

Zwischen Enhancement und Stigmatisierung. Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion

Katharina Liebsch



Katharina Liebsch

Zusammenfassung

Der Beitrag geht der Frage nach, wie Prozesse sozialer Selektion und Exklusion durch die Rubrifizierung als „Krankheit“ und über Medikamentierung gesteuert werden. Am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S), die gegenwärtig eine der am häufigsten gestellten Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, wird in Auseinandersetzung mit Material aus Interviews mit betroffenen Kindern veranschaulicht, wie die Leitsymptome – Mangel in ausdauernder Konzentration, Impulsivität und Hyperaktivität – von den Symptomträgern wahrgenommen und gedeutet werden. Hierbei spielen die impliziten und expliziten Erwartungen und normativen Anforderungen der Erwachsenenwelt samt ihrer Institutionen eine herausragende Rolle. Sie sorgen dafür, dass die „gestörten Störer“ sich den geltenden Normen sozialer und institutioneller Erwartungen bereitwillig anpassen. Auf diese Weise etablieren sich neue Formen sozialer Ungleichheit, in denen die Kategorien Gesundheit, Generation und Geschlecht verschoben und neu besetzt werden.

Schlagnote: Medikalisierung sozialer Probleme, Leistungserwartungen, geschlechtsspezifische Kindheit, Anpassungszwänge, kindliche Selbstbilder

Between Enhancement and Stigmatization - Medicalization of Child Behaviour as a New Mode of Dealing with Social Selection and Exclusion

Abstract

This article addresses the issue of how new definitions of “sickness” and medication influence processes of marginalization and social exclusion. Using the example of boys diagnosed with ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder), which is currently one of the most common diagnoses in child and adolescent psychiatry, it is shown how diagnosed children describe and understand their symptomatic behaviour. Empirical material from interviews with diagnosed boys clearly reveals difficulties in controlling their aggressive impulses as well as psychosocial stress in their family and at school. Furthermore, demands for social integration by adults and peers are accepted by the diagnosed children. “Doing ADHD” is accompanied by the emergence of new forms of social inequality where the categories gender, generations and health are redefined.

Keywords: Medicalization of social problems, pressure to conform, pressure to achieve, self-images of children, gender-specific childhood

1 Einleitung und Fragestellung

Die gesellschaftskritische Sozialmedizin geht davon aus, dass die Verteilung der somatischen, psychosomatischen und psychischen Störungen mit Krankheitswert in der Bevölkerung Auskunft darüber gibt, wie die jeweiligen kollektiven Belastungen aussehen, die eine Gesellschaft ihren Mitgliedern zumutet. Diese Belastungen werden nicht von allen Gesellschaftsmitgliedern gleich gut bewältigt und so gesehen sind Krankheitsdiagnosen ein zweifacher Indikator sozialer Ungleichheit. Zum einen ist das Betroffensein von Krankheit wie die Zugehörigkeit zu Geschlecht, Klasse oder Ethnie auch eine Kategorie sozialer Unterscheidung. Menschen *haben* eine Krankheit wie sie auch einen Bildungsgrad, eine sexuelle Orientierung oder mehr oder wenig Geld haben. Zum zweiten ist aus der sozialen Ungleichheitsforschung bekannt, dass soziale Strukturkategorien dynamisch und variabel sind, dass beispielsweise die Kategorie ‚Geschlecht‘ mit dem Erstarken des Bürgertums im ausgehenden 19. Jahrhundert an Bedeutung gewann oder dass die Kategorie ‚Klasse‘ sich am Ende des 20. Jahrhunderts zunehmend kulturalisiert als ‚Milieu‘ in Erscheinung bringt. Dies legt es auch für das Verständnis von ‚Krankheit‘ nahe, sich die gesellschaftlichen Umstände ihrer Erscheinung und Behandlung genauer anzuschauen; theoretisch formuliert: die Konstruktion der Krankheitsdiagnosen und ihre Differenzierungsfunktion in den Blick zu nehmen.

Am Beispiel der Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) soll in diesem Beitrag veranschaulicht werden, dass und wie Prozesse sozialer Selektion und Exklusion durch die soziale Typisierung als Krankheit und durch Medikation gesteuert werden. Basierend auf Überlegungen, Ergebnissen und empirischen Daten des am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt angesiedelten Projekts „Mit Ritalin leben. Zum Selbstbild von Jungen mit AD(H)S“ werden Thesen zur zunehmenden Bedeutung von Körper und Gesundheit im Prozess sozialer Differenzierung entfaltet. In Auseinandersetzung mit Interviewmaterial, in dem die befragten diagnostizierten Kinder zum einen von ihren Erfahrungen mit der Diagnose und der Medikamentierung berichten, und zum zweiten von den Anforderungen und Zwängen, denen sie ausgesetzt sind, wie auch von ihren Zukunftserwartungen erzählen, wird *ein* Typus kindlichen Umgangs mit Leistungsdruck und Selektionsandrohungen herausgearbeitet. Da es in den Interviews mit den betroffenen Jungen auch immer um die Angst vor Versagen, vor sozialer Marginalisierung und vor der Diffusion der männlichen Geschlechtsrolle geht, wird abschließend die Frage diskutiert, wie kindliche Konzepte von Selektion und Exklusion durch gesellschaftliche Dynamisierungen sozialer Ungleichheit beeinflusst und gesteuert werden.

