

# "Worin liegt der anthroposophische Ansatz?" - Stellungnahme G. Kühlewind am Ende der Textsammlung, rot hervorgehoben

Leserbrief zum Artikel von Georg Kühlewind: «Die Stern-Kinder und die schwierigen Kinder» und Interview mit Henning Köhler: «Die Botschaft der heutigen Kinder» im «Goetheanum» Nr. 11/2001, S. 189ff.

## Einwand: Es gibt kein so einfaches Modell

Die beiden genannten Beiträge zum Schwerpunktthema «Pädagogik der Zukunft» haben wir mit Betroffenheit zur Kenntnis genommen. Aus den Beiträgen gehen folgende Botschaften hervor.

1. Es gibt keine verhaltensauffälligen oder psychisch kranken Kinder, sondern nur besondere Kinder. Diese verfügen über besondere Fähigkeiten und erscheinen nur deswegen verhaltensauffällig, weil ihre soziale Umgebung nicht spirituell genug ist und das Verhalten nicht entsprechend zu würdigen weiß.

2. Man schafft sich das Problem der psychischen Erkrankung bei Kindern durch neurobiologische Erklärungen «vom Hals» (wie immer das genau auch vor sich gehen mag), und jede Form von Normalitätsbegriff versperrt den Blick auf das Wesentliche. Der Interviewer Thomas Stöckli führt noch ergänzend an, daß Kinder mit Ritalin «ruhiggestellt» würden.

3. Therapeuten, die mit einer reinen Form von Beratung, gegebenenfalls kombiniert mit Psycho- oder Spieltherapie und Kunsttherapien, mit diesen Kindern nicht fertig werden, sind grundsätzlich unfähig. Therapeuten, die andere Anschauungen vertreten, sind ahimantisch und wollen Kinder «auf das Normalmaß zurechtbiegen».

Zu diesen Punkten:

Herr Kühlewind beschreibt hochbegabte, hochintelligente, ihrem Wesen nach überreife Kinder, deren Handlungen von Liebe geleitet werden und die einen Überfluß von vitaler und geistiger Energie haben. Diese Beschreibung trifft nicht das Verhalten von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätssyndrom, die im gleichen Atemzug genannt werden. Bei dieser Störung handelt es sich um die Unfähigkeit, die Konzentration auf einen Gegenstand oder Inhalt zu fokussieren, denn sie sind extrem ablenkbar. Die Kinder leiden darunter, ihr Denken, Fühlen und Wollen nicht den eigenen Intentionen entsprechend steuern zu können. Daraus resultieren Scheitern in sozialen Beziehungen, mangelndes Umsetzen eigener Begabung und Entwicklung tiefer Einsamkeit, Trauer und Verzweiflung. Dies wird von scheinbar unbeschwerten, impulsiv geäußerten Gefühlen überdeckt. Gerade mangelhafte Behandlung, ob aus ideologischen Gründen oder aus Unkenntnis, verhindert ein selbstbestimmtes Leben. Leider betrifft nach unserer Erfahrung das Störungsbild eben sehr wohl auch Kinder äußerst spirituell denkender Familien; diese Kinder werden dann zum Beispiel aus Waldorfschulen ausgeschult und landen trotz guter Begabung auf Sonderschulen für Erziehungshilfe oder werden morgens um 3 Uhr wegen akuter Suizidalität oder Drogenmißbrauchs in die geschlossene Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen. Gerade diese

Patienten mit tragischem Behandlungsverlauf werden Herrn Köhler und Herrn Kühlewind dann wohl kaum noch vorgestellt.

Nun arbeiten fast alle (auch nicht-anthroposophische!) Kinder- und Jugendpsychiater, ob ambulant oder stationär, psychotherapeutisch, den Patienten und seine Familie wertschätzend, wie es Herr Köhler auch in seinem Fallbeispiel beschreibt. Selbstverständlich steht in der Regel auch Spieltherapie zur Verfügung. Seit den 60er Jahren weiß man jedoch, daß dies bei dieser Störung nicht ausreicht. Auch die jüngste Studie (MTA-Studie von 1999) hat dieses eindrucksvoll gezeigt.

Methylphenidat ist kein Beruhigungsmittel, sondern ermöglicht Selbstbestimmung, es wirkt über die Beseitigung eines spezifischen Dopaminmangels im Frontalhirn. Die Genetik ist weitgehend aufgeklärt. Die Autoren erwecken in ihrer Fußnote den Eindruck, dies nicht vollständig verstanden zu haben. Die Gabe von Methylphenidat und die Umsetzung anthroposophischer Therapieinhalte stehen nicht im Widerspruch. Zu diesem Thema veranstalten wir seit mehreren Jahren Fachtagungen, in wel-

chen wir uns jetzt zum vierten Mal mit einer anthroposophischen Betrachtung der hyperkinetischen Störung befassen. Wir sind uns sicher, je genauer wir uns mit dem Krankheitsbild beschäftigen, desto komplexer wird die Behandlung; es gibt kein so einfaches Modell, wie es von den Autoren dargestellt wird. Unser Erfahrungshintergrund bezieht sich auf die Behandlung von über 500 Patienten.

