



Benjamin Haas

Die ADHS der Sonderpädagogik

Zur diskursiven Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘
auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände

Haas

Die ADHS der Sonderpädagogik

Perspektiven sonderpädagogischer Forschung

im Namen der Sektion Sonderpädagogik
der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)
herausgegeben von
Christian Lindmeier, Birgit Lütje-Klose und Anja Hackbarth

Benjamin Haas

Die ADHS der Sonderpädagogik

Zur diskursiven Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘
auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände

Verlag Julius Klinkhardt
Bad Heilbrunn • 2021

k

Die Veröffentlichung wurde gefördert aus dem Open-Access-Publikationsfonds der Humboldt-Universität zu Berlin.

Die Open Access-Veröffentlichung enthält einen Anhang, der in der gedruckten Ausgabe nicht enthalten ist.



Die vorliegende Arbeit wurde von der Philosophischen Fakultät IV der Humboldt-Universität zu Berlin unter dem Titel „nicht_normal’ gemacht: Zur Konstruktion des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Interdiskur – eine normalismuskritische Analyse“ als Dissertation angenommen.
Gutachter_innen: Prof.‘in Dr. Vera Moser, Prof.‘in Dr. Anne Waldschmidt.
Tag der Disputation: 29.05.2020.

Dieser Titel wurde in das Programm des Verlages mittels eines Peer-Review-Verfahrens aufgenommen.
Für weitere Informationen siehe www.klinkhardt.de.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet abrufbar über <http://dnb.d-nb.de>.

2021.kg © by Julius Klinkhardt.

Satz: Kay Fretwurst, Spreeau.

Bildnachweis Umschlagseite 1: © Anne Piezunka. Foto Rückumschlag: © Holger Priedemuth.

Druck und Bindung: Bookstation GmbH, Anzing.

Printed in Germany 2021.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.



Die Publikation ist veröffentlicht unter der Creative Commons-Lizenz: CC BY-SA 4.0 International
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

ISBN 978-3-7815-5927-1 Digital

doi.org/10.35468/5927

ISBN 978-3-7815-2488-0 Print

Zusammenfassung

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage, wie die Disziplin der (Sonder-)Pädagogik¹ Wissen zum Gegenstand ADHS produziert und damit eine spezifische Wirklichkeit des Phänomens hervorbringt. Aufgrund der Beobachtung, dass das Label ADHS im schulischen Kontext eine Generalisierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen darstellt, wird untersucht, wie das Phänomen ADHS auf der Ebene (sonder-)pädagogischer Wissensbestände als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird. Dazu wird einem kulturwissenschaftlich inspirierten Verständnis von Behinderung gefolgt, das auf Konstruktionsprozesse des (sonder-)pädagogischen Feldes übertragen wird. Dies hat zum Ziel, institutionalisierte Ausgrenzungsprozesse zu erfassen und die Notwendigkeit einer veränderten Konzeptualisierung des ‚Nicht_Normalen‘ herauszustellen. Durch den Transfer der Perspektiven der Dis_ability Studies auf die (sonder-)pädagogische Wissensproduktion kann ein Beitrag zum Ansatz der Dis_ability Studies in Education geliefert werden, der eine differenztheoretisch inspirierte und theoretisch fundierte, empirische Inklusionsforschung unterstützt.

Gegenstand des empirischen Teils dieser Arbeit ist ein Korpus von 74 wissenschaftlichen Artikeln, das sich aus 49 (sonder-)pädagogischen Fachzeitschriften- und 25 Handbuchartikeln zusammensetzt, die zwischen 2000 und 2015 erschienen sind. Untersucht werden diese mit einer normalismus- und machtkritischen Perspektive durch ein diskurstheoretisches Konzept. Dadurch wird es nicht nur möglich, die diskursive Konstruktion des Gegenstands ADHS zu rekonstruieren. Vielmehr noch wird nachgezeichnet, wie im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen gezogen wird, welche Angebote die als ‚nicht_normal‘ markierten Schüler_innen zur Reintegration in die Normalzone erhalten und mit welchen Adressierungen diese Beschäftigung einhergeht.

Durch die auf den einzelnen Analyseebenen identifizierten Befunde wird deutlich, dass die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs die im schulischen Kontext bestehende Normalität schützt und dass sich diese Schutzfunktion durch individualistische Zuschreibungen und Zwänge auszeichnet.

1 Für die Schreibweise ‚(sonder-)pädagogisch‘ bzw. ‚(Sonder-)Pädagogik‘ habe ich mich zu Beginn dieser Arbeit entschieden, um damit ausgehend der Verpflichtung zu einem inklusiven Schul- und Bildungssystem (vgl. United Nations, 2006) die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der disziplinären Grundlagen zu markieren (vgl. Haas, 2012) und eine subsidiäre Organisation der (Sonder-)Pädagogik innerhalb der Erziehungswissenschaft anzuregen (vgl. Reiser, 2002; Weisser, 2012). Wie im weiteren Verlauf durch eine Orientierung an den Dis_ability Studies in Education und eine normalismus- sowie machtkritische Analyse der Wissensproduktion im Feld der (Sonder-)Pädagogik zum Thema ADHS ersichtlich wird, lässt sich die damit einhergehende Vermutung, eines im inklusiven Kontext unpassenden theoretischen Fundaments sonderpädagogischer Grundlagen bestätigen, wodurch die Notwendigkeit einer Rekonzeptualisierung disziplinärer Grundlagen durch die eigenen empirischen Befunde bestärkt wird.

Abstract

The present study focuses on the question of how the discipline of special education produces knowledge on the subject of ADHD and thereby creates a specific reality of the phenomenon. Due to the observation that in schools the label ADHD is used as 'catch-all-typology' and a generalisation for abnormal behaviours, it is questioned how ADHD is constructed as a category of 'not_normal' behaviour within special educational literature. Therefore, an understanding of disability that is inspired by a cultural studies perspective will be applied to the production of knowledge in the field of special education. The goal is to identify institutionalised processes of exclusion and to highlight the necessity of a modified conceptualization of the 'not_normal'. Transferring perspectives of dis_ability studies to the field of special education, the analysis can be placed within the context of dis_ability studies in education. This supports a difference-theoretical inspired and theoretically founded, empirical research on the subject of inclusion. The body of investigation includes 74 articles published in special education journals and handbooks between 2000 and 2015. The articles have been examined by a critical perspective on power relations and the construction of normality with a discourse analytical concept. As a result, not only the discursive construction of the subject ADHD can be reconstructed. Moreover, it can be shown, how in the discourse of special education 'normal' behaviour is differentiated from 'not_normal' behaviour, how the students being marked as 'not_normal' are requested to re-integrate into the normal zone and which invocations follow this discussion. The findings demonstrate, that the construction of the 'not_normal' in the discourse of special education secures prevailing norms in school and that this is accompanied by individualistic attributions and constraints.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Danksagung	13
Vorbemerkung	14
1 Einleitung	15
2 Zur Konstruktion von ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände	21
2.1 Konstruktionsmodi auf der Ebene des erziehungswissenschaftlichen Wissens ..	22
2.2 Konstruktionsmodi auf der Ebene des Expert_innenwissens	25
2.3 Desiderate und Zielstellung der Arbeit	27
3 Die Hervorbringung des sozialen Problems ADHS	29
3.1 Das Kokonmodell als analytischer Rahmen	30
3.2 Der Beginn der Problemkarriere	33
3.2.1 Unaufmerksamkeit als schulisches Problem	33
3.2.2 Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit als gesellschaftliche Probleme	34
3.2.3 Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität als klinische Probleme	36
3.2.4 Zwischenfazit zum Beginn der Problemkarriere	38
3.3 Klinische Problembeschreibungen	39
3.4 Die Entwicklung der Problemopfer seit dem Jahr 2000	40
3.5 Die Diskussion der Ursachen des sozialen Problems ADHS	43
3.5.1 Genetische Ursachenmodelle	43
3.5.2 Neuroanatomische Ursachenmodelle	44
3.5.3 Neurophysiologische Ursachenmodelle	44
3.5.4 Neurochemische Ursachenmodelle	44
3.5.5 Neuropsychologische Ursachenmodelle	45
3.5.6 Das biopsychosoziale Ursachenmodell	46
3.5.7 Exogene Risikofaktoren	47
3.5.8 Entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle	47
3.5.9 Sozialpsychologische und psychoanalytische Ursachenmodelle	48
3.5.10 Zusammenfassung der Ursachendiskussion	49
3.6 Handlungsvorschläge zum Umgang mit dem sozialen Problem ADHS	49
3.6.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze	50
3.6.2 Medikamentöse Behandlung	50
3.6.3 Multimodale Therapie	50
3.6.4 Psychodynamische und psychoanalytische Behandlungsmethoden	51
3.6.5 Schulbezogene Förderung	52
3.6.6 Zusammenfassung der Handlungsvorschläge	53

3.7	Alternative Problemdeutungen	53
3.7.1	Kulturtheoretische Thematisierungen	54
3.7.2	Die Problematisierung individueller und sozialer Folgen der Problembearbeitung	55
3.7.3	Zusammenfassung alternativer Problemdeutungen	59
3.8	Die Rekonstruktion der Problemkarriere des sozialen Problems ADHS	60
4	Kulturwissenschaftliche und normalismustheoretische Perspektiven auf die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘	63
4.1	Dis_ability Studies (in Education)	64
4.1.1	Vom individuellen zum kulturellen Modell von Behinderung	64
4.1.2	Dis_ability Studies in Education	68
4.2	Zur Produktion und Konstruktion von ‚Nicht_Normalität‘	69
4.2.1	‚Nicht_Normalität‘ als Produkt gesellschaftlicher Disziplinierung	70
4.2.2	‚Nicht_Normalität‘ als diskursiv-strategisch hervorgebrachte Kategorie	74
4.3	Zwischenfazit	79
5	Methodologische Überlegungen und methodisches Vorgehen	81
5.1	Diskurstheoretische Grundlagen	81
5.1.1	Zum diskurstheoretischen Ansatz Foucaults	81
5.1.2	Diskursanalyse als Instrument zur Erforschung erziehungswissenschaftlicher Wissensformierungen	82
5.1.3	Der Diskurs als geregelte Bedeutungsproduktion	83
5.2	Verortung und Materialauswahl	86
5.2.1	Der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs als elaborierter Interdiskurs	87
5.2.2	Zur Analyse (sonder-)pädagogischer Wissensformierungen anhand fachwissenschaftlicher Publikationen	90
5.3	Konkretisierung des methodischen Vorgehens	92
5.3.1	Grounded Theory als datengestützte Theoriebildung	93
5.3.2	Verwendete Codiertechniken und Abfolge der Analyse	94
5.4	Methodologische Reflexion	96
6	Die Rekonstruktion der Diskursordnung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS	97
6.1	Übersicht Codebaum (2533 Codierungen)	98
6.2	Exemplarische Darstellung der Hauptkategorien	100
6.2.1	Zur Konstruktion des Gegenstands ADHS	101
6.2.2	Zur Diskussion der Ursachenmodelle	102
6.2.3	Zur Beschreibung ADHS-spezifischer Verhaltensweisen	104
6.2.4	Zur Diagnostizierung von ADHS	105
6.2.5	Zum Umgang mit als ADHS konzeptualisierten Verhaltensweisen	107
6.2.6	Zu den Verweisen auf Orte des institutionalisierten Sprechens über ADHS	110
6.2.7	Zur Frage, über wen im Material wie gesprochen wird	111
6.2.8	Zur Betrachtung der Thematisierungsweisen und -geschichte	112
6.2.9	Zur Thematisierung der Institution Schule	114
6.3	Die diskursive Struktur der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Thema ADHS	114

7	Diskursive Praktiken im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs	117
7.1	Zum Ringen um die ‚Wahrheit‘ des Phänomens ADHS durch agonale Positionierungen	117
7.2	Konstruktionen des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs	121
7.2.1	ADHS als ‚ernstzunehmende Störung‘ und ‚ernsthafte Krankheit‘	121
7.2.2	ADHS als ‚postmodernes Zeitgeistphänomen‘	123
7.2.3	Zur Binarität der Gegenstandskonstruktion	126
7.2.4	Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur Plausibilisierung der verwendeten Wissensbestände	127
7.2.5	Zusammenfassung: Zur Konstruktion des Phänomens ADHS auf der diskursiv-semantischen Ebene	133
7.3	Techniken der Normierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen	134
7.3.1	Unbestimmte Bestimmungen des ‚Nicht_Normalen‘	135
7.3.2	Das Unbestimmte bestimmbar machen	137
7.3.3	Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur Delegitimation alternativer Diagnoseverfahren	140
7.3.4	Normalismustheoretische Reflexion: Zur Gleichzeitigkeit flexibel- und protonormalistischer Normierungspraktiken	143
7.4	Techniken der Normalisierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens	146
7.4.1	Anleitungen zur Wiederherstellung eines ‚wünschenswerten Normalniveaus‘	146
7.4.2	Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur hegemonialen Stellung klinischer Techniken der Normalisierung	151
7.4.3	Normalismustheoretische Reflexion: ‚sanfte Disziplinierungen‘ und der Zwang sich selbst in Richtung Normalität (zurück-)zuführen	153
7.5	Legitime Orte des Sprechens und bereitgestellte Subjektivierungsfolien	158
7.5.1	‚Überforderte Lehrer_innen‘ und ‚kompetentes klinisches Personal‘	158
7.5.2	‚ADHS-Kinder‘ als ‚heiße Öfen mit verstopften Rohren‘	161
7.5.3	‚Überforderte Lehrer_innen‘, ‚klinische Expert_innen‘ und ‚gestörte Schüler_innen‘	163
7.6	Zusammenfassung und Interpretation	163
8	Zur Notwendigkeit einer veränderten Konzeptualisierung des ‚Nicht_Normalen‘	171
	Literaturverzeichnis	177
	Anhang	191
	Anhang I: Literaturverzeichnis Materialkorpus	192
	Materialkorpus Zeitschriftenartikeln (49 von 53)	192
	Anhang II: Codebaum	196
	Anhang III: Diskursive Praktiken	237

Für Elisabeth

Vorwort

Können die Disability Studies die sonderpädagogische Expertise irritieren? Diese Frage beantwortet Benjamin Haas in seiner vorliegenden Arbeit nicht nur eindeutig mit ‚ja‘, sondern er würde sie auch durch die Frage *‚Müssen die Disability Studies die sonderpädagogische Expertise irritieren?‘* ersetzen.

Die Selbstgewissheit der Sonderpädagogik wurde spätestens durch die Bürgerrechtsbewegung behinderter Menschen seit den ausgehenden 1970er-Jahren irritiert und von dort aus wurde das Fach zu selbstkritischen Positionierungen herausgefordert. Der bis heute kritischste Kulminationspunkt ist sicherlich das sogenannte ‚medizinische Modell‘, von dem aus das Fach – unter anderem – auch argumentiert. ‚Medizinisches Modell‘ meint hier nicht einfach den Zugriff auf medizinisches Fachwissen, sondern die Dominanz individualtheoretischer Erklärungsmodelle für die Entstehung von ‚Behinderung‘, ‚Abweichung‘, ‚Anormalität‘ etc. Diesem medizinischen Modell geht Benjamin Haas in seiner Arbeit in Bezug auf das Phänomen ADHS (im Sinne einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) nach, von dem er mit Foucault annimmt, dass es sich bei dieser Diagnose um eine ‚machtvolle Normalisierungsstrategie‘ handelt.

Auf der Grundlage einer akribischen Diskursanalyse von deutschsprachigen sonderpädagogischen Fachpublikationen des Zeitraums 2000-2015 (der Datenkorpus umfasst 74 Publikationen) untersucht Benjamin Haas, ausgehend von welchen Wissensbeständen das Phänomen ADHS in diesem Fachdiskurs konstruiert wird. Ihn interessiert dabei vor allem, inwiefern in diesem Zusammenhang das Nicht-Normale im pädagogischen Feld konzeptualisiert wird und möchte damit seine Arbeit auch als einen kulturwissenschaftlichen Beitrag verstanden wissen.

Der Befund ist zunächst nicht verblüffend, wenn herausgearbeitet wird, dass der sonderpädagogische Fachdiskurs zur Thematik ADHS vor allem auf dem medizinischen aufruhet, verblüffend ist aber der Befund, dass die Sonderpädagogik ihren eigenen Begriffen, Beobachtungen und Konzepten in diesem Bereich nicht traut und sich selbst hier also nicht, wie Haas formuliert, zur legitimen Sprecherin macht, sondern das medizinische Wissen mehr oder weniger repliziert – ohne ein eigenständiges Framing. Dies vollzieht sich jedoch in einem pädagogischen Kontext, in welchem nunmehr neue Grenzen von Normalem und Nicht-Normalem mit ‚fremdem Wissen‘ gezogen werden, ohne die systemeigenen Kontext- und Bedingungsfaktoren und Beobachtungskategorien in Anschlag zu bringen. Dabei sind doch gerade Verhalten und Aufmerksamkeit nicht nur psychologische/psychiatrische (in der vorliegenden Arbeit als klinisch umrissen), sondern unmittelbar auch relevante pädagogische Facetten des Unterrichts. Woher rührt dieses Theoriedefizit? Ist dies eine Folge des von Luhmann beschriebenen disziplinären Technologiedefizits? Dies lässt die Arbeit offen, verweist aber darauf, dass auch oder gerade im Zeitalter der Inklusion weder – im Linkischen Sinne – proto- noch flexibel-normalistische Strategien in der Schule ausgedient haben, und diese offenbar auch selbstreflexiv, wie am Beispiel der Diagnose ADHS gezeigt wird, nicht bearbeitet werden. So trägt, wie Haas schreibt, dieser Konstruktionsprozess insgesamt aufgrund bestehender gesellschaftlicher Machtverhältnisse zu einem institutionalisierten ‚making of impairment‘ bei.

Damit ist diese Arbeit auch ein wichtiger Beitrag zur Frage von Normalitätskonstruktionen, die möglicherweise im Inklusionszeitalter eher enger denn weiter werden, betrachtet man die Zunahme an beteiligten Disziplinen v.a. im vorschulischen Bereich unter dem Label der ‚Prävention‘, aber auch die quantitative Zunahme der Feststellung sonderpädagogischer Förderbedarfe.

Dieser gehaltvollen Analyse ist auch aufgrund ihrer akribischen methodologischen Bearbeitung des Forschungsgegenstandes eine breite Leser_innenschaft zu wünschen, nicht zuletzt aber auch aufgrund der präzisen und zugleich höchst leserlichen Diktion des Textes.

Frankfurt, im Dezember 2020

Vera Moser

Danksagung

„Das ist nicht normal, das mach ich nicht nochmal“ (Tightill & Doubtboy 2018); gestartet mit kritischen Impulsen, auf das eigene Feld und die Zusammenhänge, die einen umgeben; die Macht gespürt, die Grenzen versucht zu dehnen; wiedergefunden in den Zwängen des eigenen Bestrebens, ist es Zeit, denen zu danken, die mich bei der Realisierung dieser Arbeit unterstützt haben, und vor allem jenen, die mich mit dieser ertragen haben und mir ein schönes Leben bereiteten.

Ein ganz besonderer Dank gilt Vera Moser, für die Unterstützung meines zunächst noch vagen Vorhabens und die kontinuierliche, wertschätzende und kritische Begleitung meines Arbeitsprozesses. Ebenfalls zu großem Dank verpflichtet bin ich Anne Waldschmidt, ohne deren Anregungen dieses Projekt wohl weiterhin vage geblieben wäre und die mich bei konzeptionellen Fragen dieser Arbeit sachkundig und zugewandt unterstützte.

Darüber hinaus gilt mein Dank all jenen, die mir in unterschiedlichen Phasen dieser Arbeit zur Seite standen. Dazu zählen meine ehemaligen Kolleg_innen an der Universität Bremen für die besondere Art der kooperativen Zusammenarbeit, ihre Nachsicht und motivierenden Worte sowie den Austausch fachlich relevanter Fragen. Neben Ingrid Arndt, Natascha Korff, Susanne Michel und Philine Schubert, ist in diesem Zusammenhang Martina Siemer besonders hervorzuheben, die mir in den letzten Jahren weit mehr als eine kompetente Kollegin war. Danke an Simone Seitz für das mir geschenkte Vertrauen, das mir den Einstieg ins universitäre Feld ermöglichte.

Für formale und inhaltliche Rückmeldungen zu einzelnen Kapiteln dieser Arbeit möchte ich Lisa Pfahl, Marianne Hirschberg, Anna Katharina Driver, Lotta Diefenbacher, Liz Weiler und Jennifer Borcharding ganz herzlich danken. Ein besonderer Dank gebührt Tobias Buchner, der wichtige Etappen dieser Arbeit als critical friend begleitet hat.

Besonders zu würdigen sind außerdem Frauke Grenz und Anne Günster, die mich dabei unterstützten, der Regelmäßigkeit des Diskurses auf die Spur zu kommen.

Danke auch an alle Beteiligten der Doktorant_innen-Kolloquien in Frankfurt, Berlin und Köln. Insbesondere Simone Danz und Sven Bärmig für den Austausch kritischer Perspektiven auf das Themenfeld Behinderung, Simon Ledder für den Hinweis auf die Bedeutung von Kollektivsymbolen sowie Anne Piezunka für das Coverfoto.

Bevor abschließend jenen zu danken ist, die mir ein schönes Leben bereiteten, ist meinen Eltern für eben dieses zu danken und meinem Vater Helmut Haas dafür, dass er mich zu einem bestimmten Zeitpunkt meinen Weg gehen ließ, ohne dass wir beide wussten, wohin dieser führen wird.

Ein aufrichtiger Dank für den *drive* und vieles, vieles mehr geht an Marcel Haas, Chris Sturm, Max Molly, Katharina Pelosi, Johannes Rhein, Boris Zdravkovski, Holger Priedemuth, Wolf Gunter Schlieff, Carsten Tabel, Darja Klingenberg, Joscha Baumert, Nato Kirtskhalia, Tanja Kämper, Rebekka Palmieri, Anna Kleinlein, Marcel Bisevic und Tilman Tausendfreund.

Von ganzem Herzen möchte ich abschließend Selina Stefaniak danken. Dafür, zu mir gekommen zu sein, die Zustände der Fertigstellung dieser Arbeit mitgemacht zu haben und mich durch ihre umfassende Zugewandtheit, inspirierende Neugierde, sympathische Offenheit und ihren ungebremsten Frohsinn unterstützt zu haben.

Vorbemerkung

In dieser Arbeit geht es am Beispiel des Phänomens ADHS darum, wie bestimmte Verhaltensweisen durch disziplinäre Wissensbestände ‚nicht_normal‘² gemacht werden. Eine besondere Bedeutung besitzt deshalb das Thema Normalität. Ähnlich der allgemeinen Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS (s. Kap. 2-3), in der das ‚Normale‘ meist stillschweigend vorausgesetzt wird, verzichte ich eingangs auf eine Definition von Normalität. Stattdessen nähere ich mich dieser exemplarisch und schrittweise, bevor ich im vierten Kapitel durch entsprechende theoretische Ausführungen darlege, wie diese erzeugt werden kann.

Folgende Hinweise sollen daher als Einstieg genügen: Normalität ist immer da, für alle nachvollziehbar und doch fällt es schwer zu benennen, woher sie kommt; sie hat zu tun mit etwas (Voraus-)Gesetztem, etwas Ge- und Verbotenem, mit Erwartungen und deren Nicht-Erfüllung; sie wird von uns allen stets in unterschiedlichen Bereichen des Lebens verhandelt und produziert; sie steht in Verbindung mit vermeintlich Natürlichem und wird fallweise auch diskursiv als etwas ‚Natürliches‘ konstruiert; sie pflegt ein spezifisches Verhältnis zum Gegenstand Behinderung sowie zu körperlichen Differenzen; bisweilen wird sie nach wie vor körperlich erzwungen; sie wird über ihr Gegenteil definiert, wofür es Grenzen braucht, die nicht immer leicht zu ziehen sind.

Welche Wirkung Normalität entfalten kann und wie das für sie ‚konstitutive Außen‘ (vgl. Derrida, 2004) der ‚Nicht_Normalität‘ diskursiv erzeugt, d.h. *gemacht wird*, dem soll auf den folgenden Seiten fragend und suchend nachgegangen werden.

2 Die Schreibweisen ‚nicht_normal‘ und ‚Nicht_Normalität‘ verwende ich, um auf die Konstruiertheit des ‚Nicht_Normalen‘ und die Unschärfe der damit einhergehenden Grenzziehung hinzuweisen.

1 Einleitung

„Sein Verhalten wird als anstrengend, hippelig, neugierig, impulsiv beschrieben. Diese Rückmeldungen dokumentieren eine intensive Beobachtung eines m.E. heute üblichen und noch normalen Schülerverhaltens. Für den Aufwand, der sich hieraus für den Unterricht ergibt, sollte normalerweise das kleine pädagogische Einmaleins ausreichen.“ (Attest eines Internisten, 2011)

Wenngleich es verwunderlich erscheinen mag, eine Arbeit zur sogenannten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Feld der (Sonder-)Pädagogik mit einer solchen Äußerung zu beginnen, können mit dieser zentrale Aspekte der im Folgenden zu bearbeitenden Problemstellungen herausgestellt werden. So wird zum einen ersichtlich, dass das Phänomen ADHS in der Regel an der Schnittstelle zwischen pädagogischen und klinischen³ Systemen bearbeitet wird. Zum anderen zeigt sich, dass das Thema Normalität im Kontext von ADHS eine zentrale Bedeutung besitzt. Zu erkennen ist dies daran, dass der Internist entgegen der an ihn gestellten Erwartungen, eine ADHS zu diagnostizieren und im Widerspruch zur Logik klinischer Betrachtungsweisen das beschriebene Verhalten als ‚heute üblich‘ bzw. ‚noch normal‘ bezeichnet und die Lösung des Problems im ‚kleinen pädagogischen Einmaleins‘ sieht. Diese Annahmen zu ‚normalen‘ Verhaltensweisen und ‚normalen‘ pädagogischen Problemlösungen stehen dabei in einem deutlichen Widerspruch zur Sichtweise des Klassenlehrers einer integrativen Gesamtschule, der die Eltern des beschriebenen Schülers zur diagnostischen Überprüfung einer ADHS bewog. Grund dafür war, die mit der angestrebten Diagnose verbundene Hoffnung auf externe Hilfestellungen für ein Verhalten, das aus seiner Sicht ‚nicht mehr normal‘ erschien und auf das er im Rahmen der Beschulung einer Regelschulklasse – trotz vorhandener, aber nicht angefragter (sonder-)pädagogischer Expertise in der Nachbarklasse⁴ – keine pädagogischen Antworten mehr hatte.

Dass das gewählte Beispiel jenseits der überraschenden Einschätzungen des Internisten einen exemplarischen Charakter für die Bearbeitung des Phänomens ADHS im erziehungswissenschaftlichen Feld besitzt, lässt sich durch eine Reihe von Beobachtungen veranschaulichen. Dazu zählt, dass die im einführenden Zitat beschriebenen Verhaltensweisen aufgrund misslungener Versuche der Integration in das Unterrichtsgeschehen und Überforderungen der Lehrer_innen⁵ häufig an klinische Expert_innen delegiert werden (vgl. Becker, 2014, 273f.; Freedman, 2016, 47). Bedingt ist dies durch die hohe Anschlussfähigkeit der in den Klassifikationssystemen der ‚International Classification of Diseases‘ (ICD-10) (vgl. Dilling et al., 2005) und des ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM-V) (vgl. APA, 2013) definierten ADHS-Symptome an schulische Praktiken sowie die mit schulischen Settings verbundenen Verhaltenserwartungen und Leistungsanforderungen (vgl. Haas, 2019). Zudem wird die Delegati-

3 Der der medizinischen Umgangssprache entnommene Begriff ‚klinisch‘ bezieht sich in dieser Arbeit auf medizinisch ausgerichtete Thematisierungen des Phänomens ADHS auf den Gebieten der Medizin, der Psychiatrie und der Psychologie (s. Kap. 3). Die Gemeinsamkeit, der unter diesem Begriff versammelten Perspektiven, besteht darin, dass mit diesen das Phänomen ADHS primär nach einer medizinischen-naturwissenschaftlichen Logik im Sinne des individuellen Modells von Behinderung (s. Kap. 4.1.1) konzipiert und eine Schädigung auf der organischen Ebene als Ursache der Verhaltensweisen angenommen wird. Da die als klinisch bezeichneten Perspektiven selbst Resultate disziplinärer Konstruktionsprozesse sind, sind diese nicht als ahistorisch zu verstehen. Im Gegensatz zur Bezeichnung klinisch wird medizinisch verwendet, wenn dies in der bearbeiteten Literatur erfolgt.

4 In diesem Falle in Person des Autors dieser Ausführungen.

5 Aufgrund der Annahme, dass Sprache Wirklichkeiten erschafft, verwende ich in dieser Arbeit das Gender_Gap. Damit soll nicht nur auf die Konstruiertheit geschlechtlicher Identitätszuschreibungen und variable Grenzziehungen verwiesen werden, sondern es werden auch Personen adressiert, die sich selbst zwischen diesen binären Zuschreibungen verorten.

on des Problems dadurch befördert, dass sich im erziehungswissenschaftlichen Feld nicht ausreichend mit dem Phänomen ADHS befasst wird – und dies, obwohl die damit in Verbindung gebrachten Verhaltensweisen in der Regel in der Schule erstmalig die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, wenn sie in Form von Unterrichtsstörungen thematisiert werden.

So zeichnet sich ab, dass die Schulbezogenheit des Phänomens und dessen pädagogische Relevanz in den Erziehungswissenschaften weder in praktischer noch in theoretischer Hinsicht hinreichend reflektiert wird (vgl. Becker, 2014, 271; Graham, 2006, 1; von Stechow, 2015, 9). Vielmehr stellt das Label ADHS im schulischen Rahmen eine ‚diffuse Bezeichnungspraxis‘ (vgl. Becker, 2014, 213) oder auch ‚catch-all-typology‘ (vgl. Rafalovich, 2004, 146) dar. Die Abkürzung ADHS fungiert somit als eine Art Platzhalter für unterschiedliche, den schulischen Betriebsablauf störende Verhaltensweisen, anhand dessen sich eine Generalisierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen andeutet. Becker (2014, 319) konstatiert sogar, dass es bei der Thematisierung des Gegenstands ADHS im pädagogischen Kontext häufig gar nicht um vorliegende ADHS-Diagnosen ginge, sondern der ADHS-Verdacht „vielmehr Ausdruck jener Inklusionsprobleme [sei; BH], die das Erziehungssystem [...] nicht (mehr) bewältigen“ könne.

Ausgehend von diesen Eindrücken stellt sich die Frage, wie das Phänomen ADHS in der (Sonder-)Pädagogik konzipiert wird. Relevant erscheint dies nicht nur deshalb, da die (Sonder-)Pädagogik auf dem Teilgebiet der ‚Verhaltensgestörtenpädagogik‘ eine Zuständigkeit für ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen beansprucht und für den Umgang mit diesen eine spezifische Expertise bereitstellt, die zur „Weiterentwicklung der Fähigkeiten zum emotionalen Erleben“ („Kultusministerkonferenz, 2000, 3) beitragen soll. Vielmehr noch ist die Konzeption des Phänomens von Bedeutung, da der disziplinäre Auftrag der (Sonder-)Pädagogik in einer Vermeidung von Exklusion (vgl. Moser, 2003, 160ff.) gesehen wird und die Disziplin durch die Verpflichtung zu inklusiven Bildungsangeboten (vgl. United Nations, 2006) aktuell mit besonderen Herausforderungen konfrontiert ist. Aus diesem Grund werden die vorangegangenen Beobachtungen zum Thema ADHS zum Anlass genommen, den aus einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive „unklaren Sachverhalt“ (Sauerbrey & Winkler, 2011, 11) in theoretischer Hinsicht zu reflektieren und das hiermit einhergehende Inklusionsproblem durch eine Fokussierung auf das erziehungswissenschaftliche Teilgebiet der (Sonder-)Pädagogik zu spezifizieren. Wie noch zu zeigen ist, wird dadurch ein für den deutschsprachigen Raum bestehendes Desiderat aufgegriffen, da sich bisher noch nicht mit disziplinären Konstruktionsweisen des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Feld beschäftigt wurde (s. Kap. 2). Aufgrund der Hinweise zur Bedeutung des Themas Normalität erfolgt dies im weiteren Verlauf ausgehend von der leitenden Fragestellung, *wie das Phänomen ADHS auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände der (Sonder-)Pädagogik als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird.*⁶

Mit dieser Frage wird in der vorliegenden Arbeit einer differenztheoretischen Ausrichtung gefolgt (vgl. Dederich, 2013; Hinz, 2013), die sich mit Wissens- und Normalitätskonstruktionen im (sonder-)pädagogischen Feld befasst. Daran schließt sich eine wissenssoziologische Orientierung an, mit der zu klären ist, wie das Phänomen ADHS auf der Ebene des disziplinären Wissens der (Sonder-)Pädagogik auf eine spezifische Art und Weise konstruiert wird. Es wird

⁶ Die Betrachtung des Phänomens ADHS bezieht sich auf den Kontext von als störend wahrgenommenen Verhaltensweisen im Schulalter. Da die Thematisierung von ADHS in der (Sonder-) Pädagogik nicht auf den Bereich der sogenannten Verhaltensgestörtenpädagogik begrenzt ist und die entsprechenden Verhaltensweisen sowohl mit Blick auf Lern- wie auf Verhaltensprobleme bedeutsam sind, wird im Folgenden die Konstruktion des Phänomens im (sonder-)pädagogischen Feld im Allgemeinen untersucht. Grund dafür ist auch die anhaltende Diskussion über eine kategoriale Orientierung des Faches.

folglich angenommen, dass die Wirklichkeit des Gegenstands ADHS nicht so erscheinen müsste, wie sie es derzeit tut, sondern dass ihre Konstruktion abhängig ist von der Thematisierungsgeschichte des Gegenstands (vgl. Hacking, 1999, 19f.). Mit Berger & Luckmann (1992) kann davon ausgegangen werden, dass die Wirklichkeit des Phänomens ADHS unter anderem durch das Spezialwissen von Expert_innen (vgl. ebd., 82ff.) und durch Bezüge auf institutionalisierte ‚symbolische Sinnwelten‘ (vgl. ebd., 102ff.) hervorgebracht wird, die von einer gesellschaftlichen Verteilung des Wissens und dem rollenspezifischen Vokabular einzelner Sonderinstanzen geprägt sind (vgl. ebd., 157).⁷ Symbolische Sinnwelten werden hierbei ebenfalls als gesellschaftliche Produkte verstanden, die einem kontinuierlichen Wandel unterliegen und bestimmen was gesellschaftlich relevant ist. Eine wissenssoziologische Orientierung verspricht somit, die ‚Seinsgebundenheit‘ des Denkens und die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit zu erfassen (vgl. ebd., 4). Ferner wird es hierdurch möglich, die Relativität bestimmter gesellschaftlicher Phänomene herauszustellen und die Entstehung, Verbreitung und Verwendung von Wissen sowie die Konstruktion einzelner sozialer Phänomene zu beleuchten.

Da an Berger & Luckmann orientierte wissenssoziologische Untersuchungen jedoch häufig durch eine interpersonal-interaktionistische Ausrichtung auf die Mikroebene sozialer Interaktionen zielen (vgl. Link, 2005, 79), sind mit Blick auf die Konstruktion des Gegenstands ADHS im Feld der (Sonder-)Pädagogik Konkretisierungen dahingehend erforderlich, dass die Hervorbringung sozialer Phänomene auf der gesellschaftlichen Makroebene stärker berücksichtigt wird. Grund dafür ist, dass interpersonal-interaktionistische Ansätze institutionalisierte Formen der Wirklichkeitskonstruktion (vgl. Keller, 2011b, 134) meist ebenso vernachlässigen wie die gesteigerte Bedeutung von Spezialwissen in aktuellen Wissensgesellschaften (vgl. Maasen, 1999, 7) und hiermit einhergehende Machtfragen (vgl. Link, 2005, 85; Waldschmidt et al., 2009, 181). Zur Untersuchung der Wissensproduktion im (sonder-)pädagogischen Feld wird deshalb auf die diskurstheoretischen Grundlagen Foucaults (1981) zurückgegriffen, der durch eine Fokussierung auf diskursive Formationen der Bedeutung von institutionalisierten Subsinwelten nachspürt (vgl. Link 2005, 80).

Erweitert wird diese machtkritische Ausrichtung durch einen Blick auf die Konstruktion von ‚Nicht_Normalität‘. Letzteres folgt einem kulturwissenschaftlich inspirierten Verständnis von Behinderung, mit dem angenommen wird, dass das Phänomen ADHS auf der Ebene (sonder-)pädagogischen Wissensbestände als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird. Dies zielt darauf, disziplinäre Konstruktionsprozesse des (sonder-)pädagogischen Feldes zu erfassen, um institutionalisierte Ausgrenzungsmechanismen innerhalb der Mehrheitsgesellschaft zu identifizieren. So kann am Beispiel der (Sonder-)Pädagogik ein empirischer Beitrag zu

⁷ Mit ihrer Studie ‚Zur gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit‘ streben Berger & Luckmann (1992) eine Neuausrichtung der Wissenssoziologie an. Im Anschluss an die deutsche Wissenssoziologie, die Phänomenologie Schützes sowie die Arbeiten von Weber, Durkheim und Mead stellen die Autoren heraus, dass die subjektive Konstruktion der Wirklichkeit durch ein Wechselspiel zwischen subjektiver und objektiver Wirklichkeit erfolgt. Gesellschaftliche Phänomene werden daher nicht nur auf der Grundlage alltäglicher Erfahrungen konstruiert, sondern sind auch von Prozessen der objektiven Wirklichkeit beeinflusst (vgl. ebd., 49ff.). Die subjektive Wirklichkeit wird über Internalisierungsprozesse auf den Stufen der primären und sekundären Sozialisation erzeugt, wodurch Individuen in die objektive Welt einer Gesellschaft eingeführt werden. Hierbei erhält das gesellschaftlich verfügbare Spezialwissen eine besondere Bedeutung, was insbesondere in arbeitsteiligen Gesellschaften durch institutionell bestimmte Träger_innen des Spezialwissens hervorgerufen wird (vgl. ebd., 149). So wird angenommen, dass Subjekte im Zuge ihrer subjektiven Konstruktionen auf das gesellschaftlich zur Verfügung stehende Wissen zurückgreifen und die Konstruktion der Wirklichkeit auf der Alltagsebene von einer Bezugnahme auf gesellschaftlich als bedeutsam erachtete Wissensvorräte abhängig ist, auf die im Zuge der sekundären Sozialisation zurückgegriffen wird (vgl. ebd.).

einer kulturwissenschaftlich inspirierten Erforschung der Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ geliefert werden, wodurch die folgenden Ausführungen als Beitrag zu den hierzulande noch im Aufbau befindlichen Dis_ability Studies in Education⁸ verstanden werden können (vgl. Buchner, 2018; Hirschberg & Köbsell 2021; Köbsell, 2015a, 2015b; Weisser, 2013). Angestrebt wird eine Analyse von Exklusionspraktiken sowie von Macht- und Herrschaftsstrukturen in der (Sonder-)Pädagogik (vgl. Haas, 2012; Ziemer, 2014), um die disziplinäre Wissensproduktion vor dem Hintergrund der Verpflichtung zu inklusiven Bildungsangeboten kritisch zu überprüfen und erforderliche Weiterentwicklungen anzuregen.

Anschlussfähig ist diese Ausrichtung an unterschiedliche Ansätze im erziehungswissenschaftlichen Feld. Dazu zählen zum einen Aspekte der empirisch-erziehungswissenschaftlichen Wissenschaftsforschung (vgl. Hofbauer, 2019; Tenorth, 1990; Vogel, 2016), mit der die „Wirklichkeit der wissenschaftlichen Pädagogik in der Produktion und Verwertung erziehungswissenschaftlichen Wissens“ (Tenorth, 1990, 15) untersucht wird. Dies zielt darauf, dem bestehenden Defizit der Selbstreflexion der wissenschaftlichen Pädagogik zu begegnen, indem diese als Produkt „einer historisch gegebenen und sich verändernden erziehungswissenschaftlich-pädagogischen Kommunikation“ (ebd., 24) betrachtet wird. Zum anderen erweist sich die gewählte Orientierung anschlussfähig an diskursanalytische Untersuchungen zu Wissensformierungen im erziehungswissenschaftlichen Feld (vgl. Fegter, 2012, 2015; Pfahl, 2011; Rothe, 2011, 2015; Truschkat, 2015). Für die Disziplin der (Sonder-)Pädagogik ist eine solche Ausrichtung deshalb von besonderer Bedeutung, da diese sich durch eine problemförmige Wissensbildung auszeichnet (vgl. Weisser, 2005, 109). Von Interesse ist daher nicht nur, wie (sonder-)pädagogisches Wissen problembezogen formiert wird, sondern auch, inwiefern sich gesamtgesellschaftliche Probleme in (sonder-)pädagogischen Thematisierungen niederschlagen (vgl. ebd., 99ff.). Daran anknüpfend kann durch die Rekonstruktion disziplinärer Zugriffe auf den Gegenstand ADHS eine theoretische Selbstverständigung und disziplinäre Selbstreflexion der (Sonder-)Pädagogik stimuliert werden (vgl. Moser, 2003). Die folgenden Ausführungen stellen folglich einen Beitrag zu einer theoretisch fundierten, empirischen Inklusionsforschung dar, mit dem die Hervorbringung von Differenz, Normalität und Behinderung in und durch (sonder-)pädagogische Wissensbestände untersucht wird (vgl. Haas, 2012, 2016).

Um dies umzusetzen, wird sich nicht zuletzt aufgrund der Multiperspektivität und der bis ins späte Mittelalter zurückreichenden Thematisierungsgeschichte des Gegenstands ADHS der zentralen Fragestellung dieser Studie in mehreren Schritten genähert.

Gestartet wird mit einem Blick auf empirische Befunde zu der Frage, wie das Phänomen auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände konstruiert wird. Aufgrund der Beobachtung, dass es zur Konstruktion von ADHS auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände nur eine überschaubare Anzahl von Studien gibt, werden zusätzlich Untersuchungen diskutiert, die sich mit der Konstruktion des Gegenstands auf der Ebene des Expert_innenwissens befassen. Dadurch wird es möglich, Leerstellen zu markieren und Hinweise auf das Potenzial geeigneter methodischer Ansätze zu erhalten. Außerdem zeichnet sich hierbei eine starke Beeinflussung erziehungswissenschaftlicher Thematisierungen durch klinische Wissensbestände ab und es wird ersichtlich, dass die Relevanz der Konstruktion von Normalität in den vorliegenden Untersuchungen nicht ausreichend anerkannt wurde (s. Kap. 2).

⁸ Analog zur Verwendung des Gender_Gaps und der Schreibweise ‚nicht_normal‘ findet der Unterstrich auch beim Begriff Dis_ability Verwendung, um damit auf die relationalen Grenzziehungen und fließenden Übergänge zwischen ability und disability zu verweisen, die wiederum das Resultat sozialer und kultureller Konstruktionen sind.

Um eine weitere Leerstelle der diskutierten Studien zu schließen, wird in einem zweiten Schritt die Problemkarriere des Phänomens ADHS rekonstruiert. Dies geschieht ausgehend von der These, dass es sich bei ADHS um ein soziales Problem handelt, das seine Existenz unterschiedlichen disziplinären Thematisierungen verdankt. Anwendung finden in diesem Kapitel Annahmen der Theorie sozialer Probleme sowie das von Schetsche (2000) entwickelte Kokonmodell. Wenngleich sich, ähnlich der im vorhergehenden Abschnitt diskutierten Untersuchungen, ebenfalls eine Vormachtstellung klinischer Thematisierungsweisen abzeichnet, wird es durch diesen analytischen Zwischenschritt möglich, die Multiperspektivität und Historizität des Gegenstandes abzubilden (s. Kap. 3).

Durch einen Bezug auf das Forschungsfeld der Dis_ability Studies wird anschließend das in dieser Arbeit verwendete Verständnis von Behinderung spezifiziert und die Bedeutung einer kulturwissenschaftlichen Perspektive auf die Konstruktion von ‚Nicht_Normalität‘ herausgestellt. Zudem erfolgt in diesem Abschnitt eine spezifischere Verortung der eigenen Arbeit auf dem Gebiet der Dis_ability Studies in Education. Um einen tragfähigen heuristischen Rahmen für die Analyse entwickeln zu können, wird der Frage nachgegangen, wie die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ theoretisch zu fassen ist. In diesem Zusammenhang wird zunächst auf die Ausführungen Foucaults (1977) in ‚Überwachen und Strafen‘ zurückgegriffen und auf die Bedeutung disziplinierender und körperbezogener Normalisierungstechniken verwiesen. Außerdem wird auf die Normalismustheorie Links (1997)⁹ Bezug genommen und ‚Nicht_Normalität‘ als diskursiv-strategische Kategorie und Ergebnis operativer Verfahren betrachtet (s. Kap. 4).

Im fünften Kapitel wird der für die Analyse der diskursiven Konstruktion der Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs verwendete methodologisch-methodische Zugang spezifiziert. Dies erfolgt durch eine Orientierung an den diskurstheoretischen Ausführungen Foucaults (1981), die auf die Erforschung (sonder-)pädagogischer Wissensformierungen übertragen werden. Auf diese Weise wird das Potenzial der von Foucault beschriebenen Formationsregeln hervorgehoben, um die Regelmäßigkeit des Diskurses zu erfassen. Im Anschluss daran wird der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs als elaborierter Interdiskurs im diskursiven Feld verortet und das zu analysierende Material bestimmt. Konkretisiert wird das methodische Vorgehen durch die Verwendung von Codiertechniken der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss, 2010) sowie durch ein sensibilisierendes Konzept, das sich aus Hintergrundwissen zum Thema sowie aus normalismus- und diskurstheoretischen Annahmen zusammensetzt (s. Kap. 5).

Die Ergebnisse der Analyse werden dann in zwei weiteren Abschnitten diskutiert. Steht zunächst die Rekonstruktion der Diskursordnung im Zentrum, mit der die diskursive Struktur der (sonder-)pädagogischen Thematisierung abgebildet werden kann (s. Kap. 6), zielt der nachfolgende Schritt darauf, mithilfe des sensibilisierenden Konzepts diskursive Praktiken zu erfassen, die zur Ausbildung dieser Wissensoberfläche führen (s. Kap. 7). Aufgrund der Hinweise auf die Kontroversität der Thematisierungen (s. Kap. 6) wird das Material im Zuge der feinanalytischen Betrachtung ausgehend von den zwei sich abzeichnenden agonalen Positionierungen kontrastierend

9 Im Rahmen dieser Arbeit wird sich mit der Originalausgabe des ‚Versuchs über den Normalismus‘ auf die zentralen Argumentationsstränge der Linkischen Normalismustheorie bezogen. Aktualisierungen und Erweiterungen dieses Werkes (so zum Beispiel aus den Jahren 1999, 2006 und 2013) werden nicht näher berücksichtigt, da diese – wenngleich die Dichotomie zwischen proto- und flexiblem Normalismus hier etwas abgeschwächt erscheint – im Wesentlichen auf den gleichen Grundannahmen beruhen. Dies zeigt beispielsweise ein Blick auf die in 2006 veröffentlichte dritte und das Schlusskapitel ergänzte Auflage, in der zwar ein stärkerer Fokus auf Denormalisierungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts gerichtet wird, jedoch insgesamt an den zentralen Funktionsweisen des Normalismus sowie einer engen Kopplung des ‚flexiblen Normalismus‘ und der ‚Postmoderne‘ festgehalten wird (vgl. Link, 2006).

diskutiert (s. Kap. 7). Um die im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs bestehenden Machtwirkungen zu erfassen und die darin vorherrschende diskursive Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ mitsamt damit in Verbindung stehender Anleitungen von normierenden und normalisierenden Praktiken abzubilden, werden im Zuge dessen zusätzlich interdiskurs- und normalismustheoretische Interpretationen vorgenommen. Dadurch zeigt sich, dass klinisch orientierte Zugriffe eine hegemoniale Bedeutung erhalten und die Konstruktion der Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs maßgeblich bestimmen.

Daran anknüpfend werden die gewonnenen Ergebnisse dieser Arbeit im abschließenden Fazit zusammengefasst und mögliche Ursachen sowie Effekte dieser diskursiven Konstruktion diskutiert. Auf diese Weise soll eine veränderte Konzeptualisierung des ‚Nicht_Normalen‘ im Feld der (Sonder-)Pädagogik angeregt werden.

2 Zur Konstruktion von ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände

Auch wenn die unter dem Label ADHS subsumierten Verhaltensweisen seit mehr als 150 Jahren Gegenstand unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen sind, ist ausgehend von der Beobachtung, dass das Phänomen ADHS seit etwa dem Jahr 2000 zu der am häufigsten diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störung avancierte (vgl. Becker, 2014, 13; Karsch, 2011, 271; Lehmkuhl & Döpfner, 2008), ein verstärktes öffentliches Interesse und eine gesteigerte gesellschaftliche Problembearbeitung zu erkennen, die zu einem deutlichen Anstieg an wissenschaftlichen Veröffentlichungen führten (vgl. Grobe et al., 2013, 231f.).¹⁰ Es zeichnet sich jedoch ab, dass der Großteil der Veröffentlichungen¹¹ und empirischen Untersuchungen zum Thema aus den Fachgebieten der Medizin und Psychologie stammt (vgl. Steinhausen et al., 2010, 256f.).

Im Gegensatz dazu wird trotz der bereits angesprochenen besonderen Bedeutung des Phänomens ADHS im schulischen Kontext aus einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive auf einen grundlegenden Mangel an originär pädagogischen Forschungen (vgl. von Stechow, 2015, 11) und das Fehlen einer grundlagentheoretischen Beschäftigung mit dem Gegenstand verwiesen (vgl. Becker 2014, 14). In besonderem Maße treffen diese Beobachtungen auf das Anliegen der vorliegenden Arbeit zu, in der danach gefragt wird, wie das Phänomen ADHS auf der Ebene des (sonder-)pädagogischen Wissens hervorgebracht wird. So finden sich im erziehungswissenschaftlichen Feld zwar eine Reihe von Forschungen, in denen Möglichkeiten einer geeigneten Förderung (vgl. Hommel, 2012; Neumann, 2012; Stiehler, 2007), einer angemessenen Diagnose (vgl. Huss et al., 2002) oder einer alternativen Konzeption des Phänomens (vgl. Gerspach, 2014; Olde, 2010; Roggensack, 2006; Wenke, 2006)¹² diskutiert werden. Die Frage jedoch, wie der Gegenstand ADHS auf der Ebene institutionalisierter Wissensbestände konstruiert wird, wird im (sonder-)pädagogischen Feld bisher gänzlich vernachlässigt¹³ und in den Erziehungswissenschaften lediglich in Ausnahmen bearbeitet (vgl. Becker, 2007; Rabenstein & Reh, 2009). Mit dem Ziel, Einblicke in mögliche Konstruktionsmodi des Gegenstands ADHS innerhalb

10 Der Analyse von Grobe et al. (2013) zufolge – die sich auf den englischen Sprachraum bezieht – wurden ab dem Jahr 1981 mehr als 100 Beiträge im Bereich der Biomedizin auf PubMed veröffentlicht. Ab 1990 stieg die Zahl auf jährlich mehr als 200. Im Jahr 2000 waren es mehr als 600 Veröffentlichungen und allein im Jahr 2012 insgesamt 2064 (vgl. ebd., 213f.).

11 Der von Grobe et al. (2013) für den englischen Sprachraum festgestellte Befund lässt sich im deutschsprachigen Raum in ähnlicher Weise dokumentieren, wie eine eigene im Januar 2016 durchgeführte Recherche im Katalog der Deutschen Nationalbibliothek (DNB) belegt. Unter dem Schlagwort ADHS finden sich hier für den Zeitraum bis einschließlich dem Jahr 1999 35 Einträge. Zwischen 2000 und 2009 sind insgesamt 404 Veröffentlichungen gelistet (34 Beiträge in 2000) und für den Zeitraum von 2010 bis 2015 weitere 231 Beiträge. Der Blick auf Letztere zeigt jedoch, dass 91,6% der Veröffentlichungen zum Thema ADHS in den Sachgruppen „Medizin“ und „Psychologie“ verschlagwortet sind und lediglich 8,4% in der Sachgruppe „Erziehungs-, Schul- und Bildungswesen“.

12 In diesen Arbeiten wird durch systemisch-konstruktivistische (vgl. Roggensack, 2006), phänomenologische (vgl. Olde, 2010; Wenke, 2006) oder soziologisch-psychoanalytische Theoriebezüge (vgl. Gerspach, 2014) der Versuch unternommen ein alternatives ADHS-Narrativ zu etablieren.

13 Als Ausnahme mag in diesem Zusammenhang die Untersuchung von von Stechow (2015) erscheinen. Da es sich hierbei in erster Linie um eine historische Analyse handelt, in der die Konstruktion von Aufmerksamkeit seit dem 16. Jh. im Zentrum steht, wird auf disziplinäre Konstruktionsweisen des Phänomens ADHS nur am Rande verwiesen. Auf die Befunde dieser Studie wird deshalb zu einem späteren Zeitpunkt (s. Kap. 3.4) zurückgegriffen.

institutionalisierter Wissensbestände zu erhalten, wurde sich bei der Durchführung des folgenden Literatur-Reviews deshalb dazu entschieden, den Fokus auf das erziehungswissenschaftliche Feld im Allgemeinen zu weiten und zusätzlich englischsprachige Untersuchungen zum Thema zu integrieren. Aufgrund der weiterhin überschaubar bleibenden Datengrundlage wird zusätzlich erörtert, wie Lehrer_innen und Lehramtstudent_innen ihre Wirklichkeit des Gegenstands ADHS konzipieren (vgl. Danforth & Navarro, 2001; McMahon, 2012; Rafalovich, 2004), um so weitere Hinweise auf disziplinär beeinflusste Wirklichkeitskonstruktionen erhalten zu können.

Im anschließenden Abschnitt werden zentrale Befunde der ausgewählten Studien dargestellt. Der Blick wird dabei zusätzlich auf die verwendeten theoretischen und methodischen Zugänge gerichtet und es wird danach gefragt, welche Bedeutung das Thema Normalität in diesem Zusammenhang besitzt, bzw. inwiefern dieses in den einzelnen Arbeiten berücksichtigt wurde. Mit dem abschließenden Zwischenfazit erfolgt schließlich eine übergeordnete Betrachtung der unterschiedlichen Konstruktionsmodi, mit der auf geeignete methodische Zugänge zur Beantwortung der zentralen Fragestellung dieser Arbeit verwiesen und die Relevanz einer normalismuskritischen Analyse disziplinärer Wissensproduktionen zum Thema herausgestellt wird.

2.1 Konstruktionsmodi auf der Ebene des erziehungswissenschaftlichen Wissens

Bedingt dadurch, dass hierzulande noch keine empirischen Ergebnisse zur Frage vorliegen, wie das Phänomen ADHS in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion konzeptualisiert wird, werden zuerst die Studien von Becker (2007) und Rabenstein & Reh (2009) diskutiert, die sich mit der Konstruktion von ADHS im erziehungswissenschaftlichen Feld befassen. Ergänzt werden diese durch die Untersuchung von Freedman (2016), der die Konzeption des Phänomens in US-amerikanischen (sonder-)pädagogischen Lehrbüchern beleuchtet. Im Zentrum steht hierbei, wie der soziale Prozess der Wirklichkeitskonstruktion auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände bisher untersucht wurde und welche Effekte dabei festgestellt werden konnten.

Mit der Frage, wie in praxisorientierten pädagogischen Zeitschriften die Ursachen von ADHS konzipiert und welche Maßnahmen zum Umgang vorgeschlagen werden, befasst sich Becker (2007) in ihrer Analyse erziehungswissenschaftlicher Zeitschriften. Gegenstand sind 53 Artikel der Jahre 2000-2006 aus den Bereichen der Schul-, Sozial- und (Sonder-)Pädagogik. Im Einzelnen setzt sich das untersuchte Korpus aus 32 schul-, sechs sozial- und 15 (sonder-)pädagogischen Veröffentlichungen zusammen, die jedoch lediglich übergeordnet und nicht nach Teildisziplinen differenziert betrachtet werden. Auch wenn die Bedeutung anthropologischer Grundannahmen im Kontext pädagogischer Praktiken und das Problem einer rein klinischen Betrachtung Erwähnung finden, wird auf eine theoretische Orientierung ebenso verzichtet wie auf eine Explikation des verwendeten methodischen Zugangs. Unabhängig von den pädagogischen Fachrichtungen erkennt die Autorin in den einzelnen Beiträgen drei kontroverse Deutungsmuster, die sich auf die Ursachen der als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen beziehen. Festgestellt wird eine ‚affirmative‘ Position, in der von einer genetischen Verursachung ausgegangen wird; eine ‚kritische‘ Position, mit der eine rein genetische Verursachung abgelehnt, vor dem Hintergrund neurobiologischer Erkenntnisse jedoch von einer erfahrungsbedingten biologischen Grundlage – im Sinne neuronaler Korrelate – ausgegangen wird; und eine ‚zurückweisende‘ Position, nach der ADHS in erster Linie eine soziale Konstruktion darstellt. Da kaum ein Beitrag ohne Hinweise auf neurobiologische Erklärungsmodelle auskomme, sich an keiner Stelle lediglich auf eine umweltbezogene Genese bezogen werde und sogar kritische Autor_innen den möglichen Einfluss genetischer Prädispositionen auf die Hirnentwicklung nicht negierten (vgl. ebd., 198), folge die pädagogische Diskussion nach

Auffassung Beckers „dem ‚Mainstream‘ der ADHS-Debatte“ (ebd., 197), womit Thematisierungen auf dem Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeint sind. Zudem wird, ausgehend von der Beobachtung, dass mit Ausnahme verhaltenstherapeutischer Ansätze wenig Handlungsspielraum für pädagogische Interventionen existiere, auf die Gefahr verwiesen, dass durch die Art der Thematisierung des Gegenstands ADHS in den untersuchten Zeitschriften eine Medikalisierung des Phänomens unterstützt werde. Die Autorin merkt diesbezüglich kritisch an, dass die innerhalb der Pädagogik diskutierten Ansätze zum Umgang mit den entsprechenden Verhaltensweisen in der Regel nicht über psychologische und medizinische Perspektiven hinaus kämen (vgl. ebd.).

Ebenfalls mit der Konstruktion von ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände beschäftigen sich Rabenstein & Reh (2009) in ihrer Untersuchung grundschulpädagogischer Veröffentlichungen. Mit einem theoretischen Bezug auf das Thema Normalisierung¹⁴ und einem diskursanalytischen Zugang werden 141 Artikel aus drei unterschiedlichen Zeitschriften des grundschulpädagogischen Ratgeber-Diskurses zu den Themen Selbstständigkeit und offenen Unterrichtsformen vom Ende der 1960er-Jahre bis zum Jahr 2005 analysiert. Herausgearbeitet wird nicht nur, welche Erwartungen an Schüler_innen in offenen Unterrichtssettings gestellt und wie im Gegenzug störende Verhaltensweisen konzipiert werden, sondern auch, welche Effekte mit der diskursiven Verschiebung von ‚selbsttätigen‘ zu ‚lernkompetenten‘ Schüler_innen einhergehen. Wurden selbsttätige und selbstregulierende Schüler_innen zunächst als sich spontan entwickelnde, neugierige und sich selbststeuernde Schüler_innen verstanden, wird diese Normalitätsannahme durch eine stärkere Fokussierung auf den Output der Leistungen der Schüler_innen abgelöst. Dies führe zu der Annahme, dass die Kompetenz zum selbstständigen Lernen zu erwerben sei und dass Schüler_innen entsprechend kompetent gemacht und optimiert werden müssten. Da hiermit auch eine Beobachtung der Schüler_innen einhergehe, die die an sie gestellten Anforderungen des selbstständigen Arbeitens nicht erbringen, resultiere daraus eine spezifische Konzeption der als störend und nicht-kompetent erachteten Schüler_innen. Wie gezeigt wird, erfolge dies in den grundschulpädagogischen Veröffentlichungen durch eine Angleichung der Beschreibungen des störenden Verhaltens an die Konstruktion des Phänomens ADHS auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Anschluss daran wird betont, dass der psychiatrische und der grundschulpädagogische Diskurs in der Durchsetzung von Normalitätsannahmen sowie damit einhergehenden Pathologisierungen unselbstständiger und unaufmerksamer Verhaltensweisen zusammenwirkten. So werde die Kompetenz zum selbstständigen Lernen als Normalfall gesetzt und Abweichungen als mangelnde Selbststeuerungskompetenz pathologisiert (vgl. ebd.).

Der Thematisierung von ADHS im (sonder-)pädagogischen Feld wendet sich Freedman (2016) in seiner ebenfalls diskursanalytisch ausgerichteten Untersuchung (sonder-)pädagogischer Lehrwerke zu. Gegenstand sind hier fünf Lehrbücher aus den Jahren 2007 bis 2014, die in der US-amerikanischen Lehrer_innenausbildung verwendet werden und mittels eines Stichprobenverfahrens ausgewählt wurden.¹⁵ Die entlang der Kategorien Definitionen, Ursachen, Symptome, akademische und soziale Eigenschaften sowie Behandlungsmethoden gewonnenen Befunde verweisen darauf, dass in den untersuchten (sonder-)pädagogischen Lehrbüchern keine kritische Beschäftigung mit dem Phänomen erfolgt und alternative Unterrichtsstrategien

14 Unter Normalisierung wird die Ausrichtung menschlichen Lebens an der jeweiligen Normalität im Allgemeinen im Sinne eines übergeordneten Dispositivs verstanden (vgl. Link 1997).

15 Das Sample wurde dadurch bestimmt, dass Lehrbücher ausgewählt wurden, die nach 2005 erschienen sind, einen Bezug zum Thema Lernschwierigkeiten hatten und in den Curricula von US-Colleges und Universitäten als Leseempfehlungen gelistet waren.

kaum erörtert werden. Überwiegend werde stattdessen auf ein medizinisches Narrativ zurückgegriffen, nach dem ADHS ausschließlich als ein cerebral verursachtes, medizinisches Problem verstanden wird. Dies führe dazu, dass ADHS-diagnostizierte Schüler_innen aufgrund körperlicher Merkmale als gestört konzipiert würden und ihnen zusätzlich jegliche Kompetenz abgesprochen werde. Festgehalten wird, dass durch die Art der Beschäftigung in den untersuchten (sonder-)pädagogischen Lehrbüchern ein rein medizinischer Zugang zum Thema und damit gleichzeitig eine medizinische Behandlung von ADHS unterstützt werde. Zudem wird auf die Gefahr verwiesen, dass Lehrer_innen durch diese Art der Beschäftigung dazu verleitet würden, medizinisches Wissen gegenüber pädagogischen Zugängen zu favorisieren und sich zunehmend als Erfüllungsgehilf_innen einer medizinischen Profession zu verstehen. Insbesondere aufgrund der Vernachlässigung sozialer Kontextfaktoren wird eine fehlende Passung zwischen der Thematisierung des Phänomens ADHS in den analysierten (sonder-)pädagogischen Lehrbüchern und den Anforderungen einer inklusiven Pädagogik erkannt (vgl. ebd., 47).

Wenngleich sich in den rezipierten Studien mit der Konstruktion von ADHS in unterschiedlichen Teildisziplinen beschäftigt wird, wird insgesamt deutlich, dass die erziehungswissenschaftliche Bearbeitung des Gegenstands ADHS auf Wissensbestände aus Nachbardisziplinen angewiesen zu sein scheint und dabei klinisch orientierte Zugänge nicht nur eine besondere Bedeutung besitzen, sondern sogar eine bestimmende Wirkung entfalten können. Ersichtlich wird dies daran, dass sowohl in der erziehungswissenschaftlichen Beschäftigung (vgl. Becker, 2007), als auch in den Thematisierungen der Subdisziplinen der Grundschul- (vgl. Rabenstein & Reh, 2009) und (Sonder-)Pädagogik (vgl. Freedman, 2016) klinische Perspektiven übernommen werden und der Gegenstand ADHS entsprechend konzipiert wird. Wie dargestellt, resultiert daraus, dass pädagogische Handlungsoptionen begrenzt bleiben und die Normalisierung des zur Diskussion stehenden Verhaltens einseitig aus einer klinischen Logik heraus beantwortet wird. Es deutet sich damit an, dass die Art der Konstruktion des Phänomens auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände von klinischen Sichtweisen bestimmt wird und diese mit Blick auf sich anschließende pädagogische Praktiken eine besondere Bedeutung besitzen. Umso überraschender ist es daher, dass sich bisher noch nicht umfassend mit disziplinären Konstruktionsweisen des Phänomens ADHS beschäftigt wurde, weshalb gerade hinsichtlich des (sonder-)pädagogischen Feldes ein dringliches Desiderat zu formulieren ist.

Die diskutierten Untersuchungen verweisen diesbezüglich nicht nur darauf, dass eine solche Analyse durch fachwissenschaftliche Publikationen (Fachzeitschriften und Lehrbücher) erfolgen kann, sondern geben auch Hinweise auf relevante Unterthemen und geeignete methodische Zugänge. In diesem Zusammenhang zeichnet sich ein besonderes Potenzial diskursanalytischer Ansätze ab (vgl. Freedman, 2016; Rabenstein & Reh, 2009), durch die es möglich scheint, die diskursive Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände zu erfassen. In inhaltlicher Hinsicht ist zudem relevant, wie der Gegenstand konzipiert wird, welche Ursachen dafür verantwortlich gemacht werden, wie auf die als störend empfundenen Verhaltensweisen reagiert wird und wie die zu fördernden Schüler_innen dadurch positioniert werden.

Etwas verwunderlich ist jedoch, dass trotz zum Teil konkreter Hinweise auf Praktiken der Normierung und der Normalisierung,¹⁶ deren Bedeutung in den diskutierten Untersuchungen

16 Grundlage der Differenzierung zwischen normierenden und normalisierenden Praktiken ist die Definition von Kelle (2013, 18ff.), nach der unter Normierung die Festlegung eines Maßstabes und unter Normalisierung die Ausrichtung an diesem verstanden wird, wobei die damit einhergehenden konkreten Praktiken in ein übergeordnetes Normalisierungsdispositiv eingebunden sind. Detailliert aufgegriffen wird diese im Zuge der Diskussion geeigneter theoretischer Perspektiven (s. Kap. 4.2.1)

meist nicht gesondert nachgegangen wird (vgl. Becker, 2007; Freedman, 2016). So wird das Thema Normalisierung lediglich in der Studie von Rabenstein & Reh (2009) explizit genannt, jedoch ohne dieses in ein umfassendes normalismustheoretisches Konzept einzubetten und dabei die Wechselseitigkeit von normierenden und normalisierenden Praktiken detailliert zu erfassen. Hinsichtlich der Erforschung disziplinärer Konstruktionsmodi des Phänomens ADHS wird so eine weitere Leerstelle ersichtlich, die darin besteht, dass das Thema Normalität bisher noch nicht ins Zentrum der Betrachtung gestellt wurde.

Wie sich zeigt, muss die Befundlage zur Frage, wie ADHS auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände – insbesondere (sonder-)pädagogischer – hervorgebracht wird, als begrenzt bezeichnet werden. Um weitere Hinweise auf disziplinär geprägte Wirklichkeitskonstruktionen zu erhalten, wurde sich daher dafür entschieden, in einem zweiten Schritt Studien zu diskutieren, die sich mit dem Wissen von Lehrer_innen und Lehramtstudent_innen zum Thema ADHS befassen. Einschränkend ist darauf zu verweisen, dass damit nicht der Annahme gefolgt wird, dass sich die Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände direkt auf pädagogisch Praktiken übertrage (vgl. Freedman, 2016; Danforth & Kim, 2008).¹⁷ Vielmehr wird sich durch die Betrachtung der Konstruktionslogiken von Praktiker_innen erhofft, die bisherigen Eindrücke abzusichern und möglicherweise weitere relevante Aspekte für die eigene Untersuchung identifizieren zu können.

2.2 Konstruktionsmodi auf der Ebene des Expert_innenwissens

Aufgrund der unzureichenden Befundlage zur Thematisierung von ADHS auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände, wird sich zusätzlich mit Wirklichkeitskonstruktionen von Lehrer_innen und Lehramtstudent_innen befasst und danach gefragt werden, welche Effekte hier festzustellen sind. Es zeigt sich jedoch, dass auch bezogen auf diese Ebene der Wissensproduktion kaum belastbare Studien vorliegen. So wurde bisher noch nicht systematisch untersucht, was Lehrer_innen konkret über ADHS wissen (vgl. Becker, 2014, 279) und auf welche Expertise sie ihren Verdacht stützen (vgl. Sauerbrey, 2013, 209). Für den deutschsprachigen Raum findet sich lediglich eine quantitative Arbeit, die das Wissen von Lehrkräften zu den Bereichen Symptome, Diagnostik, Ursachen und Interventionen bei ADHS zum Gegenstand hat (vgl. Schmiedeler, 2013). Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten dabei ebenfalls auf eine Konkurrenz verschiedener Wissensbestände und eine Beeinflussung durch klinische Thematisierungen hin. Ersichtlich wird dies insbesondere an einer Vielzahl von Fehlannahmen, die unter anderem darin bestehen, dass die Prävalenz des Phänomens mit 15 % klar überschätzt wird und in etwa die Hälfte der Befragten von einer rein genetischen Verursachung ausgehen (vgl. ebd.).

