

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Diplomstudiengang Sonderpädagogik

DIPLOMARBEIT

Titel: „Schatzsuche statt Fehlerfahndung“

Welche Konsequenzen hat der Perspektivwechsel von der pathogenetischen Sichtweise hin zu einer salutogenetischen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ für die Pädagogik?

vorgelegt von: Wibke Strauß

Betreuender Gutachter: Axel Jan Wieland

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Klaus Klattenhoff

Oldenburg, den 23.07.2004

Inhalt

1	Einleitung	4
1.1	Intention und Fragestellung.....	4
1.2	Aufbau und Vorgehensweise	7
2	Bedenkliche Entwicklungen	10
2.1	Begriffsentwicklung - Im Dschungel der Begriffe.....	10
2.2	Epidemie oder Modediagnose - Zahlen und Fakten.....	14
2.3	Dieses „Etwas“ namens „AD(H)S“	16
2.4	Angebliche Begleiterscheinungen.....	20
2.5	Die Problematik mit der Diagnose	21
3	Bisherige Erklärungsversuche	29
4	Die medikamentöse Behandlung von auffälligen Verhaltensweisen ..	39
4.1	Geschichtliches.....	40
4.2	Zur Verschreibungspraxis	42
4.3	Wirkweise.....	43
4.4	Missbrauch	47
5	Exkurs: „Die Krankheitserfinder“	53
5.1	Die Rolle der Pharmaindustrie	55
5.2	Die Rolle der Medien	56
5.3	Wie eine Krankheit geboren wird	57
5.4	Die Folgen der Medizinisierung auffallenden Verhaltens	58
6	Erkenntnisse aus der Hirnforschung	63
6.1	Zur Plastizität des Gehirns	63
6.2	Zu den gefundenen Veränderungen im Gehirn	66
6.3	Zu den Gründen für diese Veränderungen im Gehirn.....	67
6.4	Dopaminmangel?	68
6.5	Psychosoziale Erfahrungen beeinflussen den Transmitterstoffwechsel....	71
6.6	Das Kind als Akteur seiner eigenen Entwicklung.....	73
7	Die andere Sichtweise	78
8	Entwicklungshypothese Reizabhängigkeit	82
8.1	Die „Schnellfeuer-Kultur“ und ihre Wahrnehmung.....	82
8.2	Bewusstsein unter Strom	85
8.3	Reizanpassung und Sucht nach Sinnesreizen.....	89

8.4	„Kultur der Vernachlässigung“	92
8.5	„Idealtypus der Reizabhängigkeit“	94
8.6	Die vermeintliche Ritalin Lösung	96
9	Das Konzept der Salutogenese	102
9.1	Entstehungshintergrund.....	102
9.2	Gesundheit - Was ist das?	105
9.3	Das Gesundheits - Krankheits - Kontinuum	108
9.4	Generalisierte Widerstandsressourcen	109
9.5	Heterostase - die physiologische Herausforderung der körperlichen Gesundheit.....	110
9.6	Das Kohärenzgefühl.....	112
10	„Schatzsuche statt Fehlerfahndung“	121
10.1	Lieben heißt einverstanden sein	123
10.2	Gesundheitsquellen erschließen	125
10.2.1	Die Bedeutung des kindlichen Spiels am Beispiel von „flow“ ...	126
10.2.2	Menschliche Beziehung und Dialog als Kraftquelle.....	134
10.2.3	„Entschleunigung“	141
11	Fazit	154
	Literaturverzeichnis.....	161
	Anhang	

Die Geschichte vom Zappelphilipp

„Ob der Philipp heute still
wohl bei Tische sitzen will?“
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn,
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.
„Philipp, das missfällt mir sehr!“



Seht ihr lieben Kinder, seht,
Wie's dem Philipp weiter geht!
Oben steht es auf dem Bild.
Seht! Er schaukelt gar zu wild,
Bis der Stuhl nach hinten fällt;
Da ist nichts mehr, was ihn hält;
Nach dem Tischtuch greift er, schreit.
Doch, was hilfts? Zu gleicher Zeit
Fallen Teller, Flasch' und Brot.
Vater ist in großer Not,
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.

Nun ist der Philipp ganz versteckt,
Und der Tisch ist abgedeckt,
Was der Vater essen wollt'
Unten auf der Erde rollt;
Suppe, Brot und alle Bissen,
Alles ist herabgerissen;
Suppenschüssel ist entzwei,
Und die Eltern stehn dabei.
Beide sind gar zornig sehr,
Haben nichts zu essen mehr.



Heinrich Hoffmann

1 Einleitung

1.1 Intention und Fragestellung

Wenn im Frühjahr die Störche aus dem Süden zurückkommen, steigt bei uns die Geburtenrate. Denkt man nicht weiter darüber nach, könnte man daraus den Schluss ziehen, der Storch bringe die Kinder. Das Märchen ist tatsächlich auf diesem Wege entstanden. Hier liegt jedoch ein Denkfehler vor: Aus zwei gleichzeitig stattfindenden Ereignissen schließt man, das eine würde durch das andere verursacht. Man glaubt, es läge ein kausaler Zusammenhang vor.

Für viele Vorgänge in unserem Alltag trifft dies auch zu. Beispielsweise wird das Wasser in einem Topf durch die Hitze des eingeschalteten Herdes zum Kochen gebracht. Im ersten Beispiel werden sowohl die Rückkehr der Störche als auch der Anstieg der Geburtenrate durch ein drittes Ereignis ausgelöst (z.B. das Klima). Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen existiert nicht.¹

„Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her“². So beschrieb der Nervenarzt Heinrich HOFFMANN im Jahr 1844 in seiner Geschichte vom „Zappelphilipp“ ein Phänomen, das heute unter dem medizinischen Namen „Aufmerksamkeits-Defizit(-Hyperaktivitäts)-Syndrom“ - kurz „AD(H)S“ - bekannt ist. Mitte der 80er Jahre einigten sich Nervenärzte in den USA darauf, dieses Spektrum kindlicher Verhaltensweisen - Impulsivität, motorische Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit - als *„[...] eine spezifische, mit Hilfe standardisierter diagnostischer Verfahren von ‚normalen‘ Verhaltensweisen abgrenzbare Krankheit zu bezeichnen“³.* In den letzten 30 Jahren scheint sich das Phänomen epidemieartig auszubreiten, es soll sogar die am meisten diagnostizierte „Störung“ im Kindes- und Jugendalter sein. Voller Hingabe suchen neben Ärzten nun auch Lehrer und Eltern nach bisher unentdeckten Fällen.

¹ Vgl. SCHMIDT 2001

² Zitiert nach HOFFMANN, In: ECKSTAEDT 1998, S. 114

³ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 12

Bei einigen Kindern scheint das Verhalten solche Ausmaße anzunehmen, dass sich die Erwachsenen pädagogisch überfordert fühlen und sich an entsprechende Erziehungsberatungsstellen, Therapieinstitute und Selbsthilfegruppen wenden, die wie Pilze aus dem Boden schießen. So lassen wir besagte Kinder in der Ergotherapie mit Bällen und Bändern für ein besseres Körpergefühl turnen und die motorische Unruhe bekämpfen. Malen nach Zahlen im Aufmerksamkeitstraining soll ihre Konzentration stärken. Im „Selbstinstruktionstraining“ oder „Selbstmanagement“ sollen die Kinder über Poster und Kärtchen mit Comicfiguren, die Stoppschilder hoch halten, ans Innehalten ermahnt werden (z.B. „Zähl bis zehn, bevor du aufspringst!“).⁴

Die Fahndung nach dem zentralen „Fehler“ auf der physiologischen Ebene zieht sich seit nunmehr ca. 60 Jahren hin. Die Ausbeute ist quantitativ eindrucksvoll, qualitativ dafür umso dürftiger. Neben den Merkmalen auf der Verhaltensebene fanden Wissenschaftler mit Hilfe bildgebender Verfahren Besonderheiten auf der Ebene des Neurotransmittersystems. Da diese zwei Ereignisse gleichzeitig zu beobachten waren, stellte man einen kausalen Zusammenhang her: Das Phänomen „AD(H)S“ soll neurologische, d.h. primär organische Ursachen haben, die wiederum in einer bis heute noch nicht bekannten genetischen Veranlagung begründet sind. Dieser Argumentationsring hat sich bisher als außerordentlich stabil erwiesen und beeinflusst die Geschehnisse in klinischer Praxis, in Forschungseinrichtungen, in Pharmaindustrie, in Hochschulen, auf Symposien und nicht zuletzt in den Medien.

Aber ist es wirklich so einfach? Handelt es sich bei dem Phänomen „AD(H)S“ in der Tat um eine neurologisch bedingte Krankheit?

Wenn genetisch veranlagt, warum wird das Ausmaß der „Störung“ erst heute deutlich? Weshalb sind soviel mehr Jungen als Mädchen betroffen? Und wie lässt es sich erklären, dass das Phänomen in einigen Nationen weitaus häufiger aufzutreten scheint als in anderen?

An dieser Stelle möchte ich auf das Beispiel mit den Störchen zurückkommen. Könnte es sein, dass es sich bei „AD(H)S“ ähnlich verhält? Begehen wir den gleichen Denkfehler? Könnte es sein, dass zwischen den beiden Ereignissen -

⁴ Vgl. BLECH/THIMM 2002

Gehirnstoffwechsel und Verhalten - gar kein kausaler Zusammenhang besteht, sondern auch hier ein dritter Parameter beide Ereignisse beeinflusst?

Wenn dem so wäre, um was könnte es sich bei dieser dritten Einflussgröße handeln?

Allein die wissenschaftstheoretische Möglichkeit eines solchen Irrtums müsste eigentlich jede Festlegung auf die biologische Verursachung des Phänomens „AD(H)S“ verbieten - insbesondere, da eine biologische Erklärung dem medizinischen Berufsstand den Auftrag und die Erlaubnis erteilt, eine Behandlungsmethode dafür anzubieten. Weltweit werden gegenwärtig etwa zehn Millionen Kinder mit Psychostimulanzien - wie Ritalin - behandelt, mindestens zwölf verschiedene Substanzen befinden sich in der klinischen Entwicklung.⁵ Meines Erachtens sind kritische Fragen und Zweifel zwingend geboten.

Im Laufe meines Studiums habe ich mich immer auch für andere Sichtweisen interessiert. Insbesondere, wenn es um medizinische Erklärungen für bestimmte menschliche Verhaltensformen - wie „Autismus“, „Legasthenie“ oder eben „AD(H)S“ - ging, habe ich bestehende Theorien kritisch hinterfragt und mich um Perspektivwechsel bemüht. Das Phänomen „AD(H)S“ weckt mein Interesse in zweierlei Hinsicht: Da ist zum einen die Hartnäckigkeit und Unbeirrbarkeit mit der die Wissenschaft erfolglos nach einem Organfaktor forscht. Zum anderen sehe ich das Phänomen als Ausdruck der allgemeinen Tendenz, auffällige Verhaltensweisen zu medizinisieren.

Das Phänomen „AD(H)S“ ist in der Öffentlichkeit und den Medien ein geradezu leidenschaftlich gepflegtes Thema. Allerdings erfolgt die Darstellung in den meisten Fällen einseitig pathogenetisch orientiert.

Ziel meiner Arbeit ist es, bisherige Erkenntnisse zusammenzufassen, sie kritisch zu hinterfragen und eine andere Perspektive einzunehmen. Ich möchte Abstand nehmen von der pathogenetischen Sichtweise des Phänomens „AD(H)S“, mich einer salutogenetischen zuwenden und herausarbeiten, welche Konsequenzen sich daraus für die Pädagogik ergeben. Anstatt nach Fehlern zu fahnden, möchte ich mich auf eine „Schatzsuche“ begeben. Dadurch erhoffe ich mir nicht nur einen

⁵ Vgl. BLECH 2003, HÜTHER/BONNEY 2002

anderen Umgang mit dem Phänomens „AD(H)S“ - ein Perspektivwechsel könnte auch Konsequenzen für andere kindliche Verhaltensauffälligkeiten einleiten.

Die Leitfrage meiner Arbeit lautet:

Welche Konsequenzen hat der Perspektivwechsel von der pathogenetischen Sichtweise hin zu einer salutogenetischen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ für die Pädagogik?

1.2 Aufbau und Vorgehensweise

Das 2. Kapitel meiner Arbeit stellt eine Art Bestandsaufnahme dar. Ich möchte die geschichtliche und begriffliche Entwicklung skizzieren, die das Phänomen „AD(H)S“ bis zum heutigen Zeitpunkt genommen hat. Hierfür trage ich Zahlen und Fakten zusammen und nehme eine Beschreibung dessen vor, was sich hinter der Bezeichnung „AD(H)S“ verbirgt. Des Weiteren spreche ich vermeintliche Begleiterscheinungen an und setze mich mit der Problematik der Diagnose auseinander. Im 3. Kapitel möchte ich die unterschiedlichen Erklärungsansätze des Phänomens „AD(H)S“ resümieren, wobei ich die gegenwärtig populärste dieser Hypothesen - die Dopaminmangelhypothese - hervorhebe. Das 4. Kapitel befasst sich mit den vielen Facetten der medikamentösen Behandlung auffälliger Verhaltensweisen. Insbesondere möchte ich hierbei klären, ob es sich bei Medikamenten wie Ritalin tatsächlich nur um ein „mildes Stimulans“ handelt - wie so oft behauptet wird - oder ob der freizügige Umgang mit solchen Medikamenten vielleicht doch nicht so harmlos ist. Ich beginne mit einer Beschreibung der geschichtlichen Entwicklung und wende mich dann der Verschreibungspraxis zu. Ferner gehe ich auf die Wirkweise von Psychostimulanzien, deren Nebenwirkungen und den Missbrauch derartiger Medikamente ein. Im Kapitel 5 möchte ich einen Exkurs zur Konstruktion von Krankheiten machen. Ich möchte darstellen, wie es zur „Erfindung“ einer Krankheit kommt, wer daran beteiligt ist und welche Folgen die Medizinisierung von Verhaltensweisen hat. Das Kapitel 6 befasst sich mit neuen Erkenntnissen aus der Hirnforschung. Im Speziellen möchte ich der Frage nachgehen, inwieweit sich diese mit der Dopaminmangelhypothese vereinen lassen und ob sich ein kausaler

Zusammenhang zwischen den unter dem Namen „AD(H)S“ zusammengefassten Verhaltensweisen und den gefundenen Veränderungen auf der Ebene des Gehirnstoffwechsels herstellen lässt. Dafür gehe ich sowohl auf die Plastizität des menschlichen Gehirns als auch auf die gefundenen Besonderheiten bei „AD(H)S“ diagnostizierten Personen genauer ein. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse möchte ich die Dopaminmangelhypothese erneut betrachten, um anschließend Überlegungen zu einer dritten Einflussgröße anzustellen. Ferner gehe ich auf das Kind als Akteur seiner eigenen Entwicklung ein. Das 7. Kapitel soll meinen Perspektivwechsel einleiten. Anhand von zwei Beispielen möchte ich verdeutlichen, wie sinnvoll es sein kann, sich von alten Denkmustern zu lösen und sein Blickfeld zu erweitern. Gelöst von der Vorstellung des Dopaminmangels ist nun der Blick offen für die Möglichkeit einer dritten Einflussgröße (s.o.). Im Kapitel 8 soll die Frage diskutiert werden, ob die von Richard DEGRANDPRE aufgestellte Theorie einer Reizabhängigkeit in Zusammenhang mit dem Phänomen „AD(H)S“ gebracht werden und es evtl. besser erklären kann. Dazu beschreibe ich, wie die Wahrnehmung der sog. „Schnellfeuer-Kultur“ unser Bewusstsein verändert und zu einer Reizsucht führen kann. Ich möchte erläutern, welche Auswirkungen das beschleunigte Leben auf unseren Umgang mit Kindern hat und die Theorie der Reizabhängigkeit in Beziehung zum Phänomen „AD(H)S“ setzen. Vor dem Hintergrund dieser neuen Theorie soll die vermeintliche Ritalin Lösung erneut betrachtet werden. Das 9. Kapitel wendet sich dem theoretischen Hintergrund meiner „Schatzsuche“ zu - der Salutogenese. Einleitend erläutere ich deren Entstehungshintergrund und diskutiere den Begriff „Gesundheit“. Im Zentrum des Kapitels stehen die Grundprinzipien der Salutogenese: Generalisierte Widerstandsressourcen, Heterostase, Kohärenzgefühl und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Den Abschluss meiner Arbeit bildet das 10. Kapitel. Hier möchte ich Antworten auf meine Fragestellung finden und herausarbeiten, auf welchem Wege die Pädagogik Gesundheitsquellen erschließen und so die Gesundheit unserer Kinder nachhaltig fördern kann. Anhand der Schätze „Spiel“ sowie „menschliche Beziehung und Dialog“ soll verdeutlicht werden, wie wir Pädagogen Kindern helfen können, Ressourcen aufzubauen und das Kohärenzgefühl zu stärken. Die dritte Komponente meines pädagogischen Konzeptes lautet „Entschleunigung“. Dabei soll gezeigt werden, wie wir im

salutogenetischen Sinne auf die Auswirkungen der „Schnellfeuer-Kultur“ reagieren können.

Da ich mich auf eine „Schatzsuche“ begeben und nicht nach „Fehlern fahnde“, die es zu bekämpfen gilt (Pathogenese), gehe ich auf herkömmliche therapeutische Maßnahmen - wie Verhaltenstherapie, Ergotherapie, Psychomotorik, Homöopathie, Diäten u.ä. - nicht ein. Das pädagogische Konzept meiner Arbeit strebt eine allgemeine nachhaltige Gesundheitsförderung an. Pädagogische Ratschläge und „Patentrezepte“ gegen die „Symptome“ des „AD(H)S“ enthält meine Arbeit nicht.

Der Übersicht halber habe ich nach jedem Kapitel ein Zwischenresümee verfasst, in dem ich sowohl die Kernthesen des jeweiligen Kapitels zusammenfasse als auch schlussfolgernde und weiterführende Überlegungen anstelle.

Da ich „AD(H)S“ als ein Phänomen bisher unbekannter Herkunft begreife und nicht als „Störung“, „Krankheit“ oder „Defekt“, bemühe ich mich in meiner Arbeit auf solche u.ä. Begriffe zu verzichten.

Zur Vereinfachung und aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich im Folgenden ausschließlich die männliche Form als die allgemeine, welche die weibliche stets mit einschließt.

Ich gebrauche die neue deutsche Rechtschreibung und behalte in Zitaten die jeweilige Schreibweise bei.

2 Bedenkliche Entwicklungen

In den vergangenen fünf Jahren sind allein in Deutschland über 60 deutschsprachige Bücher herausgegeben worden, die sich mit dem Phänomen des „Zappelphilipp“ befassen.⁶ Unzählige Menschen - ob Lehrer, Eltern, Erzieher oder Betroffene - stillen ihren Informations hunger zu diesem Thema auf zahllosen Vorträgen, Veranstaltungen und Fortbildungen oder in Selbsthilfegruppen. Daneben steht uns ein bemerkenswert umfangreiches, breit gefächertes und ständig wachsendes Angebot an Ratgebern, Studien, Berichten und Reportagen in den Medien zur Verfügung. Unentwegt sind Forschung und Wissenschaft auf der Suche nach neuen Erklärungen und Begründungen, die sie auch zu finden scheinen.

Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Spezialisten führen eine erregte Debatte um die Herkunft des Phänomens „Zappelphilipp“, die besten Behandlungsmöglichkeiten und natürlich auch um die „Psychopillen“ (z.B. Ritalin, Wirkstoff Methylphenidat). Die gesamte öffentliche Diskussion nimmt ungeahnte Ausmaße an und heizt sich immer mehr auf.

Die am häufigsten gestellten Fragen sind hierbei: *„Wie erkenne ich, ob mein Kind betroffen ist? Wer hat Schuld, die Erziehung der Eltern oder die Gene? Kann Ritalin helfen? Und ist ‚AD(H)S‘ überhaupt eine ernst zu nehmende Krankheit - oder nur eine Modeerscheinung?“*⁷

Das folgende Kapitel soll eine Art Bestandsaufnahme darstellen. Ich beginne mit einer Skizzierung der geschichtlichen und begrifflichen Entwicklung des Phänomens „AD(H)S“ bis zum heutigen Zeitpunkt und belege diese mit Zahlen und Fakten. Ferner möchte ich versuchen herauszuarbeiten, welche Verhaltensweisen gemeint sind, wenn von „AD(H)S“ die Rede ist und abschließend auf die Problematik der Diagnose eingehen.

2.1 Begriffsentwicklung - Im Dschungel der Begriffe

Unter dem Titel „Der Struwwelpeter“ hat der Frankfurter Nervenarzt Heinrich HOFFMANN in seiner Geschichte vom „Zappelphilipp“ schon 1844 erstmals auf

⁶ Vgl. BLECH 2003

⁷ Zitiert nach BLECH 2003, S. 111

anschauliche und eindrucksvolle Weise das Erscheinungsbild des heute als „AD(H)S“ bezeichneten Phänomens beschrieben. In den Überschneidungsbereichen von Pädagogik, Psychologie und Medizin geistern seitdem, je nach Ursachentheorie, die unterschiedlichsten Bezeichnungen für dieselben Verhaltensweisen umher. Durch eine differenzierte Betrachtung möchte ich den „Dschungel“ der Begriffe etwas lichten.

Lange Zeit wurde das heute als „AD(H)S“ bezeichnete Phänomen als Ergebnis einer schlechten Erziehung angesehen, dem man nur in Form von Disziplin und Strafen zu begegnen und beizukommen meinte. Später beschrieb der britische Kinderarzt George STILL 1902 in einer Ärztezeitung von ihm behandelte Kinder als „trotzig“, „boshaft“ und „leidenschaftlich“, denen jeder „hemmende Wille“ fehlte. Er vertrat die radikale Auffassung, dass nicht die Erziehung, sondern eine minimale Hirnverletzung für das beschriebene Verhalten verantwortlich sei.⁸

Motorische Unruhe und Auffälligkeiten im Verhalten bei Kindern, die eine Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) durchgemacht hatten, ließen eine organisch begründete Verursachung der psychischen Symptome vermuten und begründeten die Theorie der „Frühkindlichen Hirnschädigung“.⁹ Hiermit wurden die Verhaltensweisen erstmals einem Organschaden zugeschrieben. Die vermeintliche cerebrale Veränderung blieb jedoch erst einmal unbekannt und wurde mit unterschiedlichen Bezeichnungen - z.B. „Hyperkinetisches Syndrom“ („HKS“), „Psychoorganisches Syndrom“ („POS“) u.a. - betitelt.¹⁰

In den 40er Jahren drehte man den Zusammenhang zwischen Hirnschädigung und motorischer Unruhe um. Es wurde auch dann eine Hirnschädigung als Ursache angenommen, wenn diese nicht direkt aus der Vorgeschichte zu entnehmen war.¹¹

Hinzu kam, dass man die Bandbreite der Merkmale um Konzentrationsstörungen, mangelnde Impulskontrolle, auffallende Ungeschicklichkeit als Folge von Koordinationsstörungen u.ä. ausdehnte.

International setzte sich dann, geprägt durch WERNER und STRAUSS, der Begriff „Minimal Brain Damage“ („MBD“), in Deutschland „Minimaler Hirnschaden“,

⁸ Vgl. HOLOWENKO 1999, S. 17

⁹ Vgl. LÜPKE, In: VOSS 1983

¹⁰ Vgl. CONRAD, In: VOSS 1983

¹¹ Vgl. LÜPKE, In: VOSS 1983

durch.¹² Da es in den folgenden Jahren nicht möglich war, eindeutige Beweise für eine Hirnschädigung zu erbringen, nahm man Abstand von der Vorstellung, dass im Gehirn eine *strukturelle* Veränderung vorlag und stellte - ebenfalls nie nachgewiesene - *funktionelle* Aspekte des Gehirns in den Mittelpunkt.

Um der Verwirrung in Begrifflichkeit und Symptomatik des Phänomens ein Ende zu bereiten, wurde der Begriff „*Minimal Brain Damage*“ 1963 von einer Spezialabteilung der amerikanischen Gesundheitsbehörde durch die umfassendere Kategorie „*Minimal Brain Dysfunction*“ („*Minimale Cerebrale Dysfunktion*“) ersetzt. So entstand mit der „*MCD*“ die erste formale Diagnose bzw. „Etikettierung“ dieses Phänomens. Da es sich als schwierig erwies, diesem Begriff ein eindeutiges Erscheinungsbild zuzuweisen, wurde er durch den des „*Syndroms*“ („*Minimal Brain Dysfunction Syndrom*“) erweitert. Die Ausdehnung eines zunächst eng begrenzten „Krankheitsbildes“ ermöglichte es, die verschiedensten Verhaltensabweichungen unter einer einzigen klinischen („Rest“-) Kategorie zusammenzufassen.¹³ Dieses hatte zur Folge, dass das Spektrum kindlicher Verhaltensabweichungen gewaltig ausgedehnt wurde. Jedes Kind, das in irgendeiner Weise auffiel, wurde als „krank“ diagnostiziert. Die Medizinisierung des Phänomens hatte weitreichende Folgen, vor allem aber auf die pharmakologische Behandlung von unerwünschten Verhaltensweisen, die ich zu einem späteren Zeitpunkt noch aufgreifen werde.¹⁴

Mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa zehn Jahren nahm die Entwicklung in Deutschland einen ähnlichen Verlauf. Die zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen belegen, dass die „*Kindliche Verhaltensstörung*“ zu Beginn der 70er Jahre zum zentralen Thema der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde. Aus der Flut von medizinischen Begriffen kristallisierte sich auch bei uns für bestimmte kindliche Verhaltensweisen nach und nach ein „Krankheitsbild“ heraus. Neben den Vorstellungen hinsichtlich der Ätiologie des Phänomens importierte man auch Modebegriffe wie „*MCD*“, „*HKS*“ oder „*AD(H)S*“.¹⁵

Der Begriff „*Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*“ („*ADS*“) bzw. „*Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom*“ („*ADHS*“) ist relativ jung.

¹² Vgl. VOSS/WIRTZ 2000, S. 62

¹³ Vgl. VOSS 1983

¹⁴ Vgl. LÜPKE, In: VOSS 1983

¹⁵ Vgl. VOSS/WIRTZ 2000

Er entstand in Anlehnung an die amerikanische Bezeichnung „*Attention-Deficit-Disorder*“ („*ADD*“) bzw. „*Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder*“ („*ADHD*“). Diese 1987 von der American Psychiatric Association (APA) erfundenen Kürzel stehen für die international anerkannte Diagnose von Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität.

Obwohl der Begriff „*Syndrom*“ rein formal keine Festlegung auf eine bestimmte organische Ursache mehr enthält, wie das bei der „*MCD*“ noch anklingt, verweist der medizinische Terminus wieder auf das Organische. „*Der Zustand wird zur Krankheit*“¹⁶.

So findet sich das Phänomen auch im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), welches heute in der vierten Auflage vorliegt und von der APA als Empfehlung für die Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen herausgegeben wird. Seit der ersten Publikation des DSM (DSM-I, 1952), in der es das Phänomen noch gar nicht gab, hat die APA mehrmals ihre Meinung im Hinblick auf die Natur von „*AD(H)S*“ geändert. Während es im DSM-II (1968) noch unter dem Begriff „*Hyperkinetisches Syndrom im Kindesalter*“ zu finden war, definierte man es im DSM-III (1989) als „*Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*“. Im DSM-IV (1994) schlussendlich taucht die heute gültige Bezeichnung „*Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom*“ auf.¹⁷

Will man der APA Glauben schenken, dann ist dieser Begriffswandel dem Fortschritt der Forschung zu verdanken. Den Wissenschaftlern zufolge haben modernere Hilfsmittel und Techniken zu einer immer präziseren Definition des Phänomens und dessen Ätiologie geführt. Wenn man sich die unterschiedlichen „*Etiketten*“ genauer anschaut, stellt man etwas Bemerkenswertes fest: Ein Verhaltensproblems („*HKS*“) wird erst zu einem Problem der Aufmerksamkeit („*ADS*“) bevor dann plötzlich beide, sowohl Verhalten als auch Aufmerksamkeit („*AD(H)S*“) eine Rolle spielen. Es stellt sich die zentrale Frage, aus welchem Grund man das Problem erst in der Aufmerksamkeit statt der Hyperaktivität lokalisierte, um dann die Hyperaktivität wieder hinzu zu nehmen?¹⁸

¹⁶ Zitiert nach LÜPKE, In: VOSS 1983, S. 55

¹⁷ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

2.2 Epidemie oder Modediagnose - Zahlen und Fakten

Pestalozzi, Einstein, Churchill, Franklin und auch Mozart sollen laut einiger Experten von dem Phänomen des „Zappelphilipp“, das wir heute als „AD(H)S“ bezeichnen, betroffen gewesen sein.¹⁹ Damals war dieses Phänomen nicht als „Krankheit“ bekannt und es gab auch keine Medikamente dagegen. Seit einigen Jahren scheint jedoch eine wahre Epidemie ausgebrochen zu sein. Das sogenannte „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ („ADS“), das oft mit Hyperaktivität („ADHS“) einhergehen soll, wird als die unter Kindern und Jugendlichen am weitesten verbreitete „Verhaltensstörung“ oder „Krankheit“ genannt und ist die häufigste Ursache für die Überweisung eines Kindes an einen Psychiater oder Psychologen.²⁰

Führungsnation in der Anzahl der Diagnosen sind seit Jahren die USA. Dort stieg die Zahl der angeblich betroffenen Kinder von unter einer Million im Jahr 1990 auf über zehn Millionen im Jahr 2000.²¹

Auch in Deutschland scheinen Aufmerksamkeitsstörungen und Überaktivität zur Modekrankheit bzw. einem Phänomen unserer Zeit geworden zu sein und drastisch zuzunehmen. Die Schätzwerte der zahlreichen Studien zur Anzahl der betroffenen Kinder variieren sehr stark. Je nachdem auf welche Quellen man zurückgreift, soll es sich um zwei bis zwölf Prozent aller Kinder und Jugendlichen handeln.²² Wenn dem so wäre, säßen rein rechnerisch in jeder Schulklasse bis zu zwei „Zappelphilippe“. Der Göttinger Neurologe Gerald HÜTHER schätzt ihre gegenwärtige Zahl auf 170 000 bis 350 000.²³

Das Phänomen scheint bei Jungen deutlich häufiger aufzutreten als bei Mädchen. Laut einiger Experten beträgt das Verhältnis etwa 5:1.²⁴ In der reichhaltigen Literatur sucht man vergeblich nach einer Begründung.

Neuerdings sollen auch Erwachsene von „krankhafter Unrast“ und „Zerstreuung“ betroffen sein. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und

¹⁹ Vgl. SCHIFFER 2002, BLECH/THIMM 2002

²⁰ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002, HOLOWENKO 1999

²¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²² Vgl. VOSS/WIRTZ 2000

²³ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁴ Vgl. DEILMANN 2003

Nervenheilkunde spricht von bis zu zwei Millionen betroffenen Erwachsenen bundesweit.²⁵

Die Zahl der Diagnosen lässt auch die Zahl der Tablettenkonsumenten in schwindelerregende Höhen schnellen.

Das von der Schweizer Firma Novartis unter dem Namen Ritalin auf den Markt gebrachte Medikament (Wirkstoff Methylphenidat) erlebte in den 90er Jahren solche hohen Zuwachsraten, wie sie bisher bei keinem anderen unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Medikament zu beobachten waren. Im Zeitraum zwischen 1990 und 1997 stieg die weltweite Produktion von insgesamt 2,8 auf 13,5 Tonnen an. Weltweit nehmen heute ca. zehn Millionen Kinder täglich Ritalin ein.²⁶

Jörg BLECH berichtet, dass in Deutschland heute mehr als 50 000 Kinder jeden Tag Psychostimulanzien einnehmen, die sie ruhig und aufmerksam machen sollen. 1990 waren es noch 1500 Kinder.²⁷ Obwohl noch niemand mit Sicherheit weiß wie das Medikament wirkt, ist auch hierzulande ein regelrechter „Ritalinboom“ ausgebrochen. Immer mehr Kinder werden in immer früherem Alter mit Medikamenten wie Ritalin und Medikinet behandelt. So meldet auch die zuständige Bundesopiumstelle in Bonn, dass der Verbrauch des Wirkstoffs Methylphenidat, der unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, in den letzten Jahren drastisch zugenommen hat. Während man im Jahr 1993 bundesweit noch mit 34 Kilo auskam, waren es im Jahr 2000 bereits 693 Kilo. Das bedeutet eine Steigerung um mehr als das 20fache!²⁸ Während in Deutschland schätzungsweise „erst“ 25 Prozent der „AD(H)S“ diagnostizierten Kinder mit Ritalin behandelt werden, sind es in den USA schon erschreckende 80 Prozent.²⁹

Bis heute werden 90 Prozent der weltweiten Produktion des Wirkstoffes an Kinder und Jugendliche in den USA verabreicht. Während dort 1988 erst 500 000 Kinder Stimulanzien gegen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität bekamen, waren es 1996 schon mindestens zwei Millionen. Ein UNO Bericht desselben Jahres deckte auf, dass drei bis fünf Prozent aller amerikanischen Schulkinder

²⁵ Vgl. BLECH 2003

²⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁷ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁸ Vgl. BLECH 2003

²⁹ Vgl. SCHIFFER 2002

Ritalin einnahmen.³⁰ In nur acht Jahren hat sich die Zahl also vervierfacht. HÜTHER berichtet von einer weiteren Steigerung auf vier Millionen Kinder im Jahre 1998. Diese Zahl soll sich nach Schätzungen der internationalen Drogen-Überwachungsbehörde der UNO (International Narcotics Control Board, INCB) im Jahr 2000 bereits verdoppelt haben.³¹ Etwa 200 000 der heute in den USA behandelten Kinder bekommen das Medikament bereits im Alter von zwei bis vier Jahren.³²

Laut Judyth REICHENBERG-ULLMAN und Robert ULLMAN, verschreiben Ärzte in den USA heute fünfmal soviel Stimulanzien für Kinder wie alle übrigen Länder der Welt zusammen, wobei die Tendenz überall weiter steigend ist.³³

War die „Kinderpille“ nach Aussage von HÜTHER 1999 noch auf Platz elf der Liste der meistverkauften Psychopharmaka, so ist sie laut DEGRANDPRE inzwischen auf Platz sechs vorgerückt.³⁴

In Frankreich und Japan sind „AD(H)S“-ähnliche Phänomene weit weniger verbreitet und der Gebrauch dieser Medikamente ist verschwindend gering.³⁵

2.3 Dieses „Etwas“ namens „AD(H)S“

„*Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt [...]*“³⁶. Schon 1844 beschrieb HOFFMANN in seinem „Struwelpeter“ Kinder, die heute von uns als „hyperaktiv“ („Zappelphilipp“) oder „aufmerksamkeitsgestört“ („Hans-Guck-In-Die-Luft“) betitelt werden. Auch arbeitete er die oft beschriebenen elterlichen Reaktionen bereits sehr bildhaft heraus: Während der Vater pädagogisch einzugreifen versucht („[...] *Also sprach in ernstem Ton der Papa zu seinem Sohn [...]*“), hat die Mutter bereits kapituliert („[...] *Und die Mutter blicket stumm auf dem ganzen Tisch herum [...]*“)³⁷.

In diesem Kapitel möchte ich darauf zu sprechen kommen, welche Verhaltensweisen man unter dem Begriff „AD(H)S“ zusammenfasst. Allerdings

³⁰ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

³¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

³² Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

³³ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002, REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

³⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

³⁵ Vgl. DEGRANDPRE 2002, HÜTHER/BONNEY 2002

³⁶ Zitiert nach HOFFMANN, In: ECKSTAEDT 1998, S. 114-117

³⁷ Zitiert nach HOFFMANN, In: ECKSTAEDT 1998, S. 114-117

werde ich bewusst nicht die Bezeichnung „Symptom“ verwenden, da sie meiner Meinung nach im medizinischen Sinne negativ besetzt ist. Ebenso werde ich darauf verzichten zu behaupten „Kinder *sind* ... (z.B. hyperaktiv, unaufmerksam etc.)“, da nicht das Kind so *ist*, sondern sich lediglich so *zeigt*.

Die Darstellungen sog. „AD(H)S-Kinder“ in der Fachliteratur ähneln denen von Kinderbuch-Helden wie Michel aus Lönneberga, Pippi Langstrumpf, Tom Sawyer oder Momo. Sie werden mit Verhaltensmerkmalen wie „[...] *verträumt, chaotisch und unordentlich - gleichzeitig gefühvoll, ehrlich, unbestechlich, kreativ, musisch, künstlerisch, begeisterungsfähig* [...]“³⁸ beschrieben.

Die Liste dieser angeblichen Charakteristika ist im Verlaufe der letzten Jahre immer länger geworden (s. Anhang 1 und 2). Inzwischen schließt sie nahezu alles ein, was am Verhalten eines Kindes als „auffällig“ bezeichnet werden kann, von A wie „ablenkbar“ bis Z wie „zappelig“. Bei den meisten dieser als „Symptome“ dargestellten Attribute handelt es sich um Elemente des ganz normalen Verhaltensspektrums, die zu einem gewissen Grad bei allen Kindern beobachtbar sind. Kein einziges von ihnen lässt sich ausschließlich dem Phänomen „AD(H)S“ zuordnen.³⁹ Aus diesem Grund finde ich es nicht angemessen, sie als Merkmale einer „Krankheit“ zu definieren. Viele Beschreibungen stellen besonders die von Erwachsenen als anstrengend empfundenen Verhaltensweisen in den Vordergrund - „[...] *zappelig, chaotisch, explosiv, rücksichtslos* [...], [...] *gelangweilt, unmotiviert* [...], *trödelig* [...], *schusselig, vergesslich, ungeduldig, laut* ...“⁴⁰ - und vermitteln so einen negativen Eindruck vom Kind. Auf eine weitere Auflistung werde ich deshalb verzichten. Anhand der beiden bekanntesten Verhaltensweisen „Ablenkbarkeit“ („Aufmerksamkeitsdefizit“) und „Zappeligkeit“ („Hyperaktivität“) möchte ich dennoch versuchen herauszuarbeiten, worum es eigentlich geht, wenn von „AD(H)S“ die Rede ist.

Ich beginne mit der „Ablenkbarkeit“ bzw. dem viel zitierten „Aufmerksamkeits-Defizit“. Ablenkbar zu sein gehört zu den für die kindliche Entwicklung notwendigen Verhaltensweisen. Aufmerksamkeit zu steuern, „[...] *d.h. (sich) konzentrieren zu können und nicht ständig neuen Objekten die Aufmerksamkeit*

³⁸ Zitiert nach BLECH/THIMM 2002, S. 129

³⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁴⁰ Zitiert nach AUST-CLAUS/HAMMER 2000, S. 55

zukommen zu lassen, ist dann ein Kriterium der Schulreife“⁴¹. Es handelt sich bei der Ablenkbarkeit um eine ganz „normale“ kindliche Verhaltensweise. Warum also wird die Sache umgedreht in ein (Aufmerksamkeits-) „Defizit“ und der negative Aspekt herausgestellt? Ich finde den Vorschlag Henning KÖHLERS, die „Ablenkbarkeit“ durch ein „ausschweifendes Weltinteresse“ zu ersetzen, viel zutreffender. Es ist im Kern eine wunderbare Eigenschaft inmitten einer Gesellschaft, in der Individuen sich zunehmend introvertierter und egozentrischer zeigen.⁴²

Doch auch nach Erreichen der Schulreife scheinen manche unserer Kinder - und es werden immer mehr - sich noch ablenken lassen zu wollen. Sie zeigen z.T. große Schwierigkeiten, sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren, besonders in Situationen, in denen sie gezwungen werden still zu sitzen wie in der Schule. Allerdings sind diese Kinder durchaus in der Lage, sich intensiv und konzentriert mit einer Sache zu beschäftigen und zwar, wenn sie sich eine Tätigkeit selber ausgewählt haben. Täuschen wir uns also, wenn wir ein „Aufmerksamkeits-Defizit“ unterstellen?

Ähnlich wie mit der „Unaufmerksamkeit“ bzw. dem „Aufmerksamkeits-Defizit“ verhält es sich mit der („Hyper-“) „Aktivität“ und „Impulsivität“. Kinder zeigen sich oft lebhafter, aktionsfreudiger und sprunghafter als Erwachsene. *„Der Tatsache, dass Aktivität und Spannungsbewältigung etwas völlig Normales ist, das mit dem Strampeln des Embryos im Mutterleib einsetzt, wird zu wenig Rechnung getragen“*⁴³. *„Je jünger das Kind ist, desto mehr gehören ‚hyperkinetische‘ Bewegungen, Lebhaftigkeit und Aktionsfreude zum normalen Bild“*⁴⁴. An dieser Stelle wird deutlich, wie nahtlos das als „störend“ bezeichnete Verhalten in „normale“ kindliche Verhaltensweisen übergeht.

Seit geraumer Zeit zeigen sich manche Kinder tatsächlich erheblich bewegungsfreudiger, erlebnishungriger und aktiver als andere. Sie scheinen vor Energie schier zu platzen, von Kopf bis Fuß auf Aktion eingestellt und ständig auf der Suche nach etwas Neuem zu sein. Wieder andere Kinder zeigen sich verträumt

⁴¹ Zitiert nach SCHIFFER 2002, S. 16

⁴² Vgl. KÖHLER 2002

⁴³ Zitiert nach VOSS 1983, S. 22

⁴⁴ Zitiert nach LÜPKE, In: VOSS 1983, S. 56

und abgeschweift und lassen uns glauben, sie würden ihre Umwelt kaum wahrnehmen.

Auch wenn man nach Expertenmeinung 60 bis 70 Prozent der „AD(H)S-Kinder“ schon im Alter von zwei bis drei Jahren „identifizieren“ kann, fallen diese in der Regel erst bei Schuleintritt auf⁴⁵. Mit steigender Leistungsanforderung und zunehmend von außen strukturierten Abläufen scheint es diesen Kindern immer schwerer zu fallen, ihr Verhalten an die Erfordernisse in der Schule anzupassen.

Unter Experten bestehen zwei Auffassungen darüber, wie sich die verschiedenen Erscheinungsformen des Phänomens „AD(H)S“ gruppieren lassen. Auf der einen Seite gibt es die von der World Health Organisation (WHO) vorgeschlagene Klassifikation, den sogenannten Standard International Classification of Diseases (ICD-10). Dieser unterscheidet zwischen

- einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und
- einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens.

Auf der anderen Seite existiert die von einer Mehrzahl der Forscher bevorzugte US-amerikanische Gruppierung DSM-IV. Diese unterscheidet drei Subtypen:

1. Die **unaufmerksamen** Kinder ohne Hyperaktivität und Impulsivität,
2. die **hyperaktiv-impulsiven** Kinder, bei denen Unaufmerksamkeit nicht das Hauptproblem, sondern nur eine Folgeerscheinung der Unruhe ist und
3. die **gemischte** Variante, also Kinder die alle drei Kernmerkmale zeigen.⁴⁶

Aus diesen diagnostischen Kriterien und den zahlreichen Beschreibungen des Phänomens ist zu entnehmen, dass es im Wesentlichen um die drei Hauptmerkmale „Unaufmerksamkeit“, „Impulsivität“ und „Hyperaktivität“ geht. In der Fachliteratur werden diese als die „klassischen Trias“ bezeichnet.⁴⁷ Große Uneinigkeit scheint jedoch darüber zu herrschen, ab wann die Unaufmerksamkeit und Impulsivität eines Kindes nicht mehr „normal“ ist und ab wann man den Bewegungsdrang von Kindern als „hyperaktiv“ bezeichnen muss.

Zusammenfassend könnte man also sagen, dass manche Kinder alterstypische Verhaltensweisen in besonderer Intensität und Häufigkeit zeigen, die Erwachsene in einer steigenden Zahl von Fällen zu überfordern scheinen. Als Außenstehende können wir außerdem beobachten, dass diese Kinder in ihrem Leben zuhause und

⁴⁵ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

⁴⁶ Vgl. DEILMANN 2003

⁴⁷ Vgl. KÖHLER 2002

in der Schule beeinträchtigt sind und mit sekundären Problemen (z.B. Ablehnung durch andere Kinder, mangelndes Selbstbewusstsein etc.) zu kämpfen haben.

Ich bezweifle nicht, dass viele Eltern und auch Lehrer die obigen Eigenschaften bei einigen Kindern beobachten. Ich halte es aber für sehr fragwürdig bei „Unaufmerksamkeit“ bzw. einer vom Durchschnitt abweichenden Aufmerksamkeitsökonomie, „überschäumender“ Energie und „ungebremster“ Impulsivität gleich von einer „Krankheit“ zu sprechen.

2.4 Angebliche Begleiterscheinungen

Persönlich würde ich dieses Kapitel im Rahmen einer ernsthaften Betrachtung des Phänomens auslassen. Der Vollständigkeit halber und da es das Ausmaß unserer derzeitigen Situation verdeutlicht, habe ich mich entschlossen diesen Punkt in meine Arbeit aufzunehmen. Ich werde ihn dabei so knapp wie möglich halten.

Nach Meinung von Experten und laut der meisten Fachbücher, die sich mit dem Phänomen „AD(H)S“ befassen, soll es häufig „[...] in Verbindung mit anderen emotionalen und Verhaltensstörungen“⁴⁸ auftreten. Bis zu 80 Prozent aller betroffenen Kinder sollen an sog. „Komorbiditätsstörungen“⁴⁹ leiden - „[...] z.B. Aggressivität, Lernstörungen wie Legasthenie, gefolgt von emotionalen Auffälligkeiten und Tics“⁵⁰.

Betroffene Kinder sollen „[...] in ihrer geistigen bzw. intellektuellen Entwicklung gegenüber Kindern ohne „AD(H)S“ zurückstehen“, öfter von „Schlafbeschwerden und Bettnässen“ betroffen sein und einigen Studien zufolge „stärker für Unfälle anfällig“ sein⁵¹.

Übertroffen wir das Ganze durch die Sonderausgabe der Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“. Finanziert durch den Ritalin-Hersteller Novartis, spricht sich diese für Ritalin aus und malt die Konsequenzen für nicht medikamentierte Kinder in den düstersten Farben aus. Arbeitslosigkeit, Delinquenz, Alkohol- und Drogensucht, Schulversagen, tödliche Unfälle“ u.v.m. sind die Zukunftsprognosen für die Betroffenen.⁵²

⁴⁸ Zitiert nach HOLOWENKO 1999, S. 24

⁴⁹ Zitiert nach DEILMANN 2003, S. 3-4

⁵⁰ Zitiert nach DEILMANN 2003, S. 3-4

⁵¹ Zitiert nach HOLOWENKO 1999, S. 24

⁵² Vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALPÄDIATRIE UND JUGENDMEDIZIN 2001

Da diese schlimmen Zuschreibungen jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehren, halte ich es im Zuge einer sinnvollen Auseinandersetzung mit dem Phänomen „AD(H)S“ nicht für notwendig weiter auf sie einzugehen. Ich möchte sie aber verwenden, um zu zeigen wie weit die Medizinisierung einiger Phänomene über ihr Ziel hinaus geschossen ist. Die neuropathologische Deutung und Individualisierung abweichenden bzw. unerwünschten Verhaltens wird als eine Selbstverständlichkeit hingenommen. Mit dieser äußerst bedenklichen Entwicklung sowie deren Folgen werde ich mich in Kapitel 5 ausführlicher beschäftigen.

