruse Fragen hervor, wie, ob man dann nicht pränatal gegen das Auftreten von ADS vorgehen könne. Was ganz brutal bedeutet, dass einige von uns dann nicht hier wären, meine Damen und Herren!

Das Erscheinungsbild ADS ist sehr heterogen in seiner Entstehung, viele unglückliche Umstände können ein Kind aufmerksamkeitsgestört erscheinen lassen. ADS als Erscheinungsbild und die schnelle Therapie mit RITALIN oder AMPHETAMINEN sind ein Zeichen unserer Zeit.

Viele Kinder werden nicht artgerecht gehalten, wie man in der Tierwelt sagen würde. Sie werden schon vorgeburtlich mit Wünschen und Träumen belegt, es geht nicht mehr darum, in eine wohlgewählte Geborgenheit Kinder - so wie sie kommen - aufzunehmen, sondern es geht um die Rechte der Eltern, sich ein Kind anzuschaffen.

- Da gibt es Kinder, die die Beziehung kitten müssen,
- da wird an Kindern gezerrt, wenn die Partnerschaft nicht funktioniert,
- da wird das Kind als Druckmittel benutzt, wenn die Eltern sich trennen.

Aber auch in den nach außen hin wohlgestalteten Familien und ihren Wünschen haben die Kinder ihre Aufgaben. Zu was müssen diese kleinen Wesen alles herhalten!? Viele Empfehlungen bei der Wahl einer weiterführenden Schule von den Lehrern ausgesprochen, werden ignoriert und das Kind muß aufs Gymnasium. Selten geht es um das Kind als Subjekt, meistens ist es Objekt, nur bei dieser Schulwahl wird dann gern entschuldigend gesagt, das Kind wolle es so. Ich höre es in meiner täglichen Arbeit, habe aber auch als Mutter von vier Kindern aus quälenden Elternabenden, den gefürchteten Mütter- Gesprächen an der Käsetheke bei MINIMAL etc viele Beispiele dazu vor Augen.

Doch auch die heutigen Möglichkeiten zur motorischen Entwicklung unserer Kinder entsprechen keinesfalls den Bedürfnissen und Notwendigkeiten: Da werden Neugeborene und Säuglinge stundenlang auf staatliche Anordnung in einer abartigen Position gehalten: Sie hocken während der Autofahrten ihrer mobilen Eltern in einer halb sitzenden, beengten Haltung, die sie auf Grund ihres Alters eigentlich noch nicht einnehmen könnten in den gesetzlich vorgeschriebenen Kindersitzen.. Die visuelle Wahrnehmung ist durch die sitzende Position verändert, das Kind sieht Dinge, die es nicht

sehen könnte, wenn man es in seiner flachen Lagerung beließe. Es erhält durch die Enge der Sitzschale keine Informationen über seinen Körper und dessen Stellung im Raum, es kann sich nicht drehen und wenden. Aber für die Integration der Sinne des Menschen ist es unerlässlich, dass er die Schritte aus der Ebene zum aufrechten Gang aus eigener Kraft und Koordination vollzieht. (Vojta)

Ebenso ist die Situation bei Lagerung des Babys unter einem Spielgestell: Das Kind muß sich nicht um die Längsachse drehen, um ein naheliegendes Teil seines Interesses zu angeln, es zu betasten, es zu fühlen, auszuprobieren, was man damit machen kann. Es patscht nur in der Luft herum und schon klappert etwas und klingelt und tönt. Merken Sie, was unseren Kindern angetan wird? Ich glaubte, die Zeiten der "Hopser", die in den Türrahmen gespannt wurden und lediglich unangenehme Reflexe bewahrten, sind vorbei, ebenso die Zeiten der "Gehfrei" Gestelle, mit denen die Kinder dann die Treppen hinunter purzelten, und sich reihenweise Schädel- und sonstige Brüche zuzogen, doch gerade heute hatte ich wieder einen Krankenhausbericht in der Post, der über ein derart verletztes Kind berichtete.

Vor etwa 10 Jahren erhielten dann die Spielkonsolen und Computer Einzug in die Kinderzimmer. Die Eltern waren ängstlich besorgt und sind es immer noch, ihrem Sprößling diese neue Trainingsmöglichkeit seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht vorenthalten zu dürfen. Aber was soll ein Kind vor dem 10. Geburtstag mit diesen virtuellen Angeboten? In diesen Jahren werden die Grundlagen für die spätere Kompetenz in allen menschlichen Bereichen gelegt, und Begreifen im Sinne von Kapiere hat ganz viel mit Begreifen, Anfassen, Spüren, Empfindungen haben, sich auseinandersetzen, streiten und versöhnen zu tun.

