

Matthias Wenke

"ADHS" – Biologisch gestört?

Bewegung ist Bewusstsein.

Ein individualpsychologischer Blick
auf Körper, Geist, Empathie und Diagnostik.

Vortrag am FB Sozialwesen der Fachhochschule Münster
am 11. Mai 2016

© 2016 Matthias Wenke M.A., Bonn

www.praxis-individualpsychologie.de

1. Im Anfang war Bewegung

Der Begründer der Individualpsychologie Alfred Adler führt uns eine fundamentale Wahrheit vor Augen: **"Das Leben des Menschen ist das Leben eines sich bewegenden Wesens (...). Eine Pflanze ist fest verwurzelt**; sie bleibt an einem Ort und kann sich nicht fortbewegen. Es wäre deshalb eine große Überraschung zu entdecken, dass eine Pflanze Geist hat. (...). Was für ein Vorteil wäre es für sie zu denken: 'Hier kommt jemand. In einer Minute wird er auf mich treten, und ich werde unter seinen Füßen sterben.' Sie wäre trotzdem unfähig, beiseite zu gehen. (...). Alle sich bewegenden Lebewesen jedoch können vorausschauen und die Richtung, in der sie sich bewegen müssen, abschätzen. (...). **Dieses Vorhersehen der Bewegungsrichtung ist das zentrale Prinzip des Geistes.** Sobald wir dies verstanden haben, können wir verstehen, wie der Geist den Körper regiert – er setzt ihm das Ziel für seine Bewegungen. (...). Die Richtung, die der Geist [z.B. früh in der Kindheit; M.W.] gewählt hat, kann (...) verhängnisvoll sein, aber er hat sie gewählt, weil er sie irrtümlicherweise für die vorteilhafteste hielt. **„Alle psychologischen Fehler sind so Fehler bei der Wahl der Bewegungsrichtung“** (Adler 1979, 30ff.). Das ist schon bei Einzellern so, die in einer Flüssigkeit den Ort mit der höchsten Zuckerkonzentration suchen (Chemotaxis): **"Lebende Systeme bringen Bedeutung hervor. [...]. Ein Reiz bedeutet etwas vor dem Hintergrund des jeweiligen Lebensvollzugs"** (Weber 2003, 13).

Intention, Bedeutung und Bewegung bleiben von den ersten Regungen beim Stillen des Säuglings bis hin zu den komplexesten Handlungsverkettungen des Erwachsenen die Grundpfeiler allen fühlenden Lebens. Das Wort „Emotion“ bedeutet übrigens „hinaus bewegen“. Jede Intention drängt in eine Bewegung, und jeder Gedanke, jedes Gefühl ist ein Keim für eine Intention. Darum erzeugen schon Vorstellungen von Handlungen muskuläre Bereitschaften.

Die Bewegungen des Körpers, die *Motorik* sind für alle Menschen das allererste Ausdrucks- und Dialogmittel, für lange Zeit auch das einzige. Selbst in **abstrakten Skulpturen** sehen wir Körper und ihre Intentionen .

Diese vorsprachliche Entwicklung des Menschen dauert viele Jahre von der Eizelle bis zum Kleinkindalter. Aber genau in dieser präverbalen Lebensphase entwickelt jedes Kind mittels seiner schöpferischen Kraft die gesamte Haltung zur Welt und die Grundzüge des Charakters, noch ganz diesseits von Symbolen oder Begriffen, als umfassende Körpererfahrungen und Körperantworten.

Die Säuglingsforschung hat gezeigt, dass die Art des *containments* und *affect attunements* in den Armen der Mutter, also der emotionalen, kommunikativen Spiegelung bzw. Resonanz durch Blick, Haut und Stimme für den Säugling fundierende Bedeutung für sein ganzes weiteres Leben hat. Mit dieser allerersten berührenden Beziehungserfahrung bildet sich auch seine Raumerfahrung, der „Anhalt seines Leibes an der Welt“ (Merleau-Ponty). Hier entscheidet sich, ob sich ein Mensch sicher im Raum geborgen oder unsicher schwankend oder bedroht fühlt. Alle diese motorischen, sinnlichen und Beziehungserfahrungen der ersten Wochen, Monate und Jahre bilden im *impliziten Gedächtnis* den Untergrund und das Baumaterial zur Gestaltung des ganzen Lebens. **Viele neurotische Mechanismen z.B. der "Charakterpanzer" (W. Reich) oder ein auf Dauer gestellter Alarmzustand des Nervensystems, sind chronische vegetative Bereitschaften, muskuläre und Bindegewebsspannungen aus der präverbalen Zeit.**

Alle unsere Erfahrungen sind immer und ausnahmslos in Bewegungen eingebettet. Es gibt nicht eine einzige „rein geistige“ körperlose Erfahrung (sieht man mal von der transzendentalen Ebene ab).

Ein abstrakter Begriff, z.B. des „Gewichts“ hat erst seinen Sinn durch buchstäblich einverleibte Erfahrungen der Schwere von mit eigenen Händen gehobenen Dingen bekommen. Nicht ein "frei schwebendes" intellektuelles Bewusstsein "definiert" sich die Bedeutungen der Lebensdinge, sondern immer der lebendige Leib in seiner sinnlich-subjektiven Welt in Verbindung mit der Sprache der Mitmenschen. **Alle Urerfahrung ist also leibhaftiges Tun und sinnliches Erfahren, Be-Greifen, nicht Denken.**

2. Der Leib: der erfahrene Körperraum

Das Subjekt ist in allen Ausdruckserscheinungen als energetisches und richtungweisendes virtuelles Zentrum leibhaftig anwesend. **Es ist deshalb völlig plausibel anzunehmen, "[...] das Bewußtseinsleben - als erkennendes, begehrendes oder wahrnehmendes Leben - sei getragen von einem 'intentionalen Bogen'.**", sagt der Phänomenologe Merleau-Ponty (1966, 164f.).

Alles, was wir tun wird von diesem Bogen getragen, unser Leib erhält Antrieb und Ausrichtung erst von den Zielen her, nicht durch Ursachen. Er folgt ihnen quasi.

Wenn in dieser strebenden Beziehung zur Welt Probleme auftauchen, kann die Struktur des Leibes auseinanderfallen wie ein ungebundenes Stroh Bündel, und es können alle möglichen Symptome auftreten: Schwindel, Angst, motorische Unruhe, Herzrhythmusstörungen oder Halluzinationen

Es ist auch dieses lebendige Bewohnen der Welt, dies ununterbrochene zielstrebende Gliedern des Raums, welches geistige Gesundheit ausmacht: **„Was den gesunden Menschen vor Delirien und Halluzinationen bewahrt, ist nicht sein kritischer Geist, sondern die Struktur seines Raumes“ (Merleau-Ponty 1966, 338)**, in dem er subjektiv lebt.

Darum spiegelt auch das innere Schema, das wir uns von uns selbst als unserem Leib machen, das „Körperschema“, unsere Beziehung zur Welt. Die je subjektive Erfahrungswelt entsteht quasi als „Gegenabdruck“ aus den Leibbewegungen und den korrespondierenden Sinneseindrücken. Phänomenologisch konsequent heißt das: **Nicht das Bewusstsein ist im Körper, vielmehr ist der Körper im Bewusstsein.**

Übung:

Kennen Sie die "Illusion des Aristoteles"? Überkreuzen Sie den Zeige- mit dem Mittelfinger einer Hand, so dass die Fingerkuppen in einer Höhe liegen und streichen Sie dann damit über Ihre Nasenspitze hin und her. Was nehmen Sie wahr?

Sie erfahren plötzlich zwei Nasen!

Der eigene innere Leibraum hat sich als Gegenrelief aus berührenden Bewegungen gebildet. Verändert man nun die Sinnesstruktur, fallen reale Erfahrung und phänomenaler Raum aus der unbewussten Deckung heraus und man erlebt eine Irritation. Der Fisch sieht plötzlich das Wasser, in dem er schwimmt, weil ein Wirbel es sichtbar macht.

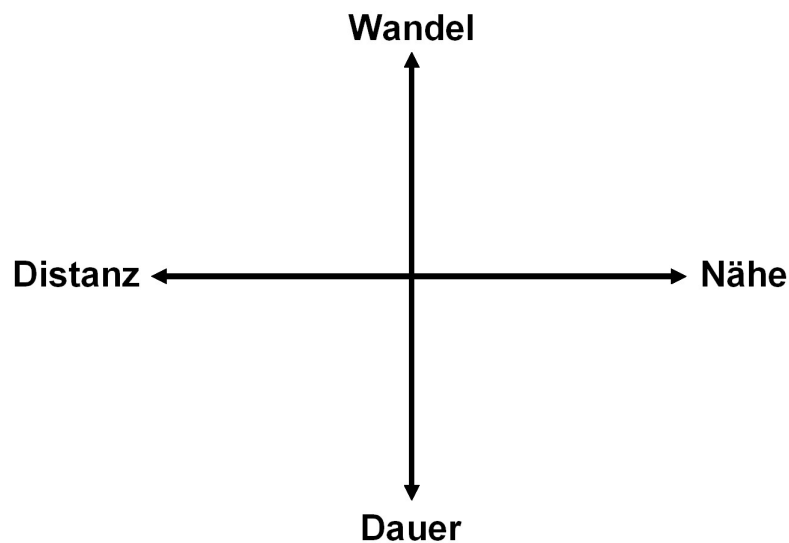
Der sich bewegende Leib erschafft sein eigenes Erlebensfeld, das zu ihm passt, seine eigene Erlebenswelt. Hier zwei schöne Beispiele. Die Welt wird zum Echo unserer eigenen Bereitschaften und Erwartungen. Darum glaubt ein hektischer Mensch, die Welt ist laut, eng, aggressiv und voller Gefahren und erlebt dies dann auch noch wie zur Bestätigung überdurchschnittlich häufig, etwa Autofahrer, die vom Pech verfolgt scheinen und ständig Unfälle produzieren.

"Damit sagen wir zugleich, wie es die Individualpsychologie immer betont, daß jede Bewegung der Gesamtpersönlichkeit entspringt [...]. **Wie einer sich bewegt, so ist der Sinn seines Lebens**" (Adler 1933 b, 77).