2 Zum Gegenstand: AD(H)S in der Diskussion

Bei der so genannten Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung handelt sich um eine Diagnose, die in den letzten Jahrzehnten für Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen am häufigsten gestellt, aber auch am kontroversesten

diskutiert wurde. Seriösen Schätzungen zufolge zeigen 3 bis 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen eines Jahrgangs eine AD(H)S, – zwei Drittel davon sind Jungen (*Biederman* 2005). Die Leitsymptome der Diagnose sind notorische Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorische Unruhe. Die Betroffenen handeln, bevor sie denken, und das in einem mehr oder weniger starken Erregungszustand. Die vorherrschende Erklärung ist eine – inzwischen ebenfalls modifizierte – biomedizinisch-psychiatrische (vgl. *Hüther* 2008; *Gonon* 2008). Sie behauptet eine genetische Disposition, die zu einer Fehlfunktion des Dopaminstoffwechsels führt. Ihr gegenüber sind Sinn verstehende Ansätze, die rekonstruieren, was das symptomatische Verhalten bedeutet, vergleichsweise marginal.

These vom
Dopaminmangel
inzwischen
umstritten

Diagnosen werden zumeist auf der Basis eines diagnostischen Gesprächs mit dem Kind und seinen Eltern über die Symptombelastungen vergeben und weisen die „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ oder „Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität“ (ADS) aus. Darüber hinaus können auch Ergebnisse von testpsychologischen Untersuchungen sowie Beobachtungen aus verschiedenen außerfamiliären sozialen Situationen, vor allem der Schule, heran gezogen werden. Dabei zeigt sich bei nahezu drei Vierteln aller AD(H)S-Kinder und -Jugendlicher eine weitere Störung – Depressionen, Angststörungen und die so genannte „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (vgl. *Biederman/Newcorn/Sprich* 1991, *Biederman/Faraone/Lapey* 1992). Es verbleibt hier aber zumeist unklar, ob die gemeinsam auftretenden Störungen als unabhängig voneinander oder als aufeinander bezogen verstanden werden müssen. In der Folge verschwindet das klare Bild einer AD(H)S je mehr Untersuchungen über begleitende Symptome durchgeführt werden (vgl. *Barkley* 2003).

AD(H)S als
Sammeldiagnose?

Knapp die Hälfte der Kinder mit einer AD(H)S-Diagnose werden psychopharmakologisch – und zwar am häufigsten mit niedrig dosierten Psychostimulanzien (Ritalin/Medikinet) behandelt, sei es ausschließlich oder in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen und/oder pädagogischen Maßnahmen. Bezogen auf den Lebenslauf erfolgen die meisten Verordnungen für das Alter zwischen 9 und 12 Jahren. Insgesamt liegt die Zahl der medikamentös behandelten Kinder weltweit über 10 Millionen. Sowohl bei der Häufigkeit, mit der die AD(H)S-Diagnose gestellt wird, als auch bei der Häufigkeit, mit der bei entsprechend gestellter Diagnose eine psychopharmakologische Behandlung erste Wahl ist, gibt es international große Unterschiede. An der Spitze stehen neben den USA Länder wie Kanada, Australien und Norwegen. Deutschland gehörte bisher zu den gemäßigten Ländern (vgl. *Haubl/Liebsch* 2008).

AD(H)S gehört zu der Gruppe von heftig umstrittenen Diagnosen, die medizinsoziologisch von paradigmatischer Bedeutung sind. In Leistungsgesellschaften ist die einzig legitime Art und Weise, sich Leistungsforderungen zu entziehen, krank zu werden bzw. eine Krankschreibung zu erhalten. Dafür stellt das moderne Krankheitskonzept selbst Leistungsforderungen. Die Krankenrolle für sich beanspruchen darf nur, wer unverschuldet Symptome entwickelt, die in eine anerkannte Diagnosekategorie fallen, und sich zudem mit Hilfe von medizinischen Experten um seine Genesung bemüht. Wenn nur dieser Weg offen steht, braucht es nicht zu verwundern, dass es Interessen gibt, immer mehr Leidzustände in anerkannte Krankheiten zu transformieren (vgl. *Haubl* 2007).

Medikamente als
psychopharma-
kologisches
Enhancement

Eine Möglichkeit, sicher zu stellen, dass es sich tatsächlich um eine Krankheit handelt, ist die organpathologische Erklärung der Symptome. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung um die Frage, ob AD(H)S als Dopaminmangel und hirnorganische Krankheit angemessen beschrieben ist (vgl. *Tannock* 1998; *Faraone/Doyle* 2001; *Hüther* 2008; *Gonon* 2008) vollzieht sich zudem vor dem gesellschaftlichen Hintergrund eines Verteilungskampfs um knapper werdende Chancen. Hier geht es auch darum, den sozialen Status der Familie in der nächsten Generation zu bewahren oder sogar sozial aufzusteigen. Eltern bangen um die Zukunft ihrer Kinder, insbesondere ihrer Söhne, die sich den Bedingungen schulischen Lernens nicht anpassen und dadurch riskieren, selektiert zu werden. Sie setzen sich für ihre Kinder ein, die ihrerseits, da sie als „unmündig“ gelten, in der Regel nicht gefragt werden. Nicht wenige von diesen Eltern halten trotz Bedenken an der Medikation fest, damit ihre Kinder in der schulischen Konkurrenz bestehen (vgl. *Walcher-Andris* 2006, *Synofzik* 2006). Dies verweist auf einen Gebrauch der Medikamente als psychopharmakologisches Enhancement, also einer Verwendung, die über die Therapie-Funktion der Medikation hinaus geht und vor allem dazu dient, „normale“ – im Normbereich liegende – Lebensfunktionen zu steigern (vgl. *Lenk* 2006), auf ein Schwanken zwischen medizinischer Notwendigkeit und sozialer Erfordernis, zwischen Therapie oder Enhancement.

