

# Die

RICHARD SAUL

# ADHS

Eine Fehldiagnose

# Lüge

und ihre Folgen

Wie wir den  
Betroffenen  
helfen



Klett-Cotta

RICHARD SAUL

# Die ADHS Lüge

Eine Fehldiagnose und ihre Folgen

Wie wir den Betroffenen helfen

Aus dem Amerikanischen  
von Dieter Fuchs



# Impressum

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen und Handelsnamen, die in diesem Buch als solche nicht eigens gekennzeichnet sind, berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »ADHD does not exist. The Truth about Attention Deficit and Hyperactivity Disorder« im Verlag HarperCollins, New York

© 2014 by Richard Saul

Für die deutsche Ausgabe

© 2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Umschlag: Rothfos & Gabler, Hamburg

Redaktion: Ulf Müller, Köln

Datenkonvertierung: le-tex publishing services GmbH,

Leipzig

Printausgabe: ISBN 978-3-608-98046-2

E-Book: ISBN 978-3-608-10788-3

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen  
Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese  
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*Dieses Buch ist all den Kindern und Erwachsenen gewidmet, die fälschlicherweise die Diagnose ADHS erhalten haben und deshalb zu spät oder gar nicht behandelt wurden.*

*»Man darf nicht mehr Ursachen für die in der Natur vorkommenden Dinge zulassen, als wahr sind und zur Erklärung der Erscheinungen dieser Dinge ausreichen. (...) Folglich muss man, soweit wie es möglich ist, den in der Natur vorkommenden Wirkungen von der gleichen Art die gleichen Ursachen zuschreiben.«*

Isaac Newton

*»Hör dem Patienten zu, er sagt dir die Diagnose.«*

Sir William Osler, Mitbegründer der  
Johns Hopkins Medical School

# Inhalt

Vorbemerkung des Autors

Vorwort

Einführung: ADHS - die Störung, die es gar nicht gibt

## TEIL I: DIE GEBURT EINER KRISE

1. Was wir über ADHS wissen
2. Eine einfache Antwort: Die Gesellschaft ist schuld
3. Die Stimulanzien-Epidemie und ihre Auswirkungen
4. Die Störungen hinter den ADHS-Symptomen - ein Überblick

## TEIL II: DIE STÖRUNGEN UND LEIDEN, DIE DEN ADHS-SYMPTOMEN ZUGRUNDE LIEGEN

5. Sehstörungen
6. Schlafstörungen
7. Substanzmissbrauch
8. Affektive Störungen (bipolare Störung und Major Depression)
9. Hörprobleme
10. Lernstörungen
11. Sensorische Verarbeitungsstörung
12. Hochbegabung
13. Anfallsleiden
14. Zwangsstörungen
15. Tourette-Syndrom
16. Asperger-Syndrom (Autismusspektrumsstörung)
17. Neurochemisch bedingte Ablenkbarkeit/Impulsivität

18. Schizophrenie
19. Fetales Alkoholsyndrom
20. Fragiles-X-Syndrom
21. Andere Ursachen

### TEIL III: WAS ZU UNTERNEHMEN IST

22. Wenn es keine Diagnose gibt
23. Beurteilung der Symptome und der Umgang damit

Anmerkungen

Danksagung

# Vorbemerkung des Autors

In diesem Buch werde ich »ADHS« als eine Art Abkürzung für die Gruppe von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptomen verwenden, die diese Bezeichnung von der American Psychiatric Association, deren Referenzwerk *DSM*<sup>1</sup> sowie all jenen erhalten haben, die sie gutheißen konnten oder mit offenen Armen empfangen haben. Des Weiteren gehe ich an etlichen Stellen darauf ein, inwiefern und in welchen Punkten ADHS sich mit anderen Diagnosen überschneidet. In sämtlichen Fällen bitte ich Sie darum, »ADHS« als »die Summe der mit dieser Diagnose in Verbindung gebrachten Symptome« zu verstehen und meine Verwendung der Diagnose nicht etwa wörtlich zu nehmen. Wenn es mir um Letzteres ginge, gäbe es dieses Buch nicht. Schließlich empfehle ich allen wissbegierigen Lesern, nach der Lektüre jedes Kapitels den Anmerkungsteil zu konsultieren, wo sich weitere Details und Quellennachweise finden.

# Vorwort

Ich habe dieses Buch geschrieben, um zu provozieren. Nicht um des Provozierens willen, sondern weil ich seit Jahren mit den vielfältigen Problemen konfrontiert bin, die durch die Fehldiagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern wie auch bei Erwachsenen verursacht werden. Aufmerksamkeitsbezogene Symptome sind nur allzu real und haben negative Konsequenzen für Kinder, Erwachsene und die Gesellschaft im Ganzen; Betroffene haben im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich mit Schwierigkeiten zu kämpfen, oft genug mit Folgen für das ganze Leben. Aber auch das Vertrauen der Schulmedizin in die ADHS-Diagnose – und deren bereitwillige Akzeptanz durch das gesamte Gesundheitswesen – hat eine Reihe negativer Konsequenzen gehabt: das Versäumnis, jene Störungen zu diagnostizieren, die den Aufmerksamkeitsdefizitsymptomen zugrunde liegen und sie ganz oder zumindest teilweise erklären; den dadurch bedingten Verzicht auf eine eigentlich dringend notwendige Behandlung der jeweiligen Primärdiagnose; den gesundheitlichen, wirtschaftlichen und emotionalen Schaden, der durch nicht diagnostizierte und deshalb unbehandelte Erkrankungen entsteht. Ich habe dieses Buch geschrieben, um bei Ärzten, Patienten und anderen Interessierten ein sorgfältigeres Nachdenken über die beeinträchtigenden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome anzuregen, wobei ich natürlich hoffe, dass dadurch mehr Menschen die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Der Weg, auf dem ich meine Kenntnisse im Bereich der Aufmerksamkeitsdefizitsymptome erworben habe, nahm verschiedene Wendungen. Erste Erfahrungen machte ich

