

Vita hyperactiva:

ADHS als biosoziales Phänomen

HARALD KLIEMS

Dieses Kapitel stammt aus dem Sammelband

JÖRG NIEWÖHNER, CHRISTOPH KEHL, STEFAN BECK (HG.)

Wie geht Kultur unter die Haut?

Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin,
Lebens- und Sozialwissenschaft

© 2008 transcript Verlag, Bielefeld

ISBN 978-3-89942-926-8

<http://www.transcript-verlag.de>

Der Gesamtband und seine Teile sind unter einer
Creative Commons Lizenz lizenziert:



Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License.

Vita hyperactiva:

ADHS als biosoziales Phänomen

HARALD KLIEMS

Noch vor 20 Jahren wäre es undenkbar gewesen, eine erwachsene Person mit der psychischen Störung Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, zu diagnostizieren.¹ ADHS galt als eine Störung des Kindes- und Jugendalters, die sich im Laufe der Zeit wieder »auswachse«. Auch wenn heute noch immer vor allem Kinder von der Diagnose erfasst werden, ist es in der Zwischenzeit anerkannt, dass auch Erwachsene betroffen sein können. Diese Tatsache materialisiert sich in verschiedenen Formen: Die offiziellen Diagnosekriterien haben sich verändert, es gibt Selbsthilfegruppen und spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten, und die Pharmaindustrie hat sich einen neuen Markt für ihre im Kinderbereich schon höchst erfolgreichen Produkte erschlossen. Und nicht zuletzt gibt es eine weiter steigende Anzahl von Erwachsenen, die auf ADHS diagnostiziert wurden.

Für eine frühere Arbeit (Kliems 2007) habe ich Interviews mit einigen dieser Erwachsenen in den USA und in Deutschland durchgeführt, und dieses Material dient, ergänzt um andere Quellen, auch dem vorliegenden Text als Grundlage meiner Thesen. Ich werde im Folgenden Erwachsenen-ADHS

1 | Ich danke Jörg Niewöhner vielmals für seine konstruktiv-kritischen Anmerkungen zu einer früheren Version dieses Textes.

über die der Störung zugrunde liegende Krankheits- und Subjekt-konzeption als ein biosoziales Phänomen untersuchen. Ich komme noch genauer darauf zurück, was ich mit Biosozialität meine, und es soll an dieser Stelle genügen, wenn ich die beiden grundlegenden Dimensionen des Konzepts kurz andeute. Biosozialität bedeutet auf der einen Seite, dass es die Entwicklungen der Biomedizin der jüngsten Vergangenheit ermöglicht haben, dass sich auf der Grundlage einer gemeinsamen Biologie, etwa einem genetischen Marker, neue Formen der Sozialität, also beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, herausbilden können, und dass diese sozialen Formationen etwas qualitativ Neues sind. Auf der anderen Seite ist im Konzept der Biosozialität mit angelegt, dass sich auch die Grenzen zwischen dem Natürlichen und dem Künstlichen oder Kulturellen verschieben und letztlich sogar auflösen (vgl. Rabinow 1992). Natürlichkeit und Kultur sind keine unhinterfragten Wirklichkeiten mehr, die als ein stabiler Bezugspunkt politischer und anderer Debatten dienen können.² Bevor ich diese These genauer erläutere, will ich einen kurzen Überblick über ADHS und seine Genealogie liefern.³

Wenn man es sich mit der Definition von ADHS einfach machen wollte, müsste man nur die aktuelle Auflage des DSM, das offizielle Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association (APA 1998), zur Hand nehmen und unter Punkt 314: »Störungen mit Aufmerksamkeitsdefizit« nachlesen. Dort erfährt man, dass sich die Störung über drei Symptombereiche definiert – Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität –, wobei Hyperaktivität nicht immer vorhanden sein muss. Eine Herangehensweise allein über die gegenwärtige psychiatrische Klassifikation ist jedoch nicht hinreichend, um dem Phänomen ADHS in all seinen Facetten gerecht zu werden. Klassifikationssysteme sind keine Abbildungen von Realität, sondern sie sind »infrastrukturell«, ein-

2 | Das Konzept der Biosozialität ist natürlich nicht der erste oder einzige Ansatz, der sich mit den Grenzverschiebungen zwischen Kultur und Natur in und durch Entwicklungen in den Lebenswissenschaften auseinandersetzt. Vergleiche etwa Ingold 1990; Franklin/Lock 2003; Haraway 2007.

3 | Für eine ausführlichere Darstellung vergleiche Kliems (2007: 17-33)

gebettet in Netzwerke und Praktiken (Bowker/Star 1999), und sie haben eine Geschichte.

Das, was heute als ADHS bezeichnet wird, war ursprünglich eine Störung, die nur im Kindes- und Jugendalter auftrat. Der genaue Ursprung der diagnostischen Kategorie ist umstritten, aber zumindest in Deutschland ist eine weitverbreitete Version diejenige, die sich auf die literarische Figur des Zappelphilipp beruft. Meist geht diese Geschichte mit einer Sichtweise einher, dass es ADHS »schon immer« (oder zumindest schon sehr lange) gegeben habe, es früher aber nicht als solches erkannt und (fälschlicherweise) anders benannt worden wäre. Die Tatsache, dass der Begründer der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, Heinrich Hoffmann, in seinem berühmten »Struwwelpeter« (Hoffmann 1845/1992) schon einen Jungen beschrieben hat, der unfähig ist, still zu sitzen und seine Eltern mit der Zappelerei zur Verzweiflung bringt,⁴ deutet in dieser Lesart darauf hin, dass ADHS eine reale Störung ist. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt in ihrer offiziellen Broschüre über ADHS eine (vorsichtig formulierte) Version dieser Theorie an: »Das Krankheitsbild [ADHS] ist nicht neu. Schon Mitte des 19. Jahrhunderts wurde im ›Zappelphilipp‹ von Dr. H. Hoffmann die Geschichte eines Jungen beschrieben, dessen Verhalten an ADHS erinnert.« (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005: 5)

Jenseits der Literatur etablierte sich ADHS als diagnostische Kategorie erst deutlich später. Ich will diesen Prozess nicht im Einzelnen nachverfolgen, sondern nur zwei für meine These relevante Episoden herausgreifen, die Arbeiten von Charles Bradley und das Erscheinen der dritten Auflage des DSM. Der erste Punkt betrifft die weit zurückreichende Liaison zwischen ADHS und Psychopharmaka. Sie nahm ihren Ausgangspunkt in den USA der späten 1930er-Jahre mit Charles Bradley, dem Leiter der ersten amerikanischen psychiatrischen Klinik speziell für Kinder. Das »Emma Pendleton Bradley Hospital« stellte die zentrale Institution der Wissensproduktion über ADHS für über 20 Jahre dar (Schmutz 2004), und 1937 führte Bradley erstmalig Versuche mit Bazedrin an Kindern mit unterschied-

4 | Philipp müsste wohl mit dem hyperaktiven Subtyp von ADHS diagnostiziert werden. Der primär aufmerksamkeitsgestörte Typ wird manchmal »Hanns Guck-in-die-Luft« genannt.

lichen Verhaltensauffälligkeiten durch. Benzedrin war zu diesem Zeitpunkt als erstes synthetisches Amphetamin bereits seit mehreren Jahren auf dem amerikanischen Markt vertreten und war neben seiner Hauptanwendung als Asthmamedikament auch für seine stimmungsaufhellende und leistungssteigernde Wirkung bekannt (Auf dem Hövel 2006). Bradleys Versuche mit seinen Schützlingen erzielten »spektakuläre Ergebnisse« und er berichtete dies in verschiedenen wichtigen medizinischen Journals (Singh 2002). Die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung in Verbindung mit früheren Vermutungen über die Verbindung von ADHS-Symptomen und Hirnläsionen (der damals verbreitete Begriff für die Störung war »minimal brain dysfunction«) scheint ein gewichtiger Faktor auf dem Weg zur Herausbildung einer biopsychiatrischen Konzeption von ADHS und der Dominanz der medikamentösen Behandlung der Störung gewesen zu sein – ungeachtet der Tatsache, dass Bradley selbst durchaus Verfechter eines integrativen Ansatzes war, in dem Medikamente nur ein Element darstellen: Die Behandlung mit Medikamenten »in no sense replaces that of modifying a child's surroundings and so removing the sources of conflict« (zitiert nach Singh 2002: 590).

