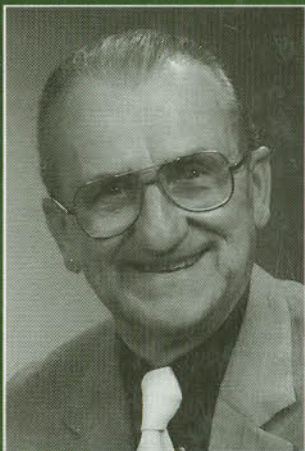


Autoren, die für die Wahrheit einstehen



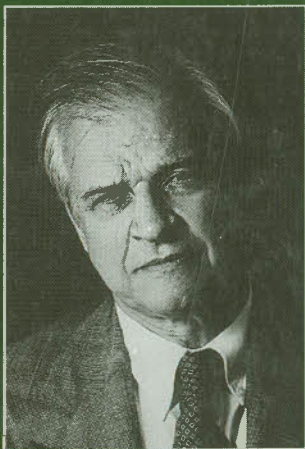
Simone Delarue, St. Maur, Frankreich

Von 1964 bis 1979 leitende Direktorin der franz. „Nationalen Liga für Impffreiheit“, ab 1979 Präsidentin, heute Ehrenpräsidentin. Über 30 Jahre Erfahrung, Tätigkeit und Nachdenken stehen hinter ihren Büchern und Abhandlungen zum Thema Impfungen und Impffreiheit. Ihr Buch „La Raçon des Vaccination“ (dt. Titel: „Impfungen – der unglaubliche Irrtum“) erschien in Frankreich bisher in 7 Auflagen, in Deutschland in wenigen Jahren in 4 Auflagen. Sie ist seit 1979 Herausgeberin der Zeitschrift „Santé, Liberté e Vaccinations“. Eine sehr mutige Frau, die mit großer Energie und Ausdauer dazu beiträgt, die Wahrheit bezüglich Impfungen zu erkennen und zu verbreiten.



Dr. med. Gerhard Buchwald, Deutschland

Besitzt die Anerkennung als Facharzt für Lungenkrankheiten sowie für Innere Medizin. Außerdem: Anerkennung als Arzt für Naturheilverfahren, Badearzt oder Kurarzt sowie Sozialmedizin. Von 1970 bis 1982 Oberarzt an der Klinik Franken der BfA, von 1982 bis 1990 Chefarzt der Klinik am Park in Bad Steben. Medizinaldirektor, ab 1990 in Pension. Seit über 25 Jahren Tätigkeit als ärztlicher Berater des „Schutzverbandes für Impfgeschädigte e.V.“. Im Zuge dieser Tätigkeit ca. 200 Publikationen zum Thema Impfungen und Impfschäden; erstattete als gerichtlicher Sachverständiger über 100 Gutachten zu Impfschadensprozessen vor deutschen Sozial- und Landessozialgerichten (zusammengefaßt in dem Buch „Buchwald – Impfschadensbegutachtung“, Verlag PRO PATIENTE, 72070 Tübingen. Dr. Buchwald hielt etwa 100 Vorträge im In- und Ausland und ist Mitautor der deutschen Übersetzungen der Bücher von Frau Delarue und von Herrn Coulter.



Harris L. Coulter, Ph. D., Washington, D.C., USA

1969 Doktorat der Columbia University (New York). Schrieb seitdem 11 Bücher und zahlreiche Abhandlungen über Medizingeschichte, Homöopathie, die schädlichen Wirkungen der Impfstoffe, AIDS und seine Verwandtschaft zu Syphilis, kontrollierte klinische Versuche. Gründer und Präsident des „Center for Empirical Medicine“ (Washington, D.C.), einer Organisation zur Förderung der Ideen und Erfahrungen der Empirischen Medizin – dargestellt in seinem vierbändigen Werk Geschichte der medizinischen Ideen: „Divided Legacy: A History of the Schism in Medical Thought“ (1973, 1975, 1977, 1993). Die meisten seiner Bücher sind auch im Ausland erschienen.

Hirhammer Verlag Coulter: Impfungen – der Großangriff auf Gehirn und Seele

Harris L. Coulter

Impfungen der Großangriff auf Gehirn und Seele

Vorwort und Anhang für die
deutsche Ausgabe von
Dr. med. Gerhard Buchwald

HIRTHAMMER

Zum Thema Impfungen sind bisher folgende sich ergänzende Bücher erschienen:

F. und S. Delarue: Impfungen - der unglaubliche Irrtum

S. Delarue: Impfschutz - Irrtum oder Lüge?

H. L. Coulter: Impfungen - der Großangriff auf Gehirn und Seele

Dr. med. Gerhard Buchwald schrieb jeweils Vorwort und Anhang für die deutschen Ausgaben.

Harris L. Coulter

Impfungen

der Großangriff auf Gehirn und Seele

**Vorwort und Anhang für die
deutsche Ausgabe von
Dr. med. Gerhard Buchwald**

HIRTHAMMER

Titel der englischen Ausgabe: VACCINATION, SOCIAL VIOLENCE, AND CRIMINALITY: THE MEDICAL ASSAULT ON THE AMERICAN BRAIN

Rechte der englischen Ausgabe: © 1990 by HARRIS L. COULTER

Autorisierte Übersetzung: DR. KONRAD DIETZFELBINGER

Grafik des Umschlags: FRANZ HIRTHAMMER

Die englische Ausgabe ist erschienen bei:
NORTH ATLANTIC BOOKS
2800 Woolsey Street
Berkeley, California 94705
und
CENTER FOR EMPIRICAL MEDICINE
422145th Street, N. W.
Washington, D. C. 20016

ISBN 3-88721-109-X

1993 © F. Hirthammer Verlag GmbH
Frankfurter Ring 247, D-80807 München

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Vervielfältigung, der Verbreitung sowie der Übersetzung. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages oder des Autors ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile davon in irgendeiner Form zu reproduzieren.

Eine Mode beherrscht jede Zeit, ohne daß die meisten Menschen die sie beherrschenden Tyrannen auch nur zu sehen bekommen.

Albert Einstein

(in einem Brief aus Princeton vom 10. April 1938
an einen rumänischen Freund, Maurice Solovine)

Es gibt kein Verbrechen, keinen Kniff, keinen Trick, keinen Schwindel, kein Laster, das nicht von Geheimhaltung lebt. Bringt diese Heimlichkeiten ans Tageslicht, beschreibt sie, macht sie vor aller Augen lächerlich, und früher oder später wird die öffentliche Meinung sie hinwegfegen. Bekanntmachung allein genügt vielleicht nicht; aber es ist das einzige Mittel, ohne das alle anderen versagen.

Joseph Pulltzer

Inhalt

Vorwort zur deutschen Ausgabe	11
Einführung: »Das immunisierte Kind der Weltgeschichte«	13
1. Kapitel: Autismus.....	21
Entfremdung	21
Ich-Schwäche	23
Angst und Furcht	25
Die »Kühlschrank-Mutter«	27
Eine neurologische Theorie des Autismus	36
Lähmungen der Hirnnerven.....	39
Eine neurologische Basis für Entfremdung und Ich-Schwäche	44
Appetit, Verdauung und Darmstörungen	48
Kopfschmerzen, Kopfdrehen	51
Zur Definition des Autismus: Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom	52
Kompensation der Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung	58
Kompensation der Ich-Schwäche durch Aggression	61
Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität	67
Auf der Suche nach Struktur: Musik	68
Zeitliche Parallelen	69
Ein auffälliger Befund	71
2. Kapitel: Minimalhirnschaden	75
Definition des Syndroms	76
Lähmungen der Hirnnerven	81
Atmung und Asthma	84
Psychologisch oder neurologisch? .	85
Fragmentierung des Intellekts	93
Unfähigkeit, Erfahrungen zu machen	95
Ich-Schwäche und Egozentrik	95
Entfremdung und emotionale Unreife	97
Depression und Selbstmord	98
Kompensation der Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung	100
Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität	105
Auf der Suche nach Struktur: Musik	107
Minimalhirnschaden und Autismus	108

3. Kapitel: Das postenzephalitische Syndrom	111	Die soziopathische Persönlichkeit: kindliche Ichbezogenheit	: 208
Enzephalitis im 20. Jahrhundert	112	Die Bande, die nicht geradeaus denken konnte	211
Akute Reaktionen bei Enzephalitis und nach Impfungen	115	Die soziopathische Persönlichkeit: Ich-Schwäche, Verlust der Selbstkontrolle	213
Anorexie und Bulimie	120	Die soziopathische Persönlichkeit: Depression und Selbstmord	215
Hyperaktivität	122	Abwehrmechanismen und Kompensation: Paranoia, Sex	215
Lähmungen der Hirnnerven	124	Verteidigungsmechanismen und Kompensation:	
Geistige Zurückgebliebenheit, Anfälle, Gehirnlähmung, Paralyse, Hypotonie	129	Kindesmißhandlung	217
Muß es eine heftige akute Reaktion geben?	131	Abwehrmechanismen und Kompensation: Alkohol und Drogen	219
Der »Hot Lot«	135	Alkohol- und Drogenmißbrauch bei Autisten und Menschen mit Minimalhirnschaden	220
Entwicklungsverzögerung	136	Der unwiderstehliche Drang: der Fall Ted Bundy	231
Selbstgefälligkeit (Egotismus), Ich-Schwäche, Entfremdung	138	Gibt es Heilung?	242
Ein moralisches und emotionales Vakuum	142	6. Kapitel: Die Hybris der Mediziner und ihre Folgen	245
Intellektuelle Fragmentierung	143	Anhang: Die Interviews	259
Labilität und Impulsivität	144	Anhang für die deutsche Ausgabe	261
Kompensation der Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung	145	Die Ursachen der Impfgefahren	263
Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität	153	Schützen Impfungen überhaupt?	270
Enzephalitis, Autismus und Minimalhirnschaden	155	Das Ausmaß der Impfschäden in Deutschland	273
4. Kapitel: Impfungen und Allergien	159	Impfungen gegen Krankheiten, die keine Rolle mehr spielen	277
Allergien bei Enzephalitis, Autismus und Minimalhirnschaden	160	Polioimpfstoffe und AIDS	278
Myelin und Entmyelinisierung	163	Impfungen sind das große Geschäft	280
Experimentell hervorgerufene allergische Enzephalomyelitis	164	Nachweise	285
Wachsende allergische Überempfindlichkeit des modernen Menschen	167	Bibliographie	311
Genetische Disposition?	168	Verzeichnis einiger medizinischer und soziologischer Fachbegriffe	337
Diätbehandlung von Allergien	169	Der »große« Pasteur	.341
5. Kapitel: Die soziopathische Persönlichkeit und Gewaltverbrechen	175	Forderungen an den Gesetzgeber	.343
Der Anstieg von Verbrechen und Gewalt in Amerika	176		
Kriminelles Verhalten bei postenzephalitischen Zuständen	183		
Kriminelles Verhalten und Autismus: das Asperger-Syndrom	185		
Kriminelles Verhalten und Minimalhirnschaden: Verhaltensstörungen	187		
Die soziopathische Persönlichkeit	190		
Die Kriminellen und die Asozialen	198		
Der schwarze Jugendliche	200		
Gewalttätigkeit und Epilepsie	201		
Gewalt, geistige Zurückgebliebenheit und Lähmungen der Hirnnerven	204		
Gewalt und kleinere neurologische Störungen	205		

Vorwort zur deutschen Ausgabe von Dr. Gerhard Buchwald

Das Buch »DPT: A Shot in the Dark« war 1985 auf dem amerikanischen Markt erschienen. Etwa 1987 konnte ich es lesen. Zum ersten Mal gab es ein Buch, in dem das Impfen am Beispiel der Keuchhustenimpfung zusammenfassend dargestellt wurde. Damals vermutete ich, daß man sich die Namen des Autors und der Autorin zu merken habe:

HARRRrsL. COULTERund BARBARALOEFrSHER.

Anfang 1989 sagte mir anlässlich eines Telefongespräches mein Gesprächspartner, einer der beiden Autoren des Buches, nämlich H. L. COULTER, befinde sich zu einem längeren Aufenthalt in Deutschland. Er nähme im Augenblick an einem Deutschkurs teil. Über meinen Telefongesprächspartner lud ich Herrn Coulter nach Bad Steben ein. Bald darauf erhielt ich seine Zusage.

Am 4. und 5. Mai 1989 war Herr Coulter unser Gast in Bad Steben. Er erzählte mir, daß er - ohne ein Wort Deutsch zu können - nach Deutschland gekommen sei, um hier zunächst an einem Sprachkurs am Goethe-Institut in München teilzunehmen. Diesen Kursus habe er gerade beendet, und nun wolle er ca. zwei Monate in Deutschland bleiben, um hier Freunde zu besuchen und um neue Freunde zu gewinnen. Die Verständigung machte kaum Schwierigkeiten. Herr Coulter sprach natürlich mit der üblichen amerikanischen Klangfärbung - aber ob bei einem ernsthaften wissenschaftlichen Gespräch, bei einer Unterhaltung oder beim Essen, überall war eine fließende Unterhaltung möglich. Ich habe diesen Mann bewundert.

H. L. Coulter ist kein Arzt - um so erstaunlicher sind seine Ausführungen und seine Kenntnisse der Materie und der einschlägigen Weltliteratur. Vom Hirthammer Verlag wurde ich gebeten, zu seinem Buch »Impfungen, der Großangriff auf Gehirn und Seele« ein Vor- oder Nachwort zu schreiben. Ich freue mich darüber, weil ich diese Abhandlung für sehr wichtig halte, sich unsere Forschungen vortrefflich ergänzen und der Leser zusätzliche

nützliche Informationen zum Impfgeschehen und seinen Folgen in Deutschland und Europa erhält.

Meine Ausführungen sind als Anhang abgedruckt.

Einführung

»Das immunisierteste Kind der Weltgeschichte! «

Das 20. Jahrhundert ist als Jahrhundert der Impfungen bekannt. Als Edward Jenner im Jahre 1798 behauptete, daß eine Impfung mit Kuhpocken eine spätere Infektion mit Pocken verhindere, erblickte ein neuer Wissenschaftszweig das Licht der Welt. Heute trägt dieser den Namen »Immunologie«, und seine Geschichte ist mit berühmten Namen wie Louis Pasteur, Robert Koch, Emil von Behring, Jonas Salk, Albert Sabin und denen vieler anderer weniger bedeutender Forscher geschmückt.

Nach der Pockenimpfung wurden Impfstoffe gegen Tollwut (1885), Typhus (1911), Tuberkulose (1921), Diphtherie (1925), Tetanus (1925), Gelbfieber (1937), Influenza (1943), Kinderlähmung (1954 und 1956) und andere Krankheiten entwickelt.

Diese Untersuchung befaßt sich nicht mit der Frage, ob Impfungen den beabsichtigten Erfolg hatten oder nicht, d. h., ob Impfungen die Menschen gegen die Infektionskrankheit oder Seuche, gegen die sie eingesetzt wurden, auch tatsächlich schützten. Wir stellen vielmehr die ganz spezielle Frage: Welche sind die Gefahren und Schäden, wenn Säuglinge und Kleinkinder geimpft werden?

Auch beim Erwachsenen birgt die Injektion toxischer Proteine viele Risiken. Spritzt man aber diese Stoffe einem Säugling, so ist die Gefahr wesentlich größer. Das Immunsystem des Erwachsenen hat sich im Lauf der Zeit stabilisiert und wird im allgemeinen mit dem Streß der Impfung einigermaßen fertig. Im Vergleich dazu ist das zwei Monate alte Baby unglaublich empfindlich. Doch bereits in diesem Alter beginnen in den Vereinigten Staaten die Immunisierungsprogramme. *

* Die Norm, mit Impfungen schon im Alter von zwei Monaten zu beginnen - die Vereinigten Staaten liegen damit an der Spitze aller Länder -, ist vor allem eingeführt worden, um den Kinderärzten die Arbeit zu erleichtern (siehe Coulter, H., und Fisher, B., »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle«).

Welche Folgen ein solches Vorgehen hat, wird in diesem Buch beschrieben.

In großem Stil wurde in den USA mit Impfprogrammen während und nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen. In den 60er Jahren wurden die freiwilligen Impfungen in den meisten Bundesstaaten durch Pflichtimpfungen ersetzt. Heute wird fast jedes amerikanische Kind gegen Keuchhusten, Röteln, Kinderlähmung, Diphtherie, Mumps, Masern und Tetanus geimpft.

Aber damit ist die Liste noch längst nicht abgeschlossen. Denn die Pharmaindustrie erzeugt immer mehr Substanzen, die unseren Kindern dann in Arme und Oberschenkel gespritzt werden, als ob man sie vor jeder denkbaren Krankheit schützen könnte, wenn man ihnen nur rechtzeitig das geeignete Krankheitsprotein verabreicht!

Es ist schwer, sich gegen diese Kampagnen zur Wehr zu setzen. Impfungen marschieren seit Jahrzehnten an der Spitze des sogenannten medizinischen Fortschritts. Welche Mutter will ihr Kind nicht vor gefährlichen Bakterien und Viren schützen? Welche berufstätigen Eltern können es sich leisten, Tage oder Wochen zu Hause zu bleiben, um ein Schulkind zu hüten, das sich von einer Krankheit erholt?

Keine an der Wiege durchwachten Nächte mehr! Kein versäumter Schultagmehr!

Auch Arzt oder Kinderarzt haben es jetzt leichter. Hausbesuche brauchen sie nicht mehr zu machen. Das Telefon klingelt nicht mehr um Mitternacht, und kein aufgeregter Vater spielt am anderen Ende der Leitung verrückt! Statt dessen zieht ein stetiger, gut dosierter Strom von Müttern mit ihren Babys zur Vorsorgeuntersuchung in die Praxis - um den Kleinen bei dieser Gelegenheit die obligatorischen Injektionen verabreichen zu lassen.

In den letzten Jahren wurde in amerikanischen Ärztezeitschriften als allgemeine Werbung für Impfstoffe ein rosiges Kleinkind abgebildet mit der Überschrift: »Das immunisierte te Kind der Weltgeschichte!« In der Anzeige heißt es, daß fast jedes in den Vereinigten Staaten geborene Kind im Alter von zwei Jahren gegen sieben bis acht Krankheiten immunisiert wurde. Der Hersteller, der diese Anzeige schaltet, ist stolz auf seine Impfstoffe und davon überzeugt, daß hier die moderne Medizin den unwiderlegbaren Beweis für ihre Fortschritte erbracht hat.

Viele stimmen zu: die Ärzte, die diese Mittel verteilen, die Gesundheitsorganisationen, die sie der Öffentlichkeit und dem Gesetzgeber empfehlen, und die meisten Eltern der Kinder, die schließlich die Endverbraucher sind. Als allgemeiner Konsens wird behauptet, daß Kinderimpfungen zu größerer Gesundheit führen, und noch dazu zu minimalen Kosten.

Nur selten hört man Ansichten, die in dieses allgemeine Konzert der Selbstbeglückwünschung nicht mit einstimmen. Die Segnungen der Kinderimpfung sind anscheinend dermaßen offensichtlich, daß nur wenige darüber nachdenken, daß es auch eine negative Seite geben könnte.

Z. B. ist noch kaum jemand die Idee gekommen, daß die Gefahr einer Enzephalitis von einem Impfstoff, der Enzephalitis erzeugt, möglicherweise gar nicht gebannt wird. Wenig ist über negative Reaktionen veröffentlicht worden. Doch in Wirklichkeit sind solche Reaktionen weit verbreitet.

1985 schrieben Barbara Fisher und ich »DPT: A Shot in the Dark« - die erste kritische Studie über diese heiligste Kuh der Medizin in Amerika. * Wir beschrieben darin die typischen Nebenwirkungen der DPT-Impfung (Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfung), die an fast jedem amerikanischen Baby vollzogen wird, sobald es zwei Monate alt ist. Nach unserer Schätzung sterben mindestens 1000 Babys jedes Jahr an dieser Impfung, 12 000 tragen bleibende Schäden davon.

Unsere Zahlen wurden vom Ärzte-Establishment niemals angezweifelt, obgleich sie weit pessimistischer als frühere Schätzungen waren!

Auch der Kongreß machte sich unsere Schlußfolgerungen zu eigen. Im Dezember 1986 erließ er das »Bundesgesetz zur Kompensation von Impfschäden bei Kindern« (National Childhood Vaccination Compensation Law), das finanzielle Entschädigungen für Schäden vorsieht, die sich Kinder durch eine Impfung zugezogen haben. Impfschäden sind inzwischen ein legitimes Thema der öffentlichen Meinungsbildung geworden. Die Frage der Gegenreaktionen ist in Radio, Fernsehen und Presse diskutiert worden. Die Eltern werden sich der Risiken der Impfung mehr und mehr bewußt und wagen es jetzt eher, die Hersteller von Impfstoffen gerichtlich zu belangen.

Ein Hersteller, Lederle Laboratories, teilte den Ärzten 1987 mit, »ein erheblicher Teil« der Erlöse aus Impfstoffen werde zurückgehalten, um spätere Ansprüche auf Schadenersatz abzugelten. Es entstand eine landesweite Elternorganisation: der »Bund unzufriedener Eltern« (DPT: Dissatisfied Parents Together) mit Sitz in Washington D. C. Mütter, die sich Gedanken über die Gesundheit ihrer Kinder machen, bemühen sich um bessere Informationen. Immer mehr von ihnen weigern sich, ihre Kinder impfen zu lassen, selbst wenn Impfungen eine Vorbedingung für die Einschulung sind.

* New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1985. Eine deutsche Ausgabe erschien 1991 im Verlag Barthel und Barthel, Schatzlgasse 31, D-8137 Berg 1, unter dem Titel: »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle«.

Eine durchgesehene englische Ausgabe wurde 1991 von der Avery Publishing Group, Inc., Garden City Park, New York, veröffentlicht. Die Hinweise auf den folgenden Seiten beziehen sich auf die Ausgabe von 1985.

Die ärztlichen Standesorganisationen haben auf diese Entwicklungen nicht reagiert. Statt anzuerkennen, daß Impfstoffe schädlich sind, und die notwendigen Maßnahmen zur Risikoverringerung zu ergreifen, haben sie der »Amerikanische Ärztenbund« (American Medical Association) und die »Amerikanische Akademie für Kinderheilkunde« (American Academy of Pediatrics) zum Stillschweigen entschlossen, offenbar in der Hoffnung, daß sich der Sturm schließlich legt und man weiterhin impfen kann wie zuvor.

Keine offizielle Stellungnahme ist zu den wirklich schwerwiegenden Vorwürfen in »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« erfolgt. Einem prominenten Arzt in der »Immunabteilung der Zentren für die Überwachung von Krankheiten« (Immunization Division of the Centers for Disease Control) wurde darin vorgeworfen, sich an einer »Verschwörung des Schweigens« zu beteiligen. Darauf kam die Antwort »Es ist nicht tunlich, auf jedes Stück über Impfstoffe zu antworten ...«, als ob unser 439seitiges Buch nicht über 100 Interviews mit Familien impfgeschädigter Kinder nur ein Artikel etwa im »National Enquirer« gewesen wäre.

Eine Vogel-Strauß-Weigerung, Daten zur Kenntnis zu nehmen, ist keine angemessene Reaktion. Die Beamten der »Zentren für die Überwachung von Krankheiten« (Centers for Disease Control), der »Gesundheitsämter« (Public Health Service), der »Behörde für Lebens- und Arzneimitteln« (Food and Drug Administration) und der Bundesinstitute für Gesundheit (National Institutes of Health) sind Angestellte des Gemeinwesens und arbeiten mit den Steuerzahler, von dem sie ihre Gehälter beziehen. Wenn irgendwo eine von Verantwortung getragene Kritik an den Impfungen erscheint, sind sie verpflichtet, genau hinzuhören.

»Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« schildert die Auswirkungen einer Impfung - eines »Schusses« mit DPT - auf Babys und Kleinkinder. Im vorliegenden Buch wollen wir solche Kinder bis ins Jugend- und Erwachsenenalter begleiten. Wir werden zeigen, daß Langzeitwirkungen von Impfungen weitaus verbreiteter sind als angenommen. Man hat die auftretenden Störungen immer anderen Ursachen zugeschrieben, und der Zusammenhang mit den Impfungen wurde systematisch ignoriert: Die »Amerikanische psychiatrische Gesellschaft« (American Psychiatric Association) gibt einen Leitfaden zu geistigen Schäden in diesem Land heraus, das »Diagnostische und statistische Handbuch«, in dem auf 70 Seiten »Störungen, die zum erstenmal im Säuglings-, Kindes- oder Jugendalter auftreten«, behan-

delt werden. (Hinweis: Enzephalitis kann auch auf andere Weise entstehen: aus Kopfverletzungen, schwerer Verbrennung, ansteckenden Krankheiten. Aber das kommt verhältnismäßig selten vor.)

Diese Störungen haben den Namen »Entwicklungsstörungen« erhalten. An der Spitze steht wohl »Dyslexie«, auch als »minimaler Hirnschaden« bezeichnet. Eine weitere wichtige Störung ist »Autismus«, aber es gibt noch viele andere: »Hyperaktivität«, »reaktive Bindungsstörung im Kindesalter«, »Hemmung der aggressiven Phase«, »Identitätsstörung«, »funktionale Enuresis« (Bettnässen) usw.

Etwa 20 % der amerikanischen Kinder - eins von fünf - leiden an einer solchen »Entwicklungsstörung«. Das ist eine verblüffende Zahl. Würde ein feindlicher Staat unserem Land dermaßen zusetzen, so würden wir ihm den Krieg erklären. Aber die folgenden Seiten werden beweisen, daß wir uns selbst dermaßen zusetzen. Und wir hören und hören nicht auf damit.

Es wird in diesem Buch gezeigt, daß diese »Entwicklungsstörungen« fast immer von Enzephalitis verursacht sind. Und die Hauptursache für Enzephalitis ist in den Vereinigten Staaten und anderen Industrienationen das Impfprogramm für Kinder.

Um es noch einmal in aller Deutlichkeit zu sagen: Ein großer Teil der Millionen amerikanischer Kinder und Erwachsenen, die an Autismus, Anfällen geistiger Zurückgebliebenheit, Hyperaktivität, Dyslexie und anderen immernachwachsenden Köpfen der Hydra mit dem Namen »Entwicklungsstörungen« leiden, verdanken diese Störungen einer Impfung gegen Kinderkrankheiten.

Die sogenannte »soziopathische Persönlichkeit«, die die Ursache für den enormen Kriminalitätszuwachs der letzten 20 Jahre ist, geht ebenfalls weitgehend auf Impfschäden zurück. Dadurch fördert das Impfprogramm die Entwicklung, daß das amerikanische Schulsystem unterhöhlt wird. Es bricht allmählich zusammen, weil es mit dem Fünftel oder Viertel der Schüler nicht fertig wird, die niemals lesen oder einfache Rechenaufgaben lösen lernen.

Und das Impfprogramm trägt schließlich zur Welle der Gewaltverbrechen bei, die unsere Städte in Dschungel verwandeln, wo die Schwachen und Schutzlosen zur Beute der Starken und Rücksichtslosen werden.

Die Auswirkungen der Impfungen haben sogar den Umgangston und die Atmosphäre der modernen Gesellschaft verändert. Die Wandlungen sind so schleichend und allgemein, daß sie kaum bewußt werden und daher leicht zu übersehen sind. Es ist gar nicht so einfach, die Gestalt des Inkubus, den das Impfprogramm auf uns losgelassen hat, klar zu erkennen.

Täglich wird dieses Programm fortgesetzt, und Hunderte von normalen, gesunden Babys tragen Schäden davon. Sie bleiben geistig zurück, werden blind, taub, autistisch, epileptisch, lernschwach, emotional instabil, künftige

* 3., überarbeitete Auflage 1987. Die 2. Auflage von 1968 widmete diesen Störungen lediglich dreieinhalb Seiten. Die 1. Auflage von 1952 erwähnte sie überhaupt nicht. »Störungen, die zum erstenmal im Säuglings-, Kindes- oder Jugendalter auftreten«, schießen offenbar wie Pilze aus dem Boden.

jugendliche Delinquenten und Berufsverbrecher. Das mag sich wie wilde Übertreibung anhören. Es sind aber lediglich nüchterne Schlußfolgerungen auf der Basis von Daten, die jedermann in diesem Buch nachschlagen kann.

Wer daran zweifelt, daß die Spitze einer subkutan angesetzten Nadel so viel Übles anrichten kann, der braucht nur weiterzulesen.

Ein paar Worte zur Methode: Wir haben uns in erster Linie auf die Fachliteratur über Autismus, Entwicklungsstörungen, Enzephalitis und Impfungen gestützt. Liest man diese Bücher und Artikel aufmerksam, liefern sie unerwartete Aufschlüsse.

Wir bringen viele Zitate, teils weil sie an sich schon interessant sind, teils weil dieses Buch nicht nur eine Analyse des Kinderimpfprogramms geben soll, sondern auch eine Geschichte der ärztlichen Anschauungen und Auffassungen. Ärzte können ihre Einstellungen ändern, Verhütung äußern, einander widersprechen, manchmal auch Unsinn reden. Diese menschliche Seite des Arztes kommt durch Zitate plastischer zum Vorschein.

Anderes Informationsmaterial, aus dem auf diesen Seiten gern zitiert wird besteht aus drei Interviewreihen, die mit Eltern neurologisch geschädigter Kinder durchgeführt wurden (siehe Anhang). Eine Reihe mit 10 Fällen stammt von Eltern, mit denen wir uns unterhielten, als wir »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« schrieben. Ihre Kinder hatten offenbar auf die DPT-Impfung reagiert, und die Eltern machten den Impfstoff für die späteren Störungen verantwortlich. Die zweite und dritte Serie, zusammen etwa 60 Fälle, stammen aus Familien, die ich interviewte, um festzustellen, ob ihr neurologisch geschädigtes Kind vielleicht ein Opfer der Impfung war.

Die drei Reihen ergänzen sich also. Sie gehen den Zusammenhang zwischen Impfung und neurologischen Schäden von den Zusammenhängen der Kausalkette her an. Die Eltern in der ersten Serie wußten, daß ihr Kind heftig auf die Impfung reagiert hatte, und vermuteten, die Impfung sei Ursache für die darauf folgende Störung. Die Eltern der zweiten und dritten Serie faßten die Möglichkeit ins Auge, daß die sonst unerklärliche neurologische Schädigung ihres Kindes tatsächlich auf eine Impfung in der Kindheit zurückgehen könnte.

Auch hier zitieren wir ausführlich. Wenn Eltern über ihre Kinder sprechen, ist ihre Sprache lebhaft. Sie finden immer das treffende Wort, um eine auffällige Veränderung in Wesen oder Verhalten zu kennzeichnen. Man könnte keine bessere Ausdrucksweise als ihre eigene finden, und das direkte Zitat wird am ehesten der Tiefe und Intensität ihrer Empfindungen gerecht.

Wir behaupten nicht, daß es sich bei den drei Serien um »wissenschaftliche«, repräsentative Untersuchungen handelt. Die Elterninterviews sollen nur dazu dienen, die Beweise, die der Fachliteratur über Autismus, Ent-

wicklungsstörungen, Enzephalitis und kriminelles Verhalten entnommen sind, zu illustrieren.

Die folgenden Seiten enthalten viel ausgesprochene und unausgesprochene Kritik am Beruf des Arztes. Das kommt sicher nicht von ungefähr. Denn wer, wenn nicht die Ärzte, trägt die Verantwortung für das Unglück, das durch die Impfprogramme über dieses Land gekommen ist?

Natürlich soll das nicht heißen, daß jeder Arzt Vorwürfe verdient. Ärzte sind Menschen wie wir alle, sie haben dieselben Stärken und Schwächen. Die meisten von ihnen wurden in erster Linie Mediziner, um kranken Menschen zu helfen. Sie sind dann aber in eine Welt geraten, die von anderen geschaffen wurde, und müssen sich Regeln fügen, die sie nicht selbst gemacht haben. Insofern wäre es nicht fair, jeden einzelnen persönlich verantwortlich zu machen.

Aber ganz massive Kritik muß sich der organisierte Berufsstand als solcher gefallen lassen, der in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts das »Gesundheitsministerium« erriet, gemeinsam mit den Ärztevereinigungen wie dem »Amerikanischen Arztbund« und der »Amerikanischen Akademie für Kinderheilkunde« sowie den größeren medizinischen Fachzeitschriften den Professoren für Pädiatrie und Immunologie an den medizinischen Ausbildungsstätten des Landes, den Arzneimittelherstellern, den Krankenhäusern, staatlichen und kommunalen Gesundheitsbehörden und anderen Inhabern von Ämtern und Pfründen, die zusammengerechnet den »neuen medizinisch-industriellen Komplex« bilden. Sie alle haben jahrzehntelang Stimmen innerhalb und außerhalb der Grenzen ihrer Profession unterdrückt, die vor der drohenden Katastrophe warnten.

Die organisierte Medizin wird durch ihre eigenen Mitglieder von der öffentlichen Meinung und dem Druck der Öffentlichkeit isoliert. Das hat dazu geführt, daß die entsprechenden Informationen nicht an die Öffentlichkeit gelangten, so daß sie die Politik nicht beeinflussen konnten.

Wenn wir verhindern wollen, daß Katastrophen wie das Impfprogramm bis in alle Zukunft fortgeschrieben werden, dann müssen wir dafür sorgen, daß die gesetzlich geschützten Privilegien des Ärztestandes zumindest geändert werden. Mit diesem Thema befaßt sich ausführlicher Kapitel 6.

1. Kapitel

Autismus

Die ersten Opfer des Angriffs der Medizin auf das Gehirn Amerikas sind die autistischen Kinder.

In seinem schon klassisch gewordenen Artikel von 1943 beschrieb der damals berühmteste Kinderpsychiater der Welt, Leo Kanner, elf Fälle einer neuen psychischen Krankheit bei Jugendlichen, die er »angeborene autistische Störungen der affektiven Beziehungen« nannte.

Er schrieb: »Die Symptome unterscheiden sich signifikant und eindeutig von allem Bisherigen ...«

Das Phänomen wurde schnell unter der Bezeichnung »frühkindlicher Autismus« oder einfach »Autismus« bekannt.¹ Niemand bemerkte damals und noch Jahrzehnte später, daß die ersten Fälle von Autismus in den Vereinigten Staaten zu einem Zeitpunkt auftraten, als die Keuchhustenimpfungen immer beliebter und verbreiteter wurden.

Entfremdung

Die vorherrschenden Merkmale des autistischen Kindes sind Rückzug auf sich selbst und Entfremdung. »Autismus« kommt vom griechischen »autos«, was »selbst« bedeutet. Kanner schilderte »die Unfähigkeit der Kinder, vom Beginn ihres Lebens an normale Beziehungen zu Menschen und Situationen aufzunehmen ... Von Anfang an zeigt sich *extreme autistische Einsamkeit* ...«³ Sie hatten offenbar kein Bedürfnis danach, sich mitzuteilen.¹

Diese Kinder »streckten ihre Händchen nicht nach ihren Eltern aus«, wenn man sie rief, und sie schmiegt sich nicht in die Arme der Mutter. Sie beschäftigten sich mit sich selbst und verlangten gar keine Zuwendung: »Er läuft, als ob ein Schatten über ihm läge, lebt in seiner eigenen Welt und läßt niemanden zu sich durchdringen.«^e Sie waren »abweisend« und »unzugäng-

lich«, Sie konnten nicht - oder wollten nicht -lächeln. Sie sträubten sich gegen jede Berührung, sogar seitens ihrer Eltern, und wurden bei Fremden »nervös und feindselig«.

Sie litten an einer »Stumpfheit der Gefühle«, einer »affektiven Isolation«, einem »Syndrom affektiver Disproportion«."

Ich erinnere mich vor allem, wie er dasaß, von Spielsachen umgeben, als ob er vom Rest der Welt nichts wissen wollte.

Wir hatten den Eindruck, daß ihre Reaktionen auf uns nur oberflächlich und flüchtig, nicht bestimmt und kräftig waren. Es war gar nicht einfach, ihr ein Lächeln zu entlocken oder überhaupt ihre Aufmerksamkeit zu erregen. Sie starrte nur immer in die Luft.

*Ich erinnere mich, wie ich immer zu den Leuten sagte: »Er ist so uninteressiert wie ein Snob!« Auch als er noch ganz klein war, sagte ich immer: »Das ist mein uninteressiertes Baby, es kümmert sich nicht um die Menschen.«**

Ihre Einsamkeit entsprang ihrem Unvermögen, mit anderen mitzufühlen und zu spüren, was andere denken und empfinden. Ein britisches Ärzteteam, das sich mit der Definition des Autismus befaßte, beschrieb eine »weitgehende und dauernde Schwächung der emotionalen Beziehungen zu anderen Menschen. Damit gehen häufig Desinteresse und ein mechanisches Anklammern (die sogenannte Symbiose) Hand in Hand, auch ein anormales Verhalten gegenüber anderen Menschen als Person. Sie behandeln sie oder Teile von ihnen wie unpersönliche Sachen. Auffällig und lang andauernd ist häufig ihr Problem, sich unter andere Kinder zu mischen und mit ihnen zu spielen.«' Sie »passen sich ungern an soziale Verhaltensmuster an«, erkennen die »emotionale Bedeutung von Personen und Ereignissen« nicht und zeigen »mangelnde Zuwendung zu anderen«. Sie können die Empfindungen eines anderen Menschen nicht an seinem Gesichtsausdruck ablesen."

Jerry Goldsmith, ein 18jähriger, fast normaler autistischer Jugendlicher, wird folgendermaßen beschrieben: »Er funktioniert wie eine Maschine, ganz gefühllos, und schätzt seine Umgebung nur mit dem Intellekt ein ... verstandesmäßiges, aber gefühlsleeres Bewußtsein von sozialen Beziehungen.« Als er 14 war, reiste er einmal mit seiner Familie in eine mexikanische Grenz-

stadt. Da er dort die Gerüche auf dem Markt nicht ertragen konnte, verschwand er plötzlich und ging die 16 Kilometer zum Motel zu Fuß zurück, ohne seinen Eltern etwas zu sagen. Den ganzen Tag ließ er sie verzweifelt nach ihm suchen. »Er verstand gar nicht, daß seine Familie über sein Verschwinden besorgt sein könnte, und hatte daher niemandem erzählt, daß er fortgehen würde. Bei allen anderen Problemen war wohl dieser Mangel an Zuneigung, der sich in dieser Situation zeigte, seine größte Schwäche. Er konnte einfach nicht nachempfinden, wie andere Menschen fühlten, und daher nicht richtig auf sie reagieren. In seiner Unfähigkeit, mit anderen mitzufühlen, konnte er auch nicht voraussagen, wie sie sich verhalten würden, und war daher von ihren Handlungen anscheinend immer überrascht und durcheinandergebracht. So bereitete ihm schon das Leben in der Familie Schwierigkeiten, und das Leben außerhalb war ihm ganz unmöglich.«

Die Hauptschwäche, die Jerry sein ganzes Leben hindurch begleitet hat (und ein hervorstechendes Merkmal bei allen autistischen Menschen ist), ist ein auffälliger Mangel an Einfühlungsvermögen ... Dieses grundlegende menschliche Band fehlt bei ihnen anscheinend immer, und so erscheint ihnen die Welt der Menschen, im Gegensatz zu der der unbelebten Sachen, stets verwirrend und bedrohlich. Selbst wenn es einmal so aussieht, als ob Jerry als Erwachsener mit dem Intellekt versteht, wie ein anderer Mensch empfindet, ist er offensichtlich nicht imstande, im eigenen Innern nachzufühlen, was im Innern eines andern vorgeht. So lebt er als isoliertes, mechanisches Wesen, das die Nuancen zwischenmenschlicher Kontakte nicht wahrnimmt, und muß sich daher zwangsläufig von einer Welt zurückziehen, die ihm dauernd Überraschungen bringt und unberechenbar für ihn bleibt.'

Ich-Schwäche

Kanner und andere entdeckten sehr bald die Ich-Schwäche des autistischen Kindes. Im besten Fall fühlte es sich leicht verletzbar, untauglich und minderwertig. In einem Extremfall trat

eine ins Auge springende Unbewußtheit der ... eigenen Identität auf, in diesem Ausmaß ganz ungewöhnlich für sein Alter. Das zeigte sich in einem anormalen Verhalten gegenüber der eigenen Person, z. B. in der Haltung, in der er dastand, oder darin, wie er mit aller Sorgfalt Teile seines Körpers untersuchte.'?

Das erscheint paradox: Wie läßt sich Ich-Schwäche mit totalem Rückzug auf sich selbst vereinbaren? Die Antwort ist einfach. Da das autistische Kind kein Selbstgefühl besitzt, identifiziert es sich mit der ganzen Welt:

* Nicht nachgewiesene Zitate (in Kursivschrift) stammen von den Interviews des Autors und seiner Kollegin Barbara Fisher mit Familien (siehe Anhang). Die Namen sind geändert (Harvey Jackson jun., Tammy Garrett usw.).

Man sagt von ihm, er wisse nicht, wo er aufhört und jemand anderes anfängt. Er denkt, die ganze Welt dreht sich nur um ihn. Er sieht sich als Mittelpunkt des Weltalls. Bei allem möchte er nur wissen, was es für eine Wirkung auf ihn selbst hat.

Ronald, ein mäßig autistischer Erwachsener, stellt fest:

»Ich wußte tatsächlich nicht, daß es Menschen gab, bis zum Alter von sieben Jahren. Dann erst wurde mir plötzlich bewußt, daß es ja Menschen gab. Aber nicht so wie ihr. Auch jetzt muß ich mich immer wieder erst daran erinnern, daß es Menschen gibt.«

Diese Notwendigkeit, sich selbst zu erinnern, fiel vor allem bei seinen Beziehungen auf. Manchmal lief er an einem Menschen vorbei, als ob der gar nicht existierte, oder er zog sich plötzlich aus einem Gespräch zurück, als ob der Partner soeben gestorben wäre."

Wer sich so auf sich selbst zurückzieht, hält die Konfrontation mit der Wirklichkeit nicht aus. Der jugendliche Autist bemerkt, wie sehr er sich von anderen unterscheidet." Er entdeckt, daß die äußere Welt ihm unfreundlich und feindselig gesinnt ist. Seine großartige Vorstellung von sich selbst, sein Ich, schrumpft zu einem Nichts zusammen. Falls er sich nicht mit der ganzen Welt identifizieren kann, bleibt ihm kaum etwas anderes übrig.

Das zeigt sich auf unterschiedliche Weise. Eine davon ist die *Unfähigkeit, Kritik* oder auch nur ein scharfes Wort zu ertragen.

Auf Lob reagiert er positiv. In der Schule macht er keine Schwierigkeiten. Man braucht ihn nur genügend zu loben. Er ist sehr zufrieden mit sich selbst, wenn er etwas gut gemacht hat, doch äußerst empfindlich gegen Kritik und kann laut losheulen, wenn man ihm etwas sagt. Niemals mußten wir disziplinarische Mittel anwenden ... Wenn ihn ein anderer Junge zu Boden stieß, blieb er nur liegen und weinte ...

Das autistische Kind *bringt es oft nicht fertig, ja zu sagen*. Denn auf ein Angebot oder einen Vorschlag einzugehen würde ein Selbstbewußtsein voraussetzen, das Bewußtsein einer Persönlichkeit mit einem Willen oder der Bereitschaft zuzustimmen. Dazu aber sind die meisten von ihnen nicht imstande. Oft zeigen sie ihre Zustimmung dadurch, daß sie die Frage wiederholen.

Ich-Schwäche kann sich auch durch das *Unvermögen* manifestieren, *anderen ins Auge zu sehen*. Autistische Kinder sind bekannt für ihr »Danebensehen«. Tammy Garrett »fürchtet sich vor den Augen der Menschen. Sie hat Angst davor, von einem anderen angeschaut zu werden.«

Defekte beim Aufbau des Ichs sind auch für die Unfähigkeit des Autisten verantwortlich, Personalpronomina korrekt anzuwenden. Vor allem *begreift*

er die Bedeutung des Wörtchens »ich« nicht. Das Kind spricht nicht spontan von sich selbst, nennt sich nicht »ich« und zeigt nicht auf sich." Die Personalpronomina werden einfach nachgesprochen und nicht auf geänderte Situationen bezogen. »Wenn die Mutter zum Kind sagt: -Jetzt gebe ich dir deine Milche, äußert es seinen Wunsch nach Milch in genau den gleichen Worten. So spricht es von sich selbst allmählich immer mit -du- und redet andere mit -ich. an.e"

Ich-Schwäche drückt sich außerdem durch die *Furcht* aus, *die Initiative zu ergreifen*, und durch einen Mangel an Spontaneität, sogar in Gesprächen."

Er beantwortete Fragen, ergriff aber niemals selbst das Wort. Man konnte sich nicht mit ihm unterhalten.

»Manchmal höre ich zu, wie sie spielen«, erzählt die Mutter zweier Töchter, eine davon autistisch. »Fran übernimmt beim Gespräch die Rolle von Beth. Es macht einen ganz krank, wissen Sie, daß sie keine Schwester hat, mit der sie sprechen kann.e" Die Mutter eines anderen autistischen Jungen klagte: »Die einzig spontane Handlung meines Sohnes, die er jemals fertigbrachte, war, sich selbst auf eine Party einzuladen.e"

Ich-Schwäche offenbart sich schließlich auch im *fehlenden Bewußtsein eines Risikos*. Das autistische Kind geht unbekümmert in den dichtesten Verkehr und läuft an Dachrändern entlang. Es klettert an Dachrinnen hinauf, balanciert auf Wäscheleinen, springt unbedenklich vom hohen Schrank hinunter usw.

Unfähig, Gefahren wahrzunehmen, gab er kein Zeichen irgendeiner Gefühlsregung von sich, wenn Autos quietschend vor ihm anhielten. Es gab auch eine Zeit, wo ihm hohe Stellen faszinierten, und oft fanden wir ihn, wie er auf einem Fenstersims im zweiten Stock stand und auf den Beton drunten hinabstarrte. 18

Angst und Furcht

Ein anderer Ausdruck der Ich-Schwäche ist diffuse, unbestimmte Angst und Furcht. Auf den Gesichtern dieser Kinder liegt »eine ängstliche Spannung, vielleicht weil sie dauernd mit Unbehagen auf das Eingreifen eines Erwachsenen warten ...«.19 Sie haben Angst vor allem und jedem: Hunden und anderen Tieren, lauten Geräuschen, Gewehren, dem Kühlschrank, einem Ofen, Blitzlicht, einem Fleck an der Wand und besonders vor der Dunkelheit - vor »Nachtmahren«.

Tony M., ein fast normaler Autist, schrieb in einer kurzen Autobiographie:

Ich lebte in einer Welt der Tagträume und Ängste um mich selbst. Um menschliche Empfindungen und andere Menschen kümmerte ich mich nicht. Ich hatte Angst vor allem! Es war mir schrecklich, zum Schwimmen ins Wasser zu gehen und laute Geräusche zu hören. Im Dunkeln hatte ich sich immer wiederholende schwere Alpträume, manchmal waren Geräusche wie von elektronischen Geräten damit verbunden. Dann wachte ich dermaßen erschrocken und verwirrt auf, daß ich Minuten brauchte, bis ich aus dem Zimmer fand. Es war so, als ob ich langsam in die Hölle hineingezogen würde. Auch vor ganz einfachen Dingen hatte ich Angst, z. B. vor dem Duschen, dem Nägelschneiden, vor Seife in den Augen, vor dem Färsching ... Ich war entsetzt, als ich mich zum erstenmal schnitt und mein eigenes Blut sah. Auch war es sehr schwer, mir Vertrauen einzuflößen und mich zu überzeugen - immer brauchte ich Bestätigung, und das ist auch heute noch so. Ich traue und traute immer nur mir selbst - das ist auch jetzt noch mein Problem. Und ich war und bin immer noch sehr unsicher. Alles machte mich nervös, ich hatte große Angst vor Menschen und Auftritten in der Gesellschaft."

In einem Interview, das man im Alter von 22 Jahren mit ihm machte, äußerte Jerry Goldsmith »tiefe Minderwertigkeitsgefühle« und »bohrende Angst«.

Seine Kindheitserlebnisse könnte man zusammenfassend beschreiben als geprägt von zwei vorherrschenden Merkmalen: Bestürzung und Schrecken. Das Thema, das in allen Erinnerungen Jerrys wiederkehrte, war, daß er in einer schrecklichen Welt lebte, die nicht zu meistern, quälend harte Ansprüche an ihn stellte ... Nichts war vorhersehbar und vertraut ... An Hunde erinnerte er sich wie an dämonische, furchtbare Wesen. Als Kind glaubte er, sie seien irgendwie menschenähnlich, sie bewegten sich ja aufgrund eigener Motive usw., doch auch wieder nicht wirklich menschlich, und das verwirrte ihn total. Auch andere Kinder erschreckten ihn, und er fürchtete ständig, daß sie ihm etwas antun könnten. Niemals konnte er ihr Verhalten voraussagen oder verstehen. Die Grundschule hatte er in scheußlicher Erinnerung. Das Klassenzimmer brachte ihn völlig durcheinander, er hatte immer das Gefühl, er würde sich »auflösen«."

Leonard ist ein mäßig autistischer Jugendlicher. Er arbeitet in sehr untergeordneter Stellung, seine Arbeit ist ziemlich mechanisch. Als ihn sein Vater aufforderte, doch etwas mehr aus seinem Leben zu machen, gab er zur Antwort:

»Ich kann mir so etwas schon vorstellen. Meine Gedanken wandern durch die Luft, und ich kann mir schon vorstellen, eine interessante Arbeit zu kriegen, einen Wagen zu fahren. Aber bis dahin wird noch einige Zeit vergehen. Du weißt, letztes

Jahr träumte ich davon, in eine andere Stadt zu gehen. Aber so etwas ist mir einfach unmöglich.« Wenn man ihn fragte, warum er nicht tun könne, was er wolle, sagte er:

»Ich könnte einfach nicht fahren. Die kleinsten Dinge machen mir angst und versetzen mich in Panik. Ganz bestimmt, also das ist ganz sicher, würde ich irgendwo vom Weg abkommen, wenn ich versuchen würde zu fahren.«"

Die» Kühlschranks- Mutter«

Die Psychiater und Psychoanalytiker erkannten peinlich berührt und betroffen, daß sie nicht helfen, ja das Phänomen Autismus nicht einmal erklären konnten. Bisher ist tatsächlich kein Heilverfahren gefunden worden. Sie kamen zu dem Schluß, daß die Eltern, vor allem die Mütter, für die Entfremdung des Kindes, seinen Rückzug auf sich selbst, seine Ich-Schwäche und Ängstlichkeit verantwortlich sein müßten. Kanners Entdeckung löste eine Orgie von Spekulationen aus, die auch heute noch nicht beendet ist.

Kanner selbst stand zunächst unter dem Einfluß der gängigen psychoanalytischen Theorien und übernahm die Führung in der Diskussion. Er schrieb 1944, die Eltern von Autisten seien selten »warmherzig«.

Meistens sind Eltern, Großeltern und Verwandte Menschen, die in abstrakten Berufen der Wissenschaft, Literatur oder Kunst arbeiten und wenig Interesse an direkten Kontakten mit Menschen haben. Auch in einigen der glücklichsten Ehen herrscht ein recht kühles, förmliches Klima. Es erhebt sich die Frage, ob und bis zu welchem Grad diese Situation den Zustand der Kinder verursacht hat."

In einem Artikel schilderte er 1949 den Besuch einer Familie beim Psychiater:

Während sie die Treppe heraufkommen, zockelt das Kind einsam hinter der Mutter her, die sich nicht darum kümmert, was hinter ihr vorgeht. Die Mutter geht auf die Einladung, im Wartezimmer Platz zu nehmen, ein, während das Kind in einiger Entfernung herumsitzt, -steht oder -läuft. Keiner macht eine Bewegung auf den anderen zu. Als später die Mutter im Ordinationsraum unter einem Vorwand gebeten wird, das Kind auf den Schoß zu nehmen, tut sie das auch, aber nur auf eine pflichtbewußte, steife Art. Sie setzt das Kind aufrecht hin und gebraucht ihre Hände nur, um es in dieser Stellung zu halten. Nur ein einziges Mal sah ich, wie die Mutter eines autistischen Kindes es herzlich umarmte und ihr Gesicht an das seine drückte."

Kanners Ansichten wurden vielleicht von der Art des Publikums beeinflusst, mit dem er es zu tun hatte. Die Patienten kamen zu Beginn seiner ärztlichen Praxis aus der Oberschicht und der oberen Mittelschicht von Baltimore, Maryland. Sie hatten Hemmungen, ihre Gefühle zu zeigen. Ihre Zurückhaltung kann auf einen warmherzigen osteuropäischen Juden durchaus wie ungewöhnliche Gefühlskälte gewirkt haben. Jedenfalls führten ihn diese Beobachtungen zu seiner Theorie der »Kühlschrank-Mutter« als Erklärung für den Autismus: »Die Gefühlskälte, denen die Kinder bei solchen Eltern ausgesetzt sind, muß ein starkes pathogenes Element in der frühen Persönlichkeitsentwicklung der Patienten gewesen sein.« Wenn Kinder »längerem Gefühlsentzug« ausgesetzt werden, zeigen sie ein sozial aggressives und psychopathisches Verhalten:

Man kann sich nur schwer der Schlußfolgerung entziehen, daß diese Gefühlssituation in der Familie einen dynamischen Faktor bei der Genese des Autismus darstellt."

Die Entdeckung, daß Männer vier- oder fünfmal so häufig an Autismus leiden wie Frauen, gab dem Generalangriff auf die amerikanische Mutter weiteren Auftrieb. Offensichtlich konnte sie zwar ihre Töchter richtig aufziehen, nicht aber ihre Söhne.

Doch war Kanner ein gut beobachtender Kliniker, und bald schränkte er seine Theorie wieder ein. Schon 1944 schrieb er, daß diese Kinder ihre Symptome oft »vom Beginn des Lebens an« zeigten. Das ließ kaum die Möglichkeit zu, den Eltern wegen ihrer Erziehungsmethoden Vorwürfe zu machen." Und warum hatten autistische Kinder häufig normale Geschwister? Außerdem gab es Eltern mit kaltem Wesen, die doch normale Kinder aufzogen. Es waren Kinder, die, »weit davon entfernt, sich autistisch zurückzuziehen, mit rücksichtsloser Aggressivität reagierten. Es ist nicht leicht, für diesen Unterschied im Verhalten eine plausible Erklärung zu finden.«

1954 räumte Kanner die Möglichkeit einer biologischen Abnormalität bei Kindern ein, die dann die Ursache für eine autistische Reaktion gegenüber der »Kühlschrank-Mutter« wäre.²⁹1955 stellte er fest, daß etwa 10 % der Eltern nicht in sein Schema paßten." Und 1971 gab er zu, daß die ganze Theorie von der »Kühlschrank-Mutter« oder der »psychotoxischen« Mutter reiner Unsinn gewesen sei."

Doch hatten sich mittlerweile andere diese Theorie zu eigen gemacht. Es war die Ära, in der man an geistige Schäden vor allem nach der Freudschen Methode heranging. Für die Psychoanalytiker, die von den dynamischen Prozessen von Ich, Über-Ich und Es wie hypnotisiert waren, stellte der Autismus eine üppige Spielwiese für Spekulationen dar.

Sie griffen sich einfach einen Aspekt des autistischen Verhaltens des Kindes heraus und errichteten einen ideologischen Überbau darüber, der sich an Freuds Theorie der drei Seelen teile orientierte. Besonders die mangelhafte Entwicklung des Ichs autistischer Kinder öffnete Tür und Tor für unbegrenzte psychologische Ausblicke. Sie galt gewöhnlich als der Ursprung des Krankheitsbildes und wurde selbstverständlich der Mutter angelastet.

Eine ganze Generation amerikanischer Mamas wurde angeklagt, unbewußt ihre Kinder zu hassen und so das Ich ihrer Kinder zu untergraben:

Es ist ein Schock und eine Herausforderung, daß Eltern emotional krank sein können, ohne sich dessen bewußt zu sein, und daß ihre pathologischen Symptome, wenn sie in der Elternschaft virulent werden, derart tragische Auswirkungen auf das Kind haben können ... Die negative Mutter wünscht ihr Kind nicht wirklich. Sie hat kaum die Kraft, sich ihm zuzuwenden, was sehr deutlich darin zum Ausdruck kommt, wie sie ihr Kind behandelt. Sie faßt ihre Mutterschaft als bloße Pflicht auf und ruft daher im Kind oft eine negative Reaktion hervor. Es fühlt sich bei ihrer Behandlung nicht wohl ... Mir scheint, daß die Mutter eines Kindes, das autistisches Verhalten entwickelt, das Extrem dieser negativen Frau ist, und leider ist das Kind der erste Mensch, der unter ihrer unbewußten Feindseligkeit zu leiden hat."

In einem Artikel vom Jahre 1949 über autistische Kinder wurde die Meinung vertreten, daß das Ich, welches den Menschen gegen äußere Einflüsse verteidigen soll, zunächst einmal selbst ganz natürlich entwickelt werden muß. Das ist die Aufgabe der Mutter. Sie kann dabei aber in zweierlei Hinsicht Fehler machen. Entweder gibt sie dem Kind zuwenig Anreize, was dazu führt, daß sich »die Bildung des Ichs verzögert, möglicherweise zu sehr verzögert«. Oder, und das ist fast die schlimmere Möglichkeit, sie verlangt zuviel vom Kind. Daraus entsteht dann ein »Ersatz«-Ich, welches ganz hastig aufgebaut wird. Aber eine solche »verfrühte Organisation des Ichs« stellt nur einen »schwachen Schutz gegen Herausforderungen von außen« dar und muß irgendwann zusammenbrechen. Und bis dahin hat sie die Herausbildung einer reifen Ich-Organisation verhindert. »Eltern und andere Betreuer dieser Kinder sollten sie strikt vor zu großen Herausforderungen bewahren, bis die Zeit gekommen ist, wo das Ich des Kindes in der Lage ist, ohne Überbeanspruchung seine Funktion zu erfüllen.«

Es ist sehr gut möglich, daß diese Analyse auf einer richtigen Beobachtung des Psychoanalytikers beruht, nämlich daß autistische Kinder oft überempfindlich auf Sinneseindrücke reagieren.

Eine andere Gruppe von Wissenschaftlern kam zu der Auffassung, daß eine mangelhafte Ich-Entwicklung in den ersten fünf Lebensjahren in einer »li-

bidinösen Überflutung« - vom Es ausgehend -, die die Ich-Struktur bedroht, ihre Ursache hat. »In seinem verzweifelten Versuch, sich irgendwie an der Realität festzuklammern, hält sich das Kind an ihre weniger bedrohlichen Aspekte, nämlich Gegenstände und Teile. Die gefährlicheren Aspekte Personen und Ganzheiten grenzt es aus. Dadurch kann sich dann die geistige Funktion der Symbolgebung nicht entwickeln.«

Tatsächlich halten sich autistische Kinder an Teile und Stücke ihrer Umwelt und haben Schwierigkeiten mit Symbolen. Aber warum soll das »libidinös« sein? Jedenfalls wurde diese gewagte Hypothese in diesem Sinne kritisiert. Trotzdem bleibt »die Frage, was denn wirklich zu dem ursprünglichen [Ich-]Defekt führt und was die Natur dieses Defektes ist.«

Eine höchst scharfsinnige Schlußfolgerung! Nur, daß der Vorschlag dieses Autors, wie diese Frage zu lösen sei, auch keinen besonderen Fortschritt darstellte:

Der Schreiber dieser Zeilen möchte behaupten, daß die Fälle von Autismus sich mehren, je weiter wir uns auf unserem Spektrum der schizoiden Phänomene dem aktiven, krankhaften Extrem nähern, und daß Autismus von einem bestimmten Punkt ab zum Hauptdefekt wird. Der Schreiber dieser Zeilen ist geneigt, den pathologischen Ort dieses Phänomens dort zu lokalisieren, wo sich die geheimnisvolle Umwandlung »organischer- Wahrnehmungen (Ergebnis »mechanischer« Stimulierung aus der inneren und äußeren physischen Welt) in sinnvolle und geordnete psychische Erfahrungen vollzieht ... [?!?]

Psychoanalytiker machen manchmal richtige Beobachtungen, z. B., daß Autismus mit Ich-Schwäche und der Notwendigkeit, das Ich zu schützen, Hand in Hand geht. Aber dann werden diese Beobachtungen wieder von einer Flut von Hypothesen über psychologische Ursachen überschwemmt:

Die Sicherheit des Ichs wird durch ein automatisches und aktives Muster von Selbsthemmung und Rückzug gewährleistet. Es errichtet eine autistische Schranke zwischen dem eigenen Selbst und anderen Menschen mit dem Zweck, seine eigene Verletzlichkeit zu verbergen. Die Folge ist die charakteristische seelische Vereinsamung. Indem sich der Patient von emotionalen Beziehungen mit anderen zurückzieht, erreicht er nicht nur Sicherheit für sein Ich, sondern verhin'dert auch erfolgreich die Versuche anderer, eine Beziehung zu ihm aufzubauen. So rächt er sich gewissermaßen, indem er die Wirksamkeit der ihn »bedrängenden« Eindrücke sabotiert und ablehnt. Jedoch werden die Sicherheit für sein Ich und die Befriedigung seines Rachebedürfnisses, die er sich durch seinen Rückzug verschafft, nur um den Preis emotionaler Beeinträchtigung, Einsamkeit und der Verweigerung eines weiteren Wachstums des Ichs erlangt ... usw. usf."

Warum eigentlich brachte die amerikanische Mama so wenig Zuwendung und Interesse für ihren Sohn auf? Was veranlaßte sie, seine Ich-Entwicklung so systematisch zu blockieren? J. Louise Despert, Professorin für klinische Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Cornell-Universität, stellte einen Fall vor, bei dem die Mutter ihren Sohn ablehnt. Die Professorin berichtete, daß der Cousin der Mutter, als diese vier Jahre alt war, sie zu vergewaltigen versucht hatte. Und ihre Hypothese war, daß dieser Vergewaltigungsversuch mit der Ablehnung des Sohnes durch die Mutter zu tun hatte. Denn dadurch war der Junge

in einen Konflikt hineingezogen, bei dem Sex strikt tabuisiert war und die Geburt eines Kindes in gewissem Sinn als illegitim erschien (in der Phantasie der Mutter mußte sich ein Zusammenhang zwischen Sex, Vergewaltigung und Illegitimität ergeben). Dadurch wurden auch die Sinnesfreuden, die mit der Pflege eines Kindes verbunden und aus den Schilderungen der Mutter des ersten Babyjahres gewöhnlich herauszuhören sind, mit einem Verbot belegt ... Zwar wurde der Sexualkonflikt dieser Mutter nicht eingehender analysiert, doch ist der Schluß zwingend, daß die Natur dieses Konflikts selbst in dessen oberflächlicheren Aspekten einen beträchtlichen Einfluß auf eine Ablehnung der Mutterschaft hatte."

Bei weitem der hartnäckigste Schuldzuweiser und Kritiker der amerikanischen Mutter war Bruno Bettelheim. Er hatte einige Jahre in einem Konzentrationslager in Österreich verbracht - das nannte er den Wendepunkt seines Lebens - und interpretierte später die Beziehung zwischen dem autistischen Kind und dessen Eltern nach dem Muster des Verhältnisses von Lageraufsehern und Lagerinsassen. Sein Buch »Die leere Festung«, das 1967 erschien, übte länger als ein Jahrzehnt beträchtlichen Einfluß aus und verzögerte ebenso lange ein richtiges Verständnis des Phänomens Autismus. Von vornherein unterstellte er, daß die Eltern schuld seien, und stellte in seiner »Orthogenic School« an der Universität Chicago die Regel auf: »Der Patient hat immer recht.« In der Erweiterung dieser Regel hatten die Eltern immer unrecht. Sogar die Mitarbeiter der »Orthogenic School« hatten in einem Konflikt mit einem autistischen Kind immer unrecht. Man war der Auffassung, daß autistische Kinder krank sein wollten, um sich für einen Mangel an Zuwendung durch ihre Eltern zu rächen." Wenn dann also z. B. ein Kind mit einem Stock auf einen Stuhl einschlug, hieß es: »Es bestraft symbolisch seine Mutter, weil sie es abgelehnt hat.«

Aber das konnte ja auch einen ganz anderen Grund haben. Die Mutter dieses Kindes konnte gewiß ebenso plausibel behaupten: »Billy hat Sie bestraft, weil Sie ihn für diese dämliche Therapiestunde seiner lieben Mutter weggenommen haben.« Andere Eltern beschrieben ähnliche Erfahrungen:

Wenn wirklich Hilfe angeboten wurde, dann nur unter der Voraussetzung, daß zuvor die verursachenden und krankheits bestimmenden Faktoren bei den Eltern korrigiert wurden. Erst dann und erst wenn das von den Eltern akzeptiert wurde, wurde das Kind behandelt. Aus Geiseln des Kindes wurden die Eltern zu Geiseln des Systems. Auch 1978 war diese Einstellung der Fachleute zu Familien mit autistischen Kindern noch nicht völlig ausgestorben. Leider ist zu beobachten, daß sie in kleinen Gemeinden wieder an Boden gewinnt, wo der einzige Psychiater »König« und sein Wort Gesetz ist und wo man sich wünschen muß, daß er kein Bewunderer Bettelheims ist,"

Sie waren gar nicht daran interessiert, das Kind selbst zu sehen. Immer mußten nur mein Mann und ich hineinkommen, und immer setzten sie uns beiden zu. Bevor wir dorthin gingen, meinten wir, wir liebten uns. Aber danach war nichts mehr wie früher, obwohl das Ganze schon 15 Jahre zurückliegt ... Aber ich akzeptierte Bettelheim niemals. Niemand hat jemals etwas oder jemanden so geliebt, wie ich dieses Kind liebe. Ich würde sofort freiwillig mein Leben geben, wenn es ihm nur ein bißchen besser ginge. Ich meine wirklich, was ich sage. Ich tue es ja jeden Tag.⁴¹

Psychiater und Psychoanalytiker machten den Müttern die schwersten Vorwürfe wegen ihrer ganz unverständlichen Weigerung, sich wegen der ihnen unterstellten sexuellen Frustrationen und Blockaden behandeln zu lassen, um so ihr Kind vom Autismus zu heilen.

Sie lehnen es ab, sich selbst behandeln zu lassen. Und wenn es einmal gelingt, sie aktiv am therapeutischen Prozeß zu beteiligen, helfen sie mehr bei der Behandlung des Kindes, als daß sie sich auf ihre persönlichen Schwierigkeiten einlassen. Sie sehen außer halb von sich selbst das Problem. Sie halten sich eher für die Opfer als die Schuldigen am Unglück, das sie betroffen hat ... Auch wenn sich einmal herausstellte, daß sie sich für die Krankheit ihres Kindes verantwortlich fühlten, und wenn sie ihren eigenen sozialen Hintergrund und ihr Verhalten gegen das Kind gründlich durchleuchtet hatten, zeigten sie sich doch nicht bereit offenzulegen, welche Art Mensch sie waren und welche emotionale und sexuelle Entwicklung sie durchgemacht hatten."

Aber Bettelheims These war in Wirklichkeit schon widerlegt, bevor sie veröffentlicht worden war, und zwar durch Bernard Rimlands 1964 erschienenes Buch »Kindlicher Autismus - das Syndrom und seine Implikationen für eine neurologische Theorie des Verhaltens«. Rimland nahm sich der Reihe nach die Argumente der psychoanalytischen Theorie in bezug auf die Ursachen der Krankheit vor und zerpflückte sie. Es gab keinen Beweis dafür,

daß selbst eine starke Ablehnung des Kindes durch die Mutter oder sogar dauernder Liebesentzug ein so schweres Syndrom wie Autismus erzeugen konnte. Kinder können extrem harte Bedingungen aushalten und sich doch normal entwickeln. Auch Kanners Daten ließen niemals auf Ablehnung oder Liebesentzug durch die Eltern schließen. Schlimmstenfalls verhielten sich die Mütter wie »sehr pflichtbewußte Tankwarte«."

Der Rückzug des Kindes und andere Phänomene des Autismus müssen eher als Symptome eines ihnen zugrunde liegenden Zustands gesehen werden denn als Teil des Verursachungsprozesses.

Auf jeden Fall nahmen die Eltern, wie Rimland schrieb, die Vorschläge der Psychiater oft sehr reserviert auf, weil sie genau spürten, daß ihnen der Zustand ihres Kindes angelastet werden sollte. Vergebens versuchten sie deutlich zu machen, daß ihre Einstellung eher von der Krankheit ihres Kindes *verursacht* wurde, als daß die Krankheit von ihrer Einstellung zum Kind *abhing*. So sagte eine Mutter: »Es ist nicht einfach, eine Beziehung zu einem Kind aufzubauen, das nicht einmal weiß, daß man existiert.«"

Sie konnten die Psychiater niemals davon überzeugen, daß Desinteresse an und meinetwegen auch manchmal Feindseligkeit gegenüber einem autistischen Kind ganz natürlich waren, wenn man bedenkt, daß sie 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr mit einem Menschen zusammensein mußten, der keine Gegenreaktion erkennen ließ, vielleicht geistig geschädigt, bettnässerisch, oft hyperaktiv und sogar aggressiv und gewalttätig war.

Wenn man die Psychiater fragte, wie es möglich sei, daß diese so untauglichen Eltern andere Kinder offenbar gut aufziehen konnten, antworteten die Ärzte, daß »eine Mutter, die biogenetisch für all ihre Kinder identisch ist, psychogenetisch durchaus auf ihre Kinder ganz verschieden wirken kann«."

In gewöhnlichem Deutsch: Sie behandelt verschiedene Kinder verschieden, wodurch die einen normal, die andern autistisch werden. [!!]

Das Hauptargument, das Bettelheim und andere zur Stützung ihrer »Emotionshypothese« vortrugen - und auch heute noch vortragen! -, war, daß Psychotherapie bei der Behandlung von Autismus tatsächlich hilft. Und wenn Psychotherapie hilft, so behaupteten sie, muß auch die Ursache psychologisch oder »emotional« sein. Dies bestritt Kanner jedoch. Er stellte fest, daß Kinder, die die intensivste psychiatrische Betreuung erfuhren, schwächere Anzeichen einer Gesundung erkennen ließen als Kinder, die wenig oder gar nicht von Ärzten behandelt wurden. Umgekehrt waren autistische Kinder, die weit genug gekommen waren, um die Schule besuchen zu können, »Kinder, die nichts von dem genossen hatten, was man als gute Psychotherapie oder überhaupt Psychotherapie bezeichnet.«"

Das gilt bis heute. Die Millionen Stunden psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung autistischer Kinder und ihrer Eltern während der

letzten Jahrzehnte hatten wenig oder gar keinen Nutzen. Einem kleinen Teil von Autisten geht es allem Anschein nach mit dem Älterwerden geringfügig besser, aber das ist auf die Selbstheilung des sich entwickelnden Nervensystems zurückzuführen." (Siehe die Passagen über Demyelinisation und Autismus in Kapitel 4.)

Man kann Autisten manchmal dressieren, man kann sie aber nicht heilen.

Man hat die »Kühlschrank-Mutter« oder die »psychogenetische« Theorie des Autismus und den Staub, den sie aufgewirbelt hat, diese »Jahrzehnte psychotoxischen Theoretisierens«, als »dunkle Zeiten in der Geschichte der Medizin« bezeichnet." Wie Rimland es ausdrückte: Das alles führte nur zu unermesslichen »Scham- und Schuldgefühlen, Unzuträglichkeiten, finanziellem Aufwand und Ehekrisen«. Tatsächlich gibt es Schätzungen, daß mehr als die Hälfte der Ehen mit autistischen Kindern vor dem Scheidungsrichter enden. Rimland, der selbst einen autistischen Sohn hat, schrieb:

Es ist gar nicht leicht und macht jedenfalls keine Freude, sich vorzustellen, wie sehr Eltern durch diese Praxis geschädigt und gequält werden, Eltern, deren Erwartungen an das Leben ohnehin schon durch die Krankheit ihres Kindes schwer beeinträchtigt waren. Wer Menschen in Not, deren Hoffnungen, gesellschaftliche und finanzielle Umstände, Zufriedenheit und Selbstwertgefühl schon fast ganz zerstört sind, noch eine solche Last von Scham und Schuld aufbürdet, handelt zumindest extrem herzlos und rücksichtslos. Doch genauso hat es sich abgespielt ...»

Das war 1964. Die Lage ist heute ein bißchen besser, aber doch nicht viel, und Versuche, Autismus mit derart trivialen Theorien zu erklären, tauchen in regelmäßigen Abständen immer wieder auf. Nikolaas Tinbergen in Oxford z. B., Professor für Verhaltensforschung, erhielt 1973 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin und nahm seine Preisrede zum Anlaß, diese weitgehend diskreditierte Hypothese wiederaufleben zu lassen. Er trug die These vor oder trug sie von neuem vor, daß Autismus im wesentlichen eine »emotionale Störung« sei, eine »Angstneurose, die die normale Familieneingliederung und anschließende Sozialisation verhindert bzw. verzögert«. Autismus wird nicht durch »genetische Abnormalität oder erhebliche Gehirnschäden verursacht, sondern durch frühe Einflüsse der sozialen Umwelt. Autisten sind in ihrer großen Mehrzahl, wie ihre Eltern auch, direkte Opfer von Spannungen in der sozialen Umwelt.« Eine Therapie muß daher darauf »abzielen, die Angst zu reduzieren und eine richtige Sozialisation einzuleiten«. Tinbergen erwähnte lobend eine australische Therapeutin, die »der Ansicht ist, das erste Ziel bei der Behandlung von Autismus müsse sein,

die zunächst gestörte Beziehung zur Mutter in Ordnung zu bringen ... Sie tut das, indem sie die Mutter zu verstärktem mütterlichem, beschützendem Verhalten anspricht ...«⁵⁰

In einem 1980 erschienenen Handbuch über »emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen« ist zu lesen: »Das erste Behandlungsprogramm für dieses [autistische] Kind bezog sich auf Kind und Eltern gemeinsam. Das Kind wurde einer warmherzigen, mütterlichen Kinderbetreuerin auf einer 1:1-Basis anvertraut. Mit den Eltern wurde zunächst gemeinsam gearbeitet, um ihnen zu helfen *und sie dann im weiteren ihre Probleme schildern zu lassen* [Hervorhebung von mir], woraufhin sie um individuelle Behandlung nachsuchten.«⁵¹

Eine Beurteilung eines solchen Programms aus der Sicht der Eltern (1984):

Leider stellten Psychologen, die nach der überholten Theorie des elternbedingten Autismus ausgebildet waren, bei unserem Problem die Diagnose. Und so beruhte dann auch die Behandlung selbst auf dieser Voraussetzung, und wir wurden dazu gebracht, uns zu schämen und schuldig zu fühlen ... Wir machten mit Nachdruck auf eine bestimmte andere Diagnose aufmerksam, mit dem Erfolg, daß es hieß, Brian sei ein »sehr unglücklicher kleiner Junge« ... In den folgenden Monaten wurde Brian als »emotional gestört«, »geistig zurückgeblieben«, »neurologisch geschädigt« und als Kind mit »geringfügigen Dysfunktionen des Gehirns« eingestuft ... War es möglich, daß wir solche Vorgänge in einem Kleinkind ausgelöst hatten, das von Anfang an geliebt und gewünscht worden war? Jeder Kommentar aber, den wir dazu abgaben, wurde verdreht, bis er ins Schema Bettelheims paßte ...⁵²

Robert Cancro übte 1981 massive Kritik an dem genannten, jahrzehntelang praktizierten Usus, schwere geistige Schäden mit den Mitteln der Psychiatrie zu behandeln. Seine Ausführungen sprechen a fortiori das Urteil über Bettelheims Behandlungsmethoden des Autismus:

Wie es häufig nach einem »harten Geschäft« der Fall ist, bleibt der Kunde, der zunächst überzeugt worden ist, mit nagender Enttäuschung, ja Wut zurück. Genau so war es mit der Psychiatrie. Sie war nicht in der Lage, das Füllhorn an Segnungen auszuschütten, die sie ursprünglich versprochen hatte, und sie tat sich schon schwer, die Ängste des chronisch Psychotischen auch nur zu reduzieren. Nachdem sie in alle Richtungen Amok gelaufen war, machte sich die Psychiatrie endgültig unglaubwürdig."

Eine neurologische Theorie des Autismus

Rimlands Arbeiten setzten eine Neubeurteilung des Autismus und neue Anstrengungen bei dessen Erforschung in Gang. Die Theorie der »Kühlschrank-Mutter« hatte sich lange gehalten und in ihrer Anwendung autistischen Kindern und ihren Familien unberechenbaren Schaden zugefügt. Aber sie wurde doch weitgehend ad acta gelegt (außer an der Orthogenic School in Chicago), als die Wissenschaftler damit begannen, die Daten unter neurologischen Vorzeichen zu untersuchen.

Die Ärzte und Wissenschaftler würdigten nämlich jetzt endlich die Tatsache, daß Autisten gewöhnlich an einer Vielzahl von anderen Störungen leiden - geistige Zurückgebliebenheit, Epilepsie, Gehirnlähmungen und anderen -, die eindeutig neurologischen Ursprungs sind. Das gab den Forschern Auftrieb, die den Autismus schon immer für eine neurologische Störung gehalten hatten. Die Beziehung der Krankheit zur geistigen Zurückgebliebenheit zog als erstes ihre Aufmerksamkeit auf sich. Kanner war noch der Meinung gewesen, autistische Kinder seien zumindest von normaler Intelligenz und litten nur an einer »angeborenen Schwäche ..., affektive Kontakte zu Menschen herzustellen.« Ja, als er unter ihnen auf Individuen stieß, die außerordentliche Spezialbegabungen besaßen - ungewöhnliches Gedächtnis, besondere Fähigkeiten der Nachahmung, bemerkenswerte musikalische Talente -, gelangte er zu der Überzeugung, daß Autisten sogar im Durchschnitt über höhere Intelligenz verfügten. Doch haben spätere Untersuchungen ergeben, daß drei Viertel von ihnen geistig verlangsamt sind und 40 % einen IQ niedriger als 50 besitzen."

Es ist überhaupt nicht immer möglich, Autismus von »Verlangsamung« zu unterscheiden." William und Marian DeMyer schrieben 1984: »Es gibt keine eindeutige Grenzlinie zwischen geistiger Zurückgebliebenheit und Autismus. Die Regel ist vielmehr: Je zurückgebliebener das Kind ist, desto mehr -autistische- Züge weist es auf.«"

Insoweit gibt es für »geistige Zurückgebliebenheit« an sich keine eindeutige Definition."

Genauso wie sich unter Autisten häufig geistige Zurückgebliebenheit findet, sind auch Fälle von »Autismus« unter Kindern, die als »geistig zurückgeblieben« eingestuft werden, drei- oder viermal so häufig wie in der Gesamtbevölkerung."

Eine andere wichtige Entdeckung war der enge Zusammenhang zwischen Autismus und Disposition zu Anfällen. Kanner erwähnte 1943 einen Fall mit anormalem EEG und Anfällen, hielt ihn aber nicht für signifikant."

1963 untersuchten Richard J. Schain und Herman Yannet von der medizinischen Fakultät in Yale 50 Autisten aus einer psychiatrischen Anstalt

Connecticuts und fanden zu ihrer »großen Überraschung«, daß die Kinder in unverhältnismäßig großer Zahl (in 21 Fällen) an Epilepsie und anderen Anfällen litten - zusätzlich zu ihren autistischen Symptomen. Sie stellten fest: »Unsere Durchsuchung der mit Autismus befaßten Literatur ergab keinen Hinweis auf einen solchen Zusammenhang ... Andere Autoren haben sich nicht zu dem von uns erkannten Zusammenhang zwischen der Genese von Anfällen und dem autistischen Syndrom geäußert.«"

20 bis 30 % der Autisten leiden, wie jetzt bekannt ist, an Anfällen: Konvulsionen, klonischen Spasmen, Säuglingsspasmen, Hypsarrhythmie, temporärer lobaler Epilepsie, psychomotorischer Epilepsie, »merkwürdigen Zitterspannungen in allen Muskeln nach Art von Paroxysmen«, Grand mal, Petit mal, »Anfällen mit begleitendem Bewußtseinsausfall«, »Augenstarren« und Kombinationen all dieser Möglichkeiten."

Manchmal treten diese Anfälle erst bei Heranwachsenden auf.

Außerdem sind Anfälle so gut wie immer bei Autisten mit einem IQ unter 50 festzustellen, während sie bei Autisten mit normaler Intelligenz selten sind. Mit anderen Worten: Autismus, geistige Verlangsamung und Anfälle treten bei Kindern bevorzugt gemeinsam auf."

Autisten haben auch Probleme mit ihrer Muskelbeherrschung: Motorische Störungen, Lähmungen, Gehirnlähmungen, Paraplegie (Lähmung der unteren Körperhälfte), Hemiplegie (Lähmung einer Körperseite), Hemiparese (leichte Lähmung einer Gesichts- oder Körperhälfte), Hypotonie (Muskelschwäche), muskuläre Dystrophie nach Duchenne, Spastizität usw. sind an der Tagesordnung.

Peggy Napears Buch »Das gehirngeschädigte Kind: Tagebuch einer Mutter« ist ein Bericht über ein Kind mit autistischen Zügen, das unter Gehirnlähmungen leidet."

56 % der Autisten haben anormale EEG-Werte, ebenso eine hohe Rate »schwacher« neurologischer Reaktionen: zu geringe (Hypotonie) oder zu hohe (Hypertonie, Hyperreflexie) Muskelspannung, schlechte Koordination, Schwerfälligkeit, hyperaktive Kniereflexe, Fußklonus und andere."

Kanner hatte 1943 festgestellt, »daß einige Kinder etwas schwerfälligen Gang und unbeholfene motorische Reaktionen aufweisen«, doch hatte er dem weiter keine Beachtung geschenkt.

Ein sehr verbreitetes hypotonisches Symptom bei Autisten, das von den Eltern oft schon beim Säugling bemerkt wird, ist die fehlende Bereitschaft, Hände und Arme zu gebrauchen. Das Baby greift nach Gegenständen mit den Zehen, nicht mit den Händen; das Kind weigert sich, einen Ball zu werfen oder zu fangen.

Ich bemerkte, daß er niemals meine Hand umklammern wollte, nicht einmal als kleines Baby. Auch wenn ich ihn an der Hand nahm, um mit ihm irgendwohin zu gehen, war es so, als ob seine Hand gar nicht da war. Da merkte ich allmählich, daß er seine Hände nicht wie normale Menschen gebrauchte.

Wenn autistische Kinder älter werden, geben sie anderen nicht gerne die Hände: »Der hochaufgeschossene, fast wie ein Cherub wirkende junge Mann von 21 Jahren kam langsam auf mich zu und hielt mir seine Hand wie eine schlaff im Wind hängende Fahne entgegen. Ich schüttelte seine Hand und mußte dabei denken, daß die Art seines Händedrucks kaum eine Ähnlichkeit zu anderen Händen hatte, die ich schon berührt hatte.«^s Andere haben vom »vorsichtig zurückweichenden Händedruck« des autistischen Kindes gesprochen."

Jedoch vereinigen sich hier wie bei vielen anderen Erscheinungen des Autismus die Gegensätze. Während manche Autisten mit ihren Händen ganz unbeholfen sind, zeigen andere bemerkenswerte Geschicklichkeit. Manche autistischen Kinder werfen auf größere Entfernungen einen Ball auf Zentimeter genau in eine geöffnete Hand."

Solche Kinder haben Schwierigkeiten mit dem Krabbeln, wenn sie klein sind. Einige von ihnen krabbeln niemals, fangen dann aber sofort an zu laufen, obwohl gewöhnlich später als normal. Manche gehen jahrelang nur auf den Zehenspitzen, was eine generelle Spannung des Muskelsystems anzeigt.

Die Schmerzempfindung kann bei Autisten drastisch herabgesetzt sein. Der Tastsinn fehlt manchmal überhaupt. »Sie lassen Gegenstände aus der Hand fallen, als ob sie sie gar nicht spürten. Oft bemerken sie schmerzhaft Berührungen gar nicht, wie harte Stöße, ohrenbetäubenden Lärm, Schnitte oder Injektionen.«^e Das Kind spielt im Winter ohne Handschuhe und Jacke draußen, ist beim Waschen unempfindlich für heißes oder kaltes Wasser oder ist umgekehrt überempfindlich gegen Hitze und will nur lauwarm gebadet werden.

Das Vorherrschen von Links- und Beidhändigkeit bei den Autisten, wie es auch bei Epileptikern und geistig Zurückgebliebenen normal ist, ist immer wieder beschrieben worden."

Autisten sind überdies prädisponiert für Schlafstörungen aller Art und halten den normalen Tag-und-Nacht-Rhythmus nicht ein. Sogar schon im ersten Lebensjahr macht das Kind »den Tag zur Nacht und die Nacht zum Tag«. Manchmal jedoch schläft das Kind in den ersten zwölf oder 18 Monaten auch normal und entwickelt anormale Schlafgewohnheiten erst später."

Die Schlafprobleme dauern bis ins Jugendalter an, oft begleitet von Alpträumen:

Man hört nicht selten, daß sich Eltern die ganze Nacht über unterhalten müssen, weil ihr autistisches Kind stundenlang unaufhörlich schreit. Oft ist es dann die Mutter, die aufbleibt oder mit dem Kind in den Keller geht, »weil Papa frühmorgens zur Arbeit muß«."

Solche Kinder knirschen im Schlaf von Zeit zu Zeit mit den Zähnen, manchmal auch am Tag.⁷³

Lähmungen der Hirnnerven

Schließlich lieferte die neurologische Interpretation auch einen Schlüssel zur Erklärung des Hauptmerkmals des Autismus - der »Entfremdung« des Kindes von seiner Umgebung.

Dieses Merkmal konnte nun auf eine Schwächung der Hirnnerven bezogen werden, die sich von Augen, Ohren, Nase, Stimmbändern, Mund und Gesichtsmuskeln über den Schädel zum »Hirnstamm« am Nacken, zwischen Wirbelsäule und Gehirn, hinziehen. Diese Nerven vermitteln dem Gehirn Informationen und erlauben ihm umgekehrt, die entsprechenden Sinnesorgane und Muskeln zu kontrollieren.

Beim autistischen Kind ist manchmal das Sinnesorgan selbst beschädigt. Häufiger jedoch ist Schwächung (Lähmung) eines oder mehrerer Hirnnerven. Das Sinnesorgan funktioniert, kann aber aus irgendwelchen Gründen die Information nicht ans Gehirn weiterleiten.

Wenn das geschieht, ist der Mensch in dieser Hinsicht von seiner Umgebung isoliert.

Um leben und gedeihen zu können, müssen wir Informationen aus unserer Umgebung aufnehmen und verarbeiten. Durch die Sinnesorgane werden Daten aufgenommen, die dann im Gehirn verarbeitet werden. Indem wir die Informationen auf diesem Wege mit Sinn erfüllen, können wir überhaupt leben. Und wenn wir überhaupt keine Informationen sammeln können, sind wir *schon allein dadurch* in unserer Lebensqualität schwer beeinträchtigt.

Autistische Kinder leiden an Störungen der Hirnnerven in vieler Hinsicht.

Z. B. der Gesichtssinn: Es kann sich um einen pathologischen Zustand des Augapfels selbst handeln oder der Muskeln, die seine Bewegungen regulieren. Blindheit ist bei Autisten nicht selten. Die Blickrichtungen der Augen können sich kreuzen (Strabismus). Es ist auch möglich, daß die normalen Sehreflexe herabgemindert sind (Minderung oder Abwesenheit des postrotatorischen Nystagmus) oder daß die Hornhaut verformt ist (Keratokonus).

Kanner berichtet über einen Fall »gemeinsamer Abweichung der Blickrichtung beider Augen nach rechts«. Es kann Probleme mit dem räum-

liehen Sehen geben. Solche Kinder tendieren dazu, am anvisierten Gegenstand vorbei- oder darüber hinauszublicken, fassen ihn also nicht deutlich ins Auge. Andererseits starren sie ihn manchmal derart intensiv an, daß die Frage eines Anfalls, verbunden mit Geistesabwesenheit, naheliegt.

Manche Kinder sind unfähig, die Bewegung ihrer Augen zu beherrschen - es handelt sich um das »Träge-Augen-Syndrom«.

Andere haben ein überdurchschnittliches Sehvermögen. Harvey Jackson jun. z. B. hatte die »Augen eines Falken«.

Oft ist das Auge selbst in Ordnung, doch wird die Information vom Auge nicht ins Gehirn weitergeleitet: Das ist bei Autisten mit Dyslexie der Fall.

Eine damit verwandte Störung ist Hyperlexie: Das Kind liest fließend, versteht aber nichts vom Gelesenen."

Er liest alles, was man ihm vorsetzt. Er versteht nichts, aber er liest es.

Dieselbe Variationsbreite an Störungen läßt sich beim Gehörsinn feststellen. Sie reichen von Taubheit bis zu verschiedenen Graden der Beeinträchtigung.

Autisten leiden häufig an Otitis media und anderen Infektionen des Ohres. Im Kind, dessen Autismus stärker ausgeprägt ist, sind sie in der Regel ernster, weniger ernst beim durchschnittlichen Autisten."

Natürlich kann Otitis auch selbst teilweise für den Verlust des Gehörs verantwortlich sein.

Doch ist es schwierig, das zu entscheiden, wenn der Gehörschaden im Trommelfell oder irgendwo im Gehirn liegt. Wie schon bei den Augen kann das Trommelfell selbst gesund sein und zumeilen gut funktionieren, dann aber plötzlich »ausfallen«. Das Kind hört z. B. normal, wenn es am Audiometer getestet wird, versteht aber keine Worte.

1951 machte Isaak Karlin auf ein Phänomen aufmerksam, das er »angeborene Worttaubheit« nannte. Er beschrieb z. B. einen Jungen mit deutlichem, 98%igem Hörverlust. Der Junge konnte aber noch die Töne unterscheiden, die mit bestimmten, besonders geliebten Spielsachen verbunden waren. Er hatte sogar einfache Sätze zu sprechen gelernt. Bei einem Jungen mit 98%igem Hörverlust hätte man das nicht für möglich gehalten."

Andere Kinder sind anscheinend taub für manche Töne, wie z. B. die Stimme der Mutter oder eine Tür, die direkt hinter ihnen ins Schloß fällt. Andere Geräusche aber können sie hören, etwa wenn ein Bonbon aus dem Papier gewickelt wird, ein Kaugummiautomat Kaugummi ausspuckt oder eine beliebte Fernsehwerbung beginnt.

Er kann die höheren Töne, die höheren Stufen hören, aber die tieferen, wie meine Stimme, versteht er nicht.

»Worttaubheit« kann durch Bezeichnungen wie »peripherer Verarbeitungsdefekt«, »zentraler Verarbeitungsdefekt« usw. definiert werden. Sie weist auf das Fehlen einer Fähigkeit hin, Bedeutungen festzustellen, den Sinn dessen zu verstehen, was gehört wird - d. h., sie ist ein »zentraler Defekt bei der Verarbeitung jedes verschlüsselten, bedeutungstragenden oder zeitweilig mit Sinn unterlegten Reizes«."

Andere Autisten können überscharf hören (Hyperakusis) und reagieren pathologisch auf Geräusche, die normale Menschen gar nicht weiter registrieren: das Zuschlagen einer Tür, das Summen eines Föns, den diffusen Lärm einer Menschenmenge.

Er ist schrecklich empfindlich gegen laute Geräusche und bedeckt dann seine Ohren mit den Händen. Einmal saß er während eines ganzen Basketballspiels mit den Händen an den Ohren da, weil er den Menschenlärm nicht ertragen konnte.

Die Ursache dafür ist, daß das Kind nicht in der Lage ist, die wichtigen Informationen aus den Hintergrundgeräuschen herauszufiltern. Alle Kanäle stehen bei solchen Kindern offen, und so werden sie durch nicht dazugehörige Geräusche irritiert.

Ganz anders ist es allerdings im Falle von Musik, wahrscheinlich weil sie strukturiert ist. Weitaus die meisten Autisten sind von Musik fasziniert und verfügen oft auch über erstaunliche musikalische Talente.

Manche können Fernsehmelodien und Schlager auswendig und rezitieren sie fehlerlos, wenn sie sie ein- oder zweimal gehört haben. Andere besitzen das absolute Gehör. Ein legendär gewordener Fall konnte mit 14 Monaten Tonleitern mit ungewöhnlicher Genauigkeit »singen, mit 17 Monaten wiederholte er spontan eine ganze Arie aus dem *Don Giovanni*, die er seine Eltern einmal hatte singen hören, und im Alter von drei Jahren reproduzierte er gesangsweise vollständige Symphonien von Mozart und Haydn, Lieder von Schubert und Brahms, Teile aus *Carmen*, ein Klavierkonzert von Tschai-kowsky und verschiedene Schlager«."

Häufiger indessen sind Stimme und Sprache von der verzögerten oder gar nicht erfolgten Entwicklung der Nerven beeinträchtigt, die Mund, Kehle und Stimmbänder stimulieren. Das Baby beginnt zu lallen, zu stammeln und zu sprechen, verliert dann aber, gewöhnlich bevor es zwei wird, diese Fähigkeit wieder und verstummt. Etwa die Hälfte der Autisten bleibt ihr Leben lang völlig stumm (falls ihr IQ hoch genug ist, können sie Zeichensprache erlernen). Oder sie lernen erst spät sprechen und kommen nur bis zu einem be-

stimmten Niveau, das vergleichsweise unter dem ihres tatsächlichen Alters liegt.

Manchmal kann das Kind auch sprechen, will aber nicht (elektive Stummheit). Oder es beschränkt sich auf ein kaum hörbares Flüstern:

Leonard konnte nicht lauter sprechen als im Konversationston. »Das haltet ihr vielleicht für verrückt«, sagte er. »Aber ich kann eben nicht lauter sprechen. Ich muß so sprechen, wie ich es jetzt tue.«

Ein Mädchen rief in einer kleinen Notlage um Hilfe, blieb aber sonst stumm: »Als ich einem kranken Mädchen eine Spritze gab, sagte es laut und vernehmlich: Ich will nach Hause. Das war tatsächlich ihr erster Satz.«

Andere haben erhebliche Sprechschwierigkeiten: »Paul, zehn Jahre, versucht, anscheinend angestrengt, zu sprechen. Es gelingt ihm aber nicht, nur ein paar sinnlose Töne bringt er heraus und ein deutliches -Mami-, das kürzlich auf Band aufgenommen wurde.« Das gemäßigt autistische Kind stottert oft fürchterlich.

Andererseits kommt es auch vor, daß es nonstop redet und plappert, aber ohne jeden Sinn (Hyperlalie), oder es beschränkt sich auf eine papageienhafte Wiederholung von Sätzen, die es bei anderen gehört hat (verzögerte Echolalie), dann aber mit exakter Betonung. Es gibt auch ein mechanisches Herunterrattern (stereotype Äußerungen) von Versen, Namensfolgen und anderen »semantisch sinnlosen Etüden«, wie Kanner das nannte."

So wird das autistische Kind oft, selbst wenn es sprechen kann, die Sprache nicht zum Gespräch verwenden. Es hat möglicherweise ein beträchtliches Vokabular, ist aber nicht fähig, Bedeutungen zu übermitteln. Manche Autisten können die Stimme anderer Menschen oder irgendwelche Geräusche perfekt nachahmen. In einem bemerkenswerten Fall sprach ein Kind Französisch, Spanisch, Japanisch, Arabisch, Hebräisch und verschiedene andere Sprachen, konnte aber in keiner von ihnen einen eigenen Satz bilden."

Ein spontanes, zwangloses Gespräch ist in der Tat für einen Autisten völlig ausgeschlossen. Die Information ist flach, ohne Variation in Klang und Höhe, das Sprechen wird weder durch Gesten noch Wechsel des Gesichtsausdrucks begleitet, und es findet kein Gedankenaustausch mit anderen statt.

Manchmal ist die Stimme unnatürlich hoch, »schrill« oder »piepsend« infolge einer Lähmung des zwölften Hirnnervs."

Bei diesen Sprechstörungen überlagert sich Autismus mit der sogenannten »entwicklungsbedingten Aphasie« oder »Dysphasie«, die man als »Sprechstörung infolge einer Hirnverletzung im Kindesalter« definiert. Forscher haben sich die Frage vorgelegt, ob diese zwei Gruppen von Störungen wirklich verschieden oder Teile desselben Kontinuums sind.

Solche Vergleiche stehen und fallen mit der für »Autismus« gegebenen Definition. Definitionen sind immer künstlich und begrenzen ein Phänomen irgendwie. Wird aber Autismus als die Weiterentwicklung eines umfassenderen Krankheitsbildes in eine bestimmte Richtung verstanden - des postenzephalitischen Syndroms, das weiter unten, Kapitel 3, behandelt wird -, so wird dieses Syndrom zum eigentlichen Gegenstand der Autismusforschung. Und Aphasie, Dysphasie, Autismus selbst und viele andere Syndrome und Zustände erscheinen dann als Teile dieses postenzephalitischen Syndroms.

Die Funktion der Speicheldrüsen wird durch Abzweigungen der Hirnnerven reguliert und somit ebenfalls von Lähmungen dieser Nerven beeinflusst. Die Neigung der Autisten, Speichel abzusondern, zu sabbern und zu spucken, weist auf eine Schädigung dieser Nerven hin.

Eine andere Gruppe der Hirnnerven beherrscht die Gesichtsmuskeln. Wenn diese Nerven beeinträchtigt sind, nimmt das Gesicht einen unnatürlich starren Ausdruck an (als »Moebius-Syndrom« bekannt).

All diese Mängel der Sinnesorgane und deren Leistungen können bis zu einem gewissen Grad durch einen offensichtlich überentwickelten Tast- und Geruchssinn kompensiert werden. Autistische Kinder beriechen und belecken häufig Gegenstände und Menschen und nehmen Teile davon in den Mund, so daß sie doch immerhin ein klein wenig Sinngehalt aus ihrer Umgebung beziehen. Sie können extrem sensibel auf Gerüche reagieren und äußerst heikel in bezug auf das Essen sein."

Eine Theorie nimmt an, daß Tast- und Geruchssinn bei Autisten nicht beschädigt sind, weil in diese Hirnnerven, anders als bei den übrigen, kein Mark eingelagert ist. Wenn Autismus, wie unser Verdacht ist, von einer Entmarkung der Hirnnerven abhängt, dürften die Nerven, die von vornherein weniger Mark enthalten, relativ immun sein.

Ein anderer wichtiger Gehirnnerv ist der Vagus oder pneumogastrische Nerv, der die Lungen mit den für den Atmungsprozeß erforderlichen regelmäßigen Nervenimpulsen versieht. Man hat gelegentlich bemerkt, daß künftige Autisten in der Kindheit an »Asthma« litten, doch ist dieser Zusammenhang noch nicht genügend gesichert.

Jedoch finden sich bei Autisten viele Arten von Atembeschwerden. Man nennt sie »stereotype Atmungsmechanismen« oder »zwanghafte Atmungstereotypien«. Darunter sind Atemstockungen, Hyperventilation, tiefes Einatmen, gefolgt von stöhnendem Ausatmen, »Valsalva-Manöver«, d. h. der Versuch auszutreten, wenn Mund und Nase geschlossen sind, Ausatmen, ohne einzutreten, wodurch ein Ohnmachtsanfall hervorgerufen wird, und dergleichen zu verstehen. Oft trifft all dies mit Anfällen zusammen und hat womöglich überhaupt eine Anfallskomponente."

Harvey Jackson jun. ist ein klassischer Fall. Laut dem Tagebuch seines Vaters hörte er im Alter von drei Monaten überhaupt zu atmen auf - 36 Stunden nach seiner zweiten DPT-Impfung.

Der Vater beschreibt den Vorfall:

Ich werfe einen Blick auf das Impfprotokoll. Es gibt an, daß Harvey am 13. Januar 1972 mit DPT geimpft wurde. Dann schaue ich in mein Tagebuch, denn das ist ein Ereignis, das ich nie vergessen werde. Am Morgen des Samstags, des 15. Januar 1972, machte ich die Eintragung: »Ein schwieriger, schrecklicher Tag. Seit dem frühen Morgen weinte Harvey laut, und um ein oder zwei Uhr nachmittags hatte er dermaßen mit der Atmung zu kämpfen, daß ich fürchterliche Angst bekam. Man mußte ihn ganz gerade halten, damit er atmen konnte. Einmal oder zweimal hörte er auf zu atmen, während ich ihn hielt, und atmete erst wieder, als ich ihn mir über die Schulter legte und ihm auf den Rücken klopfte. Wir gingen dann zum Arzt - dem Assistenten des regulären Kinderarztes -, der uns sagte, wir sollten ihn ins Krankenhaus bringen. Um 5.15 Uhr wurde er aufgenommen, und wir warteten voller Angst auf Informationen. Am nächsten Tag ging es ihm viel besser, und seine Haut war wieder rosig. Da er im Oktober geboren wurde, ist er jetzt drei Monate und ein paar Tage alt.«

Harvey sen. ist davon überzeugt, daß Harvey jun. nur knapp einem »plötzlichen frühen Tod« entging. Der Junge wuchs heran und wurde zu einem Autismusfall mittlerer Schwere.

So zeigt sich, daß Autismus und SIDS (Syndrom des plötzlichen Kindstods) die gleiche Ursache haben: Enzephalitis, die ihrerseits in den meisten Fällen durch Impfung verursacht wird. Einer solchen Impfung entspringen Atembeschwerden unterschiedlichster Art, und während einer solchen »Atemstockung« kann das Kind sterben. Das Kind, das sonst zu einem Autisten herangewachsen wäre, stirbt statt dessen am »Syndrom des plötzlichen Kindstods«.

Eine neurologische Basis für Entfremdung und Ich-Schwäche

Die neurologische Theorie des Autismus, die jetzt immer mehr in den Vordergrund trat, erhielt eine besondere Bestätigung durch die von Stella Chess 1971 gemachte Beobachtung, daß Kinder, die von Geburt an Röteln haben - die also schon *in der Gebärmutter* angesteckt wurden -, häufig das bekannte autistische Syndrom aufwiesen. »Unsere Ergebnisse«, so schrieb sie, »sprachen zugunsten einer organischen Verursachung und gegen andere Theo-

rien.« Die Kinder, die schon mit Röteln auf die Welt kamen, litten im besonderen an »multipler Schwäche der Sinnesorgane«. So wurde allmählich klar, daß die charakteristischen Merkmale der Entfremdung, des Rückzugs und der Ich-Schwäche, die man anfänglich als Ursachen angesehen hatte, in Wirklichkeit die Folgen von Störungen der Sinneswahrnehmungen waren. Beim autistischen Kind fehlte es an den Instrumenten - die fünf Sinne funktionieren nicht richtig -, um die äußere Welt sinnhaft zu erfahren. Da der Autist sie nicht sinnhaft erfahren kann, ist er im Chaos der Eindrücke verloren. M. Rutter und L. Bartak vermuteten 1971 völlig zu Recht: »... ein entscheidender Mangel bei der Verarbeitung von symbolischer oder logischer Information ist wahrscheinlich der ... für den infantilen Autismus ausschlaggebende Defekt.«

Haben uns unsere Sinne einmal mit Informationen versehen, so geben wir diesen ihre Bedeutung und organisieren sie in Form von Begriffen oder Vorstellungen. Sie werden dann im Gedächtnis gespeichert und bei Bedarf abgerufen. Auf diese Weise ermöglichen uns Sinneswahrnehmungen und Gedächtnis, *Erfahrungen* zu machen.

Der Autist kann das nicht. Er kann Sinneswahrnehmungen in keine sinnvolle Ordnung bringen. Er kann Impulse, Empfindungen und andere psychische Inhalte, die aus dem Innern entspringen, nicht von solchen unterscheiden, die von außen kommen." Er kann nicht aus sich selbst eine Ordnung erzeugen und sie dann seiner Umgebung aufprägen. Ein Wissenschaftler schrieb:

»Schwer autistische Kinder beschäftigen sich durchaus mit den Sinneseindrücken, die aus ihrer Umwelt zu ihnen kommen. Aber sie sind anscheinend nicht in der Lage, die Wahrnehmungen in Handlungsimpulse umzusetzen.«
Gedächtnisschwäche verschärft diese Problematik. Rimland schrieb:

Das Kind, das frühzeitig autistisch wird, ist schwer in einer Funktion beeinträchtigt, die für alle Denkvorgänge grundlegend ist: der Fähigkeit, neue Reize auf in der Erinnerung bewahrte Erfahrungen zu beziehen. Die entscheidende Verbindung zwischen Empfindung und Gedächtnis wird bei ihm nur mit größter Mühe hergestellt. Neue Empfindungen werden nur auf engbegrenzte Teile des Gedächtnisses bezogen. So sieht sich das Kind der Mittel beraubt, Bedeutungen aus seinen Erfahrungen abzuleiten!

Es gab Beobachter, die sich von den erstaunlichen von diesen »engbegrenzten Teilen des Gedächtnisses« erbrachten Leistungen - die im Zusammenhang mit den musikalischen Talenten von Autisten schon erwähnt wurden - blenden ließen. Eine interviewte Mutter behauptete, ihr autistischer Sohn könne sich an Ereignisse aus seinem sechsten Lebensmonat erinnern!!

Doch sind diese Gedächtnisleistungen, mögen sie auch auffällig sein,

trotzdem sehr fragmentarisch. Auf das ganze Spektrum der Wirklichkeit bezogen, hat der Autist nur ein schwaches Gedächtnis. Er ist nicht fähig, sich an eine breite Palette von Informationen zu erinnern, sie miteinander zu vergleichen und zu verarbeiten. Sinneserfahrungen gelangen ins Bewußtsein des Kindes wie Klänge aus einer fremden Sprache, deren Worte und Syntax es niemals beherrschen wird.

Überdies bedeutet das Heranwachsen normalerweise für den Menschen, daß er sich aus dem Gebiet der konkreten Sinneswahrnehmung heraus in die Welt der Abstraktion, der Symbole, begibt. Im Lauf der Evolution des Menschen erwarb sich das menschliche Gehirn die Fähigkeit zu abstrahieren. Sie ist in den Stirn- und Schläfenlappen lokalisiert. Tiere besitzen sie nicht. Forscher haben herausgefunden, daß Autismus mit einer zurückgebliebenen Entwicklung und Organisation des Gehirns, speziell der Stirn- und Schläfenlappen, parallel läuft,"

Daher kann der Autist die *Symbole*, die normale Menschen zur Darstellung der äußeren Wirklichkeit und zur Einwirkung auf sie benutzen, weder erzeugen noch handhaben.

Neurologische Untersuchungen an Autisten haben Beweise dafür erbracht, daß der Hirnstamm und die Hirnnerven bei ihnen geschädigt sind. Student und Sohmer untersuchten 1978 den Hirnstamm und den Gehörnerv bei einer Gruppe von 15 autistischen Kindern. Sie fanden organische Verletzungen, die offenbar mit einer »zurückgebliebenen Entwicklung bestimmter Mechanismen des Hirnstamms zusammenhängen.« Rosenblum und Mitarbeiter wiederholten diese Tests mit dem gleichen Ergebnis und kamen zu dem Schluß, daß die Zurückgebliebenheit durch zu wenig Mark in diesen Nerven bedingt war." Die Myelinisierung (Anreicherung mit Mark) von Gehirn und Nervensystem in den ersten beiden Lebensjahren und die Auswirkungen der Impfung auf diesen Prozeß werden weiter unten in Kapitel 4 diskutiert. Tanguay und Edwards kamen 1982 übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß bei autistischen Kindern »im allgemeinen eine Dysfunktion des unteren Hirnstamms« auftritt:

Die Entwicklung des Gehirns geht mit einer Differenzierung von Systemen oder Systemteilen, die sich unterschiedlich schnell entfalten, einher ... Es sieht so aus, als ob beim Menschen die Zeit ungefähr zwischen dem 10. und dem 20. Lebensmonat eine besonders kritische Phase für die Entwicklung darstellt. Denn in diesem Zeitabschnitt wird die Nervenorganisation, die für innere kognitive Operationen zuständig ist, funktionsfähig. ⁹⁵

Diese neurologischen Befunde erhärten, daß die »Wachstums-« oder »Reifungsverzögerung«, die mit dem Phänomen des Autismus verbunden

ist, tatsächlich einer biologischen Verzögerung der Entwicklung von Gehirn und Nervensystem entspricht. Die Folgen sind weitere Phänomene, wie ein »Versagen bei der Entwicklung abstrakten begrifflichen Denkens«, eine »Abwesenheit oder Schwächung der Fähigkeit zur Symbolbildung« oder eine »relative Unfähigkeit, symbolische Informationen zu verarbeiten.«

Infolgedessen schneiden Autisten bei IQ-Tests, in denen »symbolisches oder abstraktes Denken und Logik gefragt sind«, sehr schlecht ab."

Zwar las [Ronald] sehr gerne, doch konnte er weder seine Gedanken sprachlich artikulieren noch einen zusammenhängenden Bericht über seine täglichen Verrichtungen geben. Auch konnte er nur sehr mühsam und langsam schreiben ... Charakteristisch ist ein Ereignis aus dieser Zeit [im Alter von 15], wo Ronald im Theater in Panik geriet, weil er bemerkte, daß er den von den Schauspielern gesprochenen Sätzen nicht folgen konnte. Bei einer anderen Gelegenheit mußte er feststellen, wie unsicher er wurde, ja daß er geradezu in ein schwarzes Loch geriet, als man ihn nach Wegen in einer Stadt fragte, in der er sich mit einem Stadtplan mühelos zurecht fand."

Aus dem gleichen Grund hat der Autist Schwierigkeiten mit Vergleichen. Kanner schrieb: »Er konnte zwar Gegenstände als groß oder schön bezeichnen, war aber völlig unfähig, Vergleiche zu ziehen, z. B.: Welcher Berg ist höher? Welches Gesicht hübscher? USW.«⁹⁹

Er kann auch nicht »spielen«. Denn Spielen ist wie Sprechen eine weitgehend symbolische Tätigkeit.

Der Autist hat wenig oder gar keinen Humor.'? Atlanten und Enzyklopädien kann er lesen, aber Romane versteht er nicht. In seinem Denken ist er »einfach, buchstäblich und konkret-e'? Kanner fährt fort:

Sein Vater machte eine Bemerkung über die Bilder, die bei ihnen zu Hause an der Wand hängen. Das irritierte John etwas. Er verbesserte seinen Vater. »Wir haben sie nahe der Wand«, sagte er, da »an« für ihn offensichtlich »auf« oder »neben« bedeutete.!"

Auch wenn jemand ungerne »ja« sagt - was oben als Anzeichen für Ich-Schwäche gewertet wurde -, läßt das auf die Unfähigkeit zur Abstraktion schließen. »Ja« drückt auf abstrakte Weise Zustimmung aus. Es ist ein Begriff, für den der Autist Jahre braucht, um ihn sich zu eigen zu machen. Normalerweise drückt er sein »Ja« aus, indem er die ihm gestellte Frage wiederholt. Ein Junge lernte »ja« zu sagen, als sein Vater sich ihn einmal zur Belohnung auf die Schultern setzte. Aber seitdem bedeutete das Wort für den Jungen nur den konkreten Wunsch, auf seines Vaters Schultern gesetzt zu

werden, und er brauchte Monate, bis er den Begriff von dieser besonderen Situation ablösen konnte.:"

So kommen bei den Autisten die Unfähigkeit, mit neuen Reizen fertig zu werden, Störungen der Wahrnehmung und mangelndes Abstraktions- und Begriffsvermögen zusammen und beeinträchtigen weitgehend ihre Beziehungen zu anderen Menschen, ja zu sich selbst. Denn sie bemerken, daß sie von anderen Menschen verschieden sind, und haben das Gefühl, weniger wert als sie zu sein.

Sie leben in der Welt, ohne sie zu erfahren. Sie sind sich dessen durchaus bewußt, sind sich im klaren darüber, von der Welt abgeschnitten und ihr entfremdet zu sein. Und das raubt ihnen jedes Selbstvertrauen und jede Ich-Stärke.

Das erzeugt auch ihre allumfassende Angst und Furcht, die auf die Dauer in Paranoia und Depression umschlägt.?"

Im Krankenhaus und bei anderen Menschen sagte er immer »Ich taue wirklich gar nichts« und »Ich weiß nicht, was mit mir los ist«. Er dachte auch schon an Selbstmord. ¹⁰⁵

Im Alter von 13 war er davon überzeugt, daß die anderen Kinder in seiner Klasse über ihn redeten und versuchten, seine Gedanken zu beeinflussen. In Gesellschaft von Mitschülern, von denen er glaubte, sie verfolgten ihn, war er aufgeregt und streitsüchtig. ¹⁰⁶

Bei Jerry Goldsmith zeigten sich Erscheinungen einer beginnenden Paranoia. Wenn ihm z. B. eine seiner Habseligkeiten fehlte, nahm er wie selbstverständlich an, daß ein anderes Kind sie ihm gestohlen haben müsse.?"

Diese Befunde, die seit dem Ende der 60er Jahre erhoben wurden, zeigen, daß sowohl die typischen »emotionalen« Symptome des Autismus, wie Entfremdung, Ich-Schwäche, Mangel an Humor und Paranoia, als auch die »mentalen« Symptome - Unfähigkeit zur Sinnggebung und Gedächtnisschwäche - tatsächlich in neurologischen Defekten verwurzelt sind.