als Professor für Klinische Medizin an der University of Health Sciences in Chicago. Dort entwickelte ich ab den 1970er Jahren Kurse und Programme, in denen Studierende und Fakultätsmitglieder etwas über Krankheiten erfuhren, die das Lernen beeinträchtigen können. Damals rief ich ein Programm ins Leben, das im Schulsystem des Lake County, Illinois (im Norden der Metropolregion Chicago), diejenigen Faktoren bestimmen sollte, die Kinder (vom Kindergarten bis zur achten Klasse) beim Lernen behinderten. Die grundlegende Frage dabei war: »Woran liegt es, dass manche Kinder nicht lernen?« Schon vom ersten Tag in den Schulen an fiel uns ein Aspekt besonders auf: Ein sehr hoher Anteil der Kinder – über 20 % – hatte Probleme mit der Aufmerksamkeit. Diese Probleme machten sich in Form von Lernschwierigkeiten und störendem Verhalten, aber auch als Traurigkeit und Zurückgezogenheit bemerkbar. Mit der Zeit entwickelte ich ein spezielles Protokoll zur Beurteilung von Kindern, die aufgrund von Aufmerksamkeitsproblemen oder anderen Dingen Lernschwierigkeiten hatten. Ich erinnere mich noch gut an den Stapel mit Aufsätzen, die ich bei Erstellung dieses Protokolls konsultierte: Er war höher als ich selbst, über 1,80 Meter!

Zu der Zeit teilte ich noch die konventionelle Ansicht über die Aufmerksamkeitsdefizit-Diagnose. Wir sagten damals allerdings noch Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder ADS (die »Hyperaktivität« kam erst später hinzu), was ja nach wie vor eine gängige Abkürzung für das hier zu diskutierende Phänomen ist. Zwei unserer Fragen lauteten: »Haben alle Kinder mit Lernschwierigkeiten ADS?« (dies war nicht der Fall), und: »Haben alle Kinder mit ADS Lernschwierigkeiten?« (bei den meisten war es so, wobei sie gleichzeitig auch höhere IQs als ihre Altersgenossen besaßen). Ohne mir damals darüber im Klaren zu sein, bildete eine der von mir für das Lake-County-Programm entwickelten Komponenten die Grundlage für meine später

gewonnene Überzeugung, nach der es sich bei Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität nicht um eine Diagnose, sondern eher um Symptome handelt. Um unseren Medizinstudenten zu verdeutlichen, welche Probleme durch Aufmerksamkeitsdefizite entstehen, arrangierten wir eine Klassenzimmersituation und ließen sie »umgekehrte Ferngläser« aufsetzen, mit denen alles viel weiter entfernt wirkte, als es tatsächlich war. Aufgrund der gestörten Sicht neigten die Ferngläser tragenden Studenten dazu, Dinge vom Tisch zu stoßen oder beim Herumgehen im Klassenzimmer ihre Kommilitonen anzurempeln – zwei wichtige Anzeichen von ADHS. Außerdem setzten wir unseren Studenten Kopfhörer auf, über die sie Lehrstoff vermittelt bekamen, nur dass der Vortrag von kurzen Momenten der Stille (also Löchern im Gesagten) unterbrochen war. Auf die Art entstanden Verständnisprobleme, die ein weiteres Symptom von Aufmerksamkeitsdefizit oder einer Lernstörung sind. Rückblickend musste ich feststellen, dass ich nicht nur Aufmerksamkeitsdefizite simulierte, sondern auch ihre *zugrundeliegenden Ursachen*. Wie wir in späteren Kapiteln sehen werden, sind Probleme mit Sehvermögen und Gehör, oder auch nur kurzzeitige Absence-Anfälle, bei einer großen Anzahl von Patienten für die Diagnose ADHS verantwortlich. Es überrascht kaum, dass sich bei unseren Studenten in dem Moment, in dem sie Ferngläser oder Kopfhörer abnahmen, die »ADHS«-Symptome in Luft auflösten.

