

ADHS: Diagnose statt Verständnis

„ADHS – eine mittlerweile weit verbreitete, quasipsychiatrische Diagnose. Sie dient den beteiligten Eltern, Ärzten und Lehrern häufig dazu, bedrohlich erscheinendes Verhalten von Kindern zu etikettieren und den Anschein wissenschaftlicher Beherrschbarkeit zu erzeugen: Man hat lieber kranke als unglückliche Kinder.“

Peter Schipek:

ADHS – kaum jemand kennt diese vier Buchstaben nicht. Sie sind ein geläufiges Kürzel für ein Krankheitsbild geworden. Aber stimmt es denn überhaupt, dass ADHS eine Krankheit im medizinischen Sinne ist?

Matthias Wenke:

Nein, es handelt sich schon von der Definition her nicht um eine medizinische Krankheit. Das „Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS)“ ist ein Name, also ein Etikett für die Zusammenfassung verschiedenster, unter Kindern recht verbreiteten Verhaltensweisen, die in keinem definierten Zusammenhang stehen und einzeln genommen auch unspektakulär sind. Streng genommen ist es also kein Syndrom, sondern nur eine Begriffsklammer für ein breites Spektrum von Verhalten, das als unerwünscht gilt.

Es gibt in den internationalen Diagnoseschlüsseln ICD 10 und DSM IV keinerlei medizinische oder neurologische Kriterien. Solche Indikatoren existieren auch überhaupt nicht, obwohl in der Welt der Betroffenen bzw. deren Eltern seit Jahren systematisch der Mythos einer „Hirnkrankheit ADHS“ aufgebaut wird, die angeblich auch noch angeboren sei.

Nichts davon ist belegt, es gibt einfach keine eindeutigen neuropsychologischen oder genetischen Befunde. Wenn es sie gäbe hätte man perfekte Diagnoseparameter.

In ICD 10 und DSM IV ist auch nirgendwo die Rede davon, dass es sich bei „ADHS“ um eine neurologische Störung handeln könnte.

Wenn manchmal Veränderungen des Nervensystems bei einigen Diagnostizierten festgestellt werden, so sind diese die *Folge* langer Lernprozesse in problematischen Lebenslagen – nicht die *Ursache*. Kann man ernsthaft annehmen, die zerstörte Leber eines Trinkers sei die Ursache für seinen Alkoholismus? Unsere Lebensgeschichte schreibt sich in unser Nervensystem ein. Wir werden, was wir denken und tun, das gilt auch für unser Gehirn. Wir sollten uns klar machen, dass *wir* unser Nervensystem benutzen, nicht es uns. Darin liegt auch die Chance für neue, korrektive Erfahrungen.

Die Diagnosemanuale zu „ADHS“ bleiben rein deskriptiv auf der Verhaltensebene und machen keinerlei Vermutungen über die Ursachen. Die Verhaltensweisen, die von den Diagnosen erfasst werden, werden mit jeder Revision breiter und damit unschärfer und beliebiger. Neben hyperaktiven Jungen wird auch gleich noch das genaue Gegenteil, nämlich träumerische Mädchen mit abgedeckt. Völlig heterogenes und in verschiedensten Zusammenhängen entstandenes Verhalten wird in einen einzigen Diagnosetopf geworfen und das Etikett dieses Topfes dann zu einer fiktiven „Ursache“ erklärt. Das ist nicht einmal schlechte Wissenschaft, sondern einfach Unsinn.

Peter Schipek:

„Diagnose statt Verständnis“

Spielt nicht auch die Wahrnehmung der Erwachsenen (Eltern, Lehrer, Erzieher) eine Rolle? Manche können mit aktiven Kindern gut umgehen, andere fühlen sich gleich gestört.

Matthias Wenke:

Ja, denn die in den Diagnoseschlüsseln zusammengefassten Verhaltenkriterien sind nicht eindeutig operationalisiert, sondern nur ungenau über Einschätzungen wie „oft“ oder „häufig“ umrissen. Daraus abgeleitete Tests messen vor allem subjektive Einschätzungen, und die

Abweichungen zwischen verschiedenen Personengruppen, die solche Tests durchführen sind sehr hoch. Von Objektivität bzw. Reliabilität kann also keine Rede sein.

Hinzu kommt, dass es von vornherein um *Bewertungen* von Verhalten geht.

