



Foto: Eberhard Jähne

Krankheitskonstrukte

Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma

Der Autor geht am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizitstörungen bei Erwachsenen der Frage nach dem Sinn und Unsinn neuer Krankheitskonstrukte nach.

Thomas Weniger

Seltsam war es schon, dass sich über die vielen Jahrzehnte, in denen Kinder weltweit mit amphetaminähnlichen betäubungsmittelrezeptpflichtigen Medikamenten (Methylphenidat) behandelt wurden, kaum einer die Frage stellte, was aus dieser „Störung“ – dem „Disorder“ – wird, wenn die Betroffenen das Erwachsenenalter erreichen. Vermutlich gab es einen Konsens, das Ganze „wachse sich aus“. Vielleicht ist es dieser fehlenden Wahrnehmung zu verdanken, dass das Pendel dann so vehement in die andere Richtung drehte und das Phänomen „Aufmerksamkeitsdefizitstörung im Erwachsenenalter (ADD)“ in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit eine nahezu inflationäre Zuwendung erfährt. Es existiert kaum ein Medium, das nicht dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder seinen Spielarten – wie dem „Messie-Syndrom“ – Raum gegeben hätte.

Erhöhte Unfallgefahr

Bereits 1846 beschrieb der praktische Arzt und Geburtshelfer Heinrich Hoffmann in der zweiten Fassung seines Buches Struwwelpeter die Geschichte vom Zappelphilipp und zeigt in Wort und Bild eine Konzentrationsstörung einschließlich der meist hiermit verbundenen Bewegungsunruhe bei Kindern. Rückblickend begann damals die Festlegung einer Entität, die aus heutiger Sicht die Kernauffälligkeiten einer mangelhaften Aufmerksamkeitsfokus-

sierung, einer erhöhten Ablenkbarkeit sowie Impulsivität erkennen lässt.

Nach außen hin zeichnen sich Betroffene dadurch aus, dass sie unorganisiert erscheinen, einen Mangel an Durchhaltevermögen bei der Bewältigung von Aufgaben erkennen lassen und sich aufgrund ihrer nur schwach ausgeprägten Antizipierbarkeit von Folgen des eigenen Verhaltens oft sozial unangemessen verhalten oder sich scheinbar bedenkenlos Gefahrensituationen aussetzen. Gerade letzterem Umstand wird – bedenkt man neuere Studien, die eine erheblich erhöhte Unfallgefährdung und -häufigkeit Betroffener belegen – nicht der Stellenwert zuerkannt, der ihm zustehen könnte.

Eine weitere vernachlässigte Implikation der ADD-Auffälligkeiten ist die durchgängig vorhandene Beziehungsstörung der Betroffenen: Schon die Kinder stoßen mit ihrem Verhalten auf soziale Ablehnung, erleben, dass sie von Gleichaltrigen gemieden und beispielhaft nicht auf Kindergeburtstage eingeladen werden. Jugendliche scheitern in ihren teils zwanghaft wirkenden Anpassungsversuchen an die peergroup und werden zu verschrobene Außenseitern oder machen mit Destruktivität, Delinquenz oder Suchtverhalten auf sich aufmerksam. Erwachsene reiben sich in Kämpfen um ihre scheinbar fehlende Konsensbeziehungsweise Teamfähigkeit am Arbeitsplatz und in der Familie auf.

Schwierigkeiten, die betreffende „Störung“ im Sinne eines sauber und damit distinkt abgrenzbaren Übergangs von der „Normalität“ zu unterscheiden und damit zu operationalisieren, sind offensichtlich. Versuche in Form psychologischer Tests nach Art von Eigen- und Fremdbeurteilungsskalen oder computergestützte Leistungstests konnten sich letztlich niemals vollständig dem Vorwurf einer gewissen Willkür in der Abgrenzung von „gesund“ zu „krank“ entziehen.