Appetit, Verdauung und Darmstörungen

Als die Erforschung des Autismus Fortschritte machte, wurden auch andere Symptome mit diesem Zustand in Beziehung gebracht. Beim ersten Auftreten wurden sie gewöhnlich mit dem Etikett »emotional« versehen. Heute jedoch sind sie als neurologisch bedingt erkannt.

Autisten haben oft Bauchweh und Appetitstörungen. Häufig werden sie

als »problematische Esser« beschrieben.!" Bei sechs von Kanners ersten elf Fällen gab es ernste Schwierigkeiten beim Stillen, Fläschchengeben, Absetzen der Säuglingsnahrung und dergleichen. Ein Beispiel ist John F.:

Der Vater sagte: »Was mir am meisten Sorgen macht, sind die Schwierigkeiten beim Füttern. Das ist das Hauptproblem. In zweiter Linie kommt seine langsame Entwicklung. In seinen ersten Lebenstagen nahm er die Brust nicht richtig. Nach 14 Tagen hörten wir mit dem Stillen auf und gaben ihm die Flasche, aber auch die Flasche nahm er nicht richtig. Ich könnte lange Geschichten erzählen, wie wir versuchten, ihn zu füttern. Wir versuchten wirklich alles Denk- und Vorstellbare ... Weil er beim Füttern solche Schwierigkeiten machte, mußte er oft ins Krankenhaus gebracht werden.e"'

Ein Dreijähriger aß nur Babynahrung. Ein anderer trat im Alter von einem Jahr »in den Hungerstreik«. Die Mutter eines dritten »machte sich erstmals Gedanken, als er fünf Monate alt war und das Essen immer wieder hervorwürgte und ausspuckte-s.!"

Als sie ein Jahr alt war, konnte ich sie nicht zum Essen bringen. Sie war nur Haut und Knochen und lebte fast nur von der Brust. Sie verlor kein Gewicht, nahm aber auch nicht zu.

Ein anderes autistisches Kind wurde folgendermaßen beschrieben:

Mit sieben Jahren begann sich der kleine Kranke jeden Abend beim Zubettgehen zu übergeben ... der Kinderarzt diagnostizierte »psychosomatische Hyperemesis«. Mit neun Jahren ... stellte der Kinderarzt eine »Verschlechterung des Befindens« fest. Das häufige Erbrechen stellte sich wieder ein. Mit zehn Jahren suchten die Eltern den Psychiater auf. Immer wieder mußte sich der Junge übergeben, das Befinden verschlechterte sich, und er murmelte dauernd unzusammenhängend vor sich hin.!"

Dieses Verhalten wird manchmal als Anorexia nervosa (psychisch bedingte Magersucht) bezeichnet:

In der Schule weigerte sich S. plötzlich, Speisen, die sie früher immer zu sich genommen hatte, zu essen. Sie sagte, sie könne sie nicht mehr essen, weil sie ihr nicht schmeckten - ähnlich verhielt sie sich zu Hause ... Wenn man sie dazu aufforderte, versuchte sie schon zu essen, aber oft würgte sie dann und erbrach alles wieder. Mit großen Mengen von Milch und Wasser versuchte sie, kleine Bissen hinunterzuspülen. S. sagte, sie könne nicht essen, weil essen sie krank mache. In der dritten

Maiwoche wurde S. körperlich krank, erbrach sich schon beim Anblick bestimmter Speisen und weigerte sich, sie zu essen. Dann kam ihr an drei aufeinanderfolgenden Tagen morgens auf dem Weg zur Schule im Bus das Frühstück wieder hoch. Zu dieser Zeit wiesen S.' Symptome deutlich auf Anorexia nervosa hin. Sie verlor merklich an Gewicht ... hatte ein gestörtes Verhältnis zum Essen ... und übergab sich häufig.:"

Umgekehrt kann bei solchen Kindern eine Tendenz zur Bulimie (Eßsucht) auftreten. Sie essen dann unterschiedslos alles, was ihnen in den Weg kommt - nicht nur Speisen, sondern auch Stoffe wie Sägespäne, Hundekot, Schmutz und dergleichen.!"

Er würde seine eigene Kacke essen, wenn man nicht aufpaßt. Es würde ihm gar nichts ausmachen.

1985 entdeckte Christopher Gillberg, ein führender schwedischer Forscher, einen Zusammenhang zwischen Autismus und Anorexia nervosa. Er stellte fest, daß ein solcher Zusammenhang vorher noch nicht bemerkt worden war.!"

»Wiederkäuen«, womit Erbrechen, Lutschen und Wiederverschlucken teilweise verdauter Speisen gemeint ist, steht mit Autismus und schweren Entwicklungsstörungen ebenfalls im Zusammenhang und fällt in dieselbe Kategorie der Störungen des Verdauungstrakts.!"

Sowjetische Wissenschaftler fanden bei autistischen Kindern eine Tendenz zur Fettleibigkeit, und Gillberg stellte fest, daß ein Drittel einer Gruppe von autistischen Kindern mit dem Heranwachsen »größer und plumper« wurde.!" Es existieren zwar in den Vereinigten Staaten keine systematischen Daten über das Gewicht von Autisten. Aber da Appetitstörungen bei ihnen sehr häufig sind, liegt die Möglichkeit langfristiger Anorexie oder exzessiver Gewichtszunahme nahe.

Sind die Speisen doch einmal gegessen, so gibt es Verdauungsprobleme. Autisten leiden oft an Koliken und anderen Schmerzen im Verdauungstrakt. Die Babys schreien dann und krümmen sich vor Schmerz. Bei Untersuchungen autistischer Kinder stellt sich oft heraus, daß sie früher an Störungen des Verdauungstraktes gelitten haben, an »Bauchschmerzen«, wiederholter »Magenverstimmung« usw.

So etwas kann auch mit chronischer Verstopfung oder akuter Diarrhöe einhergehen. Der Stuhl des autistischen Babys kann einen säuerlichen, scharfen oder fauligen Geruch haben. Überdurchschnittlich häufig leiden Autisten an Zöliakie (einer Verdauungsstörung). Und auch ihre nicht autistischen Geschwister haben ungewöhnlich oft Bauchschmerzen und gastro-

intestinale Störungen.!" Autistische Kinder haben Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Darm und Blase (Enuresis und Enkopresis) nachts und sogar tagsüber. Vielleicht sind sie schon im frühesten Alter sauber, verlieren diese Eigenschaft aber mit etwa 18 Monaten wieder.

Probleme bei der Entleerung lassen ein ungewöhnliches Interesse an Urin und Fäkalien entstehen und die Tendenz, sie überall herumzuschmieren:

Er entwickelte geradezu eine Obsession für Fäkalien, versteckte sie überall, z. B. auch in Schubladen, und machte sich über mich lustig, wenn ich ins Zimmer kam: »Du hast in die Hose gemacht! Du kriegst jetzt keine Buntstifte!- Die Folge ist, daß er [im Alter von viereinhalb Jahren] noch nicht sauber ist. Im Hort macht er niemals in die Hose, nur wenn er nach Hause kommt. Genauso ist es mit dem Naßmachen. Er ist stolz darauf, wenn er sich naß gemacht hat, hüpfert hin und her vor Begeisterung und ruft: »Schau, was für eine große Pfütze er wieder gemacht hat!«¹⁸

Kopfschmerzen, Kopfdröhnen

Heftige Kopfschmerzen sind ein Aspekt der Pathologie des Autismus, dem man vereinzelt, aber niemals systematisch nachgegangen ist.!"

Bernard Rimland hat in San Diego ein »Institut zur Erforschung des Kindesverhaltens« (Institute for Child Behavior Research) aufgebaut, in dem Akten über 10000 autistische Kinder lagern. Er hat den Eindruck, daß sie unverhältnismäßig mehr als andere an Kopfschmerzen leiden.!"

Harvey Jackson jun. hatte so heftige Kopfschmerzen hinter der Stirn, daß ihm davon übel wurde. Und auch Tony W. spricht in einem autobiographischen Bericht von »heftigen, bohrenden Migräneanfällen«?"

Wenn natürlich ein Säugling Kopfschmerzen hat, kann er darüber nicht sprechen. Aber er wird sich hin und her wälzen, seinen Kopf von einer Seite zur anderen werfen oder ihn an sein Bettchen, die Wand und auf den Fußboden stoßen. Er wird sich dauernd an den Haaren oder Ohren zupfen, den Rücken krümmen oder seinen Hals übermäßig strecken (»Hyperextension«). Das alles findet sich normalerweise auch bei Autisten. So verhalten sie sich bei Kopfschmerzen.

1982 veröffentlichten Norman Geschwind und Peter Behan ihre Arbeit, in der sie den von ihnen entdeckten Zusammenhang zwischen Autismus, Zöliakie, Dyslexie, Stottern, Migräne, entwicklungsbedingten Schwächen und Linkshändigkeit beschrieben - alles Symptome, die wir hier als Teile des postenzephalitischen Syndroms auffassen. Ihr Artikel sorgte für eine Sensation in wissenschaftlichen Kreisen. Denn niemand konnte sich vor-

stellen, was das verbindende Glied zwischen so unterschiedlichen Zuständen sein sollte!"

Wir sind der Meinung, daß die Entdeckungen von Geschwind und Behan als eine vorbereitende Skizzierung der Zusammenhänge aufgefaßt werden können, die wir in diesem Buch darstellen. Und das verbindende Glied? Es findet sich in den Programmen der Kinderimpfung.

Zur Definition des Autismus: Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom

Die Entdeckung, daß beim Autismus neurologische Symptome auftreten, die in Kanners erster Definition noch nicht enthalten waren, bewies, daß die Angelegenheit unerwartet komplex war. 1971 untersuchte Kanner die elf Kinder seiner ersten Gruppe noch einmal. Er fand Verhältnisse vor, die sich »über das ganze Spektrum einer völligen Wendung zum Schlechteren bis zu einer Verbindung von geglückter Integration im Beruf mit wenig geglückter, aber, oberflächlich betrachtet, funktionierender gesellschaftlicher Anpassung erstreckten«. Er führte dazu aus, »in der Medizin könne sich jede Krankheit in verschiedenen Graden der Schwere manifestieren von der sogenannten Forme fruste (der Patient zeigt wenig oder gar keine Symptome) bis zum heftigsten Ausbruch. Gilt das möglicherweise auch für frühkindlichen Autismus?«"

Zehn Jahre später demonstrierte Rimland schlagend, wie komplex das Phänomen des Autismus ist. Er verglich die ursprünglichen Diagnosen von 445 autistischen Kindern mit den Ergebnissen einer zweiten, von anderen durchgeführten Untersuchung und fand nicht das geringste Anzeichen für eine positive Korrelation zwischen ihnen!! Es gab praktisch keine Übereinstimmung zwischen den beiden Diagnosen."

Rimlands Entdeckung ist wiederholt bestätigt worden. Es gibt heute fast ebenso viele Kriterien, die zur Diagnose von Autismus benutzt werden, wie Wissenschaftler, die sich mit dem Gegenstand befassen.?"

Es ist nicht leicht, Autismus von »überlappenden« neurologischen Zuständen wie geistige Verlangsamung, Gehirnlähmung und Epilepsie zu unterscheiden. Ivsl schrieben Hetzler und Griffin: »Das Krankengut der Autisten ist extrem heterogen. Es weist eine große Variationsbreite von Dysfunktionen des zentralen Nervensystems auf, was dazu führt, daß sich die Symptome weitgehend überlappen.s" Im gleichen Jahr äußerte sich Deborah Fejn: »Es gibt beträchtliche Meinungsverschiedenheiten darüber, durch welche Symptome Autismus zwingend und ausreichend diagnostiziert werden kann ... es herrscht auch erhebliche Unsicherheit, inwieweit sich

Symptome des Autismus mit anderen Symptomen, etwa schwerer entwicklungsbedingter Störungen, überlappen. Wahrscheinlich liegt es daran, daß die Zuverlässigkeit von Diagnosen innerhalb des Gesamtrahmens -kindlicher Psychosen- oder -ernster entwicklungsbedingter Störungen- nur mangelhaft ist.«"

Die Willkürlichkeit der Diagnosen auf diesem Gebiet wurde 1984 von W. und M. DeMyer aufs Korn genommen: »Es sieht so aus, als ob jeder Forscher nur durch sein eigenes Guckloch schaut, und wenn er dann eine Abnormalität entdeckt, ist er in seiner Voreingenommenheit bestätigt.«"

Diese Verwirrung und Uneinigkeit in bezug auf die Praxis der Autismusdiagnose wurde manchmal den Diagnostikern und ihrer »Unerfahrenheit und mangelnden wissenschaftlichen Gründlichkeit« angelastet. Aber es wäre sinnvoller, sich einzugestehen, daß es Autismus als eigenständiges Phänomen eben gar nicht gibt.

Autismus ist nur ein Teil des postenzephalitischen Syndroms. Es ist daher kaum überraschend, daß die Exaktheit der Diagnose ständig durch andere Züge dieses Syndroms verwischt wird. Warum bestehen dann die Fachleute darauf, daß Autismus eine Krankheit für sich ist und keine Beziehungen zu anderen neurologischen Defekten und Störungen hat? Die Antwort auf diese Frage wurde von einem Sprecher auf der Konferenz der Bundesvereinigung für autistische Kinder (National Society for Autistic Children) im Jahre 1980 gegeben:

Autismus ist keine spezielle Krankheit! Ich glaube, bei dieser Aussage fühlen sich viele von uns recht unbehaglich. Denn Autismus ist die Flagge, unter der wir alle segeln. Um sie scharen wir uns, sie ist das, was uns allen Gemeinsamkeit gibt, und es ist sehr gefährlich für jemanden, auszusprechen, daß das, worunter wir da segeln, im Grunde gar keine Realität hat. Wir müssen uns darüber klarwerden, was das eigentlich bedeutet. Niemand behauptet, daß diese Krankheit nicht existiert. Daß wir gestörte Kinder haben, ist ja unbestritten. Aber die Falle, in die wir gehen können, ist, zu denken, Autismus sei eine Krankheit, die mit einem einzigen Heilmittel geheilt werden könnte ... Das sind die Mythen, denen aufzusitzen wir in Gefahr sind ... In Wirklichkeit sprechen wir über ein ganzes Spektrum!"

Das hartnäckige Bestehen von Ärzten, Psychologen, Psychoanalytikern, Psychiatern und anderenmedizinischen Berufen darauf, daß Autismus einen autonomen Status besitzt, spiegelt bis zu einem gewissen Grad nur ihre Standes- oder institutionellen Interessen wider. Denn sie verdienen sich ihren Lebensunterhalt dadurch, daß sie Autismus diagnostizieren, behandeln und beschreiben. Daher ist seine Existenz für sie lebensnotwendig.

Die daraus folgende definitorische Unschärfe wird noch überboten durch eine Methode, die man als »chinesisches Menü« bezeichnen könnte: »Zwei Gerichte aus Gruppe A plus drei aus Gruppe B« usw. Eine 1971 zusammengestellte Liste enthielt 14 Punkte und empfahl: »Beim Vorhandensein von mindestens sieben dieser Kriterien sollte man Autismus diagnostizieren ...« Die Ausgabe des »Diagnostischen und statistischen Handbuchs« von 1987 benutzte dieselbe Technik:

Für eine Diagnose des Autismus müssen mindestens acht der folgenden 16 Punkte gegeben sein, wobei mindestens zwei aus Gruppe A stammen müssen, einer aus Gruppe B und einer aus Gruppe C.¹³¹

Wenn man diese Methode akzeptiert, können zwei Patienten völlig verschiedene Kombinationen von Symptomen haben, jeder acht von den insgesamt 16, und können doch beide als autistisch diagnostiziert werden!!

Kein einzelnes Symptom ist beim Autismus unentbehrlich. Michael Rutter und Eric Schopler schrieben 1987, daß eine sichere Identifikation autistischer Fälle nur gegeben werden könne, »wenn man einen eindeutigen Hinweis auf ein autistisches Merkmal hätte, das ausschließlich für Autismus charakteristisch wäre. Aber ein solches Merkmal hat sich noch nicht finden lassen.«¹³²

Erst wenn die Ärzte bereit sind, Autismus als eine Kombination von vielen möglichen im Rahmen des postenzephalitischen Syndroms zu betrachten - und bei den Hunderten von Symptomen gibt es unzählige Kombinationen -, werden sie diese fruchtlosen Bemühungen einstellen und Nägel mit Köpfen machen können.

Denn ebenso wie Autismus sich nicht mit Sicherheit von anderen neurologischen Störungen unterscheiden läßt, kann er häufig auch nicht von psychischer - emotionaler! - Normalität unterschieden werden.

Schon 1964 behauptete Rimland, daß manche Kinder, auf die Kanners ursprüngliche »entscheidende diagnostische Kriterien ... extreme Einsamkeit und das Bedürfnis, das eigene Selbst zu schützen« zutrafen, in anderer Hinsicht völlig normal und keineswegs autistisch seien.¹³³ 1981 schrieb DeMyers: »Es besteht ein Kontinuum zwischen dem Verhalten typisch autistischer Kinder, dem Verhalten anderer Kinder, die verlangsamt sind, aber keine auffälligen oder ungewöhnlich zahlreichen autistischen Züge aufweisen, und ganz normalen Kindern.«¹³⁴

Diagnosen wie »quasi-autistisch«, »mit starkem autistischem Einschlag«, »fast normal« usw. kommen immer häufiger vor. Insbesondere gleichen gemäßigt autistische Kinder oft dem typischen Kind mit schwerem »Minimalhirnschaden«. Manchmal fragen sich Wissenschaftler, ob diese »gut

funktionierenden« Kinder wirklich »autistisch« sind oder eher eine Krankheit haben, die eine eigene Definition erfordert:

Ich habe eine Anzahl Kinder beobachten können, die bestimmte Probleme und Symptome mit [autistischen] Kindern gemeinsam haben. Aber sie können beim besten Willen und mit der größten Dehnung des Begriffs nicht als autistisch bezeichnet werden. Zwei Kinder von der denkbar größten Rigidität sind mir begegnet, rigide in ihrem Bedürfnis nach Gleichförmigkeit und ihren heftigen Reaktionen auf kleinste Änderungen, ebenso rigide wie autistische Kinder. Aber sie waren sozial, hatten gute Gesprächskontakte und waren nicht autistisch, es sei denn, man würde jedes Kind, das nur überhaupt ein entsprechendes Symptom aufweist, autistisch nennen ... Welcher Kategorie soll man also diese Kinder zuordnen? ... Ich kenne andere Kinder mit stereotypem Verhalten. Sie sind nicht autistisch, zeigen aber regelrechte stereotype Verhaltensmuster; z. B. Hin- und Herschaukeln und In-die-Hände-Klatschen. Aber es sind hochintelligente Kinder. Sie sind weder ihrer Entwicklung nach noch per definitionem klinisch autistisch. Ehrlich gesagt, ich weiß nicht, als was ich sie bezeichnen soll, sicher aber nicht als autistisch.¹³⁵

Es gibt aber keinen Grund, sich Vorwürfe zu machen. Um noch einmal Kanner zu zitieren: »In der Medizin ... kann jede Krankheit in unterschiedlicher Intensität auftreten von der sogenannten Form fruste bis zur heftigsten Attacke.« Das gilt auch für den Autismus und, wie wir noch sehen werden, für graduelle Abstufungen bis zum »Minimalhirnschaden«, zur Verhaltensstörung und zu soziopathischem Verhalten. Die »fast normalen« Kinder sind nur abgeschwächte Versionen des klassischen autistischen Syndroms. Sie sind nicht völlig von anderen Menschen abgeschnitten, sondern haben nur intellektuelle und emotionale Behinderungen, die ihre Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Kontakten herabmindern.«¹³⁶

Der als »Rett-Syndrom« bezeichnete Zustand, eine schwere Form des Autismus, die nur bei weiblichen Patienten auftritt und erstmals 1965 beobachtet wurde, ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein anderer Aspekt des postenzephalitischen Syndroms und wird von denselben Faktoren, d. h. den Kinderimpfungen, erzeugt!¹³⁷

Eine mildere Variante des Autismus ist eine »durchgehende Entwicklungsstörung«, die erst im Alter von drei Jahren einsetzt.¹³⁸

Ebenso ist der Zustand: der »autistische Psychopathie« oder nach dem Wiener Psychiater, der die ersten Fälle im Jahre 1944 beschrieb, das Asperger-Syndrom genannt wird, eine milde Form von Kanners Autismus. Diese Gruppe von Kranken gilt als intelligenter und origineller als das Durchschnittskind. Die Symptome wurden 1971 von Van Krevelen beschrieben:

Die Persönlichkeit des Patienten ist anormal, weniger durch Gefühle als durch den Verstand bestimmt. Er hat nur einen intellektuellen Zugang zur Welt. Es fehlten ihm das Verständnis für die Empfindungen anderer Menschen und die Fähigkeit, damit umzugehen. Er ist sozusagen gezwungen, alles in buchstäblichem Sinn zu nehmen, die Bedeutung der Worte zu analysieren, die Aussagekraft der Tatsachen zu studieren, den Gesichtsausdruck seiner Mitmenschen zu hinterfragen. Er kann nicht unmittelbar entscheiden, ob sein Partner es ernst meint oder nur scherzt, und ebenso kann er sich nicht vorstellen, daß seine eigenen Worte andere verletzen könnten. Daher hat er eine ganz besondere Art von Humor, wenn er überhaupt welchen besitzt. Er ist sich nicht bewußt, daß er anderen vielleicht auf die Nerven geht ... Autistische Psychopathie zeigt sich in den ersten Jahren der Grundschule, aber auch schon früher in Fällen, wo es den Eltern nicht gelingt, sich auf das besondere Verhalten ihres Kindes einzustellen ... Die Klassengemeinschaft verlangt eine Anpassung an Regeln und Normen. Außerdem bemerken es die Schulkameraden sofort, wenn jemand aus dem Rahmen fällt ... Das Benehmen des autistischen Psychopathen ist höchst ungewöhnlich. Er spricht wie vor einem Parlament oder einer Versammlung und so, als ob er etwas schriftlich Aufgesetztes ablöse. Die Arbeitsweise des Intellekts des autistischen Psychopathen weist drei Besonderheiten auf. Zum einen ist er nicht imstande, von anderen zu lernen ... Das Kind folgt seinen eigenen Methoden, da es Unterweisung vom Lehrer nicht annimmt. Aber es ist intelligent genug, um gelegentlich originelle Lösungen zu finden. Aus diesem Grund macht es als Schüler nicht viel Freude, obwohl es die Fähigkeit zu eigenständigem Denken besitzt. Zum zweiten verfügt der Autist nicht über den Teil des Intellekts, den man als *gesunden Menschenverstand* bezeichnet ... Und drittens hat er die Neigung, sich mit ziemlich ungewöhnlichen Interessengebieten zu befassen, z. B. Ahnenforschung oder Astronomie oder »Leben« im allgemeinen. Solche Themen lassen andere Kinder in der Regel kalt, was ein weiteres Hindernis für den Aufbau freundschaftlicher Beziehungen ist."?

Van Krevelen nannte diesen Mangel »fehlende Intuition«: »Unter Intuition verstehe ich eine Art höhere Intelligenz, eine gleichsam kurzgeschaltete Intelligenz, die zu Assoziationssprüngen fähig ist.« Ein typischer Fall für eine solche Intuition war der Junge, der auf einem Fußballtreffen vorausagte, daß die Mannschaft verlieren werde. Die von allen Seiten erschallenden Buhs veranlaßten ihn, seine Voraussage zu modifizieren. Aber sie stimmte, und diese Erfahrung verwirrte ihn.

Leicht autistische Kinder können einem unglaublich auf die Nerven gehen:

Zwar sprechen manche autistischen Kinder überhaupt nicht. Aber gemäßigt autistische machen sich oft dadurch unbeliebt, daß sie zu viel sprechen, wenn sie an ei-

nem Thema besonders interessiert sind. Es fällt ihnen gar nicht auf, daß ihre Zuhörer vielleicht nicht so begeistert sind wie sie selbst. So plappern sie drauflos, sind ganz erfüllt von dem, was sie sagen wollen, und reagieren nicht auf Anzeichen, daß sie lästig fallen. Ein solcher Monolog läßt sich durch Bemerkungen nicht leicht unterbrechen oder in eine andere Richtung lenken. Deshalb fehlt das Hin und Her eines normalen Gesprächs. Bestenfalls ist der Autist ein schlechter Zuhörer, und manchmal ist er sich anscheinend gar nicht bewußt, daß jemand mit ihm sprechen will!"

Oft berichten Eltern, daß das leicht autistische Kind einige Zeit benötigt, um Gehörtes zu verarbeiten ... Es kann jemandem, der mit normaler Geschwindigkeit spricht, nicht folgen ... Auf Gesellschaften macht ihn dies zur Nervensäge, weil er ständig versucht, das Gespräch auf Themen zu bringen, bei denen er sich auskennt ... Die autistische Persönlichkeit kann sich nicht mit zwei Dingen gleichzeitig beschäftigen und verliert sich leicht in Spintisierereien."

Van Krevelen stellte das Auftreten von echtem Autismus und dem Asperger-Syndrom bei zwei Brüdern fest.

Was all diese leichteren Formen mit den schwereren gemeinsam haben, ist die Entfremdung:

Diese drei autistischen Erwachsenen litten alle unter tiefer, dunkler Einsamkeit und unter der Überzeugung, daß sie irgendwie unfähig zu befriedigenden Beziehungen waren."

Und in ihrem Fall setzt ihnen das emotional vielleicht noch mehr zu, weil sie über die Intelligenz verfügen, ihre Lage zu erkennen. Ronald sagt: »Niemals hatte ich einen Freund. Ich weiß gar nicht, was ich mit anderen Menschen anfangen soll, wirklich.«!"

Doch lauert im Autismus auch nackte Feindseligkeit, die Ablehnung jedes Kontaktes mit anderen. Jerry Goldsmith erzählte in psychologischen Tests Geschichten, die alle mit »Aggression gegen den Vater und mit dem Tod von Personen« zu tun hatten, während Tony W. von sich sagte:

Gruselige Szenen gefielen mir sehr, etwa das Geisterhaus im Fasching, Halloween und Horrorfilme. In Tagträumen versetzte ich mich immer wieder in diese Welt und versuchte mich darin zu bewegen ... Auch war ich kalt und gefühllos. Es war mir unmöglich, Liebe zu geben oder zu empfangen. Oft weise ich Liebe ab, indem ich Menschen zurückstoße. Das ist heute ein Problem für mich, dieser Kontakt zu anderen. Gegenstände mochte ich lieber als Menschen. Menschen kümmerten mich überhaupt nicht.!"

Der Autist mit höherem IQ reagiert sich mit verbalen Aggressionen ab. Er findet die schwachen Stellen des Gegners heraus und quält ihn auf diese Weise.

Wenn Autismus Ausdruck einer durch Impfung verursachten Enzephalitis ist, so sind die daraus zu ziehenden Folgerungen bestürzend. Die Symptome, die sich mit pathologischer Intensität bei einer relativ kleinen Anzahl von Menschen zeigen, müssen dann in milderer Form bei einem weit größeren Anteil der Bevölkerung vermutet werden. Auf jeden »Autisten«, der in einer geschlossenen Anstalt untergebracht ist, kommen dann 1000 entfremdete Menschen, die als normale Steuerzahler leben.

Die Parallele zu Entfremdung und Anomie der industriellen Gesellschaft des 20. Jahrhunderts ist auffällig. Inwiefern verursachen wir diese Einsamkeit und Entfremdung selbst?

Kompensation der Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung

Der Autist leidet an dem »Unvermögen, aus neuen Erfahrungen zu lernen und mit ihnen umzugehen«. Daher fürchtet er dauernd, daß er die Kontrolle über seine Umgebung verlieren könnte.!"

Aber diese Kontrolle entgleitet ihm leicht, wenn Veränderungen auftreten, so daß der Autist Veränderungen im höchsten Maße fürchtet und haßt. »Kleine Änderungen beim Füttern [Ronalds], entweder bei den Speisen selbst oder der Art der Nahrungsaufnahme, machten ihm angst und brachten ihn ganz aus dem Häuschen. Als er ein kleines Kind war, konnte die kleinste Änderung in der Routine zur Katastrophe führen. Als er einmal aus einem Glas trank, geriet ihm Milch in die Nase. Seitdem weigerte er sich über zwei Jahre lang, aus einem Glas zu trinken, und nahm Flüssigkeiten immer mit einem Löffel zu sich.«"

Kanner beschrieb das »ängstliche, obsessive Bedürfnis [der Autisten] nach Aufrechterhaltung einer gegebenen Situation«:

Beim Umzug von Johns Eltern in eine neue Wohnung geriet das Kind in Panik, als es sah, wie der Umzugsman den Teppich in seinem Zimmer zusammenrollte. Es stand so lange unter höchstem Druck, bis es erleichtert feststellen konnte, daß die Möbel in der neuen Wohnung genauso standen wie in der alten. Da erst war es zufrieden, alle Angst war plötzlich von ihm abgefallen, und es lief herum und betastete liebevoll jeden Gegenstand.?"

Jede Änderung bedeutet Sturm. »Auch bei geringfügigen Veränderungen

in der Umgebung kann es Widerstand und sogar katastrophale Reaktionen geben. Das Kind schreit z. B. wie am Spieß, wenn es einen neuen Platz am Tisch erhält.«" Nichts darf im alltäglichen Ablauf verändert werden. Unvorhergesehene Umstände sind das, was der Autist am meisten fürchtet. Ein besonderes Beispiel für die Furcht des Autisten, die Kontrolle zu verlieren, ist seine Angst vor einer Trennung von der Familie und der vertrauten Umgebung. Typisch dafür ist Harvey Jackson jun.:

Stets haßte er es, wenn die gewohnte Routine durchbrechen wurde. Als er z. B. einmal im Alter von neun Monaten mit der Mutter aus den Ferien zurückkam und sah, daß sein Vater und seine Schwester nicht zu Hause waren, führte er sich entsetzlich auf. Die vertraute Familie war eben nicht da. Erst als die übrige Familie wieder eintraf, beruhigte er sich. Doch bis dahin schrie er so laut, daß die ganze Nachbarschaft wach wurde. Heute, mit 15 Jahren, ist es viel besser geworden, aber er fragt immer: »Sind alle zu Hause?« Er braucht diese Sicherheit.

Einmal verpaßte seine Schwester den Bus, und ich mußte aus dem Haus und ihn zurücklassen. Da lief er weinend und schreiend zu den Nachbarn und beschwerte sich, ich hätte ihn zurückgelassen. Ich konnte ihn überhaupt niemals allein lassen. Jetzt geht es ihm ähnlich mit seinem jüngeren Bruder. Er hat Angst, daß ihm etwas zustößt.

Ein anderer Ausdruck für die Fixierung der Autisten auf eine gegebene Situation ist ihre Faszination durch Gegenstände. Sie können stunden-, tage-, ja wochenlang mit demselben Spielzeug spielen - einen Kreisel drehen, einen Ball hüpfen lassen, einen Faden zwirbeln, Bausteine zu immer gleichen Mustern zusammenlegen und ähnliches.

Nur Gegenständen kann man trauen. Sie verändern sich nicht und verhalten sich nicht unvorhersehbar. Sie bleiben so, wie man sie verlassen hat. Das steht im Gegensatz zu Tieren, Hunden z. B., die immer das Unerwartete tun.

Kanner machte auf diese bevorzugte Beziehung zu Gegenständen und die völlige Absorption des Autisten durch sie aufmerksam. »So intensiv war diese Beziehung, daß kleinste Veränderungen an Gegenständen oder ihrer Lage, die von einem durchschnittlichen Beobachter gar nicht immer bemerkt wurden, diesen Kindern sofort auffielen. Sie gerieten dann womöglich in großen Zorn, bis die Änderung rückgängig gemacht war.«"

Beim schwer autistischen Kind wird die Umgebung kontrolliert und werden gegebene Bedingungen aufrechterhalten, indem Bewegungen und Handlungen unablässig wiederholt werden. Man hat das als »ritualistisches und zwanghaftes Verhalten«, »stereotype Bewegungen« usw. beschrieben. Solche Bewegungen bestehen darin, daß sich die Kinder dauernd um sich

selbst drehen, den Kopf hin und her bewegen oder an einen Gegenstand stoßen, die Hände hin und her baumeln oder flattern lassen, sie vielleicht auch drehen (choreoathetoide Bewegungen) oder unaufhörlich öffnen und schließen, daß sie stereotyp an Gegenstände klopfen usw.

Die verbreitetste Bewegung dieser Art ist »Schaukeln mit dem Körper«, d. h., daß sie rhythmisch den Rumpf vor und zurück bewegen:

Stunden um Stunden schaukelt er so, dieser hübsche kleine dreijährige Fremdling, der unser Sohn ist ... Brüder und Schwestern laufen zu ihm und rufen ihn beim Namen. Aber er starrt nur vor sich hin, ganz versunken in sein rhythmisches Schaukeln ... Wir sprachen über Brians dauerndes Schaukeln mit Freunden, die uns versicherten, daß die meisten Kinder in ihrer Familie als Babys geschaukelt hätten. Aber es stellte sich heraus, daß es uns unmöglich war, Brian auch später von seinem unaufhörlichen Schaukeln abzubringen ... Manchmal war er vergnügt, wenn man ihn kitzelte, aber sobald man damit aufhörte, saß er wieder im Stuhl und schaukelte. Die Energie und Entschlossenheit, mit der er das tat, war um so erschreckender, als er dabei immer den ganzen Oberkörper gegen die Lehne des Schaukelstuhls warf, so daß dieser an die Wand dahinter krachte.¹⁵⁰

Mit dem Schaukeln geht unter Umständen auch das Schlagen des Kopfes gehen das Kopfende des Bettchens einher. Möglicherweise :-"illsi~h das Kind damit Erleichterung bei Kopfschmerzen verschaffen. Der eigentliche Zweck dieser und anderer Wiederholungsbewegungen ist aber, dem Leben des Kindes Struktur zu geben. Sie sind ein Mittel, die Umwelt zu organisieren. Mit dem Älterwerden entwickeln Autisten neue Formen der Obsessionen, Rituale und Zeremonien:

Ein dauerndes Problem ist, daß er Rituale verwendet, die seinem Bedürfnis nach Bestand entsprechen. Z. B. braucht er bis zu zwei Stunden für eine Dusche. Er muß die Brause, die Badematte, den Vorhang usw. penibel genau anordnen und sich dann nach vorgeschriebenem Ritus waschen. Andere Rituale beziehen sich aufs Ankleiden, das Verlassen des Hauses und das Zubettgehen!"

Ruth, ein charmantes Mädchen, machte eine Periode durch, die durch ritualistisches Verhalten bei Türen gekennzeichnet war. Jede Tür mußte sie erst berühren und »prüfen«, bevor sie sie öffnete oder schloß. Jedesmal entschuldigte sie sich dafür und bat für dieses recht unschuldige »Vergehen« um Verzeihung.?"

Kompensation der Ich-Schwäche durch Aggression

Tatsächlicher oder drohender Verlust von Kontrolle kann mehr oder weniger feindselige und gewaltsame Reaktionen hervorrufen. Der Autist wird zum Spielverderber, eigensinnig, obstinat, negativ usw. Das zeigt sich bereits in Kleinigkeiten, bei einem Kind z. B., dessen erste drei Wörter »Mama«, »Papa« und »nein« sind oder dessen erster Satz »Ich will nicht« lautet!" Negativität liegt auch dann vor, wenn eine »verlangte Handlung verweigert und durch eine ganz andere Handlung ersetzt wird«. Das autistische Kind mit hohem IQ wird sich die umständlichsten und raffiniertesten Strategien ausdenken, um eine Antwort auf gestellte Fragen oder die Erfüllung von Anforderungen zu umgehen.

Aber die Reaktion kann auch heftiger sein, angefangen mit Wutausbrüchen, Schreien, Brüllen und Weinen bis zu den Tobsuchtsanfällen, für die solche Kinder bekannt sind. Der Autist ist oft wütend über die Welt, die so unberechenbar und unverständlich und anscheinend dauernd gegen ihn ist. »Zornesausbrüche wegen Änderungen im gewohnten Tagesablauf oder weil es anderen nicht gelang, ihm sein Gefühl zu nehmen, daß irgend etwas nicht so war, wie es sein sollte, brachten ihm keinen Frieden, sondern heizten die Wut nur noch mehr an oder stumpften ihn schließlich ab, wenn er sich grollend innerlich zurückzog.«"

Selbst das fast normale autistische Kind hat große Schwierigkeiten, etwas zu sehen, was nicht seinem eigenen Blickwinkel entspricht.> Die Kinder mit niedrigem IQ sind noch selbstbezogener und selbstbehauptender.

Einer von Leon Eisenbergs ersten Fällen, ein Junge von vier Jahren, »nahm mit den Leuten, die ihn untersuchten, nur dadurch Beziehungen auf, daß er Ansprüche stellte oder in Wut geriet, wenn niemand auf diese einging ..., mit Ausbrüchen aggressiven Verhaltens«. Mit 15 war er »destruktiv«.156 Von Jerry Goldsmith im Alter von vier Jahren wird berichtet: »Schreit, wenn ihm etwas nicht paßt«, und im Alter von 18: »Mürrisches oder verschlossenes Verhalten gegenüber dem untersuchenden Psychologen ... gereiztes, verschlossenes Verhalten Verwandten gegenüber.«"

Die Frustrationsschwelle ist bei Autisten sehr niedrig, worin wiederum das unreife oder nicht existierende Ich zum Ausdruck kommt:

Eines Abends forderte er ungestüm gebratenes Hähnchen, bevor es noch fertig war, und warf ein Glas Orangensaft nach mir, weil das Hähnchen so lange auf sich warten ließ.

Der Wunsch nach Beherrschung der Situation und die niedrige Frustrationsschwelle führen leicht zu Tyrannisierung und Angeberei, denn der Au-

tist »geht unter Altersgenossen immer seinen eigenen Weg«, ja auch zu nackter Gewalt gegen Menschen und Objekte, die ihm im Wege stehen:

Einmal griff sie sogar einen Fremden auf der Straße an. Sie ging hin zu ihm und sagte: »Nehmen Sie den Hut ab!« Sie sagte Leuten ins Gesicht, sie seien alt, weil sie graue Haare hätten. Und selbst wenn sie mit uns schmust, fällt es ihr schwer, durchzuhalten, und plötzlich fährt sie mir böse übers Gesicht oder in die Haare usw.

Harry, 24 Jahre alt,

hatte sich die Kunst angeeignet, Leute durch Anstarren einzuschüchtern, wenn er ihrer Belehrung oder Bestrafung entgehen wollte. Das war wegen seiner Größe - 1,95 m - nicht schwer für ihn. So ... hatte Harry einen guten Weg der physischen Einschüchterung herausgefunden, um Forderungen auszuweichen, die man an ihn stellte.!"

Moralische Rücksichten oder Erwägungen des Taktes richten beim Autisten wenig aus, da es ihm an Gefühlsbindungen zu anderen mangelt, die aggressive Tendenzen zügeln könnten:

Am schwersten war für die Familie zu ertragen, daß Brian anscheinend alle anderen gleichgültig waren. Er hatte keine Lust, sich an Familienunternehmungen zu beteiligen, reagierte nicht auf Vorschläge seiner Geschwister und kannte keinen Respekt vor dem Eigentum anderer.!"

Er fand immer Rechtfertigungen für sein Verhalten. Der tiefere Grund dafür aber war, daß er mit der Unberechenbarkeit - so wie er es erlebte - anderer Menschen nicht fertig wurde. Er war nicht imstande, mit anderen mitzufühlen, und konnte daher nicht voraussagen, was sie tun würden. Das verwirrte und erschreckte ihn.>"

Entfremdung und Gefühllosigkeit können zu Gewaltphantasien führen, aber auch zu tatsächlicher Gewaltanwendung gegen Mensch und Tier. Ein sechsjähriges Schulkind:

Die Beziehungen zu Gleichaltrigen verquickte er immer mit bizarren Geschichten und Spielen, in denen Mord- und Bluttaten vorkamen. Immer mehr verrannte er sich in solche Formulierungen, Aggressionen und destruktive Phantasien. In der Schule zog er wiederholt ein Spielzeugmesser aus Plastik hervor, und man konnte beobachten, »wie er damit am Hals oder Arm eines Kameraden herumsägte«. Dabei erklärte er genüßlich: »Man kann jemand mit diesem Messer umbringen.« Einmal versuchte er ein Kind mit einem Seil zu erdrosseln. Anspannung

vertrug er immer weniger, und sein Störverhalten nahm andauernd zu, z. B. Wutausbrüche ... Er drohte seinem jüngeren Bruder mit Anwendung physischer Gewalt.!"

Tony W. beschreibt sich selbst als Kind:

Ich erinnere mich an das Yale-Zentrum für Kinderpsychologie. Ich kümmerte mich nicht um die Ärzte und tat nur, was ich selbst wollte ... Auch war ich sehr gehässig und heimtückisch. Es arbeitete in mir, und ich keuchte heftig, weil ich das Meerschweinchen töten wollte. Als die Psychologin mir den Rücken zuwandte, tötete ich es. Ich haßte meine Mutter, weil sie versuchte, mich aus meiner Welt zu reißen, und mich daran hinderte, zu tun, was ich wollte. Aber ich hörte dann nur einfach auf, und sobald sie draußen war, machte ich weiter. Ich war unglaublich aufsässig, verschlagen und destruktiv. Ich spielte mit dem Gedanken, meine Mutter zu töten und die Welt zu vernichten. Gegenstände wie die Wasserstoffbombe faszinierten mich ... Ich hatte auch einen vertrackten Humor und lernte schnell, was mir über Perversionen zu Ohren kam. Ich ließ mich leicht gehen und gebrauchte obszöne, perverse Ausdrücke, auch erzählte ich den Leuten gewaltsame, wilde, unwahre Dinge, um Eindruck zu schinden.v"

BillyMcCoy

hat die ersten 15 Jahre seines Lebens inner- und außerhalb von Heimen verbracht. In allen Heimen war man der Meinung, man könne wegen seiner Wutanfälle nicht mit ihm fertig werden. Julia McCoy sagte, das einzige, was ihr Sohn in den Heimen gelernt habe, sei, daß sechs oder sieben erwachsene Männer ihn nicht bändigen könnten. Seine Familie hat sich an seine Anfälle gewöhnt. Wenn sie ihn überkommen, schreit dieser Junge, der sonst kaum seinen eigenen Namen aussprechen kann, laut und deutlich: »Du Sohn einer Hure, ich bringe dich um!«!63

Die Mutter eines autistischen Jugendlichen schildert eine Fahrt mit ihm im Auto:

Plötzlich hatte ich das Gefühl, als ob mir jemand mit zehn Rasierklingen, die er zuvor in Tabascosoße getaucht hatte, in Hals und Schultern schnitt. Jeff hatte ohne Vorwarnung seine Fingernägel in mich gekrallt ... Er packte mich bei den Haaren und kratzte an mir mit seinen zehn messerscharfen Klauen entlang, von denen Larry dachte, er hätte sie erst kürzlich geschnitten und abgefeilt. Es war gar nicht so leicht für mich, mich zu ducken, ihm auszuweichen und ihn gleichzeitig zu packen, besonders in dem engen Auto ... Jeff ist fünf Jahre alt und braucht noch Windeln.!64

Die engste Familie trägt natürlich auch die größte Last, besonders die Mutter, die häufig mit dem Kind allein zu Hause bleiben muß. Viele Mütter sind der völligen Erschöpfung nahe. Eine Mutter, die gerade eine Operation hinter sich hatte, sagte, daß sie ständig ein Kissen zum Schutz bei sich tragen müsse. Eine andere suchte Zuflucht vor der Wut ihres heranwachsenden Sohnes, indem sie sich im Auto einschloß. »Wir sperrten die Haustüren Tag und Nacht mit einem Sicherheits schloß ab, weil er uns sonst durchgegangen wäre. Aber die Hof tür ließ ich für ihn offen, damit er tagsüber im Hof spielen konnte. Dort hatten wir einen 1,50 m hohen Zaun mit einem Riegel am Tor ... Ich war tatsächlich Gefangene in meinem eigenen Haus mit einem frei herumlaufenden Tiger darin, ohne Atempause, nicht einmal nachts oder am Wochenende oder auch für eine Woche.«

Eine Familie, die für dieses Buch interviewt wurde, mußte ihren 20jährigen Sohn in einem Zimmer mit vergitterten Fenstern einsperren - ein Gefangener in seiner eigenen Wohnung. Der jüngere Bruder eines Autisten beschreibt das Wochenende seines gerade erwachsenen Bruders in der Wohnung:

Der erste Vorfall ereignete sich vor zwei Jahren, als ich 16 war. Eddie war gerade am Freitag aus Western State zur Übernachtung nach Hause gekommen. Wir wollten ihn am Samstag nach dem Mittagessen zurückbringen ... Der Freitagabend verlief schön ruhig, es lag keine Spannung in der Luft, wie sie sonst für Eddies Anwesenheit bei uns so typisch ist. Teilweise sind wir selbst an dieser Spannung schuld, weil wir an frühere Übernachtungen von ihm denken müssen, die in einer Katastrophe endeten, und Angst haben. Wir mußten ihn damals buchstäblich nach Western State zurückschleifen, und er brüllte und schrie.

Der Samstagmorgen fing böse an. Ich kam früh aus meinem Schlafzimmer herunter und saß in unserem Wohnzimmer, um wach zu werden, als die Stille des Hauses durch ein paar reizende Ausdrücke zerrissen wurde, die ich hier nicht wiedergeben will ... Herrlich, wundervoll, dachte ich, es fängt gut an. Wenn er jetzt schon so aufdreht, explodiert er im Nu und bringt die ganze Familie in Bedrängnis ... Aber den restlichen Vormittag war Eddie recht zurückhaltend. Ich machte mir Sorgen, daß er plötzlich die Beherrschung verlieren und aus dem Haus rennen würde, Gott weiß wohin. Wir würden dann wieder einmal einen Samstag damit verbringen müssen, ihn zu suchen. Meine Eltern hatten ein ähnliches Gefühl, und deshalb steckten wir ihn, sobald wir konnten, ins Auto und machten uns auf den Weg.

Aber jetzt ging die Geschichte erst richtig los ... Eddie war ganz und gar nicht damit einverstanden und sprang heraus ... Mein Vater und ich verbrachten die nächsten 35 Minuten damit, ihm auf allen Straßen Brentwoods nachzujagen. Schließlich erwischten wir ihn mit Hilfe unserer Polizei und zogen ihn auf den Rücksitz unseres Kombis. Ich setzte mich neben ihn, damit er meinen Vater nicht schlagen

konnte, wenn er chauffierte. Auf der ganzen Fahrt zurück fiel er von einem Erregungszustand in den anderen - erst gewaltsame Empörung, dann Schluchzen, dann Brüllen und Drohungen gegen Papa, dann wieder Weinen ...!''

Die Tendenz zur Gewaltanwendung kann mit Schlafschwierigkeiten Hand in Hand gehen:

Als er in die Pubertät kam, brach die Hölle los ... Nachts war es genauso schlimm wie tagsüber. Wir schliefen bei zugesperrten Schlafzimmertüren wegen der heftigen Zornesausbrüche, die er nachts hatte.!

Die Gewalttätigkeit der Autisten ist also eine Mischung aus unbeherrschbaren Impulsen und, je nach Intelligenz, Rechtfertigungen und Rationalisierungen dieser Impulse, da das verletzte Ich geschützt und der eigene Lebensstandpunkt verteidigt werden müssen. Die Komponente der Unbeherrschbarkeit von Impulsen manifestiert sich vor allem auch in der Gewaltanwendung gegen die eigene Person.

Harry hat einen guten Teil seiner 24 Jahre in Heimen verbracht, da stets die Gefahr bestand, daß er sich selbst mißhandelte. Schon mit dreieinhalb Jahren mußte er Armmanschetten und einen Schutzhelm tragen, damit Selbstmißhandlung verhindert wurde. Zwischen fünfeinhalb und 15 durchlief er mehr oder weniger kontinuierlich verschiedene Schulen und Zentren für geistig Zurückgebliebene. Im Alter von 15 1/2 wurde er in ein Heim eingewiesen, wo er massive Dosen von Psychopharmaka bekam, die seine extremen Anfälle mit Selbstmißhandlungstendenzen in Schach halten sollten. Doch blieben diese Tendenzen weiterhin akut, und zwar in vier Formen. Erstens schlug er sich mit den Fäusten gegen Kopf und Nase, zweitens auf die Oberschenkel, drittens stieß er sich mit den Füßen an die Knöchel, und viertens biß er sich in den Arm. Infolge seiner wiederholten heftigen Schläge ins eigene Gesicht war seine Nase deformiert, und sein Gesicht und sein Körper waren von Hämatomen übersät. Die Fußtritte an die Knöchel hatten dazu geführt, daß seine Knöchel verkalkten. Und zahlreiche Narben und Schorfe auf den Armen zeugten von seinen Bissen.!

Er pflegte sich in den Arm zu beißen, mit dem Kopf an Gegenstände zu stoßen und sich selbst zu schlagen. Auch gegenüber anderen ist er äußerst aggressiv. Er schlägt sie auf den Kopf, die Arme, zwickt sie, sticht ihnen mit dem Finger in die Augen, bewirft sie mit Gegenständen usw.

Wenn er sich ärgerte, riß er mir und sich selbst die Haare aus. In seiner neuen Schule griff er auch die Lehrerin an, packte ihre Hand und krallte seine Nägel hinein. Als

er fünf war, packte er meine Hand, zog sie sich an den Mund und biß hinein. —: er schlug seine Nägel in meine Hand oder riß mich an den Haaren. In der Schule peinigete er die Mädchen. Er beschädigt sein Schlafzimmer und die Möbel darin. Manchmal beißt er sich auf die Lippen, und sie schwellen dann so an, daß er nichts in den Mund stecken kann, ohne sie schmerzhaft zu berühren.

In sehr schweren Fällen haben sich autistische Kinder die eigenen Lippen und Finger abgeissen oder Stücke ihrer Schultern. Manchmal löst sich die Netzhaut vom Auge, weil sie sich immer wieder ins Gesicht und an die Augen schlagen. Dabei spielt der Intelligenzgrad eine Rolle. Retardierte Autisten haben eine größere Tendenz zur Selbstverstümmelung, während solche mit höherem IQ vielleicht nur von Selbsthaß erfüllt sind. Ein äußerst bössartiger und gewalttätiger 16jähriger Junge, der für dieses Buch interviewt wurde, hatte schon mit 14 Monaten begonnen, sich zu beißen:

Jetzt ist es mehr mentale Selbstmißhandlung. Er sagt: »Ich hasse es, daß ich so bin, wie ich bin. Wie lange muß ich noch so sein, wie ich bin? Für immer?« Das ist sehr hart für uns alle. Er möchte geheilt werden. Er geht gerne zum Arzt, weil er denkt, der Arzt wird ihn heilen.

Psychologen und Psychiater haben Tendenzen zur Selbstzerstörung auf das Gefühl fehlender sexueller Befriedigung zurückgeführt. Aber wie kann sexuelle Frustration einen Zweijährigen veranlassen, sich die Haare auszuraufen oder sich auf den Kopf zu schlagen, bis er grün und blau ist? In manchen Fällen ist unleugbar Selbsthaß im Spiel, aber anscheinend auch ein rein neurologisch bedingter Impuls. Manche schlagen und zwicken sich nur, wenn sie erregt sind, andere, wenn sie sich ärgern. Die Mutter eines Neunjährigen wurde gefragt, warum er so etwas tat:

Frage: Wird er tätlich gegenüber anderen Menschen?

Antwort: Ja, er zieht sie an den Haaren oder schlägt sie. Er ist ganz unberechenbar.

Frage: Was antwortet er, wenn Sie ihm sagen, er solle die Leute nicht schlagen?

Antwort: Er schlägt mich und sagt dann: »Du sollst mit dem Gesicht nach unten sein«, womit er meint, ich solle auf den Boden fallen, das Gesicht nach unten.

Frage: Glauben Sie, er tut das absichtlich?

Antwort: Manchmal kann er sich nicht anders helfen. Manchmal tut er es absichtlich, dann will er es wirklich.

Der selbstzerstörerische neurologische Impuls kommt ganz besonders bei Jungen vor, deren Zustand als das Lesch-Nyhans-Syndrom bekannt ist (eine Kombination aus mentaler Verlangsamung mit autistischen Zügen,

Unfähigkeit zu sprechen und Gewalttätigkeit gegen sich selbst und Menschen der Umgebung). Diese Jungen müssen ununterbrochen in Zwangsjacken gesteckt werden, damit sie sich selbst physisch nicht zerstören. Sie sind sich ihres Zustandes bewußt und haben einen Horror davor, so daß sie, wenn sie einmal ihre Zwangsjacken abgeschüttelt haben, den Betreuerinnen Zeichen geben, sie möchten schnell kommen und sie ihnen wieder anlegen:."

Ungerichtete, ziellose, impulsive Gewalt ist freilich ein ernstes Problem der amerikanischen Gesellschaft des ausgehenden 20. Jahrhunderts überhaupt. In Kapitel 5 wird die Möglichkeit diskutiert, daß sie in hohem Maße auf postenzephalitische neurologische Schäden zurückgehen könnte. Die sehr verbreitete Verbindung von impulsiver Gewaltanwendung mit Autismus und, wie wir sehen werden, mit Minimalhirnschaden macht es sehr wahrscheinlich, daß soziale Gewalt im Zusammenleben der Menschen zum Teil denselben Ursachen entspringt.

Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität

Eine bevorzugte Möglichkeit, die eigene angenommene Untauglichkeit zu kompensieren, ist intensivierte Sexualität. Das findet sich bei Autisten sehr oft.

Bei einigen ist die Sexualfunktion unterentwickelt. Sybil Elgar, Spezialistin für die Betreuung und das Training von Autisten, leitet ein Wohnheim mit Arbeitsmöglichkeiten in England für 40 autistische Männer und Frauen. Sie stellt fest, daß ein besonderes Interesse an sexuellen Erfahrungen unter Autisten nicht üblich ist. Nur eine Minderheit von »fähigeren und flexibleren Autisten« kann überhaupt Beziehungen zu anderen Menschen aufnehmen. Der Mehrheit »fehlt es an Empfindsamkeit, Zartheit, Eingehen und Rücksichtnahme auf einen Sexualpartner«. Sie »ziehen sich ganz in sich selbst zurück und sind unfähig zu Kontakten, weil ihre soziale und emotionale Entwicklung durch die charakteristischen Merkmale des Autismus blockiert ist.«"

Die Frauen von leicht autistischen Männern, die ein normales Geschlechtsleben führen, beschreiben diese Männer als »niemals sehr interessant, mechanisch, ohne Gefühle«, »Ich muß ihm immer sagen, was er tun soll.« »Sein Geschlechtstrieb ist normal, aber er hat keine Gefühle dabei. Er benutzt mich wie ein Objekt.«"

Aber viele Eltern schildern ihre autistischen Kinder als »hypersexuell«, und sowjetische Forscher haben bei Autisten »verfrühte Pubertät« festge-

stellt. 17Der sexuell erregte Autist sucht überdies Befriedigung für sich selbst und nicht als Partner eines anderen.

Der Sexualtrieb wird bei Autisten mit Vorliebe durch Masturbation gestellt. Einer von Kanners ersten Fällen, ein Fünfjähriger, »masturbierte häufig wie außer sich-e:“ Dasselbe wird von anderen berichtet: »Er machte viel Lärm, war ganz ohne Schamgefühl und destruktiv und masturbierte während seiner ersten Wochen auf der pädiatrischen Station ausgiebig, wobei er die Geduld des Personals auf eine harte Probe stellte.« »Hypersexualität, die sich in exzessiver Masturbation und sadomasochistischen Praktiken ausdrückte«; »öffentliche Masturbation wurde gelegentlich bei einem etwa achtjährigen Mädchen beobachtet-e:“

Bis etwa vergangenes Jahr hat er masturbiert. Er fing damit im Alter von vier Jahren an. Ich konnte es gar nicht glauben. Einmal fand ich ihn unter der Decke, völlig nackt, mit einer riesigen Erektion. Das war ein wirkliches Problem für uns. Bei ihm war das schon zur Gewohnheit geworden. Wenn er von der Schule heimkam, zog er sich aus, ging ins Schlafzimmer und blieb so lange drin, wie ich es zuließ. Dann kam er nackt heraus. Seitdem hat es etwas nachgelassen, aber eine Zeitlang war es immer dasselbe.

Auf der Suche nach Struktur: Musik

Wir haben die außergewöhnlichen musikalischen Talente vieler Autisten schon erwähnt und ihre Fähigkeit, sich Arien, Symphonien, ja ganze Opernszenen zu merken und sie wiederzugeben.

Nach Rimland »findet sich bei diesen Kindern sehr häufig eine erstaunliche musikalische Begabung«?" Und sie tritt schon sehr früh in Erscheinung. Kanner beschreibt ein einjähriges (!) Kind, das »viele Melodien genau nachsummen und -singen konnte«. Ein anderes war mit 18 Monaten imstande, 18 Symphonien voneinander zu unterscheiden. Im Alter von vier Jahren schob es sich im Kindergarten, »wenn es Musik gab, in die vorderste Reihe und sang mit«. Ein anderes vierjähriges Kind »kann anhand der Farbe einer Victrola-Schallplatte sagen, was darauf ist, und wenn es die eine Seite der Platte kennt, erinnert es sich, was auf der anderen zu hören ist«.176

Er liebt Musik. Wenn er nach Hause kommt, will er die Stereoanlage einschalten. Er ist mit einer Menge Musik in seiner Umgebung aufgewachsen. Sie beruhigt ihn.

Er liebt die Musik sehr. Er singt gut, ohne Fehler, und kennt auch den Text genau.

An den Werbespots war er sehr interessiert. Eher wäre er gestorben, als daß er die Werbung verpaßt hätte.

Mit drei oder vier hatte er ein wunderbares Gedächtnis. Er merkte sich Musik und wiederholte sie auswendig. Er konnte alle Arten von Musik nachsingen und nachsummen, wenn er sie nur einmal gehört hatte. Dabei korrigierte er andere sogar. Das Komplizierteste, was er kannte, waren Melodien aus Fernsehshows - Hintergrundmusik und derartiges, was man sich nicht so leicht merken kann. Oder auch ein Thema aus einer Beethoven-Symphonie. Sein Lehrer sagte, er verfüge über einen Stimmumfang von drei Oktaven und das absolute Gehör.

Leonard, ein gemäßigter Autist,

komponierte mit elf eigene Lieder. Sein Klavierspiel entwickelte sich zu großer Virtuosität, doch erst als er fast erwachsen war, konnte er seine Melodien mit einiger Empfindung spielen und ein langsames, ernstes klassisches Stück anders spielen als einen flotten Schlager."?

Daß Autisten Musik lieben, ist nicht überraschend. Unter anderem leiden diese Kinder ja an dem Unvermögen, ihre Wahrnehmungen und Gedanken zu ordnen. Da vermittelt ihnen die Musik, besonders solche mit auffälligem Rhythmus, die ersehnte Struktur. »Sie schunkeln, summen und tanzen gerne.«"

Nur wenn er Musik hört, schaukelt er.

Der Takt der Musik erfüllt für sie die gleiche Funktion wie das Schaukeln der Wiege. War es ein Zufall, daß die Rockmusik in den späten 50er Jahren ihren Siegeszug um die Welt antrat, gerade als die erste Impfgeneration ins jugendliche Alter kam?

Zeitliche Parallelen

Nach Kanners ersten Artikeln über Autismus durchkämmten die Forscher die Literatur, ob dieser Zustand wirklich noch nie dagewesen war. Aber tatsächlich schien er eine Novität zu sein. Vor 1943 konnte man nur eine Handvoll Fälle finden.

1958 hatte Kanner erst kaum 150 Fälle in seinen Unterlagen, aber in den 60er Jahren gab es einen ungeheuren Anstieg. Die Goodwins, prominente Kinderpsychiater, schrieben: »Autismus bei Kindern war vor 1964 in den

pädiatrischen Kliniken eine Seltenheit. In den vorhergehenden zwölf Jahren haben wir nur sechs autistische Kinder beobachten können. Durch sie waren wir immerhin mit den Schwierigkeiten einer Behandlung und den unsicheren Prognosen in solchen Fällen konfrontiert worden. Nicht gefaßt aber waren wir auf das, was folgte, als nämlich in schneller Reihenfolge 65 autistische Kinder zu uns ins Zentrum kamen.s"

In den 60er Jahren suchte eine wachsende Anzahl von Eltern mit autistischen Kindern die Praxen der Kinderpsychiater und -psychologen auf. Aber die erbetene Hilfe konnte man ihnen nicht geben. Das Ansteigen der Fälle von Autismus in den 50er und 60er Jahren spiegelte genau die Ausweitung der von oben angeordneten Impfprogramme in diesen Jahrzehnten wider.

Heute ist Autismus ein Wachstumszweig. Aus den elf Fällen, die Kanner 1943 isolieren konnte, weil sie sich so »deutlich von allem bis dahin Berichteten« unterschieden und »einzigartig« waren, sind 200 000 oder noch mehr allein in den Vereinigten Staaten geworden. Präzise Zahlen über die Gesamtheit der Fälle gibt es nicht; das hängt auch davon ab, wie man Autismus definiert. Aber die »Bundesvereinigung für autistische Kinder und Erwachsene« (National Society for Children and Adults with Autism) schätzt eine Quote von 15 auf 10 000 Lebendgeburten. Da es jährlich drei Millionen Lebendgeburten in den Vereinigten Staaten gibt, würde das über 4500 neue Autismusfälle jedes Jahr bedeuten."

In den 80er Jahren gab es in den USA etwa 45000 Todesfälle wegen Aids. So hat der lebende Tod des Autismus ebenso viele Kinder mit ihren Familien ereilt, wie im gleichen Zeitraum an Aids starben. Aus Österreich wurden die ersten Fälle des Rett-Syndroms im Jahre 1966 gemeldet."

Dieselbe zeitliche Parallele zwischen Autismus und Impfung im Kindesalter tritt auch in anderen Ländern auf. So war z. B. in Japan das erste autistische Kind ein Junge, der im Februar 1945 geboren wurde." Eine der ersten öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen während der amerikanischen Besetzung des Landes war ein obligatorisches Keuchhusten-Impfprogramm. Das sieht nach mehr als bloßem Zufall aus. Heute ist die Quote von Autismus in Japan - 4,5 pro 10 000 Lebendgeburten - niedriger als in den USA, aber vergleichbar."

In Frankreich, Chile, Österreich, Holland und Skandinavien zeigten sich die ersten Autismusfälle Anfang der 50er Jahre. Das spiegelt die Einführung der Keuchhustenimpfung in diesem Jahrzehnt wider.

In England wurde die Keuchhustenimpfung in großem Stil erst Ende der 50er Jahre eingeführt, nachdem von 1946 bis 1957 eine Reihe von Tests durchgeführt worden war. Vorher waren solche Impfungen nur sporadisch von Ärzten vorgenommen worden. Als sich 1962 eine Gesellschaft von Eltern mit autistischen Kindern in London bildete, stellte sich heraus, daß die

meisten Kinder Ende der 50er Jahre geboren waren, nur einige am Anfang des Jahrzehnts."

In England beträgt die Quote autistischer Kinder wie in Japan 4,5 pro 10 000 Lebendgeburten. Man hat nie zu erklären versucht, weshalb diese Länder weniger Autismus haben als die USA. Doch ist der Grund höchstwahrscheinlich der, daß in diesen zwei Ländern die Keuchhustenimpfungen später als in den Vereinigten Staaten durchgeführt werden (mit sechs Monaten in England und mit zwei Jahren in Japan). Die Impfung ist in England freiwillig. Je nach den Umständen werden dort 80 % der Kinder oder auch nur 30 % geimpft. Auch sind britische Ärzte sorgfältiger bei der Registrierung von Kontraindikationen und weniger eifrig darauf bedacht als Ärzte in Amerika, ein Kind auch bei Risiko zu impfen;"

Ein auffälliger Befund

Als die ersten Autismusfälle auftraten, konnte man sich nicht erklären, warum sie in gebildeten Familien so merkwürdig häufig vorkamen - besonders in Arzt-, Rechtsanwalts-, Professoren- und Wirtschaftsprüferfamilien.

Von Kanners ersten 100 Fällen hatten 96 der Väter Abitur, 87 hatten eine Hochschule besucht, 74 mit Hochschulabschluß, und 38 hatten den M. A. oder den Ph. D. 186 Von den Müttern hatten 92 Abitur, 49 hatten Hochschulabschluß und elf hatten den M. A. oder den Ph. D. Das war ein erstaunlich hohes Bildungsniveau, besonders für Frauen, und erst recht in den 30er Jahren. Ebenso unerwartet war das Ergebnis, daß 70 der Frauen berufstätig gewesen waren und viele sogar nach der Heirat weiterhin arbeiteten. »Bis heute«, so stellte Kanner 1954 fest, »haben wir kein einziges autistisches Kind mit unintelligenten Eltern gehabt.«

1964 kam Rimland zu der Schlußfolgerung, daß »die Eltern autistischer Kinder eine einzigartige und sehr homogene Gruppe bilden, was Intelligenz und Persönlichkeit betrifft«. 187

1967 bestätigte eine systematische Untersuchung Kanners Beobachtungen." Eine Studie aus dem Jahre 1970 kam zu einem ähnlichen Ergebnis: 47 % der Eltern autistischer Kinder hatten Hochschulabschluß, während eine ganze Anzahl noch bis zum M. A. oder Ph. D. weiterstudiert hatte. Das war ein starker Gegensatz zu den Eltern anderer Kategorien geistig gestörter Kinder, bei denen nur 19 % der Eltern Hochschulabschluß hatten."? Es hat - erfolglose - Versuche gegeben, diese ungleiche Verteilung der Fälle auf genetische Faktoren in den Eltern der Mittel- oder Oberschicht zurückzuführen.

Ein Punkt jedoch, der in den ersten Untersuchungen nicht genügend Be-

achtung fand, war der hohe Anteil von Eltern mit medizinischen oder medizinischen Berufen. Unter den Eltern von Kanners ersten 100 Fällen befanden sich elf Ärzte (fünf Psychiater), drei Leute mit naturwissenschaftlichem Doktorgrad, ein Psychologe und ein Zahnarzt. Von den Müttern waren eine Ärztin, drei Kindergärtnerinnen, zwei Psychologinnen, eine Krankengymnastin und eine medizinisch-technische Assistentin."

Aber es gab noch andere Beziehungen zur Medizin, die nicht unmittelbar in den Statistiken auftauchten. Eine Mutter erzählte Kanner:

Mein Hauptfach war Zoologie ... Ich wäre gerne Ärztin geworden, aber meine Familie hatte nicht die entsprechenden Mittel. Das habe ich oft bedauert. Zwei Jahre war ich Lehrerin, dann arbeitete ich in einem Labor für Endokrinologie!"

In einem anderen Fall war der Vater Textilkaufmann, die Mutter hatte »ein gutgehendes Geschäft, eine Vorverkaufsstelle für Theaterkarten in New York«. Aber anstelle des Vaters war ihr Onkel, ein Psychiater, in die Arztpraxis gekommen, der offensichtlich starken Einfluß auf das Verhalten der Familie bei Krankheiten hatte. Eine Mutter aus Neuengland hatte auf der Universität Kinderpsychologie studiert. In einem vierten Fall war der Vater Psychiater, während die Mutter mit Abitur »vor der Heirat als Sekretärin in einem Labor für Pathologie gearbeitet hatte - eine ‚hypomani-sehe‘ Person. In allem sieht sie pathologische Phänomene statt das Normale. Während der Schwangerschaft war sie sehr ängstlich und fürchtete, sie würde die Geburt nicht lebend überstehen.s"

Kanner bemerkte: »Viele Väter und die meisten Mütter sind Perfektionisten ... Die Mütter fühlen sich verpflichtet, die Regeln und Anweisungen ihrer Hebammen und Kinderärzte bis aufs I-Tüpfelchen auszuführen.s"

Aber diese ersten Daten, die ein Übergewicht gebildeter Eltern aufzeigten, sind inzwischen überholt. Seit 1970 existiert diese ungleiche Verteilung nicht mehr. In den Vereinigten Staaten ist heute Autismus überall gleich verteilt, und keine soziale Schicht oder ethnische Gruppe tritt dabei in den Vordergrund!"

Man kam daher zu dem Schluß, daß die früheren Daten falsch waren und »auf überholten Forschungsmethoden beruhten ... Es ist bewiesen, daß keine soziologischen oder psychologischen Merkmale von Eltern oder Familien mit Autismus im Zusammenhang stehen.«" Stimmt das aber? Sind die früheren Untersuchungen schlecht durchgeführt worden, oder hat sich das Reservoir für autistische Kinder in der Bevölkerung von 1940/1950 bis 1970 geändert? Dieser letzten Möglichkeit ist man noch nicht nachgegangen.

Eine tatsächliche Verschiebung in der sozioökonomischen Verteilung des Autismus läßt sich sehr leicht erklären, wenn man den Faktor frühkindliche

Impfung berücksichtigt. Als die Keuchhustenimpfung eingeführt wurde, wurde sie von fortschrittsgläubigen Kinderärzten Eltern empfohlen, die »einfach alles« für ihre Kinder tun wollten und begierig nach den letzten Wundern vom medizinischen Fließband waren. Und wer waren die ersten, die sich auf diese Impfungen einließen? Nicht die Arbeiter in blauer Dienstkleidung, die sich diese neue Mode gar nicht leisten konnten und jedenfalls gegen Ärzte oft mißtrauisch sind. Kostenlose Impfung als Gesundheitsvorsorge - die heute der großen Mehrzahl der Unterschichtkinder appliziert wird - war damals noch Zukunftsmusik. Nur die Wohlhabenden, die sich Privatärzte leisten konnten, waren in der Lage, sich um solche Impfungen zu bewerben. Und ebendiese wohlhabenden, gebildeten Eltern, besonders gebildete und ehrgeizige Mütter mit einer Schwäche für Medizin, dürften am ehesten auf eine Impfung Wert gelegt haben.

Das erklärt die ungleiche Verteilung der Autismuserkrankungen in den ersten Jahrzehnten. Kanner, der in jeder Hinsicht ein sehr genauer Beobachter war, war es auch in dieser Hinsicht.

Als aber die Impfprogramme sich ausweiteten und in fast jedem Land obligatorisch wurden, konnten sich Reiche und Arme in gleicher Weise um die Wohltaten der DPT-Impfung bewerben. Die Fälle von Autismus verteilten sich nun gleich, und die Forscher nehmen an, daß die früheren Statistiken falsch waren!

Heute sind sich die einsichtigeren Fachleute darüber im klaren, daß Autismus kein eindeutiges Phänomen psychologischer oder »emotionalen« Ursprungs ist, sondern eine neurologische Gegebenheit mit vielen Gesichtern, die eng mit anderen diagnostizierbaren neurologischen Störungen wie geistige Zurückgebliebenheit und Epilepsie verbunden ist. Die Krankheit tritt so häufig auf, daß man sie als wirkliche Epidemie klassifizieren kann. Aber bisher hat sich noch keine Theorie über ihre Ursachen durchsetzen können.

Das nächste Kapitel zeigt die Parallelen zwischen Autismus und einem noch weitaus verbreiteteren Krankheitsbild - dem »Minimalhirnschaden«.

2. Kapitel

Minimalhirnschaden

Mitte der 50er Jahre, ein Jahrzehnt nach dem Auftauchen des Autismus, wurden Mediziner und Öffentlichkeit auf eine unter Schulkindern grassierende Störung aufmerksam, die man als »Hyperaktivität« bezeichnete:

Die Kinder zeigen eine unwillkürliche, dauernde Überaktivität, die das Maß des Normalen weit überschreitet. Das kann auch schon in der frühen Kindheit auftreten. Oft eilt dann die Entwicklung des motorischen Systems dem übrigen voraus, und es wird häufig berichtet, daß Kinder schon lange vor Vollendung des ersten Lebensjahres ihre Bettchen verlassen haben. Immer wieder erzählen Eltern, ihr Kind habe sehr früh laufen gelernt, und danach habe es »kein Halten mehr gegeben«. Im Ställchen habe es nicht bleiben wollen, und überall sei es hingelaufen, so daß man es im Hof habe einsperren müssen.'

Die amerikanischen Gesundheitsbehörden zählten 1963 an die 100 Merkmale und Symptome, die mit Hyperaktivität gemeinsam auftreten, und änderten den Namen der Krankheit in »minimale Hirnstörung«. Doch ist der Ausdruck »Minimalhirnschaden« vorzuziehen, da die »Störung« schon eine Folge des aktuellen Gehirnschadens ist.

Nach einem Jahrzehnt war der Minimalhirnschaden zu einem großen Problem im amerikanischen Schulsystem und für die Kinderpsychiatrie im allgemeinen geworden. Paul Wender, eine führende Autorität auf diesem Gebiet, schrieb 1971, die Störung »tritt in Verbindung mit tatsächlich allen ... Kategorien sonstiger Störungen im kindlichen Verhalten auf, ja ist vielleicht sogar ihre Grundlage ... Das ist bestürzend, aber wahr.« Und sie sei »vielleicht das verbreitetste diagnostizierbare Phänomen, das in psychiatrischen Kinderkliniken auftritt«.'

Die Shaywitzes, Professoren für Pädiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität Yale, schrieben 1984, der Minimalhirnschaden sei »vielleicht

das verbreitetste und jedenfalls eines der zeitraubendsten Probleme in der gegenwärtigen Praxis der Pädiatrie.«¹

Und das »Journal of the American Medical Association« bezeichnete 1988 den Minimalhirnschaden als »diejenige Schwäche, die am häufigsten aus den Grundschulen gemeldet wurde, und eines der verbreitetsten Probleme in kinderpsychiatrischen Polikliniken ... möglicherweise das meistuntersuchte Problem der Kinderpsychiatrie«.

Bei Jungen zeigt sich die Störung fünf- bis zehnmal so häufig wie bei Mädchen. Man hielt sie früher sogar für eine rein männliche Krankheit.

Die »Amerikanische psychiatrische Gesellschaft (APA)« schätzt, daß 3 % der Kinder in den USA vor der Pubertät an der einen oder anderen Form von Minimalhirnschaden leiden (30 bis 75 % dieser Gruppe sind auch hyperaktiv zu nennen, je nachdem, welche Definition man zugrunde legt).¹

Aber die Zahlen der APA sind mit Sicherheit untertrieben. Handelte es sich nur um 3 %, so wäre diese Störung nicht »das verbreitetste diagnostizierbare Phänomen, das in psychiatrischen Kinderkliniken auftritt«. Wenn man eine Zahl von 15 bis 20 % aller Schulkinder ansetzt, kommt man der Wahrheit sicher näher.¹

Aber sogar das könnte noch eine Untertreibung sein. Kathleen Long und David McQueen, die 1984 das Schulsystem in Maryland und im District of Columbia untersuchten (wo sich schon 13 % der Kinder in »Sonderschul-klassen« befinden), kamen zu dem Schluß, daß »Kinder [mit Minimalhirnschaden] zu einem großen Teil ... bundesweit im öffentlichen Schulsystem noch gar nicht bemerkt worden sind«.¹

Auf jeden Fall steigt die Häufigkeit des Minimalhirnschadens in Verbindung mit Hyperaktivität kontinuierlich an.

Definition des Syndroms

In einer Broschüre der US-Regierung von 1984 finden sich drei typische Fälle:

Mein Sohn Johnny ist zwei Jahre alt und hat, seit er dem Säuglingsalter entwachsen ist, unseren Haushalt total durcheinandergebracht. Er hat wenig Freunde, weil er andere Kinder anrempelt, schubst, mit dem Fuß nach ihnen stößt und sie anschreit. Er macht den Kühlschrank auf und versucht sich hineinzusetzen. Er klettert aufs Küchenbüfett, schaltet den Boiler ab und schraubt alles ab, was nicht niet- und nagelfest ist, sogar die äußere Doppeltür. Anscheinend ist er mit nichts zufrieden ...

Tommy kann nicht still sitzen. In der Schule stört er, weil er dauernd schwätzt und herumalbert. Er verläßt die Klasse ohne Erlaubnis des Lehrers. Trotz seiner überdurchschnittlichen Intelligenz hat Tommy Schwierigkeiten mit Lesen und Schreiben. Beim Sprechen sprudeln die Worte so rasch aus ihm hervor, daß ihn niemand versteht.

Joe hat keine Lust, zur Schule zu gehen. Statt dessen geht er im Haus auf Forschungsreisen. Als er groß genug war, die Haustür aufzuschließen, erstreckten sich diese Erkundungen auch auf die Nachbarschaft. Er war der Schrecken der Nachbarn. Einmal fanden wir ihn, wie er mitten auf der Straße herumspazierte. Er sieht aus wie ein mißhandeltes Kind. Er hat eine Menge Beulen, weil er in alles hineinläuft, was seinen Weg kreuzt!

Wie beim Autismus bemerkte man auch, als man den Minimalhirnschaden zu definieren versuchte, daß er zu anderen Störungen überleitet und mit ihnen zusammenhängt. Auch Hypoaktivität (Schlafheit) findet sich in dieser Gruppe, doch weniger häufig. Tagsüber ist das Kind lethargisch, und es braucht unverhältnismäßig viel Schlaf.¹

Kinder mit Minimalhirnschaden verfügen im allgemeinen über wenig Konzentrationsfähigkeit. Selbst mit normalem oder überdurchschnittlichem IQ sind ihre Schulleistungen schwach, weil sie leicht ablenkbar sind und mit ihrer Arbeit in der vorgeschriebenen Zeit nicht fertig werden. Solche Kinder kann man als »geistesabwesend« bezeichnen.¹

Aber auch das Gegenteil ist möglich: eine außergewöhnlich gute Konzentrationsfähigkeit. »Wenn ihn etwas interessiert«, sagt eine Mutter, »bleibt er dabei bis zur völligen Erschöpfung.« Dieser Fünfjährige kann sich vier oder fünf Stunden mit seinen Bausteinen beschäftigen. Es ist ihm anscheinend unmöglich, sich von der einmal übernommenen Aufgabe zu lösen. ¹¹

Früher dachte man, Kinder würden einem Minimalhirnschaden allmählich »entwachsen«, Heute weiß man, daß das nur in wenigen leichteren Fällen geschieht. Besonders Hyperaktivität flaut mit den Jahren oft ab. Aber andere Symptome, vor allem Konzentrationsschwierigkeiten, dauern bis ins Erwachsenenalter an. Dagegen gibt es kein Mittel.

Als einmal der Minimalhirnschaden als Syndrom identifiziert war, bemühten sich Psychologen und Psychiater um Erklärungen dafür, warum sich Kinder so sonderbar verhielten. Da aber fanden die Forscher zu ihrer Überraschung, daß das MBD-Syndrom (Minimal Brain Damage) genau wie der Autismus mit geistiger Zurückgebliebenheit, Krämpfen, Gehirnlähmungen, »starken« und »schwachen« neurologischen Symptomen und anderen Störungen verbunden war, die sich nicht so ohne weiteres in die Kategorien des »Verhaltens« oder der »Emotionen« einordnen ließen.

Das *Diagnostische und statistische Handbuch* (Diagnostic and Statistical

Manual) schätzt, daß 5 % der Kinder mit Minimalhirnschaden an einem oder mehreren dieser ernsteren Symptome leiden." Aber mit großer Wahrscheinlichkeit ist diese Statistik weit untertrieben und verzerrt, weil die Nervenkrankenhäuser und Krankenversicherungen eine Aversion gegen multiple Diagnosen haben. Wenn bei einem Kind zwei oder mehr Störungen diagnostiziert werden, z. B. Epilepsie und Minimalhirnschaden, so verdrängt der schwerere neurologische Defekt den leichteren. Und die auf dem Krankenblatt protokollierte Diagnose wird auf Epilepsie lauten, während der Befund Minimalhirnschaden für immer aus den medizinischen Statistiken verschwindet. ¹³

Trotzdem besteht tatsächlich ein enger Zusammenhang zwischen Minimalhirnschaden und diesen anderen neurologischen Defekten, die offensichtlich mit den schon in Verbindung mit dem Autismus festgestellten Störungen identisch sind. Zum Beispiel geistige Zurückgebliebenheit: Zwar verfügen viele Kinder mit Minimalhirnschaden über durchschnittliche oder sogar überdurchschnittliche Intelligenz, aber im ganzen haben sie einen niedrigeren IQ als normale Kinder.

Ebenso ist Minimalhirnschaden bei geistig Zurückgebliebenen drei- oder viermal so häufig wie bei Kindern mit normalem IQ.¹⁴ Bei MBD-Kindern tritt außerdem eine hohe Quote von Krampferscheinungen auf: Epilepsie, Ticks, Tremor, choreiforme (Dreh-)Bewegungen, Grimassieren, Säuglingsspasmen und andere. Umgekehrt ist bei als epileptisch diagnostizierten Kindern die Quote schwerer Lernschwächen und Konzentrationsschwierigkeiten ausnehmend hoch."

Wenn das MBD-Kind vielleicht auch nicht unmittelbar an Krämpfen leidet, so weist es doch oft ein oder mehrere »starke« oder »schwache« Symptome einer »subklinischen« neurologischen Störung auf. Die Hälfte dieser Kinder zeigt typische »starke« Symptome in Form von EEG-Abnormalitäten und Muskelhypertonie und -hypotonie. Typische »schwache« Symptome sind motorische Schwächen, extrem schlechte Handschrift, Gleichgewichtsstörungen, schlechte Koordination der Augenmuskeln, Plumpheit, linkischer Gang, Schwierigkeiten beim Hüpfen und eine Neigung, auf den Zehenspitzen zu gehen."

»Plumpheit« in ihrer schwersten Form geht auf Gehirnlähmung zurück. In einer Untersuchung war ein Viertel der Kinder mit Gehirnlähmung auch hyperaktiv. ¹⁷

Kinder mit Minimalhirnschaden sind unverhältnismäßig oft links- oder beidhändig (technisch als »linke oder gemischte Lateralität« beschrieben oder als »schwach ausgeprägte unilaterale Dominanz«). Das Kind kann rechts und links, hinauf und hinunter, vorne und hinten usw. nicht richtig unterscheiden. Wenn man es auffordert, das linke Ohr mit der rechten

Hand anzufassen, gerät es ganz aus dem Konzept." Der schon oben erwähnte Artikel aus dem Jahre 1982 von Norman Geschwind und Peter Behan zeigte eine signifikante Korrelation zwischen Linkshändigkeit und Dyslexie.

Bei einer 1987 durchgeführten ABC-News-Meinungsbefragung der Washington Post kam heraus, daß kurioserweise 16 % aller Amerikaner unter 30 links- oder beidhändig sind gegenüber nur 12 % der über 60jährigen. Eine andere Untersuchung aus der jüngsten Zeit fand einen noch größeren Unterschied: 13 % der 20jährigen waren Linkshänder im Vergleich zu 5 % bei den 50jährigen. Die gängige Interpretation ist, daß man früher Linkshänder in der Schule mit der rechten Hand zu schreiben zwang - und dies kann tatsächlich ein Faktor sein, muß aber nicht unbedingt der einzige sein. Es besteht durchaus die Möglichkeit, daß die seit 1945 epidemisch auftretende, durch Impfungen verursachte subklinische Enzephalitis eine disproportional hohe Häufigkeit von Links- und Beidhändern bei den Gruppen der unter 40- bzw. unter 30jährigen verursacht hat."

Schlafstörungen sind bei diesem Personenkreis sehr häufig." Mitte der 50er Jahre wurden, gleichzeitig mit dem Auftreten des Minimalhirnschadens auf dem Schauplatz der Medizin, die Praxen der Psychiater mit Kindern überschwemmt, die nachts nicht schlafen konnten. Zwei anerkannte Fachleute schrieben 1957: »Man hat häufig beobachtet, daß heute, wo die Kinder eher antiautoritär erzogen werden, statt der früher verbreiteten Probleme beim Essen jetzt sehr weitgehend Schlafstörungen auftreten.e"

Das Kind mit Minimalhirnschaden macht die Nacht zum Tage. Seine Hyperaktivität nimmt zur Schlafenszeit zu, so daß es Schwierigkeiten hat einzuschlafen. Oder das Kind schläft zur richtigen Zeit ein, wacht aber nach ein paar Stunden wieder auf. Dazu kann dann eine ganze Reihe von Folgeerscheinungen kommen vom Sprechen und Singen im Bett bis zum Andrehen des Lichtes und ruhestörendem Poltern durchs Haus."

Andere MBD-Kinder haben Anfälle im Schlaf und schlafen sehr unregelmäßig. Tag und Nacht dösen sie vor sich hin. Oder es fällt ihnen schwer, einzuschlafen, doch dann sind sie fast unmöglich wieder wachzukriegen.> Besondere Neigung zu dieser »Schläfrigkeit« zeigt das Kind mit Minimalhirnschaden, das »hyпоaktiv« ist.

Seit 1970 haben Ärzte ein neues Phänomen bei Erwachsenen entdeckt nämlich das »Syndrom des verzögerten Schlafes«, womit die Unfähigkeit gemeint ist, vor drei oder vier Uhr morgens einzuschlafen. Zwar fehlen Daten über den Ursprung dieses Syndroms, aber es könnte sich hier ohne weiteres um die inzwischen erwachsenen MBD-Kinder handeln."

Solche Kinder knirschen im Schlaf oft mit den Zähnen, haben Schweißausbrüche und Alp- und Horrorträume.

Darnell hat gräßliche Horrorträume. Er hatte eine Phase als Zweijähriger, und jetzt hat er wieder eine. Vor kurzem war er davon überzeugt, daß bei ihm ein Brotkasten war, aus dem grüne Männchen mit langen Beinen und Zungen herauskamen. Sie tanzten auf ihm herum, und er schrie Mord und Totschlag. Sie waren in seinem Haar usw.

Enuresis (Bettnässen) und »Unzuverlässigkeit des Schließmuskels« sind oft Begleiterscheinungen der Schlafstörungen. Das Kind schläft sehr tief und macht bis ins frühe oder späte Jugendalter hinein das Bett naß."

Elf Millionen erwachsene Amerikaner haben, so schätzt man, Probleme damit, den Urin zu halten. Die Gründe sind unbekannt." Auch Enkopresis (mangelnde Beherrschung des Afterschließmuskels, wobei Darmbewegungen zu unrechter Zeit und an unrechtem Ort auftreten) kommt bei ihnen vor - bei Erwachsenen und bei Kindern.

MBD-Kinder haben darüber hinaus häufig Appetitstörungen und verweigern die Nahrungsaufnahme, selbst wenn sie hungrig sind. Als Babys können sie einen schwachen oder gar keinen Saugreflex haben, was vielleicht noch von Würgen, Sabbern und Schluckproblemen begleitet ist."

Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder widerwilliges Essen (Anorexia nervosa) kann sich bis in die Kindheit und ins jugendliche und Erwachsenenalter fortsetzen. Anorexie wird unter Umständen auch durch die Amphetamine verursacht, die diesen Kindern zur Dämpfung der Hyperaktivität verabreicht werden (vergleiche Kapitel 5). Andererseits essen diese MBD-Kinder vielleicht zuviel und unterschiedslos alles (Bulimie), ein Zustand, der wie Anorexie in den 60er Jahren deutlicher beobachtet werden konnte."

Man schätzt, daß Anorexie bei bis zu 1 % der heranwachsenden Mädchen (zwischen 12 und 18 Jahren) auftritt. Bulimie ist noch verbreiteter. Untersuchungen bei Hochschülern stellten sie bei 4,5 bis 13 % der weiblichen und 0,4 bis 5 % der männlichen Studenten fest.

Als Faustregel gilt, daß 15 % der heranwachsenden Mädchen in den USA schwerwiegende Probleme mit Anorexie und/oder Bulimie haben." So zeigt sich das postenzephalitische Syndrom bei Männern vorwiegend als Hyperaktivität und bei Frauen vor allem als Appetitstörungen.

Auch wenn das Kind gut ißt, kann es, vor allem als Kleinkind, an schweren Koliken leiden. Es krümmt dann den Rücken vor Bauchweh. In der Kindheit und Jugend leidet es vielleicht an Magenschmerzen." Auch schlechter Atem ist beobachtet worden.

Das MBD-Kind ist ziemlich unempfindlich gegen Schmerz und Außenreize, vor allem Temperaturunterschiede. Es trägt vielleicht jeden Tag lange Unterhosen, sogar im Sommer, wenn andere unter der Hitze leiden. Umgekehrt kommt es vor, daß das Kind im Januar im T-Shirt draußen spielt.

Lähmungen der Hirnnerven

Diese neurologischen Schäden sind mit den Schäden identisch, die schon im Zusammenhang mit dem Autismus aufgezeigt wurden. Lähmungen der Hirnnerven spielen also auch eine herausragende Rolle bei den mit Minimalhirnschaden verbundenen Syndromen.

Das MBD-Kind kann an einem Defekt des Sinnesorgans selbst leiden. Aber eher resultiert das Problem aus einem »Verarbeitungseffekt« (auch als »beeinträchtigt Wahrnehmungsvermögen«, »kognitive Störung«, »Verlust des Unterscheidungsvermögens« usw. bezeichnet). Das hängt mit einer Unterbrechung der Impulsleitung in den Hirnnerven zusammen, die das Sinnesorgan mit dem Gehirn verbinden.

Sehvermögen: Das MBD-Kind kann an fehlender okulomotorischer Koordination, Sehfehlern, Störungen bei der Augenbewegung oder gekreuzter Blickrichtung (Strabismus) leiden.

Übrigens treten diese motorischen und sonstigen Störungen des Auges im späteren Leben oft gemeinsam mit chronischer Migräne auf. 4 % der amerikanischen Schulkinder haben Migräne, und die Kinder mit Minimalhirnschaden sind in dieser Gruppe unverhältnismäßig stark vertreten. Der Artikel von Geschwind und Behan machte schon auf den Zusammenhang zwischen Migräne, Linkshändigkeit und Dyslexie aufmerksam. Alan Leviton kam 1986 aufgrund seiner Erfahrungen am Bostoner Kinderkrankenhaus zu dem Schluß, daß »Kinder, die wegen häufiger, ihre Leistungen beeinträchtigender Kopfschmerzen den Arzt aufsuchen, offenbar auch zunehmend Lernstörungen aufweisen«."

Kopfschmerzen gehen oft mit Schlafstörungen einher, Horrorträumen, Somnambulismus, unruhigem Schlaf, Sich-an-den-Kopf-Schlagen des Kindes vor dem Einschlafen, Schlafapnoe (Aufwachen mit dem Gefühl des Erstickens) usw.

Kopfschmerzen am Morgen und Kopfschmerzen, von denen der Kranke mitten in der Nacht aufwacht, werden oft als hinter der Stirn befindlich oder als sich diffus über die Kopfhaut hinziehend beschrieben. Im allgemeinen tritt nach dem Aufwachen des Patienten eine Besserung ein, oder die Schmerzen verschwinden ganz. Sie können aber auch noch einige Stunden anhalten. Bei 52 % von 120 beobachteten Patienten traten sie zusammen mit einem schweren Syndrom von Schlafapnoe auf. Auch lange Schlummerstündchen am Nachmittag können Kopfweh zur Folge haben."

Es ist möglich, daß die Augen physiologisch in Ordnung sind und sich gut bewegen lassen und daß das Kind doch nicht imstande ist zu lesen. Das bringt uns zur Dyslexie oder den Lernbehinderungen. Der an ihnen leidende Mensch ist gewöhnlich recht intelligent, hat aber extreme Mühe, die opti-

schen Zeichen der Buchstaben mit den von ihnen repräsentierten Lauten in Verbindung zu bringen."

Dyslexie ist der Grund für das heute immer mehr zunehmende Analphabetentum. Lösungen dieses Problems werden in den Vereinigten Staaten laufend vorgeschlagen, aber niemand glaubt daran, daß sie wirklich greifen werden. Unsere Schulbehörden nehmen eine abwartende Haltung ein. Sie stellen sich offenbar vor, sie würden sich eines Tages den Schlaf aus den Augen reiben und feststellen, daß Hänschen doch lesen kann. Das wird indessen niemals passieren, solange alle Hänschen in diesem Land mit Seren gepimpft werden, die Dyslexie hervorrufen können.

»Dyskalkulie« ist die Bezeichnung für die Unfähigkeit zu rechnen. Das Kind hat Probleme mit Zahlen und kann keine Beziehung zwischen Symbol und Begriff herstellen. Es bringt es z. B. nicht fertig, den Begriff »sieben« mit dem Wort »sieben« oder dem Symbol »7« zu assoziieren. Mit anderen Worten, es kann mechanisch bis sieben zählen, erkennt aber das Wort »sieben« oder das Symbol »7« nicht, wenn es in einem Satz vorkommt."

Bei der »Dysgraphie« erkennt das Kind Wörter, hat aber Probleme mit der Rechtschreibung, da es sich die Folge der Buchstaben nicht merken kann. Es ist u. U. nicht imstande, mit Schreibschrift zu schreiben, sondern muß immer Blockschrift benutzen.

Gehör: Minimalhirnschaden bringt auch Schwächen in der auditiven Wahrnehmung mit sich, unter anderem Mängel bei der audiomotorischen Koordination, bei der Hörwahrnehmung selbst, Störungen bei der Entwicklung des Sprachverstehens, Fehlen der Hörwahrnehmung überhaupt, Verlust der Wahrnehmung hoher Frequenzen usw.

Aber auch der gegenteilige Zustand, nämlich »Hyperakusis« oder über das natürliche Maß hinausgehende Hörsensibilität, kommt vor. Er kann die Ursache dafür sein, daß der Betreffende durch komplexe Impulse verwirrt wird und aus der Fassung gerät. Häufig sind Gehörstörungen mit chronischer Otitis in der Kindheit verbunden, wodurch das Trommelfell Schaden genommen hat. Auch das Sprechen kann beeinträchtigt sein. Manche autistischen Kinder leiden unter »verkümmelter Sprechfunktion« oder können überhaupt nicht sprechen. Die meisten beginnen mit dem Sprechen später als normal und haben dann eine Reihe von Sprechproblemen: Defekte beim Artikulieren oder bei der Wortbildung und -findung, Defizite bei der Benutzung der Sprache oder anderer Zeichen als Symbole, Störungen beim Sprechen und im Gespräch, entwicklungsbedingte Artikulationsdefekte, Behinderung auf der Kindersprache, Defizite beim Verstehen und Integrieren von Sprachinhalten oder bei der Ausdrucksfindung usw.

Eine verbreitete Sprechbehinderung beim MBD-Kind ist Stottern oder Stammeln. Samuel Torrey Orton, dessen Werk über Dyslexie in den 20er und

30er Jahren die Grundlage für die spätere Entwicklung der Wissenschaft in diesem Bereich bildete, wies schon damals auf die engen Beziehungen zwischen Stottern und Dyslexie hin. Diesen Zusammenhang verlor man später wieder aus den Augen, und er wurde erst vor kurzem neu entdeckt."

Eine Variante des Stotterns ist die Unfähigkeit, einen Satz zu Ende zu bringen, weil einem das rechte Wort fehlt (man nennt das »Anomie« oder »Ausfälle bei der Bezeichnung von Gegenständen, Orten und Menschen«).

Mit vier Jahren fing er mit einem komplizierten Satz an. Oder er suchte nach einem Wort. Dann wiederholte er einige Male den begonnenen Satz. Er konnte das Wort nicht finden. So war er dazu verurteilt, die ersten Worte ständig zu wiederholen. Das blieb während des ganzen fünften Lebensjahres so.

Andere Schwächen sind Sprechen unter Altersniveau, sehr begrenztes Vokabular, Besonderheiten bei der Artikulation oder Intonation (»schleppend, monoton, lauter Singsang, unkontrollierte Laute, gleichbleibende, scharfe oder unmotivierte Silbenbetonung oder gepreßtes Sprechen«). Die Stimme wird monoton und verliert ihren Klang. Der Sprecher stellt sich im Klang seiner Stimme nicht auf die Umgebung ein."

Manchmal beginnt das Kind zu sprechen, verliert diese Fähigkeit aber plötzlich wieder: »Mit etwa drei Jahren sprach er in Sätzen ... Als er aber mit vier in den Kinderhort kam, weigerte er sich zu sprechen und sprach erst wieder, als er fünf war.e"

Mitunter kann das Kind sprechen, weigert sich aber, es zu tun - »elektiver Mutismus«:

Das wichtigste Merkmal ist, daß sie sich fast immer weigern, in Gesellschaft zu sprechen, auch in der Schule, obwohl sie Gesprochenes verstehen und selbst sprechen können. Solche Kinder verständigen sich lieber durch Gesten, Kopfnicken und Kopfschütteln oder in manchen Fällen nur durch einzelne Silben oder überhaupt ganz monotone Laute."

Doch kommt auch das Gegenteil vor, unnatürliche Wortgewandtheit und besonderes Nachahmungstalent.

Er achtet genau auf jeden Tierlaut und macht ihn dann nach. Im Bronx-Zoo gaben ihm sogar die Wölfe Antwort.

Nach einer »vorsichtigen Schätzung« der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft haben 10 % der Kinder unter acht und 5 % der Achtjährigen und darüber den einen oder anderen dieser Sprechdefekte!"

Phil A. Silva und seine Mitarbeiter fanden 1987 heraus, daß sich diese verschiedenen Sprechdefekte auf die Zukunft des Kindes stark auswirken: Kinder mit früh auftretenden Sprechverzögerungen haben, wie sich herausstellte, geringere Intelligenz, lesen schlechter und haben mehr Verhaltensprobleme."

Wie beim Autismus können die Sinne des Geruchs und des Geschmacks bei den MBD-Kindern überentwickelt sein und Defizite beim Hören, Sehen und Sprechen teilweise wettmachen. Mütter berichten dann, daß ihre Kinder »sehr heikel mit dem Essen« seien und sich über die Gerüche aus der Küche beklagten. Manchmal tritt auch unangenehm verstärkter Speichelfluß auf. Das Kind spuckt unaufhörlich, besonders im Zorn. Es gibt auch Schwäche der Gesichtsmuskeln, wodurch ein »maskenartiges« Aussehen entsteht."

Atmung und Asthma

Auch die Kontrolle der Atemreflexe wird durch die Hirnnerven vermittelt (den 9. und den 10., den Glossopharynx und den Vagus). Daher leidet das MBD-Kind oft an Atembeschwerden.

Bonnie Kaplan von der Universität Calgary sprach 1987 von der »verbreiteten klinischen Erfahrung, daß Kinder mit Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität auch eine ungewöhnlich hohe Anzahl körperlicher Beschwerden, wie Infektionen der oberen Atemwege und Infektionen des Ohrs, aufweisen«. Ihre eigene Untersuchung, basierend auf Elterninterviews, ergab eine »durchgehend größere Häufigkeit« von Atmungssymptomen bei solchen Kindern."

So ist es kein Zufall, daß sich Asthma bei Kindern in den USA, in England und anderen Industrieländern im Vormarsch befindet. Breit angelegte Untersuchungen zeigen, daß 11 bis 14 % der Kleinkinder »keuchend« atmen, während bei der Hälfte von ihnen sich diese Erscheinung ins Kindes- und Jugendalter fortsetzt."

Der Zustand wächst sich dann zu Asthma aus. Asthma ist zumindest seit Ende der 70er Jahre in den USA in stetigem Vormarsch begriffen. Die Häufigkeit liegt jetzt bei der Marke von 7 % der Bevölkerung: zehn Millionen Amerikaner insgesamt, wobei drei Millionen unter 18 Jahre sind. Asthma ist für fast ein Viertel aller versäumten Schultage verantwortlich und liegt an dritter Stelle der chronischen Krankheiten, wegen denen ein Arzt aufgesucht wurde."

Zweimal soviel Jungen wie Mädchen leiden an dieser Krankheit, wobei der Anteil der Jungen zunimmt, je schwerer die Fälle sind."

Auch die Rate der Asthmatoten ist seit Ende der 70er Jahre in diesem

Land angestiegen." Am erschreckendsten sind die Sterbefälle bei sehr kleinen Kindern. Die medizinische Volksweisheit hatte bisher immer behauptet: »Kein Kind stirbt an Asthma.« Aber seit den 60er Jahren trat eine wahre »Epidemie« von Asthmatoten unter Kindern in Großbritannien, Neuseeland, Australien und den USA auf.⁷1985 gab es in den Vereinigten Staaten 125 asthmatote Kinder unter 15 Jahren und 156 Asthmatote in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren,"

. Viele Asthmatiker haben gleichzeitig Minimalhirnschaden und zeigen dieselbe Kombination von Symptomen wie Kinder mit Minimalhirnschaden, z. B. Josh Cohen in Thomas Plauts »Kinder mit Asthma«. Er kam nicht einmal im Kindergarten mit seiner Altersgruppe mit:

Überall hinkte er hinterher, auch bei der Vorschulerziehung im Lesen ... Dauernd lief ihm die Nase, so daß der immer erkältet aussah ... In der ersten Klasse hatte er eine unerfahrene Anfängerin als Lehrerin. Sie machte sich anscheinend keine Gedanken wegen Joshs Zurückbleiben beim Lesen und Schreiben. Sie sagte, oft sei er ihr müde vorgekommen und am Nachmittag direkt vor ihrem Pult eingeschlafen. Sicher trug auch seine dauernd laufende Nase nicht zur Verbesserung seiner Lage bei ... Ich hatte es einfach mit einem Kind zu tun, das keine Lust hatte, in die Schule zu gehen ... [In der zweiten Klasse] hatte er nach eineinhalb Jahren Schule noch rein nichts gelernt."

Man sollte der Beziehung zwischen plötzlichem Kindstod, Asthma und anderen Atembeschwerden weiter nachgehen, was alles auf eine Insuffizienz der die Atmung regelnden Hirnnerven zurückgeht, und dabei besonders auf Impfungen in der Kindheit achten.

Die Parallelen zwischen den verschiedenen Lähmungen der Hirnnerven beim Autismus und beim Minimalhirnschaden legen nahe, daß beide Befunde einen gemeinsamen Ursprung haben und sogar eine Übereinstimmung im Erscheinungsbild aufweisen. Nur dem Grad nach unterscheiden sie sich voneinander. Beide sind besondere Erscheinungsbilder eines umfassenderen Phänomens, des postenzephalitischen Syndroms (siehe nächstes Kapitel), das in den meisten Fällen die Auswirkung von Kinderimpfungen ist.

Psychologisch oder neurologisch?

Forscher wie Samuel Torrey Orton erkannten in den 20er Jahren, daß »emotionale Störungen« aus neurologischen Tatbeständen hervorgehen.⁵⁰ Doch ging diese Einsicht nach dem Zweiten Weltkrieg wieder verloren, als Psychologie, Psychiatrie und vor allem die Freudsche Psychoanalyse ihren

Siegeslauf in der Medizin antraten, während die Verbindung zwischen Geisteskrankheit und Neurologie weitgehend aus dem Blickfeld verschwand.

Emotionen waren das Reservoir, aus dem diese Seelendoktoren schöpften: sexuelle Fehlanpassung, Ödipuskomplex, der »Alptraum« des Lebens in einer Kleinfamilie und ähnliches. Die sich immer vermehrenden Scharen von Kindern mit Minimalhirnschaden waren das ideale Wasser auf diese Mühlen.

Dazu kam, daß in den vergangenen Jahrzehnten jemand, der eine neurologische Interpretation von Geisteskrankheiten vornahm, immer sofort des Konservatismus verdächtigt wurde: Er habe kein Interesse daran, daß Schichten mit niederen Einkommen, deren schlechte wirtschaftliche Lage »emotionale« Defizite zur Folge habe, aus ihrer Misere befreit würden.

Psychologen und Psychiater gehören den intellektuellen Berufen an und haben normalerweise eine politische Einstellung links von der Mitte. Daher stellen sie bevorzugt Diagnosen, die gesundheitspolitische Eingriffe sinnvoll erscheinen lassen. Traditionsgemäß ist es ihnen unsympathisch, wenn neurologische Schäden festgestellt werden (weshalb sie sie eben auch selten in Betracht zogen), da ein solcher Befund fast immer unheilbar ist und öffentliche Gesundheitsmaßnahmen keine große Besserung versprechen.

Die Idee aber, künftige Fälle dadurch zu verhindern, daß man ein bestimmtes Gesundheitsprogramm drastisch kürzt, ist offenbar noch niemandem in den Sinn gekommen.

Bruno Bettelheim übernahm die Führung bei der Bereitstellung beschwichtigender, nichtneurologischer Erklärungen des Minimalhirnschadens:

Ich bin auf der Grundlage meiner vieljährigen Arbeit mit emotional schwer gestörten Kindern davon überzeugt, daß ein Kind mit normaler Intelligenz eine Blockade gegen das Lesen nur errichtet, wenn es ernste emotionale Probleme hat. Es gibt immer gute innere Gründe dafür, wenn ein normal intelligentes Kind äußerlich eine »Lernschwäche« zum Ausdruck bringt ... ein Kind kann positive Gründe haben, nicht zu lernen - das heißt Gründe, die ein emotionales Bedürfnis befriedigen -, aber auch negative Gründe."

Was waren diese positiven Gründe, diese unbefriedigten emotionalen Bedürfnisse?

In emotionaler Hinsicht setzt ein Kind Lernen oft mit einer Entfernung von der geliebten Mutter gleich ... für viele Kinder bedeutet Lernen ein Aufgeben, wenn nicht der Mutter selbst, so doch des Bemuttertwerdens. Das haben sie nicht gerne.

Andere Kinder weigerten sich zu lesen - um ihre Selbstachtung aufrechtzuerhalten!

Klingt das widersprüchlich und unglaublich? ... Einige Kinder kommen, wenn der Reigen des Lernens eröffnet wird, zu dem Schluß, daß man sich am Anfang durchaus unter den Hinterbänkeln befinden kann, statt zu der Masse der Durchschnittsschüler zu gehören.

Wenn das Kind arm oder schwarz war, war ein Hängenbleiben im Analphabetentum eine Möglichkeit, die geltenden Werte der Weißen und eine von Weißen dominierte Gesellschaft abzulehnen:

Manchmal verlangen Lehrer von einem Kind, das die Standards der Mittelklasse akzeptieren soll, sich nach Normen zu richten, die über und jenseits derer ihrer Eltern liegen. Ein solches Kind kann dann seine tiefe Loyalität zu den Eltern dadurch zum Ausdruck bringen, daß es alles, wofür die Schule - und mit ihr das Lernen - steht, ablehnt ... Wenn ein Kind aus einem engen Slum Bildern eines »heilen« Familienlebens, das seine Eifersucht und seinen Neid erregt, begegnet ..., kann sein Neid in Zorn umschlagen.

Dieser Neid kann durch den Druck von Kameraden noch verstärkt werden, die in gleicher Weise »benachteiligt« sind.

Doch Bettelheim und andere Kenner des menschlichen Herzens waren durchaus in der Lage, zweigleisig zu fahren. Während sich einige Kinder aus tiefer Loyalität zu ihren Eltern weigerten, lesen zu lernen, verhielten sich andere ebenso, aber jetzt, um die Eltern zu bestrafen, vor allem die Mutter:

Manche Kinder werden zu Hause dermaßen unter Druck gesetzt ..., indem man bis zur Verzweiflung auf ihnen herumhackt oder ihnen Leistungen abverlangt, die ihre Kräfte übersteigen, daß ihr Bedürfnis, sich zu behaupten, groß ist. Sie werden sich gegen die Autorität der Erwachsenen zur Wehr setzen, wo immer sie eine Chance dafür sehen ohne allzu schlimme Folgen ... Ein Kind, das sich gegen übermächtige Eltern nicht zu wehren wagt, trotz statt dessen dem Lehrer - indem es sich weigert zu lernen ... Indem es nicht lernt, bestraft es [auch] seine Eltern, denen es sich sonst unterwirft.

Bettelheim erzählte die Geschichte eines vermeintlich schwach begabten Jungen aus einer unglücklichen Familie, der nicht lesen konnte, bis eines Tages der Lehrer die Worte »Vater« und »Mutter« auf der Seite durchstrich. »Der Junge, der bis dahin hartnäckig behauptet hatte, er könne kein Wort lesen, las plötzlich triumphierend und fehlerlos eine siebenseitige Geschichte herunter. Das war der Wendepunkt in seiner intellektuellen Karriere.«

Bettelheim gelang es auch, die Sexualität ins Spiel zu bringen:

Gehemmte Neugierde ist ebenfalls ein Faktor, der das Lernen stark blockieren kann. Manchmal interpretiert ein Kind den Befehl der Eltern, seinen eigenen Körper [Masturbation!!] oder was im Schlafzimmer der Eltern passiert, nicht zu erkunden, so, als ob es nun gar nicht mehr neugierig sein dürfte. Aber ohne Neugierde kann man nicht lernen.

Bettelheim kannte nur eine einzige Melodie, die er unermüdlich abspielte! Noch ein ganzes Heer von anderen Gründen, »warum Hänschen nicht lesen lernt«, ließen Bettelheim und Co. gegen ein leichtgläubiges Publikum aufmarschieren, das offenbar alles zu schlucken bereit war, vorausgesetzt, es war »emotional«. »Manche Kinder fürchten sich, -Streber- zu sein, und lernen dann nicht, weil sie spüren, daß Strebertum nicht gut ist.« Kinder lesen Buchstaben und Wörter, können aber Sätze und Abschnitte nicht verstehen, weil sie »die Vorstellung entwickeln, daß man ihnen zwar erlaubt zu sehen, aber von ihnen erwartet, nicht zu verstehen, was sie sehen. Das geschieht typischerweise immer dann, wenn ein Kind weiß, daß seine Eltern nicht wollen, daß es ihre Handlungen und Motive versteht.« Wenn sich die Eltern streiten, »kann sich das Bedürfnis des Kindes, dem ein Ende zu machen und die unerträgliche Situation zu ändern, in Verwechslungen äußern, z. B. indem es beim Lesen einen Buchstaben durch einen anderen ersetzt ...«

Auch andere Aspekte des Minimalhirnschadens wurden miteinbezogen, weil sie sich ebenfalls gut zum Psychologisieren eigneten. Asthma z. B. konnte leicht mit der »tyrannischen«, »asthmatischen« [!] Mutter in Verbindung gebracht werden:"

Jedermann wußte, daß Asthma eine psychosomatische Krankheit war, die selbstverständlich von der *Mutter* verursacht war! Gott im Himmel, alle Achtung vor Sigmund Freud! Da liegt der Hund begraben. Und ich dachte, ich wäre mit meiner Mutterschaft in einen so guten Job eingestiegen!"

Anorexie bei jungen Mädchen wurde psychiatrisch so behandelt, daß man »die Reserve der Patienten gegenüber Konflikten der Eltern unterstützte und die Entwicklung von Selbstliebe, Selbstachtung und Vertrauen zu anderen Menschen ermutigte«. Und was die Eltern betraf, so »konzentrierte sich die Ehetherapie auf das Bedürfnis des Paares, auf sich selbst, seine Zukunft und die Beziehung der Partner zu achten.«"

Enuresis, eine häufige Begleiterscheinung des Minimalhirnschadens, hat ebenfalls einen enormen psychiatrischen Output gehabt:

Enuresis wird als eine Vergeltungsmaßnahme des Kindes gegen die Eltern betrachtet oder als Hinweis auf eine Beziehung, die im Infantilen steckenbleibt. Das

Symptom ist auch als dynamische Erscheinung beschrieben worden, als Äquivalent für Masturbation [!], Ausdruck einer Bisexualität [!] oder als Verkörperung einer defekten Vorstellung vom Körper [??V⁵

In ähnlicher Weise strapazierte die psychologische und psychoanalytische Gilde ihre Phantasie bei der Interpretation der steigenden Häufigkeit von Schlafstörungen (s-einem der größten pädagogischen Probleme unserer Zeit«), wie sie bei amerikanischen Kindern Ende der 40er Jahre und danach beobachtet wurden.⁵⁶

Eine Tagung der »Amerikanischen psychoanalytischen Gesellschaft« über »Schlafstörungen bei Kindern« im Jahre 1956 zeigt, wie diese Berufsvereinigung auf die verschiedenen neurologischen Symptome, die damals erstmalig auftauchten, reagierte."

Litt das Kind an Schlaflosigkeit? »Anna Maenchen forderte uns auf, auf -das unspezifische, mit dem Reifungsprozeß verbundene Widerstreben, sich von der Aktivität und Autonomie des wachen Taglebens zu trennen-, zu achten. Denn dieses Widerstreben kann sich in der Abneigung äußern, schlafen zu gehen. Als Illustration dafür diente ein Patient, der als Kind davor Angst gehabt hatte, er könnte im Schlaf -zu atmen vergessene. Diese Furcht, eine Fähigkeit zu verlernen oder sie zu verlieren, war sehr bedeutsam.«

Daß das Kind an Atemnot litt und mit vollem Recht entsetzliche Angst davor hatte, im Schlaf zu sterben, kam Anna Maenchen nicht in den Sinn. Statt dessen verbreitete sie sich über »Einschlafrituale bei Kindern«:

Sie erwähnte den Gutenachtkuß, das immer gleiche Glas Milch oder Wasser, das dem Kind ... allein durch die Gegenwart der Mutterfigur die Schuldgefühle nimmt, die aus oral-sadistischen Impulsen entstehen können. Sie empfahl insbesondere Fetische, wie weiche (Nacht-)Wäsche, Kopfkissen, eine Decke, ein Stück Wollstoff oder einen Teddy, der ... als Ersatz für die Haut der Mutter genommen wird oder vielleicht, im Alter von vier Jahren, ein Phallussymbol ist. Wir sollten zwischen vorphallischen und phallischen Situationen unterscheiden ...