Man erfasst *unerwünschtes* Verhalten und deshalb vor allem das Störungsgefühl der Bezugspersonen. Praktisch alle gelisteten Verhaltensweisen betreffen die Konformität mit schulischen Erwartungen. Es handelt sich also um *normative* Bewertungen, nicht um Messungen.

Mit der Diagnose „ADHS“ und deren fiktiven Implikationen macht man Kinder, deren Benehmen stört und irritiert mit einem Schlag zu Hirnkranken - eine Ungeheuerlichkeit. Man entmündigt sie und sucht nicht einmal mehr nach verstehbaren Gründen für ihre Schwierigkeiten.

Peter Schipek:

Ist es denn überhaupt möglich, so leicht eine Grenze zwischen „temperamentvoll“ und „hyperaktiv“ zu ziehen? Ein Junge, der in Deutschland als auffällig gilt, ist vielleicht in Süditalien noch ein relativ ruhiger Junge.

Matthias Wenke:

Sie sagen es. Die Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern sind sehr groß. Schon innerhalb Deutschlands liefern die beiden Instrumente DSM IV und ICD 10 völlig unterschiedliche Ergebnisse, das ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation ist trennschärfer, es misst etwa 1-2% „ADHS“ unter allen Kindern bis 17 Jahren. Darum wird von den meisten „ADHS“-Vertretern das DSM IV der American Psychiatric Association benutzt, das bis zu 7% der Kinder diagnostiziert.

Hier wird deutlich, dass es menschlicher Konsens ist, der so eine Diagnose schafft, die Kriterien werden per Mehrheitsentscheid jeweils definiert, d.h. man kann die Handschrift der vertretenen Interessengruppen in den Gremien erkennen. Die Diagnose „ADHS“ ist also ein reines Kulturprodukt, auch das, was man alles in dieses Etikett hinein interpretiert.

Manche Autoren gehen sogar so weit und sehen in „ADHS“ die „wahre Ursache“ für praktisch alle psychologischen Auffälligkeiten bei Kindern: Schwieriges Kind = „ADHS“. Man könnte auch sagen: Alles ist „ADHS“! Das ist hochgradig fahrlässig und unwissenschaftlich. Was hat eine Diagnose für einen Wert, die nichts mehr unterscheidet?

Sie zerstört alle Chancen einer differenzierten Erfassung der wirklichen Gründe für Schwierigkeiten, wirft die Erfahrungen von Generationen von Psychotherapeuten, Pädagogen, Psychologen und Psychiatern über den Haufen und kurbelt außerdem die Verschreibung von Psychopharmaka an – von 1993 bis 2007 um den Faktor 42, also um viertausendzweihundert Prozent!

Peter Schipek:

Verhaltensauffälligkeiten wie Konzentrationsstörungen, motorische Unruhe usw. sind heute sicher vermehrt vorhanden. Worauf führen Sie das zurück?

Matthias Wenke:

Wenn ich hier eine einheitliche Theorie hätte, wäre das vermessen. Es ist ja gerade so, dass man nicht alle diese Kinder in einen Topf werfen darf, sondern individuell anschauen muss in ihren je individuellen Erfahrungs- und Beziehungsgeschichten. Es gibt allerdings Faktoren, die in der heterogenen Gruppe der „ADHS“-Diagnostizierten gehäuft auftauchen, z.B. frühe Beziehungsabbrüche oder emotional abwesende Väter.

Aus einer soziologischen Sicht haben wir es unter Umständen mit den Folgen eines Anomieprozesses zu tun, Stabilitäten und Orientierungen zerfallen zusehends.