Dazu eine kleine Konkretisierung:

Im Prinzip gibt es für jedes bewegte Lebewesen **vier mögliche Bewegungsqualitäten in Bezug zur Welt** (Riemann-Kreuz): **Hin** oder **Weg** und **Aktiv** oder **Passiv**.

Das kann man auch grafisch darstellen. Der Hin- bzw. Wegbewegung entsprechen die Pole **Nähe** bzw. **Distanz**, der Geschwindigkeit die Pole **Wandel** bzw. **Dauer**.



Zeichnen Sie doch bitte dieses Koordinatensystem einmal ab und schätzen Sie Ihre persönlichen Qualitäten mit seiner Hilfe ein. In welchem Quadranten fühlen Sie sich am meisten zuhause, mit welchen Ausprägungen auf den Achsen? Machen Sie bitte spontan ein Kreuz an der entsprechenden Stelle.

Diese Bestrebungen gehen zurück auf ihnen entgegengesetzte Basisängste aller Menschen (Riemann 1961):

1. **Angst vor Hingabe (Distanz)**
2. **Angst vor Selbstwerdung (Nähe)**
3. **Angst vor Veränderung (Dauer)**
4. **Angst vor Notwendigkeit (Wandel)**

Alfred Adler macht die Zusammenhänge wie folgt klar: "Mittels seiner Organe kommt der Mensch in Berührung mit seiner Umwelt und empfängt Eindrücke von ihr. **Wir können deshalb aus der Art, wie er seinen Körper übt, auf die Art von Eindrücken schließen,**

auf deren Aufnahme aus der Umwelt er vorbereitet ist, und auf den Gebrauch, den er von seiner Erfahrung zu machen gedenkt" (Adler 1931 b; 1979 b, 37ff.).

Jeder erkennt schon aus der Ferne einen geprügelten Hund, ein ängstliches oder ein mutiges Kind. Im Organismus zeigt sich die spontane, unmittelbare Antwort des Lebens, sich zu schützen oder Erfolg zu haben, eine Weisheit, die immer sinnvoll ist. Der Körper lügt nie, auch nicht bei unruhigen Kindern.

3. Drei Wissensarten

Es gibt prinzipiell drei mögliche Erfahrungsperspektiven der Welt, die Ich-Perspektive erster Person, die einfühlende Perspektive zweiter Person und die beobachtende Perspektive dritter Person (Ich, Du, Es). Allen gemeinsam ist die vollständige Subjektivität - auch scheinbar „objektiv“, von „außen“ beobachtete Dinge sind subjektive Erlebnisse im Beobachtergeist. Man kann den phänomenalen Raum nicht verlassen, das hat Edmund Husserl (1986) mit seiner Phänomenologischen Philosophie in Vervollständigung von Kant gründlich gezeigt.

Was unterscheidet dann diese drei Sichtweisen?

Der Begründer der Gesprächspsychotherapie Carl Rogers sieht in ihnen einfach verschiedene Stufen von *Einfühlung*. „Diese reicht von der völligen Subjektivität innerhalb des eigenen Bezugsrahmens bis zur völligen Subjektivität über den anderen (nämlich den äußeren Bezugsrahmen)“ (Rogers 1991, 38).

Tabellarisch geordnet sieht das so aus:

3. Äußerer Bezugsrahmen	Dritte Person: Es	Objekt, Beobachtung, Distanz, black box
2. Empathie	Zweite Person: Du / Wir	Mitwesen, Einfühlung, Dialog, Reziprozität, Offenheit
1. Innerer Bezugsrahmen	Erste Person: Ich	Subjekt, Primordialsphäre, Selbsterleben, Bewusstsein

Tab. 1a Drei Perspektiven

In der dritten Person löscht man den erlebenden Beobachtergeist einfach stillschweigend aus und „tut so“, als seien irgendwelche materiellen „Dinge“ da, auch wenn niemand sie erfährt. Wenn das viele teilen, entsteht eine *intersubjektive* Welt. Darum entsprechen den Perspektiven auch je verschiedene Wissenschaften:

3. Äußerer Bezugsrahmen	Intersubjektiver Raum	Biologie, Psychophysiologie, Behaviorismus, Medizin, Naturwissenschaften
2. Empathie	Dialogischer Raum	Psychotherapie, Dialog, Hermeneutik, Geisteswissenschaften
1. Innerer Bezugsrahmen	Privater Raum	Phänomenologie, Meditation, Spiritualität, Transzendentalwissenschaft

Tab. 1b Drei Wissenschaftsarten

Nun ist es allein die Perspektive, die bestimmt, als was dasselbe Verhalten erscheint:

Nehmen wir einmal an, Sie weinen sehr stark und lange, weil Ihnen etwas Schlimmes zugestoßen ist. Wie würden Sie einen Arzt empfinden, der Ihre Geschichte weder kennt noch kennen will, der Ihnen aber sagt, Sie hätten eine Tränendrüsenregulationsstörung im Gehirn und bräuchten ein Neuromedikament?

Ein solcher Arzt ist offensichtlich nicht willens, Empathie, also Mitgefühl zu praktizieren, im Gegenteil: er zieht sich auf die vermeintlich "objektive Perspektive" Dritter Person zurück und distanziert sich damit vom natürlichen Verständnis seines Patienten. Er hält sich dessen Gefühle vom Leib, indem er alle Äußerungen als "biomechanische Vorgänge" in einer *black box* umdeutet und dekontextualisiert. So erkennt er einfache Traurigkeit nicht mehr als solche. Aus einem fühlenden *Du* wird ein *Es* gemacht, ein anonymer Bioprozess.

Niemand von uns würde ernsthaft glauben, dass man durch einen chemischen Eingriff in den Körper Traurigkeit wirklich überwinden kann, denn das geht nur durch reale Trauerarbeit und Abschiednehmen, was Zeit erfordert. Niemand würde auf die Idee kommen, trauriges Weinen für ein Problem der Tränendrüsen oder des Gehirns zu halten. Doch fragen wir uns einmal, warum dieselbe Geschichte beim irritierenden Verhalten von Kindern so viel Erfolg hat.

4. "ADHS": Unruhige Kinder versus beunruhigte Kinder

Eigentlich gibt es nirgends einen Beweis, dass es „AD(H)S“ als angeborene biologische Störung wirklich gibt (Bastra et al. 2014; Bobb et al. 2005; Li et al. 2014). Trotzdem missverstehen viele diese Abkürzung als Namen einer medizinischen Krankheit, die „irgendwo im Körper ist“. Das Label „ADHS“ wird so zu pseudopsychiatrischer Diagnostik, weil es nie *deskriptiv* verstanden und verwendet wird. Und dann werden den vier Buchstaben eine Menge neurobiologische Behauptungen über Kinder mit störendem Verhalten untergeschoben, welche von den sozialen und inneren psychischen Lebenszusammenhängen ablenken, sie verdecken oder verleugnen. So liest man beispielsweise:

„ADS ist keine Modekrankheit. ADS ist eine neurobiologische Störung mit Besonderheiten in der Informationsverarbeitung“ (Website des OptiMind-Instituts <http://www.opti-mind.de/ads.html> [1.11.2009]).

Solche Behauptungen sind schlicht eines: *falsch* – und zwar uneingeschränkt. Denn die internationalen Diagnosemanuale ICD 10 oder DSM IV bzw. V definieren gar keine Ursachen von "ADHS", sondern das Verhaltensspektrum. Im ICD 10 (2011, 358) steht klar: „jedoch fehlt [...] Kenntnis über die spezifische Ätiologie.“

"ADHS" steht für bestimmte Verhaltensweisen, es kann nicht zugleich für deren Ursachen stehen. Das wäre so, als würde man sagen, Fieber sei die Ursache von erhöhter Temperatur. Außerdem ist die Vorstellung einer "Informationsverarbeitung" im menschlichen Gehirn als vermeintlichem Computer unhaltbar, wie die Biologen Maturana & Varela (1987, 185) schon in den 80ern festgestellt haben: **"Das Nervensystem empfängt keine Informationen. Es bringt vielmehr eine Welt hervor, indem es bestimmt, welche Konfigurationen des Milieus Reize darstellen. Die populäre Methapher vom Gehirn als Computer ist schlicht falsch."**

Die genannten ADHS-Worthülsen sind also nichts als professionalisierte Falsch- oder Nullaussagen, die wichtigtuerisch einen biologischen Denkraum aufblasen, um unabhängiges Denken und gesunden Menschenverstand einzuschüchtern.

Diagnose:

Wie wird nun die Diagnose „ADHS“ gestellt? Es gibt sie seit 1980, dort wurde sie in das DSM III-R der APA aufgenommen und bis heute im aktuellen DSM IV so verändert, dass sie

auf immer mehr Betroffene passt (noch weiter im DSM V). Es gibt noch eine zweite Variante der Diagnosekriterien im ICD 10, das ist das Pendant zum DSM von der WHO und erzeugt prinzipiell weniger Diagnosen, ist also trennschärfer. Aus diesem Grund wird von den meisten „ADHS“-Vertretern das DSM IV benutzt. Dort gelten folgende Kriterien:

Diagnostische Kriterien der ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung nach: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994)

Die Klassifikationssysteme psychischer Störungen definieren das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom als eine Störung mit Beginn im Kleinkindalter, der Kindheit und Adoleszenz.

Für eine ADHS-Diagnose nach DSM IV **müssen** entweder [A1](#) und/oder [A2](#) sowie [B](#), [C](#), [D](#) & [E](#) zutreffen.

A1 Unaufmerksamkeit

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessen Ausmass vorhanden gewesen:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellem Verhalten oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

A2 Hyperaktivität und Impulsivität

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)

- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben"
- redet häufig übermässig viel

Impulsivität

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf

C

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause)

D

Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein

E

Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)

Subtypen:

- **TYP 1:** Wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.00) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus
- **TYP 2:** Wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.0 (ICD-10 F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Unaufmerksamster Typus
- **TYP 3:** Wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus
- Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt ADHS-Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird "teilremittiert" spezifiziert.

[zitiert n. http://www.adhspedia.de/wiki/Symptome#Diagnosekriterien_von_ICD-10_und_DSM-IV 12.8.16]

Man findet also bei Kindern völlig übliche Verhaltensweisen, und deren bloße, auch noch subjektiv eingeschätzte Häufung wird dann zu einer „harten“ Diagnose.