3 Einblicke in das empirische Material: Verbesserung als Ziel

Interviews mit den
Betroffenen

Zur Veranschaulichung eines Schwankens zwischen Therapie und Enhancement wird im Folgenden ein Einblick in das empirische Material aus der eingangs erwähnten Studie gegeben. Sie umfasst 60 Interviews mit Jungen im Alter von 7 bis 14 Jahren, die aufgrund einer AD(H)S-Diagnose medikamentiert sind (zur ausführlichen Darstellung der methodischen Vorgehensweise vgl. *Haubl/Liebsch* 2009).

Die Jungen wurden in Leitfadeninterviews nach ihrem Umgang, ihren Erfahrungen und den Bedeutungen mit bzw. hinsichtlich ihrer regelmäßigen Tabletteneinnahme gefragt und sie haben aus ihrem Alltag und von ihren Zukunftsvorstellungen erzählt. Die Auswertung der Interviews erfolgte fallrekonstruktiv. Dabei wurden die Transkripte sowohl vertikal als auch horizontal interpretiert. Die vertikale Interpretation zielte auf die Sinn verstehende Rekonstruktion eines jeden einzelnen Interviews, während in der horizontalen Interpretation die Äußerungen der Jungen über die Interviews hinweg zu den folgenden hermeneutischen Feldern gebündelt wurden:

- Vorstellungen über die eigene Person (Selbstbild)
- Vorstellungen über die eigene Familie und die familiären Beziehungen (Familienbild)
- Vorstellungen über die Schule (Schulbild)
- Geschlechtsrollenvorstellungen (Männer- und Frauenbild)
- Normalität und Devianz (Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen)

- Emotionsregulation
- (Phantasmatische) Bedeutung des Medikaments
- Zentrale Kategorien des jeweiligen individuellen Denksystems (Leit- und Verdichtungsbegriffe)
- Erzählmuster (lebensgeschichtliche Transformation: vor der Medikation, seit der Medikation und in Zukunft).

Der überwiegende Teil der interviewten Jungen nimmt morgens eine Tablette ein, die bei einigen und teilweise bei Bedarf durch die Einnahme einer weiteren Tablette am frühen Nachmittag ergänzt wird. Den Mitschülerinnen und Mitschülern ist die Medikation nicht durchgängig bekannt. Hier ist sie teilweise ein gut gehütetes Geheimnis, wird in anderen Fällen jedoch auch offensiv vertreten und von den Klassenkameraden akzeptiert. Viele der Befragten haben Geschwister, die auch Ritalin oder ein vergleichbares Präparat einnehmen und auch diese Familienähnlichkeit wird von den interviewten Jungen unterschiedlich gesehen: Für einige etabliert sich über diese Gemeinsamkeit Normalität und Alltäglichkeit, andere betonen die Unterschiede zwischen den Geschwistern trotz der gemeinsamen Diagnose und Medikation, weitere fühlen sich deshalb stigmatisiert. Alle befragten Kinder berichten, dass die regelmäßige Einnahme von Tabletten sie zu etwas Besonderem macht.

In dem Sample findet sich eine ganze Reihe von Formen und Umgangsweisen mit dem Medikament, es lassen sich Typen positiver wie auch negativer Objektbesetzung des Medikaments ausmachen. *Ein* Typus, nämlich der, der die Tablette als Enhancer verwendet, soll hier am Beispiel von drei ausgewählten Fällen vorgestellt werden. Diese wurden nach dem Prinzip der Kontrastierung aus insgesamt 23 Interviews ausgewählt, die dem Typus des Enhancers zugeordnet wurden.

Verschiedene Typen positiver und negativer Besetzung des Medikaments

4 Die Tablette als Enhancer – drei Fallbeispiele

4.1 Noel: „Dass ich nicht mehr so viel Quatsch mache ...“

Der zehnjährige Noel nimmt seit drei Jahren Medikinet und versteht die Einnahme der Tabletten als ein Mittel, um besser in der Schule zu werden. Er berichtet, dass er bei einem Intelligenztest in der Schule zwar sehr gut abgeschlossen habe – „Es ist festgestellt worden, dass ich ein Schlauer bin“ –, dass er aber ohne Medikamente sein Schlau-Sein in der Schule nicht zur Wirkung zu bringen vermag. Ohne Medikament, sagt er, „geht es halt nicht bei mir. Ich versuche es, aber es geht halt nicht. Ja, aber es geht halt nicht. Anstrengen, das geht auch nicht so gut, aber, mit den Tabletten, da geht es halt besser.“

Tabletten für's „Schlau-Sein“

Für Noel hat die Tablette eine eindeutige Funktion: Sie ist „fürs Konzentrieren“. Sie bewirkt, dass er besser aufpasst und besser mitbekommt, was die Lehrerin sagt. Er formuliert: „Ja, das ist halt ein Gefühl, das halt gut ist, weil ich merke, dass das Medikament hilft und dass ich nicht mehr soviel Quatsch mache. So wirkt das halt.“ „Ich arbeite mit, verstehe mehr, ich werde ruhiger, den-

ke nicht an andere Sachen“. „Und wenn ich die halt nicht nehme, [...] dann beschweren sich auch die Lehrer. Also ohne die geht fast gar nix.“ Gleichzeitig geht er davon aus, dass die Medikation ihm dabei hilft, sich für das Gymnasium zu qualifizieren, und das ist ihm und seinen Eltern sehr wichtig. Er kennt die Dosierung, spricht von den Unterschieden zwischen den „Dreißigern und den „Vierzigern“. In den Schulferien nimmt er nur die „Dreißiger“. Diese hat er zur Sicherheit auch während der Schulzeit als Vorrat bei sich: „Davon haben wir noch welche übrig und jetzt habe ich welche im Ranzen, falls ich die mal vergesse, kann ich die in der Schule nach nehmen.“

