

Haubl, Rolf

Psychodynamik medikalisierte Beziehungen

Haubl, Rolf / Liebsch, Katharina (Hg.): Mit Ritalin leben ADHS-Kindern eine Stimme geben, 2012 S. 16-35

urn:nbn:de:bsz-psydok-46273

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Rolf Haubl / Katharina Liebsch (Hg.)

Mit Ritalin[®] leben

ADHS-Kindern eine Stimme geben

Mit 11 Abbildungen

Vandenhoeck & Ruprecht

Rolf Haubl

Psychodynamik medikalisierte Beziehungen

Konsensuskonferenzen in der Medizin tragen das zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbare Wissen über eine Krankheit zusammen, um Empfehlungen zu formulieren, wie sie erfolgreich diagnostiziert und therapiert werden kann. Für die Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen haben entsprechende Bemühungen dazu geführt, einen aufwendigen Diagnoseprozess zu verlangen, der die gesamte Lebenswelt der auffälligen Kinder und Jugendlichen in die Beobachtung einbezieht und Vorsicht walten lässt, um Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität nicht vorschnell als Symptome einer psychischen Störung zu beurteilen (Remschmidt, 2005). Ein solcher Aufwand ist nicht zuletzt deshalb notwendig, weil die Symptombiographie einer AD(H)S auf Urteilen sozialer Wahrnehmung beruht, die immer Normalitätsvorstellungen enthalten, die unterschiedlich ausfallen können. Eine andere Möglichkeit der Objektivierung gibt es nicht. Was die Therapie der AD(H)S betrifft, so gilt es inzwischen als Behandlungsstandard, sich nicht auf die Verordnung von Medikamenten zu beschränken, weil eine solche Beschränkung die Ätiologie der Symptome ignoriert. Wenn eine Medikation nach sorgfältiger Prüfung indiziert erscheint, sollte sie gegebenenfalls von psychotherapeutischen, psychoedukativen, ergotherapeutischen, logopädischen, pädagogischen oder anderen geeigneten nichtmedikamentösen Unterstützungen flankiert werden. Ohne eine solche Flankierung wird den Betroffenen die Entwicklung eines angemessenen Selbstverständnisses vorenthalten.

Die Empfehlungen der Konsensuskonferenzen versuchen zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche therapiert werden, deren

AD(H)S-Diagnose nicht sicher ist, und dass Kinder und Jugendliche mit einer sicheren Diagnose lediglich Medikamente und keine multimodale Therapie erhalten. Wie weit diese Standards in der Praxis tatsächlich erfüllt werden, ist nicht systematisch untersucht. Unter den sechzig Jungen, mit denen wir in unserer Untersuchung gesprochen haben, erhält der größte Teil ausschließlich Medikamente.

Gelegenheitsbeobachtungen lassen vermuten, dass Diagnose und Therapieindikation in unbekannt vielen Fällen laxer als empfohlen ausfallen. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Einer der Gründe mag der Druck sein, der von Eltern ausgeht, die sich auf eine medikamentöse Behandlung ihrer Kinder beschränken wollen, weil sie – mehr oder weniger bewusst – einen Kurzschluss ziehen, der sie von Schuldgefühlen entlastet: Medikamente bestätigen ihre Vorstellung, dass die AD(H)S eine genetisch bedingte hirnnorganische Störung ist, für die sie keine Verantwortung tragen. Dagegen haben sie nichtmedikamentöse, vor allem psychotherapeutische Maßnahmen im Verdacht, sie dafür verantwortlich zu machen, dass ihre Kinder sich auffällig verhalten (Pozzi, 2002). Anders gelagert sind Fälle, in denen Eltern mit unauffälligen Kindern nach den Medikamenten fragen, weil sie deren Leistung steigernde Wirkung für den schulischen Erfolg ihres Nachwuchses nutzen möchten. Darüber, wie Ärzte mit solchen Fällen umgehen, ist wenig bekannt. Die Diskussion um eine »Wunsch erfüllende Medizin« (Buyx, 2008) legt allerdings nahe, sie in der Versuchung zu sehen, zu schnell von den Diagnose- und Therapiestandards abzurücken.

Mag sein, dass unterschiedliche ärztliche Professionen unterschiedlich anfällig sind. So ist einer US-amerikanischen Untersuchung zu entnehmen, dass sich Pädiater im Vergleich mit Kinder- und Jugendlichenpsychiatern ungleich schneller bereit finden, Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose medikamentös zu behandeln (Salmon u. Kemp, 2002).

Ritalin: Von der Therapie zum Enhancement

Rekonstruiert man die Geschichte der AD(H)S-Diagnose (Rothenberger u. Neumärker, 2005; Reh, 2008), dann fällt auf, dass in gewisser Weise die Medikation der Diagnose vorausging. Bereits

Mitte des 20. Jahrhunderts ist in den USA mit Methylphenidat experimentiert worden. Überhaupt sind die Jahre zwischen 1950 und 1960 eine erste Blütezeit der Psychopharmakologie gewesen, was sich an einer rasanten Vermehrung von Präparaten ablesen lässt, die damals auf den US-amerikanischen Markt kamen. Diese Präparate haben die Hoffnung begründet, nach und nach alle psychischen Krankheiten bessern, wenn nicht gar heilen zu können. Als Methylphenidat seine Zulassung unter dem Markennamen Ritalin erhält, wird es zunächst am häufigsten als Antidepressivum für Erwachsene eingesetzt. Eine überzeugende Indikation ist das aber nie gewesen. Dann entdeckt man, eher beiläufig, dass Ritalin, obgleich ein Psychostimulanz, die Wirkung hat, Kinder und Jugendliche, die unkonzentriert, impulsiv und hyperaktiv sind, zu »normalisieren«. Die Betroffenen haben zwar ganz verschiedene Diagnosen, alle reagieren aber annähernd gleich auf das Medikament. Deshalb werden sie schließlich unter der Bezeichnung AD(H)S zu einer einzigen Diagnose zusammengefasst.