Unmittelbar nach den Erlebnissen an den Lake-County-Schulen prägte eine weitere Erfahrung aus einer gänzlich anderen Ecke meine Haltung zu Aufmerksamkeitsdefiziten. Die Mutter eines Patienten namens »Bobby«, einem Viertklässler, erzählte mir, die Lehrerin des Jungen habe um ein Gespräch mit ihr gebeten, weil Bobby regelmäßig den Unterricht störe. Wie seine Mutter mir sagte, habe sie das überrascht, denn sein Verhalten sei bis dahin stets

tadellos gewesen. Ich bat sie herauszufinden, ob ihr Sohn sich den ganzen Tag so verhielt oder nur zu bestimmten Zeiten. Bei ihrem nächsten Besuch berichtete sie, Bobbys störendes Verhalten, bei dem er beispielsweise mit Gegenständen warf, mit Klassenkameraden redete oder mit den Fingern auf dem Tisch trommelte, trete nur im Mathematikunterricht auf. Außerdem erfuhr ich, dass Bobby erwiesenermaßen in mehreren Fächern begabt war und das gesamte Mathe-Pensum für die vierte Klasse bereits im ersten Monat des Schuljahrs absolviert hatte. Plötzlich machte das Verhalten meines Patienten mehr Sinn: Vermutlich war ihm einfach langweilig. Wie seine Mutter mir sagte, verlangte man von ihm, er solle »ruhig dasitzen«, während die anderen ihre Aufgaben lösten. Den Viertklässler, der das schaffte, hätte man allerdings erst erfinden müssen! Ich half Bobbys Mutter, den Jungen am Matheunterricht der fünften Klasse teilnehmen zu lassen. Sein störendes Verhalten war von einem Tag auf den nächsten verschwunden. Und ich konnte mitverfolgen, wie eine spezielle Befindlichkeit oder Eigenschaft – in diesem Fall Hochbegabung – sich in Aufmerksamkeitsdefizitsymptomen äußerte. Zwar blieb Bobby die ADHS-Diagnose erspart, doch es ist leicht ersichtlich, dass ein Kind wie er sie unter anderen Umständen leicht hätte erhalten können. Ein Kapitel dieses Buches ist Kindern wie Bobby gewidmet, deren Begabungen bisweilen zu Langeweile und schließlich zur Fehldiagnose ADHS führen.

In den frühen 1980er Jahren begann ich dann, mich intensiver mit meiner Hypothese zu Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität zu beschäftigen. Ich hatte ein mehrjähriges Bundesstipendium erhalten, um gemeinsam mit einem Sonderschuldirektor in einer landesweiten Kampagne auf die Lern- und Aufmerksamkeitsprobleme bei Kindern hinzuweisen. Unsere Arbeit steigerte aber nicht zuletzt mein eigenes Bewusstsein von den

institutionalisierten Missständen, die mit den genannten Problemen im Zusammenhang stehen. Zum Beispiel wurde mir klar, dass Ärzte bei Kindern mit Aufmerksamkeits- und Lernproblemen gar keine umfassenden Untersuchungen durchführten, obwohl die American Academy for Pediatrics (US-Verband der Kinderärzte) und andere Gesundheitsorganisationen dies empfahlen. Dafür gab es mehrere Gründe. Einer davon war mangelnde Kenntnis (die Ärzte wussten einfach nicht, wie sie ihre Patienten untersuchen sollten), ein weiterer die Kostenfrage (die Kostenerstattung für die nötigen Untersuchungen wurde zunehmend schwierig). Diese und andere Beobachtungen bewegten mich im Jahr 1983 dazu, eine »Überweisungspraxis« zu eröffnen. Das ist eine Praxis, an die andere Ärzte, Psychologen oder auch Privatpersonen kranke Menschen überweisen oder vermitteln können, etwa wenn es sich um komplizierte Fälle handelt oder ein Patient auf eine Behandlung nicht anspricht. Viele der Patienten, die zu mir kamen, waren vorher schon bei mehreren Ärzten gewesen, aber ohne Erfolg.

Ein Jahrzehnt der Beschäftigung mit Überweisungspatienten bestätigte dann, was ich schon seit Jahren vermutet hatte: Die Symptome von ADHS lassen sich durch andere Erkrankungen oder Leiden besser erklären. Mit anderen Worten: ADHS, wie es derzeit verstanden wird, existiert als Krankheit nicht. Bei der Mehrzahl der Patienten, die mit der Diagnose ADHS in meine Praxis kamen, konnten alternative Diagnosen die Symptome erklären. Viele Patienten waren nicht einmal krank. Bei anderen, für die alternative Diagnosen in Frage kamen, hatten die bisherigen Ärzte diese als komorbide (parallel auftretende) Erkrankungen von ADHS diagnostiziert. Sobald ich anfang zu behandeln, was sich mir als eigentliche Diagnose präsentierte (also nicht die ADHS-Diagnose), verschwanden die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome in der

Regel, was mir immer klarer machte, dass »ADHS« das Produkt anderer Leiden und mitnichten eine eigenständige Erkrankung ist.

Wie Sie sich vorstellen können, waren meine Patienten und ihre Familien sehr erleichtert, endlich über eine Diagnose zu verfügen, die Sinn machte, und außerdem eine Therapie zu haben, die tatsächlich anschlug. Im Zuge des Erfolgs, den ich bei der Behandlung von Kindern hatte, geschah etwas höchst Interessantes: Etliche Eltern sagten, sie selbst hätten ebenfalls Aufmerksamkeitsprobleme, und fragten, ob ich ihnen helfen könne. Indem ich bei ihnen genauso wie bei den Kindern vorging, konnte ich auch diese Patienten behandeln und ihre Symptome erheblich reduzieren. Derart viele Erwachsene wandten sich auf einmal ihren Aufmerksamkeitsproblemen zu, dass der Erwachsenenanteil in meiner Praxis von anfänglich rund 25 % auf satte 75 % anwuchs, was natürlich nichts daran ändert, dass ADHS bei Kindern häufiger vorkommt. Die Diagnose und Behandlung von Kindern und Erwachsenen haben meine Überzeugung gefestigt, dass Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität vornehmlich als Symptome anderer Leiden oder Erkrankungen angesehen werden müssen.