Ähnliche Tendenzen sind auch in weiteren Studien zu identifizieren, die im englischsprachigen Raum durchgeführt wurden. So zeigt Rafalovich (2004) mit seiner diskursanalytisch ausgelegten Befragung von 24 Lehrer_innen, dass diese im Allgemeinen über ein eher diffuses und un-

17 Inwiefern davon ausgegangen werden kann, dass medizinisches Wissen unreflektiert übernommen wird und das professionelle Handeln bestimmt (vgl. Danforth & Kim, 2008; Freedman, 2016), bedarf einer gesonderten empirischen Überprüfung. Abzugleichen ist dies mit bestehenden Ansätzen zur Professionalisierung von Lehrer_innen, die statt einem linearen Wissenstransfer auf ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Aspekte verweisen. So wird beispielsweise im kompetenzorientierten Professionalisierungsansatz davon ausgegangen, dass sich die Lehrer_innenprofessionalität nicht nur aus dem im Studium erworbenen Wissen speist, sondern sich vielmehr aus einem Zusammenspiel von Wissen und Können, professionellen Werten, Überzeugungen und subjektiven Theorien, motivationalen Orientierungen, metakognitiven Fähigkeiten und einer professionellen Selbstregulation generiert (vgl. Baumert & Kunter, 2006).

spezifisches Wissen zum Thema verfügen. Gleichzeitig identifiziert er eine starke Bezugnahme auf biologische Erklärungsansätze und einen nachhaltigen Wissenstransfer vom medizinisch-psychiatrischen Bereich in pädagogische Arbeitsfelder und stellt die Bedeutung institutionalisierter Wissensordnungen heraus (vgl. ebd.).

Ebenfalls auf eine deutliche Beeinflussung durch klinische Wissensbestände verweist McMahon (2012) in seiner Befragung von 150 Lehramtstudent_innen des allgemeinen Lehramtes. Durchgeführt wurde diese mittels Fragebögen, Interviews und Gruppendiskussionen, die mit einem diskursanalytischen Ansatz ausgewertet wurden. Die Befunde verdeutlichen, dass die Aussagen der Lehramtstudent_innen Widersprüche zu Etikettierungs- und Diagnosepraktiken beinhalten. So bewerten die Befragten die klinische Diagnose von neutral bis positiv und begründen dies vor allem damit, dass sie in ihrem Handeln auf psychiatrische Diagnosen angewiesen seien. Es wird daher herausgestellt, dass von den befragten Lehramtstudent_innen die biomedizinische Wahrheit über ADHS unhinterfragt akzeptiert werde (vgl. ebd.).

Mit der Konzeption des Phänomens durch Studierende der (Sonder-)Pädagogik befassen sich Danforth & Navarro (2001) ausgehend von der Frage, welche sozialen Prozesse mit der Thematisierung von ADHS im gesellschaftlichen Diskurs verbunden sind und wie diese in alltäglichen Praktiken reifiziert werden. Als Datengrundlage dieser Untersuchung dienen 224 Äußerungen (gesprochen, geschrieben oder medial vermittelt), die von 31 Student_innen über einen Zeitraum von acht Wochen gesammelt und mittels deskriptiver Feldnotizen protokolliert wurden. Ausgewertet wurden diese mit einem sozialkonstruktivistischen Ansatz mit diskursanalytischer Ausrichtung, um so die Konstruktion der Bedeutungen von ADHS von Student_innen der (Sonder-)Pädagogik zu erfassen. Mit einer ‚medizinischen‘ und einer ‚schulischen‘ Diskursstrategie weisen die ausgewerteten Äußerungen zwei dominante Muster auf. Demnach scheint die Konzeption des Phänomens ADHS durch die Befragten stark abhängig von einer medizinischen Betrachtungsweise. Die medizinische Terminologie bestimme dabei nachhaltig die Konstruktion des Phänomens auf der Alltagsebene, indem darin ein individuelles Problem gesehen werde, das einer medizinischen Behandlung bedürfe. Die schulische Diskursstrategie zeichnet sich hingegen dadurch aus, dass die Schule als Ort beschrieben wird, in dem es um Normerfüllung, soziale Konformität, Unterordnung und individuellen Wettbewerb gehe. Verwiesen wird so auf die Bedeutung von spezialisiertem, vor allem klinischem Wissen, welches sich mittels diskursiver Praktiken in Alltagspraktiken übersetze (vgl. ebd.).

Insgesamt wird erkennbar, dass auch der Forschungsstand zu der Frage, wie Lehrer_innen und Lehramtsstudent_innen ADHS konzipieren, ausbaufähig erscheint, insbesondere wenn es um solche mit einer (sonder-)pädagogischen Expertise geht. Dennoch finden sich auch auf dieser Ebene Hinweise, die darauf hindeuten, dass die Wirklichkeitskonstruktionen des Phänomens ADHS nachhaltig von klinischen Erklärungsansätzen beeinflusst werden (vgl. Danforth & Navarro, 2001; McMahon, 2012; Rafalovich, 2004; Schmiedeler, 2013). Ähnlich der zuvor diskutierten Untersuchungen deutet sich ein besonderes Potenzial von sozialkonstruktivistischen und diskursanalytischen Ansätzen an (vgl. Danforth & Navarro, 2001; McMahon, 2012; Rafalovich, 2004), mit der die Konstruktion des Phänomens untersucht werden kann. Eine weitere Parallele zwischen den beiden Betrachtungsebenen ist darin zu erkennen, dass auch bezogen auf das Wissen von Expert_innen keine eingehende theoretische Beschäftigung mit dem Thema Normalität erfolgt. Und dies, obwohl Normierungspraktiken durch Lehrer_innen im Zuge ihrer Beteiligung an Diagnosepraktiken (vgl. McMahon, 2012) und Normalisierungspraktiken in der Schule, die an spezifische Vorstellungen eines normalen Verhaltens gekoppelt zu sein schei-

nen (vgl. Danforth & Navarro, 2001), benannt werden. Folglich wird auch auf dieser Ebene die Grenzziehung zwischen ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten nicht eingehend diskutiert und der Charakter normalisierender Praktiken nicht differenziert bestimmt.

2.3 Desiderate und Zielstellung der Arbeit

Im Anschluss an die Diskussion vorliegender Forschungsbefunde zur Frage, wie das Phänomen ADHS auf unterschiedlichen Ebenen der erziehungswissenschaftlichen Wissensproduktion konstruiert wird, zielt das folgende Zwischenfazit nicht nur darauf, zentrale Erkenntnisse bisheriger Studien zusammenzufassen und bestehende Forschungslücken zu markieren. Vielmehr sollen durch Verweise auf als geeignet erscheinende theoretische und methodische Perspektiven Hinweise auf einen tragfähigen heuristischen Rahmen für die eigene Untersuchung gefunden und die Zielstellung dieser Arbeit expliziert werden.

Insgesamt zeigt sich, dass der Gegenstand ADHS auf den betrachteten Ebenen erziehungswissenschaftlicher Thematisierungen durch Bezüge auf unterschiedliche Wissensbestände hergestellt wird. Im Vergleich zur allgemeinen gesellschaftlichen Diskussion zum Thema ADHS, die von wechselseitigen Verweisen auf medizinische und gesellschaftskritische Argumentationen geprägt ist (vgl. von Stechow, 2015, 206), wurde durch die diskutierten Ergebnisse erkennbar, dass klinische Perspektiven sowohl erziehungswissenschaftliche und (sonder-)pädagogische Wissensproduktionen (s. Kap. 2.1) als auch die Thematisierungsweisen von Lehrer_innen und Lehramtsstudent_innen maßgeblich bestimmen (s. Kap. 2.2). Neben der Vormachtstellung klinischer Zugänge deuten sich hierbei spezifische Konstruktionslogiken an, die mit institutionalisierten Wissensordnungen in Verbindung stehen (vgl. Rafalovich, 2004) und eine nähere Betrachtung damit einhergehender Wissenspolitiken erfordern (vgl. Liebsch et al., 2013).

Wie durch die Mehrzahl der diskutierten Forschungsarbeiten verdeutlicht werden konnte, besitzen in diesem Zusammenhang diskursanalytische Forschungsdesigns ein besonderes Potenzial, da diese versprechen, die machtvolle Produktion von Wissen zum Thema ADHS in erziehungswissenschaftlichen Feldern zu erfassen und die regelhaft-feldspezifische Produktion von Aussagen zum Thema offenzulegen (vgl. Freedman, 2016; Danforth & Navarro, 2001; McMahon, 2012; Rabenstein & Reh, 2009; Rafalovich, 2004). Wie bereits in der Einleitung angesprochen, ist eine solche Ausrichtung anschlussfähig an diskurstheoretische Arbeiten, die sich mit der Hervorbringung pädagogisch relevanter Gegenstände durch erziehungswissenschaftliche Thematisierungen befassen (vgl. Bühler-Niederbeger, 2005; Fegter, 2012, 2015; Pfahl, 2011; Rothe, 2011, 2015; Truschkat, 2015). Vergleicht man diese Ansätze mit den Untersuchungen, die sich mit der diskursiven Konstruktion des Phänomens ADHS innerhalb institutionalisierter erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände beschäftigen, so fällt auf, dass Letztere in der Regel ohne eine Diskussion des entsprechenden methodologischen Zugangs sowie einer methodischen Konkretisierung auskommen. Zudem fehlt eine grundlagentheoretische Rahmung sowie eine ebenenspezifische Betrachtungsweise der Konstruktionsprozesse, die – wie im weiteren Verlauf herausgestellt werden soll – nötig ist, um die Besonderheiten der jeweiligen Wissenspolitiken hinreichend abbilden zu können. Neben einer Spezifizierung der verwendeten methodischen Zugänge erscheint in diesem Zusammenhang zusätzlich eine interdiskurstheoretische Orientierung angebracht (vgl. Link, 2005). Denn mit dieser kann davon ausgegangen werden, dass erziehungswissenschaftliche Thematisierungen per se auf Wissensbestände aus Nachbardisziplinen angewiesen sind (s. Kap. 5.2.1). Bei der Analyse erziehungswissenschaftlicher Wissensproduktionen ist daher vor allem auf die mit konkurrierenden Thematisierungen

einhergehenden Machtwirkungen zu fokussieren (s. Kap. 5.1.2). In der vorliegenden Arbeit ist das damit umschriebene Potenzial einer interdiskurstheoretisch inspirierten Analyse des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS insbesondere deshalb zu nutzen, da durch die diskutierten Forschungsbefunde als *zentrales Desiderat festzuhalten ist, dass die Konstruktion des Phänomens ADHS in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion hierzulande noch nicht beforscht wurde*.

Aufgegriffen wird dies im Folgenden dahingehend, dass im Anschluss an ein kulturwissenschaftliches Verständnis von Behinderung angenommen wird, dass das Phänomen ADHS das Ergebnis unterschiedlicher Diskursivierungen zu den Themen Behinderung, Normalität und Körperlichkeit darstellt, die sich anhand der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion rekonstruieren lassen (s. Kap. 4.1.1). Durch diese theoretische Ausrichtung wird es möglich, das Phänomen ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens zu verstehen, die in institutionalisierten Diskursen der Mehrheitsgesellschaft hervorgebracht wird. Dies verspricht die zweite identifizierte Leerstelle in der Erforschung erziehungswissenschaftlicher Thematisierungsweisen des Phänomens ADHS zu schließen, die in einer *mangelnden Berücksichtigung des Themas Normalität* besteht.

Wie mit dem Überblick zum Forschungsstand gezeigt werden konnte, besitzt das Thema Normalität im Kontext des Phänomens ADHS eine besondere Relevanz, die nicht zuletzt anhand zahlreicher Hinweise auf die Bedeutung normativ gesetzter Normalitätsannahmen sowie damit einhergehender Normierungs- und Normalisierungspraktiken erkennbar wird (vgl. Becker, 2007; Freedman, 2016; Danforth & Navarro, 2001; McMahon, 2012; Rabenstein & Reh, 2009). Allerdings bleiben diese Hinweise meist impliziter Natur und Normalität wird nicht ins Zentrum der Betrachtung gestellt. Dies führt dazu, dass nicht zwischen der diskursiven Konstruktion ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen und normierenden sowie normalisierenden Praktiken differenziert wird. Dass genau dies jedoch nötig ist, um die Konstruktion und Produktion der Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände hinreichend abzubilden, soll in dieser Arbeit durch eine normalismuskritische Orientierung herausgestellt werden (s. Kap. 4.2). Unterstützt wird diese Ausrichtung zusätzlich durch empirische Befunde, die zeigen, dass das Thema Normalität in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion eine diskurstragende Kategorie darstellt (vgl. Lingenauber, 2003; Schildmann, 2004; von Stechow, 2004; Weinmann, 2003). Zurückgegriffen wird auf diese an späterer Stelle im Zuge der Diskussion normalismustheoretischer Grundlagen (s. Kap. 4.2.2).

Durch die Kombination einer normalismuskritischen Betrachtung (s. Kap. 4) mit einem diskursanalytischen Instrumentarium (s. Kap. 5) wird diesen Ausführungen eine machtkritische Perspektive zugrunde gelegt, die darauf zielt, die kontingente Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene institutionalisierter (sonder-)pädagogischer Wissensbestände zu erfassen. Um die Komplexität dieses Konstruktionsprozesses hinreichend abbilden zu können, ist vorab ein weiterer Zwischenschritt nötig, der sich ebenfalls aus den diskutierten Studien ergibt. So zeigt sich, dass in den vorgestellten Untersuchungen weder die Historizität institutionalisierter Thematisierungsweisen noch deren Multidisziplinarität erfasst wurde. Mit einem Bezug auf die Theorie sozialer Probleme (vgl. Schetsche, 2000) wird deshalb im nächsten Schritt nachgezeichnet, wie das Phänomen ADHS durch unterschiedliche disziplinäre Wissensbestände konstruiert wird und inwiefern dessen Betrachtung von zeitspezifischen Bedingungen abhängig ist.

3 Die Hervorbringung des sozialen Problems ADHS

Konnten im vorangegangenen Kapitel bereits Hinweise auf Konstruktionslogiken des Phänomens ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände identifiziert werden, blieb bisher noch unbeantwortet, wie die Konzeption des Gegenstands in weiteren gesellschaftlichen Feldern erfolgt und inwiefern damit einhergehende Thematisierungsweisen von bestimmten historischen Faktoren beeinflusst werden. Ausgehend von der Grundannahme dieser Arbeit, dass es sich bei ADHS um eine soziale Konstruktion handelt, deren Wirklichkeit von einer spezifischen Thematisierungsgeschichte abhängig ist, wird im Folgenden die Genese des Gegenstands ADHS, wie wir ihn aktuell wahrnehmen, nachgezeichnet. Um ebenen- und kontextspezifische Aspekte erfassen zu können, wird von der These ausgegangen, dass ADHS ein soziales Problem darstellt, das aufgrund von Problematisierungen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern eine Karriere gemacht hat. Zurückgegriffen wird an dieser Stelle auf die *„Soziologie sozialer Probleme und Kontrolle“*, die soziale Phänomene auf ihre gesellschaftliche Funktion sowie damit verbundene Prozesse und Strukturen analysiert (vgl. Albrecht et al., 1999; Groenemeyer, 1999; Scherr, 2002; Schetsche, 2000).¹⁸

Bei einem sozialen Problem handelt es sich im Allgemeinen um einen in der Gesellschaft negativ bewerteten Sachverhalt.¹⁹ Dieser liegt vor, wenn eine Diskrepanz zwischen gesellschaftlich akzeptierten Wertvorstellungen und der Realität sozialer Gruppen festzustellen ist (vgl. Schetsche, 2000, 17). Allerdings ist ein soziales Problem „jeweils nur das, was von der Gesellschaft als solches behandelt und bekämpft wird. Es kann demzufolge auch nur in Form des Prozesses analysiert werden, der es konstituiert.“ (Ebd., 18)

Soziale Probleme sind folglich nicht objektiv begründet, sondern abhängig von gesellschaftlichen Thematisierungsweisen. Um deren Auswirkungen auf die Konstruktion eines sozialen Problems analysieren zu können, hat Schetsche das sogenannte *„Kokonmodell“* entwickelt. Dieses ist ein wissenssoziologisch ausgerichtetes Instrumentarium, das die Rekonstruktion von Problemkarrieren zum Ziel hat, um zu zeigen, wie die Wirklichkeit sozialer Probleme in modernen Gesellschaften ausgebildet wird. Die Grundannahme lautet, dass kollektive Akteur_innen bei der Problematisierung eines sozialen Sachverhalts Problemmuster und Diskursstrategien ausbilden, die nicht nur zu einer spezifischen Problemwahrnehmung beitragen, sondern auch dazu führen, dass der eigentliche Sachverhalt – also das ursprünglich bestehende Problem – nicht mehr wahrgenommen werden kann, da dieser von einem Wahrnehmungskokon umspannt ist (vgl. ebd.). Es zeichnet sich damit ab, dass das Kokonmodell ein geeignetes analytisches Werkzeug darstellt, um ausgehend von multidisziplinären Thematisierungsweisen die Problemkarriere des sozialen Problems ADHS rekonstruieren zu können. Im nächsten Kapitel wird deshalb untersucht, wie das soziale Problem ADHS durch Thematisierungen in unterschiedlichen institutionalisierten Wissensfeldern hervorgebracht wird. Dazu werden zunächst die zentralen Elemente des Kokonmodells vorgestellt und hinsichtlich ihrer Anwendung auf den Gegenstand ADHS konkretisiert (s. Kap. 3.1). Im Anschluss erfolgt

18 Zurück geht dieser Ansatz auf die US-amerikanische funktionalistische Soziologie. Die Theorie sozialer Probleme stellt eine Analysemethode dar, die soziale Handlungsmuster und Prozesse hinsichtlich ihrer Rolle innerhalb eines übergeordneten sozialen Zusammenhangs untersucht (vgl. Scherr, 2002). Als soziale Probleme werden unter anderem psychische Krankheiten (vgl. Kilian, 2012) oder auch Phänomene wie Internetsucht (vgl. Walter & Schetsche, 2003) betrachtet.

19 Hierzu ist anzumerken, dass die dem sozialen Problem zugrundeliegenden Sachverhalte aufgrund der wissenssoziologisch-konstruktivistischen Ausrichtung Schetsches Analysemodells, bzw. seines als ‚relativistische Problemtheorie‘ bezeichneten Zugangs nicht als *vorsozial* zu verstehen sind. Vielmehr stellen auch diese einen Teil der von Menschen gemachten gesellschaftlichen Wirklichkeit dar und besitzen keinen ontologischen Status (Schetsche, 2008, 73).

eine kursorische Rekonstruktion der Problemkarriere und zentraler Problemmuster (s. Kap. 3.2-3.7). Das nachfolgende Kapitel erfüllt somit die Funktion, den Gegenstand dieser Arbeit näher zu bestimmen und zeigt, wie dieser in unterschiedlichen historischen und disziplinären Kontexten konstruiert wird.

3.1 Das Kokonmodell als analytischer Rahmen

Die relativistische Problemtheorie Schetsches (2000) befasst sich mit der Ausbildung von Problemmustern durch kollektive Akteur_innen und stellt so deren Relevanz für die gesellschaftliche Konstruktion sozialer Probleme heraus. Dies gründet auf der Forderung nach einer wissenssoziologischen Wendung in der Theorie sozialer Probleme, die Konstruktionsprozesse auf der gesellschaftlichen Makroebene und damit zeitspezifische Anforderungen in Wissensgesellschaften stärker berücksichtigt. In Ergänzung zu Berger & Luckman (1992), die von einem wechselseitigen Verhältnis von institutionalisierten symbolischen Sinnwelten und Konstruktionsprozessen auf der Alltagsebene ausgehen, betont Schetsche (2000, 7ff.), dass ein soziales Problem allein durch die Zusammensetzung der Problemmuster und deren Verbreitung gesellschaftlich konstruiert wird, wodurch die ursprünglich als problematisch erscheinenden Sachverhalte in einen Wahrnehmungskokon gehüllt werden. Grundannahme ist, dass soziale Probleme symbolisch-diskursiv konstruiert sind und als diskursiver Mechanismus durch die gesellschaftliche Realität erzeugt werden (vgl. ebd., 60). Für die empirische Analyse hat Schetsche das Kokonmodell entwickelt, das in der folgenden Darstellung abgebildet ist.

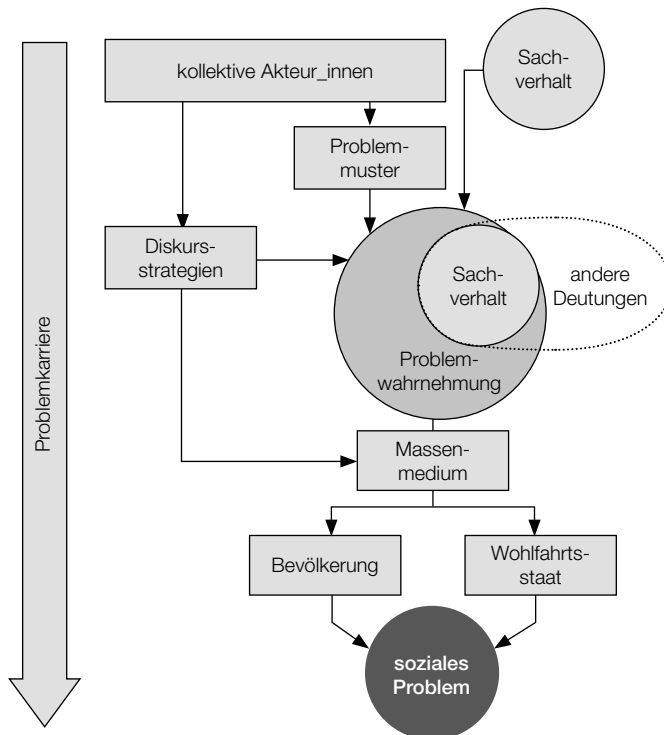


Abb. 1: Kokonmodell sozialer Probleme (vgl. Schetsche, 2000, 30)

Durch die Abbildung können die unterschiedlichen Ebenen des Kokonmodells veranschaulicht werden. Die Bildung des Wahrnehmungskokons wird darin als ein sechsstufiger Prozess beschrieben, der mit der Thematisierung eines sozialen *Sachverhalts* durch *kollektive Akteur_innen* und der Ausbildung von *Problemmustern* startet. Der beschriebene Sachverhalt wird dann als problematisch interpretiert und durch spezifische *Problemwahrnehmungen* in einen Kokon eingehüllt, sodass anstelle des Sachverhaltes nur noch das soziale Problem wahrgenommen wird. Im Zuge der Thematisierung des Problems bedienen sich einzelne Akteur_innen spezifischer *Diskursstrategien*,²⁰ um ihren Problemdeutungen Ausdruck zu verleihen. Letztere werden auf den Ebenen der *Massenmedien*, der *Bevölkerung* und des *Wohlfahrtsstaates* aufgegriffen und diskutiert, wodurch die Beschäftigung mit dem sozialen Problem zur individuellen und sozialen Reproduktion der Problemwahrnehmung führt und der ursprüngliche Sachverhalt im Wahrnehmungskokon verschwindet. Die soziale Realität des Problems muss sich folglich im Verlauf der Problemkarriere auf unterschiedlichen Ebenen und in spezifischen Wissensbeständen stets aufs Neue bewähren (vgl. ebd., 29ff.).

Aus forschungswirtschaftlichen Gründen erfolgt im Rahmen dieser Arbeit keine vollständige Analyse der Hervorbringung des sozialen Problems ADHS. So werden die Ebenen der Diskursstrategien, der massenmedialen Repräsentation, der Bevölkerung und des Wohlfahrtsstaates nicht näher betrachtet. Es wird sich stattdessen auf Thematisierungsweisen von wissenschaftlichen Expert_innen beschränkt, die Schetsche der Gruppe kollektiver Akteur_innen zuordnet.²¹ Eine Differenzierung des Kokonmodells wird dahingehend vorgenommen, dass nicht von intentional handelnden Expert_innen ausgegangen wird. Vielmehr wird untersucht, welche Wirklichkeiten des sozialen Problems ADHS in unterschiedlichen institutionalisierten Wissensbeständen im Sinne symbolischer Sinnwelten (vgl. Berger & Luckmann, 1992, 102ff.) erzeugt werden.²² Mit dem Ziel, die Problemwahrnehmung auf der Grundlage disziplinärer Wissensbestände zu rekonstruieren, liegt der Fokus auf konkurrierenden Problemdeutungen und der Ausbildung von Problemmustern.

Grundlage der folgenden Ausführungen ist eine Literaturanalyse, mit der durch die Betrachtung unterschiedlicher disziplinärer Wissensbestände die soziale Reproduktion von Problemmustern erfasst werden soll. Ausgewählt wurden dazu zentrale Dokumente (vgl. Schetsche, 2000, 173), die sich mit der Bearbeitung des sozialen Problems ADHS befassen. Diese stammen aus einer Reihe unterschiedlicher disziplinärer Kontexte, wozu im Einzelnen die Gebiete der Medizin, der Psychologie, der Psychiatrie, der Neurowissenschaften sowie der Kulturtheorie, der Philosophie, der Soziologie, der Erziehungswissenschaften²³ und der Neuroethik zählen.

20 Schetsche (2000, 31) nennt hier beispielsweise Dramatisieren, Moralisieren und Mythenbildung.

21 Nicht näher betrachtet werden weitere kollektive Akteur_innen wie Betroffene, Advokat_innen, politische und ideologische Problemmutzer_innen sowie soziale Bewegungen (vgl. Schetsche, 2008, 85ff.).

22 Aufgrund der noch zu konkretisierenden diskursanalytischen Ausrichtung (s. Kap. 5) wird mit Blick auf die Gruppe der wissenschaftlichen Expert_innen nicht nach deren intentionalen Absichten und Eigeninteressen (vgl. Schetsche, 2000, 172f.) oder einer erfolgsorientierten Zurichtung der Problemmuster durch einen Einsatz von Diskursstrategien gefragt (vgl. ebd., 173f.). Dies unterscheidet das eigene Vorgehen von dem Schetsches (2008, 107), der zwar auf die Relevanz spezifischer Wissensbestände verweist, diese jedoch im Vergleich zum diskursstrategischen Handeln einzelner Akteur_innen eher nachrangig betrachtet.

23 Wenngleich im folgenden Kapitel die Thematisierungsgeschichte des sozialen Problems in unterschiedlichen Wissensbeständen nachgezeichnet werden soll, wird das Gebiet der Erziehungswissenschaften lediglich im Rahmen der Vorläuferprobleme (s. Kap. 3.2.1), der schulbezogenen Förderung (s. 3.6.5) und der alternativen Problemdeutungen (s. Kap. 3.7) näher betrachtet. Grund dafür ist der bereits erwähnte Mangel an erziehungswissenschaftlichen Forschungen sowie die Fokussierung der eigenen Analyse, auf die Konstruktion des Gegenstands ADHS auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik.

Ausgegangen wird davon, dass die Verbreitung des Problemwissens von unterschiedlichen Kriterien abhängig ist. Diese umfassen neben der Argumentationsstruktur der Problemmuster, deren Entstehungs- und Verbreitungsprozesse sowie das Wirksamwerden der Deutungen in verschiedenen Praxisfeldern (vgl. ebd., 98). Für die konkrete empirische Analyse dient Schetsches (2008, 171ff.) Fragenkatalog als Orientierung. Aufgrund der oben genannten Differenzierung sind mit Blick auf die unterschiedlichen Ebenen des Kokonmodells für die eigene Analyse folgende Aspekte relevant:

- 1) Die *Problemgeschichte* wirft Fragen danach auf, welche Vorläuferprobleme bekannt sind, wann und von wem das Problem zum ersten Mal benannt wurde, wie sich die Problemwahrnehmung entwickelte, welche Bekämpfungsmaßnahmen (inkl. Folgen) und welche alternativen Problemdeutungen und Gegendiskurse es gibt (vgl. ebd., 171).
- 2) Hinsichtlich der *sozialen Sachverhalte* ist zu klären, wie diese in verschiedenen Dokumenten beschrieben werden, warum Situationen als problematisch eingeschätzt werden, welche Ursachen angenommen werden und wie viele Personen betroffen sind. Ebenfalls sind individuelle und soziale Folgen des Problems, konkurrierende Ursachenmodelle sowie geteilte und umstrittene Sachverhaltsbehauptungen zu betrachten (vgl. ebd., 172).
- 3) Im Hinblick auf *kollektive Akteur_innen* stellt sich aufgrund der Fokussierung auf institutionalisierte Wissensbestände die Frage, von welchen institutionalisierten Orten aus über das Problem gesprochen wird. Von Interesse ist außerdem, welche Forderungen mit den unterschiedlichen Problemmustern einhergehen und welche Koalitionen und Konkurrenzen in der Thematisierung bestehen (vgl. ebd., 172f.).
- 4) Von besonderer Bedeutung sind *Problemmuster*,²⁴ die in zentralen Dokumenten verbreitet werden und was sich aus diesen ableiten lässt. Relevant ist, welche konkurrierenden Problemmuster und Gegendeutungen es gibt, welche Wissensbestände darin enthalten sind, bzw. an welche gesellschaftlichen Wissensbestände diese anschließen und welche Bekämpfungs- oder Handlungsvorschläge daraus resultieren (vgl. ebd., 52ff., 107ff.).

Da eine am Kokonmodell orientierte Analyse die phänomenologische Rekonstruktion eines sozialen Problems zum Ziel hat, ist der Fokus neben der Problemgeschichte insbesondere auf die Ausbildung von Problemmustern zu richten. Angenommen wird, dass diese anhand von kollektiv geteilten institutionalisierten Wissensbeständen erfasst werden können. Es ist daher herauszustellen, welches Wissen Sachverhalte zu einem sozialen Problem werden lässt und wie dabei Betroffenengruppen, Ursachen und Handlungsanleitungen definiert werden. Von Interesse ist außerdem, wie durch erste Thematisierungen Problemmuster und Zuständigkeiten festgelegt werden und auf welche Weise unterschiedliche Problemmuster in Konkurrenz zueinanderstehen (vgl. ebd., 51f.).

Das aus dieser Orientierung resultierende Vorgehen ist in mehrere Schritte gegliedert: Zunächst wird entlang unterschiedlicher Vorläuferprobleme der Beginn der Problemkarriere rekonstruiert (s. Kap. 3.2). Danach wird sich anhand der Klassifikationsmodelle des DSM-5 und der ICD-10 mit Problembeschreibungen des klinischen Feldes befasst (s. Kap. 3.3) und die Entwicklung der Problemopfer seit dem Jahr 2000 dargestellt (s. Kap. 3.4). Im Anschluss werden die Ursachendiskussion (s. Kap. 3.5) und Handlungsvorschläge zum Umgang mit dem sozialen Problem (s. Kap. 3.6) diskutiert, bevor mit Blick auf soziale und individuelle Folgen alternative

²⁴ Problemmuster stellen eine Untergruppe gesellschaftlicher Deutungsmuster und damit eine Formkategorie sozialen Wissens dar. Diese sind zusammengesetzt aus argumentativ verbundenen Wissensbeständen, mit denen soziale Sachverhalte gedeutet werden und dadurch deren soziale Wirklichkeit generiert wird (vgl. Schetsche, 2008, 52).

Problemedeutungen beleuchtet werden (s. Kap. 3.7). Abschließend erfolgt eine Rekonstruktion der Problemkarriere des sozialen Problems ADHS (s. Kap. 3.8). Auf den einzelnen Ebenen wird jeweils auf den Fragenkatalog Schetsches (2008, 171ff.) zurückgegriffen und dadurch gezeigt, auf welchen Problemmustern die Problemkarriere gründet.

3.2 Der Beginn der Problemkarriere

Zur Rekonstruktion des sozialen Problems ADHS wird in einem ersten Schritt der Beginn dessen Problemkarriere kursorisch nachgezeichnet. Erläutert wird in diesem Zusammenhang, in welchen Feldern eine Beschäftigung mit Vorläuferproblemen erfolgt, wie sich im Anschluss daran die Problemwahrnehmung entwickelt und welche Problemmuster dabei ausgebildet werden (vgl. Schetsche, 2008, 171). Im Einzelnen wird sich mit pädagogischen, gesellschaftlichen und klinischen Thematisierungen von Unaufmerksamkeit beschäftigt.

3.2.1 Unaufmerksamkeit als schulisches Problem

Als ein erstes Vorläuferproblem dessen, was wir aktuell unter dem sozialen Problem ADHS verstehen, kann die Thematisierung von Unaufmerksamkeit in Schulen betrachtet werden. Darauf verweist die historische Analyse von Stechows (2015), in der herausgearbeitet wird, dass tumultartige Zustände in den Schulen des 16. Jahrhunderts den Ausgangspunkt für eine Problematisierung unaufmerksamer Verhaltensweisen von Schüler_innen bilden. Ausgehend von der Frage, welche Bedeutung die Aufmerksamkeit und Ruhe von Schüler_innen im Unterricht besitzt, wird der Blick auf die Begriffs- und Wissenschaftsgeschichte des Themas Aufmerksamkeit auf dem Gebiet der Pädagogik gerichtet. Gegenstand der Untersuchung sind Schulordnungen und pädagogische Schriften ab dem 16. Jahrhundert, wobei der Schwerpunkt auf dem 19. Jahrhundert liegt.

Hervorgehoben wird, dass die Konstruktion von Unaufmerksamkeit im pädagogischen Feld auf unterschiedliche Arten erfolgt. Werden in den Schulordnungen des 17. und frühen 18. Jahrhunderts Fleiß und Aufmerksamkeit als notwendige Eigenschaften von Schüler_innen angeführt und deren mangelnde Aufmerksamkeit als Behinderung beim Lernen angesehen, zeigt sich, dass im 17. Jahrhundert noch keine Methoden zur effizienten Unterrichtung unaufmerksamer Schüler_innen vorhanden sind (vgl. ebd., 39ff.). Begünstigt durch pädagogische Reformen wird in den Schulschriften des 18. Jahrhunderts die Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit zum zentralen Motiv, wodurch die Aufmerksamkeit der Schüler_innen durch die Thematisierung des ‚Stillsitzens‘ und der ‚Ruhe‘ eine besondere Bedeutung erhält. Mit Verweis auf Foucaults (1977) Ausführungen zur Funktionsweise der Disziplinarmacht wird gezeigt, dass Schüler_innen durch neue Formen der Disziplinierung und der ‚Stilllegung des kindlichen Körpers‘ in die Institution Schule eingepasst werden. Durch die Ausrichtung auf Tugenden wie Fleiß, Ausdauer und Disziplin übernimmt die Volksschule die Funktion, gezielt auf den Arbeitsprozess vorzubereiten. Aufmerksamkeit soll vor allem durch disziplinierende Maßnahmen hergestellt werden, um so die Effizienz des Unterrichtens zu maximieren (vgl. von Stechow, 2015, 65ff.).

Im 19. Jahrhundert erfolgt diese disziplinierende Ausrichtung zunächst durch die Einführung der Schulbank sowie architektonische Überlegungen zur Gestaltung des Klassenzimmers. Allerdings sind in diesem Zeitraum weitere Wendungen in der Thematisierung von Aufmerksamkeit zu erkennen. Eine erste besteht darin, dass Aufmerksamkeit im Anschluss an Herbart als pädagogisches Problem konzipiert und durch methodische wie didaktische Mittel gefördert wird. Aufmerksamkeit stellt hier eine zentrale Eigenschaft für die schulische Unterrichtung dar,

weshalb Über- und Unterforderungen genauso vermieden werden sollten wie eine Hemmung derselben durch Langeweile oder allzu große Abwechslung (vgl. ebd., 104ff.). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wird diese pädagogische Problematisierung jedoch durch die Thematisierung der sogenannten ‚Kinderfehler‘ abgelöst, womit Aufmerksamkeit wieder als persönliche Fähigkeit vorausgesetzt und Unaufmerksamkeit als Unfähigkeit der Schüler_innen konzipiert wird (vgl. Stiehler, 2007, 27). In der Folge sind pädagogische Praktiken nicht mehr in erster Linie auf die Hervorbringung von Aufmerksamkeit gerichtet, sondern zielen vielmehr auf eine Reduzierung der Unaufmerksamkeit. Dadurch erscheint die Kategorie des unaufmerksamen Kindes als Resultat pädagogischer Praktiken (vgl. Reh, 2015), mit der eine Pathologisierung von Unaufmerksamkeit einhergeht (vgl. Rabenstein & Reh, 2009).

Erkennbar wird an dieser Stelle die von Tenorth (2006) beschriebene ‚Selbstdestruktion der Idee der Bildungsbarkeit‘, womit eine Umorientierung der Theorie und Praxis der Heil- und (Sonder-)pädagogik von einer Fokussierung auf eine anthropologische Individualität zu einer objektiven Pathologie gemeint ist, die nach dem Jahr 1850 einsetzt. Grundlage für diesen Wandel sind Erkenntnisse der empirischen Psychologie und der medizinischen Anthropologie, die zu zentralen Referenzwissenschaften der Heil- und (Sonder-)pädagogik werden. Wie am Ansatz der ‚Kinderfehler‘ zu erkennen ist, steht dies in Verbindung mit einer Abkehr von pädagogischen Techniken und einer Hinwendung zu Ansätzen einer ‚pädagogischen Pathologie‘ bzw. einer ‚Psychopathologie‘ des Kindesalters (vgl. ebd., 515f.).

Die Befunde zur pädagogischen Wissenschaftsgeschichte verdeutlichen, dass Unaufmerksamkeit bereits seit dem späten Mittelalter (16. Jh.) als pädagogisches Problem diskutiert wird und sich unterschiedliche Versuche finden lassen, die Aufmerksamkeit der Schüler_innen herzustellen (vgl. von Stechow, 2015). Abhängig scheint diese Thematisierung von der Institutionalisierung des öffentlichen Schulwesens²⁵ durch die Aufmerksamkeit zum Ziel pädagogischer Bemühungen und zu einem zentralen Gegenstand methodischer Reformen des Unterrichts wird (vgl. Scholz, 2015). Aufmerksamkeit kann folglich als eine Konstruktion verstanden werden, die zunächst auf pädagogischen Techniken gründet (vgl. Ehrenspeck-Kolasa, 2015). Bezogen auf die Problemkarriere des sozialen Problems ADHS zeigt sich, dass diese mit der Thematisierung von Unaufmerksamkeit im schulischen Kontext startet. Die Beschäftigung mit diesem Sachverhalt kann daher als pädagogisches Vorläuferproblem bezeichnet werden, das auf die Herstellung von Aufmerksamkeit zielte. Aufgrund des identifizierten Perspektivenwechsels innerhalb der pädagogischen Auseinandersetzung im Laufe des 19. Jahrhunderts – von einer pädagogisch ausgerichteten Thematisierung der Aufmerksamkeit zu einer pathologisch orientierten Fokussierung auf Unaufmerksamkeit – deuten sich Parallelen zur Konstruktion von Aufmerksamkeit in der westlichen Moderne an, die im nächsten Unterkapitel betrachtet werden.

3.2.2 Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit als gesellschaftliche Probleme

Mit welchen gesamtgesellschaftlichen Prozessen der Wandel pädagogischer Konzeptualisierungen von Unaufmerksamkeit in Verbindung steht, lässt sich anhand Crarys (2002) Analyse psychologischer und philosophischer Diskurse skizzieren. Ausgehend von der Frage, „wie die westliche Moderne seit dem neunzehnten Jahrhundert von Individuen verlangt, sich im Sinne eines Vermögens der „Aufmerksamkeit“ zu definieren und zu formen“ (ebd., 13), wird eine veränderte Bedeutung von Aufmerksamkeit im Zuge gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse ersichtlich.

25 U.a. begünstigt durch die Etablierung der Hilfsschulen im ausgehenden 19. Jahrhundert sowie die Einführung der allgemeinen Schulpflicht im Jahr 1919.

Der Fokus dieser Untersuchung ist auf zentrale Veränderungen im 19. Jahrhundert gerichtet, die zum einen mit kapitalistischen Produktionsverhältnissen und zum anderen mit der Ausbildung wissenschaftlicher Disziplinen in Verbindung stehen. So wird nicht nur angenommen, dass die kapitalistische Moderne eine Revolutionierung der Perzeptionsmittel begünstigt, durch die Unaufmerksamkeit im Kontext industrieller Großproduktion zu einer individuellen Gefahr und einem gesellschaftlichen Problem wird. Vielmehr noch wird herausgestellt, auf welche Weise die Humanwissenschaften sowie die entstehende wissenschaftliche Psychologie zur Konzeption eines disziplinären Regimes der Aufmerksamkeit führen. Unaufmerksamkeit kann deshalb als eine Form einer modernen Zerstreuung angesehen werden, die nur durch ihre reziproke Beziehung zum Aufkommen bestimmter Normen und Praktiken der Aufmerksamkeit verstanden werden kann. So verweist Crary auf eine paradoxe Überschneidung eines Imperativs der Aufmerksamkeit in disziplinären Organisationen der Arbeit, der Erziehung und des Massenkonsums, der gleichzeitig zum konstitutiven Element der kreativen und freien Subjektivität wird. In dieser Hinsicht handelt es sich bei Unaufmerksamkeit um ein historisches Problem, bei dem die individuelle Wahrnehmung mit modernen Effekten der Macht verbunden ist (vgl. ebd., 22f.).

Beschrieben werden diese Entwicklungen als eine ‚Krise der Aufmerksamkeit‘, die gleichzeitig ein Wesensmerkmal der Moderne und des Kapitalismus darstellt (vgl. ebd., 23f.). Allerdings ist das historische Phänomen der Unaufmerksamkeit seiner Analyse zufolge nicht auf Strategien der sozialen Disziplin reduzierbar, sondern stellt auch Anforderungen an das Subjekt, das angehalten ist, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren. Dadurch wird der wahrnehmende Körper auf der einen Seite zwar produktiv und berechenbar gemacht. Auf der anderen Seite führt jedoch der Anstieg an Forschungen der Humanwissenschaften zum Thema Aufmerksamkeit zu einer „Pathologie einer als normativ angenommenen Aufmerksamkeit“²⁶ (ebd., 28). Diese lässt sich unter anderem daran erkennen, dass eine schnelle Verschiebung der Aufmerksamkeit in der Logik des industriellen Kapitalismus als ‚natürlich‘ erscheint (vgl. ebd., 22ff.). Es wird deshalb betont, dass Aufmerksamkeit nicht von der Intentionalität eines autonomen Subjekts abhängig, sondern in erster Linie äußerlich ist.²⁷ Verantwortlich seien dafür neben administrativen und disziplinären Apparaten auch neue Dimensionen des Wissens, die den Menschen als zu beforschendes Objekt betrachten und mit denen veränderte Formen der Machtausübung und Kontrolle einhergehen. Da Letztere mit der Aufmerksamkeit des Subjekts in ambivalenter Weise verflochten sind (vgl. ebd., 44), werde durch die neuen Technologien der Wahrnehmung und die disziplinäre Konstruktion aufmerksamer Beobachter_innen ein neues Aufmerksamkeitsideal konstruiert (vgl. ebd., 47).

In Erweiterung zu von Stechow (2015) und ebenfalls im Anschluss an Foucault verweist Crary (2002) an dieser Stelle auf einen grundlegenden Wandel der Konzeption von Aufmerksamkeit, der sich in einer Neukonfiguration disziplinärer Mechanismen ausdrückt. Konkret besteht dieser darin, dass sich die disziplinäre Gesellschaft ursprünglich um Prozeduren herum konstituiert hatte, durch die der Körper im wörtlichen Sinn eingesperrt, physisch isoliert und reglementiert oder an die Arbeit gefesselt wurde. Dies stellten allerdings lediglich die ersten Experimente eines anhaltenden Prozesses zur Perfektionierung und Verfeinerung solcher Mechanismen dar, der zu einer ‚Interiorisierung disziplinärer Imperative‘ führte (vgl. ebd., 64). In dieser ‚Umkehrung des

26 So zum Beispiel Binet, Charcot, Ribot und später auch Freud.

27 Damit unterscheidet sich Crarys Definition von Aufmerksamkeit deutlich von den Definitionen auf den Gebieten der Psychologie (vgl. Wünderl, 2007, 717) und der Psychiatrie (vgl. Bleuler, 1983, 76ff.; Spering & Schmidt, 2012, 88), nach denen Aufmerksamkeit einen individuell gesteuerten Prozess der selektiven Reizauswahl darstellt.

panoptischen Modells‘ (vgl., ebd.) sieht Crary einen der Gründe für die bis ins 21. Jahrhundert anhaltende Aktualität von Aufmerksamkeitsproblemen. Dies zeige sich daran, dass ADHS als eine „normative Kategorie institutionalisierter Macht“ (ebd., 36f.) zu verstehen sei, die von veränderten Formen der Kontrolle und Macht abhängig ist.

Die Ausführungen Crarys unterstreichen, dass Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit Produkte sich wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen und Machtwirkungen sind, die mit veränderten disziplinären Thematisierungsweisen in Verbindung stehen. Aufmerksamkeit ist daher nicht als eine anthropologische Konstante zu verstehen (vgl. Reh, 2015, 71). Vielmehr ist die willkürliche Aufmerksamkeit nach Ribot (1908; zit. nach Reh, 2008, 120) in erster Linie ein historisch relationales Zivilisationsprodukt. Beeinflusst ist dieses insbesondere von gesellschaftlichen Veränderungen im 19. Jahrhundert, die sich durch wandelnde Konstruktionen normativer Verhaltenserwartungen auszeichnen. Gleichzeitig scheint die historische Bestimmung von Unaufmerksamkeit als einem gesellschaftlichen Problem nicht zuletzt durch neue gesellschaftliche Herausforderungen (z.B. der Industrialisierung) und dem Emporkommen der Psychiatrie bestimmt zu sein. Die Kategorie der Aufmerksamkeit stellt hiermit „eine sozial-ökonomisch notwendig gewordene normative Kategorie der Moderne“ (Mattner, 2004, 41) dar, deren Thematisierung ab ca. 1850 von einem psychiatrisch-medizinischen Diskurs geprägt wird. Dies zeigt sich auch daran, dass sich auf dem Gebiet der Pädagogik zwar weit früher der Erzeugung von Aufmerksamkeit angenommen wurde, die Thematisierung ab Mitte des 19. Jahrhunderts jedoch stärker von psychiatrischen Wissensbeständen beeinflusst ist. Mit einem Bezug auf das Kokonmodell kann somit auch die gesellschaftliche Konstruktion von Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit als ein Vorläuferproblem des sozialen Problems ADHS verstanden werden, das ausgehend von Thematisierungen in unterschiedlichen Wissensbeständen eine eigene Problemgeschichte aufweist. Durch den Hinweis, dass es sich bei Aufmerksamkeit um ein rein äußerliches Phänomen handelt sowie durch die zur Erklärung verwendeten theoretischen Perspektiven deuten sich darüber hinaus Ansätze eines alternativen Problemmusters an, die an späterer Stelle aufzugreifen sind (s. Kap. 3.7). Da Unaufmerksamkeit seit ca. der Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend ins Zentrum psychologischer und psychiatrischer Diskurse rückte, wird nun gefragt, welche Problemmuster damit einhergehen.

3.2.3 Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität als klinische Probleme

Auf den Beginn der Thematisierung von heute als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen verweisen zahlreiche Abhandlungen auf den Gebieten der Medizin und Psychiatrie. Die erste Thematisierung von Aufmerksamkeitsstörungen erfolgt durch den englischen Arzt Crichton im Jahr 1798, der eine angeborene oder krankheitsbedingt unzureichende Erregung der Aufmerksamkeit annimmt (vgl. Lange et al., 2010; Sauerbrey, 2011, 43f.). Als erste Beschreibung hyperaktiven Verhaltens gilt in der Regel Hoffmanns Geschichte des ‚Zappelfilipp‘ aus dem Jahr 1846 oder Strümpells Kinderfehlerlehre aus 1890. Werden die entsprechenden Verhaltensweisen zunächst noch rein moralisch im Sinne von Charakterfehlern bewertet (vgl. Karsch, 2011, 276), wird schon damals eine hirnorganische Verursachung vermutet (vgl. Nissen, 2005, 442f.). Mit den Anfängen der Psychopathologie²⁸ befassen sich zahlreiche Psychiater²⁹ mit der Beschreibung ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen und streben eine Klas-

28 Die Psychopathologie stellt einen Teilbereich der Psychiatrie und klinischen Psychologie dar.

29 In diesem wie auch in weiteren Fällen, wenn ausschließlich die männliche Form verwendet wird, handelt es sich tatsächlich ausschließlich um Personen des männlichen Geschlechts.

sifizierung der Symptome an. Häufig wird hierbei von einer erblich bedingten psychischen Krankheit aufgrund abnormer Zustände im kindlichen Gehirn ausgegangen (vgl. Nissen, 2005, 443ff.). In weiteren Erklärungsansätzen wird eine Unreife des kindlichen Gehirns oder ein Wechselspiel von Anlage und Umwelt verantwortlich gemacht oder die motorische Unrast als Zeichen nervöser Minderwertigkeit mit teils schweren moralischen Defekten interpretiert (vgl. Nissen, 2005).

Die Annahme einer organischen Verursachung wird durch weitere klinische Thematisierungen zusätzlich bestärkt. Dazu zählen die Arbeiten des Kinderarztes Still (1902; zit. nach Lange et al., 2010), der mit dem Ansatz des ‚defect of moral control‘ annimmt, dass Verhaltensabweichungen durch Hirnschädigungen hervorgerufen seien. In Folge der Enzephalitis-Epidemie in den 1920er-Jahren, für die ebenfalls leichte Hirnschädigungen verantwortlich gemacht werden, kommt es nicht nur zu einer Intensivierung neurobiologischer Untersuchungen, sondern auch zur Etablierung eines wissenschaftlichen Diskurses über ADHS-ähnliche Verhaltensweisen (vgl. Sauerbrey, 2011, 50ff.). Insbesondere durch das Konzept der ‚hyperkinetischen Erkrankung‘ der Psychiater Kramer & Pollnow (1932; zit. nach Lange et al., 2010) setzt sich die Annahme einer hirnorganischen Verursachung impulsiven Verhaltens durch. Ausgehend von ausführlichen Symptombeschreibungen liegt der Fokus in erster Linie auf einer motorischen Unruhe, wobei auch eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, eine Ziellosigkeit der Handlungen und Konzentrationsprobleme beobachtet werden (vgl. ebd.). Nachhaltig beeinflusst wird die Diskussion um ADHS-ähnliche Verhaltensweisen durch die von Bradley 1937 aufgestellte ‚Dopamin-Mangel-Hypothese‘. Diese geht zurück auf die Beobachtung einer beruhigenden und konzentrationsfördernden Wirkung des Amphetamins Benzedrin auf hyperaktive Kinder und eine positive Beeinflussung des dopaminergen Systems durch Amphetamine. Daraus folgt, dass eine Stoffwechselstörung im Dopaminsystem als Ursache des hyperaktiven Verhaltens angenommen wird; allerdings ohne dass eine organische Verursachung tatsächlich festgestellt werden kann (vgl. Strohl, 2011).³⁰ Ebenfalls von einer cerebralen Verursachung geht das Erklärungsmodell des ‚minimal brain damage‘ (MBD) aus (vgl. Strauss & Lethinen, 1947; zit. nach Nissen, 2005, 443ff.). Aufgrund anhaltender Kritik an den verwendeten wissenschaftlichen Methoden und des weiterhin fehlenden empirischen Nachweises für eine Hirnschädigung, wird dieser Ansatz durch das Modell der ‚minimal cerebral dysfunction‘ (MCD) abgelöst (vgl. Rothenberger & Neumärcker, 2010, 12f.). Doch auch Letzteres steht aufgrund unzureichender empirischer Befunde in der Kritik und wird als ein ‚verdünntes Konzept einer Hirnschädigung‘ bezeichnet (vgl. Esser & Schmidt, 1987). Im Zuge von Umbenennungen werden schließlich Symptome wie die motorische Unruhe und weitere Aufmerksamkeitsaspekte zur Beschreibung ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen hinzugefügt, jedoch ohne die Konstitution eines einheitlichen Syndroms zu bestätigen (vgl. Rothenberger & Neumärcker, 2010, 12f.).

Die gesammelten Symptombeschreibungen führen schließlich zur Konzeption psychiatrischer Klassifikationssysteme und es zeigt sich, dass das Modell der MCD im DSM der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen und mit unterschiedlichen Fokussierungen moduliert wird. Im Zentrum der Klassifikation stehen wechselweise hyperaktive und unaufmerk-

30 Aufgrund des weiterhin fehlenden Nachweises einer organischen Verursachung steht die ‚Dopamin-Mangel-Hypothese‘ insbesondere deshalb in der Kritik, da darauf verwiesen wird, dass allein durch die positive Wirkung von Methylphenidat noch keine Rückschlüsse auf eine vorliegende Hirnfunktionsstörung angenommen werden können (vgl. Amft, 2004, 105) und die Dysfunktion im Neurotransmittersystem eher das Korrelat einer Störung als dessen Ursache darstelle (vgl. Hüther & Bonney, 2009, 23).

same Verhaltensweisen,³¹ bevor im DSM-III-R das ‚Attention Deficit Hyperactivity Disorder‘ (ADHD) als Kombination aus Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität klassifiziert wird (vgl. APA, 1987).³²

3.2.4 Zwischenfazit zum Beginn der Problemkarriere

Es zeigt sich, dass das soziale Problem ADHS auf einer Reihe von Vorläuferproblemen gründet, die im historischen Verlauf mit verschiedenen Perspektiven bearbeitet werden und mit denen die Ausbildung unterschiedlicher Problemmuster einhergeht. Deutlich wird, dass *die pädagogische Auseinandersetzung mit unaufmerksamen Verhaltensweisen im schulischen Kontext als erstes Vorläuferproblem* zu betrachten ist. Mit dieser kann außerdem der zentrale Sachverhalt des sozialen Problems identifiziert werden, der in einem unruhigen und unaufmerksamen Verhalten von Schüler_innen besteht, das aufgrund schulstruktureller Veränderungen zum Problem wird. Wegen des ab Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzenden Perspektivenwechsels von Versuchen, Aufmerksamkeit durch didaktische und methodische Arrangements herzustellen hin zu einer individualisierenden Fokussierung auf Unaufmerksamkeit, werden zwei konträre Problemmuster ersichtlich. Ist das Erste als genuin pädagogisch zu bezeichnen, besitzt das Zweite einen klinischen Charakter. Wie dargestellt scheint dieser Perspektivenwechsel mit gesellschaftlichen Veränderungen im 19. Jahrhundert in Verbindung zu stehen, die sowohl durch kapitalistische Produktionsverhältnisse als auch durch die Etablierung klinischer Problemdeutungen hervorgehoben werden. Daraus resultiert, dass *die Konstruktion und Bearbeitung von Aufmerksamkeit und Unaufmerksamkeit innerhalb der Gesellschaft als zweites Vorläuferproblem* des sozialen Problems ADHS bezeichnet werden kann. In der Folge führt das Emporkommen der Psychopathologie nicht nur zu einer intensivierten Problembearbeitung, sondern auch dazu, dass Unaufmerksamkeit nun beinahe ausschließlich mit einer klinischen Logik als individualisiertes Problem konzipiert wird. *Demnach kann die Beschäftigung mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität in klinischen Wissensbeständen als drittes Vorläuferproblem bezeichnet werden.* Zu erkennen ist jedoch eine deutliche Verschiebung des Problemmusters zugunsten einer klinischen Betrachtung, die durch die Etablierung eines wissenschaftlichen Diskurses zu Aufmerksamkeitsstörungen und hyperaktivem Verhalten ab 1920 nachhaltig unterstützt wird. Im Zuge der klinischen

31 In den einzelnen Ausgaben des DSM finden sich Klassifikationen, die unterschiedliche Verhaltensbereiche zum Gegenstand haben. In der ersten Fassung werden ADHS-ähnliche Verhaltensweisen noch nicht erwähnt. Im DSM-II wird Hyperaktivität als ‚Hyperkinetic Reaction of Childhood‘ klassifiziert. Im DSM-III (vgl. APA, 1980) liegt der Fokus mit der Formulierung ‚Attention Deficit Disorder‘ (ADD) wieder auf Aufmerksamkeitsproblemen. Hyperaktivität war damit nicht mehr ein notwendiges diagnostisches Kriterium und ADD konnte mit oder ohne Hyperaktivität diagnostiziert werden. Auch nach dem DSM-IV (vgl. APA, 1994) war eine Diagnose ohne Hyperaktivität möglich. Zusätzlich konnte durch den Hinweis, dass die Symptome auch am Arbeitsplatz auftreten können, ADHS nun auch bei Erwachsenen festgestellt werden. Im Jahr 2000 enthielt das DSM-IV-TR eine unveränderte Definition (vgl. Lange et al., 2010; Störmer, 2002, 248). In der aktuellen Ausgabe, dem DSM-V (vgl. APA, 2013; First, 2017), welches an späterer Stelle (s. Kap. 3.3) vorgestellt wird, erfolgt die Klassifikation anhand der Symptome Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität und Impulsivität. Die Entwicklung der Klassifikation der ICD gestaltete sich in historischer Hinsicht ähnlich der des DSM. Hier wurde im Jahr 1968 in der ICD-8 erstmalig eine „Hyperkinesie beim Kind“ aufgelistet. In der ICD-9 wurde das entsprechende Verhalten im Jahr 1976 unter der Kategorie „hyperkinetische Störung des Kindesalters“ klassifiziert (vgl. WHO, 1976).

32 Kritisch wird bzgl. der Klassifikation im DSM-III-R angemerkt, dass nicht nachvollziehbar sei, warum Probleme der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität zu einem diffusen Krankheitsbild zusammengeführt wurden (vgl. DeGrandpre, 2005, 53; Karsch, 2011, 278). Die Klassifizierung ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen scheint damit vornehmlich durch eine Sammlung ähnlicher bis unterschiedlicher Symptome zu erfolgen, wodurch die Kategorie ADHS zu einem unbestimmten Konglomerat von Symptomen wurde (vgl. DeGrandpre, 2005, 80).

Problembearbeitung wird erkennbar, dass unterschiedliche soziale Sachverhalte – von motorischer Unruhe und Hyperaktivität bis hin zu Aufmerksamkeitsproblemen – thematisiert werden. Dessen ungeachtet wird in den psychopathologischen Erklärungsmodellen durchgängig eine organische Verursachung der Verhaltensweisen vermutet. Die unterschiedlichen Sachverhaltsbeschreibungen münden schließlich in die Klassifikationssysteme der APA, in der ab dem Jahr 1987 von ADHS die Rede ist. *Das DSM-III-R stellt somit die Grundlage für die gesellschaftliche Problemwahrnehmung des sozialen Problems ADHS dar, um das fortan ein Wahrnehmungskolon gespannt wird.* Im Vergleich zu den zuvor erläuterten pädagogischen und gesellschaftlichen Perspektiven wird ersichtlich, dass im Kontext klinischer Thematisierungsweisen in erster Linie Problemmuster ausgebildet werden, mit denen ADHS als ein organisches Problem verstanden wird. Zudem scheint die intensivierete Problembearbeitung im klinischen Feld dazu zu führen, die Auseinandersetzung mit dem zentralen Sachverhalt zu überlagern und dadurch die eigene Problembedeutung abzusichern.

3.3 Klinische Problembeschreibungen

Im Anschluss an die Ausführungen zu den Anfängen der Problemkarriere werden im nächsten Schritt die Problembeschreibungen und -definitionen in den Klassifikationssystemen der APA und der World Health Organisation (WHO) betrachtet. Die Klassifikation von ADHS erfolgt entweder durch das DSM-V als ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung‘ (vgl. APA, 2013) oder durch die ICD-10 der WHO, in der bislang von einer ‚hyperkinetischen Störung‘ gesprochen wird (vgl. Dilling et al., 2005, 293ff.).³³ Das DSM ist das zentrale psychiatrische Klassifikationssystem in den USA. Die ICD-10 wird hingegen in Deutschland im Rahmen ärztlicher Diagnosen eingesetzt (vgl. Becker, 2014, 17).³⁴ Trotz der Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten beziehen sich beide Klassifikationssysteme auf die gleichen Symptome. Diese umfassen als abweichend wahrgenommene kindliche Verhaltensweisen im schulischen Kontext aufgrund eines überhöhten Maßes an Flüchtigkeitsfehlern, motorischer Unruhe und einer geringen Frustrationstoleranz. Ziel der Klassifikationssysteme ist es, die dem Label ADHS zugeordneten Verhaltensweisen nach wissenschaftlichen Aspekten zu ordnen und damit eine objektive Grundlage für die Diagnose zu bieten (vgl. Schmidt, 2008, 3).

In der ICD-10 wird die ‚hyperkinetische Störung‘ durch eine „Kombination von überaktivem, wenig modulierten Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen“ (Dilling et al., 2005, 293) definiert. Voraussetzung für eine Diagnose ist, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen gezeigtem Verhalten, Lebensalter und Intelligenzniveau besteht, die beschriebenen Verhaltensweisen bereits während der ersten fünf Lebensjahre aufgetreten und in mehr als zwei Lebensbereichen dauerhaft zu beobachten sind (vgl. ebd.). Eine Neuauflage der ICD wurde Mai 2019 verabschiedet. Diese soll 2022 erscheinen, wobei eine Angleichung an die Terminologie des DSM-V zu erwarten ist, da nun auch hier vom ‚attention deficit hyperactivity disorder‘ gesprochen wird (vgl. WHO, 2017; Levy, 2014, 1163).

33 Da sich im Zusammenhang mit ADHS-ähnlichen Verhaltensweisen auch hierzulande in der öffentlichen Problemwahrnehmung häufig auf den Begriff ADHS bezogen wird, werden beide Klassifikationssysteme vorgestellt.

34 Beim Blick in die Literatur fällt auf, dass die kategorialen Änderungen des DSM mehr Beachtung erfahren als die der ICD. Angemerkt wird, dass aufgrund der Änderungen vom DSM-III-R zum DSM-IV ein deutlicher Anstieg der Diagnosen zu erkennen war (vgl. Conrad & Potter, 2000, 575ff.; Diller, 1996, 13). Ebenfalls wird darauf verwiesen, dass auf der Grundlage des DSM mehr Diagnosen erfolgen als nach der ICD (vgl. Steinhausen, 2010a, 37).

Im DSM-V sind die Symptome unterteilt in die Bereiche ‚Unaufmerksamkeit‘ und ‚Hyperaktivität/Impulsivität‘ (vgl. APA, 2013). Je nach Ausprägungsart kann zwischen ‚mild‘, ‚moderate‘ und ‚severe‘ differenziert werden. Die Diagnose kann darüber hinaus auch erfolgen, wenn die Kriterien in den letzten sechs Monaten nicht in vollem Umfang, davor jedoch vollumfänglich aufgetreten sind und negative Auswirkungen auf den sozialen, akademischen und/oder beruflichen Bereich zu beobachten sind. Da in der aktuellen Version des DSM die Symptome vor dem 12. Lebensjahr statt wie zuvor vor dem siebten Lebensjahr erstmals aufgetreten sein müssen, wird die Möglichkeit befördert, ADHS bei Erwachsenen zu diagnostizieren (vgl. ebd., 59ff.).

Die Betrachtung der Klassifikationssysteme macht ersichtlich, dass zum Teil unterschiedliche soziale Sachverhalte zur Beschreibung des sozialen Problems ADHS verwendet werden und es möglich ist, ADHS sowohl aufgrund unaufmerksamer als auch hyperaktiver Verhaltensweisen zu diagnostizieren. Erkennbar wird damit eine Parallele zur klinisch ausgerichteten Diskussion von Vorläuferproblemen (s. Kap. 3.2.3), bei der ebenfalls wechselweise einer der beiden Verhaltensweisen angeführt wird. Damit scheint die Uneindeutigkeit der Problembeschreibung im Kontext der Klassifikationssysteme fortzuwirken. Obwohl ADHS-ähnliche Verhaltensweisen in Deutschland auf der Grundlage der ICD-10 als ‚hyperkinetische Störung‘ klassifiziert werden, hat sich auch hierzulande der Begriff ADHS zur Beschreibung des sozialen Problems durchgesetzt. Zu vermuten ist, dass sich die synonyme Bezeichnungspraxis unter anderem aufgrund von Thematisierungen in weiteren gesellschaftlichen Feldern (z.B. mediale Berichterstattung) durchgesetzt hat.

3.4 Die Entwicklung der Problemopfer seit dem Jahr 2000

Ein weiterer relevanter Aspekt zur Untersuchung der Konstruktion sozialer Probleme ist die Entwicklung der sogenannten Problemopfer im Verlauf der Problemkarriere (vgl. Schetsche, 2000, 172). Ausgehend von Studien zur Prävalenz von ADHS wird deshalb nachgezeichnet, wie sich die Anzahl der Betroffenen seit dem Jahr 2000 entwickelt hat. Die zeitliche Eingrenzung korrespondiert mit der Beobachtung eines deutlichen Anstiegs an Diagnosen, der dazu führte, dass ADHS etwa seit dem Jahr 2000 die im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie am häufigsten vergebene Diagnose ist (vgl. Grobe et al., 2013; Köster et al., 2004; Lehmkuhl & Döpfner, 2008, 216).³⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Bezeichnungen ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen in den Klassifikationssystemen (s. Kap. 3.3) erfassen die vorliegenden Studien sowohl die Prävalenz der hyperkinetischen Störung (vgl. Esser et al., 1990; Schubert et al., 2010) als auch die von ADHS (vgl. Schlack et al., 2007; Grobe et al., 2013; Schlack et al., 2014).³⁶ Die vorzustellenden Studien beziehen sich daher auf eines der beiden Klassifikationsmodelle.

35 Darüber hinaus zeigt sich, dass die Prävalenz von ADHS vor dem Jahr 2000 nur vereinzelt Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist. So wird von der Bundesärztekammer (2005) festgehalten, dass die auf Deutschland bezogene Untersuchung von Esser et al. (1990) zu einen der ersten statistischen Erfassungen der Prävalenz insgesamt zählt. Allerdings fehlen für den Zeitraum vor 2000 Untersuchungen mit einem methodisch vergleichbaren Instrumentarium, „die eine Beurteilung der Prävalenzentwicklung in den letzten 10 bis 20 Jahren erlauben würden“ (Köster et al., 2004, 158). Die vorliegenden Angaben beruhen stattdessen i.d.R. auf Feldstudien oder Expert_innenmeinungen. In ihrer eigenen Untersuchung führen die Autor_innen Ergebnisse aus den Jahren 1992-2002 an, die von einer Prävalenz zwischen 1,8% und 18% ausgehen. Untersuchungen auf der Grundlage der ICD-10 deuten hingegen auf eine Prävalenz zwischen 1,8% (vgl. Görtz et al., 2002; zit. nach Köster et al., 2004, 159) und 2,4% hin (vgl. Brühl et al., 2000; zit. nach Köster et al., 2004, 159). Für den Zeitraum von 1998-2001 wird mit Blick auf die Altersgruppe der 3-15-Jährigen ein Anstieg an Diagnosen von 1,6% in 1998 auf 2,4% in 2001 festgestellt (vgl. Köster et al., 2004).

36 Abhängig von Zeitpunkt und Design der einzelnen Untersuchungen zeigen sich dabei unterschiedliche Befunde, die zum Teil deutlich variieren. Diese reichen von einer Prävalenz von 3-7% (vgl. Saß et al., 2003, 213) über 4,2% (vgl. Esser et al., 1990, 247) bis hin zu 15,8% der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen (vgl. Riedesser, 2006, 112).

Vom Robert-Koch-Institut wurde in den Jahren 2003 bis 2006 der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)³⁷ erstellt (vgl. Schlack et al., 2007). Dieser hat zum Ziel, repräsentative Aussagen über die Lebenszeitprävalenz von ADHS für die Altersgruppe der 3-17-Jährigen zu gewinnen. Die ermittelte Prävalenz liegt hier bei 4,8% und es wird auf Zusammenhänge einer ADHS-Diagnose mit den Differenzkategorien Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Status verwiesen. Demnach erhalten in der Altersgruppe der 3-17-Jährigen 7,9% der Jungen und 1,8% der Mädchen eine ADHS-Diagnose. Bei Kindern mit einem sogenannten Migrationshintergrund liegt die Prävalenzrate mit 3,1% unter dem Durchschnitt, Verdachtsfälle werden jedoch mit 5,9% häufiger angemeldet. Hinsichtlich des sozialen Status zeigt sich, dass ein niedriger sozialer Status die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Diagnose deutlich erhöht. Die Prävalenz ist hier mit 6,4% doppelt so hoch wie bei einem hohen sozialen Status mit 3,2%. Zu erkennen ist insgesamt, dass die Diagnosezahlen im Lebensalter von 3-17 Jahren deutlichen Schwankungen unterliegen (vgl. ebd., 831f.).³⁸

In einer weiteren Untersuchung wird die Prävalenz der ‚hyperkinetischen Störung‘ in der Altersgruppe der unter 19-Jährigen ermittelt. Untersucht wurden dazu per Zufallsstichprobe ausgewählte Krankenkassendaten der AOK-Versicherten des Bundeslands Hessen (vgl. Schubert et al., 2010).³⁹ Für den Zeitraum von 2000 bis 2007 wird ein Anstieg der Diagnosen um 45% festgestellt,⁴⁰ wobei mit einer Steigerung von 297% ein besonderer Zuwachs in der Altersgruppe der 15-18-Jährigen identifiziert wird. Zudem finden sich Hinweise, dass die Diagnosen bei Mädchen eine höhere Zuwachsrate besitzen als die bei Jungen,⁴¹ Letztere jedoch weiterhin ca. dreieinhalb Mal häufiger eine ADHS-Diagnose erhalten (vgl. ebd., 616f.).

Mit dem Ziel detaillierte Informationen zur Häufigkeit und Behandlung von ADHS zu erfassen, wird im Barmer GEK-Arztreport⁴² die ambulante Versorgung von ADHS-Fällen in den Jahren von 2006-2011 untersucht (vgl. Grobe et al., 2013). Laut den hier erfolgten Berechnungen steigt

37 Die Daten dieser Analyse beruhen auf zwei unterschiedlichen Verfahren. In der Altersgruppe der 3-17-Jährigen (n=14836) auf eine Elternbefragung mittels Fragebögen; in der Altersgruppe der 3-11-Jährigen auf Verhaltenseinschätzungen der Untersucher_innen während der Durchführung der medizinisch-physikalischen Tests (n=7919). Die Daten stammen aus 167 repräsentativen Städten und Gemeinden Deutschlands. Die Items mittels derer nach einer ADHS-Diagnose gefragt wurde, waren aus dem validierten Verfahren des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) entnommen. Als Falldefinition wurde zu Grunde gelegt, dass eine ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose vorliegt. Von einem ADHS-Verdachtsfall hingegen wurde gesprochen, wenn die Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsskala im SDQ über einem Summenwert von sieben lag, jedoch keine ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose erstellt wurde (vgl. Schlack et al., 2007, 828f.).