Die in Bradleys Werk schon angedeutete Biomedikalisierung von ADHS vollzog sich auf der Ebene der Klassifikationssysteme im Jahr 1980: »A major shift in psychiatric thinking occurred with the publication of DSM-III in 1980, when the largely psychoanalytic orientation was abandoned and replaced with an avowedly bio-medical and categorical approach to diagnosis.« (Conrad/Potter 2000: 562) Auch wenn diese Neuorientierung in der Klassifikation der inzwischen »Attention Deficit Disorder« (APA 1980) genannten Störung nicht direkt deutlich wird – das Neue an der dritten Auflage des DSM war ja gerade, dass sie nicht mehr anhand von angenommener oder tatsächlicher Ätiologie organisiert war – hatte sich spätestens zu diesem Zeitpunkt eine Sichtweise, die ADHS als das Resultat eines pathologischen Geschehens im Gehirn betrachtete, weit hin durchgesetzt.⁵

5 | Dieser Verschiebung im Detail nachzugehen, steht für ADHS noch aus. Für die Posttraumatische Belastungsstörung vergleiche Young (1995); für die allgemeine Geschichte des DSM vergleiche Kirk/Kutchins (1992) und Cooksey/Brown (1998).

Hinzu kommt, dass die diagnostischen Kriterien des DSM-III zwar weiterhin nahe legten, dass ADHS eine Störung des Kindes- und Jugendalters sei, aber auch schon einige begriffliche Änderungen beinhalteten, die es zumindest theoretisch möglich machten, auch Erwachsene mit der Störung zu diagnostizieren. Dies war allerdings noch nicht hinreichend, um ADHS zu einer weitverbreiteten Diagnose zu machen. Einen wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hatte sicherlich die Thematisierung von (Erwachsenen-)ADHS im öffentlichen Diskurs. Die im Laufe der 1990er-Jahre verstärkt auftauchenden Fernsehsendungen, Bücher von Medizinerinnen und Psychiaterinnen oder selbst von ADHS-Betroffenen und Artikel in Zeitschriften und Zeitungen trugen in erheblichem Maße dazu bei, eine »ökologische Nische« (Hacking 1998) zu schaffen, in der Erwachsenen-ADHS gedeihen konnte. Durch die Schaffung dieser Nische war es immer größeren Kreisen von Erwachsenen möglich, sich selbst als von ADHS betroffen zu definieren und schließlich auch offiziell diagnostiziert und behandelt zu werden. Ein weiterer Faktor, der zum Entstehen der Nische beitrug, sind sicherlich auch Lobby- und Selbsthilfegruppen – oftmals in einer zweifelhaften Allianz mit der pharmazeutischen Industrie, einem weiteren zentralen Akteur im Feld (Conrad/Potter 2000: 567f.; Elliott 2003: 125f.; Keller 2005).

Obwohl also auch heute noch der Großteil der ADHS-Fälle weiterhin im Kinder- und Jugendbereich diagnostiziert wird, ist ADHS bei Erwachsenen eine anerkannte psychische Störung, die fest in Diskursen, Materialitäten, Institutionen und alltäglichen Praxen verankert ist und in den meisten Fällen als biomedizinisches Problem betrachtet wird. Für die diagnostische Praxis bedeutet dies jedoch nicht, dass diese auch biomedikalisiert wäre. In der Forschung dauern die Versuche an, zuverlässige biologische Korrelate einer Diagnose zu finden, vor allem durch bildgebende Verfahren (vgl. Durston 2003; Bush 2005). Von einer praktischen Anwendung bei der Diagnose sind diese aber noch weit entfernt. Stattdessen verwenden Psychiaterinnen und Psychiater diagnostische Interviews.⁶ Dies sind standardisierte Verfahren, mit denen die einzelnen, den oben erwähnten Symptombereichen zugehörigen Symptome abgefragt werden; am

6 | Am weitesten verbreitet ist der sogenannte »Conners« (Conners/Epstein/Johnson 2001).

Ende werden die Symptome ausgezählt, und wenn mehr als sechs vorliegen und nicht zum Beispiel eine andere Störung die Symptome erklären kann, wird eine ADHS-Diagnose gestellt. Auch wenn dazu eigentlich auch die Aussagen Dritter (Lehrer/-innen, Eltern etc.) hinzugezogen werden sollten, beruhen Diagnosen in aller Regel auf Selbstberichten – ein Umstand, der in der Öffentlichkeit immer wieder diskutiert wird (vgl. Resch/Rothenberger 2002).

Biosozialität und Biopolitik als analytische Konzepte

Bevor ich damit beginnen kann, den Zusammenhang von Biomacht/Biosozialität und ADHS näher zu erläutern, sind einige begriffliche und definitorische Überlegungen notwendig. Der Begriff der Biomacht (und die verwandte Biopolitik) haben seit ihrer Einführung bei Michel Foucault eine breite Rezeption erfahren, die dazu geführt hat, dass sie heute in sehr unterschiedlicher Weise verwendet werden und einen Gutteil ihrer begrifflichen Schärfe verloren haben.⁷ Ähnliches gilt auch für das Konzept von Biosozialität, wobei hier weniger das Problem der Verwässerung als vielmehr die einseitige Konzentration auf einen Teilaspekt des Konzepts das Problem ist.

Biomacht und Biosozialität sind eng miteinander verbunden. Biosozialität als Begriff taucht das erste Mal im Titel eines Aufsatzes von Paul Rabinow (1992) – »Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality« – auf. Rabinow, ein ausgewiesener Kenner Foucaults, nahm dessen Konzept von Biomacht als seinen Ausgangspunkt, stellte aber die These auf, dass es durch die Entwicklungen in den Lebenswissenschaften der vergangenen Jahrzehnte notwendig geworden sei, das Konzept weiterzuentwickeln und in einigen Bereichen zu modifizieren. Die ursprüngliche Formulierung der Begriffe Biomacht und -politik durch Foucault im letzten Kapitel des ersten Ban-

7 | Zwei der bedeutendsten aktuellen Linien der Rezeption sind sicherlich diejenigen von Agamben (1998) und von Hardt und Negri (2000). Rabinow und Rose (2006: 198–204) zeigen in überzeugender Weise, dass in beiden Fällen Biomacht zu unspezifisch gefasst und empirisch nicht fundiert ist.

des von »Sexualität und Wahrheit« (Foucault 1976/2002a) blieb relativ knapp. In der bekannten Formulierung unterscheidet er zwischen der alten Macht des Souveräns und einer neuen Form der Macht, der Biomacht: »Man könnte sagen, das alte Recht, sterben zu *machen* oder leben zu *lassen* wurde abgelöst von einer Macht, leben zu *machen* oder in den Tod zu *stoßen*.« (Ebd.: 165) Dies konkretisiert er dann noch, indem er zwei Hauptformen der Macht zum Leben identifiziert. Die erste ist diejenige, mit denen er sich vor allem in »Überwachen und Strafen« (Foucault 1994) auseinandergesetzt hat: die Disziplinen, die »politische Anatomie des menschlichen Körpers« (Foucault 1976/2002a: 166); die zweite Form ergibt sich aus Foucaults vorangegangenen Überlegungen zum Sexualitätsdispositiv: »Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit all ihren Variationsbedingungen wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und *regulierender Kontrollen: Bio-Politik der Bevölkerung*.« (Ebd.) Die Hauptschnittstelle zwischen den beiden Achsen ist für Foucault die Sexualität. Einerseits war Sexualität das Zentrum einer Fülle von Techniken und Strategien auf der Mikroebene, die Körper aufteilten, durchdrangen, anordneten, disziplinierten; und gleichzeitig war Sexualität untrennbar mit der Makroebene, der Ebene von Bevölkerungen und deren Regulation verbunden. Rabinow und Rose (2006) weisen mit Recht darauf hin, dass Foucaults Analyse in erster Linie eine historische ist, die sich mit der Zeitspanne vom 17. bis hin zum frühen 20. Jahrhundert beschäftigt. Dagegen nutzt Rabinow (1992) die »Reartikulation« der Achsen des Körpers und der Bevölkerung im späten 20. Jahrhundert als Grundlage seines Konzepts von Biosozialität.

