

Matthias Wenke

"ADHS" - Verhaltensstörungen als Sinnantworten des Individuums.

Zu zitieren als:

Wenke, Matthias (2012). "ADHS" - Verhaltensstörungen als Sinnantworten des Individuums. Vortrag im Tagesworkshop am 21. September 2012 bei der Fachpool GmbH Herne. URL http://www.praxis-individualpsychologie.de/ADHS_Herne.pdf

- Das Skript ist nur ein Teil des Workshops! -

Matthias Wenke

ADHS - unaufmerksame Einheitsdiagnose für Alles?

"ADHS": Unruhige Kinder versus beunruhigte Kinder

Ich möchte nicht die zur Genüge verbreiteten populärmedizinischen Aussagen über das Phänomen "ADHS" vervielfältigen, die immer völlig ohne empirische Grundlage die Existenz einer angeblich "vererbten Gehirnkrankheit" behaupten. Stattdessen möchte ich bewusst eine ganz andere Geschichte erzählen, die den Vorkommnissen im Zusammenhang mit unruhigen Kindern einen plausibleren Sinn gibt und auch wissenschaftlich auf dem neueren Stand ist. Hier wird klar, wie unsere Vorannahmen, Konzepte und Begriffe, die wir für wahr halten bestimmen, was wir *für wahr nehmen*:

Stellt euch sich bitte einmal vor, in eurem Leben geschähe etwas sehr Trauriges, Ihr würdet beispielsweise von eurem Partner verlassen oder ein euch nahestehender Mensch stürbe. Ihr trauert sehr intensiv und weint selbstverständlich auch ziemlich häufig. Ihr möchtet euch gerne einige Tage krank schreiben lassen, um die schlimmste Zeit des Verlustes zu überstehen und wieder zu euch zu kommen. Ein Bekannter empfiehlt euch einen Arzt, der sich "mit Sowas" auskennt. Ihr lasst euch einen Termin geben. Besagter Arzt weiß gar nichts von eurem Trauerfall und fragt euch auch nicht danach. Er sieht aber eure Tränen und äußert spontan die Vermutung, dass Ihr an der sogenannten "Tränendrüsensekretions-dysfunktion", kurz TDSD, leiden würdet. Das sei eine neurochemische Dysbalance im Gehirn mit Auswirkungen auf die kontraktile Muskulatur der *glandula lacrimalis* (der Tränendrüse). Mit Hilfe eines kurzen Fragebogens zu eurem Tränenabsonderungsverhalten könne man die Diagnose relativ sicher stellen.

Ihr seid schockiert, protestiert, erzählt von eurer Trauer und würdet am liebsten das Sprechzimmer verlassen, doch der Arzt teilt euch im sonoren Ton des Experten mit, dass es geradezu typisch für TDSD -Betroffene sei, dass diese ihre Erkrankung nicht selbst erkennen und beurteilen könnten, weil ihr Urteilsvermögen durch eben diese stark getrübt sei. Hirnphysiologische Untersuchungen hätten die biochemischen Mechanismen für die verstärkte Absonderung von elektrolythaltiger Augenrandflüssigkeit vollständig aufgeklärt, so dass ein psychogener Hintergrund für die TDSD ganz auszuschließen sei. So etwas wie "Trauer" sei ein Volksglaube und völlig unwissenschaftlich. Wahrscheinlich gebe es auch ein TDSD -Gen, doziert der Fachmann weiter, vor allem bei Frauen sei das wohl sehr häufig. Und unbehandelt

würde diese Krankheit immer gefährlicher, es drohten großes Unglück, gesellschaftliche Ächtung oder Depressionen bis hin zum Suizid. Aber, tröstet er euch sogleich, die moderne Medizin sei heute bereits so weit, dass Gene kein Schicksal mehr sein müssten und schreibt euch ein teures, unter das Betäubungsmittelgesetz fallendes Medikament auf, das ihr ab jetzt für einige Jahre dreimal täglich zu nehmen hättet, das würde die lästige und für die Gesellschaft ja auch untragbare "Tränendrüsensekretionsdysfunktion" abstellen, indem es angeblich die neuronalen Prozesse im Gehirn "korrigiere", so dass eure Augen trocken bleiben und ihr wieder "richtig" funktioniert.

Wenn ihr euch bis hierher nicht in eurer Selbstgewissheit habt irritieren lassen, dann werdet ihr wahrscheinlich aufstehen, den Kopf schütteln, die Praxis verlassen, das Rezept in die nächste Mülltonne werfen, euch von Freunden trösten und helfen lassen und einfach weiter weinen, bis eure Trauerzeit um ist - ganz ohne Arzt und Krankschreibung.

Wir erkennen an dieser fiktiven Begebenheit zwei der bereits dargestellten grundsätzlich möglichen Perspektiven, mit denen wir unsere Mitmenschen wahrnehmen können: einmal der natürliche mitfühlende und verstehende Blick der Empathie, mit dem wir uns in den Anderen hineinversetzen und sein Fühlen und Handeln als sinnhaft verstehen, an uns heran lassen und auch in uns selbst nachvollziehen können. Zum anderen ein vermeintlich neutraler, objektivierender Blick auf das Gegenüber als fremden, von uns getrennten Organismus, der unverständlich agiert. „Objektivierend“ bedeutet also, dass man aus einem nahen Subjekt ein distanzierteres Objekt macht, ein *Etwas*. Es steht hier das wirkliche Erleben erster Person bzw. der mitfühlende Blick zweiter Person der äußeren, distanzierteren Perspektive dritter Person gegenüber. Aus einem *Du* wird ein *Es*.

Hier nochmal die Übersicht .

Nun ist es allein diese Perspektive, die bestimmt, als was dasselbe Verhalten erscheint. Welchen Blick wir einnehmen hängt dabei nur von uns und unseren Motiven ab, beide Perspektiven sind möglich. Der Arzt in unserer Geschichte ist anscheinend nicht willens oder nicht in der Lage, Empathie, also Mitgefühl zu praktizieren, er distanziiert sich von dem natürlichen Verständnis seines Patienten und hält sich dessen Gefühle vom Leib, indem er alle lebendigen Äußerungen als biomechanische Vorgänge umdeutet und dadurch einfache Traurigkeit nicht mehr erkennt.