Aus den per Konsens zusammengestellten Kriterien werden dann mehr oder weniger sinnvolle oder normierte Fragebögen entwickelt, die zu einer Diagnose führen. **Der folgende Fragebogen für den klinischen Einsatz hält sich sehr eng an die Vorgaben des DSM IV:**

Diagnose-Checkliste DCL-ADHS¹⁾

Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV
[] = Nur ICD-10; { } = nur DSM-IV, ☐ = Dauer der Symptomatik; mind. 6 Monate

A | Aufmerksamkeitsstörung

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. ☐ ☐ ☐ 2
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. ☐ ☐ ☐ 1
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen. ☐ ☐ ☐ 2
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten). ☐ ☐ ☐ 3
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. ☐ ☐ ☐ 2
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. im Unterricht, Hausaufgaben). ☐ ☐ ☐ 3
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). ☐ ☐ ☐ 1
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. ☐ ☐ ☐ 3
9. Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich. ☐ ☐ ☐ 1

Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9): 2,0

B | Überaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. ☐ ☐ ☐ 3
2. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. ☐ ☐ ☐ 2
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen die unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.) ☐ ☐ ☐ 3
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. ☐ ☐ ☐ 1
5. [Zeigt anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.] ☐ ☐ ☐ 2
6. (Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.) ☐ ☐ ☐ 1

Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5): 2,2

C | Impulsivität

1. Platzt häufig mit Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. ☐ ☐ ☐ 3
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen). ☐ ☐ ☐ 2
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein). ☐ ☐ ☐ 2
4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren) (Im DSM-IV unter Überaktivität) ☐ ☐ ☐ 1

Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4): 2,0

Diagnose nach ICD-10 (Forschungskriterien)

Alle Zusatzkriterien erfüllt
 » Beginn vor dem 7. Lebensjahr.
 » Symptomausprägung in mehr als einer Situation (Familie, Schule, Untersuchung).
 » Symptome verursachen Leiden/Beeinträchtigung der sozialen/schulischen/beruflichen Funktionsfähigkeit.

Mindestens 6 Kriterien erfüllt? Nicht alle Kriterien erfüllt?

↓ ja ↓

Mindestens 3 Kriterien erfüllt? Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt? (siehe DCL-SSV)

↓ ja ↓

Mindestens 1 Kriterium erfüllt? Keine Ausschlusskriterien erfüllt

↓ ja ↓

F90.1
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

» keine Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)
 » keine Manische Episode (F30)
 » keine Depressive Episode (F32)
 » keine Angststörung (F41)

* aus: Döpfner, Görz-Dorten & Lehmkuhl (2008): Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-I). Bern: Huber. Bezug: <http://www.testzentrale.de/>

Diagnose Checkliste für „ADHS“

[Quelle: http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/Fuer_Therapeuten/Materialien/Diagnostik_Erw/Diagnose_Checkliste_ADHS_DCL_ADHS.pdf (12.08.2016)].

Doch schon an der Wurzel einer derartigen Diagnose zeigen sich problematische Implikationen, die Gefährlichste ist die Verwandlung einer **Handlungsweise in eine Personeigenschaft, einer Lebensbewegung in eine Krankheit**, sobald der aus der Pseudoquantifizierung generierte **Score** einen willkürlichen Grenzwert überschreitet. Man verhält sich nicht mehr in einer bestimmten Weise, **es gibt plötzlich etwas, das man hat wie einen Virus, einen Fremdkörper, der einen steuert**. Da ist plötzlich etwas *im* Kind, nicht mehr *am* Kind. Das ist aber reine Fiktion. „Fragebögen blenden den Kontext eines Verhaltens vollkommen aus [...]. Hier fängt eine massive Entmündigung an, die dem Kind die Verantwortung für sein Verhalten raubt und es zu einem *biomechanischen Ding mit Fehlfunktion* macht“ (Roggensack 2006, 170ff.).

Das ursprünglich rein deskriptive Kürzel "ADHS" pervertiert - so missbraucht - unerwünschtes Verhalten zu biologischer Abweichung.

Hier wird die Differenz von *Kategorisieren* und *Verstehen* deutlich. **Kategorisieren ist ein distanzierender Akt, Verstehen ein identifizierender.**

Wir Menschen sind fähig zur Perspektivübernahme, zur Einfühlung. Das bedeutet, sich mit all seiner erlebten Erfahrung zu fragen: ***Wie müsste ich mich fühlen oder was müsste ich erlebt haben, um derartig aufgescheucht zu agieren? Was ist passiert, dass Kinder sich beunruhigt fühlen? Welchen Sinn kann es haben, sich mit Überaktivität irgendwie abzusichern oder sich etwas vom Leib zu halten?*** Aus unruhigen, gestörten Kindern werden im Blick eines mitfühlenden Beobachters *beunruhigte, verstörte* Kinder.

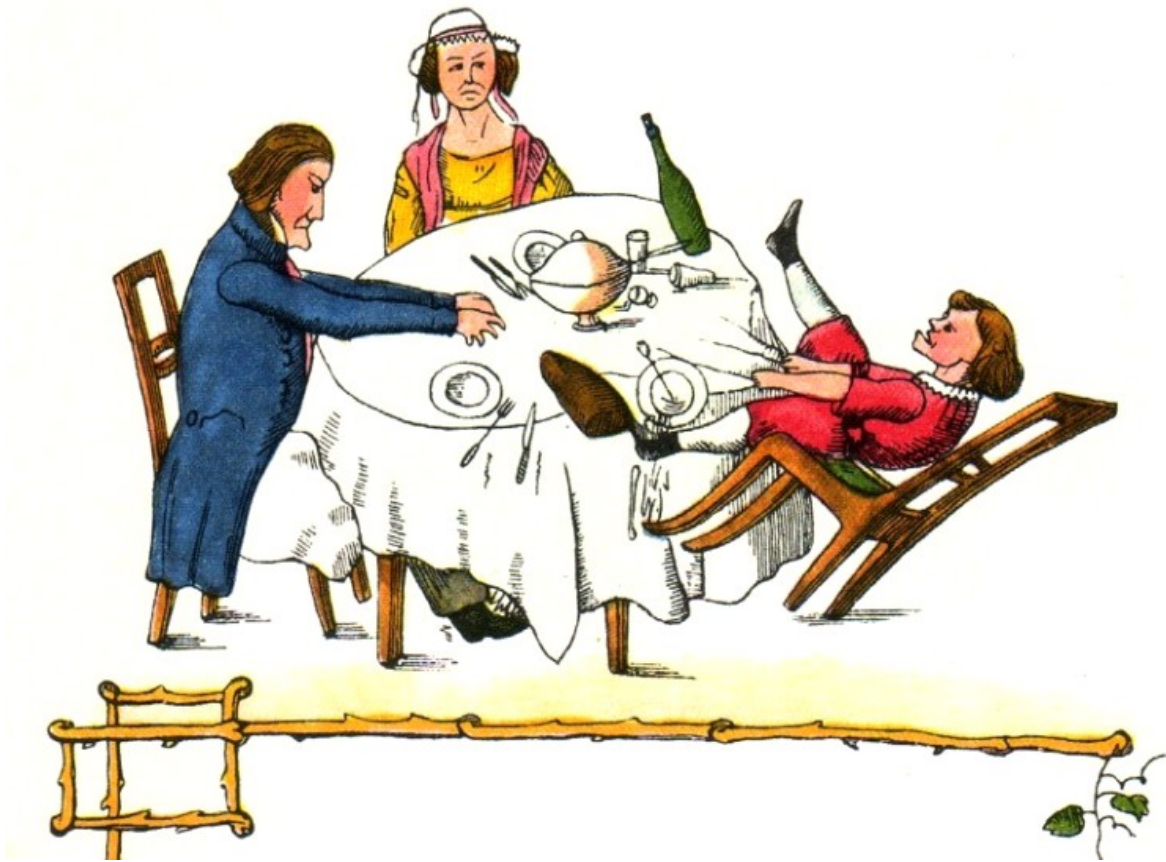
Ich möchte an einer Figur, die wohl jeder kennt, genau dies verdeutlichen:



[Quelle:http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Bild:Struwwelpeter_2.jpg&filetimestamp=20070823105312 (Juli 08)]

„**Der Zappelphillip**“ von **Heinrich Hoffmann** aus dem **Jahre 1844**. Er wird immer wieder vulgärwissenschaftlich als historisches Exemplar eines "ADHS-Kindes" missbraucht, ist also auch ein Opfer des falschen, objektivierenden Blickes dritter Person.

Stellen wir aber hier einmal unseren Blick wieder auf die natürlich verstehende Perspektive zurück und schauen uns den Gesamtzusammenhang an, neudeutsch "das System", dann erhält das Bild plötzlich einen viel überzeugenderen Sinn:



[Quelle:http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Bild:Struwelpeter_2.jpg&filetimestamp=20070823105312 (Juli 08)]

Der Kinderarzt Eduard Seidler [...] kam zu folgendem Ergebnis: "Es ist die Geschichte des kleinen Heinrich, seines Vaters und seiner neuen Stiefmutter. (...). Er ist das 'verlassene, einsame und unverstandene' Kind, unfähig, sein Gleichgewicht in dieser veränderten Situation zu finden. Die Liebe des Vaters gehört jetzt einer anderen Frau. (...). Der Junge will das nicht. Also stört er die Idylle" (Gerspach in LB 2006, 103ff.). Der Pädagoge Manfred Gerspach meint folgerichtig: "So kann man das gezeigte Verhalten als normale, realitätsbezogene Reaktion eines wütenden und sich allein gelassenen Kindes verstehen - wie übrigens eine Reihe von so genannten ADHS-Kindern frühe Beziehungsabbrüche aufweisen" (ebd.).

Eine fiktive Biologisierung dieses Verhaltens lenkt von dieser Wahrheit ab und schreibt die ganze Situation allein dem Kind zu.

So macht man aus einem Konflikt zwischen Mehreren den Defekt eines Einzelnen - eine Ungeheuerlichkeit.

