

Dipl.-Psych. E. W. Harnack – Thesenpapier:

Argumente, warum es kein ADHS im Sinne einer Krankheit gibt

Die „Symptome“ von ADHS sind keine außergewöhnlichen Merkmale, sondern gewöhnliche Erscheinungen von Kindern und auch Jugendlichen wie Erwachsenen, sie treten nur *verstärkt* auf. Alle Kinder (je jünger um so mehr) haben das Bedürfnis nach Spontaneität (krankhaft = Impulsivität), Bewegung (Hyperaktivität) und Abwechslung (Aufmerksamkeitsdefizit). Der Sozialisationsprozess dient meist der Zähmung dieser atavistischen Verhaltensweisen (manchmal aber gelingt dies nicht).

Die „Symptome“ verursachen nicht per se Leiden, sondern nur in einem gesellschaftlichen Kontext, in dem sie als unpassend und unerwünscht gelten. In ländlicher Umgebung oder unter anderen „freien“ Bedingungen gehen die Symptome beispielsweise zuweilen zurück.

Die „Symptome“ lassen sich nur in einem solchen Kontext und unter der Maßgabe bestimmen, dass es eine statistische oder ideale Norm gibt, die darüber entscheidet, wie ein Mensch zu sein hat. Diese Norm ist aber hier sehr fragwürdig. Es ist nämlich...

- a) in vielen Fällen nicht die selbstgesetzte Norm der Betroffenen, sondern die von Lehrern und Eltern, die wollen, dass das Kind bessere Leistungen erbringt und einfacher zu handhaben ist.
- b) nicht klar, welcher übergeordnete Maßstab der Idealnorm (anders als der statistischen Norm) zu Grunde liegt. Der für die Krankheitswertigkeit des Syndroms entscheidende Aspekt sollte allerdings die Frage nach der Krankheitswirkung des Symptoms sein. Weder jedoch wirkt sich ein Bewegungstrieb körperlich oder psychisch negativ auf die Gesamtgesundheit aus noch ist die Neigung, Phantasien und dissoziierten Gedanken nachzugehen per se krankhaft. Vielmehr beziehen Künstler und kreative Menschen gerade aus dieser Fähigkeit einen Großteil ihrer Schaffenskraft.
- c) Wenn erwachsene ADS-„Patienten“ das Label für sich in Anspruch nehmen, benutzen Sie meist eine Idealnorm von Intelligenz, die sie „unter Strattera erreichen konnten, aber ohne nicht“. Demzufolge müsste es also gerechtfertigt sein, Cocain auf Rezept zu verschreiben, das angeblich ebenfalls zu höheren intellektuellen Leistungen befähigt. Die Krankheitswertigkeit der Intelligenzverringeringung ohne Medikation ist damit jedenfalls nicht belegt.

Vielmehr ist sie sogar gerade wegen der (einstmals?) gängigen Praxis einer diagnostischen Medikation besonders fragwürdig. Wenn das Vorhandensein von ADHS davon abhängig gemacht wird, ob Methylphenidat oder Atomoxetin wirkt, wird die Beweislast einfach umgekehrt. Mit dem gleichen Recht könnte man jeden, der ohne LSD keine synästhetischen Phänomene erfährt, zum Synästhesie-Defizit-Patienten erklären.

Die Symptome sind nicht, wie oft angenommen wird, unregulierbar, so dass die Betroffenen sich selbst nicht steuern könnten. Abgesehen davon, dass die Unfähigkeit, ein Verhalten völlig der eigenen Kontrolle zu unterwerfen, alleine noch kein Krankheitssymptom im körperlichen oder psychischen Sinne darstellt (vergleiche die relative Unkontrollierbarkeit von Schluckauf oder Traurigkeit beim Verlust eines Menschen), unterliegt das Auftreten der Symptome von ADHS einer günstigen versus ungünstigen Motivationslage, die aber durch Aufsuchen entsprechender Situationen aktiv herstellbar ist (z. B.: beim Computerspielen tritt kein ADHS auf). Letztlich wird dem Betroffenen also unterstellt, er müsse eine *bestimmte* Motivationslage aufbringen (sich für Mathematik oder Deutschsaufsätze interessieren), um nicht krank zu sein.