Niemand von uns würde ernsthaft glauben, dass man durch einen chemischen Eingriff in den Körper die Traurigkeit wirklich überwinden kann, denn das geht nur durch reale Trauerarbeit und Abschiednehmen, was Zeit erfordert. Niemand würde auf die Idee kommen, Traurigkeit für ein Problem der Tränendrüsen oder des Gehirns zu halten.

Wenn ihr jetzt denkt: na klar, was für ein Unsinn! - dann gibt es noch Hoffnung. Doch fragen wir uns einmal, warum dieselbe Geschichte beim irritierenden Verhalten von Kindern so viel Erfolg hat. Tauscht einfach „TDSD“ gegen „ADHS“ und ihr erkennt das Muster solch pseudopsychiatrischer „Diagnostik“. Auch "ADHS" klingt irgendwie wissenschaftlich, und es werden exakt dieselben biologischen Behauptungen über das Verhalten von Kindern mit irritierendem Verhalten in die Welt gesetzt, wie ich sie hier für die hypothetische "Tränendrüsendysfunktion" konstruiert habe, beispielsweise folgende (PPTa): **„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. Denn in den internationalen Diagnosemanualen ICD 10 oder DSM IV ist *per definitionem* nirgends die Rede von Ursachen, schon gar nicht neurobiologischen. "ADHS" ist ein Kürzel für ein bestimmtes *Verhaltensspektrum*, es *ist* dieses Verhalten, und kann darum nicht zugleich dessen *Ursache* sein. Zudem ist die Vorstellung einer "Informationsverarbeitung" im menschlichen Gehirn als vermeintlichem Computer schlicht falsch, wie die Biologen Maturana & Varela (1987, 185) schon in den 80ern festgestellt haben.

Derartige Worthülsen sind also nichts als professionalisierte Falsch- oder Nullaussagen, die wichtigtuerisch einen biologischen Denkraum aufblasen, um unabhängiges Denken einzuschüchtern.

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. 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. 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 Verhaltens 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 Unaufmerksamer 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 nach der Webseite „ADD-Online“ eines Vertreters des biologischen Konstruktes Dr. Martin Winkler <http://www.adhs.ch/adhs/diagnostik/dsm-IV.htm>]

Aus diesen Kriterien werden dann mehr oder weniger sinnvolle oder weniger normierte Fragebögen entwickelt, die zu einer Diagnose führen. Es gibt auch völlig simplifizierte, auf wenige Fragen und ja/nein-Antworten reduzierte Bögen für Lehrer, also eine Art "Laiendiagnostik". Der Fragebogen für den klinischen Einsatz hält sich dagegen relative 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

- 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 Spielen aufrechtzuerhalten. [] [] [] [] []
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen. [] [] [] [] []
- 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). [] [] [] [] []
- 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 andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. im Unterricht, Hausaufgaben). [] [] [] [] []
- Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). [] [] [] [] []
- Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. [] [] [] [] []
- Ist bei Alltagsstätigkeiten häufig vergesslich. [] [] [] [] []

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

B | Überaktivität

- Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. [] [] [] [] []
- Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. [] [] [] [] []
- Läuft häufig 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. [] [] [] [] []
- Zeigt anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist. [] [] [] [] []
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.) [] [] [] [] []

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

C | Impulsivität

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

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?

F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

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

F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Mindestens 3 Kriterien erfüllt? Mindestens 1 Kriterium erfüllt?

Keine Ausschlusskriterien erfüllt
 = keine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)
 = keine Manische Episode (F30)
 = keine Depressive Episode (F32)
 = keine Angststörung (F41)

¹⁾ aus: Dopfner, Götz-Dornen & Lehmkühll (2008): Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DSI/PS-I). Bonn: Huber. Bezug: <http://www.zentrales-netz.de>

Diagnose Checkliste für „ADHS“

[Quelle: http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material_diag_erw.php?link_id=;3;3; (1.11.2009)].

Doch schon an der Wurzel der Diagnose zeigen sich deren problematische Implikationen, die Gefährlichste ist die Verwandlung einer *Verhaltensbeschreibung* 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 *haben kann* wie einen Virus, einen Fremdkörper. Da ist plötzlich etwas *im* Kind, nicht mehr *am* Kind. Das ist aber reine Fiktion. „Fragebögen blenden den Kontext eines Verhaltens vollkommen aus und wandeln eine Weise der Lebensbewegung in eine fixierte Eigenschaft um. Sie messen "unordentliches Schulverhalten" und definieren Normabweichung als Krankheit. 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.).

Es geht um die Differenz von *Verstehen* und *Kategorisieren*. Kategorisieren ist ein *distanzierender* Akt, Verstehen ein *identifizierender*. Sobald man einen Menschen einer Kategorie zugeordnet hat, glaubt man alles zu wissen und wird blind für die reale Einzigartigkeit, die man vor der Nase hat. Das ursprünglich rein deskriptive Kürzel "ADHS" pervertiert - so missbraucht - *unerwünschtes Verhalten* zu *biologischer Abweichung*.