38 Erhalten im untersuchten Zeitraum von den 3-6-Jährigen 1,5% eine ADHS-Diagnose, waren es bei den 7-10-Jährigen 5,3%, bei den 11-13-Jährigen 7,1% und bei den 14-17-Jährigen 5,6% (vgl. Schlack et al., 2007., 831f.).

39 Die Grundlage dieser Untersuchung stellen Krankenkassendaten von AOK-Versicherten des Bundeslands Hessen dar. Pro Kalenderjahr standen die Daten von 50.000-63.000 Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren zur Verfügung. Der Anteil der gewählten Stichprobe an der Gesamtbevölkerung Hessens betrug zwischen 18,4% und 19,6%. Ausgewertet wurden die Versichertenstammdaten wie Alter und Geschlecht sowie quartalsbezogen die erteilten ärztlichen Diagnosen. Die Patient_innen wurden dahingehend identifiziert, dass eine ambulante und/oder stationäre Diagnose nach der Kodierung F90 der ICD-10 vorliegen musste. Verdachtsfälle und Ausschlussdiagnosen wurden bei dieser Erhebung nicht berücksichtigt (vgl. Schubert et al., 2010, 615).

40 Für das Jahr 2007 wird eine Prävalenz von 2,21% im Vergleich zu 1,52% im Jahr 2000 festgestellt.

41 Demnach steigt die Prävalenz bei Mädchen um 69% und bei Jungen um 53%.

42 Bezug genommen wurde hierbei außerdem auf regionale Unterschiede, kumulative Diagnoseraten, die Lebenszeitprävalenz, bestehende Komorbiditäten und Risikofaktoren. Insgesamt wurden die Versichertendaten von mehr als acht Millionen Barmer GEK-Versicherten im Alter von 0-19 Jahren ausgewertet. Bei der Untersuchung wurden pro Altersgruppe mehr als 60.000 Personen erfasst (vgl. Grobe et al., 2013). ADHS wurde dabei über eine mindestens einmalige Diagnose im Rahmen der ambulanten Versorgung – also durch einen Arzt oder Psychotherapeuten – nach dem ICD-10 Diagnoseschlüssel F90 identifiziert. Verdachtsdiagnosen oder ähnliches wurden nicht berücksichtigt (vgl. ebd., 135ff.).

zwischen 2006 und 2011 die Zahl der ADHS-Diagnosen in der Altersgruppe der bis 19-Jährigen um 42%,⁴³ wobei der größte Zuwachs in der Altersgruppe der 9-11-Jährigen zu verzeichnen ist. Für den Geburtsjahrgang 2001 wird für das Jahr 2011 bundesweit eine Diagnose bei ca. 12% der Jungen und 4,4% der Mädchen dokumentiert. Im Zeitraum der Untersuchung erhalten 19,4% der Jungen und 7,8% der Mädchen des Geburtsjahrgangs 2000 mindestens einmalig eine ADHS-Diagnose. Die Autor_innen gehen daher davon aus, dass bezogen auf die gesamte Lebensspanne etwa 25% der männlichen und 10% der weiblichen Jugendlichen eine Diagnose erhalten (vgl. ebd., 16, 137ff., 145, 213ff.). Zusätzlich wird auch hier auf soziale Kontextfaktoren verwiesen, die das Risiko einer Diagnose erhöhen (vgl. ebd., 211).⁴⁴

In der Nachfolgeuntersuchung des KiGGS werden mit der ‚KiGGS Welle 1‘⁴⁵ die Daten von 12.368 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 für den Zeitraum von 2009 bis 2012 ausgewertet (vgl. Schlack et al., 2014). Wenngleich die Ergebnisse insgesamt zwar keine Hinweise auf statistisch signifikante Veränderungen enthalten, wird auch hier mit 5,0% eine erhöhte Prävalenz angegeben. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses werden in diesem Zeitraum geringe Unterschiede zur Basiserhebung festgestellt. Demnach wird bei 8,0% der Jungen eine ADHS diagnostiziert und damit viereinhalb Mal so häufig als bei Mädchen. Deutliche Unterschiede zeigen die im Zusammenhang mit dem Sozialstatus ermittelten Ergebnisse. Statistisch signifikant ist zum einen, dass Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus eine um 1,1% geringere Lebenszeitprävalenz aufweisen. Zum anderen steigt in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen mit einem hohen Sozialstatus die Prävalenz von 3,1% auf 5,6%. Wenngleich statistisch nicht signifikant, erhöhen sich die Diagnosezahlen bei Kindern mit einem niedrigen Sozialstatus von 6,8% in der Basiserhebung auf 8,1% in der Nachfolgeuntersuchung. Der auf der Grundlage der Krankenkassendaten identifizierte Anstieg wird in der KiGGS-Folgeuntersuchung nicht bestätigt (vgl. ebd., 823ff.).

Bevor die vorgestellten Befunde zusammenfassend interpretiert werden, ist einschränkend anzumerken, dass eine vergleichende Interpretation aufgrund mehrerer Faktoren erschwert wird. Dies liegt einerseits daran, dass die Untersuchungsergebnisse deutlich abhängig vom verwendeten methodischen Design, der Operationalisierung der ADHS-Diagnose, der Stichprobengröße und den untersuchten Altersgruppen sind. Andererseits sind die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Repräsentativität unterschiedlich belastbar. So ist diese in Studien auf der Grundlage von Versichertendaten (vgl. Grobe et al., 2013; Schubert et al., 2010) aufgrund des Stichprobendesigns als kritisch einzustufen, wohingegen die bevölkerungsbasierten Studien des Robert-Koch-Instituts (vgl. Schlack et al., 2007, 2014) repräsentative Aussagen versprechen. Trotz dieser Einschränkungen zeichnet sich für den Zeitraum ab dem Jahr 2000 insgesamt ein Anstieg an ADHS-Diagnosen ab, womit nicht nur eine Zunahme der Problemopfer, sondern auch eine anhaltende Problementwicklung ersichtlich wird. Wenngleich der Anstieg nicht als statistisch signifikant einzuschätzen ist (vgl. Schlack et al., 2014), ist im Vergleich zu den Jahren zuvor – ausgehend von den auf der Grundlage der ICD-10 ermittelten Diagnosen (2,4% nach Brühl

43 von 2,92% auf 4,14%.

44 Demnach liegt ein geringeres Diagnose-Risiko bei Kindern von Eltern mit einem akademischen Abschluss vor als bei Kindern von Eltern mit einem niedrigen Bildungsabschluss. Zusätzlich sind Kinder junger Eltern häufiger als Kinder von Eltern mittleren Alters betroffen, was durch Unsicherheits- und Belastungsfaktoren begründet wird.

45 Die Gesamtgruppe der Befragten setzte sich aus 6093 Mädchen und 6275 Jungen zusammen (vgl. Schlack et al. 2014, 821). Ähnlich der vorausgegangenen Untersuchung (vgl. Schlack et al., 2007) wurde auch hier die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und die Prävalenz von ADHS erfasst. ADHS wurde dabei operationalisiert, wenn laut Elternbericht eine ärztliche ADHS-Diagnose vorlag (vgl. ebd.).

et al., 2000; und 1,8 % nach Görtz et al., 2002; zit. nach Köster et al., 2004) – ein deutlicher Zuwachs zu erkennen. Darüber hinaus zeigen die Befunde einen Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Diagnose und den Differenzkategorien Geschlecht, Alter sowie sozialem und kulturellem Hintergrund. Trotz der Fülle an statistischen Daten, die auf diese Intersektionen verweisen, fehlt bislang eine Erörterung entsprechender Erklärungsansätze. Stattdessen wird meist das Bild eines ‚typischen ADHS-Betroffenen‘ gezeichnet. Dieser ist in der Regel männlich, zwischen 11 und 13 Jahren alt, stammt aus einem Elternhaus mit einem niedrigen sozialen Status (vgl. Schlack et al., 2007, 831) oder ist Kind von jungen Eltern mit niedrigen Bildungsabschlüssen (vgl. Grobe et al., 2013, 211ff.). Da jedoch zuletzt auch Mädchen, ältere Jugendliche (vgl. Schubert et al., 2010, 616f.) sowie jüngere Schüler_innen (vgl. Grobe et al., 2013, 211ff.) und Kinder und Jugendliche mit einem höheren sozialen Status (vgl. Schlack et al., 2014, 823ff.) vermehrt eine ADHS-Diagnose erhalten, scheint die Konstruktion des ‚typischen ADHS-Betroffenen‘ von variablen Kontextbedingungen beeinflusst.

3.5 Die Diskussion der Ursachen des sozialen Problems ADHS

Eine, wenn nicht die zentrale Kontroverse in der Diskussion um das soziale Problem ADHS stellt die Diskussion möglicher Ursachen dar, die vor dem Hintergrund unterschiedlicher theoretischer Annahmen erfolgt. Wie bereits angemerkt, besitzt die Diskussion möglicher Ursachen eine besondere Bedeutung bei der Hervorbringung sozialer Sachverhalte (vgl. Schetsche, 2008, 127). Es werden daher unterschiedliche Erklärungsansätze vorgestellt und die darin enthaltenen theoretischen Bezüge markiert. Erläutert werden im Einzelnen genetische, neuroanatomische, neurochemische, neuropsychologische und biopsychosoziale Perspektiven sowie entwicklungs-neurobiologische und psychoanalytische Ansätze.⁴⁶

3.5.1 Genetische Ursachenmodelle

Als Teilgebiet der Biologie wird im Feld der Genetik die Ausbildung und Weitergabe von Erbanlagen erforscht. ADHS wird hier als genetisch bedingte hirnfunktionelle Störung konzipiert, was durch Befunde formal genetischer (Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien) und molekulargenetischer Untersuchungen (Kopplungs- und Assoziationsuntersuchungen) unterstützt wird.⁴⁷ Auch wenn der Versuch, mittels molekulargenetischer Untersuchungen ADHS-auslösende Gene zu lokalisieren, bisher erfolglos geblieben ist (vgl. Amft, 2004, 132), werden die vorliegenden Forschungsergebnisse dahingehend interpretiert, dass verschiedene Gene an der Entstehung von ADHS beteiligt sein können und es sich insgesamt um einen komplexen Erb-

⁴⁶ Einschränkung ist darauf zu verweisen, dass die Darstellung der Erklärungsansätze nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erfüllt. Dieser Umstand ergibt sich nicht zuletzt aufgrund der Diversität der einzelnen Erklärungsansätze, die den Rahmen dieser Arbeit deutlich sprengen würden. Der Fokus wird daher auf die, die Diskussion bestimmenden zentralen Erklärungsansätze und ihre theoretischen Hintergründe gerichtet.

⁴⁷ Demnach zeigten Familienuntersuchungen eine familiäre Häufung ADHS-spezifischer Symptomatik und Ergebnisse aus Adoptionsstudien wiesen darauf, dass biologische Eltern häufiger eine ADHS-Diagnose hätten als Adoptiveltern. Die Annahme einer genetisch bedingten Verursachung wird außerdem durch Befunde aus Zwillingsstudien unterstützt. Diese deuten darauf hin, dass das Problemverhalten nicht allein durch Umwelteinflüsse bestimmt sein könne (vgl. Banaschewski, 2010; Helbig, 2011). Die im Kontext des genetischen Erklärungsansatzes verwendeten Befunde aus Zwillings- und Adoptionsstudien werden jedoch dahingehend kritisiert, dass Umwelteinflüsse wie pränatale Erfahrungen und die Epigenetik, die teils vererbt und teils durch Umwelteinflüsse bestimmt zu sein scheinen, unberücksichtigt blieben (vgl. von Lüpke, 2008). Ferner würden Umwelteinflüsse ausgeblendet und genetische Einflüsse überschätzt (vgl. Döpfner & Steinhausen, 2010, 134).

gang handelt, bei dem multiple Genvarianten mit Umweltfaktoren zusammenwirken (vgl. Banaschewski, 2010). Das soziale Problem ADHS wird mit dieser Perspektive als eine genetische Erkrankung betrachtet, die durch das Zusammentreffen mehrerer defekter Gene hervorgerufen werde.

3.5.2 Neuroanatomische Ursachenmodelle

Auf dem Gebiet der Neuroanatomie, einem Teilgebiet der Neurobiologie, werden mittels unterschiedlicher bildgebender Verfahren der strukturelle Aufbau des Gehirns und funktionelle Abläufe des Zentralnervensystems von Menschen und Tieren analysiert, wobei vor allem auf molekularbiologische Vorgänge im menschlichen Gehirn fokussiert wird. Durch Messungen der Magnetresonanztomographie (MRT) und des Elektroenzephalogramms (EEG) wurden morphologische und funktionale Abweichungen bei ADHS-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen festgestellt, weshalb Dysfunktionen des Frontal- bzw. Mittelhirns als Ursache der Verhaltensweisen angenommen werden. Demnach seien Defizite im Verbund neuronaler Regelkreise⁴⁸ festzustellen, die sich auf den dopaminergen Stoffwechsel auswirkten. Außerdem wird von Funktionsstörungen im Striatum und Frontalhirn, einer verringerten Aktivierung im rechtsseitigen präfrontalen System sowie einer erhöhten frontalen und verringerten striatalen Aktivierung ausgegangen (vgl. Döpfner et al., 2000, 12f.; Konrad, 2010). So zeigten Untersuchungen morphometrischer Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose ein um 5 % vermindertes cerebrales Gesamtvolumen sowie kleinere rechtsseitige präfrontale Regionen (vgl. Castellanos et al., 2006). Insgesamt erscheinen die neuroanatomischen Befunde jedoch als zu unspezifisch, um für eine Diagnose eingesetzt werden zu können (vgl. Helbig, 2011, 78f.) und es lassen sich aus den bildgebenden Verfahren keine eindeutigen Aussagen über die Verursachung ableiten (vgl. Konrad, 2010, 43ff.).

3.5.3 Neurophysiologische Ursachenmodelle

Ebenfalls mit der Funktionsweise des Nervensystems wird sich im Feld der Neurophysiologie, einem Teilgebiet der Neurowissenschaften, auseinandergesetzt. Zentral stehen dabei Untersuchungen neurophysiologischer Funktionen sowie die Suche nach neurophysiologischen Korrelaten. Dies erfolgt durch Messungen der neuronalen Aktivität, die bei ADHS-diagnostizierten in den betroffenen Hirnregionen quantitative neurobiologische Marker und systematische Abweichungen im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten. Unterstützt wird damit die Hypothese von posterioren, also hinten gelegenen und frontalen Defiziten. Offen bleibt jedoch, inwiefern mit diesen Befunden auf eine Beteiligung von subkortikalen Systemen geschlossen werden könne (vgl. Brandeis & Banaschewski, 2010; Esser & Schmidt, 1987).

3.5.4 Neurochemische Ursachenmodelle

Neurochemische Erklärungsansätze befassen sich mit der Erforschung chemischer Prozesse im Nervensystem und untersuchen neuronale Tätigkeiten wie beispielsweise molekulare Mechanismen zur Freisetzung von Botenstoffen im synaptischen Spalt. Im Fokus stehen chemische Grundlagen der Übertragung, Verarbeitung und Speicherung von Informationen. Eine besondere Bedeutung erhält hier die Struktur und Bildung sowie der Stoffwechsel von Neurotransmittern. Herausgestellt wird so die Bedeutung der drei Neurotransmittersysteme für Dopamin, Noradrenalin und Serotonin und es werden modulierende neurochemische Netzwerke ange-

⁴⁸ Dazu zählen Thalamus, Striatum und präfrontaler Kortex.

nommen, deren beeinträchtigte Funktionsweise die Ursache für die als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen darstelle. Explizit wird jedoch darauf verwiesen, dass dies nicht als eine strukturelle Schädigung des Gehirns zu verstehen sei, sondern eher als eine verminderte cerebrale Durchblutung des Frontalhirns, die zu Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem führe. Zudem wird angemerkt, dass bisherige Befunde aus neurochemischen Untersuchungen nicht als verifiziert zu betrachten seien und nur vorsichtige Interpretationsversuche zuließen. Des Weiteren sei das Verständnis der Funktionsweise neurochemischer Prozesse noch zu verbessern (vgl. Roessner & Rothenberger, 2010). Trotz dieser einschränkenden Hinweise erhält im Zuge neurochemischer Erklärungsversuche die sogenannte „Dopamin-Mangel-Hypothese“ (vgl. Strohl, 2011) eine besondere Bedeutung, da diese häufig als zentrales biologisches Modell der Verursachung angeführt und damit eine medikamentöse Behandlung (s. Kap. 3.6.2) begründet wird (vgl. Amft, 2004, 106; Helbig, 2011, 85; Hüther & Bonney, 2002, 19).

3.5.5 Neuropsychologische Ursachenmodelle

Forschungen auf dem Gebiet der Neuropsychologie, einem interdisziplinären Ansatz der klinischen Psychologie und der Neurowissenschaften, besitzen in der Diskussion möglicher Ursachen der als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen einen besonderen Stellenwert. Untersucht werden hier Grundlagen und Zusammenhänge neuronaler, behavioraler und psychischer Strukturen mit einem besonderen Fokus auf Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Letztere werden als Folge biochemischer, physiologischer und struktureller Veränderungen des zentralen Nervensystems sowie der Beziehungen zwischen verschiedenen Hirnfunktionen und individuellem Verhalten erklärt. Vermutet wird deshalb eine heterogene Verursachung auf der neurologischen Ebene, wobei hervorgehoben wird, dass die unterschiedlichen Modelle jeweils nur zur Erklärung von Teilaspekten herangezogen werden können. Diskutiert werden im Einzelnen kognitive, motivationale und integrative Modelle sowie eine Beeinträchtigung exekutiver Funktionen (vgl. Drechsler, 2010).

Von zentraler Bedeutung ist in diesem Kontext das Inhibitionsmodell des Neuropsychologen Barkley (1997), mit dem ADHS als eine Störung der Selbstregulation betrachtet wird. Angenommen werden Beeinträchtigungen der Inhibition, der Verhaltenshemmung und der Selbstregulation, woraus Störungen der exekutiven Funktionen resultierten. Als primäres Defizit wird eine mangelnde Selbststeuerung und Impulskontrolle betrachtet, wonach ADHS als ‚Entwicklungsverzögerung der Impulskontrolle‘ konzipiert wird, die aufgrund neurologisch-hirnganischer Faktoren biologisch bedingt sei. Die Verhaltenshemmung könne dabei durch Zurückhalten eines Impulses, die Unterdrückung einer dominanten Antworttendenz, den Abbruch eines intakten Vorganges, die Unterbrechung einer bereits begonnenen Antwort oder die Unterdrückung von Reizen zur Erreichung des Ziels (Interferenzkontrolle) hervorgerufen werden.⁴⁹ Abhängig sei dies von unterschiedlichen neuropsychologischen Funktionen, wozu das nonverbale und verbale Arbeitsgedächtnis, die Selbst-Regulation von Affekten, Motivation und Erregung, die Internalisierung von Sprache sowie die Fähigkeit, Wissen neu zu kombinieren, zählten (vgl. ebd.).

Ebenfalls einen neuropsychologischen Erklärungsansatz stellt das kognitiv-energetische Modell dar. Als Erweiterung zum Inhibitions-Modell fokussiert dieses auf Probleme bei der Anpassung der Energiekapazitäten an situativ gestellte Anforderungen. Grundlegend ist hier die Annahme, dass die gestellten Aufgaben nicht mit dem gebrachten Aufwand erfüllt werden könnten. Aspekte

⁴⁹ Die Kontrolle von Inhibitionsprozessen wird dabei gleichgesetzt mit der ‚Fähigkeit zur Selbstregulation‘ und es wird davon ausgegangen, dass Inhibitionsprozesse die exekutiven Faktoren der Selbstregulation bestimmen.

der Inhibition und Verhaltenshemmung werden daher durch eine Betrachtung des energetischen Zustandes der betroffenen Kinder und Jugendlichen ergänzt. Unterteilt ist das kognitiv-energetische Modell in drei hierarchische Ebenen: Demnach sei die oberste Ebene für Kontrollprozesse und exekutive Funktionen zuständig und Sorge für die strategische Auswahl und Evaluation des Verhaltens. Auf der sich anschließenden zweiten Ebene würden dann energetische Ressourcen aktiviert und damit die Anstrengungsbereitschaft reguliert, die sich wiederum auf den Zustand geistiger Erregung und Wachheit (arousal) sowie die Aktivierung motorischer Abläufe (activation) auswirke. Auf der dritten Ebene führe dies dazu, dass die energetischen Komponenten den Grad der kognitiven Informationsverarbeitung bedingten (vgl. Sergeant, 2000, 2005).

Weitere neuropsychologische Ursachenmodelle von ADHS finden sich ausgehend von motivationalen Ansätzen in Form von dynamisch behavioralen Entwicklungstheorien. Grundlage ist hier zum einen das behaviorale Modell von Quay (1988, 1997; zit. nach Drechsler, 2010), nach dem es sich bei ADHS um eine Unterfunktion des Systems der Verhaltenshemmung handele und ein Ungleichgewicht zwischen Verhaltenshemmung und Verhaltensaktivierung bestehe (vgl. ebd., 96). Zum anderen wird mit dem Modell der Verzögerungsaversion hervorgehoben, dass ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche Verzögerungen im Bearbeiten von Aufgaben vermeiden möchten, was zu einem vorzeitigen Beenden von Aufgaben führe (vgl. Sonuga-Barke et al., 1992, 1994). Mit einer dynamisch-behavioralen Perspektive wird schließlich vermutet, dass der ADHS-Mischtypus weniger Reaktionen auf Verstärkungen zeige und weniger Leistungen bei verzögerten Belohnungen erbringe (vgl. Sagvolden et al., 2005). Daraus resultiert die Forderung, dass Belohnungen unmittelbar erfolgen sollten, da Impulsivität als Neigung interpretiert wird, besser auf kleine und schnell verfügbare Belohnungen zu reagieren (vgl. Drechsler, 2010, 97).

Da keines der neuropsychologischen Modelle als hinreichend empirisch abgesichert betrachtet werden kann, wird mittels integrativer Modelle, die mit zwei oder mehreren Erklärungshypothesen operieren, versucht, die Heterogenität des Störungsbildes abzubilden. Zu verweisen ist hier zum einen auf das duale Modell inhibitorischer und motivationaler Dysfunktionen, das motivationale mit kognitiven Ansätzen verbindet. Grundlage dafür sind Verhaltensbeobachtungen, in denen eine Verzögerungsaversion und Probleme der Inhibitionskontrolle festgestellt wurden (vgl. Sonuga-Barke, 2002, 2005). Zum anderen wird im ‚Multiple-Pathway‘-Modell auf die Bedeutung einer beeinträchtigten Zeitwahrnehmung und -verarbeitung verwiesen (vgl. Castellanos & Tannock, 2002). Hinsichtlich der auf dem Gebiet der Neuropsychologie vorliegenden Befunde ist anzumerken, dass noch unklar ist, inwiefern durch diese die neuropsychologischen Defizite hinreichend erklärt werden können (vgl. Helbig, 2011, 76) und dass diese insgesamt nur bedingt miteinander zu vergleichen seien (vgl. Drechsler, 2010, 99ff.).

3.5.6 Das biopsychosoziale Ursachenmodell

Das biopsychosoziale Modell ist ein integrativ-klinisches Modell zur Ursachenerklärung, in dem auf Befunde aus den Gebieten Genetik, Neurochemie, Neuroanatomie und Neuropsychologie zurückgegriffen und eine genetische Disposition als primäre Ursache gesehen wird. Angenommen wird, dass genetisch bedingte Störungen auf der neuropsychologischen Ebene zu Störungen der Selbstregulation in Form einer mangelnden Impulshemmung beitragen. Zur Ausprägung hyperkinetischer Symptome komme es, da sich die mangelnde Impulshemmung negativ auf das Arbeitsgedächtnis, die Affektregulation, die Automation von Sprache sowie die Entwicklung von Handlungsimpulsen auswirkten. Auf die Bedeutung sozialer Faktoren wird dahingehend verwiesen, dass ungünstige Bedingungen in Familie und Schule sowie eine Zu-

nahme an negativen Interaktionen im Bezugssystem die Ausbildung komorbider Symptome (Leistungsdefizite, aggressives Verhalten, emotionale Störungen) begünstigen könnten. Negative psychosoziale Faktoren unterstützten daher den chronischen Verlauf, die Ausprägung und den Schweregrad der ADHS-Symptome (vgl. Döpfner et al., 2000, 15f.).⁵⁰ Wenngleich auf die Relevanz von psychosozialen Belastungen und weiteren Umwelteinflüssen hingewiesen wird, wird gleichzeitig betont, dass diese nicht als primäre Ursache zu betrachten seien, sondern sich lediglich auf die Ausprägung und den Verlauf der Symptome auswirken würden. Folglich wird auch in diesem Ursachenmodell von einer organisch-biologischen Basis ausgegangen.

3.5.7 Exogene Risikofaktoren

Inwiefern die als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen durch exogene Faktoren hervorgerufen werden können, kann aufgrund des Mangels an empirisch belastbaren Forschungsergebnissen nicht abschließend beurteilt werden. Angeführt werden in diesem Zusammenhang Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, schädliche Auswirkungen von Schadstoffen, Drogen- und Medienkonsum (vgl. Helbig, 2011, 106ff.). Zudem wird darauf verwiesen, dass eine pränatale Exposition mit Alkohol, Medikamenteneinwirkungen und Streptokokkeninfektionen die Ausprägung von ADHS-Symptomen unterstützen könne (vgl. Steinhausen, 2010b). Vorliegende Forschungsergebnisse zu allergischen Reaktionen (vgl. Döpfner et al., 2000), Störungen des Immunsystems durch Milcheiweiß oder Pollen (vgl. Döpfner et al., 2002, 27) und zu negativen Auswirkungen des Fernsehkonsums (vgl. Döpfner & Steinhausen, 2010, 140) erscheinen insgesamt als inkonsistent. Ebenfalls unzureichend ist die Befundlage zur Frage, warum Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozialen Status häufiger eine ADHS-Diagnose erhalten. Vermutet wird diesbezüglich eine erhöhte psychosoziale Belastung der Beteiligten und eine Korrelation negativer Eltern-Kind-Interaktionen mit hyperkinetischen Auffälligkeiten (vgl. ebd., 135ff.).

3.5.8 Entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle

Im Gegensatz zu den eingangs erläuterten Ansätzen wird mit einer entwicklungsneurobiologischen Perspektive erörtert, dass die als ursächlich angesehenen Imbalancen neuronaler Verschaltungen entwicklungsbedingt seien.⁵¹ Das menschliche Nervensystem wird damit als offenes, dynamisches und anpassungsfähiges System betrachtet und abweichende Verhaltensweisen werden als Anpassungsleistung an Umweltbedingungen interpretiert. Demnach sei von einer nutzungsabhängigen Strukturierung verhaltenssteuernder neuronaler Netzwerke im Verlauf der Hirnentwicklung auszugehen, bei der die synaptische Verschaltung im Prozess der Hirnreifung erfolge und sich auf die Ausreifung des antriebssteuernden dopaminergen Systems und frontokortikaler Netzwerke auswirke (vgl. Hüther, 2010).⁵² Da soziale Kontextfaktoren prä- und postnatal wirksam würden, wird betont, dass die Entwicklung und Ausreifung des Gehirns nur teilweise genetisch bedingt sei. Stattdessen wird hervorgehoben, dass die Entwicklung des präfrontalen Kortex äußerst kompliziert und störanfällig sei und wesentlich durch Erfahrungen

50 Hingewiesen wird außerdem darauf, dass in der Ursachendiskussion die Epigenetik stärker zu berücksichtigen sei und frühkindliche Erfahrungen neurobiologische Veränderungen auslösen könnten (vgl. Döpfner et al., 2010).

51 Zurückgegriffen wird auf Tierexperimente, die sich mit der Entstehung und Reifung von Nervensystemen beschäftigen.

52 Aktiviert werde das dopaminerge System beispielsweise durch neuartige Impulse, wodurch es zu einer phasischen Aktivierung der Dopaminfreisetzung komme, die – wie in Versuchen mit Ratten nachgewiesen wurde – insbesondere durch Auswirkungen von stressauslösenden Begebenheiten und psychischen Belastungen beeinflusst werden könne. Als spezifische Belastungssituationen werden eine frühe Reizüberflutung oder unzureichende Reizabschirmung, unsichere Bindungsbeziehungen, fehlende Strukturen, inkompetente Erziehungsstile sowie eine Überlastung der Eltern angeführt, welche die Überstimulation des dopaminergen Systems bedingen (vgl. Hüther, 2006, 231).

während der Kindheit beeinflusst werde, weshalb die Plastizität des Gehirns und die Bedeutung der Genexpression eine besondere Bedeutung besäßen (vgl. ebd., 225ff.).⁵³ So wird herausgestellt, „dass sich auch die Entwicklung des Gehirns in einem interaktiven Spannungsfeld von Natur und Kultur, von biologischem Erbe und sozialer Interaktion vollzieht“ (Dammasch, 2006, 203). Die psychische Entwicklung und die körperliche Reifung sind nach dieser Betrachtung von einem dialektischen Verhältnis geprägt. Im Gegensatz zu klinisch ausgerichteten Ursachenmodellen wird das Verhältnis von natürlichen und sozialen Komponenten umgekehrt und betont, dass Umweltfaktoren eine ursächliche Wirkung zuzusprechen sei (vgl. ebd.).⁵⁴

3.5.9 Sozialpsychologische und psychoanalytische Ursachenmodelle

Ebenfalls als multifaktoriell und primär sozial verursacht werden ADHS-spezifische Symptome in sozialpsychologischen und psychoanalytischen Erklärungsmodellen konzipiert (vgl. Häußler, 2002). Bezug genommen wird mit diesen auf neurobiologische, biografische und gesellschaftliche Faktoren, um individuelle psychodynamische Hintergründe und Persönlichkeitsmerkmale erfassen zu können. Besondere Aufmerksamkeit erhalten frühe Objektbeziehungserfahrungen und psychische sowie hirnorganische Traumatisierungen, bedingt durch Krankheiten oder unstabile Beziehungserfahrungen. Die ADHS-Symptomatik stellt in dieser Perspektive ein Produkt unbewusster Faktoren auf der Basis von Biografie, Genetik, Biologie und Neurobiologie dar.⁵⁵ Insgesamt wird die Bedeutung früher Beziehungen unterstrichen und davon ausgegangen, dass Traumatisierungen oder ungenügende primäre Objektbeziehungen die Trieb- und Affektregulation, die Entwicklung eines stabilen Selbstgefühls und sichere Grenzziehungen zwischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen erschweren (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2007, 359ff.). Die Genese hyperaktiver Verhaltensweisen wird in psychoanalytischen Ansätzen auf ein Defizit des mütterlichen Containments und fehlenden Kompensationsfähigkeiten durch den Vater zurückgeführt. In der Folge bedinge dies körperliche Stimulationen, die als Ausgleich zu den fehlenden haltgebenden Bindungen betrachtet werden (vgl. Dammasch, 2006, 220f.). Betroffene Kinder und Jugendliche versuchten demnach den Mangel an affektiver Übereinstimmung in primären Beziehungen durch ein erhöhtes Maß an Bewegungen zu kompensieren, wodurch die Hyperkinese als Effekt spezifischer Wahrnehmungen gedeutet werden könne, der auf misslungene affektive Einigungsversuche mit der primären Bezugsperson und auf ein Scheitern der frühen Affektabstimmung verweise. Demnach werde hyperaktivem Verhalten ein bedeutender Stellenwert für die Subjektgenese zuteil, wonach dieses nicht als Defekt, sondern als affektiv eingefärbte Wirklichkeitskonstruktion zu verstehen sei (vgl. Gerspach, 2004, 50f.).

53 Auf den Zusammenhang von Bindungserfahrungen mit neurobiologischen Parametern verweist auch Lüpke (2001, 2004). Im Anschluss an die Ausführungen Roths (1997), der das Zusammenspiel zwischen hirnorganischen und geistigen Prozessen im Sinne einer physikalischen Wechselwirkung herausstellt und die persönliche Bedeutsamkeit der Hirnaktivität betont, wird auch hier von einem Einfluss der Umweltbedingungen auf die Gene ausgegangen (vgl. ebd.).

54 Festzuhalten ist hierbei, dass es sich bei diesen Ansätzen lediglich um hypothetische Modelle handelt, die von Tier-Mensch-Übertragungen abgeleitet sind und entsprechende Umkehrschlüsse beinhalten (vgl. Becker, 2014, 28).

55 Psychoanalytische Konzepte zur Genese von ADHS können unterteilt werden in Ich-psychologische-Ansätze und Ansätze der Objektbeziehungstheorie. Erstere gehen von einem Defizit an der Ausbildung von stabilen Ich-funktionen innerhalb familiärer Kontexte aus, wodurch die primäre Regulierung der Triebimpulse und Affekte erschwert und hyperaktives Verhalten begünstigt wird. Im Gegensatz dazu wird auf der Grundlage der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie der Fokus auf die Internalisierungen bedeutender Beziehungen in der frühesten Kindheit gelegt, welche sich auf die Affektzustände von Säuglingen auswirken.

3.5.10 Zusammenfassung der Ursachendiskussion

Im Fall des sozialen Problems ADHS besitzt die Diskussion um dessen Ursachen eine besondere Relevanz, da entlang der Frage, ob ADHS als organisch oder sozial verursachtes Problem zu verstehen ist, die zentrale Kontroverse der gesellschaftlichen Thematisierung ersichtlich wird, mit der unterschiedliche Problemmuster einhergehen, die wiederum zu spezifischen Handlungsvorschlägen führen. Ersichtlich wird, dass die Ursachen der als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen meist durch institutionalisierte Wissensbestände klinischer Felder konzipiert werden, was die *Ausbildung eines klinischen Problemmusters* bedingt (s. Kap. 3.5.1-3.5.6).⁵⁶ Dem entgegen stehen exogene, neurobiologische und psychoanalytische Erklärungsansätze, die gesellschaftlich-kulturellen Faktoren eine primäre Bedeutung beimessen und so ein *soziokulturelles Problemmuster* konzipieren (s. Kap. 3.5.7-3.5.9). Die jeweiligen institutionalisierten Orte des Sprechens scheinen hierbei die Ausbildung von Problemmustern nachhaltig zu bestimmen und es zeichnen sich konkurrierende Thematisierungsweisen der Problemursachen ab. Insgesamt ist jedoch hervorzuheben, dass die Ätiologie der als ADHS gelabelten Verhaltensweisen nach derzeitigem Forschungsstand weiterhin ungeklärt ist. So konnte bisher weder durch klinische Studien eine neurologische Basis für die entsprechenden Verhaltensweisen identifiziert werden (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2006, 15f.; Saß et al., 2003, 122), noch gibt es ausreichend empirische Evidenzen für umweltbezogene Erklärungsansätze.

Anhand der diskutierten Ursachenmodelle wird erkennbar, dass das soziale Problem ADHS in der Regel als ein klinisches Problem betrachtet wird. Damit kann nicht nur die bereits angesprochene mehrheitlich klinische Ausrichtung der ADHS-Forschung veranschaulicht werden, sondern es deutet sich auch an, dass die im Zuge der klinischen Thematisierungsgeschichte erkennbare Festlegung von Zuständigkeiten der Problembearbeitung fortwirkt (s. Kap. 3.2.3). So hat es den Anschein, dass klinischen Wissensbeständen eine größere Bedeutung bei der Erklärung der Ursachen zugesprochen wird (vgl. Ahrbeck, 2007, 13) und dies trotz des Umstandes, dass die Ursachendiskussion von umstrittenen Sachverhaltsbehauptungen geprägt ist.

3.6 Handlungsvorschläge zum Umgang mit dem sozialen Problem ADHS

Als weiteres Element, das zur Ausbildung von Problemmustern beiträgt, nennt Schetsche (2008, 173) Bekämpfungs- und Handlungsvorschläge. Bezogen auf den Gegenstand ADHS liegen diese in Form unterschiedlicher Behandlungsmethoden vor und umfassen kind-, familien- und schulzentrierte Maßnahmen. Nachfolgend werden die Ansätze der Verhaltenstherapie, der Medikation und der multimodalen Therapie vorgestellt. Erörtert werden außerdem psychodynamische und psychoanalytische Verfahren sowie Möglichkeiten der schulbezogenen Förderung. Da die unterschiedlichen Behandlungsmethoden in der Regel mit einer spezifischen Betrachtung der Ursachen in Verbindung stehen, wird bei deren Vorstellung jeweils auf die zugrunde gelegten Ursachenmodelle verwiesen.

⁵⁶ Insgesamt weisen die medizinischen Erklärungsansätze auf ein grundsätzliches Problem der ätiologischen Theorie hin. Dieses liegt in der möglichen „Verwechslung von Ursachen und Wirkungen der Krankheit mit dieser selbst“ (Schramme, 2011, 27). Daraus resultiert einerseits, dass Krankheiten in der Regel als existierende Entitäten und nicht als vom Menschen gemachte Kategorien betrachtet werden. Außerdem bleibt meist unbeachtet, dass Krankheitsdispositionen per se keine pathologischen Zustände darstellen, „da sie unter normalen Bedingungen nicht notwendigerweise zu Dysfunktionen führen“ (ebd., 23) müssen. Für den noch zu entwickelnden theoretischen Rahmen der eigenen Untersuchung erwächst hieraus die Anforderung, die in den unterschiedlichen Ursachenmodellen existierenden Auffassungen von Normalität, Gesundheit und Krankheit hinreichend abbilden zu können.

3.6.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die Verhaltenstherapie ist eine spezielle Form der Psychotherapie, die im Umgang mit den als ADHS-bezeichneten Verhaltensweisen als besonders wirksam erachtet wird (vgl. Döpfner et al., 2002, 51). Leitend ist hier die Annahme, dass jedes Verhalten erlernt sei und wieder verlernt werden könne. Verhaltenstherapeutische Verfahren zielen in der Regel auf eine Kompensation der angenommenen Inhibitionsstörung (s. Kap. 3.5.5), eine Verminderung der Symptomatik oder auf ein Verlernen der erlernten Handlungsweisen (vgl. ebd.). Mitunter weisen verhaltenstherapeutische Ansätze wie beispielsweise Token- und Belohnungssysteme eine behaviorale Ausrichtung auf, die aufgrund reduktionistischer Menschenbildannahmen in der Kritik steht (vgl. Gerspach, 2004, 64). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen gibt es in Form von Spieltrainings, kognitiven Therapien (s. Kap. 3.6.5) oder auch sozialen Kompetenztrainings, die sowohl operante als auch kognitive Verfahren beinhalten. Diese können kind-, eltern- familien- oder schulzentriert sein. Häufig eingesetzt werden das ‚Marburger-Konzentrationstraining‘ (vgl. Krowatschek et al., 2002, 2011) und das ‚Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten‘ (vgl. Döpfner et al., 2002), die im Rahmen der multimodalen Therapie und der schulbezogenen Förderung näher betrachtet werden (s. Kap. 3.6.3, Kap. 3.6.5). Ein spezifisches verhaltenstherapeutisches Instrument ist das sogenannte Neurofeedback, das durch operante Konditionierung auf eine Wiederherstellung der Selbstkontrolle zielt. Durch die Umwandlung physiologischer Parameter in visuelle und akustische Informationen wird dabei während der Durchführung von Computerspielen versucht, spezifische Bereiche der hirnelektrischen Aktivität zu modulieren (vgl. Heinrich, 2010).

3.6.2 Medikamentöse Behandlung

Die Medikation oder Psychopharmakotherapie ist die am häufigsten angewendete und gleichzeitig umstrittenste Behandlungsmethode (s. Kap. 3.7.2). Bei dieser werden Psychostimulanzien (u.a. Methylphenidat) eingesetzt, durch die Wachheit, Konzentration, Aktivität und Leistungsfähigkeit gesteigert und Hyperaktivität sowie impulsives Verhalten vermindert werden sollen. Mit der medikamentösen Therapie wird von einer organischen Verursachung der als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen ausgegangen und versucht ein Gleichgewicht im Dopaminhaushalt herzustellen. Als stärkstes Argument für eine Medikation wird deren hohe Wirksamkeit angeführt, nach der bei bis zu 90 % der Behandelten signifikante Verbesserungen der Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und psychomotorischen Kontrolle zu beobachten seien (vgl. Warnke & Wewetzer, 2008). Kritisiert wird diese Behandlungsmethode, da es zu wenige gesicherte Erkenntnisse über mögliche Langzeitwirkungen der Medikamenteneinnahme gebe (vgl. Bonney, 2008, 234), die Gefahr eines nicht-indizierten Gebrauchs bestehe (vgl. Schubert et al., 2010) und eine Dauermedikation die impulsgetriggerte Dopaminfreisetzung hemme, wodurch eine stabile Besserung der Symptomatik nach dem Absetzen des Medikaments verhindert werde (vgl. Hüther, 2004, 126).

3.6.3 Multimodale Therapie

Ausgehend vom jeweiligen Subtyp der ADHS wird mit der multimodalen Therapie eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Therapieansätzen vorgeschlagen (vgl. Döpfner et al., 2002). Diese geht von einer multifaktoriellen Verursachung der Symptomatik nach dem biopsychosozialen Ursachenmodell (s. Kap. 3.5.6) aus und setzt sich aus Elementen der Pharmakotherapie, der Verhaltenstherapie und der Psychoedukation zusammen. Umsetzung finden diese Elemente in Form von Elterntrainings oder auch verhaltenstherapeutischen Trainingsprogrammen für die betroffenen Schüler_innen. Ein Beispiel für ein multimodales verhaltensthera-

peutisches Interventionsprogramm stellt das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten (THOP) dar, durch das positive Eltern-Kind-Interaktionen gefördert werden sollen (vgl. ebd.). Das THOP beinhaltet pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten unter anderem durch soziale Verstärkung. Integriert sind dabei Tokensysteme, Response-Cost-Verfahren als Möglichkeit der operanten Konditionierung sowie kognitive Verfahren in Form von Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtrainings (vgl. Wolff Metternich & Döpfner, 2010). Auf die empirisch belegte Wirksamkeit des multimodalen Ansatzes wird an verschiedenen Stellen hingewiesen. Jedoch ist unklar, ob dieser der reinen Pharmakotherapie gegenüber überlegen sei (vgl. Lehmkuhl & Döpfner, 2006). Trotz der Forderung, dass eine pharmakologische Behandlung immer in Kombination mit beratenden und pädagogischen Interventionen stattfinden sollte (vgl. Döpfner et al., 2002), deuten Beobachtungen darauf hin, dass die Kombination aus psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung, wie sie nach den Leitlinien zur multimodalen Behandlung erfolgen sollte, keine hinreichende Umsetzung findet (vgl. Schubert et al., 2010, 620). Kritisch wird außerdem angemerkt, dass der multimodale Ansatz in hohem Maße von Pharmaunternehmen gefördert sei und methodische Schwächen aufweise (vgl. Breggin, 2000, 22).

3.6.4 Psychodynamische und psychoanalytische Behandlungsmethoden

Mithilfe psychodynamischer und psychoanalytischer Ansätze wird der Versuch unternommen, subjektorientierte Behandlungszugänge zu erhalten, um so die Individualität und Kontextabhängigkeit kindlicher Verhaltensweisen zu berücksichtigen. Die psychodynamische Arbeit zielt auf die Behandlung regulationsgestörter Systeme im Säuglings- und Kindesalter und strebt eine Regulation früher Mutter-Kind-Interaktionen und familiendynamischer Prozesse an (vgl. Bonney, 2008). Der Fokus psychoanalytischer Behandlungsansätze ist auf den Anpassungskonflikt zwischen der individuellen Triebstruktur und Zwängen in sozialen Systemen gerichtet, woraus die Herausforderung abgeleitet wird, tiefenstrukturelle Zusammenhänge genauer zu erforschen (vgl. Amft, 2004, 146f.). Angestrebt wird ein verstehender Zugang der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstrukturen und der Dynamik von Beziehungserfahrungen, die im Rahmen einer frühzeitigen Prävention bearbeitet werden sollen. Das Ziel besteht in der Ausbildung psychischer Strukturen durch empathische Objektbeziehungen, der funktionierenden Regulierung von Trieben und Affekten, dem Aufbau innerer Grenzen und der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2006, 27ff.).⁵⁷ Konkret erfolgt dies durch pädagogische und psychoanalytische Beziehungsangebote, die neue Erfahrungen ermöglichen und die fehlgeleiteten Bindungs- und Beziehungserwartungen korrigieren sollen, um die Selbst- und Identitätsentwicklung positiv zu beeinflussen.⁵⁸ Mit der Frankfurter Präventionsstudie liegen erste Ergebnisse zur Wirksamkeit eines psychoanalytischen Behandlungsansatzes vor. Diese verweisen darauf, dass psychoanalytische Verfahren eine erfolgreiche

57 Das Gehirn wird als plastisches Organ betrachtet, dessen Entwicklung von gesellschaftlichen und biographischen Erfahrungen abhängig ist. Ausgehend von der Feststellung, dass die Ausreifung des dopaminergen Systems bis in die Pubertät durch psychosoziale, pädagogische und therapeutische Einwirkungen beeinflussbar sei, hat die psychodynamische Behandlung zum Ziel, fehlgeleitete neuronale Verknüpfungen zu kompensieren und die Entwicklung innerer Selbststeuerungsprozesse zum Umgang mit Affekten, Impulsen und Konflikten zu ermöglichen.

58 Anschlussfähig an diese Betrachtungsweise des Phänomens ADHS sind auch die Forderungen nach einer sinnverstandenen Pädagogik, welche sich auf die kommunikative und intersubjektive Dimension menschlichen Handelns bezieht. Das Ziel dieser Ansätze ist es, die Genese der als störend empfundenen Verhaltensweisen zu verstehen, psychosoziale Belastungsmomente zu identifizieren und die eigenaktive Entwicklung positiv zu beeinflussen. Durch einen Fokus auf subjektive Bedeutungen und unbewusste Anteile an der Interaktion sollen haltgebende Beziehungen und eine Abstimmung der Affekte nachträglich ermöglicht werden (vgl. Gerspach, 2014, 103ff.).

Behandlungsalternative zu ausschließlich medikamentösen Verfahren bieten und hyperaktive, aggressive und ängstliche Verhaltensweisen reduzieren können (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2007).

3.6.5 Schulbezogene Förderung

Schulbezogene Fördermaßnahmen gibt es bezogen auf die Klasse oder einzelne Schüler_innen. Auf Klassenebene erhält die Klassenraumgestaltung durch eine spezifische räumliche Strukturierung oder Sitzordnung eine besondere Bedeutung (vgl. Richard et al., 2015, 7; Hillenbrand, 2010, 276). Hervorgehoben wird zudem der Einfluss der Klassenführung. Hilfreich seien hier Gruppenverstärkerpläne sowie eine Reduzierung der Komplexität des Unterrichts durch eine vorausschauende Planung. Auch wird die Integration körperlicher Aktivität als Möglichkeit der Förderung erörtert (vgl. Richard et al., 2015, 7f.). Von besonderer Bedeutung ist außerdem die Frage der Unterrichtsgestaltung. Dies beinhaltet die Modifikation von Aufgaben und Materialien, die Einführung von Tutor_innen-Programmen sowie interaktionsbezogener Strategien durch eine Definition individueller Regeln und Zielsetzungen. Zudem sollten wirkungsvolle Aufforderungen an die Schüler_innen gestellt werden und eine systematische Variation der Verstärkerbedingungen in Betracht gezogen werden (vgl. ebd., 9ff.). Unterrichtszentriert sind ebenfalls Forderungen nach einer Rhythmisierung und Differenzierung des Unterrichts, der Einführung von Ritualen und dem Ausbau handlungsorientierter Lernangebote (vgl. Imhof et al., 2003). Ergänzt wird dies durch den Verweis auf das Potenzial von direkten Unterweisungen oder der Darbietung interessanter Lerninhalte (vgl. Hillenbrand, 2010, 276f.). Wenngleich auch auf die Bedeutung didaktischer Fragestellungen verwiesen wird (vgl. Richard et al., 2015, 9), besteht der Eindruck, dass dies meist auf methodische und strukturelle Aspekte – etwa im Sinne des Classroom-Managements (vgl. Claßen, 2013; Lahtz & Mackowiak, 2016) oder der Verhaltensmodifikation (vgl. Hoffmann, 2004) – beschränkt bleibt und eine Berücksichtigung der Beziehungsebene zwischen Lehrkräften und Schüler_innen sowie deren Bestimmung durch biografische, emotionale und soziale Zusammenhänge weitestgehend ausgespart wird (vgl. Baier et al., 2008). Eine Ausnahme bilden die Vorschläge von Beckerle & Mackowiak (2016), die der Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zusprechen und auf die Notwendigkeit empathischen Handelns verweisen.

Schüler_innen-zentrierte Förderkonzepte fokussieren zum einen auf eine kognitive Aktivierung, um durch eine stärkere Berücksichtigung des Vorwissens höhere Denk- und Problemlösestrategien anzuregen (vgl. ebd., 76). Zum anderen finden sich Vorschläge zum Training einzelner Aufmerksamkeitsfunktionen. Dazu zählen Selbstinstruktions-, Selbstmanagement- und Selbstregulationstrainings, durch die Schüler_innen lernen sollen, ihr Verhalten zu reflektieren und ihre Strategien der Zielsetzung, Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung und Selbstinstruktion zu verbessern (vgl. Richard et al., 2015, 13f.; Beckerle & Mackowiak, 2016).⁵⁹ Eine besondere Bedeutung wird der Wirksamkeit behavioraler Verfahren (Tokensysteme, Response-Cost) zugesprochen (vgl. Hillenbrand, 2010, 277f.; Lahtz & Mackowiak, 2016), die im Unterricht oder in spezifischen Trainingsprogrammen Anwendung finden können. So werden im Marburger Konzentrationstraining die Elemente der positiven Verstärkung und der Verstärkerpläne aufgegriffen und durch Time-Out-Möglichkeiten, Phasen des spielerischen Lernens und Entspannungsgeschichten ergänzt. Das hier integrierte Selbstinstruktionstraining operiert

59 So zielen ‚Wenn-Dann-Pläne‘ auf eine Optimierung der Inhibitionsleistung, des Aufgabenwechsels und des Arbeitsgedächtnisses (vgl. Gawrilow et al., 2013, 59ff.). Im Zusammenhang damit wird außerdem auf die Methode des ‚Scaffolding‘ verwiesen, welche durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte der Aufgabenstellung eine Reduzierung der Komplexität beabsichtigt (vgl. Beckerle & Mackowiak, 2016, 88f.).

kognitiv-verhaltenstherapeutisch und möchte durch eine Verbesserung der verbalen Selbstinstruktion zu einer Verhaltensmodifikation und Verbesserung der Leistungsbereitschaft sowie dem Interaktionsverhalten führen. Ziel ist die Veränderung von einem impulsiven zu einem reflexiv-kognitiven Arbeitsstil (vgl. Krowatschek et al., 2002, 2011).⁶⁰ Insgesamt gehen die vorgestellten schulbezogenen Fördermöglichkeiten meist von einer Inhibitionsstörung als Ursache der Schwierigkeiten auf der Verhaltensebene aus (s. Kap. 3.5.5) und möchten dieser durch strukturelle und kognitive sowie behavioral-verhaltenstherapeutische Maßnahmen begegnen. Zielstellung dieser Maßnahmen ist die Kompensation der Störungen der Selbstregulation und eine Verbesserung der Fähigkeiten zur Selbstinstruktion.

3.6.6 Zusammenfassung der Handlungsvorschläge

Im Sinne des Kokonmodells können die vorgestellten Behandlungsmethoden als Versuche betrachtet werden, auf das soziale Problem ADHS zu reagieren, bzw. dieses zu bekämpfen. Es konnte gezeigt werden, dass unterschiedliche Ansätze bestehen, um das Verhalten im erwünschten Sinne zu verändern. Deren Ausrichtung steht dabei häufig in Verbindung mit den angenommenen Ursachenmodellen und den darin vorherrschenden Problemmustern, was auf eine Kombination kohärenter Wissensbestände hindeutet. So gehen die Handlungsvorschläge der Verhaltenstherapie, der Medikation und der multimodalen Therapie von einer primär organischen Verursachung der als störend empfundenen Verhaltensweisen aus und folgen in erster Linie den Logiken des klinischen Feldes. Im Gegensatz dazu zielen psychodynamische und psychoanalytische Behandlungsansätze stärker auf eine Berücksichtigung gesellschaftlicher Kontextbedingungen, wodurch das Problem ADHS als ein soziokulturelles Phänomen betrachtet wird. Bei den schulbezogenen Fördermaßnahmen ist zu erkennen, dass meist verhaltenstherapeutische Verfahren präferiert werden. Die Frage, wie mit den als ADHS-bezeichneten Verhaltensweisen umgegangen wird, erscheint somit stark abhängig von den in den unterschiedlichen Feldern akzeptierten Wissensbeständen. Im Anschluss an die Auseinandersetzung mit der Ursachendiskussion entsteht mit Blick auf die Behandlungsmethoden der Eindruck, dass sich frühe klinische Thematisierungsweisen (s. Kap. 3.2.3) nach wie vor als wirkmächtig in der Auseinandersetzung mit dem sozialen Problem erweisen.

3.7 Alternative Problemdeutungen

Wenngleich alternative Problemdeutungen einen geringeren Einfluss auf die Ausbildung des Wahrnehmungskokons besitzen, stellen auch diese einen relevanten Bestandteil der Problemgeschichte dar (vgl. Schetsche, 2008, 171). Im Zusammenhang mit dem sozialen Problem ADHS können als alternative Problemdeutungen solche verstanden werden, die nicht dem zentralen klinischen Problemmuster entsprechen und ADHS nicht als individuelles, sondern in erster Linie als soziokulturelles Problem konzipieren. Neben den Hinweisen auf Ansätze einer möglichen Gegenerzählung in den vorhergehenden Abschnitten (s. Kap. 3.2.1, Kap. 3.2.2, Kap. 3.5.8., Kap. 3.5.9), gehören dazu vor allem kulturtheoretische, philosophische und soziologische Thematisierungen. Im Folgenden werden zuerst Ansätze vorgestellt, mit denen ADHS als kulturelles Phänomen verstanden wird. Im zweiten Schritt erfolgt dann eine Beschäftigung

⁶⁰ Ähnlich konzipiert ist das Attentioner-Trainingsprogramm, indem es neuropsychologische und verhaltenstherapeutische Therapieelemente zur Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung und Konzentration kombiniert. Auch hier wird ein komplexes Belohnungssystem (Response-Cost-Token-System) verwendet und der Schwerpunkt auf die fokussierte Aufmerksamkeit gerichtet (vgl. Jacobs & Petermann, 2013).

mit Ansätzen, die sich individuellen und sozialen Folgen der vorherrschenden Problembearbeitung widmen.

3.7.1 Kulturtheoretische Thematisierungen

Als alternative Problemdeutungen können zunächst solche angeführt werden, in denen die Abhängigkeit des sozialen Problems ADHS von gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen mit einer historischen Perspektive betont wird (vgl. Ahrbeck, 2007; Gerspach, 2014; Haubl, 2008). Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang zunächst auf die Problematisierung von ADHS als einem ‚kulturhistorischen Phänomen‘ (vgl. Haubl, 2008). Dieses sei als Teil der Geschichte der modernen Nervosität zu verstehen, bei der eine epochentypische Erregung durch gesellschaftliche Umbruchsituationen und damit einhergehenden unsicheren Bindungen hervorgerufen werde. Diese Perspektive ist kulturkritisch ausgerichtet und es wird im Anschluss an Freud von einem schädigenden Einfluss der Flut neuer Reize ausgegangen. Das soziale Problem ADHS sei daher im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Flexibilisierungsprozessen und einer Verschärfung von Konkurrenzverhältnissen zu betrachten, die zu einer zerstreuten Aufmerksamkeit als gesellschaftlichen Normal-Zustand führten und ADHS-Symptome als Folge moderner Lebensstile erscheinen lassen (vgl. ebd.).

Ebenfalls ein dialektisches Verhältnis von Gesellschaft und Individuum erkennt Gerspach (2014) und verdeutlicht die Sozialgebundenheit von ADHS. Aufgrund von Auswirkungen der objektiven gesellschaftlichen Struktur auf die subjektive erlebte Realität verweist er auf die Relevanz soziologischer und psychoanalytischer Zugänge. Damit soll einer gesellschaftlichen Beschleunigung und dem Wandel der Kindheit Rechnung getragen werden, um mögliche Auswirkungen gesellschaftlich-kultureller Veränderungen auf Persönlichkeitsstrukturen erfassen zu können. Im Gegensatz zu aus seiner Sicht unzulässigen medizinischen Problemverkürzungen empfiehlt er deshalb, bei der Problematisierung von ADHS soziokulturelle Aspekte stärker zu beachten. Dazu gehörten neben der gesellschaftlichen Realität postindustrieller Gesellschaften und Auswirkungen eines flexiblen Kapitalismus, sich daraus ergebende Konkurrenzverhältnisse und Verunsicherungen der Eltern der Mittelschicht. Relevant seien außerdem Veränderungen kindlicher Lebenswelten sowie neo-liberale Steuerungen innerhalb des Bildungssystems, mit denen nicht nur ein wachsender Druck auf Schüler_innen und Eltern einhergehe, sondern die in der Konsequenz einen missbräuchlichen Gebrauch von Psychopharmaka beförderten (vgl. ebd.).

Die kulturtheoretischen Ausführungen Ahrbecks (2007) beziehen sich anhand der jüngeren Zeitgeschichte auf ähnliche Aspekte wie die zuvor erläuterten Ausführungen und analysieren veränderte Lebensrealitäten seit den 1980er-Jahren. Verwendet werden dazu soziologische, philosophische und psychoanalytische Erkenntnisse, die sich mit den Auswirkungen gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse auf das Subjekt befassen. Demnach bedinge die Beschleunigung der Lebensverhältnisse und der Kommunikation eine Zunahme an Unsicherheiten auf der individuellen Ebene und provoziere so eine Erregung und Überreizung. Angenommen wird, dass sich diese Prozesse nachteilig auf soziale Bindungskräfte und einen gelungenen affektiven Austausch auswirkten, woraus letztlich eine Bezogenheit auf die Außenwelt sowie eine innere Ungebundenheit resultiere. Auch wenn nicht davon ausgegangen wird, dass sich der kulturelle Wandel direkt auf das Subjekt übertrage, so sei dennoch anzunehmen, dass die kulturellen Veränderungen die Entwicklung der Psyche beeinflussten (vgl. ebd.).

In der Zusammenschau der vorgestellten kulturtheoretischen Arbeiten zeigt sich, dass diese eine ähnliche inhaltliche Ausrichtung aufweisen, sich auf soziologische, philosophische und psy-

choanalytische Ansätze beziehen und auf eine Beeinflussung der als ADHS bezeichneten Verhaltensweisen durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verweisen. Im Fokus stehen dabei meist Auswirkungen gesellschaftlicher Makrostrukturen auf der ökonomischen und kulturellen Ebene auf Prozesse der Identitätsbildung. Eine alternative Problematisierung erhält das soziale Problem ADHS in diesen Ansätzen dahingehend, dass es im Vergleich zu klinischen Konzeptualisierungen nicht als ein individuelles, sondern als soziokulturelles Phänomen konzipiert wird. Neben einer überschaubaren Anzahl dieser alternativen Zugänge wird im Vergleich zu klinischen Thematisierungen ersichtlich, dass sich die vorgestellten kulturgeschichtlichen Thematisierungen lediglich auf den gesellschaftlichen Kontext des 20. und 21. Jahrhundert beziehen.

3.7.2 Die Problematisierung individueller und sozialer Folgen der Problembearbeitung

Weitere Formen alternativer Problemdeutungen beschäftigen sich mit individuellen und sozialen Folgen der Problembearbeitung (vgl. Schetsche, 2008, 172). Im Zentrum steht hierbei eine kritische Diskussion der medikamentösen Behandlung, die einer soziologischen und neuroethisch-philosophischen Betrachtung unterzogen wird, um auf mögliche soziale Folgen hinzuweisen. Um diese Problematisierungen besser einordnen zu können, wird zuerst die Entwicklung der medikamentösen Behandlung skizziert.

3.7.2.1 Entwicklung der medikamentösen Behandlung

Wie bereits erörtert, gibt es zahlreiche Behandlungsmethoden, die zur Verbesserung des problematisch erscheinenden Verhaltens eingesetzt werden (s. Kap. 3.6). Insgesamt ist jedoch eine Bevorzugung der medikamentösen Behandlung festzustellen, die seit 1990 zugenommen hat und seit 2000 deutlich angestiegen ist. Nachvollziehbar wird dieser Anstieg durch einen Blick in den Arzneiverordnungsreport, in dem das Medikament Ritalin⁶¹ im Jahr 1990 zum ersten Mal Erwähnung findet. Ein Jahr später gehört es bereits zu den 2000 am häufigsten verordneten Präparaten (vgl. Lohse & Müller-Oehrlinghausen, 1991, 370). In der Folge ist für den Zeitraum von 1991 bis 2000 mit einer 30-fachen Steigerung⁶² eine starke Zunahme an Verordnungen festzustellen (vgl. Lohse & Müller-Oehrlinghausen, 2001, 619f.). Dieser Trend hält in den Jahren nach 2000 an und es wird von einem Anstieg von 33 Tagesdosen in 2005 auf 54 im Jahr 2014 berichtet. Dem Arzneiverordnungsreport zufolge ist das Verordnungsvolumen seit dem Jahr 2008 weitgehend unverändert auf einem hohen Niveau geblieben (vgl. Lohse & Müller-Oehrlinghausen, 2015, 967).⁶³ Diese Befunde werden im weiteren Verlauf mit Studien abgeglichen, die die Entwicklung der medikamentösen Therapie nach dem Jahr 2000 zum Gegenstand haben, um dadurch einen genaueren Einblick in die Entwicklung dieser Form der Problembearbeitung zu erhalten.

61 Ritalin ist ein Handelsname für Methylphenidat, das hierzulande meist zur medikamentösen Behandlung eingesetzt wird. Methylphenidat ist der in der medikamentösen Therapie am häufigsten eingesetzte Wirkstoff. Neben Ritalin wird dieser durch weitere Präparate verschrieben. Diese werden im Folgenden jedoch nicht näher betrachtet. Ebenfalls wird nicht auf die Verordnungshäufigkeit weiterer Wirkstoffe (z.B. Atomoxetin, Lisdexamfetamin) eingegangen.

62 Konkret war ein Anstieg von 0,4 auf 13,5 Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen Methylphenidat zu verzeichnen.

63 Datengrundlage des Arzneiverordnungsreports ist die Vollerfassung von Rezepten für die Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Repräsentativität des Reports wird als kritisch eingestuft. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berichtet von ähnlichen Entwicklungen. So sei der größte Anstieg an Verordnungen gegenüber dem Vorjahr mit 91 % im Jahr 2000 zu verzeichnen gewesen. Bis zum Jahr 2008 sei der Verbrauch an Methylphenidat um durchschnittlich 17 % angestiegen (vgl. BfArM, 2014).

Einer im Bundesland Hessen durchgeführten Querschnittsstudie zufolge sind die Verordnungen von Methylphenidat im Zeitraum von 2000 bis 2007 um insgesamt 96 % angestiegen (vgl. Schubert et al., 2010, 617f.).⁶⁴ Vermutet werden mehrere Gründe, die für den Anstieg verantwortlich sein könnten. Neben möglichen Fehlannahmen der Verursachung gehören dazu eine nicht ausreichende Anwendung multimodaler Therapieansätze und psychotherapeutischer Interventionen. Angenommen wird außerdem, ein nicht indikationsgerechter Einsatz in höheren Altersgruppen mit dem Ziel individuelle Leistungen im schulischen Kontext zu steigern (vgl. ebd., 620). Mit den Stichworten ‚Neuro-‘ und ‚Mood-Enhancement‘⁶⁵ wird dieser Aspekt auch im Jahresbericht 2012/13 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte angeführt (vgl. Weiergräber, 2013, 32f.). Für den Zeitraum von 2006 bis 2011 ist ein weiterer Anstieg an Verordnungsraten von Psychostimulanzien um 39 % zu erkennen. Dabei hat die Menge der verordneten Tagesdosen jedoch nur bis 2010 zugenommen und es finden sich vor allem Zunahmen in der Altersgruppe ab dem 15. Lebensjahr (vgl. Grobe et al., 2013, 17, 147ff., 156).⁶⁶ Seit 2012 konnten – erstmals seit 20 Jahren – keine weiteren Zuwachsraten mehr verzeichnet werden (vgl. BfArM, 2014). So verweisen aktuelle Befunde auf einen leichten Rückgang der medikamentösen Therapie bei Kindern und Jugendlichen bei einem gleichzeitigen Anstieg in der Gruppe der Erwachsenen (vgl. Bachmann et al., 2017).

Ähnlich der Darstellung der Prävalenz des sozialen Problems ADHS (s. Kap. 3.4) ist bezogen auf die Entwicklung der medikamentösen Behandlung einschränkend darauf zu verweisen, dass die vorliegenden Daten keine repräsentativen Aussagen erlauben. Dennoch zeichnet sich ab, dass die medikamentöse Behandlung vor allem im Zeitraum nach 2000 deutlich angestiegen ist und zuletzt auf einem hohen Niveau stagnierte. Vor diesem Hintergrund gelangen kritische Beobachter_innen zu der Feststellung, dass die Psychopharmakotherapie weit häufiger angewendet werde, als dass sie medizinisch indiziert sei (vgl. Amft, 2004, 111). Damit richte sich die Medikation nicht ausschließlich auf vermutete organische Dysfunktionen, sondern auch auf störendes Verhalten im Allgemeinen und es sei unklar, ob es um die Wiederherstellung einer pathologisch verminderten Leistungsfähigkeit gehe oder „ob hier nicht auch teilweise ‚gesunde‘, jedoch nicht wünschenswerte Verhaltensweisen gleichsam mit behandelt werden“ (Karsch, 2011, 280). Aufgrund der Tendenz einer einseitig klinisch ausgerichteten Form der Problembearbeitung deutet sich im Kontext von ADHS hiermit eine Medikalisierung sozial-unerwünschter Verhaltensweisen an, deren Problematisierung im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.

3.7.2.2 Medikalisierung und Bio-Medikalisierung

Bedingt durch den deutlichen Anstieg an medikamentösen Behandlungen wird unter dem Stichwort Medikalisierung mit einer soziologischen Ausrichtung nicht der Sachverhalt des störenden Verhaltens problematisiert, sondern dessen klinische Problembearbeitung. Die entsprechenden Thematisierungen können daher als eine Form der alternativen Problemdeutung

64 Grundlage dieser Untersuchung sind Krankenkassendaten AOK-Versicherter. Ausgewertet wurde die Verordnungshäufigkeit von Methylphenidat anhand der Pharmazentralnummer und des Verordnungsdatums mit Verweis auf die verordnende Arztgruppe (vgl. Schubert et al., 2010, 615f.).

65 Enhancement kann allgemein verstanden werden als Verbesserung des Menschen mittels biomedizinischer Eingriffe. Eine differenzierte Erläuterung dieses Phänomens erfolgt in Kap. 3.4.4.2.

66 Die Verordnungsraten für Methylphenidat und Atomoxetin wurden mittels Hochrechnungen von primär geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen des Arztreports auf die deutsche Bevölkerung gemäß den Daten des statistischen Bundesamtes errechnet und jährlich erfasst (vgl. Grobe et al., 2013).

interpretiert werden, durch die Verweise auf individuelle und soziale Folgen der Problembearbeitung ins Zentrum rücken.

Medikalisierung bezeichnet allgemein einen gesellschaftlichen Prozess, bei dem nicht-medizinische Phänomene als medizinisch verstanden und behandelt werden (vgl. Conrad & Schneider, 1980). Dies geht einher mit der Ausweitung medizinischer Kategorien auf unterschiedliche Lebensbereiche und wird bereits seit den 1970er-Jahren mit einer sozialwissenschaftlichen Perspektive verstärkt kritisiert (vgl. ebd.; Illich, 1975; Zola, 1972). Zola (1972, 492ff.) erachtet hierbei zwei Momente als wesentlich: die Erweiterung der medizinischen Zuständigkeit von körperlichen Symptomen zu solchen des täglichen Lebens und die Aufrechterhaltung absoluter Kontrolle über technische Vorgänge durch Operationen oder die Verschreibung von Medikamenten. Ausgehend davon wird das Phänomen der Medikalisierung auch im Zusammenhang mit ADHS vermehrt diskutiert. So betrachtet Karsch (2011, 272) diese als „Umdeutung oder Etikettierung unterschiedlicher sozialer Probleme oder ‚natürlicher‘ Umbruchphasen als behandelbare Krankheiten“. Im Zuge dessen bedinge die mit dem sozialen Problem ADHS einhergehende Expansion medizinisch-biologischer Erklärungsmodelle in Bereiche des Soziallebens nicht nur eine Pathologisierung ‚natürlicher‘ Körperzustände, sondern trage auch dazu bei, dass die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit beständig ambivalenter werde (vgl. ebd.). An Bedeutung gewinne dabei ein biologistisch ausgerichteter Normalitätsbegriff, der zu einer Biologisierung abweichenden Verhaltens führe (vgl. Mattner, 2004, 26). Die übermäßige und teils nicht-indizierte Verordnung von Psychostimulanzien (vgl. Amft, 2004, 111) wird daher als eine Medikalisierung ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen verstanden. Kritisiert wird daran, dass der menschliche Körper als manipulierbarer Stoffwechselapparat verstanden wird, der mittels Medikation zum „wünschenswerten ‚normalisierten‘ Verhaltenszustand“ (Mattner, 2004, 13) geführt werden soll.

