

SWR2 Wissen Aula

## **ADHS - Karriere einer Diagnose**

Von Nicole Vidal

Sendung: Montag, 13. April 2020, 8:30 Uhr

Redaktion: Ralf Caspary

Produktion: SWR 2020

**Die Geschichte der Erforschung dieser psychischen Krankheit ist geprägt von Paradoxien und Brüchen.**

SWR2 Wissen Aula können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören

---

### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### **Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?**

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen.

Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.

Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

### **Die SWR2 App für Android und iOS**

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...

Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

## Manuskript

### Anmoderation:

#### Mit dem Thema:

ADHS - Karriere einer Diagnose. Am Mikrofon: Ralf Caspary.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Und die Geschichte dieser Hyperaktivität scheint durch Kontinuität und Fortschritt geprägt zu sein, man scheint also im Laufe der Zeit zu einer klar konturierten Diagnose und Symptomatik gekommen zu sein. Das suggeriert auch der ständige Bezug auf die Figur des Zappelphilipp, die zum Emblem für das hyperaktive Kind geworden ist.

Nicole Vidal, Professorin für Allgemeine Erziehungswissenschaft an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, skizziert jetzt eine etwas andere Geschichte der ADHS, und zwar eine mit Brüchen und Paradoxien.

#### Prof. Dr. Nicole Vidal:

Die Verbindung zwischen dem Zappelphilipp von damals und dem hyperaktiven Kind von heute ist problematisch. Nicht nur wird eine Bildergeschichte in eine Art diagnostische Vorläuferbeschreibung dessen umgedeutet, was man heute Hyperkinetische Störung oder ADHS nennt. Sondern es wird darüber hinaus der Eindruck einer Kontinuitäts- und Fortschrittsgeschichte erzeugt. Eine, die ihren Ausgang Mitte des 19. Jahrhunderts in der Beobachtung zappeliger Kinder nimmt und heute in die Beschreibung eines validen psychiatrischen Störungsbildes mündet.

Tatsächlich ist die Geschichte des hyperaktiven Kindes – oder richtiger: die Geschichte der Diagnose Hyperaktivität – alles andere als gradlinig und sehr viel jünger, als es der Verweis auf den Zappelphilipp suggeriert. Bewegungsunruhe und Unaufmerksamkeit, heute zwei Kernsymptome der Störung, galten lange Zeit als typische Begleiterscheinungen ganz unterschiedlicher Erkrankungen. Ein eigener Krankheitswert wurde ihnen, auch in der Kombination, nicht beigemessen. Das änderte sich in den 1960er Jahren als US-amerikanische Kinderpsychiater ein neues Störungsbild beschrieben, das sie zunächst Hyperkinetische Impulsstörung nannten. Im Laufe der folgenden Jahrzehnte führten dann zahlreiche konzeptionelle Anpassungen dazu, dass daraus die heutige ADHS entstand. ADHS, das steht für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, weltweit sind ca. 5-7% der Kinder und Jugendlichen von ihr betroffen.

Zur Karriere der Diagnose trugen zwei Umstände maßgeblich bei: *Erstens* der starke Schulbezug der Symptome und *zweitens* die Wirksamkeit von Stimulanzien. Die Mehrzahl der kinderpsychiatrischen Störungsbilder hatte sich in der Vergangenheit auf Kinder bezogen, die dauerhaft in Heimen oder Kliniken untergebracht waren. Die neue Störung ließ sich hingegen bei Schulkindern diagnostizieren: Unaufmerksamkeit, Bewegungsdrang, Widerstand gegen Regeln – das war in US-amerikanischen Klassenzimmern weit verbreitet.

Und mit den Stimulanzen stand eine pharmakologische Behandlung zur Verfügung, die sich nachweislich positiv auf das Problemverhalten auswirkte.

Was je nach Klassifikationssystem heute entweder ADHS oder Hyperkinetische Störungen genannt wird<sup>1</sup>, sorgt in Deutschland erst seit den 90er Jahren für kontroverse Diskussionen. Man kann also durchaus sagen, dass die Diagnose mit Verspätung hier ankam. In Anbetracht dieser Entwicklung ist es nicht erstaunlich, dass sich wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Hyperaktivität stets auf den anglo-amerikanischen Kontext beziehen. Hoffmanns Zappelphilipp wird gern als Aufhänger genutzt, doch dann wird ein Sprung von einem halben Jahrhundert vollzogen.