Den Patienten, die das Etikett ADHS verpasst bekamen, dabei zu helfen, die richtige Diagnose und die darauf abgestimmten Maßnahmen zu finden, ist für mich zur Lebensaufgabe geworden. In meine Sprechstunde kommen unablässig Menschen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde oder die glauben, sie hätten diese Störung. Ich arbeite außerdem mit diversen medizinischen Vereinigungen zusammen, deren Fokus auf ADHS und den damit zusammenhängenden Leiden liegt. Dazu gehören die Society for Developmental & Behavioral Pediatrics sowie die Abteilung Behavior & Development der American Academy of Neurology. In diesen beiden Vereinigungen helfe ich meinen Kollegen, einerseits die Gefahren von

ADHS-Fehldiagnosen zu erkennen und andererseits zu verstehen, wie problematisch der zunehmende Gebrauch oder Missbrauch von Stimulanzien/Aufputschmitteln ist. Unser Austausch soll dazu beitragen, die Praxisleitlinien nicht nur dieser Gruppen zu verbessern, sondern hoffentlich irgendwann auch die des Gesundheitswesens insgesamt.

Zu Beginn des Vorworts sagte ich, ich hätte dieses Buch geschrieben, um zu provozieren. Was ich zu provozieren oder herauszubilden hoffe, ist ein tieferes Verständnis der Aufmerksamkeitsdefizitsymptome – bei Patienten, Ärzten und der Gesellschaft insgesamt –, auf dass die fast schon reflexartig erfolgende Diagnose ADHS bald der Vergangenheit angehört. Wie ich im Lauf der folgenden Kapitel noch ausführen werde, gibt es etliche Gründe für die ADHS-Fehldiagnose und deren Befürwortung durch Patienten, Mediziner, Pharmakonzerne, Medien und andere. Außerdem entsteht für die Personen und Familien, die von der Diagnose betroffen sind, ein erheblicher Aufwand, sei es medizinischer, finanzieller oder psychologischer Art. Indem ich die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome in einem neuen Zusammenhang präsentiere, will ich vielen weiteren Betroffenen zu dem verhelfen, was meine eigenen Patienten bereits besitzen: eine akkurate Diagnose, die entsprechende Behandlung und ein bei weitem erfüllteres Leben.

# Einführung: ADHS – die Störung, die es gar nicht gibt

In den USA haben über 4 % aller Erwachsenen und 11 % der Kinder die Diagnose ADHS, was einer Zunahme um 40 % innerhalb des vergangenen Jahrzehnts entspricht. Zwei Drittel dieser Kinder nehmen auf Anweisung des Arztes Stimulanzien wie Ritalin ein. Darüber sollten Sie einen Moment nachdenken ... Denn das bedeutet, dass viele Erwachsene und Jugendliche durch Einnahme dieser Medikamente gleichzeitig auch ihre Leistungen in Schule und Beruf steigern.

Das sind alarmierende Erkenntnisse. Noch beunruhigender ist vielleicht die zentrale Aussage dieses Buches: dass es ADHS *gar nicht gibt*. Na schön, werden Sie sagen, ADHS ist einfach überdiagnostiziert. Und ja, manche Leute, die Aufputzmittel einnehmen, brauchen sie eigentlich gar nicht, etwa der Student, der sich auf eine langweilige Vorlesung konzentrieren will, oder das Kind, das nach Meinung der Lehrerin zu viel herumzappelt. Aber wie kann es möglich sein, dass von den Millionen Menschen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, kein einziger diese Krankheit wirklich hat? Denn jeder von uns kennt Menschen, die ernsthafte Probleme mit Aufmerksamkeit oder Hyperaktivität haben – den Jungen, der immer seinen Tagträumen nachhängt; das Mädchen, das seinen Platz verlässt und im Klassenzimmer herumrennt, während die anderen Kinder ruhig dasitzen; die Frau, die immer wieder Fragen stellt, die gerade erst beantwortet wurden; der Mann, der wie ein Wasserfall redet. Zumindest einige von ihnen werden doch ADHS haben!

Tatsächlich ist das bei keinem Einzigem der Fall. Lassen Sie es mich ganz deutlich sagen: Die Grundprämisse dieses Buches ist, dass niemand – nicht einmal derjenige, der einfach nicht aufpassen oder stillsitzen kann – von einer Störung namens ADHS, so wie man sie heute definiert, betroffen ist. Seitdem im Jahr 1937 Dr. Charles Bradley herausfand, dass Kinder, die Symptome leichter Ablenkbarkeit zeigten, gut auf Aufputzmittel reagierten, ist die Definition von ADHS so gut wie unverändert geblieben. Die frühere Version der Störung wurde, wie Sie sich vielleicht erinnern, als ADS oder Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom beschrieben, und zwar in dem von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association) herausgegebenen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (oder *DSM*, dt. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*, auf das wir später noch genauer eingehen werden). Die Definition basierte ganz auf Symptomen der Unaufmerksamkeit, etwa der Unfähigkeit, auf Details oder Anweisungen zu achten, Problemen mit der Selbstorganisation sowie einer verstärkten Ablenkbarkeit. Spätere Ausgaben des *DSM* erweiterten die Definition um Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität, was aus ADS eine ADHS, also Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, machte. Zu diesen neu hinzugekommenen Symptomen gehörten Herumzappeln, ausgiebiges Sprechen, das Unterbrechen anderer und die Unfähigkeit, stillzusitzen und zu warten, bis man an der Reihe ist. (Im folgenden Kapitel handele ich die Symptome von »ADHS« der Reihe nach ab.)