2.5 Die Problematik mit der Diagnose

Die Selbstverständlichkeit, mit der einschlägige Veröffentlichungen angebliche Ursachen darstellen, vermittelt den Eindruck, die Diagnostik des Phänomens „AD(H)S“ sei eine reine Formalität und bereite keine großen Schwierigkeiten. Die Praxis zeigt jedoch, dass es auf diesem Gebiet ganz erhebliche Probleme und Hindernisse gibt. Einerseits fehlen eindeutige diagnostische Kriterien, andererseits werden Kategorien dennoch genannt und auch verwendet. Es besteht eine große Unsicherheit bezüglich der Aussagekraft der angewandten diagnostischen Verfahren. Dies gilt sowohl für die große Palette psychodiagnostischer Tests (Persönlichkeits-, Intelligenz-, Entwicklungstests) als auch für neurologische Untersuchungen (EEG, MRT u.a.) und die z.T. höchst „*fragwürdigen Fragebögen*“.⁵³

Wie beliebig das Etikett „AD(H)S“ Kindern angehängt wird, zeigen die Unterschiede zwischen einigen Staaten: „*Studien zufolge leiden 5,8 % der Kinder Brasiliens an „AD(H)S“; 7,1 % aller kleinen Finnen; und in den Vereinten Arabischen Emiraten tummeln sich angeblich 14,9 % Aufmerksamkeitsgestörte [...] wie es zu solchen Unterschieden kommt weiß kein Mensch*“.⁵⁴

Im folgenden Kapitel möchte ich versuchen, die Zusammenhänge der Ungereimtheiten und Unsicherheiten im diagnostischen Bereich zu verdeutlichen. Um eine Diagnose stellen zu können, sollte man laut Henryk HOLOWENKO von „*Verhaltenssymptomen*“ (äußerliche Merkmale) auf einen medizinischen Zustand

⁵³ Vgl. VOSS 1983

⁵⁴ Zitiert nach BLECH 2003, S. 122

(innerkörperliche Vorgänge) schließen können.⁵⁵ Im Fall von „AD(H)S“ hat die WHO ein buntes Spektrum von Verhaltensweisen zu einem „Störungsbild“ zusammengestellt und Diagnosekriterien formuliert, die heute international eindeutig definiert sind (DSM-IV-R von 1987, ICD-10 von 1990). Als Richtschnur gelten in Deutschland, zumindest für die klinische Diagnose, die Kriterien des ICD-10. Gemäß internationaler Übereinkunft werden demnach 18 kindliche Verhaltensmerkmale beurteilt, die ein Vorhandensein oder Nichtvorhandensein des Phänomens klären sollen. Die Merkmale sind unterteilt in die Kategorien Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität - die sog. „klassischen Trias“.

Laut ICD-10 gilt

- Überaktivität bei drei von fünf,
- eine Aufmerksamkeitsstörung bei sechs von neun und
- eine Impulskontrollstörung bei einem von vier Anzeichen als existent (die Diagnosekriterien des DSM-IV und ICD-10 befinden sich im Anhang 3 und 4).

Für einen Befund ist es erforderlich, dass die Anzeichen seit mindestens sechs Monaten vorhanden sind und zwar in einem Ausmaß, das mit dem Altersniveau des Kindes unvereinbar ist. Einige der Merkmale sollten schon vor dem siebten Lebensjahr und unter mindestens zwei unterschiedlichen situativen Bedingungen, z.B. intern (zu Hause) und extern (Schule, Kindergarten, Sportverein etc.) beobachtbar sein. Hierbei müssen mehrere so stark ausgeprägt sein, dass sie zu einer deutlichen Verschlechterung der sozialen Beziehungen und schulischen Leistungen geführt haben. Es muss auszuschließen sein, dass die Verhaltensweisen Folge einer anderen Krankheit sind. Sowohl DSM-IV als auch ICD-10 weisen auf diese ergänzenden Kriterien hin.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die mit diesem Diagnoseschema angestrebte Einschätzung in keiner Weise ausreichend, geschweige denn treffsicher ist.⁵⁶ Trotzdem gibt es Psychologen und Ärzte, die gerade einmal 20 Minuten brauchen, um „AD(H)S“ aufgrund der genannten Kriterien zu diagnostizieren!⁵⁷ Andere wiederum unterziehen jedes „verdächtige“ Kind (und seine Eltern) einem

⁵⁵ Vgl. HOLOWENKO 1999

⁵⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

⁵⁷ Vgl. KÖHLER 2002

Untersuchungs- und Testmarathon von 10 bis 13 Stunden: „[...] *biographische Anamnese, Fragebögen zum Kind-Eltern-Schule-Komplex, ärztliche Basisdiagnostik (die ganze Laborpalette), neurologische Untersuchungen mit traditionellen und neuen bildgebenden Verfahren, Teilleistungs-, Motorik- und Koordinationstests, kognitive Tests, projektiv-tiefenpsychologische Tests ...*“⁵⁸.

An dieser Stelle ergibt sich die Frage, weshalb jegliche Versuche, für die bereits bestehende Diagnose „AD(H)S“ einen Test zu entwickeln, der die drei Hauptgütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) erfüllt, fehlschlagen. Begründungen hierfür gibt es einige.

Zunächst gilt es zu bemerken, dass Beschreibungen wie „*Hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird*“ oder „*Sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren*“ oder „*Platzen häufig mit der Antwort heraus*“⁵⁹ sehr schwammig wirken. Was meint denn *häufig*? Fünfmal, fünfzigmal ...? Welche Art von Aufmerksamkeit ist gemeint, wenn bei den betreffenden Kindern ein Aufmerksamkeits-Defizit diagnostiziert wird? Wo fängt Unaufmerksamkeit überhaupt an? Diese Fragen machen deutlich, dass Aufmerksamkeit kein objektiver Befund ist, sondern „[...] *eine konventions- und traditionsgebundene relative Einschätzung*“⁶⁰.

Wer hat das Recht und die Vollmacht zu entscheiden, ab welchem Alter und wie sorgfältig sich ein lebhaftes Kind seine Bewegungslust und Impulsivität versagen muss, um nicht als pathologisch eingestuft zu werden? Zu Recht fragt KÖHLER hierzu: „*Sind denn unsere diesbezüglichen konventionsgebundenen Maßstäbe gesund?*“⁶¹ Wenn nicht einmal Kinder bewegungsfreudig und impulsiv sein dürfen, wer darf es dann? - In Süditalien ist „AD(H)S“ praktisch unbekannt!⁶²

Obwohl die gleichen Beurteilungskriterien zugrunde liegen, offenbaren Studien, in denen es um die internationale Verbreitung des Phänomens geht, z.T. große Unterschiede (s.o.) - ein Beleg für die heterogene Wahrnehmung z.B. von Hyperaktivität in den einzelnen Ländern? Laut DEGRANDPRE spiegeln diese

⁵⁸ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 190

⁵⁹ Zitiert nach DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT 2000, S. 286-287

⁶⁰ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 193

⁶¹ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 193

⁶² Vgl. KÖHLER 2002

Abweichungen „[...] die Unmöglichkeit eine scharfe Grenze zu ziehen, zwischen denen, die für ‚krank‘ gehalten werden und den ‚Gesunden‘“⁶³.

Einen weiteren Aspekt spricht DEGRANDPRE in seinem Buch „Die Ritalingesellschaft“ an. Er kritisiert, dass sich die Diagnose nicht auf unabhängige medizinische Testverfahren stützt, sondern vielmehr auf eine Auswahl von Verhaltensmerkmalen, von denen sich nicht eines ausschließlich diesem Phänomen zuordnen lässt. Hyperaktivität sowie Unaufmerksamkeit können aufgrund ganz unterschiedlicher psychischer Probleme entstehen. Außerdem sind sie, wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert, zu einem gewissen Grad bei allen Kindern beobachtbar. Da die Merkmale einen Teil des normalen Verhaltensspektrums ausmachen, ist eine Diagnose erst dann gerechtfertigt, wenn mehrere von ihnen in Kombination und in erhöhter Intensität und Häufigkeit auftreten.⁶⁴ Unterm Strich fußt die Diagnose auf einem „[...] unpräzisen System, bei welchem es um die Häufigkeitsdichte von Verhaltensweisen geht, die ansonsten für normal angesehen werden“⁶⁵.

Ab welchem Häufigkeits-, Intensitäts- und Nachhaltigkeitsgrad sind normale Verhaltensweisen als pathologisch einzustufen? Manche Autoren beschreiben es als schwer, ich persönlich würde es als nahezu unmöglich bezeichnen, einen objektiven Maßstab zu finden. Da es keine Laborparameter gibt und die Entstehung des Phänomens ungeklärt ist, bleibt die Diagnose schlussendlich Ermessenssache. KÖHLER geht sogar noch einen Schritt weiter: „Eine Diagnose vor ungeklärtem Hintergrund ist per definitionem ein Konstrukt“⁶⁶.

Verwirrend erscheint die Tatsache, dass der Diagnoseschlüssel drei derart unterschiedliche Verhaltensmerkmale - Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität - für das gleiche Phänomen nebeneinander beinhaltet.

Die diagnostischen Kriterien werden Zug um Zug verallgemeinert, sodass immer mehr Menschen in das Raster passen.⁶⁷

Wie unbestimmt und schwer zu fassen der Begriff „AD(H)S“ ist, offenbart sich auch darin, dass sich sog. „AD(H)S-Kinder“ manchmal ruhig und konzentriert und sog. „normale“ Kinder auch mal „aufgedreht“ zeigen.

⁶³ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 80

⁶⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁶⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 78

⁶⁶ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 190

⁶⁷ Vgl. KÖHLER 2002

Da es allein die äußerlichen Verhaltensmerkmale sind, welche die Grundlage der Diagnose bilden, sind laut DEGRANDPRE Zweifel an der Existenz von „AD(H)S“ als einem fassbaren medizinischen Phänomen berechtigt. Das Anzweifeln von „AD(H)S“ als Krankheit heißt jedoch nicht, dass die beschriebenen Verhaltensweisen nicht bestehen.⁶⁸

⁶⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Resümee

Der Begriff „AD(H)S“ hat bis zum heutigen Zeitpunkt schon viele Umwandlungen und Neuerungen erfahren. Obwohl man sich auf internationaler Ebene schlussendlich auf den einheitlichen Terminus „AD(H)D“ (in Deutschland „AD(H)S“) geeinigt hat, kann man hinsichtlich der begrifflichen Klarheit von einem Desaster sprechen. Auch gegenwärtig kursieren alte Bezeichnungen wie z.B. „HKS“ oder „MCD“. Allen genannten Begriffen ist gemeinsam, dass sie Ursachen in den Vordergrund stellen, die als nicht bestätigt gelten. Das Verweisen auf eine Krankheit, das der Begriff „Syndrom“ mit sich bringt, bewerte ich als äußerst problematisch. Indem das Phänomen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin gelangt, erfolgt eine Stigmatisierung der Betroffenen als „krank“.

Ich schließe mich DEGRANDPRE an, wenn er sagt, dass man eine „[...] wesentliche Unterscheidung treffen [muss] zwischen AD[H]S als Begriff für eine Reihe von Symptomen [Verhaltensweisen], deren Ursache unbekannt ist, und AD[H]S als Ursache und Erklärung dieser Symptome [Verhaltensweisen]. Die erste Auffassung ist unbestreitbar, die zweite nicht“⁶⁹.

Studien und entsprechende Angaben in Fachbüchern machen deutlich, dass die Zahl der angeblich betroffenen Kinder schwindelerregende Höhen erreicht hat und das Phänomen sich rasant zu verbreiten scheint - mit steigender Tendenz. Man fragt sich, wie es zu solch gewaltigen Zahlen kommt. Haben wir eine Epidemie zu befürchten? Die unterschiedlichen Häufigkeitsangaben einzelner Länder veranlassen mich zu fragen, worauf sie zurückzuführen sind. Nennenswert finde ich in diesem Zusammenhang, dass die Führungsnation der „AD(H)S-Diagnosen“ USA eine „verlockende“ Aufwandsentschädigung von 400 Dollar pro Schüler und Jahr eingeführt hat. Nach Einführung dieses „Erziehungsgeldes“ stieg der Anteil von Kindern mit „AD(H)S“ an den Behinderten von fünf Prozent im Jahr 1989 auf 25 Prozent im Jahr 1995.⁷⁰

„AD(H)S“ dient als Oberbegriff für ein breites Spektrum von Verhaltensweisen, die zwar bei allen Kindern und Jugendlichen zu finden sind, bei einigen allerdings in veränderter Intensität und Häufigkeit auftreten. Gemeinsam ist ihnen, dass sie mehr oder weniger mit den sog. „klassischen Trias“ Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität zu tun haben.

⁶⁹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 54-55

⁷⁰ Vgl. JANTZEN 2001

Durch die pathogenetische Sichtweise hat sich in Fach- und Laienkreisen die Angewohnheit eingeschlichen, betreffende Kinder als „gestört“ zu bezeichnen. Aber wäre es nicht treffender zu sagen, dass wir uns durch das Verhalten der Kinder gestört fühlen? Und könnte es nicht auch sein, dass die Kinder sich selber auch gestört fühlen (bei oder von irgendetwas) und sich deshalb so verhalten? Vielleicht ist es für sie die sinnvollste Art und Weise sich in ihrer derzeitigen Situation zu verhalten? Auch wenn es für uns unangenehm ist, könnte es dennoch ein Kommunikationsversuch, eine Botschaft sein. Und sollten wir darauf mit einer kleinen weißen Tablette antworten?

KÖHLER berichtet von Kindern, die er in seiner Praxis in einem desolaten Zustand antrifft, allerdings *„[...] nicht krankheitshalber, sondern weil sie sich unverstanden, abgelehnt, ausgegrenzt, qualvoll eingeengt und schuldig (!) fühlen und allmählich selbst zu glauben beginnen, sie litten unter einem Hirndefekt. (Originalton: ‚Hat dir deine Mami schon gesagt, dass bei dir im Kopf was nicht richtig ist?‘)“*⁷¹. Es ist nicht verwunderlich, dass Kinder aufgrund solcher Erfahrungen Sekundärererscheinungen wie ein niedriges Selbstbewusstsein, Angstzustände u.ä. entwickeln.

Bedenkenswert finde ich auch, dass die Verhaltensweisen erst bei Schulbeginn zum Vorschein kommen.

Über die diagnostischen Methoden muss man sagen, dass es sie nicht gibt. HÜTHER beschreibt die Situation in treffender Weise: *„Man arbeitet mit einer standardisierten Checkliste, und wenn der nötige Punktwert erreicht ist, wird die Störung als „AD(H)S“ definiert“*⁷². „AD(H)S“ ist also eine medizinische Diagnose aber momentan durch keinen medizinischen Test nachzuweisen. Die Leitlinien der Diagnosekriterien sind (weil es nichts anderes gibt) sehr stark an äußeren Verhaltensmerkmalen orientiert, was „symptomorientierte“ Behandlungsstrategien provoziert. Die individuelle Motivation für das Verhalten des Kindes bleibt bei dieser Art von Diagnose ausgeklammert. *„Das ist das zwangsläufige Vorgehen einer Medizin, die sich in erster Linie für die Heilung von Krankheiten zuständig fühlt und es nicht als ihre vorrangige Aufgabe betrachtet, die Entstehung dieser Krankheiten zu verhindern“*⁷³. Davon einmal

⁷¹ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 20

⁷² Zitiert nach HÜTHER, In: KÖHLER 2002, S. 100

⁷³ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 102

abgesehen ist das Stellen einer Diagnose „[...] immer ein negativer und festschreibender Akt, sie weist auf einen Mangel hin und bringt den Patienten in die Defensive“⁷⁴. Aus diesem Grunde bin ich der Ansicht, dass wir Abstand davon nehmen müssen, auf „Biegen und Brechen“ für alles einen Namen und eine Diagnose zu finden.

Mangels stichhaltiger Laborparameter und aufgrund der Tatsache, dass Unaufmerksamkeit und Bewegungsunruhe sehr unterschiedliche Gründe haben können, meinen nun viele, Qualität durch Quantität ersetzen zu können und betreiben einen riesigen diagnostischen Aufwand nach dem „Bausteine-Prinzip“ - so viele diagnostische Verfahren wie möglich. Die Tatsache, dass niemand bis heute weiß was „AD(H)S“ eigentlich ist und woher es kommt, wird durch solchen Aktionismus nicht außer Kraft gesetzt.⁷⁵ „Die Akkumulation von Daten erhöht nicht deren Aussagekraft“⁷⁶. Das Alarmierende und Skandalöse an der ganzen Situation ist die häufige Verordnung von Ritalin aufgrund dieser Diagnosen.

⁷⁴ Zitiert nach ALY/ALY/TUMMLER 1981, S. 29

⁷⁵ Vgl. KÖHLER 2002

⁷⁶ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 190

3 Bisherige Erklärungsversuche

Es hat in der Vergangenheit die unterschiedlichsten Erklärungsansätze für das Phänomen „AD(H)S“ gegeben, von denen sich jedoch nur die wenigsten in ihrer anfänglichen Form halten konnten. Ich möchte in diesem Kapitel einen kurzen Überblick über die verschiedenen Ansätze und Theorien geben und auf die im Moment populärste Hypothese ausführlicher eingehen.

Während man sich inzwischen auf einen einheitlichen Namen einigen konnte, wird unter Ärzten, Therapeuten und Eltern bis heute munter um die Herkunft des Phänomens gestritten. Als verursachend wurden bislang Fehler in der Erziehung, Unwilligkeit des Kindes, stetige Reizüberflutung, Medienkonsum, Schädigung des Zentralnervensystems im Mutterleib durch Alkohol, Drogen und Nikotin, Frühgeburt, Wehen hemmende Mittel, alleinerziehende Mütter, keine festen Grenzen in der Gesellschaft u.a. befunden, um nur einige zu nennen.⁷⁷ Ferner wird in manchen Kreisen angenommen, das Phänomen sei entweder überdiagnostiziert oder eine Anpassungsreaktion auf unsere hektische Gesellschaft.⁷⁸

Auch die inzwischen veraltete Annahme der Mainzer Apothekerin Hertha HAFER sorgte in Deutschland für Furore. Vor drei Jahrzehnten stellte sie die Behauptung auf, dass ein gängiger Bestandteil der Lebensmittel - übrigens auch unseres Körpers - die Ursache für die Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität sei: Phosphat. Kurzzeitig schien die Lösung des Problems greifbar zu sein. Der von ihr aufgestellten Theorie der „Phosphat-Allergie“ schenkten Tausende Glauben. Obwohl die Wissenschaft diese mehrfach nicht bestätigte, hat sie in keiner Weise an Popularität verloren. HAFERS Buch zu diesem Thema befindet sich derzeit in der sechsten Auflage.⁷⁹

Eine andere Theorie stammt von dem amerikanischen Psychotherapeuten Tom HARTMANN. Er vermutet hinter dem Phänomen „AD(H)S“ eine kreative Anpassungsreaktion. Überaktive und unaufmerksame Kinder, die von den frühen „Jägern“ abstammen, fänden seiner Meinung nach in unserer von „sesshaften Farmern“ geprägten Kultur nicht die entsprechende ökologische Nische.⁸⁰

⁷⁷ Vgl. DEILMANN 2003, NIMTZ-KÖSTER 1999, BLECH 2003

⁷⁸ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

⁷⁹ Vgl. BLECH 2003, HARTMANN 1987

⁸⁰ Vgl. FITZNER/STARK 2000, REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002, SCHIFFER 2002

„AD(H)S“ wird nach dieser Theorie nicht als „Krankheit“, sondern als eine in der Evolution begründete und in der menschlichen Bevölkerung vorhandene Kompetenzstruktur zu erklären versucht.

Nachdem man Abstand davon genommen hatte, schlechte Erziehung für die auffallenden Verhaltensweisen verantwortlich zu machen, konzentrierte man sich auf die Theorie einer erworbenen *strukturellen* Hirnschädigung (z.B. durch Sauerstoffmangel bei der Geburt oder Folge einer Enzephalitis), da bei betroffenen Kindern oft Bewegungsunruhe und Unaufmerksamkeit beobachtet werden konnten. Mitte der 80er Jahre jedoch gab es viele Kinder, die keinerlei Anzeichen für Hirnverletzungen oder Hirngewebschädigungen aufwiesen, sich aber dennoch überaktiv, unaufmerksam und impulsiv zeigten. Aus diesem Grund stellte die Forschung vermeintlich angeborene *funktionelle* Störungen in den Vordergrund. Man war der Ansicht, dass es sich, wenn die Verhaltensweisen nicht erworben waren (Erziehungsfehler, Hirnverletzung), um ein angeborenes „Defizit“ handeln müsse. Somit verlor die Theorie von der „Frühkindlichen Hirnschädigung“, mit der sich übrigens auch die Ritalin-Wirkung (s. Kapitel 4) nicht erklären ließ, ihre Gültigkeit.⁸¹

Mit Hilfe sog. bildgebender Verfahren wie der Kernspin- und der Positron-Emissions-Tomographie (PET) wollen Wissenschaftler festgestellt haben, „[...] dass die Gehirnareale, die Aufmerksamkeit und Wahrnehmung steuern, bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom deutlich schlechter ausgebildet sind als gewöhnlich“⁸². Eine Untersuchung am US-amerikanischen National Institute of Mental Health in Bethesda soll gezeigt haben, dass davon u.a. das Frontalhirn betroffen ist. „Diese Region hilft, Verhalten zu planen, sich zu konzentrieren und auch dabei, eine Vorstellung von Zeit zu entwickeln“⁸³.

Die derzeit populärste Theorie ist die aus der Dopamin freisetzenden Wirkung von Amphetaminen abgeleitete „Dopaminmangelhypothese“. Die positive Wirkung dieser Stoffe (s. Kapitel 4) lässt einige Wissenschaftler annehmen, im Gehirn betroffener Kinder werde wahrscheinlich zu wenig Dopamin freigesetzt. Dopamin ist ein Botenstoff des Gehirns, ein sog. Neurotransmitter, der es Nervenzellen ermöglicht, Informationen chemisch weiterzuleiten. Diese

⁸¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002, KÖHLER 2002

⁸² Zitiert nach DEILMANN 2003, S. 2

⁸³ Zitiert nach DEILMANN 2003, S. 2

Vermutung wurde durch Untersuchungen an Tiermodellen und Zellkulturen überprüft, teils modifiziert, teils erweitert aber vom Grundgedanken her doch als zutreffend erachtet.⁸⁴ Zudem soll es Hinweise auf einen gestörten Serotonin-Haushalt geben.⁸⁵

Mit dem Modell des „Dopamindefizits“ glaubt man nun endlich *die* Ursache gefunden zu haben.

Diese Hypothese kann zwar die Wirkung des Medikaments erklären, nicht aber die Gründe für die verminderte Dopaminausschüttung im Gehirn. Allein die Tatsache, dass das Medikament wirkt, kann kein Beweis für einen „Dopaminmangel“ sein. DEGRANDPRE bemerkt dazu in treffender Weise, dass Aspirin zwar gegen Kopfschmerzen helfe, aber die Ursache der Kopfschmerzen kein Aspirinmangel sei.⁸⁶ Auch auf die Frage, wie es zu dieser unzureichenden dopaminergen Aktivität komme, hat die Wissenschaft eine Erklärung. Sie vermutet als letztlich „biologische“ Ursache des „Dopaminmangels“ einen genetischen Defekt eines Dopaminrezeptor- oder Dopamin-Transportergens. Diese genetisch bedingte Veranlagung für die spätere Ausbildung von „AD(H)S“ sei erblich. Erst in unserer heutigen Zeit, so argumentiert man weiter, hätten Kinder mit dieser Veranlagung ein Problem, das sich in einer Verhaltensstörung äußere. Im selben Atemzug wird aber bestritten, „[...] *dass es sich bei der Entstehung von AD(H)S um ein vom sozialen und kulturellen Kontext abhängiges Phänomen handle*“⁸⁷.

Da man aber (noch) nicht fähig sei, diesen „Dopaminmangel“ zu beheben, so wird weiter begründet, gebe es keine bessere Möglichkeit als die mangelnde Dopaminausschüttung durch Verabreichung eines Medikaments zu kompensieren, das die Ausschüttung von Dopamin stimuliert und seine Resorption hemmt. Der Stoff, der genau das bewirken kann, heißt Methylphenidat, eines der entsprechenden Präparate nennt sich Ritalin.⁸⁸

Eine Forschungsgruppe der Universität Georgia/USA befasste sich prüfend mit diesen neuroanatomischen, neurochemischen und neurophysiologischen Theorien und Studien. Sie fand heraus, dass „[...] *obwohl es Hinweise auf neurologische*

⁸⁴ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

⁸⁵ Vgl. DEILMANN 2003

⁸⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁸⁷ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 22

⁸⁸ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

*Unterschiede bei Kindern mit AD(H)S gibt, die Tragweite und der genaue Mechanismus nicht bekannt ist*⁸⁹. Weiterhin empfahl man, das Phänomen doch besser als eine Häufung von Verhaltensweisen zu betrachten, die alle auf Psychostimulanzien ansprechen und - müsste man meiner Meinung nach hinzufügen - deren Ursache unbekannt ist.⁹⁰

Im Jahr 1999 sorgten in den Medien zwei Untersuchungen für Aufregung. Es wurde über bildgebende Verfahren der Hirnscan-Technologie berichtet, mit denen man angeblich „AD(H)S“ bei Kindern diagnostizieren könnte. Im Nachhinein musste man sich jedoch eingestehen, dass *„[...] diese Techniken in keiner Weise zu irgendeinem quasibiologischen Nachweis von AD[H]S führen können*⁹¹ und daher nicht verlässlicher sind als die klassischen, auf Verhalten beruhenden Tests. Die Scans zeigen lediglich die *„[...] physiologische Innenseite dessen, was man äußerlich wahrnimmt und als gestört einstufen kann - oder eben nicht*⁹². So kann der hirnpfysiologische Prozess, der z.B. mit einem hyperaktiven Verhalten einhergeht, von denselben Erlebnissen verursacht worden sein, die zur Hyperaktivität selber geführt haben.⁹³ *„Schließlich ist jedes Verhalten mit physiologischen Prozessen verbunden, gleichgültig, wovon es letztlich selber verursacht wurde*⁹⁴. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wird laut DEGRANDPRE der grobe Fehler der biologischen Psychiatrie vermieden, die behauptet, *„[...] dass Unterschiede im Hirnprozess die Ursache für die beobachteten Verhaltensweisen seien*⁹⁵.

Trotz der zahlreich aufgestellten Hypothesen ist also immer noch unklar, weshalb manche Kinder die beschriebenen Verhaltensweisen aufzeigen und andere wiederum nicht. Der Forschung ist es bis heute nicht gelungen, eine organische Ursache für die als „AD(H)S“ bezeichneten Verhaltensmerkmale nachzuweisen! Das einzige, was sich in mehreren Jahrzehnten verändert hat ist, dass wir inzwischen nicht mehr von einem „Hirnschaden“ sprechen, sondern von einem „neurochemischen Ungleichgewicht“.⁹⁶

⁸⁹ Zitiert nach REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002, S. 38

⁹⁰ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

⁹¹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 10

⁹² Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 111

⁹³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁹⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 56

⁹⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 56

⁹⁶ Vgl. KÖHLER 2002

Resümee

Schenkt man den zahlreichen pathogenetisch orientierten Veröffentlichungen zum Thema „AD(H)S“ Glauben, so stellt sich der heutige Wissensstand nach vielen Jahren intensiven Forschens in etwa so dar: Viele Menschen leiden an einer neurologischen Störung, die Dank der großen wissenschaftlichen Fortschritte in den letzten 50 Jahren nun endlich definiert, diagnostiziert und auch erfolgreich behandelt werden kann. So soll die Effizienz von Ritalin - „[...] die meisten Menschen zeigen eine unmittelbare Reaktion auf die Einnahme des Medikaments [...]“⁹⁷ - die Existenz des Phänomens und seine organische Ursache beweisen. „AD(H)S“ soll für die Betroffenen, vergleichbar einer Diabetes, eine lebenslange Behinderung darstellen, die eine fortwährende Medikation und besondere Betreuung erfordert.⁹⁸ Die Tendenz „AD(H)S“ mit einer Stoffwechselstörung im Gehirn, Abnormitäten in der Größe bestimmter Hirnstrukturen oder einer Störung der Frontallappen in Verbindung zu bringen, ist seit einigen Jahren im Vormarsch und hat sich auf sehr hartnäckige Weise manifestiert.⁹⁹

Fakt ist jedoch, dass trotz erfolgreicher Anstrengungen der APA, „AD(H)S“ als anerkannte Funktionsstörung des Gehirns zu definieren sowie drei Jahrzehnten Suche nach biologischen Ursachen ein substantieller Beweis für diese Behauptungen aussteht. Die fortdauernde medizinische Forschung hat nicht mehr aufzeigen können, „[...] als die unerschütterliche Neigung, Probleme von Kindern medizinisch zu erklären“¹⁰⁰.

Anstatt medizinische Beweise für den biologischen Ursprung des „AD(H)S“ zu erbringen, beruft sich die medizinische Lobby auf die einzigartige und „paradoxe“ Wirkung von Psychostimulanzien bei „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern. Weil man glaubt, stimulierende Medikamente können normalerweise nicht Hyperaktivität abbauen oder Konzentration steigern, geht man davon aus, dass die Wirkung der Medikamente die Existenz einer biologischen Störung beweist. Da die Gabe von Methylphenidat bei „Nicht-AD(H)S-Kindern“ den gleichen Effekt hat, ist es jedoch vollkommen absurd, dies als Nachweis für die Existenz einer Hirnstörung aufzuführen.¹⁰¹

⁹⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 88

⁹⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁹⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹⁰⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 88

¹⁰¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Hatte Astrid LINDGRENS Michel aus Lönneberga seinen Kopf immer voller Streiche, weil er an einem Dopaminmangel litt? Schien Michael ENDES Momo nur deshalb mehr in der Phantasie als in der Wirklichkeit zu leben, da bei ihr „[...] *der Aufnahmefilter für die Informationen und das Teamwork in der Verarbeitungszentrale Gehirn* [...]“¹⁰² nicht optimal funktionierten? Diese Vorstellungen sollten bedenklich erscheinen. Erschreckend finde ich in diesem Zusammenhang auch die Sprache, mit der in manchen Büchern die angeblichen Vorgänge in den Gehirnen von Kindern beschrieben werden. So wird in einem sehr bekannten Buch zum Thema „AD(H)S“ das Kind z.B. mit einem Rennwagen verglichen, dessen „[...] *Motor so strapaziert [ist], dass er nur noch bockt und oft stehen bleibt*“¹⁰³.

Bemerkenswert an diesen Erklärungsversuchen ist laut DEGRANDPRE „[...] *weniger das fortgesetzte Versagen im Auffinden einer biologischen Ursache, sondern die Hartnäckigkeit, mit der diese Forschungsrichtung weiterverfolgt wird*“¹⁰⁴.

KÖHLER hat nicht ganz unrecht, wenn er dem was sich im Moment bei uns abspielt „*Züge einer Manie (Besessenheit)*“¹⁰⁵ zuschreibt. Solche „[...] *kollektiven Besessenheiten in der Wissenschaft haben den Vorteil, dass auf Teilgebieten sehr fleißig gearbeitet und massenhaft empirisches Material zusammengetragen wird*“¹⁰⁶. Der Nachteil daran sei allerdings, dass die Wissenschaftler nur noch innerhalb dieses Bereiches und nicht darüber nach- und hinausdenken würden.

Sowohl bei der Phosphat-Hypothese als auch bei der im Moment favorisierten genetisch begründeten Störung im Transmitterstoffwechsel wird das Problem als eine isoliert zu betrachtende, biologische Verursachung im Kind lokalisiert. Psychosoziale Momente spielen offenbar keine Rolle. Dahinter scheint der Gedanke zu stehen, „[...] *dass eine Stoffwechselstörung, die mit einer Diät oder einem Medikament behandelbar ist, in ihrer vielleicht genetischen Begründung psychosozial nicht beeinflussbar und damit auch nicht entsprechend zu verantworten ist*“¹⁰⁷.

¹⁰² Zitiert nach AUST-CLAUS/HAMMER 2000, S. 109

¹⁰³ Zitiert nach AUST-CLAUS/HAMMER 2000, S. 167

¹⁰⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 88

¹⁰⁵ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 33

¹⁰⁶ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 33

¹⁰⁷ Zitiert nach SCHIFFER 2002, S. 18

Gespeist durch den starken Einfluss der psychiatrischen Lobby und Pharmaindustrie, spiegelt das Phänomen „AD(H)S“ laut Eckhard SCHIFFER das wachsende Vorurteil unserer Kultur, Persönlichkeit und Verhaltenseigenschaften seien angeboren. Vordergründig hat dieses eine Entlastung der Eltern zur Folge, führt aber auch zu einem „Weiter so“ in unserem Lebensstil.¹⁰⁸

An dieser Stelle drängt sich mir die Frage auf, warum bei einem genetisch bedingten Phänomen das ganze Ausmaß erst jetzt deutlich wird. Auch SCHIFFER bemerkt hierzu, dass bei Problemen genetischer Natur ein *„[...] Wandel der gesellschaftlichen Bedingungen nichts an ihrer Größe, Häufigkeit und Entwicklung ändern [sollte]“*¹⁰⁹. Meiner Meinung nach ein durchaus berechtigter Einwand.

Indem die Medizin jedes dauerhafte oder anhaltende Verhaltensmerkmal als *„Folge einer singulären, inneren biologischen Ursache“*¹¹⁰ betrachtet, wird eine andere Perspektive überschattet, die in der Psychologie noch immer vorherrscht - die Entwicklungsperspektive. Diese geht davon aus, *„[...] dass über relativ lange Zeiträume Lebensereignisse dem Kind dauerhafte psychologische Strukturen einprägen, die sich gegen Veränderungen als widerstandsfähig erweisen können (Persönlichkeit, Sprachbeherrschung u.a.)“*¹¹¹. Dieser Annahme zufolge schlagen sich *„[...] familiäre, soziale und kulturelle Probleme [...] oft in psychischen Störungen nieder [...]“*¹¹².

In einer Konzeption, die eine Betrachtung von „AD(H)S“ als Entwicklungsstörung zulässt, sieht DEGRANDPRE den Vorteil, dass sie, im Gegensatz zu der biologisch-reduktionistischen Erklärung, die gesellschaftlichen Entwicklungen berücksichtigen kann. Somit ist sie in der Lage, Veränderungen im Vorherrschen bestimmter psychologischer Probleme wie z.B. Kriminalität, Drogenmissbrauch oder Selbstmord in der momentanen Gesellschaft zu erklären. Mit einer biologischen „Erkrankung“ lassen sich solche Veränderungen nicht erklären, weil sich dafür unsere genetische Ausstattung innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes signifikant verändert haben müsste.¹¹³

¹⁰⁸ Vgl. SCHIFFER 2002

¹⁰⁹ Zitiert nach SCHIFFER 2002, S. 111

¹¹⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 57

¹¹¹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 55

¹¹² Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 57

¹¹³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Als positiv bewerte ich an diesem Modell die Abwendung davon, die Ursache („Defizit“) im Kind zu suchen. Ein negativer Beigeschmack entsteht jedoch, weil die Konzeption davon ausgeht, dass das Kind (Objekt) „geprägt“ wird. Es verliert die Verantwortung als sinnvoll handelndes Subjekt. So kann meiner Ansicht nach die Frage, ob die Gene oder die Gesellschaft den Menschen formen hier nicht genügen. Sie müsste um den Aspekt „das Kind als Akteur seiner eigenen Entwicklung“ ergänzt werden (s. Kapitel 6.6).

Die Festlegung des medizinischen Berufsstandes auf den biologischen Ursprung des Phänomens „AD(H)S“, obwohl es dafür nicht den geringsten Beweis gibt, widerspricht laut DEGRANDPRE einem wesentlichen Grundsatz der wissenschaftlichen Überzeugung. Dieser beinhaltet, dass wir während des Forschens nach einer Begründung „[...] *neutral genug bleiben müssen, um alle Möglichkeiten zu erwägen*“¹¹⁴. Eine alternative Möglichkeit könnte es DEGRANDPRE zufolge z.B. sein, dass die Mehrzahl der Menschen, bei denen „AD(H)S“ diagnostiziert wurde, an einer „Entwicklungsstörung“ leidet.¹¹⁵

Beim Recherchieren zu diesem Thema habe ich mich oft gefragt, warum die Medizin so beharrlich auf einer biologischen Erklärung besteht. Eine mögliche Antwort darauf fand ich in DEGRANDPRES Buch „Die Ritalingesellschaft“: In ihrer Ausbildung würden Schulmediziner vordringlich nur lernen, nach den direkten physischen Ursachen einer Krankheit zu suchen. Die Verschreibung psychoaktiver Medikamente sei eine Behandlungsart, die auf schnelle, kurzfristige Lösungen abziele aber alle eventuell „[...] *zugrunde liegenden entwicklungsbedingten und kulturellen Ursachen* [...]“¹¹⁶ ignoriere. Nach DEGRANDPRE ist es an der Zeit zu erkennen, „[...] *dass es die dramatischen kulturellen Veränderungen unserer Lebensweise sind, und nicht Änderungen in der humanen Biologie, mit denen die Zunahme von ADS zu tun hat*“¹¹⁷.

Obwohl die Wissenschaft dank der neuen bildgebenden Verfahren, die das menschliche Gehirn in Aktion zeigen können, schon frohlockt - „*Vielleicht gibt es schon bald genetische Tests dafür und dann auch Psychopharmaka, die*

¹¹⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 89

¹¹⁵ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹¹⁶ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 60

¹¹⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 60

*hyperaktiven Kindern noch gezielter helfen*¹¹⁸ - wird die hirnorganisch-medizinische Sichtweise in letzter Zeit immer öfter massiv in Frage gestellt.

Über all diese Theorien könnte man - meiner Meinung nach - gelassen debattieren, wäre da nicht eine beunruhigende Entwicklung zu konstatieren: Die Zahl der Kinder, die mit den bewusstseinsverändernden Präparaten Ritalin, Medikinet u.ä. (Wirkstoff Methylphenidat) medikamentiert werden, steigt dramatisch und die Behandlung beginnt in immer früherem Alter.

¹¹⁸ Zitiert nach BARKLEY 1999, S. 36

4 Die medikamentöse Behandlung von auffälligen Verhaltensweisen

*„Man wird so genormt, dass man nichts anderes tun kann,
als was man tun soll. [...] Sollte sich durch einen unglücklichen Zufall wirklich einmal etwas
Unangenehmes ereignen, nun denn, dann gibt es Soma [...] Immer ist Soma zur Hand, um Ärger zu besänftigen...“*

Aldous Huxley

Dieses Zitat aus Aldous HUXLEYS „Schöne Neue Welt“ weist meiner Meinung nach anschaulich auf einen Trend hin, der zur Zeit der Erscheinung dieses Buches noch Fiktion war, heute aber in erschreckender Weise Wirklichkeit geworden ist. Es handelt sich dabei um den erkennbaren Wandel der Reaktionen auf „störende“, „eigensinnige“ oder allgemein „unerwünschte“ Verhaltensweisen. Schon immer wurden diese in Schule, Familie oder anderen gesellschaftlichen Institutionen bestraft. Der wahrnehmbare Wechsel von Formen physischer zu Methoden psychischer Bestrafung ist laut VOSS nur ein subtilerer Typ der Auseinandersetzung mit abweichenden Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen. *„Statt mit Schlägen zu bestrafen, auf Erbsen knien zu lassen, in dunkle Kammern einzusperren, einen Satz 150-mal abschreiben zu lassen etc. reagieren die Erwachsenen heute mit Liebesentzug, Ironie, Schuldzuweisungen und Erniedrigung als Bestrafung [...]“*¹¹⁹. Die gegenwärtige pharmakologische Disziplinierung mit psychoaktiven Medikamenten sei nur eine Fortsetzung der Tradition und charakterisiere einen weiteren Wandel, nämlich *„[...] den Wandel von der mechanischen zur chemischen Behandlung des ‚Eigensinns‘ von Kindern“*¹²⁰. So würden die Auszüge aus einem Merkblatt zur Behandlung hyperaktiver Kinder mit Psychopharmaka deutlich auf das Behandlungsziel

¹¹⁹ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 53

¹²⁰ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 53

hinweisen: „Die Anpassung des Kindes an eine von Erwachsenen definierte Normalität“¹²¹.

Ich möchte mich in diesem Kapitel mit den vielen Facetten der medikamentösen Behandlung von auffallenden kindlichen Verhaltensweisen auseinandersetzen. Dabei werde ich sowohl die geschichtliche Entwicklung bis heute, die Verschreibungspraxis, die Wirkweise einschließlich Nebenwirkungen als auch den Missbrauch von Ritalin und vergleichbaren Medikamenten thematisieren.

4.1 Geschichtliches

Die Behandlung auffälliger Verhaltensweisen mit Stimulanzien ist ein „Importschlager“ aus den USA, wo sie seit Ende der 30er Jahre praktiziert wird. Damals berichtete der amerikanische Kinderpsychiater C. BRADLEY, Leiter des Emma-Pendleton-Bradley-Home in Rhode Island, erstmals über die positive Wirkung von Stimulanzien. Er hatte die Erfahrung gemacht, dass das unruhige, unkonzentrierte und impulsive Verhalten der Kinder durch die Gabe des damals gängigen Beruhigungsmittels nur noch verstärkt wurde. Aus diesem Grund beschloss er den umgekehrten Weg zu gehen und versuchte es mit dem damals zur Verfügung stehenden Stimulans Benzedrin, dessen Wirkung schon 1935 entdeckt worden war. Er machte die erstaunliche Feststellung, dass die mit dem stimulierenden Mittel behandelten Kinder ruhiger, konzentrierter und weniger impulsiv wurden. Diese Erfahrungen wurden von ihm 1937 im „American Journal of Psychiatry“ erstmals veröffentlicht.¹²²

Heute ist das unter dem Markennamen Ritalin auf den Markt gebrachte Medikament Methylphenidat-Hydrochlorid das Mittel der Wahl um Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität zu behandeln.¹²³

Was heute milliardenschwere Umsätze verspricht, fing mit einem Zufallsfund im Labor an. Der bei der Firma Ciba¹²⁴ beschäftigte Chemiker PANIZZON synthetisierte im Jahre 1944 die Substanz Methylphenidat und testete sie im Selbstversuch. Der blieb ohne Erfolg. Auch seine Frau Marguerite, von ihm

¹²¹ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 54

¹²² Vgl. SCHIFFER 2002

¹²³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹²⁴ Ciba-Geigy schloss sich 1996 mit Sandoz zu Novartis, dem heutigen Ritalin Hersteller zusammen

liebevoll Rita genannt, kostete von dem Mittel und bemerkte einen anregenden Effekt. Von da an nahm sie den Stoff dann und wann vor dem Tennisspielen zu sich, weshalb PANIZZON das Mittel nach ihr benannte: „Ritalin“. Das Medikament wurde vorerst nur Erwachsenen verschrieben, um Müdigkeit, Depressionen und Altersverwirrungen zu behandeln.¹²⁵

Erst einige Jahre später, 1961, ließ die „Food and Drug Administration“ (FDA) den Einsatz von Ritalin bei Kindern und Jugendlichen zu, womit die medikamentöse Behandlung auffälliger Verhaltensweisen in großem Umfang einsetzte.¹²⁶ Zeitungen berichteten über das vermeintliche Wundermittel und die Zahl der Verschreibungen stieg weiter an, obwohl eigentlich noch vollkommen unklar war, wogegen man die „Kinderpillen“ eigentlich verschrieb. Das Krankheitsbild, das Ritalin so berühmt und berüchtigt machen sollte, war zu diesem Zeitpunkt noch nicht gefunden.¹²⁷ Aber dieses „[...] Dilemma der fehlenden Indikation wurde von amerikanischen Ärzten Ende der 60er Jahre mit einem Trick gelöst, dessen Folgen bis heute nachwirken: Die Medikamente selbst könne man doch benutzen, so die Wissenschaftler, um das Kranksein der Kinder zu diagnostizieren: Wer sein Verhalten ändert, nachdem er die Mittel geschluckt hat, der ist krank. Umgekehrt sind jene Kinder gesund, die nicht auf die Substanz ansprechen“¹²⁸. An dieser Stelle möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass Ritalin bei fast allen Kindern, auch bei nicht „AD(H)S“ diagnostizierten, dieselben Reaktionen hervorruft. Haben also alle Kinder „AD(H)S“?

„Und so waren es die medizinischen Institutionen, die über die Beschreibung eines neuen Krankheitsbildes [...] der Pharmaindustrie den Weg zu einem neuen Markt eröffneten“¹²⁹.

In Deutschland setzte mit Beginn der 70er Jahre eine intensive Werbekampagne für die Behandlung auffälliger kindlicher Verhaltensweisen mit Psychopharmaka ein, die erst durch das Betäubungsmittelgesetz aus dem Jahre 1978 reduziert werden konnte. Obgleich sich führende Mediziner in den 80er Jahren mit der medikamentösen Behandlung kindlicher Auffälligkeiten differenziert auseinandersetzen, belegt die heutige Verschreibungspraxis (s. Kapitel 2.2), „[...] dass die

¹²⁵ Vgl. BLECH 2003

¹²⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002, VOSS 1983

¹²⁷ Vgl. BLECH 2003

¹²⁸ Zitiert nach BLECH 2003, S. 115

¹²⁹ Zitiert nach VOSS 2000, S. 64

Melodie dieses letzten Hits aus den USA in den Ohren vieler Ärzte noch nicht verklungen ist“¹³⁰. In Deutschland werden heute ca. 25 Prozent und in den USA schon ca. 80 Prozent der „AD(H)S-Kinder“ medikamentös behandelt; die Tendenz ist steigend!¹³¹ DEGRANDPRE heißt uns willkommen in der „Ritalingesellschaft“.

4.2 Zur Verschreibungspraxis

Im Vergleich zu dem freizügigen amerikanischen Umgang hielten sich deutsche Ärzte bei der Verschreibung von Ritalin bisher eher zurück. Doch gegenwärtig ist auch in Deutschland eine regelrecht inflationäre Verschreibungspraxis zu beobachten.¹³² Aufgrund dieses rapiden Anstiegs und den stark voneinander abweichenden Zahlen der Verschreibungen in den verschiedenen Bundesländern im Jahr 2000, veranlasste die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marion CASPERS-MERK (SPD) eine Untersuchung. In 200 sog. Referenzapotheken ließ sie sämtliche Methylphenidat Rezepte auswerten. Das Ergebnis dieser Untersuchung belegt, dass jedes dritte (!) Rezept „[...] nicht von einem Kinderarzt oder -psychiater, sondern von Laborärzten, Radiologen, Hals-Nasen-Ohrenärzten, Gynäkologen - in einem Fall sogar von einem Zahnarzt [...]“¹³³ - ausgestellt wurde.

Als Amphetamin fällt die Substanz Methylphenidat in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz. Sie darf nur nach denselben restriktiven Regeln wie etwa Morphinum verschrieben werden, d.h. mit dreifach ausgestelltem Rezept und der Verpflichtung, die Verordnung zehn Jahre lang aufzubewahren.¹³⁴

Obleich der Beipackzettel der Firma Novartis (Ritalin-Hersteller) eine Medikation bei Kindern unter sechs Jahren ausdrücklich untersagt, wird Ritalin derzeit bereits einjährigen Kindern verabreicht. Das National Institut of Mental Health, finanziert gegenwärtig eine Studie mit mehr als 300 Kindergartenkindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren. Unter wissenschaftlicher Aufsicht soll

¹³⁰ Zitiert nach VOSS 2000, S. 65

¹³¹ Vgl. SCHIFFER 2002

¹³² Vgl. BLECH/THIMM 2002

¹³³ Zitiert nach BLECH 2003, S. 121

¹³⁴ Vgl. BLECH 2003

ihnen drei Jahre lang Methylphenidat verabreicht werden.¹³⁵ Hierbei wird offensichtlich ignoriert, dass Ritalin kein Spezialmedikament für Kinder ist, sondern ein ganz gewöhnliches Stimulans, das in keiner Weise für seinen heutigen Gebrauch entwickelt wurde.¹³⁶

4.3 Wirkweise

Eigentlich sollte man davon ausgehen können, dass die Wirkung eines Medikaments sorgfältig erforscht worden ist, bevor es auf dem Markt offiziell zugelassen wird. Aber offenbar ist das nicht immer so. So behauptet der Ritalin-Hersteller Novartis in seinem Beipackzettel, Ritalin sei ein „mildes Stimulans für das zentrale Nervensystem“, obgleich immer noch nicht ganz geklärt ist, wie Methylphenidat das sich noch entwickelnde Gehirn von Kindern tatsächlich beeinflusst.¹³⁷ Erst im Sommer 2001 stieß eine Wissenschaftlerin des Brookhaven National Laboratory auf Hinweise, wie Methylphenidat im Gehirn wirkt: „*Die Substanz blockiert bestimmte Transport-Proteine, erhöht so die Konzentration des Botenstoffes Dopamin in den Synapsen - und wirkt damit ähnlich wie das Rauschgift Kokain*“¹³⁸. Diese Erkenntnis deckt sich mit dem Ergebnis einer zuverlässigen Untersuchung des Suchtpotentials von Drogen in den 70er Jahren: Wenn Ritalin auf die gleiche Weise eingenommen wird wie Kokain, entfaltet es eine vergleichbare pharmakologische Wirkung.¹³⁹ Mit „pharmakologischer Wirkung“ ist gemeint, „[...] dass zwar die molekulare Struktur von Kokain und Ritalin verschieden ist, sie aber die gleichen biochemischen Reaktionen im Hirn hervorrufen“¹⁴⁰. Den Beweis dafür lieferte eine Untersuchung an Affen: Die Tiere bemühten sich auf die gleiche Weise um die Einnahme von Ritalin wie von Kokain.