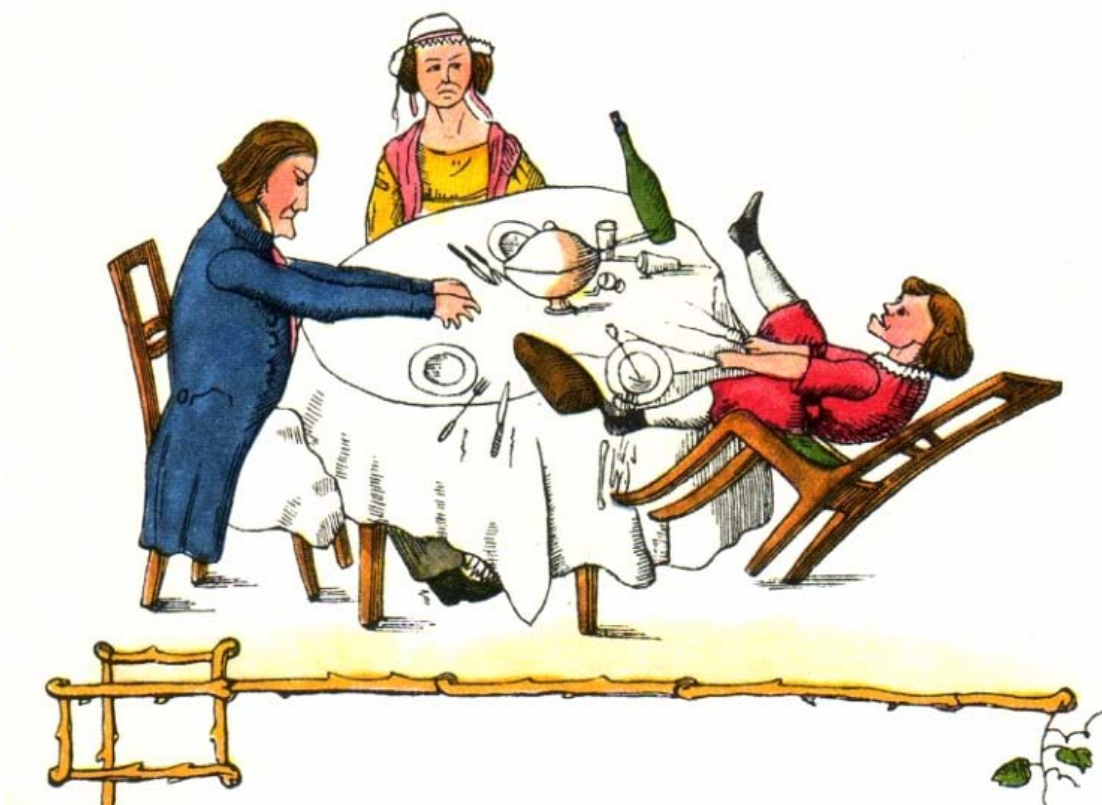
Doch *alles*, was ein Mensch tut, steht immer in einem Zusammenhang und hat irgendeinen subjektiven Sinn, auch sogenannte Symptome haben diese sinnhafte und kontextabhängige Funktion (Alfred Adler spricht z.B. vom „Organdialekt“). Und alles gegenwärtige Verhalten hat immer eine Geschichte und einen Beziehungskontext, die vergessen werden, wenn man in einer leibhaftigen Stellungnahme zum Leben eine medizinische Krankheit sehen will. Man vernichtet den Zusammenhang und damit den inneren Sinn, den seine Haltung, sein Stil, seine Bewegung für das Kind hat. Es geht darum, die einführende Perspektive einzunehmen, sich der Innenperspektive unruhiger Kinder zu öffnen: Wie muss man sich fühlen, um derartig aufgescheucht zu agieren? Aus *unruhigen* Kindern werden im Blick eines mitfühlenden Beobachters *beunruhigte* Kinder. Ich möchte an einer Figur, die wohl jeder kennt, genau dies verdeutlichen:



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

„Der Zappelphillip“ von Heinrich Hoffmann aus dem Jahre 1844. Dieser immer wieder vulgärwissenschaftlich als historisches Exemplar eines "ADHS-Kindes" missbrauchte "Zappelphillip" ist genau wie unsere trauernde Patientin gerade ein Opfer des falschen, das Mitgefühl blockierenden Blickes dritter Person. Stellen wir aber hier einmal unseren Blick wieder auf die natürlich verstehende Ebene zurück, erhält das Bild plötzlich einen viel überzeugenderen Sinn. Der Kinderarzt Eduard Seidler hat sich genauer mit dem Entstehungshintergrund der bekannten Zeichnung Hoffmans beschäftigt und 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.).

Es gibt also keine dunklen biomechanischen *Ursachen*, sondern ganz reale, situative, nachvollziehbare und sinnhafte *Motive, Gründe* oder *Ziele* im Handeln des Zappelphillips. Es ist ein familiärer Konflikt, zu dem alle dargestellten Personen beitragen. 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.



Man schneidet 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. Das neuronale Pendant dazu ist das sog. *prozedurale Gedächtnis* (z.B. von Geiso in Ermann 2006, 55f.).

Einfühlung bedeutet, sich mit all seiner erlebten Erfahrung zu fragen: Wie müsste ich mich fühlen oder was müsste ich erlebt haben, um mich so zu verhalten wie mein Mitmensch? 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? 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).

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 eliminiert 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 und scheint sich in alle Lebensbereiche hinein auszudehnen - von Depressionen bis zu Schlafstörungen, alles sind "Stoffwechselstörungen" des Gehirns, so als hätten die Menschen keine Lebensgeschichten.

Warum unterstellt man so gerne und schnell, dass Kinder "hirngestört" sind, anstatt sie in ihrem So-Sein ernst zu nehmen und mit viel Zeit und Geduld nach *ihren* Geschichten zu fragen? Meisterhaft hat dies z.B. **Ada Fuest (2008)** mit Grundschulkindern umgesetzt und dargestellt.

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. Über nichts anderes wird mehr geredet, wenn es um Schwierigkeiten von Kindern geht, alle möglichen Differenzierungen werden über den Haufen geworfen und hinter jedem Symptom, jeder Irritation vermutet man "ADHS". Es hat sich eine Art Laienkult um die vier Buchstaben gebildet. In besagten Foren kann man heillose Verallgemeinerungen und Missverständnisse beobachten. Alle Partnerprobleme, persönlichen Lebensschwierigkeiten, Erziehungsprobleme, alle Lebensäußerungen werden nur noch unter dem Blickwinkel robotergleichen biologisch gesteuerten Verhaltens gedeutet, selbst ein schlagender Ehemann ist plötzlich nur Opfer „seines ADHS“. Die vier Buchstaben bekommen die magischen Qualitäten eines Dämons, als stünde hinter ihnen irgend etwas eigenständig Existierendes. Man scheint die Verantwortung für sein Tun vollkommen aus der Hand zu geben und zu glauben: „Das ADHS macht es, nicht er selbst“. Die Abkürzung "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). Man hat den Eindruck, als wolle man gar nicht allzu genau hinsehen und als verbündeten sich hier Ärzte, Lehrer und Eltern gegen das Kind in einem pseudowissenschaftlich verbrämten Unverständnis (LB 2006, 94).