Bei all dem ist aber höchst erstaunlich, wie wir diese »Krankheit« definieren – nämlich anhand ihrer Symptome, und nicht etwa ihrer *Ursachen*. Würden wir analog dazu einen Herzinfarkt anhand der Schmerzen in der Brust definieren, die ein Betroffener währenddessen verspürt, wäre eine angemessene Behandlung die Verabreichung von

Schmerzmitteln – und keineswegs eine Revitalisierung und Instandsetzung des Organs, also des Herzens. Weitere Beispiele sind unschwer zu finden: So kann eine verstopfte Nase das *Symptom* einer Erkältung, einer Allergie oder manch anderer Befindlichkeiten sein, aber eine laufende Nase ist nun mal keine *Diagnose*; Schmerzen im Unterleib können mit einer Blinddarmentzündung, einer Gastroenteritis (Magen-Darm-Entzündung), einer Krebserkrankung oder anderen Leiden zusammenhängen, aber Bauchschmerzen allein sind keine Diagnose. Dementsprechend vertrete ich im Folgenden den Standpunkt, dass der Symptomkomplex, den man der Diagnose ADHS zuschreibt, mit mehr als zwanzig anderen medizinischen Diagnosen zusammenhängt, bei denen es im Fall einer erfolgreichen Behandlung zum Verschwinden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome kommt.

Sicher, die Symptome der Ablenkbarkeit und Impulsivität sind nur allzu real, doch wir verwenden eine veraltete und somit ungültige Definition von ADHS, eine, die jahrzehntelang von Ärzten und anderen Praktikern im Medizinischen Bereich sowie von Pharmakonzernen, Medien und nicht zuletzt von den Patienten selbst hochgehalten wurde. Die millionenfachen Fehldiagnosen haben viele Konsequenzen, darunter die verzögerte oder gar verweigerte Behandlung der tatsächlichen Erkrankung, eine steigende Kostenspirale im Gesundheitswesen sowie gravierende gesundheitliche Risiken und Enttäuschungen bei den Patienten und ihren Familien. Dabei müssten weder sie weiterhin leiden noch wir als Gesellschaft die gewaltigen und stetig wachsenden Kosten der ADHS-Stimulanzien-Epidemie länger tragen. Es ist an der Zeit, dass wir unser Denken auf die echten Ursachen von Unaufmerksamkeit und Impulsivität richten und dafür sorgen, dass die Menschen richtig behandelt werden.

Mein Ziel ist, einen unvoreingenommenen, ehrlichen Blick auf die ADHS genannte Störung zu werfen und den

Menschen die Werkzeuge an die Hand zu geben, mit denen es gelingt, die richtige Diagnose und die entsprechende Behandlung ihrer mit ADHS zusammenhängenden Symptome zu erhalten. Ich habe dieses Buch für Sie geschrieben, egal, ob Sie die Mutter oder der Vater eines Kindes mit Aufmerksamkeitsproblemen sind oder ein Lehrer mit zu vielen unkonzentrierten und medikamentös behandelten Schülern, ob Sie ein Arzt sind, der sich Sorgen wegen des starken Anstiegs von ADHS-Diagnosen macht, oder ob Sie selbst unter Unaufmerksamkeit und Impulsivität leiden. Ich möchte, dass Ihnen dieses Buch als Anleitung dient und dabei hilft, Ihr Wissen zu den vielen möglichen Ursachen von ADHS-Symptomen wie auch zu der richtigen Behandlung dieser Leiden und Störungen zu erweitern. Falls Sie die Diagnose ADHS erhalten haben und weiterhin unter Problemen leiden oder Aufputschmittel einnehmen müssen, können Sie Mut schöpfen: Sobald die zugrundeliegende Erkrankung oder Störung entdeckt ist, verschwinden die Symptome so gut wie immer.

Im ersten Teil des Buches möchte ich die ADHS-Problematik in ihrer Gesamtheit darstellen: von der Geschichte der Störung über ihre gegenwärtige Definition und Behandlung bis hin zu den Faktoren, die zu Fehldiagnose und Fehlbehandlung führen, und den immensen Kosten, die dem Einzelnen und der Gesellschaft daraus erwachsen. Ich werde darüber hinaus dem Gedanken nachspüren, dass Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome voll und ganz durch diverse andere Leiden erklärt werden können, und außerdem auf jüngere Erkenntnisse der Genforschung eingehen, die darauf hindeuten, dass zwischen ADHS und etlichen dieser Leiden Überschneidungen bestehen. Ein komplettes Kapitel widme ich zum einen den Wirkungen und Konsequenzen von Stimulanzien und zum anderen den Gründen dafür, dass diese bestenfalls »Pflaster« sind und sowohl die Symptome verschlechtern als auch gefährliche

Nebenwirkungen hervorrufen können. Im zweiten Teil gebe ich detaillierte Einblicke in die sechzehn häufigsten Störungen und Leiden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptomen (samt einem Überblick über die weniger häufigen), wobei ich jeweils erkläre, woran man sie erkennt und welche die effektivste Behandlungsform ist. Jede Störung oder Erkrankung illustriere ich durch Fallbeispiele aus meiner eigenen Praxis. Im dritten Teil stelle ich das Werkzeug zur Verfügung, mit dem man die Leiden beurteilen kann, die den Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptomen zugrunde liegen. Darüber hinaus gebe ich grundsätzliche Tipps, wie man mit diesen Situationen umgehen kann.

