

ADHS als Kulturartefakt? Der Kulturkontext als ein Faktor bei der Konstruktion, Dekonstruktion, Diagnose und Therapie.

Maryam Laura MOAZEDI

Die Häufigkeit von Diagnosen der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) variiert mit Land und Zeit (Xu et al., 2018). Allgemein betrachtet lässt sich weltweit die Entwicklung steigender Prävalenz- und Inzidenzraten beobachten (Davidovitch, 2017). Sprechen die einen in diesem Zusammenhang von einer Trend-Krankheit, Epidemie, Inflation, einem Massenphänomen, Überdiagnosen und daraus resultierenden Übertherapien (z.B. Schmidt, 2019), orten andere das Problem von Unter- (Polyzoi et al., 2018) und Falschdiagnosen (Morrow et al., 2012).

1. Die Schule als Mikrokultur

Falsch- und Überdiagnosen werden verschiedenen Umständen zugeschrieben, beispielsweise dem Stichtag der Einschulung. Erfolgt diese zu früh, so ist wahrscheinlich, dass altersbedingt unreifes Verhalten als ein Indiz für ADHS interpretiert wird (Morrow et al., 2012), während an Schulen mit flexiblem Stichtag dieses Muster nicht beobachtet wird (Layton et al., 2018). Auch der Wissensstand der Lehrer:innen wirkt sich auf die Statistik aus (Curtis et al., 2006), schlecht ausgebildete, überforderte Lehrkräfte neigen zu einem eher großzügigen Umgang mit der Diagnose und glauben rascher, ADHS zu erkennen (Singh, 2008).

Ganz allgemein stellt die Schule im Kontext ADHS einen wesentlichen Aspekt dar. Im 18. Jahrhundert wies Schulreformer Friedrich Gedike darauf hin, dass sich Aufzeichnungen

nicht so sehr um die akademische Leistung der Schüler:innen zentrieren würden, sondern vielmehr Verhalten, Disziplin, Gehorsam und Aufmerksamkeit im Mittelpunkt ständen, allesamt Merkmale, die an Schulen aus ADHS-Kindern Problemkinder machen, während außerhalb des pädagogischen Settings diese Verhaltensweisen nicht oder in einem geringen Maß als herausfordernd gesehen werden (von Stechow, 2015). De facto beginnen Sorgen und Stigma häufig mit dem ersten Schultag (Malacrida, 2004), ADHS stört und verstört, ist ein Hindernis für Lernen und Erfolg und muss beseitigt werden, so der Filter, durch den die Eltern zu sehen lernen (Rafalovich, 2004). Laut Hinshaw und Scheffler (2014) ist der Anstieg in der Diagnose primär auf gesellschaftliche Veränderungen zurückzuführen, allen voran die Schulpflicht, durch die sich erst die unterschiedlichen Lern- und Aufmerksamkeitsstile der Kinder offenbaren, gefolgt von dem Leistungsdruck in einer zunehmend wettbewerbsorientierten Weltwirtschaft. ADHS tritt somit dort zutage, wo Performanz einen besonderen Stellenwert hat. Schulklassen werden zu Mikrokulturen, die Wissen über „normale“ Verhaltensweisen produzieren; Abweichungen gelten als problematisch, es gilt: den Körper kontrollieren, auf den Geist fokussieren, stillsitzen, nicht herumlaufen, mit wenigen Pausen auskommen (Singh, 2008). Die Diagnose ist beliebt und wirkt entlastend, der eng definierte medizinische Zugang, einzig in Psychopharmaka die Lösung zur Regulierung von Verhalten und Emotionen des

Kindes zu sehen, passt sich mühelos metaphorisch in die westlichen Fast-Food-Kultur ein. Ein Autor spricht in diesem Zusammenhang von dem Prozess der „McDonaldisierung“ der psychischen Gesundheit des Kindes: schnelle Lösung, rasche Befriedigung, Interaktionen auf ein erforderliches Minimum reduziert, oberflächliches Training, Wissen und Verständnis reichen aus und kommen dem eigenen Tempo und Lebensstil nicht in den Weg; aus Marketingsicht nicht uninteressant, da langfristig treue Konsument:innen generiert werden (Timimi, 2010).