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. Dazu konstruieren sie dann Skizzen mit abenteuerlichen Kausalketten, die alle auf der substanzlosen Konstruktion "ADHS" fußen (z.B. Simchen 2003, 27). Damit stellt man die Logik völlig auf den Kopf und erklärt die Wirkung zur Ursache. Das ist nicht mal

schlechte Wissenschaft, nur peinlicher Unsinn. Selbst völlig übliche Verhaltensweisen von Kindern werden aus dieser Perspektive als "krank" wahrgenommen. Ein tragikomisches Beispiel dafür bietet folgendes Foto mit dem Untertitel "*Ein Jugendlicher mit ADS hat aufgeräumt*":



Gewagte Symptomdokumentation

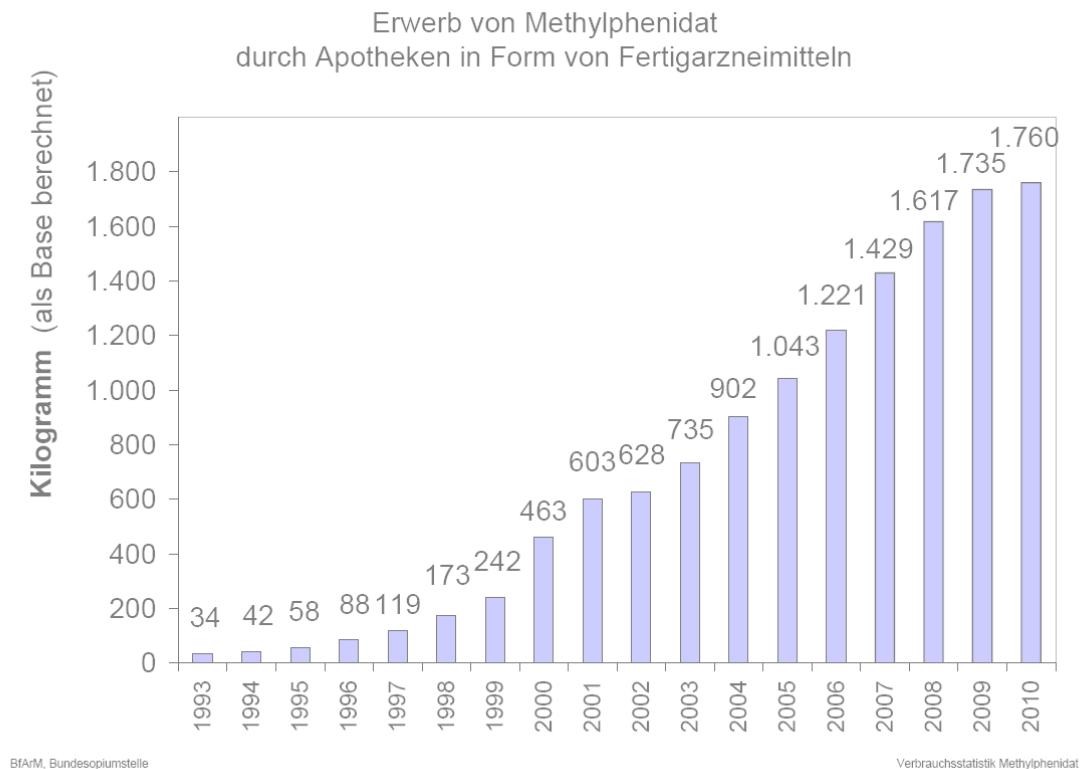
[Quelle: Simchen 2003, 20]

Es stammt aus einem sog. "ADHS"-Ratgeber und soll wohl als Symptomdokument verstanden werden. Ich persönlich würde eher besorgt werden, wenn mein Kind seine sieben Sachen akkurat falten und systematisiert ordnen würde.

Diese schon irrwitzige Beliebigkeit 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 kopschüttelnd "Verhältnisse wie in einem Tollhaus": eine schier inflationäre Verbreitung der Diagnose und die Absurdität, dass sämtliche Anfragen nach Therapieplätzen nur noch mit dem Verweis auf angebliches ADHS verbunden sind, ja dass bereits Lehrer von Eltern eine Medikation "anstrengender" Kinder einfordern und viele Eltern und Betroffene eine "ADHS"-Diagnose von den Ärzten. Auch bei den meisten Webseiten bekommt man den unzweifelhaften Eindruck, dass die Störung und deren Medikation geradezu beworben werden sollen. Eltern reißen sich geradezu 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 in den internationalen Diagnosemanualen ICD 10 und DSM IV schlicht falsch ist (Website der Lilly GmbH <http://www.info-adhs.de>). Hier könnte man von bewusster Irreführung 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]

Seit 1993 ist der Methylphenidatverbrauch also um unfassbare 5100 Prozent (!) gestiegen. Schon 2002 fand das Bundesgesundheitsministerium eine weit geringere Steigerung besorgniserregend (BMG 2002). Wir sehen einen klaren Trend zur "psychopharmakologischen Verhaltensmodifikation" (Amft in LB 2006, 78). Weltweit werden viele Millionen auffällige Kinder mit Psychopharmaka behandelt, in Deutschland allein 400.000. Sind die plötzlich alle vom Himmel gefallen?

Die Diagnosemöglichkeiten sind natürlich stark vom Instrument abhängig, und wie zu erwarten ist das WHO-Instrument ICD 10 trennschärfer und misst in Deutschland etwa 1-2%, während das amerikanische DSM IV viel ungenauer auf 2-7% kommt (BÄK 2005). 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 (erscheint März 2013) wird diesen Trend mit noch niedrigeren Grenzwerten, weniger Kriterien und einer Öffnung der Altersgrenzen und fortsetzen: "There is no clear boundary to determine when these can be considered as no more

than normal variation and when they are best labeled and treated as mental disorder. There are also many, many causes for distractability other than ADD. These include mood and anxiety problems, substance use, insomnia, stress, overextended scheduling, and many, many more (Allen 2010)".