Die Entwicklungen, die eine Aktualisierung des Biomacht-Konzepts notwendig gemacht haben, sind bei Rabinow vor allem diejenigen der Genetik. Die Möglichkeit, Leben durch die Analyse des Erbguts auf der molekularen Ebene verstehen und – mehr noch – potenziell auch verändern zu können, stellt etwas qualitativ Neues dar, dessen epistemologische, soziale und politische Auswirkungen weitreichend sind.

»In the future, the new genetics will cease to be a biological metaphor for modern society and will become instead a circulation network of identity terms and restriction loci, around which and

through which a truly new type of autoproduction will emerge, which I call ›biosociality.« If sociobiology is culture constructed on the basis of a metaphor of nature, then in biosociality, nature will be modeled on culture understood as practice. Nature will be known and remade through technique and will finally become artificial, just as culture becomes natural. Were such a project to be brought to fruition, it would stand as the basis for overcoming the nature/culture split.« (Rabinow 1992: 241f.)

Biosozialität ist also ein Konzept, in dem die traditionelle Unterscheidung von Natur und Kultur infrage gestellt oder gar überwunden wird. Auf der einen Seite kommt es zur Herausbildung von neuen Formen von Gesellschaftlichkeit, auf der anderen Seite verändert der Begriff des Natürlichen seine Bedeutung. Wie aus dem obigen Zitat schon deutlich wird, argumentiert Rabinow hier nicht auf einer rein begrifflichen oder metaphorischen Ebene, sondern es geht ihm um die Durchdringung des Alltags auf der Ebene der Praxis.

Das Beispiel, das Rabinow zur Illustration der einen Seite seiner These wählt, ist die Herausbildung von neuen sozialen Gruppen auf der Basis von gemeinsamen biologischen Merkmalen: »There will be, for example, neurofibromatosis groups who will meet to share their experiences, lobby for their disease, educate their children, redo their home environment, and so on [...] there will be groups formed around the chromosome 17, locus 16,256, site 654,376 allele variant with a guanine substitution. These groups will have medical specialists, laboratories, narratives, traditions and a heavy panoply of pastoral keepers to help them experience, share, intervene in, and ›understand‹ their fate.« (Ebd.: 244) Auf der Seite der Veränderungen im Begriff des Natürlichen dienen ihm die Entwicklungen bei Nahrungsmitteln als Veranschaulichung. Im Zeitalter von industrieller Fertigung von Nahrung, von »Functional Food« und der stetigen gesellschaftlichen Problematisierung von Nahrung und Ernährung wird immer unklarer, was natürlich und was künstlich ist, und ob Natürlichkeit noch ein unbedingt erstrebenswertes Kriterium ist. So kann man eine Tomate genetisch so modifizieren, dass sie gegen den natürlichen Prozess des Verfaulens geschützt ist. Dadurch verliert sie andererseits aber vielleicht eben auch ihren »natürlichen Geschmack«, der dann

mithilfe eines weiteren Eingriffs künstlich wiederhergestellt werden muss.

In der folgenden Rezeption lag das Augenmerk zumeist vor allem auf dem ersten Aspekt, also etwa im Bereich der seit den 1990er-Jahren stark boomenden genetischen Diagnostik von »single gene disorders«, in der sich Patientinnengruppen neu formierten und neue Konfigurationen von Expertise, Subjektivität und Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Laiinnen und Laien herausbildeten (vgl. zum Beispiel Novas 2003; Callon/Rabeharisoa 2003). Auch für ADHS trifft es, wie wir noch sehen werden, in gewissem Maße zu, dass es durch die Biologisierung der Störung zur Herausbildung von kollektiven Identitäten auf Grundlage der angenommenen geteilten biologischen Ursache der Störung gab. Allerdings gibt es auch bedeutsame Unterschiede zwischen ADHS und den von Rabinow und anderen untersuchten Erkrankungen. Außerdem ist es mir wichtig, nicht ebenfalls der einseitigen Fokussierung auf die Herausbildung neuer Sozialitäten zu verfallen und mein Augenmerk auch auf die andere Dimension von Biosozialität, also der Problematisierung der Grenzen von Natur und Kultur, zu richten.

Normalität und Pathologie als Bindeglied

Es gibt unterschiedliche Wege, ADHS als biosoziales Phänomen zu untersuchen, die ich an diesem Ort nicht alle verfolgen kann. Meine Herangehensweise besteht darin, die Unterscheidung zwischen Normalität und Pathologie als meinen Ausgangspunkt und als Bindeglied zwischen ADHS und Biosozialität zu verwenden. Fragen danach, ob eine Person »wirklich« ADHS hat, wo die Grenze zwischen »normaler« Unaufmerksamkeit und einer psychischen Störung liegt, welche Wirkung Medikamente haben, deren Ziel es ist, »Normalität« herzustellen, bieten eine Reihe von Ansatzpunkten, die Neuformierung des Sozialen wie des Natürlichen auf einer empirisch fundierten Grundlage zu untersuchen. Da die Unterscheidung zwischen Normalität und Pathologie im Fall von ADHS – und anderen »neuen sozio-medizinischen Störungen« (Dumit 2000; 2004) – komplex ist, beginne ich mit einer Erörterung des Krankheitskonzeptes, das diesen Störungen zugrunde liegt.

Konzeptionen von Krankheit und Gesundheit sind keine naturgegebenen Konstanten, sondern in soziale Kontexte eingebettet und haben sich historisch gewandelt. Ich will auf diesen Prozess im Einzelnen nicht näher eingehen,⁸ sondern will als Annäherung einer von Joseph Dumit getroffenen Unterscheidung folgen und zwei grundsätzliche Paradigmen einander gegenüberstellen, das der *inhärenten Gesundheit* und das der *inhärenten Krankheit*. Ersteres beschreibt Dumit (2002: 124) folgendermaßen: »This traditional paradigm is one of ›inherent health,‹ as it assumes that most people are healthy at their core, and that most illnesses are temporary interruptions in their lives.« Er sieht dieses traditionelle Paradigma eng mit einer Krankheitsvorstellung verbunden, in der ein vitaler Körper als ein homöostatisches System von Viren, Bakterien oder anderen Krankheitserregern angegriffen wird, diese Eindringlinge bekämpft, dadurch Krankheitssymptome verursacht und schließlich – mit oder ohne Hilfe der Medizin – wieder in den Zustand des Gleichgewichts zurückkehrt (oder der Krankheit erliegt). Auch wenn die Entdeckung von Viren und Bakterien diesem Paradigma eine neue Grundlage gegeben hat, ist es wichtig festzuhalten, dass es die Vorstellung vom Körper als einem sich im Gleichgewicht befindlichen System schon viel früher gab. Canguilhem verfolgt diese Vorstellung zurück bis zur hippokratischen Medizin, in der Natur und Mensch als harmonisch und ausbalancierte Gleichgewichte betrachtet wurden und Krankheit beschrieben wurde als eine »generalized reaction to bring about a cure; the organism develops a disease in order to get well« (Canguilhem 1991: 40f.). Die Medizin hat in diesem Modell die Aufgabe, dem Körper ein vorläufiges Vertrauen in seine eigenen Kräfte zu schenken; dabei muss sie ihn aber genau beobachten und gegebenenfalls, wenn die Kräfte des Körpers nicht ausreichen, eingreifen – »dem dynamischen Körper eine abwartende Medizin« (Canguilhem 2004: 8).

