



SOGENANNT E DIAGNOSEKRITERIEN



Im folgenden sind die Diagnosekriterien aufgelistet, die heute das offizielle Instrument darstellen, um die sog. ADHS zu bestimmen. Der aufgezeigte Symptomkatalog zeigt sehr deutlich das eigentliche 'Hauptvergehen' der betroffenen Kinder auf: sie scheinen in ihrer jungen Persönlichkeit nicht in der Lage zu sein, die Grundbedingungen bereitzustellen zu können, die notwendig sind, um den schulischen Anforderungen zu genügen. Diese definierten Anforderungen aber offenbaren auch das implizite Verständnis eines gesunden und 'normalen' Kindes, das sich durch 'optimale Steuerung' des Verhaltens auszuzeichnen hat. Nehmen Sie sich jetzt einen Moment lang Zeit, und studieren Sie die Diagnosekriterien sorgfältig und kritisch. Bedenken Sie aber, dass es sich bei diesen um 'KRANKHEITSZEICHEN' im Kindesalter handeln SOLL!

Was ist ein
Normalverhalten?



Diagnostische Kriterien der ADD/ADHD Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung

nach: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994)
Für eine ADD/ADHD-Diagnose nach DSM IV müssen entweder A1 und/oder A2 sowie B, C, D und E zutreffen.

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

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

A1 Kriterien Unaufmerksamkeit nach DSM-IV:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellem Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren

A2 Kriterien Hyperaktivität / Impulsivität nach DSM-IV:

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben"
- redet häufig übermässig viel
- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (Dazwischen-Reden)



- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich



- B** Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf
- C** Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause)
- D** Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein
- E** Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)

KOMMENTAR:

Die oben aufgeführten Diagnosekriterien sind die Kriterien, die letztlich über die für alle Beteiligten so zentrale Frage entscheiden: Ist das Kind krank? Hat das Kind einen genetisch bedingten, hirnorganischen Schaden? Muss das Kind, weil es eine hirnorganisch bedingte Stoffwechselstörung hat, medikamentös behandelt werden, damit es eine ‚normale‘ Entwicklung haben kann? Und darf ich als Vater, als Mutter - wenn diese Diagnosekriterien eine ADHS ‚Krankheit‘ feststellen - überhaupt davon absehen, dem Kind ein Medikament zu geben? Darf man eine Medikation überhaupt in Frage stellen, wenn man sich nicht dem Vorwurf aussetzen will, dem Kind eine ‚normale‘ Entwicklung vorenthalten zu wollen? Es sind schwerwiegende Fragen, die jedem Elternteil schlaflose Nächte bereiten können, denn keiner will ernsthaft seinem Kind eine ‚normale‘ Entwicklung verunmöglichen!

Es fällt schwer, Diagnosen, die ja von ‚kompetenten‘ Fachkräften aufgestellt werden, in Frage zu stellen. Aber ist es nicht eine notwendige Pflicht – sowohl für besorgte Eltern wie auch für die kritische Fachkraft -, dies in anbetracht der nicht mehr haltbaren Zunahme an ‚ADHS‘ Krankschreibungen zu tun?

Der Leser muss als Erstes wissen: Diagnosen werden gemacht! Diagnosen werden beschlossen!¹ Diagnosen werden kreiert!² Diagnosen sind abhängig vom Zeitgeist! Diagnosestellungen sind abhängig vom jeweils historisch bedingten Menschenbild! Diagnosen sind auch abhängig vom Entwicklungsverständnis, von der persönlichen Biographie, von der fachlichen Ausrichtung desjenigen, der Diagnosen aufstellt! Ja selbst der Tatsache muss man ins Auge blicken, dass die Diagnoseformulierungen auch interessensgeleitet³ sind (z.B. durch die Pharmabranche⁴)