Es gibt gute Gründe, anzunehmen, dass von hunderten mit "ADHS" etikettierten Kindern vielleicht nur ein einziges ein Medikament benötigt, weil es 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 simpel: es gibt nicht ein einziges spezifisches neuropsychologisches Merkmal, und der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten, Funktionsstörungen und Hirnschädigungen ist 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).

Zudem belegen die fast immer vorhandenen zahlreichen Komorbiditäten von "ADHS" und anderen bereits bekannten Diagnosen die Unsinnigkeit der zusätzlichen Kategorie: soziale Unreife, Angststörungen, Depressionen, niedriges Selbstwertgefühl, Diskrepanz von kognitivem und Verhaltensalter, Teilleistungsschwächen, Dyskalkulie, Bettnässen, Schlafbeschwerden, "oppositionelles Trotzverhalten", Störungen des Sozialverhaltens u.a. (Holowenko 1999, 23; 37; Jantzen 2001, 223; Lehmkuhl 2006, 57).

"ADHS" ist so unscharf, dass es heute nicht nur hyperaktive Jungen, sondern gleich das genaue Gegenteil, nämlich träumerische Mädchen und dann angeblich noch Erwachsene mit einem noch breiteren Sammelsurium von Erscheinungen erfassen soll (LB et al. 2006, 53, 60f.; 71). Wem könnte aber eine Diagnose nützen, die Unterschiede verwischt und beinahe alles erfasst? Die Grafik spricht für sich.

Körper, Leib und Psyche

Kehren wir zurück zu den alternativen Perspektiven, dem erlebenden, dem einfühlenden und dem äußeren Blick 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. Der „ADHS-Papst“ Russel A. Barkley (2005, 111; 125; 133ff.; 139; 141f.), dessen biologische Hypothesen sich vor allem auf festen Glauben und uneindeutige Einzeluntersuchungen stützen, lässt in seiner Version von "Umwelt" überhaupt keine Menschen, Beziehungen oder andere psychosoziale Faktoren vorkommen! Er missversteht "Umwelt" einfach als den Einfluss von Giftstoffen. Zu dieser Blindheit gesellt sich die immunisierende Überzeugung, selbst unangemessenes Erziehungsverhalten der Eltern sei wohl wieder eine vererbte "ADHS", aber keinesfalls verantwortlich für das "ADHS" der Kinder. Er ignoriert unverbesserlich die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Säuglings-, Bindungs-, Gen- und Hirnforschung der letzten Jahrzehnte, die belegen, dass die Nervensysteme aller Menschen das Ergebnis von Erfahrungen in ihrer mitmenschlichen *Beziehungsumwelt* sind.

Auch kann man psychosoziale Phänomene nicht auf biologische reduzieren oder gar aus ihnen ableiten. Derartigen Pseudoerklärungen liegt noch immer ein lange überholtes, auf René Descartes zurückgehendes, mechanisches Reiz-Reaktions-Modell des 17. Jahrhunderts zu Grunde, die das Verhalten des Menschen als bioorganische Reaktion auf einen sensorischen Reizinput und das Gehirn als „Informationsrepräsentationsmaschine“ missversteht.

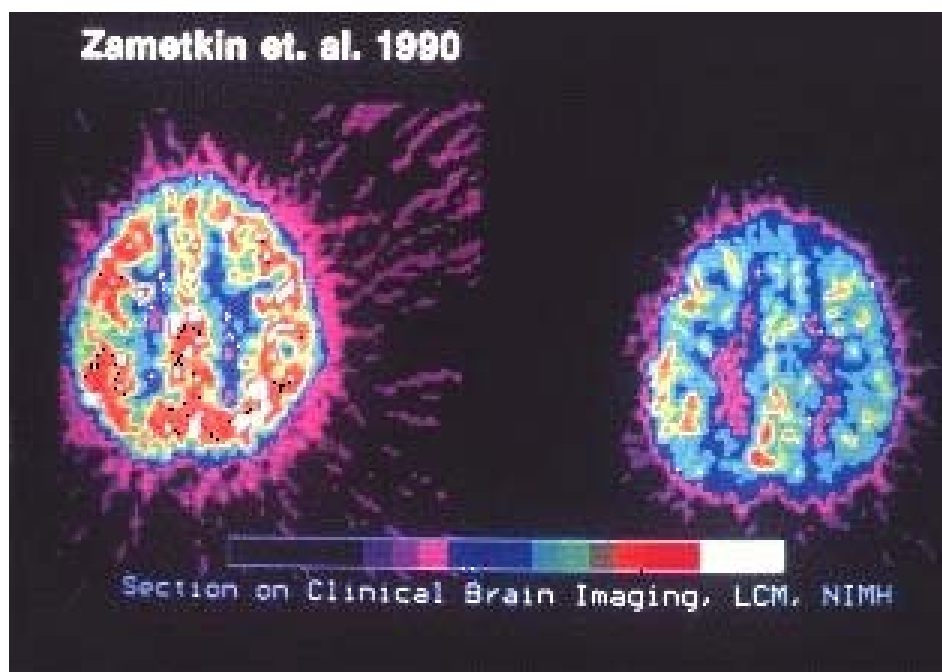
Die aufgeklärten modernen Humanwissenschaften haben sich schon Anfang des 20. Jahrhunderts längst von solchem mechanistischem Denken verabschiedet und erkannt, dass jeder Mensch der aktive Gestalter seines von ihm *erlebten* Lebensfeldes und der auf seine spezielle Weise *gedeuteten* Welt ist. Neben der Phänomenologie unterstützen dies auch Biologie, Systemtheorie und Hirnforschung (Maturana&Varela 1987, Weber 2007, Fuchs 2008). Er handelt immer als leibhaftiges Ganzes gemäß seinem Sinn, seinen Erfahrungen, Wünschen und Zielen. Der Mensch ist also immer ein *Interpret* der Welt, schon als Säugling. Wir antworten sinnhaft auf eine Gesamtsituation in unserem subjektiven Lebensfeld. Wir sind keine Biomachines, die auf irgendwelche „Reize“ reagieren. Selbst auf Medikamente reagieren wir als ganzes Subjekt, das den fremden Stoff deutend integriert (Fuchs 2008, 112). Streng genommen gilt im leibseelischen Bereich keine Kausalität, sondern **Finalität**: Der Ausrichtung auf ein Ziel folgt der ganze Organismus. Das heißt: **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. Wir können deshalb auch nicht irgendwelche neuronalen Gegebenheiten einfach in subjektive Erfahrungen übersetzen.