Es versetzt schon sehr in Erstaunen, daß in einem Schwerpunktartikel des «Goetheanum» letztlich zum Thema verhaltensauffälliger Kinder kein kinder- und jugendpsychiatrischer Fachvertreter mit ausreichender klinischer Erfahrung zu Wort kommt. Die beiden hier veröffentlichten Artikel sind leider geeignet, die Anthroposophie in weiten Teilen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkollegenschaft in ein falsches Licht zu rücken. In der intimen und vertrauten Therapiesituation äußern viele Patienten ihr unendliches Leid, das sie über ihr Verhalten empfinden. Wir fühlen uns verpflichtet, diesen Kindern zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen, unabhängig davon, ob uns Medikamente gefallen oder nicht.

Dr. med. M. Meusers,  
Dr. med. A. Schmidt

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke,  
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Neurologie des Kindes- und Jugendalters

## Antwort: Wider die Pathologisierung des Ungewöhnlichen

### Der ungesicherte Erkenntnisstand

Herr Meusers und Herr Schmidt haben unsere Beiträge über besondere Begabungsprofile «mit Betroffenheit» zur Kenntnis genommen. Auch Georg Kühlewind und ich nehmen verschiedene Tatsachen mit Betroffenheit zur Kenntnis. Wir sind betroffen über die unheilvolle Tendenz zur Verschiebung pädagogischer Problemstellungen in den psychopathologischen Bereich;<sup>1</sup> über die sachlich ungerechtfertigte, aber immer unangefochtenere Deutungsmacht des neurobiologischen Reduktionismus im Bereich kindlicher Verhaltensauffälligkeiten;<sup>2</sup> über die Inflation von ADS-Diagnosen\* und den sprunghaften Anstieg des Einsatzes von Methylphenidat, zunehmend schon bei Kindern zwischen zwei und vier Jahren. Man muß in Anbetracht dieser, milde ausgedrückt, leichtsinnigen Verschreibungspraxis wissen, daß bislang noch keine einzige zuverlässige Studie über mögliche Langzeitfolgen vorliegt.<sup>3</sup> Der Wirkungsmechanismus des Medikaments ist entgegen anderslautenden Gerüchten bis heute unbekannt, man bewegt sich im Bereich der Hypothesenbildung.<sup>4</sup> Seit langem und in letzter Zeit wieder gehäuft erheben sich kompetente warnende Stimmen gegen diesen großangelegten Menschen-

versuch mit offenem Ausgang.<sup>5</sup> Der UNO-Suchtstoffkontrollrat hat Alarm geschlagen; die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (ganz aktuell) ebenfalls. Ginge es nach der Verschreibungshäufigkeit von Ritalin, müßte sich der prozentuale Anteil von ADS-Kindern (nach offizieller Lesart Kinder mit Hirnreifungsverzögerungen) binnen weniger Jahre mindestens verdreifacht haben. Genau dies bestreiten jedoch fast alle Fachleute. Selbst ausgewiesene Vertreter der Mainstream-Auffassung beklagen einen bedenklichen Trend zur Überdiagnostizierung<sup>6</sup> und weisen auf das Problem der Labelings (Zuschreibungen) hin. Der Begriff «Pseudo-ADD» taucht auf.<sup>7</sup> Ist der immer reißendere Absatz von Ritalin eine Folge des *Modetrends*, ADS als vage Sammelbezeichnung für alle möglichen Verhaltensoriginalitäten zu benutzen? Man hat ja keine zuverlässigen Kriterien. Die diagnostische Unschärferelation ist hoch. Der Gutachter muß sich aus einer Fülle von Beobachtungen und Daten seinen Reim machen. Dazu sind überall in der Literatur unmißverständliche Aussagen zu finden.<sup>8</sup> Die Beurteilung, so heißt es, hänge nicht zuletzt davon ab, «welche Person das Kind untersucht». Oder: «Es gibt keine für ADS typisches Testverfahren.» – «Es gibt keine Labor-Parameter, die die Diagnose Hyperkinetisches Syndrom beweisen.» Dies wiederum hängt damit zusammen, daß die Ursachenforschung stagniert. «Die Entstehung des Hyperkinetischen Syndroms ist

\* ADS = Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom  
ADHD = Attention Deficit Hyperactive Disorder  
ADD = Attention Deficit Disorder

praktisch unbekannt.» – «Zurzeit kennen wir die eigentlichen Ursachen für das hyperaktive Syndrom noch nicht.» – «Die Ätiologie des hyperaktiven Syndroms ist nicht bekannt.»<sup>9</sup> Imponierende Differenzen der statistischen Häufigkeitsangaben werfen ein Licht auf die diagnostische Konfusion.<sup>10</sup> In der geläufigen Literatur ist zumeist von zehn bis fünfzehn Prozent die Rede. Daran werden jedoch zunehmend Zweifel laut. In diese Zahlen gehe ein großer Teil von ungerechtfertigten Zuschreibungen ein. Aufgrund differentialdiagnostischer Nachlässigkeit komme es außerdem häufig zu Verwechslungen von Verhaltensauffälligkeiten anderer Genese mit ADHD.<sup>11</sup> Man müsse drastisch nach unten korrigieren. Nur ein oder zwei Prozent seien tatsächlich unter ADHD oder ADD zu kategorisieren – und auch diese nicht als «krank» oder «gestört» einzustufen.<sup>12</sup> Ja, es sei nachgerade «abwegig, hier von Krankheit zu sprechen»<sup>13</sup> und in einem «auf Pathologie fixierten Ansatz [der] Markierung von Defiziten»<sup>14</sup> zu verharren. Die Frage ist nun, welche Häufigkeit man voraussetzt, wie großzügig man die diagnostischen Kriterien auslegt, welche Patientengruppe man also *genau* im Auge hat, wenn es etwa heißt, bei durchschnittlich einem Drittel der ADD-Kinder sei eine Therapie mit Stimulanzien anzuraten,<sup>15</sup> oder «nur ein sehr kleiner Teil» von ihnen benötige eine solche Behandlung.<sup>16</sup> Und die nächste Frage ist, wie man *überhaupt* zur pharmakologischen «Regulierung» steht angesichts der Tatsache, daß berufene Stimmen eine Pathologisierung des betreffenden Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Verhaltensstils ablehnen oder zumindest skeptisch beurteilen. Man muß sich das klarmachen: Die Debatte, ob wir es überhaupt mit einer Krankheit zu tun haben, ist noch voll im Gange – aber es wird millionenfach ein Medikament verordnet, von dem nicht ausgeschlossen werden kann, daß es schädliche, vielleicht sehr schädliche Langzeitfolgen hat.