Auch als Mikrokultur ist die Schule Teil einer größeren Gesamtheit und bleibt von nationalen, regionalen, gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Einflüssen nicht unbeeindruckt, Faktoren, die wiederum eine Auswirkung auf die Auffassung von der eigenen Rolle als Lehrkraft im Zusammenspiel mit ADHS, auf die Diagnose und den weiteren Umgang haben. So zeigt ein Vergleich zwischen Lehrer:innen in Kanada und Großbritannien, dass erstere eher die Notwendigkeit bzw. ihre Kompetenz und Befugnis darin sehen, ADHS zu identifizieren (und in Folge Medikation einzufordern), während in Großbritannien Diagnosen häufiger außerhalb der Schule erstellt werden, da das Lehrpersonal, eigenen Angaben zufolge, vorsichtiger mit einem Label umgehen möchte, das einen ein Leben lang begleitet und schwer loszuwerden ist (Malacrida, 2004). Parallelen zu diesen Haltungsunterschieden zwischen Großbritannien und Nordamerika sind schon in relativ frühen Publikationen zu ADHS auszumachen, mit britischen Psychiater:innen, die erst bei schwereren Ausprägungen von Hyperaktivität sprechen, während in den USA schon bei leichteren Symptomen davon die Rede ist. Die britische Psychiatrie war von Anbeginn zurückhaltend in der Übernahme des biomedizinischen Modells psychischer Störungen und sah eher psychosoziale Auslöser als relevante Stressoren, während sich in Nordamerika immer stärker der biome-

Mag.phil. Maryam Laura MOAZEDI

Graz, Österreich

Universitätslektorin an der Karl-Franzens-Universität; Studium der Transkulturellen Kommunikation/ Dolmetsch und Psychologie in Graz, London, Edinburgh, Cambridge, Helsinki, Vancouver, New York und Tokio



laura.moazedi@uni-graz.at

dizinische Zugang etablierte. Insbesondere bei der Verschreibung von Medikamenten an Kinder schieden sich schon früh die Geister. Gab es in Nordamerika diesbezüglich wenig Hemmungen, sah man diesen Ansatz in Großbritannien skeptisch (Smith, 2017). Im jeweils gleichen Fahrwasser befindet sich auch die mediale Darstellung. In den USA wird ADHS an biologischen Markern festgemacht, im Vereinigten Königreich das psychosoziale Modell betont, ebenso in Frankreich, wo, sofern biomedizinische Aspekte einfließen, diese nuanciert betrachtet werden (Ponnou & Gonon, 2017).

Historisch werden die unterschiedlichen Zügänge von Großbritannien und den USA auch damit erklärt, dass in den Vereinigten Staaten schon in den 1950er-Jahren an Schulen standardisierte Tests zur Selektion geeigneter und psychisch stabiler Soldaten eingeführt wurden. Daran gekoppelt war das Verständnis von Schule als Ort der Persönlichkeitsbildung des Kindes, die Trennung von der Mutter, damit der gesunde Entwicklung des Buben nichts im Weg stünde und sich daraus ergebende Spannungen zwischen der Rollenaufteilung Schule und Zuhause.

Wesentlich war vor allem der Ansatz der Medikation zur Prävention; mit diesem Schritt wurde das Lehrpersonal in den Stand der Diagnostik gehoben (Singh, 2008). Davon bleiben wiederum statistische Zahlen nicht unberührt. Eine Metaanalyse internationaler Studien kommt zum Schluss, dass die Methodik der Erhebung eine größere Auswirkung auf Unterschiede in der Prävalenz hat als die geografische Lage. So wird eine signifikant höhere Rate dort ausgemacht, wo sich, im Gegensatz zu standardisierten Tests, die Definition oder Diagnose auf Lehrkräfte oder Eltern stützt (Polanczyk et al., 2007).

Interpretationen und Handlungsmuster der Lehrkräfte sind mitunter kulturell vorprogrammiert. Kulturdimensionen wie Individualismus und Kollektivismus wirken im Hintergrund, wenn in den USA Individuen losgelöst voneinander gesehen werden und bei Problemen, wie Unterbrechungen, Dritte herangezogen und eine Versetzung in eine Förderschule angezielt wird, während in Korea Verbindungen zwischen den Menschen wahrgenommen werden und der Blick in die Zukunft projiziert wird. Lehrer:innen nehmen Unterbrechungen persönlich, haben Sorge, dass ihre ADHS-Schulkinder Schwierigkeiten haben könnten, Anschluss zu finden und auch als Erwachsene keine Freundschaften knüpfen können (Moon, 2011). Ähnliches zeigt ein Vergleich zwischen Lehrkräften in Deutschland und Korea. Erstere interpretieren das Verhalten isoliert und unabhängig vom Kontext, zweitere sind besorgt um den harmonischen Fluss der Klassengemeinschaft (Lee & Witruk, 2016).

