

Eine kleine Geschichte der ADHS



Dr. Johannes Streif

Im Jahr 1871 veröffentlichte der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann, damals bereits international bekannt für sein Kinderbuch „Struwwelpeter“, in der Zeitschrift „Die Gartenlaube“ (quasi die erste BUNTE unter den deutschsprachigen Zeitschriften des 19. Jahrhunderts) einen Artikel über die Entstehungsgeschichte des bis „Harry Potter“ weltweit erfolgreichsten Kinderbuchs: „Gegen Weihnachten des Jahres 1844, als mein ältester Sohn drei Jahre alt war, ging ich in die Stadt, um demselben zum Festgeschenke ein Bilderbuch zu kaufen, wie es der Fassungskraft des kleinen menschlichen Wesens in solchem Alter entsprechend schien. Aber was fand ich? Lange Erzählungen oder alberne Bildersammlungen, moralische Geschichten, die mit ermahnenden Vorschriften begannen und schlossen, wie: Das brave Kind muss wahrhaft sein oder: Brave Kinder müssen sich reinlich halten.“

Hoffmann war gelangweilt von so viel moralinsaurer Biederkeit. Daher entschloss er sich, kurzerhand selbst ein Bilderbuch zu zeichnen und zu schreiben. Sein Adressat, der dreijährige Sohn Carl Philipp, soll begeistert gewesen sein – und so waren es die Freunde der Familie, die den Vater zur Veröffentlichung drängten. Immerhin wusste der Autor, wovon er schrieb, zumal der Zappelphilipp seinen Namen wohl nicht ohne Grund erhalten hatte.

Heinrich Hoffmann – Arzt und Bürger

Auch Hoffmann selbst war in seiner Jugend ein gleichermaßen umtriebiger wie vergesslicher Zeitgenosse, was ein Schulzeugnis von 1825 beweist: „Könnte mit größerem Ernst und geregelterm Fleiß seine Gaben besser ausnutzen“, stand da und auch sein Betragen war „nicht ohne Tadel“. Liebevoll-besorgt hatte sein Vater bereits 1823 an den 14-Jährigen geschrieben: „Da der Heinrich – wie eine nunmehr 14-tägige Erfahrung zu meiner großen Betrübniß gelehrt hat – in unregelter Tätigkeit und leichtsinniger Vergesslichkeit fortlebt, überhaupt nicht im Stande ist, seine Betriebsamkeit nach eigenem freiem Willen auf eine vernünftige und zweckmäßige Weise zu regeln, und im Verfolg dieser Regellosigkeit, die Schande für seine Eltern, der größte Nachteil für ihn selbst zu gewärtigen ist, so will ihm hiermit nochmals die Pflicht ans Herz legen und ihn auffordern: zur Ordnung, zum geregelten Fleiß, zur vernünftigen

tigen Einteilung seiner Zeit zurückzukehren, damit er ein nützliches Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft werde, und seine Eltern wenigstens zu der Erwartung berechtigt sind, dass er nicht untergehe in der Flut des alltäglichen gemeinen Lebens.“

Heinrich Hoffmann wurde ein angesehener Bürger seiner Heimatstadt Frankfurt. Zugleich war er alles andere als ein pädagogischer Moralist und politischer Spießbürger. Im Jahr 1848 war Hoffmann einer der Abgeordneten im Frankfurter Vorparlament und beherbergte den badischen Revolutionär Friedrich Hecker in seinem Haushalt. Die Geschichten vom Zappelphilipp, Hanns Guck-in-die-Luft oder dem bösen Friederich sollten Carl Philipp und all die Kinder nach ihm, die sich am „Struwwelpeter“ erfreuten, weder befehlen noch ängstigen. Vielmehr folgten sie dem – in seinen Effekten durchaus auch fragwürdigen – erzieherischen Prinzip, das Jean-Jacques Rousseau in seinem Werk „Emile oder über die Erziehung“ 1762 beschrieben hatte: Lasse die Kinder die Konsequenzen ihres Verhaltens spüren. Hoffmann jedoch wollte nicht, dass Carl Philipp blind gehorchte oder aber ins offene Messer lief. Er wollte, dass sein Sohn verstand, was die Nachteile der beständigen Unruhe, der Unaufmerksamkeit und unkontrollierten Aggression sind, nicht zuletzt, lebte man in einer Gemeinschaft. Er sollte die Konsequenzen des eigenen Verhaltens sehen und verstehen, bevor sie eintraten und ihm wie auch anderen schaden.

Hoffmann war weder Kinder- und Jugendpsychiater im heutigen Sinne noch begründete er die Kinder- und Jugendpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin. Obschon er ab 1851 Direktor der „Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt am Main war, verstand er sich nicht als Nervenarzt im Besonderen, sondern als Arzt im Allgemeinen, ganz im Sinne des Hippokratischen Eides, der bis heute eine Grundlage der Ethik therapeutischen Handelns ist und den Arzt vor allem auf die soziale Verantwortung seines Berufes verpflichtet. Im Vollzug dieser Ethik kam der Pädagogik zwangsläufig eine wichtige Funktion zu. Kinder mussten in ihrem Verhalten verstanden werden, damit die Erziehung ihren Verstand und ihre Vernunft zu wecken vermochte. Daher galt es Hoffmann, den Zappelphilipp, den unaufmerksamen Hanns und impulsiven Friederich weder zu verurteilen noch zu brechen, sondern für die Ordnung der Gesellschaft zu gewinnen.

Die Entstehung der Psychiatrie

Mit dem „Struwwelpeter“ hat Heinrich Hoffmann dennoch einen großen Beitrag zur Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Fasst man die Geschichten vom Zappelphilipp,

von Hanns Guck-in-die-Luft und dem bösen Friederich in einer Person zusammen, so ergibt sich eine erste Beschreibung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Literaturgeschichte. Motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität bilden ein typisches Syndrom gemeinsam auftretender Verhaltensweisen bei Kindern, aber auch – wie wir heute wissen – bei Erwachsenen. Hoffmann hat dieses Verhalten an sich und seinem Sohn Carl Philipp beobachtet, ihm jedoch nicht die Qualität einer Krankheit beigemessen. Wie konnte und sollte er auch?! Was wusste seine Zeit von der Funktion des Gehirns, von psychischen Dispositionen und psychiatrischen Erkrankungen? Wer hatte jemals das Verhalten von Kindern in einer homogenen Gemeinschaft systematisch analysiert, zumal unter reproduzierbaren wissenschaftlichen Bedingungen?

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts gab es längst noch nicht in allen deutschen Staaten eine Schulpflicht. Ungeachtet einer insbesondere seit der Aufklärung wachsenden Zahl pädagogischer Schriften gab es weder gesellschaftsweite Erziehungsprinzipien noch gar eine homogene erzieherische Praxis. Adelige und Kinder des Großbürgertums wuchsen anders auf als die des unteren und mittleren Bürgertums, jüdische Kinder vielfach anders als christliche, Kinder in den Städten anders als jene auf dem Land. Das Rousseausche Erfahrungslernen mag für den Nachwuchs der Oberschicht ein frühes pädagogisches Programm gewesen sein. Die Kinder der Bauern und Handwerker, der Industriearbeiter und einfachen Bediensteten hingegen machten diese nicht selten harten Erfahrungen an jedem Tag ihres Lebens; sie wurden fraglos in eine Welt und Gesellschaft hineinsozialisiert, in der abweichendes Verhalten nicht nur scharf sanktioniert war, sondern vielfach keine Option darstellte.