Das ist die Situation, die Georg Kühlewind und ich mit großer Besorgnis beobachtet. Ich sehe, wie die gebräuchlichen diagnostischen Kataloge immer mehr ausufern, immer unschärfer werden, so daß man sich bei der Durchsicht neuerer Bücher fragt, ob es überhaupt noch irgendwelche ungewöhnlichen Kinder gibt, die *nicht* aufmerksamkeitsgestört sind. Die «Modediagnose ADS»<sup>17</sup> beschert dem Pharmakonzern Novartis – Ritalin-Hersteller – Milliardenumsätze. Zufall? Ich bin mit vielen Fachleuten im Gespräch – selbstverständlich auch mit Ärzten –, die mir bestätigen, daß Methylphenidat allmählich «wie Traubenzuckertabletten herumgereicht wird».

\* Die Firma Novartis muß sich zurzeit in Amerika in mehreren großen Musterprozessen verantworten. Ihr wird u.a. die systematische Verharmlosung der Risiken von Ritalin vorgeworfen. Der UNO-Suchtstoffkontrollrat hat alle Regierungen darüber informiert, daß Novartis durch Geldzuwendungen Einfluß auf Elternverbände nimmt, um diese auf Ritalin-Kurs zu bringen. Daß prompt die Scientologen versuchen, diesen Protest zu instrumentalisieren, ist mir (und natürlich auch dem Kontrollrat) bekannt.

### Normalitätsterror?

Es kann überhaupt keinen Zweifel daran geben, daß wir in einer Zeit leben, in der die zunehmende individuelle und typologische Differenzierung kindlicher Entwicklungsverläufe mit einem verhängnisvollen Trend zur Intoleranz gegenüber Abweichungen von der Entwicklungsnorm kollidiert.<sup>18</sup> Immer geringfügigere Auffälligkeiten der Wesensart und des Verhaltens werden immer bedenkenloser als «dysfunktional» etikettiert, während auf der anderen Seite führende Entwicklungspsychologen zu bedenken geben, die Meßlatte herkömmlicher normativer Erwartungen sei angesichts des epochalen Erscheinungswandels der Kindheit längst nicht mehr realistisch. In der Tat gibt es eine Reihe Kindheitsforscher, die das Hauptproblem in irreführenden Normvorstellungen sehen, welche wiederum meist mit deterministischen Mythen einhergehen.<sup>19</sup> Die ganze Geschichte ist vor allem deshalb so tragisch, weil die reflexartige Gleichung «andersartig = dysfunktional» den Blick darauf versperrt, daß sich neuartige Begabungsprofile herauschälen, die uns wie Störungen *erscheinen* und im Konflikt mit den Zeitverhältnissen, vor allem durch die permanenten unangemessenen Reaktionen einer verständnislosen Mitwelt, tatsächlich ins Krankhafte abirren können – aber nicht, weil die betreffenden Kinder mit einer «Störung» zur Welt gekommen wären, sondern weil sie irgendwann völlig zermürbt, entmutigt, in ihrem Selbstwertgefühl tief und nachhaltig erschüttert sind.<sup>20</sup> Das sind vermutlich die schweren Fälle von psychoreaktiver Überformung, von denen Meusers und Schmidt sprechen. Selbstverständlich kenne ich diese Verläufe. Sie sind mir aus meinen Jahren als Klinischer Heilpädagoge und Heimerzieher bekannt. In unserer Werkstattschule werden auch jugendliche aufgenommen, die auf dem schmalen Grat zur Psychiatrie wandeln. Ambulant sind wir immer wieder mit Anbahnungsgesprächen zur stationären Krisenintervention und mit der Nachsorge betraut. Gerade *weil* ich seit vielen Jahren auch mit eskalierenden «Fällen» zu tun habe (z.T. übrigens nach langer Ritalinbehandlung), muß ich der Ansicht heftig widersprechen, diese Zustände hochgradiger Desorientierung bis hin zu suizidalen Gefährdungen seien in irgendeiner Weise dem Wesensbild, das als ADHD bezeichnet wird, immanent beziehungsweise eine logische Folge desselben. Vielmehr bestätigen meine Erfahrungen die immer wieder diskutierte Auffassung, zu einem «Umkippen» der Verhaltensoriginalität ins Pathologische trügen eine Reihe von Faktoren bei, die primär gar nichts mit der konstitutionellen und psychischen Veranlagung dieser Kinder zu tun haben, wohl aber mit der psychosozialen Dynamik, die durch diese Veranlagung ausgelöst wird, wobei die frühe Stigmatisierung eine zentrale Rolle spielt.