Ziel der Ansatz der Medikalisierung in erster Linie auf eine Hinterfragung der Vormachtstellung medizinischer Erklärungsmodelle, führen aktuelle biomedizinische Entwicklungen und die damit einhergehende Ausweitung medizinischer Zugriffsbereiche zu einer aktualisierten Form der Problemdeutung. In den Blick geraten nun biotechnologische Konzepte und Steuerungsmodelle zur Optimierung des Gesundheitswesens, die Conrad (2005, 10) als ‚shifting engines of medicalisation‘ bezeichnet. Gemeint sind Entwicklungen auf dem Gebiet der Biomedizin sowie Praktiken von Pharmaunternehmen, die Konstruktionen sozialer Normen und Interventionen bei unerwünschten Verhaltensweisen beeinflussen (vgl. ebd.). Bezogen auf das soziale Problem ADHS werden diese ausgehend von der Annahme erkannt, dass Befunde der Hirnforschung zu Veränderungen des gesellschaftlichen Körperwissens führten und dieses neue Formen der Subjektivität im Sinne einer medizinischen Objektivierung bedinge. Liebsch (2010, 201) schlägt deshalb vor, das Konzept der Medikalisierung durch das der ‚Bio-Medikalisierung‘ zu ersetzen, um der wachsenden Bedeutung biomedizinischer und biochemischer Wissensbestände gerecht zu werden. So wird angenommen, dass diese Wissensbestände deutliche Auswirkungen auf individuelle Selbstverhältnisse und Prozesse der Selbstnormalisierung hätten, indem ein neues Verständnis von Gesundheit und Körper mittels veränderter sozialer und professioneller Praktiken in Alltagspraxen übersetzt wird (vgl. Liebsch & Manz, 2010).⁶⁷ Wehling & Viehöver (2011, 7ff.) bezeichnen diese Entwicklung als eine ‚Entgrenzung der Medizin‘. Eine solche liegt vor, wenn sich die Unterscheidung zwischen gesund und krank (normal/pathologisch) sowie zwischen Heilung und Verbesserung (Enhancement) auflöst oder wenn

⁶⁷ Ersichtlich werden diese Einschätzungen beispielsweise an der Art, wie diagnostizierte Jugendliche ihre Wirklichkeit von ADHS konstruieren (vgl. Haubl & Liebsch, 2011; Liebsch, 2009).

sozial-unerwünschte Verhaltensweisen als krank definiert und Psychopharmaka zur Leistungssteigerung und Selbstoptimierung eingesetzt werden (vgl. ebd.). Da „sich bei ADHS und seiner medikamentösen Behandlung die Grenzen zwischen dem Natürlichen und dem Produzierten, zwischen Biologie und Kultur [auflösen und; BH] sich mannigfaltige neue Konfigurationen des Natürlich-Künstlichen oder Künstlich-Natürlichen“ (Kliems, 2008, 163) herausbilden, wird ADHS in dieser Perspektive als ein ‚bio-soziales Phänomen‘ betrachtet (vgl. ebd., 150).

3.7.2.3 Medikation als Möglichkeit des Enhancements

Erörtert werden die angesprochenen Auswirkungen auf individuelle Subjektivierungsweisen im biomedizinischen Kontext aktuell vermehrt auf dem Gebiet der Neuroethik, einem interdisziplinären Ansatz der Neurowissenschaften und der Philosophie. Hierbei werden Fragen des Enhancement, also der Verbesserung des Menschen mittels biomedizinischer Eingriffe, die über Krankheitsprävention und die Wiederherstellung von Gesundheit hinausgehen, diskutiert (vgl. Runkel, 2010, 7). Bezogen auf die Frage, ob die Medikation von ADHS grundsätzlich als eine Form von Enhancement eingeschätzt werden kann, fordert Damberger (2012) eine differenziertere Betrachtung. So sei anzuerkennen, dass auch pädagogische Maßnahmen als technische Einflussnahme auf den Menschen zu verstehen sind. Durch einen Bezug auf den freien Willen des Subjekts und den Verzicht auf biomedizinische Eingriffe unterscheiden diese sich jedoch von Formen des Enhancements.⁶⁸ Bei der Behandlung von ADHS mit Psychostimulanzien wird allerdings eine Schwierigkeit deutlich, die sich aus verschiedenen Definitionen von Enhancement ergibt.⁶⁹ So sei ADHS im Sinne Runkels (2010) nur dann als Enhancement zu verstehen, wenn ADHS tatsächlich eine Krankheit darstelle. Versteht man unter Enhancement einen Eingriff, „der die Gestalt oder Funktionsweise eines Menschen jenseits anerkannter therapeutischer Bedürfnisse zu verbessern versucht“ (Damberger, 2012, 7), stellt auch die medikamentöse Behandlung zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit eines Kindes, das nicht die Symptome einer ADHS aufweist, eine Form von Enhancement dar (vgl. ebd.; Liebsch, 2009). Als problematisch⁷⁰ wird dies eingeschätzt, wenn solche Eingriffe zu einer Verschärfung sozialer Probleme beitragen (vgl. Parens, 2007). Erkannt wird dies beispielsweise von

68 Mit dem Verweis auf die Schwierigkeit einer abschließenden Grenzziehung zwischen medikamentöser und erzieherischer Einflussnahme hält Damberger (2012, 11) fest: „Wenn die Beeinflussung des Menschen durch Ritalin die mögliche Folge einer Erziehung ist, die den eigenen Sinn des Menschen vernachlässigt, dann ist die Vergabe von Ritalin als Form der Leistungsoptimierung von Erziehung nicht eindeutig zu trennen. Erziehung, die auf Ritalin zurückgreift, sorgt für eine „grundlegende [...] Optimierung der menschlichen Konstitution über etablierte Maßstäbe und Grenzen hinaus“ (Woyke, 2010, 22), und zwar für eine grundlegende Optimierung *dieses* Menschen, *seiner* geistigen Konstitution, die über die *ihm gemäßen* und *an ihm Orientierung suchenden* Maßstäbe und Grenzen hinausgeht. Gemäß einer Erziehung, die den eigenen Sinn und das eigene Mögliche des Menschen verfehlt, kann sich Pädagogik tatsächlich als eine Form des Human Enhancement herausstellen.“

69 Möglichkeiten der Verbesserung können unterteilt werden in Neuro- und Cognitive- oder Pharmaceutical-Enhancement. Beim Neuro-Enhancement geht es um den Einsatz von Psychopharmaka, mit deren Hilfe eine effizientere Selbstgestaltung im Sinne einer Verbesserung psychologischer Funktionen bei nicht-kranken Menschen angestrebt wird (vgl. Farah et al., 2004, 421). Cognitive-Enhancement hingegen dient der Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit bezogen auf Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Wachheit durch Medikamente. Das Pharmaceutical-Enhancement umfasst Maßnahmen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder emotionalen Befindlichkeit gesunder Menschen (vgl. Greely et al., 2008).

70 Wenngleich aus moralisch-ethischer Perspektive eine eindeutige Bewertung biotechnologischer Entwicklungen schwierig erscheint, da diese insgesamt abhängig sind von gesellschaftlich erzeugten Bedeutungen (vgl. Kalender, 2012), stellt sich die Frage nach der moralischen Grundlage der Beurteilung dieser Prozesse. In diesem Zusammenhang weist Parens (2007) darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen Heilung und Verbesserung allein nicht ausreicht, da sie zu instabil sei und stattdessen die zur Begründung angeführten Bedeutungen näher beleuchtet werden sollten. Demnach bestehe grundsätzlich zwar die Möglichkeit eine medikamentöse Behandlung als moralisch unbedenklich einzuschätzen, allerdings funktioniere diese Begründung nur, wenn man den gesellschaftlichen Kontext und die gesellschaftlichen Folgewirkungen ausblende.

Liebsch (2009), die im Zusammenhang mit Subjektivierungsprozessen im Kontext der Medikalisierung auf neue Formen sozialer Ungleichheit verweist. Potenziert werde die Problemlage, wenn mit den Möglichkeiten des Enhancements veränderte Normalitätskonzepte einhergingen, die eher durch die ökonomischen Interessen biotechnologischer Akteur_innen beeinflusst scheinen, als dass diese als subjektorientierte Unterstützung interpretiert werden können (vgl. Cole-Turner, 2007). So sei in Betracht zu ziehen, was es im Kontext der beschriebenen neuen Möglichkeiten bedeute, ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen zu zeigen und welche negativen Auswirkungen auf die individuelle Identitätsentwicklung damit einher gehen können (vgl. Farah et al., 2004, 423).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass – nicht zuletzt durch den Anstieg an medikamentösen Behandlungen (s. Kap. 3.7.2.1) – die Medikation von ADHS als eine Form des Enhancements betrachtet werden kann (vgl. Damberger, 2012, 7; Liebsch, 2009, 502). Aufgrund der ungeklärten Ursachendiskussion (s. Kap. 3.5) ist jedoch im Einzelfall zu prüfen, ob die Ursachen der als störend empfundenen Verhaltensweisen organisch bedingt sind und ob ein nicht-indizierter Einsatz der Medikation vorliegt. Dessen ungeachtet verdeutlichen die Thematisierungsweisen auf dem Gebiet der Neuroethik eine Problematisierung gesellschaftlicher Folgewirkungen klinischer Handlungsvorschläge, von denen angenommen wird, dass mit diesen negativen Folgen auf individuelle Subjektivierungspraktiken einhergehen.

3.7.3 Zusammenfassung alternativer Problemdeutungen

Die Diskussion alternativer Problemdeutungen (vgl. Schetsche, 2008, 171) zeigt, dass hier eine kritische Auseinandersetzung mit klinischen Thematisierungsweisen und durch diese hervorgerufene negative Folgewirkungen auf der individuellen und der sozialen Ebene im Zentrum steht. Dies kann als Versuch verstanden werden, ADHS als ein soziokulturelles und bio-soziales Problem zu konzipieren, um so ein alternatives Problemmuster zu etablieren. Allerdings werden in den untersuchten Quellen keine Gegendiskurse im eigentlichen Sinne ausgebildet. Das Problem ADHS wird vielmehr auf eine alternative Art thematisiert, ohne jedoch dessen Problemcharakter grundsätzlich infrage zu stellen (vgl. ebd., 198). Im Gegensatz zum klinischen Mainstream-Diskurs wird der Gegenstand dabei nicht in Form einer organischen Störung auf der individuellen Ebene verortet, sondern aufgrund gesellschaftlicher und kultureller Einflüsse problematisiert. Hinsichtlich der im Zuge alternativer Problemdeutungen verwendeten Wissensbestände wird ersichtlich, dass kulturtheoretische, soziologische, philosophische und psychoanalytische Wissensbestände verwendet werden, um ADHS als kulturelles und sozialgebundenes Problem zu konzipieren. Im Fokus stehen dabei Auswirkungen gesellschaftlicher Makrostrukturen auf der ökonomischen und kulturellen Ebene auf Prozesse der Identitätsbildung. Dadurch zeigen sich nicht nur Parallelen zur Problematisierung von Unaufmerksamkeit in der gesellschaftlichen Moderne (s. Kap. 3.2.2) und zu entwicklungsneurobiologischen, sozialpsychologischen und psychoanalytischen Ursachenmodellen (s. Kap. 3.5.8, Kap. 3.5.9), sondern auch zu psychodynamischen und psychoanalytischen Handlungsvorschlägen (s. Kap. 3.6.4). Es besteht jedoch der Eindruck, dass diese alternativen Problemdeutungen weniger Einfluss auf die Ausbildung des Wahrnehmungskokons haben, der das soziale Problem ADHS umhüllt. Dies mag auch damit in Verbindung stehen, dass neben einer überschaubaren Anzahl entsprechender Zugänge, sich die vorgestellten kulturgeschichtlichen Thematisierungen lediglich auf den gesellschaftlichen Kontext des 20. und 21. Jahrhundert beziehen. Bei der Betrachtung der soziologisch und neuroethisch ausgerichteten Diskussion um individuelle und soziale Folgen der Medikalisierung wird zudem erkennbar, dass durch die Fokussierung auf negative Subjektivierungseffekte alternative Sachverhalte im Vordergrund stehen.

3.8 Die Rekonstruktion der Problemkarriere des sozialen Problems ADHS

Ausgehend von der Frage nach der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit des Phänomens ADHS wurde im letzten Kapitel von der These ausgegangen, dass dieses ein soziales Problem darstellt, das seine Existenz Thematisierungen in unterschiedlichen institutionalisierten Wissensbeständen verdankt. Durch die am Kokonmodell (vgl. Schetsche, 2000) orientierte Analyse von Problematismierungen in verschiedenen disziplinären Kontexten wurde es möglich, dessen Problemkarriere zu rekonstruieren und die zentralen Problemmuster zu identifizieren. Untersucht wurde dazu die Problembearbeitung in Dokumenten aus den Bereichen der Medizin, der Psychologie, der Psychiatrie, der Neurowissenschaften sowie der Kulturtheorie, der Philosophie, der Soziologie, den Erziehungswissenschaften und der Neuroethik. Im Zuge dieser Beschäftigung fanden einzelne Aspekte des Kokonmodells Verwendung, deren Resultate nun abschließend zusammenzufassen sind. Herauszustellen ist, wie sich um den sozialen Sachverhalt des unaufmerksamen Verhaltens von Schüler_innen durch Problematismierungen in unterschiedlichen disziplinären Wissensbeständen ein Wahrnehmungskokon gebildet hat und welche Problemmuster dabei ausgebildet wurden. Die Erkenntnisse dieser Betrachtung sind in der folgenden Grafik zusammengefasst.

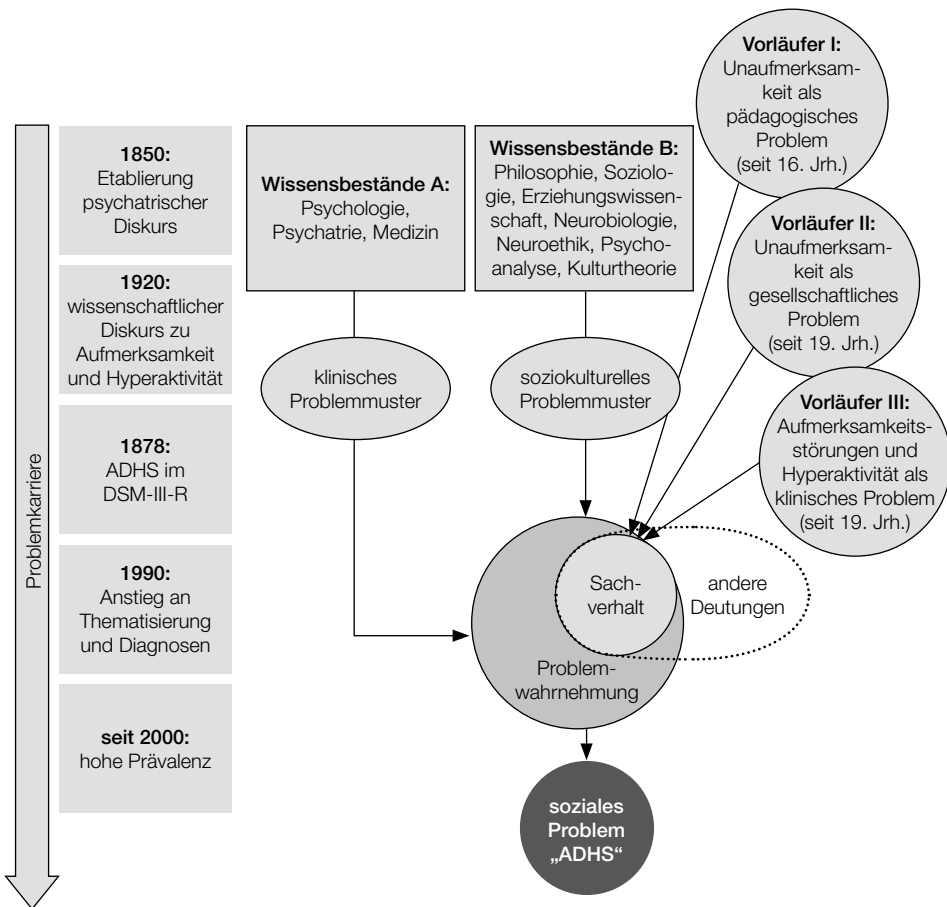


Abb. 2: Kokonmodell des sozialen Problems „ADHS“ (vgl. Schetsche, 2000, 30)

Mit Blick auf die Problemkarriere zeigt sich, dass die öffentliche Thematisierung von ADHS-ähnlichen Verhaltensweisen ihren Ausgang in der Beschäftigung unterschiedlicher Vorläuferprobleme nimmt. Dazu zählt primär die im 16. Jahrhundert beginnende Auseinandersetzung mit unaufmerksamen Verhaltensweisen von Schüler_innen im schulischen und pädagogischen Kontext. Diese kann als das erste Vorläuferproblem des sozialen Problems ADHS betrachtet werden (s. Kap. 3.2.1) und verweist gleichzeitig auf dessen zentralen Sachverhalt. Ein zweites Vorläuferproblem besteht in der gesellschaftlichen Problematisierung von Unaufmerksamkeit im 19. Jahrhundert, die durch veränderte Produktionsbedingungen sowie das Emporkommen der Psychologie und der Psychopathologie um das Jahr 1850 bedingt ist. Die in diesen Feldern erfolgende Auseinandersetzung mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität kann schließlich als drittes Vorläuferproblem bezeichnet werden, das im weiteren Verlauf eine nachhaltige Wirkung entfaltet. Erkennbar wird diese nicht nur daran, dass sich fortan primär im psychiatrischen Feld mit ADHS-ähnlichen Verhaltensweisen befasst wird und sich ab den 1920er-Jahren ein entsprechender wissenschaftlicher Diskurs etabliert. Vielmehr noch zeigt sich eine Problemverschiebung von unaufmerksamen Verhaltensweisen und dem Versuch Aufmerksamkeit herzustellen zu Aufmerksamkeitsstörungen und hyperaktivem Verhalten. Da diese beiden Verhaltensweisen fortan als primär organisch verursacht konzipiert werden, ist damit der Grundstein für die Ausbildung eines klinischen Problemmusters gelegt.

Hinsichtlich der öffentlichen Problemwahrnehmung und der Konstruktion des Wahrnehmungskokons wird der Klassifikation ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zuteil. Eine zentrale Rolle spielt hierbei das DSM-III-R aus dem Jahr 1987, in welchem die problematisierten Sachverhalte erstmals mit der Begrifflichkeit ADHS definiert werden. Folglich ist davon auszugehen, dass die Bildung des Wahrnehmungskokons im Anschluss an diese Klassifikation ihren Lauf genommen hat. Darauf verweist nicht zuletzt die seit dem Beginn der 1990er-Jahre intensivierte gesellschaftliche Problemwahrnehmung, die durch eine wachsende Anzahl an Problemopfern seit dem Jahr 2000 zusätzlich befördert wird (s. Kap. 3.4). Die Ausbildung des Kokons wird dabei maßgeblich durch medizinische, psychiatrische und psychologische Wissensbestände beeinflusst, wodurch sich abzeichnet, dass die primären Thematisierungen in klinischen Feldern deutlich nachwirken (s. Kap. 3.2.3).

Wie durch die Betrachtung der Ursachendiskussion (s. Kap. 3.5) ersichtlich wird, gründet die Ausbildung von Problemmustern auf den jeweils verwendeten Wissensbeständen. So kann hier ausgehend von medizinischen, psychiatrischen oder psychologischen Wissensbeständen ein klinisches Problemmuster erkannt werden, mit dem das soziale Problem ADHS als organische Störung konzipiert wird. Diesem steht ein soziokulturelles Problemmuster entgegen, bei dessen Konzeption auf neurobiologische und psychoanalytische Wissensbestände zurückgegriffen und ADHS als soziokulturelles Problem entworfen wird. Neben dem konkurrenten Verhältnis der beiden Problemmuster zeigen sich innerhalb der jeweiligen Thematisierungen mit Blick auf die Handlungsvorschläge dahingehend Synergien, dass die Frage nach der Behandlung von den jeweils zugrunde gelegten Ursachenmodellen abhängig ist (s. Kap. 3.6). Ebenfalls auf die Ausbildung eines soziokulturellen Problemmusters zielen die diskutierten alternativen Problemdeutungen (s. Kap. 3.7), die sich aus kulturtheoretischen, soziologischen und neuroethischen Wissensbeständen zusammensetzen und soziale und individuelle Folgen der gesellschaftlichen Problembearbeitung problematisieren. Allerdings scheinen diese weniger Einfluss auf die öffentliche Problemwahrnehmung zu haben, was durch eine Vormachtstellung klinischer Thematisierungen hervorgerufen sein könnte (s. Kap. 2). Insgesamt wird deutlich, dass die soziale Reproduktion der Problemwahrnehmung des sozialen Problems ADHS von den jeweils verwendeten disziplinären Wissensbeständen abhängig ist.

Die Thematisierungsgeschichte unterliegt dabei historischen Veränderungen und scheint zusätzlich von bestehenden Konkurrenzen und Synergien zwischen den einzelnen Problemmustern geprägt. Festzuhalten ist, dass im Zuge der Problemkarriere ausgehend von den verwendeten Wissensbeständen zwei konkurrierende Problemmuster ausgebildet werden. Grundet das klinische auf medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Wissensbeständen, wird das soziokulturelle durch Bezugnahmen auf erziehungswissenschaftliche, neurobiologische, neuroethische, philosophische, psychoanalytische und soziologische konstruiert.

Wenngleich sich die Anwendung des Kokonmodells als hilfreich erwiesen hat, um die gesellschaftliche Konstruktion des sozialen Problems ADHS mitsamt seiner Problemkarriere zu rekonstruieren, ist abschließend aufgrund der Beschränkung auf Problematisierungen in institutionalisierten Wissensbeständen auf die Grenzen der erfolgten Rekonstruktion zu verweisen. So scheint es mit Blick auf mögliche Anschlussuntersuchungen sinnvoll, auch die Thematisierungsweisen auf der Ebene der Bevölkerung, der Medien und nicht zuletzt des Gesundheitssystems zu betrachten, um die Konstruktion des Wahrnehmungskokons umfassend erfassen zu können.

Außerdem ist festzuhalten, dass bisher noch nicht beantwortet werden konnte, warum klinische Thematisierungen die Problematisierung von ADHS zu bestimmen scheinen. Aufgegriffen wird diese Leerstelle dahingehend, dass im weiteren Verlauf dieser Arbeit eine machtkritische Perspektive auf die Konstruktion von Normalität und Behinderung eingenommen wird. Ausgehend von der dargestellten Relationalität des Konstruktionsprozesses des sozialen Problems ADHS wird im nächsten Kapitel erörtert, mit welchen theoretischen Annahmen die Konstruktion des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens auf der Ebene institutionalisierter (sonder-)pädagogischer Wissensbestände untersucht werden kann.

4 Kulturwissenschaftliche und normalismustheoretische Perspektiven auf die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘

Im Anschluss an die Diskussion des Forschungsstandes sowie die Analyse der Konstruktion von ADHS als sozialem Problem ist im nächsten Schritt der theoretische Rahmen dieser Arbeit zu explizieren. Zu berücksichtigen ist hierbei nicht nur die historische und soziokulturelle Relationalität des Gegenstandes, sondern auch die damit einhergehende Beeinflussung durch unterschiedliche disziplinäre Deutungsangebote und Normalitätsverständnisse. Als zentrale Orientierung wird in dieser Arbeit deshalb auf eine normalismustheoretische Perspektive zurückgegriffen.

Bevor jedoch eine Auseinandersetzung mit den entsprechenden theoretischen Grundlagen erfolgt, ist das in dieser Arbeit verwendete Verständnis von Behinderung zu skizzieren. Im Zuge dessen ist einschränkend darauf zu verweisen, dass das Phänomen ADHS nicht mit Behinderung im Allgemeinen gleichgesetzt werden kann. Dies resultiert daher, dass ADHS weder eine ‚typische‘ Behinderung noch eine ‚typische‘ Krankheit darstellt, sondern je nach klassifikatorischem Zugang entweder als Behinderung oder als Krankheit konzipiert werden kann (vgl. Hirschberg, 2012, 7).⁷¹ Gleichzeitig zeigen sich am Phänomen ADHS Parallelen zur Thematisierung von Behinderung. So korreliert die Diagnose von ADHS häufig mit der Zuschreibung eines (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs (vgl. Verband der Sonderpädagogik, 2003)⁷² und geht mit der Zuweisung von Subjektpositionen einher, an welche sich spezifische pädagogische Praktiken anschließen. Verwiesen ist damit auf exkludierende Prozesse im schulischen Kontext, die mit der Konstruktion schulischer Behinderungskategorien in Verbindung stehen. Da Letztere maßgeblich durch (sonder-)pädagogische Wissensbestände beeinflusst werden (vgl. Powell, 2007, 322f.), wird das Phänomen ADHS in dieser Arbeit als ein Behinderungsphänomen verstanden, das im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs auf eine spezifische Art konstruiert wird. Um die Relevanz eines solchen Konstruktionsprozesses zu verdeutlichen, werden im folgenden Kapitel mit einem Bezug auf das Forschungsfeld der Dis_ability Studies zunächst unterschiedliche Konzeptualisierungsweisen von Behinderung diskutiert und die Relevanz einer kulturwissenschaftlichen Perspektive auf das Phänomen ADHS unterstrichen. Davon ausgehend wird die Analyse disziplinärer Konstruktionen auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik als Möglichkeit betrachtet, zur Etablierung des hierzulande noch wenig konturierten Forschungsgebiets der Dis_ability Studies in Education beizutragen (s. Kap. 4.1). Da durch die Orientierung am kulturellen Modell von Behinderung insbesondere auf die wechselseitige Konstruktion von Normalität und Behinderung verwiesen wird, werden im zweiten Unterkapitel normalismustheoretische Zugänge diskutiert, die geeignet erscheinen, die Produktion und Konstruktion von ‚Nicht_Normalität‘ analytisch zu fassen. Dies erfolgt zum einen durch einen Bezug auf Foucaults (1977) Konzept der Disziplinarmacht, mit dem die Bedeutung disziplinierender Praktiken im schulischen Kontext herausgestellt wird. Zum anderen wird mit der Normalismusthe-

71 Hirschberg (2012, 7) verweist darauf, dass ADHS mit der ‚International Classification of Functioning‘ (ICF) als Behinderung konzipiert werden kann, wohingegen sie mit der ICD als Krankheit definiert wird.

72 Wenngleich dieser Zusammenhang – u.a. mit Blick auf Komorbiditäten – häufig angenommen wird, ist anzumerken, dass zur Korrelation von ADHS und der Attestierung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs keine verlässlichen Befunde vorliegen.

orie Links (1997) Normalität als diskursive Kategorie verstanden, die durch unterschiedliche diskursive Strategien hervorgebracht wird (s. Kap. 4.2).

4.1 Dis_ability Studies (in Education)

Bei den Dis_ability Studies handelt es sich um ein transdisziplinäres Lehr- und Forschungsgebiet, das aus politisch motivierten Behindertenbewegungen hervorgegangen ist und in dessen Zentrum die Kritik an einer medizinischen und individualistischen Konzeptualisierung von Behinderung steht (vgl. Hirschberg & Köbsell, 2016, 557f.; Pfahl & Köbsell, 2016, 64f.; Waldschmidt, 2005, 9f.). Neben theoretischen Perspektiven auf die Konstruktion unterschiedlicher Behinderungsphänomene besitzt die Beschäftigung mit konkreten Erfahrungen behinderter Menschen⁷³ eine besondere Relevanz (vgl. Hermes, 2006, 27; Pfahl & Köbsell, 2014, 554). Damit geht einher, dass der Selbst- und Interessenvertretung Betroffener eine übergeordnete Bedeutung zugesprochen wird. Aufgrund des aktiven Einsatzes gegen Unterdrückung und Diskriminierung behinderter Menschen werden die Dis_ability Studies auch als politische Wissenschaft verstanden (vgl. Degener, 2003, 23).

Institutionell verankert wurden diese zunächst in Großbritannien und den Vereinigten Staaten (vgl. Renggli, 2004, 18). Im deutschsprachigen Raum starteten entsprechende Debatten erst mit zeitlicher Verzögerung. Zur Etablierung des Forschungsfeldes trugen die Ausstellungen ‚Der (im-)perfekte Mensch‘ und ‚Phantom Schmerz‘ im Hygienemuseum Dresden in den Jahren 2001 und 2002, die Gründung der ‚AG-Disability Studies‘ in 2002 sowie die ‚Sommeruniversität Disability Studies‘ an der Universität Bremen in 2003 bei (vgl. Degener, 2003, 23; Schönwiese, 2005; Waldschmidt, 2005, 10). In der Folge ist im deutschsprachigen Kontext eine intensiviertere Beschäftigung mit Ansätzen der Dis_ability Studies zu erkennen, die sich neben Einführungen in das Themenfeld (vgl. Dederich, 2007; Rathgeb, 2012; Waldschmidt & Schneider, 2007; Waldschmidt, 2020) und einer Tagungsdokumentation (vgl. Brehme et al., 2020), auch anhand einer Reihe von Studien dokumentieren lässt. In diesem Zusammenhang finden sich nicht nur unterschiedliche methodische Zugänge, um Sichtweisen Betroffener zu erfassen (vgl. Bruner, 2005; Buchner, 2018; Freitag, 2005; Kremsner, 2017; Pfahl, 2011), sondern auch kulturwissenschaftliche (vgl. Gottwald, 2009) und historische Arbeiten (vgl. Bösl, 2009). Darüber hinaus wurde mittlerweile das Thema ‚Ableism‘ als weitere Forschungsperspektive in das Feld der Dis_ability Studies eingeführt (vgl. Buchner et al., 2015; Buchner, 2015, 2018; Hirschberg, 2015; Maskos, 2015).

4.1.1 Vom individuellen zum kulturellen Modell von Behinderung

Den Startpunkt der englischsprachigen Dis_ability Studies markiert die Kritik am individuellen Modell von Behinderung. In diesem wird von einer „personal tragedy theory of disability“ (Oliver, 1990, o.S.) ausgegangen, was bedeutet, dass Behinderung als rein persönliches Problem verstanden wird, für das individuelle Funktionseinschränkungen oder psychische Beeinträchtigungen verantwortlich gemacht werden. Mithilfe einer medizinischen Diagnostik wird dabei eine körperliche Schädigung identifiziert, von der angenommen wird, dass daraus zwangsläufig eine Behinderung auf der sozialen Ebene erwachse. Ohne die Möglichkeit einer gesellschaftlichen Verursachung in Betracht zu ziehen, resultiert daraus eine individuelle, medizinisch-therapeutische Behandlung, die auf eine Anpassung der Behinderten an ihre Umwelt zielt. Eine zentrale Bedeutung besitzt in diesem Zusammenhang die Medikalisierung von Behinderung, da durch diese eine Wiederher-

73 Den Begriffen ‚behinderte Menschen‘ oder ‚Behinderte‘ wird in dieser Arbeit ein soziales Verständnis von Behinderung zugrunde gelegt, das auf ein durch gesellschaftliche Strukturen ‚behindert werden‘ verweist.

stellung von Normalität angestrebt wird (vgl. ebd.). Bis in die 1980er-Jahre stellte das individuelle Modell das vorherrschende Paradigma im Kontext von Behinderung dar, was dazu führte, dass die Bearbeitung des Phänomens Behinderung meist auf die Gebiete der Medizin, der Psychologie und der (Sonder-)Pädagogik beschränkt blieb (vgl. Waldschmidt, 2005, 9).

Im Zuge der Kritik am individuellen Modell wurde in den britischen Dis_ability Studies durch einen Bezug auf die Theorie sozialer Unterdrückung das soziale Modell von Behinderung entwickelt (vgl. Barnes, 2003; Barnes & Mercer, 2010; Oliver, 1990; Shakespeare & Wattson, 2002; Shakespeare, 2006). Dieses geht zurück auf ‚The Union of the physically impaired against segregation‘ (UPIAS), eine Gruppe marxistischer Aktivisten,⁷⁴ welche sich für die Abschaffung segregierender Einrichtungen und die volle Partizipation behinderter Menschen einsetzte (vgl. Shakespeare 2006, 197). Nach ihrem Verständnis ist Behinderung in erster Linie das Ergebnis gesellschaftlicher Verhältnisse, die zu einer Unterdrückung Behinderter führen.

„In our view, it is society which disables physically impaired people. Disability is something imposed on top of our impairments, by the way we are unnecessarily isolated and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group in society.“ (UPIAS, 1976, 3f.)

Durch den Verweis, dass Behinderung (disability) der körperlichen Beeinträchtigung (impairment) aufkrotyriert wird, führt die UPIAS eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen diesen beiden Ebenen ein. Ohne die Realität körperlicher Beeinträchtigungen zu negieren, soll hiermit hervorgehoben werden, dass körperliche Beeinträchtigungen keine hinreichende Bedingung für Behinderungen darstellen. Vielmehr sei zwischen dem ‚impairment‘, das man hat und der ‚disability‘, die man erfährt, zu unterscheiden. Behinderung wird damit als Ergebnis von Unterdrückungsverhältnissen zwischen Menschen mit und ohne körperliche Beeinträchtigungen verstanden (vgl. Barnes & Mercer, 2010, 29f.; Shakespeare & Wattson, 2002, 4). Sie ist

„kein Ergebnis medizinischer Pathologie, sondern das Produkt sozialer Organisation. Sie entsteht durch systematische Ausgrenzungsmuster, die dem sozialen Gefüge inhärent sind. Menschen werden nicht auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen behindert, sondern durch das soziale System, das Barrieren gegen ihre Partizipation errichtet.“ (Waldschmidt, 2005, 18)

Ziel des sozialen Modells ist es, einen Perspektivenwechsel auf das Thema Behinderung einzuleiten und dieses nicht als individuelles, sondern gesellschaftliches Problem zu begreifen, das einer Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse bedarf (vgl. Shakespeare & Wattson, 2002, 5). Rückblickend entpuppte sich das soziale Modell als äußerst effektive Strategie, da dadurch ein Abbau gesellschaftlicher Barrieren eingeleitet und die Selbstermächtigung der Betroffenen befördert werden konnte (vgl. ebd., 4f.; Shakespeare, 2006, 199).

Dessen zum Trotz steht das soziale Modell unter anderem aufgrund einer fehlenden theoretischen Beschäftigung mit der Ebene des ‚impairment‘ in der Kritik. So wird angemerkt, dass bei der Differenzierung zwischen ‚impairment‘ und ‚disability‘ die Ebene der körperlichen Beeinträchtigung in generalisierender Weise vorausgesetzt wird, ohne die Möglichkeit einer sozialen Verursachung in Betracht zu ziehen (vgl. Shakespeare & Wattson, 2002, 9ff.). Mit einem Bezug auf Hughes & Paterson (1997) wird dieser Umstand als ‚Körpervergessenheit‘ des sozialen Modells bezeichnet (vgl. Waldschmidt, 2005, 22f.). Demnach verweise die dualistische

⁷⁴ Nach Shakespeare (2006, 200) waren es ausschließlich weiße, heterosexuelle Männer mit Wirbelsäulenverletzungen, was seiner Auffassung zufolge zur Ausblendung weiterer Differenzlinien und einem engen Verständnis von Behinderung führte.

Trennung zwischen der körperlichen Beeinträchtigung und der sozialen Behinderung auf einen essenzialistischen Kern des sozialen Modells, was zur Folge hat, dass körperliche Beeinträchtigungen weiterhin Gegenstand der Biologie und Medizin bleiben (vgl. ebd.). Daraus folgt, dass der beeinträchtigte Körper im sozialen Modell ahistorisch, vorsozial und rein natürlich konzipiert wird, wodurch die Bedeutung soziokultureller und historischer Konstruktionsweisen der Kategorie ‚impairment‘ negiert wird (vgl. Hughes & Paterson, 1997, 326).

Eine Möglichkeit die kritisierte Engführung zu vermeiden, bietet eine Orientierung am kulturellen Modell von Behinderung, das im Kontext der US-amerikanischen Dis_ability Studies auf der Grundlage eines kulturwissenschaftlichen und sozialkonstruktivistischen Minderheitenansatzes ausgearbeitet wurde. Durch Anschlüsse an den ‚cultural turn‘ der Cultural Studies werden die das soziale Modell bestimmenden marxistischen Bezüge um poststrukturalistische Positionen erweitert, wodurch binäre Konzeptionen von Kategorien wie ‚behindert‘ und ‚nicht_behindert‘ überwunden und auf Konstruktionsprozesse wirkende Machtaspekte erfasst werden sollen (vgl. Dannenbeck, 2007, 104). Vollzogen wird hierdurch ein weiterer Perspektivenwechsel: weg von einer Fokussierung auf gesellschaftliche Unterdrückungsverhältnisse hin zu Konstruktionsprozessen innerhalb der Mehrheitsgesellschaft. Dies umfasst Analysen zur Hervorbringung von Wissen, Subjektivität, Körperlichkeit, Normalität und Identität sowie damit einhergehende Kategorisierungsprozesse (vgl. Waldschmidt, 2005, 24ff.; 2009 et al., 128). So ist aus einer grundlagen- und gesellschaftstheoretischen Sicht zu analysieren,

„wie kulturelles Wissen über Körperlichkeit und Subjektivität produziert, transformiert und durchgesetzt wird; wie Normalitäten und entsprechende Differenzierungskategorien konstruiert und etabliert werden; wie sich gesellschaftliche Praktiken der Ein- und Ausschließung gestalten.“ (Waldschmidt & Schneider, 2007, 17)

Behinderung wird in diesem Zusammenhang als „spezifische Form der ‚Problematisierung‘ körperlicher Differenz“ (Waldschmidt, 2005, 24) verstanden und es ist zu untersuchen, durch welche Texte der als ‚behindert‘ ausgerufenen Körper‘ produziert wird (vgl. Dannenbeck, 2007, 107). Von zentraler Bedeutung ist daher, wie in „Diskursen und institutionellen Praktiken ‚Behinderung‘ als soziales Faktum hergestellt“ (Waldschmidt, 2007, 56) und „der Tatbestand ‚Behinderung‘ als prononciertes Gegenteil des Normalen“ (ebd., 66) konstruiert wird.

Im Gegensatz zu naturalistischen Auffassungen wird von Vertreter_innen der kulturwissenschaftlichen Dis_ability Studies im Anschluss an den ‚body turn‘ in der Soziologie (vgl. Gugutzer, 2004, 2006) sowie einem verstärkten Bezug auf poststrukturalistische Theorien (vgl. Hughes & Paterson, 1997; Tremain, 2005; Waldschmidt, 2007) herausgestellt, dass es „keine objektive, kulturunabhängige Grenze zwischen der Natur unseres Körpers und seinen kulturellen Prägungen“ (Dederich, 2007, 59) gibt. In diesem Sinne kann die Ebene des ‚impairment‘ nicht weiter als (natur-)gegeben, ahistorisch und vorsozial vorausgesetzt oder als rein medizinisch bestimmt betrachtet werden. Vielmehr wird es nötig, ‚impairment‘ als Produkt diskursiver Zuschreibungen zu verstehen, das durch die Macht medizinischer Klassifikationen bestimmt wird und sich durch sprachliche Wiederholungen materialisiert.

„Impairment, in other words, is a product of discursive practices; like sex it is an effect, rather than an origin, a performance rather than an essence. The re-iterative power of discourse perfects the performance so that the body not only becomes the materialisation of its diagnostic label, but also its own set of constraints and regulations. In this post-structuralist view, impairment is no longer a biological fact, but a discursive product.“ (Hughes & Paterson, 1997, 333)

Die Ebene des ‚impairment‘ stellt somit einen historischen Effekt von Wissen dar, weshalb die Materialität des Körpers nicht von den historisch kontingenten Praktiken unterschieden werden kann, die diese erzeugen. Die Natur oder das Natürliche sind folglich nicht prädiskursiv vorhanden, sondern werden durch disziplinatorische Praktiken und diskursive Zuschreibungen erzeugt (vgl. Tremain, 2005). Dies ist jedoch nicht dahingehend misszuverstehen, dass damit von einem kausalen Verhältnis zwischen ‚disability‘ und ‚impairment‘ ausgegangen wird (vgl. Waldschmidt, 2007, 59). Vielmehr wird eine wechselseitige Durchdringung von Körper und Gesellschaft angenommen, der zufolge der Körper sowohl Produkt diskursiver Effekte als auch Produzent einer eigenen Materialität ist (vgl. Gugutzer, 2004, 157). Der Diskurs produziert demnach eine spezifische Materialität des Körpers, die allerdings von den entsprechenden Subjekten performativ zu reaktualisieren ist (vgl. ebd., 129f.).

Übertragen auf den Gegenstand ADHS scheint eine kulturwissenschaftlich inspirierte Orientierung aus mehreren Gründen bedeutsam:

Zum einen deshalb, da die Konstruktion des Phänomens ADHS – ähnlich dem Tatbestand Behinderung – „hartnäckig [...] auf einer naturgegebenen Ontologie beharrt“ (Waldschmidt, 2007, 66). Dies deutete sich bereits aufgrund der Vormachtstellung klinischer Wissensbestände an, die dessen Konstruktion bestimmen (s. Kap. 2, Kap. 3). In der Folge kann dies dazu führen, dass das Phänomen auf einen organisch-körperlichen Defekt im Gehirn reduziert bleibt, wodurch schließlich eine (Re-)Naturalisierung von ADHS begünstigt wird (vgl. Karsch, 2011, 272). So besteht die Möglichkeit, dass mit einer positivistischen Betrachtungsweise eine objektive Wahrheit des Phänomens festgeschrieben, das ‚Nicht_Normale‘ als krank erachtet und mithilfe diagnostischer Praktiken – von denen in der Regel auf eine körperliche Funktionsstörung geschlossen wird – in den Körper eingeschrieben wird. Da diese Zuschreibungspraktiken im Zuge der Diagnostizierung mit einer gesteigerten Überwachung kindlicher Entwicklung und einer erhöhten Macht des klinischen Diskurses in Verbindung stehen, wird ADHS auch als ein ‚new impairment‘ bezeichnet (vgl. Goodley, 2011, 158f.). Die Materialisierung des ‚impaired body‘ erfolgt durch sich wiederholende diskursive Zuschreibungen, die gleichzeitig die institutionellen Ursprünge seiner sozial konstruierten Natur verdecken (vgl. ebd., 114f.). Zu prüfen ist daher, inwiefern auch in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion auf ontologische Konzeptionen von impairment zurückgegriffen wird und ob bzw. auf welche Art hier eine Materialisierung des ‚impaired body‘ erfolgt.

Zum anderen bietet sich bezogen auf den Gegenstand ADHS an, der Orientierung des kulturellen Modells mit Blick auf Konstruktionen von ‚Nicht_Normalität‘ in Diskursen der Mehrheitsgesellschaft zu folgen. So verspricht die Analyse der Konstruktion des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens zu einer Rekonstruktion von ‚Normalität‘ und ‚Nicht_Normalität‘ im Zusammenhang mit Wissen über Körperlichkeit und Behinderung beizutragen. Deshalb ist ein zentrales Anliegen dieser Dissertation zu zeigen, wie „der ‚behinderte Körper‘ [im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs; BH] diskursiv, produziert, beherrscht und reguliert“ (Dederich, 2004, 185f.) wird.

Der Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS wird in dieser Arbeit ein kulturwissenschaftlich inspiriertes Verständnis von Behinderung zugrunde gelegt. Hiermit wird angenommen, dass das Phänomen ADHS das Ergebnis unterschiedlicher Diskursivierungen zu Themen wie Behinderung, Normalität und Körperlichkeit darstellt. Dies zielt darauf, die disziplinären Konstruktionsprozesse des (sonder-)pädagogischen Feldes zu erfassen, um hiermit institutionalisierte Ausgrenzungsmechanismen innerhalb der Mehrheitsgesellschaft zu identifizieren.

4.1.2 Dis_ability Studies in Education

Aufgrund des zuvor erörterten Verständnisses von Behinderung und in Verbindung mit der Zielstellung die (sonder-)pädagogische Wissensproduktion zum Thema ADHS mit einer normalismuskritischen Ausrichtung zu analysieren, kann die vorliegende Untersuchung auf dem Gebiet der Disability Studies in Education (DSE) verortet werden.⁷⁵ Neben einer politischen Ausrichtung zeichnet sich dieser Zugang durch eine Orientierung an den theoretischen Grundlagen der Dis_ability Studies aus, wonach Behinderung als soziale und kulturelle Konstruktion betrachtet wird (vgl. Baglieri et al., 2011, 265; Connor et al., 2008, 447; Danforth & Gabel, 2008; Moore & Slee, 2012; Rice, 2006; Rogers & Mancini, 2010; Ware, 2005). Durch den Transfer entsprechender Forschungsperspektiven in das erziehungswissenschaftliche Feld befinden sich DSE an der Schnittstelle von Dis_ability Studies und Bildungsforschung und zielen darauf ab, die Bedeutung von Behinderungsphänomenen in institutionalisierten erziehungswissenschaftlichen Kontexten zu untersuchen (vgl. Danforth & Gabel, 2008, 5).

Ausgehend davon wurde sich in den englischsprachigen DSE bisher unter anderem mit den epistemologischen Grundlagen des Begriffes Behinderung (vgl. Baglieri et al., 2011, 270ff.) sowie alltäglichen Erfahrungen behinderter Menschen in Schulen und Universitäten beschäftigt (vgl. Connor et al., 2008, 441). Weitere Ansätze zeichnen sich zudem durch eine Kritik an defizitär-orientierten (sonder-)pädagogischen Ansätzen aus (vgl. Baglieri et al., 2011, 270ff.). DSE werden daher auch als eine Erweiterung (sonder-)pädagogischer Diskurse verstanden, durch die eine Überwindung individualistischer Orientierungen und eine Konzeption inklusiver Bildungsangebote angestrebt wird (vgl. Connor et al., 2008, 445). Im Fokus stehen im (sonder-)pädagogischen Feld bestehende Machtfragen und es wird untersucht, wie diese sich auf die Konstruktion von Behinderung in sozialen Praktiken oder Organisationen und Kulturen auswirken (vgl. Danforth & Gabel, 2008, 3ff.). Dies erfolgt einerseits durch die Analyse von im erziehungswissenschaftlichen Feld bestehenden ‚patterns of exclusion‘, die vor dem Hintergrund einer inklusiven Professionalisierung kritisch diskutiert werden (vgl. Moore & Slee, 2012, 226ff.). Andererseits wird die Relevanz eines ‚unpacking the norm‘ (Rice, 2006, 25) unterstrichen, indem danach gefragt wird, durch welche disziplinierenden Techniken, Naturalisierungen und normativen Annahmen ‚das behinderte Subjekt‘ konstruiert wird. Übergeordnetes Ziel ist es, kulturwissenschaftliche Perspektiven der Dis_ability Studies auf das erziehungswissenschaftliche Feld zu übertragen, um so ein ‚counter-narrative‘ zu individualistisch orientierten Konzeptualisierungen von Behinderung zu entwickeln und die Konstruktion eines neuen Diskurses über Behinderung innerhalb der Erziehungswissenschaften anzuregen (vgl. Connor et al., 2008, 454f.).

In diesem Sinne ist es ein Ziel dieser Arbeit, die kulturwissenschaftliche Perspektive der Dis_ability Studies auf den Gegenstand Behinderung auf die Konstruktion des Phänomens ADHS im

75 Der Ansatz der DSE geht zurück auf die Konferenz der ‚Association for persons with severe handicaps (TASH)‘ in den USA im Jahr 1999. In einer Arbeitsgruppe wurde sich zunächst auf den Begriff DSE verständigt. Anschließend kam es zur Gründung einer ‚special interest group‘ bei der ‚american educational association‘. Seit dem Jahr 2000 finden jährliche Konferenzen statt, auf denen sich kritisch mit dem Thema Behinderung in verschiedenen Fachgebieten und insbesondere im Bildungswesen beschäftigt wird (vgl. Baglieri et al., 2011, 269). Bedingt durch den Umstand, dass sich unter dem Label DSE anfangs auch klassische (sonder-)pädagogische Ansätze fanden, verständigte man sich 2006 auf eine grundsätzliche Ausrichtung (vgl. Connor et al., 2008, 446). Die darin enthaltenen Grundsätze umfassen eine Kontextualisierung des Themas Behinderung in sozialen und politischen Sphären sowie eine Bevorzugung der Interessen und Erfahrungen der als behindert gelabelten Personen. Darüber hinaus sollen Partizipationsmöglichkeiten behinderter Menschen durch eine Orientierung an den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und inklusiven Erziehung bestärkt werden (vgl. ebd., 448).

(sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu beziehen, um dadurch institutionalisierte Ausschließungsprozesse kenntlich zu machen. Es wird sich folglich kritisch mit der Wissensproduktion im Feld der (Sonder-)Pädagogik befassen und es sollen die darin wirksamen Verständnisse von Normalität, Abweichung und Behinderung herausgestellt werden, um eine theoretische Reflexion der disziplinären Grundlagen im Sinne einer empirisch informierten Selbstbeschreibung zu ermöglichen (vgl. Moser, 2003, 7). Unterstützt wird damit gleichzeitig die Konturierung des hierzulande noch wenig ausgearbeiteten Konzepts der DSE (vgl. Buchner, 2018; Köbsell, 2015a, 2015b; Weisser, 2013).

4.2 Zur Produktion und Konstruktion von ‚Nicht_Normalität‘

Nachdem im Zusammenhang mit der Konstruktion von Behinderung bereits auf die Relevanz des Themas Normalität verwiesen worden ist, zielt das folgende Unterkapitel darauf, geeignete theoretische Perspektiven zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit zu finden, um damit die empirische Analyse anleiten zu können. Dazu erscheint es empfehlenswert, kurz in Erinnerung zu rufen, was bisher über die Konstruktion des Gegenstands ADHS in Erfahrung gebracht werden konnte und welche Leerstellen sich hierbei abgezeichnet haben. Wie der Gang durch die Literatur sowohl hinsichtlich vorliegender empirischer Befunde (s. Kap. 2) als auch der Konstruktion von ADHS durch unterschiedliche disziplinäre Wissensbestände (s. Kap. 3) zeigen konnte, besitzt das Thema Normalität bezogen auf das Phänomen ADHS eine übergeordnete Bedeutung. Diese resultiert daher, dass das Label ADHS in Schulen mittlerweile auf eine generalisierende Weise zur Bezeichnung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen verwendet wird. Zudem scheint es, dass ADHS als Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens in Abhängigkeit von Erwartungshaltungen des schulischen Kontexts konstruiert wird und mit dieser Konstruktion konkrete pädagogische Praktiken einhergehen. So ist gerade für die (sonder-)pädagogische Thematisierung des Phänomens ADHS zu erwarten, dass hier Praktiken diskutiert werden, die einerseits eine Unterscheidung zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen ermöglichen und die andererseits darauf zielen, ‚nicht_normales‘ Verhalten wieder ‚normal‘ zu machen. Darüber hinaus wurde bereits deutlich, dass der Gegenstand ADHS abhängig von unterschiedlichen Wissensbeständen als klinisches, soziales oder pädagogisches Problem konzipiert werden kann, wobei eine Dominanz klinischer Thematisierungen zu erkennen ist, mit der das Phänomen einseitig als Krankheit konzeptualisiert wird.

Trotz der genannten impliziten und expliziten Hinweise auf die Bedeutung des Themas Normalität fällt auf, dass dieses insgesamt selten im Zentrum steht und es bisher an einer umfassenden normalismustheoretischen Betrachtung des Phänomens ADHS fehlt. Aufgegriffen wird dieses Desiderat durch die Diskussion normalismuskritischer Perspektiven.⁷⁶ Diese werden zum einen daraufhin befragt, wie mit ihnen die diskursive Konstruktion von ADHS als Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens erfasst werden kann. Zum anderen wird diskutiert, wie eine Anleitung pädagogischer Praktiken auf der diskursiven Ebene abzubilden ist. Mit Blick auf die Anlei-

76 Wenngleich zu konstatieren ist, dass das Thema Normalität lange Zeit „hartnäckig im toten Winkel der Reflexion“ (Link, 1997, 15) verharrte, können unterschiedliche Ansätze identifiziert werden, mit denen versucht wurde, die Konstruktion Normalität zu erfassen. Neben Canguilhem (2012), der auf den medizinischen Ausgangspunkt der Thematisierung des Normalen verwies, zählen dazu insbesondere die Arbeiten Foucaults (u.a. 1977, 1983, 2003), der sich in unterschiedlichen Schaffensphasen mit Fragen der Normierung, Normalisierung und Normalisierungsmacht befasst hat, sowie die Normalismustheorie Links (1997), der die Foucaultschen Perspektiven erweiterte und aktualisierte, allerdings ohne dabei auf das Spätwerk Foucaults Bezug zu nehmen.

tung pädagogischer Praktiken wird im ersten Teil des folgenden Kapitels mit Foucault (1977) dargelegt, inwiefern ‚Nicht_Normalität‘ als Produkt gesellschaftlicher Disziplinierungen zu verstehen ist. Im zweiten Teil werden dann zentrale Annahmen der Normalismustheorie Links (1997) diskutiert. Durch diese wird die Foucaultsche Perspektive aufgegriffen und dahingehend erweitert, dass Normalität sowohl als Produkt operativer Verfahren als auch als Ergebnis diskursiver Konstruktionen betrachtet wird. Mit dem Ziel, beide Perspektiven für die eigene Analyse fruchtbar zu machen, werden diese abschließend kontrastierend diskutiert und zentrale Aspekte für das empirische Vorgehen abgeleitet.

4.2.1 ‚Nicht_Normalität‘ als Produkt gesellschaftlicher Disziplinierung

Aufgrund der bereits angesprochenen Hinweise, dass auf ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen sowohl im historischen (vgl. von Stechow, 2015) als auch im aktuellen schulischen Kontext (vgl. Graham, 2006) mit disziplinatorischen Praktiken reagiert wird, deuten sich Parallelen zu Foucaults (1977) Beschäftigung mit Formen der Disziplinarmacht in *‚Überwachen und Strafen‘* an. Diese werden im nächsten Abschnitt hinsichtlich des schulischen Kontexts konkretisiert und auf ihre Relevanz für die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ befragt.

In seiner Studie befasst sich Foucault mit der Entwicklung moderner Strafsysteme im Europa des frühen 18. Jahrhunderts und zeichnet nicht nur die Konstituierung des Gefangenensubjekts durch Wahrheits- und Machtregime nach, sondern beleuchtet auch, wie in weiteren gesellschaftlichen Institutionen durch Technologien der Kontrolle und Sanktionierung Versuche unternommen werden, die Nützlichkeit und Gefügigkeit der Individuen zu steigern. Mit dem aus dieser Analyse entwickelten Konzept der Disziplinarmacht wird eine in disziplinären Kontexten⁷⁷ wirkende Macht der Norm definiert. Diese wird daran ersichtlich, dass das ‚Normale‘ in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen als Zwangsprinzip etabliert wird. In der Schule gründet dies auf einer standardisierten Erziehung sowie normierenden und normalisierenden Praktiken,⁷⁸ die zu einer Homogenisierung von Verhaltensweisen führen und mit individuellen Abstufungen einhergehen. Im Unterricht wird das Zwangsprinzip des Normalen daran erkennbar, dass diese Praktiken zu einem Instrument der Machtausübung werden (vgl. ebd.). Es deutet sich hiermit an, dass ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen das Resultat disziplinierender Normalisierungen darstellen. Konkretisiert wird deshalb, auf welche Weise diese durch Disziplinartechniken im schulischen Kontext hervorgebracht werden können, wobei von besonderem Interesse ist, durch welche Praktiken der Umgang mit ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen angeleitet werden kann.

Die Institution Schule stellt für Foucault das erste und somit zentrale Element der Disziplinargesellschaft dar. Mit ihr werden Individuen in gesellschaftliche Institutionen eingeführt, mit deren Funktionsweise vertraut gemacht und auf das weitere Leben in institutionalisierten Zusammenhängen vorbereitet. Schule wird deshalb auch als ein ‚Dispositiv der Macht‘ (vgl. Pongratz, 2001) und eine ‚Produktionsstätte von Normkörpern‘ (vgl. Buchner, 2018, 65f.) bezeichnet. Wie sich diese Einführung in disziplinäre Kontexte konkret gestaltet, lässt sich gut da-

77 Unter Disziplinen versteht Foucault (1977, 175) „Methoden, welche die peinliche Kontrolle der Körpertätigkeiten und die dauerhafte Unterwerfung ihrer Kräfte ermöglichen und sie gelehrig/nützlich machen“.

78 Im Folgenden werden Foucaults (1977) Hinweise auf normierende und normalisierende Praktiken zunächst so wiedergegeben, wie sie im Original von *‚Überwachen und Strafen‘* zu finden sind. Am Ende des Unterkapitels erfolgt dann ausgehend von den Ausführungen von Kelle (2013) eine Differenzierung, um damit die eigene empirische Analyse anleiten zu können.

ran veranschaulichen, dass Schüler_innen ab dem Zeitpunkt ihrer Einschulung nach und nach an die hier herrschenden Regeln gewöhnt werden. Dazu gehört unter anderem, dass sie lernen, ein angemessenes Maß an Leistungsbereitschaft und aktiver Mitarbeit an den Tag zu legen, aufmerksam und konzentriert den präsentierten Inhalten zu folgen, bestehende Regeln einzuhalten, ihr Verhalten zu reflektieren und akzeptierte soziale Umgangsweisen zu zeigen. Kurz: Sie lernen, den in der Schule normativ gesetzten Fähigkeitserwartungen zu entsprechen (vgl. Haas, 2019, 260). Dieses Lernen wird durch Praktiken der Lehrer_innen angeleitet, die das Verhalten der Schüler_innen dokumentieren, überwachen und sanktionieren. Durch Rückmeldungen der Lehrer_innen sollen die Schüler_innen lernen, sich auf die erwünschte Art zu verhalten.

Mit Foucault (1977, 173ff.) können die beschriebenen Praktiken als eine Disziplinierung ‚gelehriger Körper‘ durch ‚Mittel der guten Abrichtung‘ verstanden werden. Wenngleich Schule primär zum Ziel hat, die Performanz der Schüler_innen zu vervollkommen, müssen die Körper der Schüler_innen zuerst dem herrschenden Diktat unterworfen und zum Teil umgeformt werden, um den bestehenden Erwartungen zu entsprechen. Vollzogen wird dies unter anderem durch räumliche Arrangements, durch mit Leistungsrückmeldungen verbundene Hierarchisierungen sowie durch eine Überwachung des Verhaltens (vgl. ebd., 181f.).

Anwendung finden hier ‚Mittel der guten Abrichtung‘ (vgl. ebd., 220ff.), wozu die hierarchische Überwachung, die normierende Sanktion⁷⁹ und die Prüfung zählen. Um das Verhalten der Schüler_innen überwachen zu können, ist zunächst die Einrichtung eines ‚zwingenden Blicks‘ der Lehrer_innen nötig (vgl. ebd., 221ff.). Die Funktion, die Lehrer_innen hierbei übernehmen, wird als normierende Beobachtung bezeichnet, bei der Beurteilungen ausgehend von den vorherrschenden Verhaltensanforderungen getroffen werden. Für den Fall, dass die bestehenden Erwartungen nicht erfüllt werden, besteht die Möglichkeit, die Schüler_innen durch normierende Sanktionen ihre „Fehler fühlen zu lassen“ (ebd., 231), um dadurch Abweichungen zu korrigieren und zu reduzieren. Konkret kann dies durch Klassifizierungen von Schüler_innen, durch Disziplinarstrafen (z.B. Strafaufgaben) oder auch Belohnungen (z.B. Smiley-Listen) erfolgen. Letztere werden als sinnvoller und effektiver Ersatz für Sanktionierungen betrachtet, mit dem die Fügsamkeit der Schüler_innen zu erhöhen und deren ‚Herz‘ zu gewinnen ist (vgl. ebd., 232f.). Als zentrales Prinzip der Disziplinarmacht wird schließlich die Prüfung verstanden, durch die der überwachende Blick mit der normierenden Sanktion kombiniert wird. „Sie ist ein normierender Blick, eine qualifizierende, klassifizierende und bestrafende Überwachung. Sie errichtet über den Individuen eine Sichtbarkeit, in der man sie differenzierend behandelt.“ (Ebd., 238)

Die Kombination des normierenden Blicks mit der bestrafenden Überwachung ermöglicht es, die Individualität der Schüler_innen dokumentierbar zu machen und gleichzeitig eine subjektivierende Unterwerfung und Individualisierung anzuleiten. Grund dafür ist, dass die qualifizierende Überwachung darauf zielt, Schüler_innen die Konsequenzen ihres Fehlverhaltens spüren zu lassen und sie dazu auffordert dieses zu ändern. Aufgrund der subjektivierenden Wirkung der Disziplinarmacht wird ersichtlich, dass diese nicht nur unterdrückend wirkt, sondern auch dahingehend einen produktiven Charakter besitzt, dass sie sich Zugriff auf die Körper der Schüler_innen verschafft und Subjektivierungsprozesse anleitet (vgl. ebd., 243ff.). Veranschaulicht wird Letzteres durch das Prinzip des ‚Panoptismus‘,⁸⁰ das verdeutlicht, dass Unterwerfungen

79 Im Sinne der nachfolgenden Konkretisierung im Anschluss an Kelle (2013) verweist die von Foucault beschriebene ‚normierende Sanktion‘ eher auf Praktiken der Normalisierung.

80 Foucault (1977) greift in diesem Zusammenhang auf Benthams Konzept des Panopticons zurück, mit dem durch eine spezifische Architektur des Gefängnisses eine perfekte Überwachung der Gefängnisinsassen angestrebt wurde.

auch ohne den Einsatz von Gewalt möglich sind, sofern Machtverhältnisse von Individuen internalisiert werden.

„Derjenige, welcher der Sichtbarkeit unterworfen ist und dies weiß, übernimmt die Zwangsmittel der Macht und spielt sie gegen sich selber aus; er internalisiert das Machtverhältnis, in welchem er gleichzeitig beide Rollen spielt; er wird zum Prinzip seiner eigenen Unterwerfung.“ (Ebd., 260)

Hierdurch wird Macht nicht nur automatisiert und entindividualisiert; sie funktioniert auch nicht mehr als ein strenger Zwang von außen. Vielmehr erhöht sie ihre Wirksamkeit, indem sie ihren Zugriff auf das Individuum auf subtile Weise verstärkt (vgl. ebd., 265). Mit dem Ziel die Fügsamkeit und Nützlichkeit der Subjekte zu steigern, objektiviert die Disziplinarmacht diese auf eine heimtückische Weise und kann deshalb als verfeinerte und kalkulierte Technologie der Unterwerfung und Subjektivierung verstanden werden (vgl. ebd., 280ff.). Verfeinert wird die panoptische Selbstkontrolle schließlich durch Techniken des Geständnisses und des Bekenntnisses, wodurch das Subjekt lernt bzw. beigebracht und nahegelegt bekommt, sich selbst zu überwachen und zu kontrollieren (vgl. Burkhart, 2008, 4739).

Deutlich wird, dass die Disziplinarmacht nicht nur von außen, sondern im Zuge der Selbstdisziplinierung auch von innen wirken kann und eher auf subtilere Interventionen der Selbststeuerung als auf die Unterwerfung der Individuen setzt. Der Körper wird dabei zur Zielscheibe von Disziplinartechniken und soll durch diese dressiert, unterworfen und nutzbar gemacht werden. Die gesellschaftliche Disziplinierung stellt folglich einen Versuch dar, Normalität und ‚normales‘ Verhalten (wieder-)herzustellen, sodass sich Normalisierung als eine auf den Körper bezogene Normierung gestaltet, die darauf zielt, abweichendes Verhalten zu reduzieren (vgl. Schrage, 2008, 4125f.). In der Schule zeigt sich diese Form der Disziplinarmacht an der in ihr vorherrschenden permanenten Kontrolle und Prüfung, welche zur Konstruktion von ‚Normalschüler_innen‘ beiträgt. So können insbesondere die Techniken der Übung und Prüfung sowie die Bildung homogener Lerngruppen als differenzierte Beeinflussung gelehriger Körper betrachtet werden, die zur Steigerung der Fügsamkeit und der nutzbringenden Kräfte eingesetzt werden (vgl. Pongratz, 2004, 250ff.).

Wie durch die angeführten Beispiele bereits angedeutet, kann das Schul-Dispositiv als historische Antwort auf Disziplinierungsprobleme gelehriger Körper verstanden werden (vgl. Pongratz, 2001, 314). War darin vor allem im 19. Jahrhundert noch eine militärische Abrichtung des kindlichen Körpers durch architektonische und schulorganisatorische Maßnahmen zu erkennen (vgl. von Stechow, 2015, 45), hat sich die Gestalt der Disziplinierung in demokratischen Gesellschaften zunehmend gewandelt. Ersichtlich wird dies an subtilen und produktiven Formen der Disziplinierung im Sinne von Belohnungen, wie beispielsweise den besagten Smiley-Listen, durch die versucht wird, sich der mit dem Begriff der Disziplinarmacht einhergehenden negativen Konnotationen zu entledigen. Pongratz (2001, 317ff.) spricht in diesem Zusammenhang – ausgehend von seiner Beschäftigung mit reformpädagogischen Ansätzen – von einer ‚sanften Wende‘ des Panoptismus. Demnach werde in der Schule durch eine Fokussierung auf dynamische, innengeleitete Arbeitsformen und innere Arrangements gelehriger Körper (wie z.B. Motivation) der Versuch unternommen, die Fremdreulierung der Schüler_innen möglichst früh in eine Selbstregulierung zu überführen. Die Fremderziehung geht dabei in eine Selbsterziehung über, wobei das subjektive Interesse an den Schüler_innen „unmerklich [...] mit dem objektiven Interesse des Schulsystems

„Das Panopticon ist eine Maschine zur Scheidung des Paares Sehen/Gesehenwerden: im Außenring wird man vollständig gesehen, ohne jemals zu sehen; im Zentralraum sieht man alles, ohne je gesehen zu werden.“ (Ebd., 259)

an individueller Kraftentfaltung und ihrer Reintegration in einen Gesamtzusammenhang“ (ebd., 318) verknüpft wird, was letztlich dazu führt, dass die Wirkungsweise der Disziplinarmacht im Verborgenen bleibt. Die ‚sanfte Wende‘ des Panoptismus geht somit mit Formen einer ‚sanften Kontrolle‘ und ‚sanften Disziplinierung‘ einher, bei der sich die vermeintliche ‚Selbstorganisation‘ bei genauerer Betrachtung als ‚Selbstzwang‘ erweist, der eine Bereitschaft zur selbstständigen und aktiven Mitwirkung voraussetzt (vgl. ebd., 319; Pongratz, 2017, 37ff.).

Folglich werden Schüler_innen weiterhin durch Disziplinartechnologien in die schulische Ordnung eingepasst. Der Zugriff der Macht verfeinert sich jedoch dahingehend, dass eher Belohnungen als Sanktionierungen eingesetzt werden. Schüler_innen werden hierdurch nicht nur angerufen, die durch die entsprechenden Verfahren bereitgestellten Subjektpositionen einzunehmen, sondern auch, sich selbst auf den in Schule erwünschten Normalzustand zurückzuführen (vgl. Buchner, 2018, 67f.). Dies führt dazu, dass auch disziplinar bestimmte Ansätze der Selbstführung als „Zwang zur Einhaltung einer Konformität“ (Foucault, 1977, 236) verstanden werden können.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das von Foucault in ‚Überwachen und Strafen‘ ausgearbeitete Konzept der Disziplinarmacht Hinweise darauf liefert, wie die Normalisierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen im schulischen Kontext gestaltet wird. Analog zur Kategorie Behinderung (vgl. Waldschmidt, 2007, 60f.) können daher auch die als ADHS bezeichneten und als ‚nicht_normal‘ konzipierten Verhaltensweisen als ein Produkt gesellschaftlicher Disziplinierung verstanden werden. In dieser Lesart stellt die Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens ein soziales Phänomen dar, dessen Existenz auf entsprechenden Machtpraktiken gründet und durch diese hervorgebracht wird. Darüber hinaus zeigt sich, dass das ‚Nicht_Normaler‘ als Effekt der Wirkungsweise der Disziplinarmacht zu betrachten ist, da dieses erst durch Praktiken der Überwachung identifiziert werden muss, um anschließend normalisiert werden zu können.

Um diese Beobachtungen jedoch auf die eingangs angesprochene Annahme beziehen zu können, dass in der diskursiven Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene (sonder-)pädagogischer Wissensbestände Hinweise auf konkrete pädagogische Praktiken zu erwarten sind, die zur Unterscheidung zwischen ‚normal‘ und ‚nicht_normal‘ führen und durch die versucht wird, das ‚Nicht_Normaler‘ wieder ‚normal‘ zu machen, sind die diskutierten Hinweise auf normierende und normalisierende Praktiken zuerst noch klarer voneinander zu unterscheiden.

Grund dafür ist, dass es sowohl in der französischen Originalausgabe als auch in der deutschen Übersetzung von ‚Überwachen und Strafen‘ (vgl. Foucault, 1977) an einer hinreichenden Unterscheidung zwischen normierenden und normalisierenden Praktiken fehlt und die beiden Begriffe vielmehr synonym verwendet werden (vgl. Link 1997, 133). Im weiteren Verlauf wird deshalb der begriffssystematischen Rahmung und Differenzierung der Begriffe Normierung und Normalisierung nach Kelle (2013, S. 16ff.) gefolgt. Diese stellt im Anschluss an Foucault (1977) und Link (1997)⁸¹ heraus, dass gesellschaftliche Prozesse der Normierung und Normalisierung – im Sinne konkreter Praktiken – zwar eng zusammenhängen, aber nicht zusammengedacht werden sollten. Meint Normierung die präskriptive Festlegung eines Maßstabes oder einer Norm durch institutionalisierte Regeln und Standards, um Phänomene mess- und vergleichbar zu machen,⁸²

81 Auch wenn Link (1997) auf die synonyme Verwendung der beiden Begriffe hinweist, können auch seine Hinweise auf operative Praktiken im Allgemeinen sowie die Normierung durch die Errichtung von Normalfeldern durch Verdattung und Prozesse der sozialen Normierung die bestehende Mehrdeutigkeit mit Blick auf konkrete Praktiken nicht hinreichend auflösen.