Die beiden Ebenen 1. und 3. Person korrelieren natürlich in gewisser Weise miteinander. *Alle* Lernprozesse, ob die für normales oder die für auffälliges Verhalten zeigen sich z.B. in Veränderungen des Gehirns – ein belegtes Beispiel sind etwa Taxifahrer, die ständig hohe Orientierungsleistungen vollbringen müssen (Fuchs 2008, 155). Bekannt ist dies Phänomen auch als „Neuroplastizität“. Somit sind das Nervensystem und das Gehirn wie auch der ganze übrige Körper die geronnene Erfahrungsgeschichte des Individuums, welche ihrerseits seine zukünftigen Lebenshorizonte mitbestimmt. Der Blick erster und dritter Person ergänzen sich also im besten Fall, sind aber nicht gegeneinander austauschbar. Eine Person ist kein Gehirn auf zwei Beinen. Das Bewusstsein hat keinen Ort.

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)]

Die Abbildung veranschaulicht Unterschiede im durchschnittlichen Glucoseverbrauch 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 gibt aber andere Untersuchungen, die zumindest gelegentlich auf leicht veränderte Hirnfunktionen hindeuten (z.B. Wang & Volkow 2006). Allerdings weiß man nicht genau, ob die Hirnveränderungen nicht auch Resultat der oft jahrelangen Medikation sein könnten. 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. Irgendwelche Veränderungen im Nervensystem sind weder Belege für eine "genetische" Herkunft oder die Ursache eines bestimmten Verhaltens noch sagen sie irgendetwas über dessen Bewertung als normal oder abweichend. **Es ist also eine Tautologie (grch. "Dasselbe sagen"), wenn man feststellt, dass jemand, der sich in einer bestimmten Weise verhält seinen Körper anders benutzt als jemand, der sich anders verhält indem er seinen Körper anders benutzt.** Eine solche Korrelationsfeststellung von Verhalten und Körpervorgängen gleicht der Feststellung, dass starke Männer meist große Muskeln haben. Ist das aber ein Beweis für deren „genetisch-biologische“ Verursachung? Gehirne sind - stark vereinfacht - wie Muskeln: Sie werden in Beziehungen mit der Welt und den Anderen gebildet. Bestimmte Gehirnstrukturen werden ganz ähnlich „antrainiert“ - ein Individuum verleibt sich seine Erfahrungsgeschichte buchstäblich ein (vgl. Lanwer-Koppelin 1996). Merleau-Ponty formulierte ja unübertroffen: **„Der Leib ist die geronnene Gestalt der Existenz“** .

Beispielsweise finden sich bei allen Menschen im Stirnlappen des Gehirns viele hemmende Neurone, deren Aktivitäten bei Entspannung stark zunehmen (Scheurle 2009, 95f.). Loslassen ist also etwas, was aktiv getan werden muss, und man muss es irgendwann einmal gelernt haben, damit sich die entsprechenden neuronalen Strukturen bilden und verfestigen.

Nicht Gene bestimmen also Verhalten, sondern Lebenserfahrungen, Beziehungen, Absichten und der Kontext. Auch die familiäre Häufung ist kein Beleg für eine genetische Determination von "ADHS", sondern im Gegenteil eine Bestätigung der Macht unbewusster kommunikativer und affektiver Traditionen, die sich generationenübergreifend durch Identifikation und Internalisierung übertragen, und zwar sogar bei Adoptivkindern (Roggensack 2006, 177). Eine interessante

Bestätigung der Annahme interaktiver Tradierung von Verhaltensmustern brachten sogenannte Cross-Fostering-Experimente, bei denen man Tierembryonen in fremde Muttertiere einpflanzte. Die Nachkommen übernahmen die Eigenschaften der "Erziehungsmutter" und nicht der genetischen (Hüther 2003). Alfred Adler spricht übrigens in diesem Zusammenhang von „**Begabungswahn**“ .

Dieser hält sich hartnäckig trotz gegenteiliger Forschungsergebnisse bis heute. Joseph resümiert: „Wir können nicht erwarten, dass die führenden Verhaltensgenetiker eingestehen, dass die Grundannahmen ihres Forschungsgebiets falsch sind, dass ihre hochgelobten Forschungsmethoden massiv fehlerhaft und durch Umwelteinflüsse konfundiert sind, und dass familiäre, soziale, kulturelle, ökonomische und politische Einflüsse es sind, - und nicht genetische-, die psychiatrische Störungen und die Variation menschlichen Verhaltens hauptsächlich begründen“ (Joseph 2011, zitiert nach ads-kritik.de).

Das Subjekt steht auf der Spitze einer Pyramide von Vergangenheit, wie Marcel Proust sagte, es *ist* seine Erfahrungsgeschichte. Man kann also „biologische“ Strukturen nicht als *primäre Ursache*, sondern auch als *sekundäres Ergebnis* von Handlungsmustern des Lebensfeldes erkennen. Sogar das, was man bei der Geburt mitbringt ist bereits das seit der Befruchtung einverlebte 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 werden 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 viele Phänomene des "ADHS"-Komplexes abgedeckt.

Wir haben es bei der "ADHS"-Gehirnhypothese mit einem "lokalisatorischen Fehlschluss" (Fuchs 2008) zu tun. Das ist etwa so, als würde man die zerstörte Leber eines Patienten für die Ursache seines Alkoholismus halten. Das ist schlicht Nonsense, ein Kategorienfehler und die Vertauschung von Ursache und Wirkung. Man darf prinzipiell niemals die Ebenen von Erleben, Verhalten und neurobiologischen Strukturen miteinander vertauschen. Die Tränen des Trauernden werden nicht verständlicher, wenn man ihre biochemische Zusammensetzung kennt. Außerdem gilt: "Auch der einfachste Empfindungszustand ist (...) weit davon entfernt, einem bestimmten Gehirnareal zuschreibbar zu sein" (Fuchs 2008, 137). Erleben hat keinen Ort im Gehirn, es findet statt im Bewusstsein.