2. Globalisierung und Ethnozentrismus

Seit Jahren steigt die Zahl diagnostizierter Fälle auch in Großbritannien, wenngleich immer noch in einem verhältnismäßig niedrigeren Ausmaß als in den USA (Russell et al., 2013). Diese Entwicklung wird u.a. als eine importier-

te diskutiert, mit den USA als einen Markt, der, wird der plakative Vergleich angestrengt, nicht nur McDonald's Happy Meal als Exportgut weltweit transportiert, sondern auch den Blick durch die kulturell gefärbte Linse auf Störungen und die Tendenz, diese hauptsächlich medikamentös behandeln zu wollen (Smith, 2017). Watters (2010) lamentiert die Gleichschaltung und hält fest, dass selbst die beste Absicht nicht wettmachen kann, dass internationale Standards im Grunde genommen amerikanisierte Versionen von Definitionen und Behandlungen sind, die die Landschaft der menschlichen Psyche flach bügeln, den Verlust der Diversität des Umgangs mit Störungen beschleunigen und, formuliert er überspitzt, die Art und Weise homogenisieren, wie die Welt verrückt wird. Perzeptionen von Störungen, deren Manifestationen, Kategorisierungen, Priorisierungen von Symptomen, Therapieansätze und Erwartungshaltungen sind kulturell geprägt, unterliegen dem Zeitgeist und werden von der Gesellschaft produziert. Weltbilder und ihnen zugrunde liegende gesellschaftliche Wissenssysteme diktieren mehr oder weniger sanft, was in der jeweiligen Gesellschaft als krank gilt, wie sich die Krankheit manifestiert, um als solche vom Umfeld wahrgenommen zu werden, die Wahl der Therapie und den weiteren Verlauf. Jede Gesellschaft schafft ihre eigenen Abweichungen (Gadner, 2007), setzt Maßstäbe für problematisches Verhalten (Timimi, 2010) und kreiert Vorstellungen von Kindheit.

Kindheit als soziokulturelles Produkt zu sehen bedeutet nicht die Negierung biologischer Ursachen der Unreife, sondern die Mitberücksichtigung der kulturellen Einflüsse auf ihre Bewertung. Kindheit ist somit ein Konstrukt, das alles andere als frei von Werten, Glaubenssystemen und Praktiken ist. Diese werden vom Umfeld übernommen, allen voran von der Schule, die ein maßgeblicher Faktor in der Formgebung ist. Ideale haben keinen universalen Geltungsanspruch, da Kinder in eine bestimmte Gesell-

schaft hineinsozialisiert werden, Unterschiede in ihrem Verhalten auf Unterschiede in ihrer Sozialisation und dahinter liegenden tradierten Denkweisen beruhen (Timimi, 2010).

Ganz allgemein verzerrt und limitiert der Ethnozentrismus die Wahrnehmung von Störungen; Bewusstsein und Reflexion haben weder in der Psychologie noch in der Psychiatrie oder Psychotherapie Eingang gefunden (Moazedi, 2018). Nach wie vor werden US-amerikanische Ansätze universell ohne Erwähnung von Einschränkungen geltend gemacht (Arnett, 2008). Der Zusammenhang von Kultur mit ADHS wird häufig heruntergespielt (Smith, 2017).

3. Klassifikationssysteme mit Kulturhintergrund

Diagnosen unterliegen stets einer Unschärfe, da die Entscheidung, wo man den Grenzwert ansetzt, einem gewissen Maß an Subjektivität ausgesetzt ist (Hinshaw & Scheffler, 2014). Selbst Klassifikationssysteme zur Steigerung der Objektivität zeigen einen Bias da sie nicht ex nihilo in einem kulturellen Vakuum entstehen. Sowohl das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) als auch die International Classification of Diseases (ICD) sind Produkte nordamerikanischer und europäischer Gesellschaften, die, wird bemängelt, den Alltag von Nationen außerhalb dieser Räume nicht ausreichend berücksichtigen (Bensimon et al., 2013). Das DSM gilt gemeinhin als die amerikanische Bibel der Psychiatrie (Smith, 2017), während in Europa eher die ICD Einsatz findet. Eine Reihe britischer Psychiater:innen führen den hohen Prävalenzunterschied in der Diagnose von Hyperaktivität zwischen dem Vereinigten Königreich und den USA nur indirekt auf kulturelle Unterschiede zurück und erklären diese vordergründig mit den verschiedenen diagnostischen Kriterien (Smith, 2017), konkret DSM versus ICD (Russell et al., 2013). Auch Aktualisierungen der

Klassifikationssysteme werden mit steigenden Diagnosetendenzen in Verbindung gebracht (Baumgaertel et al. 2009; Polanczyk et al., 2007; Smith, 2017).