Die Gesellschaft als Ganzes beutet ihr „soziales Kapital“ aus, ohne es wieder zu regenerieren, ein Gedanke der auf die Soziologen Pierre Bourdieu und Robert F. Putnam zurück geht. Soziales Kapital meint z.B. grundlegende Fähigkeiten und Ressourcen wie Sicherheit, Vertrauen, Selbstregulierung, Sprachkompetenz, stabile Beziehungen, Kooperation, Gemeinschaftsgefühl und eben auch Konzentration. All dies lernen wir in den ersten Lebensjahren mit den primären Bezugspersonen, also meist in den Familien. Zunehmend verlagern sich aber solche basalen Erziehungsaufgaben aus den Familien in die Schulen, die dafür überhaupt nicht eingerichtet sind. Man ging früher davon aus, dass Kinder, die in die Schule kommen, schon all diese sozialen Kompetenzen besitzen und eben „schulreif“ sind. Heute funktioniert das nicht mehr uneingeschränkt. Viele Eltern und Kinder sind mit ihren Lebenssituationen stark überfordert, z.B. im Umgang mit Medien, die sie nicht sinnvoll gebrauchen können, sondern an die Stelle von aktiver Kommunikation setzen. Viele Kinder werden heute von den Medien erzogen. Das können wir als Gesellschaft nicht wirklich wollen. Aber dies ist nur ein Aspekt von sehr vielen. Die Lage ist komplex, und eine einheitliche Theorie oder „Schuldige“ kann es nicht geben. Mit Einfühlung und Verständnis kann man aber die einzelnen inneren Lebensgeschichten der Kinder und auch der Eltern entdecken. Wir brauchen neue gesellschaftliche Räume, in denen Kinder das nachholen können, was zuhause – aus welchen Gründen auch immer – nicht geklappt hat.

Peter Schipek:

Ist nicht das erste Problem im Umgang mit ADHS das Problem der Diagnose? Allzu schnell versehen wir Kinder mit dem Etikett „ADHS“. Welche Konsequenzen hat das für die Kinder, für Eltern und Lehrer?

Matthias Wenke:

Ich kann die Erleichterung verstehen, die viele Familien empfinden, wenn sie erst einmal eine „ADHS“-Diagnose für ihr Kind bekommen haben. Endlich hat „das Kind einen Namen“, man ist aus der Zone diffuser Unklarheit heraus und kommt in eine Zone sozialer Bekanntheit und Akzeptanz: „Ach so, er hat ‚ADHS‘, dann ist ja alles klar!“ Die Diagnose entlastet sehr, und nun setzen bestimmte institutionelle Routinen ein, die den Anschein von Klarheit und Beherrschbarkeit vermitteln, immer häufiger leider auch eine Medikation. Diese führt wiederum kurzfristig zu einer Verbesserung manch störender Symptome, was die Richtigkeit der Diagnose zu bestätigen scheint. Aus diesem sich selbst bestätigenden Kreislauf möchte sich niemand der Beteiligten gerne heraus reißen lassen, verständlicherweise. Aber man hat die Ursachen der Schwierigkeiten damit nicht einmal berührt. Und ich habe manchmal das Gefühl, man will das auch gar nicht, weil sich alle Beteiligten dann in einen unter Umständen schwierigen Prozess der Veränderung begeben müssten. Einige Eltern reißen sich geradezu um die Diagnose „ADHS“ für ihre Kinder. Das gibt es bei keiner anderen Krankheit und sollte uns zu denken geben. Es ist auch institutionell erwünscht, das Problem „effektiv“ und „ökonomisch“ unsichtbar zu machen, sogar die Schulen tragen inzwischen dazu bei. Es gibt Lehrer, die verlangen von den Eltern eine Medikation ihrer auffälligen Kinder und drohen mit Schulverweisen. Das ist das resignierte Ende aller Pädagogik. Man sieht daran aber auch die Überforderung der Beteiligten, es ist ja kein böser Wille. Unter Druck ist es nahe liegend, eine vermeintlich schnelle Lösung zu suchen, aber richtig ist es nicht. Der Druck ist falsch. Es fehlt an alternativen institutionellen Antworten, die sich wirklich mit den Kindern und ihren Familien beschäftigen. Aber das kostet Zeit, viel Mühe und auch Geld und deckt außerdem Defizite von Schule, Elternhaus und Medizinsystem auf. Das will niemand so gerne.

Peter Schipek:

Im Mittelpunkt der Kontroverse um ADHS steht insbesondere die Frage der Behandlung mit Ritalin® oder ähnlichen Medikamenten. Sie schreiben in Ihrem Buch: „Nicht nur die Diagnose von ADHS häuft sich; sie ist beinahe automatisch mit einer besorgniserregenden leichtfertigen Verordnungspraxis psychoaktiver Medikamente verbunden, vor allem Methylphenidat . . .“ Wo liegen denn die Gefahren bei der Medikation mit diesen Substanzen und welche Therapiealternativen gibt es?