MarianneKris ging auf das »typische negativistische Tagesverhalten« des Kindes mit Schlafstörungen ein, die »nur ein Aspekt des Konflikts zwischen aktiven und passiven Tendenzen in dieser Entwicklungsperiode« seien.

Diese beiden Tendenzen sind vielleicht fast gleich stark, und wenn die Mutter zu dieser Zeit vom Kind verlangt, die passive Schlafsituation anzunehmen, können sich wegen zu geringer Internalisation Schlafstörungen ergeben. Auch ist ein Rückzug des Kindes auf projektive Mechanismen in solchen Fällen normal. Kris hatte den Eindruck, daß dieses Phänomen möglicherweise etwas früher auftritt als

die kritische Phase des anal-sadistischen Konflikts. Ebenso hatte sie den Eindruck, daß Eltern mehr Wert auf regelmäßigen Schlaf legen, wenn sie andererseits nicht so streng aufs Essen achten.

Einem anderen kleinen Patienten (32 Monate alt) mit akuten Schlafstörungen wurde ein »Augenkomplex« unterstellt, der von einem Teilnehmer der Tagung als »Phobie vor Brillen und dunklen Augengläsern« umschrieben wurde.

Im Alter von 29 Monaten erschrak er einmal fürchterlich vor einem Lastwagenfahrer mit Brille. Er sträubte sich seitdem, unter Menschen zu gehen, weil er Angst vor ihren dunklen Brillen hatte ... Außerdem fühlte er den Zwang, Gegenstände starr mit den »Augen« zu fixieren. Eins seiner Verteidigungsrituale war eine besondere Version des Nachtgebetes: »Nun leg' ich mich zum Schauen nieder und bitte Gott, mein Schauen anzuschauen. Und wenn ich schau', bevor ich schaue, bitt' ich den Herrn, mein Schauen anzuschauen.« Als man ihn fragte, warum er unbedingt so beten wolle, sagte er nur: »Ich sage eben gern -schauen-!«

Ein Kind mit Schlafsucht wurde vorgestellt:

Im Alter von drei Monaten sagte man diesem Kind voraus, es würde narzißtisch werden. Es hatte keine Beziehungen zur Umwelt, und die Mutter war mit seinem Schlaf sehr zufrieden. Nach dem Füttern schlief es immer sofort wieder ein, und das blieb so bis ins zweite Jahr, obwohl die Zeiten des Wachens und der Aktivität doch zunahmen ... Wenn eine Krankengeschichte über dieses Kind verfaßt worden wäre, als es zehn Jahre alt war, wären die meisten Kliniker zu der Ansicht gekommen, es sei ein autistisches Kind.

Aber die Psychoanalytikerin selbst kam nur zu dem Schluß, das Kind habe eine »starke Barriere gegen Reize«.

Ein anderer Teilnehmer setzte sich mit »Ängsten der Eltern wegen Schlafstörungen bei Kindern« auseinander, wobei er sich auf die legitimen Sorgen der Eltern bezog, daß mit einem Kind, das mitten in der Nacht unter Atemnot leidet, etwas nicht in Ordnung sein könne. Für diesen Psychoanalytiker stellten aber das eigentliche Problem die Eltern (natürlich!) dar, die Schlafstörungen eben manchmal als »aggressive Handlungen« auffassen. »Manche Mütter mit feindseligen Wünschen [??] haben das Bedürfnis, nach dem Einschlafen des Kindes noch einmal zu ihm zurückzugehen, um sich zu vergewissern, daß es nicht tot ist.«

Auf der anderen Seite kam es im Falle von sehr kleinen Kindern »bei der Mutter zu unbewußtem Konkurrenzverhalten wegen seiner Hilflosigkeit und

Abhängigkeit ...Es gab viele Anzeichen für starke oral-sadistische Impulse bei der Mutter, die ihr unbewußt Selbstauflösungsängste suggerierten.«

Einige Teilnehmer stellten, was korrekt ist, eine Korrelation zwischen Schlafstörungen bzw. »Kopfstoßen oder Körperbeißen vor dem Einschlafen« und Trennungsängsten, Alpträumen, Sprechschwierigkeiten, Trotz und Aggressionen, Ängsten und unterdrückter Wut fest. Andere erwähnten Hyperaktivität, »sich entladende motorische Impulse« usw.

Doch statt klinischer Erklärungen für diese neurologischen Erscheinungen verlegte man sich leider immer wieder auf unverständliche, weitschweifige Spekulationen über »qualitative Differenzen unterschiedlicher Egofunktionen«, »Spaltung des Über-Ichs«, »Entkörperung von Reaktionen durch Umwandlung in Erregungen- nach der Terminologie Max Schurs«, »Akzeptanz von Bestrafung für oral-sadistische Wünsche« und ähnliches.

Selbstverständlich mußte in letzter Instanz die Mutter für alles herhalten: »Die große Mehrzahl der Schlafstörungen im ersten Lebensjahr kann auf das Verhalten der Eltern zurückgeführt werden. Es reicht von zuwenig Mütterlichkeit bis zu Überstimulierung.« Das ist die genaue Parallele zu den Müttern von Autisten, die die Ich-Entwicklung des Kindes entweder über- oder unterstimulierten!

Eine Mutter, die an diese »psychogenen Interpretationen« glaubte und deren Tochter in der Schule versagte - sie war in der dritten Klasse -, weil sie Alpträume hatte, erzählt ihre Geschichte:

Die schlechten Noten kamen überraschend für uns, da Pat immer neugierig und wissensdurstig gewesen war. Aber in letzter Zeit hatte sie Schwierigkeiten beim Einschlafen. Sobald das Licht ausging, wurde sie in hellwachem Zustand von Alpträumen überwältigt. Ich sage »überwältigt«, weil sie anscheinend keine Macht über ihre Gedanken hatte ... Immer wieder kam sie morgens, wenn sie die halbe Nacht über von ihren »bösen Gedanken«, wie sie es nannte, gequält worden war, übermächtig und bleich ins Frühstückszimmer geschlichen."

Der Schulpsychologe wurde konsultiert. Er erklärte:

Kinder drücken Spannungen auf mancherlei Art aus: Schlaflosigkeit, Lügen, irrationale Ängste, Lernschwächen, Bettnässen usw.... Pat werde von etwas gequält, was sie uns nicht sagen könne, weil sie es selbst nicht wisse. Aber ... obwohl sie ihre schrecklichen Angst- und Schuldgefühle völlig aus dem Bewußtsein verdrängt habe, könne sie sich bei Tageslicht die Sache doch ansehen ...

Der Schulpsychologe empfahl ihr einen privaten Psychiater, der ihr ein wenig gegen die im Wachzustand auftretenden Alpträume helfen

konnte. Dann aber drängte er die Eltern, sich selbst in Behandlung zu begeben:

Ich hielt mich damals für halbwegs intelligent, war aber völlig unvorbereitet auf die weitgehenden Schlüsse, die Dr. Mann aus unserem Gespräch zog. Kurz gesagt: Die Wurzel von Pats Schwierigkeiten waren heimliche Schuldgefühle. Sie empfand sich als schlecht und böse, weil sie uns alle manchmal leidenschaftlich haßte - Dave und Jill und mich ... Ihre manchmal sehr gewalttätigen Phantasien, in denen sie uns für alles ihr Angetane bezahlen ließ, erschreckten sie, und sie gelangte zu der Überzeugung, sie sei ein schlechter Mensch. Dann kleidete sich ihr schlechtes Gewissen in die Form ihrer schlimmen Vorstellungen, gequält und verletzt zu werden ...

Wir wissen zwar nichts über die Krankengeschichte von »Pat«, aber sie gehört gewiß zu der Gruppe von an Schlafstörungen und Alpträumen leidenden Kindern, die in diesen Jahren immer zahlreicher wurden. Diese Symptome sind allgemeine Folgeerscheinungen einer Enzephalitis einschließlich einer durch Impfung erzeugten Enzephalitis, und man kann somit logischerweise annehmen, daß in vielen Fällen Impfungen die Ursache für Schlafstörungen waren. Aber in den Diagnosen wurde dieser Faktor niemals berücksichtigt.

Seit den 50er Jahren sind amerikanische Eltern und ihre Kinder unablässig und in großem Umfang psychologischen und psychiatrischen Behandlungen ausgesetzt gewesen. Geschwind schrieb 1982, daß es »aufgrund dieses Vorurteils den Menschen äußerst schwer fällt, zu akzeptieren, es könne Fälle geben, bei denen Probleme emotionaler Anpassung direkte Auswirkungen von Schädigungen des Gehirns sind.«

Später begrüßten neurologisch orientierte Fachleute den neuen Begriff »Minimalhirnschaden«, da er wenigstens ein bißchen von rein psychologischen Interpretationen wegführte. Er »rettete die Kinder und ihre Eltern vor dem starren Schema psychogener Deutungen, das zur Erklärung allen abweichenden Verhaltens herangezogen wurde, und vor der daraus folgenden Abhängigkeit von lang dauernden Psychotherapien, die mit großem Aufwand und doch ganz nutzlos theoretische und stereotype Verursachungszusammenhänge aufzuspüren suchen.«

Bettelheim und das Heer der psychologisch orientierten Fachleute, die für die »emotionale« Erklärung des Minimalhirnschadens Partei ergriffen und noch ergreifen, ignorieren eine Wahrheit, die schon immer bekannt war und jüngst von Frank Elliott, emeritiertem Professor für Neurologie an der Universität Pennsylvania, wieder bestätigt wurde: »Die Ungunst der materiellen Verhältnisse kann die menschliche Unvollkommenheit verstärken, niemals aber sie verursachen.«

Fragmentierung des Intellekts

Diese Vielfalt von Lähmungen und anderen neurologischen Störungen hindert das Kind an der Entwicklung des Verstandesapparates (der Begriffe, die im Gedächtnis miteinander verbunden sind), so daß es die Welt intellektuell nicht in den Griff bekommt und ihr keinen »Sinn abgewinnt«.

Manchmal wird das als »Entwicklungsdefizit im Bereich der Symbolisierungsfunktionen« bezeichnet. Man kennt das Phänomen auch als »Denkstörungen beim Heranwachsenden«. Der Jugendliche sagt dann: »Ich finde mich einfach nicht zurecht.« Oder: »Ich komme nicht klar mit meinen Gedanken.« Michael Aman nennt das »Unfähigkeit, sich in einer komplexen Umgebung auf etwas Bestimmtes zu konzentrieren, so daß das Kind nur ganz allgemein auf eine Welt reagiert, die ihm als unverbundene Folge von Ereignissen erscheint.« Es ist nicht imstande, zwischen den aus der Außenwelt kommenden Reizen zu unterscheiden, und beantwortet alle mit dem gleichen stereotypen Verhalten.

»Denkstörungen beim Heranwachsenden« sind ihrer Natur nach identisch mit der verwirrten Verstandestätigkeit des Autisten. Sie sind nur eine mildere Variante davon. Die Daten der Wahrnehmung können nicht richtig in kohärenten Mustern organisiert werden, d. h. in Abstraktionen, Symbolen und Assoziationen.

Die Fähigkeit, die Bedeutung von Abstraktionen zu erfassen und sie miteinander zu verbinden, kommt normalerweise mit dem Alter, mit dem normalen Wachstum und Reifen des Verstandes. Kinder denken konkret, während der Erwachsene auch Abstraktionen versteht. Aber das MBD-Kind erwächst niemals der buchstäblichen, konkreten Phase. Es begreift, daß man einen Apfel essen kann, aber nicht, daß beides, Äpfel und Bananen, Früchte sind. In der Schule tut es sich leichter mit präzisen Fakten, etwa in Geschichte und Erdkunde, hat aber große Schwierigkeiten mit Literatur, Dichtung und Mathematik.

Da die Gedanken durch Abstraktionen miteinander integriert werden, sind diese Heranwachsenden intellektuell nicht integriert (»integrative Dysfunktion«). Vorstellungen bilden sich bei ihnen, wenn überhaupt, durch konkrete, deutlich unterschiedene, einmalige Beispiele. Das Ergebnis sind »unverbundene, wuchernde, unlogische Gedankengänge«, »desorganisiertes Denken«, »Schwierigkeiten, Gedanken zusammenhängend zu organisieren«.

Die Merkmale dieser Kinder haben große Ähnlichkeit mit der Beschreibung des Asperger-Syndroms. Sie sind auf die Gegenwart bezogen, sachorientiert, egozentrisch bis zum Narzißmus, umständlich, weitschweifig, unfähig, auf den Punkt zu kommen. Sie können auch keine Witze machen,

da Humor einen Hintergrund abstrakten Wissens voraussetzt, vor dem sich die beschriebene Situation lächerlich ausnimmt.

Ihre Konzentrationsfähigkeit ist gering, sie sind sehr leicht ablenkbar. »Er kann sich nicht beherrschen und läßt seine Gedanken wandern, veranlaßt von den vagen Reizen, die aus seiner Umgebung auf ihn einwirken - den leisen Geräuschen aus dem angrenzenden Zimmer, der scharfen Stuhlkante oder dem sanften Wind, der ihm den Nacken fächelt.s"

Von bloßen Wahrnehmungen können diese Kinder ganz überwältigt werden.

Der Teenager hört z. B. zu sprechen auf und beobachtet geistesabwesend und fasziniert, wie der Zigarettenrauch abzieht. Oder er vergißt ganz zu essen, überwältigt vom Anblick der Flüssigkeit in der Kaffeetasse. Der Teenager, der die Blätter von der Treppe kehrt, kann plötzlich so in den Bann des schwingenden Besens geraten, daß er die nächsten zwanzig Minuten nur mit der Betrachtung dieses Phänomens verbringt ..., um dann zu bekennen: »Tut mir leid, ich war mit meinen Gedanken ganz woanders.e"

Sowohl das Langzeit- als auch das Kurzzeitgedächtnis ist bei ihnen wie ein Sieb. Den einen Tag weiß der Jugendliche etwas, am nächsten hat er es schon vergessen. Er klagt darüber, daß sein Gedächtnis nicht ordentlich arbeitet: »Ich lese es immer wieder, aber es bleibt nichts hängen.s"

Da sein Verstand immer schlechter und unzusammenhängender arbeitet, fällt es dem Teenager schwer, längere Zeit nachzudenken," Er kann nur in der Gegenwart denken. Er vermag nicht, sich die Vergangenheit in die Erinnerung zurückzurufen oder die Zukunft zu antizipieren. Vorausplanen oder einen Wunsch aufschieben kann er nicht.

Der Heranwachsende sucht deshalb eine intellektuelle Struktur und ein integrierendes Schema. Das können auch sonderbare religiöse und medizinische Rituale sein oder Ernährungsgewohnheiten. Dadurch wird eine Unterhaltung mit ihm, die ohnehin schon anstrengend ist, noch schwieriger.

Die dauernde Anstrengung, die er aufwenden muß, um seine Gedanken beisammenzuhalten, nimmt extra Zeit und Energie in Anspruch, ein weiterer Grund, weshalb er immer so müde ist. Schul- und Hausaufgaben sind ungewöhnlich schwierig und zeitraubend. »Teenager werden in solchen Situationen immer verbissener in dem krampfhaften Bemühen, Herr der Lage zu bleiben.s"

Unfähigkeit, Erfahrungen zu machen

Die Unfähigkeit, Begriffe zu bilden, ist gleichbedeutend mit der Unfähigkeit, Erfahrungen zu machen oder durch Erfahrungen zu lernen." Erfahrungen entstehen durch Sinneswahrnehmung und Gedächtnis. Aber das Kind mit Minimalhirnschaden ist in beiden Hinsichten behindert. Seine Wahrnehmungen sind fragmentarisch, und sein Gedächtnis ist schwach. Es ist weder imstande, wirkliche Erfahrungen zu machen, noch, sie im Gedächtnis zu speichern.

Es kann Vorstellungen oder Gedanken nicht von einer Situation in die andere oder von einem Kontext auf einen anderen übertragen. Vielleicht liest es ein Buch in einer bestimmten Schrift, ist aber nicht in der Lage, denselben Stoff in einer anderen Schrift zu lesen. Es erkennt ein Wort oder einen Gegenstand in der einen Form, in einer anderen aber nicht mehr. Es versteht einen Begriff in einem Kontext und wendet ihn darauf an, versagt aber bei der Anwendung auf eine andere Situation."

Da es aus seiner eigenen Erfahrung keine Bezugspunkte gewinnt, kann es sich auch die Erfahrungen anderer nicht aneignen. Auch wenn es intelligent ist, begreift es Anweisungen oder Direktiven von außen nicht und muß sich in jeder neuen Situation auf seine eigene Weise zurechtfinden.

Wenn in Mathe ein Problem auftauchte, das in fünf Schritten gelöst werden sollte, glaubte er nicht, daß das möglich war. Jedesmal versuchte er von neuem, das Rad zu erfinden.

Ohne Verankerung in vergangenen Erfahrungen benimmt sich dieses Kind impulsiv und hemmungslos. »Man kann niemals voraussagen, wohin bei ihm der Hase läuft.« »Wenn die Dinge nicht so gehen, wie er es will, dreht er durch.e" Das Kind gibt schnell auf und bricht unter Druck schließlich in Tränen aus, eine richtige Heulsuse. Man bezeichnet das als »emotionale Labilität«, »Handeln nach plötzlichen Impulsen«, »Variabilität« und »Unberechenbarkeit«.

Diese Probleme bleiben gewöhnlich bis ins Erwachsenenalter bestehen."

Ich-Schwäche und Egozentrik

Der MBD-Jugendliche spürt seine eigene Schwäche und Untauglichkeit und weiß, wie ablenkbar, ungesteuert und leicht beeinflussbar er ist. Daher weiß er auch, daß er der Welt nicht gewachsen ist. Er fühlt sich linkisch, inkompetent, unbehaglich, freundlich, ungeliebt und ungeschickt.

Sein Ich existiert entweder überhaupt nicht oder ist nur schwach ent-

wickelt. Er besitzt wenig Selbstachtung und fürchtet die Ablehnung durch andere. Strafen anzunehmen ist er nicht imstande, da sie sein Selbstwertgefühl völlig untergraben. Aber auch Lob verträgt er nicht, weil er nicht daran glaubt, es zu verdienen." Wenn sich das Ich vollständig aufgelöst hat, spricht man von »Identitätsstörung«:

Das wesentliche Merkmal dabei ist eine starke subjektive Spannung, da die Fähigkeit fehlt, die verschiedenen Aspekte des Selbst in ein relativ kohärentes und annehmbares Selbstbild einzuordnen. Es besteht Unsicherheit, inwieweit eine Reihe von Eigenschaften zur eigenen Identität gehört ...

Das Individuum erfährt diese Konflikte als mit seiner Person unvereinbare Aspekte und versagt daher bei der Aufgabe, sich selbst als kohärente Identität zu erleben. Häufig wird diese Störung durch die Frage des Betreffenden charakterisiert: »Wer bin ich eigentlich?«

All dies führt zu panikartigen Angstzuständen. Das Kind ist emotional labil, empfindlich, verletzlich und sehnt sich nach Anerkennung durch Eltern, Mitmenschen und Autoritätspersonen. Gleichzeitig aber ist es nicht imstande, die Leistungen zu erbringen, die ihm diese Anerkennung eintragen könnten." Man schätzt, daß 14 Millionen Amerikaner an klinischen Angstzuständen leiden - fast 9 % der Bevölkerung. Die »Amerikanische psychiatrische Gesellschaft« beschreibt dieses Phänomen als »Überängstlichkeit«:

Die wesentlichen Merkmale dieser Störung sind ... übermäßige Sorge und furchtbares Verhalten, das sich aber nicht auf eine spezifische Situation oder einen spezifischen Gegenstand bezieht ... Das Kind macht sich Sorgen über Ereignisse in der Zukunft, wie Prüfungen, Verletzungen oder Feindseligkeit der Kameraden ... Es verwendet ein Übermaß von Zeit darauf, sich Gedanken über alle möglichen unangenehmen oder gefährlichen Situationen zu machen."

Das sehr junge Kind möchte, daß jedes Problem unverzüglich gelöst wird. Es fragt seine Eltern: »Wie soll ich mir jemals meinen Lebensunterhalt verdienen, wenn ich erwachsen bin?«

Das Endergebnis kann »Narzißmus« sein - eine ausschließliche Beschäftigung mit sich selbst, den eigenen Wünschen und Nöten. Dabei handelt es sich um eine sehr verbreitete psychiatrische Diagnose, die immer noch zunimmt, besonders bei Menschen, die an Depressionen und dem Unvermögen zur Aufrechterhaltung von Beziehungen leiden.

Manche Psychoanalytiker behaupten, die Wurzeln des Narzißmus gingen »auf Probleme in der Zeit zwischen 18 Monaten und drei Jahren zurück «.1),78

Entfremdung und emotionale Unreife

Da emotionale Reife ohne intellektuelle Basis unmöglich ist, bedeutet Fragmentierung des Intellekts emotionale Unreife. Diese unentwickelte emotionale Seite wird mit verschiedenen Namen bezeichnet und unterschiedlich beschrieben: »Durch Unreife bedingte Störungen der Persönlichkeit«, »emotionale Abstumpfung«, »verringerte Fähigkeit zu positiven und negativen Affekten«, »merkliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, dauernde enge und warme, verantwortliche Beziehungen zu Familie, Freunden oder Sexualpartnern aufzunehmen«, »Mangel an Fähigkeit, gefühlsmäßige Beziehungen zu gestalten«, »verringerte Fähigkeit zur Lustempfindung«, »Fehlen von Mitgefühl«, »Rückzugsverhalten«, »Unfähigkeit, Gefühle zu ertragen«, »schlechte Beziehungen zu Kameraden«, »keine festen Freundschaften«.

Beim relativ normalen Jugendlichen besteht die typische Reaktion im egozentrischen Bedürfnis, im Mittelpunkt zu stehen, und in der Bemühung, Aufmerksamkeit zu erregen. Dazu »hängt« er sich an Erwachsene und andere, deren Anerkennung er haben möchte. Dieses ichbezogene, nach Anerkennung gierende Verhalten kennzeichnet ihn als unreif und unentwickelt als »kindisch«.

Beim schwerer beeinträchtigten Kind wird man »frühkindliche Bindungsstörungen« diagnostizieren:

Der hervorstechende Zug ist ... schlechte emotionale Entwicklung ... Kinder mit dieser Störung können nur schlecht auf soziale Impulse reagieren. Es ist möglich, daß im Alter von zwei Monaten die visuelle Einstellung der Augen und des Gesichtes noch nicht gelernt ist. Auch Reaktionen wie Lächeln und Blickerwiderung können noch fehlen. Mit vier oder fünf Monaten ist das Kind vielleicht noch nicht imstande, bei einfachen Scherzen und Spielen mitzumachen ..., oder die Hände auszustrecken, wenn jemand kommt, um es hochzuheben ... Mit sieben oder acht Monaten krabbelt das Kind manchmal noch nicht, nimmt keine Verbindung mit der Bezugsperson durch Blick oder Laut auf, ahmt sie nicht nach und zeigt noch keinen altersgemäßen subtileren Gesichtsausdruck wie Schüchternheit, Aufmerksamkeit usw."

Das sieht ganz so aus wie das erste Stadium des Autismus. Auch wenn diese Kinder älter werden, bleibt die autistische Entfremdung von zwischenmenschlichen Kontakten, die in der Literatur als »Rückzug«, »Einsamkeit«, »Gefühl psychischer Einsamkeit und Isoliertheit«, »soziale Isolierung von Altersgenossen und Familie« oder einfach als »Mangel an Soziabilität« bezeichnet wird, erhalten. »Er läßt sich auf niemanden ein.« »Er ist zu zurückhaltend. «

Der Lehrer sagte, er bleibe immer am Rande der Dinge stehen. Ich bemerkte, daß er mit vier Jahren niemandem in die Augen schauen wollte. Manchmal nahm die Kindergärtnerin seinen Kopf in ihre Hände, damit er ihr in die Augen sehen sollte. Aber anscheinend befand er sich in einer ganz anderen Welt. Er ließ sich einfach auf nichts ein. Das Schwierigste war, ihn vom Himmel auf die Erde zurückzuholen.

Dieser Aspekt des Minimalhirnschadens wird als »Vermeidungsverhalten in Kindheit und Jugend« bezeichnet.

Der wesentliche Zug ... ist eine dauernde und massive Einschränkung aller Kontakte mit Fremden, und zwar so weitgehend, daß das soziale Verhalten ernstlich gestört wird."

Selbst wenn sich solche Kinder »lebhaft« benehmen, sind sie niemals frei von Spannung und Angst. Sie haben keinen wirklichen Humor, und ihr »Lächeln« ist nur ein stereotypes, gefrorenes Grinsen. Niemals sind sie glücklich, niemals zufrieden, auch wenn sie Erfolg im Leben haben." Die Eltern sagen von ihnen: »Er hat an nichts seinen Spaß!«

Entfremdung von Kontakten mit Unbekannten kann mit übergroßer Abhängigkeit von der engsten Familie gekoppelt sein, was man »Trennungsangst« nennt:

Der wesentliche Zug ist ... massive Angst vor einer Trennung von den wichtigsten Bezugspersonen oder von der Wohnung und der gewohnten Umgebung. Wenn eine Trennung erfolgt, gerät das Kind in Angst bis hin zu panischen Zuständen."

Depression und Selbstmord

All diese Schwächen zusammengenommen sowie der erfolglose Kampf des Betroffenen gegen sie führen zur Depression. Heutzutage leiden zwischen 9 und 26 % der amerikanischen Frauen sowie zwischen 5 und 12 % der amerikanischen Männer unter »größeren Depressionen« - oder haben darunter gelitten. Laut Aussage der »Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft« »gibt es Beweise, daß die Häufigkeit dieser Störung bei Altersgruppen zugenommen hat, die nach dem Zweiten Weltkrieg erwachsen wurden«."

Eine andere Ursache größter persönlicher Spannungen kann das Unvermögen sein, Langeweile, Anspannung und Paranoia zu ertragen. Das kann zum Selbstmord führen:

Liebe Ann Landers,

ich bin ein 22 Jahre alter junger Mann, der im Juni seinen Hochschulabschluß gemacht hat. Seit den ersten Jahren auf der High School habe ich an Selbstmord gedacht. Ich schreibe Dir die Gründe dafür ... Niemals habe ich Freude oder Behagen bei irgend etwas empfunden, was ich getan habe. Ich habe keine wirklichen Interessen, keine Neigungen und keinen Ehrgeiz. Ich halte mich für einen totalen Versager.

Liebe Ann Landers,

ich glaube, daß ich ein typischer Gymnasiast bin. Ich habe gute Noten, die Lehrer mögen mich, ich bin meistens glücklich und habe niemals daran gedacht, mich umzubringen. Heute hatten wir eine Versammlung mit dem Thema Suizidprävention, und, Ann, ich konnte es nicht glauben! Einer von vier Teenagern macht einen Selbstmordversuch, noch bevor er oder sie 16 ist! In jeder Minute jeder einzelnen Stunde gibt es einen Selbstmordversuch eines Teenagers. Und jeden Tag gelingt dieser Versuch bei 33 Jugendlichen. Aber warum? Niemand weiß es genau. Der Sprecher bei dem Treffen gab uns folgende ... Vorwarnung: drastischer Rückgang des Appetits ... Schlafprobleme. Manche möchten dauernd schlafen, wenn sie deprimiert sind, andere können überhaupt nicht schlafen ... schlechte Leistungen in der Schule Konzentrationsschwierigkeiten; Erregungszustände; Unfähigkeit stillzusitzen dauerndes Gefühl, nichts wert zu sein, und Selbsthaß ...⁸⁵

Die Selbstmordrate unter älteren Jugendlichen hat sich in den Vereinigten Staaten zwischen den 60er und den 80er Jahren verdoppelt. Sogar bei Kindern treten Selbstmordgedanken auf - 13 % in einer untersuchten Gruppe." Psychiater und Psychologen erklären das gewöhnlich als Reaktion auf zunehmende familiäre Spannungen, Scheidung und dergleichen. Niemandem ist es bisher in den Sinn gekommen, daß Ursache und Wirkung vielleicht gerade umgekehrt sind: Ein hyper aktives Kind in der Familie mit Lernschwierigkeiten, Anorexie und Selbstmordgedanken könnte sehr wohl zu familiären Spannungen und damit zu einer erhöhten Scheidungsrate beitragen.

Auf jeden Fall sollte man einen Zusammenhang zwischen Selbstmordabsichten in Kindheit und Jugend und dem Handicap eines durch Enzephalitis bedingten Minimalhirnschadens in der frühen Kindheit genauer in Betracht ziehen. Und die Mediziner sollten in größerem Umfang als bisher Impfschäden als mögliche Ursache für viele geistige Schäden und Syndrome der heutigen Kinder und Jugendlichen einkalkulieren.

Kompensation von Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung

Wie der Autist seine verschiedenen Schwächen irgend wie kompensieren muß, so auch das Kind oder der Jugendliche mit Minimalhirnschaden. Denn er erfährt die Gesellschaft bestenfalls als unverständlich - schlimmstenfalls als feindlich und in Opposition zu seinen Bedürfnissen.

Seine Welt ist ziemlich bruchstückhaft, direkt erschreckend und bisweilen ansatzweise zerstörerisch ... Seine Wahrnehmung der eigenen Umgebung ist recht instabil. Man spürt einen intensiven Kampf in seinen krampfhaften Bemühungen, sich mit der Umgebung zu identifizieren, die ihm doch im Wesen immer feindselig zu sein scheint.⁸⁷

Ein Weg, damit fertig zu werden, ist der Widerstand gegen jede Änderung. Der Patient mit Minimalhirnschaden neigt dazu, dasselbe Verhalten immer und immer wieder zu wiederholen (Perseveration):

Das Kind ist nicht fähig, unmittelbar von einer Tätigkeit zur andern überzuwechseln. Beim Buchstabieren wählt es fünfmal das Wort »Mond«, obwohl es fünf verschiedene Wörter zur Auswahl hat. In Mathematik bringt es dieselbe Lösung für mehrere verschiedene Aufgaben ... Beim Zeichnen malt das Kind dieselbe Figur immer und immer wieder. Dieses repetitive Verhalten weist auf die Unfähigkeit hin, im Denken von einem Bezugsrahmen zum anderen überzugehen. Die Sicherheit, die das Kind aus seinem standardisierten Verhaltensmuster bezieht, ist sehr anziehend."

Er hat eindeutig seine Probleme mit Änderungen. Er würde es nicht aushalten, bei Tisch an einem anderen Platz zu sitzen. Als er drei war und einen Babysitter hatte, wurde er eines Tages gewalttätig - er trat mit den Füßen, schlug um sich und schrie usw. Er benahm sich wie ein kleiner Teufel. Der Grund war, daß sie dort Boxen für die Sachen der Kinder hatten und sie mit einem gelbgemusterten Tuch zudeckten. Das machte ihn ganz rasend.

So etwas kann bis zur Obsession gehen, was dann eine mildere Form der hartnäckigen Feindschaft des Autisten gegen jede Änderung ist:

Seine Eltern bemerkten einen Hang zur Ordnung und eine Neigung, sich aufzuregen, wenn sich die gewohnte Umgebung änderte ... Von Anfang an mußte sein Hemd auf eine ganz bestimmte Art zusammengelegt werden ... Seine Schnürsen-

kel hatten genau gleich lang zu sein ... Wenn ihm sein Hemd bei einer Schlägerei aus der Hose rutscht, muß er es unbedingt wieder hineinstecken, auch wenn es dabei Hiebe regnet. Er geriet ganz aus dem Häuschen, wenn er nicht jeden Tag dasselbe Mittagessen bekäme. Nicht nur muß das Sandwich immer den gleichen Aufstrich haben, er würde sich auch sehr aufregen, wenn es ein anderes Brot gäbe oder die Zubereitung der Kartoffelchips anders wäre. Hai bestand darauf, jeden Tag genau die gleichen Kleider zu tragen, und seine Mutter beklagte sich, daß sie sie jede Nacht waschen mußte. Wenn seine Kleider ausgetragen waren und weggeworfen werden mußten oder seine Mutter versuchte, ihn neu einzukleiden, hatte Hai immer längere Tobsuchtsanfälle."

Widerstand gegen Änderungen nimmt auch die Form eines Widerstandes gegen Anordnungen an, sei es von Eltern, Lehrern oder anderen Autoritäten. Solche Kinder können unglaublich willensstark und eigensinnig sein. Sie betteln und betteln, bis sie ihren Willen bekommen. Manchmal wandelt sich ihre Hartnäckigkeit aber auch in Nachgiebigkeit. Sie beklagen sich dann nicht, weichen aus, ziehen sich zurück und geben Positionen preis.

Auf sie trifft zu, was Kanner über marginale Autisten sagte: »Diese Kinder lernen, obwohl sie einen Widerwillen dagegen haben.«⁹¹ Aber ihr Widerstand verwandelt sich schnell in echten Ungehorsam und Opposition, in »Aufbegehren gegen Disziplin«, »Negativität« usw.⁹¹

»Eigensinn«, »Hartnäckigkeit«, »Negativität« und »fehlende Unterordnung sind nach dem »Diagnostischen und statistischen Handbuch« »Begleiterscheinungen« von Konzentrationsschwäche." Im Extrem wird dieser Trotz zu einer Störung, die als »Oppositionsverhalten« bezeichnet wird:

Der hervorstechende Zug ist Opposition in Form von prinzipiellem Ungehorsam, Negativität und Provozieren der Autoritätspersonen. Die Oppositionshaltung besteht vor allem gegenüber Familienmitgliedern, besonders den Eltern, und Lehrern ... Wenn eine Regel aufgestellt wird, wird sie mit Sicherheit verletzt. Wird ein Vorschlag gemacht, ist der Betreffende dagegen. Soll er etwas Bestimmtes tun, weigert er sich oder rätortiert. Verbietet man dem Kind oder Jugendlichen etwas, fühlt er sich verpflichtet, es doch zu tun ... Wird ihm seine Absicht durchkreuzt, ist mit einem Zornesausbruch zu rechnen. Diese Kinder oder Jugendlichen zeigen Negativität, Hartnäckigkeit, passive Resistenz, Trödeln und Verzögerungsverhalten gegenüber Autoritätspersonen. Die Betreffenden halten sich gewöhnlich nicht selbst für »oppositionell«, sondern schieben die Schuld immer auf andere, die unvernünftige Forderungen stellen."

Das kann sich auch als Tendenz, andere zu tyrannisieren, bemerkbar machen oder einfach als nackte Aggression. Wenn solche Kinder neurologisch

nicht ganz erheblich geschädigt sind, machen sie sich zu Herren über ihre Umgebung, indem sie »Verantwortung übernehmen«, andere tyrannisieren und sie herumkommandieren. Ausdrücke wie »Führerverhalten, tyrannisch, unpopulär bei anderen Kindern«, »fordernd«, »aggressiv« usw. tauchen immer wieder bei Beschreibungen von lerngestörten Kindern auf:

Er versucht, mit seiner eigenen Unsicherheit fertig zu werden, indem er äußerst aggressiv ist ... Er ist ein ungewöhnlich abhängiges Kind, das verzweifelt seine übermächtigen und schrecklichen Angstzustände und seine Abhängigkeit verbergen möchte.⁹⁴

Mit den Kindern aus der Nachbarschaft spielt er nicht gut ... Er möchte immer kämpfen, raufen und andere herumschubsen ... Ständig spielt er den Supermann, Zorro usw.⁹⁵

Er hat nie enge Freunde gehabt ... Nur mit jüngeren Kindern, die er herumkommandieren kann, gibt er sich ab.%

Einmal sagte er: »Gott gehört die ganze Welt, mir gehört nur mein Körper.« Am liebsten wäre er an Gottes Stelle.

In milderer Form kann diese Aggressivität als »Reizbarkeit« oder Launenhaftigkeit auftreten. (»Die Frustrationsschwelle ist sehr herabgesetzt. Wutanfälle werden leicht provoziert.«) In der einen Minute ist das Kind fröhlich und kooperativ, in der nächsten mürrisch und aggressiv. Bei jeder Kleinigkeit regt es sich auf, und die emotionelle Entladung steht in gar keinem Verhältnis zur Situation als solcher.⁹⁷

Aber all diese Kinder und Jugendlichen stehen immer auf dem Sprung, offen gewalttätig zu werden. Aus den »Zornesausbrüchen« in der Kindheit wird später die kochende Wut des Jugendlichen. Ausdrücke wie »aggressiv«, »Sicherung leicht durchgebrannt«, »schnell gereizt«, »rasch auf dem Siedepunkt«, »Gewalttätigkeit«, »explosive Persönlichkeit« tauchen oft im Zusammenhang mit diesen Kindern auf. »In ihrer Intensität sind die Reaktionen dieser Kinder oftmals direkt vulkanisch.«

Liebe Ann Landers,

ich habe eine zehnjährige Tochter, die mich noch verrückt macht. Jeder Versuch, sie zur Vernunft zu bringen, endet in einem Gebrüll, das man in der ganzen Nachbarschaft hört. Und ich spreche wirklich nicht von Prügeln. Ich spreche nur davon, daß sie auf ihr Zimmer geschickt wurde.

Letzte Woche regte sich »Debbie« dermaßen auf, daß sie sich übergeben mußte. Das Kind schrie so laut, daß sie helle runde Flecken um ihre Augen bekam, und

ihr Haar wurde klatschnaß ... Bitte helfen Sie mir, bevor ich diesem Kind etwas antue.⁹⁸

Er zieht sich mehr in sich selbst zurück denn je ... Er ist nicht von Natur aus gewalttätig, aber wenn es dazu kommt, ist es wie ein Vulkanausbruch. Er hält sich für ungeliebt und ist wütend auf den Arzt, wenn der ihm Medizin gibt ... Er macht uns Vorwürfe und verrichtet die ihm aufgetragenen Arbeiten nicht.⁹⁹

Liebe Ann Landers,

heute habe ich etwas gehört, was mir die Haare zu Berge stehen ließ ... Es hängt mit einem Problem zusammen, über das man gut nachdenken sollte.

Letzten Oktober forderte eine Lehrerin die Schüler ihrer vierten Klasse auf, eine kleine Geschichte darüber zu schreiben, was sie am liebsten tun würden, um Halloween zu feiern. 80 % ihrer Neunjährigen nannten den Wunsch, »jemanden umbringen«. Woher bekommen die Kinder solche Ideen? ... Was sollen wir gegen diese Neigung zur Gewalt bei unserer Jugend tun? Ehrlich gesagt, ich bin zu Tode erschrocken ...¹⁰⁰

Gewalt kann sich als »Destruktivität oder Verletzung anderer Personen oder ihres Eigentums« äußern, als Brandstiftung oder Tierquälerei.¹⁰¹

Kürzlich zeigte er sich fasziniert von Messern und Rasierklingen, und seine Eltern berichteten, »aus Spaß« habe er seinem jüngeren Bruder ein Messer an die Kehle gehalten und gesagt: Wage es, dich zu bewegen!¹⁰²

Eins seiner Lieblingsspiele war, Häuser aus Holzbausteinen zu bauen und sie dann abzubrennen. Außerdem tötete er bei einer Anzahl von Gelegenheiten Tiere zum Vergnügen ...¹⁰³

Das erstmal kamen sie zur Konsultation in einer Notlage. Der Junge, siebeneinhalb Jahre alt, hatte die Woche davor zweimal Möbel im Familienwohnzimmer angezündet, und beide Male hatten sie die Feuerwehr rufen müssen ... Seine Mutter gab an, er habe seit zwei Jahren ... mehr oder weniger zwanghaft mit Zündhölzern gespielt ...¹⁰⁴

Er hatte eine kurze Brandstifter-Periode, und die Polizei war bei uns. Er spielte im Wald mit Zündhölzern. Er ging in die Stadt, kaufte Aerosol und zündete es an. Einmal tat er das auch im Wald, und da kam die Polizei.

Die durch Frustration hervorgerufene Aggression kann sich gerade gegen die Autoritätspersonen richten, deren Anerkennung gesucht wird:

Offensichtlich lehnte er Autoritäten ab und mußte streng beaufsichtigt werden ... Er suchte Erwachsene auf sich aufmerksam zu machen und verkehrte mit ihnen gerne von gleich zu gleich. ¹⁰⁵

Das auffälligste Ergebnis der psychologischen Untersuchung war die offene Feindseligkeit und unverhüllte Wut bei Sean, die er vor allem gegen seinen Vater hegt. ¹⁰⁶

Er »flog fast aus dem Kindergarten« und vertrug sich seitdem immer nur mit größter Mühe mit Autoritäten ... Als vitaler junger Mann quälte er seine Lehrer, legte viele von ihnen lahm und richtete seinen scharfen Sarkasmus gegen diejenigen von ihnen, die ihm an Geistesgegenwart unterlegen waren. Kein Wunder, daß er sehr unbeliebt war. ¹⁰⁷

Die Aggression kann sich auch gegen den Betroffenen selbst richten:

Der Junge war überraschend einsichtig. Er sah sich schon im Gefängnis, falls er sich »nicht fing«, konnte aber absolut nicht verstehen, was ihn dazu brachte, sich immer selbst zu verletzen. ¹⁰⁸

Beziehungen haben eine Tendenz zum Sadomasochismus, und er ist vor allem darauf bedacht, verletzt zu werden.!"

Wenn ein Kind dieses Potential in sich verspürt, verstärkt sich seine ohnehin immer lauende Angst, die Beherrschung über sich zu verlieren:

Er fürchtet sehr, daß er sich durch seine Aggressionen in Schwierigkeiten bringt und daß er dadurch entweder andere oder sogar sich selbst verletzt. Im allgemeinen ist er sich bewußt, daß es ganz von ihm abhängt, seine Aggressionen in Schach zu halten, und daß er sich dabei nicht auf seine Eltern verlassen kann ... Doch fällt es ihm im Moment sehr schwer, sich zu beherrschen, weil er es niemals gelernt hat, mit den Umständen fertig zu werden. Und so ist er in dieser Hinsicht sehr unreif und weiß nicht, wie er mit sich umgehen soll ... eine Widerspiegelung seiner Angst und Schuldgefühle wegen seines Mangels an Selbstbeherrschung.?"

Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität

Frühreife Sexualität ist eine andere Art, mit Ich-Schwäche und Minderwertigkeitsgefühlen fertig zu werden. Menschen mit Minimalhirnschaden praktizieren sie oft in einer übertriebenen Form."

Wie die Veranlagung zur Gewalt ist Hypersexualität einerseits Ausdruck eines in neurologischer Schwäche wurzelnden inhärenten starken Triebs, andererseits bietet sie eine Reihe von Verhaltensmustern, die Ich-Schwäche zu kompensieren.

Die »sexuelle Revolution« der 60er Jahre kann zum Teil als Manifestation frühreifer Sexualität in einer ganzen Impfgeneration gewertet werden, wobei die Jugendlichen mit Minimalhirnschaden an der Spitze dieses Aufbruchs zu neuen Ufern marschierten.

Die emotionale Abstumpfung dieser Jugendlichen begünstigt auf zweierlei Weise ein übertriebenes Sexualleben. Der Mangel an spontaner Empfindungsfähigkeit erzeugt ein Bedürfnis, im Übermaß sexuellen Genuß aus rein sexbestimmten Beziehungen zu beziehen. Die so praktizierte Hypersexualität wird durch keine emotionalen Bindungen in Schranken gehalten.

Wenn sich Hypersexualität mit einem Trieb zur Gewalt paart, ist das Ergebnis sexuelle Aggressivität, Vergewaltigung und andere Sexualverbrechen. Ein hyperaktiver Jugendlicher, der seine Kusine mittleren Alters ermordete, weil sie wegen eines schmutzigen Hemdes an ihm herumnörgelte, gestand auf Befragung,

daß in ihm immer wiederkehrende zwanghafte Gedanken und Impulse, Eigentum zu zerstören und zu töten, schon seit dem Alter von 13 aufgetaucht seien. Vor dem Verbrechen hatte er die Straßen zwei Jahre lang mit einer versteckten Waffe durchstreift, schaute in die Fenster und erging sich in Phantasien von Mord und Vergewaltigung. Er gestand weiter, daß er zweimal die Beherrschung verloren und Frauen sexuell belästigt habe. Sein Umgang mit dem Sexual- und Aggressionstrieb war roh und primitiv. Er war unfähig, sich Sexualität vorzustellen oder Lust zu empfinden außer in Verbindung mit seinen Phantasien von Vergewaltigung, Mord und Gewalt. Er sprach davon, auf seine Kusine sexuell neugierig gewesen zu sein, und von dem Umstand, daß er das Messer bei dem Mord benützt habe, um ihre Genitalien zu verletzen. Zeitweise waren seine Phantasien so lebhaft, daß sie Wahrnehmungsstörungen hervorriefen und fast zu Halluzinationen wurden.!"

Ein anderer Jugendlicher, der seine 13jährige Schwester erschossen hatte, gab folgendes zu Protokoll:

Vor einigen Jahren hatte er impulsiv versucht, seine Schwester zu vergewaltigen, als er einmal zufällig sah, wie sie sich in ihrem Zimmer auszog ... Psychologische Tests bestätigten die Diagnose auf schizoide Persönlichkeit, und man gewann den Eindruck, daß der Patient vorübergehende psychotische Schübe in Augenblicken ohnmächtiger Angst erlebte - gewöhnlich als Antwort auf seine sexuellen und aggressiven Impulse ... und auf seine Angst wegen intensiver feindseliger, aggressiver Sexualphantasien. Dauernd beschäftigte er sich mit Phantasien von Vergewaltigung und Mord, die sich gegen seine Schwester zu richten pflegten. Sie erinnerte ihn an seine Mutter. Er stellte sich in der Phantasie den Mord an seiner Mutter und seinen fünf Schwestern vor und erklärte, er könne dann allein und in Frieden mit seinem Vater leben.!"

Abgeschwächt zeigt sich diese Neigung zur Gewalt mit sexuellen Untertönen in normalen Beziehungen zwischen Jungen und Mädchen in Form von körperlichen Mißhandlungen (gewöhnlich seitens des Mannes). Eine Untersuchung bei 17- und 18jährigen High-School-Schülerinnen in Kalifornien ergab 1986, daß eine von vieren körperlich geschlagen, geprügelt oder anderswie mißhandelt worden war. Ein Mädchen sagte von ihrem Freund: »Er war völlig verunsichert. Ich glaube, das war zum Teil auch die Ursache. Es war wie>Wenn ich dich nicht haben kann, soll dich auch kein anderer haben.<«"

Auch für College-Studenten ist Gewalt bei Treffen von Mädchen und jungen Männern gut belegt. Eine im Jahre 1982 an der Universität Oregon durchgeführte Studie über 15- bis 18jährige ergab, daß unter acht Mädchen eines beim Zusammensein gewalttätig angegriffen wurde. Und wenn man auch die Androhung von Gewalt mitzählte, war das Verhältnis 1:3. Soziologen haben dies als »eine der unter den Tisch gekehrten sozialen Tatsachen der 80er Jahre« bezeichnet. ¹¹⁴

Das bestätigt auch die Feststellung eines Sprechers auf dem Weltkongreß für biologische Psychiatrie im Jahre 1978: »Pathologische Aggressivität bei Kindern ist wegen ihrer großen Verbreitung und chronischen Häufigkeit, des Mangels an wirksamen Therapien und ihrer umfassenden negativen gesellschaftlichen Wirkungen vielleicht das Hauptproblem in der heutigen Kinderpsychiatrie, das sich aller Wahrscheinlichkeit nach noch verschärfen wird.<«"

Jetzt, da die erste postenzephalitische Generation herangewachsen ist und Familien gegründet hat, trägt die Kombination von Hypersexualität, niedriger Frustrationsschwelle und Tendenz zur Gewalt ihre bösen Früchte in Form physischer und sexueller Mißhandlung von Kindern, sogar von Babys.

Dennoch kann wie bei den Autisten Sexualität in Menschen mit Minimalhirnschaden auch unterentwickelt sein. Das nennt man »Vermeidungshal-

tung«, wobei sich eine »Hemmung der normalen psychosexuellen Aktivität zeigt«?"

Die nicht bewältigte Sexualität des Patienten mit Minimalhirnschaden kann auch die Form von Störungen der »Geschlechtsidentität« annehmen, nämlich unbestimmte sexuelle Identität, Homosexualität und Bisexualität:

Die hervorstechenden Züge dieser Störung sind eine dauernde und intensive Unsicherheit in einem Kind, was das ihm zugeschriebene Geschlecht betrifft, und der Wunsch, zum anderen Geschlecht zu gehören, ja die Behauptung, anderen Geschlechts zu sein ... Zusätzlich tritt im Mädchen eine dauernde, entschiedene Aversion dagegen auf, die übliche Frauenkleidung zu tragen, und ein Bestehen darauf, Männerkleider anzuziehen, sowie eine Verachtung ihrer weiblichen Geschlechtsmerkmale ... Mädchen mit dieser Störung haben gewöhnlich männliche Spielkameraden und ein starkes Interesse an Sport, Raufereien und Herumtollen. Sie zeigen keine Neigung zum Spielen mit Puppen oder zum Nachahmen häuslicher Verrichtungen, es sei denn, sie übernehmen die Rolle des Vaters oder eine andere männliche Rolle ... Jungen mit dieser Störung beschäftigen sich in der Regel mit stereotyp weiblichen Tätigkeiten."?

Im Zuge der sexuellen Revolution hat sich, wie allgemein bekannt ist, in den vergangenen drei Jahrzehnten die Homosexualität als bedeutender sozialer und politischer Faktor in Amerika etabliert.

Auf der Suche nach Struktur: Musik

Dem MBD-Jugendlichen stehen auch weniger destruktive Mittel zur Kompensation der Ich-Schwäche zur Verfügung. Eine positive Maßnahme ist der Versuch, Strukturen von außen zu übernehmen. So profitierte ein Achtjähriger, der als »gernäbigt hyperaktiv« diagnostiziert worden war, sehr von einem genauen Programm, das man für ihn aufgestellt hatte:

Widerstrebend machte der Junge mit, und man entschied sich für acht sehr wichtige Tätigkeiten im Haushalt ... Jede dieser Tätigkeiten wurde mit einer Anzahl von Punkten pro Leistung und Tag bewertet ... Die Maßnahme war sehr wirkungsvoll, was die zunehmende Punktezahl pro Woche im Verlauf von vier Wochen beweist: 140, 190, 245, 350 Punkte [insgesamt waren 390 Punkte möglich]!"

Das Northern-Virginia-Erziehungsheim für Jugendliche schafft auf die gleiche Art Disziplin unter seinen jungen Insassen. Jedem wird eine »Betragensnote« gegeben von 1 bis 3, die auf einem Stück Goldpapier notiert wird.

Jeden Tag wird gutes Betragen belohnt, so daß der Jugendliche allmählich von der einen Note zur nächsthöheren vorrücken kann. Damit ist das Recht verbunden, später zu Bett zu gehen, und der Betreffende hat mehr Freiheit. Umgekehrt hat schlechtes Betragen den Verlust guter Noten zur Folge, was zu Stubenarrest bis zu drei Tagen führen kann.¹¹⁹

Musik ist ein wichtiger strukturgebender Faktor. Wie die Autisten haben Kinder mit Minimalhirnschaden eine außergewöhnliche Vorliebe für Musik, besonders Musik mit ausgeprägtem Rhythmus. Sie stellt ein organisierendes Prinzip dar, in das das dauernde Bemühen dieser Kinder, Ordnung in ihre diffusen und abseitigen Gefühle zu bringen, einmünden kann.

Er hört unablässig seinem Plattenspieler zu. Auch wenn die Musik nicht spielt, klatscht er rhythmisch in die Hände und schaukelt ununterbrochen. Ja, er tut das noch mehr, wenn keine Musik da ist.

Daß die Generation des Minimalhirnschadens eine besondere Leidenschaft für die Musik hat, läßt sich an dem riesigen Aufschwung ablesen, den Musikausübung und -konsum Ende der 50er Jahre genommen haben. Wie schon im Zusammenhang mit dem Autismus erwähnt, besteht eine organische Verbindung zwischen der postenzephalitischen Generation und den Rockgruppen:

Kinder sind die geborenen Anarchisten. Babys regieren souverän im einsamen Königreich des Ego und können das »Ich möchte« ihrer Launen von dem »Ich muß« ihrer Bedürfnisse nicht unterscheiden. In einem Zeitalter, wo jeder Wunsch sofort befriedigt werden muß und Erwachsene die Frustrationsschwelle eines Kleinkindes besitzen, gibt die Unterhaltungsmusik diesen kindlichen Strukturen der Menschen Ausdruck. Beim Heavy-metal-Rock reagiert sich der Drummer mit heftigen Schlägen aufs Schlagzeug ab, genauso wie ein Kind, das einen Wutanfall hat, mit den Händen aufs Kinderstühlchen einschlägt.«!

Minimalhirnschaden und Autismus

In den letzten Jahren dämmert es den Fachleuten, daß eine Verbindung zwischen Autismus und Minimalhirnschaden besteht und daß beide Zustände »subklinische Schädigungen« des Gehirns repräsentieren, woraus dann »psychologische« Symptome entstehen.:"

Rimland machte 1964 auf die Parallelen zwischen Autismus und den »hirnverletzten« Kindern, die von Forschern in den 30er und 40er Jahren beschrieben worden waren, aufmerksam.!" Man weiß, daß Hirnschaden durch

Faktoren wie Alkoholgenuß der Mutter in der Schwangerschaft, Kopfverletzungen, chronische Bleivergiftung, Keuchhusten, Sauerstoffmangel bei der Geburt, Meningitis und andere Ursachen bewirkt wird. Indessen hat man die Rolle von impfbedingter Enzephalitis bisher nicht in Betracht gezogen.

Untersuchungsprojekte stellten Ende der 70er Jahre Ähnlichkeiten, ja Überlappungen in den biochemischen Kriterien für Autismus und Hyperaktivität fest.¹²⁰1981 bemerkte Deborah Fejn eine Überlappung der Symptome von »Autismus und anderen schweren Entwicklungsstörungen.« Und eine Studie aus dem Jahre 1983 ergab, daß zurückgebliebenen, autistischen, hyperaktiven und lernbehinderten Kindern eine Reihe von kleineren körperlichen Abnormalitäten gemeinsam ist, wie großer Kopfumfang, unförmige Ohren, sehr weite Zehenabstände und andere.:"

William und Marian DeMyer von der medizinischen Fakultät der Universität Indiana stellten 1984 fest, daß Autismus »zu einem Kontinuum von Entwicklungsstörungen des Gehirns gehört, die unterschiedlich als geistige Zurückgebliebenheit, Gehirnlähmung, Lernbehinderung bezeichnet werden und anscheinend auf dieselben Ursachen zurückgehen ... Kein EEG, kein CT-Ergebnis oder körperlicher Befund ... beim Autismus ermöglicht, ihn zuverlässig von anderen entwicklungs bedingten Gehirnstörungen zu unterscheiden.«

1985 machten Victoria Shea und Gary Mesibov von der Universität North Carolina erneut auf die Überlappung beider Zustände aufmerksam:

Die Literatur befaßt sich kaum mit der Beziehung zwischen Autismus und der Entwicklungsstörung, die man als Lernbehinderung bezeichnet. Auf den ersten Blick scheinen Autismus und Lernbehinderung wenig gemeinsam zu haben ... Wir geben aber zu bedenken, daß diese Kontinua im Bereich ernster Lernbehinderungen und schweren Autismus sich signifikant überlappen ... Wir haben den Eindruck, daß sich die Kontinua von Lernbehinderung und Autismus in den Bereichen Intelligenzniveau, Ungleichmäßigkeit der Entwicklung, Sprachschwierigkeiten, Abweichungen vom Durchschnitt im zwischenmenschlichen Verhalten und kognitive Desorganisation überlappen.!"

In einem längeren Zeitschriftenartikel über Autismus aus dem Jahre 1987, verfaßt von Michael Rutter und Eric Schopler, zwei anerkannten Autoritäten auf diesem Gebiet, wurde die Beziehung des Autismus zu geistiger Zurückgebliebenheit, Schizophrenie, »desintegrativer Psychose« und zu »schweren Entwicklungsstörungen rezeptiven Sprachverhaltens« diskutiert. Aber der Minimalhirnschaden wurde nicht erwähnt."

Auf jeden Fall würde auch die Einsicht, daß möglicherweise Autismus und Minimalhirnschaden neurologische Ursachen haben, nur neue und ge-

nauso unlösbare Fragen aufwerfen. Was könnte die Ursache für so massiv auftretende neurologische Schäden sein? Was hindert 10 bis 15 % der amerikanischen Schulkinder daran, lesen zu lernen? Wie es Frank Elliott formulierte: »Wo schlägt die Wünschelrute aus?«

ANMERKUNGEN

- 1) Illustrierte mit Titeln wie »Selbst« oder »Wir« richten sich an diese Gruppe der Narzißten. Die wichtigsten Untersuchungen über Narzißmus in Amerika sind »Das >Ich<-Jahrzehnt und das dritte große Erwachen« [The »Me- Decade and the Third Great Awakening] von Tom Wolfe (New York 1976) und »Die Kultur des Narzißmus« [The Culture of Narcissism] von Christopher Lasch (New York, Warner Books, 1979).
- 2) Die »Amerikanische psychiatrische Gesellschaft« macht frühreife Sexualität nur dann zum Bestandteil ihrer Definition, wenn Minimalhirnschaden zu »Verhaltensstörungen« geführt hat (siehe Kapitel 5). Aber es gibt offensichtlich keine deutliche Grenzlinie.

3. Kapitel

Das postenzephalitische Syndrom

Wo also schlägt die Wünschelrute aus? Bei einer Enzephalitiserkrankung in der Kindheit! Und sie ist in den meisten Fällen durch routinemäßige Impfungen verursacht! Die symptomatischen und pathologischen Parallelen zwischen Autismus und Minimalhirnschaden zeigen, daß ihr gemeinsamer Ursprung in einer klinischen oder subklinischen Enzephalitiserkrankung liegt. Zwar haben die wenigen präzise arbeitenden Forscher auf diesem Gebiet die Parallelen zwischen Autismus und Minimalhirnschaden durchaus schon bemerkt. Aber keiner wurde bisher auf deren gemeinsamen Ursprung, die Enzephalitis, aufmerksam.

Das ist ein auf den ersten Blick überraschendes Versäumnis, war doch schon in den 20er und 30er Jahren das Phänomen Enzephalitis für amerikanische Ärzte kein Geheimnis mehr. Viele hatten diese Krankheit behandelt, und das postenzephalitische Syndrom war in der Literatur häufig diskutiert worden.

Kanner unterlag einem Irrtum, als er dachte, Autismus unterscheide sich »deutlich von allem bisher Dagewesenen« und sei »einzigartig« ... Obwohl Autismus 1943 weit weniger verbreitet war als später, hätte er doch schon Fälle finden können, und zwar in den Heimen für geistig Behinderte und in Sonderschulen, wo sie unter der Bezeichnung »postenzephalitisches Syndrom« liefen.

Aber dieser Irrtum Kanners ist entschuldbar. Er war kein Neurologe, sondern Psychiater. Und da die ersten Beschreibungen des Autismus derart einseitig waren und sich ausschließlich auf die vermeintlich »emotionalen« Aspekte der Störung konzentrierten, geriet die Ärzteschaft in den 40er Jahren auf die falsche Spur. Später waren die Psychiater nicht mehr bereit, eine Krankheit ihrer Kompetenz entziehen zu lassen, die ihnen so viele registrierbare Behandlungsstunden einbrachte. Jahrelang blieben somit die neurologischen Ursachen des Autismus unbekannt, und die Theorie der »Kühlschrankmutter« trat ihren Siegeszug an.

Doch das umfassendere Krankheitsbild, dessen Konturen allmählich deutlicher wurden, hätte die Ärzte auf die Idee bringen müssen, daß Autismus nur die neue Version eines längst vertrauten Befundes war - des post-enzephalitischen Syndroms.

Als die psychiatrischen Fachleute in den 60er Jahren mit den wirklich ins Auge springenden neurologischen Dimensionen von Autismus und Minimalhirnschaden konfrontiert wurden - mit der Tendenz zu Anfällen, geistiger Zurückgebliebenheit, Gehirnlähmung und dergleichen -, die auch die größten Freudianer unter den Psychoanalytikern nicht mehr guten Gewissens »emotionalen« Behinderungen zuschreiben konnten, hätten sie den Zusammenhang mit dem Phänomen Enzephalitis sofort erkennen müssen.

Außerdem war längst bekannt, daß eine ganze Reihe Formen der Enzephalitis durch Impfungen verursacht wurde. So hätte man denken sollen, daß der hier vorliegende kausale Zusammenhang unübersehbar war.

Aber gerade hier lag der Grund, weshalb die Ärzte ihre Augen vor den Tatsachen verschlossen. Jeder Hinweis auf Auswirkungen in Form von Enzephalitis mußte ja unvermeidlich die jetzt immer mehr in Mode kommenden Impfungen tangieren. Da niemand diese Impfprogramme bekämpfen wollte, wurde Enzephalitis als mögliche Auswirkung von Impfungen niemals öffentlich und grundsätzlich diskutiert. Ein paar beherzte Geister näherten sich zwar vorsichtig dieser Tabuzone, aber niemand wagte, sie systematisch zu erforschen.

In diesem Kapitel werden wir zeigen, daß Autismus und Minimalhirnschaden Manifestationen des postenzephalitischen Syndroms sind. Und der wahrscheinlichste Grund für eine weitverbreitete Enzephalitis-Epidemie sind die Kinderimpfungen.

Enzephalitis im 20. Jahrhundert

Es war den Ärzten schon immer bekannt, daß Enzephalitis oder Gehirnentzündung (auch Enzephalopathie genannt) durch verschiedene Ursachen entstehen kann: traumatische Kopfverletzungen, schwere Verbrennungen, ansteckende Krankheiten, wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken oder Keuchhusten, und - last, not least - durch Impfungen gegen ebendiese Krankheiten: »postvaksinale Enzephalitis«¹.)

Eine infektiöse Version der Enzephalitis, die in ihrer akuten Phase durch extreme Lethargie und Schläfrigkeit charakterisiert war, brach in epidemischem Ausmaß in den letzten Jahren des Ersten Weltkriegs aus. Sie tauchte zuerst in China auf und wanderte von da nach Rumänien, Frankreich, Deutschland und Österreich, wo Constantine von Economo eine umfassen-

de Beschreibung von ihr veröffentlichte.¹ Nach ihr wurde die Krankheit als Encephalitis lethargica oder »Von-Economo-Enzephalitis« bezeichnet.

Nach dem Krieg setzte sich die epidemische Welle fort. In den meisten Ländern der Welt traten Erkrankungen dieser Art auf. Zwischen 1919 und 1928 mußten mehr als 500000 Todesfälle und eine Million schwerer neurologischer Störungen auf epidemische Enzephalitis zurückgeführt werden. Männer wurden häufiger von ihr befallen als Frauen, und zwar war das Verhältnis 3:2.

Jüngste Forschungen kommen zu dem Schluß, daß diese Epidemie eine Spätfolge der in der Nachkriegszeit grassierenden Grippewelle war und daß beide Epidemien vom Virus der »Schweinegrippe« hervorgerufen wurden.¹

Die damalige Allgegenwärtigkeit dieser Epidemie in den Vereinigten Staaten kann man an dem Umstand ermessen, daß zwischen 1917 und 1934 allein in Massachusetts 10 000 Fälle auftraten. Die auffälligsten Erkrankungen zeigten sich im Sommer 1933 und 1937 in St. Louis.¹ Bis heute wird von sporadisch auftretender epidemischer Enzephalitis in den westlichen Ländern berichtet.¹

Eine bemerkenswerte Eigenschaft der Enzephalitis, sei sie epidemischen Ursprungs oder von einer ansteckenden Krankheit, einer traumatischen Verletzung oder einer Impfung verursacht, ist die Vielfalt ihrer physischen, neurologischen, mentalen und emotionalen Symptome. »Da jeder beliebige Teil des Nervensystems betroffen sein kann«, schreibt H. H. Merritt, Emeritus für Neurologie an der Columbia-Universität, »treten ganz unterschiedliche klinische Syndrome auf ... meningitisartig, enzephalitisch, durch Störungen am Hirnstamm, am Rückgrat und an den Nerven bedingt.«¹

Das gilt besonders für Enzephalitis im Gefolge von Keuchhusten. Josephine B. Neal, ebenfalls Professor für Neurologie an der Columbia-Universität, schrieb 1942, daß durch Keuchhusten bedingte Enzephalitis in früher Kindheit leicht »Verkrüppelungen zurückläßt, verbunden mit Störungen der Motorik und der Persönlichkeitsmerkmale ... Oft gab es schwere Gehirnblutungen ... Aber anstelle dieser Phänomene finden sich manchmal auch Entzündungsprozesse ... In wieder anderen Fällen ist die Pathologie noch gar nicht gründlich erforscht ... *Es ist daher möglich, daß tatsächlich fast alle nur denkbaren motorischen, intellektuellen, epileptoiden Schäden und Abweichungen der Persönlichkeit sowie Kombinationen davon auftreten können*«⁷ (Hervorhebung vom Verfasser).

Auch Anna Lisa Anell, eine schwedische Wissenschaftlerin, die 1953 ein größeres Werk über Keuchhusten verfaßte, betonte die Variationsbreite des Syndroms der aus Keuchhusten hervorgegangenen Enzephalitis: »Das Wichtigste ist ..., daß Keuchhusten mit den unterschiedlichsten zerebralen Komplikationen in Verbindung gebracht werden kann und daß diese anscheinend

nicht auf einen bestimmten Bereich beschränkt bleiben, sondern kortikal, subkortikal und peripher sein können.c"

Man wußte auch, daß nach Impfungen auftretende Enzephalitis dieselbe Spektrum von Schäden und Störungen hervorrufen konnte. »Atypische Fälle« konnten das Erscheinungsbild von Meningitis, viraler Enzephalitis oder Poliomyelitis annehmen, ja, wie H. H. Merritt bemerkte, »praktisch aller akuten Erkrankungen des Nervensystems«.⁹

Von allen heute gebräuchlichen Kinderimpfungen ist wahrscheinlich die gegen Keuchhusten (Pertussis) die gefährlichste. Sie ist eine sogenannte »Ganzzellenimpfung«, was bedeutet, daß das Bakterium, aus dem der Impfstoff hergestellt wird (Bordetella pertussis), mit dem Erreger der Krankheit identisch ist." Und von dieser Mikrobe sagte Margaret Pittman, eine prominente amerikanische Spezialistin für Keuchhustenimpfung, sie unterscheidet sich »von allen anderen infektiösen Bakterien durch ihre besondere Fähigkeit, die biologischen Reaktionen des Körpers zu beeinflussen«. Wenn also Keuchhusten »die biologischen Reaktionen des Körpers« auf eine so polyvalente Weise »beeinflussen« kann, so ist die Keuchhustenimpfung ebenfalls dazu imstande.

Daß die körperlichen Reaktionen auf Keuchhustenimpfungen tatsächlich vielfältig und zahlreich sein können, ergibt sich beispielsweise aus der dem Produkt der Connaught Laboratories beiliegenden Gebrauchsanweisung aus dem Jahre 1986:

Ungünstige Reaktionen lokaler Art, u. a. Schmerzen, Erytheme, Hitze, Ödeme und Verhärtungen, sind normal ...Es ist davon auszugehen, daß Nebenreaktionen leichter in Fällen auftreten, wo früher schon Impfungen erfolgt sind ... Stenle Abszesse im Umfeld des Einstichs sind vorgekommen ... Schwache Gesamtreaktionen wie Fieber, Schläfrigkeit, Reizbarkeit und Anorexie sind sehr häufig ... Auch Hautausschläge, allergische Reaktionen und Atembeschwerden einschließlich Apnoe (Atemnot) sind beobachtet worden. Ziemlich selten sind ernste bis schwere Gesamtstörungen wie Fieber von 40,5 °C und höher, dauerndes, untröstliches Weinen über drei Stunden und länger, ungewöhnlich schrilles Schreien, Ohnmachtsanfälle oder Konvulsionen. Von ernsteren neurologischen Komplikationen wie längeren Konvulsionen oder Enzephalopathie, gelegentlich mit tödlichem Ausgang, ist berichtet worden ...Es gab auch - allerdings seltene - Berichte über anaphylaktische Hypotension oder Schock ... Das Syndrom des plötzlichen Kindstods (SIDS) trat bei Kindern nach Verabreichung von DPT auf ... Anfälle von Spasmen kamen bei Kleinkindern vor, die kürzlich DPT oder DT injiziert bekommen ...¹² (Hervorhebung vom Verfasser).

Akute Reaktionen bei Enzephalitis und nach Impfungen

»Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« beschrieb die typischen akuten Reaktionen auf DPT-Impfungen: hohes Fieber, extreme Schläfrigkeit, Otitis, Diarrhöe und andere gastrointestinale Symptome, Erbrechen, Husten, schrilles Schreien und dauerndes Weinen, Ohnmachtsanfälle, Schock, Krämpfe, Konvulsionen, Kleinkindspasmen, Verlust der Muskelbeherrschung, Kopfschmerzen, Atembeschwerden und Allergien."

Diese Manifestationen von Impfreaktionen sind identisch mit den Symptomen einer durch andere Faktoren verursachten akuten Enzephalitis. Heftiges Fieber ist eine typische Impfreaktion. Eltern berichten von Temperaturen bis 40,5 oder 41 °C.¹⁴ Schläfrigkeit nach einer Impfung ist von der Mutter eines Kindes beobachtet worden, das heute 16 Jahre alt ist, hyperaktiv und mit ernstesten Konzentrationsschwierigkeiten:

Binnen einer Stunde nach der Injektion schlief sie ein und schlief 24 Stunden. Ich kriegte sie einfach nicht wach. Ich war damals noch so unerfahren, daß ich mich schwer an das Ganze erinnern kann. Alles, was ich noch weiß, ist, daß sie sich sehr ungewöhnlich benahm und ganz anders weinte als sonst. Dann schlief sie ein. Das war der Anfang von Hunderten von Malen, wo sie mir einfach so wegsackte. Wenn sie bleich wurde und wegsackte, wurde sie manchmal sekundenschnell wieder wach, oft aber schlief sie dann sofort wieder ein ... Als sie nach der Injektion für 24 Stunden einschlieft, kriegten wir sie einfach nicht mehr wach, was wir auch versuchten. Sie wachte nicht auf, als sie gewickelt wurde. Sie wachte nicht auf, als wir sie an den Füßen kitzelten oder versuchten, sie zu füttern. Wir brachten sie dann ins Krankenhaus, wo man uns sagte, wir seien überängstliche Eltern und sollten unser ganz gesundes Kind wieder mit nach Hause nehmen. Da erst wachte sie aus ihrem tiefen Schlaf auf

In späteren Jahren kann dann das impfgeschädigte Kind an chronischen Schlafstörungen leiden - die manchmal von Alpträumen begleitet sind."

Als sie vier Monate alt war, schrie sie einmal derart laut, daß wir zu ihr ins Zimmer stürzten. Es klang so, als ob jemand sie überfiel. Aber wir konnten sie nicht von ihrem Schreikrampf erlösen. Es war, als ob sie gegen etwas ankämpfte. Wir riefen sie ununterbrochen beim Namen. Da hörte sie plötzlich auf, lief blau an und wurde dann kreidebleich. Wir dachten, das sei der plötzliche Kindstod und sie kämpfte gegen ihn an.

Das Kind ist heute lernbehindert. Extreme Schläfrigkeit war auch das Hauptmerkmal der bezeichnenderweise so genannten *Enzephalitis lethargica*.

In fast allen Fällen gab es Störungen des normalen Schlafrhythmus. Manche schliefen bei hellichtem Tag ein, im Stehen, im Unterricht oder auf der Straße. Einer schlief sogar ein, als ihm ein Teller mit Eis vorgesetzt wurde. Weiter kann Schläfrigkeit bei einem Jungen wohl nicht gehen."

Auch nach der Gesundung kann der an Enzephalitis Erkrankte noch an Schlafstörungen leiden: »Diese Burschen wollten immer die Nacht zum Tag machen ... «17

F. B., ein Junge, elf Jahre alt, kam am 12. November 1923 in die Klinik. Befund: Körperschwäche. Im Dezember 1919 hatte er eine schwache Attacke von Enzephalitis gehabt. Vier Tage später hatten sich seine Schlafgewohnheiten auffällig gewandelt. Zwei Jahre lang schlief er nachts gar nicht, sondern blieb wach und sehr aktiv. Er zerriß die Bettwäsche, lärmte, schrie laut, sprach vor sich hin und lief im Zimmer herum. Gegen Morgen wurde er ruhig und schlief dann tagsüber in Etappen von zwei oder drei Stunden. Dazwischen wachte er auf und weinte."

Im Protokoll steht, daß »Eva im Kindergarten den größten Teil ihrer Zeit schlafend verbrachte«, daß es in der ersten Klasse »unmöglich war, sie wach zu halten«, und als die Lehrerin ihr befahl, sich ans Fenster zu stellen, um wach zu bleiben, »schlief Eva in dieser Stellung ein«."

Schwere Kopfschmerzen waren ein anderes auffälliges Symptom epidemischer Enzephalitis. Sie konnten sporadisch immer wieder im Verlauf der Krankheit auftauchen und verschwinden, während eine Tendenz zu Migräneanfällen und anderen Arten von Kopfschmerz das ganze spätere Leben über anhielt.

Kopfschmerzen als negative Reaktion auf Impfungen tauchen in der medizinischen Literatur nicht auf. Aber natürlich kann ein zwei oder vier Monate altes Baby so etwas seinen Eltern nicht mitteilen. Zwei kalifornische Kinderärzte berichteten 1979 über »eine anschwellende Fontanelle in Verbindung mit gesteigertem intrakranialen Druck«, und zwar innerhalb von 24 Stunden nach einer DPT-Injektion. Das Baby war »reizbar.«" Eine interviewte Mutter beschreibt die Reaktion ihres Babys nach der zweiten DPT-Impfung:

Sie wurde schlaff, ihre Pupillen weiteten sich, und sie konnte nicht mehr essen oder reagieren. Ich ließ einen anderen Arzt kommen. Er sagte, Jeannes Muttermal, das Mal an ihrem Kopf, trete hervor. Ich hatte es nicht bemerkt, aber der Doktor meinte, wir sollten sie sofort ins Krankenhaus bringen.

. Eine Entzündung, die das Gehirn in dieser Weise anschwellen läßt, muß einfach Kopfweh verursachen. Im übrigen weisen das »schrille Schreien« und das »dauernde Weinen«, die so häufig als Impfreaktionen vorkommen, ebenso Wie der Um~tand, daß sich Babys so oft an den Ohren zupfen, eindeutig auf Kopfweh hin (außerdem auch auf Otitis)."

Was er n~ch tat, war, d~ß er immer mit dem Kopf an die Wand oder auf den Fußboden stieß. Er sagte mir nicht, warum er das tue, aber es sah ganz nach Kopfweh aus. Manchmal schlägt er sich mit den Fäusten an den Kopf Ich frage ihn, warum er das tue, und er sagt, es mache ihm Spaß. Auch als er vier war und sich so benahm, wußte er nicht, warum, oder es fehlten ihm die Worte, es zu erklären.

Diar~höhe, Erbrechen, Blähungen, Gastroenteritis, Magenschmerzen, ~nuers.is, Versto~f~ng, fehlende Schließmuskelkontrolle usw. - all das zeigt Sich bei Enzephahtlkskranken und wird häufig nach DPT-Injektionen gemeldet."

Als sie aufwachte, wurde sie sehr krank. Sie bekam Durchfall und erbrach sich. Sonst hatte sie selten gebrochen. Die Art, wie sie sich nach ihrem Aufwachen erbrach, würde ich eher als ein »Auswerfen« bezeichnen.

Nach der fünften Injektion verlor Gary die Herrschaft über seinen Darm und seine Bl~s~. Seit seinem vierten Lebensjahr war er schon völlig sauber gewesen. Aber jetzt urtnierte er und machte sich in die Hosen und konnte seinen Stuhl nicht halten. Er war ganz aufgereggt und traurig darüber. Er sagte mir, er wisse einfach nicht, wann er aufs Klo gehen müsse. Jetzt ist er schon sechs und beherrscht Darm und Blase immer noch nicht ganz. Er weiß einfach nicht, wann er aufs Klo gehen muß.

Das >~opi~thotonis.che Verhalten« (Rückenkrümmen), das man oft nach DfTvlnjektionen bei Babys beobachtet hat, ist wahrscheinlich eine Reaktion~. auf Magenschmerzen. Ashley Harris z. B., der jetzt autistisch ist, »krümmte stundenlang den Rücken und schrie«.

.Albe:to Garcia wurde mit 15 Monaten MMR-geimpft. Am nächsten Tag stieg seine Temperatur auf 40 °C, und 17mal am Tag hatte er dünnen öligen, gelbgrünen Durchfall, der als Salmonelleninfektion diagnostiziert wurde. B~nnen eines Monats hörte er auf zu sprechen, und dann entwickelten Sich die Symptome des Autismus.

Melvin Ellis reagierte auf die erste und die vierte Injektion mit einer schweren Gastroenteritis. Beim zweiten Mal (mit 18 Monaten) mußte er ins Krankenhaus gebracht werden. Die Diagnose lautet heute »autismusähnlicher Zustand«,

Rosanna Hammond ist 1960 geboren und wird heute als »schwer zurückgeblieben« eingestuft. Ihre Mutter erinnert sich, daß das auffälligste Symptom nach ihrer Impfung eine hartnäckige Verstopfung war.

Ashley Harris »hatte niemals normalen Stuhlgang. Er hat immer nur sehr wenig Stuhlgang und macht alle halbe Stunde in die Hose.«

Ein immer wieder berichtetes Kennzeichen des akuten Stadiums epidemischer Enzephalitis war die Beeinträchtigung der Atemwege: krampfhafter Husten, fliegender Atem, träger Atem, mühsamer Atem, Atemnot, Ticks beim Einatmen usw.²³

Meistens atmet der Patient immer schneller und tiefer, bis nach einigen Minuten die Atmung buchstäblich gewaltsam verläuft. Der Mund steht weit offen, alle benachbarten Muskeln sind angespannt, so daß der Patient ein Bild größter Spannung abgibt. Nach Minuten oder auch ein paar Stunden läßt die Störung allmählich nach. Der Attacke kann eine verlängerte Apnoe (Atemnot) von solcher Heftigkeit folgen, daß Zyanose und sogar Konvulsionen hervorgerufen werden. Weniger häufig sind ... sich abwechselnde Attacken von tiefem und flachem Atem, Seufzen, Gähnen, Schnaufen, Husten, Spucken, Anfälle von Atemnot und unzählige andere Möglichkeiten ...²⁴

»Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« setzte sich mit von Impfungen verursachten Atemstörungen (besonders Apnoe-Attacken) auseinander und kam zu dem Schluß, daß sie den plötzlichen Kindstod (SIDS) verursachen können. Damals war dieses Symptom in Aufzählungen negativer Reaktionen auf Impfungen noch nicht enthalten. Aber der Fall Harvey Jackson jun., über den in Kapitel 1 berichtet wurde, ist ein Beweis für diesen Zusammenhang, und wie richtig diese Erkenntnis ist, wird dadurch bestätigt, daß 1986 der Beipackzettel der Connaught Laboratories für ihren DPT-Impfstoff zusätzlich »Atemstörungen einschließlich Apnoe« und das »Syndrom des plötzlichen Kindstods« enthielt."

Diese Schlußfolgerung wird also von den Impfstoffherstellern inzwischen anerkannt, von den Landesorganisationen jedoch immer noch zurückgewiesen. Denn sie sind darauf aus, den »plötzlichen Kindstod« herunterzuspielen und die amerikanischen Mütter in dieser Hinsicht zu beschwichtigen. Sie ziehen die Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen SIDS und durch Impfung verursachter Enzephalitis nicht in Betracht:

Liebe Ann Landers,

vor acht Wochen fütterten wir unser Baby zum letzten Mal vor dem Einschlafen, gaben ihm einen lieben Gutenachtkuß und legten es schlafen. Am nächsten Morgen fanden wir es tot im Bettchen, ein Opfer des plötzlichen Kindstods.

Ich schreibe Dir diesen Brief, um die Öffentlichkeit auf ein Syndrom aufmerksam zu machen, das jährlich Tausende von Babys auf tragische Weise dahintrifft: eins von 500!

SIDS-Opfer sind allem Anschein nach ganz gesund und gewöhnlich zwischen einer Woche und sechs Monaten alt. Der Tod kommt völlig unerwartet und meist ganz unerklärlich.

Nach dem Tod unseres Söhnchens erhielten wir große Hilfe und wichtige Informationen vom amerikanischen SIDS-Institut. *Wir erfuhren, daß der Tod unseres Sohnes durch eine besondere Krankheit verursacht worden sei, die nicht zu verhindern sei, da es keine erkennbaren Symptome gebe* (Hervorhebung vom Verfasser).

Dieses Wissen befreite uns von den Schuldgefühlen, an denen so viele SIDS-Eltern leiden - von dem nagenden Vorwurf, wir hätten vielleicht etwas versäumt, was den Tod unseres Kindes verhindert hätte.

Das amerikanische SIDS-Institut widmet sich der Verhinderung des plötzlichen Kindstods durch Forschung, Ausbildung und Gesundheitsfürsorge ...

Einer, der ihm sein Leben verdankt

Lieber Verfasser dieses Briefes,

Dank dafür, daß Du diese wirklich gute Organisation erwähnt hast. Ich selbst habe sie früher schon erwähnt. Sie unterstützt all jene Menschen, die einen solchen tragischen Verlust erleiden."

Wenn diese »wirklich gute Organisation« ihren Werbeetat beschneiden und die Ersparnisse dafür verwenden würde, dem Zusammenhang zwischen Impfungen und Atemstörungen nachzugehen, würde sie sehr schnell herausfinden, daß SIDS nicht »von einer besonderen Krankheit verursacht wird, die nicht zu verhindern ist«. Sie dürfte dann nämlich auf weitere Fälle nach dem Muster Harvey Jackson jun. stoßen, bei denen die Atmung durch die DPT-Injektion schwer in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Ihre Temperatur stieg wieder auf 39 00. Sie lief blau an. Sie wurde so still, daß man geschworen hätte, sie atme nicht mehr. Ich weiß, daß sie bisweilen tatsächlich aufhörte zu atmen, da wir keinen Pulsschlag mehr spürten und keinen Atemhauch. Erst wenn wir sie schüttelten, fing sie wieder zu atmen an.

Die Atembeschwerden bei einer epidemischen Enzephalitis - Störungen des Atemrhythmus, Atemstockungen und dergleichen - quälten auch die wieder gesunden Patienten und wurden als »postenzephalitisches Atemsyndrom« bezeichnet.

Vier Monate später bekam sie einen trockenen Husten, der bald chronisch wurde, so daß er sie beim Essen und Sprechen behinderte. Fast jedes Ausatmen war von einem Husten begleitet. Etwas später bekam sie Anfälle von Atemnot. Bei diesen Attacken sprang sie aus dem Bett, kreuzte die Arme, legte die Hände auf die Schultern, beugte sich nach vorne, atmete angestrengt und keuchte in höchster Not. Schließlich streckte sie sich wieder und hielt den Atem für eine Zeitlang an."

Dieselbe chronische Verfassung findet sich manchmal bei impfgeschädigten Kindern.

Es begann bei ihm mit sechseinhalb Monaten und dauerte mindestens bis zum Alter von eineinhalb Jahren, daß sein Atem stockte - mindestens einmal am Tag -, daß er blau anlief, das Bewußtsein verlor und krampfartige Zustände hatte. Das war genau mit sechseinhalb Monaten.

Wie in Kapitel 2 erwähnt, sind auf Impfungen zurückgehende Atemstörungen wahrscheinlich die Ursache für die ständig ansteigende Zahl der Fälle von Kinderasthma und asthmatischen Kindern in den USA.

Anorexie und Bulimie

In früheren Jahren zeigten gesunde Enzephalitis-Patienten oftmals Appetitstörungen. Manche hatten Anorexie. Sie hörten auf, Nahrung zu sich zu nehmen, und starben schließlich an »Kachexie«." Die häufigere Möglichkeit indessen war Bulimie (krankhafter Hunger).

Man hat große Gewichtszunahmen, die zu Fettsucht führten, bei solchen Menschen festgestellt, was auf eine Störung der Hypophyse, des Hypothalamus und des endokrinen Systems oder anderer Mechanismen, die das Gewicht des Menschen regeln, schließen ließ. Man nannte das »postenzephalitische Fettsucht« oder »pathologische Fettsucht«."

S. T. war ganz gesund, bis sie im April 1911 an einer akuten Enzephalitis erkrankte. Für fast einen Monat litt sie an Schlafsucht ... In den darauffolgenden Monaten entwickelte sie einen wahren Heißhunger und unstillbaren Durst. Sie nahm in zwei

Monaten fast 30 Pfund zu. Die Polydipsie und die Polyurie (exzessives Trinken und Urinieren) dauerten nur etwa sechs Wochen. Aber die Fettsucht hielt an."

In Massachusetts ergab 1937 ein Bericht über 266 Patienten mit epidemischer Enzephalitis, daß 30 gesteigerten Appetit hatten, wobei 24 »fettleibig« wurden. 20 zeigten »merklichen Gewichtsverlust«."

Man bemerkte bei diesen Patienten »Eßticks«, nämlich besonders Vorlieben für bestimmten Speisen oder umgekehrt entschiedene Ablehnung. Appetitstörungen finden sich auch nach der DPT-Injektion:

Was das Essen betrifft: Vor der zweiten DPT-Injektion waren seine Eßgewohnheiten sehr zufriedenstellend. Aber danach wollte er überhaupt nicht mehr essen. Es brauchte Monate, bevor ich ihn zu etwas anderem als Milch oder Saft bewegen konnte.

Nach der vierten Injektion hatte er keine große Lust mehr, überhaupt zu essen. Er trank eine Menge, aber beim Essen war er sehr wählerisch.

»Postenzephalitische Fettsucht« tritt auch nach Impfschäden auf.

Nachdem Sharon all diese Konvulsionen überstanden hatte, nahm sie ungeheuer zu. Die Ärzte stellten fest, daß ihre Schilddrüse fast nicht mehr funktionierte.

Heute sind Millionen Amerikaner übergewichtig bis zur Fettleibigkeit. Häufig hat das wenig mit der Nahrungsmenge zu tun, die sie zu sich nehmen. Inwieweit läßt sich dieser Befund auf einen postenzephalitischen Zustand zurückführen?

Liebe Ann Landers,

ich habe es endgültig satt, daß meine Freundinnen immer dicker werden. Gestern abend rief mich eine Freundin ganz aufgeregt an und sagte, sie lebe jetzt nach Diät und habe sechs Pfund abgenommen. Dann erfuhr ich im Gespräch mit ihr, sie habe, seit wir uns das letzte Mal sahen, 30 Pfund zugenommen gehabt. Ich war sprachlos.

Dieses liebe Mädchen ist nur 1,52 m groß. Sie sagt, sie sei fett, weil sie eine Hysterektomie (operative Entfernung der Gebärmutter) gehabt und das Rauchen aufgegeben habe. Eine andere Freundin von mir ist dick, weil sie eine Scheidung hinter sich hat. Wieder eine andere hat 40 Pfund zugenommen, weil sie jetzt für ihren Mann kochen muß, der auf Diät gesetzt ist. Die häufigste Erklärung ist: »Ich habe gerade ein Kind gekriegt.«

Das sind aber alles nur Ausreden, und ich bin sicher, Du kennst sie alle. So ist z. B. die Hysterektomie der ersten Frau schon sieben Jahre her. Und der Mann, für den »Mary- kocht, ist selbst nicht dick, und ihr »Baby- ist schon vier Jahre alt.

Eine Freundin von mir ist so schwer geworden, daß ihr die Knie weh tun und sie an Krücken gehen muß. Die Frau will sich nicht eingestehen, daß vielleicht ihre Knie nur die zusätzlichen 100 Pfund nicht tragen können, die sie in den vergangenen zweieinhalb Jahren zugenommen hat. Sie sagt, daß sich seit Beginn ihrer Gehbeschwerden ihre Mitmenschen abweisend verhalten hätten.

Ann, sag bitte all diesen Frauen, daß Fettsucht das Ende aller Gesundheit und Schönheit bedeutet und daß Diät nur dann etwas nützt, wenn man sich auch daran hält. Mir fehlen meine schlanken Freundinnen in Longview, Texas."

Hyperaktivität

Bei Epidemien in der Vergangenheit war das auffälligste Merkmal des genesenden Enzephalitis-Patienten immer die Hyperaktivität - die Unfähigkeit stillzusitzen oder an einem Platz zu bleiben, ein ständiger Bewegungsdrang, oft begleitet von einem ungehemmten Redefluß, zu Hause oder in der Schule, eine Nervosität, die für die Umgebung einfach unerträglich wurde."

Diese Kinder werden anscheinend dauernd von irgendeinem Nervenreiz oder einer Erregung getrieben und fallen allen anderen unentwegt auf die Nerven. Sie raufen miteinander und rennen wild im Haus und auf der Straße umher."

Der Patient kann tagsüber träge und schlaff sein und schläft viel. Aber je näher der Abend kommt, desto aktiver und unruhiger wird er. Um Mitternacht oder noch später ist das Kind dann vielleicht über die Maßen erregt. Es lacht und schreit und ist außer Rand und Band. Mit der Morgendämmerung verringert sich diese Überaktivität allmählich, und das Kind schläft gerade zu dem Zeitpunkt ein, an dem es unter normalen Umständen aufwachen sollte."

Ich würde gerne Dr. Bond oder andere Ärzte mit Erfahrung fragen, ob sie uns sagen könnten, wie man speziell mit diesen entsetzlich lästigen motorischen Störungen fertig werden kann, die bei einigen dieser Kinder auftreten. Das Zusammenleben und der Umgang mit manchen ist fast unerträglich. Ich meine die dauernde motorische Unrast bei ihnen, das schnelle Überwechseln von einer Tätigkeit zur andern, daß sie sich in alles einmischen, ihre destruktiven Neigungen usw.³⁶

In der Schule war sie extrem unruhig, und der Lehrer mußte sie dauernd im Auge behalten. Sie schwätzte laut, stritt sich mit den anderen Kindern, widersprach dem Lehrer und lief während des Unterrichts im Klassenzimmer herum ...Ihr Betragen war so störend für Lehrer und Mitschüler, daß sie von der Schule verwiesen werden mußte."

1934 bezeichneten zwei Ärzte in Cincinnati dieses Verhalten als »organisches Getriebensein«, womit sie die innere Erregung und Unrast dieser Kinder meinten." Mitunter hatte man diesen Zustand in extremer Ausprägung auch bei akuten Enzephalitis-Erkrankungen schon beobachten können:

Man braucht sich nur den schrecklichen, mitleiderregenden Anblick der hyperkinetischen Patienten ins Gedächtnis zurückzurufen, die sich im akuten Stadium der Economo-Krankheit buchstäblich zu Tode tanzten ... Es gab kein Entrinnen für sie aus dieser Qual. Man konnte nur dabeistehen und hilflos dem aussichtslosen Kampf zuschauen ... dem Kampf der Persönlichkeit gegen etwas, dem sie hilflos ausgeliefert war, etwas, das sich jedem bewußten Zugriff entzog."

Eine kleinere Gruppe war eher hypoaktiv als hyperaktiv. In ihnen kam alles zum Stillstand: Bewegung, Denken und Sprechen.

Hyperaktivität ging in der Regel mit mangelnder Konzentrationsfähigkeit einher - Konzentrationsschwäche, fehlender Aufmerksamkeit.

Abgesehen von einer gewissen Ablenkbarkeit war das Betragen des Jungen musterhaft. Indessen war zu bemerken, daß er Konzentrationsschwierigkeiten hatte, eine Schwäche, durch die ihm mehrere Jobs verloren gingen und die seine Möglichkeiten, sich den Lebensunterhalt zu verdienen, ernstlich beeinträchtigten."

Er war hyperaktiv, ruhelos und konzentrations schwach ... Er war provokativ, voller Unrast und aggressiv, blieb nicht lange bei einer Sache, war unzuverlässig, destruktiv und schlampig."

Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten gehören jedenfalls zu den häufigsten Folgen von Impfschäden. In »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« werden sie ausführlich diskutiert."

Lähmungen der Hirnnerven

Der DPT-Impfstoff kann alle nur vorstellbaren Störungen der Hirnnerven verursachen: von Blindheit, Taubheit und Stummheit bis zu weniger schweren wie Dyslexie, Stottern oder Ausfallen der Fähigkeit, Gehörtes zu verarbeiten."

Sehvermögen: Manchmal leiden diese Kinder an »Blickstarre«, d. h., es fällt ihnen schwer, den Augapfel seitlich oder nach oben und unten zu bewegen." Andere schielen auch einwärts:

Ein weiteres Ereignis trat nach der zweiten Injektion ein. Sie begann zu schielen. Ich brachte sie deshalb zum Arzt, aber der sagte nur: »Oh, das ist normal bei Babys. Machen Sie sich darüber keine Sorgen.« Bis heute schielt sie noch gelegentlich.

Weitere ärztliche Diagnosen sind z. B. »okulomotorische Parese der Nerven«, was plötzlich bei einem fünfmonatigen Baby auftrat, oder »unilaterale Ptose« (ein Augenlid hängt herab) in Verbindung mit »Dilata~io~« der rechten Pupille und Unfähigkeit, das rechte Auge zu bewegen, bei einem sieben Monate alten Kind. »Einige Tage vor der Einlieferung ins Krankenhaus war er leicht erregbar und schlief schlecht. Zusätzlich übergab er sich und hatte drei- oder viermal Durchfall am Tag.« Solche Diagnosen sehen nach einer typischen Reaktion auf Impfungen aus, und man sollte entsprechende Untersuchungen durchführen."

Aber die Folgen können auch ernster sein. Harold Forman reagierte auf seine zweite DPT-Impfung mit 40 °C Fieber und lautem Geschrei. Später stellte sich heraus, daß er völlig blind war. Seine Mutter ist sich sicher, daß er bei der Geburt nicht blind war und daß das von der Injektion verursacht wurde.

Wie viele Fälle von Blindheit, die man bei sechsmonatigen Babys findet und die als »angeborene Blindheit« diagnostiziert werden, mögen in Wirklichkeit auf Impfungen zurückgehen? Niemand weiß das. Zu dem Zeitpunkt, an dem die Blindheit diagnostiziert wird, ist das Kind möglicherweise schon zwei- oder dreimal DPT-geimpft worden - und das kann durchaus Blindheit hervorrufen.

Vielleicht hat das Kind auch Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung von optischen Impulsen - der typischen mit Dyslexie verbundenen Störung. Ralph Packard weinte nach seinen ersten drei Injektionen unau~hörlich und hatte 40 °C Fieber. Jetzt, mit elf Jahren, hat er »Probleme mit der visuellen Wahrnehmung« und kann nicht richtig lesen oder schreiben.

Er bringt Worte und Buchstaben durcheinander. Er geht zu einem Mann, der mit Kindern arbeitet, die an visuellen Wahrnehmungsstörungen leiden. Wenn er schreibt, schreibt er alle Wörter zusammen, er läßt keinen Zwischenraum. Wir können es kaum lesen. Eine Lehrerin sagte, der Junge habe einen Aufsatz geschrieben, sie habe aber kein Wort davon lesen können. Sie ließ ihn dann in der Klasse vorlesen, wie es auch die anderen Kinder tun mußten, und er las ihn flüssig herunter und wußte genau, was er geschrieben hatte.

Judy Glick hatte mit sieben Monaten einen Grand-mal-Anfall, und zwar sieben Tage nach ihrer zweiten DPT-Impfung. Später hatte sie noch zwei weitere Grand-mal-Anfälle und wird jetzt gegen diese Anfälle medikamentös behandelt.

Sie kann schreiben, hat aber eine Neigung, die hinteren mit den vorderen Buchstaben zu vertauschen und Wörter von rückwärts zu schreiben ... Sie kann sich nur sehr schlecht konzentrieren.

Sehr heftig reagierte Wayne Esterbrook auf seine fünfte Impfung mit fünf Jahren. Er begann zu brüllen und sich hin und her zu werfen, hatte Kopfweh und 40 °C Fieber. In dieser Nacht hatte er zum erstenmal Halluzinationen. Heute leidet er an Dyslexie:

In der ersten Klasse schrieb er immer in Spiegelschrift. Hielt man, was er geschrieben hatte, vor einen Spiegel, war es perfekt. Auf einem Kalender, den er machte, begann er mit den letzten Zahlen.

Oft kann das impfgeschädigte Kind überhaupt nicht schreiben (»entwicklungsbedingte Schreibstörung«):

Eine schreckliche Zeit liegt hinter uns. Wir versuchten ihr Schreiben beizubringen. Sie kennt alle Buchstaben und Laute, aber ihre Koordination ist so schlecht, daß sie nicht schreiben kann. Ich versuche, eine Schreibmaschine oder so etwas für sie aufzutreiben, so daß sie nicht alles mit der Hand schreiben muß. Sie wissen, wie viel sie in der ersten Klasse schreiben müssen - sie wird niemals dazu imstande sein.

Er kann sich immer noch nicht richtig bewegen. Erst vor kurzem lernte er, selbst zu essen, einen Bleistift oder eine Schere zu halten. Er hat keine Muskelspannung und keine Muskelreflexe. Er kann nicht schreiben, weil er die Bewegungsabläufe nicht beherrscht.

Diese Lähmung der Augennerven war und ist eine der häufigsten Folgen epidemischer Enzephalitis. Die Schäden reichten bis zu völliger Blindheit, und es gab unzählige weniger ernste Störungen. So kann der Enzephalitis-Patient an einer »okulogyrischen Krise« leiden, bei der die Augen in den Kopf hinaufrollen und stundenlang in dieser Stellung bleiben. Auch gibt es welche, die endlos vor sich hin starren. Bei manchen zittern die Augäpfel hin und her oder auf und ab (Nystagmus). Oder die Blickrichtungen der Augen kreuzen sich (Strabismus), wodurch ein doppeltes Bild entsteht.

Zuweilen hatten Menschen in postenzephalitischem Zustand fixe Ideen über die Augen anderer Leute. Eine Frau mit »okulogyrischer Krise« beschrieb ihre Zwangsvorstellung:

»Ich kann nicht an die Augen anderer Leute denken. Wenn ich anderen Leuten in die Augen schaue, habe ich das Gefühl zu versinken.«

Und der Bericht fährt fort:

Wenn die Patientin anderen in die Augen sieht, hat sie das Gefühl zu versinken, und ihre Augäpfel rollen nach oben: »Meine Augen rollen nach oben, und ich habe einen Anfall. Ich kann die Augen nicht schließen. Sobald ich es tue, sehe ich die Augen meiner Tochter (elf Jahre alt) an der Tür zu meinem Zimmer ... Dann versinke ich in Trance, meine Augen wandern nach oben, und ich sehe die Zimmerdecke. Mein Anfall kommt näher, begleitet von der Empfindung, daß mein Herz versinkt. Dann kommt eine große Leere, und obwohl ich sehen kann, wird mir ganz mulmig zumute. Ich muß mich hinlegen. Wenn ich es tue, ist mein erster Gedanke, ob meine Kinder in Sicherheit sind. Wenn ich versuche, die Augen zu schließen, sehe ich die Augen meiner Kinder dauernd vor mir ... und ich kann nur an andere Leute und ihre Augen denken. Ich sehe nichts als Augen, Augen, Augen, besonders die Augen der Person, die ich als letzte gesehen habe ...«

Wegen dieser Wahnvorstellung vermeidet es die Patientin bewußt, in den Spiegel zu schauen."

Diese Art visuellen Zwangs erinnert an die »Vermeidung von Augenkontakten« der Autisten. Die visuellen Probleme konnten die Form einer Dyslexie, einer Dysgraphie oder einer anderen Lernbehinderung annehmen. Byers und Rizzo beschrieben die Schulerfahrungen von Kindern, die im Säuglingsalter an durch Keuchhusten hervorgerufener Enzephalopathie gelitten hatten: »Erhebliche Leseschwierigkeiten und Unvermögen, mit Abstraktionen, z. B. Ziffern, umzugehen. Sie hatte Konzentrationsschwierigkeiten, und ihre Fähigkeit, abstrakt zu denken, lag unter dem Altersdurch-

schnitt ... Die visuomotorischen Funktionen und das abstrakte Denken lagen beträchtlich unter Altersniveau ... Mit technischen Fertigkeiten, vor allem Lesen, haperte es sehr bei ihr, und sie mußte die zweite Klasse wiederholen obwohl sie erst mit sechseinhalb zur Schule gekommen war.«

In einer anderen Untersuchung fand Anell heraus, daß Kinder, die als Säuglinge Keuchhusten gehabt hatten, häufiger an Dyslexie litten als eine Kontrollgruppe.

Stummheit ist eine andere Folge der Vakzine. Paul Galloway, der jeweils sehr heftig auf die DPT-Injektionen reagierte, verlor allmählich die Sprache und wurde zur Zeit der vierten Impfung, mit 18 Monaten, stumm. Jetzt lautet die Diagnose auf Autismus. Mit Keith Miller war es dasselbe: Als Baby schrie er noch, aber allmählich verlor er die Sprache und kann sich jetzt nur mit Zeichensprache verständigen. Ebenso Gary Keys:

Vor der Impfung sprach er schon, aber danach härte er ganz zu sprechen auf und brabbelte nicht einmal mehr vor sich hin. Und niemals wieder fing er zu sprechen an. Er war niemals wieder derselbe wie vorher. Bis dahin war er ein vollkommen gesundes Baby gewesen, das noch nicht einmal eine Erkältung gehabt hatte.

Ripley Forbes, jetzt als autistisch diagnostiziert, hatte Grand-mal-Anfälle nach der zweiten Impfung. Bis heute leidet er an unbeherrschbaren Anfällen (er ist jetzt zehn Jahre alt) und kann nicht sprechen. Seine Mutter berichtet:

Er kann Werbespots und Lieder vom Band singen, aber sprechen kann er nicht, außer man sagt ihm etwas vor. Dann kann er die Worte wiederholen, die er hört.

Auch bei epidemischer Enzephalitis konnte die Stimme in Mitleidenschaft gezogen sein. Das Kind stotterte und stammelte erbärmlich, sein Sprechen wurde immer langsamer, oder es brachte überhaupt keine Worte mehr heraus:

Besonders bei Patienten mit beschädigten Sprachmechanismen haben wir den Eindruck, daß sie geistig ziemlich rege sind, daß jedoch alle Wege des Ausdrucks blockiert sind. Einige dieser Patienten haben nicht nur Sprechschwierigkeiten, sondern es liegt eine völlige Blockade vor: Die Impulse dringen einfach nicht durch. Der Patient bringt nur ein oder zwei Worte heraus, aber die anderen bleiben ihm im Halse stecken, und er lächelt entschuldigend."

Einige waren gänzlich stumm. Andere waren redselig trotz ihrer Sprechbehinderung, sagten aber nur unsinniges Zeug.

Er sprach unaufhörlich, Tag und Nacht. Was er sagte, bestand meist aus Erinnerungen an die Kindheit und teilweisen Wiederholungen von Predigten und Schullektionen."

Auch Dysphagie (Unfähigkeit, Essen hinunterzuschlucken) kommt vor, wenn eine Nervenschwäche in Kehle und Hals auftritt. Es gibt auch Störungen des Geschmackssinns. Beides führt zu den »Ernährungsticks« und Appetitstörungen, die früher schon erwähnt wurden.

Otitis mit der Folge eines Hörverlustes ist eine der häufigsten Auswirkungen von Impfungen. Heute grassiert diese Krankheit in den Vereinigten Staaten als eine wahre Geißel. Mindestens die Hälfte aller amerikanischen Kinder hatte bis zu ihrem ersten Geburtstag einmal »verklebte Ohren«. Im Alter von sechs Jahren war das bei 90 % der Fall, und diese Krankheit ist für 30 Millionen Arztbesuche jährlich verantwortlich. Außerdem müssen jährlich einer Million Kindern Tuben ins Ohr eingeführt werden, wobei eine solche Operation 2000 Dollar kostet - macht zwei Milliarden Dollar pro Jahr.⁵¹

Hörstörungen und partielle oder totale Taubheit waren auch, in Verbindung mit Otitis, regelmäßig Bestandteile des postenzephalitischen Syndroms. Andererseits wurde von Fällen berichtet, bei denen sich das Gehör nach einer Enzephalitis geschärft hatte: »Die Patienten hörten offensichtlich schärfer und litten schon bei gewöhnlicher Lautstärke sehr.«? Das erinnert an das übersensible Hören bei manchen autistischen Kindern.

Gesichtslähmungen konnten ebenfalls häufig erwähnte Nachwirkungen einer Enzephalitis sein. Der Betroffene konnte seine Gesichtsmuskeln nicht mehr bewegen, und das Gesicht nahm einen »maskenartigen« Ausdruck an, oft verbunden mit »fixem« oder »gefrorenem« Lächeln."

Da die Speicheldrüsen von den Hirnnerven kontrolliert werden, war eine weitere Folge epidemischer Enzephalitis die Tendenz zu übertriebener Speichelabsonderung:

Er hat sich einen Spucktick zugelegt. Alle paar Sekunden kann er seinem Drang zu spucken nicht widerstehen, und er spuckt, wobei er den Vorgang mit lautem, explosionsartigem Grunzen begleitet. Er sagt, er könne diesen Drang höchstens ein paar Minuten lang beherrschen.⁵⁴

Das postenzephalitische Syndrom beinhaltete manchmal eine herabgeminderte Schmerzempfindlichkeit, besonders was Temperaturen betrifft:

Er stieg aus dem Bett und kletterte barfuß aufs Schieferdach. Es war ein sehr heißer Tag, aber es machte ihm anscheinend nichts aus."

Von Economo bemerkte, daß die »Zentren, die die Körpertemperatur regeln«, gestört sein konnten." Das Kind ist entweder äußerst empfindlich oder ungewöhnlich unempfindlich. Dasselbe haben Eltern impfgeschädigter Kinder festgestellt. Ungewöhnliche Empfindlichkeit ist keine Seltenheit bei solchen Kindern, und sie bestehen auf lauwarmem Badewasser.

Geistige Zurückgebliebenheit, Anfälle, Gehirnlähmung, Paralyse, Hypotonie

In »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« werden geistige Zurückgebliebenheit, Säuglingsspasmen, Epilepsie, andere Arten von Anfällen, Hemiplegie (schwere einseitige Paralyse), Hemiparese (leichte einseitige Paralyse), Paraplegie (Paralyse der unteren Hälfte des Körpers) und Quadriplegie (Paralyse aller vier Gliedmaßen) beschrieben.⁵⁷

Gut dokumentiert sind Anfälle als Folgen der DPT-Injektion, wie der Fall Paul Hamill beweist:

Die mit vier Monaten fällige Untersuchung war am 21. Mai, und er bekam die zweite DPT-Injektion. In der Nacht bekam er schwaches Fieber, ansonsten zeigte er keine Krankheitssymptome bis zum 27. Mai. Wir saßen am Eßtisch, er in seinem Kinderstühlchen auf dem Boden. Er lallte und brabbelte, aber plötzlich hörte er auf. Ich schaute nach ihm, um zu sehen, warum er so ruhig war. Er starrte zur Decke. Ich hielt ihm meine Hand vor die Augen, aber er bemerkte nichts. Das dauerte ungefähr 30 bis 40 Sekunden. Am 28. Mai passierte das gleiche vier- oder fünfmal, jedesmal 30 bis 40 Sekunden lang. Am 29. Mai wachte er früh um sieben auf und war sehr munter. Ich legte ihn auf den Wickeltisch. Da fing er plötzlich mörderisch zu schreien an, ein Geschrei, das mir das Blut gerinnen ließ. Er wurde sehr unruhig und reagierte dann überhaupt nicht mehr. Ich rief ihn beim Namen, ich klatschte in die Hände, aber er rührte sich nicht. Er ließ die Arme an den Seiten herabhängen und wurde ganz schlaff. Das dauerte etwa 30 Sekunden.

Einen Monat später gab ihm der Arzt eine weitere DPT-Injektion, und die epileptischen Anfälle wurden häufiger, bis zu 100 am Tag, obwohl er schon fünf verschiedene Medikamente einnehmen mußte. Heute ist Paul Hamill in seiner Entwicklung zurückgeblieben, besitzt autistische Merkmale und hat immer noch Anfälle.

Genau dieselben Folgen waren die tragischsten Auswirkungen epidemischer Enzephalitis. Sie konnten schon gleichzeitig mit den akuten Symptomen auftreten, es konnte aber auch Monate oder Jahre dauern, bis sie sich zeigten. Das bewies, daß die Krankheit, wie schon immer befürchtet worden

war, dauernde Schäden an Hirn, Rückgrat und neurologischem System verursacht hatte. Nur ein Enzephalitis-Patient von vierein entging diesen langfristigen Folgen, die um so häufiger und ernster waren, je jünger das Opfer war.

Geistige Zurückgebliebenheit, »geistige Behinderung«, »Amentia«, Ja völlige Idiotie wurden häufig festgestellt, während kleinerer Beeinträchtigungen der Intelligenz fast immer auftraten, auch wenn es sich nur um ein paar Punkte beim Intelligenztest handelte."

Wie gesagt, je jünger die Patienten waren, desto deutlicher traten die destruktiven Wirkungen auf Denken und Intelligenz zutage. Frank R. Ford, Professor für Neurologie am John-Hopkins-Institut, schrieb 1937: »Bei Kleinkindern wird die mentale Entwicklung häufig vollständig blockiert, und es kann zu Idiotie oder Deblilität kommen.« Jugendliche und Erwachsene kamen bisweilen mit nur geringer Zurückgebliebenheit davon oder blieben ganz normal. Durch Keuchhusten verursachte Enzephalitis stand dabei an vorderster Stelle. Anells Untersuchung dieser Krankheit kam zu dem Ergebnis, daß geistige Zurückgebliebenheit eine ihrer häufigsten Folgen war; und je jünger die Opfer dieser Krankheit waren, desto schlimmer wirkte sie sich aus.")

Ebenso waren oft Epilepsie und andere Arten von Anfällen nach epidemischer Enzephalitis festzustellen. Anell: »Viele Fälle idiopathischer Epilepsie können die Folge einfacher Kinderkrankheiten sein.« Und sie hätte hinzufügen können: die Folge von Kinderimpfungen." Oft handelte es sich bei diesen Fällen von Epilepsie um die »psychomotorische« Variante." Andere Arten von Anfällen waren Grand mal, Petit mal, Ticks, Tremor, Konvulsionen, Grimassieren, choreiforme und andere stereotype Bewegungen.

In einem Artikel aus dem Jahre 1986 schrieben Karen Nelson und Jonas Ellenberg von den National Institutes of Health, daß für den größten Teil der Epilepsieanfalle bei Kindern eigentlich keine Ursache angegeben werden könne." Und niemand kommt hier auf die Idee, daß die Impfungen eine Ursache sein könnten, obwohl man weiß, daß Impfungen Anfalle und Epilepsie hervorrufen können! Man weiß auch, daß Keuchhusten bei epileptischen Kindern besonders gefährlich ist."

Eine andere Serie von Folgeerscheinungen der Enzephalitis besteht aus Paralysen, Gehirnlähmung, Hemiplegie, Paraplegie, Quadriplegie, Schwäche der Arme und Beine (Hypotonie), Spastizität und Plumpheit.

Auch die Parkinsonsche Krankheit war als Folge der Enzephalitis gut bekannt, und sie trat später bei einem Drittel der Menschen auf, die Enzephalitis gehabt hatten (das fiel besonders nach der Epidemie von 1918 auf)." Von Economo beobachtete: »Der Parkinson-Patient mit triefendem, halb offenem Mund war eine wohlbekannte, typische Erscheinung chronischer Enzephalitis.«

Das gleiche Muster von Folgeerscheinungen ist nach Impfungen zu bemerken. Alan Dombrowski reagierte sehr heftig auf seine ersten drei Injektionen und ist ein Beispiel für Hypotonie:

Wenn er stolpert, kann er nicht reagieren und die Arme ausstrecken, um sich festzuhalten. Er fällt einfach flach aufs Gesicht.

Winford Mills, geboren 1982, erkrankte an einer schweren gastrointestinalen Störung einen Monat nach seiner ersten DPT-Impfung. Sie hielt sechs Wochen lang an und wurde von Ohrenscherzen und Infektionen der Atemwege abgelöst. Während dieser Krankheit beobachtete man, daß er intellektuell und physisch regredierte bis zu dem Punkt, an dem er sich heute noch befindet: Er hat den IQ eines neugeborenen Kindes, ist stumm und muskelschwach. Er liegt auf dem Fußboden oder in einem Stuhl wie eine Stoffpuppe, die dort liegenbleibt, wo man sie hingelegt hat.

Mütter haben gelegentlich nach Impfungen leichte Änderungen im Muskeltonus beobachtet. Die Mutter von Eric Hart berichtete, daß sein Moro-Reflex" nach der ersten DPT-Impfung deutlicher hervortrat. Einen Monat später wies er Säuglings spasmen auf.