Dass dieser zielgerichtete Mitteleinsatz seinen Preis hat, weiß Noel zumindest auf der manifesten Ebene zu benennen. Er erzählt, dass die Tabletten „ja auch nicht grade billig“ seien und fügt an: „zum Glück bezahlt es ja die Krankenkasse.“

Für Noel ist die Tablette ein Mittel, um eine allgemeine Verbesserung seiner Schulleistung zu erzielen. Unterstützt durch seine Mutter, die froh darüber ist, dass sich Noels Aufmerksamkeit und seine Schulleistungen auf einem konstanten Niveau eingependelt haben, stellt sich für Noel die Wirkung der Tablette vor allem so dar, dass er mit ihrer Hilfe sein Verhalten in der Schule zu regulieren und zu kontrollieren und eine Stabilisierung von Leistung und Verhalten zu erreichen vermag.

Die Unterscheidung
von Heilung und
Verbesserung
verschwimmt

Bei Noel verschwimmt die für moderne Gesellschaften in den Bereichen Medizin, Psychotherapie und Pädagogik lange Zeit grundlegende und damit handlungsorientierende Unterscheidung zwischen Heilung („therapy“) einerseits und Verbesserung („enhancement“) andererseits. Noel geht es sowohl um Heilung eines Leidens, das er als „Quatsch machen“ und „An-andere-Sachen-Denken-Müssen“ beschreibt, als auch darum, einem kulturellen Erwartungshorizont („Mitarbeiten“, „Aufpassen“) durch die Medikation besser als zuvor begegnen zu können. Die ehemals auf Heilung und Wiederherstellung zielende medikamentöse Therapie wird überlagert von dem Ansinnen auf Verbesserung und Optimierung des Zustandes und der Fähigkeiten, die ursprünglich den Anlass für Diagnose und Medikation darstellten. So wie die Krankenkasse die Kosten des therapeutischen Ansinnens übernimmt, so weiß Noel die optimierende Wirkung der Medikation zu regulieren. Die „teuren“ Medikamente werden aufbewahrt, um bei Bedarf „nach zu nehmen“, also das eigene Verhalten unabhängig von Arzt und Therapeut zu steuern.

Der Grad und das Ausmaß der Überlagerung von Therapie und Verbesserung kann jedoch, wie das Beispiel des elfjährigen Andreas zeigt, durchaus gesteigert werden:

4.2 Andreas: „Ich muss noch viele wichtige Klassen machen ...“

Andreas besucht ein humanistisches Gymnasium und nimmt die Tabletten gern, weil es ihm „damit gut geht“. Sein Wohlbefinden macht er an zwei Dingen fest: Zum einen verläuft sein Aufenthalt in der Schule erfolgreich und reibungslos: Er meldet sich, er hat noch nie eine schlechte Klassenarbeit geschrieben, er stört nicht, er passt gut auf und kann seinen Mitschülern den Unterrichtsstoff erklären. Ein Absetzen der Medikation ist für ihn erst in drei bis vier Jahren vorstell-

bar, „weil ich muss noch wichtige Klassen machen“. Zum zweiten schreibt er der Medikation auch seinen Erfolg als Fußballspieler zu. Spaß und Erfolg beim Fußballspiel ist ihm außerordentlich wichtig, er geht jeden Tag zum Training und verbringt die Sonntage zumeist mit einem Fußballturnier. Er hat die Befürchtung, dass ohne das Medikament, seine Leistungen im Fußball womöglich schwächer würden. Dies will er auf jeden Fall vermeiden, denn ihm gefällt sein Leben „gerade ziemlich gut“. Auf die Frage, wie er gern sein möchte, wenn er groß ist, sagt er: „So wie ich bin. Besser geht es nicht“.

Hier zeigen sich eine Wahrnehmung und Umgangsweise mit der Medikation, die eine unmittelbare Verbesserung des Körpers, seiner Funktionen und Leistungen unterstellen. Andreas integriert die (angenommene) optimierende Wirkung des Medikaments in sein Selbstbild und sieht sie als einen legitimen, weil wirkungsvollen Bestandteil seiner selbst an. Die Entgrenzung von Therapie und Verbesserung und das Verschwimmen der Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit in Richtung einer auf Optimierung zielenden Medikation findet, so zeigt das Beispiel, im Kontext einer medizinisch-therapeutischen Verabreichung und durch individuelle Verfügbarkeit gesteuert also durchaus Akzeptanz. Entgegen den überwiegend kritischen Stimmen im biopolitischen Diskurs zum Thema „Enhancement“ (vgl. z.B. *Council of Bioethics* 2003; *Juengst* 1998) nimmt Andreas die Möglichkeit einer Leistungssteigerung für sich in Anspruch. Ein eventuelles Nachlassen seiner Leistungen will er vermeiden; er müsste sich dann mit der sozialen Position von Schwäche auseinandersetzen.