Die orale Einnahme von Ritalin verzögert den Wirkungsbeginn und schwächt die unmittelbare Wirkung der Droge ab. Das typische „High“ bleibt aus und der Konsument bemerkt den Effekt des Mittels nicht. Wenn man die Tabletten

¹³⁵ Vgl. BLECH 2003

¹³⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹³⁷ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002, BLECH 2003

¹³⁸ Zitiert nach BLECH 2003, S.127

¹³⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹⁴⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 138

zerstößt und schnupft oder sie aufgelöst in einer Flüssigkeit injiziert, kann man diese verlangsamte Wirkung umgehen. Je nachdem wie man eine Droge einnimmt, kann sich deren Charakter also ändern. Um den Ritalin-Hersteller Novartis zu korrigieren, handelt es sich also nicht - wie auf dem Beipackzettel angegeben - um ein mildes, sondern um ein starkes Stimulans.

60 bis 90 Prozent der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen zeigen eine unmittelbare Veränderung ihres Verhaltens. Wie auch andere Psychostimulanzien hat Ritalin einen aufputschenden, wachmachenden Effekt, der für etwa vier Stunden anhält. Insbesondere sind verminderte motorische Aktivität und Impulsivität, erhöhte Aufmerksamkeit und Konzentration sowie eine verbesserte Selbstkontrolle zu beobachten. Diese „[...] Konzentrationssteigerung in Verbindung mit kühler - wenn nicht kalter - Gelassenheit [gehört] zu den klassischen Merkmalen der High-Phase [...]“¹⁴¹.

Veröffentlichungen betonen oft die positiven Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl des Kindes und auf das seelische Wohlbefinden der Lehrer, Familien und Freunde. Verschwiegen werden in der Regel Berichte von betroffenen Kindern und Jugendlichen über den sog. „Zombie-Effekt“. Hierbei handelt es sich um ein quälendes Gefühl des Fremdgesteuertseins und der Unwirklichkeit: „*Ich funktioniere, aber es kommt mir so vor, als lebe ich nicht wirklich*“; „*Ich spüre mich nicht mehr richtig, manchmal kommt es mir so vor, als wäre ich gar nicht richtig da*“; „*Ich fühle mich wie eine Marionette*“¹⁴². Hunderte von Studien sollen die *kurzfristigen* Vorteile von Stimulanzien bei der „Behandlung“ des Phänomens „AD(H)S“ belegen - die Presse berichtet ausgiebig darüber. Allerdings fehlen nach wie vor Beweise für die *langfristige* positive Wirkung auf Schulleistungen, seelisches Wohlbefinden und Sozialverhalten. Eine Studie von R. BARKLEY und C. CUNNINGHAM aus dem Jahr 1978, die diese positiven Auswirkungen, zumindest auf die Schulleistungen, widerlegt, wird gern übergangen.¹⁴³ Eine staatlich finanzierte Studie, welche die Effektivität stimulierender Psychopharmaka angeblich belegt, wurde Ende des Jahres 1999 in den Medien zelebriert. Jedoch konnte auch diese die positiven Langzeiterfolge, die mittlerweile von Ritalin erwartet werden, nicht beweisen. DEGRANDPRE deckt

¹⁴¹ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 134

¹⁴² Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 140

¹⁴³ Vgl. BLECH 2003, DEGRANDPRE 2002, HÜTHER/BONNEY 2002

auf, dass auch andere Studien, die genau diese Langzeitwirkungen überprüften, nicht in den Medien diskutiert wurden.¹⁴⁴ Es stellt sich die Frage, warum nicht?

Die Nebenwirkungen, mit denen man bei einer Ritalin-Einnahme rechnen muss, werden - wenn überhaupt - verharmlosend dargestellt. Es soll nur wenige geben und selbst diese würden nach ein paar Tagen verschwinden, wenn sich das Kind an das Medikament gewöhnt habe.¹⁴⁵

Die Arzneimittelliste des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie („Rote Liste“) führt psychomotorische Erregungszustände, Angst, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen und Verfolgungsideen auf; nach abruptem Absetzen bei Langzeitbehandlung könne es zu Entzugerscheinungen kommen.¹⁴⁶

Diese Liste ist aber bei weitem nicht vollständig. Sie lässt sich ergänzen durch Bauchschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Haarausfall, Hautkrankheiten, Blutdruckerhöhung, Gelenkschmerzen, Seh- und Koordinationsstörungen u.a.. Auch von Krampfanfällen, Herzrhythmusstörungen und Halluzinationen wird berichtet. In manchen Fällen wurde sogar eine Verstärkung der Hyperaktivität beobachtet. Außer diesen Nebenwirkungen, die sich vor allem auf der physiologischen Ebene zeigen, klagen viele Kinder aber auch Eltern („[...] ist nicht mehr unser Kind [...]“¹⁴⁷) über psychische Veränderungen wie emotionale Gleichgültigkeit, Lethargie, Benommenheit, Depressionen, Angstzustände, sozialen Rückzug, Entfremdungserlebnisse und Selbstablehnung - um nur die häufigsten zu nennen. Als sehr problematisch erweist sich auch die desolante Verfassung vieler Kinder nach Absetzen des Medikaments, wobei es zu Entzugssymptomen wie Verwirrung, Gereiztheit, Zittrigkeit, Angst, Übelkeit und depressiven Verstimmungen kommen kann.¹⁴⁸

Von Harmlosigkeit kann hier in keiner Weise die Rede sein.

Ob eine Langzeitbehandlung von Kindern mit Psychostimulanzien womöglich auch Risiken und Gefahren birgt, lässt sich aufgrund fehlender Langzeituntersuchungen am Menschen nur schwer abschätzen. In den USA sorgte vor einiger Zeit der mysteriöse Tod eines 14-jährigen Jungen für Aufregung.

¹⁴⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹⁴⁵ Vgl. HOLOWENKO 1999

¹⁴⁶ Vgl. BLECH 2003

¹⁴⁷ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 48

¹⁴⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002, HOLOWENKO 1999, KÖHLER 2002, VOSS/WIRTZ 2000

Beim Spielen klagte er über Schwindel und Schmerzen und verstarb kurze Zeit darauf in einer Klinik. Bei der Obduktion der Kinderleiche zeigte das Herz des Kindes Merkmale eines 30-jährigen, der an einer Überdosis Kokain gestorben war. Das Kind hatte über einen Zeitraum von acht Jahren Ritalin eingenommen.¹⁴⁹

Auch Stephanie H., Ohio, glaubte, dass „AD(H)S“ eine Krankheit sei und nahm brav ihr Ritalin ein. Ihre Eltern glaubten auch daran. Das Mädchen starb sechs Tage vor seinem 12. Geburtstag im Schlaf, nicht an „AD(H)S“ aber am Ritalin, weil Ritalin ein Bazedrin ist und weil Bazedrin eine lange Geschichte plötzlicher Herztodesfälle hat, sogar bei Kindern.¹⁵⁰

Aus den USA, wo das Medikament schon seit einem längeren Zeitraum und in größerem Umfang eingesetzt wird, sind bislang jedoch keine weiteren negativen Langzeitwirkungen (Spätschäden) bekannt. Der Neurologe HÜTHER vermutet, man habe noch nie nach solchen unerwünschten Effekten geforscht.¹⁵¹

Die Medikamente verändern die Rahmenbedingungen, unter denen sich das kindliche Gehirn entwickelt und hinterlassen im Gehirn dauerhafte Spuren. Zumindest dieser Tatbestand ist allgemein anerkannt.

Einen erschreckenden Fund machte eine Forschergruppe um den Göttinger Neurobiologen HÜTHER in einem Tierexperiment. Die Wissenschaftler verabreichten jungen Ratten über einen längeren Zeitraum Methylphenidat und ließen diese erwachsen werden. Bei Untersuchungen an den Nagerhirnen stellten die Wissenschaftler später Veränderungen fest: Die Zahl der Dopamin-Transporter war in einer kleinen Hirnregion um die Hälfte verringert. Laut HÜTHER könne dieses einen Dopaminmangel auslösen und damit langfristig zum Parkinson-Syndrom führen.¹⁵² Durch die frühe Behandlung von Kindern mit Methylphenidat, so warnt HÜTHER, laufe „[...] *man Gefahr, die Voraussetzungen für die Entstehung [dieses] [...] Krankheitsbildes zu verbessern, das durch eine unzureichende Aktivität des [...] dopaminergen Systems gekennzeichnet ist, aber erst viel später zutage tritt [...]*“¹⁵³.

Wenn also bei „AD(H)S-Kindern“ tatsächlich ein Dopaminmangel vorläge, so würde eine frühe und intensive Ritalinbehandlung diesen sogar noch weiter

¹⁴⁹ Vgl. FRIARS 2000

¹⁵⁰ Vgl. BAUGHMAN 1998

¹⁵¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

¹⁵² Vgl. BLECH 2003, HÜTHER/BONNEY 2002

¹⁵³ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S.73

verstärken. Ob diese Vermutung tatsächlich zutrifft, konnte bei Menschen bisher weder bestätigt noch entkräftet werden.

Ebenfalls nicht widerlegt ist bisher die These von der Suchtentwicklung. Die Drug Enforcement Administration (DEA) stuft Ritalin als „*stark wirksame und potenziell Sucht erzeugende Substanz*“¹⁵⁴ ein. Auch KÖHLER sieht durch das Medikament bei längerfristiger Einnahme „[...] *alle Kriterien eines süchtig machenden Mittels*“¹⁵⁵ erfüllt. Zum einen seien typische „[...] *teils massive Entzugserscheinungen zu beobachten*“, zum anderen zeigt sich bei vielen Kindern, „[...] *dass die Symptomatik [Verhaltensmerkmale] nach Absetzen des Medikaments schlimmer [...] [ist] als zuvor*“¹⁵⁶. Da Ritalin durch die orale Einnahme jedoch nicht den drogentypischen „Kick“ erzeugt - behaupten Befürworter des Medikaments - würde es nicht zur Sucht führen.¹⁵⁷

4.4 Missbrauch

In jüngster Zeit wird mit großer Besorgnis der zunehmende Missbrauch des Medikaments Ritalin als Rauschdroge und die Entstehung eines Schwarzmarktes registriert. Bei den Konsumenten handelt es sich um Personen, für die das Mittel eigentlich nicht vorgesehen ist, wobei die Zahl der minderjährigen ständig zunimmt.¹⁵⁸ In den USA ist die „Kinderpille“ vorwiegend bei Teenagern zu einer beliebten Lifestyle-Droge geworden, die Hunger zügeln und Müdigkeit vertreiben soll. Die Tabletten werden geschluckt oder pulverisiert geschnupft und wirken leicht euphorisierend. Das amerikanische Justizministerium berichtet auch von Fällen, in denen die Tabletten in Wasser aufgelöst intravenös gespritzt worden sind.¹⁵⁹ Diese Injektionen können, so warnt die Behörde, zu „*ernsten Schäden in den Lungen und der Netzhaut des Auges*“ führen und eine „*schwerwiegende seelische Abhängigkeit verursachen*“¹⁶⁰.

In den USA stieg die Zahl der Kinder und Jugendlichen zwischen zehn und vierzehn Jahren, die wegen einer Überdosis Ritalin bzw. eines vergleichbaren

¹⁵⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 134

¹⁵⁵ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 132

¹⁵⁶ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 132

¹⁵⁷ Vgl. BLECH 2003

¹⁵⁸ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002, KÖHLER 2002, REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

¹⁵⁹ Vgl. BLECH 2003, HÜTHER/BONNEY 2002, DEGRANDPRE 2002

¹⁶⁰ AMERIKANISCHES JUSTIZMINISTERIUM, In: BLECH 2003, S. 111

Medikaments in die Notaufnahmen von Krankenhäusern aufgenommen werden mussten zwischen 1990 und 1995 um mehr als das Zehnfache. Wurden 1991 in nur 25 Fällen zehn- bis vierzehnjährige Kinder wegen Ritalinmissbrauchs in Notfallambulanzen registriert, so waren es 1995 schon mehr als 400 Einweisungen.

Die DEA berichtet über Diebstahl, Straßenhandel, Drogenringe, unerlaubte Einführung in die USA und illegalen Handel durch Mediziner sowie Diebstahl von Ritalin aus Schulvorräten. Auch auf deutschen Schulhöfen scheint ein ähnlich schwunghafter Handel mit den „Kinderpillen“ in Gang zu kommen. In Schweden haben Straßenhandel und Missbrauch von Ritalin schon in den 60er Jahren zu einem absoluten Verbot solcher Medikamente geführt.¹⁶¹

Resümee

Die Definition abweichender kindlicher Verhaltensweisen als „krank“ hat dazu geführt, dass die Verantwortung für deren Behandlung an den medizinischen Berufsstand delegiert wurde. Der reagierte auf die steigende Zahl von Diagnosen mit einer großzügigen Verordnungspraxis von Psychostimulanzien. Obwohl die Medikamente ursprünglich nicht für Kinder entwickelt wurden, haben sie gerade diesem Personenkreis ihre sensationell schnelle und steile Karriere zu verdanken. Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass Ritalin einen unmittelbaren und durchgreifenden Einfluss auf das Verhalten - insbesondere Aufmerksamkeit, motorische Aktivität und Impulsivität - hat. Die Wirkung von Ritalin ist allerdings nur von kurzer Dauer und lässt nach etwa vier Stunden nach. Es gibt inzwischen aber auch Amphetamine oder Amphetaminkombinationen mit länger anhaltendem Effekt.¹⁶² Eine dauerhafte Leistungsverbesserung, insbesondere der Schulleistungen und des Sozialverhaltens durch Methylphenidat konnte nicht belegt werden. Neben der direkten Wirkung auf das Kind hat das Medikament offensichtlich auch großen Nutzen für das soziale Umfeld. Die „positive“ Reaktion auf das Medikament suggeriert uns zum einen das Kind sei „krank“, sprich wir müssen keine Verantwortung für sein Verhalten übernehmen. Zum

¹⁶¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002, HÜTHER/BONNEY 2002, KÖHLER 2002, REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

¹⁶² Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

anderen soll sie uns in dem Glauben wiegen, wir würden die Kinder in vernünftiger und effektiver Art und Weise behandeln. Eine Verweigerung der Medikamenteneinnahme durch das Kind wird, laut VOSS, „[...] nicht nur nicht ernstgenommen, sondern gerade als Ausdruck der „Verhaltensstörung“ interpretiert“¹⁶³. Viele Untersuchungen zeigen, dass Ritalin bei fast *allen* Kindern - und auch Erwachsenen - dieselbe beruhigende Wirkung zeigt. Dieses widerlege laut DEGRANDPRE erstens, dass die Wirkung „paradox“ sei und zweitens, dass all diejenigen Kinder, welche auf das Medikament ansprechen an einer Hirnanomalie litten - denn sonst hätten wir alle eine „Hirnschädigung“. Anstatt diesen Tatbestand anzuerkennen wird Ritalin weiterhin als eine Art Antibiotikum deklariert, das ins Gehirn eindringen und dort Bakterien vernichten oder biochemische Prozesse ins Gleichgewicht bringen würde.¹⁶⁴

Die Behandlung von auffälligen Verhaltensweisen mit Psychopharmaka an sich ist meiner Meinung nach schon eine Missachtung der kindlichen Individualität und Menschenwürde. Alarmierend aber ist die zunehmende unerlaubte Verabreichung dieser Medikamente an Kinder unter sechs Jahren - trotz unzureichender Forschung über deren Langzeitwirkung auf die Gehirnentwicklung.¹⁶⁵ Wenn man allein diesen Wissensmangel über die längerfristige Wirkung von Ritalin und ähnlichen Medikamenten sowie die oben beschriebenen Nebenwirkungen betrachtet, muss man sich doch fragen, wer es verantworten kann, dass Psychostimulanzien weiterhin das Mittel der ersten Wahl bei Verhaltensproblemen darstellen. Ritalin ist eine Droge, die unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und rein pharmakologisch dem suchterzeugenden Kokain sehr ähnlich ist, dessen Kauf, Verkauf und Konsum kriminelle Handlungen darstellen. Aber das scheint niemanden zu stören. So erscheint es äußerst skurril, wenn in den USA die Kinder aus dem „Keine Macht den Drogen!“-Unterricht kommen, um sich bei der Schulkrankenschwester ihre Ration Ritalin abzuholen.¹⁶⁶

Die Popularität von Ritalin als Medikament erhöht die Möglichkeit eines Missbrauchs. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Zunächst ist die leichte

¹⁶³ Zitiert nach VOSS 1983, S. 19

¹⁶⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

¹⁶⁵ Vgl. REICHENBERG-ULLMAN/ULLMAN 2002

¹⁶⁶ Vgl. BLECH 2003, DEGRANDPRE 2002

Verfügbarkeit des Mittels zu nennen. Da Ritalin sich ohne große Mühe, ziemlich risikolos und zudem legal beschaffen lässt „[...] ist es eine echte Option für viele, die sich mit Drogen amüsieren wollen“¹⁶⁷. Etwas subtiler - jedoch mindestens genauso ernst zu nehmen - ist die Tatsache, „[...] dass der weit verbreitete Konsum von Ritalin, Kindern Drogen und deren Konsum normal erscheinen lässt“¹⁶⁸. So wird die Suchtgefahr, wenn überhaupt, von vielen Medizinern nur verharmlosend dargestellt. Im Gegensatz dazu berichten Mitarbeiter aus Suchtkliniken und Drogenberatungsstellen, dass der Konsum von Medikamenten im Kindes- und Jugendalter sehr wohl zu einer psychischen Abhängigkeit führen könne. Es ist nicht verwunderlich, wenn Kinder durch die selbstverständliche Medikation von Schul- oder anderen Problemen die Lösungsstrategie „Bei Problemen nehme ich Medikamente“¹⁶⁹ verinnerlichen und diese mit in ihr weiteres Leben nehmen. Laut VOSS muss man diesen Prozess vor dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Situation diskutieren, die durch einen hohen Medikamentenkonsum bei Erwachsenen charakterisiert ist. Für alles und immer erwarten wir die Lösung oder die Beseitigung unserer Probleme durch „Pillen“. Die Pharmaindustrie hält diese Tabletten für uns bereit. Gegen Stress, Angst, Unruhe und Schlaflosigkeit oder zur Steigerung der Arbeitsleistung, zur Beruhigung und Entspannung, sogar gegen „schlechte Laune“ und „enge Wohnverhältnisse“ hält die pharmazeutische Industrie Mittel parat. Die Medikation von Schul- und Erziehungsproblemen bei Kindern und Jugendlichen entspricht, so VOSS, der heute gängigen Einstellung zum Medikamentenkonsum.¹⁷⁰

Unabhängig davon, ob sich die Vorbehalte in Bezug auf Spätfolgen und Suchtgefahr bestätigen oder nicht, ist es meiner Meinung nach beängstigend, dass zahlreiche Kinder, die mit ihrem Verhalten nicht die Erwartungen der Gesellschaft erfüllen, mit Hilfe eines Medikaments angepasst werden. VOSS nennt es „Chemische Behandlung des Eigensinns“¹⁷¹, der amerikanische Politologe Francis FUKUYAMA betitelt es mit „Soziale Kontrolle“¹⁷². Beides erfasst meiner

¹⁶⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 141

¹⁶⁸ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 141

¹⁶⁹ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 59

¹⁷⁰ Vgl. VOSS 1983, VOSS/WIRTZ 2000

¹⁷¹ Zitiert nach VOSS, In: VOSS/WIRTZ 2000, S. 53

¹⁷² Zitiert nach Fukuyama, In: BLECH 2003, S.130

Meinung nach den Kern der Sache gleichermaßen. FUKUYAMA lehnt sich vehement wie kein anderer gegen die um sich greifende Medikation kindlicher Verhaltensauffälligkeiten auf. Wenn die moderne Gesellschaft weiterhin versuche, „[...] mit Hilfe von Psychopharmaka den gleichförmigen, immer funktionierenden Menschen zu schaffen“, laufe sie Gefahr, „[...] sich selbst jeder Entwicklung zu berauben“¹⁷³. Die ganze Bandbreite unbehaglicher und unbequemer Gefühle, so FUKUYAMA, könne auch „Ausgangspunkt für Kreativität, Wunder und Fortschritt“¹⁷⁴ sein. Ich vermute, er meint hiermit jene salutogenetischen Faktoren, die ich in dem entsprechenden Kapitel noch aufgreifen werde.

Manche Mediziner, Psychologen aber auch Pädagogen vergleichen die medikamentöse Behandlung auffälliger kindlicher Verhaltensweisen mit der Insulinverabreichung an einen Diabetiker oder etwa mit einer Brille, die „AD(H)S-typische“ Schwierigkeiten korrigiere und helfe „[...] den Blickwinkel auf relevante Informationen zu lenken und den Bildkontrast scharf zu stellen“¹⁷⁵. Ich bewerte solche gewagten Vergleiche als äußerst problematisch, da sie jene Tendenz unterstützen, welche die „Krankheit“ des Kindes als Ursache der gestörten Situation festschreibt. Das Medikament erleichtere, laut BLECH, zwar die Last der Eltern aber es nehme auch jenen, bei denen „AD(H)S“ diagnostiziert wurde die Verantwortung für ihren eigenen Zustand.¹⁷⁶ Die medikamentöse Behandlung verstellt den Blick auf die individuellen Signale von Kindern, welche Probleme im Elternhaus oder in der Schule widerspiegeln - „[...] nicht das System wird behandelt, sondern die auffälligen Kinder und Jugendlichen, die mit dem System nicht „klar“-kommen oder nicht toleriert werden“¹⁷⁷.

Wenn sich die Verschreibungshäufigkeit eines Medikaments innerhalb von zehn Jahren verdreißigfacht, kann das laut HÜTHER eigentlich nur zwei Gründe haben: „Entweder ist der Wirkstoff besonders gut, oder die damit therapierte Krankheit breitet sich wie eine Epidemie aus“¹⁷⁸. Da „AD(H)S“ durch einen Stoffwechseldefekt verursacht sein soll, kann es sich nicht um eine Epidemie handeln. Auch wurden an der medizinischen Indikation und den diagnostischen

¹⁷³ Zitiert nach FUKUYAMA, In: BLECH, S. 130

¹⁷⁴ Zitiert nach FUKUYAMA, In: BLECH, S. 130

¹⁷⁵ Zitiert nach AUST-CLAUS/HAMMER 2000, S. 274

¹⁷⁶ Vgl. BLECH 2003

¹⁷⁷ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 43

¹⁷⁸ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 12

Kriterien in den letzten zehn Jahren keine entscheidenden Veränderungen vorgenommen. Ebenso wenig ist es vorstellbar, dass Ärzte heute viel besser diagnostizieren als vor zehn Jahren. Aus rein medizinischer Sicht gibt es also kein Argument für diesen gewaltigen Anstieg an Ritalin-Verschreibungen.¹⁷⁹ So liegt eher die Vermutung nahe, dass sich in den letzten zehn Jahren entweder „[...] die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen [...] dramatisch verändert haben“, oder sich „[...] die Bereitschaft der Ärzte, zum Rezeptblock zu greifen und Ritalin zu verordnen“¹⁸⁰ verdreißigfacht hat. Beides wäre, und da schließe ich mich HÜTHER an, gleichermaßen alarmierend.

Um zu verstehen, wie es dazu kommen konnte, dass Millionen wahrscheinlich kerngesunde Kinder als „krank“ betitelt und durch die „Chemiekeule“ zurechtgeformt werden, muss man sich folgendes bewusst machen: Das Phänomen „AD(H)S“ ist eigentlich nur *ein* Beispiel einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung. Auffällige Verhaltensweisen in jeglicher Form werden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als „Krankheiten“ etikettiert und medikamentös behandelt.

Auf diese Entwicklungstendenz möchte ich im folgenden Kapitel in Form eines Exkurses zu sprechen kommen.

¹⁷⁹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

¹⁸⁰ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 14

5 Exkurs: „Die Krankheitserfinder“

„Die medizinische Wissenschaft hat in den letzten Jahrzehnten so ungeheure Fortschritte gemacht, dass es praktisch keinen gesunden Menschen mehr gibt.“

Aldous Huxley

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der seelischen Leiden in den offiziellen Klassifikationssystemen auf eine wunderliche Weise in die Höhe geschossen. Im amerikanischen Katalog der Veteran`s Administration fanden sich nach dem Zweiten Weltkrieg gerade einmal 26 „Störungen“. In dem heute gültigen DSM-IV der APA finden sich ganze 395 „Krankheiten“, „Störungen“ und „Syndrome“. Auch das an der amerikanischen Liste orientierte, in Deutschland gebräuchliche Nachschlagewerk ICD-10 wurde in der Vergangenheit um mehrere Dutzend neue „Syndrome“ erweitert, darunter auch „AD(H)S“.¹⁸¹

International vernetzte Ärzteverbände und Pharmafirmen sind gegenwärtig emsig darum bemüht, unsere Gesundheit neu zu definieren und zwar so, dass „[...] Gesundheit ein Zustand ist, den keiner mehr erreichen kann“¹⁸². So werden aus natürlichen Wechselfällen des Lebens wie z. B. dem Geburtsvorgang, dem Altern, der Schwangerschaft, den Wechseljahren, dem Sterben u.a. behandlungsbedürftige Krankheiten gemacht. Amerikanische Verbraucherschützer beschreiben das Spektrum der Krankheitszeichen als so breit und vage, dass sich beinahe jeder dort wiederfinden könne.¹⁸³

Sobald die moderne Medizin dem Menschen eine biologische Ursache und die Möglichkeit der Behandlung eines Problems wie z.B. einer Glatze, schlechter Laune oder Korpulenz anbietet, geht eine seltsame Verwandlung vor sich: Aus dem Wunsch schön, glücklich oder schlank zu sein entwickelt sich ein medizinisches Problem. Dieser Zustand wird durch die Verschreibung eines Medikamentes endgültig zum „Symptom“ und der betroffene Mensch zum „Patienten“. Der Wiener Satiriker Karl KRAUS hat nicht unrecht, wenn er

¹⁸¹ Vgl. BLECH 2003

¹⁸² Zitiert nach BLECH 2003, Einband

¹⁸³ Vgl. BLECH 2003

behauptet: „Die Diagnose ist eine der häufigsten Krankheiten“¹⁸⁴. Besonders heutzutage sind die Menschen für diese Strategie sehr empfänglich. Neben natürlichen Körperprozessen werden immer mehr Verhaltensweisen z.B. Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und Gewalttätigkeit medizinischen Denkmustern und Kategorien unterworfen und aus der Perspektive eines organisch-medizinischen Krankheitsverständnisses behandelt. Die Maschen des Rasters für tolerierbares Verhalten werden immer enger und alles, was in irgendeiner Form abweicht, wird in die medizinische Zuständigkeit verschoben.¹⁸⁵ Die derzeitige Entwicklung geht soweit, dass sich nun auch in der Kinderpsychiatrie die neurologischen und erbbiologischen Erklärungen für jedes tatsächliche oder vermeintliche „Leiden“ mehren. „HKS“, „MCD“, „Legasthenie“, „Dyskalkulie“, „Autismus“..., immer mehr unruhige, unkonzentrierte, ungeliebte oder vielleicht sollte man besser sagen „nicht funktionierende“ Kinder und Jugendliche werden als „hyperaktiv“, „aufmerksamkeitsgestört“ u.v.m. medizinisch etikettiert und mit Medikamenten behandelt.¹⁸⁶

Das britische Medical Journal konstatiert, es sei leicht neue Krankheiten und Behandlungen zu erfinden, da sich viele normale Prozesse des Lebens, wie Altern, Geburt, Sexualität, Unglücklichsein und Tod medikamentös behandeln ließen. Auffälliges Verhalten wird als „Krankheit“ definiert und folglich zu einem Zuständigkeitsgebiet der Medizin erklärt. Diese betrachtet es natürlich auch als ihre Aufgabe, sich um entsprechende Therapie- und Behandlungsmaßnahmen zu kümmern. Inzwischen gibt es für jede Krankheit eine Pille - und für fast jede Pille auch die dazugehörige Krankheit.¹⁸⁷

Das Phänomen „AD(H)S“ ist nicht die Frucht wissenschaftlichen Forschens, sondern ging aus der Feststellung hervor, dass bestimmte Substanzen (z.B. Methylphenidat) gewisse kindliche Verhaltensweisen beeinflussen. Genau diese Verhaltensweisen hat man dann in der Folge erstens als „krankhaft“ und zweitens als „behandlungsbedürftig“ dargestellt.¹⁸⁸

¹⁸⁴ Zitiert nach KRAUS, In: BLECH 2003, S. 60

¹⁸⁵ Vgl. BLECH 2003

¹⁸⁶ Vgl. VOSS 1983

¹⁸⁷ Vgl. BLECH 2003

¹⁸⁸ Vgl. BLECH 2003

Nun sollte man annehmen, die Erwachsenenwelt würde ihre Kinder vor solchen Krankheitszuschreibungen schützen und ihnen die medikamentöse Behandlung ersparen. Das Gegenteil ist aber der Fall: „*Wir leiden heute unter einem geradezu gespenstischen Mangel an überschaubaren Ideen, Respekt und Großzügigkeit im Hinblick auf Normabweichungen der kindlichen Entwicklung*“¹⁸⁹. Es erscheint als Ironie des Schicksals, dass wir immer stärker und öfter mit genau den Phänomenen konfrontiert werden, die uns momentan so überfordern. Was wir hinsichtlich dieser Phänomene ersehnen sind Ursachen, die man in die Hand nehmen und reparieren kann. Da wir diese nicht ausmachen können, konstruieren wir sie uns. Demzufolge erscheint kindlicher „Eigensinn“ als Abweichung von der Norm und wird durch einen Zuschreibungsmechanismus zur biologisch bedingten Behinderung.¹⁹⁰

Wer an dieser Art „Krankheitserfindung“ beteiligt ist, wie diese vonstatten geht und welche Konsequenzen sie für die Betroffenen hat, möchte ich im Folgenden skizzieren.

5.1 Die Rolle der Pharmaindustrie

Neben dem Ärzte- und Psychotherapeutenstand beschert die „*seuchenhafte Ausbreitung von Wahn und Irrsinn*“¹⁹¹ auch der Pharmaindustrie ein reiches Einkommen. Aus diesem Grund beteiligt sie sich maßgeblich an der Erfindung neuer Krankheitsbilder und entscheidet durch ihre Aktivität, ob sich bestimmte „Nicht-Krankheiten“ zur „Volksseuche“ auswachsen. Die Pharmakonzerne stellen übrigens auch die „Psychopillen“ für die zappeligen Kinder bereit, damit diese in Familie und Schule besser funktionieren als die Natur sie geschaffen hat. Am liebsten würde die pharmazeutische Industrie direkt beim Verbraucher - hier den Eltern und Kindern - für die Pillen werben, was in der EU jedoch nicht erlaubt ist. Aus dieser Not befreite sich die Pharmaindustrie jedoch durch einen geschickten Winkelzug, die sog. „Disease-Awareness-Kampagnen“. Hierbei handelt es sich um oftmals globale Werbefeldzüge in Form von Themenabenden, Arztvorträgen, Beratungen, Broschüren u.ä.. Anstelle der direkten Werbung für ein Medikament

¹⁸⁹ Zitiert nach BLECH 2003, S. 52

¹⁹⁰ Vgl. BLECH 2003

¹⁹¹ Zitiert nach BLECH 2003, S. 100

soll so in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Existenz bestimmter „Krankheiten“ und „Störungen“ geweckt werden. Ziel dieser Kampagnen ist, die Menschen zur Anwendung entsprechender Medikamente und Therapien zu bewegen.¹⁹²

Neben diesen Kampagnen üben die pharmazeutischen Unternehmen massiven Einfluss auf Eltern und Selbsthilfegruppen aus. Die besonders gut organisierte „Selbsthilfegruppe Aufmerksamkeitsgestörter und Hyperaktiver“ genannt „CH.A.D.D.“ (Children and Adults with AD(H)D), zu der über 30 000 Mitglieder und Hunderte von Sektionen gehören, wurde z.B. vom Weltkonzern und Ritalin-Hersteller Novartis durch 900 000 Dollar unterstützt.¹⁹³ Dasselbe Unternehmen ließ im Mai 2002 in Basel Ärzte schulen, wie „AD(H)S“ am besten mit Stimulanzien und Antidepressiva zu behandeln sei. Aber hiermit nicht genug. Der Pharmakonzern „kümmert sich“ auch direkt um die kleinen „Patienten“ und zwar mit einem eigens auf den Markt gebrachten Bilderbuch. Die Geschichte handelt von dem kleinen Kraken „Hippihopp“, der „fürchterlich ausgeschimpft“ wird, weil er „überall und nirgends ist“¹⁹⁴ und ihm viele Missgeschicke widerfahren. Frau Doktor Schildkröte untersucht ihn und stellt fest, dass er ein „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ hat. Sie weiß auch was „Hippihopp“ helfen wird, nämlich „eine kleine weiße Tablette“¹⁹⁵. Durch dieses forsche Buhlen um die jungen „Patienten“ schaffen die Pharmakonzerne ihren Produkten neue Märkte und treiben gleichzeitig die „Erfindung“ neuer Krankheitsbilder voran.

5.2 Die Rolle der Medien

Die Propaganda der Ärzte, dass wir die Entdeckung vieler „Syndrome“ und „Störungen“ und auch so manche sensationelle Therapie den angeblichen Fortschritten der modernen Medizin zu verdanken hätten, wird von den Medien kräftig vorangetrieben. So sind sie in den letzten Jahren zu einem wichtigen Werkzeug der „Krankheitserfinder“ und der pharmazeutischen Konzerne geworden. Die oben genannten „Disease-Awareness-Kampagnen“ stellen hier nur

¹⁹² Vgl. BLECH 2003

¹⁹³ Vgl. JANTZEN 2001

¹⁹⁴ Zitiert nach Novartis, In: BLECH 2003, S. 113

¹⁹⁵ Zitiert nach Novartis, In: BLECH 2003, S. 113

einen kleinen Teil der Litanei dar, „[...] welche uns die Gesundheit ausreden will“¹⁹⁶.

Von der klinischen Forschung bis zu den medizinischen Laien legen die vermeintlichen medizinischen Neuigkeiten jedoch einen weiten Weg zurück. Dieser ist von Menschen gesäumt, die aus beruflichen Gründen an der Verfälschung und Verdrehung dieser Botschaften zur Gesundheit interessiert sind. Die veröffentlichten Geschichten, so BLECH, würden von vielen Journalisten völlig unkritisch übernommen und verbreitet. Auch würden gerade Medizinjournalisten mit ihrer Neigung zur Übertreibung die Verbreitung und Bedrohung einiger Krankheiten gerne aufbauschen, um Richtigkeit, Relevanz und Schlagkraft ihres Berichts hervorzuheben. Bevor eine Information bei uns ankommt - sei es durch den Rat eines Arztes, den Aufsatz in einer renommierten Fachzeitschrift, die Broschüre einer Pharmafirma oder den Medizinartikel in einer Tageszeitung - wird der Inhalt oftmals durch Ärzte, Forscher, Mitarbeiter von Pharmafirmen oder Journalisten manipuliert. Aus diesem Grund sind laut BLECH, Misstrauen und Skepsis gegenüber den Medien angebracht.¹⁹⁷

5.3 Wie eine Krankheit geboren wird

Häufig beginnt die Geburt einer Krankheit damit, dass ein Mediziner bei seinen „Patienten“ ein außergewöhnliches „Syndrom“ beobachtet haben will, von dessen Existenz jedoch nur wenige andere Ärzte überzeugt sind. Diese kleine Gruppe der Befürworter ernennt auf einer Tagung einen Ausschuss, der einen speziellen Sammelband zusammenstellt, der das Syndrom bekannt machen und größeres Interesse daran wecken soll. Infolge dieser Initiative suchen Ärzte gezielt nach Patienten, auf die das Phänomen zutreffen könnte. Allein aus dieser selektiven Wahrnehmung kann bereits eine kleine Epidemie erwachsen. Die darauf folgenden Forschungsberichte und Veröffentlichungen in der eigens für das Phänomen gegründeten Fachzeitschrift lassen die Allgemeinheit glauben, es sei eine neue „Krankheit“ entdeckt worden. In dieser Fachzeitschrift werden nur Hinweise abgedruckt, die *für* die Existenz des Phänomens sprechen und keine kritischen Berichte. Dieses wechselseitige Bestätigen der Wissenschaftler und

¹⁹⁶ Zitiert nach BLECH 2003, S. 35

¹⁹⁷ Vgl. BLECH 2003

Mediziner untereinander führt schlussendlich zu dem Glauben, mit dem Phänomen eine vollkommen neue „Krankheit“ gefunden zu haben. Dieser Prozess wird auch von den Betroffenen selbst vorangetrieben, indem sie Selbsthilfegruppen gründen und die Öffentlichkeit über die „Krankheit“ informieren. Jeder weitere Bericht in den Medien hat zur Folge, dass die Anzahl der angeblichen „Patienten“ weiter steigt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt, so BLECH, habe sich die Beweislast umgedreht. Obwohl nach wie vor kein stichhaltiger Beweis für die Existenz des Phänomens vorgebracht werden könne, habe sich deren Diagnose und auch die dazugehörige Therapie in der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit manifestiert.¹⁹⁸ Dieser Prozess lässt sich vollständig auf das Phänomen „AD(H)S“ übertragen.

5.4 Die Folgen der Medizinisierung auffallenden Verhaltens

Wie sich auch am Beispiel „AD(H)S“ zeigt, hat die Medizinisierung auffallender Verhaltensweisen fatale Folgen für die betroffenen Individuen. Immer mehr Bereiche der menschlichen Erfahrung und des menschlichen Verhaltens werden von medizinischen Experten kontrolliert. Infolgedessen nimmt die Medikation auffallender Verhaltensmuster zu - die „Soziale Kontrolle“ wird immer weiter ausgedehnt.¹⁹⁹

Durch den Rückgriff auf den biologischen Ursprung (Dopaminmangel) wird das Kind zum Verursacher und Verantwortlichen für die bestehende „Krankheit“ („AD(H)S“) gemacht. Die „Schuld“ für die damit zusammenhängenden Probleme werden als im Kind liegend gesehen, d.h. individualisiert. Wie das Beispiel „AD(H)S“ zeigt, bewirkt diese Individualisierung zwar eine Entlastung der Eltern, führt aber gleichzeitig zu einer Stigmatisierung. Die Reduktion auf einen Hirnschaden kann bei dementsprechend diagnostizierten Kindern schwere Selbstwertverletzungen zur Folge haben.²⁰⁰

Das Etikett „krank“ und die damit zusammenhängende Individualisierung verhindert eine tiefgreifende Klärung der Situation und eine Hinterfragung der Verhältnisse, in denen das Kind lebt. Der Blick auf gesellschaftlich bedingte

¹⁹⁸ Vgl. BLECH 2003

¹⁹⁹ Vgl. VOSS 1983

²⁰⁰ Vgl. BLECH 2003, KÖHLER 2002, VOSS 1983

Konflikte wird verstellt, das Verstehen einer für Kinder und Jugendliche zum Problem gewordenen Lebenswelt verhindert.²⁰¹ Das Verständnis der sozialen Dimension geht im Konzept der „Krankheitserfinder“ verloren. Stattdessen werden alle „störenden“ und von der „Norm“ abweichenden Kinder ohne Rücksicht auf höchst unterschiedliche Hintergründe durch Medikamente angepasst. Die allgemeine Bereitschaft abweichende Verhaltensweisen zu akzeptieren sinkt weiter.

Resümee

Besonders in den letzten Jahren wurde das Diagnostizieren medizinischer „Syndrome“, „Krankheiten“ und „Störungen“ immer leichtfertiger und fahrlässiger gehandhabt. Gegenwärtig scheint eine regelrechte Manie um sich zu greifen. Auffallende Verhaltensweisen werden unter der Prämisse des am medizinischen Paradigma orientierten Menschenbildes auf unspezifische und kaum belegbare cerebral bedingte Verursachungen zurückgeführt und mit medizinischen „Etiketten“ wie „MCD“, „HKS“, „AD(H)S“ u.ä. versehen. KÖHLER liegt sicher nicht ganz falsch mit seiner Prophezeiung: *„Wenn es so weiter geht, ist bald jeder krank, der es nicht versteht, sich hundertprozentig im Mainstream zu bewegen“*²⁰².

Gleichzeitig wird dem medizinischen Berufsstand die Erlaubnis erteilt, diese „Syndrome“ durch gezielte Behandlungsmethoden zu korrigieren. Im Hinblick auf „AD(H)S“ liegt im Moment die „medikamentöse Behandlung des Eigensinns“ ganz weit vorne.²⁰³

Die obigen Ausführungen machen deutlich, wie vollkommen überzogen die Medizinisierung von Phänomenen wie „AD(H)S“ ist.

BLECH, der sich genauer mit diesem Thema auseinandergesetzt hat, nennt Kriterien, die auf eine sog. „erfundene Krankheit“ hinweisen:

1. Die grundlegenden Merkmale sind nur vage und schwer von „Alltagsstörungen“ zu unterscheiden.

²⁰¹ Vgl. BLECH 2003, KÖHLER 2002, VOSS 1983

²⁰² Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 23

²⁰³ Vgl. BLECH 2003, KÖHLER 2002, SCHIFFER 2002, VOSS 1983

2. Die Merkmale lassen sich nicht durch konkrete medizinische Untersuchungsverfahren (Tests) erhärten.
3. Für diese „Krankheiten“ ist typisch, dass sie nur bestimmte Untergruppen der Bevölkerung und deutlich mehr Jungen als Mädchen befallen.
4. Die Diagnose einer solchen Krankheit ist nicht zweifelsfrei zu stellen.²⁰⁴

Diese Charakteristika treffen ohne Ausnahme auf das Phänomen „AD(H)S“ zu.

„Pseudowissenschaft“ ist laut DEGRANDPRE das Schlagwort für jene von BLECH als „erfundene“ Krankheiten oder von Wolfgang JANTZEN als „Soziale Konstruktionen“ bezeichneten Phänomene. Nach DEGRANDPRE fänden diese *„fadenscheinigen, wissenschaftlichen und medizinischen Überzeugungen“*²⁰⁵ zwar unter Laien großen Anklang, würden einer wissenschaftlichen Prüfung jedoch nicht standhalten. So würden Phänomene wie „Multiple Chemical Sensitivity“ („MCS“), „Autismus“, „Legasthenie“ u.ä. daran erinnern, *„[...] dass das Etikett ‚Wissenschaft‘ an sich noch keine Wahrheit verbürgt“*²⁰⁶.

Ohne die Existenz bestimmter Verhaltensweisen anzuzweifeln stelle ich in Frage, dass es sich bei einem Massenphänomen wie „AD(H)S“ um eine „Krankheit“ handelt, deren Ursache allein bei den Kindern liegen soll. Machen sich Befürworter dieser Theorie überhaupt Gedanken darüber, was derartige Zuschreibungen für ein Kind oder einen Jugendlichen bedeuten? Wie muss sich ein Kind fühlen, wenn die Erwachsenen beschlossen haben, dass es einen „Wackelkontakt“ oder eine Art „Schaltfehler“ im Gehirn hat und neben Medikamenten auch noch ein spezielles Umerziehungsprogramm benötigt, um überhaupt einigermaßen erträglich zu sein und sein Leben erfolgreich zu bewältigen? *„Anstatt schlecht zu sein, wird das Kind ermutigt, sich selbst als ‚krank‘ zu betrachten“*²⁰⁷. Es ist allerdings die Frage, ob es besser ist, sich als schlecht zu betrachten oder einen defekten Verstand bzw. eine Gehirnerkrankung zu haben. Beides ist meiner Meinung nach gleichermaßen entmutigend.

Es ist offensichtlich wie auf diese Weise das Selbstwertgefühl zutiefst erschüttert werden muss. Mich würde es nicht im Geringsten wundern, wenn der Effekt einer *self-fulfilling prophecy* eintritt, das Kind seine Diagnose also unbewusst

²⁰⁴ Vgl. BLECH 2003

²⁰⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 71

²⁰⁶ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 71

²⁰⁷ Zitiert nach BREGGIN, In: JANTZEN 2001, S. 225

internalisiert und nach und nach den Glauben an sich selbst verliert. Ganz gleich, wie ein Kind auf seine Diagnose und den dazugehörigen erzieherisch-therapeutisch-pharmakologischen Disziplinarkatalog reagiert, wird man in keiner Weise verhindern können, dass es die Botschaft - „Ich bin, so wie ich bin, für mein Umfeld unerträglich“ - verinnerlicht. Es macht mir Angst, dass Millionen Kinder auf der ganzen Welt aufgrund dieser „erfundenen Krankheiten“ vermittelt bekommen, dass sie nur akzeptiert werden, wenn sie funktionieren. Warum können wir sie nicht bedingungslos um ihrer selbst Willen achten und lieben, sie respektieren und ihnen echte Wertschätzung entgegenbringen?

Die Entwicklung geht in die entgegengesetzte Richtung. Laut KÖHLER dürfen „[...] seltene Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Lernstile [...], nennen wir es beim Namen, als erbbiologische Entartungen definiert werden“²⁰⁸. Diese neuropathologische Deutung auffälliger Verhaltensweisen wird von der Öffentlichkeit als eine Selbstverständlichkeit hingenommen. Zu Recht verweist KÖHLER auf die Infragestellung des Lebensrechtes von Kindern mit Behinderung. Wenn man diese von KÖHLER als „wissenschaftlich beglaubigte Verirrung des Denkens“²⁰⁹ bezeichnete Denkrichtung weiterspinnen würde, käme man wahrscheinlich früher oder später dahin, dass man „[...] Minoritäten (z.B. Homosexuelle), Angehörige fremder („primitiver“) Kulturen, Kriminelle oder Bildungsbenachteiligte als hirnorganisch fehl- bzw. unterentwickelt einstufen würde“²¹⁰.

Im Hinblick auf die „Leiden“ vieler Menschen - denn sie leiden zweifelsohne - möchte ich die Frage in den Raum stellen, ob die Ursache für ihr Unwohlsein tatsächlich bei ihnen allein zu suchen ist.

Es sind Studien bekannt, durch die Wissenschaftler belegt haben wollen, dass unser Körper mit biochemischen Antworten z.B. auf finanzielle Not oder soziale Belastung reagiert.²¹¹ Wenn dem so ist, liegt die „Störung“ nicht im Individuum, sondern in seinem Bezug zur Umwelt. Demnach müsste man nicht von einer „Verhaltensstörung“, sondern von einer „Verhältnisstörung“ sprechen.

²⁰⁸ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 21

²⁰⁹ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 22

²¹⁰ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 22

²¹¹ Vgl. KÖHLER 2002

Meines Erachtens handelt es sich bei „AD(H)S“ nicht um Scheinverhaltensweisen. Die Kinder leiden - zumindest in bestimmten Situationen. Daran hege ich keine Zweifel. Die Frage, um die es hier meiner Meinung nach geht, ist die nach dem „warum“.

Vor diesem Hintergrund möchte ich mich im nächsten Kapitel den neuesten Erkenntnissen aus der Hirnforschung zuwenden.