4. Die kulturkontextuelle Verortung von ADHS

Trotz – oder wegen – der umfassenden Forschungsliteratur mangelt es an Einigkeit darüber, was genau unter ADHS zu verstehen und wie darauf zu reagieren ist (Timimi & Taylor, 2004). Während sich in manchen Ländern und Kulturen Prävalenzraten und Symptome ähneln und zur Annahme verleiten, ADHS wäre eine globale Störung, zeigen andre Vergleiche signifikante Unterschiede (Gómez-Benito et al., 2015) und sprechen für die Notwendigkeit, einen genaueren Blick auf den kulturspezifischen Kontext zu werfen. Selbst innerhalb eines Landes wirft das Zusammenspiel ADHS-Diagnose und ethnische Minderheit Fragen auf. So ist nach wie vor ungeklärt, ob in den USA die Verzerrung durch die Überdiagnose weißer Kinder oder Unterdiagnose der Minderheiten bedingt ist (Coker et al., 2016). Im Zusammenhang mit dem unscharfen Sammelbegriff „Latinos“ wird die geringere Diagnosehäufigkeit mit sprachlichen Barrieren assoziiert, mit dem Umstand, dass Symptome aufgrund mangelnden kulturellen Wissens um die Störung nicht erkannt werden (Rothe, 2005), dem Erziehungsstil (Gómez-Benito et al., 2015) oder einem tatsächlich geringeren Aufkommen (Rothe, 2005).

Für die variierenden Prävalenzraten sind eine Reihe von Erklärungen denkbar: Unterschiede in der tatsächlichen Inzidenz, im gesellschaftlich geprägten Bild von akzeptablem Verhalten (Dwivedi & Banhatti, 2005), in der Toleranz beim Umgang mit dem symptomatischen Verhalten (Gómez-Benito et al., 2015; Timimi & Taylor, 2004), in der Methodik der Diagnose, in der Gesellschaft im Allgemeinen, in der

Sichtweise von Eltern, Ärzt:innen im Speziellen (Dwivedi & Banhatti, 2005; Gómez-Benito et al., 2015), Schule, Individualitäts- und Wettbewerbsdrang nicht zu vergessen (Timimi & Taylor, 2004). Aus den kulturell begründeten Unterschieden im Umgang mit ADHS ergeben sich wiederum variiierende Sinnhaftigkeiten von Maßnahmen (Jahnuhainen, 2010).

Die hier angerissenen kulturspezifischen Aspekte sind nicht erschöpfend. Dennoch zeichnet sich deutlich ab, wie sehr Kultur im Hintergrund wirkt und lenkt. In diesem Beitrag wird keineswegs die Daseinsberechtigung von ADHS in Frage gestellt, noch wird die biologische Grundlage geleugnet. Zur dichotomen Betrachtung gibt es Alternativen, wie etwa das biopsychosoziale Modell von ADHS (Davies, 2018), von Interesse, zumal die Unterscheidung von Biologischem, Psychischem und Kulturellem oft schlicht unmöglich ist (Gadner, 2007). Auch die soziale Komponente muss sich von ethnozentrischen Sichtweisen lösen und verstärkt auf Kultursensibilität setzen, will sie der Komplexität des Störungsbildes gerecht werden.

Literatur

Arnett, J. L. (2008). The Neglected 95%. Why American Psychology Needs to Become Less American. *American Psychologist*, 63(7), 602-614.

Baumgaertel, A., Wolraich, M. L. & Dietrich, M. (2009). Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorders in a German Elementary School Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 629-638.

Bensimon, M., Solomon, Z., and Horesh, D. (2013). The utility of Criterion A under chronic national terror. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(2), 81-83.

Coker, T. R., Elliott, M. N., Toomey, S. L., Schwobel, D. C., Cuccaro, P., Tortolero Emery, S., Davies, S. L., Visser, S. N. & Schuster, M. (2016). Racial and Ethnic Disparities in ADHD Diagnosis and Treatment. *Pediatrics*, 138(3), 1-9.

Curtis, D., Pisecco, S., Hamilton, J., & Moore, D. (2006). Teachers' perceptions of classroom intervention for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21, 171-196.

Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N., Shrem, M. & Porath, V. (2017). Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: trends over the last decade. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1-9.

Davies, A. (2018). Mapping the Discourses of ADHD: The Historical Legacy. In M. Horton-Salway & A. Davies (eds.) *The Discourse of ADHD: Perspectives on Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (27-68). London: Palgrave Macmillan.