Es trifft den Punkt, wenn Ritalin in diesem Zusammenhang als »Lackmustest« für AD(H)S beschrieben wird (Diller, 1998, S. 112): »Eine positive Reaktion [eines mit Ritalin behandelten Kindes] bedeutet, dass es ADHS ›hat‹.« Lange Zeit gilt dieses Verfahren als gültiger Beweis. Dessen Aussagekraft wird aber bereits Ende der 1960er Jahre erschüttert, als der Nachweis erfolgt, dass auch unauffällige Kinder und Jugendliche auf gleiche Weise von der Einnahme des Medikaments profitieren (Conners u. Eisenberg, 1963). Es folgt eine Reihe von Untersuchungen, die diesen Effekt bestätigen. Zu einer neuerlichen Dekonstruktion der Diagnose hat diese Erkenntnis aber nicht geführt. Im Gegenteil: Obgleich widerlegt, bleibt der Beweis weiterhin in Geltung und fördert Forschungen über die neurochemische Wirkung von Methylphenidat. Diese Forschungen bringen die – inzwischen ebenfalls modifizierte – Theorie eines Dopaminmangels auf (Hüther, 2008). Populär wird sie, weil sie den vermeintlichen Mangel an diesem Neurotransmitter nach dem Modell eines Insulinmangels erklärt, was für Laien eine hohe Evidenz hat und es ihnen als lebensbedrohlich erscheinen lässt, auf Ritalin zu verzichten.

Soziokulturelle Unterschiede im Gebrauch von Ritalin

Nimmt man an, dass alle Kinder und Jugendlichen, die Medikamente gegen eine AD(H)S einnehmen, den Standards entsprechend diagnostiziert und indiziert sind, dann müsste man, eingedenk genetischer Theorien der AD(H)S, geringfügige soziodemografische und nationale Unterschiede erwarten dürfen, es sei denn, man würde, was aber unhaltbar ist, verschiedene Genpools unterstellen. Die festgestellten Unterschiede sind aber alles andere als geringfügig, wofür es in den USA, der »Ritalin-Nation« (DeGrandpre, 1999) schlechthin, auf die 85 % des weltweiten Verbrauchs an Methylphenidat entfallen (UNINCB, 1999), gute Belege gibt.

Zunächst lassen sich markante soziodemografische Unterschiede benennen (Olfson, Gameroff, Marcus u. Jensen, 2003). So wird in Hawaii nur ein Fünftel der Menge an Ritalin pro Kopf verbraucht, die in den Staaten mit dem höchsten Verbrauch, das sind die Staaten des mittleren Westens, zu Buche schlägt. Werden die Verbrauchszahlen nach Stadt und Land aufgeschlüsselt, sind Verschreibungen auf dem Land seltener als in der Stadt. Und ethnisch betrachtet, wird in afroamerikanischen oder hispanisch-amerikanischen Familien (Zito, Safer, dos Reis, Gardner, Boles u. Lynch, 2000; Buermeister, Canino, Bravo, Ramirez, Jensen, Chavez, 2003) nur die Hälfte der Menge verbraucht, die weiße Familien mit demselben ökonomischen Status verbrauchen. Alles in allem belegen die verfügbaren Statistiken eine Ritalin-Konzentration in der weißen städtischen mittleren und oberen Mittelschicht. Allerdings nimmt der Verbrauch auch in den unteren Schichten signifikant zu.

Im Vergleich mit den USA gehörte Deutschland bislang zu den gemäßigten Ländern (UNINCB, 2005). Den neuesten Berichten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sind jedoch unglaubliche Steigerungsraten zu entnehmen: So hat der Verbrauch zwischen 1993 und 2006 von 34 auf 1221 Kilogramm zugenommen (zit. n. Spiegel-online 22/2007). Eine solche Steigerungsrate lässt selbst dann, wenn man Unterversorgung in Rechnung stellt, kaum einen anderen Schluss zu als den, dass eine Ausweitung von Diagnose und/oder Indikation stattgefunden hat.

Einzurechnen sind dabei auch Verordnungen für Kinder im Vorschulalter (Rappley, Mullen u. Alvarez, 1999; Kratochvil, Grenhill,

March, Burke u. Vaughan, 2004). Zwar erachten viele Kliniker die Diagnostizierung einer AD(H)S zu einem so frühen Zeitpunkt als höchst problematisch (Sonuga-Barke, Daley u. Thompson, 2003), weil die normalen entwicklungspsychologischen Schwankungen von Aufmerksamkeit, Affektkontrolle und motorischer Aktivität erheblich sind (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley u. Thompson, 2005), die Grenzziehung ist aber alles andere als unantastbar. So wird berichtet, dass in den USA die Rate der Erstverschreibungen bei unter Fünfjährigen zwischen 2000 und 2003 um 50 % gestiegen ist (zit. n. Moynihan u. Cassels, 2005, S. 79). Auch in Deutschland wird man mit einem großen Dunkelfeld rechnen müssen. Gerade, wenn man einen hirnnorganischen Erklärungsansatz favorisiert, ist aber maximale Vorsicht geboten. Denn die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns ist in den ersten sechs Lebensjahren besonders ausgeprägt (Sterr, 2008). Welche Auswirkungen eine kontinuierliche Zufuhr von Methylphenidat auf die neuronale Entwicklung hat, bleibt ungewiss.

Enthemmung des Ritalingebrauchs

Eine Ausweitung der Diagnose erfolgt schleichend über die Veränderung der Beobachtungskriterien, die der Symptombdiagnose zugrunde liegen. Verändern sich die Kriterien, zieht das eine Veränderung der Anzahl diagnostizierter Kinder und Jugendlicher nach sich. So stellt eine US-amerikanische Untersuchung fest, dass zwischen 1980 und 1987 die Kriterien so verschoben worden sind, dass 50 % der Kinder und Jugendlichen, die 1980 noch als unauffällig gelten duften, 1987 als gestört zu diagnostizieren waren (Searight u. McLaren, 1998). Eine vergleichbare Ausweitung der Diagnose findet eine deutsche Untersuchung: Zwischen 1980 und 1994 sind aufgrund veränderter Kriterien 60 % mehr AD(H)S-Diagnosen gestellt worden (Baumgaertel, Wolraich u. Dietrich, 1995). Aber es wird nicht nur die Diagnose ausgeweitet, gleichzeitig kommt eine Verschreibungspraxis für Psychostimulanzien in Gang, die sich von der Diagnose löst (LeFever, Dawson u. Morrow, 1999; Angold, Erkanli u. Egger, 2000).