Wie sollten diese Kinder die Idee eines anderen Lebens haben, wie den Gedanken an die individuelle Bedeutsamkeit des eigenen Handelns fassen? Gleichermaßen sinnlos musste es den Eltern und Lehrern erscheinen, den Ideen ihrer Kinder freien Lauf zu lassen, ihren Gedanken zu folgen, mithin das Verhalten der Kinder zu beobachten und in seinen Bedingungen zu ergründen. Für die meisten Menschen dieser Zeit gab es vernünftigerweise nur dieses eine machbare Leben, das sie führten. Sie hatten es selbst erfahren und lehrten es ihre Kinder: Widerstand gegen die Gesellschaft war zwecklos. Heinrich Hoffmanns sozialpolitische Haltung war zwar nicht im gleichen Maße hoffnungslos, doch ein Unterstützer republikanischer Umsturzpläne wie auch umfassender sozialer Reformen war er nicht. Daher appellierte seine Pädagogik auch an den reflektierten Willen zur Anpassung, nicht an einen blinden Mut zur Veränderung. Und darin lag nun doch ein erster Gedanke des Psychiaters an eine Verhaltensstörung, war doch nicht einzusehen, dass Zappeln, Träumen und Wüten jemals ge-

sellschaftlich anerkanntes Handeln sein könnten.

Ungeachtet der Epoche und historischen Umstände, die Hoffmanns Denken und Handeln bestimmten, war die Zeit reif für grundlegende Veränderungen im wissenschaftlichen Blick auf das menschliche Verhalten. Mehrere Faktoren trugen dazu bei. Zum einen die wachsende Homogenisierung der Industriegesellschaften in ihren Bedingungen des Lebens innerhalb dieser Gesellschaften. Zugleich ging mit der Homogenisierung eine zunehmende Erfassbarkeit und systematische Beschreibbarkeit der Lebensbedingungen einher: Tausende von Menschen arbeiteten in derselben Industrieanlage, lebten in denselben Siedlungen; ihre Kinder besuchten dieselben Schulen, erhielten denselben Unterricht – verhielten sie sich unterschiedlich, musste es jenseits sozialer Konditionen andere Faktoren des Verhaltens, der Verhaltenssteuerung geben.

Genetische Disposition und soziale Evolution

Zum anderen wuchs das Wissen über die Natur des Menschen rasant an. Am 24. November 1859 veröffentlichte Darwin nach jahrzehntelangen Vorarbeiten „On the Origin of Species“, das zu einem zentralen Ausgangspunkt der Evolutionsbiologie wurde. Sieben Jahre später publizierte der Ordenspriester Gregor Mendel seine „Versuche über Pflanzenhybriden“, 1870 den Aufsatz „Über einige aus künstlicher Befruchtung gewonnene Hieracium-Bastarde“. Zwar wurde Mendels Anteil an der Begründung des erst Anfang des 20. Jahrhunderts „Genetik“ genannten Forschungsfeldes lange übersehen, doch war seine Arbeit die Manifestation einer neuen, quasi industriellen Empirie, die rasch alles in der Natur erfasst hatte: Tiere, Pflanzen, den Menschen und sein Verhalten. Bereits 1869 veröffentlichte Francis Galton – auf Beobachtungen basierend und weitgehend unabhängig von einer damals noch vagen Vererbungslehre – die erste empirische Studie zur menschlichen Verhaltensgenetik. „Hereditary Genius“ war die positive Variante einer Lehre, die Verwandtschaft sowohl sozial als auch biologisch begriff. Von ihr war es ein weiter, verschlungener Weg zur „genetic disorder“, den Verhaltensbiologie, Psychologie und Medizin selbst heute längst noch nicht gänzlich erkundet haben, und doch auch kaum mehr als ein logischer Schritt.

Noch 1867 rechnete Henry Maudsley (1835–1918), ein Pionier der britischen Psychiatrie, in seinem Buch „The Physiology and Pathology of Mind“ die unruhigen Kinder zur Krankheitsgruppe des „affektiven oder moralischen Irreseins“. Wiewohl ätiologisch vage, erscheinen Emotionen und Verhalten in Maudsleys Konzept, der Begrifflichkeit bereits der Antike verwandt, als Aspekte eines moralischen Bewusstseins, das der gesunde Mensch hat, der geistesranke jedoch nicht. Neuronale Verhaltensdisposition und konkrete Verhaltensmanifestation werden nicht klar voneinander getrennt. Und doch stellt Maudsleys Sicht auf den Geist

und seine Erkrankung eine qualitative Veränderung in der Beschreibung des „Irreseins“ dar: „Mental disorders are neither more nor less than nervous diseases in which mental symptoms predominate, and their entire separation from other nervous diseases has been a sad hindrance to progress.“ (Body and Mind, 1870/71). Es gibt etwas in unserer Physis, unserer Leiblichkeit, das unsere geistigen Leiden gleichermaßen bedingt wie unsere körperlichen Erkrankungen. Gestörtes Verhalten war für Maudsley mehr als die fehlende Einsicht in Konventionen der Gesellschaft – es war Ausdruck einer individuellen körperlichen und geistigen Verfassung des Menschen, die der Arzt nicht einfach ignorieren durfte.

So nimmt es nicht Wunder, dass der deutsche Psychiater Hermann Emminghaus (1845–1904), ab 1886 Ordinarius für Psychiatrie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Breisgau, kaum zehn Jahre später in seinem Werk „Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen“ (1978) von ihrer „Vererbung und Degeneration“ sprach. Die Medizin begann zu begreifen, dass Krankheiten, nachgerade auch psychiatrische Erkrankungen, die Folge einer körperlichen Anlage sowie des physischen Verfalls sein können. Emminghaus prägte dafür den Begriff der „Psychopathologie“. Denken und Verhalten waren keine vom Körper abgehobenen Phänomene eines freien Geistes, sondern Epiphänomene des Gehirns, eines Organs als einem Teil des menschlichen Körpers. In der krankhaften Abweichung des Körpers hatte die Geisteskrankheit nun erstmals einen zwar noch vielfach unverstandenen, jedoch konstitutiven Grund.

Das Nervenkostüm der Moderne

War das Fundament einer medizinischen Wissenschaft psychischer Auffälligkeiten erst einmal gelegt, setzte sich der Auf- und Ausbau der diesbezüglichen Forschung dank einer wachsenden internationalen Vernetzung der Wissenschaftler rasant fort. Dabei reflektierten nicht nur die materiellen Grundlagen der Wissenschaft, sondern nachgerade auch ihre Inhalte die gesellschaftlichen Strukturen, in welchen sich der Wandel vollzog. 1880 veröffentlichte der amerikanische Arzt George Miller Beard (1839–1883) ein zweibändiges Werk unter den Titeln „A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)“ und „American Nervousness, With its Causes and Consequences“. Beard führte damit nicht nur den Begriff der „Neurasthenie“ in die Medizin ein, der im Vorfeld des Ersten Weltkriegs zum Modegrund der Wehruntauglichkeit des gebildeten Bürgertums in Europa wurde, sondern brachte die Nervosität seiner Landsleute mit dem technischen Fortschritt in Verbindung: Dampfkraft, Tagespresse, Telegrafie, Wissenschaften sowie die geistige Aktivität von Frauen belasteten das Nervensystem der Menschen.

