Mittwoch, 13. März 2019, 13:00 Uhr
~3 Minuten Lesezeit

Die Hyperaktivitäts-Lüge

Forscher bestätigen, dass es kein ADHS-Gen gibt.

von Willy Wahl
Foto: Suzanne Tucker/Shutterstock.com

Was bedeutet es für Eltern, zu wissen, dass ADHS keine Erbkrankheit ist? Antwort: Sie müssen einsehen, dass

die „Aufmerksamkeitsdefizitstörung“ und „Hyperaktivität“ vor allem Folge einer gestörten Familiendynamik ist. Sie müssen vielleicht eine unbequeme Familientherapie auf sich nehmen, statt ihre Kinder — was bequemer ist — mit schädlichen Pillen ruhig zu stellen. Natürlich werden da Not leidende Pharmakonzerne jammern, die aus jedem im geringsten abweichenden Verhalten eine Frage der Chemie zu machen versuchen, um sich für üppige Bezahlung als Erlöser präsentieren zu können.

Nun ist endlich wissenschaftlich bestätigt (https://konferenz-adhs.org/de/presse/pressemitteilungen/243-adhs-forschung-zeigt-es-gibt-keine-spezifischen-gene), was viele Forscher seit langem wussten, oder zumindest ahnten: ADHS ist keine Erbkrankheit.

> ***Es gibt kein „ADHS-Gen“ oder dergleichen.***

Die natürliche Folge davon ist die Frage: Was ist es dann, wenn es kein ADHS-Gen gibt? Die Antwort kann nur lauten: Wenn also der Säugling ohne angeborenes ADHS auf die Welt gekommen ist, dann ist ADHS eine Folge des Erziehungsgeschehens in der Familie. Als Lösung würde nun allgemein eine psychologische Familientherapie zum Tragen kommen — und keine Medikamente! Eine Therapie, die heute bereits häufig mit Erfolg in‘s Auge gefasst wird.

Allerdings ist wohl für die meisten Eltern der Gedanke, dass der eigene Erziehungsstil ADHS ausgelöst haben könnte, verstörend. Beruhigender ist da die Vorstellung, dass die Vergabe eines Medikaments die vermeintliche Krankheit heilen würde.

Ob nun wohl die unsägliche epidemiologisch angewachsene Ritalinabgabe an Kinder und Jugendliche aufhört? Ich fürchte eher Nein! Zumindest vorläufig wird sich daran nichts Wesentliches ändern. Ritalin ist ein Milliardengeschäft, das darf man nicht vergessen. Darauf wird die Pharmaindustrie kaum freiwillig verzichten.

Es ist allerdings zu wünschen und zu hoffen, dass die nun auf dem Tisch liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse in Ärztegesellschaften, an Hochschulen, bei Kinderärzten, bei Psychologen und bei Pädagogen eine lebhafte Diskussionen und Revisionen des Bisherigen zur Folge hätten, und damit ein anderer Blick auf das Phänomen ADHS ermöglicht wird. Somit sind auch die Medien aufgerufen, bei der Verbreitung dieser positiven Nachricht mitzuhelfen.

Nichts ist mehr zu wünschen, als dass in Zukunft keine Kinder und Jugendliche mehr eine „Diagnose“ bekommen und dann mit dem diffusen Gefühl durchs Leben gehen: „In meinem Kopf stimmt etwas nicht“.

Darüber hinaus wird die psychiatrische Fachwelt, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht darum herum kommen, sich demnächst mit der Frage zu beschäftigen, weshalb sie mit der Evolution der Diagnostischen Manuale — DSM5 und ICD-10 — zugelassen hat, dass immer mehr von dem, was in der Entwicklung des Menschen einmal als „normal“ galt, heute in die Sphäre des Pathologischen verschoben wurde. Um einige Beispiele zu nennen:

Aus einem möglichen Trotzverhalten eines Kindes — im Rahmen der Ich- und Willensbildung — wird die Diagnose **„Oppositionelles Trotzverhalten“**. Die Medikation mit dem Antipsychotikum „Risperdal“ wird ab dem 4. Lebensjahr vorgenommen.

Aus der Pubertät, in der Stimmungsschwankungen völlig normal

sind, wird die Diagnose **„Bipolare Störung“** und eine medikamentöse Behandlung. Schon Goethe kannte diese Zeit als „Himmel hoch jauchzend, zu Tode betrübt“.

Aus normalen Rückzugstendenzen im Rahmen der Adoleszenz wird eine Störung etwa aus dem **„Asperger Spektrum“**.

Aus normalen Unsicherheiten im sozialen Bereich mit ganz normalen Ängsten im frühen Erwachsenenalter wird eine **„Sozialphobie“**, die mit Medikamenten behandelt wird.

Aus ganz normalen Unsicherheiten im Erwachsenenalter wird erst recht die Diagnose **„Sozialphobie“**.

Aus der ganz normalen Reaktion einer Frau, die in einer beziehungslosen Beziehung keine oder „zu wenig“ Lust auf Sexualität empfindet, wird die Diagnose **„sexuelle weibliche Dysfunktion“** — die natürlich auch mit Medikamenten behandelt werden kann …

Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen …

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.

Willy Wahl, Jahrgang 1930, war Manager bei internationalen sowie Schweizer Großunternehmen, besitzt eine psychologische Ausbildung und studierte vier Jahre nebenberuflich Psychagogik und Psychotherapie an der Psychologischen Lehr- und

Beratungsstelle Zürich. Dank der Betreuung von Pflegekindern zusammen mit seiner Ehefrau Margot hat er ebenfalls pädagogisch-psychologische Praxiserfahrung. Er ist Leiter der psychagogischen Praxis „Beratungsstelle für Lebensfragen“ in Zürich. Er war privater Vormund von zwei geistig behinderten jungen Männern, betreute ältere Menschen und leistete ihnen Beistand.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** (**Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.