Die meisten Darstellungen setzen im Jahr 1902 an den Vorlesungen des britischen Pädiaters George F. Still an, der häufig als Erstbeschreiber einer ADHS-ähnlichen Störung bezeichnet wird. Wenn man allerdings seine Originalarbeiten liest und seine Schilderungen mit den heutigen Kernsymptomen vergleicht, erscheint das wenig plausibel.

In der medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ veröffentlichte Still seine Beobachtungen an Kindern, die als „schwachsinnig“ oder „hirngeschädigt“ galten. Das waren damals gängige Diagnosen und gemeinsames Merkmal waren erhebliche Intelligenzdefizite. Doch neben diesen Kindern beschreibt Still andere, die weder hirngeschädigt noch schwachsinnig waren, sich aber dennoch abnorm verhielten. Sie seien aggressiv, sadistisch, neigten zu notorischem Lügen, Stehlen und Ungehorsamkeit. Manche quälten Tiere, andere hatten einen Hang zu Exhibitionismus, wieder andere abnorme Essgewohnheiten.

Alle konnten sich nur mit Mühe und nicht lange konzentrieren, waren jedoch in der Lage, schulische Anforderungen zu bewältigen. Still trieben drei Hauptfragen um: 1.) Wie konnte es sein, dass sich die Kinder trotz ihrer normalen Intelligenz „moralisch defizitär“ verhielten? 2.) Welche Maßnahmen waren geeignet, um sie vor dem Abgleiten in die Kriminalität zu bewahren? Und 3.) Wie konnte man andere Kinder vor ihnen schützen?

Richtig ist, dass alle Kinder in dieser Gruppe Aufmerksamkeitsprobleme hatten. Aber reicht das aus, um aus Still den Erstbeschreiber einer ADHS-ähnlichen Störung zu machen? Eindeutig steht das abweichende Sozialverhalten und dessen mögliche Korrektur im Zentrum seiner Beschreibungen.

Auch die nächsten Arbeiten, die in vielen Beiträgen als Etappen der ADHS-Geschichte genannt werden, können als Vorläufer nicht überzeugen. Da sind zum Beispiel die Untersuchungen Alfred Tredgolds. In denen ging es zwar ebenfalls um Kinder, die kaum oder gar nicht in der Lage waren, etwas zu lernen und unter anderem deshalb in Heimen lebten. Aber diese Kinder wiesen schwerste Intelligenzeinschränkungen auf und erfüllten damit gerade jenes Kriterium nicht, das für Still zentral war: Abweichendes Verhalten bei normaler Intelligenz. Ähnlich verhält es sich mit den Beobachtungen Franklin G. Ebaughs, der in den 1920er Jahren über Kinder schrieb, die eine sogenannte Postencephalitische Verhaltensstörung hatten. Es ist zwar richtig, dass einige der Verhaltensweisen Ähnlichkeiten zu den heutigen ADHS-Symptomen aufweisen – die Kinder zeigten wenig Lernfortschritte,

wurden als getrieben und unruhig beschrieben – aber Tatsache ist, dass die Probleme als direkte Folge der überstandenen Hirnhautentzündung auftraten.

Die Reihe der angeblichen ADHS-Vorläuferbeschreibungen, die bei genauerem Hinsehen kaum etwas mit dem heutigen Störungsbild gemeinsam haben, ließe sich fortsetzen. Aber interessanter ist es natürlich, mit jemanden weiterzumachen, der für die Geschichte der Diagnose tatsächlich wichtig war. Merkwürdigerweise handelt es sich dabei um einen Arzt, den die Bewegungsunruhe der Kinder in seiner Klinik kaum interessiert hat.

Charles Bradley war Leiter einer Klinik für Kinder mit Nervenerkrankungen. Die stationär untergebrachten Kinder hatten unterschiedlichste Probleme, die von schizoiden Störungen, Epilepsie über verschiedene Verhaltens- und Lernstörungen reichten. Als Folge von Pneumoenzephalografien, einem diagnostischen Verfahren, das mit einer Rückenmarkspunktion verbunden war, bekamen die Kinder starke Kopfschmerzen. Die wollte Bradley mit dem damals neuen Stimulans Benzedrin behandeln, denn er ging davon aus, dass es die Produktion des Liquors anregen und so die Kopfschmerzen lindern würde.