Mag diese Liste aus heutiger Sicht beliebig und auch lächerlich erscheinen, so nahm sie doch jene Faktoren eines

sich wandelnden sozialen Lebens in den Blick, welche die Existenz der Mehrheit grundlegend berührten. Was hatte die Lebenswelt der Masse zuvor je so erschüttert wie die Mechanisierung von Arbeit und Mobilität, die Ausrichtung an aktuellen Informationen, der gesellschaftsweite Zugang zur Bildung? Musste ein Leben in großen Städten, unter dem Eindruck einer fortwährenden, niemals ruhenden Aktivität, dem Gebot einer bislang unbekanntenen persönlichen wie medialen Erreichbarkeit folgend, nicht zwangsläufig unruhige Menschen hervorbringen, ständig erregt und gleichermaßen erregbar, zumal die Sicherheit und Gelassenheit vermittelnden jahrhundertalten Konventionen von Religion, Moral und sozialer Rolle zu verfallen schienen?!

Beards Zeitgenossen nahmen seine Ansichten so ernst wie die westlichen Gesellschaften vor 50 Jahren die Thesen eines Marshall McLuhan, der bereits damals das „global village“ beschwor, oder vor 30 Jahren die Warnungen eines Neil Postman, der „The Disappearance of Childhood“ (1982) oder „The Surrender of Culture to Technology“ (1992) beklagte. Heute postulieren viele Pädagogen, aber auch manche Psychologen und Ärzte, die ADHS sei eine Folge des Medienkonsums, der Überfrachtung des Geistes mit Informationen, seiner Traumatisierung durch Aktivität statt Aufmerksamkeit. Liegt das nicht ebenso nahe wie seinerzeit das Konzept der Neurasthenie? Letztlich mussten die Veränderungen der industriellen Revolution den Arzt nicht weniger beunruhigen als seine Patienten. Und was verstehen die Pädagogen, Psychologen und Ärzte unserer Tage von einer Technik und Kultur, die mit Computer, Smartphone und Internet bald jeden Winkel auch des Alltags der Kinder erfasst? Zu keiner Zeit der Menschheitsgeschichte hat sich die Kindheit der Schüler mehr von der Kindheit ihrer Lehrer unterschieden als heute. Können sie überhaupt noch begreifen, was das Verhalten ihrer jungen Klientel bedingt?

Die Pädagogik entdeckt ihre Grenzen

Erst vor diesem Hintergrund wird die Dimension des Wandels verständlich, den Pädagogik und Medizin in der Auseinandersetzung mit dem Verhalten von Kindern während der letzten Jahre des 19. Jahrhunderts durchliefen. 1890 veröffentlichte der Philosoph und Pädagoge Ludwig von Strümpell (1812–1899) seine „Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder“, in der er Unruhe und Unaufmerksamkeit als „konstitutionelle Charakterfehler“ bezeichnete. Verwies die Bezugnahme auf den „Charakter“ noch immer auf das Konzept einer gleichermaßen individuellen wie normativen Moral, so wurde das Defizitäre des Charakters zugleich als „konstitutionell“ markiert. Unruhe und Unaufmerksamkeit, die von Strümpell in seinem Spätwerk „einer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehrer, sowie für Schulbehörden und Kinderärzte“ bereits als miteinander verbun-

den betrachtete, waren bei ihm nicht länger Unarten, die pädagogisch zu kurieren sind, sondern Teil des Wesens der betroffenen Kinder. Zwar musste mit dem Verhalten dieser Kinder im Alltag von Familie und Schule umgegangen werden, doch ihre unbedingte Zurichtung für die Gesellschaft erschien nicht länger realistisch.

Das Konstitutionelle der ADHS-Symptomatik rückte nun mehr und mehr ins Blickfeld insbesondere der Pädiatrie, die sich in diesen Jahren als eigenständiges medizinisches Fachgebiet etablierte. 1895 wurde Otto Heubner, der Leiter der Kinderklinik an der Berliner Charité, zum ersten ordentlichen Professor für Kinderheilkunde in Deutschland berufen. Sein Nachfolger Adalbert Czerny (1863-1941) gründete dort die „Internationale Pädiatrischule“. Wiewohl die Kindermedizin in den USA bereits rund 40 Jahre früher institutionalisiert wurde, so begründete die Verbindung von Pädagogik, Medizin und Trophologie in Czernys Werk doch seinen besonderen weltweiten Ruhm. Google widmete dem deutschen Kinderarzt zu dessen 150. Geburtstag am 25. März 2013 sogar eines seiner „Doodles“ auf der Startseite der Suchmaschine.

In zwei Schriften befasste sich Czerny direkt mit dem pädagogischen Auftrag des Arztes: „Der Arzt als Erzieher des Kindes“, ein 1908 erstmals erschienener Vorlesungsband, sowie „Die Erziehung zur Schule“ aus dem Jahr 1916. In beiden Büchern beschäftigte sich der Pädiater mit dem Verhalten von Kindern, das er wesentlich durch die elterliche Erziehung geprägt sah. Zugleich beobachtete er in seiner klinischen Praxis eine Gruppe von Kindern, deren Verhalten durch einen auffälligen Bewegungsdrang, mangelnde Ausdauer sowohl im Unterricht als auch im Spiel, mangelhafte Konzentrationsfähigkeit sowie Unfolgsamkeit imponierte. Er ordnete sie zwischen normalen und „geistig minderwertigen“ Kindern ein, – eine Begrifflichkeit, die heute irritiert, in der Frühzeit der Intelligenzmessung jedoch die durchschnittlich begabten und lernbehinderten Menschen von jenen mit geistiger Behinderung schied.

Wie von Strümpell mochte sich Czerny nicht vom historischen Anspruch einer erzieherisch zugänglichen, moralischen Qualität des Verhaltens verabschieden. Dennoch schien das Handeln der unruhigen, unaufmerksamen und impulsiven Kinder, je ausgeprägter es war, durch etwas bedingt zu sein, das sich in Teilen der Prägung durch die Umwelt entzog. Nicht anders als eine fehlende intellektuelle Begabung, die durch noch so viel Unterricht einschließlich (aus Czernys Sicht völlig verfehlter) Prügel nicht auszugleichen war, vermochte die Erziehung diese „neuropathische Konstitution“ nicht zu heilen.

Die Vermessung des Menschlichen

Vielleicht war es das weiterhin ungenügende medizinische Wissen über die Struktur und v. a. die Funktion des Gehirns,

