

Matthias Wenke

Diagnose statt Verständnis: Die „Krankheit ADHS“ als kulturelles Artefakt. Eine phänomenologische Annäherung

Das sogenannte „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinese-Syndrom“ (ADHS) wird in alarmierendem Ausmaße immer mehr Kindern zugeschrieben. Es lässt sich zeigen, dass diese Diagnose als kulturelles Artefakt die Biologisierung und Individualisierung der Folgen sozialen Wandels übernimmt. Die Analyse des Diskurses um „ADHS“ enthüllt einen Biologismus in Medizin, Pädagogik und Psychologie. Alternativ wird die Phänomenologie Husserls und Merleau-Pontys als tragfähiges Theoriefundament für einen existenziellen und hermeneutischen Zugang zu menschlichem Verhalten skizziert.

Schlüsselwörter: ADS, ADHS, Artefakt, Biologismus, Biopolitik, Diagnose, Diskurs, Foucault, Garfinkel, Hermeneutik, Husserl, Kulturprodukt, Leib, Merleau-Ponty, Pädagogik, Phänomenologie, Psychoanalyse, Psychologie, sozialer Wandel.

The so-called „attention deficit hyperkinetic disorder“ (ADHD) is attributed to more and more children to an alarming extent. It is demonstrable that this diagnosis serves as a cultural object to biologize and individualize the consequences of social change. The analysis of the discourse and the reasoning about ADHD reveals a biologicistic ideology in medicine, pedagogy and psychology. As an alternative the phenomenology of Husserl and Merleau-Ponty is outlined as a sustainable theoretical fundament for an existential and hermeneutical approach to human behavior.

keywords: ADH, ADHD, biologism, biopolitics, cultural object, diagnosis, discourse, Foucault, Garfinkel, hermeneutic, Husserl, living body, Merleau-Ponty, pedagogy, phenomenology, psychoanalysis, psychology, social change.

1. Einführung: zwei Diskurse

FOUCAULTs (2001) Begriff „Diskurs“ meint die in Sprache und Praxis vollzogene Konstitution und Reproduktion des speziellen Wirklichkeitsverständnisses einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe und die unsichtbaren Regeln des „Selbstverständlichen“, dessen, was überhaupt als sagbar gilt und was von wem gesagt werden darf. Es geht also um Kontrolle, Durchsetzung, Verteilung und Ausschluss von Wissen. Der je dominante Diskurs produziert seine eigene Realität durch Implikate und ist zugleich eine „Ausschließungsmaschine“ für Nichtgedachtes. An einem kurzen Zitat aus dem Diskursuniversum der „Biopsychologie“ sei dies illustriert: „Beziehungserfahrungen sind für das Gehirn sehr wichtig“ (GRAWE 2004).

In dieser verbreiteten Sprachpraxis offenbart sich sehr deutlich ein prinzipieller Irrtum: Das menschliche Subjekt wird stillschweigend „dem Gehirn“ gleichgesetzt und damit schlicht eliminiert. „Das Gehirn“ macht aber keine Beziehungserfahrungen. Nur ein ganzer Mensch als beseelter Leib, als inkarniertes Subjekt kann Erfahrungen machen. „Das Gehirn“ ist selbst eine Verdinglichung bestimmter anatomisch-medizinischer Handlungen, also Element eines speziellen Diskurses. MERLEAU-PONTY (1966, 149f.) betont die Gefahr, die ein falsches Verständnis vom Bewusstsein und ein auf den Kopf gestelltes Krankheitsverständnis mit sich bringen: „Wenn der Kranke nicht mehr als Bewußtsein existiert, so muß er als bloßes Ding existieren. (...). Wird einmal der Leib als Sitz von Vorgängen dritter Person angesetzt, so bleibt im Verhalten nichts mehr dem Bewußtsein zuzuschreiben möglich.“ Ein biologisches Konzept von Verhaltensauffälligkeiten steht also prinzipiell in Konflikt mit phänomenologischen und pädagogischen Ansätzen, es ist bei entsprechender Auslegung sogar geradezu antipädagogisch. Schaut man sich auf dem aktuellen „Theoriemarkt“ in der Heilpädagogik um, so findet man jedoch immer häufiger solche scheinbar gesicherten und „harten“ biologisch-neurologischen Theorieelemente, und dies vor allem in einem Bereich, wo sich Pädagogik, Medizin und Psychiatrie überschneiden: bei der Diagnose und dem Verständnis chronischer Verhaltensauffälligkeiten wie dem sogenannten „ADHS“. Sinnhaft-hermeneutische oder psychodynamische Ansätze in Diagnostik und Therapie drohen von einer biologisch-hereditären Weltanschauung, Verhaltenstherapien und pharmakologischer Kompensationsmedizin verdrängt und diskreditiert zu werden. PORNCHLEGEL stellt in der Süddeutschen Zeitung kritisch und alarmierend das „Altern der Psychoanalyse“ und eine Veränderung psychiatrischer Denkmodelle fest, „(...) die in den letzten Jahren immer einsinniger auf eine biochemisch-neuronale und kognitivistische Konzeption der Mensch-Maschine eingeschwenkt sind“ (SZ 16.3.2002). Eine biologische Anthropologie und eine missverstandene Verhaltensdiagnostik zerstören den Sinn von Verhalten, immunisieren gegen jede Frage nach einem Warum und entmündigen damit das Subjekt – und in der Tat wird bereits über die Strafmündigkeit von „ADHS-Diagnostizierten“ diskutiert (FELTES & LANG 2004). Ich teile mit verschiedenen Autoren deshalb die Auffassung, dass eine Revision anthropologischer Vorentscheidungen in Medizin, Psychologie und Pädagogik dringend nötig ist, um jeden Menschen existenziell und historisch in seiner Gewordenheit, in seiner eigenen Weise sinnhaften Zur-Welt-Seins (MERLEAU-PONTY 1966) zu begreifen, also auch seine „Krankheiten“. Die entschiedenste Hinwendung zum Subjekt bzw. zur Existenz findet sich in der Phänomenologie HUSSERLs (1985) und MERLEAU-PONTYs (1966), die das Sein voraussetzungslos im Erscheinenden gründen.