Nach der Verabreichung des Medikaments beobachteten die Mitarbeiter der Klinik, allen voran die Lehrer der klinikeigenen Schule, eine Reihe erstaunlicher Verhaltensveränderungen: die Kinder benahmen sich plötzlich nicht nur sehr viel besser, gingen lieber zum Unterricht, brachten dort bessere Leistungen, hatten weniger Konflikte mit anderen Kindern, sondern beschrieben sich auch selbst als glücklicher und ausgeglichener. Euphorisch berichtet Bradley über die Reaktionen des Klinikpersonals und zitiert Aussagen der Kinder wie: *„Ich fühle mich gut und kann die Dinge heute nicht schnell genug erledigen“.*<sup>ii</sup>

Begeistert von seiner Zufallsentdeckung führte Bradley in den Jahren zwischen 1937 und 1950 weitere Studien mit hunderten von Kindern und verschiedenen Stimulanzien durch. Unabhängig von deren Ausgangsdiagnosen kam er immer wieder zu dem Ergebnis, dass fast alle Kinder von den Medikamenten profitierten. Sie wurden ruhiger, hatten eine verbesserte Aufmerksamkeit, waren kooperativer, ehrgeiziger, zufriedener.

Bradley hielt Stimulanzien für die optimale Lösung, um die Kinder zunächst von ihrem psychischen Druck zu entlasten und sie therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen überhaupt erst zugänglich zu machen. Unmissverständlich stellte er jedoch fest, dass die Medikamente nicht heilten und die Effekte sofort nach dem Absetzen verschwanden. Sie sollten deshalb nicht die Therapie ersetzen, in der Kinder lernen sollten, anders mit ihren emotionalen Konflikten umzugehen.

Bradley ist also nicht deshalb eine wichtige Figur, weil er sich um die Beschreibung eines eigenen Störungsbildes mit dem Symptom Hyperaktivität bemüht hätte. Vielmehr hatte er Kinder mit ganz unterschiedlichen neurologischen und psychischen Problemen mit verschiedenen Stimulanzien behandelt und deren Wirkungen systematisch untersucht.

Obwohl Bradley retrospektiv als einer der Pioniere auf diesem Gebiet gilt, fanden seine Untersuchungen an Kindern keine direkte Fortsetzung. Erst Ende der 50er Jahre knüpfte ein Ärzteteam daran an. Auch Maurice W. Laufer und seinen Kollegen ging es zunächst nicht darum, ein eigenständiges Störungsbild zu beschreiben. Vielmehr stellte die ausgeprägte äußere und innere Unruhe eine Begleiterscheinung unterschiedlicher Erkrankungen dar, unter denen die Kinder in ihrer Klinik litten. Die Forscher bezeichneten dieses quer zu den anderen Störungsbildern liegende Verhalten als „Hyperkinetische Impulsstörung“.<sup>iii</sup> Aufgrund der starken Unruhe konnten sich die Kinder nicht konzentrieren, was mit Frustration, häufig auch Aggressionen und immer mit Lernproblemen einherging.

Über die Ursachen waren sich Laufer und seine Kollegen zunächst nicht im Klaren. Ihre Beschreibungen spiegeln die beginnenden Spannungen zwischen einer psychoanalytisch und einer biologisch ausgerichteten Kinderpsychiatrie wider. Diese werden sich in den Folgejahren zu einem wissenschaftlichen Kampf um Deutungen und Zuständigkeiten ausweiten.

Zunächst nahm das Team um Laufer an, dass man das Verhalten der Kinder psychologisch erklären könne. Vielleicht handelte es sich um Reaktionen auf die Belastungen und innere Konflikte der kranken Kinder. Da die Forscher aber auch eine neurologische Ursache für möglich hielten, begaben sie sich auf die Suche nach hirnfunktionellen Abweichungen.

In Photo-Metrazol-Experimenten untersuchten sie, wie hoch die Toleranz von Kindern mit und ohne hyperkinetische Impulsstörungen für den Wirkstoff Metrazol war. Das Mittel wurde damals zur Kreislaufstimulation angewandt, löste jedoch in höheren Dosen epileptische Anfälle aus. Ziel war es, einen indirekten Nachweis für die abweichende Funktionsweise der Gehirne von hyperkinetischen Kindern zu erbringen. Und tatsächlich bekamen diese bereits bei einer geringeren Menge Metrazol einen Anfall als die Kinder der Kontrollgruppe.