Zwar haben die Anstrengungen des Medizinsystems zugenommen, einer inflationären Diagnostizierung der AD(H)S entgegenzuwirken,

gleichzeitig muss aber auch mit gegenläufigen Interessen gerechnet werden. So ist der Pharmaindustrie an einer Ausweitung der Diagnose gelegen, weil das ihre Profite steigert. Um das zu erreichen, wird systematisch versucht, vor allem besorgte Eltern für eine Medikation ohne aufwendige Diagnostik und Therapieindikation zu gewinnen. Ihnen wird glauben gemacht, dass medikamentenkritische Stellungnahmen unverantwortlich seien, weil sie ihren Kindern die bestmögliche Behandlung verweigerten (Moynihan u. Cassels, 2005, Kap. 4).

In einer der ersten Kritik der ausufernden Verschreibungspraxis von Ritalin, die eine öffentliche Debatte über diese Praxis anmahnt, zitiert der Autor (Maynard, 1970) einen Kinderarzt mit Worten, die etwas von dem moralischen Druck ahnen lassen, unter die man die Eltern setzen will:

»Wir wissen, dass diese Kinder erfolgreich werden. Sie gewinnen mehr Selbstvertrauen. [...] Sie sind definitiv glücklicher. Eine meiner Mütter kam von einem Meeting nach Hause und fand die Hausaufgaben ihres Kindes auf dem Tisch vor. Und das Kind hatte einen Zettel geschrieben, auf dem stand: ›Ich danke Dir Mutter, ich fühle mich sehr viel glücklicher.«

Diese Szene, die der Arzt beschreibt, ist wie aus der Pharmawerbung und stammt vielleicht auch daher. Sie unterstellt eine harmonische Konvergenz zwischen den Wünschen der Kinder und den Interessen der Erwachsenen, die aber gerade nicht vorausgesetzt werden kann (zu Unterschieden in der Symptomwahrnehmung: Klassen, Miller u. Fine, 2006; und in der wahrgenommenen Medikamentenwirkung: Efron, Jarman u. Baker, 1998; McNeal, Roberts u. Barone, 2000). Denn primär sind es die Erwachsenen, die ein bestimmtes Verhalten der Kinder als nicht tolerierbar definieren, und nicht die Kinder. Zudem lehnen sie eine medikamentöse Behandlung spontan eher ab, selbst dann, wenn sie ansonsten auch mit den Behandlungszielen ihrer Eltern übereinstimmen (Traywick, Lamson, Diamond u. Carawan, 2006; Sleator, Ullmann u. von Neumann, 1982).

Wie selbstverständlich stehen in der beschriebenen Szene eine Mutter und ihr Sohn im Mittelpunkt. Es sind die Mütter, an die sich die Pharmawerbung wendet. Und auch in der Fachliteratur kommen

Väter so gut wie nicht vor. – »Ist schon das Kind als ›Patient‹ vorbestimmt, dessen Mutter sich wegen seines Verhaltens sorgt, das eine Normtabelle als durchschnittlich bestimmt?« (Eisenberg, 1971, S. 374). Auch in dieser empört tönenden rhetorischen Frage findet die weitgehend unreflektierte Erfahrung ihren Niederschlag, dass es innerhalb der Familie die Mutter ist, der die gesellschaftliche Anpassung ihrer Kinder obliegt und damit auch das Monitoring der Medikamente, die dieser Anpassung dienen (Singh, 2004).

Zumindest für die USA gibt es Hinweise, dass der Siegszug von Ritalin zur Medikation von unaufmerksamen, impulsiven und hyperaktiven Kindern und Jugendlichen auch etwas mit dem eigenen Medikamentengebrauch der Frauen zu tun gehabt hat. Denn bevor Ritalin in den USA zu einem AD(H)S-Medikament geworden ist, sind bereits zahllose US-Amerikanerinnen daran gewöhnt gewesen, Antidepressiva zur alltäglichen Stimmungsaufhellung einzunehmen, darunter auch Ritalin, das ja zunächst als Antidepressivum galt. Folglich mag es sein, dass Mütter, »selbst daran gewöhnt, Psychopharmaka bei vergleichsweise gewöhnlichen Probleme zu gebrauchen, sich leichter damit getan haben, Ritalin für die Probleme ihrer Söhne zu akzeptieren« (Singh, 2002, S. 592).

Psychopharmaka in der Erwachsenenkultur

Die Bereitschaft, »gestörte« Kinder und Jugendliche psychopharmakologisch zu therapieren oder Psychopharmaka für eine Leistungssteigerung »normaler« Kinder und Jugendlicher einzusetzen, hängt nicht zuletzt von der Praxis ab, die in der jeweiligen Erwachsenenkultur besteht, Psychopharmaka als Enhancement (Juengst, 1998) zu gebrauchen (Hoberman, 2008). Für Deutschland hat in diesem Zusammenhang der DAK-Gesundheitsreport 2009 interessante Daten vorgelegt (DAK, 2009).

Der Report geht der Frage nach, ob zutrifft, was in den Massenmedien bereits als gegeben behauptet wird: Dass immer mehr Arbeitnehmer/-innen verschreibungspflichtige Psychopharmaka einnehmen, nicht aus therapeutischen Gründen, sondern weil sie eine Steigerung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit und damit eine Verbesserung ihrer beruflichen Erfolgsaussichten erwarten. Der Report

spricht von einem »Doping am Arbeitsplatz«. Um eine empirisch fundierte Antwort auf diese Frage zu geben, hat die DAK Arzneimitteldaten ausgewertet, Experten befragt und Einstellungen in der Bevölkerung ermittelt.