2. Skizze der Phänomenologie: HUSSERL und MERLEAUPONTY

Die bedeutendste Operation, die HUSSERL für die Erforschung des Seins im Bewusstsein vollzieht, ist die bewusste Einklammerung sämtlicher Vorurteile über die Welt, vor allem der „Generalthese der natürlichen Anschauung“, nämlich die gezielte Aufhebung des Seinsglaubens an die Welt. Sie verschwindet dadurch als angenommenes „objektives“ Außen und wird zum Phänomen im eigenen Bewusstseinsfeld. Man tritt hinter sich selbst und die eigene Welterfahrung zurück. HUSSERL nennt diesen gewichtigen Schritt „phänomenologische Epoché“: „Ihr vollbewußter Vollzug wird sich als die notwendige Operation herausstellen, welche uns das 'reine' Bewußtsein und in weiterer Folge die ganze phänomenologische Region zugänglich macht. (...) . Somit bleibt es als 'phänomenologisches Residuum' zurück, als eine prinzipiell eigenartige Seinsregion, die in der Tat das Feld einer neuen Wissenschaft werden kann - der Phänomenologie“ (HUSSERL 1985, 145). Anders ausgedrückt: nicht das Bewusstsein ist im Körper, vielmehr ist der Körper im Bewusstsein. HUSSERL stülpt also gewissermaßen den naiven Realitätsglauben von außen nach innen um und zeigt, dass die ganze Welt in uns stattfindet. Er nennt dieses absolute Bewusstsein, in welchem sich die Welt konstituiert: das Transzendente Subjekt. MERLEAU-PONTY (1966) folgt der Spur HUSSERLs und glaubt wie dieser, dass die Aufgabe der Phänomenologie eine tiefgreifende Revision aller verdinglichenden Verstandesgewohnheiten sei, macht allerdings deutlich, dass ein Rekurs auf ein Transzendentes Subjekt als körperloses „meditierendes Ego“ diese Aufgabe nicht erfüllen kann. Er sucht nun erneut ein Drittes jenseits der Dichotomie Objektivität-Subjektivität, jenseits der Alternative von An-sich oder Für-sich zu finden, das der Welterfahrung gerecht wird. Dieses Dritte ist die leibhaftige Existenz, und er betont: „Der Rückgang auf die Existenz (...) ist kein Rückgang auf Bewusstsein oder Geist“ (MERLEAU-PONTY 1966, 192).

Die existenzielle Durchdringung aller natürlichen Bewusstseinsakte, Wahrnehmungen und Handlungen veranschaulicht MERLEAU-PONTY an einem verschenkten Blumenstrauß. Der Empfänger erfährt ihn spontan als von Sinn erfüllte Geste. Alle Distanz und Zerlegung in Elemente ist nachträglich, denn „(...) das Sein des Wahrgenommenen ist ein vorprädikatives Sein, das unsere gesamte Existenz polarisiert“ (MERLEAU-PONTY 1966, 372). Diese „ursprüngliche Meinung“ ist zugleich die rudimentärste aber auch die bewusstste und reifste Form des Wissens, die uns möglich ist. Auf ihr müssen alle anderen Wissensarten aufsetzen, wie HUSSERL (1985) gezeigt hat. Die vorprädikative Figur-Grund-Struktur der Welt ist primär. Aufgabe der Phänomenologie ist es nun, „(...) den Sinn von Welt und Geschichte zu erfassen in statu nascendi, d.h. als Konstitutionsanalyse der Bewusstseine, als eine präzise deskriptive Analyse des `Systems Ich-Anderer-Welt““ (MERLEAU-PONTY 1966, 84). Denn: „Was die Dinge sind, (...) sind sie als Dinge der Erfahrung“ (HUSSERL 1985, 183). Phänomenologisch gilt also unbedingt: Die Welt entspringt im Subjekt, und der „physikalische Körper“ der Biologie ist im Gegensatz zum primären erfahrenden Leib des Subjektes ein sekundäres positivistisches Konstrukt. MERLEAU-PONTY zeigt, dass alle Erfahrungen ein situiertes, positioniertes, orientiertes, ergo ein inkarniertes Subjekt voraussetzen. Dieses inkarnierte Subjekt ist der wahrnehmende Leib (corps propre):

„Mein Leib als sichtbares Ding ist im großen Schauspiel mitenthalten. Aber mein sehender Leib unterhält diesen sichtbaren Leib und mit diesem alles Sichtbare“ (MERLEAU-PONTY 1986, 181). Der Leib ist In-der-Welt-Sein und Zur-Welt-Sein, Position und Medium zugleich. Er ist nicht „materieller“ Körper im Gegensatz zu einer „geistigen“ Innensphäre: Es ist der einzig reale phänomenale Leib, wie er der Erfahrung erscheint. Der phänomenale Leib macht auch ein Leib-Seele-Problem überflüssig: „Nicht also ist das Problem, wie die Seele auf den objektiven Leib einzuwirken vermag, denn sie wirkt gar nicht auf ihn ein, sondern auf den phänomenalen Leib“ (MERLEAU-PONTY 1966, 131). Das Wahrnehmungs und Handlungsfeld des Leibes mit all seinen Sinnesräumen heißt: das Phänomenale Feld; und seine Positionen im intersubjektiven Handlungsfeld heißen: Situationen. Existenz ist immer Situation, denn „(...) der Mensch ist zur Welt, er kennt sich allein in der Welt“ (MERLEAU-PONTY 1966, 7).