das Adalbert Czerny davon abhielt, der Neuropathie eine zwar anzunehmende, jedoch nicht zu belegende neurophysiologische Ursache zuzuweisen. Erst 1929 veröffentlichte Hans Berger die ersten Daten zur fünf Jahre zuvor von ihm entwickelten Elektroenzephalographie des Menschen. Es dauerte weitere 50 Jahre, bis die Computertomographie (CT) erlaubte, die Hirnstruktur ohne physischen Eingriff schichtweise abzubilden und zu analysieren. Eine Dekade später begann mit der Magnetresonanztomographie (MRT) das Zeitalter der bildgebenden Hirnfunktionsmessung. Nun erst konnten zunächst Wissenschaftler, dann auch die Ärzte und Psychologen in mehr und mehr Kliniken spezifische Bereiche des Gehirns eines Patienten in ihrer Funktion beobachten. Bis in die letzten Jahre des vorigen Jahrhunderts waren die ätiologischen Konzepte psychischer Erkrankungen vielfach hochspekulativ. Und noch heute verstehen wir die Interaktion verschiedener Hirnstrukturen und Botenstoffsysteme nur ansatzweise, geschweige denn, wie sie dem Menschen erlauben, auf Grundlage dieses neuronalen Netzes ein Bewusstsein zu entwickeln, das die Voraussetzung jeder willentlichen Verhaltenssteuerung ist. Dass Ärzte wie der schottische Psychiater Thomas Smith Clouston (1840-1915) bereits 1899 über die Ursachen von „Stages of Overexcitability, Hypersensitiveness and Mental Explosiveness and Their Treatment by the Bromides“ schrieb (veröffentlicht im „Scottish Medical and Surgical Journal“), ist die Folge einer vergleichenden Verhaltensbeobachtung. Clouston konnte die von ihm postulierte Dysfunktion im Hirncortex, die er auf eine gestörte Reaktionsfähigkeit der Neurone der höheren Hirnregionen zurückführte, nicht messen. Dennoch sah er im klinischen Alltag, wie der Londoner Kinderarzt George Frederick Still (1868-1941), junge Patienten, deren Verhalten jenem ähnelte, das andere Krankheiten hervorbrachten, über deren Ätiologie bereits mehr bekannt war. Clouston erkannte dabei Parallelen zur Überaktivität des motorischen Cortexes bei Epilepsien.

Still äußerte in seiner Vorlesungsreihe über 20 hyperaktive Kinder, die er 1902 am „Royal College of Physicians“ der englischen Hauptstadt hielt, hingegen einen anderen Verdacht. Er hatte Schädigungen des Gehirns durch Unfälle oder akute Erkrankungen beobachtet, die lokalisierbar waren. Nachdem er diese Patienten sowie Kinder, die in desolaten Familienverhältnissen aufwuchsen, aus seinen Studien ausgeschlossen hatte, blieb ein Rest motorisch überaktiver Kinder, v. a. Jungen, deren Symptomatik weder auf diagnostizierbare Läsionen noch eine kritische Sozialisation zurückzuführen waren.

Abgesehen von der Unruhe seiner kleinen Patienten war Still über deren „abnorme Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit aufrecht zu halten“ erstaunt; dies führte, so der Kinderarzt, trotz normaler Intelligenz häufig zu Schulversagen. Der von Still reklamierte Zusammenhang von Aufmerksamkeit,

Begabung und Schulleistung war für seine Zeit insofern bemerkenswert, als die Intelligenzmessung zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch in ihren Kinderschuhen steckte. Zwar hatte Alfred Binet 1889 an der Gründung des ersten psychologischen Forschungslabors in Frankreich mitgewirkt und mit „L'année psychologique“ die erste Fachzeitschrift seiner Disziplin im Lande gegründet, doch der weltweit erste standardisierte und normierte Intelligenztest für Kinder, der Binet-Simon-Test, erschien erst 1905. Die Begabungsdiagnostik war jedoch eine notwendige Voraussetzung für ein valides Konzept der Aufmerksamkeit, die als Teilleistung an der Intelligenz, der Summe aller höheren kognitiven Funktionen, beteiligt ist.

Wie es der Entdeckung von Bakterien und Viren bedurfte, um die Übertragung vieler Krankheiten zu erklären, so bedurfte es der Begabungsforschung, um zu erkennen und zu verstehen, inwiefern die spezifische Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit das Symptom einer psychischen Störung sein konnte. Zuvor wurde die kognitive Leistungsfähigkeit eines Menschen allein anhand der Erfüllung normativer gesellschaftlicher Ansprüche beurteilt. Woran die Erfüllung dieser komplexen Normen scheiterte, wurde hingegen kaum gefragt. Die logische Konsequenz war eine pauschale Pathologisierung, wie sie Maudsleys Konzept des „affektiven oder moralischen Irreseins“ oder von Strümpells „konstitutionelle Charakterfehler“ markierten. Für Still war die Schulleistung nicht länger ein Äquivalent der Begabung, sondern die Folge eines Zusammenwirkens mehrerer Faktoren: Gesunde Entwicklung in einer dafür förderlichen Umgebung, Intelligenz sowie die Fähigkeit zur willentlichen Steuerung der Aufmerksamkeit. Waren die ersten beiden Bedingungen gegeben, wurde das Fehlen der dritten Bedingung zum Syndrom und damit zur Störung.

Mit seinen präzisen Fallbeispielen legte Still den Grundstein für die erstmalige wissenschaftliche Beschreibung der ADHS, wenngleich das Störungsbild diesen Namen erst rund 80 Jahre später erhalten sollte. Zugleich gaben die Befunde seiner Forschung dem ätiologischen Verständnis der ADHS eine fatale Richtung vor, welche die Auseinandersetzung mit der ADHS als Krankheitsentität jahrzehntelang bestimmte. Irgendwo schlummerte in den Gehirnen der Kinder eine minimale cerebrale Dysfunktion (als MCD später begrifflicher Vorläufer der „Hyperkinetischen Störung“ HKS sowie der ADHS), wie auch immer sie entstanden sein mochte, und begründete ihr ungestümes Verhalten. Nach welchen Ursachen der Pathologie sollte die Medizin nun aber suchen, wenn der Hirnschaden so klein war, dass er nicht festgestellt werden konnte?

Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter

Die deutsche Kinderheilkunde ging derweil einen anderen Weg. Im Schatten von Adalbert Czernys Wirken an der Berliner Charité entstand unter dem Ordinariat des Psychiaters

Karl Ludwig Bonhoeffer im Jahr 1921 eine „Kinder-Kranken- und Beobachtungsstation“ – eine der ersten kinderpsychiatrischen Abteilungen weltweit. Leiter dieser Station wurde der Psychiater Franz Kramer (1878-1967), später Stellvertreter Bonhoeffers an der Charité. 1932 veröffentlichten Kramer und sein Assistent Hans Pollnow (1902-1943) in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ (Bd. 82 S. 1-40) einen umfangreichen Artikel „Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“. Bereits zwei Jahre zuvor hatten die Autoren im „Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“ (Bd. 57, S.844-845) erstmals über „Hyperkinetische Zustandsbilder im Kindesalter“ berichtet.

Franz Kramers und Hans Pollnows Artikel machte die Namen seiner Autoren für Jahrzehnte zum Inbegriff der Hyperkinese. Das in Deutschland für mehrere Dekaden als „Kramer-Pollnow-Syndrom“ bekannte Störungsbild beschrieben die Ärzte mit zahlreichen Beispielen und großer Genauigkeit der Beobachtung. Wie schon bei Clouston und Still war auch im Bericht von Kramer und Pollnow die Hyperaktivität der Ausgangspunkt und das Zentrum der Beobachtungen. „Das Symptombild [...] wird in erster Linie durch eine oft erstaunliche Bewegungsunruhe charakterisiert. [...] Meist kommt der Beginn der Unruhe zwischen dem dritten und vierten Jahre, selten später. Ihr Höhepunkt scheint um das sechste Lebensjahr herum zu liegen.“ Dann zitierten die Autoren aus den „Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters“ von August Homburger, die im Jahr 1926 erschienen waren: „In unverbundenen Einzelhandlungen wird ein augenblickliches Begehren befriedigt, ohne daß irgendeine von ihnen in ihrem Erfolg Befriedigung gewährte ... Allen Bewegungen ist eine gewisse Heftigkeit eigen und das ganze Bewegungsbild ist durch den Mangel regelnder Abmessungen gekennzeichnet. In alledem liegt weder Sinn noch Ordnung.“

Auf drei Seiten skizzierten Kramer und Pollnow in bis heute weitgehend gültiger Fassung die Symptome der Hyperaktivität, einer altersungemäßen Unruhe, die rast- und ziellos ist und deren Bewegungen impulsiv und ungesteuert erfolgen. Mehr noch: Kramer und Pollnow nannten mit der Erwähnung des sechsten Lebensjahres als Hauptzeit der Manifestation der Hyperkinese bereits ein Kriterium, das gemäß hierzulande gebräuchlicher „International Statistical Classification of Diseases“ (ICD-10 F90.0) bis heute eine Bedingung der Diagnose der „Hyperkinetischen Störung“ ist, wie die Weltgesundheitsorganisation die ADHS noch immer nennt. Tritt die Symptomatik der ADHS erstmals nach Vollendung des sechsten Lebensjahres auf, darf die Diagnose nicht gestellt werden.