Die gute Nachricht zuerst: Insgesamt betrachtet stützen die Befunde nicht die Annahme, dass psychopharmakologisches Enhancement bereits ein weit verbreiteter Tatbestand wäre. Es sind 1–5 % der Erwerbstätigen im Alter von zwanzig bis fünfzig Jahren, die sich nach eigenen Angaben auf verschiedenen Wegen die entsprechenden Medikamente besorgen, um sie als Enhancer einzusetzen. Dagegen die schlechte Nachricht: Nahezu jeder Fünfte nennt mindestens eine Person, die derart handelt, was im Vergleich mit den Selbstaussagen ein ungleich größeres Dunkelfeld vermuten lässt. Immerhin sagt auch mehr als jeder Fünfte von sich, er habe die Erfahrung gemacht, dass ihm von Familienmitgliedern oder Kolleg/-innen schon einmal empfohlen worden sei, seine kognitiven Leistungen auf diese Weise zu steigern. So gesehen mag die soziale Akzeptanz für die Einnahme psychopharmakologischer Enhancer größer sein als die Bereitschaft, sie tatsächlich einzusetzen. Dafür spricht auch die weit verbreitete Meinung, die entsprechenden Medikamente seien nicht sicher genug. Im Umkehrschluss könnte das heißen, dass die Verringerung oder Maskierung von unerwünschten Nebenwirkungen die Medikationsbereitschaft erhöht.

Da die Pharmaindustrie daran arbeitet, Medikamente zu produzieren, die sich wie Nahrungsergänzungsmittel konsumieren lassen, ist mit einem weiteren Anstieg von Erwerbstätigen zu rechnen, die sich nicht länger nur auf ihre individuellen Fähigkeiten verlassen – zumindest solange nicht, wie der Konkurrenzdruck unter ihnen weiter steigt. Eine solche Steigerung hält der Report aber für wahrscheinlich und kritisiert den daraus resultierenden erzwungenen Raubbau der Erwerbstätigen an ihrer Gesundheit mit ungewöhnlich scharfen Worten. Denn die als Enhancer eingesetzten Anxiolytika (44 %), Antidepressiva (35 %) und Psychostimulanzien (13 %) sind vor allem bei langfristiger Einnahme niemals frei von unerwünschten Nebenwirkungen, und sei es nur die unerwünschte Nebenwirkung, die Abhängigkeit von einem Medikament in ein Selbstbild autonomer Lebensführung, wie sie die moderne Gesellschaft als Ideal vorgibt, integrieren zu müssen.

Psychostimulanzien als Konkurrenzvorteil

Wenn Erwachsene »Mind-Doping« betreiben, um im Konkurrenzkampf bessere Chancen zu haben, ist mit ähnlichen Effekten auch bei Heranwachsenden zu rechnen, zumal dann, wenn Kindheit und Jugend nicht länger Schutzräume und Moratorien sind, sondern immer mehr Kinder und Jugendliche unter einem vergleichbaren Leistungsdruck stehen wie ihre Eltern. So hatten in einer US-amerikanischen Untersuchung (McCabe, Knight, Teter u. Wechsler, 2005), an der über 10.000 Studierende an 119 Colleges teilnahmen, 4,1 % der Studierenden im letzten Jahr und 2,1 % der Studierenden im letzten Monat nach eigenen Angaben verschreibungspflichtige Psychostimulanzien eingenommen, ohne dafür eine medizinische Indikation zu haben. Mehr noch: Der Gebrauch der Stimulanzien als psychopharmakologische Enhancer variiert mit der Wettbewerbsorientierung, die in den Herkunftsmilieus der Studierenden besteht: So geben 1,3 % der Studierenden aus wenig kompetitiven Milieus, 4,5 % der Studierenden aus durchschnittlich kompetitiven Milieus und 5,9 % der Studierenden aus sehr kompetitiven Milieus an, zu entsprechenden Medikamenten gegriffen zu haben.

Dieser Befund unterstreicht die Befürchtungen des referierten DAK-Gesundheitsreports: Eine Verbreitung der Wettbewerbsorientierung könnte die Hemmschwelle senken, sich psychopharmakologischer Enhancer als Konkurrenzvorteil zu bedienen. Tritt diese Situation ein, ist über kurz oder lang mit einem indirekten Enhancelement-Zwang zu rechnen: Wer mithalten will, muss »Mind-Doping« betreiben. Schärfer formuliert: Nicht nur diejenigen, die einen Konkurrenzvorteil anstreben, müssen »dopen«, sondern bereits diejenigen, die sich vor einem Konkurrenznachteil zu schützen suchen. Unterstellt, dass es keinen psychopharmakologischen Enhancer gibt, der ohne negative Nebenwirkungen ist, dann entsteht auf diese Weise die ethisch kaum legitimierbare gesellschaftliche Nötigung, sich selbst mehr oder weniger gravierend zu schädigen.

Erfolgserwartungen

Die Verschiebung einer Einnahme von Psychostimulanzien aus dem Bereich der Therapie in den Bereich des psychopharmakologischen Enhancements wird nicht zuletzt durch Leistungsversprechen begünstigt. Anders als in Europa werden solche Versprechen in den USA sehr viel expliziter formuliert. So kann man in entsprechenden Sachbüchern lesen, dass Ritalin die geistige Leistung von College-Anwärtern so weit verbessere, dass auch viele von denen, die die Aufnahmetests ansonsten nicht bestehen würden, diese Hürde problemlos nehmen (Gazzaniga, 2005). In Anbetracht der Vollmundigkeit solcher Versprechen wären wissenschaftliche Untersuchungen zu erwarten, die sie stützen. Die aber fehlen. Dennoch lassen sich Wirkungserwartungen feststellen, die dazu führen können, sich eine Medikation zu erschleichen, indem etwa interessierte Studierende die bekannten AD(H)S-Symptome zu simulieren versuchen und damit, wie eine kanadische Untersuchung zeigt (Harrison, Edwards u. Parker, 2007), selbst Experten ziemliches Kopfzerbrechen bereiten.