82 Diese Definition kann damit als Konkretisierung der Ausführungen Links (1997) verstanden werden, der mit Normierung die Errichtung von Normalfeldern auf der Grundlage von Verdattung umschreibt.

verweist Normalisierung stärker auf eine deskriptive Perspektive der weiteren sozialen Prozesse der Ausrichtung an der umschriebenen Norm und die (Wieder-)Herstellung von Normalität. Damit wird es möglich, den Fokus von zentralen Strukturierungs- und Orientierungsmustern auf dahinterstehende Praktiken und Prozesse des Ordners selbst zu legen, wobei zu berücksichtigen ist, dass Praktiken der Normierung und Normalisierung eingebunden sind in ein übergeordnetes Normalisierungsdispositiv (vgl. Kelle, 2013).

Auch wenn sich mit dieser Differenzierung ein Potenzial von Foucaults Ausführungen in ‚Überwachen und Strafen‘ für die eigene Analyse abzeichnet, ist zu beachten, dass Normalität hier trotz der Verweise auf deren historischer Kontextgebundenheit in erster Linie im Sinne eines juristischen Machttypus und selten flexibel gedacht wird (vgl. Link, 1997, 137). Dies widerspricht der Beobachtung, dass das Normale nicht ausschließlich in einem statisch-normativen Sinne den Subjekten durch Dressur aufoktroiyert wird (vgl. Waldschmidt, 1998, 8). Zudem werden für die Analyse der Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs weitere theoretische Betrachtungsfolien benötigt, um Normalität auch als Ergebnis diskursiver Praktiken verstehen zu können.

4.2.2 ‚Nicht_Normalität‘ als diskursiv-strategisch hervorgebrachte Kategorie

Durch die Ausführungen im letzten Abschnitt zeigte sich, dass ‚Nicht_Normalität‘ als Produkt normierender und normalisierender Praktiken zu verstehen ist. Da jedoch die Frage, inwiefern diese auch als Resultat diskursiver Praktiken verstanden werden kann, noch nicht beantwortet wurde, wird nun geprüft, inwiefern die Normalismustheorie Links (1997)⁸³ Hinweise für die Analyse der Konstruktion des Phänomens ADHS als Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs liefern kann.

In seiner diskurstheoretisch inspirierten Studie mit dem Titel ‚Versuch über den Normalismus‘ entwickelt Link im Anschluss an Foucault einen spätmodernen Normalitätsbegriff und hebt hervor, dass Normalität ein modernes Phänomen westlicher Gesellschaften darstellt, das seit ca. 200 Jahren mittels unterschiedlicher normalistischer Strategien ausgebildet wurde und auf einer verdateten Gesellschaft gründet. Den Normalismus versteht er als „ein intermittierendes und disparates, historisch extrem bewegliches diskursiv-operatives Feld“ (ebd., 26). Ausgegangen wird davon, dass die soziale Wirklichkeit von Normalität in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern sowohl durch operative Verfahren als auch durch diskursiv-semantische Konstruktionen erzeugt wird. In diesem Sinne kann Normalität als eine diskursiv erzeugte, kultur- und subjektkonstitutive Kategorie verstanden werden, deren Konstruktion von Thematisierungen in verschiedenen Inter- und Spezialdiskursen sowie der Verhandlung auf der Ebene des Alltagswissens bestimmt wird.⁸⁴ Normalität stellt folglich keinen natürlichen Tatbestand dar, sondern

83 Diese schließt an spätere Untersuchungen Foucaults (1983, 2003) an, in denen die Macht des Diskurses zur Herstellung von Normalität und der produktive Charakter der Normalisierungsmacht expliziter herausgestellt wird. Verwiesen wird hierbei zum einen auf die Bedeutung der Verbreitung des psychiatrischen Wissens zur Hervorbringung des ‚anormalen‘ Individuums und die auf dem Gebiet der Psychiatrie ausgebildete ‚Technologie der Anomalie‘. Hervorgehoben wird damit die Relevanz disziplinärer Wissensbestände bei der Konstruktion ‚normalen‘ Verhaltens, welche durch entsprechende Differenzsetzungen des ‚Nicht_Normalen‘ erfolgt (vgl. Foucault, 2003). Zum anderen setzt er sich in ‚Sexualität und Wahrheit‘ mit der Produktion von Wissen und Macht auseinander und spricht in diesem Zusammenhang von einer ‚Normalisierungsgesellschaft‘, die sich durch ‚polymorphe Techniken der Macht‘ auszeichne und auf eine Maximierung des Lebens und der Produktivität der Bevölkerung ziele (vgl. Foucault, 1983).

84 Die Unterschiede zwischen Elementar-, Inter- und Spezialdiskursen werden an späterer Stelle im Zuge der methodologischen Überlegungen konkretisiert (s. Kap. 5.2.1).

ist als „rein soziokulturelles Phänomen“ (ebd., 341) und Produkt von Normalisierungsprozessen zu verstehen (vgl. ebd., 425f.). Link verweist zudem auf die Materialität des Diskurses und dessen Beeinflussung durch institutionelle Rahmenbedingungen, welche sich auf Handlungen auswirken und mit Macht-Effekten einhergehen (vgl. ebd.).

Für eine fundierte Auseinandersetzung mit Konstruktionsweisen von Normalität erscheint zunächst eine Differenzierung zwischen Normalität und Normativität geboten. Diese lassen sich dahingehend unterscheiden, dass das Normative durch Gesetze, Gebote und Verbote bestimmt und an präskriptive Handlungsvorschriften mit eindeutig definierten Grenzen gebunden ist. Bei normativen Normen handelt es sich um von außen gesetzte, fixe Punktnormen. Im Gegensatz dazu besitzen normalistische Normen einen deskriptiven Charakter. Sie gründen auf einem statistischen Vergleich, mit dessen Hilfe ein Durchschnitt errechnet und dadurch das ‚Normale‘ bestimmt wird. Normalität erscheint demnach als eine graduelle und dynamische Kategorie, die in Diskursen oder von Subjekten herzustellen ist.⁸⁵ Aufgrund der Möglichkeit, dass Normalität und Normativität parallel existieren und Überschneidungen sowie Konkurrenzen zwischen den beiden Konzepten vorkommen können, ist der Charakter bestehender Normen exemplarisch zu klären (vgl. ebd., 15ff.).

Um mit einer normalistischen Perspektive zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen unterscheiden zu können, bedarf es der Etablierung eines Normalfeldes oder einer Normalzone. Dafür müssen unterschiedliche Phänomene homogenisiert und vergleichbar gemacht werden, um sie anschließend auf einer quantitativ-linear gerichteten Skala anordnen zu können. Wie anhand der Gaußkurve – dem Paradebeispiel normalistischer Diskurse – zu erkennen ist, ermöglicht der Einsatz mathematischer Statistik eine vergleichende Anordnung unterschiedlicher Phänomene. Zudem können auf der Grundlage mathematisch erstellter Normalverteilungen Marker gesetzt und die Normalzone in Unterbereiche aufgeteilt werden. Die Grenze der Normalzone wird dann ausgehend von einer bestimmten Schwankungsbreite festgelegt und damit gleichzeitig bestimmt, wo der Bereich des ‚Nicht_Normalen‘ beginnt. Mit der Etablierung von Normalfeldern geht folglich auch eine Bestimmung von Normalitätsgrenzen einher, die jeweils an entsprechende institutionelle Kontexte gekoppelt sind (vgl. ebd., 75ff.). Für die Konzeption ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen in Schule und Unterricht bedeutet dies, dass diese von Lehrer_innen ausgehend von einem Vergleich der Verhaltensweisen einer Klasse zu bestimmen sind. Auch wenn in der Schule bestimmte Fähigkeitserwartungen als normativ gesetzt erscheinen, muss im konkreten Fall eine Einschätzung darüber getroffen werden, ob das entsprechende Verhalten noch ‚normal‘ oder schon ‚nicht mehr normal‘ ist.

Zur Etablierung der Normalitätsgrenzen charakterisiert Link (1997) zwei idealtypisch konzipierte Strategien, die er als proto- und flexibelnormalistisch bezeichnet.⁸⁶ Die protonormalistische Strategie

85 Die Unterscheidung zwischen normativen und normalistischen Normen veranschaulicht Link (1997, 16) anhand eines Vergleiches von Rechts- und Industrienormen. Funktionieren Erstere als Gebote und Gesetze, gründen die Industrienorm auf einem statistischen Vergleich, der übertragen auf den Kontext Normalität und Normalisierung auf eine „massenhafte Antizipation eines potenziell faktensetzenden Konsenses“ (ebd.) der Subjekte zielt. Folglich ist „normal“ nicht einfach gleich ‚normgemäß‘, ‚Normgeltung‘ nicht einfach identisch mit ‚Normalität‘“ (ebd., 23).

86 Eine eher nachgeordnete Bedeutung spricht Link (1997, 31ff.) transnormalistischen Strategien zu, die sich durch eine Überschreitung flexibelnormalistischer Strategien auszeichnen. Voraussetzung dafür ist, dass sich von etablierten Normalfeldern gelöst wird und Spezialdiskurse durch eine transnormale Logik bestimmt werden (vgl. ebd.). Bestehende Polaritäten zwischen Normalität und Anormalität werden hierbei aufgelöst, wenn etwa der Normalitätsmaßstab vom statistischen Durchschnitt abgekoppelt und durch eine individuelle Normalität bestimmt wird (vgl. Lingenauber, 2003, 30).

gie wird anhand einer maximalen Komprimierung der Normalzone definiert, welche als stabil und fix erscheint. Sie zeichnet sich durch klar definierte Grenzwerte, enge Grenzzonen und eine Orientierung an normativen Normen aus, mit der eine eindeutige Unterscheidung zwischen ‚normal‘ und ‚nicht_normal‘ angestrebt wird (vgl. ebd., 78ff., 337). Ersichtlich wird dies beispielsweise anhand dichotomer Setzungen von ‚normal‘ und pathologisch, die zur Etablierung von Stigma-Grenzen führen und durch welche die ‚Härte‘ protonormalistischer Normalitätsgrenzen verdeutlicht werden kann (vgl. ebd., 149f.). Zurückgegriffen wird hierbei auf die sogenannte ‚Natürlichkeits-Ideologie‘ (vgl. ebd., 151), die sich unter anderem daran zeigt, wenn Behinderungen ausgehend von medizinischen oder biologischen Leitdiskursen naturalisiert werden oder wenn von statistisch ermittelten Durchschnittswerten auf eine ‚Natürlichkeit‘ geschlossen wird (vgl. ebd., 145ff.). An dieser Stelle deutet sich eine Parallele zu dem an, was Canguilhem (2012, 243) als ‚objektive Pathologie‘ beschrieben hat. Gemeint ist damit eine rein medizinische Konzeption von Normalität, bei der das ‚Normale‘ und das Pathologische gleichgesetzt werden und der Durchschnitt ontologisch bestimmt wird.⁸⁷ Dieser Aspekt ist im Zuge der empirischen Analyse insbesondere deshalb in Erinnerung zu rufen, da sich ähnliche Tendenzen bereits bei der Konstruktion von ADHS durch disziplinäre Wissensbestände zeigten, wenn trotz kontrovers diskutierter Ursachenannahmen durch diagnostische Untersuchungen auf eine organische Basis der Verhaltensweisen geschlossen wird (s. Kap. 3). Der normalisierende Charakter protonormalistischer Strategien wird dahingehend bestimmt, dass diese aufgrund ihrer normativen Orientierung vor allem durch Außensteuerung, Disziplinierung und Dressur auf das Subjekt wirken (vgl. Link, 1997, 153).

Im Gegensatz dazu wird als flexibelnormalistische Strategie die maximale Expansion und Dynamisierung der Normalitätszone bezeichnet, die mit einer durchlässigen Gestaltung von Normalitätsgrenzen einhergeht (vgl. ebd., 78ff.). Die Grenze wird hier auf eine ‚weiche‘ und ‚lockere‘ Art semantisch und symbolisch markiert. Im Vergleich zum Protonormalismus wird beim flexiblen Normalismus davon ausgegangen, dass Subjekte nicht von außen gelenkt und konditioniert werden. Vielmehr werden Subjekte dazu aufgefordert, sich zu gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen zu verhalten. Daraus erwachse schließlich die Anforderung zur Selbstnormalisierung sowie die Möglichkeit bestehende Grenzen zu überwinden oder auszudehnen (vgl. ebd., 337f.). Das Subjekt wird so dazu angehalten, sich an den statistisch errechneten, durchschnittlichen Normalzustand anzuschmiegen (vgl. Buchner, 2018, 76). Die wesentliche Differenz zwischen den beiden Strategien beschreibt Link (1997, 92) wie folgt:

„Der Protonormalismus legt seine Normen ex ante fest und ist bereit, sie den Individuen repressiv aufzuzwingen, [...] der flexible Normalismus errechnet die Norm ex post aus statistischen Erhebungen und überlässt es den Individuen, ihr Verhalten aufgrund ihres Wissens über die Statistik selbst zu adjustieren.“

Trotz der konträren Funktionsweisen der beiden normalistischen Strategien wird betont, dass diese sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Grund dafür ist, dass beide auf dem gleichen Normalitätsfeld operieren. So können die beiden Strategien kombiniert oder abwechselnd eingesetzt werden, nebeneinander oder als Mischformen existieren. Die enge gegenseitige Abhängigkeit der beiden Strategien versteht Link als unlösbare Interdependenz.⁸⁸ Es wird jedoch ange-

87 Wie Canguilhem (2012, 155ff.) herausstellt, wird in diesem Zusammenhang verkannt, dass gesellschaftliche Normen biologische Gesetze überlagern können, was sich daran zeige, dass beispielsweise die Körpergröße eines Menschen nicht nur eine biologische Tatsache, sondern ein gesellschaftliches und umweltbedingtes Phänomen darstellt. Im Gegensatz dazu stellt er heraus, dass die Materie der Umwelt gegenüber nicht passiv, sondern von dieser bestimmt und auf diese zurückwirkend ist (vgl. ebd., 188).

88 Link (1997, 59) bezeichnet diese Interdependenz auch als ‚aporetische siamesische Bifurkation‘.

nommen, dass diese auf der Ebene des Subjekts durch einen ‚Kohärenz-‘ oder auch ‚Zugzwang‘ eingeschränkt wird, sich für eine der beiden Strategien zu entscheiden (vgl. ebd., 79ff.).⁸⁹

Wenngleich der Einsatz flexibelnormalistischer Strategien auf eine Expansion des jeweiligen Normalfeldes und die Gestaltung durchlässiger Grenzen zielt, ist dies nicht dahingehend zu verstehen, dass keine Grenzen mehr gezogen werden. Vielmehr werden hinsichtlich der Grenzbeziehungen paradoxe und widersprüchliche Effekte deutlich. Diese sind zum einen dadurch bedingt, dass nach dem ‚Kontinuitätspostulat‘ keine qualitativen Grenzen gezogen werden können und die Normalitätsgrenze lediglich „einen prinzipiell verschiebbaren Punkt in einem Kontinuum“ (ebd., 339) darstellt. Zum anderen besagt das ‚Toleranzgrenzpostulat‘, dass ‚Normalität‘ irgendwo enden und ‚Nicht_Normalität‘ beginnen muss und es zeigt sich, dass die Grenze des ‚Normalen‘ an dem Punkt festgesetzt wird, wo sie von der Mehrheit einer Population als evident erachtet wird. Umgesetzt wird dies durch den Einsatz von semantisch-symbolischen Zusatzmarkern, womit temporäre Sonderbehandlungen einhergehen können. Der flexible Normalismus zeichnet sich folglich durch Grenzen aus, die niemals definitiv, sondern wesentlich provisorisch sind und nur eine begrenzte Haltbarkeit besitzen (vgl. ebd., 339ff.).

Der Versuch, den Bereich des ‚Normalen‘ maximal zu weiten, wird jedoch durch die Vorgabe reglementiert, dass die Expansion nicht dazu führen darf, die Kontinuität und das Gleichgewicht des Normalfeldes zu zerstören, denn dies würde ein Umkippen in protonormalistische Strategien provozieren. Link vergleicht dies mit dem Versuch ein Gummiband maximal zu dehnen und gleichzeitig sicherzustellen, dass dieses nicht reißt. Wenn also die Strategie des flexiblen Normalismus darin besteht, die Normalzone bis zum Anschlag auszudehnen, so verweist der Vergleich mit dem Gummiband darauf, dass dies nicht unbegrenzt möglich ist, sondern an einem gewissen Punkt seine Belastungsgrenze erreicht. Aufgrund dieser begrenzten Dehnbarkeit sind flexible Grenzziehungen per se provisorisch und labil und müssen durch die Möglichkeit des Umkippens geschützt werden. Das elastische und vom Reißen bedrohte Gummiband flexibelnormalistischer Strategien wird deshalb durch ein ‚mitgeführtes Sicherheitsseil‘ abgesichert, das in einer möglichen Transformation in protonormalistische Strategien besteht. Durch diese integrierte Schutzfunktion wird erkennbar, dass der flexible Normalismus und der Protonormalismus an der absoluten Normalitätsgrenze wieder zusammenfallen. Aus diesem Grund kann auch die flexible Strategie nicht auf ein absolutes Stigmasymbol verzichten, durch das im Falle des Umkippens Normalitätsgrenzen wieder festgeklopft und verdickt werden (vgl. ebd., 340f.).

Die Bedeutung normalismustheoretischer Perspektiven auf den gesellschaftlichen Tatbestand Behinderung konnte bereits durch eine Reihe empirischer Untersuchungen unterstrichen werden (vgl. Buchner, 2018; Danz, 2015; Hirschberg, 2009; Lingenauber, 2003; Schildmann, 2004; von Stechow, 2004; Waldschmidt, 1998; Weinmann, 2003). Wurde hierbei meist einer diskursanalytischen Orientierung gefolgt, zeigt der Überblick über die Studien, dass im Feld der (Sonder-)Pädagogik ein normalismuskritischer Fokus in der jüngeren Vergangenheit zunehmend vernachlässigt wurde (vgl. Buchner, 2018, 309). Dies erscheint insbesondere aufgrund der Verpflichtung zu einem inklusiven Bildungssystem und den damit einhergehenden Forderungen nach einer veränderten Konzeption von Behinderung und Differenz überraschend, sodass

89 Dazu schreibt Link (1997, 81): „Wie sich aber erweisen wird, ist diese Kombinatorik durch eine Art ‚Kohärenz-zwang‘, insbesondere auch der einzelnen Subjekte, stark eingeschränkt. Wer daher für eine radikale Aussonderung ‚verhaltensauffälliger Kinder‘ eintritt, wird in aller Regel auch die Legalisierung *weicher* Drogen ablehnen und dann auch (sollte er auch selber phasenweise dem Alkohol verfallen) schlecht gegen niedrige Promillegrenzen argumentieren können (‚Zugzwang‘):“

auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensproduktionen aktuell ein besonderer Bedarf an normalismuskritischen Perspektiven markiert werden kann.

Die vorliegenden normalismustheoretischen Untersuchungen verweisen darauf, dass Normalität im Kontext von Behinderung eine diskurstragende Kategorie darstellt und abhängig von sozio-historischen sowie disziplinären Rahmenbedingungen unterschiedliche normalistische Strategien zum Einsatz kommen (vgl. Lingenauber, 2003; Schildmann, 2004; von Stechow, 2004; Weinmann, 2003). Weitere Befunde deuten außerdem auf ein konkurrenzes und teilweise widersprüchliches Verhältnis normalistischer Strategien hin. Ein solches lässt sich beispielsweise auf dem Gebiet der sogenannten ‚Verhaltensgestörtenpädagogik‘ erkennen, auf dem trotz einer grundsätzlichen Konkurrenz der beiden Strategien eine fortwährende Bevorzugung protonormalistischer Strategien wirksam scheint, die durch eine Orientierung an medizinisch-psychiatrischen Wissensbeständen ausgelöst wird (vgl. von Stechow, 2004). Unterschiedliche normalistische Kräfteverhältnisse können zudem auf einzelnen Ebenen des Dispositivs Behinderung identifiziert werden. Erweisen sich diese auf der Ebene diskursiver Konstruktionen des Behinderungsbegriffs durch einen Bezug auf sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle häufiger als flexibelnormalistisch, finden sich auf der operativen Ebene weiterhin protonormalistische Tendenzen, die auf der Ebene des Subjekts zu paradoxen Selbst-Verhältnissen führen (vgl. Waldschmidt, 1998). Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation, bei der trotz gradueller Flexibilisierungen das Spannungsverhältnis zwischen Behinderung und Funktionsfähigkeit nicht gänzlich aufgelöst wird (vgl. Hirschberg, 2009, 309ff.).

Widersprüchliche Effekte werden auch in der Studie von Buchner (2018) thematisiert, in der mit einer normalismus- und ableismuskritischen Perspektive Subjektivierungsweisen von integrativ beschulten Schüler_innen untersucht werden. Mit Blick auf die Selbstnormalisierung der Schüler_innensubjekte zeigen sich Mischformen normalistischer Strategien, die sich jedoch nicht, wie von Link postuliert, aufgrund des ‚Kohärenzzwangs‘ gegenseitig ausschließen, sondern vielmehr miteinander kombiniert werden müssen. Auf diese Weise wird erkennbar, dass die flexibel gedachte Selbstnormalisierung im Bereich Schule nicht ausschließlich innengelenkt ist. Sie vollzieht sich vielmehr im Anschluss an protonormalistische Disziplinierungen, die eine Voraussetzung für flexibelnormalistische Selbstführungen sind. Damit wird zum einen der Linkschen These widersprochen, nach der eine Außenlenkung mit dem flexiblen Normalismus unvereinbar sei und hervorgehoben, dass die beiden Strategien ein „zwar ambivalentes, aber trotzdem zusammenspielendes ‚Normalisierungs-Team‘ darstellen“ (ebd., 310). Folglich scheint nicht nur ein Umkippen von flexiblen in protonormalistische Strategien möglich, sondern auch eine Verschmelzung der beiden Strategien. Zum anderen wird, ausgehend von der Beobachtung, dass gerade in der Schule Überlagerungen entgegengesetzter normalistischer Strategien zu erkennen sind, kritisch angemerkt, dass in den meisten normalismustheoretischen Arbeiten versäumt wird, den innerhalb flexibelnormalistischer Strategien versteckten, aber wirksamen Zwang zu berücksichtigen, durch den die Subjekte angerufen werden, sich selbst wieder der Mitte der Normalzone anzunähern (vgl. ebd.).

Insgesamt wird deutlich, dass trotz der aktuellen Tendenz des flexiblen Normalismus „möglichst große Bereiche der Behinderung in den Normalbereich aufzunehmen“ (Link, 2004, 138), dies nicht widerspruchsfrei verläuft. Denn wenngleich durch flexibelnormalistische Strategien die Grenzbereiche des Phänomens Behinderung erweitert werden, führt dies nicht dazu, dass die grundsätzliche Polarität zwischen Normalität und Behinderung gänzlich aufgelöst wird (vgl. Waldschmidt, 1998, 21f.). Von besonderem Interesse ist für die vorliegende Untersuchung

daher der Blick auf Mischformen der beiden normalistischen Strategien sowie damit einhergehende Widersprüche und Ambivalenzen.

Wie sich zeigt, wird mit Links (1997) Normalismustheorie die gesellschaftliche Konstruktion von Normalität sowie deren historisch-kulturelle Relationalität explizit herausgestellt. Im Vergleich zu der zuvor diskutierten Perspektive auf die Produktion von Normalität nach Foucault (1977) besteht die zentrale Erweiterung darin, dass Normalität sowohl als Resultat operativer Verfahren als auch diskursiver Thematisierungen zu betrachten ist. Gleichzeitig versprechen die Hinweise zur Errichtung von Normalzonen und die Möglichkeit zwischen disziplinierenden Normalisierungen und Aspekten der Selbstnormalisierung zu unterscheiden, die Prozesse der Normierung und der Normalisierung differenzierter abzubilden. Übertragen auf das Anliegen der vorliegenden Arbeit bedeutet dies, dass zum einen zu analysieren ist, wie die Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im Fachdiskurs der (Sonder-)Pädagogik konstruiert wird. Zum anderen ist zu untersuchen, auf welche Weise Praktiken der Normierung und Normalisierung des ‚Nicht_Normalen‘ angeleitet werden. Zusätzlich ist bedingt durch die dargestellten Befunde zur wechselseitigen Konstruktion von Normalität und Behinderung möglichen Verschränkungen der beiden normalistischen Strategien nachzuspüren.

4.3 Zwischenfazit

Das letzte Kapitel folgte der Zielstellung, geeignete theoretische Perspektiven für die Beantwortung der Fragestellung dieser Untersuchung zu finden. Dazu wurde in einem ersten Schritt die Bedeutung einer kulturwissenschaftlichen Betrachtung des Phänomens ADHS herausgestellt und das in diesen Ausführungen verwendete Verständnis von Behinderung offengelegt. Hervorgehoben wird dadurch die Relevanz von Konstruktionsprozessen des ‚Nicht_Normalen‘ in institutionalisierten Kontexten der Mehrheitsgesellschaft und damit einhergehenden Ausgrenzungsmechanismen. Durch den Transfer dieser Perspektiven der Dis_ability Studies in den erziehungswissenschaftlichen Kontext kann das Vorhaben dieser Arbeit im Feld der Dis_ability Studies in Education verortet werden.

Zur Klärung der Frage, wie ‚Nicht_Normalität‘ gesellschaftlich produziert und konstruiert werden kann, wurden im zweiten Schritt ausgewählte normalismustheoretische Zugänge diskutiert, um hierdurch Hinweise für die Analyse der Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu erhalten. Wie ersichtlich wurde, kann ‚Nicht_Normalität‘ abhängig von historischen und institutionenspezifischen Voraussetzungen durch disziplinierende Techniken im Sinne konkreter Praktiken sowie durch diskursive Konstruktionen hervorgebracht werden. Die daraus resultierenden Analyseebenen konnten mit der Normalismustheorie übergeordnet gerahmt werden, da in dieser davon ausgegangen wird, dass Normalität diskursiv und operativ hergestellt wird und dabei flexibel- und protonormalistische Strategien zum Einsatz kommen können (vgl. Link, 1997). Gerade weil beide Strategien auf dem gleichen Normalfeld operieren, verspricht dies, sowohl den produktiven Charakter der Normalisierungsmacht als auch den ambivalenten Charakter von Disziplinierungen und Möglichkeiten der Selbstnormalisierung zu erfassen. Somit scheint es nicht nur möglich, die im Anschluss an Foucault (1997) diskutierten Aspekte disziplinierender Praktiken in Schulen, sondern auch die der diskursiven Thematisierung zugrunde liegenden Konstruktionen von Behinderung abzubilden. Es zeichnet sich folglich ab, dass mit den diskutierten normalismustheoretischen Grundlagen geeignete theoretische Perspektiven aufgerufen sind, um die Analyse der Konstruktion des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen

Fachdiskurs anzuleiten. Ausgehend von den diskutierten normalismuskritischen Forschungen im Kontext von Behinderung sollte jedoch ein besonderer Fokus auf das möglicherweise ambivalente und widersprüchliche Verhältnis der beiden normalistischen Strategien gelegt werden.

Durch die Diskussion normalismuskritischer Annahmen können für die Analyse des empirischen Materials konkrete Schlussfolgerungen gezogen werden. So wird im Folgenden von der These ausgegangen, dass als ADHS bezeichnete Verhaltensweisen auf der diskursiv-semantischen Ebene des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses als Gegenpol zu ‚normalen‘ Verhaltensweisen und damit als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert werden. Angenommen wird außerdem, dass sich in der diskursiven Konstruktion des Gegenstands ADHS Hinweise auf operative Verfahren identifizieren lassen, mit denen pädagogische Praktiken angeleitet werden. Für die eigene Untersuchung leiten sich daraus folgende Schwerpunkte ab:

- 1) Zum einen ist auf der diskursiv-semantischen Ebene des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zu analysieren, wie der Gegenstand ADHS in der diskursiven Praxis konstruiert wird.
- 2) Zum anderen sind Hinweise auf operative Verfahren im Sinne pädagogischer Praktiken kenntlich zu machen, die zu einer Unterscheidung zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen führen und mit denen versucht wird, ‚nicht_normales‘ Verhalten wieder ‚normal‘ zu machen. Verstanden werden letztere im Anschluss an KELLE (2013, 16ff.) als Techniken der Normierung und Normalisierung.

Bezüglich der Hinweise auf operative Verfahren stellt sich einerseits die Frage, auf welche Weise im zu untersuchenden Material Techniken der Normierung angeleitet werden. Zu untersuchen ist daher, welcher Maßstab im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS festgelegt wird, um ‚nicht_normale‘ von ‚normalen‘ Verhaltensweisen zu unterscheiden. Damit kann gleichzeitig nachgezeichnet werden, welches Verhalten als ‚nicht_normal‘ markiert und außerhalb der Normalzone verortet wird (vgl. Link, 1997). Andererseits ist hinsichtlich der diskutierten Techniken der Normalisierung herauszuarbeiten, welche Praktiken im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs vorgeschlagen werden, um ‚normales‘ Verhalten (wieder-)herzustellen. Zu differenzieren ist hierbei zwischen disziplinierenden Ansätzen und solchen, die eher auf eine Selbstnormalisierung setzen. Stellen Erstere Versuche dar, ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen an eine hegemoniale und normative Ordnung anzupassen und wieder ‚normal‘ zu machen, zielt die Selbstnormalisierung eher auf Formen einer regulierenden Normalisierung (vgl. Schrage, 2008, 4126), bei der sich Subjekte von sich aus am normalverteilten Verhalten der Bevölkerung orientieren. Herauszustellen sind damit normalisierende Effekte der (sonder-)pädagogischen Thematisierung, womit die zu erwartende Konkurrenz aus repressiven und produktiven Funktionsweisen der Normalisierungsmacht abgebildet werden kann (vgl. Kelle, 2013, 19f.).

5 Methodologische Überlegungen und methodisches Vorgehen

Für die Konzeption eines geeigneten methodischen Zugangs zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung kann auf die im Rahmen der Diskussion vorliegender Forschungsbefunde gewonnenen Erkenntnisse (s. Kap. 2) sowie die Ergebnisse zur Konstruktion von ADHS als sozialem Problem (s. Kap. 3) zurückgegriffen werden. Diese zeigen, dass die Wirklichkeit des Phänomens ADHS ausgehend von unterschiedlichen institutionalisierten Wissensordnungen und disziplinären Wissenskonzurrenzen konstruiert wird. Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass auch die Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs von Thematisierungen in weiteren Feldern beeinflusst wird, gleichzeitig jedoch die Möglichkeit besteht, dass auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik eine spezifische Wirklichkeit des Gegenstands ausgebildet wird. Folglich wird auch im (sonder-)pädagogischen Feld eine relationale und kontingente Konstruktion erwartet, die es mit dem nachfolgend zu konzipierenden methodischen Ansatz zu erfassen gilt.

Konnte bereits an unterschiedlichen Stellen dieser Arbeit auf ein Potenzial diskursanalytischer Ansätze verwiesen werden, erscheint eine entsprechende Orientierung insbesondere deshalb hilfreich, da diese verspricht, Auswirkungen gesellschaftlicher Thematisierung auf die phänomenspezifische Produktion und Prozessierung erziehungswissenschaftlichen Wissens zu erfassen. Von besonderer Relevanz ist in diesem Zusammenhang eine Betrachtung produktiver Wissensformierungen (vgl. Fegter et al., 2015, 15), unter anderem entlang spezifischer (sonder-)pädagogischer Problemformulierungen (vgl. Weisser, 2005).

Ausgehend von diesen Vorüberlegungen wird im folgenden Kapitel der Nutzen einer diskurstheoretischen Perspektive zur Beantwortung der zentralen Fragestellung dieser Arbeit expliziert. Dabei ist das Vorgehen in folgende Schritte gegliedert: Zunächst wird im Anschluss an Foucaults Ausführungen in der *Archäologie des Wissens* (1981) die Bedeutung eines diskurstheoretischen Zugangs für eine Untersuchung erziehungswissenschaftlicher Wissensformierungen herausgestellt und es werden methodologische Hinweise zur Analyse diskursiver Praktiken erörtert (s. Kap. 5.1). Darauf folgend wird der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs zum Thema ADHS als elaborierter Interdiskurs verortet und das zu analysierende Material bestimmt (s. Kap. 5.2). Im dritten Schritt wird dann die konkrete methodische Umsetzung spezifiziert. Zurückgegriffen wird auf Codiertechniken der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss, 2010), die mit dem eigenen diskursanalytischen Ansatz verbunden werden (s. Kap. 5.3). Die Konstruktion des eigenen methodischen Ansatzes wird abschließend in methodologischer Hinsicht reflektiert (s. Kap. 5.4).

5.1 Diskurstheoretische Grundlagen

5.1.1 Zum diskurstheoretischen Ansatz Foucaults

Der Begriff des Diskurses hat seit den 1960er-Jahren eine zunehmende Verbreitung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen gefunden. Gegenstand von Diskurstheorien bilden wissenschafts- und gesellschaftstheoretische Fragen, wobei der Fokus auf Zusammenhängen zwischen Sprache und Politik, Wissen und Macht sowie auf Fragen der Konstituierung von Subjekten liegt. Machtanalytische Ansätze gehen meist auf die Diskurstheorie Foucaults (1981) zurück, in deren Zentrum sich wandelnde Denksysteme sowie die Rolle von Macht bei der He-

rausbildung spezifischer Wahrheiten stehen. Besonders seit den 1990er-Jahren ist innerhalb der Sozialwissenschaften eine verstärkte Rezeption des Foucaultschen Diskursbegriffs zu erkennen (vgl. hierzu Bührmann, 1999; Diaz-Bone, 2006; Jäger, 2006; Keller, 2011a, 2011b).

Die Diskurstheorie Foucaults gründet im Wesentlichen auf der ‚*Archäologie des Wissens*‘ (1981), in der er seine historischen Arbeiten in theoretischer und methodischer Hinsicht reflektiert und methodologisch konkretisiert.⁹⁰ Ausgangspunkt ist die Annahme, dass spezifische Wissensordnungen „stets die Wirkung einer Konstruktion sind, deren Regeln man erkennen und deren Rechtfertigung man kontrollieren muss“ (ebd., 40). Konzeptionell ist hiermit eine Methode umschrieben, die sich ausgehend von der Analyse historisch spezifischer Wissensformen mit der Produktion von sozialem Sinn sowie dem Zusammenhang von Wissen und Macht beschäftigt. Zentral steht die Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen einzelnen Aussagen und den jeweils aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen, wodurch die Konstruktion übersituativer und überindividueller Sinnfiguren herausgearbeitet werden kann (vgl. Traue et al., 2014, 494f.).

Foucault (1981, 50) betrachtet den Diskurs als Gruppe von Aussagen zu einem gemeinsamen Gegenstand, die von zeitspezifischen Regeln des Sprechens bestimmt werden. Diskurse stellen demnach keine ahistorischen Gegebenheiten dar, sondern sind als sprachlich produzierte Sinnzusammenhänge oder auch als Strukturen des wissenschaftlichen und institutionengebundenen Sprechens zu verstehen. Sie bestehen aus schriftlichen oder sprachlichen Äußerungen, welche durch Verweise auf die Gegenstände des Diskurses diese selbst hervorbringen. Diskurse können folglich als dem Wissen zugrundeliegende Ordnungsstrukturen verstanden werden, die „die Art und Weise, wie mögliche Elemente von Wissen klassifiziert, gruppiert, aufgereiht und miteinander in Beziehung gesetzt werden“ (Sarasin, 2005, 96) bestimmen. Gleichzeitig wirken sich die innerhalb eines Diskurses getätigten Aussagen auf das gesellschaftliche Sprechen aus und legen so die Grenzen des Sagbaren fest. In diesem Kontext erscheinen vor allem institutionalisierte Orte und Formen der Bedeutungskonstruktion (z.B. in wissenschaftlichen Disziplinen) relevant und es wird davon ausgegangen, dass einzelne Aussagen von (zunächst) verborgenen Mustern bestimmt werden. Diskurse können so als Produkte eines anonym-regelhaften Geschehens betrachtet werden (vgl. Koller & Lüders, 2004, 63), die nicht durch individuelle Urheber_innen, sondern durch diskursive Regelmäßigkeiten hervorgebracht werden. Ziel einer an Foucault (1981, 78) orientierten Analyse ist daher die Beschreibung diskursiver Ereignisse und die Rekonstruktion der den Diskursen zugrundeliegenden Regeln und Muster sowie die hiermit einhergehende Wirklichkeitsbildung.

5.1.2 Diskursanalyse als Instrument zur Erforschung erziehungswissenschaftlicher Wissensformierungen

In den Erziehungswissenschaften stellt die Diskursforschung ein noch junges Forschungsgebiet dar, auf dem erst in der jüngeren Vergangenheit Konturierungen in methodologischer und methodischer Hinsicht vorgenommen wurden (vgl. Koller & Lüders, 2004; Fegter et al., 2015;

⁹⁰ Wengleich Foucault in seiner im Jahr 1970 gehaltenen Antrittsvorlesung am Collège de France zur ‚*Ordnung des Diskurses*‘ (2010) seinen Blick auf die Hervorbringung und Funktionsweisen von Diskursen mit einem genealogischen Ansatz erweiterte und damit das Verhältnis von diskursiven Formationen und nichtdiskursiven Praktiken verdeutlichte, wird sich in dieser Arbeit, mit einem Blick auf die Hervorbringung der Diskursordnung durch diskursive Praktiken in erster Linie an Foucaults Ausführungen in der ‚*Archäologie des Wissens*‘ (1981) orientiert. Gleichzeitig wird der Versuch unternommen, der in der ‚*Ordnung des Diskurses*‘ aufgeworfenen Frage zu Begrenzung des Diskurses insofern nachzugehen, dass anhand des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs dem Wuchern des Diskurses (vgl. Foucault, 2010, 33) auf einer disziplinären Ebene nachgegangen wird. Von besonderem Interesse ist hierbei, wie der Gegenstandsbe- reich ADHS im Interdiskurs der (Sonder-)Pädagogik (s. Kap. 5.2.1) definiert und disziplinär kontrolliert wird.

Langer & Wrana, 2010; Wrana et al., 2014). Bedingt durch den Umstand, dass hierbei weder ein einheitlicher Diskursbegriff noch eine einheitliche Analyse- und Verwendungsmethode finden, erweist sich die erziehungswissenschaftliche Diskursforschung als „gegenstands- und fragestellungsbezogen flexible Forschung“ (vgl. Fegter et al., 2015, 12). Im Anschluss daran finden sich im erziehungswissenschaftlichen Feld eine Reihe diskursanalytischer Zugänge, die sich sowohl in thematischer und methodologischer Hinsicht als auch in ihrer Bezugnahme auf verschiedene Diskurstheorien unterscheiden (vgl. Wrana et al., 2014, 233). Häufig ist innerhalb der erziehungswissenschaftlichen Diskursforschung jedoch eine Orientierung an Foucaults Diskurstheorie und eine Fokussierung auf die Konstitution von Wissen und Wahrheiten zu erkennen. Im Zentrum stehen hierbei Prozesse der Wissensformierung „und zwar (a) in Bezug auf die Frage, *was* in diesen Prozessen *wie* konstruiert wird und (b) in Bezug auf die Frage, wie diesen Wissenskonstruktionen Geltung verliehen wird“ (Fegter et al., 2015, 15; *Hervorb. i. Orig.*).

Auch in der vorliegenden Arbeit besitzt die Analyse der Konstruktion und Formierung von Wissen eine besondere Relevanz. Der Blick wird daher auf die Konstruktion pädagogischer Ordnungen sowie pädagogisch relevanter Gegenstände in fachlichen und wissenschaftlichen Debatten gerichtet. Zu fragen ist, wie spezifisches Wissen erzeugt, legitimiert und durchgesetzt wird und wie dieses Wissen dazu beiträgt, dass spezifische Gegenstände in erziehungswissenschaftlichen Diskursen erscheinen. In diesem Zusammenhang wird angenommen, dass Kategorisierungen und Differenzierungen innerhalb erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände eine Form der Machtausübung darstellen und von Machteffekten begleitet werden (vgl. Wrana et al., 2014, 226ff.).

Bei der Wissenskonstruktion ist eine dynamische Produktion des pädagogischen Wissens zu erwarten (vgl. Fegter et al., 2015, 43), durch die Gegenstände im erziehungswissenschaftlichen Diskurs hervorgebracht werden.⁹¹ Mit einer an Foucault orientierten diskurstheoretischen Perspektive kann davon ausgegangen werden, dass Wissensordnungen konstruiert sind. Da zu erwarten ist, dass die Wirklichkeit der Gegenstände erst etabliert wird, ist es das Ziel diskursanalytischer Ansätze, die Hervorbringung der diskursiv erzeugten Gegenstände durch die diskursive Praxis zu rekonstruieren. Zu zeigen ist, durch welche Regelmäßigkeiten die jeweiligen diskursiven Formationen erschaffen werden (vgl. Fegter, 2015; Rothe, 2015).

Durch die Orientierung an Foucaults diskurstheoretischen Grundlagen scheint es möglich, die Konstruktion des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normaler‘ Verhaltens im Feld der (Sonder-)Pädagogik zu untersuchen. Im nächsten Unterkapitel werden deshalb die zentralen Annahmen Foucaults Diskurstheorie dargestellt und nach ihrem Nutzen für die eigene Untersuchung befragt.

5.1.3 Der Diskurs als geregelte Bedeutungsproduktion

In der ‚*Archäologie des Wissens*‘ bestimmt Foucault (1981) ausgehend von der Analyse historischer Wissensbestände und Diskontinuitäten das methodologische Konzept der Diskursanalyse, jedoch ohne diese explizit als Methode auszuformulieren (vgl. Diaz-Bone, 1999, 120). Er geht dabei nicht nur davon aus, dass Wissensordnungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext auf eine spezifische Weise konstruiert werden, sondern auch, dass Diskurse durch die Erzeugung eines historisch spezifischen Wissens die jeweilige gesellschaftliche Realität strukturieren. Folglich können Diskurse als strukturierte und strukturierende Praxis verstanden werden (vgl.

⁹¹ Dazu gehören beispielsweise die Konstruktion von ‚Kindheit‘ (vgl. Bühler-Niederbeger, 2005) und ‚Kompetenz‘ (vgl. Truschkat, 2015) oder auch die Hervorbringung der ‚Krise der Jungen‘ (vgl. Fegter, 2012, 2015), des Konzepts des ‚Lebenslangen Lernens‘ (vgl. Rothe, 2011, 2015) oder des Themas ‚Behinderung‘ (vgl. Pfahl, 2011).

ebd., 123), deren verborgene Struktur durch die Diskursanalyse offenzulegen ist. Wissensordnungen stellen in diesem Zusammenhang stets den Effekt einer Konstruktion dar, deren Regelmäßigkeit herauszuarbeiten ist. Ziel ist es, die Verwobenheit von Macht und Wissen als Grundlage der sozialen Wirklichkeit und der Konstruktion derselben durch vorherrschende Diskurse zu analysieren, um so Wissensordnungen ihrer „Quasievidenz zu entreißen“ (Foucault, 1981, 40). Diskurstheoretische Zugänge sind nicht rein sprachlich ausgerichtet, sondern zielen auf die Inhalte der Sprache, auf die Bedeutung des (Nicht-)Gesagten sowie die Beziehungen zwischen den jeweiligen Aussagen, die innerhalb des Diskurses hergestellt werden.

Um die Entstehung diskursiver Regelmäßigkeiten zu analysieren, sind nach Foucault unterschiedliche Ebenen zu betrachten. Dazu zählen die *Einheiten des Diskurses*, die *diskursiven Formationen* sowie die vier damit in Verbindung stehenden *Formationsregeln*. Mit Blick auf die Einheiten des Diskurses ist zu fragen, auf welche Art und Weise sich eine bestimmte Aussage durchsetzt, welche Regelmäßigkeiten der Anordnung, Verknüpfung und gegenseitigen Modifikation zu erkennen sind (vgl. ebd., 33ff.). Zum anderen sind diskursive Formationen auf Regelmäßigkeiten der Verkettung sowie Beziehungen zwischen den Aussagen zu untersuchen (vgl. ebd., 48ff.). Neben den Einheiten des Diskurses und der diskursiven Formationen definiert Foucault vier Grundmomente von Diskursen. Diese sind die *Formation der Gegenstände*, der *Begriffe*, der *Äußerungen* und der *Strategien*.

Mit der *Formation der Gegenstände* wird der Blick darauf gerichtet, welche wissenschaftlichen Disziplinen in welchen gesellschaftlichen Feldern an der Hervorbringung unterschiedlicher Gegenstände beteiligt sind und wie durch diese spezifische Oberflächenstrukturen geformt respektive Oberflächen des Auftauchens gebildet werden (vgl. ebd., 61ff.).⁹² In diesem Zusammenhang besitzen Spezifikationsraster oder Klassifikationen⁹³ eine besondere Relevanz, anhand derer Verbindungen zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern sowie entsprechenden disziplinären Entscheidungslogiken erfasst werden können. Zu fragen ist, wie auf einem gesellschaftlichen Gebiet konkrete Gegenstände hervorgebracht werden, welche Bezüge zu anderen gesellschaftlichen Feldern bestehen und wie diese Beziehungen dazu beitragen, dass ein Phänomen zum Gegenstand eines spezifischen Diskurses wird (vgl. ebd., 73). Es gilt folglich das Bündel der Beziehungen zu bestimmen, welches zu der Existenz eines Gegenstands an einem spezifischen Ort führt (vgl. Koller & Lüders, 2004, 61).

Mit der *Formation der Begriffe* ist zu beleuchten, wie Textelemente in einem Diskurstyp miteinander kombiniert und wie Argumente aufgebaut werden. Herauszustellen sind Verbindungen des Diskurses zu anderen Feldern sowie die Bearbeitung von Aussagen mittels derer die diskursive Praxis wechselseitig ins Verhältnis gesetzt wird (vgl. Foucault, 1981, 83ff.). Zu untersuchen ist, wie sich eine Aussage zu anderen Texten verhält und nach welchen Regeln Aussagen bearbeitet und miteinander verbunden werden können. Dafür empfiehlt es sich, den Wortschatz und verwendete rhetorische Muster (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 112) zu betrachten. Um zu analysieren, wie die Gegenstände des Diskurses miteinander verknüpft und zueinander ins Verhältnis gesetzt werden, ist zu prüfen, in welchen thematischen und strategischen Zusammenhängen Begriffe auftauchen und wie sich darin deren Gebrauch wandelt (vgl. Pfahl, 2011, 52).

92 Foucault (1981, 66f.) stellt in diesem Zusammenhang heraus, wie Beziehungen zwischen disziplinären Entscheidungslogiken zur Herausbildung von spezifischen Objekten führen. Dazu zählt er beispielsweise die Verbindungen zwischen Psychopathologie und Kriminologie. Spezifikationsraster werden definiert als „Systeme, aufgrund derer man die verschiedenen ‚Wahnsinnsarten‘ als Gegenstände des psychiatrischen Diskurses scheidet, gegenüberstellt, annähert, neugruppiert, klassifiziert, die einen von den anderen ableitet“ (ebd., 64).

93 Wie z.B. ‚leichte Verhaltensstörungen‘, ‚IQ‘, Kriminalität.

Eine Betrachtung der institutionalisierten Orte und Zusammenhänge zwischen einzelnen Äußerungen wird aufgrund Foucaults (1981, 75ff.) Ausführungen zur *Formation der Äußerungsmodalitäten* nötig. Da es hierbei darum geht, wer im Diskurs legitimer Weise sprechen darf und über wen auf welche Art gesprochen wird, ist zwischen Sprecher_innen- und Subjektpositionen zu differenzieren. Sprecher_innenpositionen ergeben sich aus der Zuordnung einzelner Repräsentant_innen zu bestimmten Organisationen und Institutionen (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 160) und sind nicht im Sinne einer individuellen Urheber_innenschaft zu verstehen, sondern als „Rollen oder gesellschaftliche Positionen, von denen aus legitime Aussagen getroffen werden“ (ebd., 149). Bedingt durch den Umstand, dass Sprecher_innenpositionen unterschiedliches Wissen zugeordnet sein kann (vgl. Fegter, 2012, 147), ist neben der Frage, wer legitimer Weise sprechen darf, auch von Bedeutung, wie also durch welche Bezüge ‚legitim‘ gesprochen werden kann. Von besonderer Relevanz ist die Betrachtung von Konflikten zwischen unterschiedlichen Sprecher_innenpositionen und damit einhergehenden Machtaspekten (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 160). Im Vergleich dazu geht es bei Subjektpositionen nicht um die Frage, wer spricht, sondern über wen auf welche Weise gesprochen wird. Hintergrund ist die Annahme, dass das Subjekt erst durch die Bereitstellung von Subjektpositionen im Diskurs erzeugt wird (vgl. Foucault, 1981, 78ff.). Zu fragen ist, „welche Position jedes Individuum einnehmen kann und muß“ (ebd., 139), um Subjekt der Aussage sein zu können. Dies erfolgt über kulturelle Wissensordnungen, die nicht nur Subjekte positionieren, sondern denen darüber hinaus eine subjektivierende Wirkung zugesprochen wird (vgl. Reckwitz, 2017, 126).⁹⁴ Eine Subjektposition gleicht folglich einer diskursiven Positionierung sozialer Akteur_innen (vgl. Fegter, 2012, 79) und kann im Anschluss an Althusser (1977) als ‚Anrufung‘ verstanden werden. Diese fordert Subjekte dazu auf, sich zu den bereitgestellten Subjektpositionen zu verhalten oder diese einzunehmen (vgl. Fegter et al., 2015, 24f.), wodurch das Subjekt gleichsam auf eine diskursiv-machtvolle Art und Weise konstituiert wird (vgl. Butler, 2006, 151). Im Diskurs erfolgt dies unter anderem durch Adressierungen, wodurch Folien für mögliche Subjektbildungen bereitgestellt werden. Bezeichnet werden diese auch als „Programmatik der Subjektbildung“ (Pfahl, 2011, 56ff.) oder „Muster der Subjektivierung“ (Keller, 2008, 223).

Schließlich sind durch die *Formation der Strategien* die Themen und Theorien des Diskurses zu bestimmen und die diskursimmanenten ‚Bruchpunkte‘ herauszuarbeiten. Damit kann nicht nur auf Regelmäßigkeiten der diskursiven Praxis sowie die Abhängigkeit von nicht-diskursiven Praktiken verwiesen, sondern auch gezeigt werden, welche Themen ausgeschlossen werden und welche Funktion der Diskurs in sozialen Feldern ausübt (vgl. Foucault, 1981, 94ff.). Insbesondere durch die Betrachtung diskursimmanenter Diskontinuitäten können so Rückschlüsse auf die Absichten der Diskursakteur_innen gezogen werden. Zudem kann auf diese Weise herausgestellt werden, in welche professionellen Kräfteverhältnisse ein Diskurs eingebunden ist bzw. wie durch diesen die Existenz bestimmter Institutionen legitimiert wird. Übergeordnet gilt es dabei zu ergründen, was absichtlich oder unabsichtlich durch spezifische diskursive Thematisierungen angestrebt wird (vgl. Traue et al., 2014, 499).

Insgesamt sind die einzelnen Diskursbestandteile und die vier Formationsbereiche als aufeinander bezogen und miteinander vernetzt zu betrachten, wobei die Formationsregeln das Verhältnis von Aussage und diskursiver Formation bestimmen. Durch die Analyse der Formationsregeln ist die Diskursordnung freizulegen (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 111) und die semantische Tiefenstruktur der Diskursordnung zu erfassen (vgl. Diaz-Bone, 2006, 74). Von übergeordnetem Inter-

94 In diesem Zusammenhang muss sich das Subjekt zunächst den Anrufungen im Diskurs unterwerfen, um dadurch handlungsfähig zu werden, was nicht bedeutet, dass damit die Möglichkeit der Widerständigkeit verloren geht (vgl. Stäheli, 2000, 50f.).

esse ist daher, welche Formationsregeln im Sinne von Verteilungsgesetzen ausgebildet werden (vgl. Foucault, 1981, 51), um die diskursiven Formationen beschreiben zu können (vgl. ebd., 78).

Mit der Foucaultschen Diskurstheorie kann davon ausgegangen werden, dass Diskurse Wissen produzieren, indem sie sich auf vorhandene Wissensbestände beziehen, diese aufgreifen und weiterentwickeln. Durch die beschriebene Regelmäßigkeit, welche die Produktion von Wahrheit und Wissen anleitet, ist auf eine Macht-Ordnung verwiesen, welche die Konstruktion von Wissen und Wahrheit durchzieht (vgl. Bublitz et al., 1999, 11). Diese bestimmt die Konstruktionsweise der Gegenstände des Diskurses und was in Textform an der Oberfläche des Diskurses in Erscheinung tritt. Ein Diskurs ist somit Bestandteil und Resultat eines Macht-Wissen-Komplexes, der sich auf Regelmäßigkeiten, Formationsregeln sowie auf Strategien auswirkt und festlegt, welches Wissen zu einem spezifischen Zeitpunkt als wahr gilt. Die institutionelle Wissensproduktion verweist so auf wirkmächtige Ordnungsmuster und lässt den Diskurs als eine spezielle ‚Macht-Wissen-Formation‘ erscheinen (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 59). Macht und Wissen sind dabei als ineinander verwoben zu betrachten und bringen so Ordnungen der Wahrheit hervor. Diskurse stellen daher geregelte Praktiken der Deutungsproduktion und Wirklichkeitskonstitution dar, in denen institutionell bestimmte Ausschlusskriterien wirken und die diskursiv verbreitete Deutungsmuster bedingen. Hinsichtlich wissenschaftlicher Diskurse kann davon ausgegangen werden, dass diese durch eine spezifische Machttechnologie begrenzt und limitiert werden (vgl. Waldschmidt, 2010, 155f.). Folglich stellt sich die Frage, welche Machtverhältnisse, -praktiken und -effekte durch Diskurse evoziert werden.

Durch die Orientierung an Foucaults diskurstheoretischen Ausführungen in der ‚*Archäologie des Wissens*‘ scheint es demnach möglich zu untersuchen, wie diskursive Formationen mittels spezifischer Wissensbestände innerhalb eines Diskurses hervorgebracht werden. So überrascht es nicht, wenn sich in der erziehungswissenschaftlichen Diskursforschung ausgehend von der Frage, wie konkrete Gegenstände in erziehungswissenschaftlichen Wissensordnungen erzeugt werden, an diesem methodologischen Ansatz orientiert wird (vgl. u.a. Fegter, 2012, 2015; Pfahl, 2011; Rother, 2011, 2015). Angelehnt daran wird das Phänomen ADHS in dieser Arbeit als eine diskursive Formation betrachtet, deren Wirklichkeit durch Thematisierungen im (sonder-)pädagogischen Feld auf eine spezifische Art und Weise hervorgebracht wird. Die Aufmerksamkeit wird hierbei auf die Wissensproduktion im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs gerichtet und damit auch auf die Frage nach den innerhalb der Bedeutungsproduktion bestehenden Verweisungszusammenhängen (vgl. Fegter et al., 2015, 33). Das Sprechen über ADHS kann folglich als diskursive Praxis verstanden werden, die die Gegenstände bildet, von denen sie spricht. Ziel der diskursanalytischen Betrachtung der Konstruktion des Phänomens ADHS ist es, durch die Identifikation der vorherrschenden Formationsregeln die wirksame Diskursordnung auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik zum Thema ADHS freizulegen. Die mit der diskursiven Struktur einhergehende diskursive Praxis ist folglich zu rekonstruieren und die Kopplung zwischen der diskursiven Formation ADHS und den vier Strukturprinzipien des Diskurses zu erfassen, um die kontingenten Voraussetzungen des scheinbar Selbstverständlichen zu beleuchten.

5.2 Verortung und Materialauswahl

Deutlich wurde bereits, dass der Ansatz der Diskursanalyse keine feststehende Forschungsmethode darstellt. Vielmehr ist dieser als ‚Werkzeugkasten‘ (vgl. Waldschmidt, 2010) zu betrachten, mit dem ein Zugang zum jeweiligen Gegenstand der Analyse zu erschließen ist. Dies setzt

voraus, dass vor der Bestimmung der spezifischen Bearbeitungsweise respektive des konkreten diskursanalytischen Vorgehens im Rahmen dieser Arbeit zweierlei zu klären ist: Zum einen, wo sich der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs zum Thema ADHS im diskursiven Feld befindet (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 40ff.). Zum anderen ist die Materialauswahl zu begründen und die Spezifität des Materials zu erläutern (vgl. Fegter et al., 2015, 31ff.).

5.2.1 Der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs als elaborierter Interdiskurs

Um den (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs im diskursiven Feld zu verorten, kann auf den Ansatz der Interdiskurstheorie zurückgegriffen werden (vgl. Link, 2005). In diesem werden die zwei von Berger & Luckmann beschriebenen Ebenen der Wirklichkeitsbildung aufgegriffen und durch Bezüge auf Foucault, Bourdieu und Luhmann in diskurstheoretischer Hinsicht erweitert.⁹⁵ Die Hervorbringung von Wissen wird als zyklischer Prozess verstanden und das Verhältnis von Wissen und Macht einer differenzierten Betrachtung unterzogen. Im Gegensatz zur interaktionistisch-wissenssoziologischen Perspektive Berger & Luckmanns wird die Produktion von Wissen nicht als ‚bottom-up‘-Bewegung, sondern in erster Linie als ein zyklischer Prozess mit einer Tendenz zur ‚top-down‘-Bestimmung verstanden (vgl. Link, 2005, 93).

Mit dem Konzept der Interdiskursanalyse geht eine Differenzierung von Elementar-, Spezial- und Interdiskursen einher. Zurückgegriffen wird auf die von Berger & Luckmann beschriebenen Ebenen des Alltagswissens und der Subsinnwelten, welche als Elementar- und Spezialdiskurs bezeichnet werden. Unter einem Spezialdiskurs⁹⁶ versteht Link das, was Foucault als diskursive Formation und Diskurs bezeichnet hat und geht davon aus, dass durch diesen spezifische Wiss- und Sagbarkeitsräume produziert werden. Beispiele für Spezialdiskurse stellen natur-, human- und sozialwissenschaftliche sowie kultur- und geisteswissenschaftliche Diskurse dar, deren zentrales Kennzeichen eine wissenschaftliche Eindeutigkeit ist, die sich anhand der darin verwendeten Begriffe und Verfahren zeigt. Ausgegangen wird davon, dass diese nur aus dem eigenen Feld heraus entwickelt werden können, keine Bezüge zu Nachbardisziplinen aufweisen und mit spezifischen Praktiken in Verbindung stehen (vgl. Link, 2005, 86ff.).

Zwischen den beiden Polen der Elementar- und der Spezialdiskurse werden die sogenannten Interdiskurse verortet. Diese besitzen eine vermittelnde und integrative Funktion zwischen Spezial- und Elementardiskursen sowie weiteren gesellschaftlichen Thematisierungsweisen (u.a. populärwissenschaftlichen, massenmedialen). Interdiskurse nutzen folglich unterschiedliche Wissensfragmente und zeichnen sich in ihrer Wissensproduktion durch partiell reintegrierende Tendenzen aus, was als Brückenfunktion bezeichnet wird. Insgesamt erscheinen sie weniger homogen und differenziert, sind gekennzeichnet durch Mehrdeutigkeit, Selektion und Symbolik,

95 In Abgrenzung zur wissenssoziologischen Untersuchung Berger & Luckmanns stellt Link (2005) heraus, dass gerade bezogen auf die Ebene des transpersonalen Interaktionismus (s. Kap. 4.2.2), das Subjekt im Sinne Foucaults nicht als prädiskursiv gedacht werden kann. Vielmehr seien die Wirklichkeitskonstruktionen dem Diskurs nicht vorgängig, sondern durch diesen strukturiert. Subjektivität kann daher nur als diskursgeneriert und soziohistorisch verstanden werden (vgl. Link, 2005, 79ff.). Mit Blick auf die Dimensionen der Macht- und Wissensteilung hebt er in Abgrenzung zu Luhmann außerdem hervor, dass auf den beiden Ebenen von historischen Kopplungen auszugehen ist, die prinzipiell als autonom zu betrachten sind. So sei davon auszugehen, dass Wissens- und Machtteilung in hochkulturellen Gesellschaften zwar verschieden sind, jedoch notwendigerweise miteinander interferieren und dadurch historische Kopplungen und Interferenzen zwischen Wissen und Macht ausgebildet werden (vgl. ebd., 85f.).

96 Dazu gehören die Techniken der naturwissenschaftlichen Spezialdiskurse, Psycho- oder Sozial-Techniken der Human- und Sozialwissenschaften (wie z.B. Medizin oder Versicherungswesen) sowie hermeneutische Praktiken der Bildung und Kultur der Kultur- und Geisteswissenschaften (u.a. in Form des Schulwesens). Zwischen den einzelnen Spezialdiskursen erkennt Link (2005, 88) eine *spezifische* Dynamik, die er aufgrund der Operativität der Diskurse als Kluft zwischen ‚hoch objektivistischen‘ und eher ‚reflexiv‘ sowie ‚subjektiv-interaktiven‘ Orientierungen beschreibt (vgl. ebd.).

wodurch ihre ‚Nicht-Spezialität‘ zu ihrem zentralen Kennzeichen wird (vgl. ebd., 86ff.). Die Wissensproduktion in Interdiskursen gestaltet sich daher indifferent, wobei „die mehrdeutige Kombination von Elementen aus verschiedenen Wissensordnungen [...] von weitaus größerer Bedeutung [ist; BH] als die Genauigkeit von Definitionen“ (Waldschmidt et al., 2009, 184). Das primäre Ziel interdiskursiver Thematisierungen kann vielmehr in der Popularisierung von Wissen gesehen werden, die durch eine Kombination von zum Teil disparaten Diskurs- und Wissensformen erfolgt (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.).

In diesem Zusammenhang besitzen Kollektivsymbole eine besondere Funktion. Gemeint sind damit Bilder, denen ein bestimmter Sinn eingeschrieben ist und die als rhetorische Figur funktionieren, wie zum Beispiel dem „Stau auf der Datenautobahn“ (Link, 2008, 124). Aufgrund ihrer Bildlichkeit erscheinen Kollektivsymbole einem breiten Personenkreis nachvollziehbar (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.) und ermöglichen in anwendungsorientierten Wissenschaften den Anschluss von subjektiven Erfahrungen an wissenschaftliches Wissen (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 184). Dabei erfüllen sie gleichzeitig die Funktion, bestehende Widersprüche auszublenken (vgl. ebd., 61) und zielen darauf, den Eindruck eines vermeintlichen kulturellen Konsenses zu vermitteln. Da dadurch mögliche Alternativen der Betrachtung ausgeklammert und delegitimiert werden, werden Bedeutungsjustierungen im Interdiskurs häufig durch Kollektivsymbole vorgenommen. Die Analyse von Kollektivsymbolen stellt somit eine zentrale Technik der Interdiskursanalyse dar, wobei von besonderer Bedeutung ist, welche Elemente als scheinbar evident unterstellt werden und wie an sich leere Signifikanten eines Textes durch Lesende gefüllt werden sollen (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.).

Relevant ist zudem die Frage, wie Wissen jeweils transferiert wird, wie Wissensbestände hierarchisiert werden und wie sich die Wissens- und Machtteilung im Interdiskurs gestaltet. Die Aushandlung von Wissens- und Machtteilung ist dabei zu verstehen als

„Effekt eines komplexen Prozesses von Kopplungen zwischen Selektionen, Monopolisierungen, Etablierung von Grenzen der Sag- und Wissbarkeit und Ausschlüssen auf der ‚horizontalen‘ Ebene des Wissens einerseits sowie sozialen Selektionen, Monopolisierungen, Ausschlüssen auf der ‚vertikalen‘ Ebene der Macht andererseits.“ (Link, 2005, 98)

Die Interdiskurstheorie fokussiert deshalb vor allem auf die Kopplung zwischen Wissen und Macht (vgl. ebd.). Auf der horizontalen Ebene bezieht sich dies auf die Frage der Wissensteilung, unter anderem durch Bezüge auf unterschiedliche Wissensbestände. Auf der vertikalen Ebene stehen im Vergleich dazu Machtaspekte im Zentrum und es wird durch die Betrachtung der Verbindungen zwischen hegemonialisierten und untergeordneten Diskursen der Frage nachgegangen, wie Grenzen der Sagbarkeit bestimmt werden (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.). Aufgrund des spezifischen Wissenstransfers zwischen Spezial- und Elementardiskursen, können Interdiskurse anhand des Grades ihrer Spezifizierung auf unterschiedlichen Stufen zwischen Spezial- und Elementardiskursen angeordnet werden. Zu unterscheiden sind hegemoniale elabourierte Interdiskurse, nicht-hegemoniale diskursive Positionen in hegemonial elabourierten Interdiskursen und nicht hegemonial elabourierte Interdiskurse im Sinne von Gegendiskursen. Hegemonial elabourierte Interdiskurse befinden sich in diesem Modell auf der obersten Stufe und damit näher an den Spezialdiskursen als nicht hegemonial elabourierte Interdiskurse auf der unteren Stufe (vgl. Link, 2005, 90ff.).⁹⁷ Ausgehend von der Annahme, dass im Interdiskurs

97 Ein Beispiel für einen elabourierten Interdiskurs stellt Link (1988) zufolge Literatur dar, da durch diese eine Verständigung vor dem Hintergrund zunehmender diskursiver Spezialisierung ermöglicht wird (vgl. Klinkert, 2010, 16).

neues Wissen entweder abwärts in Richtung Elementarkultur oder aufwärts in Richtung Spezialdiskurs transferiert wird, ist die Produktion von neuem Wissen im Interdiskurs als generativer Kreislauf zu betrachten (vgl. ebd., 91). Interdiskurse können folglich als Spielfeld unterschiedlicher Thematisierungen verstanden werden, die sowohl von Facetten der Elementar- als auch der Spezialdiskurse beeinflusst werden. Durch eine Fokussierung auf die Kopplung von Wissen und Macht besitzt die Interdiskursanalyse das besondere Potenzial, ungleiche Machtverteilungen in der Wissensbildung exemplarisch zu klären (vgl. ebd., 97).

Mit dem Transfer von Wissen in Interdiskursen geht einher, dass die Wissensproduktion in Interdiskursen von gegensätzlichen diskursiven Positionen und Polarisierungen geprägt ist. Beschrieben ist dadurch eine zentrale Voraussetzung für die Reproduktionsfähigkeit von Interdiskursen, da durch oppositionelle diskursive Positionen die Kopplung von horizontalem Wissen an vertikale Machtkämpfe ermöglicht wird (vgl. ebd.; Link, 2011, 446f.). Für die Analyse von Interdiskursen resultiert daraus der Auftrag, die Relevanz von diskursiven Oppositionen zu spezifizieren. Herauszustellen sind dabei nicht nur die bestehenden Oppositionen, sondern auch dominante Argumentationslinien und – wenn vorhanden – konsensuelle Betrachtungsweisen. Zu fokussieren ist in diesem Kontext nicht in erster Linie auf die Repräsentation von Sachverhalten, sondern vor allem auf die Frage, wie Wissen in der interdiskursiven Kommunikation integriert und plausibel gemacht wird und wie durch die darin eingeschriebene Bedeutungsjustierung Interpretationsoptionen gesteuert werden. Da in Interdiskursen durch die Kombination unterschiedlicher Wissensbestände spezifische Perspektiven auf Gegenstände etabliert werden, ist die (Re-)Konstitution hegemonialisierter Bedeutungen das Ziel der Analyse (vgl. Dollinger & Urban, 2012).

Zur Untersuchung von Interdiskursen schlagen Dollinger & Urban (2012) daher vor, den zu analysierenden Interdiskurs in drei Diskursfelder zu unterteilen. Dazu zählen neben dem Feld der hegemonialen Repräsentation eines Phänomens das Feld der Äquivalenz, das sich durch Gemeinsamkeiten der Thematisierung auszeichnet, sowie die Felder agonaler Positionierungen, die sich aus unterschiedlichen widerstreitenden Positionen zusammensetzen. Um die Bedeutungsjustierung im Interdiskurs zu untersuchen, ist in einzelnen Feldern zu analysieren, durch welche spezialdiskursiven und allgemein-kulturellen Referenzen die Thematisierung erfolgt (vgl. ebd.).

Möchte man nun den (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS im diskursiven Feld verorten, kann dieser im Anschluss an Link (2005) als ein diskursives Ereignis im Interdiskurs bezeichnet werden. Dies steht nicht nur mit der Bezeichnung der Pädagogik als Interdiskurs im Einklang (vgl. Link, 1999; 2005, 87; 2011, 438), sondern kann auch damit begründet werden, dass – trotz der theoretischen Möglichkeit eines erziehungswissenschaftlichen Spezialdiskurses⁹⁸ – zentrale Begriffe und Themen des Feldes auf komplexe Art und Weise mit weiteren gesellschaftlichen Feldern verwoben und daher als interdiskursiv zu bezeichnen sind (vgl. Dollinger et al., 2015, 285). Unterstützt wird diese Zuordnung zusätzlich durch den interdisziplinären

98 Dollinger et al. (2015, 285) halten dazu fest: „Zwar können derartige Eindeutigkeiten hergestellt (oder zumindest angestrebt) werden, gleichzeitig aber bleiben relevante Anteile der wissenschaftlichen Pädagogik in andere wissenschaftliche Bezugshorizonte sowie in breitere kulturelle und politische Diskurszusammenhänge eingebunden (vgl. Dollinger, 2006) und sind folglich Teil interdiskursiver Relationierungen.“ Dies liegt mitunter daran, dass es innerhalb der Erziehungswissenschaften im Allgemeinen und der (Sonder-)Pädagogik im Besonderen keine einheitliche Fachsprache gibt, sondern vielmehr von einer Kombination von Elementen der Umgangssprache, der Berufssprache und der Wissenschaftssprache sowie Bezügen zu weiteren Disziplinen auszugehen ist (vgl. Terhart, 1999). Darüber hinaus deckt sich diese Einordnung mit den Hinweisen auf eine dynamische Produktion von erziehungswissenschaftlichem Wissen (vgl. Fegter et al., 2015, 43).

nären Charakter der erziehungswissenschaftlichen Thematisierung des Phänomens ADHS (s. Kap. 2), bei der zahlreiche Bezüge auf unterschiedliche Wissensbestände zu erkennen sind. Ein weiterer Grund, den (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs als Interdiskurs zu betrachten, liegt in der Vermittlungsfunktion von praktisch orientierten Wissenschaften, mit der eine Generierung anwendungsbezogenen Wissens einhergeht (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 184). Da innerhalb der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung insgesamt eine stärkere Orientierung an Spezial- als an Elementardiskursen zu erwarten ist, wird der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs zum Thema ADHS in dieser Arbeit als ein elaborierter Interdiskurs verstanden.