Auch die Aufmerksamkeitsstörung beschrieben Kramer und Pollnow in allen noch heute relevanten Aspekten. Sie beobachteten eine „gesteigerte Ablenkbarkeit; gestellte Aufgaben können nicht festgehalten werden. Oft hören die Kin-

der nicht auf Anruf, geben auf Fragen keine Antwort, auch wenn sie den Sinn verstehen und über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen, sich sprachlich zu äußern.“ Obschon die Ärzte angesichts der von ihnen stationär behandelten Kinder von einer im Mittel eingeschränkten intellektuellen Begabung der Betroffenen ausgingen, erkannten sie, dass deren begrenzten Fähigkeiten zur willkürlichen Ausrichtung der Aufmerksamkeit das Wahrnehmen und Erinnern beeinträchtigten.

Zugleich erfassten sie eine wesentliche Verbindung von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung: „Die Gegenstände der Umwelt werden nur als Objekte benutzt, an denen sich Bewegungstendenzen verwirklichen können; sie interessieren nur, solange sie als Reize wirken.“ Die Aufmerksamkeit der auffälligen Kinder schien äußeren Anregungen ungehemmt zu folgen, anstatt, wie es mit zunehmendem Alter zu erwarten war, sich bewusst den Gegenständen zuzuwenden und diese intentional zu gebrauchen. Es bedurfte der langen und sorgsamten Beobachtung unter kontrollierten stationären Bedingungen, um solche durch Reize getriggerten Verhaltenstendenzen von erratischem Verhalten oder einem unzureichenden Verständnis des Objektgebrauchs abzugrenzen. Das Verhalten der kleinen Patienten wirkte zwar unruhig und ungesteuert, doch es trat weder nur zufällig auf noch ließ es jeden Bezug zur Umwelt vermissen.

Selbst den dritten Symptombereich der ADHS, der erst in den letzten 25 Jahren ins Zentrum der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Störungsbild rückte, beschrieben Kramer und Pollnow mit erstaunlicher Genauigkeit. Heute wird in der Forschung zur ADHS die Impulsivität, wiewohl nicht Bestandteil des Namens, als Kernsymptomatik der Störung angesehen. Die eingeschränkte Verhaltenshemmung, die ihre Ursache v.a. in einer unzureichenden Funktion des präfrontalen Cortex hat, bedingt nicht nur ein spontan anmutendes Ausagieren innerer Impulse, sondern zugleich eine hohe Erregbarkeit durch äußere Reize. Diese situativ weitgehend ungesteuerte Reagibilität lässt die Aufmerksamkeit von Reiz zu Reiz springen, während kaum eine sekundäre Kontrolle unwillkürlicher Bewegungsimpulse durch die dafür vorgesehenen Instanzen des Gehirns stattfindet. Was Kramer und Pollnow zu ihrer Zeit nicht verstehen konnten, in der typischen Einheit der Symptomatik jedoch eindrücklich beschrieben, ist die zentrale Bedeutung der Exekutiven Funktionen des Frontalhirns zur Planung und Steuerung von Aufmerksamkeit und Verhalten.

Vor diesem Hintergrund wiesen die Autoren bereits vor über 80 Jahren auf die sozialen Folgen der Symptomatik hin: „Diese Aggressionen treten übrigens nicht nur reaktiv auf, wenn ihnen etwas nicht paßt, sondern sie kommen auch spontan zustande. Eben darum, weil sie auch ohne

jeden äußeren Anlaß schlagen, stoßen und knuffen, sind die Hyperkinetiker meist sehr unbeliebt bei anderen Kindern, die der elementaren Vehemenz, mit der die erkrankten Kinder ihren Impulsen folgen, leicht hilflos gegenüberstehen.“ Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität waren ganz offensichtlich mehr als nur ein individueller Ausdruck von Temperament oder kindlicher Befindlichkeit – sie waren das Symptom einer basalen Einschränkung der Anpassungsfähigkeit an die Regeln des Zusammenlebens, sie waren eine systematische Bedingung des Scheiterns des gestörten Einzelnen in der Gemeinschaft.

Pathologische Dimensionen kindlichen Verhaltens

Kramers und Pollnows Patienten wurden nicht monatelang in einer Klinik behandelt, weil ihre Eltern überbesorgt oder gleichgültig, ihre Lehrer überfordert oder bequem waren, weil Krankenhäuser und Pharmafirmen nach neuen Märkten suchten und die saturierten Bürger einer Wohlstandsgesellschaft nach Erregung. Franz Kramer und Hans Pollnow hatten die Extremfälle eines Leidens beschrieben, das schon lange bestand, doch erst durch die wissenschaftlichen und sozialen Veränderungen eines Jahrhunderts an die Oberfläche des gesellschaftlichen Bewusstseins drängte. Es bedurfte der Homogenisierung der Lebensumstände, der Normierung von kindlicher Entwicklung durch Schulpflicht und allgemeine Erziehungsprinzipien, des medizinischen Fortschritts sowie einer systematisierten Empirie der Verhaltensforschung, um zu erkennen, dass, aller Individualität des Daseins zum Trotz, eine evolutionär verfeinerte Natur den Menschen im Allgemeinen zur kognitiven Höchstleistung zivilisatorischer Selbstkontrolle und Anpassung befähigte. Erst in diesem komplexen System, das die Integration des Einzelnen nicht nur in eine Dorfgemeinschaft oder den überschaubaren Rahmen eines Berufes und Standes, sondern in eine zur sozialen Norm gewordene bürgerliche Gesellschaft verlangte, in der jeder lesen, schreiben, rechnen, Verträge schließen und Parlamente wählen sollte, wurde sichtbar, wie schwer es einem Teil der Kinder fiel, diese „Selbstzwangapparatur“ (Norbert Elias) auszubilden.

Der soziale Wandel seit den Zeiten Heinrich Hoffmanns hatte die ADHS nicht geschaffen, sondern manifestiert. 1848 stand der Frankfurter Arzt an vorderster Front eines Bürgertums, das seinen Einfluss in einer zur Nation amalgamierenden Gesellschaft durch Anpassung und Leistung erstrebte, nicht durch Revolution und Verweigerung. Hoffmann ahnte, dass die Generation seines Sohnes Carl Philipp politisch und sozial mächtiger sein würde als die seine. Die Kinder der kommenden Generationen würden nicht nur ihre Politiker, sondern auch ihre Berufe, ihre Partner, ihren Wohnort und Lebensstil mehr oder minder frei wählen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, mussten die Carl Philipps der neuen Zeit verstehen, was ihr Verhalten bewirkte, und lernen, es selbst zu kontrollieren.