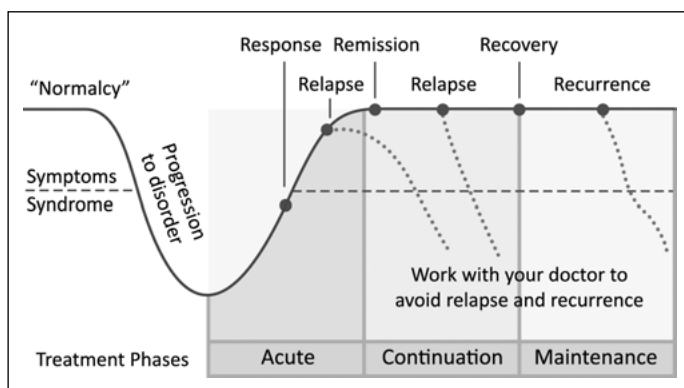
Das neue⁹ Paradigma hingegen wird von Dumit als eines

8 | Die wesentliche Referenz für die Geschichte des Normalen und Pathologischen ist sicher der oben angesprochene Georges Canguilhem (1991; 2004).

9 | Auch wenn Dumit nicht direkt historisch argumentiert und einräumt, dass es auch im traditionellen Paradigma Krankheiten gab, die mehr dem neuen Paradigma entsprachen, ist seine

beschrieben, in dem Normalität und Gesundheit stets bedroht sind, in dem der Körper »inhärent krank« ist. Es gibt nicht länger den robusten Körper, der vitale Kräfte zu seiner eigenen Wiederherstellung besitzt und auf den die Medizin vertrauen kann. Im Gegenteil, der Körper bedarf ständiger Aufmerksamkeit und Interventionen, um ihn sozusagen im grünen Bereich, dem Bereich des Nicht-Pathologischen oder Symptomfreien zu halten. Diese Vorstellung des Körpers sieht Dumit in der sogenannten Kupfer-Kurve paradigmatisch veranschaulicht (Abbildung 1). Ursprünglich wurde die Kurve zur Beschreibung des Verlaufs depressiver Erkrankungen entwickelt (Kupfer 1991) – der prominenteste Ort, an dem sich die Kupfer-Kurve finden lässt, ist die Produkt-Webseite für das Antidepressivum Prozac. Dumit argumentiert allerdings, dass sich das Modell auch auf andere psychische Störungen und in begrenztem Maße auch auf Krankheiten im Allgemeinen übertragen ließe.

Abbildung 1: Die Kupfer-Kurve



Grafik: Timo Schwarz, nach: Eli Lilly and Company 2006

In der Kurve werden drei Bereiche von Gesundheit und Krank-

Darstellung dennoch problematisch. Das Paradigma der inhärenten Gesundheit hatte Gültigkeit vor allem für den weißen, europäischen, männlichen Körper. Die Körper von Frauen, Wahnsinnigen oder Nicht-Weißen wurden schon deutlich länger als inhärent pathologisch konzipiert, wenn auch auf eine etwas andere Weise als die von Dumit beschriebene. Ich danke Lisa Malich für diesen wichtigen Hinweis.

heit unterschieden: *Normalität*, das *Syndrom* und als vermittelnde Instanz die *Symptome*. Darüber, ob eine Person noch im Normalbereich liegt oder bereits die Schwelle zum Pathologischen überschritten hat, entscheidet die Anzahl und die Stärke der Symptome. Wenn wir uns an den oben beschriebenen Prozess der Diagnose entsprechend dem DSM erinnern, wird klar, dass die Kurve nicht nur ein bloßes Modell oder Diskursbestandteil ist, sondern dass das Modell auch auf der Ebene der Praxis seine Entsprechung hat. Wer zu einer Psychiaterin oder einem Psychiater geht, dessen Symptome werden erfragt, und wer mehr als sechs der beschriebenen Symptome zeigt, hat ADHS; wer weniger Symptome zeigt, hat kein ADHS. Im Sinne der inhärenten Krankheit bedeutet Letzteres allerdings genau *nicht*, dass eine Person in diesem Fall einfach gesund wäre. Erstens ist durch die Elastizität der diagnostischen Kriterien praktisch niemand völlig symptomfrei – oder wer wollte von sich behaupten, dass er nie »vergesslich im Alltag« ist oder nie »Schwierigkeiten hat, andauernd aufmerksam bei anspruchsvollen Aufgaben« zu sein?

Zum anderen kommt eine zeitliche Komponente hinzu. Selbst wenn eine Person vielleicht eben doch symptomfrei sein kann, heißt das noch lange nicht, dass sie es auch *dauerhaft* sein wird. Für die gesunde, oder besser: symptomfreie Person bedeutet dies, dass ihr gegenwärtiger Zustand immer einer des Noch-nicht-Krankseins, ein »risk territory« (Dumit) für Krankheit ist; und für die bereits Betroffenen, denen es gelungen ist, mittels Medikamenten oder anderer Maßnahmen wieder in den Bereich des Symptomfreien zu gelangen, bedeutet es, dass sie nicht gesund, sondern nur »noch nicht wieder krank« sind. In der Kupfer-Kurve ist dies dargestellt durch die auf die erste »Heilung« folgenden Phasen mit den potenziellen Abweichungen nach unten. Eine erfolgreiche Behandlung bedeutet also, dass die Rückkehr zur Normalität stets nur eine vorläufige ist und der Körper konstante und im Prinzip lebenslange Aufmerksamkeit (»maintenance«) benötigt, um nicht erneut die Schräge der Kupfer-Kurve in die Abgründe des Syndroms hinabzurutschen. Oder wie es bei der Prozac-Grafik heißt: »Work with your doctor to avoid relapse and recurrence.«

Bedingung für die Aufrechterhaltung von Normalität ist damit also auch eine spezifische Subjektkonzeption. Der oder die Einzelne kann sich weder auf einen vitalen Körper noch allein

auf eine handelnde Medizin verlassen, die ihn oder sie zurück zur Gesundheit bringen. Das Subjekt muss vielmehr ein aktives, verantwortliches, handelndes sein, das eine Vielzahl von auf seine Krankheit gerichteten Selbst-Technologien verwendet, also Techniken, die es »Individuen ermöglichen, mit eigenen Mitteln bestimmte Operationen mit ihren Körpern, mit ihren eigenen Seelen, mit ihrer eigenen Lebensführung zu vollziehen, und zwar so, dass sie sich selber transformieren, sich selber modifizieren« (Foucault 1984: 35f.). So wie dies auch in den Gouvernementalitätsstudien konzeptualisiert wurde, kommt es zu neuen Formierungen von Macht, in denen das Individuum zwar einerseits mehr Handlungsoptionen hat, zugleich aber auch von ihm gefordert wird, von diesen richtigen Gebrauch zu machen (für einen Überblick vergleiche Lemke et al. 2000).

Bisher habe ich nur von der Ebene der Symptome, der Ebene der sichtbaren Phänomene gesprochen. Um das Bild zu vervollständigen, ist es aber notwendig, auch die angenommenen Ursachen dieser Symptome in die Analyse mit einzuschließen. Wie ich oben bereits beschrieben habe, ist die weithin anerkannte Annahme,¹⁰ dass ADHS ursächlich auf ein polygenetisch verursachtes pathologisches Geschehen im Gehirn zurückzuführen ist, also biologisch-somatische Ursachen hat. Es wird zwar anerkannt, dass Umweltfaktoren auch eine Rolle spielen, aber deren Einfluss ist begrenzt, wie sich an der sehr hohen Heritabilität der Störung (ca. 80 %) zeigt. Die genetischen Abweichungen führen in der Folge zu Veränderungen sowohl in der Hirnphysiologie wie auch im Hirnstoffwechsel. Welche Gene, Regionen und Neurotransmitter dabei genau welche Rolle spielen, ist allerdings umstritten – ADHS sei eine Störung mit »kausaler Heterogenität«, deren komplexe Ätiologie man im Moment noch nicht letztgültig klären könne (Coghill et al. 2005).