Es gibt also keine dunklen biomechanischen *Ursachen*, sondern ganz reale, situative, nachvollziehbare und sinnhafte *Motive, Gründe* und *Ziele* im Handeln des Zappelphillips. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich nämlich immer, dass alles auftretende Verhalten und alle Symptome der tieferen **Logik der Gesamtsituation** folgen. Es ist ein familiärer Konflikt, zu dem *alle* dargestellten Personen beitragen.

Man schneidet mit der Diagnose "ADHS" das gesamte Umfeld, das doch dem Verhalten erst seinen Sinn gibt, einfach aus dem Bild heraus. Wer würde sich das gerne gefallen lassen?

So ein Ansatz widerspricht sämtlichen Erkenntnissen moderner Tiefenpsychologie, der systemischen Familientherapie, aktuellen Lerntheorien und nicht zuletzt der Hirnforschung, die alle belegen, dass wir keine isolierten Einzelwesen sind, sondern von früher Kindheit an durch unsere *Beziehungen* bestimmt werden.

Kinder wie Erwachsene tragen phänomenologisch ihr Beziehungssystem und ihre Geschichte *in sich*, am ganzen Leib.

Warum fragt man nicht das Kind und lässt sich dafür viel Zeit, damit es seine Gründe selbst finden kann? Warum wird so schnell nach Medikamenten und Verhaltensprogrammierung verlangt statt nach **verstehender Psychotherapie? Eine solche begreift "charakteristische Symptome von Kindern mit psychosozialen Desintegrationen (ibs. von ADHS) (...) als Ausdruck einer innerpsychischen Notlage (...)**. Sowohl im pädagogischen als auch im therapeutischen Umgang mit diesen Kindern wird versucht, dass durch eine langsame Veränderung ihrer inneren Situation (vor allem durch neue Beziehungserfahrungen) die Symptome nach und nach entbehrlich werden." (LB 2006, 241).

Fragen wir also nach den Geschichten der Kinder, die sie selbst erzählen. Meisterhaft hat dies z.B. **Ada Fuest (2008)** mit Grundschulkindern umgesetzt und dargestellt.

In einer biologischen Perspektive dagegen vermeidet man, dem subjektiven Situationserleben und den Nöten der Kinder in die Augen zu sehen. Man schneidet den Zusammenhang ab und *anulliert* damit die verstehbare Person.

"Die Hypothese Hirnstoffwechselstörung kommt eben ohne Subjekt aus, sie ist objektorientiert" (Gerspach in LB 2006, 92).

Das Denkmuster der Biologisierung erfreut sich leider wachsender Beliebtheit, alle psychologischen Probleme seien angeblich "Stoffwechselstörungen im Gehirn", so als hätten leidende und schwierige Menschen keine Lebensgeschichten.

5. Alles ist ADHS. Populäre Irreführung.

"Alles ist ADHS", diesen Eindruck kann man gewinnen, wenn man sich in Populärliteratur, Selbsthilfepublikationen, Informationsbroschüren der Pharmaindustrie oder einschlägigen Internetforen umschaute. "ADHS" ist zu einer regelrechten "Einheits-Diagnose" mutiert (LB 2006, 15), sie erzeugt die Illusion eines Etwas, das man "haben" kann, welches zum "Synonym für alle kindlichen Schwierigkeiten" inflationiert ist (Grothe & Horlbeck in LB 2006, 134).

Der Kinderpsychoanalytiker Hans Heinz Hopf (2003, 20) stellt denn auch zur realen Diagnosepraxis 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.**"

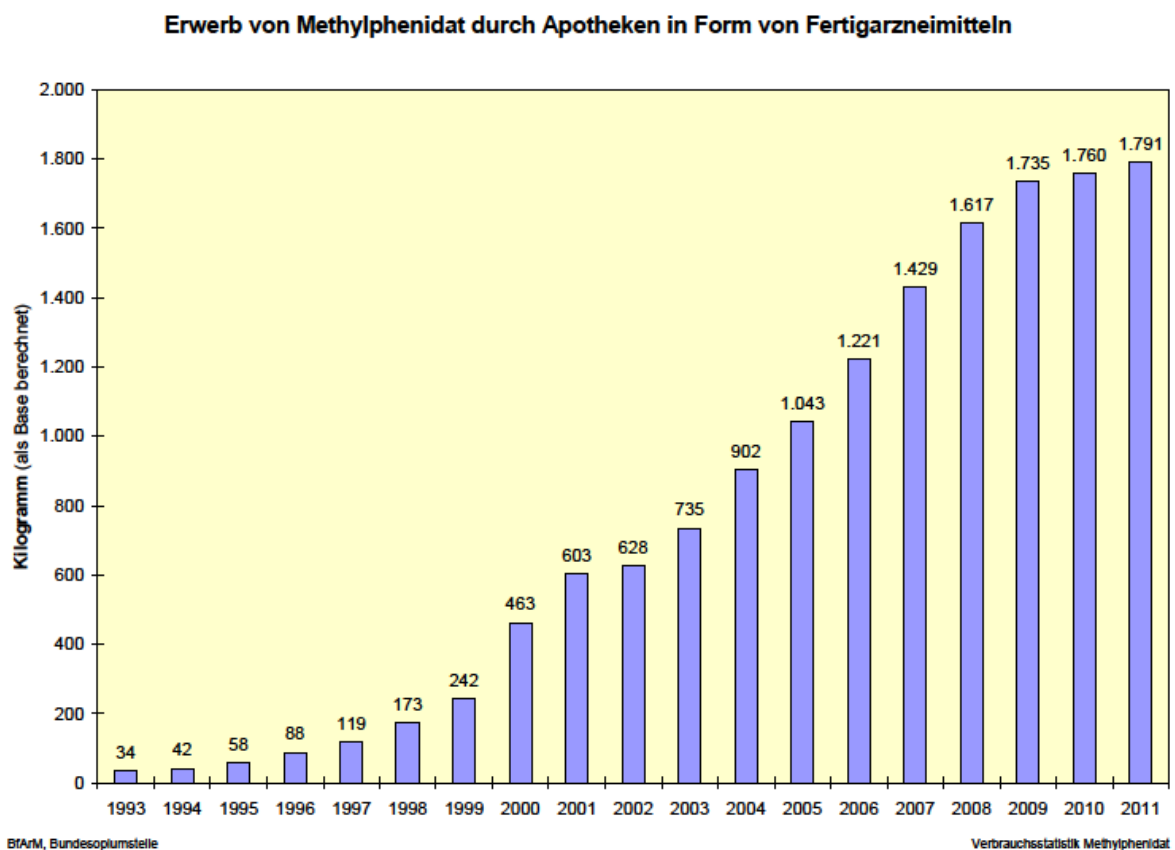
Eine ganze Palette psychischer Störungen werden dem ADHS suggestiv gleich beigeordnet, und zwar unter der schwammigen und beliebigen Hypothese von "Sekundärfolgen" oder "Erscheinungsweisen". Manche Autoren gehen sogar soweit, in "ADHS" *die Ursache* für praktisch alle gängigen psychischen Probleme erkennen zu wollen, von Essstörungen über Lese-/Rechtschreibschwäche bis hin zu sogenannten Borderline-Symptomen. **Da gibt es dann wilde Skizzen mit abenteuerlichen Kausalketten, die alle in der substanzlosen Konstruktion "ADHS" wurzeln** (z.B. Simchen 2003, 27). Damit stellt man die Logik auf den Kopf und erklärt die Wirkung zur Ursache. Das ist nicht mal schlechte Wissenschaft, nur gefährlicher Unsinn.

Selbst völlig gängige Verhaltensweisen von Kindern und Heranwachsenden werden aus dieser Perspektive als Bestätigung Ihrer vermeintlichen "Krankheit" wahrgenommen.

Diese schon irrwitzige Beliebtheit und Oberflächlichkeit legt folgende Vermutung nahe:

Das Aufmerksamkeitsdefizit liegt gar nicht bei den Kindern, sondern bei den Erwachsenen mit ihren wegschauenden Schnelldiagnosen. Man will anscheinend gar nicht so genau wissen, was eigentlich wirklich mit den Kindern los ist.

Häußler und Hopf (2001, 488ff.) beschreiben kopfschüttelnd "Verhältnisse wie in einem Tollhaus": eine schier inflationäre Verbreitung der Diagnose. Auch bei vielen Webseiten bekommt man den Eindruck, dass die Störung und deren Medikation geradezu beworben werden. Eltern reißen sich um die Diagnose und kennen sie schon vor den Ärzten. Auf den Webseiten eines Pharmaunternehmens wird „ADHS“ ohne Einschränkungen als "neurologische Funktionsstörung" ausgegeben, obwohl dies *per definitionem* (ICD 10, DSM IV) schlicht *falsch* ist (Website der Lilly GmbH <http://www.info-adhs.de>). Hier könnte man von bewusster *Desinformation potentieller Pharmakunden* sprechen. Schauen wir uns dazu passend einmal die **Entwicklung des Methylphenidat-Verbrauchs in Deutschland** an:



[Quelle: Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2012]

Von 1993-2011 ist der Methylphenidatverbrauch also um unfassbare 5100 Prozent (!) gestiegen. Wir sehen einen klaren Trend zur "psychopharmakologischen Verhaltensmodifikation" (Amft in LB 2006, 78). Weltweit werden viele Millionen auffällige Kinder mit Psychopharmaka behandelt. In Deutschland wurde 2011 die "ADHS"-Diagnose rund 750.000 mal gestellt (620.000 Kinder und Jugendliche) – mit steigender Tendenz (Arztreport 2013). Sind die plötzlich alle vom Himmel gefallen?

Sicher ist auch: die Kriterien des amerikanischen DSM werden mit jeder Revision seit Jahren systematisch in die Normalität hinein ausgeweitet (Riedesser in LB 2006, 112). Das DSM V setzt diesen Trend fort.

Es gibt gute Gründe, anzunehmen, dass von hunderten mit "ADHS" etikettierten Kindern vielleicht keins oder nur ein einziges ein Medikament benötigt, weil es vielleicht eine "echte" neuropsychologische Störung hat. Das Problem ist nur, dass es keine Methode gibt, mit der man sozusagen "echtes" von "falschem" ADHS unterscheiden könnte, und der Grund ist ganz prinzipiell und einfach:

Es gibt keinen einzigen spezifischen neurobiologischen Indikator für "ADHS", und ganz generell sind Korrelationen von Verhaltensauffälligkeiten, Funktionsstörungen und Hirnschädigungen uneindeutig bis unbedeutend (vgl. Grothe & Horlbeck in LB 2006, 135; M.H. Schmidt 1992).