Der Leib ist als ursprüngliche Existenz-zur-Welt die gesuchte dritte Seinsweise: immer ist er vollständig existenziell bewohnt, und alle seine Ausdruckserscheinungen zeigen das Subjekt als Ganzes. Rein „biologische“ Vorgänge dritter Person, die die Existenz nicht berühren, kommen im Leib nicht vor. Alles am Leib ist Sinn, und es wird deutlich, „(...) daß der Leib nicht eine Summe nebeneinandergesetzter Organe, sondern ein synergisches System ist, dessen sämtliche Funktionen übernommen und verbunden sind in der umfassenden Bewegung des Zur-Welt-Seins, dadurch, daß er die geronnene Gestalt der Existenz selbst ist“ (MERLEAU-PONTY 1966, 273). Alle „Funktionen“ des Menschen gliedern sich also sinnhaft verbunden um ein existenzielles Subjekt, und der phänomenale Leib befindet sich jenseits des Zugriffs der „objektiven“ Wissenschaft. Er ist das „natürliche Ich“, ein Spiegel unseres ganzen Seins: „Bis in seine `Sexualfunktion´ hinein entdeckten wir Intentionalität und Bedeutungsvermögen“ (MERLEAU-PONTY 1966, 207). Dies ist übrigens schon immer Thema der Psychoanalyse, denn was sind die psychosexuellen Entwicklungsphasen der Körperzonen anderes als ursprüngliche Modi des Leibes und Modalitäten des Zur-Welt-Seins? (ERIKSON 1974). Im Leib gerinnen alle Beziehungen, besonders die frühen, alle Geschichte und alle Erfahrung. MERLEAU-PONTY liefert hier die Basis für eine Biosemantik (ZIEGER 1996), indem er die Identität von Erscheinung und Wirklichkeit auf den je individuellkonkreten Eigenleib anwendet: „Nicht nur ist es mir wesentlich, überhaupt einen Leib zu haben, sondern sogar diesen bestimmten Leib zu haben“ (MERLEAU-PONTY 1966, 490). Der Leib ist Wahrnehmungssubjekt und Existenz überhaupt, er „(...) ist in der Welt wie das Herz im Organismus: er ist es, der alles sichtbare Schauspiel unaufhörlich am Leben erhält, es innerlich ernährt, mit ihm ein einziges System bildend“ (MERLEAU-PONTY 1966, 239).

Ein phänomenologisches Verständnis der Existenz als Zur-Welt-Sein bringt bestimmte Implikate für eine Analyse von „Krankheit“ mit sich. MERLEAU-PONTY zeigt an verschiedenen Hirnpathologien, dass die beobachteten Veränderungen in der Vorstellungskraft und im Verhalten der Patienten weder durch physiologische noch durch kognitive, sondern nur durch eine existenzielle Analyse zu erfassen sind. Der Leib wird als streng „solidarisch“ erkannt, er ordnet sich sinnhaft mit seinen (verbliebenen) Mitteln um die Intentionalität des Subjekts.

In einer existenziellen Analyse geht es dann darum, „(...) hinter den zerstreuten Tatsachen und Symptomen im Falle des Normalen das Gesamtsein des Subjekts, im Falle des Kranken die fundamentale Störung aufzufinden. (...) mithin das menschliche Subjekt als unzerlegbares und in all seinen Bekundungen als ganzes anwesendes Bewußtsein aufzufassen“ (MERLEAU-PONTY 1966, 147).

Phänomenologisch gibt es keine Kausalitäten, sondern Motivierungen. Man fragt also nach Gründen, die im Zur-Welt-Sein des Subjektes liegen müssen. Wenn man im Leib „die geronnene Gestalt der Existenz selbst“ sieht, getragen von der Spannkraft eines „intentionalen Bogens“ (MERLEAU-PONTY 1966, 164f.; 273), so ist alles Verhalten auch „pathologisches“ über den Leib zugänglich und in seiner sinnhaften Struktur verstehbar aber nicht in einer Art Rationalität, sondern als nachvollziehende Empathie, denn „(w)enn (...) das Verhalten eine Gestalt ist (...), so bleibt es dem kausalen Denken schlechterdings unzugänglich, und faßbar nur für (...) ein Denken, das seinen Gegenstand in statu nascendi erfaßt, so wie er dem erscheint, der ihn erlebt (MERLEAU-PONTY 1966, 147). So steht eine existenzielle Psychologie jenseits einer „seelenlosen Körperlichkeit der Medizin“ auf der einen Seite und einer „körperlosen Seelsorge der Psychologie“ auf der anderen (ZIEGER 1996, 239).

