

Dies ist ein Download von [www.gerald-huether.de](http://www.gerald-huether.de)

In diesem Interview mit Verena Gerhardt-Hüttner habe ich 2008 versucht, den gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse über Ursachen und Unterstützungsangebote für Kinder mit ADHS-Diagnosen zu skizzieren:

## **ADHS und kein Ende in Sicht, oder?**

ADHS ist die Bezeichnung für eine Sammlung von Symptomen, die man bei Kindern beobachten kann. Die Betroffenen leiden nicht an einer Aufmerksamkeitsstörung und haben auch keinen gestörten Hirnstoffwechsel, sondern eine mangelnde Sozialisationserfahrung. Diese Auffassung vertritt Professor Gerald Hüther und stellt sich damit quer zur derzeitig vorherrschenden Lehrmeinung. In einem Gespräch mit Frau Evi Steiner-Böhm und Frau Verena Gerhardt-Hüttner erläutert der Göttinger Neurobiologe seine Auffassungen.

Verena Gerhardt-Hüttner:

Eine etablierte Grundannahme zu ADHS ist, dass die Störung auf dem Boden einer genetischen Disposition entsteht, wofür zahlreiche Studien sprechen. Sie sehen das anders?

Hüther: Ich kann nicht erkennen, dass dafür hinreichende Beweise erbracht wurden. Der Versuch, die Ursachen von psychischen Krankheiten genetisch zu begründen, folgt doch einem Weltbild des vergangenen Jahrhunderts. Viele Forscher sind aufgebrochen, um etwa für Schizophrenie, Depression oder auch ADHS nach entsprechenden Erbanlagen zu suchen. Doch was sie bisher zutage gefördert haben, ist nicht sehr überzeugend. Das Muster wiederholt sich immer wieder: Zunächst glaubt man, entsprechend veränderte Gene gefunden zu haben, einige Zeit später erweist sich dann, dass es diese auch bei Gesunden gibt. Inzwischen ist die Hirnforschung natürlich deutlich weiter, und auch die Genetik und die Molekularbiologie haben sich weiterentwickelt. Heute ist unbestritten, dass man eine Kombination von sehr vielen Genen braucht, um eine hohe Voraussetzung dafür zu bekommen, dass sich die Krankheit tatsächlich entwickelt. Und für eine individuelle Aussage reicht das auch nicht, es gibt ja schließlich Faktoren, die verhindern können, dass trotz einer solchen Veranlagung die Störung wirklich auftritt.

Heute muss man sich eben auch die inzwischen gewonnenen Erkenntnisse der Neurobiologie über neuronale Verschaltungsmuster und die Strukturierung des kindlichen Gehirns genauer anschauen. Das kindliche Gehirn ist weitaus plastischer, als das noch vor zwei Jahrzehnten für möglich gehalten wurde. Die genetischen Programme sorgen dafür, dass zunächst weitaus mehr Vernetzungsmöglichkeiten zwischen den Nervenzellen aufgebaut werden, als später wirklich gebraucht werden. Davon werden dann nur diejenigen stabilisiert, die ein Kind aufgrund seiner individuellen Erfahrungen tatsächlich nutzt.

Im Bild gesprochen: Es wird ein Orchester zusammengestellt, das alles Mögliche spielen könnte. Aber was für Stücke es tatsächlich aufführt, wer zuhört und für wen und unter wessen Leitung gespielt wird, muss sich jeweils erst entscheiden.

Frau Evi Steiner-Böhm: Und was bedeutet das für die Entstehung von ADHS?

Hüther: Das menschliche Gehirn ist ein System, das sich in hohem Maße aufgrund seiner Erfahrungen strukturiert. Beziehungserfahrungen werden in neuronale Beziehungsmuster umgewandelt. Ich kann nun nichts dafür, dass dieses neue Denken in den, nennen wir es mal «orthodoxen Kreisen» der Kinder- und Jugendpsychiatrie, noch nicht angekommen ist, und man dort ständig die alte Behauptung wiederkaut, im Gehirn von ADHS-Patienten gäbe es zu wenig Dopamin. Bisher hat ja noch niemand wirklich gemessen, dass in deren Gehirn zu wenig Dopamin freigesetzt wird. Das geht auch gar nicht, denn dazu müsste man Verfahren wie die Mikrodialyse einsetzen, bei denen wie bei Versuchstieren, ein halbdurchlässiger Schlauch in das Gehirn eingeführt wird.