Die Diagnose des ADD ist schwierig, weil es sich um ein Muster handelt. Deswegen lässt sich nach Art eines Puzzles oft erst dann wahrnehmen, wenn es aus einer gewissen Distanz betrachtet wird. Alle zur Diagnose führenden Merkmale sind für sich betrachtet als Überzeichnungen an sich normaler Phänomene verstehbar, ohne dass jeweils ein si-

cherer Übergang von gesund zu krank festlegbar wäre. Andererseits kann bei der Betrachtung des Einzelfalls jedes dieser Puzzleteile auch fehlen, ohne zu verhindern, dass der Kenner unter Zusammenschau der verbliebenen Teile ein diagnostisch ausreichendes Gesamtbild herauslesen kann.

Diese Umstände begründen die diametral unterschiedlichen Positionen des derzeit vehement geführten Lagerkampfes über die Existenz sowie Konsequenz der Frage ADD im Erwachsenenalter,

„Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“

Max Frisch in
„Mein Name sei Gantenbein“

der sowohl in der Fachwelt als auch von interessierten Betroffenen geführt wird. Wie es dem Wesen einer solchen Auseinandersetzung entspricht, kann keiner der Kontrahenten wirklich verstehen, warum die andere Seite für die eigenen vermeintlich logischen Argumente taub zu sein scheint. So unterliegen die ADD-Befürworter ohne Zweifel der Gefahr einer Übergeneralisierung des von ihnen vertretenen Syndroms. Hingegen ist es den Ablehnern zu verdanken, dass Betroffene regelhaft zu spät oder gar nicht mit den Möglichkeiten, die nach heutigem Verständnis den Merkmalsträgern angeboten werden können, in Kontakt kommen.

Ein Integrationsversuch dieser Positionen kommt nicht ohne eine Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn von Krankheitskonstrukten aus, die insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie zu einer Reduktion und Festbeschreibung psychischer Individualität auf den Torso des ICD-Systems führen.

„Einrasten“ in Krankheitskonstrukt

Der Einfluss ärztlicher Diagnosestellung geht in seiner Wirkung für gewöhnlich jedoch leider den umgekehrten Weg. Nominalisierungen wie Depression, Missbrauchsoffer, Mobbing, aber eben auch ADD erschaffen neue innere und äußere Wirklichkeiten mit einem unvorhersehbaren Effekt auf die weitere Lebensgestaltung der Betroffenen, wobei diese Umstände den Verursachern in der Regel vorenthalten bleiben. Im besten Fall lässt sich ein unbestimmtes inneres Unbehagen wahrnehmen, wenn das Gegenüber nach dem Anbieten einer Diagnose zur beiderseitigen Erleichterung in das damit verbundene Krankheitskonstrukt „einrastet“. Schon Piaget beschreibt das subjektive Wohlgefühl, das sich beim „Auszug von Invarianz“ aus einer scheinbar strukturlosen Umwelt einstellt und das zurückgeht auf die tiefe Befriedigung, „etwas verstanden zu haben“. Insbesondere im Falle der Psychowissenschaften besteht eine Akzentuierung dieses Anliegens, denn im Ideal möchte man ähnlich „exakte Wissenschaft“ betreiben, wie dies traditionell der somatischen Medizin zugeschrieben wird. Im Extremfall kann die Ablehnung

eines angebotenen Krankheitskonstruktes durch den Patienten als „Widerstand“ oder „fehlende Krankheitseinsicht“ abgetan werden und dient als zusätzlicher Beleg für das Ausmaß der zugeschriebenen Abnormalität.

Die Möglichkeit einer Nervenheilkunde ohne Diagnosen gibt es sicher nicht. Die Wahrnehmung dieser Abhängigkeit nimmt den Arzt jedoch umso mehr in die Verantwortung, stets kritisch darüber Rechnung abzulegen, wofür. Die Festlegung des inneren Erlebens eines Patienten auf Depression macht Sinn, weil sie die Basis einer komplexen Entscheidungs- und Entlastungsstrategie bildet, die beispielhaft zu Krankenschreibung sowie zur Kostenübernahme der Krankenkasse führt und dem Patienten „nahe legt“, Eingriffe in seine körperliche und seelische Integrität zuzulassen, um eine Verbesserung seiner Befindlichkeit zu erreichen.