Bildlich gesprochen befindet sich der Interdiskurs der (Sonder-)Pädagogik im diskursiven Feld zwischen weiteren elementar-, inter- und spezialdiskursiven Thematisierungen. Für die eigene Analyse resultiert daraus der Auftrag zu klären, wie sich der Transfer von Wissensbeständen hierbei auswirkt und wie im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs die Grenzen des Sagbaren verhandelt und bestimmt werden. Die Thematisierung des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Diskurs wird daher als diskursive Praxis im Interdiskurs verstanden und es wird analysiert, auf der Grundlage welcher Macht-Effekte hier die soziale Wirklichkeit des Phänomens ADHS erzeugt wird.

5.2.2 Zur Analyse (sonder-)pädagogischer Wissensformierungen anhand fachwissenschaftlicher Publikationen

Wenngleich die Produktion (sonder-)pädagogischen Wissens im Allgemeinen (vgl. Weisser, 2005, 104) sowie zum Phänomen ADHS im Besonderen grundsätzlich mittels verschiedener Datengrundlagen (sprachlich, textlich) in unterschiedlichen Diskursarenen (fachwissenschaftliche Tagungen, Newsletter, Verbandsmeldungen o.ä.) beantwortet werden kann, gehe ich davon aus, dass die primäre Wissensproduktion der (sonder-)pädagogischen Disziplin durch fachliche und wissenschaftliche Debatten erfolgt, die sich in der Produktion wissenschaftlicher Texte niederschlagen. Es wird deshalb angenommen, dass sich der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs zum Thema ADHS anhand von fachwissenschaftlichen Beiträgen dokumentieren lässt. Davon ausgehend beschränkt sich die Untersuchung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS in dieser Arbeit auf die Textebene von öffentlich zugänglichen, wissenschaftlichen Veröffentlichungen und damit auf klassisch diskursanalytisches Material. Mit einem solchen korpuslinguistischen Ansatz werden Texte als Oberflächenphänomene des Diskurses betrachtet, anhand derer die soziale Praxis des Diskurses zu analysieren ist (vgl. Fegter et al., 2015, 12f.). Der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs wird als eine Menge aufeinander verweisender Fachbeiträge zum Gegenstand ADHS verstanden, welche die sprachliche Seite der diskursiven Praxis darstellen (vgl. Link & Link-Heer, 1990, 90). Im Anschluss an diese Annahme wurde ein Korpus aus fachwissenschaftlichen Texten gebildet und sich hinsichtlich unterschiedlicher Publikationsformate der Disziplin⁹⁹ für eine Fokussierung auf Texte aus Fachzeitschriften und Handbüchern entschieden.

Die Analyse von Fachzeitschriften kann damit begründet werden, dass diese nicht nur das gesamte thematische Spektrum des Faches abbilden und über dessen Wissensstand informieren (vgl. Buchner & Koenig, 2008), sondern zudem gegenüber Monographien oder Sammelbänden einen Aktualitätsvorsprung aufweisen (vgl. Weisser, 2004, 128). Fachzeitschriften richten sich an ein Fachpublikum, erscheinen regelmäßig, bilden den Forschungsstand eines Feldes ab,

⁹⁹ Dazu zählen Monographien, Dissertations- u. Habilitationsschriften, Hand- und Lehrbücher, empirische Studien, Aufsätze in Sammelbänden oder Fachzeitschriften sowie Bibliographien, Rezensionen, Lexika, Internetpublikationen.

sind inhaltlich breit aufgestellt und ein zentrales Medium zur Veröffentlichung und Diskussion neuer Befunde. Durch die Zusammenstellung größerer Korpora bietet die Analyse von Artikeln aus Fachzeitschriften die Möglichkeit, das Material auf regelhafte Strukturen von Wissenskonstellationen zu untersuchen (vgl. Fegter et al., 2015, 33).

So zielen Zeitschriftenanalysen in den Erziehungswissenschaften darauf, thematisch-inhaltliche Aspekte oder auch methodische Ausrichtungen herauszustellen (vgl. Becker, 2007; Buchner & Koenig, 2008; Kossack & Ott, 2006; Pfahl, 2011; Rabenstein & Reh, 2009; Schildmann, 1998; Wacker & Wedel, 1999; Weisser, 2004, 2008). Es scheint hiermit möglich, aktuelle Trends sowie Bezüge zu Nachbardisziplinen kenntlich zu machen, um Aussagen über das eigene Feld treffen zu können. Darüber hinaus können Strukturen und Regeln des wissenschaftlichen Diskurses rekonstruiert und diskursive Kontinuitäten identifiziert werden (vgl. Kossack & Ott, 2006). Neben einer theoriegeleiteten Reflexion (vgl. Schildmann, 1998, 322) liegt das besondere Potenzial derart ausgerichteter Untersuchungen in der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion der Disziplin (vgl. Kossack & Ott, 2006; Weisser, 2004, 2008). Insbesondere diskurstheoretische Zugänge versprechen ein disziplinäres Reflexionswissen bereitzustellen, das zur Weiterentwicklung der Disziplin beitragen kann (vgl. Kossack & Ott, 2006, 250). Mit Blick auf das Feld der (Sonder-)Pädagogik können so Problemstrukturen und Ordnungen des Wissens empirisch vermessen werden, welche bisher noch zu wenig im Zentrum empirischer Forschung standen.

Für eine zusätzliche Analyse von Handbüchern wurde sich entschieden, da Artikeln in Handbüchern im Vergleich zu Zeitschriftenbeiträgen eine höhere Wertigkeit zugesprochen wird. Dies steht damit in Verbindung, dass Handbücher die Funktion besitzen, zentrale Inhalte eines Fachgebietes – inklusive der Diskussion des Forschungsstandes – auf eine kompakte Art und Weise aufzubereiten und die herrschende Lehrmeinung abzubilden (vgl. Kauder & Vogel, 2015, 7f.). Sie verschaffen ihren Leser_innen (i.d.R. Studierenden und Wissenschaftler_innen) einen Überblick über die Themen und das Wissen des jeweiligen Feldes, bestimmen die Grundlagen des Faches und führen in dessen Problemtradition ein (vgl. Weisser, 2008, 13). Im Vergleich zu Zeitschriften besitzen Handbücher zudem eine größere Bedeutung im Rahmen der Professionalisierung von zukünftigen (Sonder-)Pädagog_innen (vgl. Freedman, 2016) und können als Spiegel der Disziplin Auskunft über deren Zustand und Selbstverständnis geben (vgl. Vogel, 2015, 139).

In formaler Hinsicht ist zu erwarten, dass Handbücher von anerkannten Wissenschaftler_innen herausgegeben werden, gut lektoriert sind und die einzelnen Artikel wiederum von renommierten Wissenschaftler_innen verfasst werden. Es scheint daher naheliegend, das für die Analyse von Zeitschriftenartikeln formulierte Potenzial der disziplinären Selbstreflexion auf die Analyse von Handbüchern zu übertragen. Im Vergleich zu den oben angeführten Zeitschriftenanalysen ist für den deutschsprachigen Raum festzustellen, dass Handbücher in der (Sonder-)Pädagogik i.d.R. nicht Gegenstand empirischer Untersuchungen sind.¹⁰⁰ Die eigene Untersuchung eröffnet so eine neue Perspektive auf die Produktion von Wissen innerhalb des Feldes der (Sonder-)Pädagogik.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde ein Korpus¹⁰¹ aus 74 wissenschaftlichen Artikeln gebildet, der sich aus 49 Fachzeitschriften- und 25 Handbuchartikeln zusammensetzt.¹⁰² Ausgewählt wurden (sonder-)pädagogische Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Handbü-

100 Bekannt sind lediglich die Untersuchung von einschlägigen Monographien zum Thema Behinderung (vgl. Lingenauer, 2003; Schildmann, 2004; Weinmann, 2003).

101 Genauere Angaben zum Materialkorpus finden sich im Anhang dieser Arbeit, der Teil des ebooks ist.

102 Zunächst bestand das Korpus aus 53 Zeitschriftenartikeln. Aufgrund mangelnder Relevanz wurden vier der anhand der Verschlagwortung ausgewählten Artikel nicht in die Untersuchung einbezogen.

chern anhand ihrer Verschlagwortung¹⁰³ auf ‚FIS-Bildung‘¹⁰⁴ im Zeitraum 2000-2015.¹⁰⁵ Der Beginn des zu analysierenden Zeitraums wurde auf das Jahr 2000 gelegt, da der Begriff ADHS zuvor kaum in (sonder-)pädagogischen Veröffentlichungen erwähnt wurde. Gleichzeitig ist seit dem Jahr 2000 eine intensiviertere gesellschaftliche Problembearbeitung zu erkennen (s. Kap. 2, Kap. 3), von welcher Auswirkungen auf die (sonder-)pädagogische Thematisierung zu erwarten sind. Es kann daher begründet angenommen werden, dass auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik seit 2000 eine veränderte und vermehrte Thematisierung des Phänomens ADHS stattgefunden hat. Deshalb erscheint es legitim, Aussagenszusammenhänge im Korpus vorläufig zu unterstellen und so dem sogenannten ‚Identifikationsproblem‘ von Diskursanalysen Rechnung zu tragen (vgl. Diaz-Bone, 1999, 127).

Konnte der (sonder-)pädagogische Fachdiskurs auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Textproduktion verortet und eine begründete Materialauswahl getroffen werden, ist vor einer diskursanalytischen Konkretisierung noch zu bestimmen, welche Formen des Sprechens im (sonder-)pädagogischen Diskurs zu erwarten sind. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der wissenschaftliche Diskurs streng formal und rational organisiert ist und sich durch eine sachliche Argumentation auszeichnet. Mit Dreyfus & Rabinow (1994, 72f.) können schriftliche Äußerungen in Textform innerhalb des Interdiskurses der (Sonder-)Pädagogik als seriöse Sprechakte betrachtet werden. Diese unterscheiden sich von alltäglichen Sprechakten, da sie innerhalb eines spezifischen Kontextes validiert und in einer Gemeinschaft von Expert_innen getätigt werden. Waldschmidt et al. (2009, 47) greifen im Rahmen ihrer diskursanalytisch ausgerichteten Untersuchung auf das Konzept des seriösen Sprechakts zurück und stellen heraus, dass damit Prozesse der Systematisierung und Institutionalisierung innerhalb von Wissenschaften einhergehen. Dies zeige sich daran, dass es Foucault „unter der Bezeichnung Diskurs vor allem um eine Beschreibung und Analyse der Ordnungsmuster geht, die den Wissenschaften zu Grunde liegen“ (ebd., 45). Konstruktionsprozesse in wissenschaftlichen Disziplinen können deshalb als ‚institutionalisierte Redeweise‘ (vgl. Link, 1983, 60; 2011, 436) verstanden werden, die spezifische Sagbarkeits- und Wissensräume bestimmen. Somit stellen auch Texte des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses seriöse Sprechakte dar, bei denen die Analyse der Aussageinhalte und die Beschreibungen des Gegenstandes – hier des Phänomens ADHS – zentral stehen.

5.3 Konkretisierung des methodischen Vorgehens

Nachdem die zentralen Kennzeichen eines diskurstheoretischen Zugangs auf die Wissensproduktion im elaborierten (sonder-)pädagogischen Interdiskurs herausgestellt werden konnten und eine Begründung dafür geliefert wurde, diesen anhand einer Auswahl von fachwissenschaftlichen Publikationen zu analysieren, ist nun das methodische Vorgehen zu konkretisieren.

103 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung, Hyperaktives Kind, Konzentration, Hyperaktivität, Sonderpädagogik, Heilpädagogik; Freitext: ADHS.

104 S. http://www.fachportal-paedagogik.de/literatur/erweiterte_suche.html

105 Auch wenn die Auswahl der zu analysierenden Texte anhand der Verschlagwortung auf FIS-Bildung als eine Diskursbeschränkung zu betrachten und anzunehmen ist, dass das Thema ADHS auch in weiteren – nicht mit ADHS-ähnlichen (s.o.) verschlagworteten Begriffen – Texten thematisiert wird, wurde sich für eine Materialauswahl auf dieser Grundlage entschieden. Grund dafür ist, dass davon ausgegangen wird, dass durch den so gebildeten Materialkorpus die zentralen Thematisierungen des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs erfasst werden können. Es wird sich durch den Korpus versprochen, bei der Analyse eine theoretische Sättigung zu erreichen (für den Hinweis auf die Beschränkung des Diskurses danke ich Imke Niediek).

Dies erfolgt durch eine Bezugnahme auf Techniken der Grounded Theory (vgl. Alheit, 1999; Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 2010; Strübing, 2014), welche im weiteren Verlauf mit dem gewählten diskurstheoretischen Zugang verknüpft und in methodischer Hinsicht spezifiziert werden.

5.3.1 Grounded Theory als datengestützte Theoriebildung

Aufgrund der fehlenden methodischen Konkretisierungen in Foucaults Ansatz wird in der forschungspraktischen Anwendung diskurstheoretischer Heuristiken häufig auf Codiertechniken der Grounded Theory zurückgegriffen (vgl. Fegter, 2012; Keller, 2007; Waldschmidt et al., 2009). Nach dem Verständnis von Glaser & Strauss (2010) kann diese als ‚gegenstandsbezogene Theorie‘ oder auch empirisch fundierte Theoriebildung verstanden werden, der es darum geht, die Spezifika der jeweiligen Daten zu erfassen (vgl. Strübing, 2014, 9ff.). Ziel ist die Generierung von neuem theoretischen Wissen und die Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 139).

Die Anwendung der Grounded Theory gestaltet sich insgesamt flexibel, am Gegenstand und der Fragestellung ausgerichtet. Neben einem rein induktiven Vorgehen, bei welchem Vorwissen strikt auszublenden ist (vgl. Hülst, 2010, 285), besteht auch die Möglichkeit, sich mittels eines sensibilisierenden Konzepts dem Gegenstand zu nähern. Dieses setzt sich aus geeigneten Theoriebezügen und explizitem Kontextwissen zusammen, wobei die entsprechenden Vorannahmen vorab zu explizieren sind (vgl. Alheit, 1999, 9).¹⁰⁶ Der Bezug auf Vorkenntnisse verspricht, Besonderheiten im Material schneller zu identifizieren. Bei der Erkundung des Untersuchungsfeldes ist jedoch die Brauchbarkeit der Vorannahmen sowie die Notwendigkeit von Ergänzungen zu überprüfen. Das Entdecken neuer Theorien verläuft dabei in Erkenntnisspiralen und durch den Einsatz unterschiedlicher Codiertechniken (vgl. ebd., 9ff.), wodurch das Codieren eine intensive Auseinandersetzung mit den empirischen Daten unterstützt, um darin Zusammenhänge und Muster herauszuarbeiten (vgl. Muckel & Breuer, 2016, 160).

Aufgrund der bereits erfolgten Beschäftigung mit empirischen Befunden zur Konstruktion des Phänomens ADHS im erziehungswissenschaftlichen Feld (s. Kap. 2) sowie der Konstruktion von ADHS als sozialem Problem in unterschiedlichen Wissensfeldern (s. Kap. 3) wurde sich für die Verwendung eines sensibilisierenden Konzepts entschieden. Neben dem in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten Kontextwissen zum Thema ADHS setzt sich dieses aus diskurs- und normalismustheoretischen Grundlagen zusammen, welche im Zuge der Feinanalyse als theoretische Aspekte auf das Material angewendet werden (s. Kap. 7.1). Konkret werden die von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln¹⁰⁷ ausgehend von den Besonderheiten des

106 Durch die Anwendung eines sensibilisierenden Konzepts soll dem grundlegenden Problem empirischer Forschung Rechnung getragen werden, dass neue Schlussfolgerungen über die soziale Wirklichkeit weder durch ein ‚unbeeinflusstes Beobachten‘ (Induktion), noch durch aus der Theorie abgeleitete Hypothesen (Deduktion) gewonnen werden können. Alternativ kann durch eine Orientierung an den Prinzipien der Grounded Theory und damit einer ‚geplanten Flexibilität‘ von der Annahme ausgegangen werden, dass begründete hypothetische Annahmen über ein Forschungsfeld notwendig sind. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich Vorannahmen ändern können, wodurch ein flexibler und offener Zugang zum Untersuchungsfeld sowie zum analysierenden Material nötig wird. Der Gegensatz zwischen rein induktiven und rein deduktiven Vorgehensweisen scheint folglich durch das Prinzip der geplanten Flexibilität gelöst werden zu können (vgl. Alheit, 1999, 7f.). Beschrieben wird dieses Prinzip auch als Abduktion, womit gemeint ist, etwas zusammenzubringen, dass man sich „vorher nicht hätte träumen lassen“ (Peirce, 1903, 404; zit. nach Alheit, 1999, 8).

107 Verwendet werden im Einzelnen die Formation der Gegenstände, der Begriffe und der Äußerungsmodalitäten. Auf diskursive Strategien wird nach der Analyse des Materials im Fazit hingewiesen, um mögliche Effekte der diskursiven Konstruktion zu diskutieren. Eine Konkretisierung der Anwendung erfolgt in Kap. 7.1.

Materials in abgewandelter Form sowie die identifizierten Konstruktionsebenen des Normalen bei diesem Analyseschritt auf das zu untersuchende Material angepasst und als Schlüsselkategorien verwendet, wodurch die diskursive Konstruktion des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens vertiefend analysiert wird. Spezifiziert wird die Betrachtung zusätzlich durch eine Fokussierung auf diskursive Praktiken im Interdiskurs, um den Wissenstransfer im interdiskursiven Feld der (Sonder-)Pädagogik nachzeichnen zu können. Übergeordnetes Ziel stellt dabei die Überprüfung und Weiterentwicklung der verwendeten theoretischen Grundlagen dar (vgl. Charmaz, 2006, 100f.).

Das Codieren wird in der Grounded Theory als Kernstück der Methode betrachtet und ein interpretativer Zugang zum Material gewählt, bei dem ausgehend vom empirischen Material schrittweise Konzepte zu entwickeln sind, die dann zu Kategorien verdichtet werden. Die codierten Textstellen deuten damit auf Kategorien hin und können im Sinne eines diskurstheoretischen Zugangs als Indikatoren für typisierbare Aussagen und die Formationsregeln des Diskurses verstanden werden (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 141). Im Unterschied zur Orientierung der Grounded Theory am symbolischen Interaktionismus, mit der nach der Bedeutung der Dinge für einzelne Autor_innen gefragt wird, zielen diskurstheoretische Zugänge stärker auf die Strukturen und Regeln der Produktion von Gegenständen als auf deren individuelle Hervorbringung oder die Rekonstruktion von Deutungen. Da jedoch auch die diskursanalytische Forschungspraxis nicht ohne interpretative Zugänge auskommt, ist diese ebenfalls auf die Anwendung konkreter hermeneutischer Methoden angewiesen (vgl. ebd., 141f.). Es scheint daher grundsätzlich möglich, die Codiertechniken der Grounded Theory mit diskurstheoretischen Ansätzen zu verbinden, um so methodische Werkzeuge zu erhalten, mit denen die Formationsregeln des Diskurses und die diskursive Praxis freigelegt werden können.

5.3.2 Verwendete Codiertechniken und Abfolge der Analyse

Im Anschluss an die Grounded Theory und in Verbindung mit dem bereits erläuterten diskurstheoretischen Zugang wird in dieser Arbeit auf die Codiertechniken des offenen und des axialen Codierens zurückgegriffen.¹⁰⁸

Das *offene Codieren* dient dem Aufbrechen des Datenmaterials. Es stellt einen breiten und noch wenig geordneten Zugang zum Material dar, in dessen Folge Sinneinheiten festgelegt und Kategorien nach und nach ausgebildet werden (vgl. Strübing, 2014, 16). Das zu analysierende Material wird bei diesem Schritt in seine einzelnen Bestandteile zerlegt und auf einer neuen Ebene betrachtet. Hierbei kann sich explizit auf Kontextwissen bezogen werden und es findet eine kontrollierte Analyse des Materials statt, um so das Beziehungsgeflecht von Kategorien herauszuarbeiten (vgl. Alheit, 1999). Im Zuge des offenen Codierens werden Kategorien ausgebildet, indem einzelne zu beobachtende Phänomene des Materials als Konzepte codiert und nach und nach zu einer Kategorie vereint werden (vgl. Strübing, 2014, 16).

Mit dem *axialen Codieren* kann dann ein phänomenbezogenes Zusammenhangsmodell zwischen den Kategorien erstellt werden. Ausgehend von der Forschungsfrage ist bei diesem Schritt zu reflektieren, welche Aspekte zur Beantwortung der jeweiligen Fragestellung relevant erscheinen. Darüber hinaus sind Hypothesen zu entwickeln, die bei der weiteren Bearbeitung zu prüfen sind und es ist zu klären, welche theoretischen Konzepte sich als zentral erweisen. Das axiale Codieren zielt unter anderem darauf ab, Hauptkategorien herauszuarbeiten (vgl.

¹⁰⁸ Die Technik des selektiven Kodierens, mit der Bezüge zwischen den theoretischen Konzepten und den ‚Kernkategorien‘ herausgearbeitet werden können, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht angewendet.

ebd., 18). Übergeordnet ist die Spezifik der jeweiligen Daten zu erfassen, was dadurch erfolgt, dass einzelne Vorkommnisse vor dem Hintergrund der jeweiligen Hauptkategorie verglichen werden. Auf diese Weise können theorierelevante Unterscheidungen innerhalb der einzelnen Kategorien entwickelt und Subkategorien gebildet werden (vgl. ebd.).

Durch die Verwendung der Codiertechniken der Grounded Theory wird es möglich, die diskurstheoretische Perspektive zu operationalisieren und konkrete methodische Schritte abzuleiten. Für den Analyseprozess dieser Arbeit resultiert daraus folgender Ablauf:

Mit dem ersten Analyseschritt wird die Struktur der diskursiven Thematisierung codierend bestimmt, wozu die Codiertechniken des offenen und axialen Codierens angewendet werden. Dabei werden die Themen und Gegenstände des Diskurses zunächst durch offenes Codieren erkundet und durch ein analytisches Herauspräparieren nicht nur die Daten aufgebrochen, sondern auch einzelne Phänomene herausgestellt und Ähnlichkeiten im Material aufgezeigt. Im Zuge des offenen Codierens wird sich an den zentralen Themenfeldern der Thematisierung von ADHS in unterschiedlichen Wissensfeldern orientiert (s. Kap. 3), ohne jedoch Besonderheiten des Materials aus dem Blick zu verlieren. Die erstellten Codes werden dann durch axiales Codierens verdichtet, was zu einer Systematisierung und Hierarchisierung von Haupt- und Unterkategorien sowie Subcodes führt. Die einzelnen Kategorien werden dabei fortlaufend angepasst und modifiziert (vgl. Strübing, 2014, 16). Durch die so codierten Äußerungen wird die Wissensoberfläche der diskursiven Thematisierung ersichtlich (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 114), die in Form eines Codebaums abgebildet und interpretiert wird (s. Kap. 6) und wodurch erste Hinweise auf die inhaltliche Strukturierung des Diskurses gewonnen werden können.

Im zweiten Schritt erfolgt dann eine vertiefende Analyse des Datenmaterials ausgehend vom zuvor beschriebenen sensibilisierenden Konzept (s. Kap. 7.1). Der Blick wird hierdurch zum einen auf die Produktivität diskursiver Formationen gerichtet und es werden die in der diskursiven Praxis feststellbaren Formationsregeln des Diskurses herausgearbeitet. Gefragt wird danach, wie die Konstituierung des Phänomens in diskursiven Praktiken erfolgt und wie die Gegenstände des Diskurses durch die Produktivität diskursiver Formationen hervorgebracht werden. Zum anderen werden im Zuge der Feinanalyse interdiskurs- und normalismustheoretische Vertiefungen vorgenommen, um dadurch die Klassifikation des Phänomens ADHS als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Diskurs bestimmen zu können. Im Anschluss an die vorangegangene Analyse der Wissensoberfläche, mit der die Struktur der diskursiven Thematisierung erkennbar wird, wird mit der vertiefenden Analyse ein theoretisch inspirierter Blick auf das Material gerichtet, durch den es möglich wird, die hinter der Wissensoberfläche wirksamen diskursiven Praktiken zu erfassen und die Tiefenstruktur des Diskurses zu rekonstruieren.

Die Codierung wird mithilfe des Auswertungsprogramms MAXQDA durchgeführt. Aufgrund der Betrachtung der (sonder-)pädagogischen Thematisierung des Phänomens ADHS als seriöse Sprechakte (s. Kap. 5.2.2) wird sich auf Sinneinheiten im Material fokussiert. Diese bestehen aus mehreren Wörtern bis hin zu mehreren Sätzen und Absätzen der Texte. Da teilweise auch in einem Satz oder Absatz mehrere Sinneinheiten identifiziert werden können, werden Abschnitte zum Teil mehrfach codiert.

Für die einzelnen Codes werden dabei Code-Memos erstellt, in denen folgende Informationen vermerkt sind:

- Außenbezüge des Interdiskurses: Verweise auf Bezugstheorien, Wissensbestände
- Verweise auf Wissenspolitiken: Frage der Positionierungen im Diskurs
- Hinweise auf Verknüpfungen zwischen Kategorien (markiert mit „@“)
- Ankerbeispiele als direkte Zitate
- Theoretische Kommentare (markiert mit „#“)
- Korpusnummer des Textes, Seite, Absatz (z.B. „Z23, 152/13“)

5.4 Methodologische Reflexion

Vor der Analyse des Materials ist nun die Konzeption des eigenen methodischen Ansatz und die beschriebene Vorgehensweise in methodologischer Hinsicht zu reflektieren. Die Methodologie kann allgemein als die Lehre über die Vorgehensweise verstanden werden. Konkret geht es dabei nicht nur darum, wie aus der Theorie heraus Forschungsinteressen abgeleitet werden können und eine passende Methode gefunden werden kann, sondern auch welche Probleme bei einer bestimmten Methodenwahl zu berücksichtigen sind.

Bedingt durch die mit Diskursanalysen grundsätzlich einhergehende Gefahr, dass der Empirie keine Chance gegeben wird und stattdessen nur die eigenen Vorannahmen reproduziert werden, ist zu überlegen, wie Diskursanalysen sich selbst beobachten können und wie im Zuge ihrer Anwendung die Materialität des Gegenstandes (der Empirie) von der eigenen theoriegeleiteten Forschungspraxis zu unterscheiden ist (vgl. Diaz-Bone, 2006, 245). Dies erfolgt in dieser Arbeit durch die Verwendung des sensibilisierenden Konzepts (s. Kap. 7.1), mit dem die normalismus- und diskurstheoretischen Grundlagen als beobachtungsleitende Annahme verstanden werden (vgl. Kalthoff, 2008, 12). Das sensibilisierende Konzept wird in diesem Zusammenhang als eine Konstruktion der Theorie betrachtet, die sich einerseits daran orientiert, die Theorie mithilfe der eigenen empirischen Praxis als eine rekonstruierte Realität zu überprüfen. Im Sinne des methodologischen Holismus ist andererseits zu prüfen, inwiefern es einer Selbstreorganisation von Theorie bedarf, wenn neue Sichtweisen auf eine möglicherweise nun anders rekonstruierte Realität entstehen und damit neue Denkkonzepte und Phänomene entdeckt werden (vgl. Diaz-Bone, 2006, 246f.).

Die Theorie durchdringt und begründet demnach die Forschungspraxis. Dabei zielen Diskursanalysen auf eine reflektierte Rekonstruktion der Konstruktion durch diskursive Praktiken. Die Rekonstruktion ist folglich als eine „valide entwickelte Konstruktion ‚zweiter Ordnung‘“ (ebd., 255) zu verstehen, bei der die Konstruktionsprozesse im Datenmaterial durch eine methodologische Konstruktion erfasst werden (vgl. ebd., 256). Umgesetzt wird dies dadurch, dass auf das sensibilisierende Konzept erst im Anschluss an die Erstellung des Codebaums (s. Kap. 6) zurückgegriffen wird. Zuvor wird sich mit der gebotenen Offenheit dem Material zugewendet und ausgehend davon die Relevanz der ausgewählten theoretischen Grundlagen kritisch überprüft. Durch die Verwendung des sensibilisierenden Konzepts im Zuge der Feinanalyse wird dann der Versuch unternommen, die theoretischen Grundlagen durch die eigene empirische Analyse zum Sprechen zu bringen und Impulse zur weiteren Theorieentwicklung zu generieren (vgl. Kalthoff, 2008, 19ff.).

6 Die Rekonstruktion der Diskursordnung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS

Um sich mit der gebotenen Offenheit dem Material zu nähern, wird in einem ersten Analyseschritt durch eine Systematisierung der im Korpus getätigten Äußerungen die Diskursordnung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS rekonstruiert. Die im Zuge des offenen und axialen Codierens erstellten 2533 Codes werden dazu mit einem Codebaum inhaltlich geordnet und theoriegeleitet systematisiert (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 144ff.).¹⁰⁹ Ausgehend von der Frage, in welcher Form das Thema ADHS in der diskursiven Praxis aufgegriffen wird, ergaben sich die folgenden neun Hauptkategorien: ‚Gegenstand ADHS‘, ‚Ursachen von ADHS‘, ‚Symptombeschreibungen‘, ‚Diagnose‘, ‚Umgang mit ADHS‘, ‚Subjektpositionen‘, ‚Sprecher_innenpositionen‘, ‚Thematisierungsweisen und -geschichte‘ und ‚Schule‘. Diese setzen sich aus weiteren Unterkategorien und Subcodes zusammen, welche auf der untersten Ebene am ehesten dem entsprechen, was Foucault (1981, 115ff.) unter Äußerungen versteht (vgl. Waldschmidt et al., 2009, 148). Entsprechend ihrer inhaltlichen Relevanz werden die einzelnen Codierungen sortiert und den Hauptkategorien zugeordnet. Im Unterschied zu Waldschmidt et al. (2009, 144ff.) erfolgt die Interpretation des Codebaums gleichzeitig in inhaltlicher und formaler Hinsicht. Geht es inhaltlich um die Frage, *was* im Zusammenhang mit dem Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Diskurs diskutiert wird, wird in formaler Hinsicht der Blick darauf gerichtet, *wie* die Beschäftigung konkret erfolgt. Ausgehend von den im Zuge des offenen Codierens erstellten Code-Memos, werden formale Aspekte dadurch erfasst, dass Bezüge auf Wissensbestände kenntlich gemacht werden. Durch den Codebaum soll es möglich werden, die Oberfläche des diskursiven Ereignisses abzubilden und darzustellen, wie durch die im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs getätigten Äußerungen eine Wissensoberfläche zum Phänomen ADHS konstruiert wird. Der Codebaum stellt einen Zwischenstand der Analyse dar, durch den die Struktur des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS ersichtlich wird. Da mit dem Codebaum nicht die Gesamtheit der diskursiven Praxis erfasst werden kann, sondern sich nur exemplarische Eindrücke zur Konstruktion des Phänomens aufzeigen lassen, stellt sich bei dessen Betrachtung die Frage, inwieweit sich bereits Hinweise auf die Relevanz diskursiver Formationen finden lassen, die in der anschließenden Feinanalyse vertiefend zu betrachten sind (s. Kap. 7).

Die Beschäftigung mit der Diskursordnung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS gliedert sich in folgende Schritte: Zunächst wird der Codebaum abgebildet (s. Kap. 6.1). Mit einem Bezug auf relevante Codierungen erfolgt anschließend eine deskriptive Darstellung der einzelnen Haupt- und Unterkategorien sowie Subcodes (s. Kap. 6.2). Dabei werden Leitmotive, bestehende Kontroversen, Häufungen und Leerstellen kenntlich gemacht und auf die Relevanz von Begrifflichkeiten, Gegenstandskonstruktionen und Äußerungsmodalitäten verwiesen. Durch Hinweise auf verwendete Wissensbezüge sollen zusätzlich erste Indizien für diskursive Abgrenzungen gesammelt werden. Auch wenn in dieser Arbeit grundsätzlich einem qualitativen Zugang nachgegangen wird, wird bei der Interpretation des Codebaums zum Teil auf eine quantitative Verteilung der Äußerungen sowie auf Häufungen einzelner Äußerungspraktiken hingewiesen, da davon ausgegangen wird, dass die quantitative Verteilung der Äußerungen Aufschluss über deren inhaltliche Relevanz innerhalb des Diskurses liefert und es dadurch möglich wird, zentrale Aspekte der Thematisierung pointiert herauszustellen.

¹⁰⁹ Im Zuge des offenen Codierens wurden insgesamt 2866 Codierungen erstellt. Für die Darstellung des Codebaums wurden die im Rahmen der Fragestellung relevanten 2533 Codierungen ausgewählt und systematisiert. Um im Codebaum abgebildet zu werden, mussten die jeweiligen Subcodes mehr als einmal codiert worden sein.

Im Anschluss an die Vorstellung der Hauptkategorien erfolgt eine kurze Interpretation des gesamten Codebaums und eine Übersicht über die Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS in den einzelnen Texten des Materialkorpus (s. Kap. 6.3).

6.1 Übersicht Codebaum (2533 Codierungen)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subcodes
Gegenstand ADHS* (88/248) ¹¹⁰ Wie wird der Gegenstand ADHS betrachtet?	ADHS als Störung/Syndrom/ Krankheit (14/115)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (36) • hyperkinetische Störung (7) • Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörung (5) • Lern- u. Verhaltensstörung (3) • Selbstregulationsstörung (2) • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (11) • hyperkinetisches Syndrom (2) • Krankheitsbild (17) • verdeckte Krankheitsverständnisse (7) • Hyperaktivität (5) • organische Störung (4) • chronisches Problem (2)
	ADHS als soziokulturelles Phänomen (11/41)	<ul style="list-style-type: none"> • postmodernes Zeitgeistphänomen (5) • soziale Konstruktion (5) • Hyperaktivität als Kompensationsstrategie (4) • sinnhaftes Verhalten (4) • kulturelles Phänomen (3) • sogenanntes ADHS (3) • ADHS als Spiegel der Erwachsenenwelt (2) • Diagnosen als Teil eines gesellschaftlichen Reparaturbetriebs (2) • Modeerscheinung (2)
	Aufmerksamkeitsdefizit-Problematik (4)	
,Ursachen von ADHS* (19/261) Welche Ursachen werden für ADHS angeführt?	soziokulturelle Erklärungsmodelle (0/101)	<ul style="list-style-type: none"> • entwicklungsneurobiologische Modelle (27) • entwicklungspsychologische Modelle (15) • psychoanalytische Modelle (11) • Verweise auf soziale Eingebundenheit (25) • Verweise auf makrosystemische Aspekte (16) • Verweise auf systemische Dimensionen (7)
	biologische Erklärungsmodelle (27/48)	<ul style="list-style-type: none"> • neuropsychologische Modelle (12) • neurochemische Modelle (5) • neuroanatomische Modelle (4)
	biopsychosoziales Modell (30)	
	psychologische Modelle (2)	
	Kritik an monokausal-organischen Modellen (45)	
	Weitere Ursachenmodelle (3/16)	<ul style="list-style-type: none"> • prä-, peri-, postnatale Entwicklungsrisiken (4) • Ernährung als Ursache (3) • Blei als Ursache (2) • Armut als Risikofaktor (2) • Medienkonsum als Ursache (2)

¹¹⁰ ,248‘ entspricht der Gesamtzahl der Codierungen der Hauptkategorie. Davon wurden ,32‘ Codierungen Hauptkategorie im Allgemeinen zugeordnet.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subcodes
,Symptombeschreibungen' (105/170) Wie werden ADHS-spezifische Verhaltensweisen beschrieben?	Erläuterung von Fallbeispielen (22)	
	ressourcenorientierte Beschreibungen (22)	
,Diagnose' (59/202) Wie soll ADHS diagnostiziert werden?	situationspezifische Beschreibungen (21)	
	Diagnose mittels DSM-IV, ICD-10 (26)	
	Diagnose mittels DSM-IV (21)	
	Diagnose mittels ICD-10 (13)	
	Schwierigkeiten der Diagnosestellung (16)	
,Umgang mit ADHS' (20/563) Welche Verfahren werden zum Umgang mit ADHS-spezifischen Verhaltensweisen vorgeschlagen?	Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen (46)	
	diagnostische Alternativen (21)	
	Verhaltenstherapeutische Ansätze (37/142)	<ul style="list-style-type: none"> • Trainings- und Therapieprogramme (34) • verhaltenstherapeutische Ansätze in der Schule (30) • Lernen der Selbstregulation (17) • Neurofeedback (15) • Kritik an verhaltenstherapeutischen Ansätzen (9)
	Medikation (53/79)	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik an Medikation (26)
	multimodale Therapie (40/47)	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik multimodaler Therapie (7)
	Elterntaining (30)	
	Psychoedukation (15)	
	pädagogische Zugänge (15)	
	schulische Umgangsformen (15/130)	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Unterrichtsstruktur (12/39) • Strukturen und Regeln (13)¹¹¹ • Individualisierung (6/20)¹¹² • Diskussion der Beschulung (12/16)¹¹³ • Hilfen bei der Arbeitsorganisation (7) • Elternkontakt (6) • evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung (6) • Modellwirkung der Umgebung (4) • Anforderungen Lehrer_innen (17)
	alternative Behandlungsmethoden (13/42)	<ul style="list-style-type: none"> • tiergestützte Interventionen (14) • Psychomotorik (6) • Entspannungsverfahren (5) • Diätbehandlungen (4)
	adäquate Beziehungsgestaltung (12)	
	systemische Ansätze (10)	
Kritik an evidenzbasierter Medizin (9)		
verstehende Ansätze (7)		
psychotherapeutische Ansätze (3)		
psychodynamische Ansätze (2)		

111 Weitere Subcodes umfassen ,Classroom-Management' (5), ,Reizreduktion' (3), ,Frontalunterricht' (2), ,handlungsbasierte Lernstrategien' (2) und ,Vermittlung von Lernstrategien' (2).

112 Dazu zählen auch die Subcodes ,Bewegung ermöglichen' (6), ,individualisierender Unterricht' (4), ,Ressourcenorientierung' (2) und ,Unterrichtsgestaltung' (2).

113 Inklusive ,sonderpädagogische Förderung' (4).

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subcodes
,Sprecher_innenpositionen' (0/155) Wer spricht über ADHS?	professionelle Sprecher_innenpositionen des pädagogischen Feldes (0/58)	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrer_innen (42) • Sonderpädagogik (9) • Pädagogik (4) • Sonderpädagog_innen (3)
	professionelle Sprecher_innenpositionen des klinischen Feldes (3/43)	<ul style="list-style-type: none"> • klinisches Fachpersonal (31) • Medizin (3) • Psychiatrie (3) • Psychologie (3)
	Eltern – Lehrer_innen (27)	
	Eltern (15)	
	Betroffene (7)	
	Eltern – Lehrer_innen – Kind (5)	
,Subjektpositionen' (0/701) Über wen wird wie gesprochen?	Schüler_innen (39/495)	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS-Kinder (357) • ADHS-Kinder in Bildern (36) • Leidende Kinder (32) • Hinweise auf Subjektivierungspraktiken (16) • ADS-Kinder (15)
	Eltern (104/129)	<ul style="list-style-type: none"> • Mütter (14) • Väter (11)
	Lehrer_innen (51/53)	Sonderpädagog_innen (2)
	,Fachleute' (24)	
,Thematisierungsweisen und -geschichte' (33/179) Welche Thematisierungsweisen werden erläutert und wie wird die Historizität des Phänomens ADHS diskutiert?	Thematisierung der Prävalenz (35)	
	Thematisierung der Medikalisierung (26)	
	Verweise auf Forschungslücken (17)	
	Thematisierung der Mainstreamforschung (14)	
	Verweise auf die Kontroversität der Thematisierung (13)	
	Thematisierung von Wissenskonkurrenzen (12)	
	Forderungen nach einem Paradigmenwechsel (10)	
	Thematisierung der Prävalenzentwicklung (10)	
	Thematisierung der erziehungswissenschaftlichen Diskussion (9)	
,Schule' (26/54) Wie wird über Schule gesprochen?	Anforderungen Schule (20)	
	Schule als verstärkendes System (6)	
	Unterricht (2)	

6.2 Exemplarische Darstellung der Hauptkategorien

In den folgenden Unterkapiteln werden die neun im Zuge des offenen Codierens gebildeten Hauptkategorien inklusive relevanter Unterkategorien und Subcodes vorgestellt, um dadurch die Diskursordnung der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS zu rekonstruieren. Mit dem Ziel herauszustellen, was auf den einzelnen Ebenen im Zentrum der

Problematisierung steht und wie dabei diskutiert wird, wird jeweils auf die am häufigsten verwendeten Codes fokussiert.¹¹⁴

6.2.1 Zur Konstruktion des Gegenstands ADHS

Mit ‚Gegenstand ADHS‘ (88/248)¹¹⁵ wurden Textabschnitte codiert, in denen der Gegenstand ADHS auf eine spezifische Art und Weise konzipiert wird. Verwendet werden dazu unterschiedliche Begrifflichkeiten, welche von ‚Problemen‘ über ‚Syndrome‘ bis hin zu ‚Störungen‘ und ‚Krankheiten‘ reichen.¹¹⁶ Neben dem Gebrauch unterschiedlicher Begriffe besteht die größte Kontroverse in diesem Zusammenhang darin, ob ADHS als Störung und Krankheit oder als soziokulturelles Phänomen betrachtet wird. Ausgehend von diesen Beobachtungen wurden die Unterkategorien ‚ADHS als Störung/Syndrom/Krankheit‘ (14/115)¹¹⁷ und ‚ADHS als soziokulturelles Phänomen‘ (11/41)¹¹⁸ gebildet.¹¹⁹

Mit Blick auf die Hauptkategorie ‚Gegenstand ADHS‘ zeigt sich, dass das Phänomen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs häufiger als Störung oder Krankheit konzeptualisiert wird und weniger als soziokulturelles Phänomen. Konkret gibt es im Material ca. 2,8 Mal mehr Codierungen in der Unterkategorie ‚ADHS als Störung/Syndrom/Krankheit‘ als in der Unterkategorie ‚ADHS als soziokulturelles Phänomen‘. Die Thematisierung als Störung/Syndrom/Krankheit geschieht meist durch das klinische Feld¹²⁰ oder auch ohne explizite Quellenangaben. Eher selten wird dabei von weiteren Grundlagen ausgegangen (s. Tab. I).¹²¹ Mit der Unterkategorie ‚ADHS als soziokulturelles Phänomen‘ wurden Passagen erfasst, in denen die Relationalität des Gegenstands betont wird und dessen Existenz im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen gesehen wird. Wie ein Blick in die Code-Memos verdeutlicht, erfolgt dies häufiger durch unterschiedliche disziplinäre Wissensbestände oder auch ohne explizite Quellenverweise (s. Tab. I). Es entsteht damit der Eindruck, dass um die Deutungshoheit des Phänomens ADHS auf eine spezifische Art und Weise gerungen wird und sich dieses Ringen durch Bezüge auf unterschiedliche Wissensbestände auszeichnet.

114 In den folgenden beiden Kapiteln wird sich auf die Auswertungstabellen (TAB. I – TAB. XVIII) bezogen. Diese sind im Anhang dieser Arbeit, der Teil des ebooks ist, zu finden.

115 248 entspricht der Anzahl der Codierungen für die Hauptkategorie insgesamt, inklusive Subcodes; 88 Codierungen wurden direkt der Hauptkategorie zugeordnet. Dazu zählen u.a. Codierungen zu den Themen ‚ADS‘, ‚Erwachsenen-ADHS‘, die jedoch im Folgenden nicht näher ausgeführt werden.

116 Veranschaulichen lässt sich diese begriffliche Varianz anhand der Subcodes ‚Aufmerksamkeitsdefizit-Problematik‘ (4), ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom‘ (11), ‚hyperkinetisches Syndrom‘ (2), ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung‘ (36) und ‚Krankheitsbild‘ (17).

117 Der Kategorie ‚ADHS als Störung/Syndrom/Krankheit‘ wurden dabei weitere Subcodes zugeordnet. Dazu zählen, ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung‘ (36), ‚hyperkinetische Störung‘ (7), ‚Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörung‘ (5), ‚Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom‘ (11), ‚hyperkinetisches Syndrom‘ (2), ‚Krankheitsbild‘ (17), ‚versteckte Krankheitsverständnisse‘ (7), ‚Hyperaktivität‘ (5), ‚organische Störung‘ (4), ‚chronisches Problem‘ (2).

118 Die Codierung ‚ADHS als soziokulturelles Phänomen‘ umfasst folgende Unterkategorien: ‚soziale Konstruktion‘ (5), ‚postmodernes Zeitgeistphänomen‘ (5), ‚sinnhaftes Verhalten‘ (4), ‚Hyperaktivität als Kompensationsstrategie‘ (4), ‚kulturelles Phänomen‘ (3), ‚sogenanntes ADHS‘ (3), ‚ADHS als Spiegel der Erwachsenenwelt‘ (2), ‚Modeerscheinung‘ (2), ‚Diagnosen als Teil eines gesellschaftlichen Reparaturbetriebs‘ (2).

119 Als weitere Unterkategorie wurde die der ‚Aufmerksamkeitsdefizit-Problematik‘ (4) gebildet. Da diese jedoch nur viermal in Überschriften oder Zwischenüberschriften codiert wurde, wird sie im Folgenden nicht näher betrachtet.

120 Wenn im Folgenden von klinischem Feld oder Kontext gesprochen wird, bezieht sich dies auf medizinisch ausgerichtete Thematisierungen des sozialen Problems ADHS auf den Gebieten der Medizin, Psychiatrie und Psychologie (s. Kap. 3), mit denen das Phänomen ADHS primär nach einer medizinischen-naturwissenschaftlichen Logik im Sinne des individuellen Modells von Behinderung (s. Kap. 4.1.1) konzipiert wird.

121 Dazu zählen Wissensbestände der Psychoanalyse, der (Sonder-)Pädagogik und der Soziologie.

Hinsichtlich der Frage, wie der Gegenstand ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs konstruiert wird, zeigt sich ausgehend von der Betrachtung der Hauptkategorie ‚Gegenstand ADHS‘, dass unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet werden. Auf der inhaltlichen Ebene wird eine zentrale Kontroverse der Thematisierung erkennbar, mit der Bezüge auf konkurrierende Wissensbestände einhergehen. Aufgrund der Beobachtung, dass ADHS entweder als Störung/Syndrom/Krankheit oder als soziokulturelles Phänomen konzeptualisiert wird, deutet sich eine spezifische Ordnung der diskursiven Praxis an, die zu diskursiven Abgrenzungen innerhalb der Wissensproduktion führt. Inwiefern dieser Prozess von spezifischen Machtwirkungen durchdrungen ist, ist in der Feinanalyse zu spezifizieren.

6.2.2 Zur Diskussion der Ursachenmodelle

Passagen, in denen mögliche Ursachen der ADHS-Symptomatik diskutiert werden, wurden mit der Hauptkategorie ‚Ursachen von ADHS‘ (19/261) erfasst. Allgemeine Verweise auf die Ursachendiskussion wurden im Material lediglich 19 Mal codiert. Dabei wird Bezug genommen auf multifaktorielle Erklärungsansätze und herausgestellt, dass es zur Verursachung unterschiedliche, teils umstrittene Hypothesen gibt. Die weiteren Codierungen zu dieser Ebene lassen sich unterteilen in ‚soziokulturelle Erklärungsmodelle‘ (0/101), ‚biologische Erklärungsmodelle‘ (27/48), das ‚biopsychosoziale Modell‘ (30) sowie ‚Kritik an monokausal organischen Modellen‘ (45).¹²²

Der Unterkategorie ‚soziokulturelle Erklärungsmodelle‘ sind Codierungen zugeordnet, in denen sich auf ‚entwicklungsneurobiologische‘ (27), ‚psychoanalytische‘ (11) und ‚entwicklungspsychologische Modelle‘ (15) bezogen und auf systemische und makrosystemische Aspekte hingewiesen wird.¹²³ Insgesamt wird bei der Betrachtung dieser Codierungen deutlich, dass sich in erster Linie an der Konzeptualisierung des Phänomens ADHS als soziokulturelles Phänomen orientiert wird (s. Kap. 3.8) und die Argumentation meist durch Verweise auf entwicklungsneurobiologische Erklärungsansätze abgesichert ist. Bei den Subcodes ‚Verweise auf soziale Eingebundenheit‘ (25) und ‚Verweise auf makrosystemische Aspekte‘ (16) fallen die Bezugnahmen auf Wissensbestände heterogener aus. Integriert werden hier psychoanalytische und soziologische Perspektiven sowie philosophische Argumentationen. Zum Teil fehlen jedoch auch direkte Quellenverweise. Auffällig ist zudem eine kulturpessimistische Einschätzung gesellschaftlicher Verhältnisse, wenn beispielsweise von der ‚Kehrseite einer seelenlosen Informationsgesellschaft‘¹²⁴ (Z5, 60/33)¹²⁵ gesprochen wird.

Im Gegensatz dazu werden die Ursachen ADHS-spezifischer Verhaltensweisen in einem Teil des Materials klinisch begründet. Entsprechende Passagen wurden mit den Codierungen ‚biologische Erklärungsmodelle‘¹²⁶ und ‚biopsychosoziales Modell‘ versehen. Bis auf zwei Zeitschriften-

122 Weitere Codierungen beziehen sich auf ‚psychologische Modelle‘ (2) und ‚weitere Ursachenmodelle‘ (3/16). Zu Letzteren zählen ‚prä-, peri-, postnatale Entwicklungsrisiken‘ (4), ‚Ernährung als Ursache‘ (3), ‚Blei als Ursache‘ (2), ‚Armut als Risikofaktor‘ (2) und ‚Medienkonsum als Ursache‘ (2).

123 Siehe die Subcodes ‚Verweise auf soziale Eingebundenheit‘ (25), ‚Verweise auf makrosystemische Aspekte‘ (16) und ‚Verweise auf systemische Dimensionen‘ (7), mit denen auf eine Verursachung durch die individuelle Lebensgeschichte und soziale Eingebundenheit sowie Modelle, in denen auf entwicklungspsychologische und kulturhistorische Erklärungen zurückgegriffen wird.

124 Bezüge auf das Material werden im Folgenden durch einfache Anführungszeichen markiert. Dabei handelt es sich nicht um direkte Zitate, sondern um Notizen aus den Code-Memos.

125 Auf Fundstellen wird nachfolgend auf die dargestellte Art verwiesen. „Z5, 60/33“ steht für den fünften Artikel im Korpus der Zeitschriftenartikel, Seite 60, Absatz 33. Texte in den Handbüchern werden mit der Abkürzung „H“ angeführt.

126 Dazu zählen die Subcodes ‚neuropsychologische Modelle‘ (12), ‚neurochemische Modelle‘ (5) und ‚neuroanatomische Modelle‘ (4).

artikel (Z1, Z2) wird sich dabei nicht kritisch mit diesen Ansätzen befasst. Ausgegangen wird meist von einer genetischen Verursachung, was durch Wissensbestände der Psychiatrie und der klinischen Psychologie abgesichert wird. Partiiell fehlen jedoch in diesem Zusammenhang Verweise auf entsprechende Quellen. Dies zeigt sich insbesondere bei der Diskussion einer neurochemischen Verursachung. Dahingegen wird sich in den Codierungen zu einer neuropsychologischen, neuroanatomischen und neurophysiologischen Verursachung expliziter auf die jeweiligen theoretischen Erklärungsmodelle bezogen.

Die einheitlichste Thematisierung einer biologischen Verursachung, findet sich in den Codierungen ‚*biopsychosoziales Modell*‘. Mit diesem als ‚multifaktorielles Genese-Modell‘ (H20, 229/22-230/23) bezeichneten Ansatz wird von einer genetischen Basis der Verhaltensweisen ausgegangen und angemerkt, dass sich Umweltbedingungen auf die Ausprägung der Symptome auswirken können. Grundlage dafür sind Veröffentlichungen auf dem Gebiet der klinischen Psychologie mit Bezügen auf einschlägige Autor_innen. Teilweise wird dieser Erklärungsansatz jedoch auch ohne entsprechende Quellenangaben rezipiert (s. Tab. II). Kritisiert wird das biopsychosoziale Modell nur in einem Code als ‚traditionell medizinische Position‘ (Z2, 349/20).

Die Inhalte des Subcodes ‚*Kritik an monokausal-organischen Modellen*‘ verweisen auf eine Vernachlässigung von Kontextbedingungen der kindlichen Entwicklung (Z1, 54/1) wodurch eine reduktionistische Betrachtungsweise medizinischer Zugänge kritisiert wird. Wenngleich auch hier häufiger ohne direkte Quellenverweise gearbeitet wird, gründet diese Kritik in der Regel auf (sonder-)pädagogischen, psychologischen oder entwicklungsneurobiologischen Argumentationen sowie Bezügen auf Perspektiven der sozialen Psychiatrie, der Tätigkeitstheorie und der kulturhistorischen Schule (s. Tab. II).

Die Beschäftigung mit Ursachenmodellen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zeichnet sich durch heterogene und konkurrierende Thematisierungsweisen aus. Obwohl die Rezeption soziokulturell-gesellschaftlicher Erklärungsmodelle in quantitativer Hinsicht zu überwiegen scheint (s. Tab. II), ist dies dahingehend zu relativieren, dass diese in einzelnen Zeitschriftenartikeln vermehrt codiert wurden, während sich die Bezugnahme auf biologische Ursachenmodelle auf eine größere Anzahl der analysierten Texte erstreckt.¹²⁷ Ähnlich verhält es sich bei der Verteilung der Codierungen ‚*Kritik an monokausal, organischer Verursachung*‘, welche überwiegend in Zeitschriften und selten in Handbüchern zu finden sind. Zudem wird erkennbar, dass im Material insgesamt keine ausführliche Diskussion über mögliche Ursachen erfolgt. So werden die unterschiedlichen Modelle selten übergeordnet vergleichend oder kritisch betrachtet. Darüber hinaus unterscheiden sich die Bezüge auf spezifische Wissensbestände dadurch, dass diese innerhalb der Codierungen einer soziokulturell-gesellschaftlichen Verursachung zumindest in Teilen eklektizistisch wirken. Im Gegensatz dazu wird sich im Kontext der klinischen Verursachung auf konziser erscheinende, einheitliche Theorieelemente bezogen. Zugleich erfolgen diese Annahmen jedoch auch häufiger ohne Quellenverweise, wodurch der Eindruck entsteht, dass diese als quasi allgemeingültig vorausgesetzt werden (können). Da in den Codierungen der Hauptkategorie ‚*Gegenstand ADHS*‘ im Kontrast zur Priorisierung soziokultureller Ursachenmodelle häufiger von einer Krankheit und Störung als von einem soziokulturellen Phänomen gesprochen wird, deuten sich mit Blick auf die

127 Soziokulturelle Ursachenmodelle werden in 23 Artikeln – hauptsächlich in Zeitschriften – angeführt. Biologische Ursachenmodelle hingegen in 33 Artikeln.

Konstruktion des Gegenstands ADHS im (sonder-)pädagogischen Diskurs widersprüchliche Thematisierungen an.

6.2.3 Zur Beschreibung ADHS-spezifischer Verhaltensweisen

Mit ‚*Symptombeschreibungen*‘ (105/170) wurden Textstellen codiert, in denen als ADHS-spezifisch konzipierte Verhaltensweisen beschrieben werden. Darunter gefasst wurden die Unterkategorien ‚*Erläuterung von Fallbeispielen*‘ (22), ‚*ressourcenorientierte Beschreibungen*‘ (22) und ‚*situationsspezifische Beschreibungen*‘ (21).

In den Codierungen der Hauptkategorie ‚*Symptombeschreibungen*‘ (105) wird sich in erster Linie auf einer allgemein beschreibenden Ebene mit der Kernsymptomatik des Phänomens ADHS (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) befasst. Gleichzeitig gibt es in einem Teil des Materials auch Erläuterungen einzelner Symptombereiche, wobei Aufmerksamkeitsprobleme zentral stehen. Bezüglich der Thematisierung der Kernsymptomatik fällt auf, dass dies sowohl durch absolute Setzungen – im Sinne von Störungen, Defiziten oder Beeinträchtigungen – als auch durch relationale Beschreibungen geschieht. Keine absoluten Setzungen finden sich beim Thema Hyperaktivität. Auf eine relationale Weise umschrieben werden die Verhaltensweisen, wenn von einer eingeschränkten, verminderten oder mangelnden Aufmerksamkeit, einer erhöhten Impulsivität und einer übermäßigen motorischen Aktivität gesprochen wird (s. TAB III). Kategorisiert werden die entsprechenden Verhaltensweisen anhand einer Dauerhaftigkeit und Häufigkeit, einem geringen Niveau und Mangel sowie einem Altersvergleich (letzterer jedoch nicht bei Impulsivität). Das als problematisch erscheinende Verhalten muss folglich zu häufig oder zu wenig ausgeprägt und in einem altersgemäß untypischen Ausmaß wahrgenommen werden. Mit Blick auf die zur Beschreibung der Kernsymptomatik verwendeten Begriffe fällt auf, dass sich diese durchgängig durch eine gewisse Unbestimmtheit auszeichnen. So wird das abweichende Verhalten entweder mittels Adjektiven¹²⁸ beschrieben oder es werden Adverbien¹²⁹ und flektierte Verbformen¹³⁰ zur Markierung der Abweichung genutzt. Insgesamt zeigt sich eine Fokussierung auf Unfähigkeiten den schulischen Anforderungen zu genügen.¹³¹ Diese Ausrichtung wird auch daran ersichtlich, dass Aufmerksamkeitsprobleme im Rahmen der Symptombeschreibungen im Zentrum stehen (s. Tab. III).

Es zeigt sich, dass bei der Thematisierung der Symptomatik selten auf konkrete Beschreibungen von Lehrer_innen zurückgegriffen wird. Weitau häufiger wird sich in diesem Zusammenhang auf die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV sowie auf Autor_innen des klinischen Diskurses (u.a. Barkley, Döpfner, Steinhausen) bezogen. Neben allgemeinen Beschreibungen der Symptome werden im Korpus auch konkrete Fälle zur Veranschaulichung der als störend empfundenen Verhaltensweisen herangezogen. Codiert wurden diese mit der Unterkategorie ‚*Erläuterung von Fallbeispielen*‘. In inhaltlicher Hinsicht fällt auf, dass in den Fallbeispielen häufiger das hyperaktive Verhalten als Problem angeführt wird und schulische Schwierigkeiten, wie etwa Leistungsprobleme, selten konkretisiert werden. Spezifische Beschreibungen von als störend empfundenen Verhaltensweisen werden nur ansatzweise und nicht einheitlich vorgenommen. Aufgezählt wird viel-

128 Dazu zählen in erster Linie folgende: dauernd, desorganisiert, durchgängig, exzessiv, gering, häufig, leicht, mangelhaft, permanent, planlos, schlecht, ständig, stark, übermächtig, übermäßig, überstürzt, unaufmerksam, unentwegt, unfähig, ungewöhnlich, unkonzentriert, unordentlich, unruhig, unüberlegt, unzureichend, verkürzt, vorzeitig.

129 Z.B. viel, wenig.

130 Z.B. beeinträchtigt, erhöht, eingeschränkt.

131 Dazu gehört die Thematisierung von Fehlern, Aktivitätswechseln, Vergesslichkeit, Planungsdefiziten, Ablenkbarkeit, unordentliche Aufgabenausführung sowie unüberlegtes, planloses und fehlendes Zeitmanagement.

mehr eine Reihe unterschiedlicher Symptome, die einen geregelten Unterricht stören (s. Tab. IV). Ähnlich den Symptombeschreibungen verdeutlichen die im Kontext der Fallbeispiele verwendeten Begrifflichkeiten eine relationale Beschreibung, wodurch sich auch hier eine Nähe zu den Klassifikationssystemen andeutet. Auf positive Verhaltensweisen der Schüler_innen wird in den Fallbeispielen selten hingewiesen. Falls dies der Fall ist, werden diese nicht einheitlich beschrieben, sondern unterschiedliche Eigenschaften von ‚lieb‘, ‚ideenreich‘ bis hin ‚zu vielseitig interessiert‘ mit einem ‚ausgeprägten Gerechtigkeitssinn‘ angeführt (s. Tab. IV). Betrachtet man den Kontext der Fallbeispiele, so fällt auf, dass diese selten der schulischen Praxis entnommen sind (Z6, 394/63, Z43, 116/21-26) und nur ansatzweise konkrete Beobachtungen im Unterricht zum Gegenstand haben. Häufiger stammen diese aus dem psychiatrischen und psychologischen Kontext,¹³² sind fiktiver oder literarischer Natur oder gehen auf biografische Berichte zurück.

Mit der Unterkategorie ‚ressourcenorientierte Beschreibungen‘ wurden Passagen erfasst, in denen im Unterschied zu den allgemeinen Symptombeschreibungen positive Verhaltensweisen der Schüler_innen angeführt werden. Zentral steht hier das Merkmal der Kreativität,¹³³ welches in vielen Codierungen wiederzufinden ist. Weitere positive Eigenschaften sind über das Korpus verstreut und reichen von Dankbarkeit über Schlagfertigkeit bis hin zu Freundlichkeit. In den Codierungen der Unterkategorie ‚situationsspezifische Beschreibungen‘ geht es um eine Kontextabhängigkeit der Symptome. Betont wird, dass die Verhaltensweisen von situativen Bedingungen im Allgemeinen und schulischen Anforderungen im Besonderen abhängig sind. Die geringe Anzahl der Codierungen zu diesen beiden Unterkategorien verdeutlicht, dass diese insgesamt selten erwähnt werden und nur als Randnotiz erscheinen.

Wie der Blick auf die Codierungen zum Thema Symptombeschreibungen zeigt, gibt es hier sowohl relationale Beschreibungen als auch absolute Setzungen, sodass den hier verwendeten Begrifflichkeiten eine zentrale Bedeutung zukommt. Da gleichzeitig auffällt, dass Kontextbedingungen des Verhaltens wenig Beachtung geschenkt wird und Kompetenzen der Schüler_innen selten herausgestellt werden, ist in der Feinanalyse zu klären, durch welche normalistischen Strategien sich der Prozess der Normierung im Material insgesamt vollzieht und welche Positionierungen der Schüler_innensubjekte daraus folgen. Ausgehend von der Beobachtung, dass im Kontext der Symptombeschreibungen unterschiedlichen Akteur_innen und Wissensbeständen eine jeweils spezifische Bedeutung zugesprochen wird, ist der Blick zusätzlich auf die Zuweisung von Sprecher_innenpositionen zu richten.

6.2.4 Zur Diagnostizierung von ADHS

Textstellen, in denen sich mit der Diagnostizierung von ADHS befasst wird, wurden mit ‚Diagnose‘ (59/202) codiert. Der Hauptkategorie wurden weitere Unterkategorien zu den Themen ‚Diagnose mittels DSM-IV, ICD-10‘ (26), ‚Diagnose mittels DSM-IV‘ (21), ‚Diagnose mittels ICD-10‘ (13), ‚Schwierigkeiten der Diagnosestellung‘ (16), ‚Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen‘ (46) und ‚diagnostische Alternativen‘ (21) zugeordnet. Im Vergleich zur Hauptkategorie ‚Symptombeschreibungen‘, bei der die Begrifflichkeiten im Zentrum standen, wurde bei den Codierungen ‚Diagnose‘ auf Verfahren zur Diagnosestellung fokussiert.

132 S. Z3, 95/61-96/74, Z13, 15/25, Z19, 78/2, Z20, 373/51-374/55, Z36, 26/12-27/15, Z46, 102/5, Z46, 105/26, Z48, 25/78, H1, 126/88, H1, 143/176, H11, 299/105-301/114, H16, 290/7, H17, 53/6-54/20, H17, 77/250, H19, 281/25, H24, 157/5, H24/161, 31, H24, 163/70, H25, 306/23.

133 Inklusive Ideenreichtum, Originalität und Flexibilität.

Die Hauptkategorie ‚*Diagnose*‘ (59) wurde für Passagen verwendet, in denen sich allgemein mit der Frage der Diagnose befasst wird. Hervorgehoben wird in diesem Kontext die Bedeutsamkeit einer ‚sorgfältigen und umfassenden Diagnostik‘ (H12, 204/91), welche als Grundlage einer effektiven Behandlung betrachtet wird. Die Diagnose wird hier als wichtige Voraussetzung gesehen, um mit den entsprechenden Verhaltensweisen umgehen zu können. Zur Erstellung einer Diagnose deutet sich in den entsprechenden Textabschnitten eine Bevorzugung standardisierter Testverfahren an. Darunter fallen unter anderem Messungen der Intelligenz, körperliche Untersuchungen,¹³⁴ Aufmerksamkeitstests, psychometrische Schulleistungstests, differentialdiagnostische Instrumente zur Untersuchung von Entwicklungsstörungen¹³⁵ sowie Screeningverfahren¹³⁶ und klinische Interviews. Dieser Tendenz folgend finden sich in den Codierungen häufiger Bezüge auf Autor_innen des klinischen Feldes. Weitaus seltener thematisiert werden qualitativ orientierte Verfahren wie zum Beispiel Verhaltensbeobachtungen und -analysen, Gespräche oder Interviews (s. Tab. V).

Weitere Unterkategorien wurden ausgehend von einer Beschäftigung mit den Klassifikationssystemen gebildet. Diese wurden differenziert in die Codierungen ‚*Diagnose mittels DSM-IV, ICD-10*‘, also Textabschnitte in denen die beiden international üblichen Klassifikationssysteme angeführt werden und die Unterkategorien ‚*Diagnose mittels DSM-IV*‘ und ‚*Diagnose mittels ICD-10*‘, welche sich nur auf eines der beiden Systeme beziehen.¹³⁷ Betrachtet man die Verweise auf die Klassifikationssysteme insgesamt, so fällt auf, dass sich nur in einem Teil ausschließlich auf die in Deutschland verbindliche klassifikatorische Grundlage der ICD-10 bezogen wird und nur selten eine Differenzierung zwischen den Anwendungsgebieten des DSM-IV (USA) und der ICD-10 (BRD) erfolgt. Stattdessen werden die Klassifikationssysteme als ‚weitestgehend übereinstimmend‘¹³⁸ bezeichnet oder lediglich hinsichtlich unterschiedlicher Symptombeschreibungen und Subtypen differenziert (s. Tab. V).

Im Zentrum der Codierungen ‚*Schwierigkeiten der Diagnosestellung*‘ steht eine Beschäftigung mit allgemeinen Problemen der Diagnosestellung, unter anderem aufgrund sich überschneidender Symptombereiche, unklaren diagnostischen Vorgaben sowie Problemen der Grenzziehung von ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten (H16, 292/43-293/45, H17, 54/23-24). Die entsprechenden Thematisierungen zielen dabei allerdings nicht auf eine grundsätzliche Kritik, sondern auf eine Verbesserung der Diagnoseverfahren. Dementsprechend wird sich primär an Autor_innen des klinischen Feldes orientiert (s. Tab. V).

Im Zusammenhang mit der Diagnostizierung von ADHS gibt es im Material jedoch auch eine Reihe von Textstellen, in denen sich kritisch mit den Diagnosesystemen auseinandergesetzt wird. Diese wurden mit der Unterkategorie ‚*Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen*‘ erfasst. Die Kritik ist allgemein gehalten und bezieht sich auf eine defekt- und defizitorientierte Ausrichtung sowie damit einhergehende Stigmatisierungsprozesse und eine subjektiv geprägte Anwendung diagnostischer Verfahren (s. Tab. V). Mit der Unterkategorie ‚*diagnostische Alternativen*‘ wurden Textabschnitte codiert, in denen qualitativ ausgerichtete Verfahren vorge-

134 Elektroenzephalogramm, Positronen-Emissions-Tomographie.

135 U.a. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II, Kinder DIPS.

136 Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS), Child Behaviour Checklist (CBCL), Conners-Skalen, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

137 Da sich in den Codierungen zu ‚*Diagnose mittels DSM-IV*‘ (21) und ‚*Diagnose mittels ICD-10*‘ (13) in erster Linie mit den in den Klassifikationssystemen aufgelisteten Symptombeschreibungen befasst wird, werden die hier versammelten Äußerungen nicht ausführlich dargestellt.

138 S. Z3, 95/66, Z36, 27/29, Z37, 144/6-7, Z43, 115/17, Z45, 7/14, H1, 120/19-21, H2, 131/19, H14, 469/132.

schlagen werden. Dazu zählen beispielsweise (sonder-)pädagogische Diagnoseansätze, eine informell-individualisierte und ganzheitliche Diagnostik sowie förderdiagnostische Konzepte. In der Gesamtschau auf diesen Subcode fällt auf, dass jeweils unterschiedliche Aspekte angeführt werden und kein Konsens über alternative diagnostische Zugänge besteht (s. Tab. V).