Ob und unter welchen Bedingungen die Einnahme von Ritalin tatsächlich zu einer Verbesserung kognitiver Leistungen führt, ist eine offene Frage. So gibt es Untersuchungen, die belegen, dass die Verabreichung von Methylphenidat zwar nicht die kognitiven Leistungen steigert, aber diejenigen, die das Medikament eingenommen haben, glauben lässt, ihre Leistungen hätten sich verbessert (Bray, Cahill, Oshier, Peden, Theriaque, Flotte u. Stacpoole, 2004). Eine solche Fehlwahrnehmung mag unterschiedliche Folgen haben: Man vertraut der Substanz und übersieht, dass sie nur die Möglichkeit verbessert, eine bessere Leistung zu erbringen, ohne sich aber für die Realisierung dieser Möglichkeit anzustrengen, was zu keiner verbesserten Leistung führt. Oder aber die Überschätzung erzeugt einen Motivationsschub, der dann tatsächlich zu einer besseren Leistung führt.

Skepsis ist auch angebracht, wenn es um den schulischen Erfolg geht, der medikamentös herbeigeführt werden soll. Eine groß angelegte Untersuchung (Barbarese, Kabuic, Coligan u. Weaver, 2007) bestätigt dies. Die Kinder in dieser Untersuchung haben die Medikamente im Durchschnitt fast drei Jahre eingenommen. Die medikamentös behandelten Kinder schneiden in Lesetests etwas besser ab als Kinder mit einer nicht behandelten AD(H)S. Ihre Fehlzeiten sind

geringer, ebenso ihr Risiko, eine Klasse wiederholen zu müssen. Der Einfluss auf den Schulabschluss ist geringfügig. Die Abbruchquote liegt bei den medikamentös behandelten Kindern mit 22,2 % nur wenig niedriger als bei den unbehandelten Kindern, von denen es 25,8 % nicht geschafft haben. Verglichen mit den 10 % Abbrechern der Kinder ohne eine AD(H)S fällt der schulische Erfolg durch Medikation also recht bescheiden aus.

Wenn von Erfolgen berichtet wird, dann sind die eher kurzfristig und betreffen eher die Noten als die kognitiven Fähigkeiten (Walter, 2001). Denn Noten haben einen mehrdimensionalen Entstehungshintergrund. Wenn ein Lehrer weiß, dass ein schwacher Schüler – vielleicht auf seine Intervention hin – ärztlich untersucht wird, die AD(H)S-Diagnose erhält und Ritalin einnimmt, mag allein dieses Wissen den – vorübergehenden – Effekt haben, den Schüler anders zu behandeln und ihn mit besseren Noten zu belohnen – zum Beispiel dafür zu belohnen, dass er dem Lehrer weniger auf die Nerven geht als zuvor.

Risiken und Nebenwirkungen

Obleich Ritalin zum Symbol der Kontroverse um die medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer wie auch immer den Standards entsprechenden AD(H)S-Diagnose geworden ist, hat die psychopharmakologische Forschung inzwischen eine ganze Reihe funktional äquivalenter Medikamente zu bieten (Breggin, 1999; Banaschewski, Coghill, Santosh, Zuddas, Asherson, Buitelaar, Danckaerts, Döpfner, Faraone, Rothenberger, Sergeant, Steinhausen, Sonuga-Barke u. Tylor, 2008a, b). Zwei Ziele lassen sich ausmachen: Zum einen geht es darum, Medikamente mit immer geringeren Nebenwirkungen zu entwickeln, zum anderen um die Entwicklung von Medikamenten mit einer lang anhaltenden Wirkung pro Einnahme.

Berichtete Nebenwirkungen reichen von Appetitlosigkeit über Wachstumsstörungen bis hin zu plötzlichen kardiovaskulären Todesfällen. Je intensiver Prüfungen von der medizinischen Forschung zur Unbedenklichkeit eines potenten Wirkstoffes durchgeführt werden, desto mehr Nebenwirkungen findet sie, über die dann die Me-

dien umgehend berichten. Was fangen Eltern damit an, wenn sie lesen, dass neuesten Studien zufolge bei der Behandlung mit Psychostimulanzien mit einem Auftreten von Halluzinationen zu rechnen ist oder Ritalin nach nur dreimonatiger Behandlung zu einer Häufung von Chromosomenschäden in Blutzellen geführt hat? Systematisch sind derartige Zusammenhänge nicht erforscht. Gelegenheitsbeobachtungen lassen aber vermuten, dass sich gerade für die bestens informierten Eltern immer wieder neue Anlässe für Bedenken ergeben können.

Zudem greift eine Konzentration auf die Nebenwirkungen, die der Beipackzettel auflistet, zu kurz. Streng genommen gehören auch alle nicht intendierten psychosozialen Auswirkungen der Medikation dazu. Angenommen, die Einnahme des Medikaments führt bei einem Kind zu einer Steigerung seiner kognitiven Leistungen, es schreibt sich diese Steigerung aber nicht selbst zu, sondern dem Medikament; oder angenommen, die tägliche Einnahme des Medikaments wird zu einem Kampf der Eltern mit ihrem Kind, der allen Beteiligten an die Nerven geht; oder angenommen, ein Kind schämt sich vor seinen Freunden dafür, dass es das Medikament nehmen muss, und hat ständig Angst, die anderen erfahren davon: Solche Belastungen gehen in die Risikokalkulation eines Medikaments erst gar nicht ein.

Konfliktreiche Selbstmedikation

Jedes Medikament hat bestimmte Auswirkungen auf die Gestaltung des familiären Lebens, weil Kinder und Eltern lernen müssen, ihre aktuellen Handlungspläne mit dieser Wirkungsweise abzugleichen: So wirkt Ritalin in seiner häufigsten Verabreichungsform nach dreißig bis sechzig Minuten und dann für drei bis vier Stunden. Es muss also mehrmals am Tag eingenommen werden. Üblicherweise erhalten die Kinder das Medikament am Morgen, zur Mittagszeit und am Spätnachmittag. Andere Verabreichungsformen werden einmal pro Tag für eine Wirkungsdauer von acht bis zwölf Stunden gegeben. Der Nachteil solcher Retard-Präparate ist ein schwer kalkulierbares Nachlassen der Wirkung, das sich nur durch eine exakte individuelle Einstellung der Medikation wettmachen lässt. Um sicher zu gehen, verabreichen manche Eltern ihrem Kind nachmittags eine zusätzliche

Dosis mit Kurzzeitwirkung, allerdings auf die Gefahr hin, dass es dann nicht einschlafen kann. Gleiches kommt vor, wenn sie ihr Kind auf eine besondere Situation vorbereiten, in der es sich unter allen Umständen »normal« verhalten soll. Denn lässt die Wirkung unkalkuliert nach, können unliebsame Rebound-Effekte auftreten.