Unklarheit herrscht jedoch darüber, wann dieses temporär hilfreiche Krankheitskonstrukt seine Schuldigkeit getan hat und in die Büchse der Pandora zurückkehren darf. Einem Ideal käme es nahe, das Hinzufügen einer Diagnose in einen Wachstums- beziehungsweise Gesundungsprozess als Hilfskonstrukt auf Zeit zu verstehen, ähnlich einem Katalysator, der „eine Reaktion in Gang bringt oder beschleunigt und nach deren Ablauf unverbraucht daraus hervorgeht“. Viele Neurologen und Psychiater, die seit Jahrzehnten mit Studien daran arbeiten, eben genau dies zu vermeiden, nämlich das erfolgreiche Ausklinken aus dem mentalen Krankheitskonstrukt und dies durchaus mit einem fürsorglichen Anliegen für die Patienten, werden dies ablehnen. Legt man die Ergebnisse der neueren Hirnforschung zugrunde, schwingt sich das Gehirn auf eine einmal beschrittene Verarbeitungs- und Reaktionsweise (Stichwort: kindling) in einer ihm eigenen Trägheit ein und ist nur schwer zu bewegen, diese ausgetretene Bahn wieder zu verlassen. Pointiert ausgedrückt macht also jede Depression die Folgedepression wahrscheinlich(er) und gehört daher mit allen Mitteln behandelt. Da geht es nicht, wenn sich einer, der sich wieder gut fühlt, als gesund ansieht.

Diese Ansätze bilden die rationale Grundlage für aggressive Rückfallprophylaxekonzepte und heben die Be-

deutung der Frühinterventionen bei psychischen Erkrankungen hervor. Den so diagnostisch Stigmatisierten bleibt dabei jedoch oftmals nur – um es mit André Heller auszudrücken –, sich „die Verzweiflung zu möblieren“ und das Selbst- und Fremdbild eines Depressiven, eines Zyklotymen, eines Neurotikers, Psychotikers oder eben neuerdings eines ADDlers auf Dauer anzunehmen.

Dies führt jedoch weit weg von jenem Ideal der gesunden „Ergreifung des Selbst“ (Spaemann), das die Wahrnehmung eigener innerer Freiheitsgrade mit der Übernahme entsprechender Verantwortung für das Denken, Fühlen und Handeln verbindet. Dies führt zu den entscheidenden Fragen: Wer kämpft nach der erfolgreichen Überwindung einer „Episode jenseits der Grenzen der möglichen Adaptation“ (das heißt von Krankheit) um die Gesundheit der Patienten? Welcher Behandler nimmt es als wesentliches, ja vielleicht wesentlichsten Teil seiner Aufgabe an, den Patienten im Zustand der Rekonvaleszenz erneut einzustellen und gezielt auf die Lösung von temporär sinnvollen, aber eben ausgesprochen „klebrig“ haftenden Selbst- und Fremdzuschreibungen hinzuwirken, die – bleiben sie bestehen – wie überdimensionierte psychische Attraktoren arbeiten?

Erschreckende Relevanz

Gerade im Hinblick auf die Betroffenen mit Aufmerksamkeitsdefizitstörung gewinnen diese Fragen eine erschreckende Relevanz, denn diese Diagnose stellt den Anspruch, die Diagnostizierten ähnlich einer fixierten defizitären Hirnverdrahtung ein Leben lang zu begleiten und ihre Wirklichkeitssicht zu beeinflussen. Was dies für deren Eigen- und Fremderleben heißt („wissen Sie, ich habe ADD und bin deswegen unfähig, ...“), beginnt man bei aller verständlicher Euphorie über das „neue Krankheitsbild“ erst allmählich zu ahnen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 2597–2598 [Heft 39]

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thomas Weniger, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Gartenstraße 8, 88239 Wangen, E-Mail: thweniger@aol.com