6 Erkenntnisse aus der Hirnforschung

Auf dem Gebiet der Hirnforschung hat sich in den letzten Jahren eine neue Bewegung herauskristallisiert, die sich besonders mit der Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen auseinandersetzt. Einige der bisher für gültig gehaltenen Theorien wurden widerlegt oder korrigiert. Ich möchte in diesem Kapitel die wichtigsten dieser Theorien erläutern und daneben skizzieren, wie die in den Gehirnen von „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern gefundenen Veränderungen einzuordnen sind. Durch eine prüfende Betrachtung der Dopaminmangelhypothese möchte ich zeigen, wie wenig fundiert und leicht zu erschüttern diese ist. Mein Ziel ist es, im Laufe dieses Kapitels die Argumentationskette der Dopaminmangelhypothese zu demontieren und das Blickfeld frei zu räumen für eine andere Sichtweise des Phänomens „AD(H)S“.²¹²

6.1 Zur Plastizität des Gehirns

Die Diskussion, ob innere Vorgänge (angeborene Verhaltensprogramme) oder die nach der Geburt gemachten äußeren Erfahrungen die tatsächliche Vernetzung des menschlichen Gehirns determinieren, dauerte fast ein ganzes Jahrhundert an. Erst heute setzt sich die Erkenntnis durch, „[...] dass der Mensch nur deshalb ein so anpassungsfähiges, zeitlebens lernfähiges Gehirn besitzt, weil die das Denken, Fühlen und Handeln bestimmenden Nervenzellverschaltungen durch genetische Programme eben noch nicht endgültig festgelegt sind“²¹³. Die Entstehung und Stabilisierung der Verschaltungen hängt in hohem Maße davon ab, wie ein Mensch sein Gehirn benutzt oder vielleicht auch benutzen muss.²¹⁴

Bisher ging man auch davon aus, dass die neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen, die sich im Laufe der Hirnentwicklung ausbilden, unveränderlich seien. Inzwischen weiß man jedoch, dass das menschliche Gehirn lebenslang befähigt ist, einmal angelegte Nervenzellverschaltungen umzuwandeln und neue einzurichten. Im Gegensatz zu den Tieren zeichnen sich die genetischen Programme des Menschen, welche für die Steuerung der Hirnentwicklung

²¹² Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²¹³ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 26

²¹⁴ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

verantwortlich sind, dadurch aus, „[...] dass sie die Ausreifung der endgültigen, unser Denken, Fühlen und Handeln bestimmenden Verschaltungen nicht so stark wie möglich, sondern so wenig wie möglich festlegen“²¹⁵. Wäre es umgekehrt, so könnte das menschliche Gehirn keine Verschaltungen aufgrund eigener Erfahrungen aufbauen und wäre somit kaum lernfähig.²¹⁶

Molekularbiologen kamen zu der Erkenntnis, dass der lange evolutionäre Prozess, der zur Entstehung unseres zeitlichen plastischen Gehirns geführt hat, schon seit 100 000 Jahren abgeschlossen ist. So sind die neuronalen Netzwerke und synaptischen Verschaltungen, die uns heute dazu befähigen anders zu denken, zu fühlen und zu handeln als unsere Vorfahren es vor 100 000 Jahren noch taten, in keiner Weise das Ergebnis von genetischen „Verbesserungen“. Vielmehr sind sie eine Folge der von unseren Vorfahren im Laufe der Geschichte verbesserten Lebensbedingungen. Diese würden laut HÜTHER günstigere Voraussetzungen für den Ausbau der genetisch angelegten Möglichkeiten zur Ausreifung des Gehirns mit vielschichtig vernetzten neuronalen Verschaltungen schaffen. Es handele sich, so HÜTHER, hier also nicht um eine biologische, sondern um eine kulturelle Evolution, „[...] d.h. [...] eine allmähliche, von Generation zu Generation fortschreitende Verbesserung der Entwicklungs- und Nutzungsbedingungen für die Gehirne unserer Kinder [...]“²¹⁷.

Unsere genetischen Voraussetzungen bieten uns also die Möglichkeit ein hochkomplexes Gehirn zu entwickeln, welches das ganze Leben lang plastisch und lernfähig ist. Ob ein Kind tatsächlich ein solches Gehirn ausbildet, ist nicht von den Genen abhängig, sondern davon, wie gut es Erwachsenen gelingt, Voraussetzungen zu schaffen, die Kindern einen bestmöglichen Ausbau ihrer Anlagen ermöglichen.²¹⁸

Die Tatsache, dass sich an unserer genetischen Grundausstattung in den letzten 100 000 Jahren keine entscheidenden Veränderungen mehr vollzogen haben, bedeutet nicht, dass wir alle mit den gleichen genetischen Anlagen und Verschaltungen in unserem Gehirn geboren werden. In diesem Fall wären alle Menschen identisch und unsere Entwicklung damit am Ende angekommen. Von

²¹⁵ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 26

²¹⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²¹⁷ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 27

²¹⁸ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Anfang an müssen unsere Gehirne nicht so ähnlich, sondern so unterschiedlich und individuell wie möglich sein.²¹⁹

Von Geburt an unterscheidet sich jeder Mensch von den anderen, sowohl in seinem Aussehen als auch im Denken, Fühlen und Verhalten. So gibt es ruhige und lebhaft Kinder, es gibt Kinder, die sich sehr für ihre Umwelt interessieren und andere, die dies weniger tun. Jedes Kind ist so wie es ist einzigartig. Aber schon direkt nach der Geburt lässt sich nicht mehr bestimmen, was von dieser Einzigartigkeit von den genetischen Anlagen und was von der ganz individuellen, eigenen Entwicklung des Kindes im Mutterleib herrührt. Schon vor seiner Geburt hat das Kind vieles gelernt. Besonders zum Ende der Schwangerschaft sind die meisten Sinnesorgane und die entsprechenden Verschaltungen im Gehirn so weit entwickelt, dass das ungeborene Kind seine ersten sinnlichen Erfahrungen (wie z.B. das Schaukeln, der Geschmack des Fruchtwassers, die Geräusche der Außenwelt) machen kann. All diesen Wahrnehmungen kann das Kind schon eine Bedeutung beimessen und sie verarbeiten. Nach der Geburt setzt sich diese Entwicklung fort. Das Kind beginnt, sein Gehirn auf eine bestimmte ihm eigene Weise zu nutzen und auszuformen.²²⁰

Die Region des Gehirns, in der diese komplexen, von seiner Benutzung abhängigen neuronalen Verschaltungen zusammenlaufen, entwickelt sich beim Menschen zuletzt und am langsamsten. Bei unseren nahestehendsten tierischen Verwandten ist sie bei weitem nicht so ausgeprägt entwickelt wie bei uns. Die anatomische Bezeichnung für diese Hirnregion lautet Frontal- oder Stirnlappen. Sie ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass die aus anderen Bereichen des Gehirns eintreffenden Erregungsmuster zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden. Wie neue bildgebende Verfahren gezeigt haben, kommt es in dieser Hirnregion in der frühen Kindheit aber auch in der Jugend, der Pubertät und sogar noch kurz nach der Pubertät zu einer nachweisbaren Volumenzunahme. Das bedeutet: Der Entwicklungs- und Wachstumsprozess des Gehirns ist nicht schon, wie lange Zeit angenommen wurde, nach der frühen Kindheit abgeschlossen - John T. BRUER nennt diese Annahme den Mythos der ersten drei Jahre, vielmehr

²¹⁹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²²⁰ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

nutzt der Mensch die gesamte Kindheits- und Jugendphase dazu, sein Gehirn zu strukturieren und weiter zu entwickeln.²²¹

6.2 Zu den gefundenen Veränderungen im Gehirn

Es gibt weltweit etwa 250 000 wissenschaftliche Veröffentlichungen, die sich mit den zahlreichen Unterschieden der Struktur und Funktion des Gehirns von „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern im Vergleich zu gleichaltrigen Kontrollpersonen ohne „AD(H)S“ Befund befassen. Die Bandbreite der festgestellten Veränderungen ist bemerkenswert. Ganz gleich, wo die Wissenschaftler bisher mit entsprechend exakten Messverfahren nach Unterschieden und Abweichungen in den Gehirnen von „AD(H)S-Kindern“ gesucht haben, konnten sie etwas finden:

- Von den durch einfache Beobachtung auffallenden unterschiedlichen Strategien bei der Lösung bestimmter Testaufgaben,
- über die andere Arbeitsweise des Gehirns, die nur durch besondere medizinische Geräte feststellbar ist,
- bis hin zu Abweichungen in der chemischen Konsistenz des Rückenmarks.

In dieser Ansammlung von Forschungsansätzen und -ergebnissen lässt sich beinahe alles finden (genaue Auflistung dieser gefundenen Veränderungen s. Anhang 5).

Die meisten dieser Studien hat man an Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Manche beziehen sich auch auf Erwachsene, bei denen besagte Verhaltensweisen schon eine geraume Zeit die Nutzung ihres Gehirns beeinflusst haben müssen. In diesen Fällen bleibt unbekannt, ob die zu dem späten Zeitpunkt festgestellten Veränderungen im Gehirn schon vorhanden waren als sich im Kindergarten- oder Schulalter die ersten Merkmale des Phänomens „AD(H)S“ zeigten. Dieser Tatbestand ist von entscheidender Bedeutung. Solange nicht nachgewiesen ist, welche Veränderungen am Anfang eines Phänomens auftreten und welche sich erst zu einem späteren Zeitpunkt entwickeln, können und dürfen diese nicht als Ursache oder Ausgangspunkt des Phänomens gelten.²²²

²²¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²²² Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Neue bildgebende Verfahren konnten nicht belegen, ob im Gehirn von Kindern, bei denen „AD(H)S“ diagnostiziert wurde, wirklich zu wenig Dopamin freigesetzt wird. Die mit diesen Verfahren messbaren Veränderungen liefern nur sehr ungenaue Anhaltspunkte hinsichtlich einer veränderten Aktivität des dopaminergen Systems. Das Gleiche gilt für alle weiteren Versuche, ein spezifisches nur bei „AD(H)S“ diagnostizierten Personen vorhandenes Merkmal auf der Ebene der genetischen Anlagen zu finden. Das Ergebnis dieser Suche ist eine enorme Ansammlung von Befunden, welche die verschiedensten Veränderungen einzelner Konstanten in den Gehirnen von „AD(H)S-Kindern“ darstellen. Bei keiner dieser Veränderungen weiß man jedoch, welche von Anfang an vorhanden war und welche sekundär entstanden ist.

Es scheint dennoch offensichtlich zu sein, dass die Kinder ihre Gehirne in anderer Weise strukturiert und entwickelt haben als Kinder ohne die typischen Merkmale des Phänomens „AD(H)S“.²²³

6.3 Zu den Gründen für diese Veränderungen im Gehirn

Als die neurobiologische Ursachentheorie des Phänomens „AD(H)S“ formuliert wurde, ging man noch davon aus, dass die Bildung neuronaler Verschaltungen im Gehirn durch ein genetisches Programm gesteuert sei. Heute weiß man jedoch, dass die neuronalen Netzwerke und synaptischen Verschaltungen, die von der Natur im Gehirn angelegt sind, durch die individuelle Nutzung herausgebildet und gefestigt werden. Tierexperimentelle Untersuchungen haben laut HÜTHER die wahre Bedeutung und das Ausmaß dieser „*erfahrungs- und nutzungsabhängigen Plastizität*“²²⁴ sich entwickelnder Gehirne offenbart. Bei unter bestimmten Umständen aufgezogenen Ratten beobachtete der Neurobiologe z.B. eine Vergrößerung der synaptischen Dichte und der Dicke des Kortex. Um die Übertragbarkeit dieser Befunde auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn zu bestreiten, müsste man davon überzeugt sein, dass dieses stärker genetisch determiniert und weniger durch individuell gemachte Erfahrungen beeinflussbar ist als ein Rattengehirn.²²⁵

²²³ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²²⁴ Vgl. HÜTHER 1998, In: HÜTHER/BONNEY 2002, S. 60

²²⁵ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Berücksichtigt man die hohe Plastizität sowie das Ausmaß und die Bedeutung der nutzungsabhängigen Modifikationen in Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns, sollte es eigentlich nicht verwundern, dass sich die jahrelange differente Benutzung des Gehirns auf verschiedenen Ebenen niederschlägt - auch auf der biochemischen. Ob die gefundenen Veränderungen in den Gehirnen von „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern an der Aufrechterhaltung der auffälligen Verhaltensweisen beteiligt sind oder nicht, ändert nichts an der Tatsache, dass diese nicht die Ursachen, sondern die Korrelate einer besonderen Nutzungsweise des sich entwickelnden Kindergehirns sind.²²⁶

Was primär die Motivation der Kinder ist, ihr Gehirn anders - auf ihre spezifische Art und Weise - zu benutzen und somit zu strukturieren, darauf hat auch HÜTHER keine Antwort. Für andere Experten auf dem Gebiet der „AD(H)S“ Forschung ist die Antwort klar. Schenkt man ihnen Glauben, so gebrauchen die betroffenen Kinder ihr Gehirn in einer anderen Weise, da bestimmte Botenstoffe unzureichend freigesetzt werden. Insbesondere geht es um den Botenstoff, dessen Freisetzung sich durch die Gabe von Amphetaminen stimulieren lässt: Dopamin.²²⁷

Da ich es mir zum Ziel gesetzt habe, die in Kapitel 3 schon kurz dargestellte „Dopaminmangelhypothese“ zu demontieren, möchte ich sie an dieser Stelle etwas eingehender und vor allem kritischer betrachten.

6.4 Dopaminmangel?

In unserem Gehirn befindet sich ein dichtes und weit verzweigtes Netz aus Nervenfasern, das Milliarden von Nervenzellen miteinander verbindet. Um Informationen im Gehirn weiterzuleiten, benutzen unsere Nervenzellen elektrische Impulse und chemische Botenstoffe. Bei Erregung einer Nervenzelle breitet sich der Impuls auf der gesamten Oberfläche bis zu den Enden der oftmals weit verzweigten Fortsätze aus. Um von der Nervenzellenendigung (Synapse) zur nächsten Nervenzelle zu gelangen, wird ein sog. Neurotransmitter (Botenstoff) benötigt, der immer dann von einer Nervenzellenendigung abgegeben wird, wenn ein elektrischer Impuls ankommt. Dieser Neurotransmitter „schwimmt“ durch den nur mit einem Elektronenmikroskop zu erkennenden Spalt und löst bei der

²²⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²²⁷ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Nervenzelle auf der anderen Seite erneut eine Erregung aus. Auf diese Weise gelangt die Erregung von einer Nervenzelle zur nächsten und breitet sich über die Verzweigungen immer weiter und auch in andere Netzwerke aus. Die kleineren, auch „lokal“ genannten, Netzwerke sind durch Nervenfasern mit anderen lokalen Netzwerken verbunden und bilden so komplexere, auch „überregional“ oder „global“ genannte Netzwerke. Das zentrale noradrenerge System ist eines dieser globalen Systeme. Es wird immer aktiviert, wenn etwas Unerwartetes, Neuartiges oder Aufregendes wahrgenommen wird und reagiert mit einer vermehrten Ausschüttung des Botenstoffes Noradrenalin an den Enden seiner Fortsätze. Gleichzeitig mit dem noradrenergen System wird auch das dopaminerge System aktiviert und schüttet vermehrt den ihm eigenen Botenstoff Dopamin aus. Die Wirkung dieser Dopaminausschüttung auf die Aktivität des Gehirns kann man laut HÜTHER gut anhand der Wirkweise von Amphetaminen - auch als Psychostimulanzien oder Aufputzmittel bekannt - verdeutlichen. Die Nervenenden im Gehirn, die sonst das Dopamin als Botenstoff verwenden, nehmen diese Stoffe auf. Die Dopamintransporter, die für die Wiederaufnahme des abgegebenen Dopamins verantwortlich sind, verwechseln diese Stoffe sozusagen mit Dopamin und transportieren sie weiter. Im Inneren der dopaminergen Nervenenden führen sie zu einer Abgabe des dort bereitgehaltenen Dopamins und verhindern gleichzeitig dessen Wiederaufnahme und Abbau. Die Einnahme von Amphetaminen hat also zur Folge, dass das Gehirn regelrecht mit Dopamin überflutet wird. Die Konsequenz davon ist, dass der in der Regel durch dosierte und kontrollierte Dopaminfreisetzung ausgelöste antriebssteigernde, wachmachende und wachhaltende Effekt erheblich verstärkt wird. Dieser auch als „Rausch“ bezeichnete Zustand ist allerdings nur von kurzer Dauer, da die Dopaminspeicher irgendwann leer sind. Das ausgeschüttete Dopamin wird relativ schnell abgebaut. Bis sich neues gebildet hat und die Speicher wieder gefüllt sind, vergehen einige Stunden. In dieser Zeit führen neuartige Stimuli nur zu einer sehr geringen Ausschüttung von Dopamin, was von den Amphetaminkonsumenten als „[...] Abgeschlagenheit, Lustlosigkeit und Schläppheit erlebt und gefürchtet [...]“²²⁸ wird. Eltern von betroffenen Kindern, in deren Gehirn nach der „Dopaminmangelhypothese“ ein permanentes „Dopamindefizit“ herrschen

²²⁸ Zitiert nach HÜTHER/BONNEY 2002, S. 66

müsste, berichten über solche Zustände nur selten. An dieser Stelle, und da schließe ich mich HÜTHER an, passt irgend etwas nicht richtig zusammen.²²⁹

Aufgrund der neuen Forschungsergebnisse und Befunde formuliert HÜTHER eine andere Theorie, welche die Ausbildung des als „AD(H)S“ bezeichneten Phänomens erklärt. Im Gegensatz zu der „Dopaminmangelhypothese“ berücksichtigt dieses Denkmodell die gegenwärtigen Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung sowie der Entwicklungsbiologie und -psychologie. Der Neurobiologe geht davon aus, dass manche Kinder *„[...] bereits als Neugeborene und während ihrer Kleinkindphase erheblich wacher, aufgeweckter, neugieriger und leichter stimulierbar, oder einfach nur empfindlicher, ‚dünnhäutiger‘ und ‚unruhiger‘ sind als andere“*²³⁰. Ob es daran liegt, dass diese Kinder bereits mit einem stärker ausgebildeten dopaminergen System geboren werden, es genetisch bedingt oder während der intrauterinen oder postnatalen Entwicklung entstanden ist, lässt HÜTHER zunächst offen. Da die Ausreifung des dopaminergen Systems vermutlich davon abhängig ist, wie oft es durch neue Stimuli und Reize angeregt wird, besteht bei Kindern, die mit solch einer Wachheit und Stimulierbarkeit aufwachsen die Gefahr, in einen Teufelskreis zu rutschen. Die übermäßige Unruhe und leichte Stimulierbarkeit führt zu einer gesteigerten Aktivierung des dopaminergen Systems, das mit einem verstärkten Auswachsen seiner axonalen Fortsätze (Nervenzellen) reagiert. Dieses wiederum hat zur Folge, dass die betroffenen Kinder durch neuartige Reize jeglicher Art leichter stimulierbar und erregbar sind. Wenn es zu diesem Zeitpunkt nicht gelingt den Teufelskreis zu unterbrechen, so HÜTHER, sei es nur eine Frage der Zeit, bis das Kind durch seinen starken Antrieb, seine Unruhe und der stetigen Suche nach neuen Stimuli auffallen werde. Diese Verhaltensweisen würden wiederum psychosoziale Konflikte nach sich ziehen, die bei den Betroffenen zu Stressreaktionen und infolgedessen zu einer vermehrten Ausschüttung von Hormonen und Botenstoffen führen würden.²³¹

Sollten diese Überlegungen von HÜTHER sich als richtig erweisen, so würde das bedeuten, dass im Gehirn von den mit „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern nicht zu wenig sondern zuviel Dopamin ausgeschüttet wird. Durch die Gabe von

²²⁹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²³⁰ Zitiert nach HÜTHER 2002, S. 69

²³¹ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Amphetaminen würde man die ohnehin schon gesteigerte Dopaminfreisetzung also noch weiter erhöhen. Da das Kind sowieso schon hochgradig stimuliert sei, würde es dieses jedoch kaum bemerken. Sind die Dopamin-Speicher leer, muss neues Dopamin nachgebildet werden. Während dieser drei bis sechs Stunden, wird bei Stimulation nur sehr wenig Dopamin freigesetzt, was die vorübergehende Beruhigung nach der Ritalineinnahme erkläre. Kinder, bei denen das Antriebssystem im Normalzustand überaktiv ist, kommen in dieser Phase zur Ruhe, können sich auf eine Sache konzentrieren und werden nicht durch kleinste Stimuli abgelenkt. Nach etwa drei bis sechs Stunden, so vermutet HÜTHER, seien die Dopaminspeicher wieder aufgefüllt und der alte Zustand mache sich entsprechend bemerkbar. Mit dieser Überlegung stellt HÜTHER die durch die Wirkweise von Amphetaminen hergeleitete Hypothese des „Dopaminmangels“ auf den Kopf.²³² In meiner Arbeit werde ich nicht weiter auf diese Theorie eingehen. Ich möchte lediglich zeigen, wie ungeklärt die hirnorganische Grundlage des Phänomens ist.

6.5 Psychosoziale Erfahrungen beeinflussen den Transmitterstoffwechsel

Lange Zeit war es vollkommen unvorstellbar, dass psychosoziale Einflüsse in der Lage seien, die Struktur des Gehirns zu beeinflussen und zu verändern. Heute ist man davon überzeugt, dass sich die vom Individuum im Laufe seines Lebens gemachten Erfahrungen strukturell im Gehirn niederschlagen.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 1971 beweist, dass man bei der Interpretation von Forschungsergebnissen im Hinblick auf den Zusammenhang von Körper und Geist sorgfältig vorgehen muss. In dieser Studie sollte die Konzentration des Botenstoffes Serotonin bei einer Gruppe als „hyperaktiv“ eingestufte Kinder untersucht werden. Da bei allen Kindern weder die Geschichte einer schweren Erkrankung noch einer Verletzung des Gehirns bekannt war, blieben die Gründe für die Hyperaktivität unbekannt. Um festzustellen, ob der Serotoninspiegel dieser Kinder außergewöhnlich war, wurde er mit dem einer Kontrollgruppe von Kindern verglichen, die nicht als hyperaktiv eingestuft, ansonsten aber

²³² Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

vergleichbar mit der ersten Gruppe waren. Ganz wie die Wissenschaftler erwartet hatten, lagen selbst die Kinder mit dem niedrigsten Serotoninspiegel aus der Kontrollgruppe über dem Serotonin-Niveau aller als hyperaktiv eingestuft Kinder. Dies bedeutet: Durch biochemische Untersuchungen kann man hyperaktive Kinder von nichthyperaktiven unterscheiden.²³³

Dieses Ergebnis würde heute sofort zu dem Schluss führen, dass eine angeborene biologische Störung die Ursache des Phänomens „AD(H)S“ sei. Zu demselben Resultat kamen übrigens auch Alan J. ZAMETKIN und seine Mitarbeiter als sie 1990 in einer Untersuchung mit PET-Scans (Positronemissionstomographie) feststellten, dass der Glukosestoffwechsel bei hyperaktiven Erwachsenen niedriger ist als bei nichthyperaktiven.²³⁴

Doch die Wissenschaftler gingen noch einen bedeutenden Schritt weiter. Sie nahmen die beiden hyperaktivsten Kinder aus ihrem normalen Lebensumfeld heraus, siedelten sie in ein Forschungshospital um und beobachteten, ob und wie sich die chemischen Substanzen im Gehirn hierdurch veränderten. Die Wirkung war entscheidend. Nach und nach stieg der Serotoninspiegel der Kinder zu einem normalen und höheren Niveau an. Als die Kinder das Forschungshospital nach einem Monat verlassen durften, sank der Serotoninspiegel wieder auf das vorherige niedrige Niveau ab. Die wichtigste Erkenntnis aus dieser Studie war laut DEGRANDPRE, dass die „[...] Veränderungen im Hirn mit den erwarteten Veränderungen im hyperaktiven Verhalten korrelierten [...]“²³⁵. Wenn der Serotoninspiegel stieg, ging das hyperaktive Verhalten zurück - sank er, nahm das hyperaktive Verhalten wieder zu. Statt unterschiedliche Hirnzustände als Beweis dafür zu betrachten, dass es sich bei „AD(H)S“ um eine angeborene „Störung“ handelt, führte die Studie den stichfesten Beleg, „[...] dass unsere Lebensbedingungen gleichzeitig unsere Hirnchemie und unser Verhalten ändern können [...]“²³⁶. Das Messen von Hirnzuständen wirft also nur die Frage auf, ob es sich bei den Messergebnissen um die Ursache oder um die Wirkung der als „hyperaktiv“ bezeichneten Verhaltensweisen handelt.²³⁷ Auch andere Studien haben gezeigt, dass ein bestimmtes Vorgehen bzw. Verhalten (z.B. die

²³³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²³⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²³⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 97

²³⁶ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 97

²³⁷ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Meditation) den Hirnstoffwechsel und auf längere Sicht sogar die Hirnstrukturen beeinflussen kann.²³⁸

Untersuchungen wie diese erschüttern laut HÜTHER allmählich das alte Weltbild und untermauern die Theorie der Hirnforscher, „[...] *dass uns jede intensive menschliche Begegnung nicht nur psychisch, sondern auch biologisch, also in unserem Hirn verändert [und], dass jede neue Erfahrung, die wir machen, und die die emotionalen Zentren in unserem Hirn in Unruhe versetzt, strukturell im Gehirn verankert wird*“²³⁹.

6.6 Das Kind als Akteur seiner eigenen Entwicklung

„Jeder ist sein eigener neuronaler Plastiker und bearbeitet das ihm gegebene Material so, wie es seinen individuellen Neigungen entspricht.“

Henning Köhler

Wenn ich davon spreche, dass die psychosozialen Bedingungen und Lebensumstände, für welche die Gesellschaft verantwortlich ist, Entwicklung, Struktur und Funktion des kindlichen Gehirns beeinflussen, meine ich damit in keiner Weise, Kinder würden nur passiv und unwillkürlich lernen. So trifft auch das Wort „Umweltprägung“, das so oft im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung fällt, den Sachverhalt nicht. Ergebnisse aus der Säuglingsforschung belegen, dass der Mensch von Beginn seines Lebens an ein im wahrsten Sinne des Wortes eigenwilliges, gestaltungsfähiges, Kontakt knüpfendes, aktiv wählendes Wesen ist, das seine Entwicklung *selber* steuert. Die lang gehegte Vorstellung, das Neugeborene sei ein bloßes Affekt- und Triebbündel ohne kommunikative Kompetenzen und Unterscheidungsvermögen und den Umwelteinflüssen wehrlos ausgeliefert, wird mehr und mehr durch das „*Bild eines aktiven, planenden [...] Subjekts*“²⁴⁰ ersetzt. Durch die Reduktion der kindlichen Verhaltensweisen auf biologische Vorgänge, wie Verschaltungsprobleme und Stoffwechselstörungen

²³⁸ Vgl. KÖHLER 2002

²³⁹ Zitiert nach HÜTHER 2002, S. 77

²⁴⁰ Zitiert nach DORNES 2001, In: KÖHLER 2002, S. 37

des Gehirns, wird der darin liegende subjektive Sinngehalt oder „Bedeutungsvollzug“²⁴¹ ignoriert und ausgeklammert. Dabei sind es gerade diese „Bedeutungsvollzüge“, so KÖHLER, die das Phänomen „AD(H)S“ in einem ganz anderen Licht erscheinen lassen könnten. Gesteht man den von uns als „störend“ bezeichneten Verhaltensweisen Sinn und Bedeutung zu, müsste man sich unweigerlich mit dem Bezugsrahmen beschäftigen. Dieser werde, laut KÖHLER, nicht nur durch die Eltern gebildet, sondern durch eine Fülle von außerfamiliären Einflussfaktoren, die alle in Erwägung gezogen werden müssten, „[...] wenn man versuchen will, ungewöhnliche kindliche Verhaltensweisen unter dem Gesichtspunkt des Antwortens auf die Welt zu verstehen“²⁴². Auch Jerome KAGAN hat seit Beginn der 80er Jahre beobachtet, dass Kinder von Anfang an auf eigenwillige Weise ihre Erfahrungen „interpretieren“ und durch subjektive Bedeutungszumessungen eine Persönlichkeit ausbilden. Seiner Ansicht nach werden sie in keiner Weise „geprägt“ und sind nicht genetisch festgelegt.²⁴³ Wir müssen dem Kind also zugestehen, dass es in seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt zwischen mehr oder weniger bedeutsamen Dingen und Ereignissen unterscheiden kann. „Nun kann allerdings eine Bedeutung nichts tun. Sie wird erkannt bzw. verliehen. [...] Wer aber verleiht bzw. erkennt Bedeutungen? [...] Das Individuum“²⁴⁴. Übertragen auf die Hirnentwicklung heißt das: Durch die Konstruktion seiner eigenen Bedeutungsrealität organisiert ein Individuum die Wachstums- und Vernetzungsprozesse im Zentralnervensystem selber.²⁴⁵ Diese Annahme kommt mit den vorliegenden empirischen Daten nicht in Konflikt. Die gefundenen Veränderungen auf neurologischer Ebene wären hier als physiologische Korrelate einer besonderen Nutzung des Gehirns durch das Kind zu sehen und nicht als Ursache einer Krankheit.²⁴⁶

Resümee

²⁴¹ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 46

²⁴² Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 41

²⁴³ Vgl. KÖHLER 2002

²⁴⁴ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 46

²⁴⁵ Vgl. KÖHLER 2002

²⁴⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

Neue Erkenntnisse aus der Hirnforschung machen deutlich, dass wir Menschen viel weniger durch die Natur festgelegt sind, als uns die Verfechter der Dopaminmangelhypothese glauben machen wollen.²⁴⁷

Wissenschaftler haben jüngst erkannt, dass der Entwicklungs- und Wachstumsprozess des kindlichen Gehirns nicht mit der Geburt oder dem dritten Lebensjahr abgeschlossen ist, sondern erst nach der Geburt richtig einsetzt. Nicht innere Vorgänge, sondern die Erfahrungen, die das Kind in seiner Begegnung mit der Umwelt macht, sind dafür relevant. Was anlagebedingt vorgegeben war, wird durch Erfahrung und Sinnggebung des Individuums durchgreifend entwickelt sowie verändert. Das Kind ist also aktiv daran beteiligt, auf welche Art und Weise es das Gehirn strukturiert und benutzt. Von Geburt an sind wir Menschen nicht so stark, sondern so wenig wie möglich festgelegt. Auf das Phänomen „AD(H)S“ übertragen bedeutet das: Es muss sich nicht um einen angeborenen „Defekt“ handeln, das Kind kann die Verhaltensweisen entwickelt haben.²⁴⁸

Bei Betrachtung der neurologischen und neuropsychologischen Befunde wird deutlich, dass das Phänomen „AD(H)S“ auf dieser Ebene eine eigene Realität hat. In weiten Teilen der Psychiatrie und in den Medien hat sich jedoch der Trend eingeschlichen, jede Korrelation zwischen psychologischen Problemen und der Neurophysiologie als Beweis für die biologische Basis der „Störung“ zu verwenden.²⁴⁹ So bestehen auch im Fall „AD(H)S“ einige Autoren und Spezialisten auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den gefundenen neurobiologischen Veränderungen - die meiner Ansicht nach übrigens keineswegs als Defekte begriffen werden dürfen - und den auf der Verhaltensebene beobachtbaren Merkmalen.²⁵⁰

Seelisch-geistige Vorgänge gehen mit hormonellen und neuronalen Prozessen einher. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie in einem kausalen Zusammenhang stehen. Da im Moment noch vollkommen ungeklärt ist, welche der in den Gehirnen von „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern nachgewiesenen Veränderungen tatsächlich primär vorhanden waren und welche erst sekundär entstanden sind, dürfen sie nur als physiologische Korrelate oder als

²⁴⁷ Vgl. KÖHLER 2002

²⁴⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002, HÜTHER/BONNEY 2002

²⁴⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁵⁰ Vgl. KÖHLER 2002

Repräsentation des Phänomens auf einer anderen Ebene gedeutet werden. Die farbigen oder graphischen Abbildungen auf den Monitoren zeigen uns nur, dass sich bei auffälligem Verhalten - was immer auch der Grund dafür ist - das Gehirn anders „verhält“. Das was man äußerlich wahrnimmt, hat eine innere - körperliche - Entsprechung. Bildgebende Verfahren enthüllen also keine Ursachen, sondern fügen empirische Daten hinzu, welche eine immer detailliertere Beschreibung des Phänomens ermöglichen. Entstehungs- und krankheitsgeschichtliche Schlussfolgerungen lassen sie nicht zu.²⁵¹

Der Beweis für die Ursache im biochemischen Bereich steht für „AD(H)S“ nach wie vor noch aus!²⁵²

Die Feststellung, dass die Verfassung des Kindes bis ins körperliche hinein - also auch auf der Ebene des Gehirnstoffwechsels - in hohem Maße von den psychosozialen Erfahrungen bestimmt ist, ermöglicht eine andere Sichtweise der im Gehirn gefundenen Veränderungen.

Statt die Abweichungen im Hirnstoffwechsel als Ursachen für die unter dem Begriff „AD(H)S“ zusammengefassten Verhaltensweisen zu betrachten, könnte man die Argumentation unter den neuen Gesichtspunkten auch umdrehen. Ziehen besagte Verhaltensweisen vielleicht eine Veränderung des Hirnstoffwechsels nach sich oder gehen zumindest damit einher? Die Motivation des Kindes für jene Verhaltensweisen bleibt vorerst unbekannt. Es könnte aber sein, dass das Umfeld des Kindes und unsere Gesellschaft eine Rolle spielen, denn beide haben sich in den letzten 30 Jahren stark verändert (s. Kapitel 8).

Eine „kulturelle Evolution“, d.h. eine Verbesserung der Entwicklungs- und Nutzungsbedingungen hat zu einem immer effektiveren Ausbau der genetisch angelegten Möglichkeiten zur Ausreifung des zeitlebens lernfähigen Gehirns geführt. Positive psychosoziale Erfahrungen schlagen sich in Struktur und Funktion des Gehirns nieder. Könnte es nicht ebenso sein, dass eine Verschlechterung der Lebensbedingungen einen negativen Einfluss auf die Entwicklungs- und Nutzungsbedingungen des Gehirns hat?

Wäre die rapide Zunahme des Phänomens „AD(H)S“ in den vergangenen 30 Jahren wirklich genetischer Natur, so müsste sich auch unser Erbgut innerhalb dieses Zeitraumes verändert haben. Untersuchungen belegen jedoch die Konstanz

²⁵¹ Vgl. KÖHLER 2002

²⁵² Vgl. DEGRANDPRE 2002, HÜTHER/BONNEY 2002, KÖHLER 2002

der genetischen Grundausstattung des Menschen seit 100 000 Jahren. Wie kann also das Phänomen „AD(H)S“ oder der Dopaminmangel genetisch bedingt sein?

Vor dem Hintergrund der dargestellten Erkenntnisse aus der Hirnforschung und der offensichtlichen Zunahme von „AD(H)S“ in den vergangenen 30 Jahren ist es äußerst fragwürdig zu behaupten, dass das Phänomen AD(H)S „[...] weder [auf] multifaktorielle polygene Übertragungsmechanismen noch [auf] Umwelt- oder Kultureinflüsse [...] [zurückzuführen sei], sondern dass die Störung auf einem einzelnen autosomal dominanten Gendefekt zu beruhen scheint“²⁵³.

Da die angeborene Beschaffenheit des kindlichen Gehirns in keiner Weise festgelegt ist, muss es andere Gründe geben, aus denen sich manche Kinder beharrlich weigern, ihr Verhalten anzupassen. Der Neurologe HÜTHER geht sogar soweit zu behaupten, die Kinder könnten ihr Verhalten bzw. ihre Gehirne jederzeit umstellen, wenn sie wollten.²⁵⁴

Wenn jedes Kind Akteur seiner eigenen Entwicklung ist, beinhalten die von uns als „krank“ oder „störend“ betitelten Verhaltensweisen einen Sinn. Das ganze Phänomen „AD(H)S“ erscheint in einem anderen Licht. Die Schwierigkeiten, die unsere Kinder offensichtlich haben, dürfen nicht länger als „Störungen“ oder „Defekte“, sondern müssen als „Notsignal“ oder „Zeichen“ begriffen werden. Solange wir die Bedeutung nicht entschlüsseln können und nicht herausfinden, was uns Kinder mit ihrem Verhalten sagen wollen, bleibt uns laut SCHIFFER nichts anderes übrig, als den kindlichen „Eigen-Sinn“ in seiner krisenhaften Erscheinung zu respektieren.²⁵⁵

Wann begreifen wir endlich, dass wir uns von der biophysischen Sichtweise trennen und beginnen müssen, die Bedingungen zu hinterfragen, unter denen wir unsere Kinder aufwachsen lassen?

²⁵³ Zitiert nach KRAUSE/KRAUSE/TROTT, In: SCHIFFER 2002, S. 36

²⁵⁴ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁵⁵ Vgl. SCHIFFER 2002

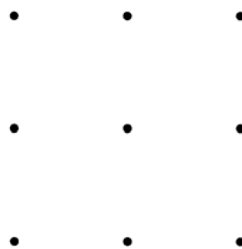
7 Die andere Sichtweise

Wir Menschen haben die Angewohnheit, unsere einmal gewonnenen Vorstellungen über die Ursachen bestimmter Phänomene als unwiderruflich und verbindlich anzusehen. Früher oder später führen neue Erfahrungen jedoch zu neuen Erkenntnissen, die mit unserem alten Weltbild nicht mehr vereinbar sind. Sie zwingen uns, die einst entwickelten Vorstellungen und Theorien an den aktuellen Kenntnisstand anzugleichen. In diesen Kontext ist laut HÜTHER auch die Diskussion um die Ätiologie des Phänomens „AD(H)S“ einzuordnen.²⁵⁶ Die von mir im Laufe des vorigen Kapitels dargestellten Erkenntnisse aus der Hirnforschung zeigen die Notwendigkeit, die Dopaminmangelhypothese zu revidieren. Ihr praktischer Wert liegt lediglich darin, dass sie gut zur Erklärung, Begründung und Rechtfertigung der medikamentösen Behandlung des Phänomens geeignet ist.²⁵⁷

In den folgenden Kapiteln werde ich mich mit einer anderen Sichtweise des Phänomens „AD(H)S“ beschäftigen. Bevor ich damit beginne, möchte ich anhand zweier Aufgaben verdeutlichen, wie sinnvoll es sein kann, sich von alten und festgefahrenen Denkmustern zu lösen und sein Blickfeld für andere Sichtweisen zu erweitern. Genau dies ist für eine andere Begegnung und einen anderen Umgang mit den von uns als „krank“ betitelten Verhaltensweisen von zentraler Bedeutung.

1. Aufgabe:

„Ziehen Sie durch diese neun Punkte vier gerade Striche, so dass alle Punkte berührt werden. Es ist nicht erlaubt, mit dem Bleistift abzusetzen oder eine Linie doppelt zu fahren“²⁵⁸.



²⁵⁶ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁵⁷ Vgl. HÜTHER/BONNEY 2002

²⁵⁸ Zitiert nach VOSS/WIRTZ 2000, S. 75

Solange man bei der Lösungssuche innerhalb des durch die neun Punkte vorgegebenen Raumes bleibt, ist man erfolglos. Erst eine Erweiterung des Blickfeldes und ein Verlassen des durch die neun Punkte vorgegebenen Raumes führen zur Lösung der Aufgabe.²⁵⁹

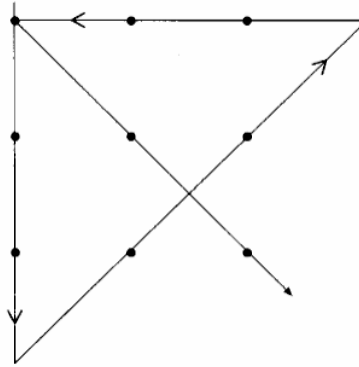


Abb. aus VOSS/WIRTZ 2000, S. 75

2. Aufgabe:

Bitte betrachten Sie die folgende Abbildung genau. Was sehen Sie? Betrachten Sie dieses Bild nach einiger Zeit noch einmal, evtl. auch mit Freunden oder Ihrer Familie.



Bei der Betrachtung des Bildes zeigt sich, dass verschiedene Betrachter auf den ersten Blick oder auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten etwas anderes wahrnehmen. Während der eine die Ente erkennt, sieht der andere zuerst den Hasen.

Ich habe diese beiden Aufgaben ausgewählt, da sie gut verdeutlichen wie wichtig es ist, sich von gewohnten Ansichten zu lösen, wenn diese nicht mehr weiterführen. Auch bei scheinbar offensichtlichem Sachverhalt muss man offen bleiben für andere Sichtweisen - und damit verbunden für andere Lösungswege.

²⁵⁹ Vgl. VOSS/WIRTZ 2000

Ähnlich wie wir uns bei der ersten Aufgabe zu sehr auf den Raum innerhalb der neun Punkte fixieren, richten wir beim Phänomen „AD(H)S“ unsere Aufmerksamkeit zu einseitig und direkt auf das Kind. Indem wir das Kind mit seinen Genen und seinem Gehirnstoffwechsel zum „Sündenbock“ machen, werden die Kräfte, die den Lebensweltbezügen des Kindes zuzurechnen sind - wie Schule, Familie, Gesellschaft - ausgeklammert. Bei der Aufgabe mit den neun Punkten hat uns eine Erweiterung des Blickfeldes zur Lösung geführt. Da die bisherigen Lösungsversuche des Phänomens „AD(H)S“ nicht annähernd zu einer Verbesserung der Situation der Kinder beigetragen haben, wäre es zumindest einen Versuch wert, auch hier unser Blickfeld zu erweitern. Anstatt die „auffälligen“ Verhaltensweisen zu individualisieren, müssen wir sie in größere soziale Zusammenhänge stellen und das Kind aus dem Zentrum der Betrachtung nehmen.²⁶⁰

Die zweite Aufgabe zeigt, dass je nach Perspektive und Blickwinkel ein Sachverhalt unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Der eine sieht auf dem Bild einen Hasen, ein anderer sieht eine Ente. Erst bei genauem Betrachten bemerken beide, dass das jeweils andere auch vorhanden ist. Sowohl für diesen Fall als auch hinsichtlich des Phänomens „AD(H)S“ gilt: Wenn wir uns bei der Betrachtung eines Bildes oder Kindes nicht genug Zeit lassen genau hinzusehen, besteht die Gefahr, dass wir nur einen Teil des Ganzen wahrnehmen.

Problematisch ist es auch, wenn uns suggeriert wird, was wir sehen sollen. Weist uns jemand darauf hin, wir würden das Bild einer Ente vorgelegt bekommen, so werden wir höchstwahrscheinlich auch die Ente sehen, obgleich der Hase ebenfalls vorhanden ist. Auch in diesem Fall spielt uns unsere Wahrnehmung einen Streich. Beide, sowohl Ente als auch Hase, sind eine Wirklichkeit. Das Bild hat sich in keinem Fall verändert, lediglich unsere Wahrnehmung. Auch aus dieser Aufgabe kann man eine Konsequenz ziehen, die sich auf das Phänomen „AD(H)S“ übertragen lässt: Obwohl sich die gefundenen Veränderungen in der Hirnphysiologie nicht leugnen lassen, sollten wir uns davor hüten, in ihnen die ganze Wahrheit zu sehen. Gerade wenn es um das Wohl unserer Kinder geht, sind wir verpflichtet - ähnlich wie bei dem Hase/Ente Bild - genauer hinzusehen und das zu hinterfragen was Ärzte, Psychologen, Medien und Bücher uns vermitteln.

²⁶⁰ Vgl. VOSS/WIRTZ 2000

Warum das im Fall „AD(H)S“ von besonderer Wichtigkeit ist, möchte ich ebenfalls anhand des Bildes verdeutlichen. Je nachdem was wir auf dem Bild wahrnehmen, gestalten sich unsere diesbezüglichen Eigenschafts- und Bedürfniszuschreibungen. Aufgrund dessen was wir z.B. über den Hasen wissen, werden wir ihn dem Lebensraum Wald, Feld und Wiese zuordnen und nicht den Gewässern, wie die Ente. D.h., unsere jeweilige Sicht- und Denkweise beeinflusst unser weiteres Handeln. Es wäre fatal einen Hasen in einen Teich zu setzen, weil man nicht genau hingeschaut hat, um was für ein Wesen es sich handelt. Ebenso verhängnisvoll ist es meiner Meinung nach, Kindern Ritalin oder andere Medikamente zu geben, weil Untersuchungen darauf hinweisen, dass es in ihren Gehirnen neurologische Veränderungen gibt.

Die neuen Erkenntnisse aus der Hirnforschung sollten Anlass dazu geben, noch einmal genauer hinzusehen, den undifferenzierten biophysischen Ansatz und die daraus resultierenden Handlungsstrategien zu hinterfragen und unseren Horizont durch andere Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsweisen zu erweitern.

8 Entwicklungshypothese Reizabhängigkeit

„Wenn ein Lebewesen, Pflanze oder Tier, in einer bestimmten Umgebung nicht gedeihen kann, schließt man: Es ist die falsche Umgebung. Wenn sich ein erwachsener Mensch durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen, denen er unterworfen ist, in seiner Persönlichkeitsentwicklung gehemmt fühlt, gesteht man ihm zumindest hypothetisch zu, dass er unter anderen, besseren Umständen zeigen könnte, wer er wirklich ist und was er wirklich kann. Wenn aber ein Kind offensichtlich Tag für Tag mit den Gegebenheiten kollidiert [...], dann scheint ganz klar zu sein: Es liegt nicht an der Umgebung, es liegt nicht an den Bedingungen - das Kind ist ‚defizitär‘. Es wurde schon ‚defizitär‘ geboren.“

Henning Köhler

In diesem Kapitel möchte ich mich mit einer Theorie beschäftigen, welche die von uns als „störend“ bezeichneten Verhaltensweisen nicht genetisch begründet und sie somit individualisiert, sondern die den gesellschaftlichen Kontext berücksichtigt. Sie lässt sich mit den neuen Erkenntnissen aus der Hirnforschung und den im Gehirn gefundenen Veränderungen gut vereinbaren und kann ein paar Fragen mehr beantworten als die „Dopaminmangelhypothese“.

Ich möchte das Kapitel mit einer Beschreibung unserer „Kultur der Geschwindigkeit“ einleiten und darstellen, wie diese in Form einer Reizabhängigkeit das menschliche Bewusstsein transformiert und sich so auf unser Verhalten auswirkt. Im weiteren Verlauf werde ich die Beschleunigungskultur in Beziehung zu dem Phänomen „AD(H)S“ setzen, um dann die vermeintliche Ritalin-Lösung unter dem Gesichtspunkt der Reizabhängigkeit noch einmal zu betrachten.

8.1 Die „Schnellfeuer-Kultur“ und ihre Wahrnehmung

Der Amerikaner Robert LEVINE (Professor für Psychologie an der California State University in Fresno) hat sich intensiv mit dem Verhältnis unterschiedlicher Kulturen zur „Zeit“ beschäftigt. In einer seiner Versuchsreihen beobachtete er den

Lebensrhythmus von Großstädten 31 verschiedener Länder anhand von drei Indikatoren. Deutschlands Repräsentant war Frankfurt am Main. Zunächst ermittelte LEVINE die durchschnittliche Schrittgeschwindigkeit zufällig ausgewählter Passanten auf einer Strecke von 20 Metern. Als Beispiel für Geschwindigkeit am Arbeitsplatz wurde die Zeit gemessen, die ein Postbeamter benötigte, um der Standardbitte nach Briefmarken nachzukommen. 15 im Stadtzentrum verteilte Bankuhren sollten Aufschluss darüber geben, wie genau es eine Stadt mit der „Uhr-Zeit“ nimmt. Die Messungen wurden zur Hauptarbeitszeit, an klaren Sommertagen im zentral gelegenen Stadtgebiet durchgeführt. Die ermittelten Unterschiede waren enorm. Tendenziell lagen westeuropäische Städte und Japan in der „Schnelligkeit“ ganz vorne. Platz drei belegte Frankfurt. Von 31 Ländern hatte Deutschland die schnellsten Postbeamten, die fünftschnellsten Fußgänger und belegte in der Kategorie „genau gehende Uhren“ den achten Platz.