Da Ritalin als Kurzzeitpräparat mehrmals am Tag eingenommen werden muss, ergibt sich auch mehrmals am Tag in der Familie eine Situation, die an die Behandlungsbedürftigkeit des Kindes erinnert. Wenn empfohlen wird, die Verabreichung zu ritualisieren, dann vorderhand, um das Risiko zu senken, die Einnahme des Medikaments zu vergessen. Gleichzeitig sorgt eine Ritualisierung aber dafür, dass die Einnahme selbstverständlich und damit dem Bewusstsein entzogen wird. Vor allem in Familien, in denen keine Einigkeit über die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung besteht, ist jede Einnahme ein kritisches Ereignis, an dem bestehende Ambivalenzen offen sichtbar werden können. Wenn die Pharmaindustrie an der Erfindung von Langzeitpräparaten arbeitet, deren Ultima Ratio ein Depot mit einer zeitlich nicht begrenzten Abgabe des Wirkstoffes ist, arbeitet sie auch an der Beseitigung der Möglichkeit, die einmal getroffene Entscheidung täglich zu überprüfen. Dass die Medikation aus einer Entscheidung resultiert, die prinzipiell anders ausfallen kann, wird auf diese Weise unsichtbar. So sind denn unter den – gut 10 % – Kindern, die in einer Untersuchung (Bowen, Fenton u. Rappaport, 1991) das Medikament am liebsten absetzen würden, ausschließlich solche, die ein Kurzzeit- und kein Langzeitpräparat erhalten.

Selbstmedikation ist üblich (Kauffman, Smith-Wright, Reese, Simpson u. Jones, 1981; Swanson, 2003; Wilens, Gignac, Swezey, Monuteaux u. Biederman, 2006). Diskreditiert man sie nicht sofort als irrationales Verhalten, mit dem ein Patient mehr oder weniger bewusst von den Verordnungen seines Arztes abweicht, was er besser nicht getan hätte, sondern als notwendige Anpassung einer Verordnung an das Alltagsleben des Patienten, von dem sein Arzt in der Regel nichts oder zu wenig weiß, dann hat sie ihre eigene Rationalität, die nicht selten emotional fundiert ist (Singh, 2005): So gibt es Eltern, die an Wochenenden und während der Schulferien die Dosis verringern oder das Medikament sogar ganz absetzen. Warum tun sie das? Es mag in manchen Fällen ein Ausdruck von Verunsicherung, wenn nicht gar

von Schuldgefühlen sein, dass sie ihren Kindern eine Behandlung zumuten, deren vor allem langfristige Risiken sie nicht wirklich abschätzen können. In anderen Fällen mag es eine Strategie anzeigen, die Medikation auf eine Verbesserung der schulischen Disziplin und damit schulischer Leistungen zu begrenzen. Wie auch immer: Ein Medikament, von dem sich die Kinder ab und an »erholen« sollen, ist sicherlich keines, das ambivalenzfrei erlebt wird. Folglich verwundert es nicht, wenn Eltern von Kindern mit einer AD(H)S-Diagnose in einer Interviewstudie (Hansen u. Hansen, 2006) von sich aus vorrangig ihre alltäglichen Dilemmata thematisieren, in die sie ihr Medikamenten-Monitoring stürzt. Ärztliche Aufklärung über das Pro und Kontra einer medikamentösen Behandlung kann dabei eine gute Entscheidungshilfe sein (Bennet, Power, Rostain u. Carr, 1996), die elterliche Verantwortung schmälert sie nicht.

Ritalin als Materialisierung bewusster und unbewusster Beziehungsvorstellungen

Behandlungen mit Psychopharmaka unterliegen nicht selten einem objektivistischen Vorurteil, und das gleichermaßen bei allen Beteiligten, bei Ärzten ebenso wie bei Patienten und ihren Angehörigen: Das Medikament ist eine chemische Substanz, die auf den Organismus einwirkt und dessen Fehlfunktionen korrigiert; sein Erfolg oder Misserfolg hängt vermeintlich von nichts anderem ab, als von der Wirkung der verwendeten Substanz. Dass ein Medikament immer Teil einer sozialen Situation ist, bedarf so gesehen keiner weiteren Berücksichtigung. Freilich findet jede Medikation im Rahmen einer bestimmten Beziehungskonstellation statt: Ein Arzt verordnet es einem Patienten, damit der es einnimmt; der nimmt es ein – oder auch nicht. Gehört eine Verordnung in den Kontext einer professionellen Beziehung, in der sich ein Experte, der Arzt, und ein Laie, der Patient, in mehr oder weniger großen zeitlichen Abständen begegnen, findet die Einnahme des Medikaments unter den alltäglichen Lebensbedingungen des Patienten und seiner Angehörigen, mithin im Kontext einer Beziehung von Laien statt, die durchaus eigensinnig auf »Verordnungen« reagieren.

Die Verordnung und Einnahme von Psychopharmaka ist immer

ein kommunikativer Akt. Das Medikament wirkt eben nicht nur als chemische Substanz, sondern auch als Bedeutungsträger. Es bedarf deshalb einer beziehungs-dynamisch reflektierten Psychopharmakologie, die sich besonders für die Gedanken, Vorstellungen, Phantasien und Gefühle interessiert, die eine psychopharmakologische Behandlung hervorruft (Küchenhoff, 2005). Denn sie beeinflussen die Handhabung des Medikaments, vielleicht sogar seine Wirkung.