3. Diagnose: Stigmatisierung und andere Folgen

Allgemein ist eine Diagnose das Resultat einer unterscheidenden Beurteilung, es wird also neues Wissen oder Information gebildet. Ausgelöst wird der Prozess durch eine vorausgehende Irritation darüber, dass etwas nicht so ist, wie man es erwartet und von dem Bestreben, das Erscheinende als bereits Bekanntes identifizieren zu können (WEISSER 2005). Die Phänomene und Irritationen sind selbst intersubjektiv konstituierte Gestalten im Feld; soziale Regeln und Handlungen von „Fachpersonal“ bestimmen, wie und wann ein irritierendes Etwas als ein bestimmtes Etwas erkannt wird. Man benötigt also für Diagnostik ein intersubjektives Kategoriensystem, das bestimmte Figuren heraushebt und andere ausblendet. Die Geschichte zeigt, dass psychiatrische Kategoriensysteme notwendig recht ephemere Gebilde sind, und dass „(...) immer wieder neue Perspektiven zur Beschreibung psychischen Krankseins entwickelt wurden“ (DILLING in SCHNEIDER et al. 1993, 15). Diagnosen haben eine deindividualisierende, abstrahierende und schematisierende Funktion. Unterscheidungen setzen Dinge als Wahr-Nehmung, und sie machen aus dem ursprünglich konkreten Für-sich ein allgemeines An-sich: „Man muß den Diskurs als eine Gewalt begreifen, die wir den Dingen antun; jedenfalls als eine Praxis, die wir ihnen aufzwingen“ (FOUCAULT 2001, 34f.), und damit auch als eine „Ausschließungsmaschine“. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Konsequenzen die verschiedenen Diskurse im Falle der inflationären quasipsychiatrischen Diagnose „ADHS“ für die betroffenen Kinder und den Umgang mit ihnen haben, wenn das Syndrom einmal als unheilbare, biologisch-genetisch bedingte neuronale Störung aufgefasst wird oder andererseits als biographisch sinnhaftes, psychodynamisches Antwortverhalten der gesamten leiblichen Existenz auf bestimmte ungünstige Bedingungen, kurz: als im Leib erstarrte Modi des Zur-Welt-Seins (PERRY et al. 1998; MEYER-DRAWE 1988).

Diagnostik ist zur Ressourcenverteilung unverzichtbar, denn: „Man kann im Falle von Maßnahmen (...) nicht nicht diskriminieren“ (WEISSER 2005, 81). Man sollte sich jedoch vor Augen halten, dass eine Diagnose kein „Naturphänomen“ ist, sondern ein cultural object, ein Kulturartefakt (GARFINKEL 1981, 141). Ihre Diskriminationen sind sozial und politisch, nicht „natürlich“. Dennoch besteht immer die Tendenz, Diskriminationen in Diskriminierungen zu verwandeln, und missverständliche Diagnosen liefern dazu die Vorlage, denn: „Sie verwandeln eine performative Differenz am Subjekt, an dem sie erscheint, in ein stabiles askriptives Merkmal“ (WEISSER 2005, 52). Dass dieser Effekt trotz seiner hohen Kosten für die betroffenen Individuen allerdings auch erwünscht sein kann, zeigt der „Erfolg“ des Kulturproduktes „ADHS“ als krasses Beispiel für die Naturalisierung einer performativen Differenz, z.B. in Form folgender Behauptung über unruhige Kinder: „Gesellschaftliche Normen und Werte werden übergangen oder gebrochen. Nicht aber aus einem willentlichen Bewusstsein, wie es `normalen` Menschen zur Verfügung steht, sondern aus einem Defizit heraus. Kinder mit ADHD sind der `normalen` Wahrnehmung genetisch beraubt“ (DIEPLINGER 1003, 16).

Diese Sätze belegen die Gewalt des positivistischen Diskurses gleich dreifach:

1. Sinnhaftes Handeln wird zum biologischen Vorgang dritter Person erklärt,
2. Irritation wird als Abweichung von fiktiver „Normalität“ gedeutet, und
3. Individuen wird die Richtigkeit ihres Erlebens abgesprochen.

Dies ist nichts anderes als die Zuschreibung einer Irritation an ein „Körpersubjekt“, kurz: die Erzeugung von Behinderung als personalem Attribut eine Form der gesellschaftlichen Bewältigung von Ungleichheit. Erst der Blick der Anderen ist es, der mit seiner Unterscheidung ein Etwas als Behinderung beobachtet: „Eine Behinderung ist einfach durch den Umstand gegeben, dass in einer Gesellschaft etwas so bezeichnet wird“ (WEISSER 2005, 24).

Nach der Diagnose „ADHS“ verändert sich nicht nur das Selbstverständnis des Kindes, vor allem auch der Blick und die Einstellung seiner Eltern. Ein Teil seines Verhaltens wird jetzt dem Konto „Krankheit“ zugerechnet. Das kann u.U. heilsam sein und jahrelange Zirkularitäten aufbrechen. Doch die Gefahr besteht, dass zugleich generalisierend auch weitere Probleme auf den „Defekt“ zurückgeführt werden, was eine verstehende Auseinandersetzung blockiert. Außerdem übernehmen Eltern manchmal die asymmetrische Rolle von „Therapeuten“ oder „Experten“ und immunisieren sich dadurch gegen Kritik ihrer Kinder. Beide Prozesse sind prinzipiell entmündigend.