88 Jahre nach dem Weihnachtsfest, zu welchem die „Lustige[n] Geschichten und drollige[n] Bilder für Kinder von 3-6 Jahren“ des erst später „Struwwelpeter“ betitelten Buches auf dem Gabentisch der Hoffmanns lagen, ist aus dem Zappelphilipp der Hyperkinetiker geworden, aus dem Hanns Guck-in-die-Luft das in der Gemeinschaft großer Schulklassen kaum mehr zu unterrichtende unaufmerksame Kind, aus dem bösen Friederich der sozialverhaltensgestörte Kevin, dem die amerikanische Autorin Lionel Shriver in ihrem Roman „We need to talk about Kevin“ ein extremes Denkmal setzte. Natürlich wussten Franz Kramer und Hans Pollnow nicht, was die Medizin des 21. Jahrhunderts über die ADHS weiß. Doch ihre Beschreibung einer „hyperkinetischen Erkrankung im Kindesalter“ hatte aus systematischen Beobachtungen ein valides, empirisch belegtes Störungsbild geschaffen, das seiner Zeit das Verhalten dieser Kinder zwar nicht verständlich, jedoch begreiflich machte.

Wie die ADHS eine amerikanische Krankheit wurde

Warum das Störungsbild erst in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg populär wurde, und warum diese Popularität von den USA ihren Ausgang nahm, hat mehrere Gründe. Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs lag die politische Ordnung Europas, wie sie sich seit dem Wiener Kongress herausgebildet hatte, in Trümmern. Einst mächtige Staaten wie die österreichisch-ungarische Monarchie zerfielen. Deutschland, die europäische Kontinentalmacht unter preußischer Führung, verlor große Gebiete im Osten, die nicht zuletzt kulturell bedeutsam waren. Zwar verblieben alte Universitätsstädte wie Königsberg und Breslau innerhalb des Deutschen Reiches, doch u. a. die renommierten Universitäten in Krakau und Lemberg, die zu Österreich-Ungarn gehörten, lagen nun innerhalb der neu gegründeten Republik Polen.

Berlin profitierte zunächst von der Westverschiebung der deutschsprachigen Kultur und Wissenschaft. Schon zur Zeit des Kaiserreichs praktizierten und lehrten viele bedeutende Ärzte in Berlin, die aus dem Osten Europas stammten oder zeitweise dort wirkten: Rudolf Virchow war in Pommern geboren; Robert Koch forschte parallel zu seiner Tätigkeit als Kreisphysikus in Wollstein (Posen) am Milzbranderreger; Ferdinand Sauerbruch begründete in seiner Zeit an der Universitätsklinik Breslau die Thoraxchirurgie. Karl Ludwig Bonhoeffer hatte sich 1897 in Breslau habilitiert und war dort, unterbrochen durch kurze Aufenthalte in Königsberg und Heidelberg, bis zu seiner Berufung an die Berliner Charité der Leiter der Psychiatrischen Klinik.

Franz Kramer war in Breslau geboren, sein Mitarbeiter Hans Pollnow in Königsberg. Beide entstammten, wie so viele Wissenschaftler dieser Zeit, dem liberalen deutschen Judentum. Auch Leo Kanner, der als erster den frühkindlichen Autismus beschrieb, war das Kind einer jüdischen Familie aus Klekotow in Galizien, damals österreichisch-

ungarisches Kronland. Während Kanner bereits 1924 in die USA gezogen war und ab 1930 am Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore die erste kinderpsychiatrische Station des Landes aufbaute, emigrierte Pollnow im Mai 1933 nach Frankreich. Dort wurde er im Februar 1943 verhaftet und am 21. Oktober 1943 im österreichischen KZ Mauthausen erschossen. Kramer arbeitete noch bis 1935 an der Charité, dann wurde auch er entlassen. Im August 1938 wanderte er in die Niederlande aus, wo er den Krieg überlebte.

Nach dem Ende des Dritten Reiches lag die deutsche Wissenschaft am Boden. Viele bedeutende Forscher waren bereits vor dem Krieg kaltgestellt oder vertrieben worden. Nun verließen weiterte Wissenschaftler das Land, da die deutschen Universitäten vielfach zerstört, mittellos und vom internationalen Austausch abgeschnitten waren. Ungarische und deutsch-jüdische Emigranten, allen voran Albert Einstein, hatten in den USA wesentliche Anstöße zur Entwicklung der Atombombe gegeben, da man einen militärtechnischen Vorsprung des nationalsozialistischen Deutschlands fürchtete. Amerika gewann jedoch nicht nur diesen Wettlauf. Als der Krieg in Europa 1945 zu Ende war, hatten Rassismus und Zerstörung der wissenschaftlichen Dominanz des alten Kontinents auch auf anderen Gebieten, nicht zuletzt der Medizin, ein Ende gesetzt.

Zugleich konnten die USA in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg die emigrierten Psychiater gut gebrauchen. Nach und nach kamen Hunderttausende traumatisierter, psychisch auffälliger Soldaten aus den Kriegen in Europa und Asien in ihre Heimat zurück. Dort trafen sie auf eine Psychiatrie, deren Krankheitskonzepte noch überwiegend tiefenpsychologisch geprägt waren. Hatte die Mehrzahl der Psychiater vor dem Krieg in eigenen Praxen gearbeitet, waren sie nach 1945 überwiegend Angestellte staatlicher Krankenhäuser und Gesundheitsdienste. An ihrer individuellen diagnostischen und therapeutischen Praxis änderte dies zunächst nichts. Nicht selten kam es daher vor, dass die Mitarbeiter derselben Klinik analoge Symptomatiken unterschiedlichen Störungen zuordneten. Noch größer waren die Abweichungen zwischen den Einrichtungen, zumal dann, repräsentierten diese in ihrer Funktion als Lehrkrankenhäuser unterschiedliche psychotherapeutische Schulen. Nun fiel auf, dass viele psychiatrische Störungsbilder ungenau beschrieben, ätiologisch fragwürdig begründet und diagnostisch nicht systematisch erfasst waren.

Manuale für eine digitale Welt

Was der Psychiatrie fehlte, war ein einheitliches Diagnose-Manual, das die Grundlage aller Ärzte und Psychologen in Kliniken und Praxen sein sollte. Als das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) 1952 in erster Ausgabe erschien, enthielt es 106 psychiatrische Störungsbilder. Keines davon war spezifisch für das Kindes- und

Jugendalter. Schließlich hatte die „American Psychiatric Association“ (APA), die das Manual bis heute herausgibt, erst 1950 die Vorarbeiten der Militärs, die bereits im Krieg begonnen hatten, übernommen und weitergeführt. Erst die zweite Ausgabe von 1968 nahm die „Hyperkinetic Reaction of Childhood“, namentlicher Vorläufer der ADHS, als eines der Störungsbilder in die neu geschaffene Gruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend auf.