Viele postenzephalitische Patienten in früheren Untersuchungen waren links- oder beidhändig, was sich ebenso bei impfgeschädigten Kindern findet." Die Mutter Keith Millers, der heute als gemäßigt autistisch diagnostiziert wird, erinnert sich, daß er im Alter von etwa zwei Jahren den Löffel aus seiner rechten in die linke Hand wandern ließ. (Der mögliche Zusammenhang zwischen schwerer Reaktion auf Impfungen und Links- bzw. Beidhändigkeit wäre ein gutes Forschungsthema.)

Muß es eine heftige akute Reaktion geben?

Forscher, die sich mit epidemischen Impfschäden beschäftigen, gehen stets davon aus, daß, falls es keine heftigen akuten Reaktionen gibt, auch langfristige Schäden ausbleiben. Auch wir akzeptierten diese Annahme, als wir »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« verfaßten. Um so verblüffender war es, daß sich die Hälfte der für dieses Buch interviewten Familien an keine auffällige unmittelbare Reaktion der Kinder auf Impfungen erinnern konnte, obwohl die Kinder kurze Zeit nach der einen oder anderen Injektion Symptome von Autismus oder anderen schweren neurologischen Schäden zeigten.

Man konnte nun zwei Schlüsse ziehen. Entweder hatten die neurologischen Befunde in diesen Fällen nichts mit Reaktionen auf eine Impfung zu

tun, waren also »angeboren«, wie Autoritäten der Medizin oft behaupten, oder es können sich langfristige Folgen zeigen, auch wenn vorher keine akute Reaktion aufgetreten ist.

Diese wichtige Frage sollte endlich durch entsprechende empirische Untersuchungen entschieden werden. Bis dahin jedoch muß die zweite Alternative aus historischen und theoretischen Gründen akzeptiert, zumindest in Betracht gezogen werden. Kurz gesagt: Von allen anderen Ursachen neurologischer Störungen ist *nur von der Enzephalitis* bekannt, daß sie schwere neurologische Schäden hervorrufen kann, selbst wenn akute Reaktionen fehlen. Warum sollte dann die durch Impfung hervorgerufene Enzephalitis eine Ausnahme sein?

Es war schon folgendes über epidemische Enzephalitis bekannt:

In sechs Fällen lagen Berichte über das tatsächliche Auftreten neurologischer Phänomene vor, obwohl es vorher keine akuten Fieberanfälle gegeben hatte."

Es ist nichts Ungewöhnliches, daß sich Symptome einer chronischen Phase der Krankheit entwickeln, ohne daß sie von akuten Erscheinungen angekündigt worden wären."

In den weitaus meisten Fällen gibt es keine Berichte über akute Enzephaliserkrankungen. Der Zustand des Kindes wird immer erst erkannt, wenn seine ganze Krankengeschichte und sein Gesamtverhalten sorgfältig untersucht und bewertet worden sind."

Baker schrieb 1949 über Masern und Keuchhusten: »Es gibt tatsächlich keinen Zusammenhang zwischen der Intensität der infektiösen Erkrankungen und einer Schädigung des Gehirns. In vielen Fällen mit mildem Krankheitsverlauf können schwere postenzephalitische Reaktionen erst Monate oder gar Jahre später auftreten.e"

Auch Anna Lisa Annells umfassende Untersuchung über Keuchhusten und seine Komplikationen betont diesen Sachverhalt. »Anscheinend hatten die Schwere (der Keuchhustenerkrankung) und die Intensität der klinischen Symptome keinen entscheidenden Einfluß auf die Folgen. Das hat sich auch bei anderen infektiösen Kinderkrankheiten deutlich gezeigt.s" »Sogar allem Anschein nach komplikationslos verlaufende Kinderkrankheiten können Hirnschädigungen zur Folge haben, die ihrerseits vielleicht die primäre Ursache für spätere Verhaltensstörungen sind.c"

Es gibt kaum einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Infektionskrankheit und dem Zerebralschaden. Der hervorgerufene Hirnschaden steht in keinem

Verhältnis zur Schwere der Ursprungskrankheit. Es können im Gegenteil Folgen sogar in solchen Fällen auftreten, in denen die klinischen Symptome, die auf eine Schädigung des Gehirns hingewiesen hatten, nur schwach waren und schnell wieder verschwanden. Vielleicht hatten sie sich z. B. nur als auffallende Lethargie oder kurze Trübung des Bewußtseins, als vorübergehender Kopfschmerz oder Erbrechen bei ein, zwei Gelegenheiten gezeigt. *Es kommt auch vor, daß Symptome für eine Schädigung des Gehirns ganz gefehlt haben* (Hervorhebung vom Verfasser). Deshalb ist es angebracht, nach Symptomen für Hirnschäden auch in solchen Fällen zu suchen, in denen bekannt ist, daß das Zentralnervensystem des Kindes nicht erkrankt war oder keine zerebralen Komplikationen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten auftraten."

Roger ~annister schreibt über »akute disseminierte Enzephalomyelitis«, daß es »keme vorhergehenden Allgemeinsymptome dafür zu geben braucht. Es kann auch sein, daß die neurologische Störung einer Infektion der oberen Atemwe~e oder einer influenzaähnlichen Krankheit erst nach einigen Tagen folgt.e" Über Enzephalomyelitis *nach einer Impfung* schreibt H. H. Merritt: »S~mptome dafür, daß die Gehirnhaut betroffen ist - Kopfschmerz, Nackensteife und Apathie -, treten gewöhnlich schon früh bei allen Arten von Impfungen auf. Aber in einer Reihe von Fällen gibt es keine weiteren Symptome.e"

Das führt zwingend zu dem Schluß, daß schwere neurologische Folgen nach Impfungen auftreten können, auch wenn es keine akute Reaktion gegeben hat. ~enn das Baby auf eine DPT-Injektion ein paar Tage lang mit »leichtem Fleber und Erregungszuständen« oder »Apathie« reagiert, so kann das ein Fall von Enzephalitis sein - und ist es häufig auch -, der sehr schwere neurologische Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Jeder Wissenschaftler, der die Möglichkeit übersieht oder zurückweist, daß Impfungen selbst bei Fehlen einer auffälligen akuten Reaktion die schwersten neurologischen Störungen hervorrufen können, wird Gründe dafür angeben müssen, weshalb er einen Unterschied zwischen postvazinaler Enzephalitis und aus anderen Ursachen entstandener Enzephalitis macht.

Es kann natürlich sein, daß ernste Reaktionen von den Eltern einfach übersehen werden. Vielleicht wird das Baby eine Stunde oder länger bewußtlos (»Schock«, »Kollaps«), und die Mutter glaubt, es sei unerwartet eingeschlafen oder habe länger als gewöhnlich geschlafen." Wenn es schwer aufzuwecken ist, nimmt sie das u. U. nicht weiter tragisch. Wird sie dann zehn oder 15 Jahre später über die Reaktion des Kindes auf die DPT-Impfung befragt, kann sie sich an kein ungewöhnliches Vorkommnis erinnern, auch wenn ihr Baby vielleicht einen sechs Stunden dauernden Ohnmachtsanfall hatte (den man in der pädiatrischen Literatur aus unerfindlichen Gründen

als »hypo tonischen hyporesponsiven Schub« bezeichnet). So kann also ein Patient, der die typischen langfristigen Auswirkungen einer Enzephalitis zeigt, durchaus das Opfer einer Impfung sein, obwohl seinerzeit keine akute Reaktion beobachtet worden ist.

Das läßt sich schlagend durch den Fall Frank Maxwell illustrieren (geboren Oktober 1978; Diagnose: verzögerte Entwicklung mit autistischen Symptomen). Seine Mutter wurde angerufen und um ein Interview gebeten. Aber sie war nicht sehr entgegenkommend, da sie schon wie viele Mütter von Autisten allzu ausgiebig von neugierigen Ärzten und Wissenschaftlern ausgequetscht worden war. Sie fragte nach dem Zweck des Interviews, und als sie erfuhr, es gehe um einen möglichen Zusammenhang mit der DPT-Impfung, sagte sie spontan, sie habe niemals eine Reaktion auf die Impfung bemerkt und erinnere sich nicht einmal, wann Frank geimpft worden sei. Als man ihr erklärte, die Injektionen erfolgten in der Regel mit zwei, vier und sechs Monaten, gab sie zur Antwort, dann könnten Impfungen bei Frank keine Rolle gespielt haben. Denn seine autistischen Symptome (emotionaler Rückzug und Vermeidung von Augenkontakt) seien schon ab einem Alter von *sechs Wochen* aufgetreten. Sie war sich dieses Datums sicher.

Das war eine überraschende Mitteilung, und man bat sie, noch einmal in Franks Baby-Tagebuch nachzusehen, um wirklich sicherzugehen. In heller Aufregung telefonierte sie nach einer Stunde zurück und berichtete, daß laut Tagebuch Frank seine erste Injektion mit sechs Wochen bekommen hatte. »Glauben Sie, das ist wichtig?« fragte sie.

Bei Bill Follett (geboren Januar 1972; Diagnose: autistisch) war es ähnlich. Sein Vater konnte sich an keine akute Reaktion erinnern, gab aber an, daß der Sohn einige Tage nach der vierten DPT-Impfung auffällig desinteressiert, distanziert und abweisend geworden sei. Und das habe sich allmählich zu vollem Autismus entwickelt.

David Montgomery (geboren Januar 1975; Diagnose: autismusähnlich) zeigte eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur genau zum Zeitpunkt der MMR-Injektion. Früher hatte er die üblichen Baby-laute von sich gegeben, jetzt aber versank er in Stillschweigen und entwickelte extreme Ängste vor jeder Änderung in der Routine. So etwas rief Schreikrämpfe bei ihm hervor.

Auch Herbert Irving (geboren Dezember 1981, Diagnose: autistisch) vermied nach der dritten DPT-Impfung jeden Kontakt mit Menschen:

Die dritte Injektion gab den Ausschlag. Er hätte sie schon früher bekommen sollen, sie war aber wegen seiner Ohrenscherzen aufgeschoben worden. Sobald die Ohrenscherzen aufhörten, verpaßten sie ihm die Injektion. Das war am 2. Januar. Zehn Tage später gingen wir in Urlaub und blieben zehn oder 15 Tage weg. In dieser Zeit ging es ihm immer schlechter. Und als wir zurückkamen, lag er völlig apa-

thisch in seinem Beuchen und legte keinen Wert darauf, uns zu sehen oder auf den Arm genommen zu werden. Zuvor hatte er auch Verbindung mit den anderen Kindern gehabt. Er schaute ihnen zu, wie sie ihre Hausaufgaben machten, und lachte ihnen zu. Oder er stand im Ställchen und beobachtete ihre Späße.

Mary Dorfmann (geboren März 1965, Diagnose: autistisch) erhielt die mit 18 Monaten vorgesehene DPT-Injektion, als sie im Krankenhaus war. Sie sollte dort wegen ihres Schielens operiert werden (das möglicherweise durch die früheren Impfungen verursacht war!). Von da an zog sie sich von den Menschen zurück. Die Eltern schrieben das einem »emotionalen Trauma« zu, verursacht durch den Krankenhausaufenthalt.

Stephen Kennedy (geboren März 1978; Diagnose: »atypisch« mit autistischen Tendenzen) regredierte in verschiedener Hinsicht im Alter von zweieinhalb Jahren kurz nach dem DPT-Schuß. Er konnte von da an Worte nicht mehr logisch verknüpfen und bekam Echolalie. Auch Blickstarre stellte sich ein (Absenzkrämpfe).

Manchmal ist der einzige Hinweis auf eine Impfreaktion eine Änderung in den Schlafgewohnheiten des Säuglings. Mütter erinnern sich an so etwas natürlich sehr gut.

Margaret Atwood (geboren September 1974; Diagnose: leicht autistisch) reagierte auf alle Injektionen nicht erkennbar. Aber ihre Mutter erinnerte sich an eine auffällige Änderung in ihren Schlafgewohnheiten mit 18 Monaten. Das war der Zeitpunkt der vierten Impfung. Früher war sie tagsüber gelegentlich eingeschlummert, aber danach wurde sie hyperaktiv, es war vorbei mit den Schlummerstündchen, und sie schlief nachts nur sehr wenig.

Tammy Garrett (geboren Dezember 1977; Diagnose: atypische Entwicklung, autistisches Syndrom) »machte seit ihrem zweiten Monat die Nacht zum Tage«, d. h., nachdem sie ihren ersten Schuß bekommen hatte.

Diese Frage erfordert weitere Untersuchungen. Vielleicht findet sich ein Zuschuß dafür irgendwo in dem viele Milliarden Dollar umfassenden Budget der National Institutes of Health. Wenn es wirklich so ist, daß Impfungen ernste neurologische Schäden auch bei Fehlen akuter Reaktionen hervorrufen, würde das ein neues Licht auf das ganze US-Forschungsprogramm werfen, das sich mit Impfreaktionen befaßt.

Der »Hot Lot«

Unausgesprochen ist das Denken über Impfschäden weitgehend von der Annahme bestimmt, daß nur eine ungewöhnlich starke Dosis von Vakzine, der sogenannte »Hot Lot«, der dem FDA-Sicherheitssystem irgendwie

durch die Maschen schlüpft, wirklich ernste neurologische Schäden verursachen kann. Diese Annahme ließe sich halten, wenn Impfschäden nur in einem oder zwei Fällen pro Million geimpfter Kinder auftreten würden - wie es unsere offiziellen Statistiken hartnäckig behaupten. Wenn jedoch Schäden in 15 bis 20 % aller Fälle auftreten (das ist nach der Häufigkeit der Lernbehinderungen in den Vereinigten Staaten geschätzt), können sie kaum alle durch eine versehentliche Überdosis Impfstoff verursacht sein. Es mögen durchaus auch einmal minderwertige Vakzine auf den Markt gelangen. Aber die neurologischen Schäden, wie sie in diesem Buch beschrieben werden, sind zu umfangreich, als daß man sie ausschließlich den »Hot Lots« zuschreiben könnte."

Nicht die Impfstoffe sind »schuld«, sondern die unterschiedliche genetische oder »konstitutionelle« Beschaffenheit der geimpften Kinder, die so viele von ihnen prädisponiert, auf einen vollkommen »sicheren« Impfstoff so heftig zu reagieren.

Laurence Steinman schrieb: »Es klingt wie aus einem Roman, daß negative Reaktionen auf routinemäßige Impfungen genetisch bedingt sein sollen.« Aber dieser Zusammenhang wird von Charles M. Poser, M. D., von der neurologischen Abteilung der medizinischen Fakultät der Universität Harvard bestätigt, der über Enzephalitis bemerkt:

Weder die Natur noch die Schwere der pathologischen Reaktion hängt von dem spezifischen antigenen Reiz (der vorhergehenden Virusinfektion oder Impfung) ab. Es ist vielmehr so, daß diese Reaktionen auf die eigenständige, besondere Immunabwehr des jeweiligen Patienten zurückgehen. Dasselbe gilt vom anatomischen Ort, an dem die Reaktionen auftreten. Auch er hängt von der Eigenart des Patienten ab und ist unvorhersehbar ... Die Antwort auf den Reiz ist vom »Wirt« des Virus vorgegeben, nicht vom Reiz selbst."

Vollkommen »normale« Babys können katastrophal auf eine vollkommenen »normale« Dosis Vakzine reagieren und tun es auch!

Entwicklungsverzögerung

Die gewöhnliche Bezeichnung für all diese von Enzephalitis verursachten Störungen ist »Entwicklungsverzögerung«. Die Betroffenen bleiben mehr oder weniger in allen Bereichen physischer, emotionaler und intellektueller Entwicklung zurück. In den ernsteren Fällen bleiben sie Kinder, ja Kleinkinder für ihr ganzes weiteres Leben.

Es sind Kinder, die nur langsam wachsen. Sie lernen verspätet gehen und

sprechen. Sie sind Bettnässer bis ins jugendliche Alter und darüber hinaus. Auch Zähne bekommen sie u. U. erst sehr spät. Ein Junge hatte mit elf noch keinen einzigen Zahn." Auch Mikrozephalie (Kleinwuchs des Schädels) kommt vor. Ein sehr schwerer Fall, von Keuchhusten verursacht, wird aus dem Jahr 1869 berichtet:

Während ich vor einigen Jahren in Ohio lebte, wurde ich mit einem 22jährigen jungen Mann bekannt, der durch bestimmte auffällige Merkmale meine Aufmerksamkeit auf sich zog. Sein Verstand war offensichtlich unterentwickelt und wohl auch nicht mehr imstande, diese Entwicklung in etwa nachzuholen. Und während seine Gestalt die eines erwachsenen Mannes war, war sein Schädel äußerst klein und hatte in der Kindheit anscheinend zu wachsen aufgehört. Der übrige Kopf jedoch, das Gesicht usw., war gewachsen, wodurch die vordere Hälfte viel zu weit vorzuziehen schien. Ich interessierte mich ziemlich für den Burschen und machte die Bekanntschaft seiner Mutter. Von ihr erfuhr ich das folgende: Im Alter von sechs oder sieben Jahren war er schwer an Keuchhusten erkrankt, doch ohne Komplikationen. Die Krankheit war unglaublich hartnäckig und dauerte ohne Milderung mehrere Monate an ... Seitdem hat sein Kopf aufgehört zu wachsen, und der kleine Hut, den er damals trug, wird von seiner Mutter aufbewahrt und paßt ihm immer noch."

Auch epidemische Enzephalitis hatte eine verzögernde Wirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung. T. R. Hill wies im Jahre 1928 auf die »übermäßige Wirksamkeit der primitiven Instinkte bei diesen Patienten hin« und »ihre völlige Abhängigkeit von ihnen.« Harry Bakwin schrieb 1949: »Im ganzen handelte es sich anscheinend um eine Verzögerung der Persönlichkeitsentwicklung. Das Schulkind verhielt sich wie ein Kind aus dem Kindergarten und das Kindergartenkind wie ein Säugling.« »Anscheinend hört die Persönlichkeitsentwicklung als Ganzes auf, wodurch die Betreffenden auf einem niedrigeren Verhaltensniveau stehenbleiben - vielleicht, weil die Reifungsmechanismen irgendwie gestört werden ... Primitivreaktionen, die sich im Kleinkindalter normalerweise auswachsen, bleiben bis ins Kindergartenalter und noch länger erhalten.«

Die Pertussisvakzine verursacht »Verzögerungen« und »Verlangsamungen«, ja sogar »Umkehrungen« der Identitätsentwicklung.

Mit drei Jahren konnte er einfache Bücher und Geschichten lesen. Aber mit fünf Jahren konnte er überhaupt nicht mehr lesen und hat jetzt immer noch Schwierigkeiten damit. Beim Rechnen hat er Probleme mit den Zahlen. Früher hatte er ein unglaubliches Gedächtnis. Er konnte Abschnitte und lange Sätze auswendig, bevor er fünf war. Aber jetzt kann er es nicht mehr.

Sie ist gerade sieben geworden, und ihre Koordination ist sehr schlecht. Erst mit sechs lernte sie laufen. In ihrer ganzen Entwicklung war sie sehr verzögert ... beim Gehen, beim Sprechen.

Mit 15 Monaten war er ein wunderbar folgsames, freundliches Baby, ganz fabelhaft. Aß gut, schlief gut, keine Probleme. Und auch nicht allzu brav. Sehr gesellig. Konnte sprechen, konnte spielen. Das erste, was sich änderte, war sein Benehmen. [Nach MMR- und DT-Injektionen und der Polio-Schluckimpfung] wurde er unkontrollierbar, hyperaktiv. Drei Tage danach hatte er all diese Symptome: Aufsässigkeit, Hyperaktivität, Schläffheit, sein Körper war wie eine Stoffpuppe. Er verlor die Fähigkeit, zu sprechen und zu spielen.

Er hatte eine Ohrinfektion, als er sechs Monate alt war. Damals sprach er schon ein bißchen. Aber mit einem Jahr war er taub. Er hörte auf zu sprechen und fing erst wieder an, als er fast drei war.

Bis dahin war Jeanne die aufgewecktere der beiden Zwillinge gewesen. Danach fiel sie zurück. Wir wußten, daß sie als erste sprechen lernen würde, weil sie vor der Impfung schon einen Anlauf dazu gemacht hatte. Aber nach der Impfung war anscheinend alles aus und vorbei für Jeanne.

Wir leben am Ende des 20. Jahrhunderts. Unsere Medizin ist zu einer Industrie geworden. Da ist die Vorstellung, Kinderkrankheiten könnten für das Kind in Wirklichkeit *heilsam* sein, geradezu eine Ketzerei. Aber man sollte diese Vorstellung durchaus einmal ernst nehmen. Früher stellten Ärzte, die diese Krankheiten gut kannten, oft einen Wachstums- und Entwicklungsschub fest, wenn eine Auseinandersetzung des Kindes mit Masern, Mumps oder Keuchhusten beendet war. Diese Weisheit ist heute verlorengegangen.

Und wie soll das Immunsystem des Kindes gestärkt werden, wenn es dem Kampf gegen die Krankheit selbst gar nicht ausgesetzt wird? Es ist also so, daß das »immunste Kind der Weltgeschichte« zu einem Erwachsenen heranwächst, der nicht die geringste Immunität besitzt.

Selbstgefälligkeit (Egotismus), Ich-Schwäche, Entfremdung

In den vorangegangenen Kapiteln über Autismus und Minimalhirnschaden wurden die intellektuellen und Persönlichkeitsmerkmale herausgearbeitet, die diese Zustände charakterisieren. Genau dieselben Merkmale werden auch in der Literatur über epidemische Enzephalitis beschrieben.

Kinder mit postenzephalitischem Syndrom litten an Selbstgefälligkeit, Narzißmus und Solipsismus und wurden, wenn sie von der Außenwelt wiederholt Schläge bekommen hatten, ichschwach, ängstlich, depressiv und mutlos." Selbstgefälligkeit zeigt sich typischerweise in Form einer Mißachtung physischer Gefahr und Exhibitionismus:

Sie lief ziemlich ziellos direkt vor den Autos über die Straße oder sprang auf die fahrenden Busse auf. Sie konnte in einen Pferdewagen steigen, dessen Fuhrmann gerade nicht da war, und damit herumkutschieren. Einmal gingen ihr die Pferde durch, weil sie zu heftig auf sie einpeitschte. Sie wurde schließlich gerettet, war unverletzt und gar nicht erschrocken."

Diese Mädchen ... wollten immer im Mittelpunkt stehen. Ein Kind stieg bei einem Fest der Sonntagsschule auf die Bühne und sang und tanzte, bis es heruntergezogen wurde."

Wenn diese Kinder noch sehr klein sind, kennen sie ihre Schwächen nicht. Sie sind völlig abhängig von ihren Trieben, was zu »Euphorie« führt." Aber die Euphorie schwindet, sobald sie älter werden und bemerken, daß sie »verschieden« von anderen Menschen sind. Das untergräbt ihr Selbstbewußtsein. Das Ergebnis ist ein schwaches Ich, was sich als Unsicherheit, Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Angst vor dem Neuen und Abneigung, Initiativen zu ergreifen, kundtut:

Fall 11, ein Junge, der zum Zeitpunkt der Untersuchung gerade dreieinhalb war, machte nur gelegentlich einen psychotischen Eindruck, und zwar dann, wenn er wie im Traum zu sein schien. In den Zeiten zwischen diesen Anfällen war er allerdings extrem ängstlich."

Fall 12, ein Junge von knapp fünfzehn Jahren, war gewöhnlich nicht psychotisch, doch er hatte plötzliche Anfälle, in denen er ängstlich wirkte, unsicher in seinen Bewegungen und ohne Kontakt mit der Umwelt."

William war ein freundlicher Junge, der wegen seiner Offenheit und seiner Bereitschaft, sich nützlich zu machen, überall beliebt war. Man stellte fest, daß er emotional instabil und sozial unreif war und ein auffälliges Gefühl der Unsicherheit zeigte ... Besonders erschreckten ihn neue Erlebnisse ... und manchmal hatte er die Empfindung, sich selbst nicht beherrschen zu können. In einem Interview sagte er: »Ich habe immer Angst davor, wenn etwas anfängt, und habe Angst davor, es nicht zu schaffen ...«⁹⁰

Eine Analyse der Persönlichkeitsstruktur ergab, daß er von Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühlen erfüllt war. Es gibt zahlreiche Hinweise auf Überängstlichkeit. Er sagt, seit seiner Krankheit habe er Angst, nachts das Zimmer zu verlassen ... Von seinen körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten, besonders seiner Fähigkeit, in der Schule zu lernen, hält er nicht viel ... Er hat das Gefühl, von Jungen, die nicht krank waren, verschieden zu sein."

Im Sommer entwickelte sich ein starkes Gefühl der Furcht. Zu Hause hatte er Angst, allein zu bleiben, und statt sich ins Bett zu legen, legte er Kissen auf Stühle und schlief darauf."

Solche Menschen entfremden sich der Gesellschaft und sich selbst, sie werden zu Einsiedlern und Einzelgängern. »Eine ganze Anzahl erklärte, sie wollten gar nicht mit anderen zusammensein und lieber allein bleiben.« »Sie waren ungesellig und gaben sich kaum Mühe, am Gruppenleben teilzunehmen.« »Bis zu einem gewissen Grad war er ungesellig, ging anderen gerne aus dem Weg, oder sie ließen ihn gleichgültig.«

Impfgeschädigte Kinder zeigen dieselbe Ich-Schwäche. Sie sind emotional schwach, ängstlich, furchtsam, bleiben immer am Rande und sind überempfindlich gegen Kritik:

Eines Abends brachte meine Tochter einen Luftballon mit und zeigte ihn ihm, um ihm eine Freude zu machen. Sie ließ ihn in der Luft tanzen. Aber als er ihn sah, schrie er ganz erbärmlich. Er bebte an allen Gliedern und schrie, wie wenn er von diesem Anblick ungeheuer erschrocken wäre. Bis dahin war Clarence einfröhlicher, unternehmungslustiger Bursche gewesen. Er war ungewöhnlich mutig, und kaum jemals ließ er sich einen Schrecken einjagen. Aber nach diesem Ereignis schrie er immer schreckerfüllt, wenn er Luftballons oder Kaugummi sah. Er wollte nicht einmal mehr in ein Zimmer gehen, in dem jemand Kaugummi kaute. Wenn wir das Zimmer verließen, blieb er auf der Schwelle stehen und schrie und gestikuliert, bis wir ihn auf den Arm nahmen. Über Nacht wurde ein ängstlicher, nervöser kleiner Junge aus ihm, und wir konnten uns keinen Reim darauf machen. Das blieb drei Monaten so.

Sie leiden unter ihrer eigenen Untauglichkeit, ihrer Unfähigkeit, so zu sein wie die anderen:

Nach der dritten Injektion wurde er in seinen Beziehungen sehr heikel. Er weinte dauernd - nicht so, wie wenn er körperliche Schmerzen hätte, aber er fühlte sich sehr unwohl. Ich sehe es genau. Er versteht, was man zu ihm sagt, aber er kann es nicht in seine eigene Sprache übersetzen. Er bringt es nicht heraus, was er sagen will,

verstehen Sie. Mit körperlichen Bewegungen ist es das gleiche. Er weiß, wie man z. B. die Schmiebsenkel zubinden muß, aber sein Körper macht einfach nicht mit. Innerlich ist er dann sehr aufgebracht, sehr entmutigt. Er hat die unangenehme Empfindung, daß er anders als die anderen ist. Er weint dann und ist deprimiert.

Mein ganzes Leben habe ich mich mit meiner Unfähigkeit herumschlagen müssen. Es ist, wie wenn ich in einem Körper gefangen wäre, der nicht so will, wie ich will.

Sie kann ihre Bewegungen nicht koordinieren. Sie kann sich nur sehr schlecht konzentrieren und ist sehr von Emotionen bestimmt. Sie ist sehr entmutigt. Wenn sie etwas nicht oder nicht richtig tun kann, will sie es nicht einmal versuchen. In der Schule weint sie, und zu Hause weint sie. Wenn sie ein Glas Milch verschüttet, ist das für sie wie ein Weituntergang.

Jeanne ist sehr frustriert, weil sie sich natürlich mit Judy vergleicht und das Gefühl hat, ihr nicht gewachsen zu sein. Sie hört auf zu spielen, weint und sagt: »Ich bin dumm. Ich weiß nichts. Ich bin zu nichts Rechtem imstande.« Lange Zeit war sie anscheinend durch und durch mutlos geworden.

Bei Kindern mit epidemischer Enzephalitis führten diese Merkmale zu Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, ja Paranoia:

Das Mädchen war äußerst mißtrauisch und meinte immer, alle sprächen über sie ... Das Mädchen hatte viele paranoide Vorstellungen, und es gab Hinweise darauf, daß es auditive und visuelle Halluzinationen hatte."

Er hatte das Gefühl, jeder habe ihn auf dem Kieker. Er brüstete sich mit seinen Eskapaden und erklärte ununterbrochen, er habe nichts falsch gemacht, die anderen seien schuld ... Obgleich er sich selbst in manche Schwierigkeiten gebracht hatte, spielte er das herunter und weigerte sich zuzugeben, daß er irgend etwas falsch gemacht hatte."

Wohin man also blickt, selbst in die feineren Mechanismen der Persönlichkeitsentwicklung - die Parallelen zwischen Autismus, Minimalhirnschaden, dem postenzephalitischen Syndrom und den Impfschäden sind unmöglich zu übersehen.

Ein moralisches und emotionales Vakuum

Kinder mit postenzephalitischem Syndrom sind zu tieferen Empfindungen nicht fähig. »Gefühlsarmut war ein wesentliches Symptom.« »Die Rechte der anderen waren ihm offenbar gleichgültig, es mangelte ihm an Zuneigung.« »Ihre Emotionen sind matt oder sogar völlig kraftlos.« Dasselbe läßt sich beim impfgeschädigten Kind beobachten:

Sonst war er immer voller Empfindungen, aber jetzt hat er nur matte Gefühle. Er ist passiv und zurückhaltend. Wenn ihm jemand etwas wegnimmt, läuft er einfach davon. Manchmal sieht er wie verrückt aus.

Es fehlt ihnen der Sinn für Moral. Wie Frank Elliott bemerkt: »Auch das Gewissen hat, wie es scheint, ein physiologisches Substrat.« Ein Wissenschaftler am John-Hopkins-Krankenhaus in Baltimore schrieb 1922:

In der Schule waren sie frech, respektlos, ungehorsam und disziplinarischen Maßnahmen unzugänglich. Zu Hause fluchten sie über ihre Eltern oder schlugen sie sogar. Sie waren träge oder gleichgültig. Einige von ihnen sagten, sie machten immer das, was ihnen gefalle. Ständig liefen sie herum und hielten sich stundenlang auf der Straße auf. Manche verloren den Respekt vor persönlichem und öffentlichem Eigentum. Sie zerstörten ihren eigenen Besitz oder die Wohnungseinrichtung ... Sie fabrizierten Ausreden und Lügen. Es gab Wutanfälle und Schreikrämpfe, die nicht unter Kontrolle zu bringen waren."

Ein anderer Fachmann beschrieb sie 1940 folgendermaßen:

Der moralische und soziale Sinn des Patienten ist getrübt. Sein Fehlverhalten umfaßt die ganze Palette jugendlicher Verdorbenheit von Lügen und kleinen Diebstählen bis zu Körperverletzungen. Wenn er sich ändert, ist es anscheinend immer zum Schlechteren ... Ein Kind, das zuvor durchaus zu verantwortlichem Verhalten fähig war, kann gleichgültig werden, grausam, zerstörerisch, beleidigend, taktlos wie ein Kobold. Es ist zu jeder schlechten Tat fähig, von bloßer Ungezogenheit bis zum Verbrechen Das Kind ist ein Geschöpf des Impulses. Es reagiert immer auf den Augenblick und läßt seine sozialen Aggressionen an dem Material aus, das gerade vorhanden ist."

Ihr Mangel an Emotionen und Mitgefühl machte sie unempfindlich für Strafe. Sie reagierten gar nicht darauf. Andere jedoch, wahrscheinlich im Vollbesitz ihrer intellektuellen Fähigkeiten, wollten bei diesen Ungezogen-

heiten nicht mitmachen und entschuldigten sich dafür. Sie fühlten die Last, die auf ihnen lag, und wurden durch sie niedergedrückt:

Er spürt, daß er sich von Jungen, die nicht krank waren, unterscheidet, und glaubt, seine ganze Familie halte ihn für heillos geistig minderbemittelt. ^{wo}

In einigen Fällen ... traten vorübergehende, aber doch recht schwere reaktive Depressionen auf, als die Patienten älter wurden."

Er unterscheidet deutlich zwischen seinem Verhalten vor der Enzephalitis und dem danach und sagt, daß er vor seiner Krankheit tat, was der Lehrer sagte, und seinen Vater immer um Erlaubnis fragte, wenn er weggehen wollte. Aber danach, so sagt er, »pflaumte« er den Lehrer an, daß Bonbons in der Schule, lief von zu Hause weg und streunte den ganzen Tag draußen herum.v"

Gewissensbisse führten dann manchmal zum Selbstmord oder zum Selbstmordversuch:

Einmal passierte so etwas in Nordengland bei einem Jungen von 15. Er erwürgte ein Mädchen fast, das über ihn gelacht hatte, und hängte sich danach selbst auf."

Intellektuelle Fragmentierung

Die vielen physischen, emotionalen und neurologischen Defekte bedeuten eine Not für den Intellekt dieser Kinder, die er unmöglich bewältigen kann. Frank Elliott stellt fest: »In der klinischen Praxis ist eine der ersten Folgeerscheinungen diffuser Hirnschädigung eine Beeinträchtigung des begrifflichen Denkens.«? Das postenzephalitische Kind leidet unter den gleichen Schwierigkeiten wie das autistische, wenn es versucht, logisch begrifflich zu denken.

Harry Bakwin schrieb 1949, einer der Hauptdefekte des Kindes mit postenzephalitischem Hirnschaden sei seine Unfähigkeit, Wahrnehmungen zu verarbeiten. Das Problem besteht in der Synthese der Wahrnehmungen zu einem logischen Ganzen.: " Strauss und Lehtinen beobachteten 1947, daß diese Kinder nicht zwischen wichtigen und unwichtigen Eindrücken unterscheiden können. Das macht sich sowohl in ihrer Art zu denken als auch in ihrer Interpretation visueller Eindrücke bemerkbar. Sie konnten den Umriß einer menschlichen Gestalt nicht zeichnen, was Lauretta Bender zu dem Schluß veranlaßte, sie hätten nur eine fragmentarische Vorstellung von ihrem eigenen Körper. Denn nur wer eine Gesamtvorstellung von seinem ei-

genen Körper hat, kann ihn auch in einer Zeichnung abbilden, und diese Gesamtvorstellung fehlte ihnen.?"

So sind sie nicht imstande, sich die äußere Welt vorzustellen oder sich Begriffe davon zu machen. Sie können nicht abstrahieren, die Welt nicht rational durchdringen und sie nicht symbolisch darstellen. Zu all diesen Schwierigkeiten kommt noch ein schwaches Gedächtnis, obwohl das postenzephalitische Kind in Einzelfällen ein phänomenal gutes Gedächtnis hat.!"

Mit so vielen Handicaps behaftet, ist es für postenzephalitische Kinder unmöglich, Erfahrungen zu machen. Josephine Neal schrieb 1942, ihre spezifischen intellektuellen Defizite »beruhen darauf, daß sie Schwierigkeiten haben, durch Wahrnehmungen Erfahrungen zu machen und sich dadurch bestimmte Verhaltensmuster zuzulegen«. Alles, was ihnen zustößt, ist wirr und unverständlich. Wenn sie »Erfahrungen« machen, so sind sie fragmentarisch und liegen unverarbeitet im Bewußtsein." Da das Urteilsvermögen auf Erfahrung beruht, fehlt ihnen auch die Fähigkeit zu urteilen. Sie können die Folgen ihrer Handlungen nicht voraussehen und machen sich deshalb auch keine Gedanken darüber.!"

Labilität und Impulsivität

Postenzephalitische Kinder sind wegen ihrer kindischen Stimmungsumschwünge und ihrer Launenhaftigkeit bekannt:

Er wurde mit einer ungewöhnlich langen Liste von Verhaltensstörungen in unser Revier gebracht ... Bei der Aussicht, aus seinem Pflegeheim wegzumüssen, weinte er bitterlich, aber schon ein paar Minuten später war er davon fasziniert, übers Gelände auf einen Arzt, der drunten vorbeiging, zu spucken. Das war für uns ein gutes Anschauungsmaterial für die Stimmungsumschwünge bei George ...¹¹¹

Zuzeiten war Roy anscheinend gut zu haben und sehr lieb. In solchen Augenblicken schlang er die Arme um irgendeine Bezugsperson im Heim und benahm sich zärtlich und liebevoll. Aber schon einen Moment später änderte sich seine Stimmung, und er versuchte, das Objekt seiner vorherigen Zuneigung zu verletzen.!"

Launenhaftigkeit geht mit Impulsivität Hand in Hand. Ihre Handlungen geschehen niemals mit Vorbedacht, sondern sind oft aus dem Augenblick geboren. Impulse werden unmittelbar in Aktion umgesetzt.

Fall 41 mag als Beispiel für diese Hyperaktivität und die Hemmungslosigkeit dienen, die mit unvorhersehbaren Stimmungsumschwüngen einhergehen. Der Junge

war unglaublich lebhaft, unruhig und destruktiv, doch schien er gelegentlich zu träumen und hörte und sah dann nichts mehr. Er hatte plötzlich Zornesausbrüche. In vieler Hinsicht reagierte er extrem unreif und primitiv. Er war vollständig unberechenbar.!"

Ihre Fähigkeit, mit Enttäuschungen fertig zu werden, ist sehr gering.

Aufgrund seiner Hyperaktivität und Hemmungslosigkeit ist die Stimmung des hirnverletzten Kindes immer am Umschlagen: Es ist erstaunlich, zu sehen, wie es manchmal explosionsartig in Tränen ausbricht, wenn ihm eine Schwierigkeit begegnet. Seine Reaktion auf so etwas ist völlige Hilflosigkeit und Verzweiflung. Es ist eben mit einer Situation konfrontiert, die anscheinend unlösbar ist. Das äußert sich bei diesen Kindern normalerweise durch heftiges Weinen, das so intensiv sein kann, daß tröstende und beruhigende Worte nicht das geringste dagegen ausrichten.!"

Das postenzephalitische Kind wird von den Impulsen des Augenblicks getrieben. Es fehlt ihm ein Über-Ich, so daß es so egozentrisch und primitiv selbstsüchtig ist wie ein neugeborenes Baby - den instinktiven Wünschen nach Bedürfnisbefriedigung ausgeliefert. Manchmal überkommt es das Gefühl, »außerhalb der Zeit« zu stehen, was ein Hinweis darauf sein könnte, daß ihm wie dem Kleinkind der Zeitsinn fehlt:

Während ihrer Anfälle, die sie bei vollem Bewußtsein hat, verliert sie vollständig ihren Zeitsinn. Würde man ihr es, wenn die Anfälle vorbei sind, nicht sagen, so würde sie niemals wissen, wie lange sie gedauert haben, obwohl sie sich an sonstige Einzelheiten mit bemerkenswerter Deutlichkeit erinnert. Dieses Gefühl der Zeitlosigkeit ist aber der Patientin bei den Anfällen ganz bewußt. Es irritiert sie sehr, so daß sie, um mit der Zeit in Kontakt und zeitorientiert zu bleiben, immer wieder auf ihre Uhr schaut. Sie versucht sich auf jede Minute zu konzentrieren, um sie in ihrer Bedeutung ja voll auszuschöpfen.!"

Kompensation der Ich-Schwäche durch Widerstand gegen Veränderung

Diese Kinder und Jugendlichen verfügen über bestimmte Mechanismen, mit denen sie ihre Ich-Schwäche und Minderwertigkeitsgefühle verdecken und verdrängen sowie die Herrschaft über ihre Umwelt wiedergewinnen können.

Einige davon sind Widerspruchsgeist, hartnäckiger Ungehorsam, Aus-

weichen, Ausreden, Antwortverweigerung und Opposition gegen Autoritäten.!" Disziplin lehnen sie ab, sie prallt normalerweise wirkungslos an ihnen ab:

Zuerst wurde berichtet, er betrage sich recht gut in seinem Pflegeheim. Die Verhältnisse dort waren günstig für ein ruhiges Leben, wie es ihm vorgeschrieben war. Doch bald kam es zu Vorfällen folgender Art: George hielt lange Reden, die rein erfunden waren. Was Gehorsam war, war anscheinend ein Buch mit sieben Siegeln für ihn. Bei den kleinsten Aufträgen, die er bekam, war er unzuverlässig.!"

Nach ihrer Krankheit wurde sie reizbar und ungeduldig, wollte immer ihren eigenen Kopf durchsetzen, und wenn ihr das nicht erlaubt wurde, trat sie mit den Füßen um sich, schrie und biß wie eine Wilde. Sie war so lange aufsässig und widerpenstig, bis sie ihre Mutter zum Weinen gebracht hatte.!"

Wenn das postenzephalitische Kind nicht seinen Willen bekommt, bricht es in Tränen aus. Es ist eine richtige »Heulsuse«, worin sich eine Schwäche des Tränennervs zeigt.!" Ein anderer Mechanismus ist Quengelei oder beharrliches Gejammere. Darin drücken sich geistige Unbeweglichkeit und die Unfähigkeit aus, eine vorgefaßte Meinung fallenzulassen.!"

Der Junge war anscheinend lebhaft und unruhig, aber zu gleicher Zeit im Denken extrem steif. Er war unfähig, sich auf neue Situationen einzustellen ... Auffällig war seine Tendenz zur Beharrlichkeit: Er zeichnete eine ganze Reihe von Bildern mit genau demselben Thema, und in der Schule stellte er oft während der ganzen Stunde ein und dieselbe Frage.!"

Dieses Bedürfnis, Herr der Lage zu sein, kann sich auch in einem übertriebenen Hang äußern, folgsam zu sein oder andere zu tyrannisieren und herumzukommandieren, Führerschaft zu beanspruchen.

Seit ihrer Ankunft im Jahre 1926 hat sie ein beträchtlich gestörtes Verhalten an den Tag gelegt. Dauernd mischt sie sich in die Angelegenheiten anderer Kinder ein. Sie will ihnen Befehle erteilen, sie bevormunden, und dann gibt es Krach. Ihr äußerst heftiges, leicht entflammbares Temperament produziert wilde Kämpfe. Wenn ihr ihre Einmischung in die Angelegenheiten anderer Kinder von jemandem verwehrt wird, greift sie diese Person an, schlägt sie und versucht, sie an der Kehle zu packen. Ihre Tendenz, sich bei anderen einzumischen, entspringt einem seltsamen mütterlichen Gefühl, einem Beschützerinstinkt, was manchmal dazu führt, daß sie die Erzieherinnen anweist, den anderen Kindern den einen oder anderen Dienst zu leisten. >

Der Vater berichtet: »Er muß in jeder Hinsicht seinen eigenen Willen haben. Wenn er ihn nicht bekommt, läuft er laut schreiend aus dem Zimmer. Besonders gern kommandiert er andere herum ... Er ist sehr selbstbewußt, keineswegs zurückhaltend.«

Aber Bevormundung anderer ist nur eine Fassade, hinter der sich ein Minderwertigkeitskomplex verbirgt.

Als einer von den größeren Jungen ausschied, nahm er seine Stelle als Führer ein. Er bewährte sich gut bei den neuen, ihm übertragenen Aufgaben. Stets war er an etwas interessiert, was ihm die Chance gab, Autorität auszuüben. Aber als man sich einmal zum Aufbruch bereit machte, um den Geburtstag eines anderen Jungen zu feiern, entschied sich John schließlich, nicht mitzugehen, und kroch unters Bett. Er erklärte, wenn etwas schiefginge, würde man ihm Vorwürfe machen. >'

Wenn ein Mensch mit der Neigung zur Bevormundung in extreme Lagen kommt, wird er zornig, wütend und gewalttätig:

Sein schlimmster Fehler war ... sein unkontrollierbares Temperament. Beim kleinsten Anlaß schlug er um sich, biß, kratzte und spuckte auf andere. Er war immer noch tyrannisch und zeitweise rauflustig.:"

Ihre heftigen Temperamentsausbrüche, ihre Rauflust oder ihr Trotz dauern immer nur einige Augenblicke, treten aber tagtäglich auf ... Die Betreuer charakterisieren sie so: »Sie verliert jede Beherrschung, und dann ist es ihr egal, was sie anderen antut, ohne Rücksicht auf die Folgen.« Strafen, Tadel, gutes Zureden haben zwar kurzfristig Erfolg. Sie macht dann tränenreiche Versprechungen, sich künftig zu bessern. Aber auf lange Sicht haben sie nicht die geringste Wirkung.:"

Das Kind wurde zuerst unruhig und rannte immer in der Abteilung umher, dann lief sein Gesicht rot an vor Ärger ... Das Kind wurde schließlich sehr wütend und hatte manchmal sogar Schaum vor dem Mund. Es versuchte, jeder Person in erreichbarer Nähe etwas anzutun, und nicht selten schlug es auf bettlägerige Patienten mit seinem Schuh oder anderen harten Gegenständen ein. Nach einigen Minuten war sein Zorn wieder verraucht, und sein Betragen tat ihm ungeheuer leid. In solchen Augenblicken war es sehr lieb und versuchte, die Erzieherinnen zu küssen und zu streicheln.?"

Der kleinste Scherz auf seine Kosten reizte ihn bis zur Gewalttätigkeit, und seine Gegenreaktion auf Kritik war extrem. Als ihm einmal einer seiner älteren Brüder

vorwarf, er habe ihm auf sein Buch gekritzelt, packte der Patient einen Schürhaken, der auf dem Ofen lag, und schlug damit auf seinen Bruder ein, bis der einen Schädelbruch hatte. Seitdem sind die Spannungen zwischen den beiden extrem.!"

Ein solches Verhalten, das bald den Namen »explosive Diathese« erhielt, wurde erstmals 1899 beschrieben:

Aufgrund der trivialsten und unschuldigsten Anlässe kann es geschehen ..., daß sie grotesk gestikulieren, das Gesicht zu Grimassen verziehen und Worte wie in einer Explosion herausschleudern. Sie können fluchen und Gewaltausbrüche haben, die sich oft gegen Sachen richten ... Die Reaktionen sind maßlos übertrieben und der Situation in keiner Weise angemessen. Sie unterscheiden sich dermaßen von einem wohlüberlegten und absichtsvollen Handeln, daß sie einem bloßen psychischen Reflex ähneln.?"

Dieses impulsive Handeln hat seine Parallelen in den Grimassen und Absonderlichkeiten beim Sprechen, die sich bei diesen Patienten ebenfalls zeigten und genauso unbeherrschbar waren.

Die Jugendlichen sind destruktiv und impulsiv. Die Impulse werden unmittelbar in Handlung umgesetzt. Es fehlen jede Hemmung und die Furcht vor schlimmen Folgen. Sie stehlen, lügen, zerstören Eigentum, legen Feuer und begehen Sexualverbrechen. Sie versuchen dabei gar nicht erst, etwas zu vertuschen, und behaupten, sie könnten nichts für ihr Verhalten. ¹³⁰

Sie war sich ihres anormalen Verhaltens durchaus bewußt, bedauerte es und sagte, sie könne nichts dagegen machen. Man konnte sie vor dem Unglück nur bewahren, indem man sie ins Bett steckte. Machte man ihr Vorhaltungen, so sagte sie: »Ich kann nichts dafür. Ich versuche ja, brav zu sein, aber es überkommt mich einfach. Ich versuche wirklich, damit aufzuhören ...« Zuweilen sagte sie: »Darf ich ein bißchen allein oben bleiben, bis die Schule anfängt? Ich habe das Gefühl, ich muß gleich losschlagen.«"

Sie sind sich offenbar sehr deutlich des Drangs, Böses zu tun, bewußt, aber einfach nicht in der Lage, sich zu beherrschen. Und von dieser Unfähigkeit, sich selbst in Schach zu halten, sprechen sie häufig auch. Ein Patient ... bemerkte in diesem Sinne: »Ich bin ein böser Junge. Ich weiß, ich bin ein böser Junge, aber ich kann nichts dagegen machen.« Eine meiner Patientinnen, die am Tisch saß, schob eine Porzellanschüssel weg und außer Reichweite, weil sie fürchtete, sie würde einem unbeherrschbaren Impuls erliegen, sie zu zerschlagen, und nachdem sie mich wild angespuckt hatte, brach sie in Tränen aus und machte sich, untröstlich über

das Geschehene, heftige Vorwürfe. Ein anderer Patient sagte, er habe oft den »Drang«, hinaus in den Garten zu gehen und seinen Hund dort zu quälen.'>

Die Patientin wurde im Oktober 1926 ins Krankenhaus eingeliefert ... Sie war streitsüchtig, leicht gereizt und sehr unruhig, unfähig, länger als ein paar Augenblicke in einer Stellung zu sitzen oder zu stehen. Wenn sie ihren Willen nicht bekam, hatte sie heftige Temperamentsausbrüche, fing schnell zu raufen an und zeigte das unbeherrschbare Bedürfnis, jeden, der in ihre Nähe kam, zu zwicken und zu schlagen. Und sie gab diesem Bedürfnis unbedingt nach, selbst wenn man zurückschlug. ¹³³

Eine Frau, die eine *Encephalitis lethargica* hinter sich hatte,

erlebte plötzlich regelmäßig, daß eine Woge in ihr aufstieg, eine körperlich spürbare Welle, die ihr Gehirn überflutete und sie zwang, die Fäuste zu ballen, die Zähne zusammenzubeißen und in wahnsinniger Wut ihre Mutter anzustarren: »Hätte meine Mutter damals etwas gesagt, was mir nicht paßte - ich hätte sie getötet.« Nach diesen Anfällen hatte sie immer Gewissensbisse.'>

Dieser »unwiderstehliche Impuls« läßt sich in der Praxis einiger dieser Kinder erkennen, sich selbst »grausam zu verstümmeln.v' »In seltenen Fällen entwickeln sich sonderbare mentale Zustände, die oft zu schrecklichen Selbstverstümmelungen führen, wie z. B. das Herausreißen der Zähne und der Augäpfel und das Annagen der Finger.c'>

Laut Krankengeschichte hatte das Mädchen seit seinem fünften Lebensjahr schwere Wutanfälle. Wenn ihm etwas gegen den Strich ging, schlug es häufig mit dem Kopf gegen die Wand oder auf den Boden."

Sie konnte sich urplötzlich die Kleider zerreißen oder einen ins Gesicht schlagen oder, wenn niemand in Reichweite war, sich selbst ohrfeigen. Sie war dazu fähig, auf Personen loszuschlagen, die sich ihr näherten, und sie anzuspucken, und wenn sie herumlief, spuckte sie dauernd aus. Sie war sich ihrer Missetaten durchaus bewußt und schämte sich darüber. Sprach man sie darauf an, so weinte sie, sagte aber: »Ich kann nichts dagegen machen.« Oder: »Etwas zwingt mich, es zu tun.« Sie fügte hinzu, es »helfe« ihr, jemanden zu schlagen, und wenn niemand da sei, empfinde sie dieselbe Befriedigung, wenn sie sich selbst ohrfeige.!"

Während einige dieser Kinder offensichtlich nur auf unbeherrschbare Impulse reagierten (»psychischer Reflex«), waren andere anscheinend ihrem Wesen nach böseartig und zerstörerisch und taten willentlich Böses. Manch-

mal wurden sie als »rachsüchtig« beschrieben, und ihr gewaltsames, aggressives Verhalten konnte von Halluzinationen und »Stimmen« begleitet sein.!"

Fall 1: Ein elfjähriger Junge mit unauffälliger medizinischer Vorgeschichte und vor der Krankheit von normaler Persönlichkeitsstruktur erkrankte an einer viertägigen grippeartigen Krankheit mit Kopfweh, Schwindel und Apathie ... Einen Monat später berichtete man von ihm, er höre »Stimmen«. Bei der letzten Untersuchung, vier Monate nach der Erkrankung, war er immer noch lethargisch und wurde von Aggressionen gegen seine Familienangehörigen gequält.!"

Das Mädchen hatte viele paranoide Vorstellungen, und es gab Hinweise auf auditive und visuelle Halluzinationen. Es sagte, es höre Stimmen, die ihm den Befehl gäben zu töten. Es hörte diese Stimmen immer dann, wenn es im Bett lag. In seinen Halluzinationen sah es mitunter eine kleine dunkle Frau, die vor ihm stand und ihm ebenfalls den Befehl gab zu töten. Bei einem seiner Wutanfälle griff das Mädchen eine Sozialarbeiterin an und versuchte, sie umzubringen. Während dieser Wutanfälle war es immer unglaublich gewalttätig.!"

Es ging ihm langsam besser, und er ging wieder zur Schule, mußte aber bald wieder nach Hause geschickt werden, weil er unaufhörlich Fragen stellte und anderen die Bücher von den Bänken nahm ... Im September 1920 machte man erneut einen Versuch mit der Schule. Man gab es aber bald wieder auf, weil er wahllos zu stehlen begann. Er nahm einen Diamantring weg, der seiner Schwester gehörte, und setzte ihn in Geld für eine Autofahrt um. Er ging in Läden und klaut dort Sachen, die er später weiterverschenkte. Fragte man ihn, warum er stehle, gab er die stereotype Antwort, er höre eine Stimme im linken Ohr, die ihn dazu zwingt ... Er behauptete immer, bei solchen Gelegenheiten seien zwei Stimmen in seinen Ohren: die eine vom Teufel, und sie sage ihm, er solle wegrennen, die andere von einem Engel, und sie sage, es nicht zu tun ... Mit anderen Kindern konnte er wegen seines anmaßenden Wesens und seiner Tobsuchtsanfälle nicht spielen. Die Eltern hatten die größte Mühe, mit ihm fertig zu werden, obwohl es auch Perioden gab, in denen er vollkommen normal zu sein schien.!"

Dieselbe Aggressivität und Tendenz zur Gewalt läßt sich oft bei impfgeschädigten Kindern beobachten. Zornesausbrüche und destruktives Verhalten wurzeln in Ich-Schwäche, emotionaler Labilität und einer niedrigen Frustrationsschwelle.

Sie ist sehr emotional. In der einen Minute ist sie heiter und lieb, in der nächsten zornig und aufgeregt.

Im einen Augenblick lächelt er freundlich, im anderen bekommt er einen Anfall und ist wütend und gemein. Letztes Jahr ging er in den Kindergarten. Einmal ging die Erzieherin für ein paar Minuten aus dem Zimmer, und als sie zurückkam, war das Zimmer ein Schlachtfeld. Mein Sohn und ein anderer Junge hatten alles kurz und klein geschlagen.

Was uns gegenwärtig am meisten zu schaffen macht, ist ihr Benehmen. Es gibt Tage, da kommt sie aus ihrem Zimmer und fängt zu schreien an, aber wir haben keine Ahnung, warum sie das tut. Und es ist dann so schnell wieder vorbei, wie es begonnen hatte. Dann ist sie so lieb und süß wie andere kleine Kinder. Doch gibt es auch Zeiten, wo man sich ihr nicht einmal nähern darf

Oft erfolgt eine solch gewaltsame Reaktion aus Protest gegen eine feindselige Welt:

Sie ist eine richtige kleine Wildkatze. Ehe man sich's versieht, fängt sie zu raufen an. Mit ihrem älteren Bruder nimmt sie es ebenso auf wie mit jemandem von ihrer eigenen Größe. Sie ist ein richtiger Treibauf Überall zettelt sie Streit an, auch wo gar nichts ist.

Meine Tochter ist jetzt 16. Mit 14 wurde sie für zweieinhalb Monate in eine Jugendbewahranstalt eingewiesen. Es ist weiterhin bei ihr so wie auf einer Achterbahn: extreme emotionale Auf's und Abs, mal wirklich fröhlich, mal zu Tode betrübt. Es gab Tage, wo wir sie nicht zur Schule gehen lassen konnten, weil sie derartig aufgekratzt war.

Ich mache mir große Sorgen wegen der Neigungen zur Gewalttätigkeit bei Martin. Ich habe allmählich Angst, daß er später zum Halbstarren wird, und wenn er einmal anfängt zu schlägern, fürchte ich, daß es seine nächsten Angehörigen sein werden. Die Kinderpsychologin hat mir gesagt, sie stelle Tendenzen zur Gewalttätigkeit bei Martin fest. Manchmal ist es, wie wenn es zwei verschiedene Kinder wären. Wenn Martin unter Medikamenten steht, ist er ruhiger, aber ohne Mittel dreht er durch und ist sehr negativ. Er wird gemein, zieht die Katze am Schwanz und fängt zu raufen an. Mit seinen Freunden geht er nicht gerade sanft um. Ich hatte einen Arzt, der ihm während der Schulzeit Tabletten verschrieb, sie aber im Sommer absetzte, und Martin quälte uns alle in der Familie, und wir mußten immer miteinander kämpfen. Die ganze Nachbarschaft war wütend auf ihn, weil er so ganz aus der Reihe tanzte und immer Schwierigkeiten bekam. Er rief den Leuten Spitznamen nach und machte jeden verrückt.

Äußerlich sieht mein Sohn völlig normal aus. Daher fällt es den Leuten schwer, sich aufsein sprunghaftes, heftiges Temperament einzustellen. Unser alter Arzt sagte uns,

er sei einfach hyperaktiv, weshalb wir ihn zwei Jahre in einen normalen Vorschulkindergarten schickten. Heute wissen wir, daß das das Schlimmste war, was wir tun konnten. Denn die anderen Kinder sagten ihm ins Gesicht, er sei »zurückgeblieben« und »dumm«, und natürlich leistete er nicht soviel wie sie. Jetzt haben wir ihn in die Schule für Kinder mit Gehirnlähmung, multipler Sklerose, Lernbehinderungen, Hyperaktivität usw. getan. Am Anfang biß er, stieß um sich und schlug die anderen Kinder, und häufig, wenn er ausfällig wurde, mußte man ihn von den anderen isolieren.

Er war in einem Vorschulkindergarten für schwererziehbare Kinder, als er drei und vier Jahre alt war. Dort wurde er immer wieder ausfällig, so oft, daß sie noch mehr CAT-Untersuchungen machen wollten. Er war ein wundervolles Kind von strahlendem Naturell gewesen, und jetzt fing er plötzlich an zu beißen, Fußtritte auszu-teilen und zu kratzen. Er stieß mir den Kopf in den Bauch, so daß ich ihn auf die Couch niederdrücken mußte. Er tat dasselbe bei seinen Brüdern. Er blieb bis Mit-ternacht wach. Tiere nahm er sich nicht vor, nur Menschen. Erst spät interessierte er sich für Sport, erst vor kurzem. Wir haben alles mit ihm erlebt: Erst war er gewalt-tätig - und jetzt ist er seit vergangenem Jahr fast ganz uninteressiert.

Solche Personen sind ungeheuer impulsiv:

Wenn er Sie schlug, war er da böse auf Sie?

Der Berater sagte, es sei so, und das sei ein gutes Zeichen. Denn es zeige, er fühle sich wohl, wenn er seinen Ärger zu Hause an seiner Familie auslassen könne.

Aber wie dachten Sie darüber?

Ich dachte, das alles sei wegen des Hirnschadens. Ich glaube, er weiß nicht wirklich, was er tut. Es ist eine Art von Verhaltensreflex.

Daß diese Gewaltsamkeit eine spontane Komponente besitzt, sieht man an der Tatsache, daß sie sich oft gegen die Betreffenden selbst richtet. Aber es gibt auch Anzeichen für absichtliche Bosheit:

Sie kann Wutanfälle bekommen. Es ist vorgekommen, daß sie sich selbst verletzte. Sie warf sich gegen die Tür. Sie biß sich immer wieder selbst. Sie geht auf ihre ältere Schwester los, wenn ihr etwas nicht paßt.

Besonders nach einem Anfall reißt er alle an den Haaren, die in seiner Reichweite sind. Er beißt oder stößt nach ihnen mit dem Fuß, und durch nichts läßt er sich zurückhalten, obwohl er noch sehr klein ist. Er rauft sich die eigenen Haare aus und

beißt sich in die Arme. Sagt man »Nein!«, so fängt er zu schreien an und reißt sich die Haare aus. Letztes Jahr hatte er einen wirklich schlimmen Anfall. Seitdem ist er noch gewalttätiger geworden.

Würden Sie sagen, er ist willentlich böse?

Ja, bisweilen. Z. B. rieb mein Mann mir letzte Woche den Hals, weil ich Kopfweh hatte. Als er das sah, wollte er helfen, aber dann zwickte er mich nur. Ich rief »Au!«, aber danach zwickte er mich noch mehr.

Kompensation der Ich-Schwäche durch Hypersexualität

Eine letzte Kompensation der Ich-Schwäche bei postenzephalitischen Individuen war, ihre Zuflucht in erhöhter sexueller Aktivität zu suchen. Bei diesen Menschen war im Gegensatz zur Verzögerung in anderen Bereichen die sexuelle Reifung anscheinend oft beschleunigt, und frühzeitige Pubertät, Hypersexualität und vorzeitige Erotik führten zu öffentlicher Masturbation, obszönen Redewendungen, Exhibitionismus, tatsächlicher und versuchter Vergewaltigung, sexuellem Mißbrauch und Mißhandlung kleiner Kinder und ähnlichem. Darin spiegeln sich die durchgehende Aggressivität dieses Typus sowie ein natürliches Bedürfnis nach Zuwendung:

Man konnte sie [neun Jahre ¹nicht gut mit ihren jüngeren Brüdern allein lassen, da sie Vergnügen daran fand, ihnen ihre Hände und Füße unbarmherzig zu verdrehen. Ihre älteren Brüder ärgerte und piesackte sie, und wenn sie versuchten, sie zur Vernunft zu bringen, biß und kratzte sie sie. Zu anderen Zeiten streichelte sie sie, forderte sie sexuell heraus und ließ sich ziemlich häufig von ihnen sexuell befriedigen. Einmal versuchte ihr ältester Bruder, der damals 16 Jahre alt war, sogar mit ihr zu verkehren.'?

Manche Kinder zeigen exzessives Verlangen und frühreife sexuelle Reaktionen. Wir sind einem elfjährigen Jungen begegnet, der verhaftet wurde, weil er kleine Mädchen belästigte. Fast dauernd masturbierte er, und nachts stahl er sich in die Frauenabteilung und legte sich zu erwachsenen Frauen ins Bett. Das starke Schamgefühl, das sonst bei Kindern mit allem Sexuellen verbunden ist, scheint bei ihnen ganz zu fehlen!"

Sie hatte einen unbeherrschbaren Drang, übermäßige Gefühle zu zeigen. Wenn sie die anderen Patienten nicht zwickte oder schlug, setzte sie sich gerne neben sie,

legte den Arm um sie und verlangte Zärtlichkeiten. Genauso versuchte sie es bei den Betreuerinnen zu machen. Sie wurde beschrieben als jemand, der gerne gestreichelt wurde und »nach Sympathie hungerte-c«

Fall 1: C. D., 27 Jahre alt, männlich ... Der Patient wurde ins neurologische Institut eingeliefert, wo man eine Diagnose auf postenzephalitische (epidemische) Parkinsonsche Krankheit stellte. Nach seiner Entlassung bekam er es wegen seines Verhaltens jungen Mädchen und älteren Frauen gegenüber mit der Polizei zu tun. Er näherte sich ihnen und versuchte ohne weitere Einleitung mit ihnen zu schmusen, sehr häufig faßte er ihnen mit der Hand ans Hinterteil. Das führte schließlich zu Schwierigkeiten bei ihm zu Hause, weil er viele Male seine Stiefmutter und seine Stiefschwester auf diese Weise belästigte ... Einige Zeit stand er dann im Grasslands Hospital unter Beobachtung, wo sich viele Insassen darüber beschwerten, daß er seine Hand auf ihr Hinterteil und ihren Kopf zu legen versuchte " Als man ihn interviewte, erklärte der Patient, er sehne sich nach sexuellen Kontakten mit Frauen, habe aber niemals Erfolg bei ihnen gehabt, vermutlich wegen seiner körperlichen Mängel und seines unvorteilhaften Aussehens. Unter diesen Umständen erregten Frauen in seiner Nähe großes sexuelles Verlangen in ihm. Das wolle er dann in gesellschaftlich akzeptierter Form zum Ausdruck bringen, weshalb er ihnen mit der Hand ans Hinterteil fasse."?

Fall 8: B. C., geboren 22. Februar 1924, hatte mit drei Jahren Enzephalitis und kam mit acht Jahren in der Schule nicht mehr mit ... Sie masturbierte, stahl, war aufsässig und lief weg ... Sie hatte zahlreiche Macken, biß sich auf die Knöchel, hatte Atembeschwerden, zwanghafte Masturbation ... Im Alter von zwölf ... war sie unruhig, quengelig, gefühllos, litt an ununterdrückbarem Geschlechtstrieb, war, wenn gereizt, angriffslustig und beklagte sich darüber, daß sie Stimmen höre, die ihr sagten, sie werde schlecht behandelt.'?

C. D. wurde mit zwölf Jahren ins Krankenhaus gebracht, weil er kleine Mädchen belästigte ... Im August 1921 wurde er mit drei anderen Burschen verhaftet und wegen sexueller Belästigung angeklagt. Man warf ihm vor, er habe die anderen Jungen überredet, bei einem Überfall auf ein junges Mädchen mitzumachen, und die weitere Untersuchung brachte zutage, daß er seit mehreren Wochen kleine Mädchen belästigt hatte ... Solange er im Krankenhaus war, war er erfolgreich und anständig. Er lächelte dauernd und brachte überschwengliche Gefühle für jedermann zum Ausdruck. In kurzen Abständen masturbierte er tagsüber. Verschiedene Male schlich er sich nachts in die Frauenabteilung und kroch zu einer jungen Frau ins Bett. Am nächsten Morgen entschuldigte er sich und versprach, es nicht mehr zu tun ... Sein weiteres Schicksal ist unbekannt!"

Zuweilen sind ihre Genitalien überentwickelt, und die sekundären Geschlechtsmerkmale zeigen sich frühzeitig. Sie können auch an Störungen ihrer geschlechtlichen Identität leiden, was vom Wunsch des Jungen, Kleider zu tragen, bis zu Bisexualität und Homosexualität reicht."

Fall 2: N. N., Alter 20 Jahre, männlich ... Mit vier Jahren litt er im Januar 1918 an akuter (epidemischer) Enzephalitis, die weiter keine unmittelbaren Folgen hatte. Verhaltensstörungen aber traten einige Jahre danach auf Er stahl dauernd, lief aus der Schule weg, machte sich sexuell strafbar, hielt Fremde auf der Straße an und verlangte Geld von ihnen ... In einem anderen Krankenhaus zeigte er perverse sexuelle Verhaltensweisen ... Er war aggressiv und impulsiv, emotional überaktiv, instabil, reizbar und unberechenbar. Schon bald nach seiner Einlieferung machten sich gelegentlich homosexuelle Trends bemerkbar ... Sein Verhalten ist weiterhin anormal mit starken homosexuellen Neigungen. Nachts schleicht er sich durch die Abteilungen, um andere Männer zu treffen, und Tag und Nacht muß er streng überwacht werden. Gelegentlich versucht er, schwächere Patienten, die seine Annäherungsversuche ablehnen, mit Gewalt gefügig zu machen. ¹⁵¹

Enzephalitis, Autismus und Minimalhirnschaden

In den drei vorhergehenden Kapiteln wurde versucht nachzuweisen, daß die Zustände, die als »Autismus« und »Minimalhirnschaden« bekannt sind, nur Teile eines umfassenderen Phänomens sind: des postenzephalitischen Syndroms. Es ist seinerseits primär durch die Kinderimpfungen bedingt.

Richard Schain schilderte 1977 die Parallelen zwischen Minimalhirnschaden und dem postenzephalitischen Syndrom: »Die Wissenschaftler, die früher das auf epidemische Enzephalitis folgende Hirnschadensyndrom beschrieben, wären sehr überrascht, wenn sie feststellen würden, wie häufig dieses Syndrom heute geworden ist, sei es auch in milderer Form.«¹⁵² Aber er kam nicht darauf, daß eine Beziehung zu den Impfungen bestehen könnte.

Der Beweis, daß all diese Zustände im Grunde ein und dasselbe sind, liegt in den symptomatischen Parallelen zwischen ihnen. Die betroffenen Bereiche sind das zentrale Nervensystem, insbesondere die Hirnnerven, der Verdauungsapparat und das Immunsystem.

Neurologische Störungen sind vor allem geistige Zurückgebliebenheit, Anfälle, muskuläre Hypertonie oder Hypotonie, Hirnlähmung, Hyperaktivität und eine Tendenz zur Linkshändigkeit. Wenn die Hirnnerven betroffen sind, sind die Folgen Defekte bei Augen, Ohren, Stimme und Atemsystem, wobei letztere für die Fälle von »plötzlichem Kindstod« verantwortlich sind, die nach Impfungen eintreten können.

Die auffälligsten Erscheinungen freilich, die von einer Schädigung der Hirnnerven verursacht werden, sind die epidemische Dyslexie und andere Lernbehinderungen, die jetzt schon das amerikanische Schulsystem mit einem Kollaps bedrohen. Weitere Auswirkungen der allgemeinen neurologischen Zerstörung, die im Zusammenhang mit Enzephalitis auftritt, sind Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

Die Verdauungs- und Appetitstörungen, die mit Enzephalitis assoziiert sind, sind sicherlich zumindest teilweise für das epidemische Auftreten von Anorexie und Bulimie sowie das Problem des Übergewichts und der Fettsucht verantwortlich, die bei Amerikanern am Ende des 20. Jahrhunderts gehäuft auftreten.

Die immunologischen Auswirkungen des postenzephalitischen Syndroms werden in Kapitel 4 erörtert. Die Auswirkungen der Enzephalitis in ihrer Gesamtheit können als »Entwicklungsverzögerung« in allen Bereichen bezeichnet werden. Es sieht außerdem nicht so aus, als ob sich schwere langfristige neurologische Folgen nur ergeben würden, wenn eine heftige akute Enzephalitiserkrankung oder eine heftige akute Reaktion auf Impfungen vorangegangen ist.

Nicht weniger bedeutsam als die physischen Auswirkungen des postenzephalitischen Syndroms sind die intellektuellen und moralischen. Auch die nur mäßig betroffenen Patienten zeigen häufig Symptome wie Egoismus, Narzißmus, Ichschwäche, Entfremdung, Impulsivität, emotionale Labilität, Gefühlsarmut, Ängstlichkeit, Paranoia, Unfähigkeit, Kritik zu ertragen, Wutanfälle, Depression und Suizidtendenzen.

Postenzephalitische Individuen leiden an »Fragmentierung des Denkens«, ihr Gedächtnis ist schwach. Daher können sie nicht logisch denken und haben oft auch wenig gesunden Menschenverstand. Häufig werden diese Mängel von ihnen selbst wahrgenommen, und ihre Kompensation nimmt die Form von Aggression gegen andere, Hypersexualität, Homosexualität, Alkohol- oder Drogenmißbrauch und Selbstmord an. Sehr wahrscheinlich sind diese Verhaltensmuster aber auch direkte Auswirkungen der neurologischen Störungen.

Die langfristigen Folgen von Wutanfällen, Aggressivität, frühreifer Sexualität sowie Drogen- und Alkoholmißbrauch bei diesen Menschen zeigen sich in der zunehmenden Welle von Gewaltverbrechen in den USA, was ausführlich in Kapitel 5 behandelt wird.

Obwohl natürlich das Impfprogramm nicht für jeden der genannten Defekte und alle sozialen Probleme verantwortlich ist, ist sein Beitrag zu diesen Phänomenen ganz wesentlich. Der volle Umfang dieses Beitrags wird sich erst herausstellen, wenn die notwendigen Spezialuntersuchungen durchgeführt sind, die diese Arbeitshypothese bestätigen werden.

...isher ist der Zusammenhang zwischen den geschilderten neurologischen Störungen und dem postenzephalitischen Syndrom nicht ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gedrungen, weil den Menschen unbewußt die Einsicht widerstre~te, daß die Kinderimpfungen die einzig mögliche Ursache für das epidemische Auftreten klinischer und subklinischer Enzephalitis sind.

ANMERKUNGEN

- 1) Strenggenommen ist »Enzephalitis« (»Gehirnentzündung«) eine Krankheit die in die Kategorie »Enzephalopathie« (»Gehirnkrankheiten«) fällt. Aber die Mediziner machen keinen systematischen Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen. (Siehe z. B. John H. Menkes, 1980, S. 395.) Im folgenden werden die beiden Begriffe synonym verwendet.
- 2) Der Mora-Reflex ist die »Schreckreaktion« in Form eines Zusammenziehens der Glieder oder des Kopfeinziehens, wenn ein Kind aus geringer Höhe fällt oder durch ein plötzliches Geräusch erschreckt wird.
- 3) Siehe die Auseinandersetzung mit den »Hot Lots« (den »Treffern«) in H. Coulter und B. Fisher, »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle«.

4. Kapitel

Impfung und Allergien

Die Hälfte aller Amerikaner leidet an Allergien der Haut, der Atemwege, an Bronchialasthma allergischen Ursprungs, Nahrungsmittelallergien und anderem. Die Häufigkeit von Allergien nimmt in allen Industrieländern stetig zu.

Diese schleichende Epidemie könnte sehr gut eine weitere langfristige Wirkung unserer Kinderimpfungen sein, die immer noch erweitert werden und nach Möglichkeit alle Eventualitäten abdecken sollen. Ein anderer Aspekt der epidemischen Allergien ist das Phänomen der »Autoimmunität«, bei der der Körper sozusagen gegen sich selbst sensibilisiert wird. Diese Art von Krankheiten zeigte sich erstmals in den 50er Jahren und hat sich seitdem kontinuierlich ausgebreitet.

In »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« wurde die Allergiekomponente bei Impfreaktionen schon diskutiert. Es wurde dort festgestellt, daß allergische Kinder heftiger auf eine DPT-Injektion reagieren und daß der Impfstoff offenbar eine schon vorhandene allergische Sensitivität verstärkt. Wir kamen zu dem Schluß: »Auf jeden Fall muß der Frage ernsthaft weiter nachgegangen werden, ob allergische Befunde bei einem Erwachsenen oder in einer Familie bedeuten, daß ein solches Kind bei einer Keuchhustenimpfung ein besonders hohes Risiko eingeht.«

Unsere Bemerkungen blieben den Pharmaherstellern nicht verborgen. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung von »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« (1985 in USA) enthielten die Packungsbeilagen der Impfstoffe noch keinen Vermerk »allergische Reaktionen« als Kontraindikation zur DPT-Injektion. Doch 1986 korrigierten die Connaught Laboratories den Beigleittext zu ihrem Produkt dahin gehend, daß jetzt vor »allergischen« und »anaphylaktischen Reaktionen« nach der DPT-Impfung gewarnt wurde. Es hieß darin ferner, daß »allergische Hypersensitivität gegenüber einem Bestandteil der Vakzine« eine »absolute Kontraindikation« gegen weitere Impfungen darstelle.

Manche Kinder kommen anscheinend schon mit einer allergischen Sensitivität gegenüber Milch in Form von Kolikneigungen zur Welt. Für sie besteht ein besonderes Risiko einer durch Impfstoffe verursachten Enzephalitis. Andere sind nicht von Geburt an allergisch, werden es aber nach der Impfung. Beide Gruppen entwickeln neue Allergien, wenn sie älter werden und allergene Substanzen der Umwelt auf sie einwirken.

Ich brachte ihn zum Arzt, um feststellen zu lassen, weshalb er so stark hustete. Sie machten Tests, und es kam heraus, daß er gegen Milch allergisch war. Also stellten sie ihn auf Sojahrung um, aber er vertrug auch die Soja-Babynahrung nicht und mußte jetzt Ziegenmilch trinken. Er war erst nach der DPT-Impfung gegen Milch allergisch geworden.

Gregory war dermaßen allergisch gegen Milch, daß er auf Isomil, eine besondere Babynahrung, umgestellt werden mußte. Bis heute hat er eine Abneigung gegen Milch. Wenn er bestimmte Milchsorten trinkt, bestimmte Sorten Vollmilch, muß er gleich mit Durchfall auf die Toilette, und der Durchfall ist hellgelb.

Allergien bei Enzephalitis, Autismus und Minimalhirnschaden

Unsere Entdeckung, daß eine Allergiekomponente bei Impfreaktionen eine Rolle spielt, brachte nur der Öffentlichkeit zu Bewußtsein, was den Medizinern schon immer bekannt war: daß Enzephalitis, besonders wenn sie von Impfungen verursacht wurde, allergische Zustände hervorrufen kann, während umgekehrt ein allergischer Zustand das Kind dazu prädisponiert, nach einer Impfung Enzephalitis zu bekommen.

Die Beziehungen zwischen Allergien, Impfungen und Enzephalitis waren seit den 30er Jahren' Gegenstand intensiver Forschungen. 1954 wurde in einer Untersuchung über »neurologische Folgen prophylaktischer Impfungen« ein Resümee über den Stand der Wissenschaften in diesem Bereich gezogen. Es wurde festgestellt, daß in der Pathologie der impfbedingten Enzephalitis immer ein Faktor unübersehbar ist: »anaphylaktische Hypersensitivität«.

Lawrence Steinman und Mitarbeiter von der medizinischen Fakultät der Universität Stanford (schon in Kapitel 3 erwähnt) führten 1983 eine Untersuchung an Tieren durch mit dem Ergebnis, daß auch Kinder mit Allergien auf die Keuchhustenvakzine überempfindlich reagieren können.'

Auch ein von Kevin Geraghty, Spezialist für pädiatrische Immunologie aus San Francisco und aktiver Kritiker der DPT-Vakzine, durchgeführtes

Experiment ist instruktiv. Er stellte fest, daß eine bestimmte Art von Mäusen heftig auf den DPT-Impfstoff reagiert, eine andere indessen gar nicht. Wenn aber Mäusen der zweiten Art vorher Histamin injiziert wird, eine Zellsubstanz, die ihre allergische Sensitivität erhöht, reagieren sie sehr heftig auf diese Vakzine und sterben in epileptischen Zuckungen.v''

Allergie und andere Anormalitäten des Immunsystems sind normalerweise mit Autismus verbunden. Vier Fünftel der autistischen Kinder und Erwachsenen haben »schwere Allergien «.7Ihr hoher Serotoninspiegel- eine weitere von Zellen während allergischer und anaphylaktischer Reaktionen abgegebene Substanz - weist auf eine chronische allergische Befindlichkeit hin.'

Unzweifelhaft liegen Nahrungsmittelallergien den Bauchschmerzen, Verstopfungen und Diarrhöen zugrunde, an denen Autisten oft leiden. Diese Kinder haben vom frühesten Alter an Kolikneigungen, Probleme mit ihrem Kalziumstoffwechsel und Symptome von Milchunverträglichkeit." Es können auch Gastroenteritis, vage Bauchschmerzen, Blähungen, Diarrhöe, mit Verstopfung alternierende Diarrhöe usw. auftreten.'?

In ihrer schwersten Form wird diese Allergie zu Zöliakie - einer Unverträglichkeit von Weizenprodukten und manchmal auch Milchprodukten. Lauretta Bender machte 1953 auf die große Häufigkeit von Zöliakie-Erkrankungen bei Patienten aufmerksam, deren Diagnose auf »Schizophrenie« lautete (1953 war der Unterschied zwischen Autismus und Schizophrenie noch nicht deutlich definiert), aber Rimland stellte als erster das gemeinsame Auftreten von Autismus und Zöliakie fest. Er schrieb 1967, daß Autisten häufig »Symptome gastrointestinaler Störungen« aufwiesen. 11

Auch Mary Coleman, Ärztin in Washington, D.C., hat über den Zusammenhang zwischen Zöliakie und Autismus publiziert. Von 78 Autisten, die sie 1976 für eine Studie untersuchte, hatten acht Zöliakie - etwas über 10 % der Gesamtheit. Das war 200- bis 800mal so häufig wie die offiziell gemeldete Anzahl der Zöliakie-Fälle in der Bevölkerung, was eine enge Beziehung der Krankheit zum Autismus nahelegte. Sieben weitere Versuchspersonen hatten eine »Krankengeschichte, die der Zöliakie ähnelte«.

Manchmal kann eine Diagnose auf Zöliakie oder auf mit Zöliakie verbundenen Autismus nur gestellt werden, weil das Kind dadurch, daß man seiner Nahrung alle Weizenprodukte entzieht, geheilt wird. Gluten verschlimmert die Symptome des Kindes, und seine Entfernung führt zu einer Besserung." Rimland schrieb in diesem Zusammenhang:

Weizen kann das Verhalten mancher Kinder durchgehend und nachhaltig beeinflussen. Wir haben Fälle autistischer Kinder erlebt, die nach dem Essen von Weizen mehrere Tage völlig durchdrehten. Zuviel Weizen: das kann schon ein Stück Keks, ein in Weißmehl gerolltes Hähnchen, ein paar Weizenflocken, ein Harnbur-

ger mit Semmeln sein ... Bei einigen von diesen Kindern, die sich zum Teil später zu typischen Autisten entwickelten, wurde festgestellt, daß sie als Kleinkinder Zöliakie gehabt hatten."

Auch hyperaktive Kinder und Kinder mit Minimalhirnschaden weisen eine hohe Quote allergischer Erkrankungen auf." Doris Rapp, in Buffalo praktizierende und auf Allergien spezialisierte Kinderärztin, die dieses Buch interviewt wurde, gab ihrer Meinung Ausdruck, daß zwei Drittel der hyperaktiven Kinder oder Kinder mit Minimalhirnschaden auch an schweren Allergien leiden. Sie führte weiter aus:

Wiederholt habe ich bei vielen kleinen Kindern, die ich gegen Allergien behandle, feststellen können, daß sie, wenn sie eine DPT-Injektion bekommen, einen oder zwei Monate danach zu regredieren beginnen. Ihre Allergien hatten sich bereits gebessert, und sie hatten schon angefangen, gut und leicht zu lernen. Dann bekamen sie ihren Schuß DPT, und kurz darauf lebten ihre Allergien wieder auf, sie hörten zu sprechen oder auch zu laufen auf. Die Eltern erzählen mir das dann immer und fragen: »Hängt das miteinander zusammen?«

Doris Rapp hat diesen Zusammenhang in zwei wichtigen Büchern diskutiert: »Allergien und das hyperaktive Kind« und »Das unmögliche Kind.« Eine andere bedeutsame Auseinandersetzung mit Allergien, Autismus und Hyperaktivität ist »Allergien, dein heimlicher Feind« von Theron G. Randolph und Ralph W. Moss."

Die Autoimmunkrankheiten chronischer Gelenkrheumatismus, generalisierter Erythematodes, allergische Rhinitis, Zöliakie, perniziöse Anämie und andere, die in den 50er Jahren so in den Vordergrund traten, entspringen, wie man vermutet, einer allergischen Reaktion des Körpers auf sich selbst oder auf einen Teil seiner selbst. Wie schon erwähnt, entdeckte Norman Geschwind einen Zusammenhang zwischen Autismus, Dyslexie und Autoimmunkrankheiten."

Einzelne Forscher sind sogar so weit gegangen, Autismus als Autoimmunkrankheit zu bezeichnen. Israelischen Wissenschaftlern fiel 1982 auf, daß autistische Kinder eine »zellbedingte Immunabwehr gegen Hirngewebe« aufbauen, was die Vermutung nahelegte, daß eine »unauffindbare Gehirnverletzung in Verbindung mit Autoimmunität vielleicht eine Rolle bei der Pathogenese des Autismus spielt.« Wissenschaftler in Frankreich und den USA stießen bei autistischen Kindern auf ungewöhnlich heftige Reaktionen des Immunsystems, was auf einen Zustand der Hypersensitivität schließen ließ.²

Es ist sehr wahrscheinlich, daß impfbedingte Enzephalitis das Verbin-

dungsglied zwischen Autoimmunität und Entwicklungsstörungen darstellt." 1970 schrieb G. A. Rosenberg: »Man hat einen autoimmunen Allergiemechanismus als Ursache für das ungewöhnliche Auftreten postvaxzinaler Enzephalitis angenommen. Möglicherweise wird zu Beginn der Erkrankung das Nervensystem von einem Virus befallen, was eine Antigen- und Antikörperreaktion zur Folge hat.« Wird dieser Ansatz von der Forschung weiterverfolgt, so werden sich die Zusammenhänge zwischen diesen Sachverhalten ohne Zweifel bestätigen.

Myelin und Entmyelinisierung

Die Schlüssel für all diese Beziehungen sind der Myelinisierungsprozeß und seine Unterbrechung. Myelin, Mark, ist die zähe, weiße, fette, wasserundurchlässige Substanz, die die Nerven umhüllt wie die Isolierung den elektrischen Draht und dieselbe Funktion hat. Die Entwicklung des Nervensystems des Kindes während der Schwangerschaft und nach der Geburt vollzieht sich in zwei Phasen. Zuerst treten die Nervenfasern (Neuronen und Achsenzylinderfortsätze) in Erscheinung. Erst wenn sie alle an Ort und Stelle sind, beginnt der Prozeß der Umhüllung mit Mark.

Bevor die Myelinisierung beginnt, sind die Nervenfasern verletzlich, da Nervenimpulse marklose Fasern langsamer durchlaufen als mit Mark umhüllte. Auch kann es Kurzschlüsse zwischen den Fasern geben." Aber im Augenblick der Geburt hat die Myelinisierung eben erst begonnen. Bei einigen Nerven fängt sie überhaupt erst im Alter von acht Monaten oder noch später an." Sie entwickelt sich dann in unterschiedlichem Tempo je nach neurologischem Sektor weitere 15 Jahre, und bei manchen Nerven hält die Myelinisierung bis zum 45. Lebensjahr an!"

Sie beginnt in den phylogenetisch älteren Teilen des Gehirns (den Teilen, die der Mensch mit dem Tier gemeinsam hat) und geht dann auf die phylogenetisch jüngeren Teile über (die den Menschen vom Tier unterscheiden). Da die Großhirnhälften und die Großhirnrinde (der Ort des Gedächtnisses und der höheren Verstandesfunktionen) die phylogenetisch jüngsten Teile sind, sind sie auch die letzten, die vollständig mit Mark umgeben werden - erst im fünften Lebensjahr oder noch später."

Alles, was die Myelinisierung beeinträchtigt, behindert die neurologische Entwicklung und Reifung des Kindes. Wenn das Mark durch irgend ein Hindernis nicht an Ort und Stelle gelangt oder, falls schon erzeugt, wieder entfernt wird (Demyelinisierung), bleibt das Nervensystem unentwickelt und unreif. Das neugeborene Kind, besonders eine *Frühgeburt*, ist dieser Gefahr natürlich besonders stark ausgesetzt."

Um deutlicher zu werden: Eine mit einer Impfung einhergehende Enzephalitis irgendwann im ersten Lebensjahr kann ohne weiteres den Myelinisierungsprozeß unterbrechen und auf diese Weise neurologische Schäden hervorrufen. Charles M. Poser von der neurologischen Abteilung der medizinischen Fakultät der Universität Harvard schreibt:

Fast jede ... Impfung kann zu einer nichtinfektiösen Entzündungsreaktion führen, die das Nervensystem tangiert ... Der gemeinsame Nenner dabei besteht in einer Erkrankung der Gefäße, die häufig ... mit einer Demyelinisierung einhergeht."

1947 stellte Isaac Karlin die, man muß schon sagen, prophetische Behauptung auf, daß Stottern durch eine »verlangsamte Myelinisierung der mit der Sprache assoziierten Bereiche der Großhirnrinde verursacht wird.« 1951 dehnte er diese Theorie auf die sogenannte »angeborene Worttaubheit« aus." In neuerer Zeit vermutete Roland Ciaranello, daß der Zusammenhang zwischen Autismus bei einem Kind und Röteln während der Schwangerschaft seiner Mutter durch eine »beeinträchtigte Myelinisierung« dargestellt werden könne - an Röteln gestorbene Kinder weisen in verschiedenen Sektoren des Gehirns nicht ausreichende Myelinisierung auf -, doch verfolgte er diese Spur nicht weiter." In jüngster Zeit (1988) zeichneten Rosalind B. Dietrich und ihre Mitarbeiter elektromagnetische Resonanzen der Gehirne von Säuglingen und Kindern von vier Tagen bis zu 36 Monaten auf. Sie stellten fest, daß die entwicklungsmäßig zurückgebliebenen Kinder ungenügende Myelinisierung aufwiesen." Etliche Forscher haben auch nachgewiesen, daß mangelhafte Myelinisierung die Kommunikation der Nerven beeinträchtigt, ohne daß dadurch aber notwendigerweise schwere Schädigungen des Zentralnervensystems entstehen müßten."

Jetzt wird die Bedeutung des Begriffs »Verzögerung«, z. B. In »Entwicklungsverzögerung«, erst verständlich. Er ist ein Hinweis auf die physische Unreife des Nervensystems, die der Behinderung oder sogar Verhinderung des Myelinisierungsprozesses entspringt."

Wenn also eine Mutter ausruft: »Sam ist ein Kind im Körper eines Mannes!«, so spricht sie buchstäblich die Wahrheit."

Experimentell hervorgerufene allergische Enzephalomyelitis

Der Zusammenhang zwischen dem postenzephalitischen Syndrom und einer Demyelinisierung oder unvollständigen Myelinisierung im Gehirn scheint mit Sicherheit gegeben zu sein. Und die Tatsache, daß Enzephalitis-

einschließlich der durch Impfungen bedingten Enzephalitis - Entmarkung verursachen kann, ist seit den 20er Jahren bekannt!"

Aber wie das genau funktionierte, welche Rolle also die allergische Reaktion bei der Enzephalitis spielte, das verstand man erst, als der prominente amerikanische Wissenschaftler Thomas Rivers 1935 das Phänomen entdeckte, das als »experimentelle allergische Enzephalomyelitis« bekannt ist.

Bis dahin hatten die Ärzte vermutet, Enzephalitis werde durch eine unmittelbare Virus- oder Bakterieninfektion des Nervensystems verursacht. Doch als sie sich in den 20er Jahren nach diesen ansteckenden Mikroorganismen auf die Suche machten, fanden sie keine, und der Verursachungsfaktor blieb für einige Zeit ein Rätsel. Das Geheimnis wurde entschleiert, als Rivers bei Affen Gehirnentzündung allein dadurch hervorrief, daß er ihnen wiederholt Extrakte aus sterilem, gewöhnlichem Kaninchenhirn und aus -wirbelsäulensubstanzen injizierte.s."

Man erkannte nun Enzephalitis als ein *Allergiephänomen*. Das erklärt den Zusammenhang zwischen Allergien und autoimmunen Zuständen einerseits und früheren Enzephalitiserkrankungen andererseits. Experimentell hervorgerufene allergische Enzephalomyelitis ist auch heute noch das bevorzugte Forschungsmodell, an dem sich die Entwicklung von Autoimmunerkrankheiten und deren Wirkung auf das Nervensystem studieren lassen."

Besonders konnten häufig allergische Hautausschläge im Verlauf von mit Enzephalitis einhergehenden Infektionskrankheiten beobachtet werden, ebenso nach bestimmten Impfungen." So stellte Rivers' berühmtes Experiment auch ein Erklärungsmodell für dieses Phänomen bereit. Enzephalitis wurde seitdem nicht mehr auf virale oder bakterielle Infektion des Gehirns zurückgeführt. Seit 1935 griffen die Ärzte zunehmend auf die Allergiehypothese zurück, um die Enzephalitiserkrankungen und das postenzephalitische Syndrom zu verstehen."

Diese »experimentell hervorgerufene allergische Enzephalomyelitis« (EAE) ist identisch mit der Enzephalitis, die nach Infektionskrankheiten wie Masern und Keuchhusten und - so muß man hinzufügen - nach Impfungen entsteht, wobei Myelin die Rolle des Antigens spielt." Zwar ist der Mechanismus nicht voll durchschaubar, aber das im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten durch die entzündliche Enzephalitis gelöste Myelin wirkt anscheinend als zusätzliches Antigen und intensiviert den Entzündungsvorgang."

Die beiden Aspekte der Enzephalitis begünstigen einander also. Normalerweise sind davon nur einzelne Teile des Nervensystems betroffen: die Hirnhaut (die Membran zwischen dem Gehirn und der Wirbelsäule), das Gehirn selbst, der Hirnstamm, die Wirbelsäule, die Nerven oder eine Kombination dieser Elemente."

Aber die Wirkungen können sich auch auf beliebige andere Teile des Gehirns oder Zentralnervensystems ausdehnen, wodurch die heterogenen Symptome und Folgen dieser Krankheiten erklärt wären." Als »untypische« Fälle von postvakzinaler Enzephalomyelitis können meningitis ähnliche Erkrankungen, virale Enzephalitis oder Poliomyelitis bezeichnet werden."

Bei Autopsien nach postvakzinaler Enzephalitis findet man viele kleine gelblich-rote Läsionen in der weißen Substanz des Hirns, des Kleinhirns, des Hirnstamms und des Rückenmarks. Ihr charakteristisches Merkmal ist das Fehlen von Myelin: Gefärbte Proben zeigen »vollständige oder unvollständige Zerstörung der Myelinhüllen bei diesen Läsionen. [Die Nerven selbst] sind weit weniger angegriffen als die Myelinhüllen.e?

Wollte ein moderner Computer die Funktionen des menschlichen Gehirns simulieren, so müßte er aus zwei ganzen Stadtteilen voller Schaltkreise und Synapsen bestehen. Denn ein einzelnes Neuron kann gleichzeitig mehrere Botschaften weitergeben, so wie mehrere Telefongespräche oder Telegramme von einer einzigen Leitung gleichzeitig bewältigt werden können. Der Effekt einer Enzephalitis auf das Gehirn könnte dann damit verglichen werden, daß man schwere Trümmer an beliebigen Stellen auf das Dach des Computers fallen und es durchbrechen läßt. Denn der Schaden einer Enzephalitis läßt sich nicht immer genau kategorisieren oder beschreiben trotz der heroischen Anstrengungen der »Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft«.

Es stellte sich heraus, daß der Keuchhustenimpfstoff selbst eine kleine Rolle in diesem Drama spielte. Denn 1959 entdeckte man, daß er eine besonders starke allergene Wirkung auf alle Arten von Versuchstieren hatte. Experimente mit dem Ziel, anaphylaktische Schocks zu erzeugen, werden durch den Zusatz von Pertussisvakzinen zur (Einspritz-)Lösung begünstigt. Die Mäuse (oder Kaninchen, Hamster usw.) sterben schneller und in größerer Anzahl." In der gleichen Weise trägt ein Zusatz der Vakzine zu der sterilen Hirn- und Wirbelsäulenlösung erheblich dazu bei, daß eine allergische Enzephalitis erzeugt wird." Aus diesen Gründen ist die Pertussisvakzine das bevorzugte »Adjuvans« bei Experimenten, die allergische Enzephalomyelitis hervorrufen sollen."

Die in Amerika für die Impfungen zuständigen Behörden haben offenbar nicht die geringsten Bedenken, wenn amerikanische Kinder mit einem »Adjuvans« geimpft werden, das von allen biochemischen Zusätzen der Welt die größte Fähigkeit hat, allergische Reaktionen hervorzurufen!

James O. Cherry, ein prominenter Impfspezialist und Professor an der medizinischen Fakultät der UCLA (Universität von Kalifornien, Los Angeles), behauptet zwar: »Es gibt keinen Beweis dafür, daß irgendeine der Wirkungen des bei Experimenten als Adjuvans benutzten Keuchhustenimpfstoffs "

auch bei geimpften Kindern auftritt.c" Aber das ist nur so, weil man niemals nach diesen »Wirkungen des bei Experimenten benutzten Adjuvans« gesucht hat. Kleine Kinder unterscheiden sich in vieler Hinsicht von Mäusen, Kaninchen und Hamstern, nicht aber in ihrer Verletzlichkeit gegenüber anaphylaktischen Schocks oder allergischer Enzephalitis. Diesem Zusammenhang sollte weiter nachgegangen werden.

Wachsende allergische Überempfindlichkeit des modernen Menschen

Die Entdeckung der EAE brachte Klarheit in ein wichtiges Problem, bei dem die Ärzte bis dahin vor einem Rätsel gestanden hatten. Vor dem Ersten Weltkrieg hatte es bei den Kinderinfektionskrankheiten selten Komplikationen durch Enzephalitis gegeben. Doch nach 1920 stellten die Ärzte einen starken Anstieg solcher Fälle fest. Die Impfungen gegen Tollwut hatten schon immer eine hohe Quote von Enzephalitis im Gefolge gehabt (einer von 750 Fällen, 20 % davon mit tödlichem Ausgang). Aber bald trat Enzephalitis auch nach anderen Impfungen auf."

1922 verursachte die Pockenimpfung zum erstenmal in der Geschichte eine Enzephalitis-Epidemie. Eine der bösartigeren Nachwirkungen war ein Anstieg der Paralyseerkrankungen, oft mit tödlichem Ausgang. Das Phänomen ist als Guillain-Barre-Syndrom bekannt.⁵²1953 schrieb Ansell:

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich bei bestimmten epidemischen Kinderkrankheiten, besonders Masern, zunehmend die Tendenz gezeigt, daß das Zentralnervensystem in Mitleidenschaft gezogen wird ... Bis zu den 20er Jahren sind in der Regel nur sporadisch auftretende Fälle beschrieben worden. Aber danach häuften sich diese Erkrankungen, und epidemische Ausmaße waren seitdem nichts Ungewöhnliches. ⁵³

Andere aufmerksame Beobachter erkannten im Lauf der Zeit, daß »die steigende Zahl der Fälle, in denen das Gehirn mitbetroffen ist, vielleicht auf eine spezielle Reaktion, etwa *allergischer Natur* [Hervorhebung vom Verfasser] zurückgeht.«" Dasselbe stellte Roger Bannister, ein führender britischer Neurologe, 1978 fest: Diese akuten, auf Demyelinisierung beruhenden Krankheiten sind schwerwiegender geworden wegen »eines anormalen Prozesses der Sensibilisierung des Nervensystems«."

»Sensibilisiert« ist der technische Ausdruck für »allergisch«. Die größere Anfälligkeit der heutigen Kinder für Impfungen und gewöhnliche Kinderkrankheiten - die sich als eine Neigung zu Enzephalitis ausdrückt - geht auf

eine Allergiekomponente zurück, die es früher nicht gab. Aber warum sind Kinder heutzutage allergischer als früher?

Sehr wahrscheinlich deshalb, weil die allergische Sensitivität der amerikanischen Bevölkerung durch die Impfungen, die zu Beginn des Jahrhunderts ihren Anfang nahmen, stetig zugenommen hat. Vor 1900 war Enzephalitis als Folge einer Kinderkrankheit ein fast zu vernachlässigendes Risiko. Nach 1920 begegnete man dieser Erscheinung immer häufiger.

Und heute ist die Gefahr einer durch Keuchhusten oder Masern hervorgerufenen Enzephalitis die hauptsächliche Rechtfertigung für die Impfungen! So hat sich die Medizin in die seltsame Lage manövriert, daß sie einschneidende Maßnahmen gegen eine Bedrohung der Gesundheit fordert, die weitgehend von ihr selbst hervorgerufen wurde.

Genetische Disposition?

Ein Aspekt des Autismus und des Minimalhirnschadens hat die Forscher immer wieder vor ein Rätsel gestellt, nämlich die Beobachtung, daß sich verwandte Zustände häufig in derselben Familie finden. Das Spektrum reicht dabei von Bauchschmerzen, Diarrhöe und Koliken bis zu weit ernsteren Krankheitszuständen. Bei einer Untersuchung wurden 15 Kinder aus 23 beteiligten Familien per Zufall ausgewählt. In acht Familien befanden sich jeweils zwei geistig behinderte Kinder, wobei sechs Paare von ihnen autistisch waren. Von den zwölf autistischen Kindern litten sieben zusätzlich an gastrointestinalen Störungen. In vier weiteren Familien zeigten sich fünf Kinder mit den Diagnosen autistisch, schizophrene und Zöliakie. Sieben litten unter Kombinationen von Autismus, Schizophrenie, Zöliakie, Ekzemen und Lernbehinderungen und vier unter einem Zusammenwirken von Autismus, Schizophrenie, Ekzemen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Lernbehinderungen. In einer Familie von vier gab es Diagnosen auf Autismus, Symptome von Zöliakie, Lernbehinderungen und neurosensorischen Verlust des Gehörs."

Aus anderen Untersuchungen ergibt sich, daß Autismus, umfassende Entwicklungsstörungen, entwicklungsbedingte Sprachstörungen, Stottern, Beeinträchtigung der Denkfähigkeit, entwicklungsbedingte Sprechstörungen und viele andere »Störungen, die gewöhnlich zunächst im Säuglingsalter, in der Kindheit oder Jugend auftauchen«, sich in denselben Familien und bei ihren nächsten Verwandten häufen.

Oft bildeten den roten Faden, der durch all diese Zustände führte, Allergien oder Autoimmunkrankheiten." Dadurch wurden Forschungsaktivitäten gefördert, die den genetischen Faktoren nachspürten, welche, so vermu-

te man, Autismus, Zöliakie, Lernbehinderung, Autoimmunkrankheit und derartiges bei Kindern determinierten.

Indessen befinden sich diese Forscher auf der falschen Spur. Der genetische Faktor, nach dem hier geforscht werden muß, ist die *Disposition des Kindes, auf Impfungen zu reagieren*. Kein Kind, das von gesunden Eltern abstammt und nach einer komplikationslosen Schwangerschaft zur Welt kommt, ist dazu geboren, autistisch zu werden. Doch kann ein vollkommen gesundes Baby konstitutionell für Impfungen anfällig sein. Wenn diese gesteigerte Anfälligkeit und die Injektionsnadel sich begegnen, ist das Ergebnis Autismus, Minimalhirnschaden oder eine andere neurologische Störung.

Zweifellos existiert ein genetischer Zusammenhang zwischen all diesen Befunden. Die Häufung innerhalb bestimmter Familien ist ein schlagender Beweis dafür. Doch diese Häufung ist auf die genetisch determinierte Disposition der Mitglieder einer Familie, auf Impfungen heftig zu reagieren, zurückzuführen, wie Steinmans Untersuchungen gezeigt haben." Könnte dieser Faktor beseitigt werden und würden diese Kinder nicht geimpft, so würde auch die Häufung der Entwicklungs- oder Autoimmunstörungen in bestimmten Familien verschwinden, ja, es würde überhaupt nur ein winziger Rest dieser Störungen zurückbleiben."

Diätbehandlung von Allergien

Da multiple Allergien regelmäßig sowohl beim Autismus als auch beim Minimalhirnschaden auftreten, liegt der Schluß nahe, daß eine Behandlung der allergischen Befindlichkeit, besonders durch Entzug allergener Nahrungsmittel, diesen Kindern Besserung bringen könnte:

Frage: Mein dreijähriger Sohn benimmt sich ganz eigenartig. Das macht mir Sorge. Er stößt immer mit dem Kopf an Gegenstände, bevor er einschläft oder wenn er müde ist, sogar in seinem Kindersitz im Auto. Im Kaufhaus legt er sich auf den Boden und stößt unaufhörlich mit dem Kopf darauf. Ich dachte, dem müßte er längst entwachsen sein.

Er beißt sich auch selbst in die Hand. Er hat eine große schwielige Stelle, an der sich ständig die Haut abschält, weil er immer auf der Hand herumkaut, wenn er aufgeregt ist.

Er hat noch andere seltsame Gewohnheiten. Er stopft sich Socken vorne und hinten ins Hemd und schichtet die Decke, das Kopfkissen und das Oberbett zu einem Haufen auf seinem Bett auf und schläft darauf.

Mache ich mir ohne Grund Sorgen oder zu wenige Sorgen? ... Zwei Vormittage pro Woche geht er in den Kinderhort und scheint sich dort ganz wohl zu fühlen. Aber zu Hause ist er grob, laut, redet dauernd, bricht schnell in großes Geschrei aus und ist leicht beleidigt.

Antwort: Sie haben recht, wenn Sie sich um Ihren Jungen Sorgen machen ... In erster Linie sollten Sie klären lassen, ob es sich um neurologische Probleme, vor allem Allergien und besondere Sensitivität, handelt. Viele Eltern haben mir geschrieben und mir erzählt, daß so etwas Wutanfälle, häufiges Schreien, Schlaflosigkeit und Kopfstoßen bei ihren Kindern verursacht ... Sie können diese Diät leicht testen, indem sie alle Arten von Milch, Weizen, Mais, Eiern, Zucker, Kakao, Erdnüssen, Schweine- und Rindfleisch, Hefe, Konservierungs- und Farbstoffen - das sind die häufigsten Allergene - für fünf Tage ganz absetzen. Und dann lassen Sie das Kind jeden Tag diese Nahrungsmittel, eins nach dem andern, wieder zu sich nehmen, so daß Sie die Wirkung sehen können."

Schon in den 20er Jahren hatten Wissenschaftler den Zusammenhang zwischen Enzephalitis, Nahrungsalergien und Verhaltensstörungen festgestellt: Man beobachtete, daß Kinder mit Allergietendenz »unruhig, reizbar, unordentlich, leicht beleidigt, kränklich, nervös und schwer zu handhaben waren ... wegen ihrer anaphylaktischen Reaktionen auf Nahrungseiweiß, gegen das der Patient anfällig ist«, "Doch ging dieses Wissen zunächst weitgehend verloren, bis es Jahrzehnte später von Linus Pauling, Theron Randolph, Benjamin Feingold und ein paar anderen unorthodoxen Wissenschaftlern wiederentdeckt wurde.

Die wohl verbreitetste Diätbehandlung überhaupt bei Hyperaktivität und Allergien ist die Feingold-Diät. Sie wird gegenwärtig von der »Feingold Association« propagiert, die zwölf Filialen in den Vereinigten Staaten und sieben oder acht in anderen Ländern besitzt.

Feingold war der Ansicht, daß sich Hyperaktivität durch Nahrungsmittel verschlimmert, die bestimmte künstliche Farbstoffe (auf Erdölbasis), Duftstoffe und Konservierungsstoffe sowie natürliche Salicylsäuren enthalten. Der Diät ist zunächst eine fünftägige Fastenkur vorgeschaltet, in der diese Substanzen aus dem Organismus ausgeschieden werden. Danach werden alle Speisen, die diese Substanzen enthalten, abgesetzt.

Humphrey Osmond, Abram Hoffer, Bernard Rimland und andere haben für eine Diät- und Vitaminbehandlung des Autismus und anderer »psychischer Krankheiten« plädiert, und zwar nach den Prinzipien der »orthomolekularen Psychiatrie«. Dieses Konzept wurde erstmals 1968 von Linus Pauling eingeführt und definiert als »Behandlung psychischer Krankheiten, bei der der Psyche die optimale molekulare Umgebung geboten wird, besonders die

optimale Konzentration derjenigen Substanzen, die sich normalerweise im menschlichen Körper befinden.«."

Sie legen Wert auf Vitamin C und Nikotinsäure (eine Säure des Vitamin-B-Komplexes), doch werden auch viele andere Vitaminkombinationen mit einbezogen. Allergene Nahrungsmittel und Kleider werden durch hypoallergene Nahrungsmittel und Haushaltsgegenstände ersetzt. Des weiteren befürworten sie ein Programm der Desensibilisierung gegen Allergien."

Viele Fallbeispiele sind veröffentlicht worden, bei denen sich Erfolge aufgrund dieser Behandlungsmethoden einstellen:

Als sie acht Jahre alt war, bekam ich, nachdem ich einige Bücher von Adelle Davis gelesen hatte, Interesse an Ernährungsproblemen und gab Terry [autistisch] von mir aus große Dosen Vitamin C. Sofort bemerkten wir eine Besserung in ihrem Befinden .. Durch Diät und unser eigenes Vitaminprogramm ist es uns gelungen, ihr Verhalten unter Kontrolle zu bekommen - außer gelegentlichen unbeherrschbaren Wutanfällen, die aber immer auf übermäßigem Genuß von Süßigkeiten zurückzuführen waren."

Aaron war eines von 100 Kindern, die an einem von Dr. Bernard Rimland geleiteten Megavitaminprogramm teilnahmen. Es zeigte sich eine sofortige Besserung. Damals war er neun Jahre alt, und wir hatten uns durch sechs nutzlose Jahre Psychotherapie nach Freud hindurchquälen müssen, ohne daß sich etwas anderes ergeben hätte als Ratlosigkeit und Schuldgefühle ... Wir haben den Eindruck, daß die Vitamine das ritualisierte Verhalten und die generelle Spannung merklich abgebaut haben."

Zunächst machten wir Hauttests mit vielleicht einem Dutzend Stoffen. Das diente uns als Wegweiser, um nun Schritt für Schritt die Eliminierung bestimmter Nahrungsmittel zu versuchen. Seine Eltern und Lehrer berichteten, daß er nach der Absetzung von Orangen, Mais, Weizen und Eiern seinen Urin besser halten konnte, besser schlief, einem eher in die Augen sah und mehr Empfindungen zeigte."

Paul war laut, geschwätzig und destruktiv ... Auf glutenfreie Diät gesetzt, kam sein Appetit zurück, sein Gewicht nahm zu, seine autistischen Symptome schwächten sich ab, und er begann, mit anderen Patienten zusammen zu spielen und zu essen. Ein kurzer, schwerer Zusammenbruch erfolgte noch einmal, als irrtümlich eine normale Diät verordnet wurde. Die Wiederaufnahme der glutenfreien Ernährung stellte den früheren Zustand wieder her ... Paul wird jetzt zunehmend freundlich und macht immer weniger Schwierigkeiten."

Die Theorie der Nahrungsalergien geht davon aus, daß der Körper ein Bedürfnis gerade nach den Substanzen hat, die ihm am schädlichsten sind:

Die Nahrungsmittel, auf die er am allergischsten reagierte, waren gerade die, nach denen er zu Hause so süchtig, ja versessen war. Am Anfang schmeckten ihm diese Sachen gut, und er fühlte sich wohl. Wenn dieser Reiz dann nachließ, versuchte er ihn wiederzubeleben, indem er noch mehr davon in sich hineinstopfte. Und dann kamen wieder die unangenehmen Empfindungen. Es war ein echter Teufelskreis."

1978 veröffentlichte Dan O'Banion eine gründliche Arbeit über die Auswirkungen bestimmter Nahrungsmittel auf »Hyperaktivität, zwanghaftes Lachen und unbeherrschtes Verhalten«. Versuchsperson war ein achtjähriger autistischer Junge. Der Fußboden des Zimmers, in dem das Kind lebte, wurde in sechs gleich große Rechtecke unterteilt, damit man die Aktivitäten des Jungen messen konnte. Man sammelte nun Daten über die Häufigkeit seines Schreiens, Beißens, Kratzens, Lachens und Werfens von Gegenständen." Das Ergebnis war, daß Nahrungsmittel wie Weizen, Mais, Tomaten, Zucker, Pilze und Milchprodukte zu Verhaltensstörungen bei dem Kind führten.

Doch hat die Medizin trotz der ermutigenden Resultate Diät- und Megavitaminbehandlungen bei Autismus und Minimalhirnschaden nicht eben mit Begeisterung aufgenommen. Einige ihrer Vertreter, die auch in offiziellen medizinischen Zeitschriften schreiben, lassen vielmehr durchblicken, daß Eltern, die so etwas für ihre Kinder haben wollen, im Grunde selbst psychiatrisch behandelt werden müßten:

Man muß sich immer vor Augen halten, was Eltern innerlich empfinden, wenn sie hören, ihr Kind sei entwicklungsgestört... Es beginnt eine Suche nach Zaubermitteln. - »Ich weiß, daß Megavitamine und chiropraktische Behandlung mein Kind heilen können.« ... Angesichts solcher Reaktionen dürfte eine einschlägige Beratung immer nützlich sein. (*Pediatric Annals*)"

Fünf Tage Nahrungsentzug sind eine wirkliche Zumutung für ein Kind. Die Abführmittel, die ihm gegeben werden, wenn es doch eine verbotene Speise zu sich nimmt, kommen einer Bestrafung gleich. Eine auf zusatzfreier organischer Nahrung beruhende Diät ist einerseits teuer, andererseits unpraktisch. Auch synthetisierfaserfreie Kleider, Betten und Möbel sind schwer zu bekommen und teuer. Würde man hier überall Änderungen einführen, würde das ganze Familienleben verändert ... Bisher sind nur sporadisch Erfolgsmeldungen in bezug auf diese Maßnahmen eingegangen. Sie sind zwar interessant, sollten aber von Eltern und

Ärzten nicht akzeptiert werden, bevor umfänglicheres Beweismaterial zur Verfügung steht. (*Journal of Autism*)"

Ich kenne keine zuverlässigen Daten, die beweisen, daß Niacin- oder Megavitamintherapie auf Autisten irgendeine positive Wirkung hat, obwohl so viel Aufhebens von ihren Erfolgen gemacht wird ... Soweit ich informiert bin, sind die bisher veröffentlichten Daten nicht kritisch geprüft. Aber die Veröffentlichung an sich verführt immer zu dem Glauben, es sei alles bewiesen und allgemein akzeptiert, während es in Wirklichkeit gar nicht so ist. Dadurch entstehen unbegründete Hoffnungen und schließlich Enttäuschungen. (*Journal of Autism*)"

Auch die Schriften der US-Regierung zur Hyperaktivität zeigen die Tendenz, die Bedeutung der aus ernährungswissenschaftlichen Untersuchungen gewonnenen Daten herunterzuspielen: »Viele Untersuchungen, darunter auch die von der Nahrungsmittelbehörde und der -Ernährungswissenschaftlichen Stiftung- (Nutrition Foundation) unterstützten Erhebungen, haben die Angaben Feingolds nicht bestätigen können.«"

Erst in allerjüngster Zeit hat sich ein offizielles Organ (Nelson's Textbook of Pediatrics) dazu aufgeerafft, etwas Positives über Diät- und Megavitaminbehandlung zu sagen."