### Sind die Ursachen tatsächlich geklärt?

Herr Meusers und Herr Schmidt sind nun freilich der Meinung, es sei doch zweifelsfrei erwiesen, daß bei ADHD-Kindern eine an-

geborene neurochemische Funktionsstörung vorliege. Ich kann hier nicht mit der wünschenswerten Ausführlichkeit darauf eingehen. Aber wundern muß ich mich schon. Da tragen Wissenschaftler (ohne jeden anthroposophischen Stallgeruch!) seit geraumer Zeit und mit immer größerem Nachdruck gewichtige Argumente gegen die «Neuro-Mythen»<sup>21</sup> vor, die Fachwelt ist darob heillos zerstritten, aber «in unseren Zusammenhängen» wird so getan, als gäbe es überhaupt keine Diskussion. Gewiß entspricht das, was Meusers und Schmidt vorbringen – soweit ihrem Leserbrief zu entnehmen –, der Mainstream-Auffassung. Aber ich erwarte von anthroposophischer Seite, ehrlich gesagt, eine behertz erkenntniskritische Position. – Nun, was ich erwarte, ist mein Privatproblem.

Einige Tatsachen: Ob das sogenannte ADHD-Syndrom überhaupt als Krankheit zu werten sei, ist Gegenstand scharfer Auseinandersetzungen und alles andere als abschließend geklärt.<sup>22</sup> Ob es sich bei den Besonderheiten des Hirnstoffwechsels um pathologische Abweichungen oder Normvarianten handelt, bleibt, wenn ich es mal salopp sagen darf, reine Ansichtssache.<sup>23</sup> Was genau überhaupt die bildgebenden Techniken (PET, MRT) zeigen, beziehungsweise welche Rückschlüsse die Befunde zulassen: ob das, was man da sieht, tatsächlich als *Ursache* zu betrachten sei – lauter offene Fragen.<sup>24</sup> Manche Neurologen wehren sich gegen die «absolute Unglaublichkeit» der vorschnellen Hypothesenbildung aufgrund apparativer Hirnmeßverfahren. «Reinste Phrenologie», wettet einer.<sup>25</sup> Die Genetik ist keineswegs geklärt. Erstens weiß bis heute niemand, was die Gene und ob sie überhaupt irgend etwas «tun».<sup>26</sup> Forschungen zur sogenannten Gen-Expression zwingen dazu, die Sache noch einmal von vorn aufzurollen. Begriffe wie «epigenetischer Raum» oder «extragenetische Matrix» stehen für alternative Theorieansätze, die aktueller denn je sind und, wenn sie sich eines Tages bewahrheiten sollten, alles in ein ganz neues Licht rücken würden.<sup>27</sup> Ferner sind die Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien, die immer wieder zur Stützung der genetischen Verursachungs-Hypothese angeführt werden, auch ganz anders interpretierbar.<sup>28</sup> Schließlich konnte bislang weltweit in keinem einzigen Fall irgendein für psychische Veranlagung, Temperament oder Intelligenz zuständiges Gen zweifelsfrei nachgewiesen werden.<sup>29</sup> Lüpke (siehe Literatur) bilanziert, daß sich unter Berücksichtigung aller Aspekte «schwerwiegende Zweifel am Modell eines genetisch bedingten Mangels an Botenstoffen [ergeben]». Die sogenannte Katecholaminhypothese (kontinuierlich herabgesetzter Wachheitsgrad infolge von Dopamin-, Adrenalin- und Noradrenalinmangel; man vermutete, die Kinder seien gezwungen, gegen ihre physiologisch bedingte Schläfrigkeit «anzuzappeln» und fieberhaft nach Reizen zu suchen, um das primäre Reizmangelsyndrom auszugleichen) gilt inzwischen als überholt. Das sollte bekannt sein. Experten bezeichnen den Begriff «Aufmerksamkeitsdefizit» als «Fehletikettierung»

und stellen mit anerkannter Bescheidenheit fest, daß sich die neurologische Forschung über ADHD noch im Bereich der «metaphorischen Repräsentationen des Syndroms» aufhält. «Da wir die genaue Ursache

der ADD nicht kennen, können wir nicht sagen, wo die Medikamente angreifen.»<sup>30</sup> Selbst die Gruppe um Zametkin, auf deren Arbeiten sich die Verfechter der Stoffwechselförderungshypothese maßgeblich stützen,

räumt ein: «Die Rolle von verhaltensbedingten, hormonalen und genetischen Faktoren zu bestimmen ist eine Herausforderung für zukünftige [Hervorhebung vom Autor] Forschungen.»<sup>31</sup>

#### Literaturhinweise

Bücher, in denen die Mainstream-Auffassung kritiklos referiert wird, berücksichtige ich hier nur am Rande. Bei wiederholten Hinweisen auf ein Buch erscheinen nur noch Name und Jahreszahl.