Der Unterschied zu älteren Theorien über ADHS, in denen die Störung etwa aus einem psychoanalytischen Paradigma heraus als ein Erziehungsproblem zwischen Müttern und Söhnen

10 | Dies bedeutet natürlich nicht, dass es nicht auch ganz andere Ätiologietheorien gibt, die ADHS zum Beispiel zurückführen auf die allgemeine Beschleunigung des Lebens und die damit einhergehende Reizüberflutung (DeGrandpre, 2005) oder auf Veränderungen in der Ernährung, von Nahrungsmittelfosphaten (Hafer, 1978) bis hin zu Lebensmittelfarbstoffen (V. Elliott, 2007).

erklärt wurde (Singh 2002), ist substanziell. In Bezug auf die Kupfer-Kurve bedeutet dies, dass Krankheit und Normalität im Fall von ADHS auf der Grundlage des Neurotransmitter-Stoffwechsels verstanden werden. »Normalität« ist dann nicht nur die Abwesenheit von Symptomen, sondern zugleich ein fragiler Gleichgewichtszustand des Gehirns, in dem die Menge von Dopamin oder anderen Neurotransmittern gerade richtig ist. Und Pathologie ist entsprechend die Abwesenheit dieses Gleichgewichts, das durch Selbsttechnologien oder andere Interventionen wieder hergestellt werden muss.

Das biopsychiatrische Paradigma, das sich spätestens seit der Publikation der dritten Auflage des DSM als Mainstream etabliert hat, bietet weitgehend neue Wege, sich selbst und seine Störung zu verstehen. Dabei ist wichtig zu betonen, dass ich nicht einem biopsychiatrischen Determinismus das Wort reden möchte, in dem sich das wissenschaftliche Mainstream-Modell eins zu eins in die Subjektivität des oder der Einzelnen einschreibt. Aber die Biomedikalisierung der Störung schafft einen Möglichkeitsraum wie auch einen Sog aus Diskursen und Praxen, der es dem Individuum ermöglicht und nahelegt, sich selbst nicht nur als ein aktiv handelndes, sondern zugleich auch als ein »somatisches Individuum« (Novas/Rose 2000), ein »neurochemisches Selbst« (Dumit 2002) zu verstehen. Also ein Selbst (und eine Störung), das die ADHS-Patientin oder der -Patient wesentlich in der Sprache der Biomedizin als ein biologisches, ein körperliches Sein versteht und erlebt.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die gegenwärtig dominante Sichtweise von der ADHS zugrunde liegenden Krankheitsdefinition Teil einer neuen Konstellation ist, in der eine bestimmte Form von Subjektivität ermöglicht und befördert wird. Individualität erscheint als eine in erster Linie somatische. Auch wenn es bei ADHS gegenwärtig noch nicht möglich ist, noch eine Ebene »tiefer« zu gehen und die Ursachen der Störung im Erbgut zu lokalisieren und damit auch eine qualitativ andere Form der Diagnose zu erreichen, ist der körperliche Charakter des pathologischen Geschehens dennoch weitgehend akzeptiert, sowohl in der Wissenschaft als auch bei vielen Betroffenen. Zugleich sind Körperlichkeit, Normalität/Pathologie und Subjektivität aber nicht mehr natürlich und stabil, sondern bilden eine komplexe, dynamische Konfiguration. Subjektivität basiert auf Körperlichkeit – ich bin mein Gehirn –, aber die-

se spezifische, körperliche Subjektivität wirkt umgekehrt über Selbst- und Herrschaftstechnologien auf die Körperlichkeit ein – ich beobachte meinen Körper, deute seine Zeichen, greife in seine Prozesse direkt ein.

Die eben beschriebene somatische Individualität erscheint bislang als eine eher personale Identität, die eng mit der Konzeption psychischer Störungen zusammenhängt. Mit Blick auf Biosozialität ist dann zu fragen, ob die Tatsache, dass Personen sich als somatische Individuen verstehen, auch zur Herausbildung von neuen sozialen Formen – etwas, was sich vielleicht als Somatosozialität¹¹ bezeichnen ließe – führt. In Rabinows Formulierung erscheint dieser Schritt als recht offensichtlich: Da Personen auf der genetischen Ebene, die als grundlegende Erklärungsebene der Prozesse des Lebens verstanden wird, ein Merkmal teilen, also etwa einen Marker für Chorea Huntington, bilden sie Selbsthilfegruppen, finanzieren und beeinflussen Forschung und reisen über Tausende von Kilometern, um Personen zu treffen, die »genau wie sie« sind. Bei Rabinow erscheint dies noch als Zukunftsvision, aber sowohl wissenschaftliche als auch journalistische Berichte zeigen, dass die Entwicklungen in der Gendiagnostik dies heute zu einem realen Phänomen gemacht haben (Harmon 2007; Callon/Rabeharisoa 2004). Im Falle von ADHS ist diese genetische Grundlage aber nicht vorhanden oder doch zumindest deutlich komplizierter (Thapar et al. 2007). Es gibt eben nicht das »ADHS-Gen« und auch wenn die Erblichkeit von ADHS durchaus Teil der Vorstellungswelt von Betroffenen ist (»mein Vater war auch schon so«), materialisiert sich diese Erblichkeit nicht, sie wird nicht sichtbar, etwa in einem Test oder in einer ikonischen bildlichen Darstellung (vgl. hierzu auch Nelkin/Lindee 2000; Dumit 2004: 162f.).

Die Individualität von ADHS-Patientinnen und -Patienten ist folglich zwar eine somatische, aber keine primär genetische. Und dasselbe gilt für soziale Gruppen um ADHS herum. Selbsthilfegruppen, ob im klassischen Sinn oder internetbasierte, geben ein vielschichtigeres Bild ab als diejenigen, die primär um biologische Merkmale herum organisiert sind. Auf

11 | Ich danke Jörg Niewöhner für diesen Begriff. Allerdings wäre noch zu diskutieren, ob es einen Unterschied zwischen Bio- und Somatosozialität, zwischen Leben und Körper gibt oder geben sollte.

der Erfahrungsebene erlauben sie ein Erleben sowohl von Gemeinsamkeit (»Die haben dasselbe erlebt wie ich«) wie auch von Differenz (»Die Person hat auch ADHS, aber ist ganz anders als ich«) und stellen damit einen wichtigen Faktor im Prozess der Subjektivierung dar. Körperlichkeit und Biologie sind dabei oft ein Thema, etwa die Wirkung von Medikamenten. Ich würde aber argumentieren, dass die Biologie und Körperlichkeit weniger auf der Ursachenebene als Grundlage von Gruppenbildung funktioniert. Die sozialen Räume, die sich um ADHS herum aufspannen, sind zwar *auch* Räume des Körperlichen, aber eben nicht nur. Im Prozess der somatischen Individualisierung kann eine Selbsthilfegruppe als eine Instanz dienen, in der Körperlichkeit verhandelt werden kann. Die biomedizinische Sichtweise von ADHS ist natürlich auch dort vorhanden und kann von Betroffenen nicht einfach ignoriert werden; aber zugleich kann diese im Erleben von Gemeinsamkeit und Differenz ergänzt, verändert, in Frage gestellt werden.