Vorsicht bei der Einführung neuer Behandlungsmethoden ist freilich immer sehr angebracht, und wenn die Ärzte mit der Anwendung von das Zentralnervensystem stimulierenden bzw. dämpfenden Substanzen und anderen Mitteln zur Behandlung solcher Kinder zurückhaltender gewesen wären, hätte ihnen das sehr zur Ehre gereicht. Aber leider waren sie es nicht. Statt dessen haben sie alle möglichen Arten von problematischen Präparaten enthusiastisch begrüßt - Amphetamine, Barbiturate, Chlorpromazin, Phenobarbital, Fluphenazin, Methylphenidat, Lithiumkarbonat, Benzodiazepin, Haloperidol usw. - und schwören auf Milieuthapie, Aversivtherapie, Psychotherapie, Hormonbehandlung, Elektro- und Insulinschock, Lobotomie und ähnliche Behandlungsmethoden, obwohl das alles gewiß weniger gut begrüdet ist als die Diät- und Megavitaminbehandlungen.

Ärzte mögen Diätbehandlungen aus drei Gründen nicht (daß keine therapeutischen Erfolge auftraten, gehört nicht zu diesen Gründen!):

1. Sie wissen verhältnismäßig wenig über Ernährung, da sie im Medizinstudium fast niemals damit konfrontiert werden, und fühlen sich für Ernährungstechniken nicht kompetent.

2. Einem Patienten zu empfehlen, die Diät zu wechseln oder sich ein paar Vitaminfläschchen zu kaufen, kommt ihnen eines Arztes irgendwie unwürdig vor. So etwas paßt nicht zu jemandem, der acht oder zehn Jahre studiert hat.

3. Diätbehandlung muß auf das jeweilige Kind oder den Jugendlichen besonders zugeschnitten sein, ganz *individuell*, und das erfordert Zeit und Eingehen auf den Patienten.

Aus diesen Gründen ziehen es die Ärzte entschieden vor, mit Psychopharmaka zu behandeln. Im Studium haben sie ein bißchen Pharmakologie gehabt und fühlen sich auf diesem Gebiet kompetent. Es verträgt sich viel besser mit der hohen Standesehre des Mediziners, wenn er ein starkes Medikament verschreiben kann. Und schließlich können Pharmaka rasch verschrieben werden, und Zeit ist das Kostbarste, was ein Arzt besitzt.

Medikamentenbehandlung geht deshalb so rasch vonstatten, weil solche Arzneimittel für Krankheiten mit breitem Symptomspektrum entwickelt werden («Autismus«, »Lernbehinderung«), und wenn einmal die Diagnose gestellt ist, folgt das Rezept automatisch. Das wird dann als »wissenschaftlich« angesehen, denn »wissenschaftlich« ist, was auf eine große Anzahl von Patienten anwendbar ist.

Doch wenn man großen Gruppen von Patienten, deren Krankheiten nur ungenau definiert sind, starke Mittel verschreibt, gibt es unweigerlich Nebenwirkungen, die nicht auftraten, wenn die Rezepte präziser wären. Eine Behandlung, die auf den Patienten individuell zugeschnitten ist, z. B. Diät oder Vitamine, und fast niemals gefährlich ist, wird dagegen als »unwissenschaftlich« abqualifiziert, während sie in Wirklichkeit nur mühsamer und zeitraubender ist.

Die Behandlung von Millionen Kindern und Jugendlichen, die an Minimalhirnschaden leiden, mit starken pharmazeutischen Präparaten trägt zu der allgemeinen Drogenabhängigkeit bei, die schon zur Volksgeißel geworden ist. Ihr soll das nächste Kapitel gewidmet sein.

ANMERKUNGEN

- 1) Solche Ergebnisse an Tierversuchen müßten eigentlich zum Verbot der betreffenden Impfstoffe führen. Warum ist das aber nicht der Fall? Weil die Verantwortlichen selbst nicht an den Tierversuch glauben.
- 2) Steg und Rapoport behaupteten 1975, nachweisen zu können, daß bestimmte kleinere physische Abweichungen in bezug auf Kopfumfang, Ohrenform, Gaumenhöhe, Zehnlänge und Zehenzwischenräume sowie Fingerkrümmungen bei Kindern auftreten, die sich durch Lernschwierigkeiten oder »schwere Lernstörungen« von normalen Kindern unterscheiden. Das ist ein interessanter Ansatz, der ausgebaut werden sollte. Selbstverständlich müßten die Wissenschaftler dabei erst klären, ob nicht diese Abweichungen ihrerseits die Folgen von Impfschäden sind (siehe Steg, J. P., und Rapoport, J. L., 1975).

5. Kapitel

Die soziopathische Persönlichkeit und Gewaltverbrechen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die geistig zurückgeblieben oder autistisch sind oder an anderen schweren neurologischen Störungen leiden, können sich in der Gesellschaft nicht durchsetzen. Ihre Anpassungsprobleme werden in Nervenkrankenhäusern oder Heimen für geistig Behinderte gelöst - oder auch nicht gelöst -, wo sie den Rest ihrer Tage verbringen, ohne von der Öffentlichkeit gesehen und beachtet zu werden. Mit ihrem abweichenden, destruktiven oder bedrohlichen Verhalten setzt man sich nur hinter den Mauern dieser Institutionen auseinander.

Aber was geschieht mit dem postenzephalitischen Menschen, der nicht in irgendeine abgelegene Abteilung abgeschoben wird? Jedes biologische Phänomen weist ein Erscheinungsspektrum vom fast Normalen bis zum Pathologischen auf. Auf jeden postenzephalitischen Patienten, der in einer Institution behandelt werden muß, kommen Hunderte, die draußen bleiben. Der marginal Autistische, der Epileptiker mit seltenen Anfällen, der nur leicht Zurückgebliebene, der schwer Dyslexische - sie alle müssen sich irgendwie mit der Gesellschaft arrangieren.

Da sie aber im Wettbewerb mit den neurologisch Gesunden nicht bestehen können, gleiten sie leicht ins Verbrechen ab. Diese neurologisch gestörten Menschen sind für einen unverhältnismäßig großen Anteil an der wachsenden Zahl von Morden, Überfällen, Vergewaltigungen, Räubereien mit Gewaltanwendung, Mißhandlungen von Frauen, sexuellem Mißbrauch von Kindern und den tausend anderen Verletzungen gesellschaftlichen Zusammenlebens verantwortlich, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten dermaßen gehäuft haben, daß Everett Koop, der frühere Inspekteur des Sanitätswesens, sie als ein »öffentliches Gesundheitsproblem« bezeichnete.¹

Es ist tatsächlich ein »öffentliches Gesundheitsproblem«, doch nicht ganz in dem Sinne, wie es der Inspekteur gemeint hatte. Eine Epidemie der Ge-

walt ist in den 60er Jahren in diesem Lande ausgebrochen und wird immer verheerender - zur Verzweiflung der mit Arbeit überhäuftten Gerichte und überfüllten Gefängnisse.

Psychologen, Psychiater, Geistliche und Kriminologen haben Hunderte von Erklärungsversuchen angeboten. In der Regel schieben sie die Schuld auf eine Gesellschaft, die sich um diese Fälle nicht »kümmert«, wobei sie die Tatsache außer acht lassen, daß dieser gesellschaftliche Zusammenbruch sich zu einem Zeitpunkt ereignet, da ein bisher nie dagewesener wirtschaftlicher Wohlstand herrscht. Niemand jedoch kam bisher auf die Idee, daß die ersten beiden Impfgenerationen - die postenzephalitischen Generationen - hier eine wichtige Rolle spielen könnten.

Der Anstieg von Verbrechen und Gewalt in Amerika

Die neue Ära der Gewalt in Amerika begann am 22. November 1963, als Präsident John F. Kennedy ermordet wurde. Der Mörder" - einer der Mörder - Lee Harvey Oswald war ein Mann, der, ein ominöser Zufall, selbst dyslexisch und neurologisch geschädigt war. Von diesem Tag an steht es mit dem sozialen Frieden und der bürgerlichen Ordnung nicht zum besten, und es geht unaufhaltsam abwärts. Die Zahlen sind erschreckend und beängstigend. Sie entziehen sich - wie der Autismus selbst und die unzähligen damit verbundenen Entwicklungsstörungen - jeder vernünftigen Erklärung.

Die Anzahl der Morde verdoppelte sich zwischen 1960 und 1980 von vier auf acht pro 100000 Einwohner, was der absoluten Zahl von 20 000 im Jahre 1987 entspricht. Damit stehen die USA, was die Häufigkeit von Morden betrifft, unter den industrialisierten Ländern an der Spitze. Der größte Anstieg war zwischen 1960 und 1970. Mord ist heute die häufigste Todesursache für männliche Schwarze zwischen 15 und 34 Jahren.'

Währenddessen hat sich die Häufigkeit in Westeuropa und Japan auf 1 pro 100 000 Einwohner eingependelt. Die Anzahl der Gewaltüberfälle ist nicht bekannt, wird aber auf über 100 je 1 Mord geschätzt, d. h. möglicherweise 2500000. Die wirklich gemeldete Zahl war 1980 1 600000. Sie bezieht sich auf Personen über zwölf Jahre.

Die Statistiken des FBI weisen eine 50%ige Zunahme bei Verbrechen aller Art auf (Gewaltverbrechen, Brandstiftung, Raub, Einbruch und Eigentumsdelikte) - von 4000 pro 100 000 Einwohner 1971 bis 6000 pro 100 000 im Jahre 1980. In der Folge fiel dieser Index geringfügig, stabilisierte sich aber bei 5500. Das liegt weit über den Zahlen der 40er und 50er Jahre.'

Zwischen 1970 und 1980 stieg die Zahl der auf Brandstiftung zurückgehenden Brände um 325 %. 1933, auf der Talsohle der Depression, lag die

Häufigkeit von »Gewaltverbrechen« (diese Kategorie enthält Mord, Vergewaltigung, Raub und schwere Überfälle) bei 200 pro 100 000 Einwohner. In den 40er Jahren sank sie auf 100, doch 1963 lag sie wieder auf dem Niveau der Depression. Danach stieg sie stetig und erreichte 1978 500 und über 600 im Jahre 1987.⁵

Wer heute darüber klagt, daß die Gewalttätigkeit gerade in den ärmeren Schichten epidemisch zunimmt, sollte doch einmal erklären, warum sie jetzt dreimal so hoch ist wie 1933 und sechsmal so hoch wie in den 40er Jahren. Sind die Vereinigten Staaten seit 1933 wirklich ärmer geworden?

Louis J. West, Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der UeLA, stellte 1985 fest: »Wenn in diesem [dem psychiatrischen] Bereich die Krankheits- und Sterblichkeitsziffern so hoch wären wie bei einer Infektionskrankheit, so würden Millionen und Millionen Dollars dafür ausgegeben. Diese Epidemie [der Gewalt] schlägt alle Rekorde, die die Behörden für Seuchenkontrolle sonst schon erlebten lassen - falls man es wirklich als epidemiologisches Problem auffaßt.«

Frauen sind oft das Objekt von Gewalttaten. Zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Frauen des Landes sind mindestens einmal von einem männlichen Mitglied ihrer Familie oder Bekanntschaft geschlagen worden. Die offiziell gemeldeten Vergewaltigungen sind in 25 Jahren um das Fünffache gestiegen - von 17000 im Jahre 1960 auf 91 000 1987. Und höchstwahrscheinlich werden überhaupt nur 10 % der Vergewaltigungen gemeldet."

Aber die Frauen selbst sind heute in nie dagewesener Weise an Gewaltverbrechen beteiligt. Zum erstenmal in der Geschichte dieses Landes nehmen sie massiv an bewaffneten Raubüberfällen und anderen Gewalttaten teil:

Als sich Charlie T. Deane am Donnerstag mit einem Bankraub konfrontiert sah, tat er, was jeder gute Polizist an seiner Stelle getan hätte. Er sicherte Spuren, verhaftete Verdächtige und sperrte sie ein ... Er sperrte Paulette Lisenby, 32, aus Alexandria ein, gleichzeitig Robin Diane Cash, 33, aus Woodbridge, ihre Komplizin der Tat ... Gestern nachmittag überfielen zwei bewaffnete Frauen eine andere Bank im gleichen Distrikt an der Route 1 und flüchteten mit einer dritten Komplizin."

Frauen verüben auch Taten »außergewöhnlicher Brutalität«, die bisher die Domäne der Männer waren. 1969 hatten nur 12 % weiblicher Jugendlicher »größere Gewalttaten« begangen. Aber 1979 war der Anteil auf 48 % gestiegen, was annähernd der Quote bei männlichen Jugendlichen gleicht. Ein sogar noch steilerer Anstieg der Häufigkeit ist bei Kindes-

mißhandlungen zu verzeichnen. Anfang der 80er Jahre wuchs sich dies zu einem öffentlichen Problem aus:

Die Frau eines Mannes, der des Mordes an seiner dreijährigen Tochter angeklagt war, gab gestern zu Protokoll, ihr Mann habe ihr gesagt, er habe das schreiende Kind »gepackt« und mit einem Tuch erwürgt. Dann habe er mit einem Ziegelstein auf es eingeschlagen, um es »kaltzumachen« ... Alicia Seefeldt sagte, in den Tagen nach Lindsays Tod habe sie ihren Mann zweimal im Gefängnis besucht, wo er zugab, ihre Tochter getötet zu haben. Er sei durch ihr Geschrei so wütend geworden. Die Mutter erzählte: »Er sagte, es tue ihm leid, es sei ein Unfall gewesen, es hätte nicht passieren dürfen.«

John M. Malvin, 30, Monteur bei Annandale und angeklagt des Mordes an seinem dreimonatigen Sohn, wurde gestern beim Jugendgericht in Fairfax County vorgeführt ... Eine Autopsie hatte gezeigt, daß das Kind an mehrfachen inneren Verletzungen gestorben war ... Raymond F. Morrrough, der Staatsanwalt, sagte, die dem Kind jüngst zugefügten Verletzungen bestünden in einer Quetschung der Brust, einem Riß in der Leber und einem Riß in der Niere ... Eine Röntgenuntersuchung ergab, daß auch ältere Verletzungen vorlagen. »Es zeigten sich ältere Brüche an den Rippen und den Armen und Beinen«, erklärte Morrrough. »Sie sind nicht frisch.« Der Säugling trug einen Gipsverband um ein gebrochenes Bein ... die Ursache für den Bruch wird noch untersucht ... Im Haushaltsjahr 1986/87 gab es in Virginia 27 Todesfälle bei Kindern, die durch Mißhandlung oder Vernachlässigung verursacht waren ... Das war fast eine Verdoppelung der 14 Fälle, die in den beiden Jahren davor aufgetreten waren ... Bei den tödlichen Fällen von Kindesmißhandlung ... war die Mutter in etwa 30 % die Ursache, der Vater in ebenfalls etwa 30 %, und beide Eltern waren schuld in 15 %. Zwei Drittel der Kindesmißhandlungen mit tödlichem Ausgang erfolgten bei Kindern unter einem Jahr."

1986 wurden in den Vereinigten Staaten 2,1 Millionen Fälle von Kindesmißhandlungen gemeldet - seit 1976 ein Zuwachs um 200 %. Die Behörden des Staates New York schätzten 1987, daß 100 bis 150 Kinder in diesem Staat jährlich an Mißhandlungen sterben, während es in den USA insgesamt 2000 bis 5000 sind (allein im Jahre 1986 ein Anstieg um fast 25 %). Aber die meisten Fälle werden gar nicht gemeldet. 1984 schätzte man die Zahl des sexuellen Mißbrauchs von Kindern auf 123 400, was im Vergleich zu 1983 einen Anstieg um ein Drittel bedeutet."

Seit 1970 hat sich die Anzahl der Gefängnisinsassen in Amerika *verdoppelt*, in Kalifornien zwischen 1977 und 1988 *verdreifacht*. Gegenwärtig sitzen in den USA 250 Menschen pro 100 000 Einwohner im Gefängnis. 1850 betrug das Verhältnis noch 29:100 000.¹³

Be~onder~ besorgniserregend sind die Zufälligkeit und die Unvorhersagbarkeit dabei. Früher war Mord praktisch eine Familienangelegenheit. Aber zwischen 1963 und Anfang der 80er Jahre stieg die Anzahl der Morde durch Fremde fast zweimal so schnell wie die der Morde durch Verwandte, Freunde und Bekannte." Dadurch wird das Risiko unvorhersehbar, und ein vernünftiger Selbstschutz ist nahezu unmöglich.

Ein 18jähriger Bursche wird vor den Augen seiner Freunde in einem Rockkonzert von einem anderen Jugendlichen erstochen, den er nicht im Auto nach Hause bringen wollte. Ein junger Mann überfällt eine ältere Dame aus der Bekanntschaft, zerschmettert ihr den Schädel mit einem Hammer, bringt ihr mit einem Küchenmesser mehrere Stiche bei und versucht dann, ihre Leiche anzuzünden. Eine 18jährige Frau wird erschossen, während sie ihren Freund bei einem Wohltätigkeitskonzert mit Bob Dylan umarmt. Der für die Tat verantwortliche 15jährige Junge sagte aus er habe »einfach jemanden erschießen müssen«. Im Laufe eines Sommer; werden 23 Autofahrer auf den Autobahnen von Los Angeles von unbekanntem Tätern beschossen, die offensichtlich die vorbeifahrenden Autos als Wildenten auf ihrem Zug in den Süden ansehen. Vier Fahrer werden getötet, zwölf verwundet.

Die Verbrechen selbst werden immer grausamer: Ein Mann wird durch einen einzigen Stich ins Herz getötet. Dann bringt der Mörder dem Leichnam noch weitere 30 Stiche bei. Ein 15jähriger Gymnasiast aus Massachusetts l~ckt einen Klassenkameraden an einen einsamen Ort und erschlägt ihn mit einem Baseballschläger, während sein Opfer um Hilfe ruft. »Danach begab sich Matthews zur Wohnung eines Freundes, machte eine Schneeballschlacht mit ihm und schlug seinem Kumpel vor, ihm die Leiche zu zeigen.« Matthews' Verteidiger sagte, der Junge habe Klassenkameraden erzählt »er habe wissen wollen, wie es ist, jemanden zu töten«. Ein Psychiater erstellte das Gerichtsgutachten, daß Matthews »... innerlich Gut und Böse nicht voneinander unterscheiden kann. Er kennt den Unterschied zwar theoretisch kann ihn aber nicht in die Praxis umsetzen , so daß er moralisch behindert ist.«

Erst vor einem Monat hatte der 17jährige Kendall Merriweather in eine Pistolenmündung blicken und sein Radio Räubern abliefern müssen. Als ihm das zum zweitenmal passierte, zwei Wochen vor vergangenem Weihnachten, sagte er »nein«.

Sekunden später war Merriweather tot, einmal, zweimal mit einer 357er Magnum in den Rücken geschossen, bei hellichtem Tag mitten auf einer belebten Straße. Sein Mörder und dessen Komplize, Mitschüler Merriweathers an der Frank-W.-

Ballou-High-School im Südosten (Washington), wurden eine halbe Stunde später verhaftet, als sie in der Wohnung eines Freundes eine Sendung aus dem neuen Radio hörten ... Die »Boom-box«-Killer ... wurden gestern nach zweiwöchiger Prozeßdauer verurteilt ... Jarrell D. Allen, 17, und Rodney Prophet, 17, wurden des vorsätzlichen Mordes und bewaffneten Raubüberfalls für schuldig befunden ... Die Verteidiger Prophets, die geltend gemacht hatten, er sei »an der Grenze zur geistigen Zurückgebliebenheit«, ... schienen über den Ausgang der Sache sehr bestürzt zu sein."

Sechs schwarze Jugendliche, 17 bis 21 Jahre alt, berauben und schlagen eine 48 Jahre alte schwarze Frau. Zwei von ihnen halten ihre Beine auseinander, während sie ein anderer tötet, indem er ihr eine Stange ins Rektum schiebt. Beim Prozeß beschwert sich einer der sechs wegen vorsätzlichen Mordes verurteilten Angeklagten über die Schwere der Strafe und sagt: »Ich habe doch die Lady nur geschlagen und gestoßen!«

Ein »Wolfsrudel« aus acht schwarzen und spanischen 14jährigen überfällt eine junge Bankangestellte beim abendlichen Joggen im Central Park in New York. Der Pressebericht lautet: »Die Frau wurde mit Fußtritten traktiert und mit Fäusten geschlagen. Man zog ihr ein Rohr über den Kopf und warf ihr einen Stein ins Gesicht. Sie wurde gefesselt und geknebelt und mehrere Male vergewaltigt.« Sie überlebte zwar die Vergewaltigung. Aber ihr Schädel war an zwei Stellen gebrochen, und sie trug eine schwere, wahrscheinlich dauernde Verletzung des Gehirns davon."

Auch nimmt die Gewalttätigkeit neue, bizarre Formen an. Auf der Fahrt mit dem Auto zur Arbeit gerät ein Mann so in Rage, als ihn ein anderer schneidet, daß er vor Wut losbrüllt und mit seiner Faust die Windschutzscheibe des anderen durchschlägt. Die Reaktion eines anderen Fahrers in der gleichen Situation besteht darin, dem anderen Wagen den Weg zu versperren (es ist ein kleiner VW), auszusteigen, sich zu bücken und ihn auf den Fahrbahnrand zu kippen. Eine junge Frau von 25 beißt wild einen Polizisten, der ihr einen Strafzettel wegen Falschparkens schreibt.

Eine 31jährige New Yorkerin verwandelt 75 verärgerte Flugpassagiere in eine brüllende Meute, dann rammt sie einem Polizisten, der versucht, sie zur Raison zu bringen, das Knie in den Leib. Der Anlaß? Die vierstündige Verspätung eines Flugzeugs nach Newark - dabei fliegt sie nicht einmal mit. Ganz normale Menschen haben plötzlich unerklärliche Wutanfälle:

Jim Kelter ist keine Gewaltnatur. Er arbeitet hart in seinem Beruf als Buchhalter, liebt seine Frau und sein Baby und wählt bei allem, was ihm begegnet, immer »die sanfte Tour«, wie man so sagt. Doch jetzt spricht er laut und aufgebracht in einem größeren Kaufhaus in New York. Ein kleines Plastikgerät zur Diebstahlsicherung

war irrtümlich an dem Stück, das er eingekauft hatte, hängengeblieben. Es löste Alarm aus und schrie mit aller Kraft seiner elektronischen Lungen: »Dieb!«

Da holt Kelter weit mit seinem Einkaufskorb aus und schmettert ihn einem herbeieilenden Kaufhausdetektiv auf die Füße ... »Heb ihn auf!« brüllt er. »Du willst sehen, was drin ist, also heb ihn auf!«

Der Wachmann gerät in Hitze, sein Blutdruck steigt nun seinerseits ... »Es ist jetzt das dritte Mal in einer Woche, daß man mir so gekommen ist«, wütet Kelter ... »Nach ein oder zwei Stunden - wir waren schon wieder zu Hause - fühlte ich mich wirklich schlecht. Es wurde mir klar, daß ich mich wie ein Kind benommen hatte, aber es war die einzige Möglichkeit für mich, Dampf abzulassen.«

Anscheinend gibt es keine »sanfte Tour« mehr in den Städten Amerikas. Jetzt gilt nur noch das Faustrecht, und wer in den Ballungsgebieten von New York bis Los Angeles lebt, spielt dieses gefährliche Spiel mit wachsender Intensität."

Das Zeitalter des Verbrechens hat begonnen. In Kalifornien erwürgt eine zehnjährige Babysitterin das Kind, das sie betreuen soll. In Texas wird ein 16jähriger Junge verurteilt, weil er eine 101 Jahre alte Frau erstochen und erschlagen hat. Jugendliche, sogar Kinder, begehen sexuelle Gewaltverbrechen, zu denen sie früher schon rein körperlich gar nicht fähig gewesen wären.

Ein 13jähriger Junge von 100 Pfund Gewicht stößt einer 22jährigen Frau mitten in Seattle ein Messer in den Leib, zieht sie in den Eingang zum Geschäft eines Autohändlers und vergewaltigt sie. Später sagt er dem Richter, es tue ihm leid, aber er wisse nicht, warum.

Ein zwölfjähriger Junge aus Auburn bindet seine ehemalige Babysitterin, eine 32jährige, leicht zurückgebliebene Frau, an die Umzäunung eines Schulhofes, zündet sie mit Streichhölzern an und belästigt sie sexuell.

Die Polizei von Mountlake warnt die Bevölkerung vor einem Sexualverbrecher, der jetzt aus einer geschlossenen Jugendanstalt entlassen worden sei und unter ihnen lebe. Während er wegen Einbruchs eingesperrt war, hatte der 18jährige einen detaillierten Plan entworfen, wie er Kinder aus der Grundschule entführen, belästigen und fotografieren könnte. Er wurde aber entlassen, weil er seine Strafe für den Einbruch abgebußt hatte und die Behörden glaubten, sie hätten juristisch wegen Geisteskrankheit keine Handhabe gegen ihn. Schließlich erließen die Justizbehörden die Weisung, ihn ins Western State Hospital zur Beobachtung einzulie-

fern. Dort befindet er sich heute noch, während der Staat überlegt, was man mit ihm tun soll.

Diese Ereignisse spielten sich alle im letzten Jahr ab."

Barry wurde vor zwei Jahren nach Echo Glen geschickt. Er war ein verkorkstes Kind, ein Mörder und Sexualverbrecher. Barry gab offen zu, sich an das sechsjährige Mädchen herangemacht und es gewürgt zu haben, das in seiner Straße in seiner Heimatstadt im Osten des Bundesstaates Washington lebte. Seit er nach Echo Glen kam, hat er tatsächlich alle möglichen Sexualverbrechen gestanden, die er an elf anderen Opfern beging - Cousinen, Brüdern und Schwestern. Er fing damit an, als er etwa sechs Jahre alt war."

Im Queens-Bezirk in New York wird ein Zwölfjähriger 27fach angeklagt, unter anderem der vorsätzlichen Vergewaltigung, des Raubes, schwerer Überfälle und Diebstähle. Diese Serie von Verbrechen beging er gemeinsam mit einem anderen Zwölfjährigen und einem Erwachsenen. Im Jahre 1985 begingen Jugendliche im Alter von 15 und darunter 381 Morde und vorsätzlichen Totschlag, 18 021 Überfälle, 13 899 schwere Raubtaten und 2645 Vergewaltigungen. Kinder von zwölf Jahren und darunter begingen 21 Morde, 436 Vergewaltigungen und 3545 schwere Überfälle.²

Der Kontrast zwischen damals und heute trat besonders eindrücklich durch einen Bericht des Beauftragten für Menschenrechte in New Jersey zutage. Er bezieht sich auf die Disziplin an den Schulen und stammt aus dem Jahre 1987. In den 40er Jahren waren die häufigsten Schulprobleme schwätzen, Kaugummi kauen, lärmern, im Gang herumrennen, sich vordrängen beim Schlangestehen, unangemessene Kleidung tragen und Papier nicht in den Papierkorb werfen. In den 80er Jahren waren es Drogen- und Alkoholmißbrauch, Vergewaltigung, Raub, Überfall, Einbruch, Brandstiftung, Bombenlegen, Mord, Schwänzen, Zerstörungswut, Erpressung, Bandenkrieg, Abtreibung und Geschlechtskrankheiten."

Es ist beweisbar, daß viele, wenn nicht die meisten dieser Verbrechen und Delikte von neurologisch Geschädigten begangen werden, d. h. von der hyperaktiven Generation, die jetzt ihren Trieben und Zwängen die Zügel schießen läßt, und von einer neuen Generation, die vielleicht noch mehr geschädigt ist. Das postenzephalitische Syndrom und in letzter Konsequenz die Kinderimpfungen sind zum Teil für dieses neue »öffentliche Gesundheitsproblem« verantwortlich.

Kriminelles Verhalten bei postenzephalitischen Zuständen

Berichte aus vergangenen Jahrzehnten untermauern die Auffassung, daß Personen mit postenzephalitischem Syndrom zu Gewalt und Verbrechen neigen. In den 20er und 30er Jahren war ein solches Verhalten häufig bei Menschen festgestellt worden, die Enzephalitis gehabt hatten. Man nannte sie »Apachen«. Die typische Erscheinungsform wurde beschrieben mit der Formel: »s'lüchtige- Burschen werden -schlecht-, und -schlechte- werden noch -schlechter-s-« »Enzephalitis ... kann aus einem freundlichen Mädchen oder Jungen ein intellektuelles, gequältes, grausames Ungeheuer machen.« »Ein Kind, das sich früher durchaus verantwortungsbewußt verhielt, kann sich so verändern, daß es wie ein anderer Mensch wirkt ... grausam, destruktiv, ausfällig und unanständig.s"

Man hat darüber diskutiert, ob Enzephalitis selbst den Charakter verändert oder nur schon vorhandene Züge verstärkt. L. A. Lurie schrieb 1947:

Manche Wissenschaftler sind der Ansicht, Enzephalitis lasse nur schon vorhandene Charaktermängel und anormale Persönlichkeitsstrukturen hervortreten, die bis dahin latent waren. Andere glauben - und wir stimmen ihnen zu -, daß die an Enzephalitis erkrankte Person nicht schon vorher Defekte aufweist, die durch die Krankheit nur verschärft würden ... Das Tragische an der Enzephalitis ist, daß sie nicht Persönlichkeitsmerkmale lediglich schärfer hervortreten läßt, sondern die Persönlichkeit verändert."

Ein anderes geistiges Wesen hielt gleichsam in die vertraute Wohnung des Körpers Einzug. Manchmal sah es fast so aus, als ob der Betreffende von einem Dämon besessen wäre:

Zwei Jahre nach einer Enzephalitiserkrankung hatte sich die Persönlichkeitsstruktur eines Neunjährigen dermaßen verändert, daß die Mutter meinte, das sei doch nicht mehr ihr eigenes Kind. »Immer wieder schluchzte er erbärmlich, dann lachte er plötzlich höhnisch auf und pfiß und grölte aus Leibeskräften. Gegen seine Geschwister und Spielkameraden wurde er grausam« und nahm die Gewohnheit an, Tieren auf der Straße Fußtritte zu geben, zu stehlen und »mit großer Geschicklichkeit zu lügen«."

G. M. war ein normales, guterzogenes Kind, bis er im Januar 1920 an Fieber erkrankte. Die Krankheit dauerte etwa zehn Tage. Damals war er acht Jahre alt ... Während einiger Wochen nach dieser Krankheit war das Kind unruhig und reizbar. Es stritt sich dauernd mit seinem kleinen Bruder und war jähzorniger als

sonst ...Gegen Ende des Frühjahrs 1920 traten seine Wutanfälle häufiger auf, und er fing an, andere Kinder zu mißhandeln, wenn er böse war ... Nicht lange, und er wurde zu einer echten Gefahr für die Familie. Einmal fand man ihn, wie er seinen kleinen Bruder, der noch ein Baby war, mit einem Schnitzmesser erstechen wollte, und ein andermal brachte er seiner Mutter mit einer Glasscherbe einen Schnitt an der Kehle bei. Schließlich versuchte das Kind, Feuer im Haus zu legen, und die Eltern brachten es ins Krankenhaus ... Der Intelligenz nach war das Kind anscheinend ganz normal, wenn man von seinen Konzentrationsschwierigkeiten ab-sah."

M. E. wurde eingeliefert, ein weißes Mädchen von 14 Jahren. Sie machte zu Hause und in der Schule große Schwierigkeiten. In letzter Zeit hatte sie schreckliche Wutausbrüche gehabt, bei einem hatte sie ihre Mutter und ihre Tante zu erwürgen versucht. Laut Protokoll hatte das Mädchen seit dem Alter von vier Jahren an schweren Wutanfällen gelitten. Unablässig stieß es seinen Kopf gegen die Wand oder auf den Fußboden, wenn ihm etwas gegen den Strich ging. Stets war es grausam zu Kindern und vor allem zu Tieren gewesen. Es war eine unverbesserliche Lügnerin ... Bei einem Wutausbruch griff das Mädchen eine Sozialarbeiterin an und versuchte sie zu töten. Während seiner Tobsuchtsanfälle war es immer äußerst gewalttätig.²⁸

Earl D. Bond und Kenneth E. Apple schrieben 1931:

Die Krankenprotokolle von 21 Burschen lauteten zusammengefaßt so: Bis zu einem bestimmten Alter waren sie liebe, gehorsame, wohlherzogene, fröhliche Kinder gewesen, manchmal lebhaft, manchmal schüchtern. Die Periode, in der es kritisch wurde, fing manchmal schon mit dreieinhalb, manchmal erst mit elf Jahren an, in der Regel begann sie mit etwa sechs Jahren. Dann zeigten sich plötzlich »wie aus heiterem Himmel«, oft nach einer Grippeerkrankung, gelegentlich auch nach einer Kopfverletzung, bestimmte Symptome wie Einwärtsschielen oder Doppeltsehen, Lähmungen der Beine, Kopfweh und Übelkeit, erhöhter Speichelfluß, Atembeschwerden oder Bettnässen ...

Nach den ersten körperlichen Symptomen zeigten sich auch Änderungen im Verhalten, gleich danach oder erst nach einigen Jahren. Die Buben wurden ungehorsam, unlenkbar, unruhig. Sie raufte dauernd. Sie fuhren als blinde Passagiere auf Zügen und Lastwagen mit. Ein kleiner Steppke von sieben kauerte sich in die Ersatzreifen von Autos, von denen er hoffte, daß sie eine weite Reise machen würden. Einer vergnügte sich damit, die Luft aus den Reifen geparkter Autos abzulassen. Alle hatten sie keine Angst mehr vor Bestrafung oder irgend welchen anderen Folgen ihres Verhaltens. Aber seltsamerweise litten sie doch unter ganz ungewöhnlichen, ja verrückten Ängsten. Ein Junge, der kühn genug war, auf Gü-

terzüge aufzuspringen und sich gegen einen Polizisten zu wehren, fürchtete sich nachts vor »dem Geist« - manchmal nannte er ihn den »Heiligen Geist«. Ein zweiter, der es mit viel größeren Jungen aufnahm, hatte Angst vor imaginären Piraten, Indianern und Riesen. Andere hatten häufig Alpträume und wachten laut schreiend auf. Sie logen und stahlen, wobei sie häufig auf frischer Tat ertappt wurden. Sie stahlen Kanarienvögel, Kinderwägen, Geld, Uhren, Spielzeug, Gewehre, das »Buch des Wissens«, Brillen, Blumentöpfe und Victrola-Schallplatten. Charakteristischerweise verschenkten sie immer weiter, was sie gestohlen hatten."

Die Kinder hatten oft normale oder fast normale Intelligenz - sie waren eher »moralisch als intellektuell geistesschwach.« Viele von ihnen schlugen später die Verbrecherlaufbahn ein. Postenzephalitische Patienten erscheinen wiederholt vor dem Strafrichter wegen kriminellen und asozialen Verhaltens, Delikten wie Diebstahl, Grausamkeit, Sexualverbrechen und Mord.³¹

Häufig wurde ihr kriminelles Verhalten anscheinend von einem zwanghaften Impuls hervorgerufen - einer Manifestation der »explosiven Diathese«. Gegen Bestrafung waren sie »gleichgültig.« Und obwohl sie manchmal Reue zeigten, wiederholten sie die Delikte doch immer wieder."

Die »explosive Diathese« ist in unseren Tagen unter dem Namen »Syndrom der episodischen Dyskontrolle« wieder aufgetaucht und wird weiter unten erörtert. In den 20er und 30er Jahren waren diese Menschen mit postenzephalitischen Zuständen eine verschwindende Minderheit, und ihre Delikte waren nur Fachleuten aus Medizin und Justiz bekannt. Heute stellen sie wahrscheinlich das Gros der Delinquenten in allen Kategorien der Gewaltverbrechen.

Kriminelles Verhalten und Autismus: das Asperger-Syndrom

Autisten haben wenig Gelegenheit, ihre Tendenz zu spontaner Gewalt auszuleben, da sie per definitionem ihre Tage in Heimen oder Krankenhäusern verbringen. Wenn sie auf freiem Fuß sind, werden sie wahrscheinlich nicht als Autisten diagnostiziert, so daß die statistischen Daten in dieser Hinsicht verzerrt sind. Aber die Vermutung liegt nahe, daß Autismus in seiner milderer Form als Asperger-Syndrom doch mit einer Tendenz zur Aggressivität gepaart ist wie in dem folgenden, aus England berichteten Fall.

Wissenschaftler stellten 1985 dort einen Zusammenhang zwischen dem

Asperger-Syndrom und Gewalttätigkeit fest." Von frühester Kindheit an hatte der 44jährige Sohn eines erfolgreichen Ingenieurs deutliche Persönlichkeitsmerkmale des Autisten gezeigt. Schon vor seinem dritten Geburtstag war er »ungewöhnlich friedlich, sein Gesicht war ausdruckslos, seine Stimme monoton«. Danach entwickelten sich zahlreiche für einen Autisten typische Merkmale, unter anderem eine Reihe von Obsessionen: Angst vor dem Haar der Leute, vor der technischen Installation in der Wohnung, vor Hunden. Als Kind »schaukelte« er unaufhörlich und leidet bis heute an Enuresis und Stuhlinkontinenz. Als Jugendlicher aber inszenierte die im Grunde zurückhaltende, ja steife Mensch eine Reihe von spontanen Überfällen auf Frauen. Mit 16 »war er von Gedanken an Mädchen wiebehext und hatte eines sogar zu strangulieren versucht ... Später sagte er dem Schuldirektor, er habe völlig die Beherrschung verloren.«

»Mit 18 warf er einer jungen Frau einen Knallkörper ins Auto und schickte ihr dann mit einem Schraubenzieher ins Handgelenk ... Acht Monate später sprang er in einem Park ein Mädchen von hinten an und sagte, der Grund dafür sei die Art gewesen, wie es angezogen war.« »Er erklärte einen anderen Versuch, ein Mädchen zu erstechen, mit den Worten: -Ich hatte das Gefühl, sie war unanständig gekleidet - sie trug Shorts.«

Mit 29 Jahren wurde er in ein Nervenkrankenhaus eingeliefert. Die Diagnose lautete: »Autistischer Erwachsener mit größeren Fähigkeiten als gewöhnlich.« Bis heute lebt er dort. Seit kurzer Zeit beschäftigt er sich zunehmend mit Frauen und hat zum erstenmal eine Sammlung von Bildern mit nackten Frauen zusammengestellt, die er öffentlich herumzeigt ... Das ... führte bald zu Verhaltensproblemen: Er zeigte unverhohlenen Interesse an einer Lehrerin und näherte sich ihr bei jeder Gelegenheit so dicht wie möglich manchmal folgte er ihr auch aufdringlich wie ein Schatten ... Jüngst interessierte er sich auch für Hexen und das Aufschneiden von Babys. Er sagte, er würde gerne Schauspielerinnen vergiften oder erschießen, und er stand, wenn er verheiratet wäre, würde seine Frau nicht sicher vor ihm sein. Er berichtete auch an den meisten Tagen über er in Gedanken Gewalt gegen Schauspielerinnen: doch konnte man ihn ablenken, indem man seine Phantasie auf Lenkräder und Steuerknüppel richtete. Seine Einstellung gegenüber Frauen schwankt zwischen Verehrung - dann sieht er sie als Sexualobjekte - und Aggression - dann sind es potentielle Opfer von Gewalt und Mord.«

Die Autoren kommen zu dem Schluß: »Dieser Zusammenhang zwischen dem Asperger-Syndrom und Gewalttätigkeit ist verbreiteter, als man annehmen sollte.«

Kriminelles Verhalten und Minimalhirnschaden: Verhaltensstörungen

Im »Journal of the American Medical Association« hieß es 1988: »Unter Gewaltverbrechern sind Erwachsene, die früher konzentrationsschwach und hyperaktiv waren, überrepräsentiert. «³Wahrscheinlich ist der am häufigsten vorkommende neurologische Defekt, dem man bei Schwerverbrechern begegnet, Hyperaktivität. Alle Untersuchungen stimmen darin überein, daß die große Mehrzahl dieser Personengruppe in der Kindheit hyperaktiv gewesen ist:

R. J., ein 23jähriger arbeitsloser Mechaniker, war als Kind als Streuner bekannt und hyperaktiv gewesen. Mit 13 ging er von der Schule ab und mußte verschiedene Male wegen Überfall und Trunkenheit am Steuer ins Gefängnis. Eines Nachts einige Monate vor dieser Niederschrift bemerkte seine Frau, daß »seine Augen starr wurden«, Er ging auf sie zu und schlug sie schwer mit einem stockförmigen Kerzenanzünder aus Metall. Sie trug Platzwunden davon und wurde bewußtlos. Einige Wochen später trank er fünf oder sechs Flaschen Bier, geriet in eine wüste Rauferei, griff sich eine Jagdflinte, die einem Freund gehörte, und erschoss diesen. Zwei Wochen danach war er gegen Kautions wieder auf freiem Fuß. Da warf er sein zweijähriges Töchterchen aus dem Fenster eines fahrenden Autos, weil es »ihm Widerworte gegeben« hatte."

Hyperaktivität nimmt beim Übergang ins Erwachsenenalter häufig ab, geht dann aber »in Aggressivität und Jähzorn über, wobei der Betreffende destruktive Tendenzen zeigt.«

Ein anderes unter Gewaltverbrechern verbreitetes Merkmal ist Konzentrationsschwäche." Auch Dyslexie und andere Lernbehinderungen werden sehr häufig in Berichten über Gefängnisinsassen erwähnt.

Verschiedene Untersuchungen haben nachgewiesen, daß fast 90 % aller Delinquenten Leseschwächen und Schwächen in anderen Schulfächern haben: Dyslexie, Dysgraphie (extrem schlechte Handschrift), Dyskalkulie (Unfähigkeit, die einfachsten Rechenaufgaben zu lösen), schlechte Rechtschreibung, schlechtes Gedächtnis für Reihenfolgen (der Betreffende kann sich die Reihenfolge der Buchstaben des Alphabets nicht merken) usw.³Dorothy Lewis schreibt: »Leseschwierigkeiten häufen sich bei straffälligen Personen. Das ist eine der wenigen Tatsachen, über die in der Literatur über Delinquenten Einigkeit besteht. Die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen zeigen, daß die Mehrzahl der jugendlichen Delinquenten mindestens zwei Jahre und manchmal fünf bis sieben Jahre hinter ihren Altersgenossen zurück ist, was die Fortschritte im Lesen betrifft.« Während in der Gesamtbevöl-

kerung 4 % der Menschen leseschwach sind, stellten Rutter und seine Mitarbeiter 1970 fest, daß ein volles Drittel der Kinder mit Verhaltensstörungen Leseschwächen hat."

Diese Lernschwierigkeiten sind die Ursache für ganzes oder teilweises Analphabetentum bei Gefängnisinsassen. 1976 ergab eine Untersuchung im Auftrag des Kultusministeriums von Virginia, daß die Hälfte der eingesperrten jugendlichen Delinquenten in diesem Bundesstaat zwei oder drei Jahre hinter den durchschnittlichen Lesefähigkeiten zurück war, während es bei einem Drittel sogar drei oder mehr Jahre waren."

1986 erließ der Staat Virginia eine Verordnung, die jedem Gefangenen, der nicht lesen oder schreiben konnte, eine Entlassung auf Ehrenwort vorenthält. Damit soll das Analphabetentum bekämpft werden, das es entlassenen Strafgefangenen unmöglich macht, Stellenausschreibungen zu lesen, Bewerbungen zu schreiben und einen einmal ergatterten Job zu behalten."

Eine vom Brooklyn Jugendgericht veranlaßte Pilotstudie ergab 1988, daß 40 % der Jugendlichen, die vor dieses Gericht kamen, Lernschwierigkeiten hatten. Die Mehrzahl war zwischen sieben und 17 Jahren alt, hatte in der Schule versagt oder war abgegangen und hatte sich dann an verschiedenen kriminellen Akten beteiligt, von Raub und Drogenhandel bis zu Mord." 1984 untersuchten Ernest T. Bryant und seine Mitarbeiter die Beziehung zwischen »neuropsychologischen Funktionen, Lernbehinderungen und Gewalt« bei 110 Strafgefangenen, die wegen Gewaltverbrechen einsaßen:

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, daß Gewaltverbrecher schwere neuropsychologische Defekte aufweisen. In vier der gemessenen Kategorien (Schreiben, Lesen, Rechnen und logische Prozesse) befanden sich die durchschnittlichen Leistungen der Gruppe auf einem Niveau, das pathologisch genannt werden muß.

Nicht ausreichende Leistungen erbrachte diese Gruppe bei Aufgaben, die die Integration komplexer Informationen des visuellen und auditiven Systems verlangten sowie die Fähigkeit, methodisch zu planen, zu organisieren und zu handeln, und längere Aufmerksamkeit und Konzentration."

Psychiater und Sozialarbeiter erklären die Affinität dieser Gruppe zum kriminellen Milieu gewöhnlich durch ihre Untauglichkeit für eine normale Existenz und ihre Unfähigkeit, mit Gleichaltrigen zu konkurrieren. So meint das AMA-Journal: »Die erfolglose Bemühung, den Anforderungen einer Gesellschaft zu entsprechen, die keine Toleranz für sie aufbringt, macht aus vielen dieser Jugendlichen resignierte und deprimierte Erwachsene.v"

Das ist gewiß ein wichtiger Faktor: High-School-Absolventen mit den Lesefähigkeiten eines Zweit- oder Drittkläßlers haben kaum das Rüstzeug, um

mit den Herausforderungen der Industriegesellschaft des 20. Jahrhunderts fertig zu werden. Und sie empfinden auch selbst ihre Untauglichkeit und Unfähigkeit zum Wettbewerb. Doch - und das haben wir schon wiederholt gesagt - man sollte hier das Ursache-Wirkungs-Verhältnis nicht umkehren. Der eigentliche Grund, der Faktor, den auszumerzen oder zu mildern durchaus in der Macht der Gesellschaft stünde, ist die dem Verhalten zugrunde liegende neurologische Schwäche.

Darüber hinaus sind diese Menschen oft boshaft, finden Spaß daran, andere zu quälen, oder sind jedenfalls gleichgültig gegen den Schmerz ihrer Mitmenschen. (»Sie haben kein Herz für die Empfindungen, Bedürfnisse und das Wohlbefinden anderer, wie ihr gefühlloses Verhalten zeigt.«) Sie empfinden sich als »verschieden« von anderen, also als Außenseiter, und bewundern daher den Typus des Außenseiters. Das könnte sie durchaus zur Verbrecherlaufbahn prädisponieren. Viele von ihnen gleichen dem Sechsjährigen mit Minimalhirnschaden, den seine Mutter beschrieb als

fixiert auf die »Bösen« im Fernsehen usw. Er regt sich sehr darüber auf, daß die Bösen immer verlieren. Er denkt, sie sehen doch besser aus als die anderen, haben bessere Muskeln usw., und versteht nicht, warum sie immer verlieren. Er meint, man sollte nicht schwarzweißmalen. Auf diese Gedanken war er so fixiert, daß wir einmal einen Anruf von seiner Schule erhielten. Man beklagte sich darüber, daß er in der Schule immer die Partei der Störenfriede ergriff. Aber sie erlaubten ihm eben, sich seine eigene Welt zu bauen, und er tat es, wobei sich alles um das Hauptquartier der »Bösen« gruppierte. Dann klang es langsam ab.

Aus der Parte in ahme des Sechsjährigen für die »Bösen« im Fernsehen wird zehn Jahre später Bewunderung für den Herumtreiber aus der Nachbarschaft, den Drogensüchtigen oder Revolverhelden. Die Psychiatrie hat Bezeichnungen für die Zwischenstufen zwischen Minimalhirnschaden und kriminellem Verhalten entwickelt. Wir haben bereits Oppositionsverhalten als Teilauswirkung des Minimalhirnschadens erwähnt. Wird daraus extreme Aggressivität, so gilt dies als »Verhaltensstörung« - »ein dauerhaftes Verhaltensmuster, bei dem die Grundrechte anderer und wesentliche soziale Normen verletzt werden«.

Physische Aggression ist normal bei ihnen. Kinder oder Jugendliche mit dieser Störung pflegen dabei die Angreifer zu sein, sind grausam gegen Menschen und Tiere und zerstören häufig absichtlich fremdes Eigentum, was auch Brandstiftung einschließen kann. Vielleicht bestehen sie ihre Opfer auch ganz offen, springen sie von hinten an, ziehen ihnen den Geldbeutel aus der Tasche, erpressen sie oder berauben sie unter Vorhaltung von Waffen. In späteren Stadien kann die physi-

sehe Gewalt die Form von Vergewaltigung, Überfall oder in seltenen Fällen von Mord annehmen ... Normal sind auch Rauchen, Alkohol, Drogen und sexuelle Betätigung, was alles bei ihnen ungewöhnlich früh beginnt und sich in den Freundesgruppen ihres Milieus abspielt. Das Kind hat unter Umständen kein Herz für die Empfindungen, Bedürfnisse und das Wohlbefinden anderer, wie sein gefühlloses Verhalten zeigt, und u. U. mangelt ihm auch die Fähigkeit zu Schuldgefühlen und Reue."

Man schätzt, daß in den Vereinigten Staaten 9 % der männlichen Jugendlichen unter 18 und 2 % der weiblichen an »Verhaltensstörungen« leiden. Damit verbundene Merkmale sind geringes Selbstwertgefühl, obwohl die Betroffenen manchmal das Image des »rauen Kerls« aufbauen, niedrige Frustrationsschwelle, Reizbarkeit, Zornesausbrüche, ausgeprägte Rücksichtslosigkeit, Angst und Depression. »Konzentrationsprobleme, Impulsivität und Hyperaktivität sind sehr verbreitet, besonders in der Kindheit, was die zusätzliche Diagnose einer -Konzentrationschwäche mit Hyperaktivität rechtfertigt.«

Diese 9 % männlicher und 2 % weiblicher Jugendlichen geraten leicht ins Verbrechermilieu. Es beginnt mit Lügen und Betrügen in der Schule und dem Stehlen von Geld aus dem Geldbeutel der Mutter und setzt sich fort, indem sich der Betreffende fremdes Eigentum »ausleiht«, unerlaubt mit dem Auto der eigenen Familie oder fremden Autos herumfährt, ins Haus des Nachbarn einbricht, Ladendiebstähle oder Brandstiftung begeht." Die frühzeitige Begegnung mit Alkohol und Drogen verschärft die Probleme natürlich noch auf mancherlei Art."

Die soziopathische Persönlichkeit

Das Kind mit Minimalhirnschaden, das zum Jugendlichen mit »Verhaltensstörungen« wird, kann als Erwachsener mit einer ausgewachsenen »soziopathischen Persönlichkeit« enden. Dieses Syndrom wird von der »Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft« definiert als

Fortsetzung antisozialen Verhaltens, das vor dem Alter von 15 Jahren begann, ins Erwachsenenleben hinein ... Dieses antisoziale Verhalten geht nicht auf schwere geistige Zurückgebliebenheit, Schizophrenie oder manische Zustände zurück. Lügen, Stehlen, Raufen, Bummelei und Ablehnung von Autoritäten sind Symptome, die bereits in der Kindheit auftreten. In der Jugend finden sich häufig ungewöhnlich frühzeitige oder aggressive Sexualität, exzessives Trinken und Drogenkonsum ... Versagen bei der Übernahme sozialer Normen und fehlende Achtung vor

den Gesetzen ... Obwohl bei dieser Störung die Intelligenz in der Regel normal entwickelt ist, treten doch häufig Symptome persönlicher Probleme auf, u. a. Klagen über Spannungen, die Unfähigkeit, Langeweile zu ertragen, Depression und die - oft zutreffende - Überzeugung, daß andere ihnen feindlich gesinnt sind ... Fast immer ist die Fähigkeit merklich beeinträchtigt, dauerhafte, enge, warme und verantwortliche Beziehungen zu Familie, Freunden und Sexualpartnern aufzubauen."

Man schätzt, daß 3 % der amerikanischen Männer und 1 % der Frauen solche »soziopathischen Persönlichkeiten« darstellen (darin drückt sich wieder das übliche 3:1- oder 4:1-Verhältnis von Männern und Frauen aus, die an verschiedenen neurologischen Schäden leiden). Man findet sie in allen sozialen Schichten, glaubt aber sagen zu können, daß sie in der Bevölkerung der unteren Schichten etwas häufiger vorkommen, »zum Teil deshalb ..., weil die Väter der Kinder mit dieser Störung häufig selbst von ihr betroffen sind, wodurch diese Kinder oft in ungünstigen Verhältnissen aufwachsen«."

Diese Gruppe der »soziopathischen Persönlichkeiten« ist mittlerweile zum sozialen, wirtschaftlichen und juristischen Problem Nummer eins Amerikas geworden. Tommy Colella aus Garden Grove in Kalifornien, der 1988 für Schlagzeilen sorgte, als seine Adoptiveltern die Adoption rückgängig machten, ist ein klassisches Beispiel für eine soziopathische Persönlichkeit.

Nach den Angaben der Colellas hatte der Sozialarbeiter ihnen vorher nicht gesagt, daß der [siebenjährige] Junge eine lange soziopathische Vorgeschichte gehabt hatte und erst vor kurzem ein anderes adoptionswilliges Ehepaar hatte verlassen müssen, weil er versuchte, einen Nachtopf über der Tochter des Paares auszuschütten ...

Zunächst schien Tommy ganz brav zu sein. »Er war zurückhaltend und ruhig«, erzählt Tom. »Er benahm sich wie der sprichwörtliche geprügelte Hund.« Aber diese Ruhe war trügerisch. Ein paar Tage nach Tommys Ankunft sagte Janice zu ihm, jetzt sei Schluß mit dem Fernsehen, und er solle seine Hausaufgaben machen. »Da stürzte er sich auf mich«, erzählt sie. »Er riß mir die Haare aus, bearbeitete und schlug mich mit den Fäusten. Ich hatte überall im Gesicht und an der Brust blaue Flecken.«

Eine Woche später forderte ihn Janice auf, sein Bett zu machen. Sie erinnert sich, daß Tommy wütend wurde und mit einem Krocketschläger - einem Geschenk zum achten Geburtstag - nach ihrem Kopf zielte. »Hätte ich mich nicht geduckt, hätte er mich getroffen«, sagt sie. »Der Schläger drang tief in die Wand ein.«

Die Colellas riefen das Jugendamt an und machten den Vorschlag, den Jungen wieder zurückzuschicken. »Aber sie sagten nur, er sei ein Kind, das sich nicht richtig verstanden fühle und viel Liebe und Zuwendung brauche«, erzählt Tom. »Wenn dir Spezialisten sagen, es wird sich schon wieder einrenken, meinst du schließlich, es ist vielleicht doch nicht so schlimm ...« Sie baten das Jugendamt um mehr Informationen. Aber dort hieß es, Tommys Krankenpapiere seien unvollständig.

Tommy verstümmelte seinen Hamster ... »Wenn wir Besuch gehabt hatten«, erzählt Janice, »nahm er die Kacke des Hamsters und schmierte sie überall hin. Und er kriegte einen -starrten Blicke, Er starrte bloß so in die Luft. Wenn er wieder zu sich kam, wurde er entweder gewalttätig oder depressiv.«

Aber noch waren die Colellas nicht erlöst. Mehrere Abende in der Woche half ihm Janice beim Lesen und Schreiben. »Unser ganzes Leben bestand nur noch darin, mit Tommy zu arbeiten«, sagt Tom. Sie brachten ihm bei, beim Essen Besteck zu verwenden - als er kam, aß er nur mit den Händen -, und sie vervollständigten die Toilettenerziehung des Achtjährigen. Einmal sagte Tommy sogar zu Janice, er liebe sie. »Aber dann fuhr er fort, er dürfe mich nicht lieben, weil ich nicht seine richtige Mama sei, und wenn er es je wieder sage, meine er es nicht so.« Um die Spannungen zu mildern, die Tommy in ihrer Familie erzeugte, begaben sich die Colellas zu einem Therapeuten.

Sie berichten, daß nach einem Jahr das Jugendamt sie drängte, jetzt endlich die Adoption perfekt zu machen ... Trotz schwerer Bedenken stimmten die Colellas zu, und die Adoption wurde im Februar 1979 endgültig vollzogen ... Unmittelbar darauf wurde es viel schlimmer mit Tommy. Er kriegte jetzt täglich seinen starren Blick. Er schnitt sich selbst ins Fleisch und malte Zeichnungen mit seinem Blut. Er ging bei brausendem Verkehr mitten auf der Straße. Schließlich entdeckten die Colellas, daß er Satansriten zelebrierte. »Wir erwischten ihn, wie er Beschwörungen sang«, erzählt Janice. »Er entzündete Kerzen und rief die Mächte der Finsternis an. Es war wirklich schrecklich ...«

Tommys Gewalttätigkeit steigerte sich. Unzählige Male, »zu oft, um es zu zählen«, sagt Janice, versuchte er sich aufzuhängen oder zu erstechen. Obwohl er die ihm verschriebenen Tranquilizer einnahm - »ausreichend, um einen Elefanten im Angriff zu stoppen«, hatte der Apotheker gesagt -, erwürgte er fast einen Jungen. »Er versuchte, den Zeitungsjungen in unserem Vorgarten zu töten«, berichtete Janice. »Als ich hinzukam, atmete er nicht mehr. Ich mußte ihn wiederbeleben.« Im November 1980 steckten die Colellas Tommy in die psychiatrische Abteilung des Huntington-Beach-Kreiskrankenhauses. Janice erinnert sich, daß Tommy dort zu

einem Psychiater sagte: »Ich glaube, ich muß ins Krankenhaus, weil ich sonst jemanden umbringen würde ...«

Die Colellas erzählen, ein Sozialarbeiter im Krankenhaus habe ihnen einige von Tommys Krankenpapieren gezeigt, die sie früher nicht hatten einsehen dürfen. Ein Bericht schloß: »Die innere Verfinsterung des Jungen (und die dann folgenden Wutausbrüche) ist sehr tief und muß gut im Auge behalten werden ...«

Nach vier Monaten Aufenthalt im Huntington-Krankenhaus wurde Tommy wieder nach Hause geschickt, obwohl keine wirkliche Besserung eingetreten war. Seine Wutanfälle wurden immer noch heftiger, seine Selbstmordversuche häufiger und überlegter. Nachdem er sich schließlich im April 1981 zu erhängen versucht hatte, riefen die Colellas die Polizei ...

[Tommys wirkliche Mutter Barbara] erinnert sich an ihn als an ein schwieriges Kind. »Sogar schon als Kleinkind saß er immer so da und stierte mit leerem, in die Ferne gerichtetem Blick vor sich hin.« Als er vier war, erwischte sie ihn, wie er auf seine zweijährige Halbschwester urinierte. Eines Nachmittags kam Barbara heim und sah, wie er mit der Katze »spielte«. »Ich ging ins Schlafzimmer«, erzählt sie, »und sah, wie er die Katze am Schwanz herumwirbelte. Die Katze schrie, aber Tommy tat so, als ob es der größte Spaß wäre.« ... Immer weniger wurde sie mit Tommy fertig. Er zeigte sich von Streichhölzern und Feuer fasziniert. Nachdem Barbara ihn eines Morgens nach oben in sein Zimmer geschickt hatte, brach dort ein Brand aus. »Ich wußte, er brauchte psychiatrische Hilfe. Und ich wußte, ich konnte es mir nicht leisten.«

Eines Tages packte Barbara selbst die Wut, und sie warf Tommy auf ein Bett und schüttelte ihn. »Er schaute mich mit haßerfüllten Augen an und sagte: -Ich möchte adoptiert werden.< Ich antwortete: -Du willst es so, du sollst es auch bekommen.< Ich hielt es einfach nicht mehr aus ...«

Der kleine Tommy Colella ist jetzt 19 und mit 182 cm und 240 Pfund kein kleiner Tommy mehr ... Er sagt, er werde gesucht, »nichts Ernstes«, wegen Fahrens ohne Führerschein und Störung der öffentlichen Ordnung. »Es ist ziemlich lächerlich, wenn die Leute mich als den leibhaftigen Teufel hinstellen«, sagt er. »Ich kann mich an eine Menge Dinge nicht erinnern, die ich bei den Colellas getan haben soll. Aber ich erinnere mich sehr gut, daß man mir eine Menge Schrecken eingejagt hat und daß ich niemals wußte, was im nächsten Augenblick passieren würde.« Oberflächlich betrachtet führt er jetzt ein ganz normales Leben: Er hat sich ein Appartement gemietet, arbeitet als Assistent des Managers in einem Schnell-

restaurant in Kalifornien, hat sich ein dem High-School-Abschluß gleichwertiges Diplom erworben und würde gern aufs College gehen ...

Die Gefühle Tommys gegenüber den Colellas sind im großen und ganzen herzlich, wie es den Anschein hat. »Sie waren nett zu mir«, sagt er. »Sie haben alles versucht, mir zu helfen.« Er macht eine Pause. »Ich liebe sie nicht, mag sie aber gerne. Ich könnte mir vorstellen, manchmal mit ihnen zusammenzusein.«

Das können die Colellas nicht. Das letzte Mal sahen sie Tommy vor vier Jahren ... Janice hatte ihr Kind dabei, damals ein Jahr alt. »Tommy saß im Auto mit unserem Sohn«, erinnert sie sich. »Er schenkte ihm etwas, ich weiß nicht mehr, was es war, aber es bedeutete Tommy jedenfalls viel, daß er ihn auf den Arm nehmen und mit ihm spielen konnte.«

Drei Wochen später begannen die telefonischen Drohungen. »Er war ganz verrückt«, erzählt Tom. »Tommy sagte, er wolle unser Haus niederbrennen und uns und unseren Sohn töten. Wir entschlossen uns umzuziehen, als sein Sozialarbeiter kam und sagte: -Ich muß Ihnen etwas sagen: Tommy meint es wirklich ernst !«⁵²

Dieser Bericht wirft einiges Licht auf die Struktur eines Syndroms, das zwischen nicht gar so minimalem Minimalhirnschaden und gemäßigtem Autismus liegt, und er zeigt die Progression zur Soziopathie. Tommy hatte als Kleinkind einen »starrten Blick« (d. h. eine Art leichten epileptischen Anfall), war sehr zurückhaltend, furchtsam, ängstlich und depressiv und wies die »symptomatische Triade« auf, die s-ätere Gewalttätigkeit wahrscheinlich macht: Zündeln, Tierquälerei und Enuresis. Er war fasziniert von Urin und Fäkalien. Aller Wahrscheinlichkeit nach war er lernbehindert (er brauchte dauernde Nachhilfe in der Schule). Gegen persönliche Gefahr war er gleichgültig (»er ging bei brausendem Verkehr mitten auf der Straße«). Sein Zorn und seine Feindseligkeit hatten eine sexuelle Komponente (Janice Colellas Brüste hatten überall blaue Flecken). Emotional war er stets distanziert, stieß seine Mutter und seine Adoptivmutter von sich zurück, und die Anfälle von Wut, Selbstverstümmelung, schwerer Depression und die Selbstmordversuche wurden immer schlimmer. Er hatte Angst und war schreckhaft (er erinnert sich, daß man ihm eine Menge Schrecken eingejagt hat und er niemals wußte, was im nächsten Augenblick passieren würde). Er ist vom Bösen fasziniert (Satanismus) und fühlt sich ihm verwandt. Und heute hat er eine Amnesie in bezug auf vieles, was er erlebt hat. Auch ist er übergewichtig, was postenzephalitische Fettsucht nahelegt.

Obwohl wir nichts Sicheres über Tommy Colellas Impfgeschichte wissen, hat er wahrscheinlich mehr als eine Injektion bekommen. Seine wirkliche

Mutter war 18 und ledig. Er wurde zur Adoption freigegeben, kam dann zu seinen ersten Adoptiveltern, wieder zurück zur Adoptionsstelle und dann zu den Colellas. Die Impfprotokolle sind in solchen Fällen immer chaotisch (»Tommys Krankenpapiere ... waren unvollständig«), und Kinder werden oft nochmals geimpft für den Fall, daß irgendeine Injektion versäumt wurde.

Daß soziopathisches Verhalten bei Erwachsenen die Fortsetzung von Minimalhirnschäden in der Kindheit ist, wurde durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Eine grundsätzliche Methode dabei besteht darin, daß man eine Gruppe von jungen Erwachsenen aussucht, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind, und sie daraufhin analysiert, ob es Hinweise auf neurologische Schäden in der Kindheit gibt. Mehrere solche »retrospektiven« Studien sind schon durchgeführt worden. »Alle stützen sehr nachdrücklich die Hypothese, daß ein Zusammenhang zwischen einem (Minimalhirnschaden-)Syndrom in der Kindheit und signifikantem antisozialem Verhalten in der Jugend und im späteren Leben besteht.«^v

1982 untersuchte man 200 männliche jugendliche Delinquenten, die nach und nach in die Gefängnisse New Jerseys eingeliefert worden waren. Es ergab sich, daß einer von dreien »Persönlichkeitsstörungen« aufwies, während ein Fünftel Konzentrationsschwächen und/oder Entwicklungsstörungen hatte. Die Hälfte hatte einen IQ unter 85. Ein Drittel zeigte, wie bereits angedeutet, Persönlichkeitsstörungen in Form von Schizoidität, paranoidem Verhalten oder anderen Abweichungen. Eindeutig bestand ein Zusammenhang zwischen Gefängnishaft wegen Gewalttätigkeit und unterdurchschnittlichem IQ, Verhaltensstörung und Persönlichkeitsstörung, nicht jedoch im Hinblick auf die Familienstruktur oder auf den Bezug von Sozialhilfe. ⁵⁴ Die Autoren kamen zu dem Schluß, daß »Armut zwar ein gesellschaftlicher Defekt ist, doch keine Delinquenz verursacht ... 90 % aller armen Familien halten sich an die Gesetze.«

Ähnlich verfahren die »prospektiven« Folgeuntersuchungen: Es werden Kinder interviewt, und man verfolgt dann ihr Schicksal durch einige Jahre ihres Lebens. James Satterfield führte eine solche Untersuchung an 110 Kindern mit Minimalhirnschaden durch und stellte sie einer Kontrollgruppe von 88 normalen Kindern gegenüber: »Die Häufigkeit von einzelnen oder mehrfachen Schwerverbrechen und entsprechender Gefängnisstrafe war bedeutend größer als bei den nicht an Minimalhirnschaden Leidenden.«^s

Mendelsohn und seine Mitarbeiter interviewten in St. Louis die Mütter von 83 Kindern zwischen zwölf und 16, die einige Jahre zuvor als hyperkinetisch diagnostiziert worden waren. Antisoziales Verhalten in hohem Grade wurde immer wieder festgestellt: 22 % der Kinder hatten in dieser Hinsicht eine lange Vorgeschichte, und man konnte mit großer Wahrscheinlichkeit

voraussagen, daß sie als Erwachsene soziopathisch sein würden. Fast 60 % waren schon mit der Polizei in Berührung gekommen, 17 % bei drei oder mehr Gelegenheiten. Fast 25 % waren dem Jugendrichter vorgeführt worden. Als man ihre Schicksale verfolgte, zeigte sich, daß 51 % sich in Raufhändel und Diebstahl verstrickten. 33 % hatten ihre Eltern mit dem Tode bedroht; 15 % waren Brandstifter; 7 % hatten heimlich Waffen getragen; 5 % waren stark drogensüchtig; und 15 % wurden Alkoholiker. 55 von den 83 Versuchspersonen wurden als unverbesserlich eingestuft. »Das Bild, das sich aus dieser Untersuchung ergab, war das von Kindern, die Probleme hatten, gegebenen Normen zu entsprechen, egal ob diese von der Gesellschaft oder von ihren Familien aufgestellt waren.«

In einer Untersuchung, die Hussey 1974 an 84 hyper aktiven Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchführte (zwischen neun und 24 Jahre alt) - sie waren acht bis zehn Jahre lang begleitet worden -, stellte er fest, daß die Quote der Schulabgänger ohne Abschluß fünfmal so hoch war wie beim Durchschnitt. Die Wahrscheinlichkeit, daß sie in einer Sonderschule endeten, war 20mal so groß wie bei der übrigen Bevölkerung."

Eine längere Untersuchung an Kindern mit Minimalhirnschaden führte auch Gabrielle Weiss am Kinderkrankenhaus in Montreal durch. 1971 veröffentlichte sie Interviews mit Müttern von 64 Jugendlichen zwischen zehn und 20 Jahren, die vier bis sechs Jahre früher als hyperkinetisch qualifiziert worden waren. Ein Viertel war seit einigen Jahren antisozial, während schon 15 % vor Gericht gestanden hatten. ⁵⁸

Sie führte zehn und 15 Jahre später Folgeuntersuchungen an dieser Gruppe mit nachstehendem Ergebnis durch: »Während sich bei der Hälfte der Kinder die Symptome des Syndroms offenbar auswachsen, bleibt die andere Hälfte in unterschiedlichem Umfang durch die fortbestehenden Symptome behindert. Die Situation, in der sie sich als Kinder befanden ..., führt bei einer nicht zu unterschätzenden Minderheit der Versuchspersonen zu antisozialen Persönlichkeitsstörungen.« Diese Ergebnisse veranlaßten 1984 Michael Aman zu dem Kommentar:

Diese Folge- und vergleichenden Untersuchungen legen den Schluß nahe, daß ursprünglich hyperaktive Kinder ihre Probleme nicht einfach auswachsen, wie man früher fast überall glaubte. Es sieht vielmehr so aus, als ob sich nur die *Erscheinungsweise* der Störungen im Lauf der Zeit ändert. Die Arbeiten zeigen, daß sich die Probleme lediglich verschieben: Wo die Patienten als Kinder hyperaktiv und unaufmerksam waren, da leiden sie als Jugendliche und junge Erwachsene an intellektueller Zurückgebliebenheit, sozialer Unangepaßtheit und Minderwertigkeitsgefühlen."

Von großem Interesse sind Familienuntersuchungen, die auf einen genetischen Faktor beim Minimalhirnschaden-Syndrom hinweisen könnten. Sie belegen z. B., daß die Eltern - besonders die Väter - von hyper kinetischen oder soziopathischen Kindern mit größerer Wahrscheinlichkeit selbst soziopathisch oder Alkoholiker sind, während die Mütter eher Hysterikerinnen sind."

Bei Kriminellen mit Zwillingsgeschwistern ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Zwilling ebenfalls kriminell ist, mindestens zweimal so hoch, wenn es ein eineiiger Zwilling statt ein normaler Zwilling ist. Und es besteht ein Zusammenhang zwischen Kriminalität bei Eltern und bei Kindern, auch wenn die Kinder von anderen Familien adoptiert worden sind."

Wir haben schon gesehen, daß die Anfälligkeit für Impfschäden unzweifelhaft genetisch bedingt ist. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, daß aufgrund einer impfbedingten Enzephalitis eine ganze Familie zu Verbrechern werden kann. Man denke an die Brüder Bolden aus New York, die Söhne eines angesehenen schwarzen Baptistenpredigers aus der Mittelschicht:

Im Juni 1979 waren Robert, Ernest, Henry und Curtis Bolden [die von einem Gerichtspsychiater gegebene Diagnose lautete auf »antisoziale Persönlichkeitsstörung«] zwischen 17 und 21 Jahre alt. Sie wohnten in der Bronx und waren zusammengekommen etwa 125mal festgenommen worden ... Die Polizei sagte, die Brüder Bolden hätten so »zwischen 1200 und 6000 Delikte« auf dem Gewissen. Sie alle waren Straßenkriminelle, und Henry, damals 19 Jahre alt, war wegen eines 1977 begangenen Raubes verurteilt worden zu acht bis 25 Jahren Gefängnis. Es war kein gewöhnlicher Raub gewesen. Während ein Komplize einer 74jährigen das Messer an die Kehle hielt, riß Henry Bolden, wie es hieß, ihrem 84jährigen Mann die Zähne aus dem Mund. Am Tag der Urteilsverkündung ... »betrat er lachend den Gerichtsraum in der Bronx «. Robert Bolden, damals 17, war vor seinem 16. Geburtstag 18mal verhaftet worden ... Die Anklagen bezogen sich auch auf Raub, schweren Diebstahl, Anrempeln mit Entwendung der Brieftasche, Besitz gestohlenen Eigentums und Einbruch. Er wurde dann ins Gefängnis gesteckt. Ernest Bolden, damals 18, war nach dem Verbüßen einer 90tägigen Gefängnisstrafe wegen Drogenbesitz und krimineller Unruhestiftung wieder auf freiem Fuß. In den 18 Monaten vor dieser Inhaftierung war Ernest 16mal verhaftet worden. Vor seinem 16. Geburtstag war er 23mal festgenommen worden. Der älteste Bruder, Curtis, damals 21, war wegen der Vergewaltigung dreier Frauen aus der Bronx angeklagt worden. Einer von ihnen, einer 82jährigen Witwe, hatte er mit solcher Wucht ins Gesicht getreten, daß ein Abdruck der Sohle seines Turnschuhs auf ihrer linken Backe zurückblieb. Zuvor war er mindestens schon 20mal verhaftet worden und hatte zwei Jahre wegen Raubes eingesperrt. Im März 1980 wurde Curtis

Bolden zu 30 Jahren Gefängnis verurteilt, nachdem er im Monat zuvor der Vergewaltigung in zwei Fällen überführt worden war ...⁶³

Die Kriminellen und die Asozialen

Zwei gesellschaftliche Gruppen sind während des letzten Jahrzehnts in Amerika in den Vordergrund getreten: die »Asozialen« und die »Kriminellen«.

Die »Asozialen« sind arm, weil sie entweder keine Arbeit finden oder unfähig oder unwillig zur Arbeit sind. Viele sind Analphabeten. Sie haben oft jeden Kontakt mit ihren Familien verloren und eignen sich einfach nicht mehr zu normalen zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie lehnen die Normen und Werte der Gesellschaft ab, werden zu Herumtreibern, Dealern und Drogensüchtigen, Halbkriminellen, Außenseitern und Entfremdeten, die keine Bindungen an Familie, Freunde oder Gesellschaft unterhalten. Die »Penner«, die die öffentlichen Anlagen und Busbahnhöfe bevölkern, stammen zum großen Teil aus dieser Gruppe.

Noch ungeklärt ist, warum diese Gruppe von arbeitslosen Asozialen, die sicher kein nur vorübergehendes Phänomen ist, gerade in einer Zeit wirtschaftlicher Prosperität auftaucht." Die »Kriminellen« setzen sich sowohl aus Armen als auch aus Erfolgreichen zusammen. Gemeinsam ist ihnen die Vorliebe für ein entfremdetes, soziopathisches Leben, in dem auch Ausfälle gegen andere Mitglieder der Gesellschaft keine Seltenheit sind.

Zwar gibt es viele Arme unter den »Kriminellen«, und ihre Delikte könnte man ihrer »Benachteiligung« zuschreiben. Doch viele von ihnen sind nicht arm. Die soziopathische Delinquenz ist ziemlich gleichmäßig über die ganze soziale Schichtung in Amerika verteilt. Joel Steinberg, der New Yorker Anwalt, der 1988 verurteilt wurde, weil er seine adoptierte Tochter zu Tode geprügelt hatte, war wirtschaftlich gewiß nicht benachteiligt. Und die Mitglieder der Bande schwarzer und spanischstämmiger Jugendlicher, die 1989 die junge Bankangestellte brutal vergewaltigten, stammten aus intakten Arbeiterfamilien ohne einen Hintergrund von Slums und Drogen.

Lee Robins, Professor für Soziologie und Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Washington-Universität in St. Louis, untersuchte 30 Jahre später die Lebensgeschichte von 524 Personen, die früher in Kinderpolikliniken gewesen waren. Seine Arbeit ergab, daß Soziopathie in Verbindung mit Kriminalität in allen sozialen Schichten auftrat:

In unserer Gruppe von Delinquenten waren die Schreibtisch-Kriminellen genauso wie die Einbrecher, Diebe und Landstreicher vorwiegend Männer, die das

ganze Verhaltensspektrum aufwiesen, das normalerweise der soziopathischen Persönlichkeit zugeordnet wird. Zwei Drittel der Schreibtisch-Kriminellen mußten in diese Kategorie eingestuft werden, ebenso 60 % der Diebe, Einbrecher und Raubtäter."

Tatsächlich waren »Verkehrssünder, wegen Trunkenheit und Friedensstörung verhaftete und irrtümlich verhaftete Personen die einzigen Menschengruppen, die in den Akten der Polizei auftauchten und bei denen die Soziopathen nicht die Mehrheit stellten«. Robins kam zu dem Schluß, daß der Berufsverbrecher, dessen »Beruf« sich mit seiner Persönlichkeitsstruktur nicht deckt - mit anderen Worten, der keine soziopathischen Züge aufweist -, »entweder extrem selten ist oder kaum je erwischt wird«.

Unter den »Kriminellen« befinden sich insbesondere auch die »Wiederholungstäter«. Eine wichtige Entdeckung der modernen Kriminologie war, daß ein großer Teil der Welle von Verbrechen, die gegenwärtig unsere Städte überflutet, auf diesen »harten Kern« der »Wiederholungstäter« zurückzuführen ist.

Eine in den 70er Jahren in New Jersey durchgeführte Untersuchung ergab, daß 5 % der jugendlichen Delinquenten (1200 von 24 000) 50 % aller Verbrechen begingen, derentwegen Jugendliche verhaftet werden." Die Justiz hat ein besonderes Auge auf die Wiederholungstäter geworfen. Man will ihnen besonders lange Strafen zumessen, wenn man ihrer habhaft wird.

Die Asozialen und die Kriminellen sind nicht ganz miteinander identisch, aber sie überlappen sich deutlich. Nicht alle Asozialen sind aggressive Verbrecher. Einige von ihnen sind nur passive Herumtreiber. Und nicht alle Kriminellen sind arm. Aber beiden Gruppen ist ein Gefühl der Entfremdung und der Untauglichkeit, mit anderen Menschen zusammenzuleben, gemeinsam, ein Gefühl, von der Gesellschaft isoliert zu sein. Diese Entfremdung tritt häufig in Verbindung mit den neurologischen Störungen auf, die in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Man nehme den Fall von Dwayne Gosso, der in einem New Yorker Gefängnis geboren und von seiner Mutter in Pflege gegeben wurde. Er ist »lernbehindert, aber nicht zurückgeblieben, antisozial, aber nicht geisteskrank, trinkt zuviel und hat auch schon Drogen genommen, ist aber weder Alkoholiker noch drogensüchtig. Er betrachtet sich selbst als Opfer der Umstände und hat oft nur aus Notwehr gehandelt.« Mit 27 hat er fast sein ganzes Leben im Gefängnis oder in Verwahranstalten verbracht. Wenn er entlassen wird, begeht er prompt irgendeinen dilettantischen Einbruch oder kommt sonstwie geringfügig mit dem Gesetz in Konflikt, woraufhin er sofort wieder eingesperrt wird. Nach letzten Zählungen stand er in 18 Monaten 19mal vor Gericht. Da er nicht als zurückgeblieben oder psychotisch eingestuft wird, ste-

hen ihm die entsprechenden Einrichtungen nicht offen, und die einzige Maßnahme, zu der die Gesellschaft ihre Zuflucht nehmen kann, besteht darin, ihn ins Gefängnis zu stecken. Der für ihn zuständige Sozialarbeiter sagte von ihm: »Dwayne ist kein böser Mensch. Er ist nur nicht genügend sozialisiert, um mit dem Druck der Gesellschaft fertig zu werden. Ich glaube nicht, daß er gefährlich ist. Aber es kommt eben vor, daß er in eine fremde Wohnung geht und die Leute dort überrascht oder von ihnen überrascht wird, und dann platzt die Bombe.« In diesem Moment wird aus Dwayne Gosso, dem Asozialen, Dwayne Gosso, der Kriminelle.

Selbstverständlich dürfen andere Faktoren, die einen Menschen für ein Leben in der Gesellschaft ungeeignet machen, nicht übersehen oder heruntergespielt werden - und Dwayne Gosso ist ein Musterbeispiel auch für diese anderen Faktoren. Aber es darf auch der Beitrag des postenzephalitischen Syndroms dazu, daß diese Menschen entfremdet, aggressiv und für das Leben in der Gesellschaft untauglich werden, nicht länger einfach ignoriert werden.

Der schwarze Jugendliche

Die Probleme der schwarzen Jugendlichen sind bekannt. In allen pädagogischen Einrichtungen erbringen sie im Durchschnitt schlechtere Leistungen als die weißen Jugendlichen, und daß unsere Gesellschaft eine große Anzahl ungebildeter, anscheinend bildungsunfähiger Schwarzer hervorbringt, woraus wiederum ein großer Teil der Verbrechen und des Drogenmißbrauchs abzuleiten ist, ist dem sozialen Frieden gewiß nicht förderlich. Besteht die Möglichkeit, daß die Schwarzen durch die Impfungen noch mehr behindert werden als die Weißen? Diese Frage ist kaum untersucht worden, aber die wenigen vorliegenden Daten scheinen nahezuzeigen, daß Impfungen die neurologische Verfassung der Schwarzen schwerer beeinträchtigen als die der Weißen.

Aus einigen Berichten geht hervor, daß schwarze Kinder anscheinend unverhältnismäßig häufig Keuchhusten bekommen. Eine 1964 in Baltimore durchgeführte Studie mit Kontrollgruppen ergab, daß schwarze Kinder durch diese Krankheit intellektuell stärker beeinträchtigt werden als weiße sowie eher zu Verhaltensstörungen neigen. In Frankreich weiß jeder - und es wird in medizinischen Publikationen diskutiert -, daß Schwarzafrikaner unter Infektionskrankheiten wie Masern und Keuchhusten mehr leiden als Weiße. Wenn das der Fall ist, leiden sie zweifellos auch mehr unter dem Pertussis-Impfstoff.

Man weiß auch, daß Schwarze mehr als Weiße Folgen ausgeliefert sind,

die mit Sicherheit auf eine Enzephalitis zurückgeführt werden können, z. B. Epilepsie und Asthma." Die Häufigkeit von Asthma ist bei schwarzen amerikanischen Kindern zweieinhalbmal so groß wie bei weißen. Und die Anzahl der durch Asthma verursachten Todesfälle ist dreimal so groß." Norman Geschwind war der Ansicht, daß Dyslexie unter den Schwarzen Amerikas weiter verbreitet ist als unter den Weißen."

Gewiß ist die größere Anfälligkeit der schwarzen Kinder zum Teil auf ihr eindeutig geringeres Geburtsgewicht zurückzuführen, das wiederum die desolate Verfassung der schwarzen Familien in den Vereinigten Staaten und den erstaunlich hohen Anteil (50 %) unehelicher Kinder in dieser Gruppe dokumentiert. Wenn ledige schwarze Mädchen schwanger werden und kaum Unterstützung von ihren Familien erhalten, haben sie sehr häufig Frühgeburten, und/oder ihre Babys haben niedriges Geburtsgewicht (die beiden Merkmale sind schwer voneinander zu isolieren).

Niedriges Geburtsgewicht und Frühgeburt machen, wie wir wissen, für eine Reihe von Krankheiten anfällig, unter anderem, das ist eine gerechtfertigte Annahme, für Impfschäden durch Demyelinisierung des noch unentwickelten Nervensystems dieser Babys." Hier sollten gründlichere empirische Forschungen durchgeführt werden.

Gewalttätigkeit und Epilepsie

Epilepsie und Anfälle gehören zu den verbreitetsten Folgen einer Enzephalitis. Sie finden sich häufig bei Autisten und den ernsteren Fällen von Minimalhirnschaden. Man begegnet ihnen mit größerer Häufigkeit als normal auch bei den Kriminellen und den Asozialen.

Über ein Jahrhundert lang haben Wissenschaftler über den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Gewalt diskutiert. Und während beide Seiten verschiedene Argumente vorgetragen haben, ist man heute doch zu einem gewissen Konsensus gelangt. Um aus K. E. Moyers »Die Psychobiologie der Aggression« zu zitieren: »Es besteht eine auffallend höhere Wahrscheinlichkeit, daß Störungen in Form von Unfähigkeit, Impulse zu beherrschen, und Aggressivität häufiger bei Epileptikern als in der normalen Bevölkerung anzutreffen sind.«

Verschiedene Erhebungen unter Gefängnisinsassen aus dem Jahre 1975 - im Cook-Bezirksgefängnis in Chicago, in New Yorker Gefängnissen und dem Dade-Bezirksgefängnis in Miami - haben ergeben, daß nach eigenen Angaben 5 % der Gefangenen in den vergangenen Jahren unter Anfällen litten oder Medikamente gegen Anfälle nehmen mußten." Das ist fünf- bis zehnmal so häufig wie Epilepsie in der Gesamtbevölkerung (geschätzt wer-

den 0,5 bis 1 %). Außerdem ist die Quote wahrscheinlich noch höher, da es eine gute Portion Geschicklichkeit und Geduld erfordert, bei dieser Gruppe Menschen ein Anfallereignis festzustellen. So beschreibt z. B. Frank Elliott die Schwierigkeiten bei der Konstatierung von Anfällen bei anscheinend normalen Menschen, die doch das »Syndrom der episodischen Dyskontrolle« aufweisen:

Nur wenige unter ihnen hatten Konvulsionen, wie sie für Grand mal typisch sind, oder dramatische, mit Bewußtlosigkeit verbundene Anfälle. In den meisten Fällen traten die Anfälle nur gelegentlich auf und waren bei vielen so leicht, daß ihre epileptische Natur weder vom Patienten noch vom Arzt erkannt wurde. Ein solches Übersehen ist besonders wahrscheinlich bei Patienten mit schweren Störungen, da bestimmte Erscheinungsformen psychomotorischer Epilepsie leicht mit psychogenen Halluzinationen, Einbildungen und emotionellen Turbulenzen verwechselt werden können. Es genügt also nicht, den Patienten zu fragen, ob er Anfälle, Konvulsionen oder Ohnmachtsanfälle hatte. Man darf es nicht dabei bewenden lassen. Die Erforschung der Krankengeschichte erfordert in diesen Fällen eine intensive Suche nach subtileren Formen von Erkrankungen der Temporalappen, aus denen manchmal die einzigen zusätzlichen Beweise für organische Schäden zu beziehen sind.⁷⁵

Unter den armen, ungebildeten Randgruppen der Bevölkerung, aus denen sich der Kern der Gefängnisinsassen Amerikas rekrutiert, sind sicher nur wenige, die so gründlich untersucht worden sind, und die Häufigkeit von Anfallstörungen in dieser Gruppe könnte durchaus 20- bis 30mal höher liegen als in der Gesamtbevölkerung.

Dorothy Lewis beobachtete 1979 einen Zusammenhang zwischen psychomotorischer (Temporalappen-)Epilepsie und kriminellem oder delinquentem Verhalten. Die von ihr untersuchte Gruppe bestand aus 97 männlichen jugendlichen Delinquenten in einem Rehabilitationszentrum in Connecticut, von denen 19 als »weniger gewalttätig« und 78 als »mehr gewalttätig« eingestuft wurden. Von den 97 wiesen 25 vier oder mehr Symptome psychomotorischer Epilepsie auf, und die »mehr gewalttätigen« hatten mehr Symptome als die »weniger gewalttätigen«.⁷⁶

1988 befragte Frau Lewis junge Männer, die wegen Mordes und anderer Kapitalverbrechen zum Tod verurteilt waren. Sie alle litten an neurologischen Störungen wie schweren Kopfschmerzen, Anfällen mit Absenzen, Schwindelanfällen, psychomotorischen Symptomen, Epilepsie oder Gedächtnisschwäche.⁷⁷

Sie schrieb diese neurologischen Symptome schweren Schlägen auf den Kopf, Stürzen, Auto- und Motorradunfällen usw. zu, was fast alle diese

jungen Männer erlebt hatten. Elf der 14 Befragten hatten zum Beweis sichtbare Narben im Gesicht. Aber Hyperaktivität begünstigt Unfälle bei Kindern und verführt Eltern zur Gewaltanwendung gegen das Kind. Man hätte also auch diesen Faktor berücksichtigen müssen.⁷⁸

Auch andere Untersuchungen wurden in Bevölkerungsgruppen durchgeführt, die zur Gewalt neigen. Frank Elliott stellte 1982 fest, daß 30 % von 286 Patienten mit »episodischer Dyskontrolle« zu bestimmten Zeiten ihres Lebens komplexe partielle Anfälle gehabt hatten. »Bei vielen waren diese Anfälle nicht als epileptisch erkannt worden, weil sie so subtil waren und nur selten auftraten.«⁷⁹

Er erweiterte später diese Untersuchung und trug 1985 vor dem 4. Weltkongreß für biologische Psychiatrie vor, daß von 321 extrem gewalttätigen Individuen - die meisten aus der Mittelschicht und 95 % Weiße - *mehr als 90 % Anzeichen von Hirnstörungen und neurologischen Schäden aufwiesen*. »Das war eine große Überraschung für mich«, sagte er. »Ich hatte so etwa 20 % erwartet.« Die beobachteten Defekte bestanden unter anderem in »früheren Hirnverletzungen, Krankengeschichten, die auf Epilepsie hindeuten, und physischen Abnormalitäten in Teilen des Gehirns.«⁸⁰

Auch die Elektroenzephalogramme von Soziopathen, Kriminellen und Individuen mit Neigung zur Gewalt lassen, obwohl sie nicht ganz verlässlich sind, auf einen entsprechenden Unterschied zwischen der normalen und der kriminellen Bevölkerung schließen. 2),⁸¹

Die 1951 entdeckte sogenannte »6+14-Arrhythmie« hat beträchtliches Aufsehen erregt. Man hat erkannt, daß sie klinisch mit Wutanfällen gepaart ist: »Der Patient mit 6+14 positiven EEG-Spitzen pro Sekunde ... verfügt gewöhnlich über eine normale Persönlichkeit, und seine Familie beschwert sich hauptsächlich über seine Anfälle von Gemeinheit und Grausamkeit.«⁸² Eine Erhebung aus dem Jahre 1956 an 1000 Fällen mit »6+14-Arrhythmie« kam zu dem Ergebnis:

Sie sind dermaßen ihrer Wut ausgeliefert, daß die Eltern um ihr Leben und das anderer Menschen fürchten. Man hört von ihnen typische Klagen über extreme Wutausbrüche, schweren Diebstahl, Brandstiftung, Gewalttätigkeit ohne erkennbares Motiv, aggressive Sexualität, Drohung mit Erstechen und Erschießen, Tierverstümmelung und totale Unfähigkeit, Korrekturen anzunehmen oder eine Verantwortung für die Tat anzuerkennen.⁸³

Die Autoren kamen zu dem Resümee, daß diese Art von Aggression von den Betroffenen ebensowenig beherrscht werden kann wie ein Grand-mal-Anfall von einem Epileptiker. 1959 stellten Peter Kellaway und seine Mitarbeiter diese Arrhythmie in Houston, Texas, bei 2,3 % von 1000 normalen

Kindern fest. Sie trat in Verbindung mit Kopfschmerzattacken oder Bauchschmerzen, Verhaltensstörungen und Anfällen auf." Sherwyn Woods von der medizinischen Fakultät der Universität Wisconsin beobachtete 1961, daß die Krankheit in Verbindung mit »Feuerlegen, Sexualaggressionen, Mord und anderen Gewaltakten« auftrat." In der Folge entdeckten andere Forscher das »6+14-Phänomen« in den EEG-Aufzeichnungen von Gewaltverbrechern."

Steve, der hyperaktive Jugendliche, der seine Cousine mittl~ren Alters in einem Wutanfall ermordete, weil sie an ihm herumrörgelte, Wiesdie »6+14-Arrhythmie« auf und hatte den Berichten nach autistische Züge. Einen Zusammenhang zwischen Gewalttätigkeit und Epilepsie glaubt man auch in der positiven Reaktion von Menschen mit episodischer Dyskontrolle auf Dilantin und andere Medikamente gegen Anfälle sehen zu können."

Gewalt, geistige Zurückgebliebenheit und Lähmungen der Hirnnerven

Die Kriminellen leiden an Lähmungen der Hirnnerven, haben einen niedrigen IQ und Tendenzen zu geistiger Zurückgebliebenheit. W~~schon ~r~wähnt, ergab die Arbeit von Hollander und Turner, daß die Hälfte der Jugendlichen Delinquenten in ihrer Personengruppe in New Jersey einen IQ niedriger als 85 hatte. (Noch mehr: Delinquenten mit einem IQ unter 70 durften an dieser Untersuchung aufgrund von Bedenken der Behörden gar nicht teilnehmen. Hätten sie mit einbezogen werden können, so hätte ein noch größerer Anteil der Gefangenen einen niedrigeren IQ gehabt). Delinquenten mit niedrigem IQ waren vorwiegend an Ver~rechen bet~h~t, die mit Körperverletzungen verbunden waren. Personen mit durchschnittlichem IQ ließen sich vor allem Eigentumsdelikte zuschulden kommen. Andere Untersuchungen haben diese Ergebnisse bestätigt."

Die Lähmungen der Hirnnerven, an denen die Kriminellen ebenfalls leiden und die die große Schar der Lernbehinderungen nach sich ziehen, sind also für die Intelligenzdefizite dieser Menschen verantwortlich. In dieser Personengruppe finden sich Sehstörungen wie gekreuzte Blickrichtung (S~rabisismus), Sehschwäche eines Auges, optische Einbildungen und Halluzinationen, Unfähigkeit, die Augen hin und her zu bewegen, Unfähigkeit, Bewegungen mit den Augen zu verfolgen, schlechte Koordination zwischen Hand- und Augenbewegung, doppeltes Sehen (Diplopie), unscharfes Sehen, sporadische Blindheit und Photophobie, was die Betroffenen oft dazu veranlaßt, dunkle Brillen zu tragen.

Auch tritt die Unfähigkeit zur Interpretation dessen auf, was mit den

Augen wahrgenommen wird. Der Betreffende sieht Farben, kann sie aber nicht bezeichnen. Er sieht einen Gesichtsausdruck, kann ihn aber nicht deuten. Oder er ist nicht imstande, Formen zu erkennen (Astereognosis). Daher kann er keine Landkarten lesen, Muster nicht aufs Papier übertragen oder mit Bausteinen nachstellen und keine Puzzles zusammensetzen.

Diese Menschen weisen die ganze Palette der Lernbehinderungen auf. Bei den Hörstörungen finden sich Hyperakusis (zu scharfes Hören), zu starke Schreckreaktionen auf plötzliche Geräusche (unerwartete Geräusche können Wutanfälle hervorrufen), Taubheit für Töne und audiomotorische Inkoordination (Unfähigkeit, im Takt der Musik zu tanzen).

Was Sprechschwierigkeiten anbelangt, so gibt es bei ihnen das einfache Unvermögen, Worte auszusprechen und zu finden, bestimmte Laute auszusprechen (Aphasie), syntaktische Fehler, geringes Vokabular, zeitweiligen Verlust der Stimme, Probleme, mündlich Bericht zu erstatten, Stottern und eine Tendenz, sich in unbedeutenden Einzelheiten zu verlieren. Manche sprechen auch zu laut oder monoton.

Eine andere Hirnlähmung, die diese Gruppe beeinträchtigt, wirkt sich als Unfähigkeit aus, die Gesichtsmuskeln zu bewegen. Frank Elliotts Patienten mit unbeherrschbarer Wut zeigten eine

Unfähigkeit, die Zähne ganz zu entblößen, ein Auge zuzukneifen oder zu pfeifen. Sie hatten Schwierigkeiten, auf Befehle die Brauen hochzuziehen, obwohl es unwillkürlich geschehen kann, und waren nicht in der Lage, auf Kommando die Zunge herauszustrecken. Bei Verletzungen des Stirnhirns und des Hirnstamms, wie sie von einer Enzephalitis verursacht werden, kann emotionale Starre des Gesichts auftreten."

Gewalt und kleinere neurologische Störungen

Den kleineren neurologischen Störungen, die im Zusammenhang mit Enzephalitis, Autismus und dem Minimalhirnschaden-Syndrom schon ausführlich beschrieben wurden, begegnet man überdurchschnittlich häufig bei Gewaltverbrechern. Die verbreitetste Störung dieser Art ist, wie erwähnt, Hyperaktivität. Ebenso leiden Kriminelle häufig an Gedächtnisschwäche, besonders in bezug auf ihr Kurzzeitgedächtnis.

In dieser Gruppe tritt eine Anzahl von »schweren« und »leichten« neurologischen Symptomen auf. Die Betroffenen können z. B. plump sein - sie lassen Gegenstände fallen, rumpeln dauernd gegen Möbel und können keine Aufgaben ausführen, die feine Koordination erfordern. Ihre Bewegungen sind eckig und lassen Geschmeidigkeit vermissen.

Sie sind nicht imstande, unterschiedliche Handlungsabläufe in rascher Reihenfolge zu koordinieren, und sind nicht Herr über ihre Muskeln, so daß sie sich ruckartig, sprunghaft und in Zuckungen bewegen, die Arme oder den Oberkörper in seltsamen Stellungen haltend, die Hände verdrehend (athetodische Bewegungen), und an Tremor, zeitweiliger Paralyse und schwankendem Gang leiden. Bestimmte Bewegungsabläufe erlernen sie überhaupt nie. Ein Mann dieser Kategorie, der normal geht, kann doch extrem ungeschickt sein, wenn er versucht zu rennen, und fällt leicht hin. Ein normaler, kräftiger Mann mit dieser Störung schafft es u. U. nicht, über ein Seil zu springen." --

Ihre Schmerzschwelle ist, besonders an Händen und Füßen, herabgesetzt - »was es ihnen erleichtert, körperliche Bestrafung mit Gleichmut zu ertragen.« -- Auf unangenehme äußere Reize reagieren sie langsamer als der Durchschnittsmensch." -- Eine andere Störung besteht in einem »Defekt der Lateralität«, was bedeutet, daß sie eine Tendenz zu Linkshändigkeit, Beidhändigkeit aufweisen oder Mühe haben, rechts von links zu unterscheiden. Das weist auf eine Schädigung der linken Hemisphäre des Gehirns hin (die die rechte Körperseite beherrscht)." --

Verschiedene Untersuchungen, unter anderem auch eine, die 1979 in Alberta durchgeführt wurde, haben gezeigt, daß kriminelle Psychopathen (wegen Mordes, Vergewaltigung, Körperverletzung usw. verurteilt), ferner Menschen mit Lernbehinderungen und Verhaltensstörungen, Menschen, die einfach aggressiv sind, Alkoholiker mit Persönlichkeitsstörungen, geistig behinderte Erwachsene mit Verhaltensstörungen, Sexualverbrecher und nicht psychopathische männliche Gewaltverbrecher oft Dysfunktionen der linken Gehirnhemisphäre aufweisen." --

Auch die Triade von Enuresis, Pyromanie und Tierquälerei, die bei Kindern als Indiz für eine mögliche Verbrecherlaufbahn im späteren Leben gilt, tritt mit überraschender Häufigkeit bei Patienten mit dem »Syndrom der episodischen Dyskontrolle« auf (siehe den Fall Tommy Colella)." --

Brandstiftung ist heute zu einem gravierenden sozialen Problem geworden. 1975 verursachten Brände in den Vereinigten Staaten 7500 Todesfälle, 310000 Verletzungen und Sachschäden in Höhe von 13,4 Milliarden Dollar. Man schätzt, daß 11 % davon auf das Konto von Brandstiftern... gehen und weitere 5 % auf das von zündelnden Kindern. In den zehn Jahren zwischen 1970 und 1980 stieg die Anzahl von auf Brandstiftung zurückgehenden Bränden um 325 %.⁹⁶

Brandstifter werden oft so beschrieben, daß man auf eine Beziehung zum postenzephalitischem Syndrom schließen muß. Eine Koryphäe auf diesem Gebiet hat unter diesen »pathologischen Feuerlegern« »Psychopathen, Kinder mit anormaler Ich-Entwicklung, neurologisch behinderte Kinder, Delin-

quenten und geistig Zurückgebliebene« beobachtet." -- Sie können »ihren Impulsen keinen Ausdruck geben«, sind »übermäßig«, sind »gewalttätige Kinder«, haben Schlafstörungen und sind nicht imstande, »aus Versagungen, Einsamkeit und mangelnder Leistungsfähigkeit entstehende Aggressionen zu beherrschen«. Eine Untersuchung von 30 männlichen Kindern... ergab, daß »22 Kinder als psychotisch oder präpsychotisch eingestuft werden mußten und acht Verhaltensstörungen hatten. Nur acht von ihnen lagen auf dem Niveau [in der Schule], das ihrem Alter entsprach. Den Verfassern fielen noch weitere Verhaltensweisen auf, z. B. Wutanfälle, Hyperaktivität, und Probleme mit der Triebbeherrschung.« »Andere haben bei Brandstiftern eine hohe Häufigkeit physischer Abnormitäten feststellen können, u. a. Allergien und vor allem Atembeschwerden bei Kindern.« »Das Fallmaterial berichtet auch von Psychotikern, denen »befohlen« wird, etwas anzuzünden, um ein Gebäude vom Bösen zu reinigen.« --

Früher wurde Brandstiftung selten von Frauen begangen. Doch änderte sich das in den 60er Jahren. Kenneth R. Fineman stellt fest, daß »Brandstiftung bei jungen Frauen auf ziemlich schwere psychopathologische Störungen hinweist«. Eine Studie ergab, daß bei weiblichen Brandstiftern... schwere sexuelle Störungen vorlagen einschließlich starker Neigungen zur Prostitution (33 %).⁹⁹

Enuresis ist bei zur Gewalt neigenden Individuen verbreitet. Laut Frank Elliott »erzählen Erwachsene mit Minimalhirnschaden oft, daß sie bis ins Jugendalter hinein Bettnässer waren«, und Menschen mit episodischer Dyskontrolle können an »Harn- und Stuhlinkontinenz« leiden.« --

Ein weiteres Problem sind seltsame Schlafgewohnheiten. Es ist möglich, daß der Schlaf zu tief ist und häufig mit Bettnässen, Schlafwandeln, auch der Schwierigkeit, überhaupt einzuschlafen, und ähnlichem einhergeht.« --

Es gibt auch eine Tendenz zu Kopfschmerzen, seien sie migräneähnlich, oder von anderer Art.¹⁰² Wutanfällen geht oft ein intensiver Schmerz an einer Seite des Gesichtes oder Kopfes voraus oder ein bohrendes, »stechendes« Kopfweh. Die zur Abreaktion dienende aggressive Handlung lindert dann den Schmerz.¹⁰³

C. E. Climent und seine Mitarbeiter untersuchten 95 weibliche Gefängnisinsassen im Hinblick auf frühere Gewalttätigkeiten, Depressionen und Selbstmordversuche. Sie fanden einen auffälligen Zusammenhang mit dem Verlust der Eltern, besonders des Vaters. Aber es »gab auch noch andere Ereignisse in der Lebensgeschichte, die eine Beziehung zum späteren gewalttätigen Verhalten hatten: schwere Kopfschmerzen und Konvulsionen vor dem zehnten Lebensjahr, extreme Eigensinnigkeit und schwere Zornesausbrüche als Kinder. Das alles dürften Faktoren sein, die die Wahrscheinlichkeit späterer Gewalttätigkeit erhöhen. Sie legen den Schluß nahe, daß neu-

rologische Gegebenheiten in der Kindheit für spätere Gewalttätigkeit verantwortlich sind.«¹⁰⁹

In der Lebensgeschichte von zur Gewalt tendierenden Erwachsenen finden sich auch Appetitstörungen einschließlich Anorexie, gastrointestinale Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen und Verdauungsstörungen mit Gewichtsverlust.¹⁰⁵

Die soziopathische Persönlichkeit: kindliche Ichbezogenheit

Die Auswirkungen einer Enzephalitis werden oftmals als Entwicklungs- oder Reifungs»verzögerung« beschrieben. Diese Krankheit verlangsamt also das Wachstum des Organismus und seines Nervensystems. Das Opfer der Krankheit bleibt neurologisch und sensorisch unreif.

Das bedeutet, daß es auch emotional und intellektuell unreif bleibt. Eine der ersten Arbeiten über das Phänomen der antisozialen Aggression stellte fest, daß diese Delinquenten »ein deutlich erkennbares Syndrom aufweisen, nämlich eine fast lächerlich wirkende Demonstration von unreifer Selbstgefälligkeit und Aggressivität, was den Betreffenden überall »zwischenmenschliche Konflikte einträgt.«¹⁰⁶ Harvey Cleckley, ein Spezialist auf dem Gebiet der kriminellen Persönlichkeitsstruktur, schreibt: »Der Psychopath fällt immer durch seine Ichbezogenheit auf, die gewöhnlich weit stärker ausgeprägt ist als beim Durchschnitt und einigermaßen erstaunlich ist.«¹⁰⁷ Die Parallele zur Selbstbezogenheit des Autisten ist auffällig. Der Wiederholungs-täter ist praktisch auf der Stufe eines ichbezogenen Kindes stehengeblieben und denkt und handelt wie ein nur auf sich selbst zentriertes Kind.

Er ist unfähig zu reifen, unfähig zu dauerhaften emotionalen Beziehungen zu Familie, Freunden und Sexualpartnern, ebenso zu Mitgefühl mit anderen Menschen. Er kann sich nicht an die Stelle eines anderen versetzen.

Kleine Spitzen und Bosheiten, schnelle und flüchtige Gefühlsregungen, launischer Trotz, sentimentales Selbstmitleid, knabenhafte Eitelkeit, absurde, demonstrative Posen der Entrüstung ... Aber ausgewachsenen, herzhaften Zorn, echten, tief sitzenden Groll, ehrlichen, soliden Kummer, wirklichen Stolz, innige Freude und gründige Verzweiflung sucht man bei ihnen vergebens.¹⁰⁸

Kriminelle Soziopathen zeigen »im allgemeinen nur Stumpfheit und Gleichgültigkeit gegenüber den Gefühlen und Rechten anderer Menschen und sind aufdringlich und rücksichtslos.« »Wie du mir, so ich dir« im guten

Sinne gilt für sie nicht. In dieser Beziehung kann man sich nicht auf sie verlassen, ebensowenig wenn es darauf ankommt, jemandem Achtung und Wertschätzung zu erweisen. Es »fehlt ihnen an Gewissen, an einem Sinn für Schuld. Sie lügen ohne Grund, kennen keine tiefere Empfindung und kein Mitgefühl ... Von vielen ... erzählen ihre Mütter, daß sie von Geburt an anders waren als andere Kinder. *Gegen Liebkosungen sträubten sie sich, waren emotional distanziert und gleichgültig gegen Strafen*« [Hervorhebung vom Verfasser] ¹⁰⁹

Es ist ihnen nicht möglich, sich selbst mit den Augen anderer zu sehen. »Der Psychopath hat nicht nur einen Mangel an Selbstwertgefühl, sondern es geht ihm offensichtlich überhaupt ab.« Statt dessen sind sie voller grandioser Illusionen und Selbstüberschätzungen. Deshalb fehlt ihnen oft auch die ganz gewöhnliche Fähigkeit zur Furcht, ein normales Gespür für Widerstände und Fallen. Es sind große Hasardeure.¹¹⁰

Auf Ted Bundy, den jungen Hochschulabsolventen, der 1989 nach der Vergewaltigung und dem Mord an wohl 80 jungen Frauen in Florida hingerichtet wurde (und mit dem wir uns weiter unten noch ausführlich beschäftigen werden), paßt die obige Definition genau. Nach dem vom Gericht bestellten psychiatrischen Gutachten hatte er »tatsächlich nicht die geringste Vorstellung von der Ungeheuerlichkeit seiner Taten«. »Ich weiß nicht, warum sie es alle auf mich abgesehen haben«, sagte er. »Glauben Sie, es hat etwas mit der Zahl der Opfer zu tun?« Am Tag vor seiner Hinrichtung fragte er: »Werde ich in den Himmel kommen?«¹¹¹

Ihre Frustrationsschwelle ist sehr niedrig. Als Kinder sind sie unglaublich jähzornig (so wie Bundyj.¹¹² Sie haben keinen Sinn für Verantwortung, keine Gefühle der Reue oder Scham, und sie haben für »die Morde, die brutal bis zum Grotesken sind und für die sie verurteilt werden, nur stumpfe Gleichgültigkeit übrig.«¹¹³ Der Delinquent im obenerwähnten Fall mit dem Asperger-Syndrom »war affektiert, seine Empfindungen waren oberflächlich. Er war anscheinend nicht im geringsten erschüttert oder reuig, obwohl er zugab, daß die verschiedenen Überfälle auf Kinder und Mädchen nicht richtig waren.«¹¹⁴ Bundy zeigte niemals irgendein Bedauern. Man beschrieb ihn als »distanziert« in bezug auf die brutalen Morde, die er begangen hatte.

Der ehemalige für die Bronx zuständige Staatsanwalt Mario Merola: »Sie bringen dich ohne jeden Grund um ... Und dann starren sie die Leiche nur an. Sie sind kalt und gleichgültig. Sie empfinden keine Reue.«¹¹⁵ Der Richter, der Curtis Bolden zu 30 Jahren Gefängnis verurteilte, sagte in der Urteilsbegründung:

Die Überfälle auf alte, wehrlose Frauen spotten jeder Beschreibung. Sie sind so entsetzlich, daß mir die Worte fehlen, so niederträchtig, so grausam, so bar jeder

Sensitivität und menschlichen Regung. Ich bin bestürzt, daß Menschen anderen Menschen so etwas antun können!"

In seinem Bericht über einen Jugendlichen, der seine Cousine mittleren Alters ermordet hatte, schrieb ein Untersuchungsbeamter:

Wenn wir uns über den Vorfall unterhalten, zeigt er immer merkwürdig oberflächliche Gefühle. Er ist gleichgültig und anscheinend nicht imstande, die Bedeutung seiner Tat einzuschätzen. Außerdem fehlen ihm jede Reue und jedes Bedauern!"

Die »Washington Post« schrieb über die sechs jungen Schwarz~n, von denen schon die Rede war und die wegen kapitalen Mordes verurteilt wurden:

Keiner der sechs verfügte offenbar über den inneren moralisch~n Kompaß, der bestimmte Handlungen ausschließt und sich, noch bevor eine Überlegung über den Vorteil der beabsichtigten Tat oder das Risiko der Verhaftung und Bestrafung einsetzt einschaltet so daß sich der Mensch weigert, ein Verbrechen zu begehen, weil es ~ben nicht ri~htig ist, Gibt es eine rohere Gewalttat als den Überfall auf eine wehrlose Frau auf ihrem Weg zum Kramer!"

Als die 14jährigen, die die junge Joggerin in New York überfalle~ hatten, eingesperrt wurden, »lachte und blödelte einer von ihnen und spielte den starken Mann. Er zeigte nicht das geringste Anzeichen von Reue. In seiner Aussage vor der Polizei gab Salaam zu, die Frau mit einem Rohr geschlagen zu haben, und fügte hinzu: »Es war super.«

Und selbst wenn diese Verbrecher Reue zeigen, hindert Sie das nicht daran dieselben Taten zu wiederholen!" Normalerweise fehlt es ihnen an Menschenkenntnis und Einfühlungsvermögen. Ein extremer Fall ist die Frau, die die Namen von Menschen, die sie bestohlen hatte, immer als Referenzen bei Stellenbewerbungen angab.?"

Manchmal können sie auch Gefühle spielen und so tun, als ob Sie Empfindungen hätten, die sie gar nicht haben. - die ty~isch~ List, »d~~ Vertrauenswürdig« zu markieren. Diese Kriminellen sind bisweilen fähig, Leute blitzschnell richtig einzuschätzen und sie für ihre Zwecke einzusparen. Bundy wurde von seinen Interviewern als »perfekter Spieler« mit »emem angeborenen Bedürfnis, andere auszunützen«, beschriben.!"

Daß ihnen jeder Sinn für Humor fehlt. (obwohl Sie Witze sein können), ist vielleicht weniger wichtig, sollte aber noch er~hnt werden, ~a ~ ebenfalls auf emotionale und intellektuelle Zurückgebetheit hinweist,

Die Bande, die nicht geradeaus denken konnte

Der kriminelle Psychopath denkt oft wie ein Kind. Reifung bedeutet, die Welt mit einer gewissen Objektivität betrachten zu lernen, aufzuhören, Wünsche für Realitäten zu nehmen, Ereignisse als Teil einer Gesamtsituation zu erkennen und entsprechend zu planen, wobei die Dinge analysiert und ihre Elemente logisch verknüpft werden. Aber der postenzephalitische Kriminelle kann das alles nicht. Er befindet sich noch im voroperationalen Stadium (dem »voroperationalen« Stadium, wie es der Kinderpsychologe Jean Piaget genannt hat). Dorothy Lewis schreibt:

Zum Beispiel lassen sich die »lose zusammenhängenden, umherschweifenden, unlogischen« Gedanken der delinquenten Jugendlichen als Erzeugnisse der egozentrischen Sprache und der Unlogik autistischer Kinder begreifen. Nach Piaget kann ein Kind bis zu etwa acht Jahren nacheinander verschiedene, einander widersprechende Meinungen vertreten. Seine Interpretation des menschlichen Verhaltens und der Ereignisse entbehrt einer kohärenten Ordnung und Kausalität im Sinne der Logik. Daher läßt sich ein auffälliges psychotisches Symptom, nämlich eine »unzusammenhängende, ausufernde und unlogische« Sprache, ebenfalls als Ergebnis einer extremen Verlangsamung des kognitiven Reifungsprozesses begreifen!"