Ein möglicher Weg, sein Schicksal als Betroffener erträglich zu machen, ist die volle und bewusste Identifikation mit dem Stigma und die Bildung eines „Kultes der Stigmatisierten“ (GOFFMAN 1967, 33ff.). So wird das Stigma zum Element einer neuen Identität, man bezeichnet sich selbst z.B. verniedlichend als „Hypies“ (www.hypies.de) und erschafft so eine „Pseudoart“, die das Stigma bestätigt: „Von der Definition her glauben wir natürlich, daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist“ (GOFFMAN 1967, 13). Die Naturalisierung eigenen Verhaltens ist auch eine schwere Selbstwertverletzung, denn „(...) was ist wirklich besser für ein Kind dass es sich als schlecht empfindet oder als geisteskrank?“ (JANTZEN 2001, 225).

Man sieht: eine Diagnose kann in bestimmten Fällen bedeutende Lebensveränderungen nach sich ziehen; wenn sie zudem für Andere zugänglich ist, z.B. als Schwerbehindertenausweis, „(...) kann Biographie, die an dokumentierter Identität festgemacht ist, dem Weg, den ein Individuum für seine Selbstdarstellung wählt, deutliche Grenzen setzen“ (GOFFMAN 1967, 79) und es damit von sozial üblichen Chancen abschneiden. Eine andere mögliche Entwicklung ist auch, „(...) daß das Individuum ein `Fall´ für Sozialhelfer oder andere Wohlfahrtsbeamte wird und diesen Fall-Status für den Rest seines Lebens beibehält“ (GOFFMAN 1967, 139).

4. „Diagnose ADHS“: Widersprüche

Ich gehe nicht der Frage nach, was „ADHS“ medizinisch sei oder nicht sei: ich gehe davon aus, dass es „ADHS“, so wie es oft missverstanden wird, als klar umrissene „Gehirnkrankheit“ nicht gibt. Dass es allerdings ein bestimmtes Verhalten bei Kindern gibt, das gehäuft Irritation erzeugt, kann nicht bestritten werden. Es geht hier also nicht um die Diskussion exakter Diagnosekriterien eines Syndroms, sondern darum, seinen Kern als bestimmten Modus des Zur-Welt-Seins zu begreifen und um die Frage, warum seine verdinglichte Diagnose als kulturelles Produkt so außerordentlich „erfolgreich“ ist.

„ADHS“ gilt z.B. als „medizinischer Status“, und dennoch gibt es keinen medizinischen Test. Es gibt auch keine für „ADHS“ spezifische neurologische Funktionsstörung, und neurologische Störungen kommen auch nur bei einem Bruchteil aller diagnostizierten Kinder vor. Sämtliche für die Diagnose relevanten Merkmale liegen allein in der psychosozialen Dimension. Bereits hier liegt die Vermutung einer Biologisierung abweichenden Verhaltens nahe.

HOPF (2003, 20) stellt zur Diagnoserealität des „ADHS“ ernüchternd fest: „Tatsächlich kommen die Leitlinien (...) zur Diagnostik von Aufmerksamkeits- und Hyperkinetischen Störungen kaum zur Anwendung. Fast alle ADHS-Diagnosen von Kindern, mit denen ich in den vergangenen Jahren zu tun hatte, waren nach wenigen Gesprächen deskriptiv und ohne eingehende Testuntersuchungen gestellt worden.“ Die eigentlich notwendigen Verhaltensbeobachtungen werden beinahe niemals praktiziert, die Diagnosekriterien werden unterschiedlich ausgelegt und bewertet, und anscheinend wird vor allem der Belastungsgrad der Beziehungspersonen der Kinder gemessen. Es ist auch nicht klar, wer eigentlich für eine Diagnose qualifiziert ist, es gibt große Unterschiede zwischen den Beurteilergruppen der Eltern, Lehrer und Ärzte.

Dann taucht noch eine prinzipielle Schwierigkeit auf, nämlich „(...) die Grenzen einer „klinisch signifikanten Zone für AD/HS festzulegen“ (HOLLOWENKO 1999, 25). Denn „(...) (k)urz gesagt basiert die Diagnose auf einem unpräzisen System, bei dem es um die Häufigkeitsdichte von Verhaltensweisen geht, die ansonsten für normal angesehen werden“ (DE GRANDPRE 2002, 78). Wo ist also die Grenze zwischen Kindern, die je alle sechs Symptome in den drei Hauptdimensionen zeigen, die im DSM-IV gefordert werden, und jenen, bei denen z.B. nur eines zu wenig zutrifft? Ist das eine ein normales Kind mit sinnvollem Ausdrucksverhalten, das andere ein kranker „Homunkulus“ und dessen Verhalten nur noch ein „Vorgang dritter Person“? Es ist absurd anzunehmen, „normale“ Kinder entwickelten sich nach sozialen und „gestörte“ Kinder nach biologischen Regeln. In der Existenz gibt es kein „totes Fleisch“, das abgekoppelt wäre vom Sinnuniversum.

Erschwerend kommt hinzu, dass „ADHS“ fast immer mit einer ganzen Reihe „Komorbiditäten“ behaftet ist, also aus einem sinnhaft zusammenhängenden Ausdruckskomplex eines Subjekts erst künstlich „herauspräpariert“ werden muss. Manche Autoren wollen auch „echtes ADHS“ von „situativem ADHS“ trennen, womit sich die unlösbare Grenzfrage erneut und ad infinitum stellt. Zu allem Überfluss gibt es auch noch zwischen verschiedenen Ländern extreme Unterschiede in Häufigkeit und Praxis der Diagnose. Dies belegt, dass Behinderung sozial produziert wird – es gibt kein externes Kriterium. Bedenkt man nun noch, dass verschiedene Symptome die gleichen Ursachen haben und verschiedene Ursachen gleiche Symptome erzeugen können, ist es angebracht, einer „ADHS“-Diagnose gegenüber äußerst skeptisch zu sein.