- 1 Voss, R.: *Anpassung auf Rezept. Die fortschreitende Medizinalisierung auffälligen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart 1987.
- 2 Schön, B.: *Therapie statt Erziehung? Chancen und Probleme der Therapeutisierung pädagogischer und sozialer Arbeit*. Frankfurt a.M. 1993.
- 3 Opp, G.: *Neue Dimensionen einer pädagogisch subjektbezogenen Sichtweise kindlicher Entwicklungsstörungen*. In: Högl, B.: *Störfälle?* München 2001.
- 4 Begemann, E.: *Ein Mensch und sein Gehirn und seine Welt*. In: *Behinderungspädagogik* 2/1996 / Gerspach, M.: *Wohin mit den Störern? Zur Sozialpädagogik der Verhaltensauffälligkeiten*. Stuttgart/Berlin/Köln 1998.
- 5 von Lüpke, H.: *Hyperaktivität zwischen «Stoffwechselförderung» und Psychodynamik*. In: Passolt, M. (Hrsg.): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München/Basel 2001.
- 6 Hartmann, Th.: *Eine andere Art, die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*. Lübeck/Berlin/Essen/Wiesbaden 1997.
- 7 Breggin, P.R.: *Reclaiming our children*. Cambridge, Massachusetts 2000. Vom selben Autor: *Talking back to Ritalin* (siehe die in der Antwort von Georg Kühlewind angegebene Internet-Adresse).
- 8 Hallowell, E.M., Ratey, J.: *Zwanghaft zerstreut*. Reinbek 1998 / Hartmann, J.: *Zappelphilipp, Störenfried* (mit einem Nachwort von Reinhard Lempp). München 1997 / Fachinformation 2083 der «Patienteninformation des Arzneimittelkompendiums der Schweiz 1999».
- 9 Voss, R.: *Pillen für den Störenfried? Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen*. München 1983 / Breggin 2000 / Freed, J., Parsons, L.: *Right-Brained Children in a Left-Brained World*. New York 1997. Deutsch: *Zappelphilipp und Störenfried lernen anders*. Frankfurt a.M. 1998 / Armstrong, Th.: *The Myth of the ADD-Child; 50 Ways to Improve Your Child's Behavior and Attention Span Without Drugs, Labels or Coercion*. New York 1997.
- 10 Michael Huss von der Berliner Charité wird im «Greenpeace-Magazin» 6/2000 mit den Worten zitiert, die Diagnose werde «allzu leichtfertig gestellt». Der UNO-Suchtstoffkontrollrat (DEA) ersuchte schon 1995 und 1997 wörtlich «alle Regierungen um höchste Wachsamkeit, um zu häufigen Diagnostizieren von ADD und die (entsprechend leichtfertige) Behandlung mit Stimulanzien zu vermeiden» / Freed, Parsons 1997.
- 11 Schlottke, P.F., im Interview mit B. Högl, «Die Akzente» 51/2001. Schlottke weist auf die Tatsache hin, daß die «Entdeckung» eines Syndroms wie ADS auch als Ergebnis eines kulturellen Meinungsbildungs- und Etikettierungsprozesses aufgefaßt werden kann. «Hier gehen natürlich Bewertungsprozesse mit ein. – Bereits innerhalb von Europa kann man sich gut vorstellen, daß ähnliche Ausprägungen in einem Land als «gestört» und im anderen als normal angesehen werden.»
- 12 H. Köckenberger weist in der Zeitschrift «Kita aktuell» 2/2001 darauf hin, daß ADHD in Amerika (und allmählich auch in Deutschland) die meistdiagnostizierte «Kinderkrankheit» ist, während andere Länder (z.B. Japan und Italien) offenbar weitgehend von dem Problem verschont bleiben. Ob das wohl daran liegt, daß die Italiener und die Japaner nicht so gut diagnostizieren können?
- 13 W.W. Wolfram zählt in seinem «Kreisprozeß bei der Entstehung von hyperaktivem und unruhigem Verhalten» (in: *Hyperaktive und unruhige Kinder im Kindergarten*. Freiburg i.Br. 1998) neben der Hirnreifungsverzögerung zwölf andere primäre und sekundäre Ursachen auf, darunter psychosoziale Faktoren, Allergien, Bewegungsmangel, Lärm, Stress, Schwangerschaftskomplikationen, Entfremdung von der Natur, Temperamenteigentümlichkeiten. Dieser Ansatz, von einer multifaktoriellen Genese auszugehen, scheint sich immer mehr durchzusetzen und ist im Prinzip zu begrüßen, denn er relativiert die Hirnverursachungshypothese. Andererseits besteht die Gefahr, daß jedes Kind, das sich unruhig verhält, irgendeine in das weitgefächerte Klassifikationsschema heineinpaßt. Manche Autoren lehnen gerade diese Sichtweise ab, weil sie der Meinung sind, von ADS könne erst nach differentialdiagnostischem Ausschluss psychosozialer oder anderweitig umweltbedingter Ursachen die Rede sein.
- 14 Quellenangabe der Zitate in der Reihenfolge des Textes: Freed, Parsons 1997.
- 15 Peters, H.: *Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und die nötige Diagnostik bei Kindern*. In: «Ärztblatt Rheinland-Pfalz» 4/2001.
- 16 Hartmann, J. 1997.
- 17 Barkley, R.A.: *Hyperaktive Kinder*. In: «Spektrum der Wissenschaft» 3/1999. «Patienteninformation Arzneimittelkompendium Schweiz 1999».
- 18 J. Hartmann hat, bezugnehmend auf eine Dissertation von Erdmute Reh, Häufigkeitsangaben zwischen 0 und 40 Prozent gefunden.
- 19 Peters 2001: «Die Inzidenz des ADS liegt vermutlich bei 1–3%.»
- 20 Bittner, G.: *Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten*. Göttingen 1996. (Bittner gibt zu bedenken, daß Lernstörungen, motorische Ungeschicklichkeit, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen sehr unterschiedliche Ursachen haben können.)