Der Psychologe stellte bei dieser Untersuchung fest, dass der Lebensrhythmus in zweifacher Weise die Lebensqualität beeinflusst. Er wirkt sich sowohl auf die physische und psychische Gesundheit des Einzelnen aus als auch auf das soziale Wohl der Gemeinschaft. Der Psychologe machte einerseits die Beobachtung, dass ein schneller Lebensrhythmus tatsächlich gesundheitsschädigend sein kann. Zeitdruck kann zu ungesunden Verhaltensweisen wie exzessivem Konsum von Alkohol, Tabak, Kaffee und Drogen sowie zu ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung führen. Andererseits bemerkte er auch, dass ihm die Bevölkerung an schnellen Orten glücklicher zu sein schien. Ob das rasante Tempo in Deutschland und den anderen westlichen Staaten Anlass zur Sorge sein sollte und in Zusammenhang mit dem Phänomen „AD(H)S“ stehen könnte, beantwortet er nicht.²⁶¹

Ausführlicher hat sich der Psychologe DEGRANDPRE in seinem Buch „Die Ritalingesellschaft“ mit dem Phänomen der beschleunigten Gesellschaft und deren Auswirkungen auf die Individuen befasst. DEGRANDPRE beschreibt auf sehr eindrucksvolle Art und Weise, wie eine geradezu „*einzigartige Geschwindigkeitsmanie*“²⁶² Tugenden wie Langsamkeit, Entspannung, Muße, Einfachheit, sogar Faulheit in den westlichen Kulturen verdrängt hat. Das

²⁶¹ Vgl. BONNACKER 2003

²⁶² Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 16

Verlangen der Gesellschaft nach Erregung und Abwechslung erfülle unser Leben, so DEGRANDPRE, mit Hast und Unruhe: „*Entweder sind wir in Hetze, erholen uns davon oder hetzen zu neuer Hetze*“²⁶³. Dieses geschehe allerdings keineswegs selbstbestimmt, sondern habe sich wie eine seltsame Art chronische Erkrankung oder Sucht verselbständigt.²⁶⁴

Studien haben gezeigt, „[...] dass die meisten hyperaktiven, an Aufmerksamkeitsdefizit leidenden Kinder sich unter reizgesättigten Bedingungen in normale, alltägliche Kinder verwandeln [...]“²⁶⁵. Sie werden erst dann auffällig, „[...] wenn der Strom an Reizen nachlässt“²⁶⁶. DEGRANDPRE bringt das Problem weniger mit einer Gehirn-Funktionsstörung, deren wissenschaftlicher Beweis bis heute aussteht, in Verbindung sondern vielmehr „[...] damit, wie die Ausbreitung einer „Schnellfeuer-Kultur“ im zwanzigsten Jahrhundert unser Bewusstsein verwandelt hat“²⁶⁷.

Ob wir das Leben unserer Kinder als beschleunigt wahrnehmen oder nicht, wir unterschätzen laut DEGRANDPRE diese Entwicklungen höchstwahrscheinlich. Die Gründe dafür vermutet er in der allmählichen, sich über Jahre hinziehenden Beschleunigung der Gesellschaft, was u.a. dazu führt, dass das gegenwärtige Lebenstempo von uns als normal empfunden wird. Erhöht sich das Tempo der Gesellschaft, passt sich unser Bewusstsein daran an. Durch diese fortwährende Anpassung werden die von der Beschleunigung intendierten Fortschritte („durch Beschleunigung gewinnen wir Zeit“) neutralisiert und nicht mehr als solche wahrgenommen. Ein realistisches Bild der Beschleunigung kann man sich somit erst dann machen, wenn wir unser derzeitiges Leben mit dem Lebensstil der vorherigen Generationen vergleichen.²⁶⁸

An den einst getrennten Wasserhähnen für warmes und kaltes Wasser sowie den „altmodischen“ Wählscheiben-Telefonen lässt sich dieser Prozess gut verdeutlichen. Durch den technischen Fortschritt, in Form der einarmigen Mischbatterie und des Tastentelefon, sind diese Geräte bei unveränderter Erfüllung ihres Zweckes vereinfacht und beschleunigt worden. Heute zeugen

²⁶³ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 15

²⁶⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁶⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 8

²⁶⁶ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 8

²⁶⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 8

²⁶⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

sensorgesteuerte Wasserhähne und die Spracherkennung beim Wählen von einer weiteren Beschleunigung. Wir nehmen diese Dinge als etwas Selbstverständliches hin und haben nicht das Gefühl, die Vorzüge einer besonders modernen Errungenschaft nutzen zu dürfen.²⁶⁹

Erst wenn wir zufällig eines der veralteten Geräte benutzen und mit Ungeduld reagieren, wird uns bewusst, wie sehr sich unser Leben beschleunigt hat. Der Gebrauch eines Wählscheibentelefon könnte heute so manchem Geschäftsmann die letzten Nerven rauben. Beim Händewaschen würden wir uns die Finger verbrennen, weil es uns zu umständlich ist, das Waschbecken mit kaltem und warmem Wasser zu füllen. Der Grund für ungeduldige Reaktionen gegenüber einst sehr nützlichen und modernen Erfindungen liegt darin, dass diese dem Tempo unseres Lebensbewusstseins nicht standhalten. Genaugenommen ist also nicht der technische Fortschritt an sich von Bedeutung, sondern seine Wirkung auf unser Bewusstsein. Der Versuch, unsere eigene bewusste Wahrnehmung mit dieser beschleunigten Gesellschaft in Einklang zu bringen hat zur Folge, dass wir nicht nur gehetzter leben, sondern uns auch gehetzter fühlen.²⁷⁰

8.2 Bewusstsein unter Strom

Das Leben in der von DEGRANDPRE als „Schnellfeuer-Kultur“ bezeichneten Gesellschaft bedeutet ein Leben in permanenter Bewegung, in dem die Langsamkeit immer weniger Platz hat. Wenn wir uns nicht bewegen, dann bewegt sich irgendetwas in unserer Nähe. In dieser bewegten Welt nimmt - angetrieben durch Veränderungen und technische Neuerungen wie Elektrizität, Arbeitsteilung, industrielle Automatisierung, Telefon, Kino, Auto, Fernsehen, Flugzeug, Computer, Faxgerät - einerseits das Lebenstempo und andererseits die Intensität der Stimuli zu. Dieser reizgesättigte und beschleunigte Alltag „[...] formt und verformt die zwischenmenschlichen Beziehungen, von den sozialen, über die romantischen bis zu den von Eltern und Kindern“²⁷¹, auf die ich in Kapitel 8.4 noch zu sprechen kommen werde. Zur gleichen Zeit wirkt die beschleunigte Kultur nachhaltig auf das menschliche Bewusstsein ein und verändert es. Die

²⁶⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷⁰ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷¹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 25

„Schnellfeuer-Kultur“ erzeugt laut DEGRANDPRE ein „Schnellfeuer-Bewusstsein“.²⁷²

Um diesen Prozess zwischen beschleunigter Gesellschaft und Bewusstsein nachvollziehen zu können, müssen wir unseren Blick als erstes auf unsere reizüberflutete Umwelt richten. Beinahe überall buhlen visuelle Reize, Klänge und Gerüche um unsere Aufmerksamkeit. Ob Schilder am Supermarkt, immer größer werdende Reklametafeln an Geschäften und in Straßen, durch die Stadt fahrende mit Werbung bespckte Busse und Bahnen oder „plärrende“ Beschallung an der Tankstelle. Hinzu kommen dröhnende Bässe der zu Diskotheken umfunktionierten Autos, die „trällernde“ Melodie am Telefon, während man uns verbindet, die uns täglich zugestellte Werbepost sowie das Piepen und Pfeifen von Uhren und Alarmanlagen - nicht zu vergessen die penetrante musikalische Berieselung in Büros, Kaufhäusern, Aufzügen und Restaurants. Ganz gleich wo wir uns befinden, werden wir von einem nicht abreißen Strom von Sinnesreizen überflutet.²⁷³

Um unser Bewusstsein zu beeinflussen, müssen diese Stimuli nicht unbedingt als störend von uns eingestuft werden. Wenn die summende, piepsende, pfeifende Geräuschkulisse von uns nicht als unangenehm empfunden wird, „[...] werden wir ihr gegenüber wahrscheinlich eine psychische Toleranz entwickeln“²⁷⁴. Eine „normale“ Sinneserfahrung in unserer Wahrnehmung kann diejenige, welche von unseren Vorfahren als normal und annehmbar erfahren wurde, um ein Weiteres übertreffen. Das hat eine negative Folge: Die aus allen Richtungen auf uns einströmenden Stimuli erzeugen in unserem Unterbewusstsein ein intensiviertes Verlangen nach noch mehr und stärkerer Stimulation, d.h. das beschleunigte Leben steigert unser Bedürfnis nach Geschwindigkeit.²⁷⁵

Als ob die tagtäglich auf uns einwirkenden unerbetenen Stimuli nicht genug wären, sorgen wir dafür, dass ein ständiger Strom von Aktivitäten in unser Leben Einzug halten kann. Um Langeweile zu vermeiden, richten wir und unsere Kinder unsere Aufmerksamkeit permanent auf neue Dinge, um wenigstens für einen Augenblick stärkere Stimuli „genießen“ zu können. DEGRANDPRE vermutet, diese

²⁷² Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 27

²⁷⁵ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Strategie führe dazu, dass wir es immer schwerer haben, uns an Ruhe und Langsamkeit zu erfreuen.²⁷⁶ Im gleichen Maße wie wir unseren Alltag mit Aktionen füllen, werden Zug um Zug die langsamen Aktivitäten verdrängt, die uns Entspannung erlauben würden. Unsere Kinder sind von diesem Prozess gleichermaßen betroffen. Die massive Reizüberflutung verhindert, dass sie zur Ruhe kommen und ein langsames Leben kennen lernen.²⁷⁷

Die Betrachtung unseres reizübersättigten Umfeldes und der zahlreichen Stimuli, die wir benötigen um uns in der Gegenwart zu „spüren“, wirft laut DEGRANDPRE Fragen auf: Was bewirken diese Geschehnisse längerfristig in uns? Wie wahrscheinlich ist es, dass die immer stärker werdenden Reizquellen, denen wir ausgesetzt sind, dazu führen, dass wir ruhelose und impulsive Merkmale entwickeln?²⁷⁸

DEGRANDPRES Analyse des Freizeitverhaltens zeigt, dass die finanziell günstigste Stimulationsquelle - das Fernsehen - bei Kindern in der Regel mehr Platz in Anspruch nimmt als alle anderen stimulierenden Beschäftigungen zusammen. Auch wenn man den oft umstrittenen inhaltlichen Aspekt außen vor lasse, füge sich das Fernsehen zweifellos in die spannungsgeladene, impulsive Lebensart ein. Zielloses „Zappen“ durch die Programme und die Schwierigkeit das Gerät irgendwann abzuschalten verdeutlichen, wie schnell uns unsere Selbstkontrolle abhanden kommt, die wir benötigen um den zahlreichen und vor allem bequemen Stimulationsquellen zu widerstehen. Da Kinder hierdurch kaum andere Beschäftigungsformen erlernen, sind für sie die Folgen besonders tragisch.²⁷⁹

Das Fernsehen ist gut dazu geeignet darzustellen, wie stark unsere bewusste Wahrnehmung durch die visuelle Technologie beeinflusst und verändert worden ist. In der Fernsehwelt hat es in den letzten Jahrzehnten erstaunliche Veränderungen gegeben. Diese betreffen sowohl technische Fortschritte wie Farbfernsehen, Fernbedienung, Satellitenfernsehen u.ä. als auch inhaltliche Aspekte. Die Fernbedienung ermöglicht es uns durch eine immer größer werdende Auswahl von Sendern zu „zappen“, die durch immer reißerischer gestaltete Inhalte um unsere Aufmerksamkeit buhlen und diese mittels schnellerer

²⁷⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷⁷ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁷⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Schnitte und aggressiverer Bilder zu halten versuchen. Obwohl wir ständig die alten Geräte ausrangieren und gegen neue eintauschen, ist es kaum möglich, dem Tempo des technologischen Fortschritts standzuhalten. DEGRANDPRE fragt, ob diese technischen Neuerungen tatsächlich zu einer Verbesserung unser Lebensqualität geführt haben. Scheinbar nicht, denn warum sonst verlangen wir ständig nach Neuem?²⁸⁰

Wie die obigen Ausführungen zeigen, lässt jede Faszination einmal nach. Um diese erneut zu entfachen, müssen wir unsere Sinne mit immer stärker werdenden Reizen regelrecht bombardieren; dieses führt wiederum zu einer Steigerung unserer Reizbedürfnisse, da sich unser Bewusstsein wieder anpasst.²⁸¹

„Warum aber [...]“, fragt DEGRANDPRE, „[...] ziehen wir ständig die Schraube dieser Reize an?“²⁸². Zum einen können stärkere Reize unsere Aufmerksamkeit einfacher auf sich ziehen. Zum anderen ist für uns nur die brandneueste und ultimative Beschleunigung unwiderstehlich und anziehend, wenn wir uns erst auf ein Leben voller Veränderungen und Neuheiten eingestellt haben.²⁸³

Damit wir die von einer Stimulusverstärkung ausgehende kurzfristige Befriedigung genießen können, müssen die Reize permanent gesteigert werden. Als Beispiel für diese Reizverstärkung führt DEGRANDPRE die ehemals kleinen runden Heckleuchten an, die inzwischen zu riesigen, grell leuchtenden Streifen im Heckfenster „mutiert“ sind. Um den gleichen Zweck zu erfüllen - den Fahrgänger darauf aufmerksam zu machen, dass gebremst wird - benötigen wir heute eine viel intensivere Qualität an Reizen als früher.²⁸⁴

Es ist, so DEGRANDPRE, nichts Neues oder Unnormales, dass jede Generation sich etwas zügiger bewegt als die vorige, doch der Geschwindigkeitswandel des vergangenen Jahrhunderts „[...] mitsamt seinen vollkommen neuen Erfahrungsmöglichkeiten, hat uns unbekannt Dimensionen der elektronischen Wirklichkeit und Reizdramatik eröffnet“²⁸⁵.

Die Hauptproblematik des Lebens in der Beschleunigungskultur sieht DEGRANDPRE darin, dass es fast unmöglich ist, die durch die anhaltende

²⁸⁰ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸² Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 31

²⁸³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸⁴ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 36

Teilnahme an unserem hochintensiven Lebensstil entstandenen Reizbedürfnisse ständig zu befriedigen. Einerseits lockt uns die technologische, materiell gekennzeichnete Welt mit all ihren Erregungen und Abenteuern, andererseits wollen wir nicht auf die ruhige und sichere soziale Welt verzichten. Der Wunsch, das Beste aus zwei gegensätzlichen Welten in Anspruch zu nehmen, ist laut DEGRANDPRE mitverantwortlich für den Leidensweg, den wir momentan beschreiten.²⁸⁶

8.3 Reizanpassung und Sucht nach Sinnesreizen

Meine Ausführungen in Kapitel 6 zu den neuesten Erkenntnissen aus der Hirnforschung legen dar, dass unser Gehirn zeitlebens eine enorme Fähigkeit zur Modifikation und Anpassung an die Stimuluswelt hat. Die ursprüngliche evolutionäre Funktion dieser Gabe ist höchstwahrscheinlich, unwichtige Stimuli zugunsten wichtiger ausblenden zu können. Schon vor langer Zeit sind Wahrnehmungsforscher zu der Erkenntnis gekommen, dass wir nur einen kleinen Teil der uns umgebenden Stimuli bewusst wahrnehmen. Würden wir uns allen Stimuli in gleichstarker Weise bewusst zuwenden, wäre es uns unmöglich, zwischen Wichtigem und weniger Wichtigem zu unterscheiden.

Der Kognitionsforscher und Psychologe TAYLOR beschäftigte sich mit diesem Prozess. Bei Säuglingen beobachtete er, dass diese schon wenige Tage nach der Geburt damit beginnen, ihre Umwelt zu erkunden und Reaktionen auf neue Stimuli wie neues Spielzeug zeigen. Hat sich der Säugling eine Weile mit dem neuen Spielzeug beschäftigt, lässt die Intensität der Reaktion darauf nach. Ein neuer Gegenstand, den das Kind zuvor noch nicht kannte, ruft nun Spannung hervor. Dieses Phänomen wird Reizanpassung (sensory adaption) genannt. Für unseren Zusammenhang ist vor allem die Tatsache von Bedeutung, dass sich ein Kind Schritt für Schritt an *„[...] einfach strukturierte und als angenehm empfundene Eindrücke gewöhnt und dabei ein wachsendes Bedürfnis nach Stimuli entwickelt, die eine noch größere Wirkung auf die Sinne haben“*²⁸⁷.

In früheren Zeiten zog die Suche nach Stimuli keine größeren Probleme nach sich, da die Stärke der Stimuli durch eine natürliche Barriere - die begrenzten

²⁸⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 120

technischen Möglichkeiten - reguliert wurde. Mit Beginn des elektronischen Zeitalters und der technologischen Weiterentwicklung der Verkehrsmittel wurde diese natürliche Beschränkung durchbrochen. Eltern und Kinder sehen sich mit der Notwendigkeit konfrontiert, selbst für solche Barrieren zu sorgen. Da es nicht gelingt, sind wir heute einer extremen „sinnlichen Inflation“ ausgesetzt, die darauf abzielt, unsere gesteigerten Reizerwartungen zu stillen - jedoch ohne Erfolg. Erfolgrlos, weil das menschliche Bewusstsein sich selbst intensiven Stimuluserfahrungen immer wieder anpasst.²⁸⁸

Versuche an Säugetieren zur neuralen Anpassung ergaben, „[...] dass die Nervenzellen in unserem Hirn in einer Art darwinistischem Wettbewerb stehen“²⁸⁹. Ob wir Umweltreize unsere Aufmerksamkeit schenken oder nicht, scheint „[...] das Endergebnis eines Konkurrenzkampfs zu sein, der unter den Milliarden neuraler Verbindungen in den Lernzentren des Hirns stattfindet“²⁹⁰.

Dieser innere Mechanismus fördert die Anpassung und stellt sicher, dass die persönlichen Erfahrungen bei der Entscheidung helfen, welche Dinge wir bewusst wahrnehmen.²⁹¹

Die adaptiven Modifikationen schlagen sich nicht nur in der Peripherie des Gehirns nieder, sondern beeinflussen und verändern grundlegende Zentralfunktionen des Gehirns. In einem Bericht von Robert DESIMONE ist dieser Prozess folgendermaßen zusammengefasst worden: „Jüngste Untersuchungen zeigen, dass neurale Lern- und Gedächtnismechanismen die Repräsentation visueller Reize im Kortex erwachsener Affen dynamisch abwandeln und dauerhaft verändern“²⁹².

In derartigen Versuchen wurde erstmals physiologisch bewiesen: Unsere Erfahrungen beeinflussen unser Gehirn so, dass es auf gewisse Stimuli sensibler reagiert als auf andere. „Von hier [...]“, sagt DEGRANDPRE, „[...] führt nur ein kleiner Schritt zu dem Schluss, dass eine chronische Erfahrung der Schnellfeuer-Kultur während der Entwicklung einen chronischen Bewusstseinszustand schafft, der sehr stark an die Schnellfeuer-Reizwelt angepasst ist und damit ein

²⁸⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁸⁹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 125/126

²⁹⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 128/129

²⁹¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁹² Zitiert nach DESIMONE 1996, In: DEGRANDPRE 2002, S. 129

verzögertes Zeitempfinden und eine rastlose Jagd nach konstanter Stimulierung zur Folge hat“²⁹³.

Die schnelle Anpassung unseres Bewusstseins an die Intensität der Stimulation kombiniert mit dem Mechanismus, der Reize davon abhalten kann in die bewusste Zone unserer Aufmerksamkeit einzudringen, veranlassen DEGRANDPRE zu der Annahme, dass ein Heranwachsen in der „Schnellfeuer-Kultur“ unabwendbar zu einer Sucht nach Sinnesreizen führt.

Um zu verdeutlichen, „[...] dass die Sucht nach Sinnesreizen nur die Perversion eines alltäglichen Prozesses [dem der Anpassung] ist [...]“²⁹⁴ zieht DEGRANDPRE den Vergleich zur Drogensucht. Auf diesem Gebiet gibt es zahlreiche Laboruntersuchungen an Tieren und Menschen. Sie belegen, dass psychoaktive Drogen uns sinnliche Erlebnisse bieten, die zu einer Fortsetzung und Aufrechterhaltung der Konsumierung motivieren. Forciert wird dieser Drang, wenn wir andere ersehnte Aktivitäten nicht realisieren können.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass vollkommen gesunde Tiere bereit sind, sich mit denselben psychoaktiven Drogen zu versorgen wie Menschen. Solche Beobachtungen „[...] liefern den [...] Beweis, dass es sich bei drogensuchendem Verhalten um einen normalen und nicht, wie früher angenommen, um einen pathologischen Prozess handelt“²⁹⁵. Bei der Suche nach neuen und komplexen Stimuli, mit dem Ziel seinen Bewusstseinszustand zu ändern, handelt es sich also um einen natürlichen Prozess. Ähnlich, wie von dem Verlangen nach Drogen die Gefahr der Abhängigkeit ausgeht, beinhaltet das Verlangen nach neuen Sinnesreizen die Gefahr der Reizabhängigkeit, insbesondere unter den Bedingungen der beschleunigten Kultur. Sowohl bei der Drogensucht als auch bei der Sucht nach Sinnesreizen wirkt ein Stimulus immer relativ zu der persönlichen Erfahrung. Es wird stetig mehr des Suchterzeugers (Drogen bzw. Sinnesreize) benötigt, um eine vergleichbare Wirkung hervorzurufen. Das Verlangen von reizsüchtigen Kindern und Erwachsenen, ihr benötigtes Stimulationsniveau aufrecht zu erhalten, veranlasst sie zu reizsuchenden Verhaltensweisen. Hierzu zählen sowohl stimulierende Aktivitäten wie Fernsehen, Computerspiele spielen, Telefonieren u.ä. als auch subtilere

²⁹³ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 129

²⁹⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 121

²⁹⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 121

Quellen der Selbststimulation z.B. Hibbeln, Naschen, exzessiver Kaffee- und Teekonsum, Rauchen und „Beschäftigungs-Hopping“.²⁹⁶

Diese Versuche, den erwünschten Stimulationsstrom zu halten oder zu steigern bezeichnet DEGRANDPRE als ein zentrales Element der Reizabhängigkeit. Er betitelt es mit : „*Theorie der optimalen Stimulation*“²⁹⁷.

8.4 „Kultur der Vernachlässigung“

Schon 1990 bezeichnete der Familienforscher und Kinderexperte Urie BRONFENBRENNER „[...] *die wachsende Instabilität und Unbeständigkeit sowie [...] [den] hektische[n] Charakter des Alltagslebens [...]*“²⁹⁸ als die zerstörerischsten Faktoren im Leben von Familien und Kindern. Der von außen kommende Stress habe heutzutage so zugenommen, dass selbst stabile Familien ihm nicht mehr standhalten könnten und daran zerbrächen.

Die Veränderungen, die der Kinderwelt insbesondere in den letzten Jahren widerfahren seien - zum einen in der Natur der Familie und zum anderen in der Lebensentwicklung der Kinder begründet - spiegeln laut DEGRANDPRE ein Phänomen wider, das er als „Kultur der Vernachlässigung“ bezeichnet. Eltern und Lehrer stehen sich hier feindlich gegenüber und bezichtigen sich gegenseitig als „Schuldige“ der Misere. Da die Familie der offensichtlichste Bezugsrahmen des Kindes ist, wurde sie in der Vergangenheit oft als erstes für die Probleme der Kinder verantwortlich gemacht.²⁹⁹

Der beschleunigte Lebensstil wirkt sich auf den elterlichen Umgang mit Kindern aus. Kapitalismus als weltbeherrschende Ideologie, die Zunahme wirtschaftlicher Konkurrenz sowie die kinderfeindlichen Arbeitsbedingungen haben dazu geführt, dass immer mehr Kinder zur Erziehung und Sozialisation in der Obhut fremder Personen zurückgelassen werden. Die Beziehung von Eltern und Kindern wird vermehrt auf eine sog. „quality time“ (Qualitätszeit) reduziert, d.h. Eltern beschäftigen sich tagsüber nur 15 bis 20 Minuten mit ihren Kindern. Darunter leidet folglich die „quantity time“ (Zeitspanne). Um dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich zu einem „[...] *ichstarken, sinnvoll angepassten und intelligenten,*

²⁹⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

²⁹⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 174

²⁹⁸ Zitiert nach BRONFENBRENNER 1991, In: DEGRANDPRE 2002, S. 62

²⁹⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

moralischen Menschen [...]“³⁰⁰ zu entwickeln, sind laut DEGRANDPRE sowohl die Qualität des Umgangs als auch die Quantität von Bedeutung. Die Einführung von Qualitätszeiten sei keine Langzeitlösung, sondern bewirke nur eine Verschiebung der ehemals auf den Müttern lastenden psychischen Stressfaktoren auf die Kinder. Die „Kultur der Vernachlässigung“ und die durch sie ins Leben gerufenen Qualitätszeit-Lösungen sollten uns laut DEGRANDPRE darüber nachdenken lassen, welche Verbindung zwischen dem gehetzten, unstrukturierten Leben der Kinder und der zunehmenden Sucht nach Sinnesreizen besteht. Neben dem Verlust der Familienstrukturen sieht der Psychologe das Fehlen eines voraussehbaren, regelmäßigen und langsamen häuslichen Tagesablaufs als entscheidenden Faktor, der verhindere, dass Kinder Strukturen der Selbstorganisation und -kontrolle ausbilden können.³⁰¹

Viele Aktivitäten, mit denen sich Kinder heutzutage an Stelle einer festen Familienstruktur beschäftigen, sind von hoher Intensität. So führt die „Kultur der Vernachlässigung“ u.a. auch dazu, dass Kinder - und Erwachsene - ihre Zeit vornehmlich mit passiven und bequemen Beschäftigungen verbringen.

Die ständige Unterhaltung kann eine regelrechte Aversion gegenüber Strukturiertheit auslösen und das Bedürfnis nach weiterer Stimulation noch steigern. Beides hat zur Folge, dass langsame Lebenssituationen, wie Schule, Zubettgehen, Mahlzeiten oder Hausaufgaben das Kind „auf die Palme“ bringen. Die Stimulation ist als eine Ersatzstruktur an die Stelle der Fähigkeit zur Selbstkontrolle getreten, die früher fast alle Menschen entwickelten. „[...] *Wenn diese wegfällt, fällt auch das Kind auseinander*“³⁰². Erst zu dem Zeitpunkt, an welchem das Kind eindeutige Merkmale einer Sucht nach Sinnesreizen zeigt, beschließen Eltern, Lehrer, Erzieher etc. etwas zu unternehmen. In vielen Fällen besteht diese Lösung im Verabreichen von Medikamenten, in unserem Fall Ritalin.³⁰³

³⁰⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 11

³⁰¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

³⁰² Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 68

³⁰³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

8.5 „Idealtypus der Reizabhängigkeit“

Verhaltensprobleme wie Hyperaktivität und die Unfähigkeit, sich auf nüchternsachliche Aktivitäten einzulassen, bezeichnet DEGRANDPRE als direkte und indirekte Folgen des Lebens in der beschleunigten Gesellschaft. Durch die notgedrungene Anpassung an den konstanten Reizkonsum sowie den Verlust einer äußeren Struktur im Alltagsleben unserer Kinder, habe die Schnellfeuerkultur zu einer Veränderung des Bewusstseins geführt. Ist diese alternative Theorie aber in der Lage das Phänomen „AD(H)S“ hinreichend zu erklären? Da das Leben aller von der beschleunigten Gesellschaft beeinflusst wird, ist die Beantwortung dieser Frage nicht nur für diejenigen von Bedeutung, die zum unmittelbaren Lebensumfeld „AD(H)S“ diagnostizierter Kinder gehören. Das „AD(H)S-Kind“ ist nicht der einzige Repräsentant der Reizabhängigkeit, sondern lediglich der offensichtlichste, sozusagen der *„Idealtypus der Reizabhängigkeit“*³⁰⁴.

*„Jede wissenschaftliche Theorie, die Beachtung verdient, muss zu Voraussagen führen, die sich empirisch überprüfen lassen [...], die Theorie der Reizabhängigkeit bildet hier keine Ausnahme“*³⁰⁵. Meine Ausführungen in den ersten Kapiteln offenbaren, dass die biologische Erklärung des Phänomens diese Forderung nicht erfüllt.

Um die Theorie zu untermauern, dass sich hinter dem Phänomen „AD(H)S“ eine durch die Schnellfeuerkultur und das entsprechende Bewusstsein induzierte Reizabhängigkeit verbirgt, müssen DEGRANDPRE zufolge drei Voraussagen zutreffen:

1. Solange ein Kind sein Stimulationsniveau selber regulieren darf, sollte sein Verhalten sich nicht von dem anderer Kinder unterscheiden. Bewegt sich das Stimulationsniveau auf einem niedrigen Level, werden Unterschiede sichtbar.
2. Es muss deutlich erkennbar sein, dass sich die charakteristischen Merkmale des Phänomens „AD(H)S“ genauso darstellen wie die eines Kindes, das auf der Suche nach seinem optimalen Stimulationsniveau ist.

³⁰⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 177

³⁰⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 173

3. Schlussendlich muss sich zeigen, dass die von Ritalin ausgehende stimulierende Wirkung dieselbe Funktion hat wie äußere Stimuluswirkungen, es also als Substitut derer in Kraft treten kann.³⁰⁶

Bei der Beobachtung „AD(H)S“ diagnostizierter Kinder kann man immer wieder feststellen, dass das Phänomen phasenweise und unabhängig von jeder medikamentösen Behandlung wie von selbst verschwindet. Wenn die Kinder besondere Zuwendung erhalten, sich ihre Aktivitäten selber auswählen dürfen, für bestimmte Aufgaben eine Belohnung erhalten oder die Tätigkeit neu und stimulationsreich ist, erreichen oder übertreffen sie das Leistungsniveau nicht „AD(H)S“ diagnostizierter Kinder. Die Abhängigkeit des Konzentrations- und Hyperaktivitätsniveaus vom Stimulationspegel des jeweiligen Kontextes kann erklären, warum sich Kinder in Situationen, die besonders viele Aufmerksamkeitsreize bieten, vollkommen unauffällig zeigen. Ähnliches vollzieht sich in der Schule, wo sich das Kind in dem Moment aufmerksam zeigt, wenn das Geschehen aus seiner Sicht spannend und interessant ist.³⁰⁷

Wenn die von uns als problematisch empfundenen Verhaltensweisen unter stimulierenden Bedingungen nicht vorhanden sind, ist zu erwarten, dass man diesen Zusammenhang auch insofern umkehren kann, als dass langsame Bedingungen reizsuchendes Verhalten auslösen müssten. Der Psychologe vermutet hinter der motorischen Aktivität hyperaktiver Kinder bei niedrigem Stimulationsniveau die Funktion, Entzugserscheinungen durch erhöhte „[...] visuelle, auditive, kinästhetische und propriozeptive Stimulation zu verringern“³⁰⁸.

Die Ausführungen zeigen, dass die Verhaltensweisen „AD(H)S“ diagnostizierter Kinder, so wie es die Theorie der Reizabhängigkeit prognostiziert, situationsspezifisch sind.

Die von mir in Kapitel 2.5 vorgestellten diagnostischen Kriterien beziehen sich ausschließlich auf langsame Situationen. Eine Tabelle (s. Anhang 6), in der DEGRANDPRE die auf dem DSM-IV basierenden diagnostischen Kriterien zum einen nach der Theorie des „AD(H)S“ Modells und zum anderen aus der Perspektive der Reizabhängigkeit betrachtet, verdeutlicht: Sämtliche darin

³⁰⁶ Vgl. DEGRANDPRE 2002

³⁰⁷ Vgl. DEGRANDPRE 2002

³⁰⁸ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 181

abgefragte Verhaltensweisen sind charakteristisch für denselben grundlegenden Prozess der „Suche nach optimaler Stimulation“. Die Merkmale, welche zur Diagnose von „AD(H)S“ führen, stimmen mit jenen überein, die charakteristisch für die Reizabhängigkeit sind.

Schlussendlich wendet sich DEGRANDPRE der Frage zu, ob das Stimulans Ritalin als sensorischer Stimulus eine externe Stimulationsquelle ersetzen kann. In Tierexperimenten erzielte man eindeutige Ergebnisse: Die psychologische Wirkung von medikamenteninduzierten Reizen unterscheidet sich in keiner Weise von Stimuli, die wir täglich in unserer Umwelt erfahren. Für DEGRANDPRE weisen diese Erkenntnisse eindeutig darauf hin, dass die durch Ritalin erzeugte Stimulation in der Lage ist, die Reizbedürfnisse einer reizabhängigen Person zu befriedigen. Ritalin kann als Ersatz für die mit der Suche nach optimaler Stimulation intendierten Stimuluswirkungen funktionieren.

Die eindeutige Bestätigung der von DEGRANDPRE aufgestellten Voraussagen legt nahe, dass wir es hier tatsächlich mit einem nach optimaler Stimulation suchenden *adaptiven* Bewusstsein zu tun haben und nicht mit einem aus dem *biologischen* Gleichgewicht geratenen Bewusstsein, das die betroffene Person zu einem abweichenden Verhalten zwingt.³⁰⁹

8.6 Die vermeintliche Ritalin Lösung

Das von der beschleunigten Kultur geschaffene reizabhängige Bewusstsein verlangt in Gestalt der bekannten Verhaltensweisen nach Stimulation und bekommt sie in Form von Stimulanzen verabreicht. Indem wir durch eine künstliche Stimulationsquelle dafür sorgen, dass der Stimulusfluss ungehindert fließen kann, verliert das Bewusstsein das Bedürfnis, sich durch eigene Handlungen Stimulation zu verschaffen. Für DEGRANDPRE ist es daher nicht überraschend, dass die Einnahme von stimulierenden Medikamenten das reizsuchende Verhalten tatsächlich reduziert. Das gleiche Ergebnis lässt sich auch durch andere „künstliche“ - externe - Stimulationsquellen wie Fernsehen, Kino, GameBoy u.ä. erzielen. Genau dieser Effekt ist bei „AD(H)S“ diagnostizierten Kindern zu beobachten. Aus der Perspektive der Reizabhängigkeit betrachtet ist

³⁰⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

die Wirkung von Ritalin nicht paradox, sondern vielmehr vorhersehbar. Der Erfolg des Medikamentes ist darin zu sehen, dass es das nach konstanter Stimulation verlangende Bewusstsein beruhigt und das Individuum von den reizsuchenden Verhaltensweisen befreit. DEGRANDPRE vergleicht die Funktion von Ritalin mit der von Methadon: *„Es hebt die Abhängigkeit nicht auf, sondern ersetzt sie durch eine weniger destruktive Version“*³¹⁰. Das Medikament hat also keineswegs eine heilende Funktion, sondern hilft dem Individuum lediglich über Problemphasen hinweg. Bei diesen problematischen Phasen handelt es sich um jene unabwendbar langsamen Zeitspannen im Alltag, die sonst Bewegungsunruhe, Impulsivität, Zurückgezogenheit etc. erzeugen würden. Im Leben von Kindern sind das Aktivitäten wie Unterricht, Hausaufgaben, Einkaufen, Spazierengehen, Mahlzeiten u.ä.. Durch die medikamentöse Behandlung werden die Probleme zunächst kaschiert und unterdrückt, so dass die Kinder sie mit ins Erwachsenenalter nehmen. Es tritt das ein, was DEGRANDPRE aus der Perspektive der Reizabhängigkeit erwartet: *„Das Zuführen von mehr Stimulation hat starke Auswirkungen auf das Verhalten, und indem wir die Abhängigkeit nähren, anstatt ihr den Nährboden zu entziehen, führt Ritalin auf lange Sicht nur zur Verschlimmerung der Symptome“*³¹¹.

Resümee

Insbesondere in den westlichen Industrienationen gab es in den letzten Jahrzehnten grundlegende technologische und soziale Veränderungen, die das Leben in unserer Gesellschaft stark beeinflussen. Unser Wunsch, immer mehr zu tun und dabei immer schneller zu werden, wird durch die heutigen technologischen Möglichkeiten realisierbar.

Das Bestreben, unser Bewusstsein zu erregen, führt zu neurologisch bedingten Reizanpassungen, wodurch das ursprünglich stimulierende Erlebnis neutralisiert wird und erhöhte Reizerwartungen zurücklässt. Diese Erwartungen motivieren uns nach einem stärkeren Stimulusstrom zu suchen, womit wir jedoch nur an den Beginn des Prozesses zurückgeworfen werden, da das Gehirn sich auch an stärkere Reize anpasst. Die von DEGRANDPRE als „Schnellfeuer-Kultur“

³¹⁰ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 38

³¹¹ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 160

bezeichnete Gesellschaft erzeugt also ein entsprechendes „Schnellfeuer-Bewusstsein“. Dieser Anpassungsprozess ist die Grundlage für Reizabhängigkeiten. Die Suche nach dem optimalen Stimulationsniveau äußert sich auf der Verhaltensebene in Ruhelosigkeit, Impulsivität und Unaufmerksamkeit.³¹²

Nach der Theorie der Reizabhängigkeit entsteht das Phänomen „AD(H)S“ als direkte („Schnellfeuer-Bewusstsein“) und indirekte Folge (Verlust der äußeren Struktur des Familien- und Gemeinschaftslebens) des Lebens in der beschleunigten Gesellschaft.

Nun stellt sich die Frage: Ist die Theorie der Reizabhängigkeit in der Lage, uns einen besseren Zugang zum Phänomen „AD(H)S“ zu eröffnen, als die allgemeine Behauptung, „AD(H)S“ sei biologischen Ursprungs? Kann die Theorie der Reizabhängigkeit das Phänomen hinreichend beschreiben und bisher unbeantwortete Fragen klären? Im Folgenden möchte ich versuchen, anhand einiger Aspekte diesen Fragen auf den Grund zu gehen. Es ist laut DEGRANDPRE auszuschließen, dass beide Theorien das Phänomen gleichgut erklären können.³¹³

Die biologische Sichtweise geht davon aus, dass „AD(H)S-Kinder“ mit einer schwachen Konzentrationsgabe und hoher Ablenkbarkeit geboren werden. Demnach ist das Kind zu diesem Verhalten gezwungen, es kann nicht anders. Beobachtungen weisen daraufhin, dass die Probleme situationsspezifisch auftreten. Anstatt Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und Hyperaktivität zu implizieren, charakterisiert die Theorie der Reizabhängigkeit die Kinder durch hohe Reizbedürfnisse. Besagte Verhaltensweisen werden durch die Suche nach optimaler Stimulation unter verlangsamten Bedingungen begründet. Hiermit hat die Theorie der Reizabhängigkeit einen Sachverhalt erklärt, den die biologische Sichtweise nicht deuten kann.

Kann diese Annäherung an das Phänomen unter entwicklungsspezifischen und kulturellen Gesichtspunkten auch beantworten, warum bestimmte Untergruppen häufiger betroffen sind und aus welchen Gründen sich die Lücke zwischen den Geschlechtern langsam schließt? Wie schon erwähnt, sollen Jungen fünfmal öfter betroffen sein als Mädchen. Wissenschaftler und Schulmediziner gehen davon aus, dass Jungen genetisch die Veranlagung dazu mitbringen und von Natur aus

³¹² Vgl. DEGRANDPRE 2002

³¹³ Vgl. DEGRANDPRE 2002

lebhafter sind. Die Theorie der Reizabhängigkeit gibt DEGRANDPRE Grund zu der Annahme, dass Mädchen gegenüber der „Schnellfeuer-Kultur“ resistenter sind, da sie sich im Kindes- und Jugendalter gewöhnlich „reifer“ zeigen als Jungen.

Vor einer Generation schien ein Grossteil der Kinder nach Absetzen des Medikaments in der Pubertät die typischen Verhaltensweisen zu verlieren. Studien aus dieser Zeit bestätigen, dass das Phänomen größtenteils auf Kindheit und Jugend beschränkt war. Niemand war in der Lage zu erklären, warum ein medizinisches Phänomen plötzlich verschwinden konnte. Heute bleiben die Verhaltensweisen häufig bis ins Erwachsenenalter bestehen. Diese Tatsache wirft Fragen auf: *„Wie kann sich die Prognose einer solchen Störung plötzlich verschlimmern? Wie kann eine Störung, die ehemals nur Kinder betraf, diese Betroffenen plötzlich das ganze Leben lang begleiten? Warum nimmt die Störung plötzlich bei Erwachsenen zu?“*³¹⁴. Aus medizinischer Perspektive mögen diese Fragen Verwirrung erzeugen, die sich auflöst, wenn man sie aus der Perspektive der Reizabhängigkeit betrachtet: Wir leben heute in einer Kultur, die mehr denn je von einer „sinnlichen Inflation“ und konstanter Reizüberflutung geprägt ist. Für die Schutzlosesten unserer Gesellschaft - unsere Kinder - *„[...] bedeutet dies schwerere und länger anhaltende Probleme; für die Stabileren, dass die Probleme erst im Erwachsenenalter auftreten“*³¹⁵. Von „AD(H)S“ Fürsprechern wird das stark variiende Auftreten des Phänomens mit angeblichen Fortschritten der Medizin erklärt. Fragwürdig daran ist nur, dass „AD(H)S“ z.B. in England und Frankreich weitaus weniger zu finden ist. - In der „Zeitstudie“ von LEVINE hat Frankreich als langsamstes Land Europas abgeschnitten.³¹⁶

Seit Jahren diskutiert man in Expertenkreisen die Frage, weshalb ausgerechnet ein Aufputzmittel Hyperaktivität abschwächt. Aus der Perspektive der Reizabhängigkeit lässt sich dieses Rätsel lösen. Indem Ritalin die Reizbedürfnisse des Individuums befriedigt, ist seine Wirkung weder unerklärlich noch paradox.

In Anbetracht der Beschleunigung unseres Lebens ist zu fragen, ob es Kindern heutzutage überhaupt noch möglich ist, sich in ihrem individuellen Lebensrhythmus zu entwickeln oder ob die Kultur schon das „Steuerruder“ übernommen hat - im Sinne von „Kultur bezwingt Natur“?

³¹⁴ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 100

³¹⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 101

³¹⁶ Vgl. BONACKER 2003

Meiner Meinung nach liegt die Gefahr der beschleunigten und stimulierenden Gesellschaft nicht nur in den Aktivitäten mit denen wir uns beschäftigen, sondern auch darin, womit wir unsere *Zeit nicht* verbringen. Je tiefer wir in den Sog der Beschleunigung geraten, desto mehr elektronisch vermittelte Erlebnisse umgeben uns. Beim Telefonieren, Fernsehen, Faxen, Mailen oder Computerspiele spielen machen wir Erfahrungen aus zweiter Hand. Wir haben immer weniger Kontakt zu unseren Mitmenschen, setzen uns weniger mit ihnen auseinander, kommunizieren weniger. An reibungsloses Funktionieren, sofortige Wunscherfüllung und Befriedigung gewöhnt, geraten wir mit unseren Mitmenschen in Konflikte, da diese nicht wie elektronische Geräte auf Knopfdruck reagieren. Inseln der Langsamkeit und Auszeiten, die sich ausgleichend zwischen intensive Aktivitäten schieben könnten, verschwinden aus unserem Leben.

Im Sinne der Pathogenese müsste man nun versuchen pathogenetische Faktoren zu eliminieren oder zumindest zu vermeiden, sprich präventiv zu handeln. Prävention ist jedoch nur in geringem Maße möglich, da es uns kaum gelingen wird, die gesamte Gesellschaft „umzukrempeln“ und die Beschleunigung aufzuhalten. Auch die aus dem pathogenetischen Modell hergeleitete Ritalin-Behandlung ist aus der Perspektive der Reizabhängigkeit kein erfolgversprechender Weg.

Alle bisherigen Versuche, dem Phänomen „AD(H)S“ auf pathogenetischem Wege zu begegnen sind fehlgeschlagen. Es ist höchste Zeit, dass wir uns von dem Modell der Pathogenese verabschieden „[...] und uns der entscheidend wichtigen Aufgabe zuwenden, wirkliche Lösungen für die Entwicklungsprobleme zu suchen, mit denen Millionen [...] Familien heute konfrontiert sind“³¹⁷.

Was aber können und müssen wir tun, um in unserer Welt der Geschwindigkeit und Beschleunigung trotzdem gesund zu bleiben bzw. wieder gesund zu werden?

Daran schließen sich folgende Fragen an: Was ist überhaupt Gesundheit und wie entsteht diese? Wie kann man Krankheit überwinden? Ist Gesundheit etwas anderes als Abwesenheit von Krankheit? Warum können manche Menschen eine Einschränkung oder Krankheit besser bewältigen als andere? Gibt es so etwas wie

³¹⁷ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 187

Rahmenbedingungen für Gesundheit - oder Krankheit? Verfolgt man die medizinische und gesundheitspolitische Diskussion auf verschiedenen Gebieten, so lässt sich feststellen, dass diese Fragen hochaktuell sind.³¹⁸

Diese Überlegungen führen uns zu Arbeiten Aaron ANTONOVSKYS und seinem Konzept der Salutogenese.

³¹⁸ Vgl. SCHIFFER 2001

9 Das Konzept der Salutogenese

In diesem Kapitel werde ich ANTONOVSKYS Konzept der Salutogenese darstellen, mithilfe dessen ich im nächsten Kapitel Antworten auf meine Fragestellung finden möchte. Da das Modell der Salutogenese besser zu verstehen ist, wenn man sich die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und den Gesundheitswissenschaften vor Augen hält, skizziere ich eingangs, in welchem Kontext ANTONOVSKY seine Forschungen durchführte. Anschließend möchte ich den Begriff „Gesundheit“ genauer betrachten und danach das Konzept der Salutogenese vorstellen.

9.1 Entstehungshintergrund

Hinter uns liegen zweihundert Jahre Medizingeschichte, welche durch die konventionelle Theorie der „Pathogenese“ (pathein = Leiden, genese = Ursprung, Entstehung) geprägt sind. Im Mittelpunkt dieser Forschungsrichtung stehen die Beschwerden, Beeinträchtigungen oder Schmerzen der betroffenen Person und Fragen wie: Wo liegt die Ursache des Leidens? Wo sitzt der Pathomechanismus? Was ist auf biologischer Ebene passiert, dass eine (Zer-) Störung eingetreten ist? Im Falle einer Infektionskrankheit würde man z.B. fragen: Woher kommt der Krankheitserreger? Was ist zu tun, um ihn zu beseitigen bzw. den Kontakt zu ihm abzubrechen?³¹⁹ Dieses auch als „biomedizinisches Krankheitsmodell“ bezeichnete Krankheitsverständnis geht davon aus, dass der menschliche Körper vergleichbar ist mit einer Maschine. Deren Funktionen bzw. Funktionsstörungen können durch eine genaue Analyse der Organsysteme und -strukturen sowie der physiologischen Prozesse verstanden werden.³²⁰ „Krankheitsmerkmale“ wie körperliche Beschwerden und Veränderungen sowie psychische Probleme lassen sich durch Defekte dieses Organismus erklären. Man nimmt an, dass es eine begrenzte Anzahl an Ursachen (z.B. Bakterien oder Viren) gibt, die den Defekt - in Form einer anatomischen oder physiologischen Veränderung - auslösen. Die biomedizinische Forschung konzentriert sich darauf, solche Defekte herauszufinden und nachzuweisen, dass sie Auslöser für bestimmte Erkrankungen

³¹⁹ Vgl. GLÖCKLER 2003

³²⁰ Vgl. FALTERMAIER 1994, In: BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

sind. Die auf das biomedizinische Krankheitsmodell folgende Behandlung zielt darauf ab, die gefundene Störung zu beheben. In diesem Zusammenhang entwickelte man auch den Begriff der Prävention (Vorbeugung). Im Sinne der Pathogenese besteht die Vorbeugung vor Krankheit hauptsächlich darin, krankmachende Einflüsse zu vermeiden. Die grundlegenden Fragen sind also: Wie entsteht Krankheit und wie kann man sie beseitigen bzw. verhindern?³²¹

Im pathogenetischen Modell ist der kranke Mensch physikalischen Prozessen, die weder durch soziale und psychische Momente noch durch sein Verhalten beeinflussbar sind, als passives Objekt unterworfen. Als handelndes Subjekt wird er bei dieser Grundannahme weitestgehend ausgeklammert. Durch diese Vorgehensweise hat das biomedizinische Krankheitsverständnis in vielen Bereichen zu neuen medizinischen Erkenntnissen und Fortschritten geführt (z.B. Behandlung von Stoffwechselstörungen und Infektionskrankheiten).³²²

Insbesondere in den 70er Jahren wurde das biomedizinische Krankheitsmodell heftig diskutiert und kritisiert. Der Sozialmediziner ENGEL (1979) erweiterte das biomedizinische Krankheitsmodell in diesem Rahmen zu einem biopsychosozialen Modell, in dem namensgemäß somatische (körperliche) wie auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Krankheit berücksichtigt werden. Es liegen eine ganze Reihe sozialwissenschaftlicher, psychologischer und psychosomatischer Forschungsbefunde vor, aus denen eindeutig hervorgeht, dass psychische und soziale Einflüsse bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten eine Rolle spielen.³²³

Die Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische Einflussfaktoren bedeutet jedoch keine grundsätzliche Neuorientierung hinsichtlich der „Gesundheit“. So sind viele Formulierungen biopsychosozialer Konzeptionen ebenfalls am Defizitmodell des Menschen orientiert. Besonders offensichtlich tritt diese Tendenz bei der gesundheitspolitischen Forderung nach vorbeugenden (präventiven) Konzepten und Maßnahmen zutage. Auf den ersten Blick mögen diese zwar als neu orientiert und vom kurativen System distanziert erscheinen. Bei genauerem Hinsehen stellen sich die pragmatischen Präventionskonzepte, die

³²¹ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

³²² Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

³²³ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

unter dem Begriff der Früherkennung und Gesundheitserziehung laufen, jedoch als genauso vom pathogenetischen Denken geprägt dar.³²⁴

Der Medizinsoziologe ANTONOVSKY, 1923 in Brooklyn/USA geboren und 1960 nach Israel emigriert, kritisiert am herkömmlichen medizinischen Denken, dass es sich ausschließlich auf krankmachende Faktoren fixierte und gesundheitsförderliche Aspekte nicht berücksichtige. Ihm ist es wichtig beides zu sehen: Einerseits das, was krank macht („Pathogenese“) und auf der anderen Seite das, was Menschen gesund macht bzw. erhält („Salutogenese“).