Meine Hoffnung ist, dass Ihnen dieses Buch zu eben der Einsicht verhilft, die ich im Lauf meiner jahrzehntelangen Behandlung von Patienten mit ADHS-Symptomen gewonnen habe: dass nämlich das Verständnis von ADHS als einer echten Störung uns allen einen schlechten Dienst erweist, wobei natürlich in erster Linie die Patienten und ihre Familien die Leidtragenden sind. Mein Ziel ist, unsere fehlgeleitete Definition von ADHS zu beseitigen, eine Definition, die einen so gewaltigen wie katastrophalen Überverschreibungs-Teufelskreis in Gang hält, dem zu entkommen nicht nur den USA, sondern auch dem Rest der Welt immer schwererfällt.

TEIL I

DIE GEBURT EINER KRISE

# Kapitel 1

## Was wir über ADHS wissen

Stellen Sie sich eine Person mit fahrigem oder impulsivem Naturell vor. Jemand aus ihrem Umfeld – ein Freund, Elternteil, Angehöriger oder Lehrer – schlägt vor, dass sich die Person von einem Fachmann untersuchen lässt. Man vereinbart einen Termin beim Hausarzt oder einem anderen, über die Gelben Seiten oder auf Empfehlung gefundenen Spezialisten. Wenn dieser Arzt wie die meisten der heute praktizierenden Ärzte ist, wird er dem Patienten ein paar allgemeine Fragen zu seinen Symptomen stellen. Gewissenhaftere Ärzte bitten den Patienten vielleicht, einen Fragebogen auszufüllen – womöglich gar einen speziell auf ADHS zugeschnittenen (etwa die Vanderbilt Assessment Scale<sup>2</sup>) –, wobei solche Fragebögen immer seltener zum Einsatz kommen. Im Anschluss daran wird der Arzt die Antworten des Patienten mit der folgenden Liste vergleichen, die sich in der fünften Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* findet:<sup>3</sup>

### **Unaufmerksamkeit**

- Kann nicht auf Details achten (macht beispielsweise Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten).
- Hat Schwierigkeiten, bei der Sache zu bleiben.
- Scheint nicht zu hören, obwohl direkt angesprochen.
- Befolgt Anweisungen nicht (etwa bei Schularbeiten oder anderen Aufgaben).
- Hat Probleme mit der Organisation von Aufgaben/Aktivitäten.
- Vermeidet oder hasst es oder weigert sich, Aufgaben zu erledigen, die kontinuierliche geistige Anstrengung

erfordern (zum Beispiel Hausaufgaben).

- Verliert Dinge, die zur Durchführung bestimmter Aufgaben nötig sind (etwa das Aufgabenheft).
- Lässt sich leicht durch äußere Reize ablenken.
- Ist vergesslich im Rahmen der alltäglichen Verrichtungen.

## **Hyperaktivität-Impulsivität**

- Zappelt mit Händen/Füßen.
- Steht vom Platz auf, wenn Sitzenbleiben erwartet wird.
- Rennt oder klettert in Situationen, in denen dies als unangemessen erachtet wird (was sich bei Heranwachsenden/Erwachsenen oft als Ruhelosigkeit äußert).
- Hat Probleme, in Ruhe einer Freizeitaktivität nachzugehen.
- Ist immer auf dem Sprung oder verhält sich, als sei sie/er von einem Motor angetrieben.
- Redet ohne Unterlass.
- Platzt mit den Antworten heraus.
- Kann nicht warten, bis sie/er an der Reihe ist.
- Unterbricht oder stört andere (etwa im Gespräch).

Insgesamt sind das achtzehn Symptome, aber um die Kriterien für eine ADHS-Diagnose zu erfüllen, müssen beim Patienten nur fünf davon (aus einer oder beiden Kategorien) feststellbar sein. Und mir nichts, dir nichts, wahrscheinlich innerhalb weniger Minuten, ist aus der fahrigten oder impulsiven Person jemand mit einer klassifizierten »Störung« geworden.

Falls bei Ihnen (oder Ihrem Kind) ADHS diagnostiziert wurde, ist das vermutlich unter ähnlichen Umständen wie oben beschrieben erfolgt. Vielleicht war das für Sie ein ziemlich surrealer Moment, vielleicht aber auch einer, den Sie erwartet haben. Womöglich fiel das Urteil Ihrem

Empfinden nach zu schnell, um wirklich richtig sein zu können, oder aber Sie waren dankbar für eine Erklärung all Ihrer Probleme (oder der Ihres Kindes). Wie wir aber noch sehen werden, gibt es bei der Suche nach den Ursachen von ADHS-Symptomen keine Abkürzungen. Damit eine Beurteilung effektiv ist, muss sie gründlich sein.

Ihnen ist sicher aufgefallen, dass die oben aufgeführten Symptome in zwei Kategorien unterteilt sind: Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität. Personen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, gehören einem von drei Subtypen an:

- vorwiegend unaufmerksamer Typus,
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus,
- oder ein kombinierter Typus oder Mischtypus.