Individuelle
Verfügbarkeit des
Medikaments

4.3 Nicolas: „Und dann: Ah, Superdenker, der Beste ...“

Nicolas ist ein 12-jähriger Junge, der in die 2. Gymnasialklasse geht. Seine Eltern sind sehr auf seine Förderung bedacht, und dies versteht er als glückliche Fügung des Schicksals. Er erzählt: „Manche Familien fördern ihr Kind sehr und manche nicht so, und deshalb kann es jetzt sein Glückssache, wenn man in einer Familie ist, die einen sehr fördern, und Pech, wenn man jetzt in einer ist, die einen nicht so fördern und dafür nicht so viel Verständnis haben. [...] Meine Eltern fördern mich sehr. Sie haben auch schon immer mit mir gelernt. Und sie arbeiten auch selbst viel, und auch pf, also, könnte ich mich auf keiner Weise beklagen.“

Zu seiner Förderung gehören eine gute Ausstattung mit Büchern und Spielsachen, ebenso Geigenunterricht, und auch das Medikament „Medikinet“, das er wegen seiner Diagnose „ADS“ erhält. Er nimmt das Medikament seit der 3. Grundschulklasse. Die Grundschullehrerin hatte zunächst wegen eines Verdachts auf Legasthenie eine Untersuchung angeregt. Die Untersuchung ergibt aber den Befund „ADS“.

Wichtig ist ihm zu betonen, dass ihn seine Eltern nicht gezwungen haben, die Medikamente zu nehmen. Darauf, dass er die Freiheit habe, das Medikament nicht zu nehmen, kommt er im Interview mehrfach zu sprechen: „Ich konnte dann, also auch frei entscheiden, ob ich es nehmen will oder nicht. Sie haben jetzt nicht meine Eltern gesagt, ‚du musst das nehmen‘ oder so.“

Ursprünglich sind Nicolas' Erwartungen an die Wirkungen des Medikaments groß gewesen. Er sagt: „Am Anfang war ich ganz aufgeregt: Ahh, wie ein Wun-

dermittelt, jetzt passiert das und das, und dann: Ah, Superdenker und der Beste. Aber jetzt ist es eigentlich normal für mich geworden, wie Zähne putzen.“

Normalisierung und
Enttäuschung

„Normal“ bedeutet hier, dass Nicolas das Medikament inzwischen selbstverständlich nimmt. Seine Enttäuschung besteht darin, dass er den Erfolg des Medikaments in der Grundschule auf dem Gymnasium bisher nicht wiederholen kann. In der Grundschule wird er durch das Medikament von einem mittelguten zu einem sehr guten Schüler, der die Grundschule mit fünf Einsen verlässt. Auf dem Gymnasium erzielt er mit dem Medikament keinen vergleichbaren Erfolg. Von den fünf Einsen ist er einiges entfernt. „In der Grundschule hat es dann viel mehr den Unterschied gemacht, habe ich’s jetzt genommen oder hab ich’s nicht genommen. (...) aber jetzt ist es nicht mehr so ne unterschiedlich, also abstrakter Unterschied.“

„Abstrakt“ meint so viel wie: wo das Medikament theoretisch einen Unterschied in der Verbesserung der Leistungsfähigkeit machen sollte, macht es keinen vergleichbaren Unterschied mehr. Im Gymnasium ist er wieder nur ein mittelguter Schüler, der seinen Leistungsstand mit Hilfe der Medikamente gerade einmal hält. Nach seiner Diagnose hat es etwas gedauert, bis für ihn eine wirksame Dosis gefunden war. „Ich hab erstmal mit den 10[mg] angefangen und das hatte nicht so Erfolg, und dann sind wir noch irgendwie zum Arzt gegangen, ob auch 15 okay sind. Hat er gesagt, ‚jaa‘, und dann, ja, haben wir das getestet, das war effektiver und also.“

Inzwischen nimmt er zwei Mal am Tag das Medikament. Morgens 30 Milligramm, eine 20er und eine 10er, und später noch einmal 20 Milligramm. Und beiläufig überlegt er, ob das Medikament nicht höher dosiert werden sollte, da er inzwischen schwerer geworden sei.

Nicolas denkt seinen Gebrauch des Medikaments, mit dessen Hilfe er sich besser konzentrieren kann, ganz von schulischen Erfordernissen her. Es sind die Erfordernisse einer G8-Klasse, in der viele Unterrichtsstunden anfallen, über die er aber, ohne groß zu klagen berichtet: „montags sechs Stunden, dienstags neun Stunden, mittwochs acht, donnerstags acht, freitags acht. Das ist eigentlich schon sehr viel. Und dann noch drei Stunden Hausaufgaben. Oft jeden Tag.“

System der Selbst-
Dosierung

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, entwickelt Nicolas ein ausgeklügeltes System der Selbst-Dosierung, bei der er genau darauf achtet, dass zwischen der ersten und der zweiten Tabletteneinnahme mindesten vier Stunden Abstand sind, um eine Überdosierung zu vermeiden. Wann genau er die zweite Tablette nimmt, hängt davon ab, welchen Unterricht er in den letzten Stunden hat und wie viele Hausaufgaben zu machen sind. Was den Unterricht betrifft, so unterscheidet er genau zwischen Haupt- und Nebenfächern: „Also bei Hauptfächern ist es mir besonders wichtig (...) und wenn ich jetzt fünfte oder sechste Stunde irgendein Hauptfach oder so habe, dann denke ich schon. Weil es kommt darauf an, Englisch baut aufeinander, oder Mathe aufeinander auf (...) aber wenn man jetzt in Kunst mal, einmal nicht so aufpasst, ist das jetzt nicht so schlimm wie in einem Hauptfach, was dann aufeinander aufbaut.“ Entsprechende strategische Überlegungen entscheiden auch darüber, ob Nicolas seine Medikamente am Wochenende einnimmt.