In Folgeexperimenten fanden sie dann heraus, dass die Gabe von Amphetaminen den Schwellenwert bei den hyperkinetischen Kindern heraufsetzen konnte. Somit war nicht nur der Nachweis dafür erbracht, dass deren Gehirne funktionelle Abweichungen hatten, sondern auch, dass man diese durch die Gabe von Stimulanzien „normalisieren“ konnte.

Nun treten psychologische Ursachen in den Hintergrund und die Forscher gehen von einer Verletzung oder Dysfunktion des Zwischenhirns aus, die den Widerstand an den Synapsen verändere. Deshalb fehle den hyperkinetischen Kindern jene Fähigkeit zur Regulation, die es erlaube, Aufmerksamkeit zu steuern und Handlungen systematisch zu planen.

Allmählich wird die Hyperkinese, die die Ärzte zunächst lediglich als Begleitsymptom unterschiedlichster Erkrankungen beschrieben hatten, zu einem eigenständigem Störungsbild. Und im Zuge dieser Veränderung geschieht etwas Folgenreiches: während die bisherigen Studien mit Kindern durchgeführt worden waren, die aufgrund ihrer schweren Störungen in Kliniken oder Heimen untergebracht waren, erweitern Laufer und seine Kollegen nun ihren Blick auf „nicht-klinische“ Fälle von hyperkinetischen Kindern.

Solche, die ihrer Ansicht nach mit denselben Problemen unerkannt in US-amerikanischen Klassenzimmern saßen. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1957 erklären sie:

„In den überfüllten Klassenzimmern von heute reagiert der Lehrer oft feindselig auf ein Kind, das trotz scheinbar guter Intelligenz nicht stillsitzen kann, sich nicht auf seine Arbeit konzentrieren kann, die ihm zugewiesene Aufgabe kaum je zu Ende bringt. Hinzu kommt, dass die spezifischen Lernschwierigkeiten, insbesondere beim Lesen und Rechnen, in Verbindung mit der zunehmenden Unzufriedenheit des Kindes die Situation verschlimmern.“<sup>iv</sup>

Diagnostiziere man bei einem solchen Kind eine Hyperkinetische Impulsstörung, so entlaste dies Lehrer wie Eltern gleichermaßen und stelle dem Kind eine wirksame Behandlung in Aussicht. Die organische Ursache der Störung biete eine Erklärung für die Verhaltens- und Lernprobleme, dadurch würden Schuldgefühle vermieden und die Situation entspannt.

Erstaunlicherweise erklärt das Forscherteam nun auch, dass man Stimulanzien zur Diagnostik einsetzen könne, denn nur wenn ein Kind tatsächlich unter einer Hyperkinetischen Störung litten, wirkten sie. Vor dem Hintergrund, dass bereits Bradley auf deren breites Wirkungsspektrum hingewiesen hatte und auch Laufer selbst an Kindern geforscht hatte, die unter unterschiedlichsten Störungen litten, kann man das nur als strategisches Argument deuten. Eines nämlich, dass Akzeptanz für die Behandlung mit Stimulanzien schaffen sollte.

Dieses Vorgehen ist charakteristisch für die Entwicklung der US-amerikanischen Psychiatrie in den 1960er Jahren. Der Soziologe und Historiker Matthew Smith beschreibt eine zunehmend biologische Ausrichtung der Psychiatrie, die maßgeblich zur Expansion pharmakotherapeutischer Behandlungen beitrug.<sup>v</sup> Er deutet sie vor dem Hintergrund des sozialpolitischen Klimas der Zeit: Studien über den Zusammenhang zwischen Armut, Kriminalität, Gewalt und dem Risiko, psychisch zu erkranken, zeigten, dass soziale Problemlagen ein starker Prädiktor waren. Darauf reagierte die Regierung mit zahlreichen Präventionsprogrammen. Doch die nützen denen wenig, die sich bereits in prekären Lebenslagen befanden.

Die Psychiatrie verfuhr – auch mangels Ressourcen – reaktiv, indem sie möglichst schnelle Hilfen anbot – und dazu zählte die Behandlung mit Psychopharmaka. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre hatten gezeigt, dass einige Medikamente zur Behandlung von Schizophrenie, Depressionen und Angststörungen schneller und effizienter wirkten als psychotherapeutische Verfahren. Obwohl die Wirkmechanismen der Psychopharmaka im Detail nicht bekannt waren, wusste man doch, dass die Substanzen in den Hirnstoffwechsel eingriffen. Das wiederum stützte die Annahme einer biologischen Prädisposition psychischer Störungen, die durch ungünstige Umweltfaktoren zum Tragen komme.