Das bedeutet: „ADHS“ ist ein Sammelsurium für Allesmögliche, aber keine umschriebene Störung. Die mit diesem Etikett erfasste Population ist weder in Symptomatik noch Ätiologie einheitlich. Die biologische Hypothese, die niemals in Zweifel gezogen wird, wird so gesehen zu einer Ungeheuerlichkeit (Roggendorfer 2006, 181).

Man unterstellt trotzdem, die Kinder seien 'nicht richtig im Kopf', wenn sie sich nicht unseren Erwartungen gemäß verhalten.

Wem könnte aber eine Diagnose nützen, die Differenzen aushebelt und beinahe alles erfasst?

6. Körper, Leib und Psyche

Kehren wir zurück zu den alternativen Perspektiven erster, zweiter und dritter Person, und schauen wir, ob und wie sie einander ausschließen oder sich ergänzen können.

Einschlägige Autoren der biologischen Seite sind leider für die subjektive Sinnperspektive und den Kontext von Verhalten oft total blind. Sie ignorieren unverbesserlich sämtliche wissenschaftlichen Erkenntnisse der Säuglings-, Bindungs-, Gen- und Hirnforschung der letzten Jahrzehnte, die belegen, dass die Nervensysteme aller Menschen interaktiv-plastisch und das Ergebnis von Erfahrungen in ihrer mitmenschlichen *Beziehungsumwelt* sind.

Stattdessen beharren sie unverbesserlich weiter auf der genetischen bzw. der Gehirn-Hypothese (etwa der „ADHS-Papst“ Russel A. Barkley [2005, 111; 125; 133ff.; 139; 141f.]).

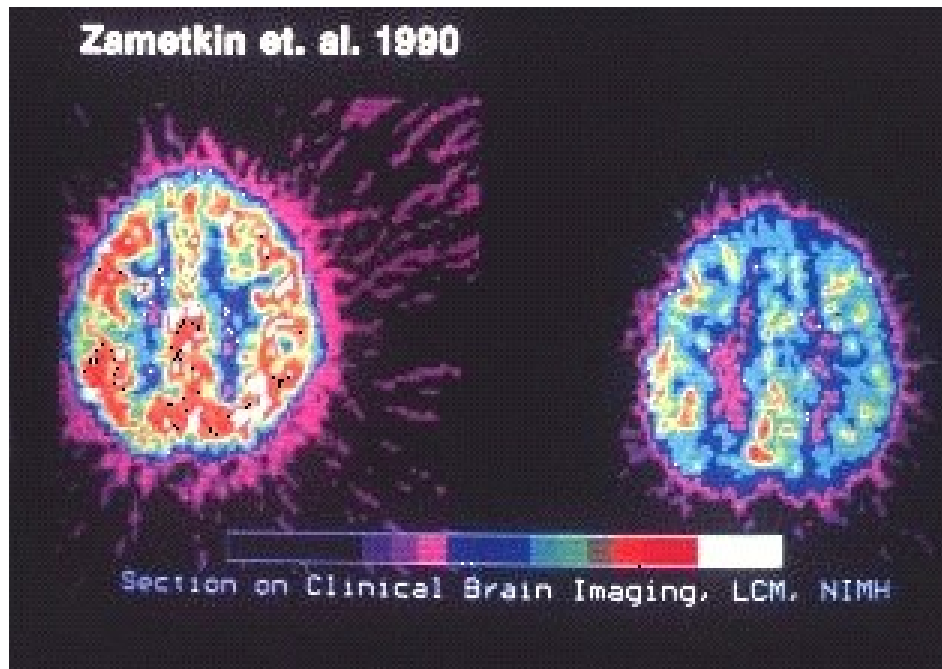
Man kann allerdings ganz prinzipiell (aus Gründen der sog. "Supervenienz"; vgl. Schumacher in Caspary 2006, 14) psychosoziale Phänomene nicht auf biologische reduzieren oder gar aus ihnen ableiten. **Derartigen Pseudoerklärungen liegt noch immer ein lange überholtes, auf René Descartes zurückgehendes, mechanistisches Reiz-Reaktions-Modell des Menschen aus dem 17. Jahrhundert zu Grunde**, die Verhalten als quasi-physikalische Reaktion auf einen sensorischen Reizinput und das Gehirn als „Informationsverarbeitungsmaschine“, als Computer missversteht.

Die aufgeklärten modernen Humanwissenschaften haben sich schon Anfang des 20. Jahrhunderts längst von solchem mechanistischem Denken verabschiedet und erkannt, **dass jeder Mensch der schöpferische und aktive Gestalter seines von ihm erlebten Lebensfeldes und der auf seine spezielle Weise gedeuteten Welt ist**. Neben der **Phänomenologie** unterstützen dies inzwischen auch Biologie, Systemtheorie und Hirnforschung (Maturana&Varela 1987, Weber 2007, Fuchs 2008). Der Mensch ist also immer ein *Interpret* der Welt, schon als Säugling. Wir antworten sinnhaft auf eine Gesamtsituation in unserem subjektiven Lebensfeld (Fuchs 2008, 112). Darum benötigt man, um Menschen zu verstehen **Hermeneutik**, nicht Biologie.

Streng genommen gilt im psychosozialen Bereich keine Kausalität, sondern Finalität: Der Ausrichtung auf ein Ziel folgt der ganze Organismus, und Symptome haben eine Funktion oder Sinn. Das heißt auch: **Nicht neuronale Muster verursachen Intentionen - Intentionen motivieren neuronale Muster.**

Oder können wir ernsthaft annehmen, dass wir unser **Frühstücksei** aufschlagen, weil ein paar unserer Muskeln oder einige unserer Gehirnwindungen das so wollen? Im Gehirn findet man weder Gedanken, noch Ziele oder Motive: Dort findet man nur Neuronen und ihre Aktionspotentiale. Der Blick erster und dritter Person ergänzen sich im besten Fall komplementär, sind aber nie gegeneinander austauschbar. Die Tränen des Trauernden werden nicht verständlicher, wenn man ihre biochemische Zusammensetzung kennt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich eine immer wieder als "Beweis" für die genetisch-biologische Ätiologie von "ADHS" zitierte **Gehirntomographie (PET)** z.B. auf „Wikipedia“ in einem ganz neuen Licht dar:



[Quelle: <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Bild:Adhdbrain.gif&filetimestamp=20050705160526> (7/08)]

Zametkin, A.J. et al (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with attention deficit hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine* 323, 1361-1366.

Die Abbildung veranschaulicht Unterschiede im durchschnittlichen Glucose-verbrauch bestimmter Hirnareale bei 75 Erwachsenen mit und ohne "ADHS"-Diagnose. Zametkins (1990) Ergebnisse konnten übrigens nicht reproduziert werden, **er selbst revidierte sie 1993** (!) (Roggensack 2006, 180). Es ist nie sicher, dass solche Messungen nicht Artefakte oder Folge der oft jahrelangen Medikation sind.

Nehmen wir aber mal an, einige Menschen mit der Diagnose "ADHS" hätten im Vergleich mit Kontrollprobanden unter bestimmten Versuchsbedingungen einen veränderten Glucosestoffwechsel in einigen Bereichen ihres Gehirns. Was sagt uns das?

Es sagt uns, dass manche Menschen ihr Nervensystem anders benutzen als andere.

Verliebte nutzen ihr Hirn anders als Mathematiker oder beunruhigte Kinder.

Es ist also eine Tautologie, ein Zirkelschluss, wenn man feststellt, dass eine Person, die Verhalten A zeigt, ihren Körper anders benutzt als eine Person, die Verhalten B zeigt, indem sie ihren Körper anders benutzt.

Eine solche *Korrelationsfeststellung* von Verhalten und Körpervorgängen gleicht der Feststellung, dass starke Männer meist große Muskeln haben - ein Ergebnis von Training. Gehirne sind - stark vereinfacht - wie Muskeln: Sie werden in Beziehungen mit der Welt und den Anderen gebildet.

Bekannt ist dies Phänomen als „Neuroplastizität“ (Fuchs 2008, Bauer 2006). Gehirn- und neuronale Strukturen werden regelrecht „antrainiert“ und jeder Mensch verleibt sich seine Erfahrungsgeschichte buchstäblich ein (vgl. Lanwer-Koppelin 1996).

Merleau-Ponty (1966) formulierte darum unübertroffen: „Der Leib ist die geronnene Gestalt der Existenz“ .

Das Subjekt steht auf der Spitze einer Pyramide von Vergangenheit, wie Marcel Proust sagte, es *ist* zu einem großen Teil seine Erfahrungsgeschichte. Man kann also „biologische“ Strukturen nicht als *primäre Ursache*, sondern auch als *sekundäres Ergebnis* von Handlungsmustern des Lebensfeldes verstehen.

Sogar das, was man bei der Geburt mitbringt ist bereits das seit der Befruchtung einverleibte Ergebnis interaktiver Geschichte (vgl. Lorenzer 2002; Dornes 1997). "Leon Eisenberg (...), einer der großen US-Mediziner, sprach deshalb in einem inzwischen berühmt gewordenen Artikel von der 'sozialen Konstruktion des menschlichen Gehirns'" (Bauer 2006, 10; vgl. Eisenberg 1995). **Aus häufig erlebten Gefühlszuständen und wiederholt erfahrenen Beziehungsmustern werden „geronnene“ Eigenschaften des Nervensystems (Perry 1998). Das gleiche gilt für das Muskelsystem.**

Die Traumatheorie (Levine 1998) lehrt uns, dass ein Lebewesen prinzipiell immer drei primäre Reaktionsweisen gegenüber einer Gefahr hat: **Angriff, Erstarrung oder Flucht**. Alle drei können bei Traumatisierungen im Muskelsystem quasi fixiert und zu Dauerzuständen werden, etwa als **Hypervigilanz**: „Eines der typischen Merkmale von Hypervigilanz ist das **Fehlen der normalen Orientierungsreaktion**. Dies hat für Traumatisierte schwerwiegende Implikationen. [...]. Bei einer Funktionsstörung führen neu auftauchende Informationen zu Verwirrung und Überlastungserscheinungen. [...]. In diesem Zustand bin ich nicht in der Lage zu lernen, ich kann mir keine neuen Verhaltensweisen aneignen, und ich vermag nicht

aus den beeinträchtigenden Mustern auszubrechen, die schließlich mein ganzes Leben dominieren werden.“ (Levine 1998, 161f.). Allein mit dieser Erklärung wären fast alle Phänomene des "ADHS"-Komplexes abgedeckt (s.a. schizoider Charakter).