Wir **müssen** uns also mit den Kriterien dieser Diagnose genauestens auseinandersetzen, wollen wir nicht dem Irrsinn verfallen, dass Verhaltensweisen, die jede Mutter, jeder Vater noch als normal bezeichnen würden, plötzlich Verhaltensweisen von Krankheitswert sein sollen! Betrachten wir also die oben aufgeführten Kriterien, so stellt sich die Frage nach dem impliziten Verständnis vom ‚gesunden‘ Kind? Ist denn ein Kind tatsächlich krank sein, wenn es z.B. ‚Anweisungen anderer häufig nicht vollständig durchführt‘, wenn es ‚sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben beschäftigt, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern‘, wenn es ‚häufig Schwierigkeiten hat, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen‘ oder wenn es ‚häufig mit Antworten herausplatzt, bevor die Frage zu Ende gestellt ist‘?

Folgen Sie bitte einem kleinen gedanklichen Experiment: Sie haben die ‚Diagnosekriterien‘ kennen gelernt, mit denen das Kind als krank verstanden wird! Versuchen wir doch einmal - mit den gleich begrifflichen Inhalten - zu definieren, wann ein Kind als gesund zu beschreiben ist. Dazu stellen wir exemplarisch einige dieser Diagnosekriterien in ihrer Umkehrung dar:

A1 Zu den Kriterien der Unaufmerksamkeit

- beachtet fast immer Einzelheiten oder macht selten Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten
- hört fast immer zu, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt fast immer Anweisungen anderer

A2 Zu den Kriterien Hyperaktivität / Impulsivität

- hat selten Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- redet selten übermässig viel
- platzt selten mit den Antworten heraus, bevor die Frage



vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz zu Ende bringen

- vermeidet selten, oder hat keine Abneigung gegen oder beschäftigt sich selten nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern
- lässt sich selten durch äussere Reize leicht ablenken

zu Ende gestellt ist

- kann leicht warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere selten (Dazwischen-Reden)

Fassen wir diese Logik zusammen: Wenn ein Kind mit z.B. 6 oder 7 Jahren diese Kompetenzen bereits beherrscht, wäre es - in Umkehrung der Logik der Krankschreibung – gesund, es wäre normal! Aber ist das wirklich ein normales Kind?

Und sicher kommt sofort Ihr **berechtigter** Einwand: „Das kann doch nicht normal sein! Das kann man doch von einem Kind in diesem Alter gar nicht erwarten! Das muss es doch alles erst lernen, zumal ja nicht einmal viele Erwachsene diese Kompetenzen beherrschen!“ Und Sie haben Recht mit diesem Einwand!

Nicht nur, dass man von einem Kind etwas abverlangt, was Erwachsene oftmals noch nicht beherrschen. Hier geht es vielmehr auch um ein absurdes psychologisches Konstrukt, dass man ein **NOCH NICHT KÖNNEN** des Kindes (auch wenn es mehrere Merkmale auf einmal auf sich vereint!) als krank (in einem hirnganischen Sinn!) taxiert, und somit die Notwendigkeit eines geleiteten Lernprozesses, in dem das Kind diese Kompetenzen erst **LERNEN** muss, aus den Augen verliert.

Betrachten wir dagegen dieses **NOCH NICHT KÖNNEN** als gesund, so verlangt der Lernprozess des Kindes von seinem sozialen Umfeld eine jahrelange Geduld und Verantwortungsübernahme ab. Lernen und Geduld wird in dieser Sicht ein untrennbares Wortpaar! Könnte man heute nicht fast vermuten, dass sich die Erwachsenenwelt leise durch die Hintertür der Diagnose aus der Verantwortung schleicht, dem Kind mit eben dieser Geduld genau das beizubringen, was es eines Tages als Rüstzeug für das Leben haben sollte?

Anmerkungen

1. International Consensus Statement on ADHD: January 2002
Clinical Child and Family Psychology Review 5(2): 89-111; Jun 2002
2. British Medical Journal (BMJ) Bd. 324, S. 886, 2002
3. British Medical Journal (BMJ) Bd. 324, S. 886, 2002
4. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 1 Juli 2002, Nr. 29: „Mit Pillen gegen Schüchternheit“