Matthias Wenke:

In extremen Notfällen und unter ganz wenigen Umständen kann eine Medikation vielleicht ein kurzfristiger Rettungsring sein – wie bei anderen Notlagen auch.

Schlechte Schulleistungen, Konflikte mit Eltern, Lehrern und Mitschülern oder dergleichen sind aber noch keine solche Notlage.

Eine Notmedikation darf niemals als „Therapie“ missverstanden werden. Da verhalten sich die Hersteller nicht aufrichtig, wenn sie behaupten, die Psychopharmaka würden „nur fehlende Neurotransmitter ersetzen“, seien wie „eine Brille für das Gehirn“ oder dergleichen Abenteuerliches. Das ist ein Wunschkonzert zu Vermarktungszwecken.

Abgesehen davon, dass der Wirkmechanismus noch immer umstritten bleibt und sie kein Mittel der Wahl ist, sollte man bei einer Medikation auch folgende Dinge bedenken:

Erstens gibt es keinerlei nachhaltige Langzeitwirkungen, d.h. nach dem Absetzen ist alles wie vorher und damit bleibt ein einmal diagnostiziertes Kind oft über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte von Medikamenten abhängig. Hinzu kommen viele Nebenwirkungen, z.B. Herz-Kreislauf- oder Schlafstörungen und mögliche Spätfolgen wie Gewichtsverlust oder Sucht.

Zweitens verbaut man durch die Medikation die Chancen für eine tief greifende Psychotherapie, die wirklich die Ursachen verändert und neue selbstgesteuerte Erfahrungen ermöglicht. Die Medikamente ersetzen aber eine Selbststeuerung und können sogar die Ausbildung neuer innerer Strukturen verhindern.

Drittens wird die Identitätsentwicklung der Kinder schwer gestört, wenn sie als „hirnkrank“ stigmatisiert werden – und nichts anderes tut die Diagnose „ADHS“ im derzeitigen kulturellen Kontext. Was bedeutet es für ein Kind, nicht ernst genommen zu werden in seinen Schwierigkeiten, sondern mit einer chemischen Krücke abgespeist zu werden und bescheinigt zu bekommen, dass es anders sei als Andere?

Das kann eine schwere Selbstwertverletzung sein. Diese Kinder fühlen sich wie Monster, die nur durch Pillen sozial akzeptabel sind. Die Ausbildung stabiler unabhängiger psychischer Strukturen wird stark beeinträchtigt, wenn das Medikament und die Diagnose Teile des eigenen Selbstkonzepts werden.

Viertens muss man sich klar machen, dass man die Kinder mittels Medikamenten in das Funktionieren hinein *zwingt*, anstatt ihnen den Raum zu geben, den sie für eine nachholende Entwicklung brauchen.

Viele Eltern berichten übrigens, dass sie ihre medikamentierten Kinder wie „Zombies“ erleben, die zwar funktionieren, aber irgendwie „leer“ wirken.

Warum wird so schnell nach Medikamenten oder Wundermethoden verlangt statt nach verstehender psychodynamischer bzw. tiefenpsychologischer Therapie? Dort wird nicht äußeres Verhalten unterdrückt oder diszipliniert, sondern die *innere* Welt der Kinder einführend zugänglich und damit veränderbar gemacht - durch das Kind selbst, weil es durch neue Beziehungserfahrungen eine nachhaltige innere Stabilität entwickeln kann, so dass seine Symptome immer verzichtbarer werden. Viele klinische Erfahrungen belegen die Wirksamkeit solchen Vorgehens, und auch neuropsychologisch ist es höchst schlüssig. Es gilt nämlich: „Change the Mind and you change the Brain!“ (Paquette et al. 2003).

Es gibt auch systemische Ansätze, die die ganze Familie mit einbeziehen und meines Wissens gute Wirkungen haben. Nicht zuletzt sei auf die SINN-Stiftung von Gerald Hüther hingewiesen, in der viele wirksame Ansätze gebündelt werden, die neuen Raum anbieten, in dem Kinder sich entwickeln können. Viele pädagogische Institute und auch manche private Schulen haben sich inzwischen auf schwierige Kinder eingestellt, mit kreativen alten und neuen Ansätzen. Es wäre schön, wenn dafür auch mehr Mittel und Raum im

Regelschulsystem bereitgestellt würden. Lehrer, die engagiert mit schwierigen Kindern arbeiten verdienen hohe Anerkennung.