Die Kritik an psychoanalytischen Theorien und Behandlungen prägte fortan den Blick auf psychische Erkrankungen – und die nahmen bei Erwachsenen und Kindern stetig zu.

Auf einem Kongress der Kinderpsychiater im Jahre 1966 erteilt der Psychiater Leon Eisenberg einem Psychoanalytiker eine Abfuhr, die bezeichnend ist: Dieser hatte mehr Therapieplätze für Kinder gefordert und die psychoanalytische Theorie als „kohärenteste und produktivste“ in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit bezeichnet. Daraufhin diskreditiert ihn Eisenberg mit einer Anspielung auf eine der bekanntesten Falldarstellungen Sigmund Freuds:

Nicht der „kleine Hans“ und dessen Eltern seien es, die die Wartezimmer der psychiatrischen Ambulanzen füllten, sondern „die Legion von Kindern, die schulisch zurückgeblieben sind, aggressiv in ihrem Verhalten, verzagt über ihre Zukunft, die in unseren Slums umherziehen, dazu bestimmt im Leben kläglich zu scheitern“<sup>vi</sup>

Schon seit einigen Jahren führt Eisenberg, der unter anderem über Autismus forscht, gemeinsam mit Keith Conners Studien zu den Wirkungen von Stimulanzien durch. Die unterschiedlichen Probleme, unter denen die von ihnen untersuchten Kinder leiden, fassen sie in ihren Forschungsarbeiten anfangs unter dem Begriff „Verhaltensstörungen“ zusammen. Doch in den folgenden Jahren wird Conners die entscheidende Person bei der diagnostischen Konsolidierung zunächst der Hyperaktivität und anschließend der ADHS. Dabei kommt ihm eine andere Diagnose zur Hilfe, die bereits vor der Hyperkinetischen Impulsstörung Einzug in amerikanische Schulen gehalten hat und zunehmend für Kritik sorgt. Die Rede ist von der Minimalen zerebralen Dysfunktion, kurz MCD, die heute fälschlicherweise häufig mit der Hyperkinetischen Störung gleichgesetzt wird. Tatsächlich entwickelten sich beide Störungsbilder eine Zeitlang parallel nebeneinander her und nahmen kaum Notiz voneinander. Nur die Tatsache, dass beide zunehmend als Erklärung für eine Vielzahl von Schul- und Verhaltensproblemen herangezogen wurden, führte schließlich zu einer Konvergenz.

Über einen Zeitraum von etwa 20 Jahren war aus einer Diagnose, die ursprünglich für nachweislich hirngeschädigte Kinder gedacht war, eine Sammeldiagnose für alle möglichen Verhaltens- und Lernprobleme geworden.<sup>vii</sup> Mitte der 60er Jahre schätzten Experten, dass potenziell 10-15% der Schulkinder die Kriterien für eine MCD erfüllten. Das ist mit Blick auf deren weitgefaste Definition, die der Psychiater Sam D. Clements gibt, nicht weiter erstaunlich:

„Der Begriff, minimale zerebrale Dysfunktion‘ bezieht sich auf Kinder mit fast durchschnittlicher, durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher allgemeiner Intelligenz mit bestimmten Lern- oder Verhaltensbehinderungen von leicht bis schwer, die mit Funktionsabweichungen des zentralen Nervensystems einhergehen.“<sup>viii</sup>

Eine derart unspezifische Beschreibung führte zwangsläufig zu einer hohen Zahl an Verdachtsfällen. Auf Kritik stieß sie aber auch deshalb, weil es auf die neurologischen Funktionsabweichungen keinerlei empirische Hinweise gab. Immer lauter äußerten Ärzte und Pädagogen ihre Kritik an dem Konzept. Sie forderten diagnostische Leitlinien und eine einheitliche Benennung der Störungsbilder. Denn: Minimale zerebrale Dysfunktion und Hyperkinetische Impulsstörung, das waren zwei Namen unter anderen. Kleinster gemeinsamer Nenner der unterschiedlichen Störungen war, dass die betroffenen Kinder Verhaltens- und Schulprobleme hatten.