Dwivedi, K. N. & Banhatti, R. G. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder and ethnicity. *Archives of Disease in Childhood*, 90(1), https://adc.bmjjournals.com/content/90/suppl_1/10.full

Gadner, J. (2007). Jede Gesellschaft produziert die Neurose, die zu ihr passt. Zur Bedeutung kultureller Wissenssysteme für die Entstehung und Heilung von Krankheiten. *curare*, 30(1), 59-69.

Graham, L. J. (2010). (De)Constructing ADHD. Critical Guidance for Teachers and Teacher Educators. New York: Peter Lang Publishing.

Gómez-Benito, J., Van de Vijver, F. J. R., Balluerka, N. & Caterino, L. (2015). Cross-Cultural and Gender Differences in ADHD Among Young Adults. *Journal of Attention Disorders*, 23(1), 22-31.

Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance. Oxford University Press.

Jahnuhainen, M. (2010). Different Children in Different Countries: ADHD in Canada and Finland. In L. J. Graham (Hrsg.) *(De)constructing ADHD: Critical Guidance for Teachers and Teacher Educators* (63-76). New York, Washington, D.C./Baltimore, Bern, Frankfurt, Berlin, Brüssel, Wien & Oxford: Peter Lang.

Layton, T. J., Barnett, M. L., Hicks, T. R. & Jena, A. B. (2018). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Month of School Enrollment. *The New England Journal of Medicine*, 379(22), <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1806828>

Lee, Y. & Witruk, E. (2016). Teachers' knowledge perceived teaching efficacy, and attitudes regarding students with ADHD: a cross-cultural comparison of teachers in South Korea and Germany. *Health Psychology Report*, 2(2), 103-115.

Malacrida, C. (2004). Medicinalization, Ambivalence and Social Control: Mothers' Descriptions of Educators and ADD/ADHD. *Health*, 8(1), 61-80.

Moazedi, M. L. (2018). Antipsychiatrie, der erweiterte Inklusionsbegriff und die Entpathologisierung des Fremden: Die Dekonstruktion ethnozentrisch bedingter „Normabweichungen“ als implizite Forderung der antipsychiatrischen Bewegung. *Zeitschrift für Inklusion*, 3, www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/499/365

Moon, S. Y. (2011). Cultural perspectives on attention deficit hyperactivity disorder: A comparison between Korea and the U.S. The University of Arizona, <http://www.aabri.com/manuscripts/11898.pdf>

Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S. & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Mecial Association Journal*, 184(7), 755-762.

Rothe, E., M. (2005). Considering Cultural Diversity in the Management of ADHD in Hispanic Patients. *Supplement to the Journal of the National Medical Association*, 97(10), 175-235.

Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis, *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.

Polyzoi, M., Ahnemark, E., Medin, E. & Ginsberg, Y. (2018). Estimated prevalence and incidence of diagnosed ADHD and health care utilization in adults in Sweden – a longitudinal population-based register study. *Neuro-psychiat Disease and Treatment*, 14, 1149-1161.

Ponnou, S. & Gonon, F. (2017). How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 12(1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510191/>

Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD Children. A Critical Examination of the History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Lanham & Plymouth: Lexington Books.

Russel, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C. & Ford, T. (2013). Prevalence of Parent-Reported ASD and ADHD in the UK: Findings from the Millennium Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 44(1), 31-40.

Schmidt, H.-R. (2019). *Ich lerne wie ein Zombie. Plädoyer für das Abschaffen von ADHS*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer.

Singh, I. (2008). ADHD, culture and education. *Early Child Development and Care*, 178(4), 347-361.

Smith, M. (2017). *Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective*. *Social History of Medicine*, 30(4), 767-787.

Timimi, S. (2010). The McDonaldization of Childhood: Children's Mental Health in Neo-liberal Market Cultures. *transcultural psychiatry*, 47(5), 686-706.

Timimi, S. & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8-9.

von Stechow, E. (2015). *Von Störern, Zerstreuten und ADHS-Kindern: Eine Analyse historischer Sichtweisen und Diskurse auf die Bedeutung von Ruhe und Aufmerksamkeit bis zum 21. Jahrhundert*. Bad Heilbrunn: Julius Kinkhardt.

Watters, E. (2010). *Crazy Like Us. The Globalization of the American Psyche*. New York, London, Toronto & Sydney: Free Press.

Xu, G., Strathearn, L., Liu, B. (2018). Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open*, 1(4), <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2698633>