Peter Schipek:

Für Eltern bedeutet die Diagnose ja oft eine willkommene Entlastung. Sie müssen sich nicht fragen, was sie anders machen müssten und wofür sie selbst Verantwortung tragen. Was raten Sie Eltern bei einer Diagnose „ADHS“?

Matthias Wenke:

Ich würde diese Diagnose möglichst von vornherein vermeiden. Ich würde mit dem Arzt oder der Ärztin darüber sprechen, welche alternativen Möglichkeiten es gibt, die Probleme anzugehen, z.B. eine Überweisung zu einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Dort kann man aber auch ohne Überweisung hingehen (und natürlich auch mit Diagnose). Wenn man aber erst einmal mit der Diagnose „ADHS“ in andere institutionelle Routinen geraten ist, kommt man oft schwer wieder heraus. Jeder meint zu wissen, was mit dem Kind los ist, und doch verhindert die Diagnose gerade ein genaues Hinschauen und wirkliches Verstehen der Hintergründe. Ich habe oft gehört und auch die Literatur berichtet davon, dass sich die Beziehungsabbrüche auch institutionell wiederholen, die Kinder wandern von einer amtlichen Bezugsperson zur nächsten, zum x-ten Gutachter, Betreuer, Arzt usw. Das Ende ist allzu oft eine Resignation, weil nichts wirklich geholfen hat. Und man fühlt sich bestätigt in der angeblichen „Unheilbarkeit“, weil niemals eine langfristige Therapie mit intensiver neuer Beziehungserfahrung greifen konnte.

Es ist auch sehr schwer, das Stigma „ADHS“ wieder los zu werden. Ganz abgesehen davon, was diese Stigmatisierung für das Kind bedeutet. Die Kinder sollten ernst genommen und verstanden werden - nicht für „hirnkrank“ erklärt. Und man sollte keine schnellen Lösungen erwarten. Was über Jahre gelernt wurde und auch einmal einen Sinn hatte kann nicht einfach mit einem Zaubermittel über Nacht ausgelöscht werden. Man muss die Tatsachen akzeptieren und braucht Geduld.

Peter Schipek:

Herr Wenke – herzlichen Dank für das interessante und ausführliche Gespräch.

Matthias Wenke studierte Chemie, Philosophie, Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie. Er ist außerdem Heilpraktiker (Psychotherapie), Yogalehrer und in Weiterbildung zum Individualpsychologischen Berater und Supervisor (DGIP) am Alfred-Adler-Institut.

Einen guten Überblick über die Thematik bietet folgender Vortrag von Matthias Wenke: [„ADHS – unaufmerksame Einheitsdiagnose für Alles?“](#)



Matthias Wenke belegt mit seiner exakten und tiefen Analyse, dass das diagnostische Konstrukt "ADHS" ein höchst unscharfes Kunstprodukt ist, das Wissenschaftlichkeit und Klarheit vorgaukelt, die es nicht gibt. Die Gefahr dieser Pseudodiagnose liegt darin, dass sie den Kern der Problematik verleugnen hilft, nämlich den *Sinn* des Verhaltens betroffener Kinder und ihre subjektiven Lebensgeschichten.

Der Autor zeigt überzeugend, dass "ADHS" als kausale Fiktion missbraucht wird, welche die Kinder entseelt und entmündigt.

Sinnerfülltes Ausdrucksverhalten wird zu einem anonymen biologischen Prozess umdefiniert, verstehbar reagierende Kinder werden zu reparaturbedürftigen "Gehirnkranken" gemacht. Das Buch ist kein neuer Ratgeber und Wenke bietet keine Patentlösung an.

Er untersucht aber die Wurzeln der inflationären Diagnose sowie die Unhaltbarkeit der populären Ansichten zu "ADHS", indem er die Unzulässigkeit der Übertragung biologisch-medizinischer Modelle auf psychosoziale Fragen nachweist.

Der Autor trägt dabei Elemente einer Dialogischen Psychologie zusammen, die ein echtes Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten gewinnen will: nämlich als kindlich sinnvolle Bewältigungsversuche von schwierigen Lebenskontexten.