- 21 Freed, Parsons 1997: «Millionen von Amerikanern haben Pseudo-ADD.» Damit sind zivilisationsbedingte Unruhezustände gemeint. «Ich glaube, man kann feststellen, daß unsere urbane Kultur ein ähnliches Syndrom hervorbringt.» Bei genauerem Durchdenken wirft diese Bemerkung mehr Fragen auf, als sie beantwortet.
- 22 Freed, Parsons 1997. Wörtlich heißt es dort: «In seinem Buch *In the Mind's Eye* untersucht [...] Thomas G. West die Lernstile großer Denker und findet dabei überzeugende Beweise dafür, daß [...] vielen von ihnen heute wahrscheinlich das Etikett ADD verpaßt würde.» Vgl. dazu auch: Praise, G.: *Genies in der Schule*. Düsseldorf/München 1998.
- 23 Reinhard Lempp, in: J. Hartmann 1997.
- 24 Opp 2001.
- 25 Döpfner, M., Lehmkuhl, G.: *Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen*. In: «Der Kinderarzt». Zeitschrift für Kinderheilkunde, Heft 2/1998.
- 26 Schweizer, C., Prekop, J.: *Was unsere Kinder unruhig macht*. Stuttgart 1997.
- 27 Huss 2000 (vgl. Anm. 6).
- 28 Schön 1994.
- 29 Krawitz, R.: *Pädagogik statt Therapie. Vom Sinn individualpädagogischen Denkens und Handelns*. Mainz 1992.
- 30 Hillmann, J.: *Charakter und Bestimmung. Eine Entdeckungsreise zum individuellen Sinn des Lebens*. München 1998.
- 31 Gerspach 1998.
- 32 Köhler, H.: *Schwierige Kinder gibt es nicht. Plädoyer für eine Umwandlung des pädagogischen Denkens*. Stuttgart 2001.
- 33 Largo, R.H.: *Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. München/Zürich 1999.
- 34 Bittner 1996.
- 35 Kagan, J.: *Die drei Grundirrtümer der Psychologie*. Weinheim/Basel 2000. Kagan demontiert die deterministischen Mythen von der unentrinnbar lebensbestimmenden Bedeutung der frühen Kindheitsjahre und von den mehr oder weniger festgelegten (genetischen) Eigenschaften. Er betont die prinzipielle Offenheit, Variabilität und Unvergleichbarkeit individueller Entwicklungsläufe.
- 36 Freed, Parsons 1997: «Leider führen Bezeichnungen wie «gestört» [...] oder «behindert» bei vielen Kindern erst zu einer Entwicklung, die diese Diagnose zu bestätigen scheint.»
- 37 Armstrong 1997: «Es gibt Tausende von Berichten, die beschreiben, was diese Kinder nicht können. Dies ist eine Tragödie, die den Schluß nahelegt, daß die Wissenschaftler mehr an den Mängeln der Kinder als an ihrem Leistungspotential interessiert sind.»
- 38 Schulte, G.: *Neuromythen*. Frankfurt 2000.
- 39 Horgan, J.: *Der menschliche Geist. Wie die Wissenschaften versuchen, die Psyche zu verstehen*. München 2000.
- 40 Roth, G.: *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt a.M. 1999.
- 41 von Lüpke 2001.
- 42 Lempp 1997 / Hartmann, Th. 1997 / Breggin 2000 / Armstrong 1997 / Köckenberger 2001 / Hillman 1998 u.v.m.
- 43 Ruf-Bächtiger, L.: «Eine Frage der Gerechtigkeit». In: Högl, B.: *Störfälle?* München 2001.
- 44 Breggin 2000 / von Lüpke 2000 / Horgan 2000.
- 45 Rodolpho Llinas, zitiert nach Horgan 2000, Kap. 1 («Die Erklärungslücke der Neurowissenschaft»).
- 46 Horgan 2000, Kap. 5 («Gen-Magie»).
- 47 Müller-Wiedemann, H.: *Menschenbild und Menschenbildung*. Teil 3 («Menschwerdung und Gentechnologie»). Stuttgart 1994.
- 48 Turner, F.: *Seltsame Attraktoren*. In: «Lettre Internationale» 2/1999. (Turner stellt die Vorstellungen von «verursachenden» Genen vor dem Hintergrund neuerer physikalischer Erkenntnisse in Frage.)
- 49 Auf die Forschungen von C.H. Waddington («Epigenetischer Raum») und P. Weiß («Extragenetische Matrix») bezieht sich Müller-Wiedemann (1994). Gen-Expression ist ein Fachbegriff für die Tatsache, daß es zeitweises ein Wechselspiel zwischen genetischen und Umweltfaktoren gibt, und zwar in dem Sinne, daß die ursprüngliche (angeborene) genetische Veranlagung letztlich nur eine sehr geringe Rolle spielt.
- 50 von Lüpke 2001 / Hillman 1999.
- 51 Kagan 2000 / Ders.: *Galen's Prophecy*. New York 1994. (Kagan schrieb schon damals, er glaube nie und nimmer, daß wir kindliche Temperamenteigentümlichkeiten «jemals allein mit physiologischen Erkenntnissen erklären oder vorhersagen können».)
- 52 Hallowell, Ratey 1998.
- 53 Ernst, M., Zametkin, A.J., u. a.: *Age-related changes in brain glucose metabolism in adults with attention-deficit-hyperactivity disorder and control subjects*. In: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 10/1998 (zitiert nach Lüpke 2001). Darf man unter diesen Umständen mit einem Medikament arbeiten, dessen Wirkungsweise noch nicht einmal bekannt ist?
- 54 Breuer, H., Weuffen, M.: *Besondere Entwicklungsauffälligkeiten bei Fünf- bis Achtjährigen*. Neuwied/Kriftel/Berlin 1996.
- 55 Ruf-Bächtiger 1999 / Hillman 1998 / Ders. (mit M. Ventura): *Hundert Jahre Psychotherapie und der Welt geht's immer schlechter*. Solothurn/Düsseldorf 1993.
- 56 Zollinger, B.: *Die Entdeckung der Sprache*. Bern 1999.
- 57 Dies ist der am häufigsten geäußerte Einwand gegen Ritalin, und es dürfte schwerfallen, ihn zu entkräften. Ich verweise auf mein 2002 im Verlag Freies Geistesleben erscheinendes Buch *War Michel aus Lönnberga aufmerksamkeitsgestört?*