Treibende Kraft der Etablierung der ADHS als anerkannter Störung war der amerikanische Psychiater Leon Eisenberg, der Leo Kanner, mit dem er seit 1952 zusammenarbeitete, im Jahr 1959 als Chef der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Johns-Hopkins-Hospital ablöste. Durch seine empirische Forschung zum Autismus wusste Eisenberg nur zu gut, wie sehr überkommene ätiologische Konstrukte und soziale Vorstellungen die Krankheitsbegriffe der Psychiatrie prägten. Sein Zugang zu psychiatrischen Erkrankungen war ein anderer. Eisenberg spekulierte nicht über Konflikte und Neurosen, sondern beobachtete die Symptome seiner jungen Patienten, für die er eine Abhilfe suchte. 1958 erhielt er als erster Wissenschaftler überhaupt staatliche Fördermittel zur psychopharmakologischen Forschung mit Kindern. Zugleich führte er ein Studiendesign ein, das beispielhaft werden sollte für die systematische Erprobung von Medikamenten: die zufällige Zuweisung von Patienten zu Interventions- und Kontrollgruppen.

Für die geplanten Studien suchte sich Eisenberg einen jungen Psychologen, der ihn bei der Durchführung unterstützen sollte. Gemeinsam mit Keith Conners, einem in Harvard promovierten ehemaligen Rhodes Scholar, führte er in den kommenden Jahren einige bahnbrechende Untersuchungen zur Psychopharmakotherapie bei Kindern durch. Die von Conners entwickelten Frage- bzw. Beurteilungsbögen zur Symptomatik der ADHS, später zu den „Conners Comprehensive Behavior Rating Scales“ (CBRS) thematisch ausgeweitet, machten ihren Autor zu einer der bekanntesten Personen der ADHS-Forschungsgeschichte. Darüber hinaus operationalisierten die Skalen ein neues, phänomenologisches Störungskonzept, das 20 Jahre später zur empirischen Grundlage der dritten Ausgabe des DSM werden sollte: Die Beschreibung von Syndromen anhand statistisch eng miteinander verbundener Symptome.

1961 ließ die „Food and Drug Administration“ (FDA) den Wirkstoff Methylphenidat (MPH, u. a. in Ritalin enthalten) zur Behandlung von Kindern mit Verhaltensproblemen zu. Dass Stimulanzien aus der Substanzklasse der Amphetamine günstig auf das Verhalten hyperaktiver Kinder wirken konnten, wusste die medizinische Fachwelt bereits seit einem Aufsatz des Kinderarztes Charles Bradley aus dem Jahre 1937. Unter dem Titel „The Behavior of Children Receiving Benzedrine“ hatte Bradley im Novemberheft des „American Journal of Psychiatry“ erstmals über den Ein-

satz von Amphetamin in der Behandlung verhaltensauffälliger Kinder geschrieben. Bereits 1963 veröffentlichten Eisenberg und Conners die Befunde ihrer ersten Studie zu den „Effects of Methylphenidate on Symptomatology and Learning in Disturbed Children“, wiederum in der Novemberausgabe des „American Journal of Psychiatry“.

Auf die Fortentwicklung des DSM hatte die Forschungsarbeit von Eisenberg und Conners jenseits der Aufnahme kindheitsspezifischer Störungen zunächst wenig Einfluss. Daher wurde auch die auf 182 Störungsbilder erweiterte zweite Ausgabe des DSM von 1968 weiterhin von psychodynamischen Störungskonzepten dominiert. Sichtbar wurde das am Beispiel der Homosexualität, die seit der Erstausgabe von 1952 als psychiatrische Störung im Manual enthalten war. Erst mit dem Erscheinen der siebten Auflage des DSM-II im Jahr 1974 fand sich innerhalb der APA eine Mehrheit für die Streichung der Homosexualität – dies allerdings nur gegen den erklärten Widerstand der „American Psychoanalytic Association“. Danach bedurfte es sechs weiterer Jahre, bis im DSM-III von 1980 aus der „Hyperkinetic Reaction of Childhood“ die „Attention Deficit Disorder“ wurde. Nun hatte mit dem Wegfall der Reaktion als Teil des Störungsbegriffs auch die spätere ADHS ihre letzte offensichtliche Referenz auf eine psychoanalytische Ätiologie eingebüßt. 1987 änderte die Revision der dritten Ausgabe den Namen schließlich zur bis heute gültigen „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD), dem das deutsche Akronym ADHS nachgebildet ist.

Die ADHS als Spiegel der Zeit

Der deutsche Journalist Jörg Blech schrieb 2012 in seinem SPIEGEL-Artikel „Schwermut ohne Scham“ (Heft 6 vom 06.02.2012), Leon Eisenberg habe sich 2009 in einem Gespräch wenige Monate vor seinem Tod vom neurophysiologischen Konzept der ADHS distanziert und diese „ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung“ genannt. Warum aber sollte Eisenberg dies gesagt haben? Mag sein, er bereute gegen Ende seines Lebens – mit sorgenvoll-selbstkritischem Blick zurück auf die bemerkenswerte Karriere des von ihm definierten Syndroms und seiner über die Jahrzehnte exorbitant angestiegenen medikamentösen Behandlung – seinen Anteil an der Aufnahme der ADHS in das DSM-II. Doch konnte er ernstlich glauben, er allein habe die ADHS „fabriziert“ und mithin eine Krankheit erfunden, die eine Heerschar von Ärzten und Psychologen in der Folge bei vielen Millionen Kindern weltweit diagnostizierte und zu deren Erforschung und Therapie inzwischen viele Milliarden Dollar ausgegeben wurden und noch immer werden? Vielleicht reflektierte Leon Eisenbergs jahrzehntelanges Wirkens als Forscher und Arzt in gewisser Weise eine vergleichbar elementare Veränderung der Lebensbedingungen von Kindern, wie sie seit der Zeit Heinrich Hoffmanns bis zur Arbeit Franz Kramers und Hans Pollnows an der Berliner Charité stattgefunden hatte. Nach dem Ende des

Zweiten Weltkriegs setzte in den USA ein immenser sozialer Wandel ein: die Refokussierung der Menschen auf eine Zivilgesellschaft, in welcher die Aufmerksamkeit wieder mehr dem Schicksal des Einzelnen galt, weniger dem Schicksal des Staates; der automobilen Auszug des Bürgertums aus den Großstädten in die Vororte, wo die Mütter kaum etwas anderes tun konnten und sollten, als sich um ihre Kinder zu kümmern; eine in der Geschichte beispiellose Pädagogisierung des kindlichen Alltags.

Eisenberg konnte am Ende seines Lebens nicht vergessen haben, woher die kleinen Patienten in seiner Klinik gekommen waren: aus einer bildungsbeflissenen und leistungsorientierten Mittelschichtkultur, die nun zumeist Zeit und Geld genug hatte, ihren Alltag an den realen wie vermeintlichen Bedürfnissen der Kinder auszurichten, anstatt die Kinder nolens volens auf den Alltag der Erwachsenen. Hoffmanns Sohn Carl Philipp erhielt ein Bilderbuch, um ihn für die Selbstkontrolle seines Verhaltens zu gewinnen. Clouston und Still beruhigten ihre Patienten in Schule und Familie mit Kaliumbromid. Kramer und Pollnow setzen in der Klinik das seit 1912 verfügbare Barbiturat „Luminal“ (Phenobarbital) ein.