Genau hier setzt nun Keith Conners an: Er wertet die Beschreibungen der gängigsten Diagnosen statistisch aus und identifiziert deren gemeinsame Kernsymptome. Anschließend entwickelt er daraus einen Fragebogen, mit dem Eltern das Verhalten ihres Kindes einschätzen sollten. Rasch etabliert der sich als diagnostisches Instrument. Nach wie vor werden in der ADHS-Diagnostik verschiedene Versionen der „Conners-Skalen“ für Bezugspersonen und die Betroffenen selbst genutzt.

Mittlerweile hat „das hyperkinetische Kind“ auch öffentliche Aufmerksamkeit erlangt: in Medien und Elternzeitschriften wird über die schulischen und sozialen Folgeprobleme einer unerkannten Störung berichtet und frühzeitiges Reagieren gefordert. Das nutzt die Pharmaindustrie, um die positiven Wirkungen von Stimulanzien zu bewerben. Bislang hatte sie jenseits des eher kleinen klinischen Einsatzbereiches als deren Zielgruppe erschöpfte Erwachsene im Blick. Doch die öffentliche Aufmerksamkeit für die hyperaktiven Schulkinder eröffnet ihr einen neuen Markt.<sup>ix</sup>

Der Soziologie Peter Conrad ist der erste, der Mitte der 70er Jahre die Expansion der Hyperaktivität empirisch und theoretisch untersucht. Das, was er beobachtet, nennt er Medikalisierung.<sup>x</sup> Ein soziales oder individuelles Problem und dessen Ursachen würden in medizinischen Begriffen definiert und anschließend eine medizinische Intervention empfohlen. Alles das sieht er am Beispiel der Hyperaktivität gegeben. Was vormals abweichendes Verhalten oder Verhaltensstörungen genannt wurde, werde nun als Symptome gedeutet, als Regulationsstörung des Gehirns erklärt und pharmakologisch behandelt.

In diesem Prozess ist die Kinderpsychiatrie treibende Kraft. Sie nutzt den gestiegenen Versorgungsbedarf professionspolitisch; fordert mehr finanzielle Ressourcen und Personal, um eine bessere Diagnostik leisten zu können. Bis Ende der 70er Jahre wird die Prävalenz der Hyperkinetischen Störung für die USA mit 4-6% angegeben. Auf zehn hyperaktive Jungen kam damals ein Mädchen. Die Zahlen stiegen um mehr als das Doppelte, als in der folgenden Version des Diagnosemanuals DSM aus der Hyperkinetischen Störung die Aufmerksamkeitsstörung wurde.

Die Psychologin Virginia I. Douglas war in ihren Studien zu dem Ergebnis gekommen, dass zwar auf den ersten Blick die Bewegungsunruhe der Kinder im Vordergrund stünde, das Kernproblem jedoch deren Unfähigkeit zur gerichteten Aufmerksamkeit sei. Die Hyperaktivität könne, müsse aber nicht damit einhergehen. Daraufhin wird die Diagnose im Jahr 1980 umbenannt. Zunächst heißt sie „Aufmerksamkeitsdefizitstörung“(ADS) mit (+) oder ohne (-) Hyperaktivität (DSM-III); sieben Jahre später wird sie in „ADHS“ geändert, die nun in drei Subtypen eingeteilt wird (DSM-III-R). Das neue Störungsbild, bei dem nicht mehr zwingend Hyperaktivität auftreten muss, führt zu einer sehr viel höheren Zahl an Diagnosen bei Mädchen.

Die Prävalenz steigt in den USA der 80er Jahre zwischenzeitlich auf bis zu 13% an und hat sich dort aktuell bei 11% für schulpflichtige Kinder und Jugendliche eingependelt.<sup>xi</sup>

In den folgenden Neuauflagen des Diagnostischen Manuals wurden weitere Anpassungen vorgenommen, die zur Expansion beitrugen. In den 90er Jahren verlor die ADHS ihren Status als exklusive Störung des Kindes- und Jugendalters. Fortan wurde die lebenslange Persistenz der Symptome betont, was zu einem Anstieg der Diagnoseraten bei Erwachsenen führte.

In der neusten Version des DSM, die seit 2013 gilt, wurde außerdem das Alter, in dem Symptome erstmals aufgetreten sein müssen, vom 6. auf das 12. Lebensjahr angehoben. Auch das birgt das Potenzial für einen Anstieg der Diagnosen. In Deutschland dürfte der sich aber erst in einigen Jahren bemerkbar machen. Denn noch werden hierzulande nach der WHO-Klassifikation ICD-10 die Hyperkinetischen Störungen diagnostiziert, in der die Kriterien restriktiver sind als im DSM-5 für die ADHS. Das hat – etwa im Vergleich zu den USA – weniger Diagnosen zur Folge. Doch die ab 2022 gültige Version der ICD (-11) wird sich sowohl in Bezug auf die Bezeichnung der Störung als auch mit Blick auf die Kriterien vollumfänglich dem DSM-5 anschließen.