Der Hirnforscher Gerald Hüther zog schon 2002 aus all diesen Einsichten eine ernüchternde Bilanz: **"Den bisherigen medizinischen Modellen des als ADHS oder auch ADS bezeichneten Störungsbildes liegt ein völlig veraltetes Konzept von der Funktionsweise und der Entwicklung des menschlichen Gehirns zugrunde. Das war der Forschungsstand von vor 20 Jahren, der ist heute überholt. Und da diese Modellvorstellungen nicht mehr zu dem inzwischen gewachsenen Erkenntnisstand passen, sind auch die bisher für die Ritalinbehandlung zugrunde gelegten Annahmen nicht mehr haltbar."**

7. Die Gewalt des Diskurses

Wider besseren Wissens haben die vier Buchstaben "ADHS" sich zu einem beängstigend erfolgreichen Kulturprodukt entwickelt, welches die durch die permanente Irritation der störenden Kinder erlebte Hilflosigkeit mit einer handlichen Formel und systematisch inszeniertem pseudomedizinischem Diskurs hypnotisch in Sicherheit zu verwandeln scheint. Die **Struktur dieses Diskurses** hat folgendes Muster:

- 1. Nothandeln der Kinder wird zu einem biologischen Prozess ohne Subjekt umgedeutet.** *Sie werden als Akteure ausgelöscht.* "Das ADHS macht es, nicht er selbst" (viele Kinder fühlen sich *mit* Medikament wie "Zombies", vgl. Schmidt 2010).
- 2. Symptome werden ihres Kontextes und damit ihres Sinns beraubt.** Man zwingt den Blick fort von der existenziellen, psychodynamischen Lebenssituation.
- 3. Es wird ein neuer Begriff für die Irritation geschaffen,** der – gerade als formelartige Abkürzung – den Eindruck erweckt, er beschreibe irgendetwas "Substanzielles", das man "haben" kann, etwa so, als habe man ein Gift im Blut oder womöglich "falsche Gene".
- 4. Die Kinder werden mit dieser quasipsychiatrischen Diagnose standardisiert, kategorisiert und stigmatisiert,** mit irreversiblen Folgen für weitere therapeutische Entscheidungen und teilweise verheerenden Konsequenzen für die Identitätsentwicklung.

5. Angst wird erzeugt. Es wird suggeriert, dass die soeben geschaffene Krankheit **vererbt, neurobiologisch und unheilbar** ist, eine Bedrohung für das Kind und die ganze Gesellschaft darstellt und dass hohe Kosten entstehen.

6. Es wird ein Ausweg aus der Angst präsentiert. Ein Psychopharmakon, das als der am meisten ökonomische Weg der Wahl dargestellt wird. Die Werbemaschine läuft an und fast sämtliche Aufklärung kommt nur noch von der medizinisch-pharmazeutischen Seite. Es gibt sogar Zwangsmedikationen.

7. Für die Medizin bzw. Biologie wird ein Deutungsmonopol behauptet, alternative, unabhängige Theorien werden nicht berücksichtigt und Kritiker als unwissenschaftlich denunziert. Die Patienten werden für unfähig erklärt, ihren eigenen Zustand zu beurteilen oder zu verändern.

8. Die konstruierte Diagnose wird zum institutionalisierten Selbstläufer. Allein dadurch, dass etwas neu bezeichnet wird, gewinnt es handlungsleitende Existenz für Institutionen und Menschen. *Factum valet* oder "die normative Kraft des Faktischen".

8. Gründe statt Ursachen

Machen wir uns noch einmal klar, dass es im Bereich des Psychischen prinzipiell keinerlei biologische Vererbung geben kann, denn das Nervensystem entwickelt sich hauptsächlich extraterin in der sozialen Umwelt (Neuroplastizität). **Die sogenannte "[...] 'Begabung' ist Resultat eines Trainings"**, stellte schon Alfred Adler fest (1930 q, 45). Und auch die Anthropologie der Gegenwart kommt zu diesem Ergebnis (vgl. Li et al. 2014): **"Die Entwicklung der präfrontalen kortikalen Strukturen, die ein Kind befähigen, grundlegende kognitive Fähigkeiten zu erwerben, hängt zutiefst von der Art und Qualität seiner Interaktionen mit seinen primären Bezugspersonen ab"** (Greenspan et al 2007, 151). Das gilt übrigens schon für Affen: Tradition statt Vererbung.

Welche Art solcher primären Beziehungsqualitäten findet man dann bei Kindern mit "ADHS"-Symptomen, wenn man sie therapeutisch *verstehend* aus der Perspektive erster Person erforscht? Der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalytiker Frank Dammasch (2007) kommt nach jahrelangen Therapie- und Untersuchungserfahrungen zu eindeutigen Erkenntnissen über die **Psychodynamik von "ADHS"-Symptomen**, der keinen Spielraum mehr lässt für eine Biologisierung:

- „1. Die Hyperaktivität eines Kindes basiert immer auf einer frühen und oft persistierenden Beziehungsstörung mit den primären Bezugspersonen, die sich als Verhaltensstörung zeigt.
2. Überproportional häufig sind traumatische Trennungserlebnisse des betroffenen Kindes selbst oder transgenerationale Traumata der Mutter festzustellen, die sie unverstanden in die frühe Beziehung mit ihrem Kind einbringt.
3. Der Vater ist als emotional haltender und verstehender Dritter in der Familie entweder abwesend oder er steht außerhalb einer ambivalent verwickelten Mutter-Kind Dyade.
4. Der impulsive Bewegungsdrang des Kindes dient der Flucht vor dem eigenen Innenleben und der emotionalen Nähe in einer Beziehung.
5. Die aktive Flucht nach Vorne hat die Funktion, die Angst vor der regressiven Wiederkehr früher Ohnmachtserfahrungen im Zaum zu halten.
6. Der Stimulationsdrang des Kindes hat eine psychisch stabilisierende Funktion für die Mutter. Oft dient die Hyperaktivität des Kindes der Mutter als Antidepressivum. In diesen Fällen hält die Stimulation durch das Kind die Mutter psychisch lebendig.“

In der psychotherapeutischen Fachliteratur findet man reichlich weiteres Material. Ich habe einige exemplarische Möglichkeiten zusammengestellt. **Sogenannte "ADHS"-Symptome könnten demnach ganz Verschiedenes sein:**

- *ein kindlicher Bewältigungsversuch von Traumatisierungen (3 Reaktionen: Flucht, Angriff, Erstarrung)*
- *der Ausdruck besonderer Vitalität und Kreativität*
- *ein Indikator für Frühverwahrlosung*
- *latente Trauer und Depression*
- *unverstandene kulturelle Auseinandersetzungen*
- *ein Versuch, um Aufmerksamkeit und Anerkennung zu erhalten*
- *ein entgleister Dialog der Regulation in der frühen Mutter-Kind-Beziehung*
- *eine Antwort auf familiäre Instabilität, Konflikte, Konkurrenzen und Ängste*
- *das Gefühl von Unbehauetheit und ein mangelndes Sicherheitsgefühl*
- *die Folgen von Medienmissbrauch*
- *Kommunikationsdefizite*

- *eine Reaktion auf falsches Leistungsdenken*
- *Entwicklungsverzögerungen*
- *ein Abwehrverhalten gegen Ohnmacht*
- *eine Agitation zur Selbstvergewisserung*
- *die Angst vor Nähe und Kontakt*
- *ein Kompromiss zwischen Rebellionsangst und Verweigerungswunsch*
- *das Fehlen eines inneren geliebten Objekts, ein Bindungsvakuum*
- *die manische Abwehr früher Verlust- und Trennungserfahrungen*
- *eine Selbststimulation als Mutterersatz*
- *die fehlende Erfahrung eines sicheren Raums der eigenen Gefühle*
- *eine mangelnde Erfahrung von vertrauendem Gehaltensein*
- *ein starkes Minderwertigkeitsgefühl, umschlagend in Größenphantasien*
- *übertragene Aggressionen*
- ...

[Quellen u.a. LB 2006, 13f.; 27f.; Gerspach in LB 2006, 93; 103ff; de Grandpre 2002; Marie-Luise Ludewig auf <http://www.adhs.de/schulpsychologie.htm>; 31.5.2008; Dammasch 2003; Bovensiepen 2004; v. Lüpke in LB 2006, 169ff.; Henke in LB 2006, 281]

Sobald die Diagnose "ADHS" einmal ausgesprochen und (womöglich dankbar) angenommen wurde, wird sie zu einem dokumentierten Teil des Selbst und auch zu einem **Stigma**. **Die Gesellschaft teilt dem Betroffenen mit, "(...) er sei ein normales menschliches Wesen, daß er aber auch in einem gewissen Grad 'anders' sei und daß es töricht wäre, diese Differenz zu leugnen" (Goffman 1967, 154).** Außerdem kann die Biologisierung des eigenen Verhaltens eine schwere Selbstwertverletzung sein, denn **"was ist wirklich besser für ein Kind - dass es sich als schlecht empfindet oder als geisteskrank?" (Jantzen 2001, 225).**

Viele Kinder empfinden die Pille sogar als eine Art Gewissensprothese und sich ohne Medikament als gefährlich und hässlich (z.B. Dammasch 2003). Das ist eine schwerwiegende Störung einer gesunden **Identitätsentwicklung**.

Neben möglichen Suchteffekten und Nebenwirkungen wie einer Wachstumsverzögerung (Jensen 2007; Molina 2007; Swanson 2007) ist außerdem erwartungsgemäß belegt, dass selbst langjährige Medikation keinerlei nachhaltige klinische Besserung bringt. Auch Lerneffekte wie intrapsychische Neurepräsentationen werden durch pharmakologische

Substitution und die Fremdzuschreibung eigenen Tuns an die Pille eher ausgeschlossen als begünstigt (Hüther in LB 2006, 233f.). Wer also dem Schnellschuss einer unaufmerksamen "ADHS"-Diagnose und womöglich einer Medikation blind Folge leistet, verspielt unter Umständen dringende seelische Entwicklungschancen von Kindern, die sie in einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung nutzen könnten (Riedesser in LB 2006, 115).