Laut *DSM* ist es so, dass die Symptome unter anderem mit Wutausbrüchen, Dickköpfigkeit, Stimmungsschwankungen, Ablehnung durch Gleichaltrige und einem geringen Selbstwertgefühl einhergehen. Muss ich Sie noch davon überzeugen, dass die oben angeführte Checkliste der Subjektivität tatsächlich Tür und Tor öffnet? Welches Ausmaß an Unorganisiertheit ist denn »zu unorganisiert«? Und ab wann redet man »ohne Unterlass«? In der Tat kann man ohne weiteres behaupten, dass die genannten unpräzisen Kriterien das Ausmaß an diagnostizierter Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität in der Bevölkerung künstlich aufgebläht und zugleich die Schwelle für die Diagnose herabgesetzt haben. Und eine grauenhafte Entwicklung ist, dass sich diese Schwelle mit dem Erscheinen des *DSM-5* noch weiter abgesenkt hat.

Die Leichtigkeit oder Unbekümmertheit, mit der ADHS diagnostiziert wird, ist nichts weniger als skandalös, aber wie so viele andere Missstände hat auch die ADHS-Diagnose eine ganze Weile gebraucht, um ihre Vorherrschaft zu erringen und den Rand der Klippe zu

erklimmen, die wir heute wahrnehmen. Dieses Kapitel handelt davon, wo wir uns im Hinblick auf die Diagnose ADHS im Moment befinden und wie wir an diesen Punkt gelangt sind. Wir werden erkennen, wie sich unser Verständnis von ADHS im Lauf der Zeit entwickelt hat und warum das heute für das Individuum ebenso wie für die Gesellschaft ein Problem darstellt.

## **Eine kurze Geschichte von ADHS**

Die Geschichte vom Zappel-Philipp

*»Ob der Philipp heute still  
Wohl bei Tische sitzen will?«  
Also sprach in ernstem Ton  
Der Papa zu seinem Sohn ...  
Doch der Philipp hörte nicht,  
Was zu ihm der Vater spricht.  
Er gaukelt  
Und schaukelt,  
Er trappelt  
Und zappelt  
Auf dem Stuhle hin und her. ...*

Die Geschichte vom Hanns Guck-in-die-Luft

*Wenn der Hanns zur Schule ging,  
Stets sein Blick am Himmel hing.  
Nach den Dächern, Wolken, Schwalben  
Schaut er aufwärts, allenthalben:  
Vor die eignen Füße dicht,  
Ja, da sah der Bursche nicht,  
Also dass ein jeder ruft:  
»Seht den Hanns Guck-in-die-Luft!«*

## Reime aus dem *Struwwelpeter*<sup>4</sup>

Für manche sind diese Gedichte der früheste Niederschlag dessen, was wir heute unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung verstehen. Denn bei Philipp und Hanns sind Symptome der beiden Kategorien erkennbar, in die sich unsere ADHS genannte Störung unterteilt: Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität. Heute, mehr als einhundertfünfzig Jahre nach Niederschrift dieser Verse, können alle Eltern und Lehrer in ihrem Umfeld mindestens einen Zappel-Philipp oder Hanns Guck-in-die Luft (oder eine Philippa oder Hanna) benennen. Und es muss sich auch keineswegs immer um Kinder handeln; der Erwachsenenanteil bei den ADHS-Diagnosen beträgt geschätzte 4,4%.<sup>5</sup> Jeder von uns hat einen Freund, Kollegen oder Angehörigen, der sich nicht recht konzentrieren oder nicht bei der Sache bleiben kann. Und viele Erwachsene schreiben sich »ADS« sogar selbst zu und sagen Sachen wie: »Tut mir leid, dass ich nicht angerufen habe, mein ADS hat wieder zugeschlagen.«

Wie in der Einleitung schon angedeutet, gibt es dabei allerdings ein Problem: Sowohl die Diagnose als auch die Behandlung von ADHS, wie wir es heute verstehen, sind falsch. Die Symptome von Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität können voll und ganz durch andere Störungen erklärt werden, wobei das Spektrum von einem simplen Grund wie etwa Schlafmangel bis zu komplexen Zusammenhängen, zum Beispiel einer bipolaren Störung reicht. In ihrem Buch *Zwanghaft zerstreut* erwähnen Edward Hallowell und John Ratey die erste wissenschaftliche Beschreibung der Störung: Damals beschäftigte sich der Kinderarzt George Still mit einer Gruppe von zwanzig Kindern (fünfzehn Jungen und fünf Mädchen), die allesamt ein äußerst renitentes und enthemmtes Verhalten an den Tag legten.<sup>6</sup> Wie George Still

ausführte, genoss jedes der Kinder eine ordentliche Erziehung, weshalb er annahm, das Verhalten basiere auf einer biologischen Prädisposition oder Veranlagung, sei also vererbt worden. Für die damalige Zeit war das ein höchst unkonventioneller Gedanke, denn psychologische oder verhaltensbezogene Symptome schrieb man damals weitgehend dem familiären Umfeld zu. Auch der Psychologe William James (1842-1910) hielt bei einem derartigen Verhalten von Kindern einen neurologischen Zusammenhang für möglich. Im Jahr 1934 veröffentlichten Eugene Kahn und Louis Cohen dann einen Beitrag im *New England Journal of Medicine*, in dem sie Hyperaktivität und Impulsivität mit Enzephalitis (Gehirnentzündung) in Verbindung brachten.