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."**

Gründe statt Ursachen

Welche Prozesse können dem auffälligen Verhalten, das als "ADHS" abgekürzt wird, nun eigentlich zugrunde liegen wenn man sich *verstehend* der subjektiven Perspektive erster Person öffnet? In der Fachliteratur findet man reichlich Material, ich habe einmal exemplarische Möglichkeiten zusammengestellt, die ich unkommentiert verlesen möchte. "ADHS"-Symptome könnten demnach ganz Verschiedenes sein :

- ein kindlicher Bewältigungsversuch von Traumatisierungen (3 Reaktionsweisen)
- der Ausdruck besonderer Vitalität und Kreativität
- ein Indikator für Frühverwahrlosung
- latente Trauer und Depression
- unverständene 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]

Der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalytiker Frank Dammasch (o.A.) kommt nach jahrelangen Therapie- und Untersuchungserfahrungen zu einem eindeutigen Schluss, der keinen Spielraum mehr lässt für eine Biologisierung: **„Die Hyperaktivität eines Kindes basiert immer auf einer frühen und oft persistierenden Beziehungsstörung mit den primären Bezugspersonen, die sich als Verhaltensstörung zeigt“.**

Es geht hierbei niemals um "Schuld" oder dergleichen. Selbst bei besten Absichten aller Beteiligten können Dinge einfach schief laufen im Leben. Fragen wir also nach *subjektiven Gründen* statt nach vermeintlich *objektiven Ursachen* für das irritierende Verhalten an Kindern und lassen uns auf die Ungewissheit ein, bevor wir sie mit der unklaren Diagnose "ADHS" abspeisen und sie damit nicht zuletzt auch *stigmatisieren*. Sobald die Diagnose ausgesprochen und (womöglich dankbar) angenommen wird, wird sie zu einem dokumentierten Teil des Selbst. 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)**. Wir geben Kindern die zentrale Botschaft: "Du bist für dich und deine soziale Umgebung nur zu ertragen, wenn du Medikamente nimmst" (LB 2006, 40). 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)**.

Literatur

- Adler, Alfred (1912 a).** Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. 4. Aufl. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1928 k.
- Adler, Alfred (1927 a).** Menschenkenntnis. Frankfurt am Main: Fischer, 1966 d.
- Adler, Alfred (1933 b).** Der Sinn des Lebens. Frankfurt am Main: Fischer, 1973 a.
- Adler, Alfred (1930 q).** Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Frankfurt am Main: Fischer, 1974 a.
- Adler, Alfred (1931 b).** Wozu leben wir? Frankfurt am Main: Fischer, 1979 b.
- Adler, Alfred (1928 a).** Die Technik der Individualpsychologie 1. Die Kunst, eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen. Frankfurt am Main: Fischer, 1974 b.
- Adler, Alfred (1929 c).** Neurosen. Fallgeschichten zur Diagnose und Behandlung. Frankfurt am Main: Fischer, 1981 a.
- Adler, Alfred (1937 i).** Lebensprobleme. Vorträge und Aufsätze. Frankfurt am Main: Fischer, 1994 a.
- ADHS-Schweiz.** <http://www.psychologische-adhs-therapie.ch>. Unabhängige, umfangreiche und sehr informative Webseite zu "ADHS" aus der Schweiz.
- ads-kritik.de** Unabhängige Webseite und Forum zu "ADHS". Verantwortlich: Dipl. Psych. Hans-Reinhard Schmidt. <http://www.ads-kritik.de>
- Ainsworth, Mary et al. (1978).** Patterns of attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, New York: Erlbaum. In: Dornes (1997).
- Allen, Frances J. (2010).** DSM 5 will expand the 'Epidemic' of ADD. (11.3.2010). Psychology Today. URL <http://www.psychologytoday.com/node/39424>. (Download 15.8.2012)
- Allione, Tsültrim (2009).** Den Dämonen Nahrung geben. Buddhistische Techniken zur Konfliktlösung. München: Goldmann Arkana.
- Barkley, Russel A. (2005).** Das große ADHS-Handbuch für Eltern (2. Aufl.). Bern: Huber.
- 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/forum/for199/stnrital.htm> (7/2005).
- Bion, W.R. (1962).** Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. In BOV (2004, 19).
- Boadella, David (2009):** Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. Darmstadt: Schirmer.
- Bobb, AF (2004):** Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15700344>
- Bovensiepen, Gustav, Hopf, Hans & Molitor, Günther (Hrsg.) (2004).** Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse 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.
- Brunner, Reinhard; Kausen, Rudolf; Titze, Michael (Hrsg.) (1995).** Wörterbuch der Individualpsychologie. Zweite Auflage. DGIP. München: Ernst Reinhard.
- Bundesministerium der Gesundheit (2002).** Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). www-Dokument. URL http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604824/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/pdf-eckpunkte-finel-version,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/pdf-eckpunkte-finel-version.pdf (11.6.2008).
- Bundesministerium der Gesundheit (2003).** Untersuchung der Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Forschungsbericht. URL http://www.bmg.bund.de/nn_604824/DE/Themenschwerpunkte/Ressortforschung/Kurzberichte-2003/Forschungsbericht-21-11-2003-4387,param=.html (10.11.2006).
- Bundesärztekammer (2005).** Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)'. Langfassung. pdf-Dokument. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSFAQ.pdf> (10.6.2008).