Das Beispiel illustriert eine Variante von Wahrnehmung und Bewertung kindlicher Verhaltensformen, die deutlich Momente eines erwachsenen Verhal-

tens aufweist. Nicolas Leben ist konzentriert auf einen Aufgabenbereich, die Schule, und diesen erfüllt er gewissenhaft und ohne zu klagen. Sein kindlicher Lebensbereich ist in Entsprechung zu dem Leben der Erwachsenen organisiert. Seine Eltern arbeiten auch viel und sie unterstützen und fördern ihn in seiner Entwicklung, und so ist es für Nicolas folgerichtig, die Empfehlung der Erwachsenen – der Grundschullehrerin, des Kinderarztes und seiner Eltern – zur medikamentös gestützten Regulierung seines Verhaltens anzunehmen. Dass er betont, dies freiwillig und aus eigener Überzeugung zu tun, ist Zeichen seiner Selbstständigkeit und Ebenbürtigkeit.

Auch fällt auf, dass Nicolas über ein differenziertes Wissen eine ‚normale Entwicklung‘ betreffend verfügt. Er hat zudem ein Verständnis von der Altersangemessenheit seiner Leistungen und macht seine soziale Passung als Grundschulkind oder Gymnasialschüler an ausgewählten, verdichteten Einzel-Ergebnissen, an den Noten und seiner Krankheitsdiagnose, fest. Er kennt die sozialen und schulischen Anforderungen sehr genau und weil seine situative Performanz zu den für sein Alter beschriebenen Kompetenzen und Verhaltensweisen nicht passt, initiiert er weitere Maßnahmen, um die Passung herzustellen: er variiert die Dosierung seiner Medikation.

Die Vorstellung von kindlicher Entwicklung, an der sich Nicolas so selbstverständlich ausrichtet, versteht Medikamentierung als unproblematisches und adäquates Mittel zur Erfüllung sozialer Erwartungen und Standards. Er, wie auch Andreas und Joel, übernehmen *als Kinder* Verantwortlichkeiten für Gesundheitsrisiken und werden für die Herstellung von Statusdistinktion und Statusreproduktion zuständig gemacht. Dass sie dies begleitet von Handlungsunsicherheiten mehr oder weniger erfolgreich tun, kann als ein Hinweis auf die Intensität und auch die Reichweite sozialer Anforderungen gelesen werden. Sie induzieren ein nun auch kindliches Bemühen, sozialem Abstieg und Exklusion vorzubeugen.

Kinder übernehmen Verantwortung für den Erhalt des sozialen Status

5 Generation, Gesundheit und Geschlecht als Indikatoren neuer sozialer Differenzierungen

Die in dem empirischen Material verhandelten Bedeutungen betreffen, legt man einen allgemeinen Maßstab an, vor allem die Kategorien ‚Geschlecht‘, ‚Gesundheit‘ und ‚Generation‘. Zum einen haben wir es hier mit einem hochgradig geschlechtsspezifischen Phänomen zu tun, bei welchem vor allem männliche Kinder auffallen und als stigmatisiert und marginalisiert erscheinen. Dass sie dabei mehrheitlich von Müttern und Grundschullehrerinnen begleitet werden, die von zumeist männlichen Kinderärzten und Therapeuten unterstützt werden, verweist zudem auf eine Geschlechtstypik in dem spezifischen Generationenverhältnis, in dem die sich ausbreitende Erscheinung AD(H)S organisiert ist. Darüber hinaus lässt sich für das hier sichtbar werdende Generationenverhältnis eine Tendenz zur Angleichung der Generationen beschreiben. Zumindest hinsichtlich des Grads an Bewusstheit ihre Aufgaben und Anforderungen betreffend, erscheinen die interviewten Kinder wenig ‚kindlich‘ im herkömmlichen

Angleichung der Generationen?

Sinne. Vielmehr haben alle Befragten ein dezidiertes Wissen und Einsehen in das (vermeintliche) Erfordernis, sich im Rahmen der Schule zu bewähren, um so Optionen auf die Zukunft zu sichern. Damit zeichnen die befragten Kinder sich als Vertreter bzw. Akteure eines Verständnisses von Gesundheit aus, das den Individuen einen reflektierten und sorgsamem Umgang mit den eigenen gesundheitlichen Gefährdungen abverlangt. Die in dem empirischen Material sichtbar gewordenen kindlichen Repräsentationen von Körper, Krankheit und Normalität verdeutlichen eindrücklich, dass die diskursive Macht bestimmter Darstellungsformen, die Sichtbarmachung bestimmter Probleme und die Problematisierung bestimmter Verhaltensweisen auch die Auswahl bestimmter Problemlösungsansätze legitimiert.