Die Denkweise des Soziopathen ist »antibegrifflich«. Seine Verstandestätigkeit ist übermäßig konkret und fragmentarisch, er hat kaum Fähigkeiten zur Abstraktion. Aber gerade die Fähigkeit zur Begriffsbildung ist es, die es uns ermöglicht, prinzipiell zu handeln, in Begriffen langfristiger Zielsetzungen zu denken und aus Erfahrung zu lernen. Curtis Bolden wurde vom Psychiater folgendermaßen geschildert:

Bei direkter Befragung scheint er geradezu dumm zu sein. Seine Antworten kommen immer sehr langsam. Seine Gefühle sind flach. Er versucht, Fragen richtig zu beantworten, ist aber offensichtlich nicht fähig, eine Situation einsichtig zu beurteilen. Seine Antworten sind einsilbig. Er kann niemals lange bei einem Thema bleiben!"

Wie Autisten und Menschen mit Minimalhirnschaden können diese Kriminellen ihre Gedanken und Begriffe und ihr Leben nicht richtig organisieren. Zusammen mit ihrer Gedächtnisschwäche hindert sie das daran, die Gegenwart mit den Erfahrungen der Vergangenheit zu verknüpfen, was die Voraussetzung für »ein urteilendes Denken« oder für »die reflexive Pause« wäre, die einer wohlüberlegten Handlung vorausgehen muß!" Die Menge

der andrängenden Informationen oder deren Komplexität überschreitet die Gedächtniskapazität der Temporallappen, so daß der Betreffende sie nicht verarbeiten kann.:" Daher können sie keine Erfahrungen sammeln und nicht zu erfahrenen Menschen werden.

Das hat drei Folgen:

1. Sie planen nicht im voraus.
2. Sie haben nur ein schwaches Urteilsvermögen.
3. Sie handeln impulsiv.

»Der Psychopath zeigt ein auffälliges Unvermögen, konsequent irgendeinem Lebensplan, sei er gut oder schlecht, zu folgen. Ja, er strebt überhaupt niemals ein weit entferntes Ziel an.«¹²⁷Seine Mängel ... sind unter anderem ... schwaches Urteilsvermögen, ein Talent, das Falsche zu tun und zu sagen, eine reduzierte Fähigkeit zur Angst.« »Es fehlt ihnen an vorausschauender Planung in ihren eigenen Belangen, und sie stolpern von einer hanebüchenen Dummheit in die andere.s"» »Der Psychopath hat eine erbärmlich schwach entwickelte Fähigkeit, methodisch seine Ziele zu verfolgen - wenn er überhaupt welche hat ... Und das ändert sich auch nicht wesentlich durch irgendwelche Erfahrungen, die er macht und die ja ohnehin nicht sehr üppig sind.«"

Das Leben enthält für diese Menschen keine Ordnung, keinen Sinn, keinen Zweck - es besteht lediglich aus Einzelereignissen, die einander folgen. Ihre geringe Konzentrationsfähigkeit hindert sie daran, ihr Leben in eine größere Perspektive zu stellen. Sie leben im Augenblick und haben kein Interesse an Glück oder Erfolgen, die in weiter Zukunft liegen, wie Familie oder Karriere. Für diese Kriminellen ist das »geradeaus« fließende Leben nur eine Reihe von nervtötenden konkreten Ereignissen.

Ihr fragmentarischer Verstand macht es ihnen unmöglich, die Widersprüche in ihrem Verhalten zu bemerken. Die Wahrheit ist ihnen völlig gleichgültig, oft sind sie überzeugende Lügner.!"

Die Unfähigkeit, Konsequenzen vorzusehen, was normalerweise eine Schwäche ist, kann für den Gewaltverbrecher zu einer Stärke und einem Vorteil werden, da sie ihn von zu großen Skrupeln »abscheidet«. Weil er kaum begrifflich denkt, kann er Furcht und Zweifel ausschalten.!"

Befindet sich ein solcher Mensch in einer »Episode der Dyskontrolle«, kommt er sich wie »desorganisiert« vor, »in einem veränderten Bewußtseinszustand«, »entpersönlicht«, »in einem Traumzustand«, »irgendwas stimmt nicht in meinem Kopf«, »alles ist ganz unwirklich« - als ob jemand anders handelte und nicht er selbst.

Bisweilen tritt danach vollständige Amnesie ein. Tommy Colella demon-

strierte immer wieder, daß er von den vielen Gewaltakten gegen seine Adoptiveltern nachher nichts mehr wußte.

Die bekannteste Erscheinungsform dieser Schwächen ist das impulsive Verhalten, insbesondere der »unwiderstehliche Drang«. Das Unvermögen, einem Impuls zu widerstehen, und das Bedürfnis nach unmittelbarer Befriedigung sind die Hauptkomponenten des »Syndroms der episodischen Dyskontrolle«. »Die Patienten wurden wie unter Zwang zu ihren Taten getrieben, was sie zu Kommentaren veranlaßte wie: "Ich konnte nichts dagegen machen, obwohl ich wußte, daß es falsch war.e«?"

Der Trieb ist natürlich oft ein Aggressionstrieb. Sherwyn Wood bemerkte schon 1961, daß Verbrechen aus »unwiderstehlichem Drang« immer schwere Probleme für die Gerichtspsychiatrie aufwarfen.¹²⁸ Das beste Beispiel für den »unwiderstehlichen Drang« ist der Fall Ted Bundy, der weiter unten detailliert geschildert wird.

Die soziopathische Persönlichkeit: Ich-Schwäche, Verlust der Selbstkontrolle

Die übertriebene Selbstsicherheit, die Selbstgefälligkeit und die »rauhe Schale« des Kriminellen verbergen oft nur, daß er in Wirklichkeit »ich-schwach« ist und kaum »Selbstwertgefühl« und Selbstvertrauen hat.!"

Jean Lion, der in den 70er Jahren an der Universität Maryland das erste Zentrum für die Erforschung der Gewalttätigkeit errichtete, bemerkte 1985 in einem Interview, daß viele aggressive Patienten »schreckhaft sind - zornige Menschen sind es oft. Aber wenn man auf die Wurzeln ihrer Schreckhaftigkeit zurückgeht und von der eigenen Reaktion auf ihre Taten frei wird, so wird man oft auf Hilflosigkeit und Angst stoßen.«"-

Eine Untersuchung von 130 gewalttätigen Patienten durch George Bach-y-Rita zeigte bei ihnen

ein Gefühl der eigenen Nutzlosigkeit und Ohnmacht, der Unfähigkeit, etwas an der Umwelt zu ändern ... Die jeweiligen Schübe waren durch den totalen Zusammenbruch der Egofunktion und die Desorganisation der Verstandestätigkeit gekennzeichnet ... Man könnte sagen, daß die Patienten ungenügende Ich-Abwehrmechanismen haben, so daß sie in Notlagen nicht mehr zurechtkommen ... Der eigentliche Unterschied zwischen diesen Patienten und anderen Menschen besteht nur darin, daß sie wegen ihres gewaltsamen oder antisozialen Verhaltens auffallen, während sich andere zurückziehen und vielleicht in den Alkohol flüchten.!"

So sind diese Kriminellen in derselben paradoxen Situation wie die Auti-

sten: Ihre übersteigerte, kindische Selbstgefälligkeit verwandelt sich in Ich-Schwäche, wenn sie in der Welt der Realitäten wiederholt Schläge bekommen haben. Die Empfindungen der Wertlosigkeit und Ohnmacht kristallisieren sich oft als *Furcht aus, die Kontrolle zu verlieren*, was dann zu Panik führen kann. In diesem Angstzustand wird ein verheißungsvolles Angebot vielleicht als aggressive Beleidigung empfunden oder eine freundliche Bemerkung als homosexueller Annäherungsversuch mißverstanden!"

Diese Ich-Schwäche und Selbstverachtung - manchmal als »Null-Zustand« bezeichnet - liegt stets unter der Oberfläche auf der Lauer. Der Kriminelle kann sich durch übersteigerte Phantasien dagegen zu schützen versuchen, etwa indem er sich einbildet, ein Supermann zu sein, der vergeblich mit unkonventionellen Mitteln nach großen Zielen strebt. Dieses Selbstbild hält er vor allem dadurch aufrecht, daß er anderen seinen Willen aufzwingt - manchmal mit Geschick, weit öfter mit Gewalt. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt: Je schwächer das Ich ist, desto größer ist die Neigung zur Gewalt."

Daß eine Situation ihrem Griff entgleitet, wird von diesen Menschen als schwere Bedrohung empfunden. Denn dadurch kommt der »Null-Zustand« an die Oberfläche, was zu unberechenbaren Wutausbrüchen führen kann. Dies wurde sehr plastisch von einem jungen Straßengangster beschrieben, als man sich mit ihm über einen mißlungenen Überfall unterhielt, den seine Freunde begangen hatten. Das Opfer hatte seine ihm geraubten Kreditkarten nicht aufgeben wollen und seine Hand in der Hosentasche behalten. Daraufhin war es von den Jugendlichen auf der Stelle erschossen worden:

Sie hatten Angst. Der Mann hätte auch gar nichts in der Hand zu haben brauchen, aber das kümmerte sie nicht ... Und als er die plötzliche Bewegung mit der Hand machte und sie tiefer in die Tasche steckte, war es ihnen egal, was er in der Hand hielt. Sie erschossen ihn sofort ... Genauso war ich auch, wissen Sie, ich war nämlich als Junge sehr aufbrausend ... Ich hatte dauernd Angst ... Sie dachten, der Mann ist Herr der Lage. Und als er sagte: »Gebt mir meine Kreditkarten zurück!« - so sehe ich es -, da wollte er sie wieder an sich bringen, seine Brieftasche. Das sah ganz nach Auflehnung aus ... Wenn du jemanden beraubst, mußt du alles dauernd im Griff behalten. Der Colt macht dich zum Herrn der Lage.¹³⁹

Aber letzten Endes wissen diese Kriminellen doch, daß sie Verlierer sind:

Der Psychopath ... verläßt unvermutet einen Weg, den er einmal eingeschlagen hat, und macht dann den Fehler seines Lebens. In einer unverständlichen und ganz sinnlosen, verrückten oder närrischen Anwendung bricht er plötzlich die erfolgversprechendsten Unternehmungen ab, sei es ein Verbrechen, sei es eine eheliche

Arbeit. Unter der Herrschaft trivialer Impulse stehend, läßt er sich immer wieder auf die größten Dummheiten ein.!"

Es ist der unbewußte Wunsch zu versagen, der ihn zu seinen riskanten Handlungen treibt. »Er wird Diebstähle, Geldfälschungen, Betrug, Ehebruch und anderes bei erstaunlich geringen Erfolgsaussichten begehen und unter weit größerem Risiko, entdeckt zu werden, als der gewöhnliche Verbrecher.«?"

Die soziopathische Persönlichkeit: Depression und Selbstmord

Neben Anfällen von Gewalttätigkeit finden sich bei diesen Menschen oft tiefe Depressionen mit Neigung zum Selbstmord!" - Ted Bundy, der an Anwandlungen tiefster Depressionen litt, ist ein Beispiel dafür.¹⁴³

Die Wirkung wird intensiviert, wenn Alkohol dazukommt. Zu Gewalt disponierte Frauen tendieren in der Woche vor ihrer Periode besonders zu Verbrechen, denn dann fühlen sie sich deprimiert und paranoid!"

Selbstmord ist nur eine andere Form impulsiver Wut, die sich nun gegen einen selbst richtet. Tommy Colella, der dauernd unter Depressionen litt und verschiedene Male einen Selbstmordversuch unternahm, ist typisch dafür. Viele Soziopathen drohen mit Selbstmord und machen selbstmörderische Gesten. In einer Untersuchung des Syndroms der episodischen Dyskontrolle hatten 18 der 22 Versuchspersonen »Selbstmordgedanken-s.r.«: Die Amphetamine, die seit Jahren bei Symptomen des Minimalhirnschadens verschrieben werden, können die Selbstmordtendenzen bei den Betroffenen verstärken."

Die Selbstmordrate bei Teenagern in den USA stieg zwischen 1968 und 1979 um 75 % von fünf auf neun Fälle pro 100000 Einwohner (1950 waren es 4,5). 1986 war sie auf 13 Fälle hochgeklettert. Das bedeutet 5000 Selbstmorde Jugendlicher im Jahr, und auf jeden gelungenen Selbstmord kommen 50 bis 100 Versuche.¹⁴⁶

Abwehrmechanismen und Kompensation: Paranoia, Sex

Der Soziopath ist sich seiner Ich-Schwäche häufig bewußt und entwickelt Techniken, um sein Ich zu schützen und sein Selbstwertgefühl zu heben. Eine davon ist, die Schuld auf andere zu schieben. Der Soziopath ist instinktiv

paranoid, fühlt sich ungerecht behandelt und schiebt die Schuld an seinen Konflikten auf alle anderen. Die Verantwortung für die vielen Fälle, wo er mit dem Gesetz in Konflikt kommt, lehnt er ab und findet immer Erklärungen für sein Verhalten.¹⁴⁷

Dorothy Lewis unterscheidet fünf Merkmale, die deren Besitzer als möglichen Mörder ausweisen. Eines davon sind paranoide Gedanken (die anderen: Gewalttätigkeit als Jugendlicher, schwere neurologische Schäden, Mißhandlung durch die Eltern in der Kindheit und ein Verwandter ersten Grades mit psychischer und/oder neurologischer Störung).!" Paranoia wendet sich häufig gegen Autoritätspersonen. Sie werden abgelehnt, lächerlich gemacht und verunglimpft."

Andere Kompensationen für Ich-Schwäche sind Wiederholungsdrang und Eigensinn. In einer Untersuchung von 95 weiblichen gewalttätigen Gefängnisinsassen wurde »extremer Eigensinn« als verbreitetes Merkmal festgestellt. Der Mann, der auf sein totes Opfer noch 30mal einstach, wäre ein Beispiel für Wiederholungsdrang."

Nicht selten findet sich bei künftigen Soziopathen bereits in einem Alter intensive sexuelle Aktivität, die »für diese Altersgruppe ungewöhnlich ist.«!" Eine Untersuchung aus dem Jahre 1977, die an 411 Arbeitern in Cambridge, England, durchgeführt wurde, ergab, daß 128 schon mit 21 Jahren mit dem Gesetz in Konflikt gekommen waren. Sie hatten als Jugendliche exzessive sexuelle Kontakte gepflegt."

Diese Neigung nimmt zahlreiche Formen an: eine oberflächliche Einstellung zur Sexualität im allgemeinen, Beschäftigung mit Pornographie, häufigerer Gebrauch obszöner Worte, Inzest, dauernde Masturbation, Koprophilie (Herumschmieren mit Fäkalien: »eine seltsam ambivalente Haltung, bei der die sexuellen und exkretorischen Funktionen anscheinend vermischt werden-sj.!"

Bundy ... masturbierte dermaßen intensiv, daß er, wie er einmal einem Psychiater erzählte, auch in Schulklos masturbierte. Einmal ertappten ihn andere Jungen dabei, machten sich über ihn lustig und übergossen ihn mit eiskaltem Wasser.¹⁵⁴

Andere Serienmörder berichteten, sie hätten in ihrer Jugend, als sie masturbierten, ihre Phantasie aufgeheizt, indem sie sich Sexualmorde vorstellten.!" Dieses sexuelle Verhalten ist ein Ersatz für dauerhafte, enge, warme und verantwortliche Beziehungen zu Familie, Freunden oder Sexualpartnern, zu denen sie nur eingeschränkt fähig sind.!"

Des weiteren sind Unklarheit über die sexuelle Identität, Bisexualität und Homosexualität Merkmale des postenzephalitischen Syndroms. Von Eco-

nomo stellte fest, daß Menschen mit postenzephalitischem Syndrom »sich auf perverses sexuelles Verhalten jeder Art einlassen und sich bereitwillig als Partner für solches Verhalten zur Verfügung stellen ... Sexuelle Abweichungen ... sind unter diesen Patienten gang und gäbe.«!" Im allgemeinen ist ihre Einstellung zur Sexualität impulsiv und oberflächlich und ihr Geschlechtsleben »unpersönlich, trivial und schlecht integriert«.

Bach-y-Rita und seine Mitarbeiter untersuchten 130 gewalttätige Patienten. Sie fanden 41 darunter, die zugaben, große sexuelle Probleme zu haben, wie Impotenz, völlige Abstinenz oder übersteigerte Hypersexualität. 16 hatten erwachsene homosexuelle Partner gehabt, sechs waren durch chirurgischen Eingriff sterilisiert worden, zwei wiesen das Klinefelter-Syndrom auf (der Betreffende ist ein Mann, hat aber große Brüste, kleine Genitalien, verkümmerte Hoden und ist unfruchtbar), zwei waren Transvestiten, und einer hatte Inzest begangen."

Bei Untersuchungen der Temporallappen-Epilepsie, die häufig zusammen mit dem Syndrom episodischer Dyskontrolle auftritt, kommen meist auch sexuelle Störungen zutage: Die meisten Menschen dieses Typs sind hyposexuell mit Impotenz und Frigidität; einige sind entschieden hypersexuell. Wieder andere zeigen Abweichungen in Form von Bisexualität, Homosexualität, Transvestismus und Fetischismus."

Bach-y-Rita stellte fest, daß Patienten mit episodischer Dyskontrolle »in der Regel äußerlich hypermaskulin und immer auf dem Sprung waren, ihre Männlichkeit durch Raufhändel mit anderen Männern unter Beweis zu stellen«. Doch gleichzeitig sind sie gewöhnlich von einer Mutterfigur abhängig, und ihr Gefühl männlicher Identität ist schwach entwickelt.v" Barry Maltzky beschrieb eine Gruppe von 22 Männern mit dem Syndrom episodischer Dyskontrolle als »shypermaskulin-, doch ängstlich«.!"

Paranoia und exzessive Sexualität sind nicht unbedingt immer mit dem postenzephalitischen Syndrom verbunden. Doch bei der zuletzt beschriebenen Gruppe dienen sie als Mittel zur Stärkung des Ichs und als Ventile für überstarke Gefühle von Depression und Frustration.

Verteidigungsmechanismen und Kompensation: Kindesmißhandlung

Ein weiteres Ventil besteht in der Mißhandlung von Kindern.!" Diese immer drückender werdende Geißel der Gesellschaft spiegelt den Anstieg der Soziopathie in Amerika wider und das Bedürfnis dieser Menschen, ihre heimliche Ich-Schwäche durch Gewalt zu kompensieren. Die Kinder sind die unschuldigen, hilflosen Opfer der unbeherrschbaren Impulse ihrer Eltern.

Man betrachte z. B. den Fall einer 20jährigen geschiedenen Frau mit Minimalhirnschaden, die den Arzt aufsuchte,

weil sie bestürzt war, daß sie ihr Kind mißhandelte. Sie schrieb das ihrem überschäumenden Temperament und ihrer mangelnden Fähigkeit, zu, mit Enttäuschungen fertig zu werden. Auch litt sie an chronischen Angstzuständen und war dem Alkohol verfallen ... Als Kleinkind und Kind war sie ungemein aktiv, kampflustig und jähzornig gewesen. Das blieb mehr oder weniger auch in der Grundschule so. Als sie in die High School eintrat, zog die Familie mit den Großeltern zusammen, was erheblich zur Erhöhung der innerfamiliären Spannungen beitrug und das Verhalten des Mädchens zum Schlimmeren beeinflusste. Sie fing jetzt an, die Schule zu schwänzen und von zu Hause wegzulaufen. Kurz darauf machte sie erste Erfahrungen mit Drogen, was schnell zu Drogenmißbrauch führte. Damals verliebte sie sich auch und wollte gegen den Willen ihrer Eltern heiraten. Verbote und Spannungen führten zu zwei Selbstmordversuchen. Das Verhältnis zu den Eltern wurde noch gespannter, als sie schwanger wurde und im dritten Jahr der High School heiratete. Schon nach kurzer Zeit kam es zu Streitigkeiten und tätlichen Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, so daß sie sich wieder trennten. Im gleichen Zeitraum begann sie sich Sorgen zu machen wegen ihres Jähzorns und ihrer Unfähigkeit, mit den Mutterpflichten zurechtzukommen. Sie pflegte das Kind äußerst hart zu bestrafen, was sich - nach ihrer eigenen Schilderung - bis zu körperlicher Mißhandlung steigerte.¹⁶³

Aber man sollte nicht übersehen, daß auch die Kinder selbst zu solchem Verhalten der Eltern beitragen. Wenn, wie wir vermuten, Anfälligkeit für Impfschäden eine genetische Komponente hat, dann haben hyperaktive Eltern mit größerer Wahrscheinlichkeit hyperaktive Kinder...

William Heffron und seine Mitarbeiter stellten 1987 fest, daß mißhandelte Kinder oft von Geburt an hyperaktiv sind. Sie stellten die Hypothese auf, daß »Hyperaktivität körperliche Mißhandlungen hervorrufen, aber auch aus ihnen hervorgehen kann. Das Verhalten des Kindes ist ein Kausalfaktor für die Mißhandlungen.«¹⁶⁴ In diesen Fällen werden die Spannungen in der Familie größer, als es selbst Eltern mit normalen Nerven ertragen können - um wieviel weniger Eltern mit der für Soziopathie charakteristischen Ungeduld, der Konzentrationsschwäche und der Tendenz zu impulsiver Gewaltanwendung!

Dies ist ein weiteres Gebiet soziologischer Forschung, auf dem sich Theorien über eine »emotionale« Verursachung in den Vordergrund schieben konnten. Aber auch hier wurde die Ursache-Wirkungs-Kette nicht begriffen, und Wirkungen wurden für Ursachen, Ursachen für Wirkungen gehalten.

Wissenschaftler, die von der Beobachtung ausgehen, daß jemand, der Kinder mißhandelt, - früher selbst als Kind mißhandelt worden ist, kommen zu dem Schluß, daß ein solches Kindheitstrauma die Menschen zu Kindesmißhandlern *macht*.¹⁶⁵ Es ist zwar ein Gemeinplatz, daß Erwachsene das Verhalten wiederholen, das sie selbst als Kinder erlebt haben. Aber selten wird die Frage gestellt, *warum* sie eigentlich mißhandelt wurden. Es kann gut sein, daß sie mißhandelt wurden, weil sie einfach unerträglich waren (alle, die noch kein hyperaktives Kind aufgezogen haben, sollten sich vor Verurteilungen hüten!).

Insofern dürfte der gängigere Fall der sein, daß sich pathologische Beziehungen zwischen Eltern mit Minimalhirnschaden und Kindern mit Minimalhirnschaden herausbilden. Auf diese Weise degeneriert das Familienleben von Generation zu Generation. Selbst wenn das hirngeschädigte Kind niemals mißhandelt wurde, dürfte es doch eine niedrige Frustrationsschwelle besitzen, und man wird kaum von ihm erwarten können, daß es seine eigenen hyperaktiven Kinder richtig behandelt.

Man sollte erforschen, bis zu welchem Grad Kindesmißhandler selbst neurologisch geschädigt sind, d. h. lernbehindert oder hyperaktiv, was bedeuten würde, daß sie von Kindheit an unwiderstehlich in den Teufelskreis eines von Gewalt durchsetzten Familienlebens hineingezogen wurden.

Abwehrmechanismen und Kompensation: Alkohol und Drogen

Schließlich versucht der postenzephalitische Soziopath mit seinen vielfältigen Problemen durch Alkohol und Drogen fertig zu werden. Das »Journal of the American Medical Association« stellt fest: »Erwachsene, bei denen Konzentrationsschwächen und Hyperaktivität aufgetreten sind, sind auch unverhältnismäßig stark in den Gruppen vertreten ..., unter denen Alkohol- und Drogenmißbrauch verbreitet ist.«¹⁶⁶

Der Zusammenhang zwischen Alkoholismus bzw. Drogenmißbrauch und Kriminalität ist bekannt und bedarf keiner weiteren Ausführungen. Besonders Drogenmißbrauch ist substantiell an dem fast unvorstellbaren Anstieg der Kriminalität aller Sparten in diesem Land seit den 60er Jahren beteiligt gewesen.

Kriminelle töten und stehlen, um an Geld zum Kauf von Drogen heranzukommen. Und wenn sie unter dem Einfluß von Drogen stehen, töten und stehlen sie aus anderen Gründen. Ein Drittel aller schweren Verbrechen wird unter dem Einfluß von Alkohol begangen. Eine im Jahre 1988 vom US-Justizministerium veranlaßte Erhebung ergab, daß bis zu 79 % der we-

gen schwerer Verbrechen in verschiedenen amerikanischen Städten verhafteten Personen illegale Drogen nahmen. Der Bundesdurchschnitt lag bei über 50 %. Und bei Personen, die mehrere Arten von Drogen nahmen, bestand sogar eine noch höhere Wahrscheinlichkeit, daß sie straffällig wurden.¹⁶⁷

Wenn tatsächlich das postenzephalitische Syndrom Faktoren enthält, die die Menschen zu Alkohol- und Drogenmißbrauch tendieren lassen, so müssen die Impulse auch als eine Ursache für Alkohol- und Drogenmißbrauch und die damit verbundene Kriminalität angesehen werden. Tatsächlich ist aus ganz allgemeinen Gründen ein Zusammenhang mit dem postenzephalitischen Syndrom mehr als wahrscheinlich. Eine Hauptursache für Alkohol- und Drogenmißbrauch ist die Unfähigkeit dieser Menschen, normale persönliche Beziehungen aufrechtzuerhalten. Diese Betäubungsmittel sind dann der Ersatz für zwischenmenschliche Kontakte. Und wie wir gesehen haben, haben der leicht Autistische, der Mensch mit Minimalhirnschaden, der Jugendliche mit soziopathischer Persönlichkeitsstruktur und alle anderen an postenzephalitisches neurologischen Störungen Leidenden ein furchtbares Defizit an zwischenmenschlichen Beziehungen.

Weitere Ursachen für Alkoholismus und Drogensucht sind Depressionen und Angstzustände, was durch neueste Forschungen des Psychiatrischen Instituts der New-York-State-Universität bestätigt wurde. Der Leiter des Projektes beobachtete aber, daß die Ergebnisse den gewöhnlichen Vorstellungen widersprachen - daß nämlich Depressionen und Angstzustände die Folgen von Drogen- und Alkoholmißbrauch sind!¹⁶⁸ Jedenfalls sind Depressionen und Angstzustände bei Menschen mit postenzephalitischen Störungen weit verbreitet.

Alkohol- und Drogenmißbrauch bei Autisten und Menschen mit Minimalhirnschaden

Die Probleme des Soziopathen mit Alkohol und illegalen Drogen haben ihre Parallele bei Autisten und Menschen mit Minimalhirnschaden.

Die Erforschung von Alkohol- und Drogensucht stößt bei Autisten auf Schwierigkeiten. Sie wird nämlich erschwert durch die Tatsache, daß die meisten von ihnen in Anstalten leben und keine freie Entscheidungsmöglichkeit haben. Aber es wäre seltsam, wenn sie nicht zu Alkohol und Drogen griffen, um ihre Minderwertigkeitsgefühle und ihr Außenseitertum zu kompensieren. Tony W. z. B., der leicht autistische 22jährige, dem wir schon begegnet sind, sagt, er habe in der neunten und zehnten Klasse Marihuana geraucht und viel getrunken, um »so normal wie alle anderen zu sein«. Nach seinem

Wehrdienst kam er nach Hause zurück, »trank eine Menge und verhielt sich destruktiv, seine Ängste und seine Paranoia stiegen kontinuierlich an«. Er hatte auch »Probleme mit seiner Ängstlichkeit und periodischem Alkoholmißbrauch ... Gelegentlich nahm er auch andere Betäubungsmittel als Alkohol, um seine dauernden Angstzustände zu mildern und sich in Gesellschaft wohler zu fühlen.«¹⁶⁹

Solche Berichte sind typisch.

Kinder mit Minimalhirnschaden fühlen sich zu Alkohol und »Entspannungsdrogen« schon in sehr jungen Jahren hingezogen.¹⁷⁰ Diese gelten als Mittel mit »beruhigender« Wirkung auf den nervösen, impulsiven und hyperaktiven Jugendlichen.

In der modernen Fachliteratur über Alkoholismus wird zwischen »primären« Alkoholikern, die schon in der Kindheit oder der frühen Jugend damit beginnen, und »sekundären« Alkoholikern unterschieden, die erst als Erwachsene süchtig werden. »Primärer Alkoholismus« ist mit Minimalhirnschaden und Hyperaktivität in Verbindung gebracht worden, und man hält ihn (selbstverständlich) für genetisch bedingt!¹⁷¹ Aber höchstwahrscheinlich besteht eher ein Zusammenhang mit dem postenzephalitischen Syndrom. Dieser Hypothese sollte nachgegangen werden.

Bei Erwachsenen mit Minimalhirnschaden finden sich Alkohol- und Drogenmißbrauch häufig!¹⁷² Bei Frauen zeigt sich gelegentlich die sogenannte »St.-Louis-Triade«: Alkoholismus, Soziopathie und Hysterie!¹⁷³

Auch das in »Verhaltensstörungen« übergegangene Minimalhirnschaden-Krankheitsbild ist mit »ungewöhnlich frühem Rauchen, Trinken und dem Mißbrauch anderer Stoffe« verknüpft. »Psychoaktiver Mißbrauch von Stimulanzien« ist eine weitverbreitete Diagnose. Und wenn sich »Verhaltensstörungen« zu einer »soziopathischen Persönlichkeit verdichten, »bleiben diese Formen des Verhaltens bestehen«!¹⁷⁴

Der soziopathische Kriminelle erträgt nicht einmal leichte Depressionen, Angstzustände, Langeweile oder Spannungen, und die Erleichterung, die ihm diese zur Gewohnheit werdenden Stimulanzien verschaffen, ist ihm sehr willkommen!¹⁷⁵ Aber Alkohol führt von sich aus zu Gewaltverbrechen. Es gibt eine »pathologische Reaktion auf Alkohol ohne Rücksicht auf die konsumierte Menge«?¹⁷⁶ »Pathologische Intoxikation« und »episodische Dyskontrolle« können durch sehr kleine Mengen Alkohol ausgelöst werden, vor allem, wenn sich der Betreffende gereizt, in der Falle oder beleidigt fühlt!¹⁷⁷ In vielen Fällen kann ein einziges Glas einen Menschen außer sich bringen, wenn er ohnehin schon gereizt ist!¹⁷⁸ Es kann sein, daß er sich danach an nichts mehr erinnert.¹⁷⁹

Ted Bundy trank oft, bevor er einen Mord beging, um seine Skrupel zu betäuben!¹⁸⁰ Auch war er ein Marihuanaraucher:

Ich stehe auf Marihuana ... Ich liebe es, zu kiffen. Und ich habe nie, niemals etwas anderes als Kiff probiert.. Und Valium. Und natürlich Alkohol!"

Wenn die 15 bis 20 % Schulkinder mit Minimalhirnschaden schon in jungen Jahren zu Alkohol- und Drogenmißbrauch prädisponiert sind, tragen sie weit mehr, als diesem Prozentanteil entspricht, zu der gegenwärtigen epidemischen Drogen- und Alkoholsucht bei. Und sie bilden nicht nur selbst ein beträchtliches Kontingent dieser Personengruppe, sondern sie setzen auch nach dem Greshamschen Gesetz des sozialen Verhaltens die Norm für alle übrigen. Auf diesen Sachverhalt wird freilich in der Öffentlichkeit und in der Fachdiskussion über dieses Thema praktisch niemals hingewiesen.

Ebensowenig wird in der medizinischen Fachliteratur die Rolle behandelt, die rein medizinische Drogen dabei spielen, daß Kinder drogensüchtig werden. Seit den 50er Jahren werden medizinische Drogen systematisch hyperaktiven und minimalhirngeschädigten Kindern verschrieben, um deren Verhalten erträglich zu machen und den totalen Zusammenbruch des Schulsystems zu verhindern.

Heute werden mindestens eine Million Kinder mit solchen Pharmaka, sei es von den Ärzten, sei es von der Schule, »versorgt«, damit sie den Unterricht nicht sprengen:"-- Überall ist es gang und gäbe, daß Kinder wegen »Verhaltens«- oder »emotionaler Störungen« Drogen bekommen. Dadurch entsteht ein Klima, in dem es nicht mehr besonders schlimm erscheint, wenn Drogen aus anderen als medizinischen Gründen genommen werden.

Auf diesen drei Wegen haben Hyperaktivität und andere Formen des postenzephalitischen Syndroms sowie die Pharmaka, die diese Zustände bekämpfen sollen, zu dem alles umfassenden Problem der amerikanischen Gesellschaft, dem Drogenmißbrauch und der Drogensucht, beigetragen und tragen weiter dazu bei.

Viele Jahre lang bestand die Hauptgruppe der Arzneimittel zur Behandlung von Hyperaktivität aus Stimulanzien, als »uppers« bezeichnet, wobei die Amphetamine führend waren. Speziell in der Form von Benzedrin oder Dexedrin wurden sie seit den 30er Jahren in der Kinderpsychiatrie verwendet und anfänglich enthusiastisch zur Behandlung von Autismus und dem Minimalhirnschaden-Krankheitsbild eingesetzt!" In den 50er Jahren stieg ihre Verwendung sprunghaft an.

Ihre Wirkung wurde oft als »paradox« bezeichnet, da es unlogisch schien, hyperaktiven Kindern eine Tablette zu geben, die eine Stimulierung der Aktivität bewirkt. Tatsächlich ist uns der Mechanismus, mit dem die Amphetamine aufs Zentralnervensystem wirken, immer noch ein Geheimnis.

Es gibt weder schlüssige Beweise, die belegen könnten, wie die Amphetamine ihre Wirkungen auf Psyche und Verhalten der Kinder erzielen, noch überzeugende Aufschlüsse über den Zusammenhang zwischen diesen Wirkungen und dem Zentralnervensystem!"

Aber verstanden oder nicht - zunächst hatte es den Anschein, als ob die Amphetamine für viele Kinder mit Hyperaktivität ein Segen wären, und man betrachtete diese Mittel als zur Bekämpfung der Hyperaktivität: »wie geschaffen-s!"-- »Sehr überzeugend ist, wie sich das Kind jetzt plötzlich für längere Zeit auf Gegenstände konzentrieren kann. Der Junge wird jetzt weniger von Impulsen getrieben und läßt sich insgesamt leichter lenken.«"---

Doch bald zeigte sich die wenig einladende Kehrseite. Eines von drei Kindern reagierte gar nicht auf das Medikament oder wurde noch mehr hyperaktiv. Die Gründe dafür sind unbekannt. 187 Und die Liste unerwünschter Nebenwirkungen ist lang: Ticks treten auf oder werden verstärkt, das Herz klopft rascher oder wie rasend (Tachykardie), der Blutdruck steigt, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schwindel, Tremor, Kopfschmerz, Impotenz, Veränderungen der Libido, Nesselfieber, Bauchschmerzen und Verlangsamung des Wachstums sind zu beobachten. 188

Wenn Amphetamine zur Behandlung des Autismus eingesetzt wurden, traten die unerwünschten und behindernden Nebeneffekte noch früher auf. Man stellte fest, daß sie »schon vorhandene autistische Symptome verschärften und gesteigerte Aktivität, Reizbarkeit, Tendenz zu Wutausbrüchen und stereotypem Verhalten hervorriefen«. Der Autist wurde selbst bei sehr geringer Dosierung oft noch psychotischer und desorganisierter!" --

Häufig kehrten die alten Symptome nach einer Unterbrechung der Therapie in verschärfter Form zurück - »Rückfälligkeit.«"? Die Komponenten des hyperkinetischen Syndroms verstärkten sich wieder, unter anderem erhöhte Hyperaktivität, Reizbarkeit, schnelle Tränenausbrüche, Kopf- und Bauchschmerzen, Zittern der Finger und ähnliches. Oft bekamen die Kinder oder Jugendlichen ein »Amphetamingesicht«, einen bleichen, gequälten, bitterernsten Gesichtsausdruck mit dunklen Höhlen unter den Augen."?

Amphetamine unterdrücken den Appetit (oft werden sie als »Appetitzügler« eingesetzt), und Anorexie, ein gängiges Symptom des Minimalhirnschadens, wird durch sie verstärkt."?

1983 wurde eine amphetamin ähnliche Diättablette mit der Bezeichnung PPA (Phenylpropanolamin) gerne als Schlankkeitspille verschrieben, wobei ein jährlicher Umsatz von 200 Millionen Dollar erzielt wurde!" Weiß jemand, in welchem Umfang diese Praxis dazu beigetragen hat, Anorexie bei amerikanischen Erwachsenen, diese unheilvolle Geißel, aufrechtzuerhalten und zu intensivieren?

Das Suchtrisiko lag auf der Hand und war durchaus bekannt. Amphetamine und andere Tabletten gegen Hyperaktivität wurden, so nahm man an, in kontrollierbaren Mengen verschrieben. Aber bei diesen Mitteln war das selten der Fall.¹⁹⁷ Sie wurden von den Ärzten mehr oder weniger willkürlich verschrieben und von den Patienten genauso willkürlich konsumiert.

Die langfristige Auswirkung einer Amphetaminsucht kann eine zum Selbstmord führende Depression oder ein der Schizophrenie ähnelndes Syndrom sein, verbunden mit paranoiden und halluzinatorischen Phänomenen (s-Amphetaminsucht).¹⁹⁸ Und Menschen mit Amphetaminsucht leiden auch unter »episodischer Dyskontrolle«.¹⁹⁹ Bach-y-Rita stellte fest, daß 12 von 130 Patienten, die er untersuchte und die an episodischer Dyskontrolle litten, regelmäßig zu Amphetamintabletten griffen (72 waren chronische Alkoholiker).¹⁹⁷ Jeffrey MacDonald, der »Doktor mit der grünen Basenmütze«, dem nachgewiesen worden war, daß er in einem Anfall »episodischer Dyskontrolle« seine Frau und seine zwei Töchter zu Tode gestochen und geprügelt hatte, hatte in den Tagen und Wochen vor der Tat Schlankheitspillen auf Amphetaminbasis genommen.²⁰⁰

Damit schließt sich der Teufelskreis: Kindern mit Minimalhirnschaden und unbeherrschbarem Temperament werden Amphetamine zur Beruhigung gegeben. Aber gerade diese Tabletten disponieren zu Anfällen von »episodischer Dyskontrolle«. Natürlich läßt sich nur vermuten, welchen Anteil genau beide Faktoren jeweils an den sich ergebenden Gewaltakten haben, genauso wie man nur vermuten kann, in welchem Umfang Benzedrin und Dexedrin, deren Wirkungen mit denen des Kokains verglichen worden sind, zu Abhängigkeit von Kokain überleiten.²⁰¹

Noch heute werden Amphetamine zur Behandlung hyperaktiver Kinder eingesetzt.²⁰² Doch Ende der 50er Jahre führte der Widerstand von Eltern, der damals begann, dazu, daß Cylert (Pemolin) und Ritalin (Methylphenidat) eingeführt wurden - zwei neue Stimulanzien, die heute den Markt beherrschen. Ihr »Wirkungsmechanismus« ist ebenso ein Geheimnis wie der der Amphetamine.²⁰³

Man sprach und spricht von ihnen als »Nichtamphetaminen«, doch ähneln sie dem Amphetamin strukturell und haben letzten Endes identische pharmakologische Wirkungen.²⁰⁴ Wie bei den Amphetaminen tritt hier bei einem von vier Kindern keine Besserung auf.²⁰⁵ Und die anderen drei werden durch Methylphenidat keineswegs geheilt, ja, es kann genau wie die Amphetamine zur Sucht führen. Nach der Zeitschrift »Physicians' Desk Reference« »kann chronischer Mißbrauch zu erheblicher Labilität und psychischer Abhängigkeit führen, verbunden mit verschiedenen Graden anormalen Verhaltens. Es können eindeutig psychotische Schübe auftreten.«²⁰⁶

Ein Beispiel für das »anormale Verhalten«, das im Zusammenhang mit

Ritalin auftreten kann, ist der Fall Rod Matthews, des 15jährigen Jungen aus Massachusetts, der seinen Schulkameraden mit dem Baseballschläger tötete und dann an einer Schneeballschlacht teilnahm. Man stellte fest, daß er zweimal täglich zehn Milligramm Ritalin gegen Hyperaktivität, Zündeln und »sozialen Rückzug« einnahm.²⁰⁷ Einen Monat vor dem Mord hatte er seinem Gesundheitsbetreuer geschrieben, er spüre immer den Drang, sein Haus anzuzünden, und fürchte, er werde noch jemanden umbringen.²⁰⁸

Eine ebenso besorgniserregende Komponente des Drogenmißbrauchs durch Kinder ist die psychische Abhängigkeit, die er hervorruft. Zum Erwachsenwerden gehört auch, daß man Verantwortung für sein Verhalten übernimmt. Das Kind, das seine Verantwortung auf Tabletten schiebt, entzieht sich einer wesentlichen Aufgabe, die mit dem Wachstum auf es zukommt. Carole Whalen und Barbara Henker interviewten hyperaktive Kinder, die Ritalin nahmen, und stellten fest: »Diesen »Zauberpillen« werden oft geradezu magische Fähigkeiten zugeschrieben. Die Kinder denken unwillkürlich, daß sich eine Besserung ohne jegliche - und vielleicht sogar trotz der - eigenen Bemühungen und Anstrengungen ergibt. Die Kinder sprechen von ihren Tabletten oft als von ihren »Weisheitspillen« oder »Bravheitspillen«: ... Unsere große Sorge ist, daß die Tabletten, die ein Verhalten begünstigen sollen, welches die meisten Kinder aus eigener Anstrengung entwickeln müssen, diesen Fortschritt ... zu persönlicher Verantwortung ... eher behindern könnten.«

Kind: Ich hatte kaum je Freundinnen. Ich hatte überhaupt nur zwei, und damit hatte ich mich zufrieden. Und letztes Jahr nahm ich nachmittags kein Ritalin, aber das letzte Mal, als ich beim Arzt war, sagte er: »Warum haben wir es nachmittags nicht genommen?« Von da an tat ich es und habe jetzt leicht 20 Freundinnen.

Interviewer: Erzähle mir, wie es dir geht, wenn du vergißt, Ritalin zu nehmen.

Kind: Wenn ich es vergesse, kann ich mich in der Schule nicht konzentrieren. Zum Beispiel: Der Lehrer gibt uns eine halbe Stunde für eine Seite Matheaufgaben, es sind z. B. 20 Aufgaben, und dann schaffe ich sechs in 20 Minuten, in einer halben Stunde. Aber wenn ich es nehme, schaffe ich alle in zehn, 20 Minuten und habe dann noch zehn Minuten übrig ... Wenn man mich fragt, woran das liegt, sage ich: »Ganz einfach, es hilft dir, dich zu konzentrieren, du kriegst mehr Freunde, und du hast mehr Lust mitzuspielen. Und du wirst mehr eingeladen.«

Interviewer: Du hast mir ein gutes Beispiel dafür gegeben, wie es dir geht, wenn du eine Extratablette nimmst. Kannst du dich noch an ein anderes Mal erinnern?

Kind: Ja, an Catalina. Eine andere Angelgeschichte ... Ich hatte keine Lust mehr zu angeln, weil wir einfach nichts fingen, und es war mir zu langweilig, auf einen Barsch in Catalina zu warten. Wir langweilten uns, und ich brauchte wieder eine Tablette. Und an diesem Morgen hatte ich keine eingenommen. Dann schluckte ich zwei. Mein Vater brachte eine Schachtel mit.

Interviewer: Er trägt sie bei sich?

Kind: Ja.

Interviewer: Gut. Aber woher wußte er, daß du dich langweiltest und eine Tablette brauchtest?

Kind: Weil meine Beine anfangen, Fußtritte auszuteilen, und meine Hände zitterten ... Dann fingen meine Füße nach allen Richtungen zu treten an und so ... Mein Körper gerät mir ganz außer Kontrolle, und dann brauche ich wieder eine Tablette.²⁰⁶

Ist es ein Wunder, daß viele dieser Kinder, wenn sie einmal erwachsen sind, immer sofort zur Tablette greifen, wenn sie ein Wehwechen haben, körperlich, seelisch oder geistig? Und was ist mit den Kindern (ein Viertel), bei denen es zu keiner Besserung kommt? Manchmal zeigt sich überhaupt keine Wirkung, häufiger jedoch werden die Symptome verstärkt: Ticks, Schizophrenie, Depression, autistische Züge und verschiedene Entwicklungsstörungen - alles wird verschärft? Es kann ein »Wieder aufleben« geben, eine Rückkehr der Symptome in verschärfter Form, sobald mit der Behandlung aufgehört wird? Und Ritalin hat Nebenwirkungen ähnlicher Art wie die Amphetamine: »Nervosität und Schlaflosigkeit ... Hypersensitivität (einschließlich Hautausschlägen ... Fieber, Arthralgie, exfoliative Dermatitis ...), Anorexie, Übelkeit, Schwindel, Herzklopfen, Kopfschmerz ... Herzrhythmusstörungen, Bauchweh ... Bei Kindern Appetitverlust, Bauchweh, Gewichtsverlust während länger dauernder Therapie, Schlaflosigkeit und Tachykardie ...«²⁰⁹

In den 60er Jahren wurde Ritalin in Schweden verboten, weil weitverbreiteter Mißbrauch unter jungen Leuten festgestellt wurde, die es sich wie Heroin spritzten. Als die Firma Ciba-Geigy sich 1971 entschloß, Ritalin in den USA einzuführen, wurde diese Entscheidung von der schwedischen Ärztevereinigung heftig kritisiert. Aber ein Sprecher der Firma behauptete, ähnliche Probleme würden in den Vereinigten Staaten sicher nicht auftauchen. »In Schweden war die Tablette sehr leicht erhältlich. In den USA ist es anders wegen der Kontrollen hier«, sagte er.²¹⁰

Im Gegensatz zu den Präparaten der Methylphenidat-Gruppe, die das Zentralnervensystem stimulieren (»uppers«), sind die Phenothiazinderivate - Chlorpromazin (Thorazin), Trifluoperazin (Stelazin), Fluphenazin (Prolixin, Permitil), Haloperidol (Haldol) und verschiedene andere Präparate - Beruhigungsmittel (»downers«). Man kennt sie auch als »neuroleptische« Drogen, was bedeutet, daß sie »auf die Nerven einwirken«.

Ihre psychotropischen Wirkungen wurden zufällig Ende der 40er Jahre entdeckt, als man sie gegen Allergien einsetzte.¹ Noch immer ist unklar, wie sie arbeiten. Der »Physicians' Desk Reference« schreibt: »Den genauen Mechanismus, durch den die therapeutischen Wirkungen von Chlorpromazin zustande kommen, kennt man nicht ... Chlorpromazin hat Wirkungen auf allen Ebenen des Zentralnervensystems, vor allem im subkortikalen Bereich, aber auch auf zahlreiche Organe.«²

Seit den 50er Jahren wurden die Phenothiazinderivate gegen Hyperaktivität verschrieben - in den Worten eines Autors: »besonders, wenn die Eltern durch kritische Publikationen über die Einnahme von Amphetaminen durch Jugendliche, Delinquenten usw. verschreckt sind. Später kann man dann doch zu Amphetaminen übergehen, zuerst in Kombination, dann alleine.«³ Die Wirkungen der Phenothiazinderivate auf das Minimalhirnschaden-Syndrom sind gemischt - manchmal anscheinend positiv, manchmal nicht. Auf jeden Fall geht es den Patienten manchmal schlechter.⁴

Die negativen Wirkungen dieser auf das Zentralnervensystem angesetzten Beruhigungsmittel waren spektakulär. Die kurzfristigen Wirkungen sind unter anderem Abnahme der weißen Blutkörperchen (»womit die Wahrscheinlichkeit von Infektionen steigt«), beschleunigter Herzschlag, Gelbsucht, Akathisie (»dauernde Unrast ... Körperschaukeln und -schütteln, Unfähigkeit, still zu sitzen, und anderes Verhalten, das man oft irrtümlich als den Patienten selbst stimulierend [stereotyp] oder als hyperaktiv ansieht«), dystonische Reaktionen (»abrupte Spasmen von Kopf, Hals und oberen Rückenmuskeln ... Auch die Muskeln des Gesichtes, der Kehle und der Zunge können sich verkrampfen. Oft kommt es zu Retrocollis - der Kopf bleibt in Rückwärtslage - oder Torticollis - der Kopf bleibt in Schiefelage. Dystonische Reaktionen ähneln Anfällen und können irrtümlich als solche angesehen werden.«), Parkinsonsche Phänomene (»Körperstarre; maskenhafter Gesichtsausdruck und schlurfender Gang«) und Rückzugs-Dyskinesie (»unwillkürliche Bewegungen von Teilen des Körpers und der Muskulatur. Besonders gefährdet ist die Gesichtsmuskulatur, vor allem der Mund, die Wangen und die Zunge ..., Warnzeichen sind u. a. unwillkürliches Schmatzen und Saugen der Lippen, Herausschießen und Zittern der Zunge, seitliche Bewegungen der Kiefer und unwillkürliche Bewegungen der Extremitäten, etwa der Finger und Hände.«)⁵

Die zuletzt auftretenden Symptome sind als »tardive Dyskinesie« bekannt, »eine iatrogene, oft ununterdrückbare Störung, die durch unwillkürliche Bewegungen des Mundes, der Zunge und Kaubewegungen, Grimassieren, Blepharospasmen [exzessives Blinzeln], unwillkürliches Stöhnen beim Atmen, choreoathetoide Bewegungen [Verdrehen der Finger und Hände] und gelegentliche Dystonie des Rumpfes [spasmodische Körperzuckungen] charakterisiert ist«, Nach Stewart Tepper und Joanne Haas vom Cornell Medical College »hat der Anstieg im Gebrauch von Neuroleptika, den verursachenden Präparaten, tardive Dyskinesie zu einem gravierenden iatrogenen Problem werden lassen, dessen Umfang noch gar nicht voll erkannt ist?«

Jahrelang behaupteten Ärzte, Pharmahersteller und die National Institutes of Health (NIH), tardive Dyskinesie könne in diesem Zusammenhang nicht auftreten. In einer Broschüre aus dem Jahre 1964, die von den NIH herausgegeben wurde, hieß es: »Kein bei den NIH eingegangener Bericht weist darauf hin, daß Phenothiazin für dauernde Bewegungsstörungen verantwortlich sein könnte oder daß Hirnschädigungen nach einer Verschreibung von Phenothiazin aufgetreten sind.«

Doch wie so oft tauchen im Lauf der Zeit Störungen auf. Und selten verschwinden sie wieder. Joseph De Veauh-Geiss, Professor für Psychiatrie an der State University of New York, stellt fest: »Gegen die unwillkürliche Bewegungsstörung gibt es keine Behandlung. Sie ist normalerweise irreversibel ... Vorbeugung ist die einzig wirksame Methode, mit diesem Problem fertig zu werden.«

Dyskinesie ist nur eine unbeabsichtigte Folge des technischen Fortschritts unter vielen. Erhebungen unter Patienten, die diese Tabletten nehmen, brachten zutage, daß bei 24 bis 56 % aller Fälle Dyskinesie in der einen oder anderen Form auftritt (ein Wissenschaftler fand sogar 67 %). Bei einer Untersuchung autistischer Kinder stellte sich heraus, daß mehr als ein Fünftel von denen, die solche Tabletten nahmen, »neuroleptisch bedingte Dyskinesie« aufwiesen. Kinder mit Minimalhirnschaden können nach der Einnahme von Ritalin Ticks entwickeln, auch die schwere Form, die als Tourette-Syndrom bekannt ist. Das Tourette-Syndrom ist wahrlich keine Wohltat. Es macht dem Betroffenen das Leben unerträglich, was viele zum Selbstmord treibt. Auch diese neuen Symptome können irreversibel sein. Man kann niemals vorhersagen, wer davon betroffen sein wird, weil die Wirkung nicht von der Dosierung, sondern von der Eigenart des Patienten abhängt. T. I. Lidsky gab 1981 zu bedenken, »daß das volle Ausmaß der Risiken, die mit durch Drogen verursachten Hirnstörungen verbunden sind, noch lange nicht erfaßt ist.« Das gilt bis heute.

1988 mußte sich Stephen E. Breuning, der einen Teil der oben zitierten Informationen veröffentlicht hatte, gegen Vorwürfe verteidigen, er habe im

Rahmen von 1980 und 1984 durchgeführten Erhebungen Daten gefälscht und den Anschein erweckt, Ritalin und Dexedrin hätten eine günstigere Wirkung auf hyperaktive und zurückgebliebene Kinder und weniger negative Nebenwirkungen als die früher verwendeten Medikamente. Ein Kollege von ihm meinte, er habe »unter Veröffentlichungsdruck gestanden ... In der Welt der Forschung lastet ziemlicher Druck auf den Wissenschaftlern. Sie müssen pöblizieren, um Forschungsmittel zu bekommen ... Er erzielte keine Ergebnisse, also türkte er ein Material.« Ein Bericht der NIH bemerkte, Breuning sei »emer der auf diesem Gebiet sehr häufig zitierten Autoren«, und einige Bundesstaaten hätten auf der Grundlage seiner Recherchen neue pharmazeutische Richtlinien erlassen. »Die Auswirkung der jetzt in Frage gestellten Breuningschen Arbeiten ist nicht bekannt«, äußerten Fachleute. Er wurde verurteilt. Das Strafmaß hätte zehn Jahre Gefängnis betragen können, doch wurden ihm nur 60 Tage mit fünf Jahren Bewährung zudiktiert und eine Geldstrafe von \$ 11 352. Er erklärte sich auch bereit, zehn Jahre lang nicht mehr zu veröffentlichen.«

Obwohl Breunings Daten gefälscht waren, werden Ritalin und Dexedrin heute immer noch im gleichen Umfang wie früher verabreicht. Was bleibt Eltern und Lehrern in diesem Fall noch übrig? Es gibt Programme, die die Eltern schulen, mit der Hyperaktivität ihrer Kinder als einer »lebenslangen Aufgabe« fertig zu werden. Andere Programme versuchen das Verhalten der Kinder zu modifizieren - sie kosten allerdings \$ 3000 pro Kind und Jahr. Ein Platz in einem besonderen Kinderheim kostet zehnmal soviel. Die Tabletten jedoch kosten nur ein paar Pfennige pro Tag.

In dem Maße, wie neue Theorien über Autismus und Minimalhirnschaden entwickelt wurden, griffen findige Kliniker zu neuen Medikamenten und Behandlungsmethoden. Da bei den National Institutes of Health unbegrenzte Forschungsmittel zu haben sind, werden solche Untersuchungen auch in Zukunft weiter gefördert.

Manchmal gibt es dabei vernünftige Motive. Manchmal untersucht ein Wissenschaftler ein Arzneimittel aber auch nur, weil es auf dem Markt ist. Als man die Beobachtung machte, daß Angst Bestandteil des Minimalhirnschaden-Syndroms ist, griff man zu allen möglichen Tranquilizern und Mitteln gegen die Angst: Librium, Miltown, Atarax usw. Diese produzierten ihrerseits Nebenwirkungen, unter anderem »paradoxe« Wutanfälle.

Unter Zugrundelegung der Hypothese, daß Autismus mit manischer Depression verwandt ist, wurde Lithiumkarbonat (das Standardmedikament gegen manische Depression) verschrieben. Unter Zugrundelegung der Hypothese, daß eine Verwandtschaft zu Schizophrenie besteht, wurde Benadryl (Diphenhydramin) ausprobiert. Die L-dopa-Tablette wurde eingesetzt, da man meinte, Autismus ähnele der Parkinsonschen Krankheit, und

auch, weil sie den Serotoninspiegel im Blut senkt (der beim Autismus hoch ist, wie in Kapitel 4 ausgeführt). In der Tat wurde der Serotoninspiegel gesenkt, aber es ließ sich kein klinischer Erfolg beobachten.¹⁷

Da das hyperaktive Kind oft depressiv ist und die Blase schlecht kontrolliert, wurde das Antidepressivum Tofranil (Imipramin-Hydrochlorid) verschrieben, das auch gegen Enuresis eingesetzt wird.¹⁸ Wie wir schon bei den anderen Pharmaka gezeigt haben, »ist der Wirkungsmechanismus von Tofranil nicht genau bekannt«. Doch ist man der Auffassung, daß »die Wirkung des Mittels in bezug auf Enuresis bei Kindern und seine antidepressive Wirkung keine gemeinsame Ursache haben.«¹⁹

Die »führende Theorie« in bezug auf diese und andere »trizyklische Antidepressiva« geht davon aus, daß diese die normale Anzahl von Neurotransmittern wiederherstellen. Denn man glaubt, Depressionen würden »durch einen relativen Mangel an Neurotransmittern« hervorgerufen.

Rauwolfia serpentina (Reserpin, Serpasil), als antipsychotisch eingestuft und bei Schizophrenie, Paranoia und manischen Zuständen verwendet, war ein weiteres in den 50ern und Anfang der 60er Jahre verbreitetes Medikament gegen Hyperaktivität.²⁰ Auf manche Kinder hatte es beruhigende Wirkungen. Andere reagierten nicht oder wurden träge, während es einer signifikanten Anzahl nach der Einnahme von Reserpin und Serpasil schlechter ging als vorher.²¹ Da fragt man sich doch manchmal, ob es nicht besser wäre, diese Unglücklichen ganz sich selbst zu überlassen, statt sie mit Tabletten vollzustopfen, deren »Wirkungsmechanismus« so unberechenbar ist.

Anfang der 70er Jahre nahmen eine halbe bis eine Million Schulkinder in den USA täglich die eine oder andere Tablette gegen Hyperaktivität ein, wobei die Zahl noch stetig anstieg. Heute sind es wahrscheinlich über eine Million. Zwischen 1982 und 1988 verdoppelten die Pharmahersteller ihren Ausstoß an Methylphenidat.²²

Dieser Mißbrauch von Pharmaka für »medizinische« Zwecke bei Schulkindern kann nur dazu führen, daß sie später leichter von Amphetaminen, Marihuana, Heroin und Kokain abhängig werden. Wenn über eine Million Schulkinder jeden Tag Ritalin oder Amphetamin vom Lehrer im Klassenzimmer erhalten, warum sollten sie etwas Stärkeres ablehnen, wenn es ihnen ein Fremder auf der Straße anbietet?

Erst heute, 30 Jahre nach dem Start dieser Programme, dämmert es den Eltern, daß diese medizinischen Drogen einen enormen Beitrag zur amerikanischen »Drogenszene« leisten. 1987 wurde ein Prozeß in Atlanta, Georgia, gegen die lokale Schulbehörde und die »Amerikanische psychiatrische Gesellschaft« angestrengt. Klägerin war die Mutter eines Kindes mit Minimalhirnschaden, die behauptete, vier Jahre Behandlung mit Ritalin hät-

ten ihren Jungen gewalttätig und selbstmordgefährdet gemacht. Ihr Verteidiger stellte in einem Interview fest: »Ich persönlich finde das erschreckend ... Die Herren von der Psychiatrie halten es für völlig normal, Kindern Drogen zu verabreichen. In den Schulpausen gibt es immer Schlangen von kleinen Kindern, die auf psychiatrische Medizin warten.«²³

Als 1987 ein Treffen eines psychiatrischen Berufsverbandes in Minneapolis stattfand, kreiste ein Flugzeug über der Versammlung, das ein Spruchband hinter sich herzog: »Psychiater, vergiftet unsere Kinder nicht!« Bei einem ähnlichen Treffen im selben Jahr in Kanada verteilte eine Gruppe Flugblätter. Über ihrem Stand war zu lesen: »Psychiater machen Drogensüchtige aus unseren Kindern!«²⁴ In der Tat: Psychiater und Kinderärzte sind die hauptsächlichsten Vertreiber von psychoaktiven und neuroleptischen Drogen.

Der sich formierende Widerstand der Eltern hat inzwischen ein paar kleine Breschen in den Wall der selbstherrlichen Selbstsicherheit der Ärzte geschlagen. Richard Roberts, Vorstand des Drogenkomitees der amerikanischen Akademie für Kinderheilkunde, stellte fest: »Ich kann mich nicht erinnern, bei einem anderen Thema so heftige Diskussionen erlebt zu haben.« Er berichtete, er habe zahlreiche Anrufe von Kollegen erhalten, die sich über mögliche Nebenwirkungen einer Ritalinbehandlung besorgt zeigten. Und als Barry D. Garfunkel, Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität von Minnesota, gefragt wurde, ob man diese Mittel zu häufig verschreibe, mußte er zugeben: »Wir sind nicht ganz in der Lage, das richtig zu beurteilen.«

Doch andere Ärzte und Psychiater verwahren sich schroff gegen jede Kritik. Judith Rapoport, M. D., Leiterin der Sektion Kinderpsychiatrie in den National Institutes of Health, verkündete: »Die Daten, die zeigen, daß Stimulanzien im Zentrum jeder derartigen Therapie stehenbleiben müssen, sind zuverlässig. Natürlich gibt es immer wieder Fälle von Überdosierung oder Mißbrauch. Aber richtig eingesetzt, können stimulierende Drogen gute Therapie sein.«²⁵

Der unwiderstehliche Drang: der Fall Ted Bundy

Wir haben bereits von den Wiederholungstätern gesprochen, die einen beträchtlichen Teil der Kriminellen ausmachen. Anfang der 70er Jahre entdeckten amerikanische Kriminologen, daß solchen gewalttätigen Wiederholungstätern häufig die Diagnose »Syndrom episodischer Dyskontrolle« gestellt wurde: eine Tendenz zu »unbeherrschbaren Aggressionsschüben«, die eine Hauptursache für Totschlag, Frauen- und Kindsmißhandlung, kri-

minelles Verhalten im Straßenverkehr, sinnlose Zerstörungswut und schwere Tierquälerei sind.

Doch »episodische Dyskontrolle« ist nur ein neuer Name für die »explosive Diathese«, die seit Ende des 19. Jahrhunderts mit dem postenzephalitischen Syndrom in Verbindung gebracht wird und in Kapitel 3 behandelt wurde. Es ist eine gewalttätige Erscheinungsform des »unwiderstehlichen Drangs«. Männer sind davon mehr betroffen als Frauen, das Verhältnis ist normalerweise 3:1 oder 4:1.

Offenbar haben die heutigen Psychologen und Psychiater die »explosive Diathese« und deren Zusammenhang mit Enzephalitis-Erkrankungen schon wieder vergessen. So sind die Ursprünge des »unwiderstehlichen Drangs« im Dunkel der Geschichte verschwunden. Man erkennt zwar, daß er zu Hyperaktivität und Minimalhirnschaden in der Kindheit in Beziehung steht sowie zu vielen anderen neurologischen Störungen, denen man bei Autismus und Minimalhirnschaden begegnet. Aber auch die Quelle dieser anderen neurologischen Zustände ist in den Schleier der Geheimnisse gehüllt, und kein Licht fällt von da aus auf den »unwiderstehlichen Drang«.

Das Thema ist in die Kompetenz der Seelenärzte übergegangen, die die Wurzeln des »unwiderstehlichen Drangs« ohne Schwierigkeiten in traumatischen Episoden in der Kindheit, Aufwachsen als uneheliches Kind, sexuellen Fehlanpassungen, Armut, »Rassismus« und dergleichen zu finden glauben. Das hat zu einer fundamentalen Fehlinterpretation dieser Erscheinung des »unwiderstehlichen Drangs« geführt und folgerichtig zu unangemessenen Behandlungsmethoden.

Das Rätsel läßt sich lösen, wenn man auf die Parallele zu anderen Arten zwanghaften Verhaltens, die mit Enzephalitis in Zusammenhang stehen, achtet. Zum Beispiel enthalten auch die okulomotorische Krise und postenzephalitische Atembeschwerden tickähnliche Komponenten sowie ein obsessives oder zwanghaftes Element. Willentlich können sie nur kurze Zeit unterdrückt werden und sind weitgehend von der emotionalen Verfassung des Betroffenen abhängig.²¹

Man denke auch an die neurologische Krankheit, die oben erwähnt wurde und als Tourette-Syndrom bekannt ist (sie ist ebenfalls enzephalitischen Ursprungs und geht mit Hyperaktivität, Konzentrationsschwierigkeiten und verschiedenen Obsessionen und Zwängen einher).²² Hier nimmt der Drang die Formen verbaler Ticks und von Bell- und Grunzlauten an:

Die Äußerungen reichten von Geräuschen beim Ausatmen, Räuspern, Schnauben usw. bis zu bellenden Lauten, Echolalie [Wiederholung der Worte und Äußerungen anderer] und Koprologie [Gebrauch obszöner Sprache] ... Die Laute sind stoß-

weise, abrupt und explosiv. Sie unterbrechen den normalen Redefluß stakkatoartig in kurzen Abständen.²³

Personen mit dem Tourette-Syndrom sind in ihrer großen Mehrzahl weder zurückgeblieben noch geistig behindert. *Aber sie können es nicht verhindern, daß ihnen diese Grunz-, Bellaute und Ausdrücke entfahren:*

Willentliche Anstrengungen zur Unterdrückung richten so gut wie nichts aus. Nicht selten gelingt es einem Patienten, Koprologie [obszöne Worte] so lange zu unterdrücken, bis er sich auf das sichere Terrain einer Toilette flüchten kann. Dort aber bricht dann ein Strom von Kraftausdrücken aus ihm hervor, und er fühlt sich einigermassen erleichtert - bis zum nächsten Schub. Manchen Patienten glücktes, weniger laute Geräusche, die sich ihnen unwillkürlich aufdrängen, durch gezwungenes Lachen oder andere gesellschaftlich akzeptierte Formen der Äußerung zu übertönen. Doch baut die willentliche Unterdrückung von Symptomen häufig an anderer Stelle ein explosives Gemisch anderer Symptome auf. Die Symptome ... nehmen im allgemeinen in Zuständen des Ärgers, der Angst, des Schweigens oder längerer Perioden emotionaler Spannungen an Kraft zu.²⁴

Die Mutter eines jungen Mannes mit Tourette-Syndrom beschrieb seine Lage wie folgt:

Man hatte sich in der Schule darauf geeinigt, daß er, immer wenn die Nervenanspannung zu groß wurde, den Raum verlassen durfte. Draußen rollten dann die Ticks in schneller Folge nacheinander ab. Und wenn er sich in der Schule mit aller Anstrengung bemüht hatte, die Ticks unter Kontrolle zu halten, überfielen sie ihn reihenweise, sobald er zu Hause war.

Also stehen Ticks und Grunzlaute des Tourette-Syndroms nicht unter der bewußten Kontrolle des Betroffenen. Sie wurzeln nicht in traumatischen Erlebnissen der Kindheit oder sexuellen Abweichungen. Sie können willentlich nicht gemeistert werden.

Der unwiderstehliche Impuls nimmt tragischere und brutalere Formen an, wenn er sich in aggressiven Handlungen auswirkt. Sherwyn Woods beschrieb das so:

Der aggressive Akt im engeren Sinne wird vom Patienten als Drang beschrieben, obwohl zwischen Drang und Handlung eine beträchtliche Zeitdauer, ja sogar Planung liegen kann. In dieser Zwischenzeit ist der Betroffene obsessiv mit seinem Impuls beschäftigt, und ein überwältigender, unbeherrschbarer Trieb arbeitet in ihm, dessen Spannung erst abklingt, wenn die Tat ausgeführt ist. Hat das alles ein-

mal angefangen, so hat der Betreffende die Empfindung, unmöglich aufhören oder die Richtung des Impulses abbiegen zu können. Handelt es sich um eine Angriffshandlung, so ist sie in der Regel zwanghaft, repetitiv, manchmal bis zum Bizarren?"

Das wird gut durch die Geschichte Ted Bundys illustriert. Er fiel der Öffentlichkeit besonders auf, weil er aus einer Mittelschichtfamilie stammte und auf Schule und Universität sehr gut abgeschnitten hatte. Er verließ die Universität von Washington »mit Auszeichnung« und mit dem Grad eines B. A. in Psychologie.

Doch während er mit Erfolg an seiner akademischen Karriere arbeitete, mit Studentinnen Verabredungen traf und mit einigen von ihnen auch Beziehungen hatte, streifte er gleichzeitig durch die Straßen von Seattle, Tacoma und kleineren Orten in Washington und Oregon, schnappte sich junge Mädchen und vergewaltigte und ermordete sie auf brutalste Weise. Ganze Bibliotheken sind über seinen Fall geschrieben worden, und verschiedene Theorien wurden vorgelegt, die sein Verhalten erklären sollten. Indessen ist bis jetzt noch niemand auf die Idee gekommen, daß er das postenzephalitische Syndrom gehabt haben könnte.

Bundy hatte keine Anfälle und war geistig nicht zurückgeblieben. Er war Linkshänder und stotterte. Doch kam bei ihm das postenzephalitische Syndrom in eklatanter Weise in Form eines unbeherrschbaren Dranges, junge Frauen zu vergewaltigen, zu verstümmeln und zu ermorden, zum Ausdruck. Sein Fall ist sehr wichtig, und sei es auch nur deshalb, weil mit Sicherheit viele ähnliche noch zu erwarten sind. Ihre Entdeckung wird erleichtert werden, wenn die Krankheit Bundys richtig verstanden ist.

In zahllosen Interviews mit Journalisten enthüllte Bundy große Teile seines Wesens. Jedenfalls zeigte er, daß ihm seine Abhängigkeit von Zwängen weitgehend bewußt war. Dieses Material vermittelt uns ein genaues Bild seiner Persönlichkeit und dessen, was in ihr vorging.

Die neurologischen Untersuchungen, die während seiner Gefängnisjahre an ihm durchgeführt wurden, zeigten eine extreme Diskrepanz zwischen seinem ungewöhnlich hohen IQ im Verbalen und einer äußerst schwach ausgeprägten Fähigkeit, Raumverhältnisse zu erkennen. Diese Verfassung läßt nach der Psychiaterin Dorothy Lewis mit ziemlicher Sicherheit auf Dysfunktionen des Zentralnervensystems schließen.¹

Solche Dysfunktionen werden im allgemeinen von einer Enzephalitis verursacht, die, wie wir gesehen haben, sehr häufig auf eine Impfung zurückgeht. Wir wissen nichts über die Impfgeschichte Bundys, da seine Mutter sich weigerte, Unterlagen aus dem Heim für ledige Mütter, in dem Ted die ersten drei Lebensmonate verbrachte, herauszugeben. Aber eine Analyse seiner

Persönlichkeitsstruktur läßt enge Parallelen zu der von postenzephalitischen Patienten erkennen.

Bundy hatte genau wie diese ein geringes Selbstwertgefühl (obgleich er gut aussah, charmant und intelligent war). Wie diese hatte er das Gefühl, von Chaos und Wirrnis umgeben zu sein, wie diese stand er unter wachsenden Spannungen, und wie diese hatte er die Tendenz, diese Spannungen durch unbeherrschbare Ausbrüche von Gewalttätigkeit abzureagieren.

Von frühester Kindheit an fühlte er sich fremd (»Ich habe absolut kein Verlangen danach, mit Menschen zusammenzusein.«) und äußerte einmal, am liebsten wäre er Holzfäller geworden: »Ich wollte so wenige Beziehungen wie möglich zur modernen Gesellschaft haben.«²

Mit seinem Gefühl der Entfremdung hing es zusammen, daß er die Gefühle und Motive anderer Menschen nicht verstand. Es fiel ihm schwer, »zu lernen, wie man sich in der Gesellschaft richtig bewegt«, deshalb »hatte ich große Angst, in die Gesellschaft eingegliedert zu werden«. »Ich war mir nicht sicher, was falsch und was richtig war. Alles, was ich wußte, war, daß ich anders empfand als die anderen.« »Wenn sich Leute wirklich für mich interessierten, ging ich nur selten darauf ein.«²

Ungeregelte Situationen mochte er gar nicht, da er dann nicht wußte, was man von ihm erwartete. In der High-School z. B. schloß er sich der Klassengemeinschaft nicht an, doch gefiel ihm der Unterricht an sich gut. »Das sind formalisierte Vorgänge, und die Grundregeln sind ziemlich streng. Und deine Leistung wird an klaren Maßstäben gemessen, ganz anders als außerhalb des Unterrichts, wenn alles im Korridor in kleine Grüppchen auseinanderfällt.«²⁴⁵

Mit Anfang 20 beteiligte er sich begeistert an einer politischen Kampagne. »Das ist eine Art feste Gemeinschaft, wie ich sie niemals hatte.«¹ Aus dem gleichen Grund behauptete er sogar, sich im Gefängnis in gewissem Sinn wohl zu fühlen:

»Ich fühle mich hier wohl, ich habe viel mehr Vertrauen, wenn ich mit den Menschen hier spreche. Hier weiß ich, wer ich bin ... Sonst schüchtern Situationen mich immer ein. Und Menschen. Ich verstehe ihre Motive nicht. Aber hier kann ich sagen, was ich denke, und muß mich dabei nicht ständig selbst beobachten.«¹

Seine Gefühle der Fremdheit und der Gemeinschaftsuntauglichkeit erzeugten große Spannungen in ihm. »Spannung« war das erste Thema, über das er sprach, als er von den Journalisten Michaud und Aynesworth interviewt wurde.

Spannung ist ein sehr vieldeutiges Wort insofern, als es sich sowohl auf den Körper als auch auf die Empfindungen bezieht. Was diese Persönlichkeit betrifft, so beeinflussten Spannungen ihre Entwicklung über eine ganze Anzahl von Jahren.^{5),248}

Nehmen Sie dieses Individuum, von dem wir gerade sprechen - eine einmalige Persönlichkeit mit gewissen Schwächen, wenn Sie so wollen -, und setzen Sie es Spannungen aus. Spannungen entstehen per Zufall, aber ihre Wirkungen auf den Menschen sind nicht zufällig, sondern sehr genau definiert. Das Ergebnis ist eine Art Chaos, Konfusion und Frustration. Und dann beginnt diese Person nach einem Objekt zu suchen, an dem sie ihren Ärger auslassen kann.ⁱ

Wir müssen zu den Wurzeln dieser Persönlichkeit zurückgehen - den Ursachen, die wir ergründen müssen, wenn wir erklären wollen, weshalb ein Mensch andere Menschen auf diese Art tötet. Wir haben bereits festgestellt, daß diese Persönlichkeit unverhältnismäßig stark auf Spannungen reagierte, die aus ihrer Umgebung auf sie einwirkten. Wenn wir über Spannung sprechen, verstehen wir darunter eine ganze Anzahl Dinge, z. B. Spannungen in ihrem Privatleben, sagen wir, eine prekäre finanzielle Situation ... ihr eigenes Gefühl der Selbstachtung und Zufriedenheit, die Fehlschläge in ihrem Leben ... andere Formen der Angst.^f

Als man Bundy fragte, was er unter »Chaos« verstehe, gab er zur Antwort:

Ich glaube, jeder junge Mensch, der zur Universität geht oder gerade erwachsen wird, erfährt das heutzutage mehr oder weniger. Nichts Spezielles, nichts Besonderes, nichts mit einer konkreten Beziehung zu dem Verhalten, das in diesem Fall schließlich das Ende war und das wir im Moment erklären wollen. In dieser Hinsicht könnten wir von jedem x-beliebigen sprechen. Von vielem versteht er etwas, von vielem versteht er nichts. Vieles macht ihn glücklich, vieles macht ihn traurig. Das ist es im Grunde, was ich hier verständlich machen will.²⁵¹

Mit anderen Worten, Bundy meinte, daß das, womit normale junge Männer ohne weiteres fertig werden, für ihn eine Quelle der »Unordnung« oder des »Chaos« war. Das ist die präzise Beschreibung einer postenzephalitischen Reaktion auf das Durcheinander des alltäglichen Lebens.

Das Gefühl, unter Spannungen zu stehen, hatte auch eine rein neurologische Komponente. Denn es entstand und verschwand unabhängig von Bundys äußeren Umständen:

Wir sprachen über Spannungen und die Art, wie sie sich im Lauf der Zeit aufbauen. Doch litt er auch an periodischen Schwankungen, die mehr eine biologische

oder biochemische Ursache hatten und weniger aus Umwelt- oder psychologischen Faktoren erklärt werden konnten. Sie wurden unerwartet intensiver; und das kam ganz unregelmäßig.^g

Bundys Spannungen verlangten gebieterisch nach einer Abreaktion:

Wenn Menschen mit einem Teil ihres Lebens nicht fertig werden und Gefühle von Unzufriedenheit, Einsamkeit, Fremdheit, [niedere] Selbstwert usw. entwickeln, schieben sie ihren Gemütszustand gewöhnlich bis zu einem gewissen Grad auf die Gesellschaft. Und schließlich finden sie ein Ventil, durch das sie ihren inneren Dampf ablassen können.^f

Dieses Bedürfnis nach Erleichterung beschrieb er als einen »Drang« oder ein »Wesen«, das ihn periodisch und mit der Zeit immer häufiger in Besitz nahm. Aber den »Drang« selbst genau zu charakterisieren, dazu war er nicht in der Lage:

Sie sprechen von einem Menschen, der eine Art von (Wie sollen wir es nennen?) »Persönlichkeitsstörung« hat? Ich weiß nicht, als was ich ihn bezeichnen soll ... diesen Teil in ihm, der zwanghaft und unbeherrschbar ist.²⁵⁴

Es könnte sich hier um eine Situation handeln, wo der Betreffende versucht, einem bestimmten Drang Erleichterung zu verschaffen ... unbewußt oder so ... Aber es ist das Fehlen dieser Linderung, um ein anderes Wort zu gebrauchen, das ihn, so sieht es aus, zu dieser vergeblichen Anstrengung veranlaßt.^f

Es könnte eine ... Abirrung sein, die durch unablässig angestaute Frustration verursacht wird ... oder durch Wut oder sonst etwas.ⁱ

Als kleines Kind war Bundy für seinen Jähzorn bekannt. Im Alter von fünf Jahren zeigten sich bereits Spuren einer Neigung zum Sadismus, was man daraus ersieht, daß er einmal abends seiner 15jährigen Tante drei Fleischmesser ins Bett legte. Schon in diesem frühen Alter faszinierten ihn Geschichten über Morde, Mörder und Tod.²⁵⁷ Dieser gewalttätige Zug in seinem Charakter machte sich in der Art und Weise bemerkbar, wie er seine Spannungen abreagierte.

Als Heranwachsender hatte er einen Ausweg zu finden versucht, indem er Sexläden aufsuchte und Pornohefte verschlang. Dabei fühlte er sich besonders von sexuellen Gewaltakten angezogen. Aus dem gleichen Grund durchwühlte er die Abfalltonnen in der Nachbarschaft, doch jahrelang blieb es bei derlei harmlosen Aktivitäten:

Diese Verfassung wird von dem Betroffenen nicht sofort bemerkt und nicht als ernstes Problem erkannt. Sie zeigt sich sozusagen in einem Interesse an sexuellen Handlungen, also an Sexbildern ... Bei den meisten wäre das nur ein Anzeichen für gesundes Interesse, es wäre normal. Aber hier richtet sich dieses Interesse aus unbekanntem Gründen immer mehr auf sexuelle Bereiche, die Gewalt einschließen. Ich kann nicht genug betonen, daß es sich dabei um eine allmähliche Entwicklung handelt. Es ist kein kurzfristiger Prozeß.

Der Betroffene identifiziert sich nicht unbedingt mit dem Täter, wenn Gewalt gegen Frauen ausgeübt wird. Aber er ist auf jeden Fall von dieser Literatur fasziniert, die ein solches Handeln beschreibt.^f

Als Bundy älter wurde, näherte er sich immer mehr einem Zustand, in dem er seine Gewaltphantasien auch auslebte. Schließlich

sah er eines Abends, als er viel getrunken hatte und ... außen an einer Bar vorbeiging, wie eine Frau die Bar verließ und in eine ziemlich dunkle Seitenstraße einbog. Da ergriff etwas von ihm Besitz! ... Der Drang befahl ihm, dieser Person etwas anzutun - so war es ihm nie zuvor ergangen. Und es war ein sehr starker Drang, der ihn so weit brachte, daß er sich, ohne viel zu überlegen, nach einem Instrument umsah, mit dem er diese Frau überfallen könnte. Er fand in einem Haufen Abfall ein Stück Metall, 5 X 10 cm, und folgte den Spuren dieses Mädchens ... Und als er den Punkt erreicht hatte, an dem er fast unwiderstehlich getrieben wurde zu handeln - an diesem Punkt konnte er sich nicht mehr beherrschen.ⁱ

Glücklicherweise erreichte das Mädchen sein parkendes Auto und entkam ihm. Aber dieser Mißerfolg machte aus Bundy für immer einen anderen Menschen:

Diese Erfahrung und das wahnsinnige Verlangen, das ihn befallen hatte, erschlossen eine neue Dimension in dem Teil von ihm, der von Gewalt und Frauen und sexueller Aktivität besessen oder ihnen sonstwie verfallen war.²⁶⁰

Innerhalb einiger Jahre, mit Mitte 20, hatte er schon eine Anzahl Sexualmorde begangen. Nach solchen Überfällen legte sich der »Drang«, manchmal sogar für Monate, und zuerst fühlte Bundy äußerste Zerknirschung:

Was er getan hatte, erschreckte ihn, erschreckte ihn zutiefst. Und er war von Reue erfüllt und machte sich schwere Vorwürfe wegen dieser Tat. Das war ja reiner Selbstmord ... und wie häßlich das alles ... Er erschrak entsetzlich, wenn ihm bewußt wurde, daß er so etwas getan hatte, daß er fähig war, so etwas zu tun, nein, besser ist zu sagen, daß er fähig war, so etwas zu versuchen.⁹

Aber dann wurden die Abstände zwischen den Verbrechen immer kürzer

... bis er gar keine Zeit mehr brauchte, sich von dem Schrecken, dem Widerwillen und dem Ekel, die immer noch auftraten, zu erholen. Vielleicht waren es auch, wissen Sie, der glühende Wunsch und ein ernsthafter Versuch, dieses Verhalten zu unterdrücken. Vielleicht. Aber jetzt ließ sich dieses Wesen in ihm nicht mehr länger in Schach halten - jedenfalls nicht für längere Zeit.²⁶²

Bundy war außerstande zu erklären, weshalb er von Pornographie und Gewaltphantasien gegenüber Frauen so angezogen wurde:

Michaud: Es lassen sich in dieser Persönlichkeit keine Schocks oder Traumata ausmachen?

Bundy: Nein ... jedenfalls keine, die aus physischen Beziehungen zu Frauen herrühren würden. Es gibt tatsächlich keinen Auslöser. Es ist viel komplizierter.^e

Er empfindet keinen Haß gegenüber Frauen. Es gibt nichts in seinem Leben, das einen Hinweis darauf gäbe, daß er von Frauen schlecht behandelt worden wäre. Die einzige Erklärung wäre die, daß bei diesem Menschen eine Art Schwäche vorliegt. Sie bedingt das Interesse an der mit Gewalt gepaarten sexuellen Aktivität, das langsam von seiner Phantasie Besitz ergriff.ⁱ

Tatsächlich hatte Bundy mehrere langfristige sexuelle Beziehungen zu Frauen zur gleichen Zeit, als er seine Morde beging. Und die Frauen, mit denen er Affären hatte, ließ er in Ruhe.²⁶⁵ Er behauptete, nichts in seiner Kindheit oder Erziehung habe ihn auf diesen Weg gebracht, etwa der Umstand, daß er ein uneheliches Kind war und seinen Vater nicht kannte.

Es gibt nichts in meinem Leben - ich schwöre bei Gott, und ich weiß es. Ich habe mein ganzes Leben durchforscht, und ich weiß es ... es gibt keinen Zweifel bei mir, daß es nichts in meinem Leben, keinen einzelnen Faktor und keine Kombination davon gibt, was eine Erklärung dafür liefern oder glaubwürdig machen könnte, daß ich fähig bin, einen Mord zu begehen.ⁱ

Ich bin der Meinung, man könnte sagen, daß der Einfluß der Familie dieses Menschen durchaus positiv war. Jedoch nicht positiv genug - nicht nachhaltig, vielleicht nicht stark genug, um den Drang oder die Zwänge, die auftraten, in Schach zu halten ... positiv, doch nicht positiv genug, um dafür zu sorgen, daß dieser Mensch nicht versagte.⁹

Er glaubte nicht, daß der eigentliche Grund für die Vergewaltigungen sexueller Natur war:

Der Sexualakt war, aufs Ganze gesehen, eine Art Pflichtübung. Er war nicht an sich wichtig, verstehen Sie, der Sexualakt war nicht die, die ...Hauptquelle der Befriedigung ... befriedigt zu werden.i"

Die meisten heterosexuellen Menschen - vielleicht auch Homosexuelle - stimmen wahrscheinlich darin überein, daß der befriedigende Sex der mit verständnisvollen, bereitwilligen Partnern ist ... Also denke ich, man müßte sagen, daß ein Sexualakt mit einem Menschen, der verletzt oder eingeschüchtert oder sonst etwas- oder [un]bewußt oder sonst etwas? - ist, kein befriedigender sexueller Kontakt ist, oder?269

Er wehrte sich heftig gegen die Vorstellung, er sei verrückt oder schizophren. Dazu paßt auch, daß er sich weigerte, auf Geisteskrankheit zu plädieren, was ihn höchstwahrscheinlich vor dem elektrischen Stuhl gerettet hätte:

Ich sagte: Ich will *nichts* zu tun haben mit einer Verteidigung, die mit Geisteskrankheit arbeitet ... Ich war ausgesprochen dagegen, auch nur, verstehen Sie, auch nur die Vorstellung in Betracht zu ziehen. Denn ich wußte, ich war nicht verrückt, Ich weiß, ich bin nicht verrückt, geisteskrank, nicht für mich verantwortlich usw. Und schon durch den Wink meiner Anwälte, wir sollten die Verteidigung darauf aufbauen, fühlte ich mich beleidigt.. Sie wußten verdammt gut, daß ich nicht verrückt war.f"

Wenn Sie nicht sehen, daß meine Persönlichkeit im Kern in Ordnung und gesund und realitätsorientiert und *normal* ist, dann stimmt wirklich etwas mit Ihrer Analyse nicht.iii"

Was aber zwang ihn dann dazu, 80 unschuldige junge Frauen zu vergewaltigen und zu ermorden? (30 dieser Morde gestand er vor seiner Hinrichtung.)

Die Psychiater Samuel Yochelson und Stanton Samenow, die ausführlich über die »kriminelle Persönlichkeit« publiziert haben, gehen davon aus, daß der psychopathische Kriminelle am meisten sein eigenes Gefühl fürchtet, nichts wert zu sein (der »Null-Zustand«), Er schützt sein nicht vorhandenes Ich, indem er andere tyrannisiert. . Indem er sie seinem Willen unterwirft, veranlaßt der kriminelle Psychopath die Gesellschaft, seine Macht anzuerkennen, die er im eigenen Innern nicht entdecken kann.?"iv

Diese Analyse trifft offensichtlich auf den Fall Ted Bundy zu. Er erklärte

z. B. sein Verhalten mit dem Wunsch, »Macht« auszuüben. Durch die Vergewaltigung und Tötung junger Frauen, d. h. ihre »Inbesitznahme«, konnte ein Mensch, der keine Macht über sich selbst und sein Leben hatte, der sich von der Umwelt unterdrückt und sich von »Chaos« und »Verwirrung« umgeben fühlte, zurückschlagen und doch ein bestimmtes Maß von Macht erringen:

Was die Vorstellung des Besitzes betrifft, so glaube ich, daß das, was wir bei dieser Art Mensch beobachten können, der Wunsch nach Macht und Herrschaft .ist.273

Ich glaube, wenn er in anderem Milieu aufgewachsen wäre, wäre er vielleicht dazu gekommen, Porsches und Rolls-Royces zu stehlen.I"

Die Tötung des Opfers war eine Methode, endgültige Macht zu erlangen und etwas von der Gesellschaft. Geschätztes zu besitzen:

Am Anfang war der Akt des Tötens gewiß *nicht* das eigentliche Ziel. Man muß sich vergegenwärtigen, daß der *Besitz* dieses ersehnten Gegenstandes an sich - schon die Handlung, mit der er in Besitz genommen wurde, war eine rein antisoziale Handlung - entscheidend war. Darin kam das Bedürfnis dieses Menschen zum Ausdruck, von etwas Besitz zu ergreifen, das ...von der Gesellschaft, wenigstens auf den ersten Blick, hoch bewertet wurde, sozusagen ein materieller Besitz, auf den großer Wert gelegt wurde.?"

Viel häufiger war die Tötung des Opfers nur ... ein Mittel zum Zweck, d. h. endgültigen Besitz von dem Opfer zu ergreifen, um es einmal so auszudrücken.?"

Ich glaube, es ist deutlich, daß einmal der Punkt erreicht war, vielleicht ganz allmählich, wo der Macht-, der Besitzaspekt, das Verlangen zu besitzen, die Notwendigkeit. ... der Befriedigung ... die Tötung des Opfers nach sich zogen.?"

Er verglich sein Verhalten mit dem eines Jägers, der auf die Pirsch geht und Tiere erschießt: »Und so kommt es wohl, daß manche Menschen dahin gelangen, ihre Mitmenschen zu töten.«iii". Doch war Bundy auch ein zwanghafter Spieler. Je mehr er mordete, je mehr er sich selbst in einer Machtposition erlebte, zu desto größeren Risiken fühlte er sich getrieben:

Also Herr sein über die Lage. Ja, Sie haben recht.. Man kann sagen, daß er immer besser Herr über die Lage wurde, weil der M. o. der Modus operandi, immer mehr zur Gewohnheit wurde. Doch auf der anderen Seite läßt sich beobachten, daß, je öfter dieser Mensch tötete, je mehr Erfolg er hatte, der Teil in ihm, der diese Art

Stimulierung brauchte, auch desto *mehr* Stimulierung benötigte. Und je sicherer und erfolgreicher, notieren Sie das, er seine Taten ausführte, desto größer wurde der Drang, es zu tun. Er trat, würde man sagen, immer häufiger auf.?"

Aber schließlich steckte er das Ziel zu hoch. Was ihn schließlich zu Fall brachte und zu seiner Verhaftung führte, war ein nächtlicher Einbruch in ein Studentinnenwohnheim in Florida, wo er zwei Mädchen erschlug und zwei weitere lebensgefährlich verletzte.

Gibt es Heilung?

Will man die Gewaltaspekte des postenzephalitischen Syndroms verstehen, so muß man unbedingt in der Lage sein, die Rolle des »unwiderstehlichen Dranges« richtig einzuschätzen.

Es handelt sich um einen neurologischen Impuls, der per definitionem *unwiderstehlich* ist, eine »Art Nervenentladung«, seinem Wesen nach mit den Ticks und Grunzlauten des Patienten mit Tourette-Syndrom identisch.?" Keine Ermahnung, keine Bestrafung, keine Schulung wird solchen Menschen beibringen, sie überzeugen oder in irgend einer Weise dazu veranlassen können, auf die Befriedigung derartiger Impulse zu verzichten.

Das ist eine harte Lektion für uns Amerikaner mit unserer Tendenz zu sentimentalem Optimismus und unserem Glauben, daß es für jede Krankheit eine Heilung gibt. Besonders hart ist sie für Psychologen und Psychiater mit ihrer unbeirrbar Entschlossenheit, hinter jeder Handlung »emotionale« Faktoren zu suchen. Aber sie wird gelernt werden müssen, wenn wir ein Heilmittel gegen die Geißel der sozialen Gewalt finden wollen. Nach der »emotionalen« Grundlage für den »unwiderstehlichen Drang« zu suchen ist Zeitverschwendung.

Keine medizinische Behandlung, keine Technik der Verhaltensänderung, keine Psychotherapie war bisher erfolgreich darin, bei Menschen mit diesen gewaltsamen Impulsen ein anderes Verhalten einzuüben. Ein Bericht über ein solches Programm für jugendliche Sexualtäter im Bundesstaat Washington beschreibt die Schwierigkeiten:

Sobald die Behandlung beginnt, unterwerfen sich die Delinquenten von Echo Glen einem individuellen Zweistufenplan, der künftige Delikte verhindern soll. Es wird ihnen erklärt, daß es für jedes Warnzeichen eine spezielle Präventivmaßnahme gibt,

Der Präventivplan für einen Jungen in Echo Glen geht z. B. von einem Geständ-

nis aus, das er gemacht hat: Er sagt, er gerate beim Anblick von »hilflosen, ohnmächtigen Kindern, Jungen oder Mädchen, in Aufregung«. Die Präventivmaßnahme, die diesen Impuls bekämpfen soll, besteht für ihn darin, daß er ein Gebet sprechen [!] oder ein Selbstgespräch mit sich führen soll, wenn seine Gedanken diese Richtung nehmen.

Wenn der Junge das Gefühl hat, »jetzt muß ich vergewaltigen, belästigen, verletzen«, muß er versprechen, »Gewichte zu heben, ein Gebet zu sprechen, Liegestützen zu machen, ein Buch zu lesen, einem Freund zu helfen«. Er erklärt sich auch damit einverstanden, Situationen, die seiner Meinung nach sehr riskant sind, zu meiden, z. B. Zoobesuche [?], Kaufläden und Insekten und Tiere zu töten.

Die Therapeuten bezeichnen diese Methode als »Bewußtmachung«. Sie wissen freilich nicht, ob solche wohlfeilen Versprechungen die jungen Burschen vor Versuchungen bewahren, wenn sie die Anstalt verlassen. Die Jungen selbst sagen nur: »Kommt Zeit, kommt Rat.«281

Wirklich niemand kann sich auf ein solches Programm verlassen. Nach den Gebeten und billigen Versprechungen werden eines schönen Tages diese Jugendlichen aus Echo Glen entlassen und künftige Ted Bundys - oder Earl Shriners werden:

Shriner [jetzt 39] hat einen großen Teil seines Lebens in staatlichen Anstalten verbracht, nachdem er sich als Jugendlicher an der Ermordung eines weiblichen Teenagers beteiligt hatte und als Erwachsener wegen Entführung zweier anderer Mädchen und des Überfalls auf sie verurteilt worden war,

Man stuft Shriner als leicht zurückgeblieben ein, doch waren sein IQ zu hoch und seine Vergangenheit zu gewalttätig, als daß er in den Genuß der öffentlichen Einrichtungen für in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Menschen hätte kommen können. Ein Psychiater bezeichnete ihn als Sexualpsychopathen, und die Behörden versuchten erfolglos, ihn aus dem Gefängnis nach Western State zu verlegen. Das Gesetz erlaubt nicht, jemanden nur aufgrund dessen zu verlegen, womit er gedroht hat. Es muß nachgewiesen sein, daß er eine Gefahr für sich und andere darstellt.i"

Shriners Grundrechte wurden respektiert.. Er wurde entlassen und schnitt kurz darauf einem siebenjährigen Jungen den Penis ab. Jetzt sitzt er für immer hinter Gittern.

ANMERKUNGEN:

- 1) Hinweis des Herausgebers: Es ist äußerst unwahrscheinlich, daß Kennedy von Oswald - und nur von Oswald allein! - erschossen wurde. Es waren mindestens drei Schützen am Werk. Damit Oswald nichts »ausplaudern« konnte, wurde er vorsorglich zwei Tage später ebenfalls erschossen. Siehe dazu den Film »J. F. K. - Tatort Dallas«!
- 2) Ein EEG kann sogar bei einem akuten epileptischen Anfall negativ sein. Etwa 10 % der Gesamtbevölkerung weisen EEGs auf, die einer Grand-mal-Epilepsie entsprechen, während nur 0,5 % auch wirklich Epilepsie haben. Und 20 % der Personen mit Grand mal haben ein normales EEG.
- 3) Es wäre durchaus eine Untersuchung wert, ob der pathologische Spieler, der unbewußt verlieren will, auch die Merkmale des postenzephalitischen Syndroms aufweist, Neueste Forschungen zeigen, daß chronische Spieler oft an Störungen des Zentralnervensystems leiden. (The New York Times, 3. Oktober 1989, G-1, 11)
- 4) Siehe das Unterkapitel »Alkohol- und Drogenmißbrauch bei Autisten und Menschen mit Minimalhirnschaden«.
- 5) In diesen Interviews sprach Bundy von sich im allgemeinen in der dritten Person.
- 6) Wahrscheinlich war Bundy nekrophil.

6. Kapitel

Die Hybris* der Mediziner und ihre Folgen

In diesem Buch wird die vielleicht schockierende These vertreten, daß Kinderimpfungen ein großes Spektrum neurologischer Schäden verursachen können. Diese Schäden erzeugen das Gros der Autisten, Minimalhirngeschädigten und Soziopathen, die das amerikanische Schul- und Gesellschaftssystem schon unterminiert haben. Ihnen ist auch die Kriminalitätsrate zu verdanken, die in den vergangenen beiden Jahrzehnten so hoch war wie noch nie in der Geschichte des Landes.

Der zwingende Beweis für diese These liegt in der Parallele zwischen den fünf hier beschriebenen symptomatischen Zuständen: Impfschaden, postenzephalitisches Syndrom, Autismus, Minimalhirnschaden und soziopathische Persönlichkeit. Wir haben diese Symptomparallelen ausführlich behandelt, weil sie die Grundlage für unsere Analyse bilden. Und sie liefern die Berechtigung für die Annahme, daß bestimmte Personen, die hier zur Illustration verwendet wurden - Tommy Colella, das »Wolfsrudei« vom Central Park, die Brüder Bolden und Ted Bundy -, wirklich Beispiele für das postenzephalitische Syndrom sind.

Natürlich wäre es vorzuziehen gewesen, wenn man umfassende ärztliche Protokolle über diese Fälle hätte vorlegen können. Doch dies ist die Aufgabe der Behörden, die über die nötigen juristischen Kompetenzen und finanziellen Mittel verfügen. Ziel dieses Buches konnte nur sein, eine vernünftige und gut untermauerte Hypothese vorzutragen, die weitgehend auf symptomatischem und epidemiologischem Beweismaterial beruht. Hypothesen haben den Sinn, der künftigen Forschung neue Wege zu weisen. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, die in diesem Buch aufgestellten Hypothesen zu bestätigen oder zu widerlegen.

* Hybris: Maßlose Selbstüberschätzung oder Arroganz, entspringend aus übermäßigem Stolz oder unbeherrschter Leidenschaft..

Man wird uns vorwerfen, unsere Beweisführung sei im wesentlichen von den Symptomen der Impfschäden ausgegangen. Der Hauptgrund dafür war, daß es keine unzweideutigen anatomischen, physiologischen oder biochemischen Indikatoren für diese Impfschäden gibt. Daher sind letzten Endes sorgfältige Symptombeschreibungen die beste Methode, Beweise für Parallelen zwischen den verschiedenen neurologischen Schäden, die hier behandelt wurden, zu liefern.

Wie wir gezeigt haben, gibt es so viele Symptome von Impfschäden, daß sie in einem einzigen Individuum gar nicht alle auftreten können. Jedes ihrer Opfer repräsentiert nur einen Ausschnitt aus dem gesamten Spektrum möglicher Symptome. Dieser Umstand bringt methodologische Probleme für künftige Forschungen mit sich. Denn die Wissenschaftler fassen Krankheiten gewöhnlich als deutlich voneinander abgrenzbare Zustände auf, die die Schublade für Schublade sortiert werden können. Beim postenzephalitischen Syndrom gibt es solche Schubladen nicht, und die Forschung wird das berücksichtigen müssen.

Doch bei allen neurologisch Geschädigten zeigt sich das Phänomen der »verzögerten Entwicklung«. Es ist der gemeinsame Nenner für diese Symptome. Und sie reagieren darauf jeweils in derselben Weise: aggressiv, impulsiv, unüberlegt, irrational.

Ein britischer Arzt schrieb 1928, »Änderungen im Verhalten und Charakter« von Patienten, die Enzephalitis gehabt hatten, wiesen eine »merkwürdige Übereinstimmung« auf.¹ Dieselbe merkwürdige Übereinstimmung kennzeichnet Autisten, Minimalhirngeschädigte und Soziopathen.

Wir haben in diesem Buch betont, daß Autismus, Minimalhirnschaden und das Syndrom der soziopathischen Persönlichkeit identisch sind. Sie stellen ein Kontinuum neurologischer Schäden dar, die alle auf Enzephalitis zurückgehen. Und Enzephalitis ist in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle durch Impfungen bedingt.

Um noch einmal den erfahrenen Kanner zu zitieren: »In der Medizin ... kann jede Krankheit in unterschiedlicher Intensität auftreten, von der sogenannten *Forme fruste* bis zur heftigsten Attacke.«

Die Unterschiede sind lediglich graduell. Ein Verhalten, das in seiner milderen Form nur ungewöhnlich oder eigenartig ist, wird am äußersten Ende des Spektrums zu Kriminalität. Der gemäßigt Autistische, dessen Geschlechtsleben »sich ohne Empfindungen abspielt«, ist der neurologische Schicksalsgenosse des Soziopathen, dessen Geschlechtsleben »unpersönlich, trivial und schlecht integriert« ist. Dieser immer noch zunehmende, in unserer Zeit weitverbreitete Charakter der Sexualität bildet den Hintergrund für den gegenwärtigen Anstieg der Zahl der Vergewaltigungen und Sexualverbrechen. Kombiniert man diese Tatsache mit der »verfrühten Pu-

bertät« der postenzephalitischen Persönlichkeit, so sind das Resultat die sexuellen Gewalttaten, die von Jungen schon im Alter von sechs Jahren begangen werden.

Die radikale Entfremdung des Autisten kehrt in milderer Form beim soziopathischen Kriminellen zurück, der seine Opfer als Objekte, nicht als Menschen behandelt. Der »Spucktick« der postenzephalitischen Persönlichkeit oder der Zwang zu Obszönitäten, der das Opfer des Tourette-Syndroms befällt, sind Beispiele für denselben unwiderstehlichen Drang, der Ted Bundy zu seinen Mordserien trieb.

Aus dem autistischen Kind mit »Zornesausbrüchen« und »Wutanfällen« wird der soziopathische Verbrecher, der »seiner Wut vollständig ausgeliefert ist«. Tony W., der autistische Junge, der im Yale-Kinderzentrum das Meerschweinchen tötete, zeigt dasselbe Verhalten wie das »Wolfsrudel« aus dem Central Park, das eine unschuldige Joggerin überfiel.

Die Paranoia des Autisten, seine Tendenz zur Gewichtszunahme und seine verzögerte Entwicklung spiegeln vergrößert einige hervorstechende Merkmale der zeitgenössischen amerikanischen Gesellschaft wider und gehen auf denselben Verursachungsfaktor zurück. Die Parallelen könnten bis ins Unendliche vermehrt werden.

Jugendliche mit postenzephalitischem Syndrom greifen zu Drogen und Alkohol, weil sie ihre Hyperaktivität dämpfen müssen oder unerschwinglich das Gefühl haben, die seien nicht ganz normal, würden mit normalen Anforderungen nicht fertig und seien weniger wert als andere Menschen. Stören sie den Unterricht in der Schule, werden sie systematisch mit Amphetaminen oder anderen das Verhalten beeinflussenden Mitteln vollgepumpt. Ist es da ein Wunder, daß diese neurologisch Geschädigten sich im Lauf der Zeit zu Alkoholikern und Drogensüchtigen auswachsen?

In jüngster Zeit haben Ärzte Drogensucht bei der Mutter für Minimalhirnschaden beim Kind verantwortlich gemacht, wobei sie vor allem Konzentrationsschwächen, Lernbehinderungen, »Bedürfnis nach starren Strukturen«, »Kapitulation vor Aufgaben, die von Altersgruppen spielend bewältigt werden« und sogar »geringeren Kopfumfang« als Symptome bei solchen Kindern berücksichtigten.¹ Sicher wird es der späteren Gesundheit und guten Entwicklung eines Kindes nicht förderlich sein, wenn es schon *im Uterus* Kokain oder Heroin ausgesetzt wird. Aber die hier beschriebenen Symptome sind genau dieselben, wie sie in den vergangenen 30 Jahren bereits aufgetreten sind. Es will nicht recht einleuchten, weshalb sie jetzt auf Drogensucht der Mutter zurückgeführt werden.

Aber auf jeden Fall sollte man bedenken, welche Folgen Impfungen für Kinder haben können, die schon geschwächt und geschädigt sind, weil sie von drogensüchtigen Müttern geboren wurden.

Die bloße Erkenntnis, daß Autismus und Minimalhirnschaden Folgen von Enzephalitis-erkrankungen sind, sollte beweiskräftig genug sein und der Überzeugung Raum geben, daß die Kinderimpfungen für diese Zustände verantwortlich sind. Denn man weiß doch, daß Impfungen Enzephalitis-ursachen können, und es ist sonst kein anderer Faktor in Sicht, der derartig massive Wirkungen erzielen könnte.

Wenn es in der amerikanischen Bevölkerung weitverbreitete subklinische Enzephalitis gibt, so muß sie auf die Impfungen zurückgehen.

Die unterschwellige Ahnung, daß man, wenn man Autismus und Minimalhirnschaden mit Enzephalitis in Verbindung bringt, schließlich dahin kommen wird, den Sinn der Kinderimpfungen in Frage zu stellen, hat wahrscheinlich die Ärzte und Forscher veranlaßt, ihre Hände von diesem heißen Eisen zu lassen.

Ein willkommener Sündenbock war immer die Familie, gewöhnlich die bedauernswerte Mutter, auf der alle herumhacken, weil sie berufstätig ist, sonntags nicht zur Kirche geht, geschieden ist, sich nicht genug um ihre Kinder kümmert usw. und dadurch sozusagen Autismus erzeugt, Lernbehinderungen verursacht und letzten Endes zur Jugendkriminalität beiträgt:

Liebe Ann Landers,

ich bin erschüttert, weil Du schon wieder einen weitverbreiteten Gemeinplatz und ein allgemeines Vorurteil aufgegriffen hast. Und wieder heißt es dabei: »Schlagt die Eltern!« Das gleiche habe ich schon bei Alkohol- und Drogenmißbrauch gehört. Vor kurzem führte ein TV-Evangelist die Liebe seiner Kinder zu Gott darauf zurück, daß seine Frau immer zu Hause geblieben war und die Kinder dort großgezogen hatte. Seltsam. Ich bin auch zu Hause geblieben und habe die Kinder dort großgezogen.

Ich war das perfekte Heimchen am Herde, machte Ausflüge mit den Kindern, schlief auf schäbigen Feldbetten im Krankenhaus und legte mich niemals schlafen, bevor sie alle zu Hause waren. Sie sind zwar keine »Hell's Angels« geworden, aber ich mache mir keine Illusionen über ihre Sex- und Drogengewohnheiten.

Wäre es nicht auch möglich, daß der schwüle Sex im Fernsehen und im Kino, die Werbung, die die Sinnlichkeit verherrlicht, und das triviale Verhalten unserer Stars und Sportler, der Idole unserer Kinder, etwas mit ihrem Benehmen zu tun haben? Ehrlich gesagt, all die »Experten-« und ihre »Antworten« hängen mir zum Halse heraus. Niemals sind Menschen so in die Mangel genommen und so kritisiert worden wie heutzutage die Eltern. Aber wir müssen dem allem ins Auge sehen. Unsere Kinder leben in einer kranken Gesellschaft, die Gier und Gewalt liebt und immer sofort Erfolge sehen will.'

Aber wir schießen am Ziel vorbei, wenn wir der Familie oder der Gesellschaft an sich für unsere Schwierigkeiten die Schuld geben. Die Familie formt uns zwar, aber sie lebt nicht in einem Vakuum, und ihr Schicksal hängt nicht nur von den Emotionen der Familienmitglieder untereinander ab. Dies alles sind Strukturen, die wir selbst erbauen. Das Individuum ist *vor* der Familie und *vor* der Gesellschaft da.

Kinder sind die Bausteine der Familie und später der Gesellschaft. Wenn sie vom Säuglingsalter ab Defekte aufweisen, wird die Entwicklung der Familie und der Gesellschaft beeinträchtigt und deformiert.

Wenn 10 bis 20 % aller Kinder Minimalhirnschaden haben, wie soll dann ein normales Familienleben entstehen? Wenn 10 bis 20 % der High-School-Abgänger nicht lesen gelernt haben, was sollen sie dann den größten Teil des Tages anderes tun als fernsehen? Wenn über eine Million Kinder täglich offiziell Amphetamine und andere Drogen in der Schule verabreicht bekommen, damit ihre Hyperaktivität unterdrückt wird, wie soll dann das Entstehen einer Drogenszene verhindert werden?

Beide, Familie und Gesellschaft, sind Opfer der Kinderimpfungen. Sie sind ihnen von Behörden aufgedrängt worden, die sich den Ansichten der Mediziner und institutionalisierten Medizin allzu schnell unterworfen haben. Ausschußvorsitzende, die es, ohne zu zögern, mit Ökonomen, Ökologen, Städteplanern und Unternehmern aufnehmen, werden seltsam weich in den Knien, wenn sie es mit einem medizinischen Fachmann zu tun haben. Die Impfungen haben die immer zunehmende Anzahl von verpfuschten und verkorksten Menschen auf dem Gewissen, die die amerikanische Gesellschaft unserer Tage bilden.

Außer den und über die Symptomparallelen zwischen den erwähnten Krankheitszuständen hinaus macht es der Zeitpunkt, an dem sie erstmals auftauchen, sehr wahrscheinlich, daß die Impfungen ihre Ursache sind. In den 20er und 30er Jahren gab es nur sporadische Keuchhustenimpfungen. Aber während und nach dem Zweiten Weltkrieg wurden sie häufig und in weiter Streuung vorgenommen. Das Auftauchen von Autismus und von Lernbehinderungen spiegelt die Ausdehnung dieser Impfprogramme wider.

Autismusdiagnosen erfolgen in den ersten Lebensjahren. Entsprechend traten die ersten Autismusfälle nach den Impfungen Anfang der 40er Jahre auf. Lernbehinderungen zeigten sich acht bis zehn Jahre später, als die Kinder derselben Jahrgänge das Schulalter erreicht hatten und im Unterricht versagten. Die lernbehinderten Kinder der frühen 50er Jahre waren die Brüder und Schwestern der Autisten von Anfang der 40er Jahre. Aber diese Kinder wurden nun zu Jugendlichen und Erwachsenen. Die 1945 Geborenen, die zum erstenmal Impfungen in großem Stil ausgesetzt waren, wurden 1963 volljährig.

Eine Analyse des Radikalismus der 60er Jahre zeigt unmittelbar und genau diejenigen Elemente, die auch in unserer Darstellung des soziopathischen und postenzephalitischen Syndroms zutage getreten sind. Im Buch »Die Wurzeln des Radikalismus« sprechen Stanley Rothman und S. Robert Lichten z. B. von Ich-Schwäche, Minderwertigkeitsgefühlen, kindhaftem Egoismus, Gewalttrieb, Ungeduld, Narzißmus, dem Bedürfnis, Herr der Erde zu sein, Größenwahn, Entfremdung, Sinnverlust, Wut, Paranoia, ambivalenter Feindschaft gegenüber Autoritäten, ungezielter Aggression, der Suche nach Sensation und Erregung, Unfähigkeit zu intimen Beziehungen, gepaart mit sexueller Freizügigkeit, Angst, Depression, Pyromanie (»Brenne, Baby, brenne!«), Soziopathie, Alkoholismus und Drogenmißbrauch."

Auf die »Befreiung«, für die diese jungen Menschen kämpften, fällt ein neues bedeutungsvolles Licht, sobald man erkennt, daß viele von ihnen nur von ihrem eigenen Gefühl, neurologisch schwach und instabil zu sein, befreit werden wollten. Diese Persönlichkeitsmerkmale und ihre Auswirkungen auf die Gesellschaft, die als »das soziale Problem« bezeichnet wurden, bildeten den Hintergrund für die Wahlsiege Richard Nixons in den Jahren 1968 und 1972.

Am Erbe der 60er Jahre haben wir heute noch zu tragen: Eine Erhebung über die seelische Gesundheit der Amerikaner aus dem Jahre 1984 ergab, daß Soziopathie und andere seelische Erkrankungen (Angst, Depression; »Schizophrenie« sowie Alkohol- und Drogenmißbrauch) weit häufiger bei den ab 1940 Geborenen vorkommen als bei den vor 1940 Geborenen."

1986 wurde in Kalifornien vom Gesetzgeber eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die das Selbstwertgefühl der Menschen heben sollte. Und Psychologen stellten fest, daß heute die Amerikaner länger im Stadium des Heranwachsenden bleiben als früher. »Die Jugend endet heute tatsächlich erst Ende 20«, schrieb 1988 ein Universitätsprofessor." Der Autor eines 1986 über dasselbe Thema erschienenen Buches meinte: »Die Menschen brauchen in unserer Kultur heute ein Jahrzehnt länger, um erwachsen zu werden« - eine Entwicklungsverzögerung, die sich noch rächen wird."

Das Jahr 1963, in dem die 1945 geborenen Kinder 18 Jahre alt wurden und John F. Kennedy ermordet wurde, kennzeichnete den Beginn der Unruhen der 60er Jahre. Es kennzeichnete auch den Beginn eines stetigen Absinkens des IQ in Amerika.

Kinderimpfungen verursachen verschiedene Arten von geistiger Zurückgebliebenheit. Sie reichen von einem leichten Sinken des IQ bis zu völliger Idiotie. Impfungen erzeugen auch Dyslexie und andere Leseschwierigkeiten. Es ist daher kein Zufall, daß die 1945er Generation, als sie 1963 die Prüfungen zum Eintritt ins College oder in die Armee ablegte, den beginnenden Verfall der amerikanischen Intelligenz zu erkennen gab.