Als Eisenberg und Conners ihre Versuchsreihe mit Methylphenidat aufnahmen, bot sich das Amphetaminderivat zur Behandlung verhaltensauffälliger Kinder an, da es erwiesenermaßen wirkte und offensichtlich kaum Nebenwirkungen hatte. Mit den Symptomen der ADHS beschrieben die beiden Wissenschaftler zugleich statistisch valide und unabhängig von der subjektiven Perspektive des Diagnostizierenden die spezifischen Aspekte der Verhaltensauffälligkeit, die mittels MPH zu therapieren waren: Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität. Die ADHS war sowohl als psychiatrische Störung wie auch als Störungsbild, das sich im Kontrast zu gesellschaftlichen Normen manifestierte, so real, wie ein Leiden nur sein konnte.

Freilich setzte dieses Leiden einen Referenzrahmen voraus – Gesundheit oder Normalität – sowie eine Empfindsamkeit für das Leid. Beides war gegeben. Die Mehrheit der Kinder passte sich weitgehend problemlos an das neue Leben in Ganztagschulen und pädagogischen Institutionen an. Diese Kinder fanden sich mit der permanenten wohlwollenden Observanz von Eltern, Lehrern und Erziehern leichthin ab oder schätzten sie sogar, da sie die Erwartungen der Erwachsenen erfüllten. Manche Kinder hingegen, durchschnittlich eines in einer Klasse von 20 Schülern, hatten demgegenüber Schwierigkeiten mit den neuen sozialen Strukturen, welche ja weiterhin Anpassung verlangten, jedoch weder ihre Grenzen klar aufzeigten noch die Einhaltung ihrer Regeln in unbedingter Weise einforderten.

In einer Zeit und Gesellschaft von „political correctness“ und „nonviolent communication“ (Marshall Rosenberg)

mussten Kinder auffallen, deren hemmungsloses Verhalten von inneren Impulsen und äußeren Reizen bestimmt wurde. Auch diese Kinder wussten, was man von ihnen erwartete, doch sie konnten die Erwartungen ihrer Umwelt ohne besondere Hilfen nicht erfüllen. Sie, ihre Eltern und sogar ihre Lehrer und Erzieher litten an dem sichtbaren Scheitern in der Gemeinschaft, das nun möglich geworden war, da die Lebensentwürfe der Erwachsenen nicht länger ihre Gültigkeit auch für die Kinder zu erzwingen vermochten, die „special needs education“ eine gleichermaßen fördernde wie stigmatisierende Alternative zur Regelschule darstellte und das Funktionieren der Kinder innerhalb und außerhalb der Familie im sozialen Vergleich zum Kriterium des gesellschaftlichen Funktionierens auch der Eltern wurde.

Das Ende der Erziehung, das Ende des Leids?

War es denn denkbar, dass die Pädagogisierung des Alltags, die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts immer weitere Schichten der westlichen Industriegesellschaften erreicht hatte, wieder rückgängig gemacht würde? Und war es überhaupt wünschenswert, zu den oppressiven Strukturen früherer Zeiten und Gemeinschaften zurückzukehren, zu Autoritätshörigkeit und einer Sozialisation der Kinder ins vermeintlich unvermeidliche Schicksal?! Nein! Dann aber war es doch nur sinnvoll, dem offensichtlichen Leiden der unruhigen, unaufmerksamen und ungestümen Kinder in dieser „brave new world“ (Aldous Huxley) einen Namen zu geben – ADHS – und ihnen die Therapien angedeihen zu lassen, die den Betroffenen nachweislich halfen, wie ihre Altersgenossen eigenständig in dieser neuen Welt zu bestehen.

Anders als der amerikanische Politologe Francis Fukuyama es darstellt, der Ritalin in „Second thoughts: the last man in a bottle“ (erschienen 1999 in der Zeitschrift „The National Interest“) als das „Soma“ unserer Tage bezeichnete, entspricht das Methylphenidat eher dem „Moksha“ in Huxleys 1962 erschienenem Roman „Island“, der positiven Gegenutopie des Autors zur 30 Jahre zuvor entworfenen „Brave New World“. Doch ganz gleich, ob man die Medikation der ADHS als ein Mittel begreift, Kinder gefügig zu machen oder aber als eine Hilfe, sich willentlich in Gemeinschaften einzufügen – der historische Siegeszug der ADHS ist aus beiden Perspektiven nicht zu leugnen. So wurde die ADHS, mehr als jedes andere Störungsbild zuvor, zu einer Diagnose sowohl des gestörten Einzelnen als auch der Gesellschaft, ganz im Sinne von Adornos Verdikt aus den „Minima Moralia“, es gebe kein richtiges Leben im falschen.

Letztlich ist der Begriff jedweden menschlichen Leidens einer Geschichte unterworfen, die erst retrospektiv ihre Logik offenbart. Im bereits angebrochenen Zeitalter des Quantified Self und Cognitive Enhancements werden Diagnosen wie die ADHS den Schrecken des Stigmas endgültig verlieren. Das nüchterne Eingeständnis der eigenen Unzulänglichkeit wird sodann weder in die Resignation des

Einzelnen noch zwangsläufig in seine soziale Ausgrenzung münden. Vielmehr wird die Eliassche Selbstzwangapparatur zunehmend als Selbstoptimierung verbrämt werden, zumindest dort, wo sich Substanzen und Techniken mit Aussicht auf Erfolg einsetzen lassen.

Schon heute erscheint die Diagnose nicht nur der ADHS vielen Menschen als probater Zugang zu Medikamenten und Therapien, die anderweitig nicht zu erhalten und/oder zu finanzieren sind. Wie sinnvoll es ist, die Pathologisierung zur Voraussetzung von Hilfen zu machen, die erreichen lassen, was eine Mehrheit längst als soziale Norm internalisiert hat und aus eigenem Antrieb erstrebt, muss an dieser Stelle offen bleiben. Die Geschichte der ADHS jedoch wird

weitergehen, solange Eltern fürchten, dass ihr Kind „untergehe in der Flut des alltäglichen gemeinen Lebens“, wie Heinrich Hoffmanns Vater es Anno 1823 in seinem Brief an den 14-jährigen Sohn formulierte. Obgleich der erfolgreiche Arzt und Politiker seinem Vater das Gegenteil bewies, gab Hoffmann die Sorge an seinen eigenen Sohn Carl Philipp weiter. Vielleicht ist das In-Sorge-Sein ja tatsächlich die Bestimmung des menschlichen Daseins, wie Heidegger es formulierte. So gesehen ist die Geschichte der ADHS nicht mehr als eine Episode, ein Kapitel in der weitaus größeren Geschichte der Erziehung des Menschengeschlechts. Noch aber schreiben wir an diesem Kapitel.

■ Dr. Johannes Streif



KASIFRO

Das ist KASIFRO

Er war anfangs ein Teil der Zeitschrift für Kinder und hatte seinen Ursprung in einer Handpuppe:

Veronica wurde damals in Hamburg von einer Ärztin, Frau Dr. Klemm, diagnostiziert. Es gab viele Verhaltensanweisungen, wie man mit dem Kind umgehen sollte. Auf dem Heimflug hat Familie Seegers am Flughafen einen Raben als Handpuppe entdeckt und nach der Ärztin benannt. Es passte sehr gut, da Raben bekanntlich klauen – und dies regional auch „klemmen“ genannt wird.

Der Rabe hatte der Familie symbolisch geholfen einiges durchzustehen. Als die Idee mit der kleinen Zeitschrift für die Kinder aufkam, wurde eine Karikatur des Raben angefertigt, da er ja alles wusste und auch erlebte. Seinen Name „Kasifro“ entstand aus den Silben der Namensvorschläge, die von den anderen Kindern kamen. Er wirkte auf diese Weise sehr positiv.