„Salutogenese“ (salus, salutis = Gesundheit, Glück, Heil, genese = Ursprung, Entstehung, Herkunft) - wörtlich übersetzt Gesundheitsentstehung - fragt danach, wo die Ursprünge der Gesundheit liegen, wie man Gesundheit stärken und lernen kann mit krankmachenden Faktoren so umzugehen, dass man dadurch sogar an Gesundheit gewinnt. Die Frage, warum Menschen gesund bleiben, soll Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheit haben. ANTONOVSKYS Gesundheitsmodell der „Salutogenese“ liegt dieser Anschauung zugrunde.³²⁵

ANTONOVSKY musste im Zuge des Zweiten Weltkrieges erleben, wie viele Menschen seines Lebensumfeldes unter Traumata und Ängsten des Holocausts zu leiden hatten. Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte untersuchte er den Zusammenhang solcher Stressfaktoren mit Gesundheit und Krankheit. Aus den Ergebnissen erarbeitete er ein Stresskonzept, das Stressfaktoren nicht als grundsätzlich krankmachend bezeichnet, sondern sie als Herausforderung ansieht, die einen physiologischen Zustand der Anspannung auslöst. Dies führte ihn zu der Frage nach den individuellen Verarbeitungsstrategien dieser Anspannungszustände.³²⁶

Eine ausschlaggebende Rolle spielten Überlegungen, die ANTONOVSKY aufgrund einer Untersuchungsreihe über die Auswirkungen der Wechseljahre an Frauen der Jahrgänge 1914-1923 anstellte. Einige dieser Frauen waren zu Kriegszeiten in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen. ANTONOVSKY machte die erstaunliche Feststellung, dass viele der Frauen, welche die Grausamkeiten des Konzentrationslagers sowie drei israelische Kriege durchlitten und überlebt hatten, über eine Art „Übergesundheit“ verfügten. Trotz aller Schicksalsschläge

³²⁴ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

³²⁵ Vgl. GLÖCKLER 2003

³²⁶ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

und traumatischer Erfahrungen erfreuten sich diese Frauen einer seelischen Stabilität und Gesundheit, wie ANTONOVSKY dergleichen selten begegnet war. Dies führte ihn zu der Frage, wie es den Frauen gelungen war, trotz der extremen physischen und psychischen Belastungen gesund zu bleiben. Seine Beobachtungen ließen ihm keine Ruhe und er begann der Frage nachzugehen, wie etwas möglich ist, das eigentlich allen Erwartungen und traumatologischen Theorien widerspricht. Der Medizinsoziologe begann systematisch nach den Bedingungen für Gesundheit zu forschen. Die Ergebnisse brachten den ausschlaggebenden perspektivischen Wechsel mit sich, der ANTONOVSKYS zukünftige Forschungstätigkeit bestimmte und uns heute im Konzept der Salutogenese vorliegt.³²⁷

9.2 Gesundheit - Was ist das?

Ist die Rede von *der* Gesundheit, könnte man meinen, es gebe eine eindeutige Definition, insbesondere da der Begriff in unserem Sprachgebrauch sehr geläufig ist. Bei einer eingehenderen Betrachtung stellt sich jedoch schnell heraus, dass dem nicht so ist. Es gibt eine Vielzahl von Definitionen, die sich an unterschiedlichen Gesundheitsnormen orientieren.³²⁸

Galt im Barock z.B. ein wohlgenährter, fülliger Körper als gesund und schön - zeugte er doch von unbegrenztem Vorhandensein materieller Ressourcen -, betrachtete man dieses Ideal schon einige Jahrzehnte später als gesundheitsgefährdend und unschön. Heute präsentieren uns die Medien einen durch Triebbeherrschung, Verzicht und Fitnesswahn „modellierten“ dünnen und durchtrainierten Körper als Ideal. Die Kehrseite dieses Ideals ist eine steigende Zahl immer jünger werdender Frauen, die an Essstörungen leiden. Dieses nur durch Selbstkasteiung zu erreichende und nicht selten in Selbstzerstörung ausufernde Schönheits- und Gesundheitsideal hat mit Lebensfreude nur noch wenig zu tun.

³²⁷ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

³²⁸ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

Wir arbeiten größtenteils, um uns Genuss und Wohlbefinden für unser Leben zu sichern, bewirken aber, bedingt durch den beruflichen Stress und Druck sowie das Konkurrenzstreben, im Grunde das Gegenteil.³²⁹

Es zeigt sich, so SCHIFFER, dass Gesundheit nicht ganz widerspruchlos einzulösen ist und in Beziehung mit den „[...] verinnerlichten Werthaltungen und soziokulturellen Gegebenheiten [...]“³³⁰ steht.

Für ein Gesundheitskonzept ist die Gesellschaft, in der man auf Dauer lebt, ebenso von Bedeutung wie der Ort, an dem man sich aufhält. Während man sich in der Sahelzone darauf beschränken muss, für heute und morgen ausreichend Wasser und Getreide zu besitzen, bewegt sich das Gesundheitswesen der westlichen Industrienationen auf einem ganz anderen Level und befasst sich u.a. mit dem effektiven Einsatz von Wellness-Produkten, Nahrungsergänzungsmitteln und Vitaminpräparaten. Berücksichtigt man die derzeitigen Lebensbedingungen auf der Südhalbkugel unserer Erde, so erscheint die 1948 von der WHO verabschiedete Gesundheitsdefinition als Illusion: „*Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen*“³³¹. Mit diesem Postulat hat die WHO eine Idealnorm gesetzt, die zu erreichen erstrebenswert und wertvoll wäre. Aufgrund der Unerreichbarkeit absoluter Zustände muss diese Definition sich jedoch den Vorwurf der „Realitätsferne“ gefallen lassen.³³²

Eine andere Definition stammt von dem Soziologen Talcott PARSONS: „*Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist*“³³³. Der Schwerpunkt dieser Definition - und damit das Kriterium für Gesundheit - liegt in der Leistungsfähigkeit zur Erfüllung sozialer Aufgaben und Pflichten. SCHIFFER zufolge schwingt hier jedoch der unangenehme Unterton mit: „*Wer nicht gesund – und damit leistungsfähig – ist, soll auch nicht essen*“³³⁴.

³²⁹ Vgl. SCHIFFER 2001

³³⁰ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 38

³³¹ Zitiert nach WHO 1948, In: SCHIFFER 2001, S. 39

³³² Vgl. BENGEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, SCHIFFER 2001

³³³ Zitiert nach PARSONS, In: SCHIFFER 2001, S. 39

³³⁴ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 39

In der Zeit des Nationalsozialismus erreichte das Propagieren der Gesundheit als „Leistung“ seinen Höhepunkt. Gesundheit galt als verpflichtender Beitrag für die Volksgemeinschaft. Krankheit wurde als Verweigerung hingestellt. War die Gesundheit nicht wieder herstellbar, wurden die Betroffenen als wertlos eingestuft und ausgegliedert. Heute, so SCHIFFER, sei wieder eine verstärkte Verknüpfung zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit - die sich oft unter dem Decknamen „Fitness“ verstecke - zu beobachten. Ist die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz durch Krankheit bedroht, tritt die Rentenversicherung für Heilverfahren und Kuren ein. Bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit wird diese Leistung jedoch hinfällig. Gesundheit fungiert also als Zweck für Leistungsfähigkeit. Diese wiederum gilt als Kriterium für Gesundheit.³³⁵

Bei Abruf von Leistungsfähigkeit gilt heute immer noch wie schon zu Beginn der Industrialisierung der Slogan: „Ohne Verschleiß kein Preis“. Gesundheit als Voraussetzung für Leistungsfähigkeit wird grundsätzlich als Verschleißprodukt betrachtet. „Hier [...]“, so SCHIFFER, „[...] grüßt das Maschinenmodell vom Menschen: Regelmäßige Wartung und Pflege – sprich Vorsorge und Kuren – des Menschen/der Maschine sollen trotz Belastung eine dennoch möglichst lange Lebensdauer garantieren“³³⁶.

Je nachdem wie die Definition von Gesundheit lautet, fallen die Methoden und Mittel aus, die für deren Erhalt bzw. Wiederherstellung eingesetzt werden. Sie entscheidet auch darüber, in welchem Ausmaß dem betroffenen Individuum Einflussmöglichkeiten und Verantwortung für die Entstehung von Krankheit und deren Heilung übertragen werden können.³³⁷

Die im medizinischen System verwendeten Definitionen von Gesundheit sind meist durch Negativbestimmungen geprägt. So wird Gesundheit als Zustand bezeichnet, der frei von Schmerzen und Krankheit ist. Sind Beschwerden und Beeinträchtigungen vorhanden, wird die betroffene Person als „krank“ diagnostiziert. Bei dieser biomedizinischen Sichtweise werden wichtige Dimensionen wie Lebenszufriedenheit und allgemeines Wohlbefinden nicht berücksichtigt. Ein Mensch kann sich trotz einer Beeinträchtigung oder Schädigung auf der physischen Ebene größter Lebensfreude und

³³⁵ Vgl. SCHIFFER 2001

³³⁶ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 40

³³⁷ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

Leistungsfähigkeit erfreuen und sich unter psychologischen Gesichtspunkten durchaus als gesund empfinden.³³⁸

Meine Ausführungen zeigen, dass es sich bei *der* Gesundheit um ein sehr schwer fassbares und nicht eindeutig definierbares Konstrukt handelt, für das es kein „Rezept“ gibt. Heute besteht unter Sozialwissenschaftlern und Medizinern weitestgehend Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional zu betrachten ist: *„Neben körperlichem Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitszeichen) und psychischem Wohlbefinden (z.B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu“*³³⁹. Gesundheit ist auf der einen Seite abhängig von der Fähigkeit im Umgang mit bestehenden sozial und ökologisch bedingten Belastungen, Risiken und Gefahren, auf der anderen aber auch ganz entscheidend von der Wahrnehmung und Aktivierung vorhandener „Kraftquellen“.³⁴⁰

9.3 Das Gesundheits - Krankheits - Kontinuum

Wenn wir von Krankheit oder Gesundheit sprechen, gehen wir in der Regel davon aus, dass sich diese beiden Zustände gegenseitig ausschließen (Dichotomie): Man ist entweder krank oder gesund. Die Zuschreibung des Zustandes „krank“ erfolgt in der Regel durch den Arzt, der eine Krankheit diagnostiziert. Sie kann aber auch durch die betroffene Person selbst oder deren Umfeld vorgenommen werden. Abgesehen von den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden als „gesund“ klassifizierte Menschen im Rahmen der medizinischen Versorgung nicht wahrgenommen. ANTONOVSKY steht dieser, durch die wissenschaftliche Medizin und das medizinische Versorgungssystem vorgenommenen und vorangetriebenen, dichotomen Gruppierung in „krank“ und „gesund“ äußerst kritisch gegenüber. Anstelle dieser Zweiteilung hegt er die Vorstellung eines Kontinuums mit den beiden Polen „Gesundheit“ (körperliches Wohlbefinden) und „Krankheit“ (körperliches Missempfinden). Demnach werden Menschen nicht als entweder „krank“ oder „gesund“, sondern als „mehr oder weniger krank bzw.

³³⁸ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

³³⁹ Zitiert nach BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S.16

³⁴⁰ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003

gesund“ eingestuft. Für lebende Organismen ist es weder möglich den Pol „völlige Gesundheit“ noch den „völlige Krankheit“ zu erreichen. Alle Menschen, die sich überwiegend gesund fühlen, haben auch kranke Anteile inne und solange kranke Menschen leben, tragen sie auch noch Gesundheit in sich: *„Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund“*³⁴¹. Bei derartiger Sachlage ist die Frage nicht mehr, ob ein Mensch krank oder gesund ist, sondern wie nah bzw. fern er den Polen Gesundheit und Krankheit ist.³⁴²

9.4 Generalisierte Widerstandsressourcen

„Sie erinnern sich? Sich wohlig räkelnd im Bett liegen, aller Pflichten ledig einschließlich der Hausaufgaben. Von Mutter umsorgt. Zwieback (na ja!), Lindenblütentee mit Honig und zusätzlich etwas vorgelesen bekommen. Ganz schön gemütlich so eine Grippe. Oder anders ausgedrückt: Viele gesunde Kräfte um uns herum, die uns sicher sein lassen, der Krankheit nicht allein und hilflos ausgeliefert zu sein.“

Eckhard Schiffer

ANTONOVSKY beschäftigte sich sehr intensiv mit verschiedensten Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die Erhaltung oder die Förderung von Gesundheit haben. Das Ergebnis seiner zahlreichen Studien ist ein breites Spektrum an Variablen, die mit dem Gesundheitszustand einhergehen. Diese gesundheitsförderlichen (salutogenetischen) Kräfte bezeichnet er als „generalisierte Widerstandsressourcen“. Mit „generalisiert“ meint ANTONOVSKY, dass diese Kräfte in den verschiedensten Situationen wirksam werden können. „Widerstand“ meint deren positive Wirkung auf die Widerstandskraft der Person. Die Widerstandsressourcen lassen sich in zwei Gruppen untergliedern: Die „inneren“ (individuellen) und die „äußeren“ (soziokulturellen) Faktoren. Im oben zitierten Beispiel würde zu den ersteren das innere Vertrauen zählen, dass unsere

³⁴¹ Zitiert nach ANTONOVSKY 1989, In: BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S. 32

³⁴² Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

Mutter auch für uns da ist, wenn wir sie nicht direkt sehen oder hören und, dass wir mit Hilfe unserer eigenen Fantasie mit der vorgelesenen Geschichte etwas anzufangen wüssten. Zu den äußeren Faktoren gehört z.B. die Versorgung durch die Mutter mit Tee und Zwieback, das regelmäßig aufgeschüttelte Bett, die naheliegende Toilette sowie die uns umgebende Ruhe und Behaglichkeit. Fehlen solche salutogenetischen Faktoren - die innere Pflege und die äußere Fürsorge - ist es naheliegend, dass ein Kind es deutlich schwerer hat gesund zu werden.³⁴³

Einige der Widerstandsressourcen, die zunächst „äußere“ sind, können im Laufe der Entwicklung zu „inneren“ werden. Das Vertrauen z.B., dass meine Mutter für mich da ist (innere Ressource), kann nur verinnerlicht werden, wenn ich damit vorher konkrete Erfahrungen (äußere Ressource) gemacht habe. Der Zweck dieses Prozesses liegt darin, unabhängiger von äußeren Ressourcen zu werden.³⁴⁴

Nach ANTONOVSKY haben die generalisierten Widerstandsressourcen zwei Aufgaben. Zum einen beeinflussen sie unsere Lebenserfahrungen, indem sie Begegnungen fördern, die bedeutsam für das Kohärenzgefühl (s. Kapitel 9.6) sind. Zum anderen fungieren sie als Potential, das zur Bewältigung von Spannungszuständen (s. Kapitel 9.5) aktiviert werden kann. Dieses System von Kräften wird durch das darüber stehende Kohärenzgefühl dirigiert, geordnet und aktiviert.³⁴⁵

9.5 Heterostase - die physiologische Herausforderung der körperlichen Gesundheit

Bei der Beschreibung eines gesunden Organismus bedient sich die Medizin des Begriffes „Homöostase“ (Homöo = ähnlich; Stase = Zustand, Situation), was soviel bedeutet wie „*Zustand der Konstanz (dynamisches Gleichgewicht)*“³⁴⁶. Gemeint ist das Streben aller physiologischen Funktionen nach einem Fließgleichgewicht. Im Rahmen seiner Theorie setzt ANTONOVSKY diesem Begriff den der „Heterostase“ (Hetero = anders, fremd) entgegen. Er postuliert, dass die Gesundheit nicht primär von der Homöostase abhängig ist. Viel wichtiger sei die

³⁴³ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, SCHIFFER 2001

³⁴⁴ Vgl. SCHIFFER 2001

³⁴⁵ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, SCHIFFER 2001

³⁴⁶ Zitiert nach DORNBLÜTH 1998, S. 693

Fähigkeit mit heterostatischen Faktoren, Prozessen und Einflüssen, sprich „Stressoren“ umzugehen und diese zu überwinden. Die Unsicherheit im Umgang mit „fremden“ Einflüssen führt zu einem physiologischen Spannungszustand. Nach ANTONOVSKY sind diese Stressoren *„[...] eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“*³⁴⁷. Mit „Handlung“ meint er den positiven Umgang mit Spannungszuständen (Krankheitstendenzen, Klimawechsel, Umwelteinflüssen, ungewohnten Nahrungsmitteln etc.) und die Fähigkeit solche zu überwinden. Wenn es dem Organismus gelingt, sich mit den Spannungen positiv auseinander zu setzen und diese zu bewältigen, so hat er gesundheitsförderliche Fähigkeiten erworben - in etwa vergleichbar mit dem Prinzip: „Was mich nicht umbringt, macht mich stark“. Gelingt die Spannungsbewältigung nicht, so führt dies zu „Stress“ oder einer Situation, welche die betreffende Person belasten kann. Das Prinzip der Heterostase bedeutet auch, dass man Stress und Belastungen nicht aus dem Weg geht, sondern lernt sie auszuhalten. Auf diesem Weg sollen die Grenzen der körperlichen und seelischen Belastbarkeit kennen gelernt und weiter ausgedehnt werden.³⁴⁸

Da aber nicht jede Spannung auf Antrieb zu bewältigen ist, gehören Stressreaktionen und belastende Situationen zu unserem alltäglichen Leben. Nach ANTONOVSKY müssen solche Stressreaktionen nicht zwangsläufig zu negativen gesundheitlichen Folgen führen. Ganz im Gegenteil kann aus diesen auch eine neutrale oder sogar gesundheitsförderliche Wirkung hervorgehen.

Da physikalische und biochemische Stressoren (z.B. Einwirkung durch Waffengewalt, Hungersnot, Gifte, Krankheitserreger u.ä.) - die sich aufgrund ihrer Intensität sofort negativ auf die Gesundheit auswirken können - in den Industrienationen im Rücklauf sind, ist die Bedeutung psychosozialer Stressoren in den Vordergrund gerückt.³⁴⁹

Während das pathogenetische Prinzip auf die Vermeidung jeglichen Ärgers und Stressses verweist und bei jedem Unwohlsein gleich die Einnahme einer Tablette

³⁴⁷ Zitiert nach ANTONOVSKY, In: BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S. 33

³⁴⁸ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003

³⁴⁹ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003

nahe legt, steht im Konzept der Salutogenese die Frage im Vordergrund: *„Wie lerne ich, mit allen Lebenslagen zurechtzukommen und innerlich und äußerlich flexibel zu sein? Wie werde ich frustrations-tolerant, stress-tolerant, weitgehend autonom und selbstregulierend?“*³⁵⁰

An dieser Stelle knüpft ANTONOVSKY mit seinem Konstrukt des Kohärenzgefühls an.

9.6 Das Kohärenzgefühl

Im Zentrum des salutogenetischen Konzepts steht der Begriff „Sense Of Coherence“ (SOC), zu Deutsch „Kohärenzgefühl“ bzw. „Kohärenzsinn“. Diese individuelle psychologische Einflussgröße ist nach ANTONOVSKY ganz wesentlich am Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen beteiligt. „Kohärenz“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie „zusammenhängend“, „zusammenhalten“, „Halt haben“. Gemeint ist damit eine Art Grundstimmung, Grundsicherheit oder Weltanschauung, die bewirkt, dass man negativen Extrembelastungen innerlich und weitestgehend auch äußerlich standhalten kann - sprich gesund bleibt. Trotz gleicher äußerer gesundheitsschädigender Bedingungen wie Krieg, Hunger oder schlechter hygienischer Versorgung gibt es Unterschiede im Gesundheitszustand der, unter diesen Gegebenheiten lebenden Menschen. Da die äußeren Umstände ähnlich sind, schließt ANTONOVSKY, dass es von der individuellen Ausprägung dieser Grundeinstellung abhängen muss, wie gut es Menschen gelingt, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu aktivieren.³⁵¹

Das Kohärenzgefühl fungiert nicht als direkte Ressource, sondern als eine darüber stehende Steuerungsinstanz, welche die zur Verfügung stehenden inneren und äußeren Ressourcen sortiert und bestimmt, welche davon zur Erhaltung der Gesundheit eingesetzt werden. Stehen mit diesem Gefühl der Kohärenz verbundene gedankliche Abläufe oder die daraus resultierende Weltansicht im Vordergrund, so ist es passender vom Kohärenzsinn zu sprechen. *„Kohärenz bezieht sich [also] sowohl auf ein Gefühl als auch auf damit verknüpfte gedankliche Abläufe“*.³⁵²

³⁵⁰ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 21

³⁵¹ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, GLÖCKLER 2003

³⁵² Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 31

ANTONOVSKY beschreibt das Kohärenzgefühl als „[...] eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind und zweitens die Ressourcen zur Verfügung stehen, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“³⁵³.

Dieses Zitat beinhaltet die drei Grundkomponenten, aus denen sich nach ANTONOVSKYS Überlegungen das Kohärenzgefühl zusammensetzt:

- Verstehbarkeit,
- Handhabbarkeit und
- Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit der äußeren Welt.

Verstehbarkeit meint, dass wir die uns umgebenden Geschehnisse als stimmig, geordnet und strukturiert wahrnehmen und nicht als chaotisch, willkürlich und unerklärlich. Die Nachvollziehbarkeit der Ereignisse ist von entscheidender Wichtigkeit für das Sich-gesund-fühlen. Probleme und Belastungen, denen wir ausgesetzt sind, müssen wir in einem größeren Zusammenhang begreifen können. Ein Mensch, der im Besitz von Verstehbarkeit ist, setzt voraus, dass zukünftige Schwierigkeiten vorhersehbar sind. Sollte es doch einmal zu unangenehmen Ereignissen wie Tod, Krieg, Versagen kommen, so sind diese Ereignisse zumindest erklärbar, wodurch das Individuum zu ihnen ein bewusstes Verhältnis aufbauen kann.³⁵⁴

Das Gefühl der *Handhabbarkeit* steht für ein klares Bewusstsein - ANTONOVSKY nennt es „instrumentelles Vertrauen“ -, dass wir die Anforderungen des Lebens erfüllen können. Hierzu gehört auch die innere Sicherheit über geeignete innere und äußere Ressourcen zu verfügen oder solche zur Bewältigung schwieriger Situationen aufbauen zu können. Als Ressourcen können Erfahrungen und Erlebnisse dienen, die wir selber gemacht haben oder die von einer Person unseres Vertrauens an uns herangetragen werden. Ist ein Gefühl der Handhabbarkeit

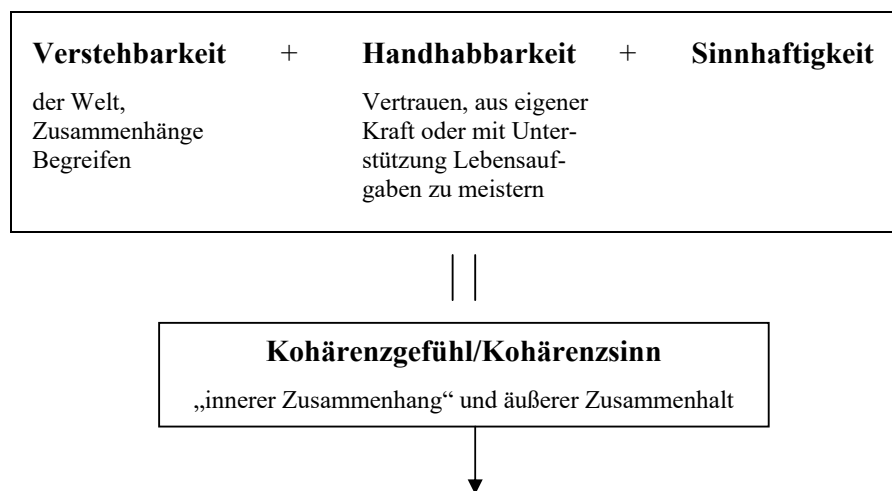
³⁵³ Zitiert nach ANTONOVSKY 1997, In: BENGEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S. 30

³⁵⁴ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

vorhanden, erlebt das Individuum die Welt als „manageable“, sprich „handhabbar“.³⁵⁵

Als dritte Komponente nennt ANTONOVSKY das Gefühl der *Sinnhaftigkeit* oder *Bedeutsamkeit*. Ziele und Projekte, für die wir uns momentan engagieren, die wir fortführen oder an die wir uns neu heranwagen, erachten wir als sinnvoll. Probleme und Anforderungen, die uns in unserer Auseinandersetzung mit der Welt begegnen, empfinden wir als willkommene Herausforderung, die es wert ist unsere Zeit und Energie in sie zu investieren. Widerfährt uns etwas Tragisches wie ein Unfall, der Tod eines Freundes, die Notwendigkeit einer schweren Operation o.ä., so ruft das in uns nicht nur Gefühle wie Trauer, Angst oder Wut hervor, sondern auch die Frage nach dem Sinn und der Bedeutsamkeit dieses Ereignisses für die eigene Entwicklung. Nach ANTONOVSKY liegt hierin die Chance, unglückliche Erfahrungen als persönliche Herausforderungen zu empfinden und positiv in das eigene Schicksal zu integrieren. „*Wer so lebt, lebt nicht in Widerspruch mit sich selbst oder spaltet gewisse Erlebnisanteile von der eigenen Persönlichkeit als untrennbar ab*“³⁵⁶.

Das Kohärenzgefühl ist also maßgeblich daran beteiligt, ob wir von außen kommende Belastungen als unkontrollierbaren Stress - krankmachend - empfinden oder in ihnen eine - gesunde - Herausforderung sehen, die wir bewältigen können.³⁵⁷ Man kann also sagen: Das Kohärenzgefühl bzw. der Kohärenzsinn ist entscheidend für die Gesundheit eines jeden Menschen.



³⁵⁵ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

³⁵⁶ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 24

³⁵⁷ Vgl. SCHIFFER 2001

Gesundheit

Abb. aus SCHIFFER 2001, S. 29

Nach ANTONOVSKY entwickelt sich das Kohärenzgefühl - als Erlebnis von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit - weitestgehend durch die in der Kindheit und Jugend gemachten Erfahrungen. Die Stärke des Kohärenzgefühles ist von den gesellschaftlichen Bedingungen, d.h. der Verfügbarkeit innerer (z.B. positive Erfahrungen, die bereits verinnerlicht wurden) und äußerer (z.B. eine Familie, gute Freunde, besondere Spielorte) Ressourcen abhängig. Sind diese qualitativ und quantitativ ausreichend vorhanden, ermöglichen sie die Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls. Überwiegen jedoch Erfahrungen, die durch Unvorhersehbarkeit, Unsicherheit und Unkontrollierbarkeit gekennzeichnet sind, kann das Kohärenzgefühl nicht stark werden. Daraus darf jedoch nicht gefolgert werden, dass zur Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls solche Erfahrungen gemieden werden müssen. *„Für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ist ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen notwendig“*³⁵⁸.

Ist das Kohärenzgefühl bis ins frühe Erwachsenenalter noch keine festgelegte Größe, die in der dialogischen Auseinandersetzung mit der Welt stetig umgebaut und erweitert werden kann, so ist die Entwicklung laut ANTONOVSKY mit etwa 30 Jahren weitestgehend abgeschlossen. Veränderungen im Erwachsenenalter hält er nur begrenzt für möglich. Wenn es bis dahin nur zu einer schwachen Ausbildung des Kohärenzgefühles gekommen ist, so gilt bedauerlicherweise, dass dieses kaum in der Lage ist, die wenigen Ressourcen zu mobilisieren. Das Gefühl wird mit der Zeit immer schwächer.³⁵⁹

Das wohl bekannteste Beispiel für diesen „inneren Zusammenhalt“ ist der Brief Dietrich BONHOEFFERS an seine Eltern, den er Weihnachten 1943 im Gefängnis Tegel, kurze Zeit vor seiner Hinrichtung verfasste (s. Anhang 7). In diesem Brief stellt er dar, wie viel Kraft und Energie ihm die Erinnerungen an die gemeinsamen

³⁵⁸ Zitiert nach BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S. 31

³⁵⁹ Vgl. SCHIFFER 2001

Weihnachtsfeste mit seiner Familie geben (innere Ressource) und ihm helfen, die psychischen und physischen Belastungen des Gefängnisalltages zu bewältigen.³⁶⁰ Um den Ausprägungsgrad des Kohärenzgefühls zu erfassen, hat ANTONOVSKY einen Fragebogen verfasst, die „Orientation to Life Questionnaire“ bzw. SOC-Skala (s. Anhang 8). Bisherige Überprüfungen des Fragebogens haben eine hohe Messgenauigkeit (Reliabilität) bestätigt. Allerdings können die drei Komponenten des Kohärenzgefühls - Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit - nicht getrennt voneinander betrachtet werden, die Skala kann nur die Gesamtausprägung des Kohärenzgefühles messen.³⁶¹

³⁶⁰ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

³⁶¹ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

Resümee

Aus der wachsenden Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell ging in den 70er Jahren die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells hervor. Neben den rein physischen Aspekten wurden auch psychische und soziale Einflüsse bei der Entstehung und Behandlung von Krankheiten berücksichtigt. Dennoch bleibt auch dieses Modell eher defizitorientiert.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff (bzw. Krankheitsbegriff) verdeutlicht, dass es sich dabei um ein sehr komplexes Phänomen handelt, das nicht einfach zu definieren ist. Meiner Meinung nach sind Definitionen aber wichtig, da von ihnen die Schlussfolgerungen für den Umgang mit Gesundheit (bzw. Krankheit) abhängen. Das Wohl und die Menschenwürde des Individuums sollten bei der Findung von Definitionen in jedem Fall im Vordergrund stehen.

Der Medizinsoziologe ANTONOVSKY hat das pathogenetische Modell nicht nur kompetent kritisiert, sondern ihm eine salutogenetische Theorie entgegengesetzt, sie differenziert dargestellt und mit eigenen erfahrungswissenschaftlichen Untersuchungen gestützt.

Mit der Theorie der Salutogenese möchte er eine Antwort auf die Frage finden: Was erhält Menschen - trotz der vielen potenziell Gesundheit gefährdenden Einflüsse - gesund?

Die Suche nach bestimmten Krankheitsursachen ersetzt ANTONOVSKY durch die Suche nach gesundheitsfördernden Faktoren, die er als *generalisierte Widerstandsressourcen* bezeichnet. Hiermit meint er Hilfsquellen, die uns widerstandsfähig sein lassen bei außergewöhnlichen Belastungen. Er unterscheidet zwischen inneren (individuellen) und äußeren (sozialen und kulturellen) Ressourcen.

Würde man dieses Prinzip in der Pädagogik berücksichtigen, könnte es ihr *wirkungsvolle* und äußerst *positive* Impulse geben. *Wirkungsvoll*, da es in allen Bereichen (Frühförderung, Schul- und Sozialpädagogik, Sonder- und Heilpädagogik etc.) anwendbar ist und zu grundlegenden Veränderungen bei Erziehung, Beurteilung, Begutachtung, Unterrichtsplanung etc. führen kann. *Positiv*, da eine solche Sichtweise es ermöglicht, sich von den Defiziten und Schwächen abzuwenden und Kompetenzen und Stärken - das, was Kinder mitbringen - in den Vordergrund zu stellen.

Nach ANTONOVSKY handelt es sich beim menschlichen Organismus um ein System, das permanent Einflüssen und Prozessen ausgesetzt ist, die seine Ordnung - sprich seine Gesundheit - stören. Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern muss sich fortdauernd in der Auseinandersetzung mit Fremdem neu aufbauen. Im Gegensatz zu anderen Stressforschern geht ANTONOVSKY nicht davon aus, dass die Einwirkung von Stressoren grundsätzlich gesundheitsschädigend ist. Wir reagieren mit physiologischer *Anspannung* auf Stressoren. Gelingt es uns die Anspannung positiv zu bewältigen, gewinnen wir gesundheitsförderliche Kräfte. Gelingt uns die *Spannungsbewältigung* nicht, erwächst daraus Stress.

Dieses Prinzip ernst genommen, führt zu neuen Fragen und Strategien der Gesundheitsvorsorge. Medizinische Maßnahmen müssten viel stärker individualisiert werden, z.B. dürfte man nicht generell alle Kinder nach demselben Muster durchimpfen oder mit Antibiotika behandeln. Unreflektierte Massenimpfungen nehmen Kindern die Chance durch die Auseinandersetzung mit Krankheiten neue Widerstandskräfte - sprich Ressourcen - aufzubauen.³⁶²

Der schulmedizinischen Trennung in „gesund“ und „krank“ stellt ANTONOVSKY ein *Kontinuum* entgegen. Krankheit und Gesundheit sind keine Zustände, die einander ausschließen, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum. Dazwischen liegen Zustände von mehr bzw. weniger „krank“ oder „gesund“. Der Vorteil dieser Vorstellung ist eine differenzierte und individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes eines Menschen, statt einer kategorialen Einteilung in krank oder gesund. Das Wegfallen der Klassifizierung verhindert meiner Meinung nach die Stigmatisierung der Betroffenen. Als Nachteil dieser eindimensionalen Vorstellung muss bewertet werden, dass die Abnahme gesunder Anteile in Abhängigkeit zu der Zunahme kranker Anteile steht. Nimmt der gesunde Anteil ab, vergrößert sich der kranke automatisch. Vielleicht wäre es aus diesem Grund sinnvoller, Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Größen zu betrachten?

Das Kernstück der Salutogenese ist das *Kohärenzgefühl*. Es ist eine Art obere Steuerungsinstanz, die durch gezielte Aktivierung der vorhandenen Widerstandsressourcen darüber bestimmt, ob wir bei Belastungen gesund bleiben.

³⁶² Vgl. GLÖCKLER 2003

Es setzt sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit zusammen.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich in Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Bedingungen und der familiären Sozialisation im Laufe der Kindheit und Jugend. Im Alter von etwa 30 Jahren soll die Entwicklung, nach ANTONOVSKY, weitestgehend abgeschlossen sein. Veränderungen im Erwachsenenalter hält er nur begrenzt für möglich.

Das Wissen um diese Einflussgröße gibt uns einen Hinweis darauf, warum manche Kinder bestimmte Belastungen (Kinderkrankheiten, soziale Missstände, kulturelle Einflüsse wie die beschleunigte Kultur) besser überstehen und andere weniger. Im Hinblick auf das Thema meiner Arbeit wage ich zu behaupten, dass es sich bei Kindern mit einem schwachen Kohärenzgefühl um die von uns mit „AD(H)S“ betitelten Kinder handeln könnte. Die Ansicht ANTONOVSKYS, das Kohärenzgefühl sei im Erwachsenenalter kaum veränderbar, teile ich nicht. Ich denke man kann es auch im Erwachsenenalter stärken, indem man bewusst lebt, sich vornimmt die anstehenden Aufgaben motiviert in Angriff zu nehmen und versucht den darin liegenden Sinn wahrzunehmen.

Die nur vereinzelt in Lehrbüchern erscheinenden Beiträge zur Salutogenese zeugen davon, dass sich die konkrete Umsetzung dieses Ansatzes erst in den Anfängen befindet. In der Praxis erfolgt oft keine wirkliche Auseinandersetzung mit dem Konzept. Manchmal wird das vorhandene Angebot um salutogenetische Elemente ergänzt und in einigen Fällen das bisherige Angebot einfach als „salutogenetisch“ neu betitelt.³⁶³

Gründe für diese Situation sind zum einen in den Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems zu sehen (z.B. werden Ärzte bezahlt wenn wir krank und nicht wenn wir gesund sind) und zum anderen in den Erwartungen und Bedürfnissen der Zielgruppe dieses Systems. Da wir medizinisch bzw. pathogenetisch sozialisiert worden sind, wünschen wir uns häufig lediglich eine Befreiung von den Leiden und eine Linderung der Krankheitszeichen. Für primäre Angebote zum Kompetenzerwerb und zur Stärkung des Kohärenzgefühls interessieren wir uns in der Regel weniger. Im Vordergrund steht der von mir in Kapitel 8 schon angesprochene Wunsch nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung.

³⁶³ Vgl. BENDEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001

Auch wenn das Konzept der Salutogenese noch nicht empirisch überprüft werden kann, sehe ich in der Erweiterung des Blickfeldes auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Schutzfaktoren die Chance einer neuen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung besonderer kindlicher Verhaltensweisen - auch des Phänomens „AD(H)S“.

Da das Konzept der Salutogenese die Theorie der Pathogenese nicht vollkommen ablöst sondern sie ergänzt, sollte man meiner Meinung nach mehr von einem Perspektivwechsel denn von einem Paradigmenwechsel sprechen.

Das Konzept der Salutogenese könnte als Rahmentheorie hinter medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen stehen. Nach meinen vorangegangenen Ausführungen würde diese folgende Leitprinzipien beinhalten: Ressourcenorientierung, Konzentration auf gesundheitsförderliche und gesundheitserhaltende Faktoren, Ausrichtung auf Kompetenzerwerb und -steigerung, Einbeziehung von Umweltaspekten und positive Definition von Gesundheit.

10 „Schatzsuche statt Fehlerfahndung“

„Wo das materialistische Auge nach Defekten sucht, liegen manchmal die größten Juwelen verborgen“

Henning Köhler

In der Regel gibt es immer zwei Wege aus einer problematischen Situation: Einen bequemen und einen unbequemen. Normalerweise entscheiden wir uns zuerst für den bequemen Weg, auf dem wir einfach so weiter wandern wie bisher. Mit der Zeit kann dieser Weg immer beschwerlicher werden, bis wir irgendwann im „Dickicht“ der Probleme stecken bleiben, in das wir uns durch unsere „Bequemlichkeit“ hineinmanövriert haben. Erst in dem Moment, in dem wir nicht mehr so weitermachen können wie in der Vergangenheit, sind wir bereit unser Scheitern einzusehen.

Dort, wo der einst so bequem erscheinende Weg qualvoll endet, beginnt der zweite Weg: Bei der Einsicht in die Notwendigkeit, unsere Einstellungen und Haltungen gegenüber uns selbst zu hinterfragen. Aus freiem Willen schlägt diesen beschwerlicheren Weg nur selten jemand ein.

Diese bekannte Metapher lässt sich meiner Meinung nach sehr gut auf unseren Umgang mit dem Phänomen „AD(H)S“ übertragen. Aus Gewohnheit haben wir den Weg der Pathogenese eingeschlagen, haben versucht spezielle Ursachen auf der biologischen Ebene zur Erklärung und Begründung des Phänomens zu finden. Die „Ursache“ wird als im Kinde liegend gesehen, wir brauchen keine Verantwortung zu übernehmen. Das ist bequem und unkompliziert. Das fortlaufende Scheitern im Auffinden von Beweisen für die biologische Herkunft des Phänomens „AD(H)S“ scheint der Überzeugung von der Richtigkeit des Weges keinen Abbruch zu tun. Zielstrebig suchen Wissenschaftler nach immer neuen medizinisch-therapeutischen Mitteln, um dieses komplexe Phänomen, den „Defekt“ zu beseitigen. Betrachtet man diesen pathogenetischen Weg, wird klar, dass er nur in einer pathogenetischen Lösung enden kann: Ritalin.

Die stetig steigende Zahl der Betroffenen, die sich hierzulande jährlich verdoppelnde Verschreibungshäufigkeit des Medikamentes Ritalin sowie die

Tatsache, dass 90 Prozent der Fachleute dafür plädieren, verhaltensauffälligen Kindern die Droge über Jahre hin zu verabreichen, machen deutlich: Wir sind am Ende des einst so bequem erscheinenden Weges angelangt!³⁶⁴

Dies ist der Zeitpunkt, den anderen, den unbequemen Weg einzuschlagen, die Perspektive von der pathogenetischen hin zu einer salutogenetischen Sichtweise des Phänomens „AD(H)S“ zu wechseln.

In meinem letzten Kapitel werde ich auf die Fragestellung meiner Arbeit eingehen. Ich möchte aufzeigen, welche Konsequenzen sich durch den Perspektivwechsel für die Pädagogik ergeben und wie sich ein solcher Weg gestalten kann.

Meine Ausführungen im vergangenen Kapitel zeigen, dass es sich bei Gesundheit um etwas anderes als Nicht-Krankheit handelt. Dieser Aspekt ist in ANTONOVSKYS Konzept der Salutogenese von entscheidender Wichtigkeit. Daraus folgt, dass wir in unserer pädagogischen Arbeit nicht nach Fehlern, Störungen und Defekten fahnden, die eine „Krankheit“ verursachen, sondern uns auf die „Schatzsuche“ nach den Kräften begeben, die seelische und körperliche Gesundheit fördern und erhalten. Dies soll laut ANTONOVSKY nicht alternativ zum pathogenetischen Modell geschehen, sondern ergänzend.

Auf der theoretischen Ebene ist das Konzept der Salutogenese, wenn auch noch nicht vollkommen ausgereift, sehr differenziert dargestellt worden. In der Praxis wird die Suche nach fördernden Kräften für das Kohärenzgefühl - z.B. in der Ausbildung von Ärzten, Pädagogen, Psychologen u.a. - wenn überhaupt nur selten thematisiert. Für Krankheit gibt es auf jedem Gebiet entsprechende Spezialisten, für Gesundheit scheint hingegen jeder selber zuständig zu sein. So sind wir uns dem Gesundsein als Zustand kaum bewusst. Geht es uns gut, ist die Gesundheit nicht wahrnehmbar. Erst wenn sie durch Krankheitsmerkmale vertrieben wird, stellen wir fest, dass uns „etwas fehlt“. ³⁶⁵Da die Gesundheit in der Verborgenheit ruht, müssen wir sie im Sinne einer „Schatzsuche“ für uns bergen. Damit lenken wir den Blick auf das Positive, *„[...] auf das, was Kinder mitbringen, was sie stärken und schützen kann und was sie letztlich unverwundbar im Kern ihrer Persönlichkeit [...] sein lässt“*³⁶⁶.

³⁶⁴ Vgl. KÖHLER 2002

³⁶⁵ Vgl. SCHIFFER 2001

³⁶⁶ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 7

In Anlehnung an ANTONOVSKYS Modell der Salutogenese frage ich: Was kann unsere Kinder trotz der vielen potenziell Gesundheit gefährdenden Einflüsse, wie der „Schnellfeuerkultur“, gesund erhalten? Wie können wir Pädagogen dazu beitragen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit - als wesentliche Bestandteile des Kohärenzgefühles - im Leben unserer Kinder zu fördern, sodass sie uns zu dem Schatz „Gesundheit“ führen.

Laut ANTONOVSKY ist die Berücksichtigung der drei Grundprinzipien der Salutogenese - Heterostase, Kohärenzgefühl, generalisierte Widerstandsressourcen - für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen entscheidend. Ressourcen wie Freundschaft, Liebe und Fantasie, Spiel, Motivation und als sinnvoll empfundene Aufgaben und Herausforderungen sind ausschlaggebend für die Gesundheit und somit für das zugrunde liegende Kohärenzgefühl.³⁶⁷

Schwerpunkte werde ich zum einen auf die von ANTONOVSKY genannten Ressourcen „*Spiel*“ und „*menschliche Beziehung und Dialog*“ setzen. Zum anderen möchte ich herausarbeiten, wie wir der Beschleunigung („Schnellfeuerkultur“) im Sinne einer „*Entschleunigung*“ einen Gegenpol setzen können. Durch diese Vorgehensweise erhoffe ich mir für die pädagogische Arbeit insgesamt eine konsequent neue Orientierung und ein konstruktives sowie nachhaltiges Handeln hinsichtlich des Phänomens „AD(H)S“.

„Gesundheitsquellen erschließen“, das ist meiner Meinung nach die neue Aufgabe für die Pädagogik.

10.1 Lieben heißt einverstanden sein

Bevor ich die von mir ausgewählten drei Grundpfeiler - Spiel, menschliche Beziehung und Dialog sowie „Entschleunigung“ - hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für das Kohärenzgefühl differenzierter darstelle, möchte ich einige elementare Überlegungen zu unserer Grundhaltung gegenüber Kindern anstellen.

Es ist wichtig, Kindern zu zeigen, dass wir sie - unabhängig von ihren Fähigkeiten - als Menschen ernst nehmen und bejahen. Kinder müssen spüren, dass wir allen Diagnosen zum Trotz unerschütterlich zu ihnen halten und dass wir sie lieben so

³⁶⁷ Vgl. GLÖCKLER 2003

wie sie sind! Oft fühlen sich sog. „AD(H)S-Kinder“ von aller Welt verlassen - innerlich verlassen. Eine solche innere Verlassenheit kann entstehen, wenn Kinder das Gefühl haben, nicht annehmbar zu sein, so wie sie sind. Häufig werden sie wegen jeder „Bagatelle“ kritisiert - nach wissenschaftlichen Untersuchungen täglich bis zu 200-mal - und oft nicht ein einziges Mal gelobt.³⁶⁸ Nicht selten geht es hierbei um Kleinigkeiten, die bei anderen Kindern übersehen werden. Wir treten den Kindern nicht unvoreingenommen gegenüber, sondern mustern sie schon mit „Argusaugen“.

Wir müssen Kindern unsere Unterstützung und Begleitung zusichern und verhindern, dass sie auch noch von den ihnen nahestehenden Personen allein gelassen werden.³⁶⁹ Wenn es dem Kind gelingt selbstbewusst zu sich zu stehen, weil wir - Lehrer, Eltern, Therapeuten - zu ihm stehen, so ist damit ein entscheidender Baustein zum Aufbau des Kohärenzgefühles gesetzt.

In unserer pädagogischen Arbeit sollten wir Abstand nehmen von der Angewohnheit, in Abwesenheit der Kinder zu planen, „[...] wie man sie dazu bringen könne, zu wollen was sie müssen ...“³⁷⁰. Es ist unerlässlich mit Kindern zu sprechen und nicht mit sog. Experten über sie. Das Kind ist sein eigener Experte und weiß am besten was ihm gut bzw. schlecht bekommt. Kommt es dennoch zu einem Gespräch über ein Kind, so ist jedes Mal wieder die Frage zu stellen: „Angenommen es hörte uns jetzt zu. Angenommen es hörte mit den Ohren eines Erwachsenen zu. Würde es sich gewürdigt oder gedemütigt fühlen?“³⁷¹. Oder man fragt sich: „Wie würde ich mich fühlen, wenn ich unfreiwilliger Zeuge eines solchen Gesprächs über meine Person wäre?“³⁷².

Indem wir Kinder an ihrem Schicksal beteiligen, sie aktiv mitreden und vor allem -gestalten lassen, erleben sie ihre Welt als handhabbar. Das stärkt ihr Kohärenzgefühl.