Aktuell werden in Deutschland die meisten Diagnosen in der Altersgruppe der 10-Jährigen gestellt: von ihnen sind knapp 12% der Jungen und 4,4 % der Mädchen betroffen. Krankenkassendaten ermitteln eine durchschnittliche Diagnoserate von 4,4% für die Gruppe der 0-19-Jährigen. Etwa die Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen wird medikamentös behandelt. Allerdings zeigen sich in Bezug auf Diagnosen und Behandlung unter anderem starke regionale Unterschiede.

Blickt man auf ein halbes Jahrhundert Geschichte der Hyperaktivität zurück, so gewinnt man den Eindruck, dass man sich mittlerweile auf eine einheitliche Bezeichnung verständigt, Kernsymptome definiert und diagnostische Instrumente entwickelt hat. Doch damit ist längst nicht alles geklärt.

Bevor es die Diagnose Hyperaktivität gab, waren Unaufmerksamkeit, Unruhe und impulsives Verhalten als Begleiterscheinungen vieler verschiedener Störungen beschrieben worden. Nun wirkt es, als habe sich dieses Verhältnis umgekehrt: sie bilden sie zwar die Kernsymptome eines Syndroms, doch das hat in den meisten Fällen andere Erkrankungen im Gefolge. Bei bis zu 85% der Betroffenen wird mindestens eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung diagnostiziert, bei 60% sind es sogar mehrere. Den größten Anteil haben darunter die Störungen des Sozialverhaltens. Rund ein Viertel der Kinder mit einer ADHS hat Lernstörungen in den Bereichen Lesen und Schreiben, Rechnen oder Sprachentwicklungsprobleme.<sup>xii</sup> Die ADHS ist umgeben von Verhaltens- und Lernstörungen und es sind diese Verbindungen, die – neben den Symptombeschreibungen selbst – die Passung zur Schule gewährleisten. Die Tatsache, dass eine ADHS selten allein kommt – Experten deuten sie ganz unterschiedlich.

Auch hinsichtlich der Ursachen der ADHS sind viele Fragen ungeklärt. Genetische Faktoren werden immer wieder hervorgehoben, die familiäre Häufung der Störung gern als Beleg dafür herangezogen.

Doch im gleichen Atemzug räumen Experten ein, dass viele der bisherigen Befunde inkonsistent sind und man die genauen Zusammenhänge noch nicht kenne. Hier ergeht es der ADHS nicht anders, als den anderen psychischen Erkrankungen, für die Experten bis zur Einführung des DSM-5 im Jahre 2013 gern sogenannte

Biomarker identifiziert hätten. Sich nicht mehr nur auf Selbstauskünfte von Patienten, Beobachtungen und psychologische Testverfahren verlassen zu müssen, sondern handfeste biologische Parameter für die Erkrankungen bestimmen zu können, das war die Hoffnung. Vorerst ging sie nicht in Erfüllung; für keine psychische Störung konnten bislang prognostisch oder diagnostisch relevante pathophysiologische Mechanismen gefunden werden.<sup>xiii</sup> Dennoch wird die ADHS in den neuen Diagnosemanualen als Neurologische Entwicklungsstörung systematisiert.

Dass das Risiko für eine ADHS-Diagnose mit dem Einschulungsalter ebenso korreliert wie mit dem sozio-ökonomischen Status von Familien und dem Alter der Eltern, dass ärmere Kinder häufiger mit Medikamenten behandelt werden als gut situierte – solche Ergebnisse internationaler Studien werden am Rande berichtet, Konsequenzen werden daraus aber nicht gezogen. In der Forschung wird der Blick weiterhin primär auf das Individuum und dessen biologische Prädispositionen gerichtet. Die sozialen und institutionellen Kontexte, in denen Kinder aufwachsen, werden als sekundäre Faktoren behandelt. Sie könnten nur die Stärke der Störungsausprägung beeinflussen, nicht aber die Anlage. So ist es in der Fachliteratur und auch in Elternratgebern nachzulesen.