Insgesamt wird durch die Betrachtung der Codierungen zum Thema Diagnose ein konkurrentes Verhältnis unterschiedlicher Thematisierungsweisen ersichtlich, welches von klinischen Perspektiven dominiert zu werden scheint. Dies zeigt sich daran, dass sich im Kontext der Diagnose vor allem an Verfahren des klinischen Feldes orientiert wird und eine kritische Perspektive auf diagnostische Praktiken nur selten identifiziert werden konnte. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit sind deshalb die Instanzen der Abgrenzung im Interdiskurs der (Sonder-)Pädagogik einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Um Techniken der Normierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs hinreichend abzubilden, ist darüber hinaus ein übergeordneter Blick auf die Codierungen ‚*Symptombeschreibungen*‘ und ‚*Diagnose*‘ nötig, um zu klären, auf welche Weise im (sonder-)pädagogischen Diskurs zum Thema ADHS die Grenze zwischen ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten gezogen wird.

6.2.5 Zum Umgang mit als ADHS konzeptualisierten Verhaltensweisen

Mit der Kategorie ‚*Umgang mit ADHS*‘ (20/563) wurden Textstellen erfasst, in denen sich mit der Frage beschäftigt wird, wie mit als ADHS konzeptualisierten Verhaltensweisen umgegangen werden sollte. An der hohen Zahl der Codierungen lässt sich eine handlungspraktische Komponente der (sonder-)pädagogischen Thematisierung ablesen, welche angerufen zu sein scheint, Praktiken aufzuzeigen, die zu einer Linderung der Symptomatik beitragen. Im Zuge des offenen Codierens wurde der Fokus daher auf Verfahren gerichtet, die zum Umgang mit den entsprechenden Verhaltensweisen vorgeschlagen werden.

Betrachtet man die Codierungen zunächst übergeordnet, lassen sich die Codes zum ‚*Umgang mit ADHS*‘ in zwei Hauptgruppen aufteilen. Eine erste zeichnet sich durch eine Orientierung an Behandlungsmethoden aus, die der klinischen Thematisierung des Themas ADHS entstammen. Dazu zählen die Unterkategorien ‚*verhaltenstherapeutische Ansätze*‘ (37/142), ‚*Medikation*‘ (53/79), ‚*multimodale Therapie*‘ (40/47), ‚*Elterntraining*‘ (30) und ‚*Psychoedukation*‘ (15). Im Gegensatz dazu findet sich im Material eine zweite Gruppe an Codierungen zu alternativen Umgangsweisen. Diese wurden mit den Unterkategorien ‚*schulische Umgangsformen*‘ (15/130), ‚*alternative Behandlungsmethoden*‘ (13/42), ‚*pädagogische Zugänge*‘ (15), ‚*adäquate Beziehungsgestaltung*‘ (12), ‚*systemische Ansätze*‘ (10), ‚*verstehende Ansätze*‘ (7) und ‚*Kritik an evidenzbasierter Medizin*‘ (9) codiert.¹³⁹ Der Blick auf die Hauptkategorie erweckt insgesamt den Eindruck, dass sich insbesondere an einer klinischen Betrachtung der ‚*Behandlung*‘ des Phänomens orientiert wird. Dies wird durch die Beobachtung unterstützt, dass alternative Umgangsweisen nicht nur seltener, sondern auch mit einer größeren Uneinheitlichkeit thematisiert werden (s. Tab. VI).

Im Kontext klinisch-orientierter Behandlungsmethoden finden sich die meisten Codierungen in der Unterkategorie ‚*verhaltenstherapeutische Ansätze*‘. Codiert wurden hiermit Passagen, die verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze zum Gegenstand haben.¹⁴⁰ Diese zeichnen sich in der Regel durch Verweise auf unterschiedliche Trainingsverfahren zur Verbesserung der Ver-

¹³⁹ Weitere Codierungen zum ‚*Umgang mit ADHS*‘ sind ‚*psychotherapeutische Ansätze*‘ (3) und ‚*psychodynamische Ansätze*‘ (2).

¹⁴⁰ Dazu zählen die Subcodes ‚*Trainings- und Therapieprogramme*‘ (34), ‚*Lernen der Selbstregulation*‘ (17) und ‚*Neurofeedback*‘ (15).

haltensweisen aus. Mit dem Subcode ‚*verhaltenstherapeutische Ansätze in der Schule*‘ (30) wurden Hinweise auf in der Schule anwendbare verhaltenstherapeutische Konzepte erfasst.¹⁴¹ In der Regel werden in diesem Zusammenhang Anleitungen zum Einsatz verhaltenstherapeutischer Verfahren erläutert und deren Wirksamkeit herausgestellt. Neben Bezügen auf Autor_innen des klinischen Feldes und eine angenommene organische Verursachung der Symptome gibt es Hinweise auf den Einsatz verhaltenstherapeutischer Verfahren im Rahmen der multimodalen Therapie¹⁴² sowie damit einhergehende Subjektpositionen von Schüler_innen.¹⁴³ Kontrovers diskutiert werden verhaltenstherapeutische Ansätze in einzelnen Zeitschriftentexten. Die entsprechenden Textabschnitte wurden mit ‚*Kritik an verhaltenstherapeutischen Ansätzen*‘ (9) codiert. Inhaltlich wird hierbei die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren hinterfragt (Z14, 24/15) und aufgrund der Komplexität der Verhaltensweisen auf ein verengtes Reiz-Reaktionsverständnis hingewiesen (Z5, 58/20).

Eine verhaltenstherapeutische Orientierung wird auch in den Codierungen ‚*Elternt raining*‘ ersichtlich. Diese Maßnahme wird als Möglichkeit zum Aufbau erwünschter Verhaltensweisen betrachtet und zielt auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung sowie der Vermittlung konkreter Fertigkeiten für die Bewältigung von Alltagssituationen (Z26, 292/3). Neben Bezügen auf das ‚biopsychosoziale Erklärungsmodell‘ (Z27, 34/6-35) finden sich hier Verweise auf die Wirksamkeit von Elternt rainings (H7, 274/23-24). Ähnlich gelagert sind die Thematisierungen in der Unterkategorie ‚*Psychoedukation*‘. Dabei wird eine Aufklärung von Eltern, Kindern und Lehrer_innen über das ‚Wesen der Störung‘ (H8, 344/44) empfohlen und eine Qualifizierung von Pädagog_innen (H9, 216/146-217/150, H10, 25/46) über das ‚Wissen über die Störung‘ (Z51, 20/17-20) gefordert. Zusätzlich wird herausgestellt, dass Interaktionsprobleme in der Familie zu reflektieren sind, um im Rahmen der Familienberatung ein alternatives Erziehungsverhalten ableiten zu können (H12, 202/67).

Weitere klinisch orientierte Umgangsformen wurden mit ‚*Medikation*‘ codiert. In den entsprechenden Textabschnitten wird die Wirksamkeit der Medikation hervorgehoben und betont, dass diese nötig bis unverzichtbar sei. Als Ziel der Medikation wird ein Ausgleich der Imbalance im Neurotransmittersystem (H1, 134/126-135/12) oder die Veränderung psychophysiologischer Grundlagen der Aufmerksamkeitsstörung (H18, 253/23) angeführt. Verortet wird die medikamentöse Behandlung im Kontext der multimodalen Therapie (Z13, 14/20-21) oder als Bestandteil pädagogischer Hilfen (H11, 295/64-296/67). Neben diesen umfassend positiven Bezugnahmen, wird der Ansatz der Medikation nur vereinzelt differenziert oder kritisch betrachtet. Ein oberflächlicher Blick auf die entsprechenden Codierungen zeigt, dass auf eine spezifische Art und Weise von medikalisierten Schüler_innen gesprochen wird. So deuten sich hier Subjektpositionen an, die im weiteren Verlauf zu vertiefen sind. Im Subcode ‚*Kritik an Medikation*‘ (26) wird dahingegen ein unzulässiger Rückschluss auf organische Ursachen kritisiert und eine Konkurrenz zu pädagogischen Bemühungen herausgestellt (H20, 230/24-27). Verwiesen wird ebenfalls auf methodische Schwächen der Untersuchungen, mit denen die Medikation begründet wird sowie deren Langzeitfolgen. Des Weiteren gibt es in diesem Kontext Hinweise auf die Medikalisierung sozialer Probleme, welche sich durch Bezüge auf einschlägige Autor_innen (u.a. Timimi, Hüther, Voss) auszeichnen. Eine kritische Beschäftigung mit der medikamentösen Behandlung erfolgt außerdem in Abschnitten, die mit ‚*Kritik an evidenzbasierter Medizin*‘ (9)

141 Dazu zählen Ansätze wie TEACCH, Arbeitsspeichertrainings, Wenn-Dann-Pläne, Peers und behaviorale Verfahren, Verhaltensmodifikation, Kontingenzmanagement und Unterstützungsmaßnahmen der Selbstregulation.

142 S. Z13, 14/20-21, H21, 735/89-736/94, H24, 172/112-174/117.

143 S. Z3, 94/50, Z14, 34/84-35/89, Z37, 146/18-152/67, Z53, 25/8-15, H5, 166/94-95, H22, 84/116.

codiert wurden. Diese sind jedoch auf einen Zeitschriftenartikel (Z1) beschränkt und befassen sich inhaltlich in erster Linie mit Wissenskonkurrenzen zwischen klinischen und systemisch-pädagogischen Zugängen.

Eine weitere Unterkategorie, die sich an einer klinischen Behandlung von ADHS-spezifischen Verhaltensweisen orientiert, ist die der ‚*multimodalen Therapie*‘, bei der verhaltenstherapeutische und medikamentöse Strategien kombiniert werden. Im Zentrum dieser Codierungen stehen Verweise auf die Wirksamkeit dieses Ansatzes, welche durch Bezüge auf ‚Fachkreise‘ (Z44, 255/19) hervorgehoben werden. Gemeint sind in der Regel Befunde der MTA-Studie sowie Autor_innen des klinischen Feldes (v.a. Döpfner). Eine ‚*Kritik an der multimodalen Therapie*‘ (9) findet sich lediglich in vier Artikeln und ist hauptsächlich auf einen Zeitschriftenartikel (Z1) begrenzt. Als Gründe werden umstrittene Annahmen über die Zusammenhänge von Ursachen und Behandlung (Z1, 55/17), eine damit einhergehende Entlastungsfunktion für das soziale Umfeld (Z22, 97/35) sowie ein konkurrenzes Verhältnis zu pädagogischen Bemühungen angeführt (H20, 229/21).

Im Kontrast zu den bisher erläuterten Perspektiven findet sich in der Unterkategorie ‚*alternative Behandlungsmethoden*‘ eine Reihe unterschiedlicher Äußerungen zum Umgang mit als ADHS konzeptualisierten Verhaltensweisen. Dazu gehören unter anderen die Codierungen ‚*tiergestützte Interventionen*‘ (14), ‚*Psychomotorik*‘ (6), ‚*Entspannungsverfahren*‘ (5) und ‚*Diätbehandlungen*‘ (4). Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Ansätze in diesem Bereich, die zum Teil von unterschiedlichen theoretischen Prämissen ausgehen, sowie der großen Streuung der einzelnen Äußerungen ist festzuhalten, dass sich die Thematisierung alternativer Umgangsweisen als sehr uneinheitlich gestaltet.

Weitere alternative Zugänge werden in den Unterkategorien ‚*pädagogische Zugänge*‘, ‚*systemische Ansätze*‘, ‚*verstehende Ansätze*‘ und ‚*adäquate Beziehungsgestaltung*‘ angeführt. In der Codierung ‚*pädagogische Zugänge*‘ werden vorrangig Beziehungsaspekte benannt und vor dem Hintergrund einer zunehmenden Therapeutisierung des Phänomens ADHS eine ‚Repädagogisierung‘ (Z4, 9/77) gefordert. Begleitet wird dies von Appellen nach einer pädagogischen Grundhaltung, Hinweisen auf die Relevanz von Beziehungsgestaltungen sowie Forderungen nach ressourcen- und subjektorientierten Zugängen und einer kindgemäßen Pädagogik. Die Ziele dieser Zugänge werden jedoch kaum expliziert und es fehlen Hinweise auf deren Wirksamkeit. Ähnlich unkonkret erscheinen die Äußerungen der Codierungen ‚*systemische Ansätze*‘, ‚*sinnverstehende Ansätze*‘, und ‚*adäquate Beziehungsgestaltung*‘, bei denen der Blick u.a. auf frühkindliche Erfahrungen, inneres Erleben und die Bedeutung einer angemessenen Beziehungsarbeit gerichtet wird. Neben Verweisen auf gestalttherapeutische Verfahren im Kontext der systemischen Perspektive wird sich hier vor allem auf psychoanalytische Konzepte und entwicklungsneurobiologische Erklärungen bezogen.

Als eine weitere Form des Umgangs werden in einem Teil des Materials ‚*schulische Umgangsformen*‘ erörtert. Dazu zählen vor allem Forderungen nach einer ‚*Veränderung der Unterrichtsstruktur*‘ (12/39) sowie einer ‚*Individualisierung*‘ (6/20) des Unterrichts. Betrachtet man die Empfehlungen zur Veränderung der Unterrichtsstruktur genauer, zeigt sich, dass Maßnahmen wie die des Classroom-Managements zentral stehen. Begleitet werden diese durch Tipps zur Rhythmisierung und dem Einsatz von Ritualen. Des Weiteren wird auf die Bedeutung der Vermittlung von Lernstrategien und das Aufstellen von Klassenregeln hingewiesen und eine Reizreduktion, eine stimulierende Lernumgebung sowie der Einsatz handlungsorientierter Maßnahmen empfohlen. Ebenfalls relativ unspezifisch erscheinen die Thematisierungen in der Unterkategorie

‚*Individualisierung*‘. Diese zeichnen sich zum einen dadurch aus, dass vorgeschlagen wird, den Schüler_innen in unterschiedlichen Phasen Bewegung durch ‚grobmotorische Auflockerungsübungen‘ (H22, 87/139) zu ermöglichen. Zum anderen finden sich hier Hinweise auf Potenziale eines individualisiert-differenzierten Unterrichts, einer individualisiert-stimulierenden Instruktion im Frontalunterricht, Wahrnehmungsübungen oder einer Förderung der Selbstständigkeit. Es wird deutlich, dass bezogen auf den Umgang mit ADHS-spezifischen Verhaltensweisen im Kontext Schule insgesamt eine eher unspezifische Thematisierung erfolgt, bei der der Blick mehr auf Strukturierungs- als auf Individualisierungsaspekte gerichtet ist.

Die Betrachtung von Verfahren, die zum Umgang mit als ADHS-konzeptualisierten Verhaltensweisen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs vorgeschlagen werden, zeigt insgesamt, dass sich primär an Ansätzen des klinischen Feldes orientiert wird (Verhaltenstherapie, Medikation, multimodale Therapie). Im Vergleich dazu werden alternative Ansätze wie zum Beispiel pädagogische und schulische Umgangsformen nicht nur weitaus seltener, sondern auch uneinheitlicher thematisiert. In formaler Hinsicht zeigt sich, dass der ‚*Umgang mit ADHS*‘ durch Verweise auf konkurrierende Wissensbestände konstruiert wird. Der Konstruktionsprozess ist folglich durchzogen von diskursiven Abgrenzungen, die insbesondere an den Hinweisen auf die Wirksamkeit der einzelnen Ansätze ersichtlich werden. Darüber hinaus finden sich bei der Thematisierung eines klinischen Umgangs Bezüge auf organische Ursachenmodelle, welchen damit nachträglich und implizit eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird. Für die Feinanalyse resultiert daraus der Auftrag zu beleuchten, wie auf der diskursiven Ebene des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses Techniken der Normalisierung angeleitet werden.

6.2.6 Zu den Verweisen auf Orte des institutionalisierten Sprechens über ADHS

Eine weitere Hauptkategorie ist die der ‚*Sprecher_innenpositionen*‘ (0/155). Mit dieser wurden Textstellen codiert, in denen auf unterschiedliche institutionalisierte Orte des Sprechens über ADHS verwiesen wird. Dazu zählen im Wesentlichen die Unterkategorien ‚*professionelle Sprecher_innenpositionen des pädagogischen Feldes*‘ (0/58) und ‚*professionelle Sprecher_innenpositionen des klinischen Feldes*‘ (3/43).¹⁴⁴

Die Codierungen ‚*professionelle Sprecher_innenpositionen des pädagogischen Feldes*‘ setzen sich zusammen aus den Subcodes ‚*Lehrer_innen*‘ (42), ‚*Sonderpädagog_innen*‘ (3), ‚*Pädagogik*‘ (4) und ‚*Sonderpädagogik*‘ (9). Auffällig ist, dass die Inhalte der Subcodes ‚*Sonderpädagog_innen*‘, ‚*Pädagogik*‘ und ‚*Sonderpädagogik*‘ insgesamt unspezifisch erscheinen. Zudem werden (sonder-)pädagogische Perspektiven gerade im Vergleich zum Subcode ‚*Lehrer_innen*‘ seltener thematisiert. Ein übergeordneter Blick auf die Codierungen ‚*Lehrer_innen*‘ zeigt außerdem, dass diesen vor allem im Kontext von Diagnose und Förderung eine Sprecher_innenposition zugesprochen wird (s. Tab. VII).

Mit der Unterkategorie ‚*professionelle Sprecher_innenpositionen des klinischen Feldes*‘ wurden weitere institutionalisierte Orte des Sprechens erfasst. Dazu gehören die Subcodes ‚*klinisches Fachpersonal*‘ (31), ‚*Medizin*‘ (3), ‚*Psychiatrie*‘ (3) und ‚*Psychologie*‘ (3). Hierunter fallen Passagen, in denen sich hilfesuchend an Akteur_innen des klinischen Feldes gewendet wird. Dies sind neben Schulpsycholog_innen, Therapeut_innen und Gesundheitsbehörden vor allem Kinderärzt_innen, Psycholog_innen und Psychiater_innen (s. Tab. VII).

¹⁴⁴ Darüber hinaus wurden die Unterkategorien ‚*Eltern – Lehrer_innen*‘ (27), ‚*Eltern*‘ (15), ‚*Eltern – Lehrer_innen – Kind*‘ (5) und ‚*Betroffene*‘ (7) gebildet. Aufgrund der nachgeordneten Bedeutung dieser Unterkategorien zur Beantwortung der Fragestellung und ausgehend von der Beobachtung, dass diese lediglich im Kontext der Diagnose angeführt werden, werden diese im Folgenden nicht näher dargestellt.

Hinsichtlich der Hauptkategorie der Sprecher_innenpositionen wird deutlich, dass im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS auf unterschiedliche Orte des institutionalisierten Sprechens über das Phänomen verwiesen wird. Die Sprecher_innenpositionen des pädagogischen und klinischen Feldes stehen dabei in einem spezifischen Verhältnis zueinander, welches von Konkurrenzen und Hierarchisierungen geprägt ist. Da die Priorisierung der klinischen Perspektive mit spezifischen Adressierungen von Akteur_innen des klinischen Feldes einherzugehen scheint, wird diesen gleichzeitig indirekt eine Subjektposition zugeschrieben. Daraus resultiert für die weitere Betrachtung, das Verhältnis zwischen diesen beiden Positionen näher zu betrachten und zu analysieren, wie unterschiedlichen Sprecher_innenpositionen eine spezifische Wertigkeit zugesprochen wird.

6.2.7 Zur Frage, über wen im Material wie gesprochen wird

Bedingt durch den Umstand, dass beim offenen Codieren Textstellen aufgefallen sind, mit denen direkt auf unterschiedliche Subjektpositionen verwiesen wird, wurde die Kategorie ‚Subjektpositionen‘ (0/701)¹⁴⁵ gebildet. Darunter fallen die Unterkategorien ‚Schüler_innen‘ (39/495), ‚Lehrer_innen‘ (51/53) und ‚Fachleute‘ (24).¹⁴⁶

Betrachtet man die Art und Weise, wie im Materialkorpus über Schüler_innen mit ADHS-typischen Verhaltensweisen gesprochen wird, so fällt auf, dass dies in der Regel durch generalisierend-individualisierende Bezeichnungen geschieht. Erfasst wurden diese mit dem Subcode ‚ADHS-Kinder‘ (357). In den entsprechenden Passagen finden sich in erster Linie Adressierungen wie ‚aufmerksamkeitsschwache‘, ‚aufmerksamkeitsgestörte‘, ‚hyperaktive‘ oder ‚hyperkinetische Kinder‘. Im Vergleich dazu gibt es seltener differenzierte Bezeichnungen, mit denen auf vorliegende ADHS-Diagnosen hingewiesen wird (s. Tab. VIII). Textabschnitte, die mit ‚ADHS-Kinder in Bildern‘ (36) codiert wurden, zeichnen sich durch die Verwendung unterschiedlicher Metaphern aus. Dazu gehören unter anderem technische Beschreibungen, wenn Bezüge zu der Funktionsweise von Motoren und Festplatten hergestellt werden. Negativ konnotiert erscheinen außerdem die Äußerungen über ‚leidende Kinder‘ (32). Hierbei wird davon gesprochen, dass die Symptome ein ‚deutliches Leiden verursachen‘ (H3, 121/53), ein Leidensdruck für betroffene Kinder und deren Bezugssystem bestehe (H12, 199/25) oder die Schule einen Leidensweg darstelle (H14, 458/3). Dass sich solche Subjektpositionen auf Subjektivierungsprozesse auswirken können, wird im Rahmen der Codierungen ‚Hinweise auf Subjektivierungspraktiken‘ (16) problematisiert. So wird angemerkt, dass es durch die Übernahme von bereitgestellten negativ gefärbten Subjektpositionen zu einer Negativ-Spirale des Selbstkonzepts kommen kann.¹⁴⁷

Als weitere Subjektposition wurde im Material die der ‚Lehrer_innen‘ identifiziert. Diese werden in den entsprechenden Textabschnitten adressiert, mit ADHS-spezifischen Verhaltensweisen umzugehen. Gleichzeitig entsteht jedoch der Eindruck, dass Lehrer_innen u.a. auf die Unterstützung des klinisch-therapeutischen Feldes angewiesen sind. Dies wird dadurch bestärkt, dass häufig ein Bild von überforderten Lehrer_innen gezeichnet wird. Kaum befasst wird sich

145 Die hohe Anzahl der Codierungen zu dieser Unterkategorie lässt sich dadurch erklären, dass damit häufiger nur kurze Textelemente codiert wurden (z.B. das ‚ADHS-Kind‘).

146 Gebildet wurde außerdem die Unterkategorie ‚Eltern‘ (104/129). Da diese zur Beantwortung der zentralen Fragestellung der vorliegenden Untersuchung keine zentrale Bedeutung besitzt, wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Erläuterung derselben verzichtet.

147 S. Z4, 9/70, Z13, 15/25, Z48, 20/24-21/33, H1, 131/104-132/106.

mit der Rolle von ‚Sonderpädagog_innen‘ (2). In den entsprechenden Codierungen werden diese zu einem kritischen Umgang mit dem Phänomen aufgefordert (Z5, 58/23, H20, 230/28).

Im Kontrast zu diesen Anrufungen stehen die Codierungen der Unterkategorie ‚Fachleute‘, welche sich bis auf drei Ausnahmen,¹⁴⁸ bei denen explizit pädagogische Akteur_innen als Fachkräfte bezeichnet werden, auf Akteur_innen des klinischen Feldes beschränkt.

Ein oberflächlicher Blick auf die im (sonder-)pädagogischen Diskurs bereitgestellten Subjektpositionen verdeutlicht, dass hier unterschiedliche Subjektivierungsfolien bereitgestellt werden. Die Subjektpositionen von Schüler_innen, Eltern und Lehrer_innen lassen dabei den Eindruck entstehen, dass hier soziale Kontextfaktoren vernachlässigt und die jeweiligen Personengruppen stattdessen auf eine generalisierend-defizitäre Weise adressiert werden. Im Gegensatz dazu wird die Fachlichkeit im Umgang mit ADHS-spezifischen Verhaltensweisen primär im klinischen Feld verortet. Mit welchen diskursiven Strategien die Adressierungen unterschiedlicher Gruppen von Akteur_innen im Einzelnen einhergehen, ist im Zuge der Feinanalyse näher zu betrachten.

6.2.8 Zur Betrachtung der Thematisierungsweisen und -geschichte

Textabschnitte, in welchen unterschiedliche Thematisierungsweisen des Phänomens ADHS sowie Aspekte seiner Historizität behandelt werden, wurden mit der Kategorie ‚Thematisierungsweisen und -geschichte‘ (33/179) erfasst. Bei den allgemeinen Codierungen zu dieser Hauptkategorie erfolgt entweder eine unkritische Rezeption der medizinischen Fortschrittsgeschichte (s. Kap. 3.2.3)¹⁴⁹ oder es wird lediglich auf die Ausführungen des Kinderarztes Hoffmann zurückgegriffen. Nicht ausführlich diskutiert werden Änderungen diagnostischer Systeme (s. Tab. IX). Gebildet wurden zudem die Unterkategorien ‚Thematisierung der Prävalenz‘ (35), ‚Thematisierung der Prävalenzentwicklung‘ (10), ‚Verweise auf Forschungslücken‘ (17), ‚Thematisierung der erziehungswissenschaftlichen Diskussion‘ (9), ‚Thematisierung der Mainstreamforschung‘ (14), ‚Verweise auf die Kontroversität der Thematisierung‘ (13), ‚Thematisierung von Wissenskonkurrenzen‘ (12), ‚Forderungen nach Paradigmenwechsel‘ (10) und ‚Thematisierung der Medikalisierung‘ (26).

Die ‚Thematisierung der Prävalenz‘ von ADHS findet im Materialkorpus nur selten Beachtung. Dabei werden ausgehend von klinischen Wissensbeständen (v.a. Barkley, Döpfner, DSM-IV, ICD-10) Einschätzungen getroffen, die aktuellen Studien zur Prävalenz entsprechen (s. Kap. 3.4). Auffällig ist, dass sich nur einmal auf das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts bezogen wird (H16, 293/57), welches die zentrale Grundlage zur Erfassung der Epidemiologie des Phänomens in Deutschland darstellt. Stattdessen wird zum Teil eher allgemein von der Prävalenz berichtet oder davon gesprochen, dass ADHS ‚immer häufiger diagnostiziert wird‘ (Z46, 102/4). Wenngleich erwähnt wird, dass Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen, wird auf eine Korrelation von ADHS-Diagnosen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status nur einmal hingewiesen (H16, 293/57). Keine Beachtung findet in diesem Zusammenhang das Thema Migration. Neben realistischen Einschätzungen werden teilweise auch höhere Prävalenzraten von 10-50 % genannt.¹⁵⁰ Vereinzelt wird dabei eine Überschätzung von Eltern

148 S. Z7, 58/26, Z19, 71/1, H20, 230/28.

149 Diese nimmt meistens ihren Ausgang von Hoffmanns Berichten über den Struwwelpeter und führt dann über die sogenannten Kinderfehler über erste Annahmen von Hirnschädigungen im Rahmen der Enzephalitis-Epidemie aus der weitere Klassifikationssysteme hervorgingen (vgl. Sauerbrey, 2011, 38).

150 S. Z20, 369/3, Z29, 208/8, Z46, 102/4, Z46, 104/21, Z50, 191/7, H6, 187/19-20, H9, 212/91-92, H12, 200/38-40, H15, 328/5, H21, 727/3.

und Lehrer_innen angemerkt.¹⁵¹ Schwierigkeiten der Diagnostizierung werden kaum erörtert. Mit der Unterkategorie ‚*Thematisierung der Prävalenzentwicklung*‘ wurden Textabschnitte erfasst, in denen ein Anstieg an ADHS-Diagnosen erwähnt wird. Auch hier wird erkennbar, dass dies nur selten thematisiert wird. Verwiesen wird auf den Arztreport der Barmer GEK (Z22, 91/2) sowie weitere Kontextfaktoren, welche Änderungen der klassifikatorischen Grundlagen (Z22, 100/75) oder allgemeine gesellschaftliche Veränderungen umfassen.¹⁵² Die Codierungen zeigen, dass die Entwicklung der Prävalenz im Material nicht umfassend diskutiert und der Zusammenhang mit unterschiedlichen sozialen Faktoren (Geschlecht, Migration, sozialer Hintergrund) nicht tiefgehend erörtert wird.

Auch in den Codierungen zu ‚*Verweise auf Forschungslücken*‘ finden kulturspezifische Aspekte (Z22, 94/18, Z29, 208/10-14) und sozioökonomische Faktoren (Z6, 386/15) nur selten Erwähnung. Fokussiert wird vielmehr auf Möglichkeiten der Förderung und Behandlung und es wird beispielsweise eine fehlende Interdisziplinarität von Mediziner_innen und Pädagog_innen erkannt (Z32, 229/10). Mit Blick auf die ‚*Thematisierung der erziehungswissenschaftlichen Diskussion*‘ wird neben der schulpädagogischen Relevanz des Phänomens auf eine mangelnde Präsenz der Pädagogik bei dessen Thematisierung hingewiesen.¹⁵³

Eine eher kritische Orientierung weisen die Textabschnitte zu den Unterkategorien ‚*Thematisierung der Mainstreamforschung*‘, ‚*Verweise auf die Kontroversität der Thematisierung*‘, ‚*Thematisierung von Wissenskonkurrenzen*‘ und ‚*Forderungen nach einem Paradigmenwechsel*‘ auf. Dabei wird auf eine Konkurrenz unterschiedlicher Wissensbestände (Z2, 346/11-347/12) verwiesen und eine hegemoniale Stellung biologischer Erklärungsmodelle (Z47, 19/9) u.a. aufgrund des Lobbyismus von Pharmaunternehmen (Z22, 91/2, Z24, 223/26-224/28) kritisiert. Mit ‚*Thematisierung der Medikalisierung*‘ wurden Textpassagen erfasst, in denen ausgehend von gesteigerten Verordnungen des Wirkstoffs Methylphenidat eine Medikalisierung ADHS-spezifischer Verhaltensweisen erkannt und eine Grenzverschiebung zwischen ‚normalen‘ und ‚kranken‘ Verhaltensweisen problematisiert wird.

Insgesamt erwecken die Codierungen zur Hauptkategorie ‚*Thematisierungsweisen und -geschichte*‘ den Eindruck, dass sich mit der Historizität des Phänomens im gesamten Material nicht ausgiebig befasst wird. Stattdessen werden auf dieser Ebene eine Reihe von Leerstellen ersichtlich. Dazu zählen neben der fehlenden historischen Betrachtung des Phänomens, vor allem eine Beschäftigung mit der jüngeren Prävalenzentwicklung sowie deren Korrelation mit sozialen Kontextfaktoren (Geschlecht, Migration, sozialer Hintergrund). Durch Bezugnahmen auf den klinischen Kontext sowie die Verwendung spezifischer Begrifflichkeiten (u.a. ‚klare Diagnosen‘, ‚fundierte Schätzungen‘) deuten sich im Zusammenhang mit dem Thema Prävalenz darüber hinaus diskursive Strategien an, die mit unterschiedlichen Äußerungsmodalitäten in Verbindung stehen und durch welche die Notwendigkeit einer historischen Beschäftigung auf subtile Weise ausgeblendet zu werden scheint. Es wird so der Eindruck bestärkt, dass es sich bei ADHS offensichtlich um ein ‚häufig auftretendes Phänomen‘ handelt. Konträr zu dieser unhistorischen Auseinandersetzung findet in einem Teil des Materials in Ansätzen eine kritische Betrachtung statt. Es zeigt sich jedoch, dass diese auf 18 Artikel¹⁵⁴ beschränkt ist (s. Tab. IX).

151 S. Z50, 191/7, H6, 187/19-20, H9, 212/91-92, H12, 200/38-40, H15, 328/5, H21, 727/3.

152 S. Z5, 57/18, Z6, 392/54-393/55, Z24, 224/29, Z46, 104/21.

153 S. Z5, 58/24, Z32, 228/5, H20, 230/28.

154 12 davon in Zeitschriften.

6.2.9 Zur Thematisierung der Institution Schule

In den Codierungen ‚Schule‘ (26/54) finden sich einzelne Verweise auf strukturelle Rahmenbedingungen des schulischen Kontextes. Dabei fällt auf, dass das Sprechen über diese Kontextbedingungen im Material weitgehend undifferenziert erfolgt und nur selten die Bedingungen innerhalb der Institution Schule erfasst werden. Wenn dies geschieht, wird unter anderem auf eine angespannte Haushaltslage (Z46, 111/53), fehlende pädagogische Ansätze (Z32, 228/5) oder einen ungünstigen Personalschlüssel verwiesen (Z46, 104/21). Stellenweise wird von der Schule auch von einem ‚überforderten‘ (Z5, 67/66, Z32, 228/4) oder ‚versagenden System‘ (Z22, 97/38) gesprochen, welches auf diagnostische und therapeutische Unterstützung angewiesen ist (Z41, 297/91-299/110). Die fehlende ausgiebige Beschäftigung mit den in der Schule herrschenden Voraussetzungen steht im Widerspruch zu den Hinweisen auf ein situationsbedingtes Auftreten der als ADHS-spezifisch gelabelten Verhaltensweisen (s. Kap. 6.2.3). Codiert wurden Äußerungen dieser Art mit ‚Anforderungen Schule‘ (20), ‚Schule als verstärkendes System‘ (6) und ‚Unterricht‘ (2). In den entsprechenden Textstellen wird herausgestellt, dass die besagten Verhaltensweisen erst aufgrund der Anforderungen der Schule zum Problem werden und durch die dort bestehenden Leistungsanforderungen (H3, 131/133) und normativen Erwartungen (H4, 267/24) sowie einem ‚langweiligen Unterricht‘ (Z6, 391/44) potenziert würden.

Zur Thematisierung des schulischen Kontextes lässt sich festhalten, dass dieser im gesamten Material nur eine nachgeordnete Bedeutung zuteilwird. Dies zeigt sich zum einen an der geringen Anzahl der Codierungen in diesem Bereich. Zum anderen wurde bereits deutlich, dass den schulischen Kontextbedingungen im Kontext der Symptombeschreibungen (s. Kap. 6.2.3) und der Diagnostizierung (s. Kap. 6.2.4) keine größere Beachtung geschenkt wird. Ähnlich der Thematisierungsgeschichte wird damit eine weitere zentrale Leerstelle der Diskussion ersichtlich.

6.3 Die diskursive Struktur der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Thema ADHS

Durch die Systematisierung der codierten Äußerungen und den daraus resultierenden Hauptkategorien wurde es möglich, die Diskursordnung des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses zum Thema ADHS freizulegen. Die Konstruktion des Phänomens ADHS erweist sich dabei als Resultat unterschiedlicher Thematisierungsweisen, die nach inhaltlichen Aspekten geordnet werden konnten und deren Betrachtung bereits Hinweise auf formale Aspekte der Wissensproduktion enthalten.

Ausgehend von der Verteilung der Codierungen steht in inhaltlicher Hinsicht die Klassifikation der ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen (‚Symptombeschreibungen‘, ‚Diagnose‘) und eine Diskussion möglicher Umgangsformen (‚Umgang mit ADHS‘) im Zentrum. Gerahmt wird diese durch weitere Äußerungen, welche auf die diskursive Konstruktion des Gegenstands ADHS (‚Gegenstand ADHS‘, ‚Ursachen von ADHS‘) sowie die übergeordnete Bedeutung von Äußerungsmodalitäten (‚Sprecher_innen-‘ und ‚Subjektpositionen‘) verweisen. Herausgestellt werden konnte zudem, dass sich mit der Geschichte des Phänomens (‚Thematisierungsgeschichte‘) und schulischen Kontextfaktoren (‚Schule‘) nicht ausgiebig befasst wird, weshalb diese als Leerstellen der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Phänomen betrachtet werden können.

Vergleicht man diese inhaltliche Ausrichtung mit den Befunden zur Konstruktion des Phänomens ADHS in unterschiedlichen Wissensfeldern (s. Kap. 3), so zeigen sich nicht nur zentrale Parallelen hinsichtlich der Inhalte und Themenstellungen, mit denen sich befasst wird.

Vielmehr noch wird deutlich, dass die Konstruktion von ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs sowohl durch Bezüge auf das klinische Feld als auch auf alternative Problemdeutungen erfolgt. Daraus resultieren auf den einzelnen Ebenen beinahe durchgängig kontroverse Thematisierungen, die sich durch die Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten, spezifischer Äußerungsmodalitäten und diskursiver Abgrenzungen auszeichnen und von Verweisen auf entsprechende Wissensbestände begleitet werden.

Aufgrund der markierten Leerstellen deutet sich jedoch an, dass die kontingenten Bedingungen der Konstruktion des Phänomens ADHS in der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung nicht hinreichend erfasst werden. Stattdessen weist die Gesamtbetrachtung der Hauptkategorien auf eine spezifische Ordnung der diskursiven Praxis hin, die sich durch eine Orientierung an Wissensbeständen des klinischen Feldes auszeichnet. Dies wird daran ersichtlich, dass ADHS häufiger als Störung oder Krankheit denn als ein soziokulturelles Phänomen betrachtet wird, die Klassifikation des ‚nicht-normalen‘ Verhaltens eine Orientierung an den Klassifikationssystemen und klinischen Diagnoseverfahren aufweist und auch die im Diskurs verhandelten Umgangsformen auf eine Vormachtstellung klinischer Ansätze hindeuten. Potenziert wird diese Ausrichtung durch die negativ konnotierten Subjektpositionen von Schüler_innen, Lehrer_innen und Eltern, die das Material durchziehen. Wenngleich die Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen uneindeutiger auszufallen scheint, da hier soziokulturelle Erklärungsansätze in quantitativer Hinsicht überwiegen, zeigte sich doch auch, dass diese Thematisierung nur auf einen Teil des Materialkorpus beschränkt ist und die Rezeption biologischer Ursachenmodelle eine größere Streuung innerhalb des untersuchten Korpus aufweist. Zudem wurde erkennbar, dass sowohl bei der Konstruktion des Gegenstands als auch der Diskussion von Behandlungsmethoden zumindest implizit von organischen Ursachenannahmen ausgegangen wird, wodurch die Bedeutung klinischer Perspektiven auf das Phänomen potenziert wird.

Diese Ausrichtung der diskursiven Ordnung wird durch eine übergeordnete Betrachtung der Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS in den einzelnen Texten des Materialkorpus unterstützt. Ausgehend von der Frage, wie die Wirklichkeit des Gegenstandes in den einzelnen Texten konstruiert wird und ob sich dabei auf den klinischen Mainstream (s. Kap. 3) oder alternative Problemdeutungen (s. Kap. 3.7) bezogen wird, zeigt sich, dass sich mit 21 Artikeln nur in einem Teil des Materials an alternativen Problemdeutungen orientiert wird und diese Betrachtung bis auf zwei Artikel auf Veröffentlichungen in Zeitschriften beschränkt ist (s. Tab. X).¹⁵⁵ Damit lässt sich festhalten, dass die Wirklichkeit des Phänomens ADHS in mehr als zwei von drei der analysierten Artikel nicht hinterfragt und dieses häufiger als klinisches denn als soziokulturelles Phänomen konstruiert wird.¹⁵⁶

155 Die Zuordnung der Artikel wurde ausgehend von der Gesamttendenz der Argumentation getroffen. Dieses Vorgehen ist dadurch bedingt, dass in den analysierten Texten zum Teil kontroverse Perspektiven auf das Phänomen identifiziert werden konnten. So wird beispielsweise in Artikeln, die die Wirklichkeit hinterfragen, zum Teil von einer Störung oder Krankheit gesprochen wird und in Artikeln, die der klinischen Thematisierung folgen, vereinzelt auf die soziokulturelle Konstruiertheit des Phänomens verwiesen (s. Tab. X). Die Zuordnung wurde daher von der Frage geleitet, ob in den einzelnen Artikeln die Wirklichkeit des Phänomens ADHS hinterfragt wird und ob ADHS als Krankheit und Störung oder soziokulturelles Phänomen konzipiert wird (s. Kap. 5). Fokussiert wurde dabei insbesondere auf die Konzeption des Gegenstands ADHS, die Diskussion von Ursachenmodellen und möglichen Behandlungsmethoden.

156 Der Artikel Z42 wurde aufgrund von weniger Codierungen (<5) nicht zugeordnet. Die weitere Betrachtung (s. Zuordnung der Artikel zu Stet I. u. II.) bezieht sich daher auf 73 statt 74 Artikel.

Auf der Grundlage der exemplarischen Interpretation der Hauptkategorien und den dabei identifizierten kontroversen Thematisierungen wird erkennbar, dass um die Wahrheit des Gegenstands ADHS im (sonder-)pädagogischen Diskurs auf eine spezifische Art und Weise gerungen wird. Mit Blick auf die Oberfläche des diskursiven Ereignisses wird klar, dass dies durch reintegrierende Wissensbereiche und zum Teil widersprüchliche Aspekte der Wissensproduktion erfolgt. Ausgehend von diesen Beobachtungen zeichnen sich erste Hinweise auf bestehende Machtwirkungen im elaborierten Interdiskurs der (Sonder-)Pädagogik ab und es kann angenommen werden, dass diese durch spezifische diskursive Praktiken hervorgebracht werden. Für die Feinanalyse des Materials resultiert daraus der Auftrag, die innerhalb der diskursiven Struktur identifizierten Verweise auf die Bedeutung der diskursiven Formationen einer genaueren Betrachtung zu unterziehen, um die Regeln der Aussagenproduktion erfassen und die Produktionsweisen des (sonder-)pädagogischen Wissens zum Gegenstand ADHS spezifizieren zu können. Nach der Darstellung der diskursiven Struktur durch den Codebaum, wird der Fokus im weiteren Verlauf von der Oberflächenstruktur auf die Strukturierung in diskursiven Praktiken verschoben, um die bestehenden Macht-Wissen-Formationen im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs erfassen zu können.

7 Diskursive Praktiken im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs

Könnte zuletzt die diskursive Struktur der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS freigelegt werden, ist nun ausgehend von der Frage, durch welche diskursiven Praktiken die Elemente des Codebaums erzeugt werden, die Tiefenstruktur der diskursiven Thematisierung zu untersuchen. Im Anschluss an Foucault (1981, 58ff.) wird der Fokus auf die Ausbildung von Formationsregeln gerichtet und analysiert, durch welche Regelmäßigkeiten die Bedingungen des Auftauchens und Verschwindens von Begriffen und Äußerungen im Zusammenhang mit der Etablierung der jeweiligen Gegenstände gestaltet sind. Dies zielt darauf, die hinter der Wissensoberfläche wirksame diskursive Praxis zu identifizieren (vgl. ebd., 33ff.).

Aufgrund der Hinweise auf unterschiedliche Begriffsverwendungen, Gegenstandskonstruktionen und Äußerungspraktiken im vorhergehenden Kapitel kann vorausgesetzt werden, dass das Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs durch Formationsregeln hergestellt wird, die sich anhand einer spezifischen Anordnung und Kombination von Gegenständen, Begriffen, Äußerungsmodalitäten und Strategien rekonstruieren lassen. Es wird folglich angenommen, dass die (sonder-)pädagogische Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS durch Formationsregeln gruppiert, organisiert und reguliert wird und hiermit festgelegt wird, was darin sagbar ist und als ‚wahr‘ angesehen werden kann. Von besonderem Interesse ist daher die Betrachtung von Verknüppungsregeln und Machtwirkungen.

Um die Hervorbringung der Gegenstände des Diskurses durch diskursive Praktiken erfassen zu können, sind die Existenzbedingungen der Aussagen und die Regeln der Aussagenproduktion kenntlich zu machen. Auf diese Weise ist herauszustellen, wo und wie diskursive Praktiken am Werk sind und was daraus resultiert. Zu analysieren ist, wie und mit welchen Begriffen Gegenstände im Korpus konstruiert werden, welche Argumentationsmuster sich durchsetzen und wie dominante sowie marginale Argumentationslinien funktionieren. Ebenfalls ist zu untersuchen, mit welchen Äußerungsmodalitäten die diskursive Praxis einhergeht und welche diskursiven Strategien sich daraus ableiten lassen. Ziel ist es, die (sonder-)pädagogische Wissensordnung zum Thema ADHS ihrer Quasi-Evidenz zu entreißen, ihre historische Kontingenz offenzulegen und zu zeigen, warum die Thematisierung so und nicht anders verlaufen ist. Bevor das Vorgehen des feinanalytischen Vorgehens zu spezifizieren ist, wird zunächst die interdiskurstheoretische Ausrichtung der Analyse konkretisiert.

7.1 Zum Ringen um die ‚Wahrheit‘ des Phänomens ADHS durch agonale Positionierungen

Im Anschluss an die diskurstheoretischen Grundlagen erscheint besonders relevant, wie die Wissensproduktion zum Gegenstand ADHS im interdiskursiven Feld der (Sonder-)Pädagogik erfolgt. Aufgegriffen werden kann in diesem Zusammenhang die Beobachtung, dass das Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs entweder als klinisches oder soziokulturelles Phänomen konstruiert wird (s. Kap. 6.3). Mit einer interdiskurstheoretischen Perspektive können diese beiden unterschiedlichen Konstruktionsweisen als oppositionelle diskursive Positionen (vgl. Link, 2011, 446f.) oder auch agonale Positionierungen (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.) verstanden werden, durch die das Phänomen ADHS ausgebildet wird. Um die mit diesen konkurrierenden Thematisierungen einhergehenden Machtwirkungen zu erfassen, ist vor allem das Verhältnis zwischen diesen beiden Positionen von Bedeutung. Relevant ist dabei

nicht nur, wie die Positionierungen im Diskurs generiert werden und wie die Differenzen zwischen ihnen aufgeladen sind, sondern auch, wie in den Positionen Wissen verknüpft und verschoben wird und an welchen Stellen sich die binäre Logik der klinischen und soziokulturellen Konstruktion als brüchig erweist. Dies verspricht zu klären, was in der diskursiven Praxis sagbar gemacht und was auf welche Weise ausgeschlossen wird (vgl. Link, 2011, 446f.). Für die Analyse resultiert daraus der Auftrag, den Wissenstransfer in den beiden Positionierungen zu spezifizieren und herauszuarbeiten, wie in der jeweiligen Position Wissen plausibel gemacht wird. Zu klären ist, durch welche Wissensbestände die Positionierungen begründet werden, wie sie sich zu hegemonialen Repräsentationen (s. Kap. 3) verhalten und inwiefern ein Feld der Äquivalenz identifiziert werden kann, das sich durch Gemeinsamkeiten der Thematisierung auszeichnet (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.).

Im Zuge der feinanalytischen Untersuchung wird die Trennung der beiden agonalen Positionierungen zur kontrastierenden Diskussion des Materials genutzt. Im Vergleich zur Darstellung des Codebaums, bei der die Codierungen übergeordnet betrachtet wurden, wird der Blick nun auf diskursive Praktiken in den beiden Positionierungen gerichtet. Dazu wurden mit dem Auswertungsprogramm MAXQDA zwei getrennte Sets erstellt. Set 1 wurden die 52 Artikel zugeordnet, in denen die Wirklichkeit des Phänomens ADHS nicht hinterfragt und sich argumentativ im Wesentlichen dem klinischen Mainstream (s. Kap. 3) angeschlossen wird. Set 2 setzt sich aus den 21 Artikeln zusammen, in denen die Wirklichkeit des Phänomens ADHS hinterfragt und dieses als soziokulturelles Phänomen konzipiert wird (s. Kap. 6.3).¹⁵⁷ Die beiden Sets werden im weiteren Verlauf als ‚klinische‘¹⁵⁸ und ‚soziokulturelle‘¹⁵⁹ Positionierung bezeichnet. Durch die Trennung der beiden Positionierungen wird ersichtlich, dass die klinische Positionierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS in quantitativer Hinsicht klar überwiegt. So wird das Phänomen ADHS in zwei von drei Artikeln als ein klinisches Phänomen konzipiert und es wurden ebenfalls zwei von drei Codierungen der klinischen Positionierung zugeordnet.

Um einen ersten Eindruck über die Thematisierung in den beiden agonalen Positionierungen zu erhalten, wird zunächst die Verteilung der Codierungen betrachtet. Anhand der Übersichten zur Verteilung der Hauptkategorien (s. Tab. XI) zeigt sich, dass alle Hauptkategorien in beiden Positionierungen codiert wurden. Trotz einer inhaltlich unterschiedlichen Ausrichtung scheint sich jeweils mit den gleichen Kernthemen befasst zu werden, wodurch sich ein Feld der Äquivalenz andeutet. Dazu zählen eine Beschäftigung mit dem Gegenstand ADHS, eine Diskussion von Symptomen, Diagnoseverfahren, Ursachenmodellen und Umgangsformen sowie der Geschichte des Phänomens. Da sich innerhalb der soziokulturellen Positionierung wesentlich mehr Codierungen zur Ursachendiskussion und Thematisierungsgeschichte finden und sich

157 Wie bereits in Kap. 6.3 angemerkt, bezieht sich die weitere Betrachtung auf 73 statt 74 Artikel, da Artikel Z42 aufgrund zu weniger Codierungen (<5) nicht zu einem der beiden Sets zugeordnet werden konnte (s. TAB X).

158 Zur Erinnerung: Der aus der medizinischen Umgangssprache entnommene Begriff ‚klinisch‘ bezieht sich in dieser Arbeit auf medizinisch ausgerichtete Thematisierungen des Phänomens ADHS auf den Gebieten der Medizin, der Psychiatrie und der Psychologie, mit denen das Phänomen ADHS einseitig nach einer medizinischen-naturwissenschaftlichen Logik im Sinne des individuellen Modells von Behinderung (s. Kap. 4.1.1) konzipiert wird. Da die damit bezeichneten Perspektiven selbst Resultate disziplinärer Konstruktionsprozesse darstellen, sind diese nicht als ahistorisch zu verstehen. Die Bezeichnung der ‚klinischen Positionierung‘ zielt in diesem Zusammenhang darauf ab, darunter entsprechende Perspektiven zu bündeln und die darin vorherrschenden Argumentationsfiguren zu erfassen. Die im Folgenden diskutierten Befunde sind in diesem Zusammenhang nicht als Kritik an klinischen Erklärungsweisen im Allgemeinen zu verstehen. Vielmehr geht es hierbei um die Frage, durch welche Wissensbestände der Gegenstand ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs hervorgebracht wird.

159 Die Bezeichnung ‚soziokulturell‘ wird für Thematisierungsweisen verwendet, die davon ausgehen, dass das Phänomen ADHS durch soziale und kulturelle Aspekte hervorgerufen wird.

dafür seltener mit Umgangsmöglichkeiten und Symptombeschreibungen befasst wird als in der klinischen Positionierung, deutet sich an, dass das Problem ADHS in den Positionierungen unterschiedlich definiert wird (s. Tab. XI).

Der Eindruck von zwei agonalen Thematisierungsweisen lässt sich ebenfalls durch die Betrachtung der den Hauptkategorien zugeordneten Subcodes bestätigen: So wird der Gegenstand ADHS in der klinischen Positionierung beinahe durchweg als ‚Störung/Syndrom/Krankheit‘ und nur selten als ‚soziokulturelles Phänomen‘ konzipiert. In der soziokulturellen Positionierung überwiegt hingegen die Konzeptualisierung als ‚soziokulturelles Phänomen‘ und es wird nur in einem Drittel der Codierungen von einer Störung oder einer Krankheit ausgegangen. Dies steht im Zusammenhang mit der Diskussion von Ursachenmodellen, bei der in der klinischen Positionierung erwartungsgemäß vor allem medizinisch orientierte Ursachenmodelle¹⁶⁰ angeführt werden. In der soziokulturellen Positionierung werden letztere häufig kritisiert und sich mehrheitlich auf soziokulturelle Ursachenmodelle¹⁶¹ bezogen. Widersprüchliche Thematisierungen zeigen sich auf dieser Ebene, wenn in einem Teil der Codierungen der soziokulturellen Position auf medizinische Ursachenmodelle und in der klinischen Position auf soziokulturelle Erklärungsansätze hingewiesen wird. Ähnlich verhält es sich bei den Codierungen zu den Umgangsformen und Diagnosemöglichkeiten. Diese orientieren sich in der klinischen Positionierung mehrheitlich an klinischen Behandlungsformen¹⁶² und Diagnosemöglichkeiten. Im Vergleich dazu findet sich eine solche Ausrichtung in den Codierungen der soziokulturellen Position seltener und wird häufiger kritisiert (s. Tab. XIa).

Die Trennung in zwei oppositionelle Positionen lässt sich zusätzlich durch einen Blick auf Codierungen unterstützen, in denen die Wirklichkeit des Phänomens und Perspektiven des klinischen Mainstreams kritisch hinterfragt werden (s. Kap. 6.3).¹⁶³ Wenngleich sich diese Codierungen insgesamt in 43 Artikeln wiederfinden, fällt auf, dass diese in einem Großteil nur vereinzelt codiert wurden. Konkret gibt es mehr als drei dieser Codierungen nur in 15 Artikeln des Korpus. Bis auf zwei Ausnahmen (kP_H20, n = 8; kP_H25, n = 4)¹⁶⁴ sind diese der soziokulturellen Positionierung zugeordnet. Zudem wird sich häufiger in Zeitschriften- als in Handbuchartikeln kritisch mit dem klinischen Mainstream auseinandergesetzt.¹⁶⁵

Die Übersichten zur Verteilung der Codierungen in beiden Positionierungen bestärken den Eindruck, dass das Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Feld kontrovers diskutiert

160 Unter ‚medizinisch orientierten‘ Ursachenmodellen werden jene gefasst, die primär von einer organischen Verursachung der Verhaltensweisen ausgehen (s. Kap. 5.3.3.1-5.3.3.6).

161 Im Vergleich zu ‚medizinisch-orientierten‘ Ursachenmodellen wird in ‚soziokulturellen Ursachenmodellen‘ davon ausgegangen, dass die Verhaltensweisen primär durch soziale Faktoren hervorgerufen werden (s. Kap. 5.3.3.7-5.3.3.9).

162 Darunter fallen die Ansätze der Verhaltenstherapie, der Medikation, der multimodalen Therapie, des Elterntrainings und der Psychoedukation.

163 Dazu zählen folgende Subcodes: ‚soziokulturelle Erklärungsansätze‘, ‚Kritik an monokausal-organischen Modellen‘, ‚Medikalisierung‘, ‚Thematisierung der Mainstreamforschung‘, ‚Verweise auf die Kontroversität der Diskussion‘, ‚Verweise auf Wissenskonkurrenzen‘, ‚Kritik Klassifikations- und Diagnosesysteme‘, ‚Kritik Medikation‘, ‚Kritik multimodale Therapie‘, ‚Kritik Verhaltenstherapie‘.

164 Um die Zuordnung der Codierungen zu den beiden agonalen Positionierungen nachvollziehbar zu gestalten, werden die Verweise auf das Material im Folgenden um den Zusatz „kP_“ für die klinische Positionierung und „sP_“ für die soziokulturelle Positionierung ergänzt.

165 Dies wird daran ersichtlich, dass die Anzahl von ‚kritischen‘ Codierungen in den Handbüchern bei durchschnittlich 2,4 Codierungen pro Artikel liegt, wohingegen es den Zeitschriftenartikeln durchschnittlich 8,4 sind. Darüber hinaus zeigt sich, dass Handbücher stärker am klinischen Diskurs orientiert sind, da der Gegenstand ADHS hier häufiger als Störung/Krankheit betrachtet und von einer organischen Verursachung ausgegangen wird.

wird und um dessen ‚Wahrheit‘ durch oppositionelle Thematisierungsweisen im Sinne agonaler Positionierungen gerungen wird. Wie sich dieses Ringen konkret gestaltet bzw. welche diskursiven Praktiken hiermit einhergehen, wird nun durch eine Betrachtung der Ausbildung von Formationsregeln in den beiden Positionierungen spezifiziert. Die identifizierten widersprüchlichen Thematisierungen, die auf Brüche in der diskursiven Konstruktion des Phänomens hinweisen, werden in diesen Zusammenhang aufgegriffen, um diskursive Praktiken vertiefend zu analysieren. Gegenstand der Analyse sind die Codierungen relevanter Hauptkategorien inklusive Subcodes,¹⁶⁶ welche vorab den beiden Positionierungen zugeordnet wurden (s. Tab. XIa, XII, XIII)¹⁶⁷ sowie die im Zuge des offenen Codierens erstellten Memo-Übersichten.

Aus diesen Überlegungen heraus und unter Berücksichtigung des verwendeten sensibilisierenden Konzepts (s. Kap. 5.3.1)¹⁶⁸ sowie der rekonstruierten Diskursordnung (s. Kap. 6) werden diskursive Praktiken auf den Analyseebenen der Konstruktion des Gegenstands, der Techniken der Normierung und Normalisierung sowie der Äußerungsmodalitäten näher betrachtet.¹⁶⁹ Aufgrund bisheriger Beobachtungen zur Konstruktion des Phänomens ADHS, die auf einen engen Zusammenhang zwischen verwendeten Begriffen und Wissensbeständen hindeuten (s. Kap. 3, Kap. 6), wurde sich im Sinne einer gegenstandsbezogenen flexiblen Anwendung diskurstheoretischer Ansätze (vgl. Fegter et al., 2015, 12)¹⁷⁰ dafür entschieden, die von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln dahingehend zu modifizieren, dass auf den ersten drei Analyseebenen Gegenstände und Begriffe gemeinsam betrachtet werden. Ebenfalls bedingt durch Besonderheiten des zu untersuchenden Materials, die auf eine spezifische Relevanz und eine enge Verbindung von Sprecher_innen- und Subjektpositionen hindeuten (s. Kap. 6.2.6, Kap. 6.2.7), werden Äußerungsmodalitäten gesondert betrachtet. Auf diskursive Strategien wird zum Ende dieses Kapitels und im abschließenden Fazit hingewiesen.

So wird mit dem ersten Schritt die Konstruktion des Phänomens ADHS in den beiden Positionierungen untersucht, indem gezeigt wird, durch welche Begriffe und Wissensbestände der

166 Fokussiert wird hierbei zunächst auf die Hauptkategorien ‚Gegenstand ADHS‘ und ‚Ursachen ADHS‘, da hier zentrale Begriffe und Bezüge auf Wissensbestände zur Konstitution des Phänomens ADHS identifiziert werden konnten. Weitere Hauptkategorien werden im weiteren Verlauf in die Analyse integriert. Dazu zählen die Codierungen zu ‚Symptombeschreibungen‘ und ‚Diagnose‘, mit deren Hilfe Techniken der Normierung des ‚nicht-normalen‘ Verhaltens nachgezeichnet werden (s. Kap. 6.2.4), die Hauptkategorie ‚Umgang mit...‘, durch deren Betrachtung Anleitungen von Techniken der Normalisierung konkretisiert werden (s. Kap. 6.2.5). Auf die Hauptkategorien ‚Subjekt-‘ und ‚Sprecher_innenpositionen‘ wird zurückgegriffen, um die Äußerungsmodalitäten zu erfassen (s. Kap. 6.2.6). Die Hauptkategorien ‚Thematisierungsgeschichte‘ und ‚Schule‘ werden aufgrund der Fokussierung auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit nicht feanalytisch betrachtet.

167 In die Tabelle XIII wurden zusätzlich kontrovers diskutierte Themenfelder aufgenommen, um dadurch die kontrastierende Diskussion anhand ausgewählter Ankerbeispiele zu erleichtern.

168 Konkret setzt sich das sensibilisierende Konzept zusammen aus dem Kontextwissen zum Thema ADHS (Kap. 2, Kap. 3), den von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln, den normalismustheoretischen Grundlagen im Anschluss an Foucault (1977) und Link (1997) sowie der Konkretisierung operativer Verfahren im Sinne von Techniken der Normierung und Normalisierung nach Kelle (2013).

169 Die Fokussierung auf diese Analyseebenen ergibt sich aus der Betrachtung der Wissensoberfläche in Kapitel 6 in Kombination mit den normalismus- und diskurstheoretischen Grundlagen. Das sensibilisierende Konzept wird hierbei wie folgt auf die einzelnen Analyseebenen übertragen: ‚Phänomen ADHS‘ wird analysiert durch Bezüge auf Foucault (1981: Gegenstand & Begriffe) und Link (1997); ‚Techniken der Normierung und Normalisierung‘ werden analysiert mit Foucault (1981: Gegenstand & Begriffe) sowie mit Kelle (2013) und Link (1997); ‚Äußerungsmodalitäten‘ werden differenziert in ‚Sprecher_innen-‘ und ‚Subjektpositionen‘ und mit Foucault (1981) betrachtet.

170 Was sich nicht zuletzt daran zeigt, dass die von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln im Zuge diskursanalytischer Arbeiten ganz unterschiedlich angewendet werden.

Gegenstand ADHS jeweils hervorgebracht wird und wie sich der Wissenstransfer in den beiden Positionierungen gestaltet (s. Kap. 7.2). Anschließend wird durch die Betrachtung verwendeter Begriffe und Wissensbestände analysiert, wie in der (sonder-)pädagogischen Thematisierung Techniken der Normierung und Normalisierung angeleitet werden (s. Kap. 7.3., Kap. 7.4). Mit dem letzten Analyseschritt werden schließlich die Äußerungsmodalitäten des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses beleuchtet. Da hierbei gleichermaßen von Bedeutung ist, wem ein legitimes Sprechen über ADHS zugestanden wird und wer auf welche Weise adressiert wird, wird zwischen Sprecher_innen- und Subjektpositionen unterschieden (s. Kap. 7.5). Auf den einzelnen Analyseebenen werden die beiden agonalen Positionierungen jeweils kontrastierend diskutiert sowie interdiskurstheoretische und normalismustheoretische Reflexionen vorgenommen. Von übergeordneter Bedeutung ist zudem die Analyse von Kollektivsymbolen, die eine zentrale Technik der Interdiskursanalyse darstellt (s. Kap. 5.2.1). Abschließend werden die Befunde zusammengefasst, mögliche Effekte und Funktionen der diskursiven Konstruktion diskutiert und das verwendete sensibilisierende Konzept kritisch reflektiert (s. Kap. 7.6).

7.2 Konstruktionen des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs

Bedingt durch die Beobachtung, dass ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs durch zwei agonale Positionierungen generiert wird, ist nun zu untersuchen, welche diskursiven Praktiken hiermit einhergehen. Wegen der die diskursive Konstruktion bestimmenden engen Verbindung von Begriffen und Wissensbeständen (s. Kap. 6) wird zunächst gefragt, durch welche Begriffe und Wissensbestände der Gegenstand ADHS in den beiden agonalen Positionierungen konstruiert wird. Orientiert wird sich hierbei an den Hinweisen Foucaults (1981) zur Analyse der diskursiven Formationen der Begriffe und der Gegenstände. So wird zum einen herausgestellt, welche Begriffe wiederholt verwendet werden, an welchen Stellen neue Begriffe die diskursive Arena betreten und mit welchen Argumentationsmustern die Begriffe in Verbindung stehen. Zum anderen wird gezeigt, mit welcher Bedeutung die Begriffe im (sonder-)pädagogischen Diskurs aufgeladen sind und wie durch diese unterschiedliche Anwendungsfelder voneinander abgegrenzt werden.¹⁷¹ Darüber hinaus ist mit Blick auf die Konstruktion des Gegenstands zu fragen, welche wissenschaftlichen Disziplinen an der Hervorbringung des Phänomens beteiligt sind und durch welche Wissensbezüge der Gegenstand ADHS als klinisches und als soziokulturelles Phänomen hergestellt wird.

7.2.1 ADHS als ‚ernstzunehmende Störung‘ und ‚ernsthafte Krankheit‘

Um die Konstruktion des Gegenstands ADHS in der klinischen Positionierung als ‚ernstzunehmende Störung‘ und ‚ernsthafte Krankheit‘ nachvollziehen zu können, wird sich mit den in der klinischen Positionierung verwendeten Begriffen und Wissensbeständen beschäftigt. Untersucht werden dazu im Einzelnen die Codierungen der Hauptkategorien ‚Gegenstand ADHS‘ und ‚Ursachen ADHS‘. Betrachtet man die Begriffe, die in den Codierungen der Hauptkategorie ‚Gegenstand ADHS‘ verwendet werden, wird ersichtlich, dass dies in der Regel über eine Beschäftigung mit ‚Störungen‘, ‚Krankheiten‘ oder ‚Syndromen‘ erfolgt (s. Tab. XII). Die Bedeutung des Phänomens wird dabei durch eine Reihe von Hinweisen unterstrichen. Dazu zählt, dass die Stö-

¹⁷¹ Da in Kapitel 6 deutlich wurde, dass die zur Beschreibung des Phänomens ADHS verwendeten Begriffe unterschiedlichen disziplinären Wissensbeständen entnommen sind und im (sonder-)pädagogischen Feld nicht auf eine spezifische Weise konstruiert werden, kann das Vorhandensein derselben vorausgesetzt werden.

„ernstzunehmend“¹⁷² (kP_Z14, 35/89) und ‚relativ gut erforscht‘ (kP_Z26, 292/1) sei und dass es sich um die aktuell am häufigsten diagnostizierte Störung oder Krankheit handle. Hierbei werden die Begriffe ‚Störung‘, ‚Krankheit‘ und ‚Syndrom‘ nicht klar voneinander abgegrenzt und teilweise wechselweise verwendet. Interessant ist zudem, dass das Phänomen häufiger als Krankheit denn als Syndrom bezeichnet wird. Gesprochen wird dann von einem ‚chronischen Problem‘ (kP_Z3, 99/123, kP_H6, 188/26), ‚der Schulkrankheit schlechthin‘ (kP_Z30, 3/8) oder einer ‚ernsthaften Krankheit‘ (kP_H1, 116/4). Neben den genannten Begriffen stellt die Diskussion von mit den Verhaltensweisen einhergehenden Belastungen auf der sozialen wie auf der individuellen Ebene eine zentrale Logik der Argumentation in dieser Positionierung dar. So wird die Belastung für die soziale Umwelt und die Gefährdung der kindlichen Entwicklung als ‚erheblich‘ (kP_H6, 187/18) und ‚groß‘ (kP_Z41, 290/7, kP_Z48, 22/46) gekennzeichnet und herausgestellt, dass die ‚Störungsform die Entwicklung junger Menschen auf lange Sicht sehr negativ beeinflussen kann‘ (kP_Z26, 299/34-300/35). Alternative Begriffe werden in diesem Zusammenhang nur vereinzelt angeführt.¹⁷³

In der Hauptkategorie ‚*Ursachen von ADHS*‘ wird die Konzeption des Phänomens als Störung oder Krankheit durch eine Orientierung an klinischen Ursachenmodellen und mit diesen einhergehenden Begriffen zusätzlich bestärkt (s. Tab. XII). Angeführt werden Erklärungen wie ‚genetisch bedingt‘, eine ‚biologisch-organische Störungsbasis‘, ‚Schädigungen des Zentralnervensystems‘ und ‚Stoffwechselstörungen des Gehirns‘. Darüber hinaus wird ADHS als ‚Erbkrankheit‘ (kP_H14, 475/232-241) oder ‚angeborene Störung‘ (kP_H22, 78/79-79/91) betrachtet. Zudem wird durch Bezüge auf das biopsychosoziale Ursachenmodell (s. Kap. 3.5.6) von einer ‚präfrontalen Stoffwechselstörung‘ (kP_Z8, 11/10), einer ‚zentralnervösen Aktivitätsstörung‘ (kP_H24, 166/90-167/91) und einer ‚Hirnstoffwechselstörung‘ (kP_Z43, 115/16) ausgegangen. Auch wenn sich Hinweise auf eine Kombination aus ‚anlagebedingt-genetischen und erziehungsbezogenen Faktoren‘ (kP_H24, 165/83) finden lassen, wird organischen Komponenten in der Regel eine größere Bedeutung beigemessen, wie sich an der folgenden Passage exemplarisch zeigen lässt:

„Die Theorien, die die Verursachung von ADHD aufzuklären versuchen, sind sehr vielfältig. Biologische Erklärungen nehmen einen breiten Raum ein, allerdings bleibt die Berücksichtigung psychosozialer Wechselwirkungen unverzichtbar. Insgesamt überwiegt die Vorstellung, daß biologische und konstitutionelle Merkmale eine entscheidende Rolle bei der Genese der Störung spielen und psychosoziale Faktoren den Verlauf der Störung wesentlich beeinflussen können.“ (Döpfner 1995, 178)“ (kP_H6, 188/30-31)

Interessant ist an der gewählten Textstelle, dass die Hinweise auf ‚vielfältige Ursachentheorien‘ und ‚psychosoziale Wechselwirkungen‘ durch einen klinischen Wissensbestand einseitig aufgelöst werden. Hiermit geht einher, dass psychosozialen Faktoren durch den Verweis auf eine Beeinflussung des ‚Verlaufs der Störung‘ eine nur nachrangige Bedeutung zugesprochen wird. Gleichzeitig kann so ein weiteres zentrales Charakteristikum der Diskussion der Ursachenmodelle in der klinischen Positionierung veranschaulicht werden. Denn wenngleich hier nur vereinzelt auf die Komplexität der Ursachendiskussion hingewiesen wird, gibt es nur wenige Textstellen, in denen expliziert wird, dass die Ursachen ungeklärt oder umstritten sind.¹⁷⁴ Meist

172 Bezüge auf das Material werden im Folgenden durch einfache Anführungszeichen markiert. Dabei handelt es sich nicht um direkte Zitate, sondern um Notizen aus den Code-Memos, die als Diskursfragmente zu verstehen sind.

173 S. kP_H18, 254/33-34.

174 S. kP_Z43, 115/16, kP_H6, 188/30-31, kP_H14, 476/252-253.

wird dieser Widerspruch durch Bezüge auf ‚zahlreiche Publikationen‘ (kP_H7, 273/21) oder eine ‚Vielzahl empirischer Befunde‘ (kP_Z33, 181/29) entkräftet. Gemeint sind mit Letzteren Befunde zur Effektivität der Medikation im Rahmen der multimodalen Therapie, von denen ausgehend auf eine ‚primär organische Verursachung‘ (kP_Z43, 115/16) oder ein ‚Übergewicht an biologischen Bedingungen‘ (kP_H14, 476/252-253) geschlossen wird (s. Tab. XIII).