5. Medikation: Korrektur einer „Abweichung“?

Angesichts extrem hoher und zunehmender Verordnungszahlen von Methylphenidat (Ritalin; Medikinet) für Kinder mit einer „ADHS-Diagnose“ muss man fragen: Wem dient eigentlich deren Medikation?

POZZI (2004, 165f.) glaubt, „dass dieses Medikament (...) häufig verschrieben wird, um die Ängste, Konflikte und Verzweiflungsgefühle, von denen die Eltern dieser schwierigen Kinder (...) immer wieder heimgesucht werden, zu lindern, und zwar ungeachtet der Korrektheit der Diagnose (...) und der Möglichkeit, von psychotherapeutischen Behandlungen zu profitieren.“

Die „Krankheit“ tritt genau in dem Moment besonders deutlich zutage, wo das Kind gezwungen wird, sich mit einer neuen gesellschaftlichen Institution (Kindergarten bzw. Schule) auseinander zu setzen – offensichtlich fallen solche Kinder erst jetzt aus dem enger werdenden Leistungsrahmen (JANTZEN 2001). Unsere Schulen scheinen weniger Heterogenität zu tolerieren, als nötig wäre, und eine Biologisierung lenkt die Attribution weg von der Lebenssituation auf das Körpersubjekt, das „hätte“ es die Krankheit nicht ein „normaler“ Mensch in einer „normalen“ Welt wäre. Eine verstehende, empathische und sinndeutende Haltung wird unterdrückt, die Beziehungsebene des Verhaltens abgespalten und ausgelöscht, die Kinder erscheinen als nicht mehr „richtig“ funktionierende „Mensch-Maschinen“.

Es ist offensichtlich, dass es eine Veränderung der Gesellschaft, ihrer Bedingungen, ihrer Ansprüche und ihrer Wahrnehmungsroutinen ist, die in der Diskurspraxis plötzlich massenhaft „Kranke“ auftauchen lässt, die der Veränderung nicht gewachsen erscheinen. Pikanterweise wirbt die Firma Neolab für Methylphenidat mit dem Bild einer Spielzeugsoldatentruppe im Gleichschritt, in deren Mitte ein Marschierender aus der Konformität herausfällt, weil er den Blick andersherum wendet: Wer nicht spürt, ist krank und braucht ein Medikament. Medikation erscheint so oberflächlich als „ökonomischer Weg“, auch im Sinne einer „Systemrationalität“. JANTZEN (2001, 224) stellt fest, dass eine neoliberale Ökonomisierung im Gesundheitswesen die Biologisierung sozialer Fragen begleitet. Man kann dies auch als „Biopolitik“ im Sinne FOUCAULTs deuten, die voraussetzt „(...) dass erstens am Individuum eine festmachbare Diagnose vorhanden sein muss, die dieses zweitens aus der Sicht der herrschenden ökonomischen Interessen als unproduktiv und kostenintensiv erscheinen lässt (...)“ (ebd.). So lassen sich auch hohe Erwartungen an Medikamente als eine Art „Wundermittel“ ausbeuten.

6. „ADHS“ als Artefakt: Herstellung eines Kulturgegenstandes

Wie wird nun das kulturelle Objekt „ADHS“ erzeugt und was bedeutet das?

Am Anfang steht die Irritation, „dass etwas nicht geht, von dem man erwartet, dass es geht“ (WEISSER 2005, 15). In diesem Fall ist es das Verhalten unruhiger Kinder, das den an sie gestellten Erwartungen zuwiderläuft. So wie die Gesellschaft als Ganzes sich in jedem Augenblick prozedural konstituiert, so werden auch ihre Unterscheidungen ausschließlich in Handlungen und Kommunikationsprozessen produziert. Das Auftreten neuer Irritationen kann auf eine Veränderung von Erwartungsstrukturen hinweisen, auf einen Kulturwandel, durch den unruhiges Verhalten aus dem Raum des Sinnhaften herausfällt und stattdessen als „biologische“ Störung gedeutet wird: man hat lieber kranke als unglückliche Kinder. DE GRANDPRE (2002, 8f.; 62f.) glaubt, dass die „Schnellfeuer-Kultur“ des westlichen Lebensstils das menschliche Bewusstsein verwandelt hat, dass die beschleunigte Zeitstruktur der Erwachsenenwelt und der Medien mit den Bedürfnissen von Kindern kollidiert und zu ihrer Vernachlässigung und späteren Ablenkungsbereitschaft führt. Eine Krankheitsdiagnose kann hier vor allem eine beschwichtigende und vom Lebensstil ablenkende Funktion übernehmen, denn sie macht aus dem unverständlichen Verhalten von Kindern plötzlich etwas medizinisch Bekanntes und vor allem etwas sozial Anerkanntes und schützt vor belastenden Zweifeln. Man kann die „ADHS“-Diagnose als „Biopolitik“ (FOUCAULT) begreifen, als Ergreifung von Macht über den Körper und Enthistorisierung des Subjekts, d.h. der Körper wird unabhängig von der individuellen Geschichte als sozialer Ort der Diagnose und des Eingriffs bestimmt (JANTZEN 2001, 224). Das „expansive“ Verhalten vieler Jungen ist besonders irritierend und störend und deshalb auch wie prädestiniert für diesen fundamentalen Attributionsfehler an der Person statt an Situationen oder Geschichte. Phänomenologisch betrachtet werden Subjekte als Symptomträger ihres historischen und situativ-relationalen Feldhintergrundes beraubt.