Das Kind ist dem TV und Konsorten regelrecht ausgesetzt, es kann der aufkeimenden Angst, die durch manche Sendungen geschürt wird, nicht entkommen, hat oft niemanden, mit dem es alles besprechen kann. Wußten Sie, dass die perfekte Bewegung des Balletttänzers auf der 300.000-maligen Wiederholung - sprich: Übung - basiert?! Wenn es um Übung geht, versagen wir auch wieder in anderen alltäglichen Dingen, wie z. B. dem Binden der Schleife. Aus oben genanntem Grund benötigen wir Übung und die sollte auch unbedingt visuell erfolgen. Das Kind muß der Mutter lange Zeit zuschauen können, wie sie die Schleife bindet, um es dann irgendwann selbst zu tun. Aber auch hier wieder: Klettverschluss, Zeitersparnis, peng, das zählt. Das Kind als Objekt.

Bitte glauben Sie mir, dass wir Eltern so etwas alles nicht aus böser Absicht tun, wir tun »s, um unser Kind zu fördern, ihm alles Gute zu geben. Die täglich auf uns einprasselnde Werbung tut das ihrige dazu. Auch glauben wir, dass, wenn etwas von der Industrie angeboten wird, es nach allen Seiten getestet und damit unbedenklich ist. «leine Damen und Herren oftmals steht dann an den Gegenständen, dass sie ärztlich getestet seien. Doch mal ganz ehrlich, welcher Kinderarzt hat je in seiner universitären Ausbildung etwas über Entwicklung des Kindes gelernt, noch zu Pädagogik und Psychologie Vorlesungen gehört, auch mit Methodik und Sozialpädiatrie muß sich der normale Kinderarzt nicht auseinandersetzen, soll aber immer als erster und manchmal einziger etwas zur Entwicklung eines Kindes sagen. Günstigstenfalls sind diese Aussagen auf autodidaktischem Boden entstanden, stellen Sie sich bitte eine solche Situation in ihrem beruflichen Umfeld vor! Nur so wird begreiflich, dass eklatante Entwicklungsstörungen, die von Eltern und Erziehern vorgetragen werden, als nicht existent bezeichnet werden. Eine meiner Lehrerinnen - Inge Flehmig - sagte zu mir am Beginn meines klinischen Studiums in einem Praktikum, das ich in der Sozialpädiatrie absolvierte: Wenn eine Mutter zu Ihnen kommt und Ihnen über Auffälligkeiten in der Entwicklung ihres Kindes berichtet, müssen Sie lange untersuchen, um dieses zu widerlegen. Denken Sie immer daran, die Mutter ist 24 Stunden mit ihrem Kind zusammen. Eine weitere meiner Lehrerinnen bezeichnete die Zeit, die wir als Ärzte mit den Kindern verbringen gar vergleichbar mit dem Vorbeischweben eines Schmetterlings.

Und so wie Sie und ich als Eltern glauben auch Ärzte an das, was andere für sie herausgefunden haben, sie glauben "wissenschaftlichen" Studien, evidence based ist angesagt, auch wenn manch einer vom anderen die Weisheiten abgeschrieben hat. Viele verbieten sich oftmals die eigene Beobachtung und Kreativität bei neuen Wegen. In der Musik und in der Kunst mag das ja möglich sein, aber nicht in der Medizin, hier kann es verheerend wirken.

Wer kann beweisen, dass die im CT auftretenden Veränderungen des Frontalhirns, die man als zweifelsfrei ADS spezifisch bewertet, schon immer da waren und nicht reaktiv entstanden sind, Magersüchtige haben ebenfalls eine Frontalhirnveränderung. Reaktiv, weil das Kind aus neurotischen Gründen aufmerksamkeitsgestört erscheint, weil es als Seismograph innerhalb seiner fehlgelaufenen Sozialisation in der Familie dient. Weil es nicht genügend grobmotorische Reize erhält, wenn es vor

TV und ähnlichem sitzt, in stundenlanger Verharrung - weil es seine Transmitter nicht bilden kann. Wir wissen doch nicht erst seitdem unser Kollege Strunz das Buch geschrieben hat: Forever young, dass wir über das Joggen, über die gezielte Bewegung unsere Endorphine oder Neurotransmitter selbst produzieren können. Aber wo bitte sind die notwendigen Laufgruppen morgens vor Schulbeginn, die diesen wertvollen Gedanken und Wegen nachgehen. Wir finden uns doch sonst nicht mit allem ab. Oft fällt im Schulplan der Sportunterricht weg. Sicherlich hat sich der Mensch durch die Evolution verändert, aber noch nie zuvor ist er so entsetzlich körperlich faul gewesen wie viele unserer Kinder. Nun auch noch Vernetzung der Kindergärten. Ich bitte Sie! Da sollte doch so mancher Knabe lieber mit seinem Vater hinter dem Bison herjagen!! Warum laufen Manager, Politiker, führende Persönlichkeiten u.a. als tägliches oder wöchentliches Pensum? Weil sie sich durch ihre selbst hergestellten - natürlich pulskontrolliert - Neurotransmitter einfach top fühlen!!