Solche veränderten Verständnisse von Generation, Gesundheit und Geschlecht geben Hinweise darauf, wo und wie sich neue Formen sozialer Ungleichheit gesellschaftlich Ausdruck verschaffen. So lassen sich beispielsweise die Aussagen der interviewten Kinder, dass deren Eltern wie auch das außerfamiliäre Erziehungs- und Lehrpersonal der Ansicht sind, dass bereits in der Grundschulzeit Weichen für die gesellschaftliche Verteilung von Lebenschancen gestellt würden, dahin gehend interpretieren, dass Hoffnungen auf sozialen Aufstieg wie auch Ängste vor sozialem Abstieg in der Generationenfolge nicht mehr nur in den weiterführenden Schulen sozial differenzierend wirken. Die betroffenen Kinder wissen, kennen und spüren diese Hoffnungen und Ängste der Erwachsenen, und dass sie selbst an ihren Symptomen leiden, verstärkt den Sog und Druck, sich den Zielen der Erwachsenen anzupassen. Da der Umgang wie auch die Behandlung einer diagnostizierten AD(H)S unauflösbar in die Erziehung des minderjährigen Nachwuchses eingebettet sind, sind auch die meist als „medizinisch“ legitimierten Interventionsmaßnahmen doch zugleich auch Erziehungspraktiken. Die Fallbeispiele zeigen hier, wie Erziehungsberechtigte und ihre Stellvertreter ihre eigenen Vorstellungen von einem Erfolg versprechenden Leben mit Hilfe der Diagnose und der aus ihr abgeleiteten therapeutischen und/oder pharmazeutischen Interventionen bei ihren Kindern durchsetzen. Dies geschieht nicht selten, ohne die Kinder an den relevanten Entscheidungen zu beteiligen. Wenn aber die Therapie einzig in der Behandlung mit Psychopharmaka besteht, ist dies insofern problematisch, weil Medikamente dazu verleiten, auf eine Sinn verstehende Auseinandersetzung mit den auffälligen Verhaltensweisen zu verzichten. Ein Generationenverhältnis aber, in dem die Älteren die eigenen Hoffnungen und Ängste im Rahmen einer Medikalisierung der Jüngeren bearbeiten, etabliert eine Form sozialer Ungleichheit, die quer zu sozialen Schichten verläuft.

Das Medikament als Erziehungspraktik

Auch ein Verständnis von „Krankheit“, das vor allem biomedizinische Ursachen anführt, um soziale Auffälligkeiten zu erklären, hat sozial differenzierende Auswirkungen (vgl. *Timini* 2002; *Dreher/Dreher* 1999). So wird bei AD(H)S – und auch nicht selten im Verständnis der befragten Kinder – häufig auf neurobiologische, genetisch bedingte Ursachen von AD(H)S rekurriert, die strikt zwischen Natur und Kultur trennen: Das Genom eines Menschen ist seine Natur, die in keiner Wechselwirkung mit der Kultur steht, in der er lebt. Diese Dichotomie gilt in der neurobiologischen Grundlagenforschung, die das Modell eines „gebrauchsabhängigen Gehirns“ (vgl. *Perry* u.a. 1998) favorisiert, als

überholt. An ihr wird jedoch gerne festgehalten, weil sie es erschwert, handelnde Menschen bzw. die Handlungen von Menschen, wie etwa Eltern, für die Aktivierung des dopaminergen Systems ihrer Kinder verantwortlich zu machen, und zudem alle Bemühungen, der Entstehung von Symptomen durch die bewusste Gestaltung einer die psychische Gesundheit fördernden Mit- und Umwelt vorzubeugen, als nutzlos, aber kostspielig delegitimiert.

Verständnisse von Krankheiten werden im Prozess der Erkenntnis nicht weniger „erfunden“ als „entdeckt“, weshalb die beanspruchte Evidenz auf der sich selbst stützenden Anwendung eines intersubjektiven Kategoriensystems basiert. Ein solches System markiert bestimmte Verhaltensweisen als auffällig, indem es Aussagen über Verteilung, Normalität und normativ Gewünschtes mit einem gesellschaftlich bevorzugten Lebensstil und den gesellschaftlichen Verhältnissen gleichsetzt.

Verständnisse und Definitionen von Krankheiten sind, so gesehen, das kontingente Ergebnis eines Diskurses, der im Moment seiner erfolgreichen Etablierung dazu tendiert, den kontroversen Konstruktionsprozess still zu stellen und in Folge dessen sein Ergebnis zu verabsolutieren, um es gegen Kritik zu immunisieren. Verbunden damit ist eine Enthistorisierung der beobachteten psychosozialen Auffälligkeiten, die dann nicht länger als Reaktionen oder ‚Antworten‘ auf spezifische Lebensumstände erscheinen.

Krankheiten, Diagnosen und Umgangsweisen mit dem Körper sind deshalb, folgt man den Überlegungen von *Ian Hacking* (1990, 2006), als „engines of discovery“ daran beteiligt, die soziale Position und Einbettung der Kranken sowie den normativen und kommunikativen Kontext der von Diagnosen Betroffenen zu bestimmen. Dies gilt für die Medikamentenverordnung und Medikamenteneinnahme gleichermaßen. Hier lässt sich festhalten, dass das AD(H)S-Medikamenten-Monitoring in der Familie überwiegend in die Zuständigkeit der Mütter fällt. Sie sorgen für eine regelmäßige Einnahme und treffen gegebenenfalls die Entscheidung, die Dosierung zu verändern. In den Erzählungen der von uns Befragten beteiligen sich Väter kaum an der praktischen Umsetzung der ärztlichen Verordnung. Auch sind sie, so wird von vielen Jungen berichtet, dem symptomatischen Verhalten ihrer Söhne gegenüber toleranter als die Mütter. Sie sehen, so berichten die Befragten, ihre Söhne als „richtige“ Jungen und schätzen sie auch als genau diese. „Pappa“, sagt ein Interviewter, „mag mich auch, wenn ich wild bin“.