Verena Gerhardt-Hüttner: Wie findet man von diesen Einsichten eine Erklärung für die Probleme oder Symptome, die ein Kind mit ADHS entwickelt?

Hüther: Ein Faktor, der meiner Meinung nach von entscheidender Bedeutung für diese Kinder ist, ist die Erfahrung von „shared attention“. Diese Fähigkeit zu „gemeinsamen Erleben“ entsteht nicht von allein. Dazu muss ein Kind die Erfahrung machen können, dass es wunderschön ist, sich mit jemand anderem auf etwas zu freuen, etwas miteinander zu gestalten. Das geschieht beim gemeinsamen Anschauen eines Kinderbuches etwa, oder wenn die Mama das Kind auf dem Arm hält und beide beobachten, wie die Katze im Hof spielt. Das ist etwas anderes, als wenn die Mutter das Kind auf den Arm nimmt und küsst. „Shared attention“ heißt, sich gemeinsam in etwas Drittem zu finden, dort gleichzeitig frei und verbunden zu sein.

Frau Evi Steiner-Böhm: Und was erklärt das?

Hüther: Die Erfahrung dieses „gemeinsamen Erlebens“ bildet die Voraussetzung dafür, dass wir individualisierte Gemeinschaften ausbilden können. Dadurch lernen wir, uns auf etwas Gemeinsames einzulassen. Diese Erfahrung wird dann im Frontalhirn verankert. Machen Kinder diese Erfahrung nicht, bleiben sie in der personalen Beziehung hängen. Ihnen fehlt eine wichtige Sozialisationserfahrung. Sie können Verbundenheit mit anderen nicht erleben, indem sie gemeinsam mit anderen etwas entdecken, basteln oder bauen. Dann entstehen Situationen, wie sie etwa ein Junge, nennen wir ihn Fritzchen, im Kindergarten erlebt: Alle Kinder kommen zusammen, um gemeinsam einen Turm zu bauen. Fritzchen will auch dazu gehören, er kann es aber nur, indem er eine personale Beziehung, also einen unmittelbaren, persönlichen Kontakt herstellt, was dann dazu führt, dass er an den anderen herummacht und sie stört. So geht er den anderen auf die Nerven und wird aus der Gruppe ausgeschlossen. Für so eine schmerzvolle Erfahrung gibt es nur zwei Bewältigungsstrategien. Und die werden dann im Gehirn des betroffenen Kindes gebahnt, je häufiger es „erfolgreich“ eingesetzt wird: Aktiv kaputtmachen, womit sich die anderen gemeinsam beschäftigen (ADHS) oder passiver Rückzug in eigene Denkmuster (ADS).

Verena Gerhardt-Hüttner: In einem Pilotprojekt hatten Sie 2008 12 ADHS-Kinder und ihre Familien auf die Almhütte eingeladen. Dort sollten sie die Möglichkeit erhalten, in

einer natürlichen Umgebung neue Verhaltensmöglichkeiten zu erproben, die das Selbstmanagement stärken und Reorganisationsprozesse im Gehirn ermöglichen – ganz ohne Medikamente. Sie nennen das systemische Impulstherapie. Kritiker halten Ihnen vor, dass man aus einem solchen Projekt keine richtungsweisenden Schlüsse ziehen kann. In geschützten Räumen zu leben sei schließlich etwas völlig anderes als im Alltag mit all seinen Widrigkeiten zurecht zu kommen.