1937 stieß der schon erwähnte Charles Bradley auf weitere Belege für die biologische Grundlage von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität, als er Kinder mit entsprechenden Symptomen mit dem Stimulans Bazedrin behandelte. Wenig später erhielten Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizitsymptomen die Diagnose »Minimale zerebrale Dysfunktion«. Dieser begegnete man in den USA mit den Stimulanzien Ritalin und Cylert. Das *DSM-II*, das im Jahr 1968 veröffentlicht wurde, bezeichnete die Symptome als »hyperkinetische Kindheitsreaktion«.<sup>7</sup> Maurice Laufer stellte die Hypothese auf, das Syndrom beruhe auf einem überaktiven Thalamus (einem Teil des Mittelhirns); dies war mit die erste in einer ganzen Reihe von Erklärungen, die übermäßige Aktivitäten im zentralen Nervensystem als Ursache in Betracht zogen.

In den 1970er Jahren herrschte weitgehend Einigkeit darüber, dass Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität meist gemeinsam auftreten und dass außerdem die Symptome am besten genetisch-biologisch erklärt werden konnten, auch wenn sich dies nicht abschließend beweisen ließ. Das *DSM-III* (1980) behandelte

das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom dann erstmals in den Varianten mit und ohne Hyperaktivität (ADS/H oder ADS). Sieben Jahre später änderte die revidierte Fassung des *DSM-III* (genannt *DSM-III-R*) die Bezeichnung dann in Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), den für das Symptombild bis heute gebräuchlichen Namen.<sup>8</sup> Das *DSM-III-R* und das *DSM-IV* (1994 erschienen) verwendeten für ADHS ganz ähnliche Kriterien. Die Untersuchungen, die zum jeweiligen Veröffentlichungszeitpunkt angestellt wurden, stimmten weitgehend miteinander überein.<sup>9</sup>

Ein zusätzlicher Hinweis darauf, dass ADHS nicht als eigenständige Krankheit diagnostiziert werden sollte, findet sich in dem Umstand, dass einige psychische Störungen (von denen etliche in diesem Buch besprochen werden) eine gemeinsame genetische Grundlage mit »ADHS« haben. Eine an der Harvard University durchgeführte und 2013 publizierte Studie zeigte erstmals, dass bei den genetischen Mustern von Autismus, Depression, bipolarer Störung, Schizophrenie und ADHS partielle Übereinstimmungen bestehen.<sup>10</sup> Im Rahmen der Studie wurden die Erbanlagen von über 60 000 Menschen analysiert (sowohl betroffene als auch gesunde) – es handelt sich dabei um die bislang größte genetische Untersuchung zu diesen Erkrankungen. Der Leiter der Studie bezeichnete das Ergebnis als »Gipfel des Eisbergs« und ließ anklingen, dass es wohl nur eine Frage der Zeit sei, bis man tieferliegende genetische Verbindungen zwischen vielen verschiedenen Krankheiten finden würde. Wenngleich diese Ergebnisse keineswegs »beweisen«, dass ADHS-Symptome stets durch andere Diagnosen erklärt werden können, deuten sie doch an, dass die Schnittmenge zwischen dem, was wir ADHS nennen, und anderen Krankheiten oder Störungen größer ist als bislang gedacht – was letzten Endes meine These weiter untermauert.

Auf jeden Fall zeigt diese lange und wechselhafte Geschichte von ADHS, wie zwiespältig und kontrovers der Umgang mit den Symptomen und ihren Ursachen seit jeher war – ein Muster, das sich bis zum heutigen Tag fortsetzt.

### **Die jüngsten Änderungen im *Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen***

Im Mai 2013 veröffentlichte die American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft) die fünfte Ausgabe ihrer »Bibel«, des *Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen*. Ungeachtet der Tatsache, dass die Zahl der Menschen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, im Verlauf der letzten zehn Jahre gewaltig angestiegen ist, legt das *DSM-5* für ADHS weit weniger strenge Kriterien an als sein Vorgänger, das *DSM-IV*. Wo etwa das *DSM-IV* fordert, dass das Symptommuster »häufiger und schwerwiegender ist, als es bei Personen auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird«, <sup>11</sup> verlangt das *DSM-5* nur noch, dass die Symptome »der Entwicklungsstufe nicht entsprechen« sollen. <sup>12</sup> Auf ähnliche Weise wurde gegenüber dem *DSM-IV* die Altersgrenze angehoben: Während das *DSM-IV* für eine ADHS-Diagnose das Auftreten der Symptome vor dem siebten Lebensjahr fordert, liegt die Altersgrenze im *DSM-5* bereits bei zwölf Jahren, was das Fenster bis in eine Lebensphase erweitert, in der Unaufmerksamkeit und Impulsivität viel öfter ganz spontan auftreten. Das *DSM-5* reduziert außerdem die Anzahl der Symptome, die ein Erwachsener für eine Diagnose aufweisen muss, von den im *DSM-IV* geforderten sechs auf nur mehr fünf. Diese geringfügig anmutenden Änderungen erweitern den Kreis derer, die die Kriterien für eine ADHS-Diagnose erfüllen, ganz ungemein.

Aber das ist noch nicht alles. Für eine ADHS-Diagnose verlangte das *DSM-IV* »deutliche Hinweise auf *klinisch*