Ein wesentlicher Teil von somatischer Individualität ist, dass sie sich in einem Feld von multiplen Macht/Wissen-Konfigurationen konstituiert. Es ist kein einheitlicher »klinischer Blick« (Foucault 1963/2002b) mehr, der die biomedizinische Sichtweise in den passiven Patienten oder die passive Patientin einschreibt und zu einer einfachen »Medikalisierung abweichenden Verhaltens« (Conrad 1975; 1976/2006) führt. Körperlichkeit und Subjektivität sollten stattdessen als Verdichtungen, als Knotenpunkte in Netzwerken mit einer Vielzahl von widerstreitenden Elementen verstanden werden.¹² Die Fähigkeit, wahres Wissen, »objective facts« (Dumit), zu schaffen, liegt nicht allein aufseiten des biomedizinischen Komplexes, sondern es bilden sich auch andere Formen von Expertise auf der Grundlage von Sozialität heraus. So kann etwa die eigene Erfahrung von der Nichtwirksamkeit eines Medikaments, über die eine Person sich in einem Selbsthilfeforum mit Personen austauscht, die sie als im Grundsatz ähnlich betrachtet, die Grundlage für

12 | Von einem anderen Ansatzpunkt zu einer ähnlichen, relationalen und prozessualen Sichtweise gelangt zum Beispiel auch Ingold (1990: 225): »Organisms and persons are not the effects of molecular and neuronal causes, of genes and traits, but instances of the unfolding of a total relational field. They are formed from relationships, which in their activities they create anew.«

neues Wissen über ADHS und Körperlichkeit jenseits eines biomedizinischen Mainstreams sein. Körperlichkeit und Biologie sind mehr als nur Grundlage einer bestimmten Sozialität. Sie sind gleichzeitig immer auch fragmentierte, distribuierte, widersprüchliche emergente Formen, die sich nur in einer relationalen Sichtweise angemessen erfassen lassen und die sich innerhalb der von ihnen mit ermöglichten sozialen Formationen dynamisch verändern.

Psychopharmaka und die Herstellung von ›Normalität‹

Ein Bereich, anhand dessen sich noch einmal auf andere Art als im vorherigen Abschnitt zeigen lässt, wie die Kategorien des Normalen und Natürlichen im Fall von ADHS problematisch geworden sind, ist das, was gemeinhin als die Wiederherstellung von Normalität verstanden wird: die medikamentöse Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Diese Form der Therapie ist die am weitesten verbreitete, aber – zumindest bei Kindern – auch umstrittenste. Ritalin, Adderall oder Concerta sind nur einige Markennamen von meist amphetaminartigen Substanzen, die bei Personen mit ADHS eingesetzt werden. Die genaue Wirkungsweise der Medikamente ist noch nicht abschließend geklärt, aber dies ist bei Psychopharmaka nicht unüblich und verhinderte den rapiden Anstieg des Konsums in den vergangenen Jahrzehnten in keiner Weise. Es ist zwar schwierig, verlässliche und vergleichbare Zahlen zur Verschreibungshäufigkeit zu bekommen (vgl. etwa Ferber et al. 2003), aber *dass* diese deutlich angestiegen ist, steht außer Zweifel. Die Wirksamkeit von Ritalin & Co. scheint in der öffentlichen Diskussion weitgehend unbestritten zu sein, und das Unbehagen an der Verschreibung vor allem an Kinder basiert genau auf dieser Annahme: Weil das Medikament so wirksam ist, dass es ein tobendes, schreiendes und sozial wenig verträgliches Kind nur kurz nach der Einnahme einer Pille in ein nettes, aufmerksames Kind verwandeln kann, erscheinen die Medikamente als etwas, das potenziell gefährlich ist. Auch in der Wissenschaft ist die generelle Wirksamkeit von Psychopharmaka bei ADHS-Patientinnen und Patienten weithin anerkannt, wengleich hier auch eine differenziertere Sichtweise vertreten

wird, die zwar annimmt, dass auf einer statistischen Ebene die Medikamente wirksam sind (Faraone et al. 2004), aber zugleich anerkennt, dass die Medikamente bei verschiedenen Personen in unterschiedlicher Weise – und oft eben auch gar nicht – wirken. Die von mir untersuchten Betroffenen teilten meist diese differenzierte Sichtweise. Für die meisten hatte die Behandlung mit Medikamenten zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Situation geführt; um an diesen Punkt zu gelangen, war aber oft ein langer Prozess des Herumexperimentierens mit verschiedenen Substanzen und Dosen notwendig, um einerseits überhaupt eine positive Wirkung zu erreichen als auch um die Nebenwirkungen in den Griff zu bekommen. Auch wenn also Medikamente keine Wundermittel sind – »pop a pill and then suddenly become a better person«, wie es ein Betroffener ausdrückte – nehmen sie in der Behandlung von ADHS doch eine zentrale Stellung ein und bescheren nicht zuletzt Pharmafirmen beachtliche Gewinne. Der für meine Fragestellung relevante Punkt ist allerdings nicht der der neurochemischen Wirkmodelle oder der ökonomischen Dimensionen von ADHS-Medikamenten, sondern die Frage nach den Konsequenzen, die der Gebrauch von Psychopharmaka auf Vorstellungen von Subjektivität, Normalität und damit letztlich auch Natürlichkeit hat.

Auf den ersten Blick stellen Psychopharmaka, wie andere Medikamente auch, einen Zustand der Normalität wieder her, der von einem Krankheitsgeschehen beeinträchtigt war. Bei einer genaueren Betrachtung kann man jedoch fast alle Bestandteile dieser Aussage hinterfragen. Sind sich Psychopharmaka und andere Medikamente, etwa ein Antibiotikum oder ein Blutdrucksenker, wirklich so ähnlich? Was ist mit »Normalität« gemeint und wie definiert sie sich? Zielen Psychopharmaka tatsächlich auf die Herstellung von Normalität ab? Und falls ja: Ergibt es Sinn, von einer *Wiederherstellung* zu sprechen?

Wie idiosynkratisch der alltägliche Umgang mit Psychopharmaka aussehen kann, will ich anhand einer kurzen Episode veranschaulichen. Andreas, einer der von mir in Deutschland interviewten, war schon als Kind mit ADHS diagnostiziert worden und bekam auch Psychopharmaka verschrieben. Auch wenn er diese zu Beginn noch lieber auf dem Schulhof verkauft hatte, nahm er zum Zeitpunkt des Interviews regelmäßig Amphetamine, die ihm auch halfen. Allerdings war sein Umgang mit dem Medikament und seinen Wirkungen ein sehr bewusster:

»Also zum Beispiel sind die sogenannten ›Medizin-Holidays‹ jetzt out, die Ärzte empfehlen das zurzeit nicht, sie sagen, man soll sich durchmedikamentieren. Keinen, erst recht keinen unkontrollierten Medizinurlaub selbst machen. Und ich mache das trotzdem, weil ich das für mich wichtig finde. Und ich nehme mir einmal ... also ich habe da halt so ne Medizinflasche so, und wenn die leer ist, dann mache ich drei Tage Pause. Und bleibe ohne. Ich weiß nicht, das kann man sentimental nennen, aber um mit meiner eigenen Natur vertraut zu bleiben, weil schließlich bin ich die ganze Zeit irgendwie Gast in einer anderen Bewusstseinsstufe, die nicht wirklich meine ist.«

Da ein einfaches Wiederherstellungsmodell also offensichtlich keine adäquate Beschreibung des alltäglichen Umgangs mit Medikamenten liefern kann, müssen wir die aufgeworfenen Fragen über einen anderen Ansatzpunkt angehen. Der Zugang, den ich dabei wählen will, liegt ebenfalls in dem oben beschriebenen Krankheitsmodell, auf dem ADHS basiert. Wenn wir zurückdenken an die Kupfer-Kurve, scheinen Medikamente tatsächlich Normalität wiederherzustellen. Eine Person ist den Abhang der Symptome ›hinuntergerutscht‹, nimmt Medikamente, die dann einen Wendepunkt in der Krankheitskurve erzeugen (»Response«) und sie wieder zurück in den Bereich des Normalen bringen. Bezogen auf die Symptomebene würde Normalität hier Symptomfreiheit bedeuten; auf der Ursachen-ebene wäre es etwa ein Einpegeln des Neurotransmitterniveaus auf einem ›normalen‹ Wert. Wie wir oben bereits gesehen haben, sind diese Definitionen aber nicht unproblematisch. Symptome sind graduell, bereichsspezifisch, zeitlich variabel. Und es gibt eben auch keine anerkannten Testverfahren, mit denen man sozusagen hinter der Ebene der Phänomene feststellen könnte, ob das Gehirn wieder in den Normalzustand gebracht wurde. Zugleich erklärt das Modell der Kupfer-Kurve die angestrebte oder tatsächliche Medikamentenwirkung nur zum Teil. Wie das obige kurze Zitat schon angedeutet hat – ein besserer Mensch werden durch eine Pille –, sind Vorstellungen von Normalität immer auch mit kulturellen Mustern und sozialen Normen verbunden. Autoren wie Peter Kramer (1997) und Carl Elliott (2003) haben ausführlich analysiert, wie Prozac und andere »enhancement technologies« in kulturelle Vorstellungen davon eingebettet sind, wie Menschen sind und wie sie sein sollten. Es