Wird Ritalin als Bedeutungsträger verstanden, dann kommt es darauf an, welche Bedeutung das Medikament im Einzelfall hat, wobei damit zu rechnen ist, dass nicht alle Bedeutungen offen zu Tage liegen, sondern auch mit bewusstseinsferneren Bedeutungen zu rechnen ist. So kann einem Kind seine psychopharmakologische Behandlung nicht nur bedeuten, dass ihm die Erwachsenen helfen wollen, sich besser zu fühlen. Unter Umständen erlebt es den Gang zum Arzt, nachdem es zum wiederholten Male seinen Eltern großen Ärger gemacht hat, als Bestrafung. Oder es erlebt das Medikament von vornherein als Instrument zur Erreichung äußerer Ziele, wenn es die schlechten Noten sind, die bei der Begründung der Einnahme im Vordergrund stehen.

Die Chance, solche Bedeutungen zu erfassen, haben die Erwachsenen, seien es Ärzte oder Eltern, freilich nur dann, wenn sie die Kinder von vornherein zu Wort kommen lassen, ihnen zuhören und sie ernst nehmen. Es ist geboten, ein betroffenes Kind über seine Diagnose und Therapie aufzuklären – es soll wissen, warum es die Erwachsenen für behandlungsbedürftig halten, warum die Behandlung medikamentös erfolgt, wie die Medikamente wirken und wie sie verantwortungsbewusst zu handhaben sind. Eine solche Aufklärung benötigt Zeit, um sie kindgerecht durchzuführen, weil sie den Bedeutungen folgen muss, die das Kind all dem zuschreibt, wie phantastisch sie den Erwachsenen auch vorkommen mögen.

Nun ist eine Beteiligung der Kinder an allen Entscheidungen, die sie betreffen, wie sie die UN-Kinderrechtskonvention vorsieht, freilich leichter gefordert als angemessen realisiert. Denn sofort stellt sich die Frage, ob Kinder denn überhaupt in der Lage sind, zu beurteilen, was ihnen gegenwärtig und für ihre weitere Entwicklung gut tut und was nicht. Oder modifiziert: Ab welchem Alter und ab welchem Informationsstand sind sie es? Solange Erwachsene, Ärzte und Eltern, es besser wissen, gebietet es ihnen ihre professionelle oder persönliche

Fürsorgepflicht, stellvertretende Entscheidungen für die Kinder zu treffen, um Schaden von ihnen abzuwenden, auch wenn die Kinder selbst diese Entscheidungen nur widerwillig oder gar nicht akzeptieren. Kinder an den Entscheidungen zu beteiligen, heißt jedoch nicht, sie ihnen zu überlassen, solange sie damit überfordert sind. Nur darf das Argument der Überforderung den Erwachsenen nicht dazu dienen, sich von vornherein einen zeitaufwändigen Verständigungsprozess zu ersparen. Gelegenheitsbeobachtungen aber lassen vermuten, dass dies oft geschieht – nicht zuletzt deshalb, weil eine Verständigung die Erwachsenen überfordert. Besonders Eltern sind schnell überfordert, weil sie wissen oder zumindest ahnen, dass hinter vermeintlich pragmatischen Entscheidungen moralische Dilemmata lauern.

Literatur

- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975–984.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-Ch., Sonuga-Barke, E. J. S., Tylor, E. (2008a). Langwirkende Medikamente zur Behandlung hyperkinetischer Störungen. Teil 1: Übersicht und Empfehlungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (2), 81–95.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-Ch., Sonuga-Barke, E. J. S., Tylor, E. (2008b). Langwirkende Medikamente zur Behandlung hyperkinetischer Störungen. Teil 2: Ein quantitativer Vergleich der langwirksamen Präparate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (2), 97–107.
- Barbarese, W. J., Kabuc, S. K., Coligan, R. C., Weaver, A. L. (2007). Long-term school outcomes for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (4), 265–273.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M., Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, 629–638.
- Bennet, D. S., Power, T. J., Rostain, A. L., Carr, D. E. (1996). Parent accepta-

- bility and feasibility of ADHD interventions: assessment, correlations, and predictive validity. *Journal of Pediatrics Psychology*, 21, 643–657.
- Bowen, J., Fenton, T., Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder. The child's perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145 (3), 291–295.
- Bray, C. L., Cahill, K. S., Oshier, J., Peden, C. S., Theriaque, D. W., Flotte, T. R., Stacpoole, P. W. (2004). Methylphenidat does not improve cognitive function in healthy sleep-deprived young adults. *Journal of Investigative Medicine*, 52 (3), 192–201.
- Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 12, 3–35.
- Buermeister, J., Canino, G., Bravo, M., Ramirez, R., Jensen, P. S., Chavez, L. (2003). Stimulant and psychosocial treatment of ADHD in Latino/Hispanic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (7), 851–855.
- Buyx, A. M. (2008). Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 133–143.
- Conners, C., Eisenberg, L. (1963). The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. *American Journal of Psychiatry*, 120, 458–464.
- DAK (2009). Gesundheitsreport 2009. Köln: DAK.
- DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin Nation*. New York: Norton.
- Diller, L. H. (1998). *Running Ritalin: A physician reflects on children, society, and performance in a pill*. New York: Bantam.
- Efron, D., Jarman, F. C., Barker, M. J. (1998). Child and parents perceptions of stimulant medication treatment in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatric Child Health*, 34 (3), 288–292.
- Eisenberg, L. (1971). Principles of drug therapy in child psychiatry with special reference to stimulant drugs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 371–379.
- Gazzaniga, M. (2005). *The ethical brain*. New York: Dana Press.
- Hansen, D. L., Hansen E. H. (2006). Caught in a balancing act: Parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. *Qualitative Health Research*, 16 (9), 1267–1285.
- Harrison, A. G., Edwards, M. J., Parker, K. C. H. (2007). Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 577–588.
- Hoberman, J. (2008). Fünfzig Jahre Doping und die Pharmakologisierung des Alltagslebens. In K. Latzel, L. Niethammer, (Hrsg.), *Hormone und Hochleistung. Doping in Ost und West* (S. 231–244). Köln u. a.: Böhlau.
- Hüther, G. (2008). Dopaminerges System, exekutive Frontalhirnfunktionen und