Dies zeigt, dass die Medikamentierung begleitet ist von Gedanken, Vorstellungen, Phantasien und Gefühlen, die vermutlich die Handhabung des Medikaments beeinflussen und womöglich, man denke an den Placebo-Effekt, auch seine Wirkung variieren. Die Verordnung und Einnahme von Psychopharmaka wirkt nicht nur als chemische Substanz, sondern auch als Bedeutungsträger. Ritalin als Bedeutungsträger zu verstehen, heißt zum einen in Erfahrung zu bringen, welche Bedeutung das Medikament im Einzelfall hat; für das Kind, seine Eltern, seine Geschwister und Freunde. Zum zweiten gehört es zur Frage nach der Funktion des Medikaments als Bedeutungsträger, die psychosozialen Auswirkungen der Medikation und eventuelle Schuld- und Schamgefühle oder auch Verunsicherungen, die im Zusammenhang mit der Medikation auftreten, in den Blick zu nehmen. Drittens schließlich ist jede Medikation mit der Erwartung

Die soziale
Konstruktion von
Krankheiten

von Nutzen, Erleichterung und Verbesserung der Lebensqualität verbunden. Welche konkreten Vorstellungen damit genau verbunden sind, hängt nicht zuletzt von gesellschaftlichen Werten und Normen wie auch deren Chancen auf Realisierung im spezifischen Alltag der Betroffenen und Beteiligten ab.

Die Typisierung verhaltensauffälliger Kinder als „AD(H)Sler“ wie auch die Einnahme entsprechender Medikamente bewirken eine soziale Unterscheidung, die anders gelagert ist als die herkömmliche Differenzierung zwischen ‚kranken‘ und ‚gesunden‘ Kindern. Im Unterschied zu einem zuckerkranken Kind, einem Kind mit einem Herzfehler oder einer körperlichen oder geistigen Behinderung wird die Diagnose AD(H)S aufgrund einer sozialen und intersubjektiven Auffälligkeit als „Störung“ sozial-kognitiver Fähigkeiten vorgenommen. Dabei werden *Verhaltensauffälligkeiten* medikamentiert, und eine physiologische Begründung von sozialer Abweichung bzw. Schwäche ermöglicht die Ankopplung an das gesellschaftliche Verständnis von Krankheit.

Dies gibt eine Ahnung davon, entlang welcher Differenzierungslinien sich soziale Ungleichheiten zwischen Kindern zukünftig noch konstruieren lassen.

Literatur

- Barkley, R. A.* (2003): Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development* 15, S. 77-83.
- Biederman, J.* (2005): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry* 57, S. 1215-1220.
- Biederman, J./Faraone, S. V./Lapey, K.* (1992): Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 1, S. 335-360.
- Biederman, J./Newcorn, J./Sprich, S.* (1991): Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry* 148, S. 564-577.
- Council of Bioethics* (2003): Beyond Therapy, Biotechnology and the Pursuit of Happiness. A Report of the President's Council of Bioethics. – Washington D.C.
- Dreher, E./Dreher, M.* (1999): Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In: *Oerter, R./von Hagen, C./Röper, G./Noam, G.* (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. – Weinheim, S. 623-653.
- Faraone, S. V./Doyle, A. E.* (2001): The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 10, S. 299-316.
- Gonon, F.* (2008): The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neurosciences*, 32, 1, pp. 2-8.
- Hacking, I.* (1990): *The taming of chance*. – Cambridge
- Hacking, I.* (2006): *Kinds of People: Moving targets*. *British Academy Lecture* 10, S. 1-18.
- Haubl, R.* (2007): Krankheiten, die Karriere machen: Zur Medizinalisierung und Medikalisierung sozialer Probleme. In: *Warrlich, C./Reinke, E.* (Hrsg.): *Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S*. – Gießen, S. 159-172.
- Haubl, R./Liebsch, K.* (2008): Mit Ritalin leben. Zum Selbstverständnis von Jungen mit AD(H)S. *Psyche* 7, S. 673-692.
- Haubl, R., Liebsch, K.* (2009): „My mother thinks that this is the case, and so does my teacher. I, for my part, do not notice any difference“: methodological reflections on intersubjectivity in the research process with children. *Journal of Social Work and Practice*, 2, 23, S. 229-243.
- Hüther, G.* (2008): Dopaminerges System, exekutive Frontalhirnfunktionen und die Wirkung von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADS-Symptomatik. In: *Bon-*

- ney, H. (Hrsg.): ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. – Heidelberg, S. 80-97.
- Juengst, E. (1998): What Does Enhancement Mean? In: *Parens, E.* (Hrsg.): *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications.* – Washington, S. 29-47.
- Lenk, C. (2006): Verbesserung als Selbstzweck? Psyche und Körper zwischen Abweichung, Norm und Optimum. In: *Ach, J./Pollmann, A.* (Hrsg.): *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse.* – Bielefeld, S. 63-78.
- Perry, B. D./Pollard, R. A./Balkley, T. L./Baker, W. L./Vigilante, D. (1998): Kindheitstraumata, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 99, S. 277-307.
- Synofzik, M. (2006): Kognition á la carte? Der Wunsch nach kognitionsverbessernden Psychopharmaka in der Medizin. *Ethik in der Medizin* 18, 1, S. 37-50.
- Tannock, R. (1998): Attention-deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39, S. 65-99.
- Timini, S. (2002): *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood.* – New York.
- Walcher-Andris, E. (2006): Ethische Aspekte des pharmakologischen „cognition enhancement“ am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulanzien durch Kinder und Jugendliche. *Ethik in der Medizin* 18, 1, S. 27-36.