ist nicht mehr hinreichend, sich auf »die menschliche Natur« zu berufen, da diese als gesellschaftliche Kategorie umstritten ist und zumindest bei den meisten psychiatrischen Störungen eine Quantifizierung von Normalität auf der körperlichen Ebene (noch?) nicht möglich ist.¹³ Selbst wenn man davon ausgeht, dass es einen Weg gäbe, Normalität zu bestimmen, kommt hinzu, dass bei Substanzen wie Ritalin und Prozac gar nicht klar ist, ob sie »nur Normalität« herzustellen beziehungsweise herstellen sollen. Peter Kramer verwendet den Begriff »kosmetische Psychopharmakologie«, um zu beschreiben, wie vormals bestenfalls subklinisch Depressive nach der Einnahme von Prozac und den damit einhergehenden Veränderungen ihrer Persönlichkeit ihr vorheriges Selbst retrospektiv plötzlich als »mildly ill« erlebten (Kramer 1997: 19). Weder das Normale noch das Pathologische sind damit also fixe Kategorien, sondern verschieben und verwischen ihre Grenzen über die Wirkung der Medikamente. Ein verwandtes Phänomen, dem ich bei mehreren von mir interviewten ADHS-Patientinnen und Patienten begegnete, unterstützt diese These. So lässt sich folgende Beschreibung der Wirkung von Methylphenidat schwerlich als Herstellung von Normalität beschreiben.

»Viel schwieriger war es, bis ich mich erst mal an das Medikament gewöhnt habe, das war erst mal was anderes. Das war wie Asterix, der mit dem Zaubertrank dann auf einmal hier so ... [macht entsprechende Geste]. Man hat sich dann topfit gefühlt, konnte stundenlang alles machen, das hat dann aber nachher so ne Grenze bekommen, dass man dann eben völlig ausgelaugt war. Man muss dann also auch seine Grenzen in der Richtung testen oder bedenken.«

In den Begrifflichkeiten der Kupferkurve schießen die Medikamente in diesem Fall also über die Normalität hinaus und erzeu-

13 | Der bewusste, reflexive und experimentelle Umgang mit Medikamenten ist dabei allerdings nicht allein auf Psychopharmaka beschränkt. Auch bei eher klassischen Medikamenten wie Blutdrucksenkern, wo eine quantifizierbare Norm und eine weitgehend geklärte Ätiologie vorhanden sind, entspricht der alltägliche Umgang von Patientinnen und Patienten oft nicht dem medizinischen Idealbild (vgl. etwa Holland et al. 2008).

gen einen Zustand, der als ebenso unnorm und unnatürlich erlebt wird wie die Störung selbst. Rose (2007: 222) liefert eine treffende Zusammenfassung dieser komplizierten Situation.

»The most widely prescribed of the new generation of psychiatric drugs treat conditions whose borders are fuzzy, whose coherence and very existence as illness or disorders are matters of dispute, and which are not so much intended to ›cure‹ a specific illness – a transformation from a pathological to a normal state – as to modify the ways in which vicissitudes in the life of the recipient are experienced, lived, and understood [...] they are entangled with certain conceptions of what humans are or should be – that is to say, specific norms, values, and judgments internalized in the very idea of these drugs. An ethics is engineered into the molecular makeup of these drugs, and the drugs themselves embody and incite particular forms of life in which the ›real me‹ is both ›natural‹ and to be produced.«

Es sollte klar geworden sein, was dies für meine These über Biosozialität bedeutet. Normalität lässt sich weder auf der subjektiven, der Symptom- oder der somatischen Ebene einfach auf etwas Natürliches zurückführen – dem Leben wohnt keine Norm inne. Normalität hat stets den Doppelcharakter des zugleich Natürlichen und technisch Produzierten. Wie bei der Rabinow'schen Gentomate, deren ›natürlichen‹ Geschmack man erst wieder künstlich herstellen muss, lösen sich bei ADHS und seiner medikamentösen Behandlung die Grenzen zwischen dem Natürlichen und dem Produzierten, zwischen Biologie und Kultur auf und es bilden sich mannigfaltige neue Konfigurationen des Natürlich-Künstlichen oder Künstlich-Natürlichen heraus.

Fazit

Es ist deutlich geworden, dass die Analyse von ADHS als ein biosoziales Phänomen eine fruchtbare Herangehensweise ist. Ich konnte zeigen, dass sich sowohl die Bildung von neuen Formen von Subjektivität und Sozialität als auch die Verwischung der Grenzen zwischen Natur und Kultur in verschiedenen Aspekten von ADHS verfolgen lassen. Gleichzeitig sollte aber

auch deutlich geworden sein, dass Biosozialität, wie auch (Rose 2007) betont, stets historisch und lokal spezifisch ist. Auch wenn es durch das Internet, durch Standardisierungspraktiken und Wissenstransfer in vielen Bereichen zu Angleichungsprozessen gekommen ist, bestehen dennoch weiterhin bedeutsame regionale Unterschiede – und das nicht nur zwischen der westlichen Welt und Staaten der Peripherie, sondern auch innerhalb des Westens (zum Beispiel Malacrida 2001). In der zeitlichen Dimension wird die Spezifität vielleicht noch deutlicher. Wie zu Beginn meines Artikels bereits angedeutet, hat ADHS eine Geschichte und ist immer noch ein Phänomen, das stark im Fluss ist. Das hier Geschriebene kann also nur eine Momentaufnahme sein und es bleibt abzuwarten, was passieren wird, falls etwa doch das »ADHS-Gen« gefunden werden sollte oder man ein anderes messbares körperliches Korrelat der Störung entdecken sollte.

In der Spezifität von ADHS-Biosozialität begründet sich auch der Wert meiner Untersuchung. Viele gegenwärtige Phänomene können als biosozial beschrieben werden, aber das entbindet die Forscherin und den Forscher nicht davon, mittels eines »modest empiricism« (Rabinow/Rose 2006: 205) die Eigentümlichkeiten und Abweichungen der jeweiligen Phänomene im Detail zu untersuchen. Was in diesem Sinne ADHS als besonders interessant erscheinen lässt, ist die Tatsache, dass die Störung sozusagen eine mittlere Position im Spektrum der Krankheiten einnimmt. Wie wir gesehen haben, ist die Störung nicht weit genug genetisiert, um Subjektivitäten und Sozialitäten hervorzubringen, wie dies bei monogenetischen Erbkrankheiten der Fall ist. Andererseits ist ADHS auch weit entfernt von Krankheiten, die weiterhin auf dem oben beschriebenen traditionellen Paradigma basieren. Man könnte behaupten, dass viele Arbeiten über Biosozialität und verwandte Bereiche dazu neigen, den extremen Pol in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen. Mehr oder weniger explizit geht damit oft die Prognose einher, dass diese Krankheiten letztlich die Modelle sind, nach denen in der Zukunft auch alle anderen Krankheiten aufgebaut sind. Es gibt gute Gründe für eine solche Position, aber man sollte den Versprechungen der Genetik (und heute verstärkt der Epigenetik) mit einem hinreichenden Maß an Skepsis gegenüberstehen. Außerdem ist es sinnvoll, neben dem Neuen immer auch Kontinuitäten zu älteren Diskursen und Praktiken in

die Analyse mit einzubeziehen. Insofern bietet es sich vielleicht auch gerade an, einen Gegenstand zu untersuchen, in dem sehr offensichtlich ist, dass er nichts vollkommen Neues und Anderes ist, der aber trotzdem eine Vielzahl von Ansatzpunkten bietet, emergente Formen von Subjektivität, Körperlichkeit und Normalität in der *Vita hyperactiva* zu analysieren.