Gemessen wurde dies z. B. durch die Universitäts-eignungstests (SAT), die an den höheren Jahrgängen der High-School, die aufs College gehen wollten, vorgenommen wurden. 1963 waren die durchschnittlichen Ergebnisse des SAT im verbalen Bereich auf ihrem Höchststand seit der Einführung dieser Tests: 478 Punkte, während der Durchschnitt bei mathematischen Fragestellungen 502 Punkte betrug. Danach sanken die Leistungen ab, bis das Durchschnittsergebnis um 54 Punkte auf 424 und das mathematische um 36 Punkte auf 466 gefallen waren. Die heutigen Durchschnitte sind die niedrigsten in der 60jährigen Geschichte dieser Tests.

Und da die Tests selbst immer leichter geworden sind, gibt es Forscher, die schätzen, daß der IQ in Wirklichkeit um 50 % gesunken ist." Auch das amerikanische Collegetestprogramm (ACT), das dem SAT-Programm ähnelt, berichtet von einem kontinuierlichen Absinken der Testergebnisse seit Mitte der 60er Jahre."

Tests an Rekruten, die 1970 durchgeführt wurden, ergaben, daß ihre geistige Kapazität deutlich unter der der Rekruten zwischen 1941 und 1945 lag. 1977 wurde eine »Blue-Ribbon-Panel-Untersuchung« zur Erfassung der Ursachen für das Absinken des IQ durchgeführt. 79 Hypothesen wurden getestet. Keine von ihnen konnte zufriedenstellend belegt werden. Die Möglichkeit einer Beziehung zu Impfschäden wurde nicht in Betracht gezogen."

Eine bundesweite Studie aus dem Jahre 1988 ergab, daß mathematische Fähigkeiten bei amerikanischen Jugendlichen praktisch verschwunden sind. Fast die Hälfte der 17jährigen ist nicht imstande, Rechenaufgaben zu lösen, die normalerweise in den ersten Klassen der High-School gestellt werden. Ein Drittel der Elftkläßler versteht nicht einmal richtig, was der Lehrer sagt. 27 % der 13jährigen stehen hilflos vor Rechenaufgaben, die in der Grundschule behandelt werden. Der durchschnittliche Gymnasiast in Japan übertrifft intellektuell die 5 % amerikanischen Schüler, die in Vorbereitungskursen für die Universität Spitzenreiter sind."

Rimland und Larson haben festgestellt, daß »das Niveau von Naturwissenschaften und Mathematik an russischen Universitäten so viel höher ist als das an amerikanischen, daß es sinnlos ist, russische und amerikanische Studenten zu vergleichen«. Ihre Schlußfolgerung: »Abgesehen von Ausnahmen und Sonderfällen zeigt der allgemeine Trend, daß die Fähigkeiten kontinuierlich absinken. Bis jetzt ist dieser Trend nicht erklärt. Aber er hat gravierende Folgen ... für unsere ganze Gesellschaft.«"

Eine Erhebung, die das Census Bureau 1986 durchführte, ergab, daß 9 % der Erwachsenen zwischen 20 und 40 Jahren (also der zwischen 1946 und 1966 Geborenen), deren Muttersprache Englisch ist, Analphabeten sind - insgesamt etwa zehn Millionen. 36 Millionen lesen nicht so gut, wie es der

achten Klasse entspräche, 70 Millionen liegen unter dem Niveau der elften Klasse. Das Bureau stellte auch fest, daß 40 % der amerikanischen Erwachsenen keine Landkarte lesen können, während 80 % nicht imstande sind, das richtige Trinkgeld in einem Lokal auszurechnen oder einen Busfahrplan zu verstehen."

Diese Erhebung, die 3400 Erwachsene umfaßte, hatte die Form eines Multiple-choice-Tests mit 26 Fragen. Man konnte wirklich nicht sagen, daß sie schwer waren. Ein Problem lautete: »Der Patient hat das Recht, über seine Krankheit informiert zu werden.« Die Testperson sollte nun ein Synonym für »Krankheit« finden und hatte die Auswahl zwischen »Wohltaten, Geschäft, Kosten, schlechter Gesundheitszustand«.

Aber die Lage wird sich garantiert noch verschlimmern, da sich Personen mit Leseschwierigkeiten tatsächlich auch für den Lehrerberuf entscheiden! Diese Furcht ist nicht unbegründet. Seit dem Jahr 1976 von der Schulbehörde im Pinellas County, Florida, durchgeführte Prüfungen zeigen, daß die Hälfte der Bewerber - alles College-Absolventen - nicht so lesen kann, wie es einem Elftkläßler entspräche, und vor Rechenaufgaben auf dem Niveau der achten Klasse versagt."

Der steigende Output der Gesellschaft an neurologisch Geschädigten hat einen bemerkenswerten Anstieg der Gewaltverbrechen zur Folge gehabt. Der Beginn dieses Anstiegs läßt sich präzise auf Anfang der 60er Jahre datieren.

Voraus ging ihm ein Anstieg der Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Das wird gut durch zwei Erhebungen unter männlichen Jugendlichen in Philadelphia belegt: Eine stammte aus dem Jahr 1945 mit 10 000 Jungen, die zweite aus dem Jahr 1958 mit 13 000 Jungen aus demselben Milieu. Die Autoren stellten fest, daß bei beiden Gruppen ein Drittel im Alter von 18 Jahren schon mindestens einmal verhaftet worden war. Darüber hinaus waren in beiden Gruppen die meisten Verbrechen von einer kleinen Minderheit begangen worden: 6 % 1945 und 7,5 % 1958. Doch unerklärlich war, daß in der Gruppe von 1958 die Tendenz zur Gewalt weit größer war. Einer der Autoren nannte diese »Eskalation des Gewaltverbrechens« »ein besorgniserregendes gesellschaftliches Symptom«.

Die Autoren dieser Arbeit konnten freilich nicht erkennen, daß zwischen dem 1945er und dem 1958er Jahrgang Unterschiede im Hinblick auf die Krankenvorgeschichte bestanden. Sie dachten nicht daran, daß die zweite Gruppe in großem Umfang gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Poliomyelitis und Windpocken geimpft worden war, während die erste höchstens Injektionen gegen Windpocken bekommen hatte.

Rimland und Larson haben auf »die auffällige, fast spiegelbildliche Korrelation zwischen zwei etwa 1963 beginnenden Kurven« aufmerksam ge-

macht: »Die eine zeigt das Absinken der SAT-Ergebnisse, die andere den Anstieg der Gewaltverbrechen. Man konnte daher vermuten, daß es eine oder mehrere gemeinsame Ursachen für beide Phänomene gibt.«

Die Impfprogramme nahmen 1965 einen mächtigen Aufschwung, als der Immunization Assistance Act (die Impfgesetze) vom Kongreß verabschiedet wurde. In den darauffolgenden Jahren erweiterten mehr und mehr Bundesstaaten ihre Impfprogramme und machten sie obligatorisch."

Vier oder fünf Jahre später sahen sich die Ärzte mit einer ganz neuen Art neurologisch geschädigter Vier- oder Fünfjähriger konfrontiert. Eine 1986 durchgeführte Interviewserie der Gesundheitsbehörden ergab, daß zwischen 1969 und 1981 die Häufigkeit von »chronischen aktivitätsbehindernden Zuständen« bei den unter 17jährigen unerklärlicherweise um 44 % zunahm: von 2680 pro 100 000 auf 3848 pro 100 000. Fast alle diese Fälle tauchten zwischen 1969 und 1975 auf."

Die meisten dieser »chronischen aktivitätsbehindernden Zustände« lassen sich leicht mit dem postenzephalitischen Syndrom in Verbindung bringen. »Atembeschwerden« bei Kindern stiegen um 47 % an, Asthma bei Kindern um 65 %, und Tod durch Asthma bei Kindern über fünf Jahren nahm ebenfalls zu. »Psychische Störungen des Nervensystems« nahmen um 80 % zu, Persönlichkeits- und nichtpsychotische geistige Störungen (einschließlich Verhaltensstörungen, Drogenmißbrauch und Hyperaktivität) gar um 300 % und Augen- und Ohrenkrankheiten, besonders Otitis media, um 120 %. Bekanntgewordene Fälle von Hörverlust beider Ohren nahmen um 129 % zu.¹⁹ Der Anstieg war praktisch derselbe bei Beziehern hoher und niedriger Einkommen, so daß Armut als wesentlicher Faktor ausscheidet."

Umgekehrt blieben Zustände, die keinen Zusammenhang mit Impfschäden aufweisen - Verletzungen, urogenitale Krankheiten, Kreislaufkrankheiten, infektiöse oder parasitäre Krankheiten und Deformationen - während dieser Zeit konstant oder nahmen sogar ab.

1980 hatte sich die Gesamtzahl behinderter Kinder, viele davon natürlich mit mehreren Schäden, mehr als verdoppelt. Über zwei Millionen Kinder in den USA litten unter irgendwelchen »Aktivitätsbehinderungen«, verglichen mit einer Million im Jahre 1960.²¹

2 % der Kinder hatten also Anfang der 60er Jahre Behinderungen, 4 % 1981. An einer »schweren Schädigung« litt 1 % Anfang der 60er Jahre, 2 % waren es 1981. Aber beide Zahlen sind weiterhin angestiegen: 1985 betrug die Häufigkeit aller Grade von Behinderungen über 5 % und die »schwerer Schädigungen« 3,7 %.²²

Heute werden jedes Jahr drei Millionen Kinder in den USA geboren. Bei 150 000 von ihnen tritt ein weniger schwerer Schaden auf, bei 110 000

ein schwerer.. Jedes Jahr erreichen 250 000 dieser Kinder das Alter von 18 und werden volljährig. Abgesehen von den Leiden für ihre Familien bedeuten diese geschädigten Menschen größere Kosten für die Gesellschaft. Man muß besondere Rampen und Aufzüge für sie einrichten und eigene Lehrpläne und Lehrer zur Verfügung stellen. Das Gesetz zur Ausbildung der Behinderten (Education of the Handicapped Act), das der Kongreß 1975 verabschiedete, sieht eine Milliarde Dollar jährlich für diesen Zweck vor.²³

Anscheinend gilt aber für jede Störung, die mit Impfungen im Zusammenhang steht: Die Fachleute müssen sich eingestehen, daß sie die Ursache nicht kennen. »Die Gründe für den Anstieg sind im allgemeinen nicht bekannt.«^e Doch die Kinderärzte sind gezwungen, sich mit diesem Phänomen auseinanderzusetzen, das sie als das »neue Krankheitsbild« bezeichnen. Es besteht aus »Lernbehinderungen und schulischen Problemen, Verhaltensstörungen, Allergien, Sprechschwierigkeiten, Sehschwierigkeiten und den Problemen der Jugendlichen, sich in der Gesellschaft zurechtzufinden und sich anzupassen«. Dies alles ist »heutzutage das, was uns bei den Kindern die größten Sorgen macht.«

Der Arzt wird von allen Seiten dazu getrieben, die »neue Krankheit« als »emotional«, vielleicht auch als »angeboren« einzustufen. Denn dann können diese Schäden dem Kind selbst oder den Eltern angelastet werden. Aber der Arzt selbst ist dafür verantwortlich! Er sollte vor der eigenen Tür fegen. Impfungen sind eben ausgesprochen gefährlich, was man jedoch niemals erkannt hat oder zugeben wollte. Man hat die Impfungen durch die Bank unverantwortlich und bedenkenlos durchgeführt ohne jede Rücksicht auf Kontraindikationen. *

Das Ergebnis ist die fast unendlich lange Reihe von Störungen, die in den vorangehenden Kapiteln dargestellt wurden. Und wer bezahlt den Preis für die Fehler und Fehlurteile der Ärzte? Die Eltern:

Wenn mir jemand vor vier Jahren gesagt hätte, wie es mir heute geht, hätte ich gesagt: »Da führt kein Weg hin!« Ich hätte es nicht ausgehalten. Aber man stellt sich jeden Tag wieder darauf ein. Man nimmt es, wie es kommt.. Kommt es gut, ist man froh. Und kommt es schlecht, hofft man, morgen wird's besser..

Dieses Buch hat vor allem gezeigt, daß die Impfungen die Wurzel der immer noch zunehmenden Epidemie sozialer Gewalt sind. Wir wissen na-

* Über das Versagen der Ärzte bei der Berücksichtigung von Kontraindikationen bei Impfungen siehe Coulter, H., und Fisher, B., Kapitel 13 in »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle«

türlich, daß Gewaltverbrechen auch durch Unwissenheit, Armut, Kindesmißhandlung, zerstörte Familien, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit usw. verursacht werden. Wenn der Soziologe Talcott Parsons aggressives Sexualverhalten männlicher Jugendlicher so interpretiert, daß sie aus matriarchalen Familien stammen und sich gegen die Identifikation mit ihrer Mutter wehren, so mag an dieser Deutung etwas dran sein.²⁴ Aber das vorliegende Buch beschäftigt sich mit dem Beitrag des postenzephalitischen Syndroms zur Gewalttätigkeit. Der Umstand, daß diese anderen Faktoren vielleicht oder tatsächlich eine gewisse Rolle spielen, mindert keineswegs die Bedeutung der Enzephalitis in diesem Zusammenhang. Und bevor man versucht, den Einfluß sozialer Faktoren, wie Armut, Mangel an Bildung, Kindesmißhandlung, zerstörte Familien, Rassenkonflikte, Gewalt, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, oder emotionaler Faktoren, wie die Weigerung Jugendlicher, sich mit einer weiblichen Rolle zu identifizieren, abzuschätzen, sollte auf jeden Fall die Rolle der Impfschäden studiert und analysiert werden. Denn dieses Syndrom trägt jetzt bereits in der zweiten Generation seinerseits erheblich bei zu Armut (hyperaktive Jugendliche behalten ihren Job nicht), Mangel an Bildung (dyslexische Kinder können nicht studieren), Kindesmißhandlungen (hyperaktive junge Erwachsene haben wenig Geduld mit hyperaktiven Kindern), zerstörten Familien (die durch Minimalhirnschaden verursachten Spannungen und Konflikte führen zu ehelichen Zerwürfnissen), Gewalt im menschlichen Zusammenleben (unausgebildete Jugendliche ohne Jobs haben sonst nichts zu tun), Rassenkonflikten (schwarze Kinder sind durch Impfungen möglicherweise mehr betroffen), Alkoholismus und Drogenabhängigkeit (Jugendliche und Erwachsene mit neurologischen Störungen brauchen irgendein Ventil).

Emotionale Störungen und Behinderungen mögen hier und da neurologische Defekte begünstigen. Aber meist sind sie *Reaktionen* auf neurologische Defekte, die von Impfungen hervorgerufen wurden, und Begleiterscheinungen, die aus den Schwierigkeiten resultieren, sich mit diesen Defekten durchs Leben zu schlagen. Ist einmal der Input der Impfschäden in seinem ganzen Ausmaß erkannt und richtig eingeschätzt und sind die notwendigen Korrekturen eingeleitet, werden diese sozialen und emotionalen Ursachen leichter zu behandeln sein. Manche von ihnen sind dann vielleicht schon von der Bildfläche verschwunden.

An der Katastrophe der Kinderimpfungen ist vor allem anderen die medizinische Hybris schuld, das Bedürfnis der Ärzte (oft mit den besten Motiven!), die Herrschaft über die Kräfte der Natur zu erlangen und diese dem eigenen Willen zu unterwerfen. Die Folge ist, man kann es nicht anders nennen, eine Verschmutzung unserer inneren Umwelt, ähnlich der äußeren Um-

weltverschmutzung, die uns nur zu geläufig ist. Die Hybris der Ärzte gleicht der der Ölgesellschaften und der Chemiekonzerne, die sich ebenfalls eingebildet haben, sie könnten die Natur zerstören, ohne einen Preis dafür zu bezahlen.

Aber wie schon die griechischen Dramatiker wußten: die Natur läßt sich nicht herausfordern, ohne zurückzuschlagen. Und der Rückschlag im Fall der Impfungen ist auch prompt und mit zerstörerischen Folgen gekommen, obwohl man sie im allgemeinen nicht als solche erkennt. »Hybris« ist Selbstsicherheit im Übermaß, und die Hybris der Ärzte spiegelt den beherrschenden Einfluß auf die Gesundheitspolitik wider, den sie seit den 20er Jahren ausüben.

In dem Jahrzehnt zwischen 1920 und 1930 akzeptierten die gesetzgebenden Körperschaften fast aller Bundesstaaten die als »Medical Practice« Acts (»Medical Practice« ist eine Organisation der Ärzteschaft) bekannten Gesetze, die dem Beruf des Mediziners und dessen Standesvertretungen praktisch das Monopol und monopolartige Macht einräumten. Der Beruf des Mediziners beanspruchte damals ein Monopol im Bereich der medizinischen Wissenschaft, verlangte davon ausgehend das Monopol über die medizinische Praxis und die »Gesundheitsfürsorge« und erhielt es auch. Das war der erste Schritt in Richtung auf das Entstehen und den Triumph des medizinisch-industriellen Komplexes, der uns heute bekannt ist.

So wurde der Beruf des Mediziners verleitet, eine Rolle zu übernehmen, für die er nicht die entsprechenden Voraussetzungen mitbringt: die Rolle des Richters und Schiedsmannes in allen gesundheitlichen Belangen. Das ist eine allzu große Verantwortung für eine reine Berufsgruppe. Das Unvermögen der Ärzte, ihr zu genügen, hat die Tragödie hervorgerufen, von der auf diesen Seiten die Rede war.

Die Verwandlung der Medizin in eine Bürokratie stärkte die Macht der Berufsorganisationen und schwächte den Praktiker. Sie hat die Mediziner vor Kritik von innen und außen abgeschirmt. Daß aus den Reihen der Praktiker Alarm geschlagen wird, ist fast völlig unmöglich geworden. Der Arzt, der sich an vorderster Front mit den katastrophalen Folgen der Impfungen auseinandersetzen muß, kann sich nur selten bemerkbar machen und sich niemals gegen die professionellen Bürokraten durchsetzen. So stapft der Moloch weiter und walzt alles nieder.

Alle Vorwürfe, die in diesem Buch gegen die Ärzte erhoben wurden, sind in Wirklichkeit an die Adresse der Bürokratie in der Medizin gerichtet. Sie hindert viele wohlmeinende Praktiker, die erkannt haben, welche Gefahren in den Impfungen stecken, daran, das auch deutlich auszusprechen. Und ebenso sind die medizinischen Bürokraten vor Kritik von außen abgeschirmt.

Die Medizin besitzt mächtige Verbündete in Industrie und Politik. Sie hat sich sogar einen Teil der Presse dienstbar gemacht, die zwar bereit ist, den höchsten Beamten in diesem Land auf die Finger zu klopfen, aber vor dem selbstbewußt auftretenden, dogmatischen Arzt oft ängstlich zurückweicht. Nach allen Seiten abgeschirmt, gelang es so den Ärzteorganisationen, ein Impfprogramm nach dem anderen durchzusetzen, und sie ignorierten jeden Beweis, daß hier ein grausamer Blutzoll an zerstörten Leben gefordert wurde.

Sind einmal die Ausmaße der Impfkatastrophe richtig erkannt, müssen Korrekturmaßnahmen ergriffen werden. Die Fehler der Vergangenheit - falsche Entscheidungen und falsche Maßnahmen im Hinblick auf die Impfprogramme - spiegeln die Monopolstellung des Arztberufes in allen gesundheitlichen Belangen wider. Abhilfe kann daher nur in einer radikalen Beschneidung dieser Monopolstrukturen bestehen.

Macht korrumpiert. Das gilt auch für die Medizin. Als wir den Ärztevereinigungen die absolute Macht übertrugen, haben wir sie in die Versuchung absoluter Korruption geführt.

Wenn wir der organisierten Medizin erlauben, ihre gegenwärtige Macht über die Gesundheit der Bürger zu behaupten, werden unweigerlich weitere Tragödien ähnlich der in diesem Buch beschriebenen in Zukunft auf uns zukommen.

Auch der Anspruch der organisierten Mediziner, in der medizinischen Wissenschaft die entscheidende Rolle zu spielen, sollte hinterfragt werden. Was für eine »Wissenschaft« ist denn das, die jedes Jahr an mehreren hunderttausend Kindern irreversible neurologische Schäden verursacht?

Die erste Korrektur, die unverzüglich vorgenommen werden sollte, ist, mit allen Kinderimpfungen aufzuhören, und zwar so lange, bis ihre wirklichen Folgen für die Gesundheit der Menschen erforscht sind. Falls diese Programme dann wiederaufgenommen werden, sollen sie freiwillig und nicht obligatorisch sein.

Immunsierung wird stets ein Risiko bedeuten, wie auch immer die Struktur und die Herstellung der Vakzine verbessert werden mögen. Es kann daher einfach nicht hingenommen werden, daß Familien von der Regierung gezwungen werden, ihre Kinder dieser Gefahr auszusetzen. Entscheidungen, die das leibliche Wohl und Wehe des Menschen betreffen, dürfen ihm nicht von selbsternannten Experten aufgezwungen werden, deren Stellung sogar so abgesichert ist, daß sie keine Verantwortung für ihre Fehler tragen müssen.

Abertausende von amerikanischen Familien müssen für die Fehler der Ärzte büßen. Was haben sie Böses getan, womit haben sie ein solches Schicksal verdient?

Unsere Behörden sollten sich daran erinnern, daß in einigen Ländern Westeuropas nur die Tetanusimpfung und die Schluckimpfung gegen Poliomyelitis obligatorisch sind. Sie sollten die Worte von Justus Stroem, dem prominenten schwedischen Impfspezialisten, beherzigen: »Das heutige Kind muß eine große Zahl von Impfungen über sich ergehen lassen. Eine Reduktion dieser Zahl wäre entschieden von Vorteil.« Das »immunisierteste Kind der Weltgeschichte« sollte im Dunkel der Geschichte auf immerwiedersehen verschwinden.

Anhang: Die Interviews

Das Material, auf dem dieses Buch aufbaut, besteht aus drei Gruppen von Interviews.

Serie 1 enthält mehr als 100 Interviews, die Barbara Fisher für unser früheres Buch »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« durchführte. Es handelte sich dabei um Familien, die den Verdacht hatten, ihr Kind könnte impfgeschädigt sein, und sich daher an den »Bund unzufriedener Eltern« wandten, die Organisation der Familien mit impfgeschädigten Kindern. Diese Interviews umfaßten im Durchschnitt zwei bis drei Schreibmaschinenseiten und beschränkten sich meist auf die Beschreibung akuter Reaktionen des Babys auf den Impfstoff. Fast alle Kinder aus dieser ersten Interviewserie waren jünger als sechs Jahre. Wir haben hier die in »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle« gegebenen Informationen nicht noch einmal wiederholt. Aber diese erste Reihe von Interviews enthielt viele zusätzliche Daten, die wir in diesem Buch gut verwerten konnten.

Serie 2 besteht aus 31 Tiefeninterviews, die ich selbst durchgeführt habe: drei telefonisch, die übrigen im Hause von Kindern mit mäßigem bis schwerem neurologischem Schaden (Autismus, Epilepsie, Lernbehinderungen, Hyperaktivität). In den meisten Fällen hatten die Eltern keinen Verdacht auf einen Zusammenhang mit Impfungen. Das Ziel der Interviews war, herauszufinden, ob ein solcher Zusammenhang bestand.

Diese Familien waren uns durch Elternorganisationen für autistische, lernbehinderte und andere neurologisch geschädigte Kinder benannt worden. Die Kinder waren älter als die aus der ersten Gruppe - von Sechsjährigen bis zur späten Adoleszenz.

Einige Eltern aus Serie 2 sind auch jetzt noch nicht davon überzeugt, daß der plötzliche oder schleichende Ausbruch der Krankheit ihres Kindes mit den Impfungen zusammenhängt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn keine ernste akute Reaktion festgestellt werden konnte. Eine Familie bat ausdrücklich darum, daß ihr diesbezüglicher Vorbehalt an dieser Stelle vermerkt werden solle.

Indessen braucht ja - das wurde im Text behandelt - einem neurologischen Schaden keine akute Reaktion auf die Injektionen voranzugehen.

Wenn ein Kind die Symptome des postenzephalitischen Syndroms entwickelte, gingen wir davon aus, daß die Ursache eine Enzephalitis war. Und wenn dann die Krankengeschichte auf keine anderswie hervorgerufene Enzephalitis hinwies, nahmen wir an, daß das Kind impfgeschädigt war. Immer ließen wir uns dabei von der Ähnlichkeit zwischen dem Krankheitsbild des Kindes und dem Bild des postenzephalitischen Syndroms leiten.

Serie 3 besteht aus 28 Fragebogen, die von Eltern neurologisch geschädigter Kinder ausgefüllt wurden. Sie hatten von der Arbeit an diesem Buch gehört und wollten, daß die Geschichte ihrer eigenen Kinder mit ausgewertet würde. Die Fragen bezogen sich auf die Reaktion des Kindes auf Impfungen und dessen darauf folgende Entwicklung. Die Altersstufen der Kinder waren dieselben wie bei Serie 2.

Wie am Anfang des Buches erwähnt wurde, stammen die Zitate in Kurzivdruck, abgesehen von ein paar Ausnahmen, die sich aus dem Kontext ergeben, von Eltern aus der Befragungsserie 1 oder 2.

Nicht alle Interviews, die für dieses Buch gemacht wurden, sind auch bewertet worden. Bei fünf Fällen kamen wir zu dem Schluß, daß kein Zusammenhang mit Impfungen vorlag. Und in drei Fällen gaben die Eltern keine Erlaubnis, das Material zu verwenden.

Wie schon in der Einführung erwähnt, ist das Interviewmaterial nur dazu benützt worden, den wesentlichen Gedankengang des Buches zu belegen. Die Hypothese selbst ist aus der Spezialliteratur über Autismus, Minimalhirnschaden, Lernbehinderungen, Enzephalitis und Impfschäden abgeleitet.

ANHANG FÜR DIE DEUTSCHE AUSGABE

Die Ursachen der Impfgefahren und Impfungen sind das große Geschäft

von Dr. med. Gerhard Buchwald

Die Ursachen der Impff Gefahren

Coulter legt in seinen Ausführungen sein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen der Impfungen. Deshalb möchte ich im ersten Punkt meiner Bemerkungen etwas zu den Ursachen dieser Gefahren, die mit den heute üblichen Impfungen verbunden sind, darstellen.

Nach meiner Auffassung sind es die mit jeder Impfung zugeführten tierischen Eiweiße, die zu den von Coulter beschriebenen Störungen in den Seelen und in den Gehirnen der Geimpften geführt haben und bei nachfolgenden Generationen dazu führen werden. Darunter verstehe ich in erster Linie die allergischen Erkrankungen wie Heuschnupfen und Neurodermitis, aber auch all jene Erkrankungen, die Coulter in seinem Buch erwähnt (Autismus, Hyperaktivität, minimale cerebrale Dysfunktion) und die von ihm unter dem Sammelbegriff »postenzephalitisches Syndrom« zusammengefaßt werden. Vermutlich gehört auch die »Leukämie« in diese Gruppe. Sie kann als »Krebs des Blutes« aufgefaßt werden, wobei das Blut-Immunsystem eine verantwortliche Rolle spielen muß.

Es ist durchaus denkbar, daß in dem »Zuviel« der heute durchgeführten Impfungen und in dem »Zuviel« des zugeführten artfremden, tierischen Eiweißes die Ursache all dieser Erkrankungen, insbesondere der Leukämie, zu suchen ist. Leukämien bei Kindern gehörten früher zu den Seltenheiten. Sie sind heute so häufig geworden, daß Kinder-Krebskliniken eingerichtet werden mußten (wie in der erschütternden Sendung »Katharina lebt« von Frau Helga Diedrichs, Donnerstag, 19. Nov. 1992, ARD, 20.15 Uhr zu sehen war).

Meine Untersuchungen über allergische Erkrankungen nach Impfungen basieren auf den Forschungen des deutschen Arztes Dr. Artur Braun aus Unterhaching bei München sowie auf Untersuchungen französischer Ärzte. So weist Dr. Abeltier, Chefarzt des Krankenhauses in Coulommier, darauf hin, es sei nach heutigem Stand der Wissenschaft nicht daran zu zweifeln, daß fast jede Impfung schreckliche Schäden hervorrufen könne. Dabei sind Schäden des Nervensystems besonders schwer, weil sie lebenslange Auswirkungen hervorrufen. Ein Kind, das als Folge einer Impfung an Epilepsie (Fallsucht), an Gliedmaßenlähmungen und/oder an Störungen seines Verstandes bis hin zur Idiotie leidet, wird um sein ganzes Leben betrogen. Daher fragt Dr. Abeltier:

Warum erkennt die medizinische Wissenschaft nur die schweren Schäden als Impfschäden an? Gibt es nicht auch Zwischenformen? Dr. Abeltier kommt zu dem Schluß, daß es derartige Übergangsformen geben muß, und zwar in Abstufungen vom Zustand »gesund« bis zum Zustand »Enzephalitis« oder, wie es richtig heißen müßte, bis zum Zustand »Enzephalopathie«.

Es ist heute gesichertes Wissen, daß ein Kind bis zu seinem dritten Lebensjahr *nicht* an einer »Enzephalitis« erkranken kann. Es kann nur an einer »Enzephalopathie« erkranken, weil die »Enzephalitis« alters gebunden ist und einen bestimmten Ausreifungsgrad des Gehirnes zur Voraussetzung hat, der erst im dritten Lebensjahr erreicht wird. Dr. Abeltier äußert die Meinung, wenn über Impfschäden berichtet werde, befasse man sich nur mit den »zerbrochenen Eiern«, das heißt mit den unheilbar Geschädigten. Niemand aber kümmere sich um die viel größere Zahl der »Knickeier«, das heißt um die Kinder, die einen weniger dramatischen Schaden erlitten haben.

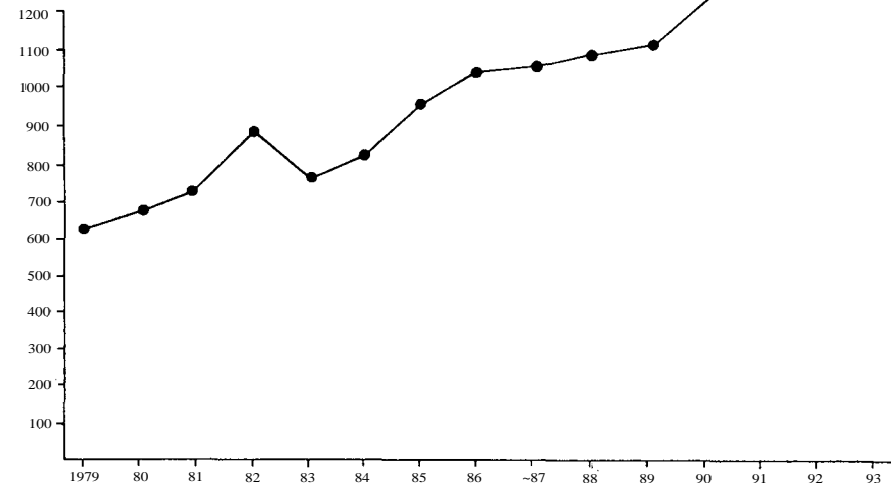
Der französische Arzt Dr. Kalmar sieht in Impfungen die Ursache für später aufgetretene Charakter- und Gemütsschäden, und Prof. Delore weist darauf hin, daß Impfungen in der Lage sind, ganze Generationen im negativen Sinne zu verändern. Auch in der deutschen Literatur finden sich derartige Hinweise, aber seltener und weniger deutlich. Jedoch sollte auch bei uns gefragt werden, woher es kommt, daß beispielsweise die Zahl der am »Syndrom des plötzlichen Kindstodes« gestorbenen Kinder von Jahr zu Jahr ansteigt, wie die beigefügte Kurve zeigt.

Diese besorgniserregende Entwicklung dürfte der Grund sein, weshalb das Paul-Ehrlich-Institut im Oktober 1992 in fast allen medizinischen Fachzeitschriften Artikel veröffentlichte unter folgender Überschrift:

»Paul-Ehrlich-Institut bittet um Fallmeldungen. Unklare Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern nach Schutzimpfungen.

Das Paul-Ehrlich-Institut ist daran interessiert zu erfahren, ob in Deutschland in den vergangenen 12 Monaten unklare Todesfälle von Säuglingen oder Kleinkindern, insbesondere nach Schutzimpfungen, beobachtet wurden.«

Vermutlich wird bei dieser Umfrage nichts Neues herauskommen, denn über derartige mögliche Zusammenhänge gibt es bereits umfangreiche Literatur. Die erste Arbeit meiner eigenen Literatursammlung heißt: MAHNKE, P.-F.: »Plötzlicher Tod im Kindesalter und vorausgegangene Schutzimpfung«, Dtsch. Z. Gericht. Med. 56, Seite 66, 1965.



Sterbefälle am Syndrom des plötzlichen Kindstodes (SID = Sudden Infant Death) in der Bundesrepublik Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Gruppe VII D.
Hinweis: Daten wurden erst ab 1979 erhoben

Überall hört man in Deutschland zur Zeit von »verhaltensgestörten Kindern«, und diese Kinder sieht man auch allorts. Im Bundesgebiet gibt es zur Zeit 35 Selbsthilfegruppen, es wird vom »HKS-Syndrom« (hyperkinetisches Syndrom) gesprochen, und es besteht kein Zweifel, daß in den letzten Jahren Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern extrem zugenommen haben. Die Kinder sind unruhig, benehmen sich auffällig und aggressiv. Sie werden dann als »verhaltensgestört« bezeichnet. Im Extremfall wird von »schwer erziehbaren Kindern« gesprochen. Ärztlicherseits wird als Ursache eine leichte Hirnfunktionsstörung genannt, die in der Wissenschaft, als »MCD« (= minimale cerebrale Dysfunktion) bezeichnet wird.

Eltern schildern ihr Kind so:

»Unser Sohn flippte oft aus, warf mit Gegenständen um sich, biß die Kindergärtnerin und konnte mit keinem anderen Kind zusammen spielen.«

Eine andere Schilderung:

»In den ersten vier Lebensjahren war unser Junge ein ausgesprochen liebes, zufriedenes und fröhliches Kind. Um den Kindergarten besuchen zu können, mußte er eine Fünffachimpfung erhalten. Danach trat eine Verhaltensänderung in seinem Wesen ein. Später gab es in der Schule ständig Klagen. Er sei unkonzentriert, unruhig, mache keine Hausaufgaben, er sei der Klassenkaspar. Die schulischen Leistungen lagen dadurch immer weit unter seinen Möglichkeiten. Entsprechende Verhaltensweisen zeigten sich auch zu Hause: Er ist hyperaktiv, extrem unordentlich, stiehlt, es besteht keine Bereitschaft zur häuslichen Mithilfe, aber ein hoher Verbrauch an Süßigkeiten usw.«

Der Vater dieses Jungen (ein Lehrer) schließt seinen Bericht mit folgendem Satz:

»Als Lehrer werde ich mit dem Problem der verhaltensgestörten Kinder täglich konfrontiert. Schulpsychologische Maßnahmen bewirken in der Regel kaum etwas.«

In der BR Deutschland erhalten heute 1,4 Millionen Kinder unter zwölf Jahren wegen dieser Hyperaktivität Psychopharmaka. In allen westlichen Industriestaaten gibt es das gleiche Problem.

In der Schweiz wird vom »PO-Syndrom« gesprochen (= Psycho-Organisches Syndrom). Es handelt sich um Verhaltensstörungen, gekennzeichnet durch unmotivierte Aggressivität, hyperaktives, unkontrolliertes Verhalten, Konzentrationsschwäche, verminderte oder fehlende Hemmschwelle. Im Frühjahr 1974 wurde der »ELPOS« (= Elternverein für Kinder und Jugendliche mit leichten psycho-organischen Funktionsstörungen) gegründet. Diese Organisation gibt es in fast allen Schweizer Kantonen. Nach einer Fernsehsendung trafen bei den Elternvereinen über 18000 Anfragen ein.

In Deutschland haben sich die Eltern autistischer Kinder zu einem Verband zusammengeschlossen, der viele tausend Mitglieder zählt. Die Neurodermitis bei Kleinkindern ist heute so häufig geworden, daß darüber Bücher geschrieben wurden. Die Neurodermitis-Kranken haben sich zu mehreren Verbänden zusammengeschlossen, von denen der größte 7500 Mitglieder zählt. 300000 Kranke wurden Ende 1990 vom Bundesverband Neurodermitiskranker in Deutschland e. V. betreut, und geschätzt wird die Gesamtzahl der an dieser Krankheit leidenden Menschen auf zwei Millionen.

Heute gibt es im frühen Kindesalter bereits Seh- und Hörstörungen in bisher nicht gekanntem Ausmaß. Fünf Prozent aller Babys in der BR Deutschland schießen, und jedes 20. Schulkind leidet an einer erheblichen Aufmerksamkeitsstörung. Zahlreiche Kinder lernen spät und dann auch noch schlecht sprechen. Weitere Kinder sind kaum in der Lage, in der Schu-

le das Lesen zu erlernen, bis hin zu Alexie oder Legasthenie. Nach einem Fernsehbericht vom 2.9.1990 war die Zahl der Analphabeten in der Bundesrepublik bis dahin auf drei Millionen angestiegen. In Amerika ist das alles noch schlimmer. In ihrem Buch »Dreifachimpfung - Ein Schuß ins Dunkle« schreiben COULTER und FISHER:

»Die Zahl der lernbehinderten Kinder in den öffentlichen Schulen ist von 830000 im Jahr 1958 auf 3234000 im Jahr 1980 gestiegen (laut National Center for Education Statistics) und steigt weiter, obwohl die Schulanmeldungen abnehmen. Ist es Zufall, daß dieser dramatische Anstieg lernbehinderter Bevölkerung genau mit den drei Dekaden zusammenfällt, in denen die Pertussis-Impfung auf alle amerikanischen Kinder ausgeweitet wurde?«

Im allgemeinen wird den Müttern solcher Kinder gesagt, die Ursachen seien unbekannt, es handle sich wahrscheinlich um einen »Sauerstoffmangel während der Geburt«. Bezüglich dieser (Verlegenheits-)Diagnose sollten Sie immer skeptisch sein,

Während 1961 beispielsweise in der ehemaligen DDR von einer Million Mädchen 92 an Krebs litten, waren es 1985 bereits 120. Die Krebshäufigkeit bei Jungen erhöhte sich in diesem Zeitraum von 110 auf 134. Warum Jungen weltweit häufiger als Mädchen betroffen werden, ist unbekannt. Bei uns ist pro Jahr mit 1500 krebskranken Kindern zu rechnen. Die Deutsche Krebshilfe sammelte weit über 300 Millionen DM und ermöglichte es der Schulmedizin, sich mit den verschiedensten Strahlungengetümen auf das Aufspüren und auf die Beseitigung der Krebsknoten in den verschiedensten Organen zu stürzen. Weil die Schulmedizin im *Krebsknoten* das Ziel ihrer therapeutischen Bemühungen sieht, hat sich bezüglich der Prognose der Krebserkrankung nichts geändert. Gebracht hat es, wie wir kürzlich in einer Fernsehsendung hören konnten, kaum etwas. Vor Jahren wurde der Arzt Dr. Isseis auf Betreiben der ärztlichen Landesorganisationen ins Gefängnis gesperrt, weil er Krebskranke nicht nach den Regeln der Schulmedizin behandelt hatte. Es war sehr verwunderlich, in der erwähnten Fernsehsendung von den beiden Schulmedizinerinnen die Lehren von Dr. Isseis - nämlich, daß der Krebs ein immunologisches Problem sei und die Lösung des Problems auf diesem Gebiet erforscht werden müsse - zu hören. Das wurde breit erörtert - ohne den Namen »Dr. Isseis« auch nur einmal zu erwähnen.

Ich lernte im Studium bei Prof. VEIL in Jena, daß der Krebs vermutlich durch eine Fehlleistung bestimmter Zellen im zentralen Steuerungszentrum - dem Gehirn - seine Ursache habe. Der deutsche Arzt Dr. R. G. HAMER behauptete, daß schwere seelische Störungen zu solchen Zellstörungen führen könnten. Er wurde beschimpft, verlacht, diffamiert, die Zulassung

als Arzt wurde ihm entzogen. Jetzt sind seine Erkenntnisse nachgeprüft und bestätigt worden. Es wird zugegeben, daß die Mißachtung seiner Forschungen »Unrecht« war. Die Zulassung als Arzt jedoch solle ihm erst dann wieder zuerkannt werden, wenn er sich zur offiziellen Medizin bekenne. Dr. Hamer - ein Galileo Galilei der Medizin!

Auch der enorme Anstieg der »allergischen« Erkrankungen ist neueren Datums! In der Geschichte aller Allergien sowie in der Geschichte der Impf-Nebenwirkungen spielt das Jahr 1796 eine verhängnisvolle Rolle. In diesem Jahr erschien die Arbeit Edward JENNERS über die Kuhpockenimpfung. Mit der Einführung des JENNERSchen Impfverfahrens, das in kurzer Zeit in ganz Europa angewandt wurde, **beginnt im Jahr 1796 die Einverleibung artfremden Eiweißes direkt in den menschlichen Organismus im großen Umfang.**

In die Gruppe der »allergischen« Erkrankungen gehört auch der Heuschnupfen oder das Heufieber. Als Erstbeschreiber des Heufiebers gilt der englische Arzt J. BOSROCX (1818). In seiner zweiten Veröffentlichung aus dem Jahr 1828 bringt BOSROCX das Heufieber mit dem Duft frisch gemähten Heus in Verbindung. Der englische Arzt CHARLES HARRISON BLACKLEY berichtete 1873 über seine Forschungen mit verdünnten Pollenaufschwemmungen. Sein einwandfreier Nachweis, daß Pollen die Ursache des Heufiebers sind, wurde jahrelang nicht anerkannt, weil er Homöopath war. Auch in der Geschichte des Heufiebers spielt das gleiche Jahr 1796 eine bemerkenswerte Rolle, weil in diesem Jahr die Erstveröffentlichung von SAMUEL HAHNEMANN kein bekanntes »Organon«, erschien. Obgleich wir den Begründer der Homöopathie zu den bestorientierten Ärzten seiner medizinischen Epoche zählen dürfen, begegnet uns in seinen Schriften der Heuschnupfen (oder Beschreibungen heuschnupfenähnlicher Symptome) nirgends. Auch in seinen späteren Schriften ist kein Wort über »allergische« Erkrankungen oder diesen ähnliche Krankheitsbilder zu finden.

Mit Einführung des JENNERSchen Impfverfahrens findet die auffallende Tatsache eine Erklärung, daß die ersten Berichte über das Heufieber aus England stammten. Dem englischen Gras aber kommt nur eine untergeordnete Bedeutung zu, denn die späteren Statistiken wiesen nach, daß die bäuerliche Bevölkerung die wenigsten Heuschnupfenkranken stellte. In seiner Heuschnupfen-Monographie schrieb H. PETOV 1930, daß die Erkrankung am häufigsten im zweiten Lebensjahrzehnt beginnt. Das ist nicht verwunderlich, denn 1875 war durch das Reichsimpfgesetz eine zweite Impfung im zwölften Lebensjahr (und damit im zweiten Lebensjahrzehnt) zur Pflicht gemacht worden.

Das bevorzugte Erstauftreten der Krankheit nach der Zweitimpfung konnte einwandfrei statistisch belegt werden. Heute erkranken schon Kinder an Heuschnupfen. Aber während es zu der damaligen Zeit nur zwei

Impfungen - nämlich im zweiten sowie die Wiederholungsimpfung im zwölften Lebensjahr - gab, beginnen heute die Impfungen am Tag nach der Geburt, und sogar in den meisten Fällen, ohne die Eltern zu fragen, und auch gegen den ausdrücklichen Wunsch der Eltern.

So machte die Familie Engelhardt aus Rückersdorf im Oktober 1992 die Entbindungsabteilung einer fränkischen Klinik ausdrücklich darauf aufmerksam, daß sie die Tuberkulose-Impfung nicht wünschte. Trotzdem wurde ihre am 27. Oktober 1992 geborene Tochter DANAE gegen den ausdrücklichen, schriftlichen Wunsch der Eltern mit BCG geimpft.

Der Heuschnupfen hingegen war in den Jahren 1926 bis 1930 noch so selten, daß PETOV unter 7000 bis 8000 Kranken der Charité in Berlin in den Monaten Mai, Juni und Juli keinen Heufieberanfall auffinden konnte. Das klingt heute unglaublich, es wurde aber von anderen Autoren, z. B. aus Gießen und Köln, bestätigt.

STICKER konnte 1908 zeigen, daß der Heuschnupfen in der Landbevölkerung auffallend selten vorkam, hingegen viel mehr unter der Stadtbevölkerung, und hier besonders in den privilegierten Bevölkerungsschichten. Das heißt, die Krankheit verbreitete sich dort, wo geimpft wurde - und nicht dort, wo die meisten Pollen flogen. Die Pollen sind dabei nur die äußeren Bedingungen für das seuchenhafte Auftreten, hingegen ist die innere Empfindlichkeit des Organismus der wesentliche Faktor dabei. Zum Verständnis der Epidemiologie des Heuschnupfens muß daher das berühmte Wort von Louis PASTEUR zugrunde gelegt werden:

»Der Keim ist nichts - das Terrain ist alles!«,

auch wenn wir heute aus seinen Tagebüchern wissen, daß Pasteur mehrfach »wissenschaftlichen Betrug« beging, ja, bei seinen spektakulären Impf-Experimenten bewußt log.

Ohne künstlichen Eingriff größten Stils in das Terrain wird man den Vorgang der Sensibilisierung eines so großen Teils der Menschen gegen Pflanzenpollen nicht verstehen können. Dieser Eingriff muß bezüglich Häufigkeit und geographischer Ausbreitung mit der Heuschnupfenseuche Schritt halten. Innerhalb dieser Überlegungen bleiben als Ursachen eigentlich nur die Impfungen übrig. Dieser Ursachenverdacht korreliert auf drei Ebenen bis ins Detail: sowohl zeitlich als auch geographisch sowie soziologisch.

In den 60er Jahren verlagerte sich der Zeitpunkt des gehäuftten Erstauftretens in das Kleinkindesalter. Dieses epidemiologische Phänomen korreliert mit der Entwicklung bzw. mit der Anwendung von Mehrfachimpfungen in den ersten beiden Lebensjahren. Das Heufieber wurde somit erst zur Massenerkrankung, nachdem die Ärzte in den Jahren nach dem letzten

Krieg »fieberhaft« zu impfen begannen. Als Massenerkrankung ist der Heuschnupfen nur zu verstehen, wenn man eine Sensibilisierung gegen artfremdes Eiweiß im größten Stil zugrunde legt. Wenn bedacht wird, in welchem Maß das empfindliche Immunsystem bei Säuglingen und Kleinkindern durch die Unzahl der heute durchgeführten Impfungen belastet wird, so liegt der Verdacht nahe, daß die riesige Zahl der durch Impfungen zugeführten Giftkeime Ursache dieser auf immunologischem Gebiet liegenden Störungen ist. Impfungen sind nämlich kein Immuntraining, sondern sie sind die Ursache für ein völlig durcheinandergebrachtes Immunsystem, welches dann auf äußere Reize eben »allergisch« reagiert.. Das bedeutet nämlich das Wort »Allergie« (= »anders reagieren«): Das Wort »Allergie« leitet sich von dem griechischen Wort »allos« (= »anders«) sowie von dem Wort »ergon« (= »die Verrichtung«) ab.

Jedes vierte amerikanische Kind leidet an einer Allergie!

Diese in neuester Zeit auftretenden Schäden des menschlichen Gehirnes, des menschlichen Verstandes sowie unseres Immunsystems müssen eine gemeinsame Ursache haben, die in unserem Zentralnervensystem zu suchen ist. Impfungen sind ein Eingriff in unser Immunsystem. Damit sind sie auch ein Eingriff in das Ökosystem, und die Menschheit lernt zur Zeit auf vielen Gebieten sehr schmerzlich, welche Folgen es haben kann, in dieses von der Natur so weise geschaffene Ökosystem einzugreifen.

Schützen Impfungen überhaupt?

Heute ist das Zeitalter der ohne Direktkontakt ansteckenden Seuchen vorüber. Die »Krankheiten des menschlichen Elends« (Pocken, Tuberkulose, Keuchhusten und Diphtherie) spielen nur noch eine geringe Rolle. Ende des vorigen Jahrhunderts war für 90 % aller Menschen eine Infektionskrankheit die Ursache ihres viel zu frühen Todes. Außer den obengenannten »Krankheiten des menschlichen Elends« war beispielsweise eine Lungentzündung eine häufige Todesursache. Bis ungefähr 1970 war dieser Anteil auf etwa 1 % abgesunken. Heute sind Todesfälle nach Infektionskrankheiten zur Seltenheit geworden. Gibt es aber keine oder kaum noch Infektionsquellen - entfallen auch die Ansteckungsquellen. In solchen Fällen werden Impfungen nur noch aus kommerziellen Gründen durchgeführt. Dann aber erhebt sich die Frage:

Schützen Impfungen überhaupt?

Von den Impfpärzten wird anlässlich dieser Frage auf die nach Impfungen im Blut nachweisbaren »schützenden Antikörper« verwiesen. Sie vergessen, was darüber schon vor Jahren Prof. HAAS(Virologe, Tätigkeit bei den

Behring-Werken, langjähriges Mitglied bei der STIKO) in seiner Veröffentlichung »Über einige Fragen der Impfung« (Der praktische Arzt, S. 2972, 1977) gesagt hatte:

»Ob die Bestimmung der Serumantikörper in jedem Fall die für den Schutzeffekt relevante Information liefert, ist zweifelhaft, zumindest offen.« ... »Im Grunde bieten alle In-vitro-Methoden zur Feststellung des Immunisationseffektes durch Blutuntersuchungen nur Ersatzinformationen für die Antwort auf jene Frage, die bei einer Impfung allein interessiert: . Wie verhält sich der Geimpfte bei der Exposition? Leider kann gerade diese Frage in vielen Fällen nicht zuverlässig beantwortet werden.« ... »Der Leser muß wissen, daß es vielfach auf die Frage, wie groß der Schutzeffekt einer Impfung ist und wie lange er anhält, keine zuverlässige Antwort gibt!«

Es gibt somit keinen Beweis hinsichtlich der Frage, ob die nach Impfungen im Blut nachweisbaren Veränderungen irgend etwas mit einer »Schutzwirkung« zu tun haben können. Da es die Krankheiten, gegen die sie angeblich schützen sollen, bei uns nicht mehr gibt, kann der »Beweis« eines Schutzes nie geführt werden. Er kann nur »behauptet« werden.

Aus einem früheren Impfschadensprozeß liegt die schriftliche Äußerung eines die Landesimpfanstalt. Bayern vertretenden Rechtsanwaltes vor:

»In jedem gestellten Impfschadensantrag sieht die Landesimpfanstalt einen -Angriff auf die Vaccination- : (das heißt auf die Impfungen im allgemeinen), und sie sieht es daher als ihre oberste Aufgabe an, solche Angriffe abzuwehren.«

So ist es auch zu verstehen, daß wir zwar gesetzliche Bestimmungen haben, wonach die Allgemeinheit beim Eintritt eines Impfschadensfalles dem Betroffenen Entschädigungen für die Opferung seiner Gesundheit gewährt. Aber aus obiger Äußerung ist zu verstehen, daß mir kein einziger Fall bekannt ist, in dem die Versorgungsbehörden nach Schilderung der Ereignisse und nach »sorgfältigen Ermittlungen« gesagt hätten: »Ganz klarer Fall- der Impfschaden wird anerkannt.«

In jedem mir bekannten Fall wurde der eingereichte Antrag abgelehnt. Jeder Fall führte zur Klage vor den Sozialgerichten, und Äußerungen, wie sie in der letzten Zeit von seiten der Schulmedizin zu hören waren - Impfschadensfälle würden »human« behandelt, dies habe dazu geführt, daß auch Fälle entschädigt würden, die in Wirklichkeit keine Impfschäden seien -, werden von den betroffenen Eltern als Verhöhnung ihrer Schicksale empfunden.

1985 habe ich in meiner Arbeit »Über Impfschäden und über gesetzliche Impfschadensanerkennungsverfahren« über 15 typische Abläufe derartiger Impfschadensanerkennungsverfahren berichtet. Bei jedem Fall habe ich dabei die sogenannte Laufzeit besonders hervorgehoben. Darunter ist die Zeit zu verstehen, die von der Antragstellung beim Versorgungsamt bis zur Anerkennung des Leidens als versorgungspflichtiger Impfschaden vergeht. Die kürzeste Laufzeit betrug dabei vier Jahre und neun Monate, die längste Laufzeit betrug 27 Jahre und elf Monate. Das heißt, 27 Jahre und elf Monate mußte eine Mutter immer wieder erneut Anträge stellen, Klage einreichen, bis das Leiden ihrer durch eine Impfung zerstörten Tochter von den Versorgungsbehörden endlich als Impfschaden anerkannt wurde.

Am 28.10.1992 hatte ich in der Fernsehsendung »Schreinemakers live« ein Streitgespräch mit dem Leiter eines großen Gesundheitsamtes. Dieser behauptete: »Impfschäden sind ganz, ganz, ganz, ganz selten.« Hier fragt man sich - angesichts von 10650 bei den deutschen Versorgungsverwaltungen eingereichten Impfschadensfällen: Lügt die andere Seite bewußt und vorsätzlich, oder will sie es nicht wahrhaben, oder wissen es Leiter großer Gesundheitsämter tatsächlich nicht besser? In der Sendung wurde ein durch die Polioimpfung schwerstens geschädigtes Kind gezeigt, und am Schluß der Sendung wurde die Adresse des Schutzverbandes für Impfgeschädigte eingeblendet. Nach der Sendung riefen Ärzte und besonders aber Ärztinnen beim Schutzverband an und fragten, fast weinend, ob es denn tatsächlich durch Impfungen solche Schäden, wie gezeigt, gegeben habe. Das hätten sie nicht gewußt.

Die Ärzte wissen es tatsächlich nicht besser, weil ihre Abschirmung, die von Prof. EHRENGUT als »Mauer des Schweigens« bezeichnet wurde, derartig dicht ist, daß alles, was das Geschäft der Pharmaindustrie stören würde, nicht bis zu den impfenden Ärzten vordringen kann. Wer steckt dahinter - und wer kann ein Interesse daran haben, daß die Öffentlichkeit über die ungeheuren Schäden so wenig erfährt? Darauf gibt es nur eine Antwort: diejenigen, die im Hintergrund stehen und an Impfungen verdienen - in erster Linie die Impfstoffhersteller.

Das Ausmaß der Impfschäden in Deutschland

Um das Ausmaß der Schäden aufzuzeigen, hier die Tabellen über die 1991 bei den 16 deutschen Versorgungsämtern... eingereichten Impfschadensanträge.

Impfschadensstatistik Deutschlands (alte und neue Bundesländer) für das Jahr 1991., Stichtag: 31.12.1991						
Bundesland	eingereichte Anträge	abgelehnte Anträge	anerkannte Fälle	unerledigte Anträge	aus sonstigen Gründen erled. Antr.	
Bremen	0	0 = 0%	0 = 0%	0	0	
Saarland	2	1 = 50%	0 = 0%	0	1	
Hamburg	6	7 = 116%	0 = 0%	3	0	
Mecklenburg- Vorpommern	39	2 = 5%	4 = 10%	72	0	
Schleswig- Holstein	6	7 = 116%	6 = 100%	7	0	
Brandenburg	156	7 = 12%	4 = 7%	200	11	
Thüringen	44	0 = 0%	0 = 0%	37	7	
Sachsen- Anhalt	18	0 = 0%	0 = 0%	18	0	
Berlin (West)	4	2 = 50%	0 = 0%	5	0	
Berlin (Ost)	71	3 = 4%	5 = 7%	53	15	
Rheinland- Pfalz	14	11 = 78%	2 = 14%	16	0	
Sachsen	296	8 = 3%	98 = 33%	190	0	
Hessen	12	10 = 83%	2 = 16%	29	0	
Niedersachsen	18	13 = 72%	3 = 16%	29	6	
Baden- Württemberg	42	41 = 97%	4 = 9%	29	12	
Bayern	38	15 = 39%	10 = 26%	69	5	
Nordrhein- Westfalen	51	39 = 76%	7 = 13%	51	6	
Deutschland	829	166 = 20%	145 = 17%	808	63	

Quelle: Landesversorgungsämter

Hier zunächst die Impfschadensstatistik für das Jahr 1991 mit dem Stichtag 31.12.1991.

Links die 16 Bundesländer. Bremen (das kleinste Bundesland) an der Spitze, Nordrhein-Westfalen (das größte Bundesland) am Schluß. Es wurden 1991 829 Impfschadensanträge eingereicht. Davon wurden 166 (20 %) abgelehnt, 145 (17 %) wurden anerkannt, es blieben aber 808 unerledigte Anträge zurück, und 63 sind aus sonstigen Gründen erledigt. Ursache des verhältnismäßig hohen Anteils von eingereichten sowie unerledigten Anträgen ist das Hinzutreten der neuen Bundesländer zur BR Deutschland, wobei es sich wahrscheinlich um die Gesamtzahl der dort angesammelten Fälle handelt.

Anzahl der bei den Versorgungs ämtern Deutschlands eingereichten Anträge, ein bestehendes Leiden als »entschädigungspflichtigen Impfschaden« anzuerkennen. Stichtag: 31.12.1991

Bundesland	Einwohnerzahl	Anzahl der eingereichten Anträge	1 Impfschaden pro Einw.
Bremen	674000 ¹⁾	82	8000
Saarland	1065000	205	5000
Hamburg	1626000	201	8000
Mecklenburg- Vorpommern	1964000	90	21000
Schleswig-Holstein	2595000	617	4200
Brandenburg	2641000	175	15000
Thüringen	2684000	80	33000
Sachsen-Anhalt	2965000	840	3500
Berlin	3410000	675	5000
Rheinland-Pfalz	3702000	553	6500
Sachsen	4901000	371	13200
Hessen	5661000	1111	5000
Niedersachsen	7284000	449	16000
Baden- Württemberg	9619000	1362	7000
Bayern	11221000	1594	7000
Nordrhein- Westfalen	17104000 ¹⁾	2245	7600
Deutschland	79113000 ¹⁾	10650	7500

Quelle: (Einwohnerzahlen:) Statistisches Jahrbuch 1991; (Impfschadensfälle:) Landesversorgungsämter

Diese Tabelle zeigt die insgesamt bis zum 31.12.1991 bei den 16 Landesversorgungsämtern eingereichten Anträge. Es waren 10650.

Anzahl der bei den Versorgungsämtern Deutschlands abgelehnten Anträge, ein bestehendes Leiden als »entschädigungspflichtigen Impfschaden« anzuerkennen. Stichtag: 31.12.1991

Bundesland	Einwohnerzahl	Anzahl der abgelehnten Anträge	Prozentzahl der Ablehnungen
Bremen	674000 ¹⁾	45	54
Saarland	1065000	125	60
Hamburg	1626000	158	78
Mecklenburg- Vorpommern	1964000	2	2
Schleswig-Holstein	2595000	334	54
Brandenburg	2641000	2	1
Thüringen	2684000	0	0
Sachsen-Anhalt	2965000	0	0
Berlin	3410000	574	85
Rheinland-Pfalz	3702000	288	52
Sachsen	4901000	8	2
Hessen	5661000	658	59
Niedersachsen	7284000	321	71
Baden- Württemberg	9619000	984	72
Bayern	11221000 ¹⁾	898	53
Nordrhein- Westfalen	17104000	1737	77
Deutschland	79113000	6134	57

Quelle: (Einwohnerzahlen:) Statistisches Jahrbuch 1991; (Ablehnungen:) Landesversorgungsämter

Von den 10650 eingereichten Anträgen wurden insgesamt 6134 (57 %) abgelehnt.

Anzahl der bei den Versorgungs ämtern Deutschlands anerkannten Anträge, ein bestehendes Leiden als »entschädigungspflichtigen Impfschaden« anzuerkennen. Stichtag: 31.12.1991

Bundesland	Einwohnerzahl	Anzahl der anerkannten Anträge	1 Impfschaden pro Einw.
Bremen	674000	32 = 39 %	20000
Saarland	1065000	55 = 26 %	19000
Hamburg	1626000	86 = 42 %	18000
Mecklenburg- Vorpommern	1964000	4 = 4,4 %	491000
Schleswig-Holstein	2595000	247 = 40 %	10000
Brandenburg	2641000	4 = 2,2 %	660000
Thüringen	2684000	0 -	-
Sachsen-Anhalt	2965000	0 -	-
Berlin	3410000	91 = 13 %	20000
Rheinland-Pfalz	3702000	176 = 32 %	20000
Sachsen	4901000	114 = 31 %	43000
Hessen	5661000	324 = 29 %	17000
Niedersachsen	7284000	280 = 62 %	25000
Baden- Württemberg	9619000	473 = 34 %	19000
Bayern	11221000 ¹⁾	403 = 25 %	27000
Nordrhein- Westfalen	17104000 ¹⁾	560 = 25 %	29000
Deutschland	79113000 ¹⁾	2849 = 26,7 %	27700 ¹⁾

Quelle: (Einwohnerzahlen:) Statistisches Jahrbuch 1991; (Impfschadensfälle:) Landesversorgungsämter

Die letzte Tabelle zeigt Ihnen die Anzahl der in der BR Deutschland vom Staat *anerkannten* Impfschadensfälle, es sind 2849. Eine Größenordnung, die der Einwohnerzahl vieler deutscher Kleinstädte entsprechen dürfte.

Stellen Sie sich irgendeine deutsche Kleinstadt vor, und stellen Sie sich vor, daß diese Stadt nur aus gelähmten, von Krämpfen geschüttelten, geistig behinderten Menschen besteht, von denen kaum einer richtig sprechen kann. Dann haben Sie einen Eindruck von dieser Größenordnung.

Gewiß, für ein Volk von 80 Millionen Einwohnern sind das nicht viele, aber es sind immerhin so viele, daß sich vielleicht doch so mancher Arzt unangenehm an den alten ärztlichen Grundsatz »Primum nil nocere« erinnert fühlen könnte - und deshalb müssen diese Schäden totgeschwiegen und abgestritten werden.

Warum? Weil es das Geschäft stören würde! Um zu zeigen, in welchen Größenordnungen sich das Impfgeschäft bewegt, folgt eine Tabelle über die von den deutschen Gesundheitsämtern von 1970 bis 1980 durchgeführten Impfungen.

	Diphtherie	Pertussis	Tetanus	Tuberkulose	Masern	Röteln
1970	742383	186354	975249	499029		
1971	653752	197433	833389	497371		
1972	881097	310 764	993643	510 588	30352	
1973	935014	321964	1069528	390857	16939	
1974	848039	275069	1023379	415501	12468	
1975	643835	119233	784462	152018	4410	
1976	717982	40212	839857	5273	7588	60 376
1977	582574	8888	690806	13 710	15188	389796
1978	588868	6702	712129	101 075	15409	316586
1979	589494	24628	703555	154945	33404	330023
1980	580906	3895	690905	155881	43709	328847
	7763944	1495142	9349902	2896248	179464	1425628

In früheren Jahren wurden Impfungen vorwiegend von den Gesundheitsämtern ausgeführt. Als gegen Ende der 60er Jahre bekannt wurde, daß das Impfgeschäft durch entsprechende Verträge an die Kinderärzte, an praktische Ärzte und an Internisten übergehen soll, führten die Gesundheitsämter von 1970 bis 1980 Massenimpfaktionen durch - sie wollten gewissermaßen noch einmal zeigen, was sie leisten können. Die genauen Zahlen der damals durchgeführten Impfungen wurden im »Bundesgesundheitsblatt« veröffentlicht. Hat man aber diese Zahlen, dann können die Impfstoffkosten berechnet werden.

Diphtherie:	8,40 DM	(7763 944 X 8,40 DM) =	65217 129,60 DM ~
Pertussis:	11,95 DM	(1 495 142 X 11,95 DM) =	17 866 896,90 DM
Tetanus:	4,48 DM	(9 349 902 X 4,48 DM) =	41 887560,96 DM
Tuberkulose:	38,75 DM	(2896248 X 38,75 DM) =	112229610,00 DM
Masern:	35,82 DM	(179 464 X 35,82 DM) =	6428400,48 DM
Röteln:	27,75 DM	(1425628 X 27,75 DM) =	39561127,00 DM
Gesamtsumme:			283 190724,94 DM

Wie ersichtlich, waren es 283 Millionen DM.

In meinen Tabellen über die Infektionskrankheiten, veröffentlicht im Dtsch. Journal für Homöopathie, in der Zeitschrift »Der Gesundheitsberater«, in dem Buch von F. und S. DELARUE »Impfungen - der unglaubliche Irrtum« und dem Buch von S. DELARUE »Impfschutz - Irrtum oder Lüge?« (beide erschienen im Hirthammer Verlag, München), ist der Verlauf der Infektionskrankheiten, vor allem in Deutschland, umfassend in Kurven dargestellt. In Form von kastenförmigen Rasterungen sind in diesen Kurven die Massenimpfaktionen von 1970 bis 1980 eingezeichnet. Unschwer ist aus den Kurvenverläufen zu erkennen, daß diese Massenimpfaktionen in

keinem Fall, das heißt bei keiner Impfung zu einem positiven Effekt geführt haben. Und ebenso läßt keine der zahlreichen anderen in den Büchern gezeigten und kommentierten Kurven den Schluß zu, daß Menschen - gleichgültig ob Erwachsene oder Kinder - durch eine dieser Impfungen vor der Erkrankung, gegen die sich die Impfung richtete, geschützt worden sind. Aber die Schäden sind, wie die eben zitierte Literatur und das vorliegende Buch zeigen, gewaltig.

Impfungen gegen Krankheiten, die keine Rolle mehr spielen

Um die geradezu wütende Impfpropaganda, die zur Zeit auf die deutsche Bevölkerung niederprasselt, richtig einzuschätzen, muß man folgendes wissen:

Die Tuberkulose spielt in Deutschland keine Rolle mehr. Seit 20 Jahren liegen die Todesfälle an Diphtherie im Minimalbereich, seit 20 Jahren ist kein deutsches Kind an einer Poliomyelitis erkrankt. Der Keuchhusten verläuft mild, Todesfälle gibt es nur noch im Ausnahmebereich. Masern-Todesfälle der letzten Jahre sind an einer Hand abzuzählen. Nach der »Grippeimpfung« erkrankte fast jeder zweite dagegen geimpfte Bürger an einem besonders schweren »grippalen Infekt« (der von der Bevölkerung als »Grippe« bezeichnet wird), und meine Kurven über die Verläufe der Infektionskrankheiten beweisen eindeutig, daß diese Rückgänge keine Impffolgen sind, denn sie begannen lange, lange vor Einführung irgendwelcher Impfmaßnahmen, und die Einführung dieser Impfungen läßt an ihren Verläufen keinerlei positive Änderungen erkennen. Die Mütter glauben den Kassandra-Rufen der Impfpropagandisten nicht mehr so recht, deshalb gingen die Impfstoffe und damit der Profit aus Impfungen zurück, und Impfstoffe mußten vernichtet werden.

Wie eine Erlösung kamen die Poliofälle aus Holland.

Meines Wissens gab es zwei Todesfälle - darunter ein drei Wochen altes Baby mit durchaus unklarer Todsursache - sowie 58 erkrankte Personen. Beim größten Teil davon wurden lediglich im Stuhl Polioviren nachgewiesen. Nach bewährter Taktik wurden sie - um der Bevölkerung die notwendige Angst einzujagen - als »Poliofälle« bezeichnet. Die Epidemie - die nur in der Impfpropaganda eine Epidemie war - ist abgeklungen, seit langer Zeit sind in den holländischen Zeitungen keine Berichte mehr erschienen.

In den Zeitungen, Zeitschriften, im Fernsehen und im Rundfunk läuft die Propagandamaschine wieder auf Hochtouren. Der in der letzten Zeit zunehmende Verdacht, daß zwischen den Polioimpfstoffen und der Erkan-

kung an AIDS irgendwelche Zusammenhänge bestehen können und man dieser Impfung mit Vorsicht begegnen sollte, ist für die Pharmaindustrie und die Funktionäre kein Hinderungsgrund, immer wieder zu Impfungen aufzurufen.

Polioimpfstoffe und AIDS

Jedem Menschen, der die Diskussion um die AIDS-Erkrankungen mit einer gewissen Aufmerksamkeit verfolgt hat, ist es klar, daß wir bezüglich der AIDS-Entstehung vorsätzlich und mit Absicht belogen werden. AIDS ist nicht vom Himmel gefallen, sondern durch menschliche Manipulation entstanden. Verfolgt man die verschiedenen AIDS-Entstehungs-Theorien, so stößt man immer wieder auf drei Begriffe:

1. Affen
2. Impfungen
3. Afrika.

Der amerikanische Journalist Tom CURTIS veröffentlichte in der Zeitschrift ROLLINGSTONE am 19. März 1992 seine Untersuchungen unter dem Titel »THE ORIGIN OF AIDS« und schrieb als Untertitel: A startling new theory attempts to answer the question: »Was it an act of god or an act of man?«

CURTIS weist darauf hin, daß die Forschungen zur Herstellung und Produktion eines Polioimpfstoffes in den Jahren nach Beendigung des letzten Krieges begannen. Die Polioimpfstoffe werden auf Affennieren gezüchtet, das heißt auf Ausscheidungsorganen. Diese Impfstoffe wurden in Afrika ausprobiert. Später fand man in den Affennieren zahlreiche Viren. Sie wurden nach ihrer Entdeckung »durchnummeriert«. Ein Virus erregte besondere Aufmerksamkeit, da es beim Hamster Krebsgeschwülste hervorrief. Da es das 40. Virus war, welches entdeckt wurde, erhielt es die Bezeichnung »SV-40«-Virus. »S« steht dabei für »Simian«, das heißt »affenähnlich«, und »V« steht für »Virus«. Es gehört zur Gruppe der »Slow-s-Viren«, die eine sehr lange Latenz zwischen Infektion und Ausbruch der Erkrankung haben. Bei »Slow«-Viren kann die Latenzzeit bis zu 30 Jahren betragen. Das »SV-40«-Virus ist vom HIV-Virus nicht oder kaum zu unterscheiden. Zirka 30 Jahre nach der ersten Anwendung dieser Impfstoffe in Afrika begannen dort die AIDS-Erkrankungen. Heute sollen in diesen Distrikten 30 % der Menschen an AIDS erkrankt sein.

Die Versuche, Impfstoffe gegen Polio zu entwickeln, gingen von der Pharmaindustrie aus. Dabei blieben die Firmen im Hintergrund und stellten die Impfstoff-Forscher in den Vordergrund. Hier sind zu nennen:

1. Herr KOPROWSKI,
2. Herr Cox,
3. Herr SALK,
4. Herr SABIN.

Mit den von Herrn Koprowski entwickelten Impfstoffen erfolgten die Probeimpfungen in Afrika.

Natürlich kam es zu Rivalitätsstreitigkeiten unter diesen Herren, und heute wird der Name »Koprowski« kaum noch erwähnt; der von ihm entwickelte Impfstoff wird nicht mehr verwendet. Im Bericht »The Origin of AIDS« heißt es: »Koprowski's is frozen out« (= eingefroren). Mit den von Herrn Cox entwickelten Impfstoffen erfolgten etwa 1966 die ersten Impfungen in Baden-Württemberg und in Berlin. Da es in Amerika zu dem sogenannten »Cutter-Unglück« kam, wurden auch die Impfstoffe des Herrn Cox bei uns aus dem Handel gezogen. Die Firma Cutter hatte Impfstoffe hergestellt, nach deren Anwendung es gehäuft zu Poliomyelitis-Fällen - zum Teil mit tödlichem Ausgang - in Amerika gekommen war. Die Vorgänge sind bei uns weitestgehend verschwiegen worden.

Sowohl die SALK-als auch die SABIN-Impfstoffe werden auf Affennieren gezüchtet.

Soll es Zufall sein, daß es ca. 30 Jahre nach der Ersterprobung der Polio-Impfstoffe in Zaire genau dort zum Ausbruch der AIDS-Erkrankungen kam?

Über die »Erfolge« der Salk- und Sabin-Impfstoffe informiert ausführlich das Buch von Frau Delarue »Impfschutz - Irrtum oder Lüge«.

Impfungen sind das große Geschäft

Von ASCHNER stammt der Satz:

»Die Geschichte der Medizin ist die Geschichte von Irrtümern.«

Ich kann mir kaum vorstellen, daß diese Irrtümer an den obersten, verantwortlichen Stellen nicht bekannt sind. Da Impfungen aber so ausgezeichnete Gewinne abwerfen, werden diese Irrtümer verschwiegen. Zur Zeit der gesetzlichen Pockenimpfung ist verschwiegen worden, daß bei Pockenausbrüchen die an Pocken Erkrankten alle geimpft waren. Heute wird die Zahl derjenigen verschwiegen, die trotz Impfung an der Krankheit erkrankt sind, gegen die sich die Impfung richtete. Weil die Medizin, sowie die pharmazeutische Industrie international arbeiten bzw. verzweigt sind, ist das in allen industrialisierten Ländern so. Daher schreiben auch COULTER und FISHER in ihrem Buch »Dreifach-Impfung: Ein Schuß ins Dunkle«:

»Es ist die nackte Wahrheit. - daß Impfungen das große Geschäft sind. Die Forschung und Verwaltung von Impfungen beschäftigen Zehntausende von Menschen in Impfstoffproduktionen, privaten Labors, Universitäten, Landesgesundheitsämtern, öffentlichen Kliniken, der FDA., der CDC, Krankenhäusern und Arztpraxen. Die Länder erhalten Unterstützung des Staates für die Massenimpfungsprogramme und für zusätzliches Personal in ihren Gesundheitsämtern. Die CDC schätzt, daß 151 Millionen Dosen der acht großen Impfungen im Jahr 1981 in den USA verteilt wurden, wodurch die Pharmaindustrie mehr als 300 Millionen Dollar verdiente. Die Zuteilung des staatlichen Budgets für Impfungen bei Kindern stieg von 6,2 Millionen Dollar im Jahr 1975 auf mehr als 46 Millionen Dollar im Jahr 1979. Und die Tatsache, daß zumindest sieben Impfungen gesetzlich vorgeschrieben sind für die Aufnahme in der Schule, sichert den Impfstoffherstellern einen stabilen, leichten Markt.«

Werden womöglich die jetzt im Test befindlichen Impfstoffe gegen Windpocken, Meningitis, Hepatitis, Influenza, Gonorrhoe, Herpes und Pneumonie an die Liste der sieben jetzt bei unseren Kindern verlangten Impfungen angehängt?

Bei uns hatte bisher ein Kind, dessen Eltern sich dem Impfwang beugten, 17 Impfungen hinter sich, ehe es richtig laufen konnte. 1992 kam die Hepatitis-A-Impfung hinzu, jetzt sind es 20. Es wird auch die Impfung gegen die Hepatitis C hinzukommen, dann sind es 23; der Impfstoff gegen Windpocken ist bereits »entwickelt«. Diese Impfung wird zur Zeit nur noch nicht eingeführt, da man den Zeitpunkt wegen der Finanzmisere des Gesundheitswesens für ungünstig hält. Hier kostet nämlich der Impfstoff für die Einzelimpfung etwa 600 DM. Sobald sich die Gemüter um die Sparpläne unseres Gesundheitsministers etwas beruhigt haben, wird diese Impfung sicherlich eingeführt werden.

Immer wieder erhebt sich dann die Frage nach der Gefährlichkeit der Impfungen. Diese kann nur indirekt beantwortet werden. Eine exakte Beantwortung ist deshalb nicht möglich, weil alle damit in Zusammenhang stehenden Zahlen vertuscht, verheimlicht und unterdrückt werden. Es kann nur gesagt werden, wieviel Impfschadensvorgänge bei den Versorgungsverwaltungen vorliegen. Daß die »Dunkelziffer« (- selbst der schweren Fälle - dabei hoch ist und wahrscheinlich das Zehnfache dessen beträgt, was bei den Versorgungsämtern bekannt ist, ist jedem, der sich längere Zeit mit dieser Materie beschäftigt, klar. Alle Ärzte sind bemüht, solche Zahlen niedrig zu halten. Auch die Ärzte der Versorgungsverwaltungen (nicht die braven Angestellten oder Beamten der Versorgungsämter!) fühlen sich den Lehren der Schulmedizin mehr verpflichtet und stehen den Antragstellern feindlich gegenüber. Daher kommt es, daß zunächst jeder eingereichte Impfschadensantrag' abgelehnt wird. Es ist unbekannt, wie viele Eltern daraufhin den Mut verloren haben und aufgaben. Kommt es aber zu gerichtlichen Auseinandersetzungen, so sind nicht die ordentlichen Gerichte, sondern die Sozialgerichte zuständig.

In unserer merkwürdigen sozialen Gerichtsbarkeit gilt nicht der Grundsatz, daß im Zweifelsfalle immer für den Angeklagten bzw. den Antragsteller zu entscheiden ist; hier gilt der Grundsatz, daß der Antragsteller »beweispflichtig« ist. Das heißt, das des Sprechens nicht fähige, intelligenzgeschädigte Kind bzw. seine Eltern müssen »beweisen«, daß die Impfung - und nur die Impfung - Ursache des Schadens ist. Gegen diese Impfanhängenfront sollen Eltern nun - ohne daß ihnen auch nur eine staatliche Stelle hilft - ankämpfen. So erklärt sich die hohe Zahl abgelehnter Impfschadensanträge. Meines Erachtens wurden 90 % dieser Anträge zu Unrecht abgelehnt, denn in den Zeiten, als es noch eine »DDR« gab, wurden dort ca. 93 % der eingereichten Anträge anerkannt und nur 7 % abgelehnt. Schon aus dem Vergleich dieser beiden Zahlen ist das in der BR Deutschland begangene Unrecht ersichtlich.

Vor einiger Zeit fragte ein Zahnarzt bei mir an, welche Impfungen für

eine Amazonas-Reise empfehlenswert seien. Er wolle mit seiner Frau und seinen drei Söhnen eine »Abenteuerreise« unternehmen. Um die Ferienzeit brauche er sich nicht zu kümmern, denn seine drei Söhne seien noch nicht schulpflichtig. Auf meine Frage, warum die Reise ins Amazonasgebiet gehen solle, ob er denn schon in den Bergen oder auf den Friesischen Inseln gewesen sei, war der Mann zutiefst beleidigt. Wenn diese fünfköpfige Familie alle die »empfohlenen vorherigen« Impfungen durchführen läßt, kostet das mehrere tausend Mark. Z. B. kostet allein die Hepatitis-B-Impfung (5 X 3 X 145,- DM) 2175,- DM. Sie wurden bisher in Deutschland von den Krankenkassen (d. h. der Allgemeinheit) bezahlt. Diesen Unsinn abzustellen wäre ein Sparvorschlag für den Bundesgesundheitsminister. (Dieser Vorschlag wurde von Herrn Seehofer aufgenommen.)

Den Impfstoffproduzenten sind die Zahlungen durch die Öffentlichkeit angenehm. Sie können dann gut abgesichert im Hintergrund stehen.

In Amerika ist jetzt den Impfstoffherstellern ein Schachzug gelungen. Bisher mußten diese Firmen die Entschädigungen für Impfschäden an ihre Opfer bezahlen. Die gerichtlich festgelegten Entschädigungsleistungen betrugten meist viele Millionen Dollar. Das führte zunächst zu erheblichen Verteuerungen der Impfstoffe, denn die großen Produzenten schlugen regelmäßig die Kosten dieser Entschädigungsleistungen den Preisen für die Impfstoffe zu. Viele kleinere Firmen aber gingen pleite. Die Firma SMITH-KLINE verlegte das Impfstoffgeschäft nach Deutschland, denn hier trägt die Allgemeinheit die Entschädigungskosten für Impfschäden. Noch besser war der Schachzug der Firma MERCK & CO. Sie verkaufte ihre Impfstoffe an eine staatliche Behörde, nämlich die »Centers for Disease Control« (CDC). Als jetzt ein mit dem Masern-Impfstoff dieser Firma geimpftes Kind an schweren neurologischen Komplikationen erkrankte und die Eltern, wie bisher in Amerika üblich, den Hersteller auf Schadenersatz verklagten, wurden sie von zwei Instanzen abgewiesen. Begründung: Die Haftung und die Pflicht zu gehöriger vorheriger Aufklärung seien nicht Sache der Firma MERCK & CO., sondern auf die CDC übergegangen.

Anhand von Zahlenbeispielen soll gezeigt werden, wieviel an Impfungen zu verdienen ist und weshalb zur Zeit eine solche Impfpropaganda-Lawine auf uns niederprasselt.

Im Jahre 1989 wurden in Deutschland - nur von den gesetzlichen Krankenkassen, das heißt ohne Privatimpfungen und ohne Impfungen durch die Gesundheitsämter - folgende Impfungen durchgeführt und abgerechnet:

Anzahl der in der BR Deutschland im Jahre 1989 auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Impfungen (d. h. ohne Privatimpfungen und ohne Impfungen durch die Gesundheitsämter)

Einzelimpfstoffe	Mehrfachimpfstoffe
»Grippe«-Impfung = 1457500	DT (Diphtherie, Tetanus) = 1392 600
»Zecken«- Impfung = 1272100	MMR (Masern, Mumps, Röteln) = 300 600
Kinderlähmung = 977 200	DPT (Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus) = 271500
Tuberkulose = 113 800	MM (Masern, Mumps) = 141800
Hepatitis B = 99000	Summe = 2.106.500
Diphtherie = 70200	
Röteln = 58800	
Mumps = 15500	
Masern = 5200	
Keuchhusten = 4000	
Summe = 4 073 300	+ = 2 106 500 = 6 179 800

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 1989 allein auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung 6179800 Impfungen durchgeführt.

Kosten der Impfstoffe, welche in der BR Deutschland im Jahre 1989 von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wurden (d. h. ohne Privatimpfungen und ohne Impfungen durch die Gesundheitsämter)

Einzelimpfstoffe	
Grippe = 15,39 DM (15,39 X 1 457,5 Mio.) = 22430925,- DM	
Zecken = 40,00 DM (40,00 X 1271,1 Mio.) = 50844 000,- DM	
Kinderlähmung = 8,34 DM (8,34 X 977,2 Mio.) = 8149846,- DM	
BCG (5 Port.)* = 45,20 DM (9,04 X 113,8 Mio.) = 1 028 752,- DM	
Hepatitis B = 144,87 DM (144,87 X 99,0 Mio.) = 14342130,- DM	
Diphtherie = 9,05 DM (9,05 X 70,2 Mio.) = 635310,-DM	
Röteln = 27,90 DM (27,90 X 58,8 Mio.) = 1 640 520,- DM	
Mumps = 40,48 DM (40,48 X 15,5 Mio.) = 627440,-DM	
Masern = 37,40 DM (37,40 X 5,2 Mio.) = 194480,-DM	
Keuchhusten = 18,00 DM (18,00 X 4,0 Mio.) = 72000,-DM	
Summe = 99965403,- DM	

* Aus einer Ampulle des BCG-Impfstoffes zu 45,20 DM können fünf Einzelportionen zu 9,04 DM aufgezogen werden.

Mehrfachimpfstoffe

DT	=	9,60 DM (9,60 X 392,6 Mio)	=	13 368 960,- DM
MMR	=	66,75 DM (66,75 X 300,6 Mio)	=	20 065 000,- DM
DPT	=	14,65 DM (14,65 X 271,5 Mio)	=	3977 420,- DM
MM	=	54,70 DM (54,70 X 141,8 Mio)	=	7 765,460,- DM

Summe	=	45 167840,- DM
-------	---	----------------

Für die Bezahlung der Einzel- und Mehrfachimpfstoffe des Jahres 1989 mußten von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht werden:	99965403,-	DM
Die »ärztlichen Leistungen« betragen: (15,00 x 6 179800, d. h. pro Impfung ca. 15,00 DM)	45 167840,-	DM
	=	145133243,- DM
	+	92697000,- DM
	=	237 830 243,- DM

Die Gesamtkosten für die Impfungen des Jahres 1989 betragen für die gesetzliche Krankenversicherung (also ohne Privatimpfungen und ohne Impfungen durch die Gesundheitsämter) 237 830243,- DM.

In mehreren bereits vor Jahren von mir veröffentlichten Artikeln, die ich z. T. oben erwähnt habe, und in den beiden Büchern »Impfungen - der unglaubliche Irrtum« und »Impfschutz - Irrtum oder Lüge?« kann jeder Leser anhand umfangreicher Statistiken und der Kurvenverläufe der Infektionskrankheiten nachvollziehen, daß die Rückgänge der Infektionskrankheiten nichts mit Impfungen zu tun haben. Wenn trotzdem die im Impfgeschäft Mächtigen und Bestimmenden behaupten, Impfungen seien zum Schutz der Bevölkerung notwendig, dann hat dies mit »schützen« sehr wenig zu tun, dafür aber um so mehr mit dem Begriff »Geschäa«.

Nachweise

1. Kapitel - Nachweise

1. Kanner, Leo, 194211943, 250.
2. Kanner, Leo, 1944.
3. Kanner, Leo, 194211943, 242.
4. Kanner, Leo, 1954, 379.
5. Kanner, Leo, 194211943, 236.
6. Eisenberg, Leon, 1956,609-611. .
7. Creak, E.M. *et al.*, 1961,502.
8. Yates, Alayne, 1984,396,397.
9. Bemporad, J.R., 1979, 195.
10. Creak, E.M. *et al.*, 1961,502. Cohen, D.J., 1980,396.
11. Cohen, Donald J., 1980,388.
12. *Ibid.*, 387.
13. Katz, Donald R., 1979.
14. Kanner, Leo, 1944, 215.
15. Kanner, Leo, 194211943,236.
16. Katz, Donald R., 1979.
17. Katz, Donald R., 1979.
18. Pingree, Carmen, 1984, 331.
19. Kanner, Leo, 1944,217.
20. Volkmar, Fred R. and Cohen, Donald J., 1985,49-50.
21. Bemporad, Jules R., 1979, 192.
22. Cohen, Donald J., 1980,389.
23. Kanner, Leo, 1944,217.
24. Kanner, Leo, 1949,422.
25. Kanner, Leo, 1954. 384.
26. Kanner, Leo and Eisenberg. Leon, 1Y57, 62.
27. Kanner, Leo, 1944, 217.
28. Kanner, Leo, 1949, 426.
29. Kanner, Leo. 1954, 384. Kanner, L. and Eisenberg, L., 1957, 62.
30. Kanner, Leo, and Eisenberg, Leon, 1957, 60.
31. Schopler, Eric. *et al.*, 1981,258.
32. Despert, J.L., 1951, 347-350.
33. Bergman, P. and Escalona, S., 1949,349-351. .
34. Cappon, Daniel, 1953, 45.
35. *Lac, eil.*

36. Betz, Barbara, 1947,267.
37. Despert, J.L., 1951,345-346.
38. Bettelheim, Bruno, 1974, 12, 35, 425.
39. Akerley, Mary; 1975, 378.
40. Torisky, Constance V., 1978,235.
41. Katz, Donald R., 1979.
42. Despert, J.Louise, 1951,344.
43. Rimland, Bernard, 1964, 47.
44. Chess, Stella, 1971,44.
45. Despert, J.Louise, 1951,345.
46. Quoted in B. Rimland, 1964, 17,49.
47. DeMyer, W. and M., 1984, 151.
48. Ritvo, Edward and Freeman, B.I., 1984,299.
49. Rimland, B. 1964, 65.
50. Tinbergen, N., 1974,23.
51. Sholevar, G.P *et al.*, 437.
52. Pingree, Carmen B., 1984, 336.
53. Lewis, Dorothy O., 1981, Forward.
54. Kanner, Leo, 1942,1943, 250.
55. American Psychiatric Association, 1980, 88.
56. *Ibid.*, 89.
57. DeMyer, W. and M., 1984, 147.
58. Coleman, Mary; 1976, 28.
59. American Psychiatric Association, 1980, 37.
60. Kanner, 1942,1943, 248.
61. Schain, R. and Yannet, H., 1960,563,564.
62. Wolf, L. and Goldberg, B., 1986.
63. American Psychiatric Association, 1980, 89. Bartak, L. and Rutter, M., 1976, 119.
64. New York: Harper and Row, 1974.
65. Ornitz, E.M. and Ritvo, E.R., 1976,616.
66. Katz, Donald R., 1979.
67. Goodwin, Mary S. and T. Campbell, 1969,559.
68. Katz, Donald R., 1979.
69. Omitz, E.M., 1974, 199.
70. Tsai, L., 1982, 1983, 1984. Sarz, Paul *et al.*, 1985. Yates, A., 1984.
71. Yamazaki, Kosuke *et al.*, 1975,330.
72. Sullivan, Ruth Christ, 1979, 113.
73. Kanner, Leo, 1942,1943, 237.
74. *Ibid.*, 239.
75. Whitehouse, D. *et al.*, 1984.

76. Kanner, Leo, 1942/1943, 237. Smith, Donald E.P *et al.*, 1988. Konstantareas, M. Mary *et al.*, 1987.
77. Karlin, Isaac W., 1951,60.
78. Rutter, M., 1972, 330.
79. Sherwin, Albert C., 1953, 825.
80. Cohen, Donald J., 1980,389.
81. *Loc. cit.*
82. Goodwin, Mary S. and T. Campbell, 1969, 560.
83. Kanner, Leo, and Eisenberg, Leon, 1957, 56.
84. Katz, Donald R., 1979.
85. Realmuto, George M. and Main, Bart, 1982, 368. Bemporad, Jules R., 1979, 182.
86. Bemporad, Jules R., 1979, 192. Komoto, Junko *et al.*, 1984, 82. Coleman, Mary; 1980, 17.
87. Gastaut, H. *et al.*, 1987.
88. Chess, S., 1971,39,44. Myklebust, H. R. *et al.*, 1972,158.
89. Cohen, Donald J., 1980, 396.
90. Eisenberg, Leon, 1956,611..
91. Rimland, B., 1964, 79.
92. Student, M. and Sohmer, H., 1978, 18.
93. *Ibid.*, 18.
94. Rosenblum, S.M. *et al.*, 1980, 222.
95. Tanguay, PE. and Edwards, R.M., 1982, 181-182.
96. Freeman, B.J. and Ritvo, E.R., 1984, 287. Bartak, L. and Rutter, M., in Neal O'Connor, ed., 1975, 199.
97. American Psychiatric Association, 1980, 88.
98. Cohen, Donald J., 1980,387.
99. Kanner, Leo, 1942,1943, 239.
100. Petty, L.K. *et al.*, 1984, 130. Van Bourgondien, Mary E. and Mesibov, Gary B., 1987.
101. Petty, L.K. *et al.*, 1984, 130.
102. Kanner, Leo, 1942,1943, 238.
103. Kanner, Leo, 1944, 215.
104. Komoto, Junko *et al.*, 1984,82-83. Eisenberg, Leon, 1956,609.
105. Cohen, Donald J., 1980,387.
106. Petty, L.K. *et al.*, 1984, 132.
107. Bemporad, Jules R., 1979, 186.
108. Sullivan, Ruth Christ, 1975, 177, 181.
109. Kanner, Leo, 1942,1943, 237. Pasamaniek, B. and Knobloch, H., 1963.

110. Markowitz, Philip. L., 1983,250. Betz, Barbara, 1947,269. Sherwin, Albert C., 1953, 825.

111. Petty, L.K., 1984, 130.

112. Stiver, Richard and Dobbins, John P, 1980, 70-71.

113. Goodwin Mary S. and T Campbell, 1969, 560. Lotter, V., 1966/1967, 136.

114. Gillberg, C., 1983a. Gillberg, C., 1985a.

115. Sauvage, D. *et al.*, 1985, 197.

116. Mnukhin, S.S. and Isaev, D.N., 1975, 106. Gillberg, C. *et al.*, 1987, 282.

117. Sullivan, Ruth Christ, 1975, 180. Goodwin, Mary S. *et al.*, 1971, 61. Coleman, Mary; 1976. 19, 221.

118. Kanner, Leo, 1942/1943, 236.

119. Sullivan, Ruth Christ, 1975, 177, 181.

120. Personal communication from Bernard Rimland, Ph.D.

121. Volkmar, Fred R. and Cohen, Donald J., 1985, 51.

122. Geschwind, N. and P Behan, 1982. Kolata, Gina, 1983, 1312.

123. Kanner, Leo, 1971, 144-145.

124. Cited in Tinbergen, N., 1974, 20.

125. Coleman, Mary, 1976, 1.

126. Schopler, Eric *et al.*, 1979,4.

127. Hetzler, Bruce and Griffin, Judith, 1981,317.

128. Fejn, Deborah *et al.*, 1981,312.

129. DeMyer, W. and M., 1984, 145.

130. Reichler, Richard, 1980, 95-96, 126.

131. American Psychiatric Association, 1987, 38.

132. Rutter, M. and Schopler, Eric, 1987, 172.

133. Kanner, Leo and Lesser, L.I., 1958,711. Rimland, B., 1964,21. .

134. DeMyer, W. and M., 1984, 146.

135. Reichler, Richard, 1980, 96.

136. Ritvo, E. *et al.*, 1988.

137. Nomura, Y. Segawa, M. and Hasegawa, M., 1984.

138. American Psychiatric Association, 1980, 90; 1987, 39.

139. Van Krevelen, D.A., 1971,83-84. See, also, Wing,L., 1981. Wing, L., 1986.

140. Dewey, M. and Everard,M., 1974, 348-349.

141. *UC, cit.*

142. Cohen, Donald J., 1980,389.

143. *Ibid.*, 388.

144. Volkmar, Fred R. and Cohen, Donald J., 1985,50.

145. DeMyer, W. and M., 1984, 142. Bemporad, J., 1979, 185.

146. Cohen Donald J., 1980,387.

147. Kanner, Leo, 1942/1943,245. Kanner, Leo, 1944,215-216.

148. American Psychiatric Association, 1980, 87-88.

149. Kanner, Leo and Eisenberg, Leon, 1957,56.

150. Pingree, Carmen, 1984, 330, 331.

151. Bemporad, J. R., 1979, 190.

152. Simons, Jeanne M., 1974, 7.

153. Sherwin, Albert C., 1953,824. Clark, P and Rutter, M., 1977.

154. Cohen, Donald J., 1980,388.

155. Everard, Margaret P, 1976.

156. Eisenberg, Leon, 1956, 609.

157. Bemporad, J.R., 1979, 181, 185.

158. Foxx, Richard, 1980, 51.

159. Pingree, Carmen, 1984, 331.

160. Bemporad, Jules, R., 1979, 191.

161. Petty, L.K. *et al.*, 1984, 132.

162. Volkmar, Fred R. and Cohen, Donald J., 1985,50.

163. Katz, Donald R., 1979.

164. From Carolyn Betts, *A Special Kind Of Normal* (1979). Quoted in: Park, Clara Claiborne, 1985, 115.

165. Park, Clara Claiborne, 1985, 115. Sullivan, Ruth, Christ, 1979, 113, 114.

166. Torisky, Jesse A., 1979,288-289.

167. Sullivan, Ruth Christ, 1979, 118.

168. Foxx, Richard, 1980, 50-51..

169. Nyhan, William L., 1972. Nyhan, William L., 1976.

170. Torisky, D. and C., 1985, 214-216, 224-227. Deslauriers, A., 1978.

171. Ritvo, E. *et al.*, 1988.

172. Mnukhin, S.S. and Isaev, D.N., 1975, 106.

173. Kanner, Leo, 1944, 213.

174. Goodwin, Mary S. and T Campbell, 1969,561. . Verhees, B., 1976, 58. Stiver, R.L. and Dobbins, John P, 1980,69. Lotter, V., 1966/1967, 136.

175. Rimland, B., 1964, 12.

176. Kanner, Leo, 1942/1943,217,236,238.

177. Cohen, Donald J., 1980, 389.

178. Katz, Donald R., 1979.

179. Goodwin, M.S. and TC., 1969, 558.

180. American Psychiatric Association, 1987, 36-37. Figures also supplied by National Society of Autistic Children and Adults.

181. Nomura, Y. *et al.*, 1984.
182. Wakabayashi, S. *et al.*, 1984.
183. Information supplied by the Higashi School, Boston, Mass.
184. Everard, M.P., 1973, 278.
185. Coulter, H. and Fisher, B., 1985, 200-204, 235.
186. Kanner, Leo, 1954, 382.
187. Rimland, B., 1964,38.
188. Rutter, M., 1972,328.
189. Coleman, Mary, ed., 1976, 12.
190. Kanner, Leo, 1954, 382.
191. Kanner, Leo, 1949, 421.
192. *Ibid.*, 424. Kanner, Leo, 1944,214. Kanner, Leo, 1942/1943,238.
193. Kanner, Leo, 1949, 422, 424.
194. Gillberg, C. and Schaumann, H., 1982,223. Tsai, Luke *et al.*, 1982, 211.
195. Freeman, B.J. and Ritvo, E.R., 1984,286.

2. Kapitel - Nachweise

1. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,463.
2. Wender, Paul H., 1971,31.. Rutter, M., 1977, 1.
3. Shaywitz, Sally E. and Bennett A., 1984,429.
4. Cowart, V.S., 1988(b), 2647.
5. American Psychiatrie Association, 1980,42; 1987,51.. Gillberg, C. *et al.*, 1983, 245. Millichap, J.G., 1976,61..
6. U.S. Dept. of Health and Human Services, 1984. Cowart, V.S., 1988(b),2647.
7. Long, Kathleen *et al.*, 1984,378.
8. U.S. Department of Health and Human Services, 1984, 2.
9. Wender, Paul H., 1971,212. Millichap, J.G., 1976,61..
10. Clements, S.D. and Peters, J.D., 1981, 189.
11. Wender, P. H., 1971,211.. 11. Freeman, S. w., 1974, 11.
12. American Psychiatrie Association, 1980, 42.
13. *J. Autism* 5:2 (1975), 185. Rutter, M. *et al.*, 1975, 11.
14. American Psychiatrie Association, 1980, 37, 43.
15. Lewis, D.O., 1981,45,61. Green, J.B. and Mercille, R.A., 1984, 105. Stores, G. *et al.*, 1978.
16. Elliott, Frank A., 1982,682.
17. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,467.
18. Freeman, S.w., 1974, 12. Johnson, D. and L., 1978, 11.

19. *The Washington Post*, Health, June 16, 1987,5; June 6, 1988, A-3.
20. Kaplan, Bonnie J. *et al.*, 1987(a).
21. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,464..
22. *Loc. cil.* Kaplan, Bonnie J. *et al.*, 1987(a).
23. Freeman, Frank A., 1974,5.
24. *The Washington Post*, Health, Sept., 23, 1986, 11. Thorpy, M.J. and Glovinsky, P.B., 1987,623. Mitler, M.M. *et al.*, 1987,593.
25. Wender, Paul H., 1971, 204-205. Elliott, F.A., 1982, 684. Fritz, G.K. *et al.*, 1982, 286.
26. *The Washington Post*, September 2, 1987:Ann Landers. Fritz, G.K. *et al.*, 1982, 283.
27. Freeman, S.w., 1974,4-5. Witt, E.D., *et al.*, 1985.
28. Halrni, Katherine A., 1982,371.. Johnson, C. *et al.*, 1984,247.
29. American Psychiatrie Association, 1987, 66,68. Halrni, K., 1982, 372. *The New York Times*, April 25, 1986.
30. Kaplan, Bonnie *et al.*, 1987(b), 306.
31. Leviton, Alan, 1986, 372. Also Egger, J. *et al.*, 1985; Bille, Bo, 1962; Kandt, R.S., 1984; O'Brien, J., 1982.
32. Guillerninault, C., 1987,613. Bille, Bo, 1962.
33. Clements, Sam D. and Peters, John E., 1981, 187.
34. Freeman, S.w., 1974, 10.
35. Geschwind, Norman, 1982, 16.
36. Easson, William M., 1979,473.
37. Wender, Paul H. 1971,211..
38. American Psychiatrie Association, 1980, 62.
39. *Ibid.*, 1987,45,47.
40. Silva, Phil A. *et al.*, 1987,638.
41. Elliott, Frank A. 1982, 683-684.
42. Kaplan, Bonnie *et al.*, 1987(b), 305.
43. Godfrey, S., 1985,997.
44. Sadler, John E., 1982, 334. Unpublished data from National Center for Health Statistics and National Heart, Lung, and Blood Institute, Washington, D.C..
45. Tudor-Hart, Julian, 1986,80.
46. Unpublished data from National Center for Health Statistics and National Heart, Lung, and Blood Institute, Washington, D.C..
47. Benatar, Solomon, 1986, 423ff..
48. Unpublished data from National Center for Health Statistics and National Heart, Lung, and Blood Institute, Washington, D.C..
49. Plaut, Thomas , 1984, 17.
50. Geschwind. N., 1982, 18.

51. Bettelheim, B., 1960.
52. Sadler, John E., 1982, 333, 337.
53. Plaut, T.E, 1984, 15.
54. Sargent, John *et al.*, 1984, 243.
55. Fritz, G.K., 1982, 286.
56. Friend, Maurice R., 1956, 518.
57. *Loc. eit.*
58. Robison, Caroline, 1960.
59. Geschwind, Nonnan, 1982, 18.
60. Clements, S.O. and Peters, J.E., 1981, 183.
61. Elliott, Frank, 1986, 227.
62. Easson, William M., 1979, 471.
63. Aman, Michael, 1984, 42.
64. Levine, Melvin O. *et al.*, 1984, 353.
65. Easson, William M., 1979, 471.
66. *Ibid.*, 472.
67. *Ibid.*, 471. Clements, S.O. and Peters, J.E., 1981, 185.
68. Easson, William M., 1979, 472.
69. *Ibid.*, 473.
70. Wender, Paul H., 1971, 198.
71. Freeman, S.w., 1974, 14.
72. Wender, Paul H., 1971, 205.
73. Wood, Oavid R. *et al.*, 1976, 1453, 1458.
74. Wender, Paul H., 1971, 221.
75. American Psychiatric Association, 1980, 65.
76. Wender, Paul A., 1971, 208.
77. American Psychiatric Association, 1980, 55.
78. *The New York Times*, November 1, 1988, C-16.
79. Easson, William M., 1979, 474. Freeman, S.w., 1974, 11.
80. American Psychiatric Association, 1980, 57.
81. *Ibid.*, 53-54.
82. Kahn, E. and Kohn, L.H., 1934, 753.
83. American Psychiatric Association, 1980, 50.
84. American Psychiatric Association, 1987, 229. Lewis, O.O., 1981, 22. Milman, Ooris H., 1979, 377.
85. *The Washington Post*, September 17, 1988, C-9: Ann Landers; September 24, 1988, CA: Ann Landers.
86. Levine, M.O. and Zallen, B.O., 1984, 366. Check, W.A., 1985, 727-92.
87. Wender, Paul H., 1971, 222.
88. Freeman, S.W., 1974, 12-13.

89. Wender, Paul H., 1971, 221.
90. Kanner, Leo, 1951, 23.
91. Freeman, S.w., 1974, 5.
92. American Psychiatric Association, 1980, 42.
93. *Ibid.*, 63-64.
94. Wender, Paul H., 1971, 208.
95. *Ibid.*, 198.
96. *Ibid.*, 210.
97. Freeman, S.w., 1974, 12.
98. *The Washington Post*, August 3, 87: Ann Landers.
99. Wender, Paul H., 1971, 219.
100. *The Washington Post*, January 6, 1988: Ann Landers.
101. Fineman, Kenneth R., 1980, 483.
102. Wender, Paul H., 1971, 207.
103. Wood, Oavid R. *et al.*, 1976, 1457.
104. Wender, Paul H., 1971, 204.
105. *Ibid.*, 208.
106. *Ibid.*, 207.
107. *Ibid.*, 214.
108. *Ibid.*, 208.
109. *Ibid.*, 223.
110. *Loc. eit.*
111. Woods, Sherwyn M., 1961, 1349.
112. *Ibid.*, 1350.
113. *The San Francisco Examiner*, January 14, 1986, 16.
114. *Loc. eit.*
115. Simeon, J., 1979, 1223.
116. American Psychiatric Association, 1980, 54.
117. *Ibid.*, 1987, 71.
118. Wender, Paul H., 1971, 219.
119. *The Washington Post*, September 5, 1988, B-11.
120. *Time*, August 1, 1988, 53.
121. Rutter, M., 1982, 31.
122. Rimland, B., 1964, 60.
123. Rutter, M., 1982, 30.
124. Fejn, Deborah *et al.*, 1981, 312.
125. Firestone, P and Peters, S., 1983, 422.
126. DeMyer, W. and M., 1984, 139, 145.
127. Shea, V. and Mesibov, G.B., 1985, 425, 427.
128. Rutter, M. and Schopler, E., 1987.
129. Elliott, Frank, 1986, 231.

3. Kapitel - Nachweise

1. Bannister, R., 1978, 408ff.
2. Von Economo, C., 1931.
3. Greenough, Anne *et al.*, 1983, 922. Ravenholt, R.T. and Foege, W.H., 1982, 860.
4. Christian, Henry, A., 1947, 379. Holt, William L., 1937, 1141. Neal, Josephine B., 1942, 6ff.
5. Greenough, Anne *et al.*, 1983, 922.
6. Merritt, H. H., 1979, 104.
7. Neal, Josephine B., 1942, 378-379.
8. Anelli, A.L., 1953, 20.
9. Adams, R.D. and Victor, M., 1981, 658-659. Merritt, H.H., 1979, 105.
10. Coulter, H. and Fisher, B., 1985, Chapter 5: Adverse Reactions: An Afterthought? Chapter 7: Long-Term Damage. Ironside, R., 1956, 145.
11. Pittman, M. and Cox, C.B., 1965, 447.
12. Connaught Laboratories, 1986.
13. Coulter, H.L. and Fisher, B., 1985, Chapters 5 and 7.
14. *Ibid.*, 55-56.
15. *Ibid.*, 65-69 *et passim*.
16. Bond, Earl D. and Appel, K.E., 1931, 14.
17. *Loe. cil.* Anelli, A.L., 1953, 19, 73.
18. Kennedy, R.L.J., 1924, 168.
19. Bond, Earl D. and Appel, K.E., 1931, 17.
20. Jacob, J. and Mannino, F., 1979.
21. Coulter, H.L. and Fisher, B., 1985, 61-65.
22. Byers, R.K. and Moll, F.C., 1948, 454. Anelli, A.L., 1953, 20, 49.
23. Neal, Josephine A., 1942, 347.
24. Ford, Frank R., 1937, 352-353.
25. Connaught Laboratories, 1986.
26. *The Washington Post*, August 19, 1986, C-8: Ann Landers.
27. Kennedy, Roger L.J., 1924, 161.
28. Ford, Frank R., 1937, 356. Kirschbaum, Walter R., 1951, 110.
29. Kirschbaum, Walter R., 1951, 110. Ward, Christopher D., 1986, 219. Ford, Frank R., 1937, 355. Von Economo, C., 1931, 123.
30. Ford, Frank R., 1937, 359.
31. Holt, William L., 1937, 1143.
32. *The Washington Post*, September 1, 1988, B-9: Ann Landers.
33. Anelli, A.L., 1953, 75-76.
34. Gibbs, Charles E., 1929/1930, 622.
35. Ford, Frank R., 1937, 355.
36. Bond, Earl D. and Smith, Lauren F., 1935, 32.
37. Cole, Blanche E., 1924, 988.
38. Kahn, Eugen and Cohen, L.H., 1934.
39. *Ibid.*, 750.
40. Neal, Josephine A., 1942, 329.
41. Greenebaum, J.v. and Lurie L.A., 1948, 927-928.
42. Coulter, H.L. and Fisher, B., 1985, 125-129.
43. Byers, R.K. and Moll, F.C., 1948.
44. Kulenkampff, M. *et al.*, 1974, 48.
45. Woody, Robert C. *et al.*, 1986, 2.
46. Neal, Josephine B., 1942, 349-350.
47. Byers, R.K. and Rizzo, N.D., 1950, 889, 890.
48. Anelli, A.L., 1953, 67, 199.
49. Gibbs, Charles E., 1929/1930, 625.
50. Cole, Blanche E., 1924, 991.
51. *The New York Times*, April 23, 1986, C-1. Greenebaum, J.v. and Lurie, L.A., 1948, 927, 929. Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 173-174. *The Washington Post*, October 24, 1989, Health, 18.
52. Neal, Josephine B., 1933, 1147.
53. Holt, William A., 1937, 1143. Ford, Frank R., 1937, 350, 360.
54. Grossman, Morris, 1921, 582.
55. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 1926/1927, 86.
56. Von Economo, C., 1931, 123.
57. Coulter, H.L. and Fisher, B., 1985, 69-84, 110-132. See, also, Hirtz, D.G., Nelson, K.B., and Ellenberg, J.H., 1983.
58. Bond, E.D. and K.E. Appel, 1931, 21. Ford, Frank R., 1937, 356. Hill, T.R., 1928, 3.
59. Ford, Frank R., 1937, 356.
60. Anelli, A.L., 1953, 51.
61. *Ibid.*, 69.
62. Greenebaum, J.v. and Lurie, L.A., 925, 927. Anelli, A.L., 1953, 70.
63. Nelson, K.B. and Ellenberg, J.H., 1986.
64. Anelli, A.L., 1953, 70.
65. Ward, C.D., 1986, 216.
66. Von Economo, C., 1931, 123.
67. Anelli, A.L., 1953, 64.
68. Gibbs, C.E., 1929/1930, 627.
69. Ford, Frank R., 1937, 349.

70. Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 178.
71. Baker, A.B., 1949, 11.
72. AnnelI, A.L., 1953,25.
73. *Ibid.*, 33.
74. *Ibid.*, 17.
75. Bannister, R., 1978, 409.
76. Merritt, H.H., 1979, 104.
77. Coulter, H.L.. and Fisher, B., 1985.66-67.
78. Steinman, L. *et al.*, 1982,739. Poser, C.M., 1987,46.
79. Litvak, Abraham, M. *et al.*, 373. Bakwin, Harry, 1949,375. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 192611927,66.
80. Medical and Surgical Reporter (Lancaster, Pa.) XXI (1869), 3.
81. Hili, TR., 1928,4.
82. Bakwin, Harry, 1949, 375.
83. Quoted in AnnelI, A.L., 1953,77.
84. *Ibid.*, 75. Cole, Blanche E., 1924, 991, Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 172.
85. Cole, Blanche E., 1924,985.
86. Bond, Earl D. and Appel, K.E., 1931, 17.
87. Ward, C.D., 1986,219. Grossman, M., 1921,581..
88. AnnelI, A.L., 1953.78.
89. *Loc. cit.*
90. Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 174.
91. Bond, Earl D. and Partridge, G.E. . 192611927,50.
92. *Ibid.*, 45.
93. *Ibid.*, 63, 87. Greenebaum, J.v. *et al.*, 1945, 1020. Neal, Josephine B., 1942,337. Grossman, M., 1921,581..
94. Lurie, L.A. and Levy, S., 1942,891..
95. Greenebaum, J.v.. and Lurie, L.A., 1948,927-928.
96. Lurie, L.A. and Levy, S., 1942.891.. Hall, A.J., 1925, 111.
97. Elliott, Frank A., 1986,230.
98. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 1926/1927, 38.
99. Elliott, Frank A., 1983, 87.
100. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 192611927, 50.
101. Gibbs, Charles E., 192911930,626.
102. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 192611927,53.
103. Hall, A.J., 1925, 111. See also, Elliott, Frank A., 1976, 299. Grossman, M., 1922, 961.
104. Elliott, Frank A., 1986,230.
105. Quoted in AnnelI, A.L., 1953,55.

106. *Ibid.*, 55.
107. Bender, L., 1940, 286.
108. AnnelI, A.L., 1953, 15,29,55,61. .
109. Neal, Josephine B., 1942, 382. AnnelI, A.L., 1953, 30. Lurie, L.A., *et al.*, 1947, 177.
110. AnnelI, A. L., 1953,31. . Lurie, L.A. and Levy, S., 1942,892. Hili, TR., 1928,2. Ward, C.D., 1986,218.
111. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 192611927,66.
112. Lurie, L. A. *et al.*, 1947, 175.
113. AnnelI, A.L., 1953, 77.
114. AnnelI, A.L., 1953, 75.
115. Neal, Josephine B., 1942,353.
116. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 1926/1927, 80, 88. Cole, Blanche E., 1924,991. . Bond, Earl D. and Appel, K.E., 1931, 17.
117. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 1926/1927,68.
118. Cole, Blanche E., 1924, 984.
119. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 192711927, 83. Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 173.
120. Cole, Blanche, E., 1924, 987.
121. AnnelI, A.L., 1953, 72-73.
122. Hili, TR., 1928,4-5.
123. Auden, G.A., 1922,902.
124. Bond, E.K. and Partridge, G.E., 192611927,48.
125. *Ibid.*, 74.
126. Hili, TR., 1928,5.
127. Ford, Frank R., 1937,360-361. .
128. Cole, Blanche E., 1924, 1011.
129. Elliott, Frank A., 1976, 298.
130. Neal, Josephine B., 1942, 364. See, also, Greenebaum, J.v., and Lurie, L.A., 1948, 926-927.
131. Hill, T.R., 1928, 7.
132. *Ibid.*, 4.
133. *Ibid.*, 6.
134. Elliott, Frank A., 1976.298.
135. Moyer, K.E., 1976,30.
136. Ford, Frank R. 1937,357.
137. Lurie, L.A. and Levy, S., 1942, 891.
138. Hill, TR., 1928,5.
139. Greenebaum, J.v. *et al.*, 1945, 1019. Neal, Josephine B., 1942,339. Ward, C.W., 1986, 219. Lurie, L.A. and Levy, Sol, 1942, 893. Bond, Earl D. and Appel, K., 1931, 19. Bond, Earl D. and Par-

- tridge, G.E., 1926,1927,54.
140. Greenough, A. *et al.*, 1983,922.
 141. Lurie, L.A and Levy, S., 1942, 891.
 142. Kennedy, Roger, L.J., 1924, 170.
 143. Cole, Blanche E., 1924,985.
 144. Ford, Frank R., 1937,357.
 145. Hill, TR., 1928,6-7.
 146. Neal, Josephine B., 1942,328-329.
 147. *Ibid.*, 374.
 148. Ford, Frank R., 1937, 361.
 149. *Ibid.*, 356. Von Economo, C., 1931, 123.
 150. Kennedy, Roger, L.J., 1924, 160. Bond, Earl D. and Partridge, G.E., 1926,1927,58,77. Gibbs, Charles E., 1929,1930,624.
 151. Neal, Josephine B., 1942,330.
 152. Schain, R.J., 1977, 34.