Zur Stützung der These der Krankheitswertigkeit von ADHS wird auf eine bestimmte genetische Komponente und auf eine Neurotransmitter-Dysfunktion hingewiesen, die nachweisbar seien. Dazu ist zu sagen, dass jede Normvariante mit genetischen Prädispositionen und neuronalen Korrelaten vergesellschaftet auftritt. Es gibt auch kein introvertiertes, choleres oder zu Sensationsgier neigendes Verhaltensmuster, das nicht seine neuronalen und geneti-

schen Korrelate (nicht unbedingt: Ursachen!) besäße. Es ist dabei völlig offen, welche Ursachen das manifeste Verhalten besitzt (Reicht die genetische Komponente etwa zur Erklärung aus? Wie wirken soziale Bedingungsfaktoren? Ist das Verhalten selbst die Ursache für die neuronale Veränderung?).

Die Zusammenfassung von Symptomen macht noch keine Wesenheit (Entität) aus, die dann unabhängig von der Zusammenfassung existiert. Syndrome sind vielmehr Konventionen, für die es mehr oder weniger gute Gründe gibt. Wenn es gelingt, das (tatsächlich häufig vergesellschaftete) Syndrom „blaue Augen und blonde Haare“ in irgendeiner Population statistisch mit einem Intelligenzmangel in Verbindung zu bringen, gibt es deshalb ein „Blondheits-Blödheits-Syndrom“ noch längst nicht *in der Realität*. Es bleibt eine mehr oder weniger sinnvolle Zusammenfassung: weniger sinnvoll unter rein korrelativem Aspekt, sinnvoller hingegen, wenn es eine Theorie gibt, die schlüssig, falsifizierbar und umfassend erklärt, wie und wieso das eine und das andere zusammenhängt. (Bei ADHS gibt es solche Theorien aber meines Wissens eher dort, wo funktionale Zusammenhänge aufgezeigt werden, z. B. in Anlehnung an Eysencks Extraversionsmodell, was aber nicht die Hypothese der körperlichen Verursachung stützt.)

Diagnosen erfüllen mannigfaltige Funktionen. Alleine schon deshalb ist die Diagnosenstellung ein sozialer und kein rein wissenschaftlicher Akt. Diagnosen dienen

- a) dem psychotherapeutischen Praktiker um seinen Arbeitsauftrag zu rechtfertigen (gegenüber dem Kostenträger, den Kollegen etc.), um die Kommunikation mit Kollegen zu erleichtern, um sich als Fachmann mit eigener Fachsprache auszuweisen;
- b) dem Patienten oder seinen Angehörigen, um sich nicht „ganz anders“ (sondern nur etwas anders) und „unverständlich“ fühlen zu müssen, endlich zu wissen, was mit einem los ist; im Falle von ADHS zudem der Entschuldigung, nicht wirklich leistungsgemindert zu sein, sondern nur „fälschlicherweise“ leistungsgemindert (was zwar auch eine Leistungsminderung ist, aber irgendwie eine bessere, weil behandelbare).
- c) der Pharmaindustrie, um Medikamente zu verkaufen.

Schon aufgrund dieser Implikationen ist eine Diagnose niemals als unabhängige, neutrale Realität zu betrachten, die außerhalb von Motiven und Hintergründen der Handelnden besteht.

Die Behauptung ADHS sei ein körperlich begründbares Syndrom dient nicht nur der Konstituierung einer Krankheitsentität (statt das Syndrom als Konvention zu sehen; mit den eben genannten vielerseits erwünschten Folgen), sondern auch der Exkulperung der Gesellschaft (konkret: von Eltern, Lehrern und Politikern), die sich nicht mehr fragen lassen muss, welche Bedingungen die Entstehung dieser Syndrome fördern (mit unangenehmen Folgen, wenn diese beseitigt werden sollten: Fernsehen auf den BTM-Index? Einer ganzheitlichen Entwicklung förderliche Umweltbedingungen einklagbar machen? Eltern müssen körperliche Aktivitäten gemeinsam mit den Kindern nachweisen? Einführung eines Elternführerscheins?). Zugleich wird durch die Handhabung des ADH-Syndroms als (medizinische) Krankheit statt als (psychologische) Störung die Suche nach individuellen Ursachen für ein bestimmtes Verhalten verhindert (dass Kinder, die einsam oder überfordert sind, sich davonträumen, oder die unter emotionaler Anspannung stehen, Symptome wie permanente Nervosität entwickeln, wird angesichts der Erklärungsgewalt des Krankheitsbegriffs leicht vergessen).

Cave: Das heißt nicht, dass es nicht Kinder und Erwachsene gibt, die unter den bekannten ADHS-Beschwerden leiden. Aber welchen theoretischen Status wir einem solchen Syndrom zubilligen (ob als reale medizinische Krankheitsentität oder als multifunktionale und multifunktionale Störungskonvention) bestimmt unseren Umgang damit!