Die Kinder- und Jugendpsychaterin Annette Streeck-Fischer schreibt: **"Breite klinische Erfahrungen sprechen dafür, dass die psychodynamische Psychotherapie bei ADHS-Kindern beeindruckend effektiv ist"** (Streeck-Fischer 2007). Ein offenes und empathisches therapeutisches Feld erlaubt im günstigen Falle eine regelrechte Nachentwicklung psychischer Strukturen, ein Neudurchlaufen früher Phasen und Beziehungen, man könnte auch sagen: eine "nachholende Reifung" der ganzen Persönlichkeit - und dies in ganz leibhaftigem Sinne. So herum wird also ein Schuh draus, denn es gilt:

"Change the mind and you change the brain" (Paquette et al. 2003, 401).

9. Was ist eigentlich Gesundheit?

Alfred Adler schreibt: "Den **idealen Menschen** würde man überall dort antreffen, wo es eine Aufgabe für ihn gibt. Er würde ein **kreisförmiges Tätigkeitsfeld** haben. Beim neurotischen Menschen ändert sich dieses Feld, der **Radius ist in verschiedenen Richtungen unterschiedlich lang**. Je nervöser ein Mensch ist, je mehr sein Leben gescheitert ist, desto kleiner ist sein **Aktionsradius**" (Adler 1937 i, 123).

Es ist ganz offensichtlich so, dass sehr viele Menschen nur eingeschränkt über ihr Potential verfügen und Schwierigkeiten mit dem Leben oder ihren Mitmenschen haben. Adler ist großzügig: "Die Neurosen sind Teil der menschlichen Unvollkommenheit [...]. Die meisten Phänomene des persönlichen und sozialen Lebens könnte man ohne weiteres als nervös bezeichnen" (Adler 1937 i, 107).

"Daß hier allgemeinmenschliche Züge wiederkehren [...], belehrt uns von neuem, daß die Neurose und Psychose der Eigenart des menschlichen Seelenlebens nicht fernliegt, daß sie als *Varianten* zu betrachten sind" (Adler 1930 q, 115). Es gibt also keinen Quantensprung von Gesundsein zu Krankheit (wie die ADHS-Diagnose ja impliziert!), sondern ein *Kontinuum*.

Nach Adler wächst die Gesundheit mit dem Maß der Übereinstimmung von Privater Logik und Common Sense, das wichtigste Maß psychischer Gesundheit ist hier die Verbundenheit mit den Mitmenschen, das *Gemeinschaftsgefühl*. "Den höchsten Grad von Beziehungslosigkeit stellt die Geisteskrankheit dar. Auch sie ist nicht unheilbar, wenn die Anteilnahme an anderen geweckt werden kann" (Adler 1979 b, 200). Denn im Prinzip gilt: "*Jeder Mensch kann alles, solange er sich selbst keine Grenzen setzt*" (Adler 1937 i, 30).

Zu zitieren als:

Wenke, Matthias (2016). "ADHS" – Biologisch gestört? Bewegung ist Bewusstsein. Ein individualpsychologischer Blick auf Körper, Geist, Empathie und Diagnostik. Vortrag am FB Sozialwesen der FH Münster am 11. Mai 2016.

Literatur

Abkürzungen: **LB** = Leuzinger-Bohleber; **BÄK** = Bundesärztekammer; **BMG** = Bundesministerium für Gesundheit; **DBU** = Deutsche Bundesstiftung Umwelt

ADHS-Webseiten: Unabhängige Informationen zu "ADHS" auf [ADHS –Schweiz](http://www.psychologische-adhs-therapie.ch) (www.psychologische-adhs-therapie.ch), im [Café Holunder](http://www.ads-kritik.de) (www.ads-kritik.de – bitte nicht mit "adhs-kritik.de" verwechseln!) und bei der [Konferenz ADHS](http://www.adhs-konferenz.de) (www.adhs-konferenz.de).

Adler, Alfred (1969). Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie (4.Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Original 1928.

Adler, Alfred (1979). Wozu leben wir? Frankfurt am Main: Fischer.

Ainsworth, Mary et al. (1978). Patterns of attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, New York: Erlbaum. In: Dornes (1997).

Arztreport (2013). Webquelle URL: <http://www.topnews.de/arztreport-2013-zahl-der-adhs-diagnosen-steigt-draustisch-3108827> [6.10.2013].

Barkley, Russel A. (2005). Das große ADHS-Handbuch für Eltern (2. Aufl.). Bern: Huber.

Barmer GEK Arztreport (2013). www-Dokument. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130129-Arztreport-2013/PDF-Arztreport-2013.pdf> [30.9.2015]

Batstra L, Nieweg EH, Hadders-Algra M. (2014). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Acta Paediatr. 103(7), 696-700. doi: 10.1111/apa.12642.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661108>

Bauer, Joachim (2006). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern (8.Aufl.). München: Piper.

Benson, Herbert & Klipper, Miriam Z. (1976). The Relaxation Response. New York NY: Avon.

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/for199_stnrital.php5 [6.10.2013].

Bion, W.R. (1962). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. In BOV (2004, 19).

Bobb AJ, Castellanos FX, Addington AM, Rapoport JL (2005). Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 132B (1), 109-25.

Bovensiepen, Gustav, Hopf, Hans & Molitor, Günther (Hrsg.) (2004). Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoana-lyse des hyperkinetischen Syndroms (2.Aufl.). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.

Bowlby, John (1958). Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung. Psyche 13, 1959, 415-456. In Dornes (1997).

Brisch, Karl Heinz (2004). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In Bovensiepen (2004), 45-69.

- Bundesärztekammer (2005).** Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). www-Dokument. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/empfehlungenstellungnahmen/adhs/langfassung/epidemiologie/> [30.9.2015]
- DGKJP (2013).** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zum Barmer GEK Arztreport 2013. www-Dokument. URL: <http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2013-02-05-barmer-arztreport-dgkjp.pdf> [30.9.2015]
- Carey, Benedict (2007).** Bad Behavior Does Not Doom Pupils, Studies Say. The New York Times November 13, 2007.
- Dammasch, Frank (2007).** "Immer vorwärts und nie zurück". ADHS: Krankheit oder Beziehungsstörung? Psychoanalyse aktuell. www-Dokument. URL http://www.psychanalyse-aktuell.de/Detail.324+M5f7e72fae54.0.html?&L=0&no_cache=1&sword_list%5B0%5D=adhs&tx_ttnews%5Bday%5D=10&tx_ttnews%5Bmonth%5D=01&tx_ttnews%5Byear%5D=2007 [30.9.2015].
- Dammasch, Frank (2003).** Er weiss nicht, wo er anfängt und wo er aufhört. Psychoanalytisches Verstehen des ruhelosen Kindes. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie 34 (2), 157-183.
- Deutsche Bundesstiftung Umwelt (2007).** Durch „Killerspiele, klare Erhöhung des Risikos, Gewalt-täter zu werden,„ 15. Pfingstsymposium des ZUK Benediktbeuern und der Umweltstiftung am 25. 5. 2007: 170 Akteure diskutieren. www-Dokument. URL http://www.dbu.de/123artikel26596_106.html [6.10.2013].
- DeGrandpre, Richard (2002).** Die Ritalin-Gesellschaft. Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim/Basel: Beltz.
- Dieplinger, Anna Maria (2003).** Das Erziehungsverhalten von Eltern als Determinante von ADHD. Diplomarbeit. Linz: Universitätsverlag Trauner.
- Döpfner, Manfred (2006).** Therapie der ADHS im Jugendalter - eine Kunst für sich? Interview. NeuroTransletter - Therapie Report Aktuell 132, 15. Beilage zu Neurotransmitter 17 (2).
- Dornes, Martin (1997).** Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Eisenberg, Leon (1995).** The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry 152, 1563-1575.
- Fuchs, Thomas (2008).** Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goffman, Erving (1967).** Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Greenspan, Stanley I.; Shanker, Stuart G. (2007).** Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens. Weinheim: Beltz.
- Grosskurth, Hannah (2005).** Häufigkeit von Kindern mit vermuteter ADHS im Patientengut von Allgemein- und Kinderärzten im Raum Aachen, sowie Faktoren, die mit einer ADHS assoziiert sind. Dissertation RWTH Aachen. URL <http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2005/1223> [6.10.2013].
- Häußler, Gabriele & Hopf, Hans (2001).** Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie 32 (4), 487-508.
- Häußler, Gabriele & Hopf, Hans (2004).** Psychoanalytische Theorien zu ADHS. In Bovensiepen 2004, 20-44.
- Hartmann, Thom (1997).** Eine andere Art, die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Lübeck.
- Heinemann, Evelyn (2003).** ADS mit und ohne Hyperaktivität bei Jungen und Mädchen - ein psychoanalytisches Forschungsprojekt zur Genderforschung. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie 34 (1), 25-41.
- Heinrich H., Gevensleben H., Freisleder F.J., Moll G.H., Rothenberger A. (2004).** Training of slow cortical potentials in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for positive behavioural and neurophysiological effects. Biological Psychiatry 55: 772-775.
- Heinz, Jürgen (2004).** Nervosität in der Moderne. Vom Leiden in der, an der und durch die Gesellschaft. In Bovensiepen (2004), 315-343.
- Hölling, H. ; Erhart, M; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007).** Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50, 784-793. URL: <http://www.kiggs-studie.de/> [6.10.2013].
- Hövel, Jörg auf dem (2006).** Die Epidemie der Rastlosigkeit und die Karriere des Koks für Kinder. Telepolis 17.10.2006. Heise Zeitschriften Verlag. URL <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/23/23762/1.html> (4.6.2008).
- Holowenko (1999).** Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Weinheim: Beltz.
- 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), 7-23.