## Krankheit oder Verhaltensoriginalität?

Besonnene Autoren weisen immer wieder darauf hin, daß dasjenige, was «im Ergebnis historisch entstandener Konventionen und konkret-gesellschaftlicher Erwartungen als alterstypischer Entwicklungsstand angesehen wird», noch lange kein Kriterium für «Gesundheit» ist.<sup>32</sup> Vergessen wir das nie. Man kann aber Kinder krank machen, indem man sie wie Kranke behandelt, obwohl sie es nicht sind. Indem man sie der Spiel-, Bewegungs- und Erlebniswelten beraubt, nach denen ihre Seelen dürsten. Indem man ihnen die angemessenen Formen des Lernens und Kommunizierens verweigert. Indem man ein immer engeres Netz von Kontrolle, subtiler Repression und «therapeutischen» Regulierungsmaßnahmen um sie spannt, während ihnen die vorurteilslose Aufmerksamkeit, auf die sie einen Anspruch, ein *Menschenrecht* haben, vorenthalten bleibt.

Die «Sternkinder», die Kühlewind beschreibt, sind in der Tat keine «aufmerksamkeitsgestörten» Kinder, aber viele von ihnen laufen mit genau dieser Diagnose herum. Ich persönlich bin aus guten Gründen der Meinung, 90 Prozent der sogenannten ADS-Kinder seien in keiner Weise krank, sondern als «verhaltensoriginell» einzustufen und darüber hinaus als Repräsentanten eines besonderen Begabungsprofils. Daß wir sie *trotzdem* in einem oft beklagenswerten Zustand antreffen und therapeutisch begleiten müssen, steht auf einem anderen (traurigen) Blatt. Den Eltern kann man im allgemeinen keine Hauptschuld geben. Sie partizipieren an den Vorurteilen der Zeit und sind oft so verunsichert, daß sie ihrem Wahrheitsgefühl nicht mehr folgen.

Bleibt der relativ kleine Rest, bei denen in der Tat – unübersehbar – eine krankheitswertige physiologisch-vegetative Befindlichkeitsstörung mit seelischen Konsequenzen vorliegt: diejenigen, die sich in ihrer Haut extrem unwohl fühlen, von ständigen irritierenden Eigenkörperwahrnehmungen geplagt sind und dies auch – manchmal unter Tränen – schildern. Warum man bei ihnen die Symptomatik im Hirn lokalisieren zu müssen glaubt, ist mir ganz schleierhaft. Aber das sind nun spezielle Fragen, die hier den Rahmen sprengen würden. Ich verweise auf meine demnächst erscheinende ausführliche Monographie zum Thema.

Bei den meisten sogenannten ADS-Kindern liegen die angedeuteten gravierenden vegetativen Befindlichkeitsstörungen nicht vor. Zwar neigen die primär Bewegungsunruhigen unter ihnen zu Erregungszuständen, die sich natürlich auch im Stoffwechsel widerspiegeln. Aber man kann ihr Verhaltensbild nicht als gesteigerte Reaktionsbildung auf permanentes körperliches Unwohlsein deuten, sondern muß umgekehrt sagen, daß sich der seelische Streß, in den sie unter den gegebenen Bedingungen oft geraten, auch physiologisch niederschlägt. Deshalb ist es kontraproduktiv, therapeutisch bei den körperlichen Vorgängen anzusetzen, statt dem Kind zu helfen, daß es sich «innerlich besser halten» lernt. Die Medikamente über-

nehmen stellvertretend eine Ich-Aktivität, welche es anzuregen und zu stärken gälte. Sie erlahmt aber, wenn sie kontinuierlich durch die Zufuhr einer Droge ersetzt wird.<sup>33</sup>

## Defekt oder Begabtheit mit Schattenseiten?

Wenn wir in unserem Institut [der «Heilpädagogisch-Therapeutischen Ambulanz» im «Janusz-Korczak-Institut» in Wolfschlugen bei Stuttgart] für diese Kinder ambulant tun können, was zu tun ist (eine Kombination aus Elementen der basalen Sinnespflege, Spieltherapie und Kunsttherapie sowie Eltern- und Schulberatung, Dauer etwa zwei Jahre); wenn dies nicht zu spät geschieht und die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes mit uns an einem Strang ziehen, kann auf Ritalin in den allermeisten Fällen verzichtet werden. Wir setzen die Therapie unter der ausdrücklichen – und für das Kind erlebbaren – Vorgabe an, daß *kein* «Defekt» vorliegt, sondern eine Fähigkeitskonstellation mit Schattenseiten.