Hüther: Die Idee ist folgende: Wenn es einem Kind gelungen ist, durch neue Erfahrungen Fähigkeiten zu entwickeln, die es vorher nicht hatte, dann werden diese neuen Erfahrungen im Gehirn verankert. Damit ist eine entscheidende Voraussetzung dafür geschaffen, dass es auch in seiner alten Lebenswelt nun besser zurechtkommt. Wäre eine solche Annahme grundlegend falsch, könnten wir sofort alle psychotherapeutischen Maßnahmen einstellen. Es geht nicht darum, dass wir den Lebensraum ständig aufrecht erhalten, sondern dass wir diesen Kindern in einem solchen Setting eine neue Erfahrung ermöglichen – eine, die dann Spuren hinterlässt in Form von neuronalen Beziehungsmustern, von gefestigten exekutiven Frontalhirnfunktionen, und die nimmt das Kind ja mit von der Alm. Und die Stärksten und nachhaltigsten Erfahrungen machen Kinder immer dann, wenn sie sich gemeinsam mit anderen etwas entdecken und gestalten, sich um etwas kümmern können, was wirklich wichtig ist.

Frau Evi Steiner-Böhm: Wie geht es denn den Kindern, nachdem sie von der Almhütte zurück im häuslichen und schulischen Alltag sind?

Hüther: Wir sehen, dass die Kinder gestärkt zurückkommen, dass sie aber zunächst Schwierigkeiten mit dem Herkunftssystem haben, und das ist ja auch nicht verwunderlich. Wenn jemand, der sich bislang mit seiner Schwäche einigermaßen im System bewegen konnte und sich jeder an ihn gewöhnt hat, nun plötzlich anders ist, dann reagiert das System.

Man muss aber Geduld haben. Wenn das Kind stabile neue Vernetzungen und Verhaltensweisen entwickelt hat, dann erkennen das irgendwann auch die Lehrer und Erzieher, und dann verschiebt sich das ganze System.

Es geht also darum, dass die Bezugspersonen den Weg mitgehen und den betreffenden Kindern auch in diesem Lebensbereich neue Erfahrungen ermöglichen. Ansonsten wird es schwierig, die Verhaltensänderungen dauerhaft zu stabilisieren. Deshalb sehen wir unter günstigen Bedingungen, wo sich die Eltern und Lehrer noch einmal neu auf diese Kinder einlassen, die deutlichsten Verbesserungen.

Frau Verena Gerhardt-Hüttner: Die Kinder- und Jugendpsychiater lehnen Ihre Vorstellungen mehrheitlich ab.

Hüther: Ich denke, viele von ihnen haben Probleme damit, dass ausgerechnet ein Hirnforscher kommt und ihnen vorhält, dass es vielleicht nicht so gut ist, wenn man ein sich entwickelndes Gehirn in seiner Funktionsweise mit Hilfe von Medikamenten verstellt und das Kind dadurch kaum eine Chance auf Selbstorganisationsprozesse hat. Denn all das, was das Medikament mit seinem Gehirn macht, kann es ja dann selbst nicht durch eine eigene Anstrengung erlernen. Vor allem Kinder- und Jugendpsychiater, die bisher gern Medikamente eingesetzt haben, müssten dann ihr eigenes Selbstverständnis in Frage stellen.

Frau Evi Steiner-Böhm: Könnte es nicht sein, dass Sie Methylphenidat etwas zu kritisch beurteilen?

Hüther: In Tierversuchen hatte ich schon vor über zehn Jahren zusammen mit anderen herausgefunden, dass die dauerhafte Verabreichung von Methylphenidat die Ausreifung dopaminerger Projektionen hemmt.

Welche Spätfolgen das hat und ob das auch bei ritalinbehandelten Kindern so ist, weiß ich nicht. Da das Parkinson-Syndrom durch Degeneration dopaminerger Neuronen entsteht, könnten Personen, die sehr früh und über einen langen Zeitraum mit Methylphenidat behandelt worden sind und im Alter Parkinson bekommen, diese Störungen ein paar Jahre früher entwickeln. Ob das so ist, werden wir aber erst dann abschätzen können, wenn die Masse der seit den 90er Jahren behandelten Kinder so alt geworden sind.