HOLLOWENKO (1999, 43), der ein medizinisches Modell des „ADHS“ vertritt, glaubt, wenn sich die Umwelt entsprechend anpasst, „können viele impulsive und hyperaktive Kinder eine ganz normale Schule besuchen.“ Genau besehen ist dies ein Plädoyer für eine Selektion der anderen in die Sonderschule. Gilt hier also bereits das „Wolfsgesetz der Aussonderung des Unvernünftigen aus einer hemmungslosen Leistungsgesellschaft?“ (ZIEGER (1996, 275f.).

Die relative Beliebigkeit von Kriterien bei Sonderschulzuweisungen und deren steigende Zahl lässt in der Tat eher eine sozialräumliche als eine medizinische Logik vermuten. Die Typisierung von Irritationen bildet das Handlungsfundament für eine soziale Institutionalisierung. Kurz: die „ADHS“-Diagnose etabliert eine bestimmte Wahrnehmungspraxis und ontologisiert sie. Sie ist ein Kulturobjekt wie z.B. Geld. Man darf annehmen, dass historisch je spezifische und gesellschaftlich quasi „kompatible“ psychosoziale Krankheitsbilder erzeugt werden.

Vor dem Hintergrund eines beschleunigten sozialen Wandels, instabilen Partnerschaften, allein erziehenden Müttern und abwesenden Vätern alles Faktoren, die sich bei Kindern mit „ADHS“-Diagnose konzentrieren erscheint die exponentielle Häufung der Diagnose als eine Art kollektiver Verdrängungsprozess, um „Krankes“ ins Kind verlagern und die Gegenseite der Differenz ausblenden zu können, nämlich die Instabilität der Bedingungen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung (HOPF 2003, 9; 20f.). Die für gegenwärtige westliche Gesellschaften in der Phase einer „Dritten Moderne“ (MÜNCH 1998) charakteristischen Konstellationen von situativen Feldern identifiziert DE GRANDPRE (2002, 37) recht prägnant: „Im Zentrum dieses Entwicklungsproblems befindet sich die phänomenologische Erfahrung der Unbehautheit, die durch Gefühle innerer Ruhelosigkeit, Angst und Impulsivität charakterisiert ist.“ Die „Unbehautheit“ ist also i.S. MERLEAU-PONTYs (1966, 147) die „fundamentale Störung“, der spezielle Modus des Zur-Welt-Seins, der als Motiv und zentraler Ursprung für unruhiges Verhalten begriffen werden kann. „Unbehautheit“ kann z.B. die Grenzenlosigkeit einer „durchlässigen Familie“ mit diffusen Rollen und Beziehungen bedeuten und als eine Form der Vernachlässigung angesehen werden, die z.B. als intrusives Verhalten agiert wird (JANTZEN 2001, 225; HOPF 2003, 15).

Persönlichkeits- und Beziehungsstrukturen sind als interaktive Ergebnisse und Prozessgestalten immer Teil des erweiterten Feldes, z.B. der sozialen Klassenlage (TILLMANN 2004), und Kindheiten sind in die objektiven Sinnstrukturen sozialisatorischer Interaktion, in „höhere Aggregationsebenen“, eingebettet (OEVERMANN 1981; 2002). Jede Gesellschaft produziert auf diese Weise „typische“ Persönlichkeiten (ERIKSON 1974). Deshalb erlauben Fallstrukturen Rückschlüsse auf die sie einbettende Gesellschaft und typische Pathologien auf sozialen Wandel. Auch die Diagnostik verändert sich politisch, nämlich komplementär zur Heterogenitätstoleranz von Institutionen, und so wird eine als „Natur“ deklarierte Behinderung zur Legitimation von Exklusion und Selektion: die Sonderschulzuweisung wird zum Schicksal, und ihr Charakter als soziale und politische Entscheidung verschleiert (WEISSER 2005; SIEBERT 2004). Vieles spricht also dafür, dass die biologisierende Diagnose „ADHS“ dazu dient, im psychoanalytischen Sinne bedrohliches Verhalten abzuwehren, „(...) dass sich die Gesellschaft durch das Label (...) wohl einen Sicherheitsabstand zum nervenaufreibenden Nachwuchs geschaffen und eine Diagnose zwischen sich und ihre Kinder gelegt (hat)“ (HOPF 2003, 9f.).

Die massenhafte Produktion der Diagnose „ADHS“ kann darum als diskursive Abwehrstrategie einer Individualisierung der Folgen sozialen Wandels betrachtet werden. Denkt man diese zunehmende Besetzung des psychosozialen Raums durch medizinische Logik zu Ende, so vergrößert sich das Universum der „Gestörten“ stetig, und jeder, der vom imaginären „absoluten Normal“ abweicht, kann darin als defizitär gelten und der Behandlung oder Medikation bedürftig: eine erschreckend totalitäre Vision. Institutionelle Routinen und Forschungsautomatismen setzen erst das ihnen angeblich zugrunde liegende Objekt. Man muss sich deshalb skeptisch fragen, welche Funktionen biologische Theorien über eine psychosoziale „Störung“ haben könnten und welches Dunkelfeld von Nichtgesagtem sie jenseits ihrer empirischen Fülle erzeugen vor allem dann, wenn sie existenzielle Perspektiven abwehrend deklassifizieren.