Als Pädagogen müssen wir berücksichtigen, dass wir nicht einfach in das kindliche Umfeld eindringen können. Wir müssen uns von der „Ethik des Ändernwollens“ distanzieren. Unsere Aufgabe ist es, dort wo Kinder uns in Schule oder Therapie begegnen, zu fragen: Was kann ich, im Sinne einer

³⁶⁸ Vgl. AUST-CLAUS/HAMMER 2000

³⁶⁹ Vgl. KÖHLER 2002

³⁷⁰ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 264

³⁷¹ Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 270

³⁷² Zitiert nach KÖHLER 2002, S. 270

Begleitung, für deine Entwicklung tun, damit du „[...] verwundbar, aber nicht besiegtbar [...]“³⁷³ gegenüber Widerständen bist?

10.2 Gesundheitsquellen erschließen

„Spiel, Berührung, Zuwendung und Stimme drücken in unendlicher kultureller Vielfalt aus: ‚Du bist uns wichtig‘.“

Aaron Antonovsky

Die Hauptthese in ANTONOVSKYS Konzept der Salutogenese ist, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl entscheidend für die erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem durch allgegenwärtige Anforderungen erzeugten Spannungszustand ist. Gelingt uns die Bewältigung der Spannung, finden wir zu dem „Schatz“ Gesundheit.

Auf welche Weise aber geht die Stärkung des Kohärenzgefühls genau vor sich? ANTONOVSKY beschreibt es „[...] mit Piagets (1969) Prinzipien der Assimilation und Akkomodation: Äußere Veränderungen beeinflussen und verändern die innere Einstellung“³⁷⁴. Im Gegenzug verleiten die bestehenden Überzeugungen gegenüber dem Leben wiederum dazu, bereits vertraute Erfahrungen zur Bestätigung gezielt aufzusuchen.³⁷⁵ Das Kohärenzgefühl ist demnach also eine Eigenschaft, die nicht nur durch individuelle, sondern auch durch äußere (historische, soziale und kulturelle) Bedingungen geprägt und gefördert wird. Während wir auf die individuellen Vorgänge keinen Einfluss haben, so sind wir doch durch unsere Erziehung in gewissem Maße daran beteiligt, welche Erfahrungen (äußerer Art) Kindern zur Bildung und Stärkung ihres Kohärenzgefühles zur Verfügung stehen. Ähnlich verhält es sich mit den generalisierten Widerstandsressourcen. Liegt die Bereitstellung der inneren Ressourcen nicht in unserer Macht, so können wir die äußeren doch in gewisser

³⁷³ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 57

³⁷⁴ Zitiert nach BENGEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, S. 31

³⁷⁵ Vgl. BENGEL/STRITTMATTER/WILLMANN 2001, SCHIFFER 2001

Weise beeinflussen. Ob das Kind diese dann auch ergreift und aktiviert, liegt wiederum nicht mehr in unserer Hand.

Was heißt das nun hinsichtlich des Phänomens „AD(H)S“? Es bedeutet für uns Erwachsene auf jeden Fall die „Fehlerfahndung“ aufzugeben. Stattdessen müssen wir fragen, ob *wir* Kindern durch unsere Erziehung ein Leben ermöglichen, das verstehbar, handhabbar und sinnhaft ist und ausreichend Widerstandsressourcen bietet. In der Praxis könnte man auf diese Frage eine Antwort finden durch genaue Beobachtung und Befragung des Kindes anhand der SOC-Skala - die für Kinder sicher modifiziert werden müsste. Im nächsten Schritt wäre dann zu fragen: Um welche Art von Erfahrungen handelt es sich, die zum einen das Kohärenzgefühl des Kindes stärken und zum anderen Ressourcen zur Verfügung stellen? Wie müssen Erfahrungen beschaffen sein, die einen physiologischen Spannungszustand auslösen, den das Kind positiv bewältigen und daraus gesundheitsförderliche Kräfte gewinnen kann? Und: Wie können wir unseren Kindern solche Erfahrungen ermöglichen?

Mit der Beantwortung dieser Fragen möchte ich mich in den nächsten drei Unterkapiteln beschäftigen. Da ich nicht nach Fehlern fahnden, sondern Schätze bergen möchte, werde ich keinen pädagogischen Ratgeber mit „Patentrezepten“ gegen die „Symptome“ des „AD(H)S“ verfassen. Mein pädagogisches Konzept verfolgt das Ziel einer nachhaltigen allgemeinen Gesundheitsförderung auf der Basis der Salutogenese.

10.2.1 Die Bedeutung des kindlichen Spiels am Beispiel von „flow“

„Der Mensch ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.“

Friedrich Schiller

In seinem Buch „Wie Gesundheit entsteht“ berichtet SCHIFFER von dem Schweizer Psychologen und Pädagogen Hans ZULLIGER, der schon vor Jahrzehnten beschrieb, wie „*schwerkranke und gestörte*“ Kinder gesund wurden,

„[...] *bloß indem sie spielten*“³⁷⁶. Auch ANTONOVSKY bezeichnet das Spiel in seinem salutogenetischen Konzept als wichtige Ressource für die Entfaltung von Gesundheit und das ihr zugrunde liegende Kohärenzgefühl. Im folgenden Kapitel werde ich diese Beobachtungen aufgreifen und das Spiel als „Schatz“ und Gesundheitsquelle „bergen“. Ich möchte herausarbeiten, um welche Art von „Spiel“ es sich handelt, dem ZULLIGER und ANTONOVSKY gesundheitsfördernde Kräfte zuschreiben.

Einleitend möchte ich eine kleine Spielsituation zitieren, die meiner Ansicht nach eindrücklich und beispielhaft vermittelt, worum es ANTONOVSKY und ZULLIGER geht, wenn sie davon sprechen, dass Kinder gesund werden „bloß indem sie spielen“.

*„Der zweieinhalbjährige Jan hat zum ersten Mal alle Bauklötze aus seiner Kiste [...] ausgeräumt und mit Vergnügen einen großen Turm daraus gebaut. Nur den letzten Klotz hält er noch in seiner Hand. Der Turm, der über ihn hinausragt, schwankt schon. Wird es dem Jan gelingen, den letzten Klotz noch obenauf zu legen ... ? Ja – es gelingt. Ein Seufzer der Erleichterung, gleichzeitig ein freudig strahlendes Gesichtchen, voller Stolz ...“*³⁷⁷.

Unter salutogenetischen Gesichtspunkten sind an dieser Spielsituation vor allem zwei Aspekte von Bedeutung. Der *erste* bezieht sich auf den Augenblick, in dem Jan unter großer Anspannung und mit zitternden Händen den letzten Bauklotz auf den schon schaukelnden Turm setzt - bleibt der Turm stehen oder stürzt er ein? Diese Anspannung beim Experimentieren mit neuen Fähigkeiten und Techniken nennt Michael BALINT „*thrill*“. Wenn wir aus eigener Initiative und Kompetenz etwas Neues wagen, gestalten und erfahren, bedeutet das sowohl ängstliche Anspannung als auch Triumph.

Darauf folgend - und das ist der *zweite* bedeutende Aspekt - kann sich ein glücklich-entspannendes Gefühl einstellen, das Sigmund FREUD als „*ozeanisches Gefühl*“ bezeichnet. Gemeint ist damit „[...] *ein Zustand, in welchem ein Mensch sich vollkommen glücklich und in Harmonie mit sich und der Welt befindet*“³⁷⁸. Glück bedeutet in diesem Zusammenhang nicht Glück im Sinne von Genuss, sondern Glück durch die eigene *Tätigkeit*. Der aus Ungarn stammende Psychologe

³⁷⁶ Zitiert nach ZULLIGER, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 147

³⁷⁷ Zitiert nach SCHIFFER, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 157

³⁷⁸ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 39

und Philosoph Mihaly CSIKSZENTMIHALYI prägte für diesen Zustand den Begriff „flow“ - ein Gefühl, das die Qualität des Fließens besitzt.³⁷⁹

Da ich den Begriff „flow“ zur Beschreibung dieses Zustandes als sehr passend erachte, werde ich ihn im Folgenden weiter verwenden.

„Flow“ lässt sich beobachten, wenn sich Kinder tief in ihr Spiel verlieren. Es scheint als würden sie nicht wahrnehmen, was um sie herum geschieht. Nicht selten lässt sich in solchen Situationen beobachten, dass sie auf Ansprache nicht reagieren: *„Spielend ist das Kind sowohl ‚ganz bei der Sache‘ als auch ganz bei sich - wie selbstvergessen erlebt es sich eins mit seinem Tun“*³⁸⁰.

Auch im Erwachsenenalter lassen sich solche Zustände erleben, wenn wir z.B. im Garten arbeiten, mit der Modelleisenbahn der Kinder spielen, musizieren, malen oder einer anderen fesselnden Tätigkeit nachgehen. Wir vergessen Zeit und Raum und sind erstaunt, wenn wir auf die Uhr sehen und feststellen wie schnell die Zeit vergangen ist.

Die Frage „Was bringt mir das?“ wird in solchen Situationen nicht gestellt. In diesem Spiel *„[...] gilt das Tun selbst, der Spielprozess zählt und nicht nur das vorweisbare Ergebnis, der Platz in der Rangliste, der Sieg, das bewertbare Produkt“*³⁸¹. Dabei wird die intrinsische Motivation gefördert. *„Das ist die Motivation etwas zu tun, ohne dass ich dafür sofort einen Preis oder eine Prämie bekomme. Die Belohnung liegt im Tun selbst“*³⁸². Die bei uns weit verbreitete Meinung, dass Geld und Status Glück bedeuten sei, laut Michaela GLÖCKLER, ebenso wie das Bestreben materielle Güter zu erwerben, eine im Zuge der kulturellen Sozialisation gelernte Motivation. Das alleinige Interesse am Finanziellen und dem äußeren Status - beginnend damit, dass ein Kind beispielsweise nur um der Noten oder der Anerkennung durch Lehrer und Eltern willen lernt - führe dazu, dass Kinder verlernen, an gestellten Aufgaben, an der Sache selbst Freude zu haben.³⁸³ Menschen, die Tätigkeiten um ihrer selbst Willen ohne Anreize wie Geld, Herrschaft oder Ansehen ausführen und in ihnen

³⁷⁹ Vgl. GLÖCKLER 2003, KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999

³⁸⁰ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 40

³⁸¹ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 57

³⁸² Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 57

³⁸³ Vgl. GLÖCKLER 2003

aufgehen berichten CSIKSZENTMIHALYI nahezu übereinstimmend, „[...] dass sie dabei das Gefühl haben, die Grenzen des Selbst dehnten sich aus“³⁸⁴.

Was genau passiert in dieser Spielverlorenheit und welche Bedeutung haben die Spielerfahrungen für die Gesundheit und das zugrunde liegende Kohärenzgefühl? ANTONOVSKY vertritt die These, dass Gesundheit abhängig ist von der Fähigkeit mit heterostatischen Faktoren, Prozessen und Einflüssen umzugehen und diese zu bewältigen.

Wenn Kinder um des Tuns Willen spielen, probieren sie vieles aus, bewegen sich frei in ihrer Fantasie. Nichts scheint unmöglich, auch wenn die Eltern manchmal anderer Meinung sind. Spielen ermöglicht vielfältige Erfahrungen mit fremden und neuartigen Einflüssen, die einen physiologischen Spannungszustand erzeugen können („thrill“). Den Umgang mit Stressoren „im Spiel“ bezeichnet SCHIFFER als „kontrollierbaren Stress“. Es ist ein Probehandeln und nicht der Ernstfall. Vielfältige Spielerfahrungen befähigen Kinder, flexibel auf neue Anforderungen und Veränderungen, mit denen sie im Ernstfall konfrontiert werden, zu reagieren und mit ihnen umzugehen. Gelingt es einem Kind sich positiv mit der Spannung auseinander zu setzen, sie zu bewältigen („flow“), so gewinnt es gesunderhaltende und gesundheitsförderliche Kräfte.³⁸⁵ „Hier wird ganz deutlich, wie sich das ‚Empfinden von Bemeisterung‘ oder Handhabbarkeit als Teilkomponente des Kohärenzgefühles als Selbstzweck entlang der Spielerfahrungen entwickeln kann“³⁸⁶.

Bei seinen Forschungen versuchte CSIKSZENTMIHALYI genau zu verstehen, wie man es erreichen kann in seinem Handeln „flow“ zu erleben. Er beschäftigte sich intensiv mit den Sinneserlebnissen, die Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen bei spielerischen und ernsthaften Tätigkeiten haben. Dabei erkannte er, dass sich die besten Momente gewöhnlich dann ereignen, „[...] wenn Körper und Seele bis an die Grenzen angespannt sind, in dem freiwilligen Bemühen, etwas Schwieriges und etwas Wertvolles zu erreichen und dies dann auch zu schaffen [...]“³⁸⁷. Als bildhaftes Beispiel schildert er die von mir anfangs

³⁸⁴ Zitiert nach GLÖCKLER 2003

³⁸⁵ Vgl. SCHIFFER 2001

³⁸⁶ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 51

³⁸⁷ Zitiert nach CSIKSZENTMIHALYI, In: GLÖCKLER 2003, S. 41

aufgegriffene Situation des Kindes, das mit zitternden Fingern den letzten Klotz auf den schon schwankenden Turm setzt.

CSIKSZENTMIHALYI ist überzeugt, „[...] dass jede Aktivität innerlich lohnend sein kann, vorausgesetzt, sie ist passend strukturiert und unsere Fähigkeiten sind ihren Herausforderungen angepasst“³⁸⁸. Übersteigt die Fähigkeit die Herausforderung um ein Weites, entsteht Langeweile; im umgekehrten Falle resultiert daraus Angst. Damit die Bedingung für ein Flow-Erleben gegeben ist, muss die Herausforderung die Fähigkeit ein wenig übersteigen - also weder Unter- noch Überforderung.

„FLOW-MODELL“



„Flow“ wird also zum einen durch die Freiwilligkeit im Spiel und zum anderen durch ein optimales Verhältnis zwischen Fähigkeit und Herausforderung bedingt. Vorausgesetzt die Kinder können ihre Kompetenz ohne Leistungsanforderungen der Erwachsenen entfalten, haben sie unter solch optimalen Bedingungen, so CSIKSZENTMIHALYI, sogar Freude an Arbeit, Gefahren oder Stress.³⁸⁹

Wie schon Michael ENDES Geschichte um Momo erzählt, scheinen die Freiräume für solche Spielerfahrungen heute mehr denn je gefährdet zu sein. Die Freiheit im

³⁸⁸ Zitiert nach CSIKSZENTMIHALYI, In: GLÖCKLER 2003, S. 40

³⁸⁹ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

Spiel, das Kennenlernen der dinglichen Welt und deren Eigenschaften, die Aktivierung des eigenen Vorstellungsvermögens ..., all das müssen wir heute bewusst planen und Kindern erst einrichten. Denn „normal“ ist etwas anderes: Software-Angebote für Kinder ab dem Säuglingsalter. Blinkende und quäkende Geräte mit bunten Tasten sollen die „Entwicklung der Feinmotorik“ fördern. Die amerikanische Firma Knowledge Adventure erweiterte erst kürzlich ihre erfolgreiche Lernspielreihe „Jumpstart baby“ um ein Programm für Säuglinge ab neun Monaten. Die grellbunten Plastikrechner werden als „animierte Spielgefährten“ angeboten, „[...] mit denen Kinder sich anfreunden, lernen und Spaß haben können“³⁹⁰. Der angeblich „hohe Anspruch“ der Hersteller: „Unsere elektronischen Produkte müssen den Talenten der Kinder entsprechen, sie vereinen altersgerechte Lerninhalte mit modernster Technik“³⁹¹. Für die Älteren gibt es Programme zum Buchstaben raten, zum Rechenaufgaben und Rätsel lösen in jeglichen Variationen.³⁹²

In solchen Spielerfahrungen werden Kinder mit Vorgefertigtem beschäftigt, verpackt in möglichst viel Technik, die sie lediglich zu bedienen haben. Was dabei gefördert wird, ist das Zuschauer- und Manipulierbewusstsein, nicht aber die Eigentätigkeit und echte Begegnung und Auseinandersetzung mit der realen Welt. Computerspiele, die immer nach demselben Raster ablaufen und die Passivität bei sekundären Erfahrungen verhindern, dass das Kind selber tätig wird und sich handelnd mit seiner Umwelt auseinandersetzt. Auf Dauer führt dieses zum Verlust der geistigen Beweglichkeit, die Handhabbarkeit verkümmert und damit, so SCHIFFER, wird auch unser Kohärenzgefühl zerstört.³⁹³

Dort wo früher Spiel und schöpferische Freude angesprochen waren, nimmt seit einiger Zeit die Leistungsorientierung in Gestalt von Wettbewerben immer mehr Raum ein. Zunächst beschränkt auf „Jugend forscht“, gibt es inzwischen „[...] ähnliche Wettbewerbe für das Singen, Tanzen, Malen, Turnen, Lesen, Musizieren usw.“³⁹⁴ „Noch schneller, noch besser, noch effektiver!“ - das ist das Motto, unter dem die Entwicklung von Kindern im Wettlauf mit Normtabellen erfolgt. Weil die gestellten Anforderungen zu hoch und mit den augenblicklich zur Verfügung

³⁹⁰ Zitiert nach BORNE, In: „Toys. Das Magazin der Branche“, 2/2000, In: GLÖCKLER 2003, S. 93

³⁹¹ Zitiert nach BORNE, In: „Toys. Das Magazin der Branche“, 2/2000, In: GLÖCKLER 2003, S. 94

³⁹² Vgl. GLÖCKLER 2003

³⁹³ Vgl. SCHIFFER 2001

³⁹⁴ Zitiert nach SCHIFFER, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 154

stehenden Mitteln nicht zu erfüllen sind, kann eine beglückende Entspannung - wie im kontrollierbaren Stress - nie entstehen. Gelingt es doch einmal die gesteckten Ziele zu erreichen, meldet sich sofort eine innere Stimme: „*Naja, ganz schön, aber besser wäre noch, wenn du jetzt statt 1,50 m gleich 1,60 m hochspringen könntest!*“³⁹⁵.

Die Unerreichbarkeit von Zielen wirkt der Erkundungs- und Funktionslust von Kindern entgegen. „Thrill“ und „flow“ als Gesundheitsquellen des Spiels können nicht mehr eintreten. Für die Entwicklung von Handhabbarkeit und folglich für das Kohärenzgefühl und die Gesundheit können die Folgen laut ANTONOVSKY verheerend sein.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Wissen um die dargestellten Zusammenhänge für die Pädagogik? Was ist zu tun, damit Spiel wieder als Gesundheitsquelle für Kinder wirksam werden kann?

Der kleine Jan (s.o.) wusste ganz genau, wann er es wagen konnte den letzten Baustein auf den hohen Turm zu legen. Können Kinder ihre Kompetenz ohne Leistungsanforderungen der Erwachsenen im Spiel entfalten, gelingt es ihnen in der Regel, selbst gesteckte Ziele zu erreichen. Allerdings werden durch die leistungsorientierte Erziehung die „Spiel-Räume“, in denen sich intrinsische Motivation entfalten kann, immer enger. Die Pädagogik hat dafür Sorge zu tragen, dass Spielen als Selbstzweck wieder „normal“ ist: Der Weg ist das Ziel. Wir müssen es Kindern ermöglichen um des Tuns willen zu spielen, ohne Zwang und Wettbewerb. Nur dann kann sich gesundheitsförderliches Fluss-Erleben einstellen.

ANTONOVSKY warnt, dass eine zu große Passivität die Handhabbarkeit und damit die Gesundheit sowie das zugrunde liegende Kohärenzgefühl verkümmern lasse. Aus diesem Grund muss eine salutogenetischen Prinzipien folgende Pädagogik Kinder vor der Passivität der Medien schützen und ihnen stattdessen eine aktive und vielfältige Begegnung und Auseinandersetzung mit der Welt ermöglichen. Kinder müssen ihre eigenen Erfahrungen machen dürfen und dazu gehören auch Fehler. Unser Vertrauen ist der sichere Hafen, in dem Kinder durch kontrollierte

³⁹⁵ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 55

Stresssituationen ein Gefühl der Handhabbarkeit als Komponente des Kohärenzgefühls erlangen können.

Damit „thrill“ (Spannung) und „flow“ (Erfolgslebnis) sich im Spiel entwickeln können, müssen die äußeren Anforderungen den jeweils aktuellen Fähigkeiten des Kindes angemessen sein. Aufgabe des Pädagogen ist es daher, das einzelne Kind genau zu beobachten: Wo steht es in seiner Entwicklung? Was sind seine Bedürfnisse? Wo liegen seine Interessen? Welche Spielmaterialien sind geeignet einen Spannungszustand zu erzeugen („thrill“)? Entscheidend dabei ist, dass das Kind Anspannungszustände eigenständig bewältigen lernt, seine Welt als „handhabbar“ erfährt. Dies ist nur möglich, wenn die Gratwanderung zwischen Unterforderung (Langeweile) und Überforderung (Angst) gelingt. Die Anforderungen müssen so gestellt sein, dass sie für das Kind zu bewältigen sind. Der Maßstab wird nicht durch „ein“ Kind oder „den“ Erzieher gesetzt, sondern jeweils durch „das individuelle“ Kind. Die Pädagogik muss vom Kind ausgehen. Der Erzieher hat die Verantwortung, dass die Umgebung dem Alter und der Reife des Kindes entspricht. Die Rolle des Pädagogen sollte die eines Begleiters sein, der sich weitgehend im Hintergrund hält und nur bei Bedarf unterstützend und helfend auftritt. Im Mittelpunkt steht die Eigentätigkeit, in der die Kinder ihrem Tun selbst einen Sinn geben - Sinnhaftigkeit als Komponente des Kohärenzgefühls.

„*Spiel ist alles, was weder innerlich noch äußerlich nötigt*“³⁹⁶, erkannte Friedrich SCHILLER schon vor etwa 200 Jahren und beschreibt damit die Grundvoraussetzung des Spiels: Freiwilligkeit. Auch in unserer heutigen Pädagogik gilt es diese zu wahren. Wir müssen unseren Kindern

- *„freie Wahl des Spielortes,*
- *freie Wahl des Spielpartners,*
- *freie Wahl des Spielmaterials und Spielinhaltes*
- *freie Wahl der Dauer des Spiels (begrenzt durch die Zeitstruktur)*“³⁹⁷

gewähren. Gelingt uns Pädagogen dieses, tragen wir dazu bei, dass sie „verwundbar aber nicht besiegt“ sind.

³⁹⁶ Zitiert nach SCHILLER, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 263

³⁹⁷ Zitiert nach REGEL, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 264

10.2.2 Menschliche Beziehung und Dialog als Kraftquelle

Eine auf Hawaii durchgeführte Studie sollte belegen, welche Kräfte bei der Bewältigung von als „pathogen“ einzustufenden Spannungszuständen (z.B. Alkoholismus in der Familie, sexueller Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung, schlechte Ernährung, unhygienische Verhältnisse) von positiver Bedeutung sind und sich als gesundheitsförderlich erweisen können. Im Rahmen dieser Untersuchung beobachtete man über einem Zeitraum von 40 Jahren die ärmsten der armen Kinder, also diejenigen, denen man aus pathogenetischer Sicht eine düstere Zukunft prognostizieren würde. Die Studie sollte insbesondere aufdecken ob, und wenn ja wie, Kinder Widerstandskraft gegen ein solches Milieu entwickeln können. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind erstaunlich. Mehr Kinder als vermutet entwickelten sich zu ganz „normalen“, gesunden und voll im Berufsleben stehenden Erwachsenen - die Hälfte dieser Menschen ohne jemals auffällig oder kriminell geworden zu sein! Die andere Hälfte zeigte sich nur vorübergehend oder in der Jugend als „verhaltensauffällig“ oder kriminell. Anhand des umfangreich vorliegenden Materials wurde systematisch untersucht, woran es liegen konnte, dass diese Kinder sich sowohl körperlich als auch seelisch widerstandsfähig zeigten. Es stellte sich vor allem ein Faktor als ausschlaggebend heraus: Die „menschliche Beziehung“. Die Forschungsergebnisse belegen, dass diese Kinder eine menschliche Beziehung hatten aufbauen können - sei es auch nur zu einem einzigen Menschen und/oder nur zu einer bestimmten Zeit in ihrer Kindheit. Das konnte der liebevolle Blick eines Fremden sein, der regelmäßige Besuch bei der Ladenbesitzerin um die Ecke ebenso wie das von Herzen kommende „Danke“ des Touristen für kleine Hilfsarbeiten (Scheiben wischen, Parkplätze einweisen o.ä.). Die Kinder hatten sich eine Beziehung gesucht und jemanden gefunden, der mit ihnen sprach. Zuhause sorgte sich niemand. Auf diese Weise gelang es den Kindern, allen Widerständen zum Trotz, ihre seelische und körperliche Gesundheit zu erhalten.³⁹⁸

Von einem ähnlich eindrücklichen Beispiel handelt das Buch „Plus fort que la haine“, das in Frankreich großes Aufsehen erregte. „Stärker als der Hass“ berichtet über die Erfahrung von bedingungsloser Liebe und Mitmenschlichkeit,

³⁹⁸ Vgl. GLÖCKLER 2003

die ein stark traumatisiertes und vernachlässigtes dreijähriges Kind während drei Monaten in einer Pflegefamilie erfährt. Diese Erfahrung hat das Kind so verinnerlicht (innere Ressource), dass es sich trotz seiner vorangegangenen schlimmen Erlebnisse körperlich und seelisch gesund entwickeln konnte.

Warum führe ich diese Beispiele hier an?

Sie thematisieren genau dieselben gesundheitsförderlichen Kräfte, die BONHOEFFER in dem Brief an seine Eltern schildert und die ANTONOVSKY bei Frauen beobachtete, die sich trotz schlimmer körperlicher und seelischer Erfahrungen im Konzentrationslager bester Gesundheit erfreuten.

Inwiefern Vererbung und Milieu einen Menschen beeinflussen ist in der Vergangenheit immer wieder neu diskutiert und bewertet worden. Jede der oben geschilderten Beobachtungen sowie die Verhaltensforschung der vergangenen 30 Jahre verdeutlichen: Es gibt etwas, das sich in seiner salutogenetischen Bedeutung gegenüber diesen Vererbungs- und Milieufaktoren als stärker erweisen kann. Wenn die „menschliche Beziehung“ den oben genannten Menschen helfen konnte Widerstände positiv zu bewältigen und daraus sogar gesundheitsförderliche Kräfte zu gewinnen, dann sollte sie es hinsichtlich des Phänomens „AD(H)S“ auch können!

In diesem Kapitel werden zwei Fragen eine Rolle spielen. Das ist zum einen: Welche Bedeutung hat die „menschliche Beziehung“ als Kraftquelle? Zum anderen: Inwiefern birgt der darauf basierende „Dialog“ gesundheitsfördernde Kräfte?

ANTONOVSKY betont, dass es für das Kohärenzgefühl - und damit für die Gesundheit - wichtig ist, äußere Anbindung in Form guter zwischenmenschlicher Beziehungen zu haben. SCHIFFER zufolge trägt jeder Mensch ein Bindungsstreben in sich, das uns von Geburt an motiviert, die Nähe vertrauter Menschen aufzusuchen. Die Beziehungen können in der Familie, dem Freundeskreis, der Nachbarschaft, der Gemeinde, dem Chor, der Peergroup (Gruppe mit annähernd Gleichaltrigen), der Klasse o.ä. geknüpft werden. Wodurch zeichnet sich eine gute zwischenmenschliche Beziehung aus? Folgende Wesensmerkmale der Menschlichkeit sind laut GLÖCKLER entscheidend: *„Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit; Liebe [und] Respekt vor der Autonomie und Eigenwürde des*

*anderen – auch wenn er im Kleinkindstadium oder im Zustand großer Hilfsbedürftigkeit ist“.*³⁹⁹

Die Basis der Beziehung sollte laut SCHIFFER das „Wahrgenommenwerden“ und „Angenommensein“ um seiner Selbst und nicht der Schönheit oder Leistung willen sein.⁴⁰⁰

Wie schon in Kapitel 9.6 erläutert, kommt das Wort „Kohärenz“ aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie „zusammenhängend“, „zusammenhalten“, „Halt haben“. Für diesen Zusammenhang möchte ich den Begriff „Halt haben“ herausstellen. Inwiefern kann die zwischenmenschliche Beziehung uns Halt geben und dadurch eine Gesundheitsquelle darstellen?

Beobachtungen an Affen und Menschen belegen, dass über die Bindungsfähigkeit, die aus guten Bindungserfahrungen resultiert, unkontrollierbarer Stress gemildert wird. Während sich die Bezugsperson bei den Affen noch in direkter Nähe befinden muss, braucht sie bei uns Menschen nicht unbedingt anwesend zu sein, um uns Angst zu nehmen oder Kraft zu geben. Uns reicht schon das Wissen um einen nahestehenden Menschen (Freund, Mutter, Vater, Großvater etc.), der an uns denkt und alles in seiner Macht stehende tun würde um uns zu helfen. Ein Kind, das eine solche enge, warme und zuverlässige menschliche Beziehung - innerhalb oder außerhalb der Primärfamilie - erfährt oder erfahren hat, fühlt sich nicht allein, sondern umgeben und getragen von Liebe und Vertrauen. Laut SCHIFFER kann sogar von einer Beziehung zu einem bereits verstorbenen Menschen eine solche Kraft ausgehen. Gute Bindungserfahrungen können auf diese Weise eine unglaublich beschützende Wirkung entfalten. Die Anwesenheit bzw. das Wissen um eine Bezugsperson wird als gesundheitsförderliche Ressource wirksam.⁴⁰¹

Für mich erfüllt die „menschliche Beziehung“ ganz klar die von ANTONOVSKY im Konzept der Salutogenese angesprochene Funktion der gesundheitsförderlichen Ressource. Die tatsächliche Anwesenheit einer Bezugsperson ist eine äußere Kraftquelle, die zu einer inneren werden kann, indem das Gefühl verinnerlicht wird, dass eine Bezugsperson auch für uns da ist, wenn wir sie nicht sehen. So

³⁹⁹ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 70

⁴⁰⁰ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

⁴⁰¹ Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

erlangen wir weitestgehend, aber nie vollkommen, Unabhängigkeit von äußeren Ressourcen.

Ein Kind, das die Kraft einer engen und zuverlässigen menschlichen Beziehung - wenn auch nur zu einem einzigen Menschen und zu einem bestimmten Zeitpunkt - erlebt hat und sie selbst auch anderen entgegenbringen kann, müsste dadurch in schwierigen Situationen widerstandsfähig sein. Es sollte sich gesund entwickeln können, selbst wenn die Lebensbedingungen sonst sehr ungünstig sind, es z.B. geschlagen wird, den Tag über keine richtige Betreuung erlebt oder unter permanentem Einfluss der „Schnellfeuer-Kultur“ lebt. Es müsste das tiefe innere Bewusstsein haben, dass die Schwierigkeiten, denen es zeitweilig begegnet zu bewältigen sind und vorübergehen. Seine Gesundheit bräuchte also nicht in Frage gestellt zu werden.⁴⁰² Ich bin der Überzeugung, dass entlang der menschlichen Beziehung Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit als Komponenten des Kohärenzgefühles entwickelt und gestärkt werden können.

In unserer von Konkurrenzdenken und Kapitalismus beherrschten Gegenwart außerhalb der Primärfamilie - wenn es diese als beständige Einrichtung überhaupt noch gibt - hat zwischenmenschliche Bindung jedoch nicht mehr so viele Möglichkeiten sich zu entfalten. Hinzu kommt, dass wir die Ausstrahlung eines Menschen, die durch den Atem, den Geruch und die unmittelbare Nähe entsteht, aufgrund der vermehrten sekundären Beziehungserfahrungen (z.B. Internet, Telefon etc.) gar nicht mehr richtig wahrnehmen können.⁴⁰³

Aus dem Perspektivwechsel von der pathogenetischen zu einer salutogenetischen Herangehensweise an das Phänomen „AD(H)S“ ergibt sich folgende Konsequenz: In der Erziehung unserer Kinder müssen wir für einen Alltag Sorge tragen, der es ihnen ermöglicht, enge, warme und zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen und pflegen zu können.

Laut SCHIFFER ist zwischenmenschliche Beziehung von Anfang an *dialogisch* angelegt. Ihm zufolge gehören zu einem Dialog der Wechsel zwischen Erzählen und Zuhören ebenso wie das gemeinsame Nachsinnen, das sich häufig nur in Bruchteilen von Sekunden am Wechsellpunkt von Reden und Zuhören vollzieht. Gerade Letzteres sei für die Qualität des Dialogs von entscheidender Bedeutung.

⁴⁰² Vgl. GLÖCKLER 2003, SCHIFFER 2001

⁴⁰³ Vgl. SCHIFFER 2001

In der dialogischen Begegnung zweier oder mehrerer Menschen eröffnet sich SCHIFFER zufolge ein intersubjektiver dialogischer Raum zwischen Fantasie und äußerer Realität. Ähnlich wie im Spiel könne man sich auch im Gespräch vertiefen bzw. „verlieren“ und auch in diesem Raum könne sich das Kohärenzgefühl weiter entfalten. Beide - „Dialograum“ wie auch „Spielraum“ - sind Möglichkeitsräume. Nach SCHIFFER bedeutet das: Man kann sie zwar nicht sehen, aber es kann viel in ihnen geschehen.⁴⁰⁴

Für die Gesundheit eines Menschen spielt in ANTONOVSKYS Konzept der Salutogenese das Kohärenzgefühl eine ganz entscheidende Rolle. Einer der drei Pfeiler des Kohärenzgefühls ist die *Verstehbarkeit*. Ist diese nicht gegeben, so verliert das Kohärenzgefühl an Stärke und die Gesundheit leidet. Wenn ich die heutige Lebenssituation unserer Kinder betrachte, so wage ich zu behaupten, dass Verstehbarkeit nicht selbstverständlich gegeben ist. Selbst ich habe Schwierigkeiten, z.B. die Ereignisse vom 11. September oder Erfurt, den Völkermord und die Hungersnot oder das Dahinsiechen der zahlreichen HIV-Infizierten in Afrika sowie das Leben unter permanenter Beschleunigung zu verstehen und zu verarbeiten. Wie sollen solche Geschehnisse für Kinder *verstehbar* sein?

In dieser Lage ist es meiner Meinung nach notwendig - und SCHIFFER bestätigt das in seinen Veröffentlichungen immer wieder - die Möglichkeit zu haben, den Dialog zu einem Menschen aufzunehmen, der einen versteht, dem man Fragen stellen kann und der einem hilft, das Nicht-Verstehbare einzuordnen und der Verstehbarkeit zuzuführen. Hat ein Kind jemanden in seiner Nähe, der durch Diskussionen, Gespräche, Antworten und vielseitige Informationen die Ereignisse verstehbar und verarbeitbar macht, kann das Kohärenzgefühl entlang dieser Erfahrungen gestärkt werden.⁴⁰⁵ Die Vorhersehbarkeit und Verstehbarkeit von Ereignissen müsste sich meiner Meinung nach wiederum positiv auf deren Handhabbarkeit auswirken.

Entscheidend an diesem Prozess, so GLÖCKLER, sei das Erleben: „*Auch ich werde gebraucht, ich kann mithelfen, das Leben lebenswerter zu machen, es lohnt sich die Anstrengung, mitzuarbeiten am Ganzen*“⁴⁰⁶. Durch die Erfahrung, auf die

⁴⁰⁴ Vgl. SCHIFFER 2001

⁴⁰⁵ Vgl. SCHIFFER 2001

⁴⁰⁶ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 26

Gestaltung von Situationen Einfluss zu haben, wird die dritte Komponente des Kohärenzgefühls gefördert: Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit. Sinn kann sich entlang des Dialogs entfalten.

„Sinn ergibt sich aus dem existenziellen Wagnis eines jeden einzelnen - einmaligen - Menschen für sich selbst. Damit es keine blinde Entscheidung wird, bedarf es des Dialoges und der Dialogfähigkeit. Letztere können wir - auch im salutogenetischen Sinne - fördern“⁴⁰⁷.

Zuhören und Erzählen können sind unter salutogenetischen Gesichtspunkten wesentliche gesundheitsförderliche Ressourcen. Wie wir diese bei unseren Kinder fördern und damit Gesundheit bedingen können, darauf möchte ich im Folgenden - inspiriert und angeregt durch SCHIFFER und GLÖCKLER - zu sprechen kommen.

Insbesondere, wenn der Tag durch intensive Beschäftigungen, Hektik und den daraus erwachsenden Stress gezeichnet war, kann es hilfreich und vor allem wohltuend sein, mindestens einmal am Tag - vielleicht abends vor dem Schlafengehen - eine dialogische Begegnung mit dem Kind zu ritualisieren. Dabei sollten folgende drei Kernfragen im Mittelpunkt stehen:

- *„Wie geht es dir?“*
- *„Wie war es heute?“*
- *„Wie soll es morgen weitergehen?“⁴⁰⁸.*

Ebenso kann man die Fragen stellen: *„Was war heute das Schönste am Tag?“* oder *„Was hat uns heute den meisten Kummer gemacht?“⁴⁰⁹*. Man kann nochmals Revue passieren lassen, was nicht so leicht zu verkraften war und versuchen mit dem Kind gemeinsam evtl. in Form von Fragen aufzuarbeiten und sich selbst zu fragen: *„Was kann man vielleicht daraus lernen?“*, *„Wozu war es vielleicht auch gut?“*, *„Warum geschah es mir?“*, *„Was hat es vielleicht doch mit mir zu tun?“*, *„Welche Botschaft hat das Ereignis für mich?“*, *„Was will es mich lehren?“*, *„Wer weiß, wozu das gut ist?“⁴¹⁰*

Durch die Möglichkeit, Tag für Tag die Ereignisse und alles was es beschäftigt, zu besprechen und womöglich aufzuarbeiten, ist dem Kind nicht nur eine *„[...] gute Gewohnheit [...], sondern auch ein zentraler Baustein für eine Ethik der*

⁴⁰⁷ Zitiert nach SCHIFFER 2001, S. 146

⁴⁰⁸ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 54

⁴⁰⁹ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 55

⁴¹⁰ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 55

Beziehungspflege [...]“⁴¹¹ mit auf den Weg gegeben. Meiner Meinung nach werden durch diese ritualisierte dialogische Begegnung sowohl Verstehbarkeit, Handhabbarkeit als auch Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit als Komponenten des Kohärenzgefühles und damit die körperliche und seelische Gesundheit gefördert. Auch SCHIFFER bezeichnet die Rückschau auf den Tag als ein weitreichendes, das soziale Leben förderndes salutogenetisches Prinzip und bestätigt damit meine Annahme.

Den Kontakt miteinander aufzunehmen, miteinander zu reden, sich ernst zu nehmen und zu respektieren, all das sind Fähigkeiten, die in der regelmäßigen dialogischen Begegnung selbstverständlich veranlagt werden. Im späteren Leben kann diese Gewohnheit sich z.B. in Gesprächen mit dem Lebenspartner als hilfreich erweisen und dazu beitragen, „[...] *dass nichts Wesentliches liegen bleibt, sich nichts anstaut oder unverarbeitet ,rumort“*⁴¹².

Die „permanenten Erzähler“ unserer Medienlandschaft - in Form von Radio, Kassette, CD, Fernsehen etc. - die sich auf Kosten der unmittelbaren dialogischen Begegnung von Angesicht zu Angesicht stetig mehren, entbehren jeglicher dieser oben genannten Qualitäten. Sie ermöglichen dem Zuhörer nur sehr selten einmal eine Pause für eigene Gedanken. Das Dargebotene läuft mit einer Geschwindigkeit ab, die kaum nachvollziehbar ist. Das Schlimmste aber ist: Die „permanenten Erzähler“ können selbst nicht zuhören! Eine dialogische Beziehung, wie ich sie oben beschrieben habe und von der eine gesundheitsförderliche Wirkung ausgeht, kann hier meiner Meinung nach nicht mehr entstehen. Laut SCHIFFER - und ich pflichte ihm bei - kann sich im Gegensatz zur bloßen Ablenkung oder Betäubung nur eine wirkliche dialogische Begegnung von Angesicht zu Angesicht als gesundheitsförderliche Ressource erweisen.⁴¹³

Die heutige Verbreitung einer Bild- und Tonkultur mit ihrer ikonischen und akustischen Aneignungsweise von Welt erfordert unbedingt eine Förderung des Dialogs: „[...] *Erzählen, Zuhören, Erklären, Überzeugen, Zustimmung, Probleme und Wünsche artikulieren, Erlebnisse und Gefühle versprachlichen [...]“*⁴¹⁴.

⁴¹¹ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 54

⁴¹² Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 56

⁴¹³ Vgl. SCHIFFER 2001

⁴¹⁴ Zitiert nach KLATTENHOFF, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 14

Auch wenn es manchen betroffenen Eltern und Lehrern vielleicht nicht bewusst ist, handelt es sich bei einem pharmakologisch hergestellten häuslichen und schulischem Frieden meiner Ansicht nach um nichts anderes als einen Beziehungsabbruch. Der Eindruck, dass die Beziehung nun endlich funktioniert ist eine Illusion!

Als eine weitere Konsequenz des Perspektivwechsels schlage ich vor, auf unserer „Schatzsuche“ den durch die medikamentöse Behandlung abgebrochenen Dialog wieder aufzunehmen. Für die Praxis bedeutet das: Wir müssen dem Kind echtes Interesse entgegenbringen, ihm regelmäßig das Geschenk richtigen Zuhörens und der - von ENDE in seiner Erzählung um „Momo“ so wunderbar beschriebenen - Qualität des tief teilnehmenden Schweigens machen. Es geht nicht darum, „ungewöhnliche“ Kinder funktionstüchtig zu machen. Unsere Aufgabe als Pädagogen ist es, Kinder zu begleiten und zu unterstützen, sodass sie auch unter misslichen Bedingungen ihre Stärken und Kompetenzen - sprich ihre „Schätze“ - zum Vorschein bringen können. Durch die Konzentration auf das, was gesund ist, können die durch die pathogenetische Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ herausgestellten und als „störend“ betitelten Verhaltensweisen in den Hintergrund treten. Vielleicht werden sie so integriert, dass sie den Kindern nicht mehr zum Lebenshindernis werden und vielleicht werden die Kinder ihr Verhalten ändern. Aber das ist allein ihre Entscheidung und liegt nicht in unserer Hand.⁴¹⁵

10.2.3 „Entschleunigung“

Wenn die Beschleunigung der Gesellschaft - wie ich sie in Kapitel 8 ausführlich dargestellt habe - zum Problem geworden ist, wäre es das Naheliegendste unser Leben einfach zu verlangsamen. Warum geschieht dies nicht, obwohl es doch so offensichtlich scheint? DEGRANDPRE zufolge ist die beschleunigte Gesellschaft so strukturiert, dass es nicht mehr möglich ist die Beschleunigung rückgängig zu machen oder zu entschärfen. „*Die Schnellfeuer-Kultur legt uns auf ein gewisses Lebenstempo fest, aus dem man nur schwer wieder aussteigen kann*“⁴¹⁶.

Obwohl es laut DEGRANDPRE nicht leicht ist unsere Reizgewohnheiten zu ändern, sollten wir dennoch versuchen uns vor ihnen zu schützen oder uns von ihnen zu

⁴¹⁵ Vgl. KÖHLER 2002, SCHIFFER 2001

⁴¹⁶ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 195

befreien. Er vertritt die Ansicht, dass Probleme, die unter chronischen Bedingungen entstanden sind, sich nur lösen lassen, wenn man unter anderen chronischen Bedingungen lebt. Hierzu müssen wir die konventionelle Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ hinter uns lassen.⁴¹⁷

Im folgenden Kapitel möchte ich versuchen herauszuarbeiten, welche alternative Herangehensweise an das Phänomen „AD(H)S“ sich aus der Theorie der Reizabhängigkeit und der beschleunigten Gesellschaft ergibt.

An erster Stelle gilt es, die Kluft zwischen unserem Wissen um die Notwendigkeit, die Lebensbedingungen unserer Kinder zu ändern und der tatsächlichen Änderung, zu schließen. In der Vergangenheit ist uns dies aus mehreren Gründen noch nicht gelungen. Zum einen meinen wir, uns würden die nötigen Ressourcen fehlen - „wir haben keine Zeit“ - zum anderen sind wir unsicher, ob sich ein Wandel des Lebensstils für uns und unsere Familie auch „lohnt“. So sträuben wir uns vehement gegen Veränderungen. Auch unsere Prioritäten, über die wir uns nicht im Klaren sind, lassen uns zögern etwaige „Startvorteile“, die wir in der Hetzjagd mit der Zeit erworben haben, aufzugeben. Es ist höchste Zeit, sich der weit verbreiteten Vorstellung zu widersetzen, das Phänomen „AD(H)S“ sei nicht zu fassen und unabänderlich, weshalb keine praktischen Schritte mehr unternommen werden müssten.⁴¹⁸

DEGRANDPRE führt aus, dass es schwer zu realisieren ist unsere Reizgewohnheiten zu verändern, weshalb wir diese möglichst gleich verhindern sollten, um somit der Beschleunigung entgegenzuwirken. Zu dieser Herangehensweise möchte ich zwei Dinge anmerken. Zum einen bezweifle ich, dass es möglich ist durch dieses Vorgehen die Beschleunigung aufzuhalten und die Gesellschaft umzugestalten. Zum anderen sehe ich hinter einer präventiven Vorgehensweise das pathogenetische Modell hervorblitzen. Als Verbesserung schlage ich vor, ganz im salutogenetischen Sinne ANTONOVSKYS, ergänzend vorzugehen. Ich möchte der Beschleunigung sozusagen ein Pendant entgegensetzen, das ich mit „Entschleunigung“ bezeichne.

Im Folgenden werde ich herausarbeiten, welchen Weg ich sehe, in der beschleunigten Gesellschaft zu leben, ohne durch diese unter unkontrollierbarem Stress zu leiden.

⁴¹⁷ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁴¹⁸ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Im ersten Schritt gilt es, Ausflüchte und Entschuldigungen bei Konfrontation mit dem Phänomen „AD(H)S“ zu vermeiden, selbst wenn sie in mancherlei Hinsicht berechtigt scheinen.⁴¹⁹ Wir müssen die Verantwortung dafür übernehmen, das Recht unserer Kinder auf ein gesünderes Leben durchzusetzen. Im nächsten Schritt erst können wir daran arbeiten, unser Leben und das Leben unserer Kinder zu entschleunigen.

Ich möchte drei Aspekte, die meiner Meinung nach zu einer „Entschleunigung“ beitragen können, herausstellen und etwas genauer betrachten:

1. Inseln der Langsamkeit als Pendant zur Beschleunigung,
2. verlässliche Strukturen und Kontinuität und
3. primäre Erfahrungen.

⁴¹⁹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

Inseln der Langsamkeit als Pendant zur Beschleunigung

Im Rahmen der „Schnellfeuer-Kultur“ leben wir hektischer denn je. Wir füllen immer mehr in unser Alltagsleben und das unserer Kinder und versuchen allem gerecht zu werden. Dabei wird es immer schwieriger unser Aktivitäts- und Freizeitprogramm (Aerobic, Chor, Kochkurs, Kino, Theater etc.) mit dem unserer Kinder (Ballett, Tennis, Voltigieren, Musikalische Früherziehung, Reiten, Tanzen etc.) zu vereinen. Das Problem liegt in der Aneinanderreihung von mehr oder weniger intensiven Beschäftigungen. Es fehlen langsame Aktivitäten - Inseln der Langsamkeit - die sich ausgleichend und entspannend zwischen die intensiven schieben. Infolgedessen fühlen wir und unsere Kinder uns gestresst und ständig „unter Strom“.⁴²⁰

Die Gefahr liegt meiner Meinung nach in dem „Taumeln“ von einer Aktivität in die nächste, wodurch sich das Gefühl einstellen kann, die Dinge glitten einem aus der Hand. Man verliert das Gefühl auf sein Leben Einfluss zu haben und fühlt sich fremdgesteuert. Darunter leidet zumindest eine Komponente des Kohärenzgefühls, die Handhabbarkeit.

Auch wenn die Freuden der Langsamkeit aus unserer Gesellschaft verschwunden scheinen, so heißt das DEGRANDPRE zufolge noch lange nicht, dass es sie nicht mehr gibt. Wir müssen sie nur wiederentdecken.⁴²¹

Indem wir Inseln der Langsamkeit zwischen unsere Beschäftigungen schieben, können diese nicht nur eine ausgleichende, sondern auch eine relativierende Wirkung entfalten, als Pendant zur Geschwindigkeit.