- Hüther, Gerald (2000).** Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulantien (Ritalin). Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, Heft 112, XXXII. Jg., 4/2000, 471-486. Online <http://www.ads-kritik.de/HuetherStudie.htm> (1.11.2009).
- Hüther, Gerald (2002).** Kindergehirne sind keine Maschinen. Ein Gespräch mit Gerald Hüther (geführt von Elisabeth C. Gründler). Psychologie Heute 10/2002.
- Hüther, Gerald (2003).** Grenzen genetischer Programmierung. Einflüsse der intrauterinen Versorgung auf die Genexpression. In: Angeboren aber nicht vererbt. Die frühe metabolische Prägung - ihre Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und das Risiko chronischer Erkrankungen in späteren Lebensjahren. Workshop am 3. und 4. Juli 2003 in der Charité, Berlin. Klinik für Geburtsmedizin. Dokumentation unter dem Titel **TB5 Angeboren aber nicht vererbt.pdf** im Netz, ursprünglich unter der URL: <http://www.institut-danone.de/> [am 6.10.2013 dort nicht zu finden].
- Hüther, Gerald (2004).** Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulantien (Ritalin). In Bovensiepen (2004), 70-91.
- Hüther, Gerald (2007).** Kein Gen für Faulheit. In: DER SPIEGEL 32/2007, 142-143. URL <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-52485453.html> [6.10.2013].
- 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.
- ICD 10 (2011).** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V. 8. Aufl. Bern: Hans Huber.
- ICD 10 online.** www-Dokument. URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F90-.html> [30.9.2015]
- 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.
- Jensen P. et al. (2001).** Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics JDBP 22 (1).
- Jensen P. et al. (2007).** 3-Year follow-up of the NIMH MTA Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46, 989-1002.
- Käppler, Christoph (2005).** Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. Kindheit und Entwicklung 14 (1), 21-29.
- Lanwer-Koppelin, Willehad (1996).** Diagnostik und Dialog mit Herrn M. oder über den Sinn des extremen Hospitalismus. In Jantzen & Lanwer-Koppelin (Hrsg.) (1996), 33-64.
- Lehmkuhl, Gerd (2006).** Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS. Auch Angst und Aggression beachten. Neurotransmitter 17 (2), 57-59.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald (Hrsg.) (2006).** ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Schriften des Sigmund-Freud-Institutes Bd. 4. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Li, Z. et al. (2014).** Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes. A review. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24863865>
- Lorenzer, Alfred (2002).** Die Sprache, der Sinn, das Unbewusste. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Maturana, Humberto & Varela, Francisco (1987).** Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Bern, München: Scherz.
- Merleau-Ponty, Maurice (1966).** Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: De Gruyter.
- Meyer-Drawe, Käte (1988).** Unerwartete Antworten. Leibphänomenologische Anmerkungen zur Rationalität kindlicher Lebensformen. Acta Paedopsychiatrica 51 (4), 245-251.
- Minde, Klaus & Steinhausen, Hans C. (1982).** Die langfristige Entwicklung konzentrationsgestörter und hyperaktiver Kinder. In Steinhausen, Hans C. (1982). Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitzinger, Dietmar (2009).** Yoga in Prävention und Therapie. Ein Manual für Yogalehrer, Therapeuten und Trainer. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Molina S.G.B et al. (2007).** Delinquent Behavior and Emerging Substance Use in the MTA at 36 Months: Prevalence, Course and Treatment Effects. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46, 1028-1040.
- Mumbach, Bernd (2005).** ADHS verstehen und ganzheitlich heilen. Freiburg: Herder.
- Paquette, Vincent et al. (2003).** Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. Neuroimage 18 (2), 401-409.
- 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.
 Erstveröffentlichung 1993: Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaption, and „usedependent“ development of the Brain: How „States“ become „Traits“. Infant Health Journal 16 (4).
- Pozzi, Maria E. (2004).** Ritalin für wen? In Bovensiepen (2004), 165-189.
- Raschendorfer, Nicola (2003).** ADS - und wenn es das gar nicht gibt? Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- Riemann, Fritz (1961).** Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München: Ernst Reinhardt Verlag. (37. Aufl. 2006).
- Riggs, L.A., Ratliff, F, Cornsweet, J.C, & Cornsweet, T.N. (1953).** The disappearance of steadily fixated test objects. Journal of the Optical Society of America 43, 495-501.
- Rogers, Carl R. (1991).** Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. (3.Aufl.). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V.
- Roggensack, Claudia (2006).** Mythos ADHS. Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung. Heidelberg: Carl Auer.
- Scheurle, Hans-Jürgen (2009).** Hirnfunktion und Willensfreiheit. Eine minimalistische Hirntheorie. 2. aktualisierte Auflage. Schriften zur Pluralität in der Medizin. Frankfurt a.M.: Verlag für akademische Schriften.
- Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.M. & Huss, M (2007).** Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 50 (5-6), 827-835.
- Schmidt, Hans-Reinhardt (2010).** Ich lerne wie ein Zombie. Plädoyer für das Abschaffen von ADHS. Freiburg: Centaurus.
- Schmidt, Martin H. (1992).** Das MCD-Konzept ist überholt. Sonderdruck "Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen" 89. Jahrgang/Heft 6, A1: Seite 378-384 A2: Seite 378-384; B: Seite 273-276; C: Seite 239-242 / 7. Februar 1992 /Postverlagsort Köln; alle Rechte: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. www-Dokument. URL http://bidok.uibk.ac.at/library/schmidt-mcd_konzept.html [6.10.2013].
- Siefer, Werner (2009).** Das Genie in mir. Warum Talent erlernbar ist. Frankfurt a.M.: Campus.
- Simchen, Helga (2003).** Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer.
- Spitz, René A. (2000).** Angeboren oder erworben? Die Zwillinge Cathy und Rosy - eine Naturgeschichte der menschlichen Persönlichkeit und ihrer Entwicklung. Weinheim, Basel: Beltz.
- Stern, Daniel (1985).** The interpersonal world of the enfant. A View from Psychoanalysis and Debelopmental Psychology. New York: Basic Books.
- Streeck-Fischer, Annette (2007).** Editorial. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56, 275 - 276. Vandenhoeck & Ruprecht. Auch im Web. URL: <http://www.ads-kritik.de/ADS-Kritik33.htm> [6.10.2013].
- Strehl U., Leins U., Danzer N., Hinterberger T. und Schlottke, P.F. (2004).** EEG feedback for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary results from a randomized, controlled study. Kindheit und Entwicklung, 13 (3), 180-189.
- Swanson, J. M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Wigal, I., Arnold, L. E., Vitieflo, 8., Hechtman, L., Epstein, J. N., Pelham, W. E., Abikoff, H. 8., Newcorn, J. H., Molina, 8. S., Hinshaw, S. P., Wells, K. C., Hoza, B., Jensen, P. S., Gibbons, R. 13., Hur, K, Stehli, A., Davies, M., March, J. S., Conners, 0. K., Caron, M. & Volkow, N. D. (2007b):** Effects of Stimulant Medication on Growth Rates Across 3 Years in the MTA Foiio-w-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(8), 1015-1027.
- Tischler, Lydia (2001).** Was ist ADS/ADHS? Theorien über Ursachen und Behandlungsmethoden. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie 32 (4), 509-517.
- Trott, Götz-Erik (2006).** Fortschritte der Pharmakotherapie. Förderung und Perspektiven für Patienten mit ADHS. Neurotransmitter, 17 (2), 50-56.
- Wallis D, Russell HF, Muenke M. (2008).** Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Texas Institute for Genomic Medicine, National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health and Shriners Hospitals for Children-Philadelphia. Journal of Pediatric Psychology 2008 Jun 3. PMID 18522996. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18522996?ordinalpos=49&itool=EntrezSystem2_PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum [6.10.2013].
- Wang, Gene-Jack & Volkow, Nora (2006).** High Dopamine Transporter Levels Not Correlated with ADHD. Mount Sinai Press Office. Brookhaven National Laboratory News BNL, 29.11.2006. URL: <http://www.bnl.gov/newsroom/news.php?a=1565> [6.10.2013].
- Weber, Andreas (2003).** Natur als Bedeutung. Versuch einer semiotischen Theorie des Lebendigen. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Weisser, Jan (2005).** Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Eine Theorie der Behinderung. Bielefeld: Transcript.
- Wenke, Matthias (2015).** [Die systemische Interaktionstherapie \(SIT\) und die Individualpsychologie Alfred Adlers - Fremde oder alte Verwandte?](#) In: Rhein, Volker (Hrsg.). Moderne Heimerziehung heute - Band 5: Die

Systemische Interaktionstherapie - Verselbständigung / Careleaver in der Erziehungshilfe. Herne: Frischtexte Verlag.

[Wenke, Matthias \(2011\). Im Gehirn gibt es keine Gedanken.](#) Bewusstsein und Wissenschaft.

Phänomenologische Skizzen zu Biologie, Psychoanalyse, Yoga und Buddhismus. 2. Aufl. Würzburg: Königshausen & Neumann.

[Wenke, Matthias \(2010\). "ADHS: Diagnose statt Verständnis?"](#) Interview durch Peter Schipek auf der österreichischen Webseite www.lernwelt.at.

[Wenke, Matthias \(2008\). "ADHS - unaufmerksame Einheitsdiagnose für Alles?"](#) am 18. Oktober 2008 auf dem 6. ADHS-Symposium des Kinderzentrums Schwerin.

[Wenke, Matthias \(2008\). Medien und Bildungsprozesse.](#) Phänomenologische und systemtheoretische Ideen. Heilpädagogik Online 3/2008. http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2008/heilpaedagogik_online_0308.pdf

[Wenke, Matthias \(2006\). Diagnose statt Verständnis: Die "Krankheit ADHS" als kulturelles Artefakt.](#) Eine phänomenologische Annäherung. Heilpädagogik Online 3/2006. URL http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf.

[Wenke, Matthias \(2006\). ADHS: Diagnose statt Verständnis?](#) Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik. Frankfurt am Main: Brandes&Apsel.

[Wenke, Matthias \(2006\). Die Tränendrüsensekretionsdysfunktion TDSD.](#) Eine polemische Betrachtung zu "ADHS". pdf-Dokument. URL <http://www.adhs-schweiz.ch/Bilder/TDSD.pdf> oder <http://www.mwenke.de/TDSD.pdf>.

Zametkin, A.J. et al (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with attention deficit hyperactivity of childhood onset. New England Journal of Medicine 323, 1361-1366.