Literatur

BERUFSVERBAND FÜR KINDER UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BKJPP (2005). Stellungnahme der Fachverbände für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter mit Methylphenidat. [www-Dokument]. URL <http://www.bkjpp.de/forum/for199/stnrital.htm> (7/2005).

BOVENSIEPEN, Gustav, HOPF, Hans & MOLITOR, Günther (Hrsg.) (2004). Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms (2.Aufl.). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

BRISCH, Karl Heinz (2004). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: BOVENSIEPEN (2004), 45-69.

DE GRANDPRE, Richard (2002). Die Ritalin-Gesellschaft. Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim/Basel: Beltz.

DIEPLINGER, Anna Maria (2003). Das Erziehungsverhalten von Eltern als Determinante von ADHD. Linz: Universitätsverlag Trauner.

ERIKSON, Erik H. (1974). Kindheit und Gesellschaft (5. Aufl.). Stuttgart: Klett.

FELTES, Thomas & LANG, Monika (2004). Forensische Aspekte von ADHS im Jugendstrafverfahren. In FITZNER & STARK (2004). Doch unzerstörbar ist mein Wesen... Diagnose ADHS -Schicksal oder Chance? Weinheim: Beltz, 365-381.

FOUCAULT, Michel (2001). Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt am Main: Fischer.

GARFINKEL, Harold (1967). Studies in Ethnomethodology. Cambridge: Polity Press.

GARFINKEL, Harold; LYNCH, Michael; LIVINGSTON, Eric (1981). The Work of a Discovering Science Construed with Materials from the Optically Discovered Pulsar. Philosophy of the Social Sciences 11, 131-138.

GOFFMAN, Erving (1967). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

GRAWE, Klaus (2004). Biopsychologie. „Die Black Box wird durchsichtig“. Ein Gespräch mit Klaus Grawe. Psychologie heute 5.

HOLLOWENKO (1999). Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Weinheim: Beltz.
Homepage der Selbsthilfegruppe "Die Hypies" (2003). [www-Dokument].
URL: <http://www.hypies.de> (8.7.2005).

HOPF, Hans (2003). Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon...? Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. Analytische Kinder und Jugendpsychotherapie 34 (1), 723.

HUSSERL, Edmund (1985). Die phänomenologische Methode. Ausgewählte Texte I. Nr. 8084. Stuttgart: Reclam.

HUSSERL, Edmund (1986). Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II. Nr. 8085. Stuttgart: Reclam.

JANTZEN, Wolfgang & LANWER-KOPPELIN, Willehad [Hrsg.] (1996). Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin: Spiess/Edition Marhold.

JANTZEN, Wolfgang (2001). Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen - das Beispiel ADS. Zeitschrift für Heilpädagogik 52, 222-231.

KÄPPLER, Christoph (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. Kindheit und Entwicklung 14 (1), 21-29.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1966). Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: De Gruyter.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1986). Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Fink.

MEYER-DRAWE, Käthe (1988). Unerwartete Antworten. Leibphänomenologische Anmerkungen zur Rationalität kindlicher Lebensformen. Acta Paedopsychiatrica 51 (4), 245-251.

MÜNCH, Richard (1998). Globale Dynamik, lokale Lebenswelten. Der schwierige Weg in die Weltgesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

OEVERMANN, Ulrich (1981). Fallrekonstruktionen und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch-strukturtheoretischen Analyse. [www-Dokument]. URL: <http://user.uni-frankfurt.de/~hermeneu/Fallrekonstruktion1981.PDF> (7/2005).

OEVERMANN, Ulrich (2002). Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. Frankfurt am Main: Institut für hermeneutische Sozial- und Kulturforschung e.V. (IHSK). [www-Dokument]. URL: <http://www.ihs.de> (7/2005).

PERRY, Bruce D., POLLARD, Ronnie A., BLAKLEY, Toi L., BAKER, William L. & VIGILANTE, Domenico (1998). Kindheitstraumata, Neurobiologie der Anpassung und "gebrauchsabhängige" Entwicklung des Gehirns: Wie "Zustände" zu "Eigenschaften" werden. Analytische Kinder und Jugendpsychotherapie 3, 277-307.

POZZI, Maria E. (2004). Ritalin für wen? In BOVENSIEPEN (2004), 165-189.

SCHNEIDER, W., FREYBERGER, H.J., MUHS, A., SCHÜSSLER, G. (1993). Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

SIEBERT, Birger (2004). Vygotskijs kulturhistorische Defektologie und die Kritik biologischer Konzepte von Behinderung. Heilpädagogik Online 03/04,30-45 [www-Dokument]. URL: http://www.heilpaedagogik-online.com/2004/heilpaedagogik_online_0304.pdf .

TILLMANN, KlausJürgen (2004). Sozialisierungstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung (13. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

WEISSER, Jan (2005). Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Eine Theorie der Behinderung. Bielefeld: Transcript.

WENKE, Matthias (2006). ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel. Erscheint in Kürze.

ZIEGER, Andreas (1996). Wofür leben wir überhaupt? Erinnerungsarbeit mit Anke´s Körperselbst. Eine Geschichte traumatischer, antidialogischer Bedingungen. In JANTZEN & LANWERKOPPELIN [Hrsg.] (1996), 237-280.

Zu zitieren als:

WENKE, Matthias: Diagnose statt Verständnis: Die „Krankheit ADHS“ als kulturelles Artefakt. Eine phänomenologische Annäherung. in: Heilpädagogik online 03/06, 54-73
http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf, Stand: 30.06.20