Ein Beispiel aus dem alltäglichen Leben soll dies verdeutlichen: Wenn man von einem Ort zum nächsten nur auf der Autobahn mit einer Geschwindigkeit von etwa 130 km/h fährt, wird man mit der Zeit das Gefühl verlieren besonders schnell zu fahren. Fährt man dagegen dieselbe Strecke über Land und muss zwischendurch mit 50 oder gar 30 km/h eine Ortschaft durchqueren, wird einem wieder bewusst wie schnell man zuvor gefahren ist.

Verhält es sich mit dem „Schnellfeuer-Bewusstsein“ ähnlich? Reihen sich ausschließlich intensive Aktivitäten aneinander, verschiebt sich der Maßstab für diese und unser Bewusstsein wird nach immer mehr verlangen. Gelingt es uns jedoch Inseln der Langsamkeit in unseren Alltag einzuflechten, so wirkt dies zum

⁴²⁰ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁴²¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

einen ausgleichend und zum anderen verhindert es, dass wir unser Empfinden für ein natürliches Lebenstempo und einen natürlichen Lebens- und Alltagsrhythmus verlieren.

Die Konsequenz für die Praxis lautet: Wir müssen uns und unseren Kindern Inseln der Langsamkeit erschaffen. Diese können darin bestehen, dass man zwischen den Aktivitäten Pausen einlegt, sich ausruht, spazieren geht oder für einen Tag oder ein ganzes Wochenende keine Aktivitäten oder Verabredungen plant, sondern das Kind den Rhythmus des Tages bestimmen lässt.

Ferner ist es DEGRANDPRE zufolge wichtig zu erkennen, „[...] dass vieles von dem, was wir tun, nicht beschleunigt wird und auch nicht beschleunigt werden kann“⁴²², z.B. im Stau stehen, warten auf den Fahrstuhl, ein Buch lesen u.ä..

Verlässliche Strukturen und Kontinuität

Gerade in einschlägigen Werken der „AD(H)S“ Literatur wird empfohlen, den Alltag mit hyperaktiven Kindern bis ins Kleinste „durchzustrukturieren“. Was man hier meines Erachtens versucht, ist Qualität durch Quantität zu ersetzen. Die äußere Form wird wichtiger genommen als der Inhalt. Dabei sind es keine Äußerlichkeiten, um die es gehen muss. Sie sind zwar z.T. notwendig, aber nicht eigentlich wichtig. Ich möchte mich mit diesem Vorwurf nicht gegen gewisse Regeln und Grenzen des gemeinsamen sozialen Zusammenlebens richten, sondern gegen die strikten Verhaltensbefehle, -reglements und -gesetze wie die auf der Verhaltensmodifikation basierenden Therapien sie vorschreiben und mit deren Hilfe man bis heute versucht sog. „AD(H)S-Kinder“ auf den „richtigen Weg“ zu bringen. Ich glaube, dass keinem Kind geholfen ist, wenn man es durch lauter „Stopp- und Warnschilder“ einengt.⁴²³

Es muss andere Möglichkeiten geben, Kindern dabei zu helfen sich nach ihrem individuellen Duktus zu entwickeln, sich in ihrem Leben zu orientieren und ihren eigenen Weg zu finden. Hierfür brauchen sie Ruhe und Zeit. Diese Forderung kollidiert meiner Ansicht nach mit dem heutigen Wahn, man müsse jede Abweichung von einer abstrakten Durchschnittsnorm - und sei sie noch so

⁴²² Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 41

⁴²³ Vgl. KÖHLER 2002

geringfügig - sogleich korrigieren. Wir müssen von der Vorstellung Abstand gewinnen, dass *wir* Kinder ändern. Die Kinder ändern *sich*!⁴²⁴

Anstatt Kinder an unsere Strukturen anzupassen, ist es Aufgabe der Pädagogik Bedingungen zu schaffen, die so offen sind, dass sie alle Möglichkeiten zur Entwicklung bieten und auf der anderen Seite doch soviel Orientierung geben, dass Kinder darin eine eigene Struktur von Raum und Zeit entwickeln können. Diese, so Rebecca WILD, müsse von Kindern erst aufgebaut werden. „[...] *Durch immer zur gleichen Zeit wiederkehrende Angebote helfen wir den Kindern, sich in der Zeit zu orientieren und eine Zeitstruktur zu entwickeln*“⁴²⁵. Dieses Zitat beinhaltet den „Schatz“, nach dem auch ich suchen möchte: Verstehbarkeit anstatt „Überstrukturierung“!

Ist Verstehbarkeit - als Komponente des Kohärenzgefühls - vorhanden, treten die vielen uns umgebenden Reize nicht völlig willkürlich und widersprüchlich auf - „überrollen“ uns förmlich -, sondern sind vorhersehbar und können von uns eingeordnet werden. Indem das Leben in unserer Hand liegt und *von uns* strukturiert *wird*, können wir uns aus den „Klauen“ der „Schnellfeuer-Kultur“ befreien und erlangen mehr Unabhängigkeit.

Laut WILD wird die Komponente Verstehbarkeit durch Erfahrungen von Kontinuität geformt. Wie sich diese in der Praxis verwirklichen lässt, dazu möchte ich im Folgenden einige Anregungen geben.

Eine gute Möglichkeit, Erfahrungen von Kontinuität zu sammeln, bietet das Feiern der Jahresfeste (z.B. Weihnachten, Ostern, Erntedank etc.). Im Gegensatz zu Familienfesten und Geburtstagen wird hierbei etwas über die Persönlichkeit hinausweisendes gefeiert, was vielen Menschen gemeinsam ist. Auch feste Rituale wie z.B. ein Backnachmittag oder ein Familienfrühstück sind denkbar. Wichtig beim Gestalten dieser Ereignisse ist, dass nicht die Eltern etwas für die Kinder veranstalten, sondern die Kinder aktiv in das Geschehen mit einbinden. Gewohnheiten und Rituale, die in jedem Jahr die gleichen sind, wie bestimmte Lieder oder Festvorbereitungen, können das Erleben der Sicherheit stiftenden Kontinuität verstärken. Diese wiederkehrenden „[...] *gemeinsam gestalteten Ereignisse können zu Höhepunkten im Leben der Kinder werden*“⁴²⁶. Um

⁴²⁴ Vgl. KÖHLER 2002, LAMMERS/MIKULKA, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999

⁴²⁵ Zitiert nach WILD, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999, S. 79

⁴²⁶ Zitiert nach GLÖCKLER 2003, S. 49

nachhaltig Gesundheit zu fördern sollten die wiederkehrenden Ereignisse wirklich Höhepunkte bleiben. Es ist weniger hilfreich, wenn sich eine Aktivität an die nächste reiht. Die ritualisierten Abläufe sollten zwar etwas Besonderes bleiben aber unbedingt im Wechsel mit freien Angeboten und Tätigkeiten stehen. Praktische Anregungen für die Umsetzung bietet z.B. das Konzept des offenen Kindergartens.

Indem über Erfahrungen der Kontinuität Verstehbarkeit gefördert wird, müssten wir laut ANTONOVSKYS Konzept der Salutogenese das Kohärenzgefühl stärken und damit Gesundheit fördern können. Wenn wir Kinder an Erlebnissen teilhaben lassen, an die sie sich auch später noch gerne erinnern, geben wir ihnen gleichzeitig wichtige Ressourcen mit auf den Weg. Diese können aktiviert werden und dabei helfen, in widrigen Situationen gesund zu bleiben. Welche Kräfte die Ressourcen entfalten können, hat BONHOEFFER in seinem ergreifenden Brief aus der Haft geschildert.⁴²⁷

Förderung primärer Erfahrungen

Mit den vielen reizgesättigten *Aktivitäten* hat sich, wenn auch erst auf den zweiten Blick sichtbar, *Passivität* in unser Leben eingeschlichen. Damit meine ich die simulierten Welten wie Fernsehen und Videospiele. Hierbei handelt es sich um ein sekundäres Erleben der Wirklichkeit. Das Kind erfährt die Sachverhalte - natürliche, soziale, kulturelle Umwelt - nicht unmittelbar selber, sondern bekommt sie über ein Medium vermittelt und kann nicht mehr direkt teilhaben.

Abgesehen vom Inhalt wird durch diese passive Unterhaltung das Verhalten der Kinder auch insofern negativ beeinflusst, als sie dadurch von Aktivitäten ferngehalten werden, die „[...] mehr aktive, intellektuelle, soziale und emotionale Anregungen und Reizvielfalt bieten [...]“⁴²⁸.

Jean PIAGET zufolge können und sollen Kinder aktiv ihre Entwicklungsprozesse mitgestalten. Hierfür bedarf es jedoch einer Umgebung, die genügend Anregung und Herausforderung für Experimente und Entdeckungen bietet, welche die Kinder eigenständig wahrnehmen und bewältigen können. Die sekundäre, nur mittelbare Begegnung mit dem Leben, wie das Fernsehen sie darstellt, erscheint

⁴²⁷ Vgl. GLÖCKLER 2003

⁴²⁸ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 213

unter dieser Prämisse fragwürdig.⁴²⁹ Das Fernsehen aktiviert das Kind zwar innerlich, schneidet es aber im selben Augenblick von der wirklichen sinnlichen Anregung und der Möglichkeit des Spannungsabbaus ab. Da sich unser Bewusstsein nach und nach an die passiven, simulierten Hightechwelten anpasst und sich synchron zu ihnen bewegt, erscheinen uns die Erfahrungen in der bildschirmlosen Realität armseliger und auch reizärmer.⁴³⁰ Je tiefer wir in den Sog der Reizabhängigkeit geraten, desto größer wird unsere Passivität und desto weniger Einfluss haben wir auf die uns umgebenden Geschehnisse. Wir können nicht eingreifen. Durch diese Fremdbestimmung gehen Ressourcen wie Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit verloren. Darunter leidet die Handhabbarkeit als Komponente des Kohärenzgefühls.

Ich möchte mich in diesem Kapitel jedoch nicht auf das Fernsehen und seine negativen Auswirkungen auf das Kind konzentrieren, sondern darauf, welche Erfahrungen es sind, von denen das Fernsehen uns fernhält und inwieweit sich in diesen gesundheitsförderliche Kräfte verbergen.

Ganz im Sinne der Salutogenese schlage ich auch hier vor, nicht zu versuchen Risikofaktoren zu verhindern; Fernsehen ist Bestandteil unserer Welt. In Form von primären Erfahrungen müssen wir den sekundären Erlebnissen der Medienrealität ein Pendant entgegensetzen.

Wenn Beschleunigung durch *Hightech* und *Passivität* charakterisiert ist, könnte „Entschleunigung“ dann durch *Lowtech* und *Aktivität* gekennzeichnet sein?

Wenn *simulierte* Welten die *beschleunigte Wirklichkeit* prägen, um Erlebnisse welcher Art handelt es sich dann in einer entschleunigten Realität?

Meiner Ansicht nach müsste es sich um *reale* Erfahrungen der greifbaren Wirklichkeit handeln, bei denen das eigene *Handeln* im Mittelpunkt steht. Dabei kann es sich sowohl um Einzelaktivitäten als auch um soziale Aktivitäten handeln, bei denen gemeinschaftliche Erfahrungen im Vordergrund stehen und gewisse soziale Kompetenzen wie Kooperationsbereitschaft und Geduld gefördert werden.⁴³¹

Entscheidend an diesen Aktivitäten ist, dass sie durch zwei Eigenschaften gekennzeichnet sind:

⁴²⁹ Vgl. WIELAND, In: KLATTENHOFF/PIRSCHEL/WIELAND 1999

⁴³⁰ Vgl. DEGRANDPRE 2002

⁴³¹ Vgl. DEGRANDPRE 2002

1. Sie müssen *Lowtech* sein, damit ist gemeint, dass die Intensität der Aktivität nicht die von anderen Alltagssituationen (z.B. Unterricht, Hausaufgaben, Esstisch etc.) überschreitet.
2. Sie müssen *aktiv* sein, d.h. das Kind ist durch sie tätig. Es erlebt, dass es handelnd in das Geschehen eingreifen und etwas bewegen kann.

Das Kind sollte z.B. die Geographie nicht nur aus Büchern lernen, sondern die Flüsse, Berge und Gewässer durch eigene Erfahrung kennen lernen. So wie Jean J. ROUSSEAU es in Bezug auf Émile formulierte: Nicht „[...] *Worte, mehr Worte und noch mehr Worte* [...]“, sondern „[...] *Dinge, Dinge!*“⁴³².

DEGRANDPRE zufolge erschweren es die Verlockungen der simulierten Welt und die „Kultur der Vernachlässigung“ Kindern, grundlegende Fähigkeiten zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen würden sich auf die reale Welt einzulassen. Aber auch unsere eigenen Sorgen und Ängste, so GLÖCKLER, behindern diesen Prozess, indem wir Kindern nicht zutrauen, was sie können. Oft lockt die Versuchung, ihnen das abzunehmen, was ihre Selbständigkeit fördern könnte. Lärm, Schmutz, Chaos, Kräfte messen ..., all dies wird von Kindern manchmal geradezu demonstrativ gefordert. Wir würden es am liebsten schon im Voraus verhindern, weil wir es als provozierend und störend empfinden. Da es aber gerade selbst ausgewählte Herausforderungen sind, die zu Spannung führen und aus deren Bewältigung Kraft und damit Gesundheit erwachsen, ist es unsere Aufgabe, Kindern solche Erfahrungen zu gewähren, auch wenn es uns schwer fällt.⁴³³

Nur indem das Kind selbst aktiv wird, erfährt es, dass es Einfluss auf Geschehnisse hat und erlebt seine Welt als handhabbar. Handhabbarkeit wirkt sich wiederum stärkend auf das Kohärenzgefühl und damit auch auf die Gesundheit aus.

Indem Erwachsene in der Erziehung das normale Gelingen und nicht die Höchstleistung oder das Versagen in den Vordergrund stellen, können wir Kinder dabei unterstützen, eine Basis für ein gesundes Gefühl der eigenen Stärke zu entwickeln. Wichtig dabei ist, nicht in die Tätigkeit der Kinder einzugreifen, sondern unsere Rolle als die eines Begleiters oder Helfers zu verstehen, der sich weitestgehend im Hintergrund hält und nur bei Bedarf unterstützend und helfend

⁴³² Zitiert nach ROUSSEAU, In: DEGRANDPRE 2002, S. 218

⁴³³ Vgl. GLÖCKLER 2003

auftritt. Das echte Interesse, die Aufmerksamkeit, das Vertrauen und das Lob für das „normale Gelingen“, welche das Kind in dieser Rolle von uns erfährt stellen wiederum Kraftquellen dar, die ihm über Widerstände und Hindernisse hinweghelfen.⁴³⁴

Aufgabe der Pädagogik ist es, Bedingungen zu schaffen, unter denen Kinder diese Erfahrungen machen können.

Resümee

Wie ich in Kapitel 7 dargelegt habe, entscheidet die Perspektive, aus der wir ein Bild oder einen Gegenstand betrachten darüber, was wir wahrnehmen. Das individuell Wahrgenommene wiederum beeinflusst unser weiteres Denken und Handeln. Ähnliches hat sich hinsichtlich des bisherigen Umgangs mit dem Phänomen „AD(H)S“ zugetragen. Die pathogenetische Sichtweise hat zu einer ebensolchen Handhabung geführt: Ritalin. In meiner Arbeit habe ich es mir zum Ziel gesetzt, die pathogenetische Sichtweise zugunsten einer salutogenetischen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ aufzugeben und die Konsequenzen herauszuarbeiten, die sich durch einen Perspektivwechsel für die Pädagogik ergeben. Anstatt nach Fehlern zu fahnden habe ich mich auf eine „Schatzsuche“ begeben. Dabei habe ich mich von der Frage leiten lassen: Was kann unsere Kinder trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund erhalten?

Zum einen habe ich untersucht, inwiefern „Spiel“ und „Menschliche Beziehung und Dialog“ die Prinzipien der Salutogenese erfüllen können. Zum anderen habe ich versucht herauszuarbeiten, ob und wie der Beschleunigung in Gestalt einer „Entschleunigung“ ein Pendant entgegen zu setzen ist.

Die Suche nach „Schätzen“ fordert an erster Stelle eine Abwendung von der „Ethik des Ändernwollens“. Es geht nicht darum, das Kind an unsere Strukturen anzupassen, sondern um eine allgemeine nachhaltige Gesundheitsförderung, ganz gleich, welche Verhaltensweisen ich mit meinem pädagogischen Handeln zu beeinflussen trachte. Es ist Aufgabe der Pädagogik, Bedingungen zu schaffen, die den Kindern genügend Möglichkeiten bieten, ihr Kohärenzgefühl und damit ihre

⁴³⁴ Vgl. GLÖCKLER 2003

Gesundheit zu stärken. Im vorangegangenen Kapitel habe ich ein dreiteiliges Konzept erarbeitet wie ein Umfeld gestaltet werden müsste, damit es für Kinder verstehbar, handhabbar und sinnhaft ist. Wichtig war mir dabei die Beachtung der Hauptprinzipien der Salutogenese: Heterostase, generalisierte Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl.

Im kindlichen Spiel erfolgt eine „spielerische“ Auseinandersetzung mit heterostatischen Einflüssen („thrill“ und „flow“). Auch wenn es sich hierbei nur um „kontrollierten Stress“ handelt, kann sich entlang der Erfahrungen im Spiel die Handhabbarkeit als Komponente des Kohärenzgefühls entwickeln. Bedingung des „gesundheitsförderlichen“ Spiels ist zum einen, dass es frei von jeglichen Leistungsgedanken stattfindet - Spielen um des Tuns willen. Zum anderen muss ein optimales Verhältnis zwischen der Fähigkeit des Kindes und der Herausforderung in der Spielsituation bestehen. Und nicht zuletzt charakterisiert sich ein solches Spiel durch Freiwilligkeit: Das Kind entscheidet selbst *wann* es *mit wem, womit* und *wo* spielt. Da die „Spielräume“ für ein solches Spiel bedroht sind, ist es **Aufgabe der Pädagogik für den Raum und die richtigen Bedingungen zu sorgen, unter denen ein solches Spiel stattfinden kann.**

ANTONOVSKYS Hinweis, dass sich in der menschlichen Beziehung und dem Dialog eine wichtige salutogenetische Widerstandsressource verbirgt, konnte durch verschiedene Studien belegt werden. Voraussetzung ist das Wahrgenommenwerden und Angenommensein um seiner selbst Willen. Eine zwischenmenschliche Beziehung, die charakterisiert ist durch Liebe, Aufrichtigkeit und Respekt vor der Autonomie des anderen „hält“ uns „zusammen“ - „gibt“ uns „Halt“. Das Gefühl jemand ist bei mir, steht zu mir und vertraut mir, lässt Schwierigkeiten als handhabbar empfinden. Indem die zwischenmenschliche Beziehung „Halt gibt“, fungiert sie als direkte Ressource, stärkt das Kohärenzgefühl und kann demzufolge nachhaltig Gesundheit fördern. In unserer von Konkurrenzdenken und Kapitalismus beherrschten Gegenwart ist es **Aufgabe der Pädagogik eine Basis zu schaffen, auf der unsere Kinder warme und zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen können.**

Zwischenmenschliche Beziehungen wiederum sind die Grundlage, auf der sich ein Dialog entfalten kann. Über Diskussionen und Gespräche wird die Welt für Kinder verstehbar - Ereignisse finden nicht willkürlich statt, sondern sind

vielmehr vorhersehbar. Wenn wir die weltlichen Geschehnisse verstehen, wirkt sich das wieder positiv auf deren Handhabbarkeit aus. Zuhören und Erzählen können sind wichtige salutogenetische Ressourcen, die zu fördern und pflegen ein zentraler Bestandteil der Pädagogik sein sollte. Dementsprechend ist es eine **pädagogische Konsequenz des Perspektivwechsels, den durch die pharmakologische Behandlung abgebrochenen Dialog wieder aufzunehmen und die dialogische Begegnung zu ritualisieren.**

Da ich mich vom Prinzip der Salutogenese leiten lasse, konzentriere ich mich hinsichtlich der Theorie der Reizabhängigkeit nicht auf Risikofaktoren, die eine solche verhindern könnten. Die Salutogenese ist von ANTONOVSKY als Ergänzung gedacht und dementsprechend gehe ich vor. Mich hat der Gedanke inspiriert, der „Beschleunigung“ in Form einer „Entschleunigung“ ein Pendant entgegen zu setzen.

Die Beschleunigung unseres Lebens schreitet immer weiter voran, die Aktivitäten rücken näher aneinander und werden immer intensiver. Das Leben wird hektischer, wir fühlen uns fremdgesteuert und darunter leidet die Handhabbarkeit. Um Handhabbarkeit zu stärken, müssen wir bewusster leben, **müssen dafür sorgen, langsame Aktivitäten ausgleichend zwischen die intensiven zu schieben** und bewusst Pause zu machen. Der Rhythmus des Tages sollte nicht durch Termine, sondern durch die Bedürfnisse des Kindes bestimmt werden. In dem durch einschlägige Literatur empfohlenen Strukturierungswahn liegt die Gefahr, dass eine zu starke Struktur einengend wirkt und zu einem Verlust der Handhabbarkeit führt. **Die Pädagogik ist für einen Rahmen verantwortlich, der Kindern genügend Orientierung gibt aber auch so offen ist, dass sie sich entfalten und ihr Leben aktiv mitgestalten können.**

Erfahrungen der Kontinuität und Vorhersagbarkeit innerhalb einer offenen Struktur führen zu dem „Schatz“ Verstehbarkeit. Indem die Pädagogik für solche Erlebnisse sorgt, befreien wir unsere Kinder aus den Klauen der „Schnellfeuer-Kultur“ - das Kohärenzgefühl erstarkt und die Gesundheit wird gefördert.

Gleichzeitig mit den zahlreichen reizgesättigten Aktivitäten, hält mit den Medien eine große Passivität Einzug in unser Leben. Bei den über die Medien vermittelten Erfahrungen handelt es sich jedoch um sekundäre und nicht um wirkliche Erlebnisse. Wir werden in die Rolle des „Zuschauers“ gedrängt und haben keinen Einfluss mehr auf die Dinge. Abgesehen vom Inhalt, ist es vor allem diese

Passivität, welche die Handhabbarkeit verkümmern lässt. Da das Fernsehen, der Computer und andere Hightechgeräte aus unserem Leben kaum mehr wegzudenken sind, **müssen wir ihnen ein Pendant entgegen setzen und zwar in Form primärer Erfahrungen.** Ist die Beschleunigung charakterisiert durch Hightech und Passivität zeichnet sich „Entschleunigung“ durch **Lowtech und Aktivität** aus. Lowtech meint, die Intensität der Erfahrungen darf die von Alltagssituationen nicht übersteigen, Aktivität intendiert die aktive Mitbestimmung der Erfahrungen durch das Kind.

Bei einer nachhaltigen salutogenetischen Gesundheitsförderung steht die selbstständige Bewältigung von heterostatischen Einflüssen im Mittelpunkt. „Thrill“ und „flow“ können nur entstehen, wenn wir die Herausforderung der kindlichen Fähigkeiten zulassen. Dazu gehört, dass wir Pädagogen uns im Hintergrund halten und nicht regulierend eingreifen. Spannungszustände müssen vom Kind allein bewältigt werden. Wenn wir eingreifen, verhindern wir die Entstehung von Kraftquellen, die dem Kind über zukünftige Widerstände hinweghelfen.

11 Fazit

„...meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“

Aaron Antonovsky

Anschaulicher lässt sich das Anliegen und die Fragestellung meiner Arbeit nicht in Worte fassen:

Welche Konsequenzen hat der Perspektivwechsel von der pathogenetischen Sichtweise hin zu einer salutogenetischen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ für die Pädagogik?

Schon 1844 beschrieb Heinrich HOFFMANN in seiner Geschichte vom „Zappelphilipp ein Phänomen, das wir heute, 160 Jahre später, auf internationaler Ebene mit „Attention-Deficit-(Hyperactivity-)Disorder“ („AD(H)D“), zu Deutsch „Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom“ („AD(H)S“) betiteln. Durch die Definition des Phänomens als „Krankheit“ wird zwar das psychosoziale Milieu entlastet, doch der Preis, den betroffene Kinder dafür zahlen ist hoch: Sie werden als „krank“ und demzufolge als „behandlungsbedürftig“ stigmatisiert.

Besonders in den letzten drei Jahrzehnten war in den USA eine flutartige Zunahme des Phänomens „AD(H)S“ zu beobachten. In den 90er Jahren schnellten auch in Deutschland die Zahlen angeblich betroffener Kinder und Jugendlicher in schwindelerregende Höhen.

Den derzeitigen Beschreibungen zufolge handelt es sich bei dem Phänomen um Verhaltensweisen, die Teil des normalen Verhaltensspektrums sind, allerdings in

veränderter Intensität und Häufigkeit auftreten. Im Mittelpunkt stehen besonders drei Verhaltensweisen: Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. War das „Krankheitsbild“ ursprünglich eng begrenzt, scheint es sich inzwischen zu einer Art Sammelbegriff ausgedehnt zu haben, unter dem sich Verhaltensabweichungen aller Art subsumieren lassen. Die Definitionen für die einzelnen Merkmale sind uneinheitlich und ungenau und dementsprechend ist das Phänomen diagnostisch nicht eindeutig fassbar. So beschränkt sich die Diagnostik auf Verhaltensbeobachtungen. Standardisierte Tests und entsprechende Auswertungskriterien speziell für „AD(H)S“ gibt es keine.

Nicht klären konnte ich, warum bestimmte Untergruppen häufiger betroffen sind als andere und weshalb das Phänomen nun auch zunehmend im Jugend- und Erwachsenenalter auftritt.

Lokalisierte man die Ursache des Phänomens in der Vergangenheit in einer falschen Erziehung, einer Phosphatallergie oder einer strukturellen Hirnschädigung, steht man heute vermehrt auf dem Standpunkt, es handele sich bei „AD(H)S“ um das Resultat einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung im Gehirn oder Abnormitäten in der Größe bestimmter Hirnareale. Insbesondere die aus der Dopamin freisetzenden Wirkung von Psychostimulanzien hergeleitete Theorie des Dopaminmangels hat sich - trotz fehlender Beweise - in Wissenschafts- und Laienkreisen manifestiert. Alle bisherigen Erklärungsversuche haben etwas gemeinsam: Sie begrenzen die Probleme allein auf die Natur des Individuums. Das Kind wird auf Abweichung und Krankheit reduziert und zum Objekt lebensweltfremder Prozesse gemacht. Der im Verhalten liegende Sinn und die Verantwortung desselben werden dem Individuum abgesprochen. An dieser Ignoranz gegenüber der Gesundheit und den Stärken des Kindes kritisiere ich, dass die Möglichkeit einer nichtgenetischen Determination gar nicht erst in Betracht gezogen und salutogenetische Lösungswege ausgeschlossen werden. Aufgrund des Mangels an empirischen Beweisen für die organische Verursachung des Phänomens, müssen bisherige Theorien Annahmen bleiben.

Die Definition des Phänomens als „Krankheit“ hat dazu geführt, dass Verantwortung und Auftrag zur Behandlung an den medizinischen Berufsstand delegiert wurden. Dieser setzt mit seiner Lösung dort an, wo man zuvor das Problem lokalisiert hat - am Kind. Seit der Entdeckung der - zunächst als paradox

bezeichneten - Wirkungsweise von Psychostimulanzien gelten diese Stoffe als Mittel der Wahl, um Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität zu behandeln. Die meisten Kinder zeigen eine unmittelbare Reaktion auf solche Medikamente. Diese Reaktion beweist jedoch keinesfalls die Existenz einer „Krankheit“ namens „AD(H)S“, sondern lediglich, dass ein Kind - aus welchen Gründen auch immer - vorher motorisch sehr aktiv war. Wurden die kurzfristigen Vorteile einer medikamentösen Behandlung durch zahlreiche Studien belegt, so steht der Beweis für eine positive langfristige Wirkung bis heute aus. Im Unterschied zu einer physischen Abhängigkeit wird die erhebliche Möglichkeit einer psychischen Abhängigkeit bei der Diskussion um die Suchtgefährdung durch das Medikament gerne übersehen. Trotz unzureichender Langzeitstudien wird das Medikament oft über Jahre hinweg und sogar an Kinder unter drei Jahren verabreicht. Berichte über Nebenwirkungen und Missbrauch machten mir klar: Ritalin ist kein mildes Stimulans, sondern eine kokainähnliche Droge, die unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und ursprünglich nicht für Kinder entwickelt wurde. Sie bricht den Kommunikationsversuch unserer Kinder ab und verhindert eine angemessene Auseinandersetzung mit deren Verhalten. Ritalin dämpft und deckt Probleme zu statt sie zu lösen. Kurz: *„[...] es ist nicht das Wundermittel, das Eltern und Lehrer in ihm sehen und sehen wollen“*⁴³⁵.

Es gibt Studien die beweisen, dass Kinder auf ein Placebo in ähnlicher Weise reagieren. Ich habe mich nicht mit diesem Aspekt beschäftigt, da es den Rahmen meiner Arbeit überstiegen hätte. Es wäre aber sicher lohnenswert dieses Phänomen intensiver zu diskutieren.

In der Einleitung habe ich den Verdacht geäußert, bei dem Phänomen „AD(H)S“ handele es sich um den Ausdruck der allgemeinen Tendenz, unerwünschte und auffällige Verhaltensweisen zu medizinisieren - „Krankheiten zu erfinden“. Um diesen Verdacht zu untermauern, habe ich einen Exkurs unternommen und mich mit dieser Tendenz eingehender beschäftigt. Laut BLECH lassen sich „erfundene Krankheiten“ anhand folgender Charakteristika erkennen: Es handelt sich um normale Verhaltensweisen in veränderter Intensität und Häufigkeit, sie sind durch Tests nicht erfassbar, sie betreffen nur bestimmte Untergruppen und die Diagnose lässt sich nicht zweifelsfrei stellen. Diese Bedingungen treffen ausnahmslos auf

⁴³⁵ Zitiert nach DEGRANDPRE 2002, S. 12

das Phänomen „AD(H)S“ zu. Mein Verdacht hat sich hiermit erhärtet: Das Phänomen „AD(H)S“ ist keine „Krankheit“. Aber was ist es dann? Wir haben es keineswegs mit Scheinverhaltensweisen zu tun. Einige Kinder leiden - zumindest in bestimmten Situationen, zu fragen ist: Warum?

Um die bisherige Sichtweise des Phänomens „AD(H)S“ kritisch zu hinterfragen, habe ich mich genauer mit Erkenntnissen aus der Hirnforschung beschäftigt und geprüft, ob sich die Dopaminmangelhypothese mit diesen vereinbaren lässt.

Neueste Ergebnisse aus der Hirnforschung belegen: Das menschliche Gehirn ist genetisch viel weniger festgelegt und verhaltensverursachend als bisher angenommen. Vielmehr ist es plastisch, also zeitlebens veränderbar. Die durch das psychosoziale Umfeld bedingte Nutzung des Gehirns bewirkt nicht nur anatomische, sondern auch hirnfunktionelle Veränderungen. Diese Erkenntnis ist so bedeutsam, dass sie als Paradigmenwechsel in der gegenwärtigen Wissenschaft vom Menschen bezeichnet werden kann. Der Paradigmenwechsel ist meines Erachtens für das Verständnis des Phänomens „AD(H)S“ von revolutionärer Bedeutung, belegt er doch, dass „AD(H)S“ nicht genetisch bedingt sein muss sondern sich durch psychosoziale Erfahrungen des Kindes entwickelt haben kann. Der vermutete kausale Zusammenhang zwischen den gefundenen Veränderungen im Gehirnstoffwechsel und den unter dem Begriff „AD(H)S“ zusammengefassten Verhaltensweisen ist damit entkräftet. Vielmehr müssen die neurologischen Veränderungen unter dem neuen Paradigma als Korrelate des Verhaltens betrachtet werden. Beide - Gehirnstoffwechsel und Verhalten - könnten durch eine dritte Einflussgröße verändert worden sein.

Die Hypothese des Dopaminmangels lässt sich mit diesen Ergebnissen aus der Hirnforschung nur noch schlecht vereinbaren. So müssen wir unsere einst entwickelten Vorstellungen zukünftig an diesen aktuellen Kenntnisstand angleichen.

Die Beschäftigung mit den neuen Erkenntnissen aus der Hirnforschung und das Wissen um die tiefgreifenden soziokulturellen Veränderungen in der Gesellschaft machten mir deutlich, dass Phänomene wie „AD(H)S“ eine Betrachtungsweise erfordern, die mehr als eine genetische Determinierung kennt - eine Sichtweise, die nicht individualisiert, sondern die Bedingungen berücksichtigt, unter denen unsere Kinder aufwachsen. Die Theorie der Reizabhängigkeit Richard DEGRANDPRES erfüllt genau diese Kriterien. Der amerikanische Psychologe

vermutet hinter dem Phänomen „AD(H)S“ eine Störung des bewussten Erlebens, die betroffene Personen daran hindere mit Langsamkeit umzugehen. Indem die beschleunigte Gesellschaft - die „Schnellfeuer-Kultur“ - ein entsprechendes Bewusstsein präge, führe sie zu Reizabhängigkeiten, die wiederum das Verhalten animieren, noch mehr Stimuli zu konsumieren. Charakterisiert sei dieses „Entwicklungsproblem“ durch Erfahrungen von Impulsivität, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit.

Die Theorie der Reizabhängigkeit kann das Phänomen „AD(H)S“ meiner Meinung nach in einigen Punkten besser erklären als die Dopaminmangelhypothese. Dennoch bewerte ich auch diese Theorie als eher defizitorientiert, da sie von sogenannten Risikofaktoren ausgeht, die eine „Störung“ verursachen können. Ich habe diese Theorie jedoch in meine Arbeit mit aufgenommen, da sie das Phänomen nicht individualisiert, sondern es als Ergebnis einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung betrachtet - nicht im Kind liegt die „Störung“, sondern in seinem Verhältnis zur Umwelt. Eine solche Sichtweise könnte - zumindest wenn sie in entsprechenden Kreisen mehr Beachtung fände - individuell ausgerichtete „prothetische“ Lösungen wie die Behandlung mit Psychopharmaka verhindern.

Anhand Aaron ANTONOVSKYS Metapher möchte ich ins Bild setzen, wie ich mir den Perspektivwechsel von einer pathogenetischen Sichtweise hin zu einer salutogenetischen Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung des Phänomens „AD(H)S“ vorstelle. Bisher haben wir uns mit der Frage beschäftigt: Wie entkomme ich der Verschmutzung, den Stromschnellen und Strudeln, wenn ich mich im Fluss befinde? Anders: Wie können wir pathogenetische Faktoren, die „AD(H)S“ verursachen, vermeiden oder verhindern?

Indem ich durch neue Erkenntnisse aus der Hirnforschung die Hypothese des Dopaminmangels demontieren konnte, habe ich mir Raum geschaffen für eine andere Sichtweise. Aus salutogenetischer Perspektive muss die Frage lauten: Wie werde ich trotz schwieriger Bedingungen ein guter Schwimmer in diesem Fluss? Anders: Wie können unsere Kinder - trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse - gesund bleiben?

ANTONOVSKY zufolge lässt uns ein starkes Kohärenzgefühl den Stromschnellen und Wirbeln des Lebens, denen wir ausgesetzt sind - wie der „Schnellfeuer-Kultur“ - widerstehen: Wer sich im Wasser befindet, muss schwimmen lernen

oder es zuvor gelernt haben. Die Pädagogik kann ihren Beitrag dazu leisten, den Kindern hierbei zu helfen.

Die Salutogenese verfolgt das Ziel, Menschen auf die Ressourcen individueller und sozialer Gesundheit aufmerksam zu machen. Für unser pädagogisches Handeln heißt dieses, dass wir uns nicht wie bisher auf die Dysfunktionen der Kinder, sondern auf die Funktionen konzentrieren müssen. Neue und zukünftige Aufgabe der Pädagogik ist es, Gesundheitsquellen zu erschließen. Wir müssen „Schätze“ bergen, nicht nach „Fehlern“ fahnden!

Es darf dementsprechend in der Pädagogik nicht darum gehen, einzelne Verhaltensweisen des Kindes durch gezielte Maßnahmen zu bekämpfen. Vorrangiges Ziel ist nicht, das Kind zum Funktionieren zu bringen, sondern die äußeren Bedingungen so zu gestalten, dass sie nachhaltig Gesundheit fördern.

Für mein pädagogisches Konzept habe ich zum einen herausgearbeitet, inwiefern die Ressourcen „Spiel“ und „menschliche Beziehung und Dialog“ die Prinzipien der Salutogenese erfüllen und zum anderen, wie wir im Sinne einer „Entschleunigung“ der „Schnellfeuer-Kultur“ ein Pendant entgegen setzen können.

Für die Pädagogik ziehe ich aus meinen Überlegungen folgende Konsequenzen:

1. Es ist Aufgabe der Pädagogik, Raum zu schaffen in dem Kinder frei von jeglichen Leistungsgedanken spielen können, spielen um des Tuns willen. Wir sind dafür verantwortlich, dass Kinder Bedingungen vorfinden, die in einem optimalen Verhältnis zu ihren Fähigkeiten stehen - wir dürfen sie dabei weder unterfordern noch überfordern.
2. Die Pädagogik muss Sorge tragen, dass unsere Kinder ein Umfeld vorfinden, in dem sie warme und zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen können.
3. Es ist Pflicht der Pädagogik, den durch die medikamentöse Behandlung abgebrochenen Dialog zum Kind wieder aufzunehmen und zu pflegen.
4. Ziel der Pädagogik sollte eine „Entschleunigung“ des Lebens unserer Kinder sein. Dies kann gelingen, indem hochintensive, passive, künstliche Erfahrungen auf ein Mindestmaß beschränkt und durch aktive primäre Erfahrungen ersetzt werden. Es gilt einen Rahmen zu schaffen, der Kindern Orientierung ermöglicht aber dennoch genügend innere und äußere Bewegungsfreiheit lässt.

Wenn es uns Pädagogen gelingt, Bedingungen zu schaffen, die Kinder zum Aufbau von Ressourcen nutzen können und ihnen die Möglichkeit geben, in Auseinandersetzung mit heterostatischen Einflüssen Erfahrungen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zu sammeln, kann das Kohärenzgefühl und damit die Gesundheit nachhaltig gestärkt werden.

Ich habe in meiner Arbeit bisherige Erkenntnisse und Vorstellungen über das Phänomen „AD(H)S“ zusammengetragen, sie reflektiert und kritisch hinterfragt. Dabei habe ich das Ziel verfolgt eine salutogenetische Perspektive einzunehmen. Das Ergebnis ist ein pädagogisches Konzept, das als theoretisches Gerüst hinter unserem zukünftigen pädagogischen Handeln stehen könnte. Eine detaillierte und differenzierte Darstellung der praktischen Umsetzung des Konzepts ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, sondern könnte als Inhalt und Ziel weiterführender Überlegungen anvisiert werden.

„Und wieder einmal lehrte mich das Leben, dass manchmal gerade dort eine günstige Entwicklung einsetzt, wo wir meinen, es habe uns eine Katastrophe betroffen, dass eine stürmische Krise oft der Neubeginn einer Genesung ist.“

Janusz Korczak

Literaturverzeichnis

- ALFRED, A./HEUSCHEN, K.W. (2003): ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Wir helfen Helfen. Iserlohn. Medice.
- ALY, M./ALY, G./TUMMLER, M. (1981): Kopfkorrektur oder der Zwang gesund zu sein. Ein behindertes Kind zwischen Therapie und Alltag. Berlin. Rotbuch Verlag.
- AUST-CLAUS, E./HAMMER, P.-M. (2000): Das ADS-Buch. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer. 4. Auflage. Ratingen. Oberstebrink-Verlag.
- BARKLEY, R. A. (1999): Hyperaktive Kinder. In: Spektrum der Wissenschaft. Ausgabe 3/1999. Scientific American. Deutsche Ausgabe. Heidelberg. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH.
- BAUGHMAN, F. A. (1998): Die ADHD-Übereinstimmungskonferenz: Ende der Epidemie. <http://www.ads-kritik.de/index.html>
- BENGEL, J./STRITTMATTER, R./WILLMANN, H. (1998): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Erweiterte Neuauflage (2001). Band 6. Köln.
- BLECH, J. (2003): Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. 4. Auflage. Frankfurt am Main. S. Fischer Verlag GmbH.
- BLECH, J./THIMM, K. (2002): Kinder mit Knacks. In: Der Spiegel. Nr.29/2002. S. 122-131. Hamburg. SPIEGEL-Verlag.
- BONACKER, U. (2003): Macht Tempo glücklich? In: Gesund und Leben. Ausgabe 18/2003. Bargteheide. Medienkontor Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- BRUER, J.T. (2000): Der Mythos der ersten drei Jahre. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- BUBECK-PAAZ, S. (2003): Zappelphilipp und Co.: Zappelphilipps Leid - Die Karriere einer Störung (H.-K. Koch). Ich schauke schon auf einem Bein - Hilfe für Zappelkinder (E. Fehse). Guck mal, wie ich gucke oder: Was ist denn schon normal? (A. Heinrich). ZDF Themenabend arte. Fernsehmitschnitt.

- CZIKSZENTMIHALYI, M. (1990): Flow. Das Geheimnis des Glücks. 10. Auflage (2002). Stuttgart. Klett-Cotta.
- DEGRANDPRE, R. (2002): Die Ritalingesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- DEILMANN, A. (2003): ADHS: Das Zappel-Philipp-Syndrom.
www.geo.de/GEO/medizin_psychologie/2003_02adhs/index.html
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PÄDIATRIE UND JUGENDMEDIZIN (2001): Unaufmerksam und hyperaktiv. In: Kinderärztliche Praxis, Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin. Sonderheft hyperkinetisches Syndrom. Wissen, Praxis, Therapie. 15. Januar 2001. 72. Jahrgang. Mainz. Kirchheim-Verlag.
- DILLING, H./FREYBERGER, H.J. (1999): Weltgesundheitsorganisation. ICD-10: DCR-10. Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Verlag Hans Huber.
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (2000): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 4. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Verlag Hans Huber.
- DORNBLÜTH, O. (1998): Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Berlin. De Gruyter.
- ECKSTAEDT, A. (1998): „Der Struwelpeter“. Dichtung und Deutung. Eine psychoanalytische Studie. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag.
- ENDE, M. (1988): Momo. 2. Auflage. München. dtv Deutscher Taschenbuchverlag.
- FITZNER, T./STARK, W. (2000): ADS verstehen - akzeptieren - helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- FRIARS, R. (2000): Ritalin: Kinder in Gefahr. Fernsehmitschnitt. Arte. 27.09.2000. Frankreich.
- FRITZSCHE, S. (1996): Glückspillen für Kids. Wie Eltern ihre Kinder vor Suchtgefahren schützen können. Berlin. Verlag Gesundheit.
- GLÖCKLER, M. (2003): Kindsein heute. Schicksalslandschaft aktiv gestalten. Um-

- gang mit Widerständen - ein salutogenetischer Ansatz. Stuttgart. Mayer.
- GREGER, T. (2002): ADHS: Brückenschlag dringend geboten. In: Aus Klinik und Praxis. Nervenheilkunde. Ausgabe 4/2002. S. 82 – 83.
- GROOT, H. DE (2001): Das späte Zittern des Zappelphilipp. Falsch verordnete Medikamente für hyperaktive Kinder könnten das Risiko für die Parkinson-Krankheit erhöhen. <http://www.ads-kritik.de/index.html>
- HAERTEL, C./MOMIROVIC, M. (2002): 37 Grad. Außer Rand und Band: Kinder mit Konzentrationsstörungen. Fernsehmitschnitt. ZDF. 25.06.2002. Deutschland.
- HARTMANN, J. (1987): Zappelphilipp. Störfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie. München. Beck'sche Reihe.
- HECKHAUSEN, H. (1980): Intrinsische und extrinsische Motivation. In: Motivation und Handeln. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York. Springer Verlag.
- HOFFMANN, H. (2000): Die Geschichte vom Zappel-Philipp. In: Der Struwwelpeter. Ungekürzte Originalausgabe. Wien. Tosa Verlag.
- HOLOWENKO, H. (1999): Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS). Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Weinheim. Basel. Beltz Verlag.
- HÜTHER, G./BONNEY, H. (2002): Neues vom Zappelphilipp. ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln. 2. Auflage. Düsseldorf. Zürich. Walter Verlag.
- HUXLEY, A. (1984): Schöne Neue Welt. Frankfurt a/M. Fischer Taschenbuch Verlag.
- JANTZEN, W. (2001): Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS). In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Ausgabe 6/2001. 52. Jahrgang. Würzburg. Fachverband für Behindertenpädagogik. S. 222-231.
- KAGAN, J. (2001): Die Natur des Kindes. Aus dem Amerik. Von F. Giese. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- KLATTENHOFF, K./PIRSCHEL, R./WIELAND, A.J. (Hrsg.) (1999): Das Kind zur Ro-

- se machen. Zur Philosophie des offenen Kindergartens. Kongressbericht zum 1. Oldenburger Kongress zum offenen Kindergarten. Oldenburg. InfoPädiO Verlag.
- KÖHLER, H. (2002): War Michel aus Lönneberga aufmerksamkeitsgestört? Der ADS-Mythos und die neue Kindheitsgeneration. 1. Auflage. Stuttgart. Verlag Freies Geistesleben.
- LEIBHOLZ-BONHOEFFER, S. (1992): Weihnachten im Hause Bonhoeffer. 8. Auflage. Gütersloh. Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- NEUHAUS, C. (2003): ADHS ohne Hyperaktivität. Das Träumchen. Wir helfen Helfen. Iserlohn. Medice.
- NIMTZ-KÖSTER, R. (1999): Familienkrieg um Zappelphilipp. In: Der Spiegel. Nr. 51/1999. S. 184-188. Hamburg. SPIEGEL-Verlag.
- REICHENBERG-ULLMAN, J./ULLMAN, R. (2002): Es geht auch ohne Ritalin. 2. Auflage. Peiting. Michaels Verlag.
- ROSSI, P. (2003): ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. ADD-ONLINE. <http://www.adhs.ch>
- RYFFEL, M. (1996): Die Aufmerksamkeitsstörung (ADS). Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. <http://www.osn.de/user/hunter/ii-96-al.htm>
- SASS, H./WITTCHEN, H.-U./ZAUDIG, M. (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des DSM der American Psychiatric Association. 2. verbesserte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- SCHIFFER, E. (1993): Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage 1999. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- SCHIFFER, E. (1997): Der kleine Prinz in Las Vegas. Mit spielerischer Intelligenz den Herausforderungen unserer Zeit begegnen. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- SCHIFFER, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- SCHIFFER, E./SCHIFFER, H. (2002): Nachdenken über Zappelphilipp - ADS: Beweg-Gründe und Hilfen. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.

- SCHMIDT, H.-R. (2001): ADS: Die unmögliche Diagnose. <http://www.ads-kritik.de/index.html>
- SCHMIDT, H.-R. (2001): ADS-Paradigmenwechsel. Oder: Der Storch bringt keine Kinder. <http://www.ads-kritik.de/index.html>
- SCHRADER, C. (1995): Die geborenen Experten. Säuglinge. In: Geo Wissen. Ausgabe 23/1995. Hamburg. Gruner + Jahr AG & Co. S. 26-35.
- SKRODZKI, K. (2002): Das Hyperkinetische Syndrom. Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. <http://www.osn.de/user/hunter/buch-al.htm>
- THADDEN, E. VON (1999): Die Kunst des Nervenbündelns. In: GEO Wissen. Nr. 1/1999. Hamburg. Gruner + Jahr AG & Co. S.130-135.
- VITIELLO, B. (2001): Langzeitauswirkungen der Stimulantienbehandlung auf das Gehirn: Mögliche Folgerungen für die Behandlung von ADHS. <http://www.ads-kritik.de/index.html>
- VOSS, R. (Hrsg.) u.a. (1983): Pillen für den Störenfried? Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. Hamm. Hoheneck Verlag. München, Basel. Ernst Reinhardt Verlag.
- VOSS, R./WIRTZ, R. (2000): Keine Pillen für den Zappelphilipp. Alternativen im Umgang mit unruhigen Kindern. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH (2003): ADHS: Die Hoffnung hinter dem Medienrummel. <http://www.wfmh.org>
- ZIMMER, K. (1995): Die Schule der Sinne. In: GEO Wissen. Ausgabe 23/1995. Hamburg. Gruner + Jahr AG & Co. S. 36-39.