Ob tatsächlich «fast alle Kinder- und Jugendpsychiater» und sonstigen Therapeuten wertschätzend – in einem tieferen Sinne wertschätzend! – arbeiten, sei einmal dahingestellt. Ich habe da meine Zweifel und will nur erwähnen, daß dies keine bloße Bekennnisfrage ist («Hiermit tue ich kund, daß ich alle Patienten wertschätze»), sondern auch von den unreflektierten Denk- und Handlungsvoraussetzungen abhängt. Natürlich nehme ich die Herren Meusers und Schmidt von diesen Zweifeln aus. – Zu der Bemerkung, Kühlewind und ich rückten die Anthroposophie in ein falsches Licht, fällt mir nun wirklich nichts ein.

Ich weiß (und betone es in meinen ADS-Fortbildungen), daß Kinder des Sucherseen-Typs in unserer Zeit gefährdet sind und dies auch körperliche Probleme einschließt. Alles hängt mit allem zusammen. Deshalb arbeite ich, wann immer

möglich, mit naturheilkundlich versierten Ärzten zusammen. Ein überaufmerksam(!), sprunghafter, neugieriger, zwischen hochgradiger Intensität und entsprechend rascher Erlahmung schwankender Wahrnehmungsstil bringt zum Beispiel mit einer gewissen Notwendigkeit Probleme der rhythmischen Integration (auch physiologisch) und Wärmeregulation mit sich, und zwar in erster Linie deshalb, weil die betreffenden Kinder durch ihre hohe Reizempfindlichkeit besonders anfällig für die heute ganz «normale» Reizüberflutung sind. Oft liegt eine verdeckte oder auch offenkundige allergische Tendenz vor. Der Organbefindlichkeitssinn (viszeraler Input), die feine Eigenbewegungswahrnehmung und Berührungsempfindlichkeit sind situationsbedingt – nicht manifest – beeinträchtigt. (In streßfreier Umgebung reguliert sich das alles überraschend schnell.)

P.S. Niemand hat behauptet, es gäbe keine psychisch kranken Kinder. – Auch muß ich es als bewußtes Mißverstehen auffassen, wenn mir unterschoben wird, ich hätte alle nicht in meinem Sinne arbeitenden Therapeuten als Büttel Ahrimans abgekanzelt. Meine Aussagen über den zweifellos auch in Pädagogik und Medizin vorherrschenden Zeitgeist der «Funktionalitätsmagie» sind als allgemeine Kulturdiagnose zu verstehen – und als Aufruf zur Skepsis gegenüber bestimmten wissenschaftlichen Lehrmeinungen, die sich so ungeheuer beweiskräftig präsentieren, obwohl sie von unbewiesenen Voraussetzungen ausgehen – und in Wahrheit jenem Geist entspringen. Um so wichtiger ist es, eine spirituelle (wesenserkennende) Diagnostik vor dem Hintergrund der Anthroposophie gegen die schulwissenschaftlich-defektologische zu setzen.

Henning Köhler

(nach Rücksprache mit Georg Kühlewind)

## Worin liegt der anthroposophische Ansatz?

Die Herren aus Herdecke vertreten auf extreme Weise die materialistische Mainstream-Ansicht: Aufmerksamkeits-, Verhaltens- und Lernstörungen bei Kindern seien genetisch oder/und durch Hirndefekte verursacht. Was ihnen gar nicht einfällt, wird von einer wachsenden Anzahl von nicht-anthroposophischen psychotherapeutischen Instituten mit Erfolg praktiziert: sogenannte gestörte Kinder durch Seelenpflege in heilsamer Weise zu fördern, da ihr «abnormales» Verhalten durch ihre individuelle Geschichte bedingt ist. Die schon laufende medikamentöse Behandlung wird nach kurzer Zeit abgesetzt.\* Allein Breggin ([www.breggin.com](http://www.breggin.com)) arbeitet mit mehreren hundert professionellen Beratern. Mir scheint, die Herren sind sehr einseitig im Hinblick auf die vorliegende Literatur belesen.

Auf ihre Sorge, Henning Köhler und ich würden mit unseren Ansichten die Anthroposophie in ein falsches Licht stellen, muß ich antworten: 1. Wenn das stimmt, so hat Steiner schon in viel größerem Ausmaß dasselbe getan (nämlich insofern seine Ansichten von der materialistischen «offiziellen» Wissenschaft, ganz besonders in bezug auf Menschenkunde, abweichen). 2. Falls das, was die Herren vertreten, mit Anthroposophie etwas zu tun hätte, müßte ich (und da bin ich nicht allein) mich von dieser Anthroposophie radikal distanzieren. Es ist zumindest fraglich, wer ein «falsches Licht» auf die Anthroposophie wirft!

Was die biopsychiatrische Auffassung mit den Kindern macht, wird eines Tages, so hoffe ich, einen passenden Namen erhalten: medizinischer Mißbrauch des Kindes.

Georg Kühlewind

(zurzeit auf Vortragsreisen unterwegs)

\* P. R. Breggin: *Reclaiming our children*. Perseus Books, Cambridge, MA, 2000, Kap. 12.