4. Kapitel - Nachweise

1. Coulter, H.L., and Fisher, B., 1985,208.
2. Connaught Laboratories, 1986.
3. Finley, K.H., 1938. Miller, H.G. and Stanton, J.B., 1954. Warren, WR., 1956. Neal, J.B., 1942,77. Bakwin, H., 1949,376.
4. Miller, H.G. and Stanton, J.B. 1954.
5. Coulter, H.L., and Fisher, B., 1985, 132. Steinman, L. *et al.*, 1982.
6. Geraghty, K. C.; Zahalsky, A.c., and Novotny, A. (to be published).
7. Freeman, B.J. *et al.*, 1984,286. S.M.Baker, 1984, 14. E.G. Stubbs *et al.*, 1977,50. M. and W Goodwin, 1969,559,563.
8. Coleman, M., 1980, 11.
9. Coleman, M. *et al.*, 1976, 202-204, 214, 222. Bergman, P. and Escalona, S.R., 1949,337. Lewis, S.R. *et al.*, 1960,510.
10. Gillberg, C. *et al.*, 1984, 355. Stubbs, E.G. *et al.*, 1984, 186. Goldberg, TE. *et al.*, 1984,766. Mnukhin, S.S. *et al.*, 1975, 106. Goodwin, M.S. *et al.*, 1971.
11. Sullivan, R.C., 1975, 180.
12. Coleman, M., 1976, 197-205,214-215. O'Banion, D. *et al.*, 1978, 327.
13. Dohan, FC, 1970, 897.
14. Quoted in Coleman, M., 1980, 198.
15. Geschwind, N., 1982, 19. Routh, D.K., 1977,421.. Kaplan, B.J. *et al.*, 1987,309. Backman, Z.I., 1985.
16. Interview with Doris J. Rapp, M.D., October, 1989.

17. Rapp, Doris J., 1979, 1986.
18. Randolph, TJ. and Moss, R., 1981.
19. Geschwind, N. *et al.*, 1982.
20. Sullivan R.C., 1975, 178, 185. M. Coleman, 1976, 4. Weizman, A. *et al.*, 1982.
21. *Science News* 130 (July 26, 1986). See, also, Stubbs, E.G. *et al.*, 1976. 1977, and 1980. Warren, R.P. *et al.*, 1986.
22. Menkes, J.H., 1980, Chapter 7: Autoimmune and Postinfectious Diseases.
23. Rosenberg, G.A., 1970.
24. Ciaranello, R.D. *et al.*, 1982, 136.
25. *Ibid.*, 137. Dobbing, J., 1968, 184. Dietrich, R.B., 1988,893.
26. Dobbing, J., 1968, 184, 196. Dietrich, R.B., 1988, 893. Elliott, Frank A., 1986,232.
27. Laufer, M.W. *et al.*, 45. Dietrich, R.B., 1988,893.
28. Amiel-Tison, C., 1973,6. Dobbing, J., 1968, 196. Menolaschino, FJ. *et al.*, 247.
29. Poser, C.H., 1987,45-46.
30. Karlin, L., 1947.
31. Karlin, L., 1951, 66.
32. Ciaranello, R. D., 1981, 187. Ciaranello, R.D., *et al.*, 1982, 136.
33. Dietrich, R.D., 1988.
34. Ciaranello, R.D. *et al.*, 137.
35. Younes, R.P. *et al.*, 1983. Shaywitz, S.E. *et al.*, 1984. Schain, R.J., 1977, 2. Money, J., 1966, 59. Laufer, M.W. *et al.*, 1957, 469. Clements, Sam D. *et al.*, 1981, 185. Satterfield, J.H., 1973,47.
36. *J. Autism* 7 (1977), 291.
37. Adams, R.D. and Victor M., 1981,658. Bender, L., 1943,75.
38. Rivers, TM. *et al.*, 1935.
39. Amason, B., 1987,406. Menkes, J.H., 1980,375.
40. Neal, Josephine A., 1942,461-462,477. Anelli, A.L., 1953, 11, 16, 131.
41. Neal, Josephine A., 1942,77. Bakwin, Harry; 1949,376.
42. Amason, B., 1987,406. Hemachudha, T *et al.*, 1987.
43. Menkes, J.H., 1980,375. Weizman, A. *et al.*, 1982. Bannister, R., 1978,408. Poser, C.M., 1987,46,52,55.
44. Adams, R.D. and Victor, M., 1981,659.
45. Merritt, H.H., 1979, 104.
46. Adams, R.D. and Victor, M., 1987,659.
47. Merritt, H.H., 1979, 102-103.

48. Cherry, J. *et al.*, 1988,943.
49. *Loc. cit.*
50. *Loc. cit.*
51. Bannister, R., 1978,408. Adams, R.D. and Victor, M, 1981,658.
52. Neal, J.B., 1942,444; 1933, 1148.
53. Annell, A.L., 1953, 15-16.
54. *Ibid.*, 16.
55. Bannister, R., 1978,408.
56. Goodwin, M.S. *et al.*, 1971, 49. Also, Folstein, S. *et al.*, 1988. Coleman, M., 1976, 215, 221. Kanner, L., 1954, 381.
57. Sullivan, R.C., 1975, 177. F.C.Dohan, 1970. Money, J. *et al.*, 1971.
58. Steinman, L. *et al.*, 1982.
59. *The Washington Post*, January 15, 1987, C-5: "Family Almanac."
60. Bakwin, H., 1949,376.
61. Hawkins, D. and Pauling, L., eds., 1973. Hoffer, A., 1974. Campbell, 1973, 360-361.. O'Banion, D. *et al.*, 1978. A general discussion of dietary treatment for allergic states is found in L.D. Dickey, 1976.
62. Egger, J. *et al.*, 1985.
63. *J. Autism* 8 (1978), 109.
64. *Ibid.* 7 (1977), 298.
65. Baker, S.M., 1984, 19.
66. Goodwin, M.S. and W.C., 1969,561. .
67. *J. Autism* 6:1 (1976),82.
68. O'Banion, D. *et al.*, 1978, 325.
69. Freeman, B.J. *et al.*, 1984,290.
70. *J. Autism* 6:1 (1976),91. .
71. *Ibid.*, 5:2 (1975), 185.
72. USDHHS PHS, 1984, 9.
73. Behnman, R.E. *et al.*, 1989.

5. Kapitel - Nachweise

1. Kissel, S.I., 1986, 153.
2. Check, W.A., 1985,721, Kelley, D., 1985,55. Federal Bureau of Investigation, 1981-1988.
3. Federal Bureau of Investigation, 1981-1988.
4. Fineman, K.R., 1980, 483.
5. Federal Bureau of Investigation, 1981-1988.
6. Check, W.A., 1985,721. .

7. Kissel, S.J.,1986, 155.
8. *The Washington Post*, Sept. 3, 1988, B-2.
9. Check, W.A., 1985,727-728.
10. *The Washington Post*, Sept.. 10, 1988, B-1.
11. *Ibid.*, Sept.. 2, 1988, C-3.
12. Kissel, S.J., 1986, 155. *The New York Times*, November 6, 1987, I; November 9, 1987, B-1,
13. *The Washington Post*, April, 14, 1988, A-23.
14. Auletta, Ken, 1981, 162.
15. *The Washington Post*, September 20, 1988, B-1.
16. *Ibid.*, December 17, 1985, A-1, 12.
17. *Ibid.*, April 27, 1989, A-1, 34.
18. *Ibid.*, March 22, 1988, D-5.
19. *The Seattle Times*, October 5, 1989, 1.
20. *Loc. cit.*
21. *The International Herold Tribune*, February 5, 1987.
22. *The New York Times*, December 5, 1987, B-1.
23. Bond, E.D. and Appel, K.E., 1931, 14-15.
24. Elliott, Frank R., 1983, 87.
25. Lurie, L.A. *et al.*, 1947, 177-178.
26. Ward, C.D., 1986,220.
27. Ford, FrankR., 1937, 360-361..
28. Lurie, L.A. and Levy, Sol, 1942, 891,
29. Bond, E.D. and Appel, K.E., 1931, 14-15.
30. Kennedy, Roger, 1924, 171.
31. Holt, wi., 1937, 1142-1143. Gibbs, C.E., 1929/1930, 622, 624. Neal, Josephine A., 1942,364. .
32. Neal, Josephine A., 1942, 364.
33. Ford, Frank R., 1937,356. Hili, T.R., 1928,5-7. Grossman, M., 1922, 961, Bakwin, Harry, 1949, 272.
34. Mawson, D. *et al.*, 1985.
35. Cowart, V.S., 1988(b), 2647.
36. Maletzky, B.M., 1973, 180.
37. Monroe, R.R., 1978,21. .
38. *Loc. cit.* Elliott, Frank, A., 1982, 682. Kelley, David, 1985, 58. Auletta, Ken, 1981, 180.
39. Rimland, B. and Larson, G.E., 1981,56.
40. Lewis, Dorothy O., ed., 1981,57.
41. *Loc. cit.*
42. *Ibid.*, 58.
43. *The International Herald Tribune*, March 5, 1986.

44. *The New York Times*, October 31, 1988, B-1.
45. Bryant, E.T. *et al.*, 1984, 323-324.
46. Cowart, V.S., 1988(b), 2647.
47. American Psychiatric Association, 1987, 53.
48. Wender, Paul H., 1971, 204-211, 215-216.
49. American Psychiatric Association, 1987, 53. Hartsough, C. S. and Lambert, N.M., 1987. Workman-Daniels, K.L. *et al.*, 1987.
50. American Psychiatric Association, 1980, 318.
51. *Ibid.*, 1987,343.
52. *People*, July 11,1988,40-43.
53. Lewis, D.O., 1981, 28.
54. Hollander, H.A. *et al.*, 1985, 225.
55. Satterfield, J.H. *et al.*, 1982,795.
56. Lewis, Dorothy O., ed., 1981, 28. See also, Menkes, M.M. *et al.*, 1967.
57. Lewis, Dorothy O., ed., 1981,28.
58. *Ibid.*, 27.
59. Weiss, Gabrielle *et al.*, 1985,219.
60. Aman, Michael, 1984,51-52. Elliott, Frank A., 1984, 117.
61. Simeon, Jovan, 1978, 1224. Wood, D.R., 1976, 1453.
62. Mendlewicz, J., 1978, 1229. Kelley, D., 1985,56.
63. Auletta, Ken, 1981, 164.
64. *The New York Times*, October 31, 1988, Op-Ed page. Auletta, Ken, 1981,92,95.
65. Robins, Lee N., 1966, 303.
66. Hollander, H.E. and Turner, ED., 1985,221.
67. *The New York Times*, October 31, 1988, B-1.
68. White, R. *et al.*, 1964. Lapin, I.B., 1943, 19.
69. Hopkins, A., 1987, 11.
70. Benatar, S.R., 1986,424. Evans, R. *et al.*, 1987,655.
71. Geschwind, N., 1982,20.
72. Pasamanick, B. and Knobloch, H., 1960,299. National Center for Health Statistics, 1986, *passim*. Pasamanick, B. and Knobloch, H., 1966. Niswander, K., ed., 1972, 126.
73. Moyer, K.E. 1976, 36.
74. Commission for the Control of Epilepsy, 1977, Vol.II, Part I, 822.
75. Elliott, Frank A., 1982,684.
76. Lewis, Dorothy O., ed., 1981,50.
77. Lewis, Dorothy O., *et al.*, 1988. Also Climent, C.E., 1977. *The Washington Post*, July 19, 1988. "Health," 12.

78. Heffron, W.M. *et al.*, 1987.
79. Elliott, Frank A., 1982,680.
80. *The New York Times*, September 17, 1985, C-1, 3.
81. Moyer, K.E., 1976,40. Simeon, J., 1978, 1225. Elliott, Frank A., 1982, 685. Monroe, R.R., 1978, 16ff., 34ff. Serafetinides, E.A., 1980, 31.
82. Woods, S.M., 1961, 1348-1349.
83. Moyer, K.E., 1976,42.
84. Kellaway, P. *et al.*, 1959,582.
85. Woods, S.M., 1961.
86. Treiman, D.M., 1986, S78. Moyer, K.E., 1976,42-44.
87. Maletsky,B.M., 1973,184.AlsoLewis,DorothyO.,ed., 1981,30.
88. Hollander, H.E. and Turner, ED., 1985,225. Monroe, R.N., 1978, 20. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1474. Elliott, Frank A., 1976,299. Heilbrun, A.B. *et al.*, 1985.
89. Elliott, Frank A., 1982,683.
90. *Loe. eit.*
91. *Loe. eit.*
92. Kelley, David, 1985,55. Simeon, J., 1978, 1226.
93. Tartar, R.E. *et al.*, 1985. Elliott, EA., 1982, 682.
94. Tartar, R.E. *et al.*, 1985. Yuedall, L.T. and Fromm-Auch, D. 1979.
95. Hellman, D.S. and Blackman, N., 1966. Wood, D.R. *et al.*, 1976, 1457.
96. Fineman, K.R., 1980, 483.
97. *Ibid.*, 487.
98. *Ibid.*, 493.
99. *Ibid.*, 487, 491.
100. Elliott, Frank A., 1982, 684. Fineman, K.R., 1980, 490. Maletzky, B.M., 1973, 182.
101. Wood, D. R. *et al.*, 1976, 1453. Kupfer, D.I. *et al.*, 1975, 75. Robins, L.N., 1966, 121.
102. Simeon, J., 1978, 1225. Monroe, R. R., 1978,32. Maletzky, B.M., 1973, 179, 181.
103. Monroe, R.R., 1978, 32. Elliott, Frank A., 1982, 681.
104. Climent, c.J. *et al.*, 1977.
105. Monroe, R.R., 1978, 17,32. Robins, L.N., 1966, 120, 121. Woods, S.M., 1961, 1348.
106. West, D.J., 1980,624.
107. Cleckley, H., 1976,346.
108. *Ibid.*, 348.

109. Elliott, EA., 1982,682.
110. *Loc. cit.* Cleckley, H., 1976,350. Monroe, R. R., 1978, 144.
111. McPherson, M., 1989, 196.
112. Auletta, Ken, 1981, 170. Cleckley, H., 1976,341. McPherson, M., 1989, 188, 190.
113. Monroe, R. R., 1978,32.
114. Mawson, D. *et al.*, 1985,567.
115. Auletta, Ken, 1981, 162.
116. *Ibid.*, 167.
117. Woods, S.M., 1961, 1349.
118. *The Washington Post*, December 18, 1985, A-26.
119. Monroe, R.R., 1978, 16.
120. Kelley, D., 1985,58. Cleckley, H., 1976,352.
121. Kelley, D., 1985,58. Michaud, S.G. and Aynesworth, H., 1989,3,4.
122. Serafetinides, E.A., 1980,34. Kelley, D., 1985,58.
123. Lewis, Dorothy O., 1981,63.
124. Auletta, Ken, 1981, 167.
125. Monroe, R.R., 1978,23. Bach-y-Rita, G., 1971, 1477. Tanke, E.D. *et al.*, 1985, 1410.
126. Monroe, R.R., 1978,29.
127. Cleckley, H., 1976,364.
128. Elliott, EA., 1982,682.
129. Cleckley, H., 1976,345.
130. *Ibid.*, 341.
131. Kelley, D., 1985,59.
132. Monroe, R.R., 1978, 16.
133. Woods, S.M., 1961, 1348-1349.
134. *Loc. cit.* American Psychiatric Association, 1980, 46.
135. Check, W, 1985,730.
136. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1971, 1477.
137. *Ibid.*, 1476.
138. Pfeffer, C.R. *et al.*, 1985,775.
139. Auletta, Ken, 1981, 159-160.
140. Cleckley, H., 1976,364.
141. *Ibid.*, 343.
142. Monroe, R.R., 1978,17. Tanke, E.D. *et al.*, 1985. Maletzky, B.M. . 1973, 184. Maletzky, B.M., 1976. Bland, R. and Orn, H., 1966.
143. McPherson, M., 1989, 142.
144. Elliott, EA., 1982,685. Elliott, EA., 1984, 115.
145. Pfeffer, C.R. *et al.*, 1985,775. Maletzky, B.M., 1973, 181.
146. Levine, M.D. *et al.*, 1984,366.
147. Monroe, R.R., 1978, 83. Cleckley, H., 1976, 350.
148. Cited in Check, WA., 1985,728.
149. Monroe, R.R., 1978,83.
150. Climent, C.E. *et al.*, 1977.
151. American Psychiatric Association, 1987, 343.
152. West, D.J., 1980,624.
153. Cleckley, H., 1976, 359ff., 363, 364. Elliott, EA., 1976,299.
154. McPherson, M., 1989, 190.
155. *Loc. cit.*
156. American Psychiatric Association, 1987, 343.
157. Von Economo, 1931, 129.
158. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1971, 1476.
159. Fedio, Paul, 1986,273. Elliott, EA., 1976,299.
160. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1477.
161. Maletzky, B.M., 1973, 181.
162. American Psychiatric Association, 1987, 342.
163. Wood, David R. *et al.*, 1976, 1458.
164. Heffron, WM. *et al.*, 1987, 385.
165. Check, William A., 1985, 721.
166. Cowart, V.S., 1988(b), 2647.
167. *The Los Angeles Times*, January 22,1988,22. Kelley, D., 1985,56.
168. *The New York Times*, November 15, 1988, C-3.
169. Volkmar, ER. *et al.*, 1985,49,52. Ritvo, E. *et al.*, 1988.
170. Lerner, J.A. *et al.*, 1985,46. Weiss, G. *et al.*, 1985,212,219. Tartar, R.E. *et al.*, 1977. Hartsough, C.S. *et al.*, 1987.
171. Tartar, R.E. *et al.*, 1977.
172. Workman-Daniels, K.L. *et al.*, 1987. Wood, D.R. *et al.*, 1458.
173. Wood, D.R. *et al.*, 1453. Routh, D.K., 1977,419. Lewis, D.O. ed., 1981,29. Daniel, A.E. *et al.*, 1981. Simeon, J., 1979, 1224.
174. Robins, L.N., 1966, 302. Lewis, D.O. ed., 1981, 22. Kelley, D., 1985,56. West, D.I., 1980,623. American Psychiatric Association, 1980, 46, 318.
175. Monroe, R.R., 1978,83.
176. *Ibid.*, 35. Maletzky, B.M., 1976.
177. Elliott, EA., 1984, 115,122. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1971, 1475. Elliott, EA., 1976,299.
178. Maletzky, B.M., 1976,681. Cleckley, H., 1976,356.
179. Elliott, EA., 1983,89.
180. Michaud, S.G. and Aynesworth, H., 1989,71, 121,260.
181. *Ibid.*, 107.

182. Cowart, V.S., 1988(a), 2522.

183. Elliott, F.A., 1986, 229. Campbell, M, 1973. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,470. Laufer, M.W., Denhoff, E., and Solomons, G., 1957.

184. *Physicians' Desk Reference* 1985, 1959.

185. Aman, M.G., 1982,393.

186. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,470.

187. *Ibid.*, 471. Lewis, D.O., 1981, 30. Wender, P.O., 1971, 203. Gastfriend, D.R. *et al.*, 1985, 144.

188. *Physicians' Desk Reference*, 1982, 1794. American Academy of Pediatrics, 1987. August, G.T. *et al.*, 1984,604. Aman, M.T., 1982, 393.

189. Campbell, M., 1973,350. Aman, M.G., 1982,393. Campbell, M. *et al.*, 1984,311.

190. Gastfriend, D.R. *et al.*, 1985, 144.

191. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,471.

192. *Loc. cit.* American Academy of Pediatrics, 1987.

193. *The New York Times*, November 9, 1983.

194. Gastfriend, D.R., *et al.*, 144. American Academy of Pediatrics, 1987.

195. American Academy of Pediatrics, 1987. Sankar, D.V.S., 1968,510. Julien, R.M., 1978, 127.

196. Monroe, R.M., 1978, 20. Miller, D., 1986, 593.

197. Bach-y-Rita, G. *et al.*, 1971, 1475.

198. McGinniss, J., 1989,610.

199. Julien, R.M., 1978, 74.

200. Cowart, V.S., 1988(a), 2521. Avery, M.E. and First, L.R., 1989, 72. Behrman, R.E. *et al.*, 1987,94.

201. *Physician's Desk Reference*, 1985, 865.

202. Julien, R.M., 1978,81-82.

203. Millichap, J.G., 1976,64.

204. *Physicians' Desk Reference*, 1985, 865.

205. Cowart, V.S., 1988(a), 2523.

206. Whalen, C.K. *et al.*, 1984,412-413.

207. Wender, P.H., 1971,202. American Academy of Pediatrics, 1987.

208. Gastfriend, D.R. *et al.*, 1985, 144.

209. *Physicians' Desk Reference*, 1985, 865. American Academy of Pediatrics, 1987.

210. *The Wall Street Journal*, February 11, 1971.

211. Elliott, F.A., 1986, 229.

212. *Physicians' Desk Reference*, 1985, 1977. Julien, R.M., 1978, 128.

213. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,472.

214. *Loc. cit.* Wender, P.H., 1971,203.

215. Schmidt, W.R. *et al.*, 1966. *Physicians' Desk Reference*, 1985, 1977 (Thorazine), 2014 (Prolixin), 1877 (Permitil), 1201 (Haidol).

216. Tepper, S.J. *et al.*, 1979.

217. Schmidt, W.R. *et al.*, 1966,373.

218. DeVeough-Geiss, J., 1979,59.

219. Kane, J.M. *et al.*, 1985, 136. Perry, R. *et al.*, 1985, 140. Campbell, M. *et al.*, 1984,309. Tepper, S.J. *et al.*, 1979. DeVeough-Geiss, J., 1979.

220. Denckla, M.B. *et al.*, 1976.

221. Schmidt, W.R. *et al.*, 1966,369.

222. Lidsky,T.I. *et al.*, 1981, 1190.

223. *The Washington Post*, Sept. 20, 1988, A-8. *The New York Times*, November 12, 1988, 7. See Breuning, Stephen E. and Poling, Alan D., 1982.

224. Check, W.A., 1988(a), 2583.

225. Maletzky, B.M., 1973, 180. Elliott, F.A., 1976,311.

226. Campbell, M., 1973,355.

227. Campbell, M. 1973, 350. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957, 473.

228. Ornitz, E.M. *et al.*, 1976, 617. Ritvo, E.R. *et al.*, 1984, 304. Campbell, M., 1973,357.

229. Wender, P.H., 1971,203,217.

230. *Physicians' Desk Reference*, 1985, 969.

231. *Ibid.*, 1970,657. Julien, R.M., 1978, 125.

232. Laufer, M.W. and Denhoff, E., 1957,473.

233. Schrag, P. and Divoky, D., 1975 (reviewed in *J. Autism* 6:2 [1976]. 203-205). Cowart, V.S., 1988a, 2522.

234. Cowart, V.S., 1988(a), 2522.

235. *Loc. cit.*

236. *Ibid.*, 2521.

237. Ward, C.D., 1986,218.

238. Golden, G.S., 1984,95.

239. Bruun, R.D. and Shapiro, A.K., 1972, 330.

240. *Loc. cit.*

241. Woods, S.M., 1961, 1349. See, also, Gibbs, C.E., 1929/1930,623-624.

242. McPherson, M., 1989, 196.

243. Michaud, S.G. and Aynesworth, H., 1989,257,292.
244. *Ibid.*, 13, 14, 24.
245. *Ibid.*, 13.
246. *Ibid.*, 15.
247. *Ibid.*, 23-24.
248. *Ibid.*, 60.
249. *Ibid.*, 63.
250. *Ibid.*, 250.
251. *Ibid.*, 65-66.
252. *Ibid.*, 133.
253. *Ibid.*, 203.
254. *Ibid.*, 192.
255. *Ibid.*, 247.
256. *Ibid.*, 179.
257. McPherson, M., 1989, 148-149.
258. Michaud, S.G. and Aynesworth, H., 1989,66-67.
259. *Ibid.*, 73.
260. *Loc. cit.*
261. *Ibid.*, 75.
262. *Ibid.*, 77.
263. *Ibid.*, 65.
264. *Ibid.*, 67.
265. *Ibid.*, 194.
266. *Ibid.*, 258.
267. *Ibid.*, 62.
268. *Ibid.*, 123.
269. *Ibid.*, 124-125.
270. *Ibid.*, 256.
271. *Ibid.*, 264.
272. Kelley, D., 1985, 58.
273. Michaud, S.G. and Aynesworth, H., 1989, 125.
274. *Ibid.*, 202.
275. *Loc. eit.*
276. *Ibid.*, 127.
277. *Ibid.*, 123.
278. *Ibid.*, 186.
279. *Ibid.*, 248.
280. Monroe, R.R., 1978,21.
281. *The Seattle Times*, October 5, 1989, A-14.
282. *Loc. eit.*

6. Kapitel - Nachweise

- I. Hill, T.R., 1928,2.
2. *The Washington Post*, October 24, 1989, Health, 5.
3. *Ibid.*, September 19, 1988, B-8: Ann Landers.
4. Rothman, S. and Lichter, S.R., 1982, passim.
5. *Time*, October 15, 1984, 80.
6. *The New York Times*, November 8, 1988, C-1.
7. Review of Susan Littwin, *The Postponed Generation: Why America's Grown-Up Kids are Growing Up Later* (New York: Morrow, 1986) in *The International Herald Tribune*, February 20, 1986.
8. Rimland, B. and Larson, G.E., 1981,31-33.
9. *Ibid.*, 33.
10. *Loc. cit.* Wharton, YL., 1977.
11. *The Washington Post*, June 8, 1988, A-6.
12. Rimland, B. and Larson, G.E., 1981,34.
13. *The New York Times*, October 30, 1986: Op-Ed page; April 21, 1986, 1, B-7.
14. Rimland, B. and Larson, G.E., 1981, 36.
15. *The New York Times*, September 17, 1985, C-1, C-3.
16. Rimland, B. and Larson, G.E., 50.
17. Coulter, H. and Fisher, B., 1985,339.
18. Newacheck, P.W. *et al.*, 1986, 180.
19. *Ibid.*, 181. Evans, R. *et al.*, 1987, 65S.
20. Newacheck, P.W., *et al.*, 1986, 179.
21. *Loc. eit.* Newacheck, P.W. *et al.*, 1984,236.
22. Kirchner, C., 1988,4. Newacheck, P.W., *et al.*, 1986, 178.
23. *The Washington Post.*, September 1, 1988, 13.
24. Newacheck, P.W., *et al.*, 1984,232.
25. Newacheck, P.W. *et al.*, 1986, 183.
26. Lewis, D.O., 1981,91.
27. Stroem, J., 1960, 1186.

Bibliographie

Zum Zweck des leichteren Auffindens wurde die Bibliographie unverändert aus dem Englischen übernommen.

- Adams, R.D. and M.Victor. *Principles of Neurology*. Second Edition. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Akerley, M.S. "Reactions to 'Employing Electric Shock with Autistic Children.'" *J. Autism* 6:3 (1976), 289-294.
- _____. "Springing the Tradition Trap." *J. Autism* 5:4 (1975), 373-380.
- Aman, M.G. "Hyperactivity: Nature of the Syndrome and its Natural History." *J. Autism* 14:1 (1984),39-56.
- _____. "Stimulant Drug Effects in Developmental Disorders and Hyperactivity-Toward a Resolution of Disparate Findings." *J. Autism* 12:4 (1982),385.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Committee on Drugs. "Medication for Children with an Attention Deficit Disorder." *Pediatrics* 80:5 (1987), 758-760.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. First Edition. Washington, D.C., 1951. Second Edition. Washington, D.C. 1968. Third Edition, Washington, D.C., 1980. Third Edition-Revised, Washington, D.C., 1987.
- Amiel-Tison, C. "Neurologic Disorder in Neonates Associated with Abnormalities of Pregnancy and Birth." *Current Problems of Pediatrics* III:3 (January 1973), 3-37.
- Annell, Anna-Lisa. "Pertussis in Infancy-A Cause of Behavioral Disorders in Children." *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis* LXVIII, Supp. I (1953).
- Arnason, B. Editorial: "Neuroimmunology." *New England J. Med.* 316:7 (1987), 406-408.
- Askin, J.A. and H.M. Zimmerman. "Encephalitis Accompanying Whooping Cough." *A.J. Diseases of Children* 39 (1929), 97-102.
- Auden, G.A. "Behavior Changes Supervening Upon Encephalitis in Children." *Lancet* (October 28, 1922),901-904.
- August, G.A. and L.H. Lockhart. "Familial Autism and the Fragile-X Chromosome." *J. Autism* 14:2 (1984), 197-204.
- _____, M.A. Stewart, and L. Tsai. "The Incidence of Cognitive Disabilities in the Siblings of Autistic Children." *British J. Psychiatry* 138 (1981), 416-422.

Auletta, Ken. "A Reporter at Large. The Underclass-I." *The New Yorker* (November 16, 1981), 63-181.

Avery, M.E. and L.R. First. *Pediatric Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.

Bach-y-Rita, G., J.R. Lion, C.E. Climent, and ER. Ervin. "Episodic Dyscontrol: A Study of 130 Violent Patients." *A.J. Psychiatry* 127:11 (1971), 1473-1478.

Backman, Z. "The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestations with Toxicity and Cerebral Allergy." *The Digest of Chiropractic Economics* (May/June, 1985), 18-19.

Baker, A.B. "The Central Nervous System in Infectious Diseases of Childhood." *Postgraduate Medicine* 5 (1949), 1-12.

Baker, S.M. "Diagnostic and Therapeutic Strategies in an Autistic Child with a Positive Response to Taurine." In *Proceedings, 1984 Annual Conference of the National Society for Children and Adults with Autism*. Washington, D.C., 1984,8-23.

Bakwin, H. "Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children." *J. Pediatrics* 34 (1949) 371-382.

_____. "Early Infantile Autism." *J. Pediatrics* 45 (1954), 492-497.

Bannister, R. *Brain's Clinical Neurology*. Fifth Edition. Oxford: University Press, 1978.

Bartak, L. and M. Rutter. "Differences Between Mentally Retarded and Normally Intelligent Autistic Children." *J. Autism* 6 (1976), 109-120.

_____. "Language and Cognition in Autistic and 'Dysphasie' Children." In Neil Connor, ed., *Language, Cognitive Defects, and Retardation*. London and Boston: Butterworths, 1975.

Baumann, E., R.R. Binder, W.Falk, E.G.Huber, R.Kurz, and K. Rosanelli. "Development and Clinical Use of an Oral Heat-Inactivated Whole Cell Pertussis Vaccine." *Develop. Biol. Standard*. 61 (1985),511-516.

Beavers, D.J. *Autism: Nightmare Without End*. Port Washington, N.Y.: Ashley Books, 1982. Reviewed in *J. Autism* 15:1 (1985), 113-119.

Behrman, R.E., V.C. Vaughan, III, and WE. Nelson. *Nelson's Textbook of Pediatrics*. Thirteenth Edition. New York: W.B. Saunders, 1987.

_____. and R. Kliegman. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 1989.

Bemporad, J. "Adult Recollections of a Formerly Autistic Child." *J. Autism* 9:2 (1979), 179-197.

Benatar, S.R. "Fatal Asthma." *New England J. Med.* 314:7 (February 13, 1986),423-427.

Bender, Lauretta. "Burn Encephalopathies in Children." *Arch. Pediatrics* 60 (1943),75-87.

_____. "The Goodenough Test (Drawing a Man) in Chronic Encephalitis in Children." *J. Nervous and Mental Disease* 91:3 (1940), 277-286.

Benson, D.E. "Interictal Behavior Disorders in Epilepsy." *Psychiatric Clinics of North America* 9:2 (June 1986), 283-292.

Bergman, P. and S.R. Escalona. "Unusual Sensitivities in Very Young Children." *Psychoanalytic Study of the Child* 3-4 (1949), 333-352.

Bettelheim, Bruno. *A Home for the Heart*. New York: Knopf, 1974.

_____. Reviewed in *J. Autism* 6 (1976), 193-205.

_____. "The Problem Learner." *Parents Magazine* 35:3 (May 1960), 52.

Betz, B.J. "A Study of Tactics for Resolving the Autistic Barrier in the Psychotherapy of the Schizophrenic Personality." *A.J. Psychiatry* 104 (1947), 267-273.

Bille, B. "Migraine in School Children." *Acta Paediatrica* 51 (1962), Supplement 136.

Bland, R. and H.Om. "Family Violence and Psychiatric Disorder." *Canadian Journal of Psychiatry* 31 (March 1986), 129-137.

Bond, E.D. and K.E. Appel. *The Treatment of Behavior Disorders following Encephalitis*. New York: The Commonwealth Fund, 1931.

_____. and G.E. Partridge. "Post-Encephalitic Behavior Disorders in Boys and Their Management in a Hospital." *A.J. Psychiatry* VI (1926/1927), 25-80.

_____. and L.H. Smith. "Post-Encephalitic Behavior Disorders: A Ten-Year Review of the Franklin School." *A.J. Psychiatry* 92:1 (1935), 17-33.

Breuning, S.E. and A.D. Poling, eds. *Drugs and Mental Retardation*. Springfield: Thomas, 1982.

Brown, WT., E.C. Jenkins, E. Friedman, J. Brooks, K. Wisniewski, S. Raguthu, and J. French. "Autism is Associated with the Fragile-X Syndrome." *J. Autism* 12:3 (1982),303-308.

Bruun, R.D. and A.K. Shapiro. "Differential Diagnosis of Gilles de la Tourette's Syndrome." *J. Nervous and Mental Disease* 155:4 (1972), 328-334.

Bryant, E.T., M.L. Scott, c.J. Golden, and C.D. Tori. "Neuropsychological Deficits, Learning Disability, and Violent Behavior." *J. Consulting and Clinical Psychology* 52:2 (1984), 323-324.

Byers, Randolph K. and EC. Moll. "Encephalopathies Following Prophylactic Pertussis Vaccine." *Pediatrics* 1:4 (1948), 439-457.

_____. and N.D. Rizzo. "A Follow-Up Study of Pertussis in Infancy." *New England J. Med.* 242:23 (June 8, 1950), 887-891.

Campbell, M. "Biological Interventions in Psychoses of Childhood." *J. Autism* 3 (1973), 347-373.

—. "Psychopharmacological Treatment of Children with the Syndrome of Autism." *Pediatric Annals* 13:4 (1984),309-318.

Cappon, D. "Clinical Manifestations of Autism and Schizophrenia in Childhood." *Canadian Medical Association Journal* 69 (1953), 44-49.

Carlson-Leavitt, J. "The Importance of Choice." 1. *Autism* 8 (1978), 243-245.

Charlton, M.H. "Infantile Spasms." In Maurice H. Charlton, ed., *Myoclonic Seizures*. Amsterdam: Excerpta Medica/American Elsevier, 1975.

Check, W.A. "Homicide, Suicide, Other Violence Gain Increasing Medical Attention." *J.Amer. Med.Assoc.* 254:6 (August 9,1985),721-730.

Cherry, James D., Philip A. Brunell, Gerald S. Golden, and David T. Karzon. "Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization." *Pediatrics* 81:6 Part 11 (June 1988). Supplement.

— and W.D. Shields. "Recurrent Seizures After Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Immunization." *A.J. Dis. Children* 138 (October 1984), 904-907.

Chess, Stella. "Autism in Children with Congenital Rubella." *J. Autism* 1 (1971), 33-47.

—. "Follow-Up Report on Autism in Congenital Rubella," *J. Autism* 7 (1977), 69-81.

Chevrie, J.J. and J. Aicardi. "Convulsive Disorders in the First Year of Life: Etiologic Factors." *Epilepsia* 18:4 (1977), 489-497.

Christian, H.A. *Principles and Practice of Medicine*. New York: Appleton-Century, 1947.

Churchill, D.W. "The Relation of Infantile Autism and Early Childhood Schizophrenia to Developmental Language Disorders of Childhood." *J. Autism* 2 (1972), 182-197.

Ciaranello, R. "Neurochemical Models of Infantile Autism." *Proceedings, 1981 International Conference of the National Society for Children and Adults with Autism*. Washington, D.C., 1981, 178-188.

—, S.R. VandenBerg, and T.E Anders. "Intrinsic and Extrinsic Determinants of Neuronal Development: Relation to Infantile Autism," 1. *Autism* 12:2 (1982), 115-139.

Clark, P and M. Rutter, "Compliance and Resistance in Autistic Children." *J. Autism* 7 (1977), 33-47.

Cleckley, H. *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby, 1976.

Clements, S.D. and J.E. Peters. "Syndromes of Minimal Brain Dysfunction." In P Black, ed., *Brain Dysfunction in Children: Etiology, Diagnosis, and Management*. New York: Raven, 1981.

Climont, C.E., R. Plutehik, ER. Ervin, and A. Rollins. "Parental Loss, Depression, and Violence. III. Epidemiological Studies of Female Prisoners." *Acta Psychiatr. Scand.* 55 (1977), 261-268.

Cohen, D.J. "The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome." *Psychiatry Clinics of North America* 3:3 (December 1980), 383-402.

Cole, Blanche E. "The Problem of Social Adjustment Following Epidemic Encephalitis in Children." *Mental Hygiene* 8 (1924), 977-1023.

Coleman, Mary, ed. *The Autistic Syndromes*. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1976.

—. "New Research Findings and Concepts in Autism." *Proceedings, 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington, D.C., 1980, 8-19.

Commission for the Control of Epilepsy. *Plan for a Nationwide Action on Epilepsy*. Unpublished materials, 1977.

Connaught Laboratories, Inc. *Diphtheria and Tetanus Toxoids and Pertussis Vaccine Adsorbed USP (for Pediatric Use)*. Physicians' Desk Reference, 1989.

Coulter, Harris L. and Barbara Fisher. *DPT: A Shot in the Dark*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1985. German edition, Barthel und Barthel Verlag, 8137 Berg, 1991. Revised English edition 1991, by Avery Publishing Group, Inc., Garden City Park, New York.

Cowart, V.S. "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Physicians Helping Parents Pay More Heed." 1. *Amer. Med. Assoc.* 259: 18 (May 13, 1988), 2647-2652. (b)

—. "The Ritalin Controversy: What's Made This Drug's Opponents Hyperactive?" 1. *Amer. Med. Assoc.* 259:17 (May 6, 1988), 2521-2523. (a)

Creak, M., K. Cameron, and V. Cowie. "Schizophrenic Syndrome in Childhood: Progress Report of the Working Party." *Cerebral Palsy Bulletin* 3 (1961), 501-504.

— and G. Pampiglione. "Clinical and EEG Studies on a Group of 35 Psychotic Children." *Dev. Med. Child Neurology* 11 (1969),218-227.

Damasio, A.R. and R.G. Maurer. "A Neurologic Model for Childhood Autism." *Arch. Neurology* 35 (1978), 777-786.

Daniel, A.E. and P.W. Harris. "Female Offenders Referred for Pre-Trial Psychiatric Evaluation." *Bull. Amer. Acad. Psychiatry and the Law* 9 (1981); 40-47.

Darr, G.c. and EG. Worden. "Case Report Twenty-Eight Years After an Infantile Autistic Disorder." *A.J. Orthopsychiatry* 21 (1951), 559-568.

DeLong, G.R., S.c. Bean, and ER. Brown. "Acquired Reversible Autistic Syndrome in Acute Encephalopathic Illness in Children." *Arch. Neurology* 38 (1981), 191-194.

DeMyer, M.K. *Parents and Children in Autism*. Washington, D.C.: W.H Winston, 1979. Reviewed in *J. Autism* 10 (1980).

_____, S. Barton, W.E. DeMyer, J.A. Norton, J. Allen, and R. Steele. "Prognosis in Autism: A Followup Study." *J. Autism* 3 (1973), 199-246.

DeMyer, W. and M. "Infantile Autism." *Neurologie Clinies* 2:1 (1984), 139-152.

Denckla, M.B., J.R. Bemporad, and M.C. MacKay. "Tics Following Methylphenidate Administration: A Report of 20 Cases." *J. Amer. Med. Assoc.* 235:13 (March 29, 1976), 1349-1351.

Deslauriers, A.M. "The Cognitive-Affective Dilemma in Early Infantile Autism: the Case of Clarence." *J. Autism* 8 (1978), 219-232.

Despert, J. Louise. "Some Considerations Relating to the Genesis of Autistic Behavior in Children." *A.J. Orthopsychiatry* 21 (1951), 335-350.

DeVeugh-Geiss, J. "Neuroleptic Drugs: How to Reduce the Risk of Tardive Dyskinesia." *Geriatrics* (July 1979), 59-66.

Dewey, M. and M. Evarard. "The Near-Normal Autistic Adolescent." *J. Autism* 4 (1974), 348-356.

Deykin, E.Y. and B. Macmahon. "Viral Exposure and Autism." *A.J. Epidemiology* 109:6 (1979), 628-638.

Diamond, E.F. "Sudden Infant Death in Five Consecutive Siblings." *Illinois M.J.* 170:1 (1986), 33-34.

Dickey, L.D., ed. *Clinical Ecology*. Springfield: Thomas, 1976.

Dietrich, R.B., W.O. Bradley, E.J. Zaragoza, R.J. Otto, R.K. Taira, G.H. Wilson, H. Kangaroo. "MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants." *AIR* 150 (April, 1988), 889-896.

Dobbing, John. "Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System." In N.S. Scrimshaw and J.E. Gordon, ed., *Malnutrition, Learning, and Behavior*. Cambridge: MIT Press, 1968.

Dohan, F.V. "Coeliac Disease and Schizophrenia." *Lancet* (April 25, 1970), 897-898.

_____. "Is Celiac Disease a Clue to the Pathogenesis of Schizophrenia?" *Mental Hygiene* 53:4 (1969), 525-529.

Easson, W.M. "The Early Manifestations of Adolescent Thought Disorder." *J. Clinical Psychiatry* (November, 1979), 469-475.

Egger, J., C.M. Carter, P.J. Graham, D. Gumley, and J.F. Soothill. "Controlled Trial of Oligoantigenic Treatment in the Hyperkinetic Syndrome." *Lancet* (March 9, 1985), 540-545.

Eisenberg, Leon. "The Autistic Child in Adolescence." *A.J. Psychiatry* 112 (January-June, 1956), 607-612.

Elliott, Frank A. "Biological Roots of Violence." *Proceedings of the American Philosophical Society* 127:2 (1983), 84-93.

_____. "The Episodic Dyscontrol Syndrome and Aggression." *Neurologie Clinics* 2:1 (February 1984), 113-125.

_____. "Historical Perspective on Neurobehavior." *Psychiatry Clinics of North America* 9:2 (June 1986), 225-239.

_____. "Neurological Factors in Violent Behavior." *Bull. Amer. Acad. Psychiatry and the Law* 4 (1976), 297-315.

_____. "Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome." *J. Nervous and Mental Disease* 170:11 (1982), 680-687.

Evans, R. et al. "National Trends in the Morbidity and Mortality of Asthma in the US. Prevalence, Hospitalization and Death from Asthma Over Two Decades." *Chest* 91:6 (June, 1987), Supplement, 65S-74S.

Everard, M.P. "Mildly Autistic Young People and Their Problems." Unpublished. National Society for Autistic Children, Huntington, West Virginia. (n.d.)

_____. "The National Society for Autistic Children in Britain." *J. Autism* 3 (1973), 278-279.

Federal Bureau of Investigation. *Uniform Crime Reports for the United States*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Justice, 1981-1988.

Fedio, P. "Behavioral Characteristics of Patients with Temporal Lobe Epilepsy." *Psychiatry Clinics of North America* 9:2 (June 1986), 267-281.

Fejn, D., B. Skoff, and A.F. Mirsky, "Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children." *J. Autism* 11:3 (1981), 303-315.

Ferrari, M. and W.S. Mathews. "Self-Recognition Deficits in Autism: Syndrome-Specific or General Developmental Delay?" *J. Autism* 13:3 (1983), 317-324.

Ferry, P.C., W. Banner, and R.A. Wolf, *Seizure Disorders in Children*. New York: J.B. Lippincott, 1986.

Fields, Mr. and Mrs. M. "The Relationship Between Problem Behavior and Food Allergies: One Family's Story." *J. Autism* 6:1 (1976), 75-91.

Fineman, K.R. "Firesetting in Childhood and Adolescence." *Psychiatry Clinics of North America*. 3:3 (December 1980), 483-500.

Finley, K.H. "Pathogenesis of Encephalitis Occurring with Vaccination, Variola, and Measles." *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 39 (1938), 1047-1054.

Firestone, P. and S. Peters. "Minor Physical Anomalies and Behavior in Children: A Review." *J. Autism* 13:4 (1983), 411-425.

Folstein, S. and M.L. Rutter. "Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications." *J. Autism* 18:1 (1988), 3-26.

Ford, Frank R. *Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence*. Springfield: C.C. Thomas, 1937.

Fomess, S.R. and K.A. Kavale. 'Autistic Children in School: The Role of the Pediatrician.' *Pediatric Annals* 13:4 (April 1984), 319-328.

Foxx, R. "Working with the Self-Abusive Individual." *Proceedings, 1980 Annual Meeting and Coriference of the National Society for Autistic Children*. Washington, D.C., 1980,47-60.

Freeman, B.I. and E.R. Ritvo. "The Syndrome of Autism: Establishing the Diagnosis and Principles of Management." *Pediatric Annals* 13:4 (April 1984), 284-296.

Freeman, S.W. *Does Your Child Have a Learning Disability?* Springfield: Thomas, 1974.

Friend, M.R. "On Sleep Disturbances in Children." *J. American Psychoanalytical Association* 4 (1956), 514-525.

Fritz, G.K. and J. Armbrust. "Enuresis and Encopresis." *Psychiatric Clinics of North America* 5:2 (August 1982), 283-296.

Gastaut, H., B. Zifkin, and M. Rufo. "Compulsive Respiratory Stereotypies in Children with Autistic Features: Polygraphic Recording and Treatment with Fenfluramine." *J. Autism* 17:3 (1987), 391-405.

Gastfriend, D.R., J. Biederman, and M.S. Iellinek. "Desipramine in the Treatment of Attention Deficit Disorder in Adolescents." *Psychopharmacology Bulletin* 21:1 (1985), 144-145.

Geraghty, Kevin C. *DPT-Gate: Reagan's Baby*. El Cerrito, California, 1987.

_____, A.C. Zahalsky, and A. Novotny. "Histamine Sensitization and its Consequences in Genetic Strains of Mice" (to be published).

Geschwind, Norman. "Why Orton Was Right." *Annals of Dyslexia* XXXII (1982), 13-30.

_____, and Peter Behan. "Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder." *Proceedings National Academy of Sciences USA* 79 (August, 1982), 5097-5100.

Gibbs, Charles E. "Behavior Disorders in Chronic Epidemic Encephalitis." *A.J. Psychiatry* IX (1929-1930), 619-636.

Gillberg, Christopher. 'Are Autism and Anorexia Nervosa Related?' *B.J. Psychiatry* 143 (April, 1983), 428. (a)

_____. "Autism and Anorexia Nervosa: Related Conditions?" *Nord. Psykiatr. Tidsskr.* 39 (1985), 307-312. (a)

_____. "Asperger's Syndrome and Recurrent Psychosis-A Case Study." *J. Autism* 15 (1985), 389-397. (b)

_____. "Identical Triplets with Infantile Autism and the Fragile X Syndrome." *B.J. Psychiatry* 143 (1983), 25-26. (b)

_____. "Onset at Age 14 of a Typical Autistic Syndrome: A Case Report of a Girl with Herpes Simplex Encephalitis." *J. Autism* 16:3 (1986), 369-375.

_____. "The Sex Chromosomes-One Key to Autism? An XYY Case of Infantile Autism." *Applied Research in Mental Retardation* 5 (1984), 353-360.

_____. Gunilla Carlstrom, and Peder Rasmussen. "Hyperkinetic Disorders in Seven-Year Old Children with Perceptual, Motor, and Attentional Deficits." *J. Child Psychol. Psychiatr.* 24:2 (1983),233-236.

_____, and H. Schaumann. "Social Class and Infantile Autism." *J. Autism* 12:3 (1982), 223-228.

_____. "Epilepsy Presenting as Infantile Autism? Two Case Studies." *Neuropediatrics* 14 (1983), 206-212.

_____, and S. Steffenburg. "Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions: A Population-Based Study of 46 Cases Followed Through Puberty." *J. Autism* 17:2 (1987), 273-287.

Globus, I.H. and J.L. Kohn. "Encephalopathy Following Pertussis Vaccination Prophylaxis." *J. Amer. Med. Assoc.* 141:8 (1949), 507-509.

Godfrey, S. "What is Asthma?" *Arch. Dis. Childhood* 60 (1985),997-1000.

Golden, Gerald S. "Psychologic and Neuropsychologic Aspects of Tourette's Syndrome." *Neurologic Clinics of North America* 2:1 (February 1984),91-102.

Goodwin, Mary Stewart and W Campbell. "In a Dark Mirror." *Mental Hygiene* 53:4 (October 1969), 550-563.

_____, and M.A. Cowan. "Malabsorption and Cerebral Dysfunction: A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children." *J. Autism* 1 (1971), 48-62.

Green, I.B. and R.A. Mercille. "Psychiatric Complications of Epilepsy." *Neurologic Clinics* 2:1 (February 1984), 103-112.

Greenebaum, I.V. and Louis A. Lurie. "Encephalitis as a Causative Factor in Behavior Disorders of Children." *J. Amer. Med. Assoc.* 136:14 (April 3, 1948), 922-930.

_____, B. Leichtenritt, and F.M. Rosenthal. "Effects of Encephalitis Occurring During Childhood on Behavior and Personality: A Study of 50 Cases." *Ohio State M.J.* 4 (1945), 1018-1021.

Greenough, A. and I.A. Davis. "Encephalitis Lethargica: Mystery of the Past or Undiagnosed Disease of the Present?" *Lancet* (April 23, 1983),922-923.

Grossman, M. "Late Results in Epidemic Encephalitis." *Arch. Neur. and Psych.* 5 (1921) 580-587.

_____. "Sequels of Acute Epidemic Encephalitis." *J. Amer. Med. Assoc.* 78 (1922), 959-962.

- Guilleminault, C.; "Obstructive Sleep Apnea Syndrome." *Psychiatry Clinics of North America* 10:4 (December 1987), 607-621.
- Gwirtsman, H.E. and R.H. Gemer. "Neurochemical Abnormalities in Anorexia Nervosa: Similarities to Affective Disorders." *Biological Psychiatry* 16:10 (1981),991-995.
- Hall, Arthur J. "The Mental Sequelae of Epidemic Encephalitis in Children." *Brit. Med. J.* (January 17, 1925), 110-111.
- Halmi, K.A. "Pragmatic Information on the Eating Disorders." *Psychiatry Clinics of North America* 5:2 (August, 1982), 371-377.
- Harper, J. and S. Williams. "Age and Type of Onset and Critical Variables in Early Infantile Autism." *J. Autism* 5 (1975), 24-36
- . "Early Environmental Stress and Infantile Autism." *M.J. Australia* (March 9, 1974),341-346.
- Hartsough, C.S. and N.M. Lambert. "Pattern and Progression of Drug Use Among Hyperactives and Controls: A Prospective Short-Term Longitudinal Study." *J. Child Psychiatr.* 28:4 (1987), 543-553.
- Hawkins, D. and L. Pauling, eds. *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*. San Francisco: W.H. Freeman, 1973.
- Heffron, W.M., C.A. Martin, R.J. Welsh, P. Perry, and C.K. Moore. "Hyperactivity and Child Abuse." *Canadian J. Psychiatry* 32 (June 1987), 384-386.
- Heilbrun, A.B. and M.R. "Psychopathy and Dangerousness: Comparison, Integration, and Extension of Two Psychopathic Typologies." *Brit. J. Clin. Psychology* 24 (1985), 181-195.
- Hellman, D.S. and N.Blackman. "Enuresis, Firesetting and Cruelty to Animals: A Triad Predictive of Adult Crime." *A.J. Psychiatry* 122 (June 1966), 1431-1435.
- Hemachudha, T., D.E. Griffin, J.J. Giffels, R.T. Johnson, A.B. Moser, and P. Phanuphak. "Myelin Basic Protein as an Encephalitogen in Encephalomyelitis and Polyneuritis Following Rabies Vaccination." *New England J. Med.* 316:7 (1987), 369-374.
- Hetzler, B.E. and J.L. Griffin. "Infantile Autism and the Temporal Lobe of the Brain." *J. Autism* 11:3 (1981), 317-330.
- Hier, D.B., M. LeMay, and P.B. Rosenberger. "Autism and Unfavorable Left-Right Asymmetries of the Brain." *J. Autism* 9:2 (1979), 153-159.
- Hill, T.R. "The Problem of Juvenile Behavior Disorders in Chronic Epidemic Encephalitis." 1. *Neurology and Psychopathology* 9:33 (1928), 1-10.
- Hirtz, D.G., K.B. Nelson, and J.H. Ellenberg. "Seizures Following Childhood Immunizations." *J. Pediatrics* 102:1 (January, 1983), 14-18.
- Hoffer, A. "Hyperactivity, Allergy, and Megavitamins." *Canadian Psychiatric Association Journal* 19 (1974), 124-125.
- Hollander, H.E. and ED. Turner. "Characteristics of Incarcerated Delinquents: Relationship Between Development Disorders, Environmental and Family Factors, and Patterns of Offense and Recidivism." *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 24:1 (1985), 221-226.
- Holm, Vanja A. "The Causes of Cerebral Palsy." *J. Amer. Med. Assoc.* 247:10 (March 12, 1982), 1473-1477.
- Holt, w.J. "Epidemic Encephalitis: A Follow-Up Study of Two Hundred and Sixty-Two Cases." *Arch. Neurology and Psychiatry* 38:6 (1937), 1135-1144.
- Hopkins, A. *Epilepsy*. New York: Demos, 1987.
- Hsu, L.K.G., K. Wisner, E.T. Richey, and C. Goldstein. "Is Juvenile Delinquency Related to an Abnormal EEG? A Study of EEG Abnormalities in Juvenile Delinquents and Adolescent Psychiatric Inpatients." *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 24:1 (1985) 310-315.
- Hurley, A.D. and R. Sovner. "Anorexia Nervosa and Mental Retardation: A Case Report." *J. Clinical Psychiatry* (November, 1979),480-481.
- Ironside, Redvers. "Discussion on the Neurological Complications of the Acute Specific Fevers." *Proc. Royal Soc. Med.* 49 (1956), 139-146.
- Iwasa, Saburo, I.Setsuji, and K.Akama. "Swelling of the Brain in Mice Caused by Pertussis Vaccine-Its Quantitative Determination and the Responsible Factors in the Vaccine." *Japan. J. Med. Sei. Biol.* 38 (1985) 53-65.
- Jacob, J. and E Mannino. "Increased Intracranial Pressure After Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Immunization." *A. J. Dis. Children* 133 (February, 1979), 217-218.
- James, A. and R.J. Barry. "Developmental Effects in the Cerebral Lateralization of Autistic, Retarded, and Normal Children." *J. Autism* 13:1 (1983), 43-56.
- Jeavons, P.M. and B.D. Bower. *Infantile Spasms: A Review of the Literature and a Study of 112 Cases*. London: The Spastics Society, 1964.
- ' "Infantile Spasms." In P.J. Vinken and G.W.Bruyn, *Handbook of Clinical Neurology*, Volume 15 (1973), 219-234.
- Johnson, C. "The Syndrome of Bulimia: Review and Synthesis." *Psychiatry Clinics of North America* 7:2 (June 1984), 247-273.
- Johnson, D.H. and L.J. *Learning Disabilities*. Wash., D.C.: National Educational Association, 1978.
- Johnston, I.D.A., H.R. Anderson, H.P. Lambert, and S. Patel. "Reading Attainment and Physical Development After Whooping Cough." *J. Epid. and Community Health* 39 (1985), 314-319.
- Julien, R.M. *A Primer of Drug Action*. San Francisco: W.H. Freeman. 1978.

- Kahn, Eugen and Louis H. Cohen. "Organic Drivenness: A Brain-Stem Syndrome and an Experience." *New England J. Med.* 210: 14 (April 5, 1934),748-756.
- Kandt, R.S. "Neurologic Examination of Children with Learning Disorders." *Pediatric Clinics of North America* 31:2 (April 1984), 297-315.
- Kane, I.M. et al. "The Prevalence of Tardive Dyskinesia." *Psychopharmacology Bulletin* 21:1 (1985), 136-139.
- Kanner, Leo. "Autistic Disturbances of Affective Contact." *The Nervous Child* 11 (1942-1943), 217-250.
- _____. "The Concept of Wholes and Parts in Early Infantile Autism." *J. Pediatrics* 108 (1951), 23-26.
- _____. "Early Infantile Autism." *J. Pediatrics* 25 (1944), 211-217.
- _____. "Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943." *J. Autism* 1 (1971), 119-145.
- _____. "Problems of Nosology and Psychodynamics of Early Infantile Autism." *A.J. Orthopsychiatry* 19 (1949), 416-426.
- _____. "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?" In *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1954), being Vol. 33 of the Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease.
- _____. and Leon Eisenberg. "Early Infantile Autism: 1943-1955." *Psychiatric Research Reports* 7 (1957), 55-65.
- _____. and L.I. Lesser. "Early Infantile Autism." *Pediatric Clinics of North America* (August 1958), 711-730.
- Kaplan, B.I., I. McNicol, R.A. Conte, and H.K. Moghadam. "Physical Signs and Symptoms in Preschool-Age Hyperactive and Normal Children." *Developmental and Behavioral Pediatrics* 8:6 (December 1987), 305-309.
- _____. "Sleep Disturbance in Preschool-Aged Hyperactive and Nonhyperactive Children." *Pediatrics* 80:6 (December 1987), 839-844.
- Karlin, Isaac. "Congenital Verbal-Auditory Agnosia." *Pediatrics* 7 (1951), 60-68.
- _____. "A Psychosomatic Theory of Stuttering." *J. Speech Disorders* 12 (1947), 319-322.
- Katz, Donald R. "The Kids with the Faraway Eyes." *Rolling Stone* (March 8, 1979). Institute for Child Behavior Research, Publication #44.
- Kellaway, P., I.W. Crawley, and N. Kagawa. "A Specific Electroencephalographic Correlate of Convulsive Equivalent Disorders in Children." *J. Pediatrics* 55 (1959), 582-592.
- Kelley, David. "Stalking the Criminal Mind." *Harpers* (August 1985), 53-59.
- Kennedy, R.L.I. "The Prognosis of Sequelae of Epidemic Encephalitis in Children," *A.J. Dis. Children* 28 (1924) 158-172.
- Kirschbaum, W.R. "Excessive Hunger as a Symptom of Cerebral Origin." *J. Nervous and Mental Disease* 113:2 (1951), 95-114.
- Kirschner, C. "Recent Trends and Prevalence Rates and Numbers of Blind and Visually Handicapped School children." American Foundation for the Blind, 1988. (unpublished)
- Kissel, S.I. "Violence in America: An Emerging Public Health Problem." *Health and Social Work* 11:2 (Spring 1986), 153-155.
- Kolata, Gina. "Math Genius May Have Hormonal Basis." *Science* 222 (December 23, 1983), 1312.
- Komoto, I. and I. Hirata. "Infantile Autism and Affective Disorder." *J. Autism* 14:1 (1984),81-84.
- _____, S. Usui, S. Otsuki, and A. Terao. "Infantile Autism and Duchenne Muscular Dystrophy." *J. Autism* 14:2 (1984), 191-195.
- Konstantareas, M.M. and S. Homatidis. "Brief Report: Ear Infections in Autistic and Normal Children." *J. Autism* 17:4 (1987), 585-593.
- Kringelbach, I. and I. Sensius. "Hypsarrhythmia after triple vaccination." *Nordisk Medicin* 76:49 (December 8, 1966), 1435-1436.
- Kulenkampff, M., I.S. Schwartzman, and I. Wilson. "Neurological Complications of Pertussis Inoculation." *Arch. Disease in Childhood* 49: 1 (January 1974), 46-49.
- Kupfer, D.I., T.P. Detre, and I. Koral. "Relationship of Certain Childhood 'Traits' to Adult Psychiatric Disorders." *A.J. Orthopsychiatry* 45: 1 (1975), 74-80.
- Lapin, Joseph H. *Whooping Cough*. Springfield and Baltimore: Thomas, 1943.
- Lasch, Christopher. *The Culture of Narcissism*. New York: Warner Books, 1979.
- Laufer, M.W. and E. Denhoff. "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children." *J. Pediatrics* 50 (1957), 463-474.
- _____. and G. Solomons. "Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems." *Psychosomatic Medicine* 19:1 (1957),38-49.
- Lerner, I.A., T.S. Inui, E.W. Trupin, and E. Douglas. "Preschool Behavior Can Predict Future Psychiatric Disorders." *J. Amer. Academy Child Psychiatry* 24:1 (1985), 42-48.
- Levine, M.D. and B.G. Zallen. "The Learning Disorders of Adolescence: Organic and Nonorganic Failure to Strive." *Pediatric Clinics of North America* 31:2 (April 1984), 345-369.

- Levine, M.I. "Autism-An Unsolved Pediatric Problem." *Pediatric Annals* 13:4 (1984), 279-281.
- Leviton, A. "Do Learning Handicaps and Headache Cluster?" 1. *Child Neurology* 1 (October 1986), 372-377.
- Lewis, Dorothy O., ed. *Vulnerabilities to Delinquency*. New York: SP Medical and Scientific Books, 1981.
- _____, et al. "Neuropsychiatric, Psychoeducational, and Family Characteristics of Fourteen Juveniles Condemned to Death in the United States." *A.J. Psychiatry* 145:5 (May, 1988), 584-589.
- Lewis, S.R. and S. van Femey. "Early Recognition of Infantile Autism." *J. Pediatrics* 56:4 (April, 1960), 510-512.
- Lidsky, T.I., T. Labuszewski, and EM. Levine. "Are Movement Disorders the Most Serious Side Effects of Maintenance Therapy with Antipsychotic Drugs?" *Biological Psychiatry* 16:12 (1981), 1189-1194.
- Littwin, S. *The Postponed Generation: Why America's Kids are Growing Up Later*. New York: Morrow, 1986.
- Litvak, A.M., H. GibeI, S.E. Rosenthal, and P. Rosenblatt. "Cerebral Complications in Pertussis." *J. Pediatrics* 32 (1948), 357-379.
- Long, K.A. and D.V. McQueen. "Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives." *J. Clinical Psychology* 40:1 (January 1984), 379-390.
- Lotter, V. "Epidemiology of Autistic Conditions in Young Children." *Social Psychiatry* 1 (1966/1967), 124-137.
- Low, N.L. "Electroencephalographic Studies Following Pertussis Immunizations." 1. *Pediatrics* 47 (1955), 35-39.
- Lurie, L.A., I.V. Grenebaum, B. Leichentritt, and EM. Rosenthal. "Late Results Noted in Children Presenting Post-Encephalitic Behavior." *A.J. Psychiatry* 104 (1947), 171-179.
- _____, and Sol Levy. "Personality Changes and Behavior Disorders of Children Following Pertussis." *J. Amer. Med. Assoc.* 120:12 (November 21, 1942), 890-894.
- MacPherson, Myra. "The Roots of Evil." *Vanity Fair* (May 1989), 142-149, 188-196.
- Maletsky, B.M. "The Diagnosis of Pathological Intoxication." *J. Studies on Alcohol* 37:9 (1976), 1215-1227.
- _____. "The Episodic Dyscontrol Syndrome." *Diseases of the Nervous System* (March 1973), 178-185.
- Manclark, C. et al. "Pertussis." In R. Germanier, ed., *Bacterial Vaccines*. New York: Academic Press, 1984.
- Markowitz, P.I. "Autism in a Child with Congenital Cytomegalovirus Infection." *J. Autism* 13:3 (1983), 249-253.
- Maurer, R.G. "Neuropsychology of Autism." *Psychiatry Clinics of North America* 9:2 (1986), 367-380.
- _____, and A.R. Damasio. "Childhood Autism from the Point of View of Behavioral Neurology." *J. Autism* 12:2 (1982), 195-205.
- Mawson, D., A. Grounds, and D. Tantam. "Violence and Asperger's Syndrome: A Case Study." *B.J. Psychiatry* 147 (1985), 566-569.
- McCann, B.S. "Hemispheric Asymmetries and Early Infantile Autism." *J. Autism* 11:4 (1981), 401-411.
- McGinniss, J. *Fatal Vision*. New York: Signet Books, 1989.
- MeIchor, J.C. "Infantile Spasms and Early Immunization Against Whooping Cough." *Arch. Dis. in Childhood* 52 (1977), 134-137.
- _____. "Infantile Spasms and Immunization in the First Year of Life." *Neuropaediatric* 3 (1971/1972), 3-10.
- _____. "Infantile Spasmer og Vaccinationer." *Ugeskr. Laeg.* 131:17 (1969), 748.
- Mendlewicz, J. "Genetic Factors of Human Violent Behavior." In J. Obiols, C. Ballus, E. Gonzalez Monclus, and J. Pujol, eds., *Biological Psychiatry Today*. Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1979, 1229-1231.
- Menkes, John H. *Textbook of Child Neurology*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1980.
- Menkes, M.M., J.S. Rowe, and J.H. Menkes. "A Twenty-Five Year Follow-Up Study on the Hyperkinetic Child with Minimal Brain Dysfunction." *Pediatrics* 39 (1967), 393-399.
- Menolascino, EI. and M.L. Egger. *Medical Dimensions of Mental Retardation*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1978.
- Merritt, H. H. *Textbook of Neurology*. Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979.
- Meryash, D. L., L.S. Szymanski, and P.S. Gerald. "Infantile Autism Associated with the Fragile-X Syndrome." *J. Autism* 12:3 (1982), 295-301.
- Michaud, Stephen G. and HughAynesworth. *TedBundy: Conversation with a Killer*. New York: Signet Books, 1989.
- Miller, D. "Affective Disorders and Violence in Adolescents." *Hospital and Community Psychiatry* 37:6 (June 1986), 591-596.
- Miller, D.L., E.M. Ross, R. Alderslade, M.H. Bellman, and N.S.B. Rawson. "Pertussis Immunization and Serious Acute Neurological Illness in Children." *British M.J.* 282 (May 16, 1981), 1595-1599.
- Miller, H.G. and J.B. Stanton. "Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation." *Q.J. Medicine* 24:89 (1954), 1-27.
- Millichap, I.G. "The Hyperactive Child." *Practitioner* 217 (1976), 61-65.

- Milman, D.H. "Minimal Brain Dysfunction in Childhood: Outcome in Late Adolescence and Early Adult Years." *1. Clin. Psychiatry* 40 (1979), 371-380.
- Mitler, M.M., S. Nelson, and R. Hajdukovic. "Narcolepsy: Diagnosis, Treatment, and Management." *Psychiatrie Clinics of North America* 10:4 (December 1987), 593-606.
- Mnukhin, S.S. and D.N. Isaev. "On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy." *J. Autism* 5 (1975), 99-108.
- Money, J., N. Bobrow, and F.Θ. Clarke. "Autism and Autoimmune Disease: A Family Study." *J. Autism* 1 (1971), 146-160.
- Monroe, R.R. *Brain Function in Aggressive Criminals*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1978.
- Moyer, K.E. *The Psychobiology of Aggression*. New York: Harper and Row, 1976.
- Murphy, J.v., L.D. Sarff, K.M. Marquardt. "Recurrent Seizures After Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Vaccine Immunization." *A.J. Dis. Children* 138 (October, 1984), 908-911.
- Myklebust, H.R., J. Killen, and M. Bannochie. "Emotional Characteristics of Learning Disability." *J. Autism* 2 (1972), 151-159.
- National Center for Health Statistics, *Maternal Weight Gain and the Outcome of Pregnancy: United States, 1980*. Washington, D.C.: GPO, 1986.
- National Society for Children and Adults with Autism. Form Letter Regarding Megavitamin Therapy for Autism and Related Disorders (Publication 39b).
- Neal, Josephine B. *Encephalitis: a Clinical Study*. New York: Grune and Stratton, 1942.
- _____. "Types of Epidemic Encephalitis: A Comparison of the Cases Seen in St. Louis in 1933 with Those Seen in New York City." *A.J. Public Health* 23 (1933), 1144-1154.
- Nelson, K. and J.H. Ellenberg. "Antecedents of Seizure Disorders in Early Childhood." *A.J. Dis. Children* 140 (October 1986), 1053-1061.
- Newacheck, P.W., P.B. Budetti, and P. McManus. "Trends in Childhood Disability." *A.J. Public Health* 74:3 (March 1984), 232-236.
- _____. and N. Halfon. "Trends in Activity-Limiting Chronic Conditions Among Children." *A.J. Public Health* 76:2 (February 1986), 178-184.
- Niswander, K., ed. *The Women and Their Pregnancies. Collaborative Perinatal Study of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke*. Washington, O.C. USDHEW PHS NIH, 1972.
- Nomura, Y., M. Segawa, and M. Hasegawa. "Rett Syndrome-Clinical Studies and Pathophysiological Consideration." *Brain and Development* 6:5 (1984), 475-486.
- Nyhan, W.L. "Clinical Features of the Lesch-Nyhan Syndrome." *Arch. Internal Medicine* 130 (August 1972), 186-192.
- _____. "Behavior in the Lesch-Nyhan Syndrome." *J. Autism* 6 (1976), 235-252.
- O'Banion, D., B. Armstrong, R.A. Cummings, and J. Stange. "Disruptive Behavior: A Dietary Approach." *J. Autism* 8 (1978), 325-337.
- O'Brien, J. "School Problems: School Phobia and Learning Disabilities." *Psychiatrie Clinics of North America* 5:2 (August, 1982), 297-307.
- O'Connell, T.S. "The Musical Life of an Autistic Boy." *J. Autism* 4 (1974), 223-229.
- O'Reilly, D.E. and J.E. Walentynowicz. "Etiological Factors in Cerebral Palsy: an Historical Review." *Developmental Medicine and Child Neurology* 23 (1981), 633-642.
- Omitz, E.M. "The Modulation of Sensory Input and Motor Output in Autistic Children." *J. Autism* 4 (1974), 196-215.
- _____. and E. Ritvo. "The Syndrome of Autism: A Critical Review." *A.J. Psychiatry* 133:6 (June 1976), 609-621.
- Palkes, H. and M. Stewart. "Intellectual Ability and Performance of Hyperactive Children." *A.J. Orthopsychiatry* 42 (1972), 35-39.
- Park, Clara Claiborne. Review of D.J. Beavers, *Autism: Nightmare Without End*. *1. Autism* 15:1 (1985), 113-119.
- _____. *The Siege*. New York: Harcourt Brace, 1967.
- _____. "The Limits of Normalization." *J. Autism* 7:3 (1977), 301-302.
- Pasamanick, B. and H. Knobloch. "Brain Damage and Reproductive Casualty." *A.J. Orthopsychiatry* 39 (1960), 299-305.
- _____. "Early Feeding and Birth Difficulties in Childhood Schizophrenia: An Explanatory Note." *J. Psychology* 56 (1963), 73-77.
- _____. "Retrospective Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty: Old and New." *Merrill-Palmer Quarterly* (December 12, 1966), 7-26.
- Perry, R. et al. "Neuroleptic-Related Dyskinesias in Autistic Children: A Prospective Study." *Psychopharmacology Bulletin* 21:1 (1985), 140-143.
- Petty, L.K., E.M. Omitz, J.D. Michelman, E.G. Zimmerman. "Autistic Children Who Become Schizophrenia." *Arch. General Psychiatry* 41 (February 1984), 129-135.
- Pfeffer, C.Π., G. Solomon, R. Plutchik, M.S. Mizruchi, and A. Weiner. "Variables that Predict Assaultiveness in Child Psychiatric Inpatients." *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 26:6 (1985), 775-780.
- Physicians' Desk Reference* (various years)
- Piacente, G.J. "Aggression." *Psychiatrie Clinics of North America* 9:2 (1986), 329-339.

- Pingree, C.B. "Parents vs. Autism: Our Pediatrician, the Coach." *Pediatric Annals* 13:4 (1984), 330-338.
- Pittman, Margaret and C.B. Cox. "Pertussis Vaccine Testing for Freedom-from-Toxicity." *Applied Microbiology* 13:3 (May 1965),447-456.
- Plaut, T.E *Children with Asthma: A Manual for Parents*. Amherst: Pedipress, 1984.
- Pontius, A.A. and K.E Ruttiger. "Frontal Lobe System Maturational Lag in Juvenile Delinquents Shown in Narratives Test." *Adolescence* 11:44 (1976), 509-518.
- Poser, C.M. "Neurologic Syndromes That Arise Unpredictably." *Consultant* (January 1987), 45-55.
- Premsky, A.L. "History of Convulsions and Use of Pertussis Vaccine" (editorial). *J. Pediatrics* 107:2 (August 1985), 244-246.
- _____. "Time-A Fourth Dimension for Encephalopathies." *New England J. Med.* 310:23 (1984), 1527-1528.
- Quitkin, E and D.E Klein. "Two Behavioral Syndromes in Young Adults Related to Possible Minimal Brain Dysfunction." *J. Psychiatric Research* 7 (1969), 131-142.
- Randolph, Theron G. and Ralph W. Moss. *Allergies: Your Hidden Enemy*. Wellingborough, Northamptonshire: Turnstone Press, 1981.
- Rapp, Doris I. *Allergies and the Hyperactive Child*. New York: Sovereign Books, 1979.
- _____. with Bamberg, D.L. *The Impossible Child: in School, at Home*. Buffalo: Practical Allergy Research Foundation, 1986.
- Ravenholt, R.T. and W.H. Foege. "1918 Influenza, Encephalitis Lethargica, Parkinsonism." *Lancet* (October 16, 1982), 860-864.
- Realmuto, G.M. and B. Main. "Coincidence of Tourette's Disorder and Infantile Autism." *J. Autism* 12:4 (1982), 367-372.
- Reichler, R.I. "Diagnosis and its Implications." *Proceedings. 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington, D.C., 1980, 95-112.
- Reiser, I. "Asthma in Childhood." *B.J. Hospital Medicine* (April 1985), 196-204.
- Rimland, Bernard. "High-Dosage Levels of Certain Vitamins in the Treatment of Children with Severe Mental Disorders." In D. Hawkins and L. Pauling, eds. *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*. San Francisco: W.H. Freeman, 1973.
- _____. *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. New York: Appleton Century Crofts, 1962.
- _____. and G.E. Larson. "The Manpower Quality Decline: An Ecological Perspective." *Armed Forces and Society* 8:1 (Fall 1981), 21-78.
- Ritvo, E.R. "Evidence for Autosomal Recessive Inheritance in 46 Families with Multiple Incidences of Autism." *A.J. Psychiatry* 142:2 (February 1985), 187-192.
- _____. "Genetic and Immunohematologic Factors in Autism." *1. Autism* 12:2 (1982), 109-114.
- _____. and B.I. Freeman. "Medical Model of Autism: Etiology, Pathology, and Treatment." *Pediatric Annals* 13:4 (1984), 298-305.
- _____. , B.I. Freeman, A. Mason-Brothers, A. Mo, and A.M. Ritvo. "Concordance for the Syndrome of Autism in 40 Pairs of Afflicted Twins." *A.J. Psychiatry* 142:1 (January 1985),74-77.
- _____. , A.M. Brothers, B.I. Freeman, C. Pingree. "Eleven Possibly Autistic Parents." *J. Autism* 18:1 (1988), 139-145.
- Rivers, Thomas M. and EE Schwentker. "Encephalomyelitis Accompanied by Myelin Destruction Experimentally Produced in Monkeys." *J. Exp. Med.* 61 (1935), 689-702.
- Robins, Lee N. *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1966.
- Robison, Caroline. "Troubled Child." *Parents Magazine* 35:3 (May 1960) 53.
- Rodier, P.M. "Chronology of Neuron Development: Animal Studies and their Clinical Implications." *Dev. Med. Child Neurology* 22 (1980), 525-545.
- Rosenberg, G. "Meningoencephalitis Following an Influenza Vaccination." *New England J. Med.* 283 (1970), 1209-1211.
- Rosenblum, S.M., I.R. Arick, D.A. Krug, E.G. Stubbs, N.B. Young, and R.O. Pelson. "Auditory Brainstem Evoked Responses in Autistic Children." *J. Autism* 10:2 (1980), 215-225.
- Rothman, S. and S.R. Lichter. *Roots of Radicalism: Jews, Christians and the New Left*. New York and Oxford: Oxford University Press, 1982.
- Routh, D.K. Book Reviews in *J. Autism* 7 (1977), 417-422.
- Rutter, M. "Brain-Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings." *J. Child Psychol. Psychiatr.* 18 (1977), 1-21.
- _____. "Childhood Schizophrenia Reconsidered." *J. Autism* 2 (1972), 315-337.
- _____. "Syndromes Attributed to 'Minimal Brain Dysfunction' in Childhood." *A.J. Psychiatry* 139:1 (January 1982), 21-33.
- _____. and E. Schopler. "Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues." *J. Autism* 17:2 (1987), 159-186.
- _____. , D. Shaffer, and M. Shepherd. *A Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders*. Geneva: World Health Organization, 1975.
- Sadler, I.E. Ir. "Childhood Asthma from the Point of View of the Liaison

- Child Psychiatrist." *Psychiatry Clinics of North America* 5:2 (August 1982), 333-343.
- Sadler, W.S. *Theory anti Practice of Psychiatry*. St.Louis: Mosby, 1936.
- Sankar, D. V. S., ed. *Schizophrenia: Current Concepts and Research*. Hicksville, N.Y.: PID Publications, Inc., 1969.
- Sargent, I. and R. Liebman. "Outpatient Treatment of Anorexia Nervosa." *Psychiatry Clinics of North America* 7:2 (June 1984), 235-245.
- Satterfield, I.H., e.M. Hoppe, and A.M. Schell. "A Prospective Study of Delinquency in 110 Adolescent Boys with Attention Deficit Disorder and 88 Normal Adolescent Boys." *A.J. Psychiatry* 139:6 (1982), 795-798.
- Satz, P., H. V. Soper, D.L. Orsini, R.R. Henry, and I.e. Zvi. "Handedness Subtypes in Autism." *Psychiatric Annals* 15:7 (July 1985), 447-449.
- Sauvage, D., I. Leddet, L. Hameury, and e. Barthelemy. "Infantile Rumination: Diagnosis and Follow-up Study of Twenty Cases." *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 24:1 (1985), 197-203.
- Schachar, R., M. Rutter, and A. Smith. "The Characteristics of Situationally and Pervasively Hyperactive Children: Implications for Syndrome Definition." *J. Child Psychology and Psychiatry* 22:4 (1981), 375-392.
- Schain, R.I. *Neurology of Childhood Learning Disorders*. Second Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1977.
- and H. Yannet. "Infantile Autism: An Analysis of 50 Cases and a Consideration of Certain Relevant Neurophysiologic Concepts." *J. Pediatrics* 57:4 (1960), 560-567.
- Schmidt, W.R. and L.w. Iarcho. "Persistent Dyskinesias Following Phenothiazine Therapy." *Arch. Neurology* 14 (April 1966), 369-377.
- Schopler, E. "Convergence of Learning Disability, Higher-Level Autism, and Asperger's Syndrome." *J. Autism* 15:4 (1985), 359.
- . "The Stress of Autism as Ethology." *J. Autism* 4:3 (1974), 193-195.
- , S. Chess, and L. Eisenberg. "Memorial to Leo Kanner." *J. Autism* 11:3 (1981), 258-269.
- and M. Rutter. "Editorial: Change of Journal Scope and Title." *J. Autism* 9:1 (1979), 1-10.
- Schrag, Peter and Diane Divoky. *The Myth of the Hyperactive Child*. New York: Pantheon, 1975.
- Serafetinides, E.A. "Epilepsy, Cerebral Dominance, and Behavior." In M. Girgis and L.G. Kiloh, eds., *Limbic Epilepsy and the Dyscontrol Syndrome*. Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1980.
- Shaywitz, S.E. and B.A. "Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective." *Pediatric Clinics of North America* 31:2 (April 1984), 429-457.
- . "Current Status of the Neuromaturational Examination as an Index of Learning Disability." *J. Pediatrics* 104:6 (June 1984), 819-825.
- Shea, V. and G.B. Mesibov. "Brief Report: The Relationship of Learning Disabilities and Higher-Level Autism." *Autism* 15 (1985), 425-435.
- Sherwin, A.e. "Reactions to Music of Autistic (Schizophrenic) Children." *A.J. Psychiatry* 109 (1953), 823-839.
- Sholevar, G.P., R.M. Benson, and B.L. Blinder, *Emotional Disorders in Children and Adolescents*. NY and London: SP Scientific Books, 1980.
- Silva, P.A., S. Williams, and R. McGee. "A Longitudinal Study of Children with Developmental Language Delay at Age Three: Later Intelligence, Reading, and Behavior Problems." *Dev. Med. and Child Neurology* 29 (1987), 630-640.
- Simeon, I. "Biology and Therapy of Violent Behavior in Children." In I. Obiols, C. Ballus, E. Gonzalez Monclus, and I. Pujol, eds., *Biological Psychiatry To Jij Amsterdam*: Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1979, 1223-1231.
- Simons, I.M. "Observations on Compulsive Behavior in Autism." *J. Autism* 4 (1974), 1-10.
- Smith, D.E.P., S.D. Miller, M. Stewart, T.L. Walter, and I.V. McConnell. "Conductive Hearing Loss in Autistic, Learning-Disabled, and Normal Children." *J. Autism* 18:1 (1988), 53-64.
- Smith, Martin H. "National Childhood Vaccine Injury Compensation Act." *Pediatrics* 82:2 (August 1988), 264-269.
- Steg, I.P. and I.L. Rapoport. "Minor Physical Anomalies in Normal, Neurotic, Learning Disabled, and Severely Disturbed Children." *J. Autism* 5 (1975), 299-307.
- Steinman, L., S. Sriram, N.E. Adelman, S. Zamvil, H.O. McDevitt, and H. Urich. "Murine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2." *Nature* 299 (October 21, 1982), 738-740.
- Stevenson, L.D. and E.C. Alvord. "Allergy in the Nervous System." *A.J. Medicine* 3 (1948), 614.
- Stewart, Gordon T. "Re: Whooping Cough and Whooping Cough Vaccine: The Risks and Benefits Debate." *A.J. Epidemiology* 119:1 (1984), 135-137.
- . "Vaccination Against Whooping Cough: Efficacy versus Risks." *Lancet* (January 29, 1977), 234-237.
- Stewart, M.A., e. Cummings, S. Singer, and C.S. DeBlois. "The Overlap Between Hyperactive and Unsocialized Aggressive Children." *J. Child Psychology and Psychiatry* 22 (1981), 35-45.

- Stiver, R.L. and J.P. Dobbins. "Treatment of Atypical Anorexia Nervosa in the Public School: An Autistic Girl." *J. Autism* 10:1 (1980), 67-73.
- Stokes, K.S. "Planning for the Future of a Severely Handicapped Autistic Child." *J. Autism* 7:3 (1977), 288-298.
- Stores, G., J. Hart, and N. Piran. "Inattentiveness in Schoolchildren with Epilepsy." *Epilepsia* 19 (1978), 169-175.
- Strauss, Alfred A. and Laura E. Lehtinen. *Psychopathology anti Education of the Brain-Injured Child*. New York: Grune and Stratton, 1947.
- Stroem, Justus. "Is Universal Vaccination Against Pertussis Always Justified?" *Britisb M.J.* (October 22, 1960), 1184-1186.
- Strother, CR. "Minimal Brain Dysfunction: A Historical Overview," *Annals N.Y. Academy O/ Seiences* 205 (1973), 6-17.
- Stubbs, E. G. "Autistic Children Exhibit Undetectable Hemagglutinin-Inhibition Antibody Titers Despite Previous Rubella Vaccination." *J. Autism* 6 (1976), 269-274.
- _____. "Autistic Symptoms in a Child with Cytomegalovirus Infection." *J. Autism* 8 (1978), 37-43.
- _____, E. Ash, and C.P.S. Williams. "Autism and Congenital Cytomegalovirus." *J. Autism* 14:2 (1984), 183-189.
- _____, M.L. Crawford, D.R. Burger, and A.A. Vandenbark. "Depressed Lymphocyte Responsiveness in Autistic Children." *1. Autism* 7 (1977), 49-55.
- _____, and R.E. Magenis. "HLA and Autism." *J. Autism* 10:1 (1980) 15-19.
- Student, M. and H. Sohmer. "Evidence from Auditory Nerve and Brainstem Evoked Responses for an Organic Brain Lesion in Children with Autistic Traits." *J. Autism* 8 (1978), 13-20.
- Sullivan, Ruth Christ. "The Burn-Out Syndrome." *J. Autism* 9:1 (1979), 112-126.
- _____. "Hunches on Some Biological Factors in Autism." *J. Autism* 5:2 (1975), 177-186.
- _____. "Siblings of Autistic Children." *J. Autism* 9:2 (1979), 287-298.
- _____. "What Does Deinstitutionalization Mean for Our Children?" *J. Autism* 11:3 (1981), 347-355.
- _____. "Why Do Autistic Children?" *J. Autism* 10:2 (1980), 231-241.
- Taft, L. T. and H.J. Cohen. "Hypsarrhythmia and Infantile Autism: A Clinical Report." *J. Autism* 1 (1971), 327-336.
- Tanguay, P.E. and R.M. Edwards. "Electrophysical Studies of Autism: The Whisper of the Bang." *J. Autism* 12:2 (1982), 177-184.
- Tanke, E.D. and J.A. Yesavage. "Characteristics of Assaultive Patients Who Do and Do Not Provide Visible Clues of Potential Violence." *A.J. Psychiatry* 142:12 (1985), 1409-1413.
- Tartar, R.E., H. McBride, N. Buonpane,)D.U. Schneider. "Differentiation of Alcoholics." *Arch. Gen. Psychiatry* 34 (July 1977), 761-768.
- _____, A.M. Hegedus, N.E. Winsten, and A.I. Alterman. "Intellectual Profiles and Violent Behavior in Juvenile Delinquents." *J. Psychology* 119:2 (1985), 125-128.
- Tepper, S.J. and J.F. Haas. "Prevalence of Tardive Dyskinesia." *J. Clin. Psychiatry* 40 (1979), 508-516.
- Thorpy, M.J. and P.B. Glovinsky. "Parasomnias." *Psychiatry Clinics O/ North America* 10:4 (December 1987), 623-639.
- Tinbergen, Nikolaas. "Ethology and Stress Diseases." *Science* (July 5, 1974), 20-23.
- Torisky, Constance. "The Hostage Parent: A Life-Style or a Challenge?" *J. Autism* 8 (1978), 234-240.
- _____, Dan and Connie. "Sex Education and Sexual Awareness Building for Autistic Children and Youth: Some Viewpoints and Considerations." *J. Autism* 15:2 (1985), 213-227.
- _____, Jesse A. "My Brother, Eddie." *J. Autism* 9:2 (1979), 288-293.
- Treiman, D.M. "Epilepsy and Violence: Medical and Legal Issues." *Epilepsia* 27 (1986). Supplement 2, S77-S104.
- Trollfors, B. "Bordetella Pertussis Whole Cell Vaccines -Efficacy and Toxicity." *Acta Paediatrica Scand.* 73 (1984), 417-425.
- Tsai, Luke. "Brief Report: The Development of Hand Laterality in Infantile Autism." *J. Autism* 14:4 (1984), 447-450.
- _____. "Brief Report: Handedness in Autistic Children and Their Families." *J. Autism* 12:4 (1982), 421-423.
- _____. "The Relationship of Handedness to the Cognitive, Language, and Visuo-Spatial Skills of Autistic Patients." *B.J. Psychiatry* 142 (1983), 156-162.
- _____. "The Development of Sex Differences in Infantile Autism." *B.J. Psychiatry* 142 (1983), 373-378.
- _____. "Social Class Distribution of Fathers of Children Enrolled in the Iowa Autism Program." *1. Autism* 12:3 (1982), 211-221.
- Tsaltas, M. "Pilot Study on Allergic Responses." *J. Autism* 16:1 (1986), 91-92.
- Tudor-Hart, J. "Wheezing in Young Children: Problems of Measurement and Management." *J. Royal College O/ General Practitioners* (February 1986), 78-81.
- U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. "Facts About Childhood Hyperactivity," Reprinted from *Children Today* (July-August 1984).
- Van Bourgondien, M.E. and G.B. Mesibov. "Humor in High-Functioning Autistic Adults." *J. Autism* 17:3 (1987), 417-424.

- Van den Berg, B. and J. Yerushalmy. "Studies on Convulsive Disorders in Young Children." *Pediatr. Res.* 3 (1969) 298-304.
- Van Krevelen, A. "Critica Sobre el Diagnostico del Autismo Infantil Precoz." *Revista de Psiquiatria y Psicologia Medica* 11:4(1955), 318-325.
- _____. "Early Infantile Autism and Autistic Psychopathy." *J. Autism* 1 (1971), 82-86.
- Vaughan, Warren T, J.C. Sullivan, and F. Elmadjian. "Immunity and Schizophrenia: A Survey of the Ability of Schizophrenic Patients to Develop an Active Immunity Following the Injection of Pertussis Vaccine." *Psychosomatic Medicine* 11 (1949), 327-333.
- Verhees, B. "A Pair of Classically Early Infantile Autistic Siblings." *J. Autism* 6 (1976), 53-59.
- Vinken, P.J. and G.W. Bruyn. *Handbook of Clinical Neurology*. Volume 15. Amsterdam: North Holland Publishing Co., 1973.
- Volkmar, F.R. and D.J. Cohen. "The Experience of Infantile Autism: A First-Person Account by Tony W." *J. Autism* 15:1 (1985) 47-54.
- _____, and R. Paul. "The Use of 'Asperger's Syndrome.'" *J. Autism* 15 (1985), 437-439.
- Von Economo, Constantine. *Encephalitis Lethargica: its Sequelae and Treatment*. London: Oxford University Press, 1931.
- Wakabayashi, S. "The Present Status of an Early Infantile Autism First Reported in Japan Thirty Years Ago." *Nagoya M.J.* 46 (1984),35-39.
- Walker, A.M., H. Jick, D.R. Perera, T.A. Knauss, and R.S. Thompson. "Neurologic Events Following Diphtheria-Tetanus-Pertussis Immunization." *Pediatrics* 81:3 (March 1988), 345-349.
- Ward, e.D. "Encephalitis Lethargica and the Development of Neuropsychiatry." *Psychiatric Clinics of North America* 9:2 (1986), 215-224.
- Warren, R., N.e. Margaretten, N.e. Pace, and A. Foster. "Immune Abnormalities in Patients with Autism." *J. Autism* 16:2 (1986), 189-197.
- Warren. W.R. "Encephalopathy Due to Influenza Vaccine." *AMA Archives Int. Med.* 97 (1956), 803-805.
- Weiss, G., L. Hechtman, T. Milroy, and T. Perlman. "Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children." *J. Amer. Acad. Child Psychiatry* 24:1 (1985), 211-220.
- Weizman, A., R. Weizman, G.A. Szekely, H. Wijsenbeek, and E. Livni. "Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism." *A.J. Psychiatry* 139:11 (1982), 1462-1465.
- Wender, Paul H. *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: Wiley Interscience, 1971.
- West, D.J. "The Clinical Approach to Criminology." *Psychological Medicine* 10 (1980), 619-631.
- Westall, F.e. and R.C. Root-Bernstein, "Suggested Connection Between Autism, Serotonin, and Myelin Basic Protein." *A.J. Psychiatry* 140:9 (1983), 1260-1261.
- Whalen, C.K. and B. Henker. "Hyperactivity and the Attention Deficit Disorders: Expanding Frontiers." *Pediatric Clinics of North America* 31:2 (April 1984),397-427.
- Wharton, Y.L. *List of Hypotheses Advanced to Explain the SAT Scores Decline*. New York: College Entrance Examination Board, 1977.
- White, R., L. Finberg, and A. Tramer. "The Modern Morbidity of Pertussis in Infants." *Pediatrics* 33 (1964), 705-710.
- Whitehouse, D. and J.e. Harris. "Hyperlexia in Infantile Autism." *J. Autism* 13:3 (1984), 281-289.
- Wilbur, e.w. "One of the Lucky Ones." *J. Autism* 7:3 (1977), 298-299.
- Wing, Loma. "Asperger's Syndrome: a Clinical Account." *Psychological Medicine* 11 (1981), 115-129.
- _____. "Clarification on Asperger's Syndrome." *J. Autism* 16:4 (1986), 513-515.
- Wintrobe, M. *Clinical Hematology*. Eighth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1981.
- Witt, E.D., e. Ryan, and L.K. George Hsu. "Learning Deficits in Adolescents with Anorexia Nervosa." *J. Nervous and Mental Disease* 173:3 (1985), 182-184.
- Wolf, L. and B. Goldberg. "Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study." *Canadian J. Psychiatry* 31 (1986), 550-555.
- Wolf, S.M. and A. Forsythe. "Behavior Disturbance, Phenobarbital, and Febrile Seizures." *Pediatrics* 61:5 (May 1978),728-731.
- Wolfe, Tom. "The 'Me' Decade and the Third Great Awakening." *New York* (August 23, 1976), 26-40.
- Wood, David R., F.w. Reimherr, P.H. Wender, and G.E. Johnson. "Diagnosis and Treatment of Minimal Brain Dysfunction in Adults." *Arch. Gen. Psychiatry* 33 (1976), 1453-1460.
- Woodcock, J.H. "A Neuropsychiatric Approach to Impulse Disorders." *Psychiatric Clinics of North America* 9:2 (1986), 341-352.
- Woods, e.A. "Encephalopathy Due to Influenza Vaccine." *J. Pediatrics* 65 (1964), 745-748.
- Woods, Sherwyn M. "Adolescent Violence and Homicide: Ego Disruption and the 6 & 14 Dysrhythmia." *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961*, 11, 1348-1352.

- Woody, R.C. and M.E. Blaw. "Ophthalmoplegie Migraine in Infancy." *Clinical Pediatrics* 25:2 (February 1986), 82-84.
- Workman-Daniels, K.L. and Y.M. Hesselbrock. "Childhood Problem Behavior and Neuropsychological Functioning in Persons at Risk for Alcoholism." *J. Studies on Alcohol* 48:3 (1987), 187-193.
- Yamazaki, K., Y. Saito, F. Okada, T. Fujieda, and I. Yamashita, "An Application of Neuroendocrinological Studies in Autistic Children and Heller's Syndrome." *1. Autism* 5:4 (1975),323-332.
- Yates, A. "Autism: the Case for Left Hemispheric Damage." *Arizona Medicine* 16 (1984), 395-397.
- Yearbook of Pediatrics*, 1971. Chicago: Yearbook Publishers, 436-439.
- Yeudall, L.T. and D. Fromm-Auch. "Neuropsychological Impairments in Various Psychopathological Populations." In J. Gruzelier and P. Flor-Henry" *Hemisphere Asymmetries of Function in Psychopathology*. Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1979, 401-428.
- Younes, R.P., B. Rosner, and G. Webb. "Neuroimmaturity of Learning-Disabled Children: A Controlled Study." *Dev. Med. and Child Neurology* 25:5 (October 1983), 574-580.
- Yudkovitz, E. "Book Review of Books on Autism." *J. Autism* 7 (1977), 417-425.

Verzeichnis einiger medizinischer und soziologischer Fachbegriffe

- Adjuvans: "Helfendes"; Substanz, die, in Verbindung mit einem Immunogen verabreicht, humorale und/oder zellvermittelte Immunität verstärkt
- Allergie: Überempfindlichkeit
- Amentia: vorübergehende geistige Verwirrtheit
- Amnesie: Gedächtnisschwund
- Anaphylaxie: Überempfindlichkeit, besonders gegen artfremdes Eiweiß, eine Sonderform der Allergie
- Anomie: Zustand mangelnder sozialer Ordnung
- Anorexie: Appetitlosigkeit, Verlust des Triebes, Nahrung aufzunehmen
- Apnoe: Atemstillstand, Atemlähmung
- Arrhythmie: unregelmäßige Herzrhythmus
- Arthralgie: Gelenkschmerz
- Asperger-Syndrom: Form des Autismus, die sich meist im Schulalter durch schwere Kontaktstörungen äußert
- Astereognosis: Unfähigkeit, räumliche Formen zu erkennen
- Autismus: Kontakunfähigkeit mit Rückzug auf die eigene Vorstellungs- und Gedankenwelt und Isolation von der Umwelt
- Autoimmunisierung: gegen körpereigene antigene Substanzen gerichtete Immunisierung
- Bulimie: Heißhunger, Freßsucht
- Computertomographie (CT): röntgendiagnostisches, computergestütztes bildgebendes Schichtaufnahmeverfahren
- Dermatitis: Hautentzündung
- Diarrhöe: Durchfall
- Dilatation: Dehnung, krankhafte oder künstliche Erweiterung von Hohlorganen
- Dissemination: Ausbreitung, z. B. von Krankheitserregern
- DPT-Impfstoff: kombinierter Dreifach-Impfstoff gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus
- Dysgraphie: Rechtschreibunfähigkeit; extrem schlechte Handschrift
- Dyskalkulie: Rechenunfähigkeit
- Dyslexie: Leseunfähigkeit
- Dysphagie: Unfähigkeit, Essen hinunterzuschlucken
- EAE: experimentell hervorgerufene allergische Enzephalomyelitis
- Echolalie: sinnlos-mechanisches Nachsprechen gehörter Wörter oder Sätze
- EEG: Elektroenzephalogramm, Aufzeichnung des Verlaufs der Hirnaktionsströme
- elektiver Mutismus: Weigerung in bestimmten Situationen, sprachlich zu reagieren
- Enkopresis: Einkoten, Verschmieren von Stuhlgang
- Enuresis: Bettnässen
- Enzephalitis: Gehirnentzündung
- Enzephalomyelitis: Entzündung (Herde) in Gehirn und Rückenmark
- Enzephalopathie: Sammelbegriff aller nichtentzündlichen Hirnschäden und Hirnerkrankungen
- epidemische Enzephalitis: Encephalitis lethargica sive epidemica, auch Economo-Krankheit genannt, vermutlich viral bedingte Gehirnentzündung; Folge: in etwa 60% der Fälle postenzephalitisches Syndrom

Epilepsie: Fallsucht; Sammelbezeichnung für eine Gruppe erblicher oder traumatisch bedingter oder auf organischen Schädigungen beruhender Erkrankungen mit meist plötzlich einsetzenden starken Krämpfen und kurzer Bewußtlosigkeit

Erythem: Hautröte infolge vermehrter Blutfülle, oft auch krankheitsbedingt

Erythematodes: Zerrhose, Schmetterlingsflechte (Hauterkrankung)

Exfoliation: Abstoßung abgestorbenen Gewebes

Fontanelle: Knochenlücke am Schädel von Neugeborenen

Forme fruste: nicht voll ausgeprägtes Krankheitsbild, milder Verlauf einer Krankheit

Gastroenteritis: Magen- Darm-Entzündung

gastrointestinal: zum Magen und zum Darm gehörig

Glossopharynx: Zungenschlundnerv, neunter Hirnnerv

Grand mal: epileptischer Anfall mit schweren Krämpfen, Bewußtlosigkeit und Gedächtnisverlust

Hemiparese: leichte einseitige Lähmung

Hemiplegie: schwere einseitige Lähmung

humoral: die Körperflüssigkeiten betreffend

Hyperaktivität: Ruhelosigkeit, krankhaft gesteigerter Handlungs- und Bewegungsdrang

Hyperakusis: krankhaft verfeinertes Gehör infolge gesteigerter Erregbarkeit des Hörnervs

Hyperemesis: übermäßig starkes Erbrechen

Hypertonie: gesteigerte Muskelspannung; erhöhter Blutdruck

Hypoaktivität: Zustand der Schläffheit, Antriebslosigkeit

Hypophyse: Hirnanhang(sdrüse)

Hypothalamus: unter dem Thalamus gelegener zentralnervöser Teil des Zwischenhirns

Hypotonie: herabgesetzte Muskelspannung; zu niedriger Blutdruck

Hypsarrhythmie: im EEG sichtbarer krankhafter Befund mit in unregelmäßige hohe Gehirnstromwellen eingestreuten spitzen und/oder steil ansteigenden und langsam abfallenden Zwischenwellen

Hysterektomie: operative Entfernung der Gebärmutter

iatrogen: durch ärztliche Einwirkung entstanden

Immungen: Substanz mit der Fähigkeit, eine Antikörperbildung oder zelluläre Immunreaktion auszulösen

intrakranial: innerhalb des Schädels befindlich

Kachexie: mit allgemeiner Schwäche und Blutarmut verbundener starker Kräfteverfall

Keratokonus: kegelförmige Vorwölbung der Hornhaut

klonisch: schüttelnd, krampfhaft zuckend

Klonus: krampfartige Zuckung(en)

Konvulsion: Schüttelkrampf

Koprophilie: lustbetontes Herumschmieren mit Kot

kortikal: von der Gehirnrinde ausgehend; in der Gehirnrinde befindlich

Läsion: Verletzung

Leukotomie: chirurgischer Eingriff in die weiße Gehirnsubstanz

Lobotomie: soviel wie Leukotomie

Meningitis: Hirnhautentzündung

Mikrozephalie: Kleinwuchs des Schädels

Minimalhirnschaden: allgemeine Bezeichnung für auf verschiedene Ursachen zurückgehende organische Schädigungen des Zentralnervensystems

Myelin: Mark; Gemisch fettähnlicher Stoffe, das die Nerven umhüllt

Narzißmus: Verliebtheit ins eigene Wesen

Nekrophilie: abartiges, auf Leichen gerichtetes sexuelles Triebverlangen; sexuelle Leichenschändung

Neuroleptikum: Arzneimittel, das die Bewegungsaktivität hemmt, Erregung und Aggressivität dämpft und das vegetative Nervensystem beeinflusst

Nystagmus: Zittern des Augapfels

okulogyrische Krise: „Hinaufrollen“ der Augen in den Kopf

Okulomotorik: Bewegungsfähigkeit der Augen

Opisthotonus: Starrkrampf im Bereich der Rückenmuskulatur

Otitis: Ohrenentzündung

Paralyse: vollständige Lähmung

Paranoia: sich in Wahnvorstellungen äußernde Geistesgestörtheit

Paraplegie: Lähmung der unteren Körperhälfte

Parese: leichte Lähmung

pathogen: krankheitserregend

perniziös: bösartig; unheilbar

Perseveration: krankhaftes Verweilen bei ein und demselben Denkinhalt, Hängenbleiben an einem Gedanken

Pertussis: Keuchhusten; Infektionskrankheit mit starken, anhaltenden Hustenanfällen, bläulicher Verfärbung der Haut und Atemstillstand, gelegentlich mit Schleimhautblutungen

Petit mal: kleiner epileptischer Anfall, kurzzeitige Trübung des Bewußtseins

Polydipsie: krankhaft gesteigerter Durst

Polyurie: starke Vermehrung der Harnmenge

postenzephalitisches Syndrom: Sammelbegriff für die nach einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Enzephalitis auftretenden körperlichen, seelischen und geistigen Schäden

postvakzinal: nach einer Impfung vorkommend

Ptose: Herabsinken des (gelähmten) Oberlides

Pyromanie: Brandstiftungstrieb

Quadruplegie: Lähmung aller vier Gliedmaßen

Rhinitis: Nasenschleimhautentzündung, Schnupfen

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome, Syndrom des plötzlichen Kindstods

Solipsismus: Lehre, nach der die Welt für den Menschen nur in seinen Vorstellungen besteht

Somnambulismus: Mondsüchtigkeit, Schlafwandlerei

Spasmus: Krampf, Verkrampfung

Strabismus: Schielen, nicht parallele Blickrichtungen der Augen

subkortikal: unter der Gehirnrinde befindlich; unter der äußeren Zellschicht von Organen gelegen

subkutan: unter der Haut befindlich; unter die Haut verabreicht, z. B. Spritzen

Tachykardie: stark beschleunigte Herz­tä­ti­g­keit, Herz­ja­gen

Tetanus: Wundstarrkrampf

Thalamus: Sehhügel, Hauptteil des Zwischenhirns

Tremor: Muskelzittern, rhythmische Zuckungen einzelner Körperteile

Vagus: "Umherschweifender", zehnter Hirnnerv

Vakzin (das) = Vakzine (die): Impfstoff, bestehend aus lebenden, durch bestimmte Kulturverfahren oder andere Methoden in ihrer Virulenz abgeschwächten oder aus abgetöteten Krankheitserregern

Virulenz: quantitatives Maß der krank machenden Eigenschaften eines bestimmten Erregerstammes gegenüber einem bestimmten Wirt

zerebral: das Großhirn betreffend

Zöliakie: chronische Verdauungsstörung im späten Säuglingsalter, meist in Verbindung mit Unverträglichkeit von Weizenprodukten

Der »große« Pasteur

»Der Tagesspiegel«, Berlin, schreibt am 19. Februar 1993 unter der fetten Überschrift

»Von Pasteur hinters Licht geführt«

»Mit der Herausgabe seiner 100 Notizbücher geriet der Sockel des gefeierten Chemikers und Mikrobiologen post mortem ins Wanken. Dr. Gerald L. Geison vom Historischen Institut der Universität Princeton (US-Staat New Jersey) entdeckte in den privaten Einträgen Pasteurs (1822-1895) eine Reihe gravierender Diskrepanzen zu seinen publizierten Arbeiten.

Ein Versehen sei ausgeschlossen, sagte Geison auf der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft in Boston. Es bestehe kein Zweifel daran, daß Louis Pasteur mehrfach -wissenschaftlichen Betrug beging.

Mit Überraschung stellte Geison bei seinem fast zwanzigjährigen Studium von Pasteurs Doppelwerk fest, daß sich der Franzose im Labor gelegentlich sehr unwissenschaftlicher Methodik bediente. Hatte er eine Idee vor Augen, waren alle Versuche nur noch auf deren Beweisführung ausgerichtet, meint Geison. Negative Resultate erschienen oft nur im Notizbuch, nicht jedoch auf maßgeblichem Papier.

Schwerer wiegt noch, daß Pasteur die Öffentlichkeit offenbar auch bewußt hinters Licht führte ... «

Und die »Süddeutsche Zeitung«, München, schreibt zum selben Thema (18.2.93):

»Selbst ein Pasteur hat mehrfach -wissenschaftlichen Betrug begangen, so verkündete jetzt der Historiker Gerald L. Geison von der amerikanischen Universität Princeton. Das konnte er feststellen, nachdem nun die privaten Notizbücher des berühmten französischen Forschers ausgewertet worden sind.

Besonders negative Versuchsergebnisse hatte Pasteur nur darin eingetragen, die veröffentlichten Daten dagegen -geschönt- und manchmal - gerade bei seinen spektakulären Impf-Experimenten - bewußt gelogen ... «

Aufgrund solcher Verdrehungen der Wahrheit war es dann möglich, die Presse und damit die Öffentlichkeit und die Parlamentsabgeordneten von der Notwendigkeit der Impfungen zu überzeugen - mit den schrecklichen

Auswirkungen, wie sie in diesem und den anderen beiden Büchern zum Thema Impfungen beschrieben sind.

Wie unglaublich plump und unverschleiert manchmal solche Fälschungen und die dahinterstehende Absicht waren, zeigt Madame Delarue im Kapitel »Die Diphtherie« in dem Buch »Impfschutz - Irrtum oder Lüge«. Eine Impfung bei französischen Rekruten hatte 1925 ergeben,

»daß die Impfung den unerwarteten, aber deutlichen Effekt hatte, elfmal so viele Diphtherieerkrankungen bei den Geimpften wie bei den Nichtgeimpften zu produzieren«.

Trotzdem gab die »Academie de medicine« die Stellungnahme ab,

»daß ... diese Impfung den Beweis ihrer Wirksamkeit und Unschädlichkeit erbracht hat«,

und

»fordert die Academie de medicine von den Organen des Staates, daß diese Methode nun systematisch bei den Kindern eingeführt wird, besonders bei denen, die Schulen besuchen ... « usw.

Zu Auswirkungen schreibt Frau Delarue im gleichen Kapitel u. a.:

»Betrachten wir die Ergebnisse der Anwendung dieses üblen Gesetzes nach den Angaben der amtlichen Statistik: Die Zahl der Diphtheriefälle, die 1940 13.795 betrug, kletterte 1943 auf 46.750, 1944 auf 41.500, 1945 auf 45.500, und die Sterblichkeitsrate bei den Geimpften war zwei- bis viermal so hoch wie bei den nicht Geimpften. Zählt man das Jahr 1946 mit, so gab es von 1940 bis 1946 150.000 Diphtherieerkrankungen zusätzlich zu der vor den Impfungen üblichen Anzahl, und mehr als 15.000 von dem Anatoxin getötete, nein, ermordete Kinder. Was die Departements betrifft, so betrug die Anzahl der Fälle zwei- bis fünf-, zehn-, 15-, 20-, 25-, ja bis 35mal soviel wie vor den Impfungen, was beweist, daß jedes Departement Ort eines Experiments war, dessen Ergebnis das des Zöllerschen Experiments bestätigte oder an Beweiskraft noch übertraf.«

Forderungen an den Gesetzgeber

Es liegen jetzt handfeste und überzeugende Beweise vor, daß

1. Seuchen nicht durch Impfungen besiegt wurden,
2. Schäden und Nebenwirkungen der Impfungen viel umfangreicher sind als zugegeben wurde.

Die Beweise sind in drei Büchern niedergelegt.

1. »Impfungen - der unglaubliche Irrtum« von Simone Delarue und Dr. Gerhard Buchwald
2. »Impfschutz - Irrtum oder Lüge?« von den gleichen Autoren
3. »Impfungen - der Großangriff auf Gehirn und Seele« von dem Amerikaner Harris L. Coulter. Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von dem deutschen Arzt Dr. Gerhard Buchwald, der als »Ärztlicher Berater des Schutzverbandes für Impfgeschädigte e. V.« seit 30 Jahren intensive Impfschadensforschung betreibt.

Aufgrund dieser weltweit gesammelten Dokumente lauten die Forderungen an den Gesetzgeber:

1. Jeder impfende Arzt hat vor einer Impfung über die Risiken und Nebenwirkungen, einschließlich dem Auftreten von Todesfällen infolge Impfungen, zu informieren.
2. Da keine der zahlreichen, in diesen Büchern gezeigten und kommentierten Statistiken den Schluß zuläßt, daß Menschen - gleichgültig ob Erwachsene oder Kinder - durch eine dieser Impfungen vor der Erkrankung, gegen die sich die Impfung richtete, geschützt worden sind, hat jeder einzelne die Kosten der Impfungen selbst zu tragen und nicht die Allgemeinheit oder die Krankenkassen.
3. Es ist die Hand des Arztes, der durch eine Impfung ein menschliches Wesen beeinträchtigt oder lebenslang zum Krüppel oder Schwachsinnigen macht. Er und der Impfstoffhersteller haben deshalb die Kosten von Impfschäden zu tragen. In sehr schweren Fällen sind das für eine lebenslange Versorgung bis zu fünf Millionen Mark.
4. Die Meldepflicht für Impfschäden, einschließlich Impfschädenverdachtsfälle, sollte unverzüglich gesetzlich verankert werden.
Diese Forderung wurde bereits 1959 in der Broschüre »Gutachten des Bundesgesundheitsamtes über die Durchführung des Impfgesetzes« auf S. 87 so gestellt: »Die Meldepflicht für alle Fälle zerebraler Komplikatio-

nen nach Pockenschutzimpfung ist unumgänglich.« Seitdem, d. h. seit über 30 Jahren, wird von vielen Ärzten, Forschern, ja selbst von staatlichen Dienststellen immer wieder die Meldepflicht für Impfschäden gefordert. Die Bevölkerung, aber auch Ärzte werden über Einzelheiten und über Zahlen absichtlich und vorsätzlich im unklaren gelassen, wie viele Kinder durch Impfungen getötet oder auf das schwerste geschädigt wurden.

5. Wer impft oder an Impfungen verdient, sollte von der Erstattung von Sachverständigengutachten in Impfschadensprozessen ausgeschlossen werden.
6. Gutachter in Sozialgerichtsprozessen sollten vom Ausgang des Prozesses durch Zustellung des Gerichtsurteils unterrichtet werden. Dadurch soll gewährleistet werden, daß der Gutachter Gerichtsurteile und Gesichtspunkte der Rechtsprechung erfährt und daraus lernen kann.

München, im Juni 1993

Der Verleger