Die Diagnose ADHS ist in vielen Fällen hilfreich, um therapeutische und sozialpädagogische Interventionen zu mobilisieren – das steht außer Frage. Und neben ihrer unmittelbaren Relevanz im Gesundheitssystem hat sie, wie viele andere Diagnosen, auch soziale und psychologische Funktionen. Doch eine Fortschritts- und Kontinuitätsgeschichte, die ihren Anfang beim Zappelphilipp nimmt und beim ADHS-Kind der Gegenwart landet – sie ist reine Fiktion.

\* \* \* \* \*

- 
- i ADHS ist die offizielle Bezeichnung im DSM-5. Die Abkürzung DSM steht für „Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“, die jeweilige Nummer hinter der Abkürzung gibt die Version an. Seit 2013 ist das DSM-5 in Kraft. Es wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und stellt in Nordamerika das verbindliche Diagnosemanual im Bereich psychischer Störungen dar. In Deutschland erfolgt die medizinische Diagnosestellung in allen Fachgebieten mittels ICD; das ist die Abkürzung für die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten“, die 1991 in der 10. Version erschienen ist und 2022 von der ICD-11 abgelöst werden wird. Die „ADHS“ wird im ICD-10 als „Hyperkinetische Störungen“ bezeichnet, die drei Kernsymptome sind dieselben.
- ii Bradley C. (1937). The Behavior of Children Receiving Benzedrine, *American Journal of Psychiatry*, 94, 577–585. (Übersetzung im Text: Nicole Vidal)
- iii In den 1930er Jahren verwendeten Franz Kramer und Hans Pollnow die Bezeichnung „hyperkinetische Erkrankung“ für Kinder, die unter extremer Unruhe litten. Sie vermuteten eine Infektion als Ursache und beschrieben, dass die Erkrankung „ohne Hinterlassung von Defekten“ ausheile. Die Arbeiten wurden aber nicht fortgeführt und kaum rezipiert; in den Arbeiten Laufers gibt es keine Bezüge. Kramer, F./Pollnow, H. (1932). Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Band 82, H. 1/2, S. 1-40.
- iv Laufer, M., Denhoff, E. & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38–49; Laufer, M., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463–474 (Übersetzung im Text: Nicole Vidal)
- v Smith, M. (2008). Psychiatry Limited: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry, 1957–1980. *Social History of Medicine*, 21 (3), 541-559.
- vi Eisenberg L. (1966). Discussion of Dr Solnit's Paper "Who Deserves Child Psychiatry?" A Study in Priorities, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 17–23. (Übersetzung im Text: Nicole Vidal)
- vii Der Neurologe Alfred A. Strauss hatte in den 1940er Jahren zunächst über Kinder mit nachgewiesenen Hirnschädigungen und stark beeinträchtigter Intelligenz gearbeitet. Einige Jahre später erweiterte er seine Beschreibung auf Schulkinder, die bei normaler Intelligenz dieselben Lern- und Verhaltensprobleme zeigten wie seine Patienten und benutzte den Begriff „Minimale Hirnschädigung“. Daraus ging später die MCD hervor.
- viii Clements, S. D. /Peters, J. E. (1962). Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 6, Mar., 185-197. (Übersetzung im Text: Nicole Vidal)
- ix Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern erlauben die USA Direktwerbung für rezeptpflichtige Medikamente bei Laien.
- x Conrad, Peter (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. In: *Social Problems* 23 (1), S. 12–21.
- xi Bergey, Meredith R.; Conrad, Peter (2018). The Rise and Transformation of ADHD in the United States. In: Meredith R. Bergey et al. (Hg.): *Global Perspectives on ADHD. Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in Sixteen Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, S. 9–33; Visser, Susanna N. et al. (2014): Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53 (1), 34-46
- xii DGKJP (2017). Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. AWMF-Registernummer 028-045. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html> (geprüft am 21.03.2020); Romanos, M.; Jans, Th. (2014): ADHS – an der Nahtstelle von Medizin und Pädagogik. In: *Lernen und Lernstörungen* 3 (2), S. 117–132.
- xiii Venkatasubramanian, G.; Keshavan, M. S. (2016): Biomarkers in Psychiatry - A Critique. In: *Annals of Neurosciences* 23 (1), S. 3–5; Stubbe, D. E. (2018): Biomarkers in Psychiatry: Communication Opportunities and Obstacles. In: *Focus: Journal of Life Long: Learning in Psychiatry* 16 (2), S. 183–186.