- Dammasch, Frank (o.A.).** "Immer vorwärts und nie zurück". ADHS: Krankheit oder Beziehungsstörung? Psychoanalyse Aktuell. www-Dokument. URL <http://www.psychanalyse-aktuell.de/kinder/adhs.html> (30.7.2006). Auch auf <http://www.adhs-schweiz.ch> (18.5.2009).
- 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, Gewalttäter zu werden“, 15. Pfingstsymposium des ZUK Benediktbeuern und der Umweltstiftung am 25.5.2007: 170 Akteure diskutieren. www-Dokument. URL: <http://www.dbu.de/799.html> (23.8.2007).
- 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.
- Ekman, Paul (1988).** Gesichtsausdruck und Gefühl. Paderborn: Jungfermann.
- Eliade, Mircea (2004).** Yoga. Unsterblichkeit und Freiheit. Frankfurt am Main, Leipzig: Insel.
- Ellis, Albert (1957).** Rational Psychotherapy and Individual Psychology. Journal of Individual Psychology, 13, 38-44.
- Erman, Michael (Hrsg.) (2006).** Was Freud noch nicht wusste. Neues über die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Feltes, Thomas & Lang, Monika (2004).** Forensische Aspekte von ADHS im Jugendstrafverfahren. In Fitzner & Stark (2004), 365-381.
- Fuchs, Thomas (2008).** Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuest, Ada (2008).** Und in der Mitte das Kind: Praxiswege einer kindorientierten Grundschularbeit. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Gendlin, Eugen T. (1981).** Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. 8. Auflage 1998 in Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gerber, Gisela; Sedlak, Franz (Hg.) (1994).** Katathymes Bilderleben innovativ. Motive und Methoden. München: Ernst Reinhardt.
- Gilligan, Stephen G. (1999).** Liebe dich selbst wie deinen Nächsten. Die Psychotherapie der Selbstbeziehungen. Heidelberg: Carl Auer.
- 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> (9.6.2008).
- 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.
- 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.
- Heisterkamp, Günter (1993).** Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 1999 (Leben lernen, 89).
- 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.de/experten/downloads/Basispublikation/Hoelling_Verhaltensauffaelligkeiten.pdf
- 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 Aufmerksamkeit-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; Bonney, Helmut (2002).** Neues vom Zappelphilipp. ADS/ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln. Freiburg: Walter.
- Hüther, Gerald (2007).** Kein Gen für Faulheit. In: DER SPIEGEL 32/2007, S. 142-143.
- Hüther, Gerald (2011).** Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Husserl, Edmund (1913).** Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch. In: Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung Band I, 1-360. Halle a. d. Saale.
- 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.
- 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-Yearfollow-up of the NIMH MTA Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46, 989-1002.
- Joseph, J. (2011):** The crumbling pillars of behavioural genetics.
<http://www.criticalpsychiatry.net/?p=624>
- Käppler, Christoph (2005).** Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. Kindheit und Entwicklung 14 (1), 21-29.
- Kandel, Eric (1999).** Biology and the future of psychoanalysis. American Journal of Psychiatry, 156, 505-524. Zitiert nach Shmuel in Ermann 2006, 123.
- Konferenz ADHS. Kritischer Zusammenschluss von Fachleuten zum Thema ADHS. URL**
<http://www.adhs-konferenz.de>
- 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.
- Levine, Peter A (1998).** Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Essen: Synthesis-Verl.
- Lewis, Robert A. (1986).** Der cephalische Schock – die psychosomatische Grundlage vorzeitiger Ich-Entwicklung. In: Sebastian, U. (Hrsg.). Selbstfindung und bioenergetische Analyse. Vlotho: Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse, 61-86.
- 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.
- Migge, Björn (2007).** Handbuch Coaching und Beratung. (2. Aufl.). Basel: Beltz.
- 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.
- Patanjali (2003).** Die Wurzeln des Yoga. Die klassischen Lehrsprüche des Patanjali - die Grundlage aller Yoga-Systeme (10.Aufl.). München: O.W. Barth.
- Patel, Mansukh; Goswami, Rita (1999).** Der Tanz zwischen Freude und Schmerz. Dein täglicher Begleiter für den Umgang mit dir selbst. Oberstaufen: Genius Verlag Aach.
- 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).
- Plessner, Helmuth (1975).** Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie (3.Aufl.). Berlin, New York: De Gruyter. Sammlung Göschen Band 2200.
- 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.
- Rattner, Josef (1994).** Alfred Adler. rororo Bildmonographien. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rattner, Josef & Danzer, Gerhard (2007).** Individualpsychologie heute. 100 Jahre Lehre Alfred Adlers. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Reddemann, Luise (2007).** Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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.
- Sacks, Oliver (1987).** Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- 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, 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 (21.6.2008).
- Schmidt, Hans-Reinhardt (2010).** Ich lerne wie ein Zombie. Plädoyer für das Abschaffen von ADHS. Freiburg: Centaurus.
- Shiau, Yuh An (2004).** Wachen und Schlaf in der Phänomenologie Husserls. Dissertation. Wuppertal: Bergische Universität, Fachbereich A (Geistes- und Kulturwissenschaften).
- Simchen, Helga (2003).** Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer.
- Spitzer, Manfred (2006).** Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. München: dtv.
- Spitzer, Manfred (2012).** Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer.
- Stern, Daniel (1985).** The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York: Basic Books.
- 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. et al. (2007).** Effects of Stimulant Medication on Growth Rates Across 3 Years in the MTA Follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 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.
- Trungpa, Chögyam (2007):** Achtsamkeit, Meditation & Psychotherapie. Einführung in die buddhistische Psychologie. 2. Aufl. Freiamt im Schwarzwald: Arbor.
- 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 (21.6.2008).
- 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/bnlweb/pubaf/pr/PR_display.asp?prID=06-124 (23.6.2008).
- Weber, Andreas (2007).** Alles fühlt. Mensch, Natur und die Revolution der Lebenswissenschaften. Berlin Verlag.
- Wenke, Matthias (2006).** Diagnose statt Verständnis: Die "Krankheit ADHS" als kulturelles Artefakt. Eine phänomenologische Annäherung. Heilpädagogik Online 3/2006. URL <http://www.heilpaedagogik-online.com/track.php?id=ho0306>.
- [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>.
- [Wenke, Matthias \(2008\). Medien und Bildungsprozesse.](#) Phänomenologische und systemtheoretische Ideen. Heilpädagogik Online 3/2008. URL <http://www.heilpaedagogik-online.com> oder direkt <http://vg04.met.vgwort.de/na/c0b7986295f7eaf0d3edf7db453256?l=http://heilpaedagogik-online.com/track.php?id=ho0308>
- [Wenke, Matthias \(2010\). Im Gehirn gibt es keine Gedanken.](#) Bewusstsein und Wissenschaft. Phänomenologische Skizzen zu Biologie, Psychoanalyse, Yoga und Buddhismus. 2. Auflage. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- 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.