Literatur

- Agamben, Giorgio (1998): *Homo sacer: sovereign power and bare life*, Stanford, CA: Stanford University Press.
- American Psychiatric Association (1980): *DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. Aufl.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1998): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association* (2., verb. Aufl.), Göttingen: Hogrefe. (Deutsche Bearbeitung und Einführung von Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig und Isabel Houben)
- Auf dem Hövel, Jörg (2006, 4. November). »Stefan und die Geschichte vom Ritalin«. In: *Telepolis*. (www.heise.de/tp/r4/artikel/23/23863/1.html, abgerufen am 10.01.2007)
- Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (1999): *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2005): *ADHS ... was bedeutet das?* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Auch verfügbar unter www.bzga.de/bzga_stat/pdf/11090100.pdf)
- Bush, George/Valera, Eve M./Seidman, Larry J. (2005): »Functional Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Directions«. *Biological Psychiatry* 57(11), S. 1273-1284.
- Callon, Michel/Rabeharisoa, Vololona (2003): »Research in the wild« and the shaping of new social identities«. *Technology in Society* 25(2), S. 193-204.

- Callon, Michel/Rabeharisoa, Vololona (2004): »Gino's lesson on humanity: genetics, mutual entanglements and the sociologists role«. *Economy and Society* 33(1), S. 1-27.
- Canguilhem, Georges (1991): *The normal and the pathological*, New York: Zone Books.
- Canguilhem, Georges (2004): *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*, Berlin: Merve.
- Coghill, Dave et al. (2005): »Whither causal models in the neuroscience of ADHD?«. *Developmental Science* 8(2), S. 105-114.
- Cooksey, Elisabeth C./Brown, Phil (1998): »Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis«. *International Journal of Health Services* 28, S. 525-554.
- Conners, C. Keith/Epstein, Jeffery N./Johnson, Diane E. (2001): *Conners[®] Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*, North Towanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conrad, Peter (1975): »The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior«. *Social Problems* 23(1), S. 12-21.
- Conrad, Peter (2006): *Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior (Erweiterte Aufl.)*. Burlington, VT: Ashgate. (Original 1976 veröffentlicht)
- Conrad, Peter/Potter, Deborah (2000): »From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories«. *Social Problems* 47, S. 559-582.
- DeGrandpre, Richard (2005): *Die Ritalin-Gesellschaft: ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben (neu gest. Aufl.)*, Weinheim: Beltz.
- Dumit, Joseph (2000): »When explanations rest: »Good-enough« Brain Science and the New Sociomedical Disorders«. In: Margaret Lock/Allan Young/Alberto Cambrosio (Hg.): *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press, S. 209-232.
- Dumit, Joseph (2002): »Drugs for life«. *Molecular Interventions* 2(3), S. 124-127.
- Dumit, Joseph (2004): *Picturing Personhood: Brains Scans and Biomedical Identity*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Durston, Sarah (2003): »A review of the biological bases of ADHD: What have we learned from imaging studies?« *Men-*

- tal Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 9, S. 184-195.
- Eli Lilly and Company (Hg.) (2006): Maximizing recovery, www.prozac.com/how_prozac/max_recovery.jsp; abgerufen am 10.1.2007.
- Elliott, Carl (2003): Better than well: American medicine meets the American Dream, New York: Norton.
- Elliott, Valerie (2007, 6. September): »Food additives make children behave badly«. In: The Times, S. 1/4.
- Faraone, Stephen V. et al. (2004): Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology 24(1), S. 24-29.
- Ferber, Liselotte von et al. (2003). »Methylphenidatgebrauch in Deutschland: Versichertenbezogene epidemiologische Studie über die Entwicklung von 1998 bis 2000«. Deutsches Ärzteblatt 100, S. A41-A46.
- Foucault, Michel (1984): Von der Freundschaft als Lebensweise. Michel Foucault im Gespräch, Berlin: Merve.
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2002a): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1, Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (Original 1976 veröffentlicht)
- Foucault, Michel (2002b): Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt a. M.: Fischer. (Original 1963 veröffentlicht)
- Franklin, Sarah/Lock, Margaret M. (2003): Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences, Santa Fe, NM: SAR Press.
- Hacking, Ian (1998): Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses, Charlottesville: University Press of Virginia.
- Hafer, Herta (1978): Nahrungsphosphat als Ursache für Verhaltensstörungen und Jugendkriminalität: ein Erfahrungsbericht, Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Haraway, Donna J. (2007): When Species Meet, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hardt, Michael/Negri, Antonio (2000): Empire, Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Harmon, Amy (2007, 28. Dezember): »After DNA diagnosis: ›Hello, 16p11.2. are you just like me?‹« In: The New York Times. (www.nytimes.com/2007/12/28/health/research/28dna.html)
- Hoffmann, Heinrich (1992): Der Struwwelpeter. Drollige Geschichten und lustige Bilder, Esslingen: Schreiber. (Original 1845 veröffentlicht)
- Holland, Nan et al. (2008): »Identifying Barriers to Hypertension Care: Implications for Quality Improvement Initiatives«. *Disease Management* 11, S. 71-77.
- Ingold, Tim (1990): »An Anthropologist Looks at Biology«. *Man* 25(2), S. 208-229.
- Keller, Martina (2005, 19. Mai): Pharmaindustrie: Geben und einnehmen. In: *Die Zeit* (21). (Verfügbar unter www.zeit.de/2005/21/Pharmafirmen_neu.)
- Kirk, Stuart A./Kutchins, Herb (1992): *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York: de Gruyter.
- Kliems, Harald (2007): *Erwachsene mit ADHS in den USA und in Deutschland: eine ethnographische Untersuchung von Normalität und Pathologie*, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Berlin: Freie Universität, Fachbereich für Erziehungswissenschaften und Psychologie.
- Kramer, Peter D. (1997): *Listening to Prozac: The landmark book about antidepressants and the remaking of the self*, New York: Penguin.
- Kupfer, David J. (1991): »Long-term treatment for depression«. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, S. S28-34.
- Lemke, Thomas/Krasmann, Susanne/Bröckling, Uwe (2000): »Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung«. In: Uwe Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 7-40.
- Malacrida, Claudia (2001): »Motherhood, resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and limits«. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 38(2), S. 141-165.
- Nelkin, D./Lindee, M. S. (2004): *The DNA Mystique: The Gene as a Cultural Icon*, Minneapolis: University of Michigan Press.
- Novas, Carlos (2003): *Governing risky genes*. Unveröffentlichte Dissertation, London: University of London.

- Novas, Carlos/Rose, Nikolas (2000): »Genetic risk and the birth of the somatic individual«. *Economy and Society* 29(4), S. 485-513.
- Rabinow, Paul (1992): »Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality«. In: Jonathan Crary/Sanford Kwinter (Hg.): *In-corporations*, New York: Zone, S. 234-252.
- Rabinow, Paul/Rose, Nikolas (2006): »Bio-power today«. *BioSocieties* 1, S. 195-217.
- Resch, Franz/Rothenberger, Aribert (2002): »Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulanzien«. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 30, S. 159-161.
- Rose, Nikolas (2007): *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schmutz, Svea (2004): *Die Amphetaminbehandlung verhaltensauffälliger Kinder von 1937 bis in die 70er Jahre in Amerika unter besonderer Berücksichtigung der Substanz Methylphenidat (Ritalin)*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Freiburg, Medizinische Fakultät.
- Singh, Ilina (2002): »Bad boys, good mothers, and the ›miracle‹ of Ritalin«. *Science in Context* 15(4), S. 577-603.
- Thapar, Anita et al. (2007): »Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder«. *Psychological Medicine* 37(12), S. 1681-1692.
- Young, A. (1995): *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ: Princeton University Press.