Eine von mir hochgeschätzte, in der Ritalinanwendung äußerst zurückhaltende Therapeutin, bekundete mir gegenüber, dass auch sie sich oft einer großen Ausweglosigkeit gegenüber sehe. Und ein Kind mit einer organischen Störung zu haben ist für viele Eltern immer noch leichter erträglich und sozial anerkannter, als selbst etwas mit dieser Störung zu tun zu haben, und viele möchten auch nicht die Arbeit leisten, die es bedeutet, die Probleme zu bearbeiten. Also rate auch sie um den Faktor 5 häufiger zu Ritalin als noch vor 5 Jahren.

Die RITALINverfechter sagen dann, es ginge nicht anders, sie behandeln nur das ADS, damit das Kind stabilisiert wird und die Defizite ausgleichen lernt. Nun warnen alle Forscher, die neuroanatomisch, neurophysiologisch und neurobiochemisch arbeiten, vor dem Einsatz der Stimulantien, weil sie im Ruf stehen, die Rezeptorstellen im Hirn an der Synapse, da wo der Austausch zwischen Botenstoff und Zelle stattfindet, einseitig zu belegen und damit für andere Neurotransmitter zu zerstören. Dies sollte alle aufhorchen lassen und die Indikation gut abwägen. Aber vor allem die Forschung vorantreiben, damit nicht - laut amerikanischer Forschung 70% der Kinder - zuviel behandelt werden.

Im Therapeutenlager ist soviel Resignation zu spüren, viele meinen, sie kämen um die Empfehlung, RITALIN anzudenken nicht herum. Ja, sie geben viel Geld aus, um Fortbildungen zu machen, in

denen sie lernen wie man mittels videogestützter Verhaltensanalyse das ADS aufspürt.

Welch Wort, welcher Umstand für eine Krankheit, oder doch nur eine Erscheinung, die es schon immer gab, deren therapeutischer Weg aber noch nie so in die Sackgasse gelaufen ist, wie heute. Meine Damen und Herren, wir alle wissen, dass eine intakte Beziehung zu leben tägliche, knallharte Arbeit bedeutet. Ebenso ist es mit der Erziehung und Führung eines Kindes. Als Vater/ Mutter muß man ein hohes Maß an Eigenrespekt und Respekt vor den Familienmitgliedern haben, nur dann kann Erziehung gelingen. Das heißt auch tägliche Erneuerung der Liebe und Zuneigung, Überprüfung des eignen Standpunktes und desjenigen der anderen, Zeit und Geduld. (I. Prekop) Ich will uns Kinderärzte nicht herausheben, aber es liegt doch in der Natur des Berufsbildes, dass wir uns mehr als Augenärzte, Zahnärzte etc. von diesen pädagogischmoralischen Aspekten leiten lassen müssen. Hier zählt der ganzheitliche Ansatz. (Obwohl gerade die Kieferorthopäden in vorbildlicher Weise über die Bedeutung der hochcervikalen Region, Kieferprobleme, Kopfschmerz, Tinnitus, vegetative Probleme u.s.w. informiert sind.)

Doch bevor ich hier in den Ton eines Schlußwortes ver falle, möchte ich Ihnen sagen, dass Dr. Koch und ich viele Kinder behandeln, die auf Grund von körperlichen ADS-Problemen, nämlich Blockaden der Wirbelsäule, insbesondere der oberen Halsregion, sich gar nicht kindgerecht und altersgemäß bewegen mögen und können, denen man aber relativ elegant und erfolgreich helfen kann. Im Anschluss an die Darstellung von KiSS/ KiDD und ihrer Therapie daran berichte ich dann noch von zwei Fällen, die stellvertretend sind für unser heutiges Thema.

Hinweise:

Ihre Liste der notwendigen Untersuchungen bei ADS muß unbedingt durch die manualtherapeutische Untersuchung ergänzt werden, außerdem ist die videogestützte Verhaltenstherapie wichtig für die Veränderung von Elternverhalten. Auf Grund der Beobachtung, dass bei mindestens 40% der auffälligen Kinder nicht nur visuelle Probleme vorliegen, sondern auch auditive, ist auch diese Seite vorrangig zu beachten. Hier erinnere ich an die Arbeiten von TOMATIS, Volf, Warnke. Wir sehen enorm viele Kinder, die persistierende Neugeborenenreflexe aufweisen, dieser Umstand verhindert die saubere sensomotorische Reifung, ist Ursache für die überwiegende Anzahl der Teil-Leistungs-Störungen.

Ich rate Ihnen, hierzu unbedingt Fachleute einzuladen. Sally Goddard aus Chester/ England, die viele der Hamburger Therapeutinnen bezüglich der persistierenden Neugeborenenreflexe ausgebildet hat, wird im März auf unserer EWMM-Fortbildung in München sprechen.

Alle diese Therapien sind natürlich zeitaufwendig, weil täglich geübt werden muss, bis die Heilung dieser Defekt- oder Kompensationszustände eintritt. Doch hierzu denken Sie bitte an das Insulin und den Diabetes. Sie sehen, es gibt noch Hoffnung, dass sie sich dem derzeitigen Ritalin-Druck nicht beugen müssen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.