- die Wirkung von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADS-Symptomatik. In H. Bonney (Hrsg.), *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst* (S. 80–97). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Juengst, E. (1998). What does enhancement mean? In E. Parens (Ed.), *Enhancing human traits. ethical and social implications* (pp. 29–47). Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- Kauffman, R. E., Smith-Wright, D., Reese, C. A., Simpson, R., Jones, F. (1981). Medication compliance in hyperactive children. *Pediatrics Pharmacology*, 1(3). 231–237.
- Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child, Care, Health & Development*, 32 (4), 397–406.
- Kratochvil, C. J., Grenhill, L. L., March, J. S., Burke, W. J., Vaughan, B. S. (2004). The role of stimulants in the treatment of preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, 18, 957–966.
- Küchenhoff, J. (2005). Psychotherapeutische Beziehung und Psychopharmakotherapie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1, 13–19.
- LeFever, G. B., Dawson, K. V., Morrow, A. L. (1999). The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public school. *American Journal of Public Health*, 89, 1359–1364.
- Maynard, L. (1970). Omaha pupils given behavior drugs. *Washington Post* vom 29. Juni 1970.
- McCabe, S. E., Knight, J. R., Teter, C. J., Wechsler, H. (2005). Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, 100 (1), 96–106.
- McNeal, R. E., Roberts, M. C., Barone, V. J. (2000). Mothers' and childrens' perceptions of medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 30 (3), 173–187.
- Moynihan, R., Cassels, A. (2005). *Selling sickness*. New York: Nation Books.
- Olfson, M., Gameroff, M., Marcus, S., Jensen, P. S. (2003). National trends in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1071–1077.
- Pozzi, M. (2002). Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien verstehen? *AKJP*, 112, 519–541.
- Rappley, M. D., Mullen, P. B., Alvarez, F. J. (1999). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and use of psychotropic medication in very young children. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 1039–1045.
- Reh, S. (2008). Vom »deficit of moral control« zum »attention deficit«. Über die Geschichte der Konstruktion des unaufmerksamen Kindes. In H. Kelle, A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder* (S. 109–125). Weinheim u. München: Juventa.

- Remschmidt, H. (2005). Global consensus on ADHD/HKD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 127–137.
- Rothenberger, A., Neumärker, K.-J. (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS*. Darmstadt: Steinkopff.
- Salmon, G., Kemp, A. (2002). ADHD: A survey of psychiatric and paediatric practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (2), 73–78.
- Searight, H., McLaren, A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: the medicalization of misbehaviour. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 5, 629–638.
- Singh, I. (2002). Bad boys, good mothers, and the »miracle« of Ritalin. *Science in Context*, 15, 577–603.
- Singh, I. (2004). Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, 59, 1193–1205.
- Singh, I. (2005). Will the »real boy« please behave: Dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *The American Journal of Bioethics*, 5 (3), 34–47.
- Sleator, E. K., Ullmann, R. K., Neumann, A. von (1982). How do hyperactive children feel about taking stimulants and will they tell the doctor? *Clinical Pediatrics*, 21, 474–479.
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J. Campbell, S. B., Daley, D., Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8, 141–150.
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M. J. S. (2003). The management of preschool AD/HD: Addressing uncertainties about syndrome validity, diagnostic utility and treatment safety. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 3, 89–100.
- Sterr, A. (2008). Neuronale Plastizität. In S. Gauggel, M. Herrmann (Hrsg.), *Handbuch der Neuro- und Biopsychologie* (S. 44–53). Göttingen: Hogrefe.
- Swanson, J. (2003). Compliance with stimulants for attention deficit/hyperactivity disorder: Issues and approaches for improvement. Review Article. *CNS Drugs*, 17 (2), 117–131.
- Traywick, T. B., Lamson, A. L., Diamond, J. M., Carawan, S. (2006). A comparison of preferred treatment outcomes between children with ADHD and their parents. *Journal of Attitude Disorder*, 9 (4), 590–597.
- UNINCB – United Nations International Narcotics Control Board (1999). *Report of the United Nations International Narcotics Control Board*. New York: United Nations.
- UNINCB – United Nations International Narcotics Control Board (2005). *2004 Psychotropic Substances*. New York: United Nations.
- Walter, J. (2001). Kann Ritalin (Methylphenidat) die Schulleistungen von Schülern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen verbessern? – Ein Literaturüberblick auf der Basis US-amerikanischer Forschung. *Heilpädagogische Forschung*, 27 (3), 106–123.
- Wilens, T., Gignac, M., Swezey, A., Monuteaux, M., Biederman, J. (2006).

Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 408–414.

Zito, J. M., Safer, D. J., dos Reis, S., Gardner, J. F., Boles, M., Lynch, F. (2000). Trends in prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1025–1030.

Inhalt

Rolf Haubl und Katharina Liebsch	
Einführung	7
Rolf Haubl	
Psychodynamik medikalisierten Beziehungen	16
Tanja Brand	
»Ha, jetzt stell ich die Fragen!« Beziehungsdynamik in der Interviewführung mit Kindern	36
Elke Salmen	
Gegenübertragungen als Hilfe des Verstehens. Eine Falldarstellung	61
Eva Sänger	
»Dann arbeiten die Männchen da drin, dass ich dann weiß, dass ich nicht sofort hinschlagen soll«. Vorstellungen medikamentierter Jungen über die biomedizinische Wirkungsweise von Medikamenten gegen AD(H)S	80
Sebastian Jentsch	
Beziehungsgestaltung unter Medikation	96
Erica Augello	
»Schule« in den Aussagen medikamentierter Jungen	107
Sarah Kirsch und Maria Wischniewski	
Medikation als Aufgabe geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung	118

Eva Sänger	
Biomedizinisches Wissen zur AD(H)S in Kinderzeichnungen	124
Daniela Otto	
Vom Zappelphilipp zum Normalo? AD(H)S-Symptomatik, Diagnose und Medikation als Stigma	150
Inge Schubert	
»Und nachts, da arbeiten die Männchen im Kopf«, Affektkontrolle und Mannlichkeitsvorstellungen bei ADHS-medikamentierten Jungen	159
Katharina Liebsch	
Passung und Anpassung. Zur Herstellung von Zugehörigkeit und Teilhabe durch AD(H)S-Medikation	185
Rolf Haubl und Katharina Liebsch	
Medikament und Medikation: Eine Typologie positiver und negativer Repräsentanzen	204
Die Autorinnen und Autoren	210