Betrachtet man die in den beiden Hauptkategorien ‚Gegenstand ADHS‘ und ‚Ursachen ADHS‘ verwendeten Begrifflichkeiten der klinischen Positionierung übergeordnet, so lässt sich eine beinahe durchgängige Verwendung von Begrifflichkeiten des klinischen Kontextes erkennen. Diese führt zu einer relativ einheitlichen Argumentation, durch die das Phänomen ADHS aus einer klinischen Perspektive konstruiert wird. Da dies mit Bezügen auf klinische Wissensbestände einhergeht, deutet sich an, dass auf der begrifflichen Ebene eine Konzeption des Gegenstands ADHS als klinisches Phänomen vorbereitet wird. Unterstützt wird dies durch die in der klinischen Positionierung verwendeten Wissensbestände. So wird der Gegenstand ADHS in erster Linie durch spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Kontextes konstruiert, auf welche im Zusammenhang mit der Klassifikation und der Ursachendiskussion zurückgegriffen wird. Dazu zählen vor allem Veröffentlichungen aus dem Gebiet der klinischen Psychologie, insbesondere der Autoren Döpfner und Barkley sowie der Klassifikationssysteme der APA und der WHO (s. Tab. XIII). Ein Blick auf die entsprechenden Texte zeigt außerdem, dass Bezugnahmen auf Veröffentlichungen des klinischen Kontextes in der Regel die gesamte Argumentation bestimmen.

Ähnlich der Verteilung der Codierungen im Allgemeinen (s. Kap. 6) werden *alternative Zugänge und entsprechende Wissensbezüge in der klinischen Positionierung durch die Orientierung an klinischen Wissensbeständen sukzessive ausgeschlossen*. Dazu zählen insbesondere kritische Perspektiven auf monokausale Ursachentheorien, die international anerkannten Klassifikationssysteme oder klinische Behandlungsstrategien sowie die Konzeption von ADHS als einem soziokulturellen Phänomen (s. Tab. XIII). Es überrascht daher nicht, dass sich nur vereinzelte Verweise auf entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle¹⁷⁵ finden lassen und die Thematisierung soziokultureller Ursachenmodelle lediglich eine Randnotiz darstellt, da diese meist als nachrangige Ergänzung im Sinne des biopsychosozialen Modells angesprochen werden. Insgesamt wird auf Wissensbestände der (Sonder-)Pädagogik nur selten,¹⁷⁶ auf psychoanalytische Zugänge nur einmal¹⁷⁷ und auf soziologische oder populärwissenschaftliche Thematisierungen gar nicht verwiesen. Damit wird erkennbar, dass durch die vorherrschende Ausrichtung an spezialdiskursiv-klinischen Wissensbeständen und die damit einhergehende Argumentation nicht nur die eigene Position abgesichert wird, sondern alternative Betrachtungsweisen zugleich unsagbar gemacht werden (s. Tab. XIII).

7.2.2 ADHS als ‚postmodernes Zeitgeistphänomen‘

Im Gegensatz zur Strukturierung der klinischen Positionierung durch Begriffe des klinischen Kontextes wird durch die in den Hauptkategorien ‚Gegenstand ADHS‘ und ‚Ursachen ADHS‘ der soziokulturellen Positionierung verwendeten Begriffe auf der begrifflichen Ebene eine Abgren-

175 S. kP_Z9, 22/24, kP_H3, 122/67, kP_H3, 125/102, kP_H3, 125/103-131/133, kP_H16, 293/58, kP_H17, 66/144-67/151.

176 S. kP_H1, 132/117-134/126, kP_H1, 135/130-136/132, kP_H7, 274/23, kP_H14, 474/226-22, kP_H20, 227/7, kP_H20, 228/14, kP_H22, 76/66-77/68, kP_H22, 78/79-79/91, kP_H24, 165/83-85, kP_H24, 166/90-167/91.

177 S. kP_H22, 76/66-77/68.

zung von der klinischen Konzeption des Phänomens angestrebt. Zu erkennen ist dies daran, dass in der Hauptkategorie ‚Gegenstand ADHS‘ klinische Begriffe nur selten verwendet und dadurch relativiert werden, dass diese in Anführungszeichen gesetzt oder von einer ‚sogenannten‘ ADHS gesprochen wird (s. Tab. XII). Hervorgehoben werden außerdem eine Reihe gesellschaftlicher Faktoren, die mit dem Phänomen ADHS in Verbindung stehen und welche die Grundlage für alternative Bezeichnungen bilden. So ist beispielsweise von ‚sinnvollen und erfahrungsbedingten Bewältigungsversuchen‘ (sP_Z5, 69/74), einer ‚Kompensationsstrategie‘¹⁷⁸ oder einem ‚Entwicklungspfad‘ (sP_Z22, 225/56-57) die Rede. Weitere alternative Bezeichnungen sind die des ‚kulturellen Phänomens‘ (sP_Z22, 96/33) und ‚kulturellen Artefakts‘ (sP_Z52, 54/1) sowie der ‚Konstruktion‘ (sP_Z36, 28/31-35) bzw. ‚sozialen Konstruktion‘ (sP_Z24, 222/12). Die Abhängigkeit des Phänomens von gesellschaftlichen Faktoren wird zudem durch eine Reihe von Kollektivsymbolen veranschaulicht. Dazu zählt das Sprechen von einem ‚postmodernen Zeitgeistphänomen‘,¹⁷⁹ einer ‚Generation ADHS‘ (sP_Z22, 91/2), einem ‚Spiegel der Erwachsenenwelt‘ (sP_Z5, 62/43, sP_Z5, 72/96) oder einem Teil der ‚Main-Stream-Mentalität‘ (sP_Z5, 59/28).

In der Hauptkategorie ‚Ursachen ADHS‘ wird diese Perspektive dadurch bestärkt, dass auch hier eine Reihe alternativer Begrifflichkeiten verwendet werden, mit denen eine Beeinflussung durch soziale Faktoren herausgestellt wird (s. Tab. XII). Dies erfolgt durch eine Thematisierung von veränderten makrosystemischen Bedingungen im Sinne ‚exogener Faktoren‘ (sP_Z1, 63/55-64/57) oder ‚postmoderner Entwicklungsrisiken‘ (sP_Z6, 385/9-388/23), mit denen auf ‚globale Veränderungen‘ (sP_Z16, 370/75) und ‚veränderte Sozialisationsbedingungen‘ (sP_Z6, 393/55, sP_Z16, 369/67) hingewiesen wird. Ausgehend davon wird durch eine Bezugnahme auf entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle die ‚Plastizität des Gehirns‘ und die Bedeutung ‚innersystemischer Abläufe‘ (sP_Z5, 65/54-67/63) betont. Interessant ist, dass der psychosoziale Kontext – im Gegensatz zur Orientierung am biopsychosozialen Ursachenmodell in der klinischen Positionierung – keine nachrangige, sondern eine ‚entscheidende Bedeutung‘ erfährt.

„Im Gegenteil häufen sich die Hinweise, dass bei differenzierter Bewertung von Ergebnissen der Neurowissenschaften dem *psycho-sozialen Kontext* eine entscheidende Bedeutung zukommt. Hirnstoffwechselprozesse verändern sich ständig, und zwar in Abhängigkeit von Umwelteinflüssen. Es existiert keine Linearität, sondern eine gegenseitige Wechselseitigkeit (von Lüpke 2005a, 2). Das Modell eines generell genetisch bedingten Mangels an Botenstoffen wie etwa dem Neurotransmitter Dopamin weist vor dem Hintergrund der neueren Erkenntnisse über die Komplexität von Hirnfunktionsvorgängen gravierende Mängel auf. Die cerebralen Prozesse verlaufen nicht gleichförmig, sondern über chaotische Phasen mit nachfolgender Neuorganisation des gesamten Systems (von Lüpke 2005b, 1f).“ (SP_H4, 267/18)

Erkennbar wird so eine Orientierung an entwicklungsneurobiologischen Ursachenmodellen, die als ‚neure Erkenntnisse‘ markiert und als Erweiterung zu monokausal-organischen Ursachenannahmen verstanden werden. Letztere werden in der soziokulturellen Positionierung als ‚Mainstreamdiskurs‘¹⁸⁰ bezeichnet, dem eine reduktionistische Betrachtung attestiert wird. Hingewiesen wird unter anderem auf einen ‚psychiatrischen‘ (sP_Z2, 345/6-346/7) und ‚naturwissenschaftlichen Reduktionismus‘ (sP_Z22, 96/33), ein ‚linear-mechanistisches Weltbild‘ (sP_Z5, 57/19-58/20) und eine ‚Begrenztheit naturwissenschaftlicher Verfahren‘ (sP_Z16, 359/11), mit der eine ‚biologische Trivialisierung‘ (sP_Z24, 223/23) einhergeht.

178 S. sP_Z24, 226/68-227/78, sP_Z24, 228/96-99, sP_Z24, 229/101-102, sP_Z24, 230/114.

179 S. sP_Z4, 6/19-20, sP_Z5, 59/28, sP_Z5, 60/33, sP_Z5, 62/43, sP_Z16, 368/61, sP_Z34, 404/12, sP_Z34, 408/30.

180 S. sP_Z1, 62/50-63/51, sP_Z2, 346/8, sP_Z34, 402/5-403/9.

Wirft man einen Blick auf die zur Konzeption von ADHS als soziokulturellem Phänomen verwendeten Wissensbestände, lassen sich eine Reihe unterschiedlicher Bezüge ermitteln.¹⁸¹ Dazu gehören in erster Linie entwicklungsneurobiologische und psychoanalytische Wissensbestände, die zu einer Beschäftigung mit alternativen Ursachenmodellen führen. Zudem gibt es Verweise auf (sonder-)pädagogische und soziologische Perspektiven sowie populärwissenschaftliche Thematisierungen. Interessant ist an dieser Stelle, dass alternative Konzeptualisierungen des Phänomens häufiger durch (sonder-)pädagogische Wissensbestände oder populärwissenschaftliche Ausführungen erfolgen als durch Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Soziologie (s. Tab. XIII). Dies wird auch daran ersichtlich, dass der Gegenstand ADHS im Anschluss an die Ausführungen des (Sonder-)Pädagogen Ahrbeck als ‚kulturelles Phänomen‘ (sP_Z22, 91/4, sP_Z22, 96/33) oder mit den (Sonder-)Pädagogen Mattner (sP_Z5, 62/43), Gerspach (sP_Z16, 367/58-368/61) und Speck (sP_Z6, 397/77) als ‚Zeitgeistphänomen‘ konzipiert wird. Da sich im Vergleich dazu nur zaghafte Bezüge auf soziologische Wissensbestände finden,¹⁸² erscheint die Betrachtung von ADHS als einer ‚Konstruktion‘ (sP_Z36) oder ‚sozialen Konstruktion‘ (sP_Z24) hinsichtlich der verwendeten theoretischen Grundlagen ausbaufähig.¹⁸³ Auffällig ist außerdem, wie schon die Übersicht der Codierungen zeigte (s. Kap. 7.1), dass Thematisierungen in dieser Positionierung selten frei sind von Verweisen auf klinische Felder.¹⁸⁴ So gibt es in diesem Teil des Korpus nur zwei praxisorientierte Erfahrungsberichte, in denen gänzlich auf klinische Wissensbestände verzichtet wird (sP_Z23, sP_Z51). In weiteren Artikeln funktionieren die entsprechenden Bezüge meist als Abgrenzung von klinischen Klassifikationssystemen und Ursachenmodellen.¹⁸⁵ Deutlich wird auch, dass sich häufiger kritisch mit monokausalen Ursachenmodellen sowie klinischen Klassifikationsmodellen und Handlungsstrategien beschäftigt wird, bzw. dass das Hinterfragen der damit einhergehenden Perspektiven meist im Zentrum der Beschäftigung steht. Ähnlich verhält es sich mit biologischen Ursachenmodel-

181 Wissensfelder, die hier angeführt werden, sind die Entwicklungspsychologie (sP_Z24, 226/68-227/78), die Psychoanalyse (sP_Z1, 63/53-54), die Phänomenologie (sP_Z52, 54/1) die Soziologie (sP_Z16, 367/58-368/61, sP_Z24, 223/24-25, sP_Z24, 224/34, sP_Z52, 64/1) und die Philosophie (sP_Z24, 224/30-32). So werden die als ADHS gelabelten Verhaltensweisen beispielsweise mittels psychoanalytischer Ansätze als ‚Ausdruck einer inneren Not‘ (sP_Z1, 63/53) betrachtet. Alternativ dazu werden psychoanalytische Wissensbestände in einem Artikel mit der soziologischen Perspektive Sennets kombiniert, um so Auswirkungen eines flexiblen Kapitalismus auf kindliche Lernprozesse zu thematisieren (sP_Z16, 367/58-368/61). An anderer Stelle wird das Phänomen ausgehend von einer Kombination aus interdiskursiven und spezialdiskursiven Elementen (Phänomenologie, Soziologie) als ‚Kulturartefakt‘ (sP_Z52, 62) konzipiert. Mit Blick auf die verwendeten Wissensbestände zeigt sich hierbei neben der grundlegenden Orientierung an der Phänomenologie eine bunte Mischung aus weiteren theoretischen Bezügen, die von Foucault, Garfinkel und Overmann über DeGrandpre und Holowenko bis hin zu Hopf und Erikson reichen.

182 S. sP_Z5, 60/33-62/40, sP_Z5, 63/44-65/53, sP_Z6, 398/79-80, sP_Z16, 360/16, sP_Z16, 367/58-368/61, sP_Z16, 370/71, sP_Z24, 224/30-32, sP_Z24, 224/34, sP_Z52, 54/1, sP_Z52, 64/2.

183 Dies resultiert zum einen daher, dass in beiden Fällen der dominanten Stellung des klinischen Diskurses Rechnung getragen wird. Zum anderen erfolgt die Konzeption von ADHS als Konstruktion einmal ohne eine genauere Erläuterung der verwendeten theoretischen Perspektive (sP_Z36). Im zweiten Fall zeichnet sich die Argumentation zwar durch Bezüge auf eine Reihe soziologischer Autoren (Baumann, Bourdieu, Conrad) aus und es wird ausgehend von Foucaults Konzept der Bio-Macht (sP_Z24, 224/30-32), herausgestellt, dass die defizitäre Betrachtung von ADS das Ergebnis sozialer Konstruktionen sei. Der Verweis auf die Wirklichkeitskonstruktionen von Institutionen und deren Auswirkungen auf deren Mitglieder wird hier allerdings auch nicht durch eine Orientierung an wissenssoziologischen Grundlagen (Berger & Luckmann 1992) expliziert, sondern im Anschluss an die populärwissenschaftliche Thematisierung des Journalisten Hartmann als Kompensationsstrategie begründet (sP_Z24, 226/68-227/78).

184 S. sP_Z1, 55/14, sP_Z1, 55/18, sP_Z4, 5/6, sP_Z16, 360/17, sP_Z16, 360/18-24, sP_Z22, 225/58-59, sP_Z24, 223/15, sP_Z29, 207/7, sP_Z30, 3/8-9, sP_Z32, 230/20-20-2, sP_Z35, 51/11, sP_Z35, 53/30-54/31, sP_Z36, 27/27-28/30, sP_Z38, 51/16-52/22, sP_Z38, 52/24, sP_Z38, 53/27, sP_Z47, 19/6-8, sP_H4, 266/2, sP_H4, 266/4-10, sP_H4, 266/11-14, sP_H13, 309/10.

185 S. sP_Z5, 54/9, sP_Z5, 69/73, sP_Z6, 395/67, sP_Z24, 223/15, sP_Z32, 233/54.

len, die zwar zum Teil angesprochen, allerdings nur in einem von sechs Artikeln nicht hinterfragt werden. Die Beschäftigung mit den in der soziokulturellen Positionierung verwendeten Begrifflichkeiten unterstreicht damit, dass *das ‚Abarbeiten‘ an der vorherrschenden klinischen Betrachtungsweise hier ein zentrales Kennzeichen der Auseinandersetzung darstellt*, was sich auch anhand der verwendeten Wissensbestände identifizieren lässt (s. Tab. XIII).

7.2.3 Zur Binarität der Gegenstandskonstruktion

Es konnte dargelegt werden, dass die unterschiedlichen Thematisierungen in den zwei agonalen Positionierungen des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zwei konkurrierende ‚Wahrheiten‘ des Phänomens ADHS hervorbringen. So wird ADHS entweder als ein klinisches Phänomen mit organischen Ursachen oder als ein gesellschaftlich bedingtes Problem konstruiert. In der klinischen Positionierung werden beinahe durchgängig klinische Begriffe zur Konzeption des Phänomens gebraucht, wohingegen in der soziokulturellen Positionierung durch die Verwendung von alternativen Begrifflichkeiten eine Abgrenzung von klinischen Perspektiven angestrebt wird. Da in der klinischen Positionierung soziale Faktoren in der Regel ausgeblendet werden, wird auf der begrifflichen Ebene bereits der Grundstein für eine Individualisierung des Problems gelegt. Dies liegt zum einen daran, dass durch die verwendeten Begriffe die Möglichkeit einer eindeutigen Bestimmung suggeriert wird. Zum anderen führt dies zu einer spezifischen Betrachtungsperspektive, mit der in der Folge nicht nur Anwendungsfelder voneinander abgegrenzt werden, sondern auch Zuständigkeiten der Problembearbeitung verteilt werden.¹⁸⁶ Unterstützung erfährt diese Ausrichtung dadurch, dass die klinische Positionierung weitestgehend durch einheitliche Bezüge auf spezialdiskursive Wissensbestände abgesichert ist.

Im Gegensatz dazu wird in der soziokulturellen Positionierung der Versuch unternommen, das Phänomen ADHS durch die Verwendung alternativer Begriffe zu konzipieren und hiermit ein alternatives Narrativ zu begründen. Dies erfolgt durch Verweise auf dessen Abhängigkeit von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren. Im Unterschied zur klinischen Positionierung erscheinen jedoch sowohl die verwendeten Begrifflichkeiten als auch die damit einhergehenden Bezüge auf Wissensbestände insgesamt heterogener und es finden sich weniger Verweise auf spezialdiskursive Wissensbestände.¹⁸⁷ Stattdessen wird sich oftmals an populärwissenschaftlichen Thematisierungen orientiert und die Argumentation häufiger durch die Verwendung von Kollektivsymbolen abgesichert.

Die Trennung der beiden Positionierungen lässt sich zusätzlich durch weitere Beobachtungen bestätigen. So konnten zum einen nur wenige Textstellen gefunden werden, in denen die Frage, ob es sich bei ADHS um eine Krankheit oder um eine soziale Konstruktion handelt, explizit offengehalten wird.¹⁸⁸ Zum anderen gibt es in der klinischen Positionierung nur sehr vereinzelt Hinweise auf die Relationalität des Phänomens,¹⁸⁹ die allerdings lediglich als Einstieg in das Thema (kP_Z8, 10/2) oder als Ausblick am Ende des Textes (kP_H12, 204/91) verwendet werden. Dahingegen werden in der soziokulturellen Positionierung klinische Begriffe zwar eher selten, im Vergleich zum Begriffsimport in das klinische Feld jedoch etwas häufiger benutzt.¹⁹⁰ Ein genauerer Blick auf die entsprechenden Textstellen verweist darauf, dass diese für die Positi-

186 Konkretisieren lassen sich Letztere auf den folgenden Analyseebenen mit Blick auf die Anleitung von Techniken der Normierung und Normalisierung des Verhaltens sowie die Zuweisung von Sprecher_innen- und Subjektpositionen.

187 Wie zum Beispiel der Entwicklungsneurobiologie, der Psychoanalyse und der Soziologie.

188 S. kP_Z8, 10/2, sP_Z36, 26/3, sP_Z36, 27/19-20, kP_H25, 306/21-22.

189 S. kP_Z8, 10/2, kP_H7, 273/22, kP_H8, 346/58, kP_H12, 204/91, kP_H16, 290/7.

190 S. sP_Z1, 55/18, sP_Z32, 228/4, sP_Z35, 51/11, sP_Z36, 26/4, sP_Z36, 26/10, sP_Z38, 51/16, sP_Z47, 18/1, sP_H4, 266/2.

onierung ‚unpassenden‘ Begriffe häufiger als Abgrenzung zur klinischen Thematisierung¹⁹¹ oder in Überschriften und Zwischenüberschriften gebraucht werden.¹⁹²

Es lässt sich folglich illustrieren, dass die Trennung von zwei agonalen Positionierungen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS sowohl durch die Wahl der Begriffe als auch durch die verwendeten Wissensbestände eindeutig bestätigt wird. *Die Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS scheint daher von einem ‚Zuordnungszwang‘ zu einer der beiden Positionierungen geprägt, der in der Folge zu einer binären Konstruktion des Gegenstands ADHS führt.* Da die klinische Auseinandersetzung weitestgehend frei von alternativen Zugängen ist und in der soziokulturellen Perspektive nicht nur mehr Bezüge auf klinische Wissensbestände erkennbar sind, sondern die Positionierung auch seltener durch spezialdiskursive Verweise abgesichert wird, *erweist sich die klinische Position als die stabilere und konsistentere.*

7.2.4 Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur Plausibilisierung der verwendeten Wissensbestände

Um nach der Feststellung, dass die oppositionellen Positionierungen zu einer dichotomen Konstruktion des Gegenstandes führen und von einem ‚Zuordnungszwang‘ begleitet werden, das Verhältnis zwischen diesen Positionen bestimmen und bestehende Machtwirkungen in der diskursiven Praxis kenntlich machen zu können, ist nun auszuführen, wie die beiden Positionen begründet und voneinander abgegrenzt werden, bzw. wie sie sich zueinander verhalten. Dies geschieht, indem mit ausgewählten Textpassagen der interdiskursive Wissenstransfer in den beiden Positionierungen exemplarisch betrachtet und ausgehend von den gegensätzlichen Gegenstandskonstruktionen danach gefragt wird, wie das Wissen zu den unterschiedlichen Gegenstandskonstruktionen des Phänomens ADHS jeweils plausibel gemacht wird (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.). Fokussiert wird daher nochmals auf die in den beiden Positionen verwendeten Wissensbestände, die nun allerdings nach ihrer Spezialisierungsart (spezial-, inter-, elementardiskursiv und populärwissenschaftlich) differenziert werden. Ziel ist es, vorhandene Abgrenzungen und Machtverhältnisse zu identifizieren und herauszustellen, welches Wissen in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion zum Thema ADHS auf welche Weise wirksam gemacht wird. Gleichzeitig kann so herausgestellt werden, was auf welche Art sagbar gemacht und was in den jeweiligen Thematisierungsweisen ausgeschlossen wird. Im Zentrum stehen dabei identifizierbare Abgrenzungen und Brüchigkeiten, die als Machteffekte der interdiskursiven Praxis interpretiert werden können. Für die vertiefende Analyse wurden dazu anhand relevanter Begrifflichkeiten Textstellen in beiden Positionierungen ausgewählt, in denen die Kontroversität der Debatte spürbar wird. Dazu zählen Passagen der soziokulturellen Positionierung, mit denen der Versuch unternommen wird ein alternatives Narrativ zu etablieren sowie Textabschnitte der klinischen Positionierung, in denen Bezug auf soziokulturelle Ansätze genommen wird.

7.2.4.1 Begründungsversuche einer soziokulturellen Gegenzählung

Aufgrund der Beobachtung, dass die Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS in der soziokulturellen Positionierung häufiger von einem ‚Abarbeiten‘ an der klinischen Perspektive geprägt ist und sich hierbei auf unterschiedliche Wissensbestände bezogen wird, ist nun zu klären, durch welche spezifischen Wissensbestände der Versuch unternommen wird, eine Gegenzählung zu etablieren und ADHS als ein soziokulturelles Phänomen zu konzipieren.

191 S. sP_Z1, 55/18, sP_Z35, 51/11, sP_Z36, 26/4, sP_Z38, 51/16.

192 S. sP_Z1, 60/41, sP_Z32, 228/1, sP_H4, 266/2.

Im Vergleich zu der eher zaghaften Orientierung an soziologischen und damit spezialdiskursiven Wissensbeständen in der soziokulturellen Positionierung (s. Kap. 7.2.2) besitzen interdiskursiv-populärwissenschaftliche Beiträge eine zentrale Bedeutung bei der Konzeption des Gegenstands ADHS. Dazu gehören neben Ratgebern (sP_Z5, 60/33, sP_Z24, 228/96-99), Zeitungs- (sP_Z22, 98/43-47) und Zeitschriftenberichten (sP_Z5, 62/43) weitere Veröffentlichungen wie beispielsweise das Buch ‚Die Ritalin-Gesellschaft‘ des Psychologen DeGrandpre (sP_Z16, 368/61, sP_Z52, 54/1) oder eine Veröffentlichung zum Thema Enhancement, verfasst von einem Gebirgsforscher, einer Geografin und einem Pädagogen (sP_Z22, 98/43-47). Aus diesen Bezügen resultieren ähnlich gelagerte Argumentationen, die sich häufiger durch die Verwendung von Kollektivsymbolen auszeichnen. Ein Beispiel dafür ist, wenn mit DeGrandpre von einer ‚gestaltbeschleunigten Kindheit in der Tempogesellschaft‘ gesprochen wird, welche in Verbindung stehe mit einer ‚Schnellfeuer- oder Beschleunigungskultur‘ sowie einer ‚Ritalin-Gesellschaft‘ (sP_Z16, 368/61). Durch die verwendeten Kollektivsymbole der ‚Tempo-‘ und ‚Ritalin-Gesellschaft‘ sowie der ‚Schnellfeuer- oder Beschleunigungskultur‘ wird eine kritische Betrachtung gesellschaftlicher Verhältnisse eingefordert, die jedoch nicht theoretisch grundiert ist. Vielmehr rekurriert die Konzeption von ‚Gesellschaft‘ und ‚Kultur‘ auf pessimistisch gelagerten Einschätzungen gesellschaftlicher Verhältnisse, die dem Elementardiskurs sowie medialen Berichterstattungen entnommen scheinen. Ähnlich verhält es sich, wenn Betroffene als ‚Sozialisationsopfer des Computerzeitalters‘ (sP_Z5, 60/32) konzipiert werden. Eine nähere Bestimmung der Funktion der im Kontext populärwissenschaftlicher Bezüge verwendeten Kollektivsymbole ermöglicht der nachfolgende Textabschnitt:

„Mit deutlichen Worten drücken Freed/Parsons das ‚Zeitgeist-Phänomen‘ ADS aus. ‚Diese Kinder sind so vielen Reizen ausgesetzt, dass sie Angst haben, sie könnten etwas verpassen, wenn sie sich auf eine Sache konzentrieren. Unsere Kinder verweilen nicht bei einer Mahlzeit, sie haben Fast-food-Gehirne‘ (Freed/Parsons 1998). Sie sehen ADS auch als Folge einer medialen Kurzzeitprogrammierung durch ständig wechselnde Bilder, die nicht nur visuell fixieren, sondern auch beschleunigte Zeittakte setzen (Freed/Parsons 1998 S. 47).“ (SP_Z5, 60/33)

Als Grundlage für diese Einschätzung dient ein Elternratgeber des Kindertherapeuten Freed und des Journalisten Parsons, in welchem ADHS¹⁹³ als ‚Zeitgeist-Phänomen‘ verstanden wird. In der Argumentation nimmt dieses metaphorisch verwendete Kollektivsymbol eine zentrale Rolle ein, da durch den der Literatur und Philosophie entlehnten Begriff versucht wird, gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen nachvollziehbar zu machen, ohne diese jedoch in ihrer Komplexität zu fassen. Die Metapher des ‚Zeitgeistes‘ rekurriert auf Vorstellungen des Elementardiskurses sowie populärwissenschaftlichen Thematisierungen und dient so als Ersatz für weitere spezial- und interdiskursive Wissensbestände. Die diskursive Position des ‚soziokulturellen Phänomens‘ wird folglich durch interdiskursive Wissensbestände und die Verwendung des Kollektivsymbols des Zeitgeistes als Gegenpart zum klinischen Narrativ begründet. Wenngleich hierbei implizit eine Orientierung an entwicklungsneurobiologischen Ursachenmodellen mitschwingt, wird diese nicht spezifiziert und bleibt stattdessen auf eine veränderte Medienutzung – deren Auswirkungen nicht belegt sind (s. Kap. 3.5.7) – begrenzt. Interessant ist, dass die betroffenen Kinder als Opfer gesellschaftlicher Verhältnisse konzipiert werden und durch die Formulierung der ‚Fast-food-Gehirne‘ gleichzeitig eine Analogie zur technischen Funktionsweise des menschlichen Gehirns hergestellt wird. Da dadurch nicht nur die Komplexität

193 Im Text (sP_Z5) wird die Bezeichnung ADS synonym für ADHS verwendet.

neuronaler Systeme vereinfacht abgebildet, sondern implizit auch auf eine organische Verursachung Bezug genommen wird, ist eine widersprüchliche Argumentation zu erkennen. Zugleich bestärkt dies den Eindruck, dass die Kombination von Metaphern, die unterschiedlichen Bereichen entnommen sind, als Ersatz für eine exaktere Analyse gesellschaftlicher Verhältnisse und deren Auswirkungen auf individuelle Entwicklungsprozesse gesehen werden kann. Exemplarisch lässt sich somit herausstellen, dass die im Kontext populärwissenschaftlicher Thematisierungen fehlenden Bezüge auf spezialdiskursive Wissensbestände durch allgemein verständliche Kollektivsymbole ersetzt werden. Diese scheinen die Funktion zu übernehmen, die Komplexität der soziokulturellen Genese des Phänomens ADHS allgemeinverständlich zu vermitteln und für Praktiker_innen nachvollziehbar zu machen, wobei sie sich inhaltlich häufiger durch eine Dramatisierung gesellschaftlicher Verhältnisse auszeichnen.

Im Zuge der Konstruktion des Gegenstandes ADHS als soziokulturellem Phänomen kann eine weitere Orientierung an interdiskursiven Wissensbeständen anhand von Referenzen auf das (sonder-)pädagogische Feld identifiziert werden.¹⁹⁴ Die soziokulturelle Positionierung wird in diesem Zusammenhang einerseits durch einen Verweis auf ‚kulturelle, gesellschaftliche, psychologische und soziale Faktoren‘ (sP_Z22, 91/4) hervorgebracht, wobei zusätzlich die Notwendigkeit von Zeit- und Kulturdiagnosen im Kontext der Ursachendiskussion betont wird. In Opposition zu Thematisierungsweisen der klinischen Positionierung wird ADHS so als ‚kulturelles Phänomen‘ (sP_Z22, 96/33) angesehen. Argumentiert wird hierbei wie folgt:

„Ein naturwissenschaftlicher Reduktionismus – vor allem auch namhafter Standesorganisationen (Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003; Bundesärztekammer 2005) – beschränkt sich eindimensional auf Rezeptoren, Transmitter und neuronale Netzwerke, ohne die soziale Gebundenheit menschlicher Gesundheit oder Krankheit in den Blick zu nehmen. Ein kulturelles Phänomen wird auf das individuelle Krankheitsbild einer Hirnfunktionsstörung verengt (Ahrbeck 2007). Die enorme Bedeutung der interaktionsdynamischen Erfahrungen in der Sozialisation (Herz 2013) sowie sozioökonomische Umweltfaktoren werden im biomedizinischen Menschenmodell ausgeblendet (Lloyd/Stead/Cohen 2006).“ (SP_Z22, 96/33)

Durch den Bezug auf ‚namhafte Standesorganisationen‘ wird eine Kritik an psychiatrischen und medizinischen Perspektiven und damit spezialdiskursiven Wissensbeständen geäußert, von denen sich im weiteren Verlauf abgegrenzt wird. Die Kritik gründet maßgeblich auf der Unterstellung eines ‚eindimensionalen Reduktionismus‘ und wird durch (sonder-)pädagogische Wissensbestände gestützt. Verwiesen wird so auf die Bedeutung sozialisatorischer Aspekte und die Auswirkungen sozioökonomischer Verhältnisse, um ADHS als kulturelles Phänomen zu begründen. Die diskursive Position des ‚kulturellen Phänomens‘ fungiert daher als Gegenpart zur klinischen Konzeption und es wird der Versuch unternommen, spezialdiskursive Thematisierungen mithilfe von interdiskursiven (sonder-)pädagogischen Wissensbeständen zu entkräften. Auffällig ist jedoch, dass das Wesen von Kultur nicht näher definiert, sondern vielmehr mit Sozialisation und sozioökonomischen Bedingungen gleichgesetzt und die ‚soziale Gebundenheit menschlicher Gesundheit‘ nur durch Verweise auf Sozialisationsaspekte inhaltlich begründet wird. Inwiefern daran weitere kulturelle Faktoren beteiligt sind, bleibt dabei ebenso offen, wie eine theoretische Begründung dieser Position.

194 S. sP_Z6, 397/77, sP_Z16, 368/61, sP_Z22, 91/4, sP_Z22, 96/33, sP_Z52, 54/1. Des Weiteren lassen sich in einem Artikel Bezüge auf systemtherapeutische Perspektiven finden (sP_Z4, 6/24, sP_Z4, 6/25). Da diese recht unspezifisch sind, werden sie im Folgenden nicht näher betrachtet.

Ein übergeordneter Blick auf die Begründungsversuche einer soziokulturellen Gegenerzählung bestätigt den Eindruck, dass ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs in erster Linie durch populärwissenschaftliche und interdiskursive Wissensbestände als soziokulturelles Phänomen konzipiert wird. Da die Wechselbeziehungen zwischen individuellen Entwicklungsbedingungen und gesellschaftlich-kulturellen Faktoren meist über die Verwendung von allgemein verständlichen und leicht nachvollziehbaren Kollektivsymbolen thematisiert werden, lassen sich Vereinfachungen erkennen, durch die die Komplexität des Phänomens nicht abgebildet werden kann.

7.2.4.2 Von der Relativierung zur Delegitimation alternativer Betrachtungsweisen

Im Vergleich zur Tendenz des ‚Abarbeitens‘ an der klinischen Position in der soziokulturellen Positionierung kann bezogen auf das klinische Thematisierungsfeld zunächst daran erinnert werden, dass sich hier eine sukzessive Ausblendung alternativer Zugänge andeutete (s. Kap. 7.2.3). Abgesehen davon wird deutlich, dass Gegenpositionen nur selten angesprochen und nicht vertiefend erörtert werden. So wird zwar in einzelnen Fällen mit einer Bezugnahme auf interdiskursive Wissensbestände von einer ‚Modeerscheinung‘ (kP_H7, 273/22-274/28), einem ‚in Mode gekommenem Störungsbild‘ (kP_H12, 204/91), einem ‚kulturellen Konstrukt‘ (kP_H18, 254/33-34) oder einer ‚Normvariante‘ (kP_H8, 346/58-346/60) gesprochen. Allerdings werden diese Hinweise entweder für einen Ausblick am Ende der Artikel verwendet (kP_H8, 346/58-346/60, kP_H12, 204/91) oder durch spezialdiskursive Wissensbestände klinischer Felder relativiert. Letzteres ist unter anderem dann der Fall, wenn aufgrund empirischer Befunde zur Wirksamkeit der medikamentösen Therapie auf eine organische Verursachung der Verhaltensweisen hingewiesen wird (kP_H7, 273/23). Auf welche Art die angesprochene Relativierung von interdiskursiven Wissensbeständen in der klinischen Positionierung konkret erfolgt, kann mittels ausgewählter Textpassagen veranschaulicht werden. Dazu ein erstes Beispiel:

„Es handele sich nicht – wie immer wieder durch die Medien nahe gelegt – um einen ‚Mythos‘, ‚Schwindel‘ oder bestenfalls eine ‚Normvariante‘, sondern um eine ernsthafte Krankheit, die für Betroffene oft verheerende Folgen habe (KonsensusErklärung 2005, 3)“ (KP_H1, 116/4)

Im Textabschnitt wird auf alternative Konzeptualisierungen des Phänomens mit einem Verweis auf die Konsensus-Erklärung geantwortet. Diese ist ein Positionspapier internationaler Wissenschaftler_innen aus den Gebieten der klinischen Psychologie und der Psychiatrie und zielt darauf, „wiederkehrende Falschdarstellungen“ (Konsensus-Erklärung, 2005, o.S.) in den Medien durch ‚wissenschaftliche Befunde‘ zu widerlegen. Der Bezug auf diese Erklärung ist an dieser Stelle in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Zum einen werden die Autor_innen des Papiers im entsprechenden Text an späterer Stelle als ‚international forschende ADHD-Experten‘ (kP_H1, 137/137) bezeichnet, womit ihnen in Form des zugeschriebenen Expert_innenstatus eine legitime Sprecher_innenposition zugewiesen wird. Zum anderen resultiert aus der Konzeption einer ‚ernsthaften Krankheit‘ mit ‚oft verheerenden Folgen‘ eine Ausblendung soziokultureller Ursachenmodelle. Unterstützt wird dies dadurch, dass im zitierten Textabschnitt nicht wie im Original von einer ‚validen Störung‘ (vgl. Konsensus-Erklärung, 2005, o.S.), sondern von einer ‚ernsthaften Krankheit‘ die Rede ist, wodurch die Dringlichkeit einer Beschäftigung mit dem Thema auf dramatisierende Weise herausgestellt wird. Auch zeigt sich, dass durch die Art der Argumentation weitere kritische Perspektiven auf das Phänomen, wie sie in der soziokulturellen Thematisierung zu finden sind, in mehrfacher Hinsicht relativiert werden. Dies geschieht einerseits durch die Verwendung der Begriffe ‚Mythos‘, ‚Schwindel‘ und ‚Normvariante‘, von welchen in der Konsensus-Erklärung ebenfalls nicht die Rede ist. Gesprochen wird hier lediglich von

‚Falschdarstellungen‘ und ‚unzutreffende Meldungen‘ in den Medien (vgl. ebd., o.S.). Die Wahl der Begriffe scheint daher darauf abzuzielen, durch die Verwendung der Kollektivsymbole des ‚Schwindels‘ und des ‚Mythos‘ dramatisierende mediale Thematisierungen mit den hier verwendeten Mitteln abzuschwächen. Ähnlich verhält es sich beim Begriff der ‚Normvariante‘, durch den populärwissenschaftliche Ausführungen¹⁹⁵ sowie indirekt entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle entkräftet werden. Da dies den Eindruck bestärkt, dass eine Kritik an der Konzeption des Gegenstands ADHS nur durch mediale Wissensbestände erfolgt bzw. erfolgen kann, wird auch die Möglichkeit einer fundierten wissenschaftlichen Kritik an der Konstruktion des Phänomens ADHS indirekt delegitimiert.

Das konkurrente Verhältnis von spezialdiskursiven (Psychologie und Psychiatrie) und populärwissenschaftlich-interdiskursiven Wissensbeständen (Medien) wird im zitierten Textabschnitt folglich durch eine Bevorzugung spezialdiskursiver Wissensbestände aufgelöst. Durch diese in der diskursiven Praxis vorgenommene Bewertung und Nutzbarmachung von Wissensbeständen des klinischen Feldes wird die Bedeutung von alternativen Konzeptualisierungen bei der Konstruktion des Gegenstands abgeschwächt. Da die Kritik zusätzlich auf interdiskursive Wissensbestände des medialen und populärwissenschaftlichen Diskurses reduziert bleibt, werden zugleich weitere spezialdiskursive Wissensbestände der soziokulturellen Positionierung unsagbar gemacht und das Phänomen ADHS ausschließlich nach der Logik klinischer Spezialdiskurse konzipiert.

Auf eine ähnliche Weise wird in einer weiteren Passage der klinischen Positionierung auf alternative Betrachtungen reagiert:

„Aus extremer Position werden HKS, MCD und Hyperaktivität als ‚Mythos‘ bezeichnet, und es wird in Missachtung weltweiter Forschung und der Komplexität der Genese von Verhaltensstörungen pauschalisierend – und darin liegt der Hauptkritikpunkt – verkündet: ‚Auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen in den verschiedensten Erscheinungsformen bis hin zu physischen, psychosomatischen oder körperlichen Erkrankungen ist eine *gesunde* Reaktion auf eine *krank machende* Lebenswelt‘ (Voss 1991, 38). Derartige Ansichten sind auch durch neueste Untersuchungen widerlegt worden (siehe dazu Döpfner/Lehmkuhl 2005, Ettrich/Ettrich 2006).“ (KP_H14, 475/242)

Auch hier wird auf alternative Thematisierungen mit Bezügen auf spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Feldes geantwortet, welchen gleichzeitig eine übergeordnete Wertigkeit zugesprochen wird. So werden alternative Zugänge durch Verweise auf die ‚Missachtung weltweiter Forschung‘ sowie ‚neueste Untersuchungen‘ auf dem Gebiet der klinischen Psychologie widerlegt und es wird implizit betont, dass die ‚Wahrheit‘ zum Phänomen ADHS im klinischen Feld zu finden sei. Die Bezeichnung der alternativen Position als ‚extrem‘ stellt zudem eine klare Disqualifikation dieses Zugangs dar. Im Gegensatz zum zuvor diskutierten Beispiel bezieht sich diese hier jedoch nicht auf die mediale Berichterstattung, sondern auf eine Beschäftigung mit dem Gegenstand ADHS im interdiskursiven Feld der Pädagogik. Durch die Hervorhebung, dass es sich bei den entsprechenden Verhaltensweisen nicht um ‚eine gesunde Reaktion auf eine krankmachende Lebenswelt‘ handelt, werden zudem entwicklungsneurobiologische Ursachennannahmen entkräftet.

Die exemplarische Vertiefung des Wissenstransfers in der klinischen Positionierung illustriert eine Priorisierung spezialdiskursiver Wissensbestände, durch die gleichzeitig alternative Zugänge in Form von interdiskursiven Thematisierungen relativiert werden. Begleitet wird dies mitunter von dramatisierenden Darstellungen zugunsten einer klinischen Ausrichtung, wodurch alternative

195 Begriff der Normvariante geht zurück auf die populärwissenschaftliche Thematisierung von Hartmann (2009).

Perspektiven delegitimiert und unsagbar gemacht werden. Es entsteht folglich der Eindruck, dass das Ringen um ‚Wahrheit‘ in der klinischen Position durch spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Kontextes einseitig aufgelöst wird.

7.2.4.3 Zur Disqualifikation alternativer Betrachtungsweisen

Durch die Untersuchung des Wissenstransfers in den beiden Positionierungen lassen sich Bezugnahmen auf unterschiedliche Wissensbestände identifizieren, die nach ihrem Spezialisierungsgrad differenziert werden können. Wenngleich in beiden Positionierungen sowohl auf spezialdiskursive als auch auf interdiskursive und populärwissenschaftliche Wissensbestände verwiesen wird, wird das Wissen zum Gegenstand jeweils auf eine spezifische Art und Weise plausibel gemacht. Damit konnten nicht nur eine Reihe von Abgrenzungen in der Thematisierung herausgestellt werden, sondern es wurde auch nachvollziehbar, auf welche Art und zu welchem Zweck unterschiedliche Wissensbestände bei der Konstruktion des Phänomens verwendet werden.

Bezogen auf die Frage durch welche Wissensbestände die soziokulturelle Positionierung begründet wird, wurde ersichtlich, dass dies in erster Linie durch eine Orientierung an populärwissenschaftlichen und interdiskursiven Wissensbeständen erfolgt und mit dem Phänomen einhergehende gesellschaftliche und kulturelle Faktoren häufig durch Kollektivsymbole veranschaulicht werden. Da hiermit eher auf allgemein verständliche Deutungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit als auf eine theoretische Begründung der bestehenden Zusammenhänge zwischen soziokulturellen Faktoren und individuellen Entwicklungsbedingungen durch geeignete spezialdiskursive Wissensbestände gesetzt wird, ist die Auseinandersetzung mit dem Gegenstand ADHS in dieser Position von einer Komplexitätsreduzierung geprägt. Die Verwendung von Kollektivsymbolen besitzt in dieser Positionierung somit eine zentrale Bedeutung, wodurch gleichzeitig darauf hingewiesen werden kann, dass der Wissenstransfer hier eher als bottom-up-Prozess strukturiert ist (vgl. Link, 2005, 93). *Die soziokulturelle Positionierung kann folglich als eine nicht-hegemonial laborierte Position im Sinne eines Gegendiskurses markiert werden.* Möchte man diese in das von Link vorgeschlagene Schema einer hierarchisierenden Anordnung nach Spezialisierungsgraden differenzierter interdiskursiver Wissensbestände einordnen, wird erkenntlich, dass dieser Position im Vergleich zu spezialdiskursiven Wissensbeständen oder auch elaborierten Interdiskursen eine nachgeordnete Bedeutung und ein wenig machtvolleres Sprechen zuteil wird (vgl. ebd., 90f.). Die mit der soziokulturellen Position unternommenen Versuche, im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs eine alternative Gegenzählung zu etablieren, erscheinen daher als wenig potent.

Im Kontrast dazu zeichnete sich durch die vertiefende Betrachtung des Wissenstransfers in der klinischen Positionierung ab, dass sich zur Begründung des Gegenstands AHDS als ‚ernsthafte Krankheit‘ primär auf spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Kontextes bezogen wird und der Wissenstransfer hier in erster Linie in ‚top-down‘-Richtung strukturiert ist (vgl. ebd., 93). Darüber hinaus zeigte sich, dass alternative Zugänge in Form von interdiskursiven, populärwissenschaftlichen, aber zum Teil auch spezialdiskursiven Thematisierungen relativiert, delegitimiert und disqualifiziert werden. Durch die präsentierten Beispiele lässt sich demonstrieren, welche Wertigkeit klinischen Wissensbeständen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS zugesprochen wird. Im Vergleich zur nicht-hegemonial elaborierten soziokulturellen Positionierung kann die beinahe einheitlich durch spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Feldes abgesicherte *klinische Positionierung als eine laborierte und hegemoniale Position im Interdiskurs* bezeichnet werden (vgl. ebd., 90), deren Bedeutung durch das

‚Abarbeiten‘ in der soziokulturellen Positionierung zusätzlich bestärkt wird. Damit überwiegt die klinische Positionierung nicht nur, wie der Blick auf die Verteilung der Codierungen verdeutlichte (s. Kap. 7.1), in quantitativer Hinsicht. Vielmehr noch wird ihre hegemoniale Stellung durch die identifizierten diskursiven Praktiken bestärkt.

7.2.5 Zusammenfassung: Zur Konstruktion des Phänomens ADHS auf der diskursiv-semantischen Ebene

Resümierend ist festzuhalten, dass das Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs auf der diskursiv-semantischen Ebene durch die beiden agonalen Positionierungen des klinischen und soziokulturellen Thematisierungsfeldes hervorgebracht wird. In beiden Positionierungen wurde dabei ein enger Zusammenhang zwischen der Wahl der Begriffe und den verwendeten Wissensbeständen ersichtlich, mit denen der Gegenstand ADHS entweder als klinisches oder soziokulturelles Problem konstruiert wird. Daraus resultiert eine jeweils spezifische Orientierung, mit der eine Abgrenzung von Anwendungsfeldern und eine Verteilung von Zuständigkeiten einhergeht.

Die Konstruktion der beiden Zugänge unterscheidet sich dahingehend, dass die klinische Positionierung aufgrund einheitlicher Begriffsverwendungen und Bezügen auf spezialdiskursive Wissensbestände als die stabilere und konsistentere erscheint und durch die darin vorgenommene Negation und Delegitimation alternativer Erklärungsansätze nachhaltig bestärkt wird. Im Vergleich dazu zeichnet sich die soziokulturelle Positionierung durch die Verwendung heterogener Begriffe und interdiskursiver sowie populärwissenschaftlicher Wissensbestände aus. Zudem ist sie durch den Zwang des ‚Abarbeitens‘ zu einer Beschäftigung mit der klinischen Gegenposition angehalten. Identifiziert werden konnte Letzteres anhand von Verweisen auf das klinische Feld und des Imports von klinischen Begriffen, wodurch die klinische Positionierung indirekt reifiziert und deren hegemoniale Stellung zusätzlich befördert wird.

Deutlich wird, dass im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs um die ‚Wahrheit‘ des Phänomens durch die zwei agonalen Positionierungen gerungen wird und dass die Thematisierung von ADHS von einem ‚Zuordnungszwang‘ zu einer der beiden Positionen bestimmt ist. Als Regelmäßigkeit der diskursiven Praxis ist zu konstatieren, dass die Konstruktion des Gegenstands auf eine binäre Art und Weise vollzogen wird, die abhängig ist von der Wahl der Begriffe und der jeweils verwendeten Wissensbestände. Durch die getrennte Untersuchung der beiden agonalen Positionierungen werden die Unterschiede der Thematisierung (s. Kap. 6) erklärbar. Überdies zeigt sich, dass die Kontroversität des Themas ADHS in der diskursiven Praxis nicht hinreichend erfasst wird, da eine kontrastierende Diskussion unterschiedlicher Perspektiven auf das Phänomen nur in Ansätzen und meist auf die soziokulturelle Positionierung beschränkt, identifiziert werden kann.

Vertieft man diese Betrachtung abschließend mit einem Bezug auf die normalismustheoretischen Grundlagen dieser Arbeit, ist herauszustellen, dass mögliche Ursachen und damit die Frage, ob es sich bei ADHS um ein sozial oder organisch verursachtes Problem handelt, im untersuchten Material nicht ausgiebig diskutiert wird. Wenngleich dies schon durch den Blick auf die Wissensoberfläche angedeutet werden konnte (s. Kap. 6), so ist mit einem Fokus auf die diskursive Praxis festzuhalten, dass Möglichkeiten einer sozialen Verursachung unter anderem durch Bezüge auf entwicklungsneurobiologische Ursachenmodelle beinahe ausschließlich in der soziokulturellen Positionierung zu finden sind. Im Vergleich dazu wird in der als hegemonial erscheinenden klinischen Positionierung überwiegend von einer primär organischen Verursachung ausgegangen und der menschliche Körper nicht als Produkt gesellschaftlicher Tätigkeit

betrachtet. Außerdem wird, wie sich an den angeführten Beispielen zur Ursachendiskussion in der klinischen Positionierung dokumentieren ließ, eine Beeinflussung der Entwicklung des menschlichen Gehirns durch soziokulturelle Kontextbedingungen delegitimiert und disqualifiziert.

In der diskursbestimmenden klinischen Positionierung wird sich folglich an einer ‚objektiven Pathologie‘ (vgl. Canguilhem, 2012) orientiert, durch die nicht nur die wertsetzende Aktivität des organischen Lebens (vgl. ebd., 21), sondern auch eine mögliche Beeinflussung des Pathologischen durch soziokulturelle und historische Aspekte ausgeklammert wird (vgl. ebd., 179ff.). Daran lässt sich eine Gleichsetzung des ‚Normalen‘ mit Gesundheit und einer Verortung des ‚Pathologischen‘ außerhalb der Normalitätsgrenze erkennen, was in der Konsequenz eine Pathologisierung der Unaufmerksamkeit befördert und zu einer Individualisierung des Phänomens beiträgt. *Der Gegenstand ADHS wird daher im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs in erster Linie durch eine objektive Pathologie bestimmt, weshalb dessen Konstruktion auf der diskursiv-semantischen Ebene übergeordnet einer protonormalistischen Orientierung folgt (vgl. Link, 1997).*

7.3 Techniken der Normierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen

Nachdem bei der Konstruktion des Gegenstands ADHS auf der diskursiv-semantischen Ebene eine hegemoniale Stellung der klinischen Positionierung ersichtlich wurde, wird sich im weiteren Verlauf mit den in der diskursiven Konstruktion des Phänomens enthaltenen Hinweisen auf operative Verfahren beschäftigt. Ausgangspunkt ist die Differenzierung von Techniken der Normierung (vgl. Kelle 2013), mit der in einem ersten Schritt die Grenzziehung zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen untersucht wird. Die im Diskurs getätigten Äußerungen werden als Hinweise auf konkrete Operationen betrachtet, von denen anzunehmen ist, dass hierdurch ‚nicht_normales‘ Verhalten bestimmbar gemacht wird und normierende Praktiken angeleitet werden. Wenngleich eingangs herausgestellt werden muss, dass ADHS im klinischen und nicht im (sonder-)pädagogischen Feld diagnostiziert wird, ist doch davon auszugehen, dass durch den (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum einen Praktiken (sonder-)pädagogischer Akteur_innen angeleitet werden, die zur Errichtung eines speziellen (exkludierenden) Status¹⁹⁶ führen und eine besondere ‚Behandlung‘ legitimieren. Zum anderen ist anzunehmen, dass so Diagnosen im klinischen Feld begünstigt werden und beide Prozesse Auswirkungen auf Subjektivierungsweisen von Schüler_innen haben.

Fokussiert wird folglich auf die Normierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs, worunter die Festlegung eines vom jeweiligen Referenzrahmen abhängigen Maßstabes zu verstehen ist. Da auf diese Weise bestimmte Phänomene beurteil-, mess- und vergleichbar gemacht werden, kann Normierung als Strukturierung, Institutionalisierung und Standardisierung dieser Phänomene verstanden werden (vgl. ebd., 18ff.). Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, welche Verhaltensweisen als ‚nicht_normal‘ markiert und außerhalb der Normalitäts-Zone verortet werden (vgl. Link, 1997, 77). Aufgrund dieser theoretischen Orientierung ist zu untersuchen, welcher Maßstab in der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS auf welche Art festgelegt wird, welche Grenzen gezogen werden und wie dadurch im Material eine Zone ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen errichtet wird.

196 Auch wenn keine empirisch belastbaren Daten zu der Frage der Korrelation von ADHS-Diagnosen und sonderpädagogischen Förderbedarfen vorliegen, ist davon auszugehen, dass entsprechende Diagnosen die Wahrscheinlichkeit einer Zuschreibung eines Förderbedarfs im Bereich der emotional-sozialen Entwicklungen erhöhen.

Um Techniken der Normierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu erfassen, wird auf die Codierungen der Hauptkategorien ‚*Symptombeschreibungen*‘ und ‚*Diagnose*‘ zurückgegriffen. Auch hier werden diese den beiden oppositionellen Positionierungen zugeordnet, um zu analysieren, welche Grenzbestimmungen zwischen ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten jeweils vorgenommen werden und wie dadurch die Zone ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen konstituiert wird. Mit der diskurstheoretischen Orientierung der Analyse wird der Blick insbesondere auf die verwendeten Begriffe und Wissensbestände gerichtet und der Wissenstransfer im Interdiskurs der (Sonder-)Pädagogik untersucht. Im Unterschied zum vorherigen Unterkapitel werden die beiden Positionierungen jedoch nicht getrennt, sondern gemeinsam betrachtet. Das Vorgehen gliedert sich wie folgt: Zuerst wird ausgeführt, wie in den beiden oppositionellen Positionierungen die Symptome beschrieben und welche Verfahren zur Diagnostizierung vorgeschlagen werden. Daraufhin wird mittels ausgewählter Fundstellen der interdiskursive Wissenstransfer exemplarisch abgebildet, bevor die Techniken der Normierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs vertiefend interpretiert werden.

7.3.1 Unbestimmte Bestimmungen des ‚Nicht_Normalen‘

Eine erste Ebene, auf der im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS Bestimmungen des ‚Nicht_Normalen‘ vorgenommen werden, stellen die Beschreibungen ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen dar. Codiert wurden diese mit der Kategorie ‚*Symptombeschreibungen*‘. Mit diesen werden Verhaltensweisen ausgehend von einer Beschäftigung mit den Kernsymptomen von ADHS als ‚nicht_normal‘ markiert. Neben Problemen der Aufmerksamkeit und Konzentration zählen dazu impulsive und hyperaktive Verhaltensweisen. Zu deren Beschreibung werden sowohl relationale als auch absolutierende Begrifflichkeiten verwendet, mit denen auf ein erhöhtes oder geringes Ausmaß des entsprechenden Verhaltens verwiesen wird (s. Kap. 6.3.3). Relationale Beschreibungen finden sich in diesem Zusammenhang, wenn von einer ‚mangelnden‘ (sP_Z20, 369/3) oder ‚verminderten‘ (kP_Z17, 19/12-16) Aufmerksamkeit, einer ‚erhöhten Impulsivität‘ (kP_Z13, 15/33) oder einer ‚übermäßigen motorischen Aktivität‘ (kP_Z13, 15/33) gesprochen wird. Begrifflichkeiten mit absolutem Charakter liegen vor, wenn von einer ‚eingeschränkten‘ (kP_Z13, 15/33), ‚beeinträchtigten‘ (kP_Z15, 64/13, kP_H11, 289/7-8) oder ‚gestörten‘ Aufmerksamkeit¹⁹⁷ und ‚beeinträchtigten‘ Impulskontrolle (kP_Z15, 64/13) die Rede ist.

Vergleicht man die Art und Weise, wie ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen in beiden Positionierungen markiert werden, so zeigt sich, dass die Bezeichnungspraktiken weitestgehend identisch sind und sich in erster Linie durch relationale Beschreibungen auszeichnen. So wird das ‚nicht_normale‘ Verhalten unter anderem folgendermaßen beschrieben:

„Unaufmerksamkeit, mangelnde Konzentration, Ablenkbarkeit, wenig Ausdauer, körperliche Unruhe, ständige Bewegung, Zappeligkeit, mangelnde Selbstkontrolle, unüberlegtes Handeln, permanentes Dazwischenreden.“ (KP_Z3, 90/9-11)

Betont wird, dass es den entsprechenden Schüler_innen an Aufmerksamkeit und Konzentration mangle, sie ablenkbar, wenig ausdauernd und körperlich unruhig seien, sie ihr Verhalten nur schlecht selbst regulieren könnten und ständig dazwischenriefen. Thematisiert wird auch,

¹⁹⁷ S. kP_Z17, 19/12-16, sP_Z32, 228/4, sP_Z32, 228/4, kP_Z41, 290/7, kP_Z43, 114/13, kP_H6, 185/4, kP_H21, 727/4-729/16.

dass sie viele Flüchtigkeitsfehler machten, häufig zwischen Aktivitäten wechselten, unordentlich und ‚ständig auf Achse‘ seien. Die Bestimmung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens erfolgt hierbei durch die Verwendung von Adjektiven (u.a. häufig, schlecht, ständig, übermäßig), Adverbien (u.a. viel, wenig) und flektierten Verbformen (u.a. beeinträchtigt, eingeschränkt, erhöht, mangelnd). Wenngleich diese Beschreibungen nach einer Thematisierung von nicht-erfüllten Verhaltenserwartungen im Unterricht klingen, verweisen sie doch in erster Linie auf eine implizite Orientierung an den Klassifikationssystemen der ICD-10 und des DSM-V (s. Kap. 3.3), die sich anhand der verwendeten Begriffe im gesamten Korpus ermitteln lässt. Potenziert wird dies zum einen dadurch, dass in beiden Positionierungen keine neuen Begriffe eingeführt werden, um die Symptome zu beschreiben. Zum anderen wird durch die Betrachtung der in den Texten erläuterten Fallbeispiele nachvollziehbar, dass auch hier in beiden Positionierungen relationale Beschreibungen verwendet und durch die gleichen semantischen Mittel zugespitzt dargestellt werden. Dies ist unter anderem bei Formulierungen wie ‚kramt pausenlos‘ (kP_Z43, 116/21-26), ‚sofort wieder sehr abgelenkt‘ (sP_Z20, 372/51-374/55) oder Hinweisen auf eine ‚extrem hohe Ablenkbarkeit‘ (sP_Z6, 394/64) der Fall.

Im Gegensatz zu diesen relativ identischen Begriffsverwendungen lassen sich in den beiden Positionierungen nur in Ansätzen unterschiedliche Arten der Thematisierung identifizieren. Dazu zählt einerseits, dass in der klinischen Positionierung eine Reihe von Kompetenzen der Schüler_innen angesprochen wird. Diese reichen von ‚ideenreich, intelligent‘ (kP_Z13, 15/25), über ‚vielseitig interessiert und gut begabt‘ (kP_Z43, 116/25) bis hin zu ‚aufgeweckt, interessiert, mit guten Schulleistungen‘ (kP_H11, 299/105-301/114) und ‚kreativ‘.¹⁹⁸ Im Vergleich dazu wird zwar auch in der soziokulturellen Positionierung auf das Merkmal Kreativität verwiesen (sP_Z20, 373/51-374/55, Z36, 26/12-27/15), ansonsten jedoch lediglich von einem ‚lieben Jungen‘ (sP_Z6, 394/63-395/68) berichtet. Ebenfalls häufiger werden in der klinischen Positionierung situationsspezifische Besonderheiten und damit eine Kontextabhängigkeit der Verhaltensweisen angesprochen. Herausgestellt wird neben der allgemeinen Schulbezogenheit die Abhängigkeit des Verhaltens von Leistungsanforderungen sowie spezifischen Aufgaben- und Anforderungssituationen.¹⁹⁹ In der soziokulturellen Positionierung wird auf ähnliche Faktoren nur zweimal hingewiesen (sP_Z32, 230/23, sP_Z36, 27/16).

Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Positionierungen besteht dahingehend, dass in der klinischen Positionierung häufiger ein direkter Vergleich zur Gruppe der als ‚normal‘ bezeichneten Schüler_innen gezogen wird (s. Tab. XIV). In der soziokulturellen Positionierung findet sich ein entsprechender Vergleich lediglich in einem Artikel (sP_Z24, 228/97).²⁰⁰ Bezeichnet werden diese als ‚normale‘ (kP_Z15, 64/14), ‚verhaltensunauffällige‘ (kP_Z25, 175/24), ‚kompetente Kinder‘ (kP_H15, 333/37) oder allgemein als ‚unauffällige Altersgenossen‘.²⁰¹ Die zur Kontrastierung verwendete Folie der ‚Normalschüler_in‘ bleibt allerdings weitestgehend unbestimmt und es wird anhand einer Differenzierung nach Ausmaß und Intensität lediglich auf

198 S. kP_Z3, 95/61-96/74, kP_Z13, 15/25, kP_Z19, 78/2, kP_Z46, 102/5, kP_Z46, 105/26, kP_Z48, 25/78, kP_H1, 126/88, kP_H1, 143/176, kP_H11, 299/105-301/114, kP_H16, 290/7, kP_H17, 53/6-54/20, kP_H17, 77/250, kP_H19, 281/25, kP_H24, 157/5, kP_H24/161, 31, kP_H24, 163/70, kP_H25, 306/23.

199 S. kP_Z3, 96/76, kP_Z15, 64/15, kP_Z33, 179/10, kP_Z43, 114/14, kP_H3, 117/5, kP_H6, 185/3, kP_H8, 340/11, kP_H9, 208/23-25, kP_H10, 24/28, kP_H11, 291/20, kP_H19, 281/24, kP_H16, 290/8, kP_H20, 228/10, kP_H21, 728/11, kP_H22, 80/95.

200 Interessant ist, dass dieser hier eine andere Konnotation besitzt, da ADHS-spezifische Verhaltensweisen im entsprechenden Textabschnitt als Kompetenzstruktur betrachtet und mit den Fähigkeiten von Jägern verglichen werden und der Normalpopulation die Fähigkeiten von Bauern zugeschrieben wird (sP_Z24, 228/97).

201 S. kP_H9, 213/103-214/105, kP_H10, 24/28, kP_H15, 332/32-333/34.

graduelle Unterscheidungen von allgemein erwarteten kindlichen Verhaltensweisen verwiesen (kP_Z43, 114/14, kP_H9, 208/28). Beschrieben werden diese unter anderem als ‚die emotionalen, charakterlichen, sozialen und intellektuellen Kompetenzen [...], die in unserer Kultur bei allen Menschen vorausgesetzt werden‘ (kP_Z26, 292/2). Mit diesen unspezifischen Setzungen des ‚allgemein zu Erwartenden‘ bleibt die Differenzierung zwischen ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten auch durch den Vergleich mit der Kontrastgruppe unscharf. Stattdessen erfolgt hier eine relationale Grenzziehung über Hinweise auf ‚schlechtere kognitive Leistungen‘ (kP_H10, 24/28), ein ‚erhöhtes Aktivitätsniveau‘ (kP_Z15, 64/14) oder darauf, dass ‚normale‘ Schüler_innen ‚lediglich leichte Konzentrationsprobleme‘ (kP_Z37, 148/35) hätten und ‚kommunikativer‘ (kP_Z25, 176/42) seien. Zudem finden sich in der klinischen Positionierung eine Reihe von Äußerungen, bei denen entlang der Unterscheidung ‚normal/gesund‘ – ‚nicht_normal/krank‘ die sogenannten ‚ADHS-Kinder‘ als Gegenpart zu ‚gesunden Kindern‘ konstruiert werden (s. Tab. XIV).

Durch die Beschäftigung mit den im Kontext der Symptombeschreibungen verwendeten Begriffen wird ersichtlich, dass ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen in beiden Positionierungen in der Regel auf eine unspezifische Art und Weise beschrieben und durch Verweise auf ein erhöhtes oder zu geringes Maß definiert werden. Damit deutet sich eine implizite Orientierung an den Klassifikationssystemen an, deren Begriffe verwendet werden, um Schüler_innen, die zentralen Verhaltensanforderungen des schulischen Kontextes nicht entsprechen, als ‚nicht_normal‘ zu kategorisieren. Auffällig ist, dass in beiden Positionierungen keine neuen oder alternativen Begriffe zur Beschreibung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen verwendet werden und es nur wenige Verweise auf Kompetenzen der Schüler_innen sowie das Verhalten beeinflussende Kontextbedingungen gibt. Ferner zeigt sich, dass, auch wenn die Kontrastgruppe der ‚normalen‘ Schüler_innen nur in der klinischen Positionierung auf eine unbestimmte Art definiert wird, Auffassungen darüber, was unter einem ‚normalen‘ Verhalten von Schüler_innen zu verstehen ist, in beiden Positionierungen eine wirksame Hintergrundfolie bilden, da diese als allgemeingültig vorausgesetzt werden. Insgesamt wird erkennbar, dass in beiden Positionierungen aufgrund ähnlicher Verhaltensbeschreibungen die gleiche Zone an ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen ausgebildet wird. Zudem wird deutlich, dass die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen allein durch die beschriebenen semantischen Markierungen nicht gezogen werden kann. Folglich bleibt diese auf der Ebene der Symptombeschreibungen zunächst noch offen und unbestimmt, wodurch sich eine flexibelnormalistische Orientierung abzeichnet. Um die Zone des ‚nicht_normalen‘ von der des ‚normalen‘ Verhaltens abzugrenzen, erscheinen deshalb Verfahren nötig, mit denen das Verhalten vergleichbar gemacht werden kann.

7.3.2 Das Unbestimmte bestimmbar machen

Neben den Beschreibungen und damit einhergehenden Markierungen von ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen wird die Normierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zusätzlich durch eine Diskussion geeigneter Diagnoseinstrumente angeleitet. Wie dies in beiden Positionierungen konkret geschieht, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts. Fokussiert wird neben den verwendeten Begriffen insbesondere auf die vorgeschlagenen Verfahren und mit diesen in Verbindung stehenden Wissensbestände.

Hinsichtlich der in der Hauptkategorie ‚Diagnose‘ verwendeten Begriffe lässt sich zunächst eine Gemeinsamkeit dahingehend feststellen, dass in beiden Positionierungen kritische Hinweise

auf den Diagnoseprozess im Allgemeinen identifiziert werden können (s. Tab. XIV). Dies geht einher mit Verweisen auf ‚Verdachts-‘ (kP_Z43, 121/51-53) oder ‚Fehldiagnosen‘ (kP_Z19, 75/4) sowie auf ‚vorschnelle‘ (sP_Z38, 51/16) oder ‚verkürzte Diagnosen‘ (sP_Z52, 61-64). Erörtert werden außerdem ‚Probleme der Subjektivität‘ (kP_H3, 122/67), eine mit Diagnosepraktiken einhergehende ‚Entlastungsfunktion‘ (sP_Z6, 399/81-82, kP_H14, 460/11) sowie deren ‚Defizitorientierung‘ (sP_Z4, 7/30-31, kP_H25, 306/20-21). Darüber hinaus werden Klassifikationssysteme in beiden Positionierungen durch die Verwendung von Kollektivsymbolen veranschaulicht. Dies erfolgt zum einen durch die Bezeichnung der Klassifikationssysteme als ‚Sammeltopf‘ (kP_Z37, 144/8), die von einem ‚Schubkastendenken‘ (kP_H25, 306/23) geprägt seien oder das Sprechen von ‚Buchstaben-‘ (sP_Z6, 399/81-82) und ‚Rasterdiagnosen‘ (sP_Z4, 5/11, sP_Z6, 398/78). Ebenfalls diskutiert werden in beiden Positionierungen grundsätzliche Probleme der Normierung. Darunter fallen Hinweise auf die Abhängigkeit diagnostischer Urteile von ‚normativen Einschätzungen‘,²⁰² Schwierigkeiten aufgrund einer ‚verbreiteten Norm‘ (kP_Z47, 20/24, kP_H20, 227/8-228/9) oder der ‚Variabilität des Verhaltens‘ (sP_Z38, 53/26-27, kP_H16, 292/43).

Wenngleich Schwierigkeiten der Diagnostizierung in beiden Positionierungen thematisiert werden, fällt auf, dass in der *soziokulturellen Positionierung die kritische Beschäftigung mit den Klassifikations- und Diagnosesystemen im Zentrum der Beschäftigung steht*. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang eine ‚verengte‘ (sP_Z4, 6/17-18), ‚individualisierende Perspektive‘ (sP_Z5, 54/8), mit der eine ‚pathologisierende‘ Wirkung (sP_Z16, 369/65, sP_Z52, 61/2) sowie ‚stigmatisierende und diskriminierende‘ Effekte (sP_Z6, 399/81-82, sP_Z52, 61-64) einhergingen. Zudem finden sich Hinweise auf ‚positivistische Symptombeschreibungen‘ (sP_Z16, 360/14-15) und eine suggerierte Wissenschaftlichkeit. Außerdem wird in einigen Texten dieser Positionierung der Prozess der Normierung grundsätzlich in Frage gestellt.²⁰³ Relevante Kontextbedingungen werden jedoch nur selten und sehr unspezifisch angeführt, indem allgemeine Sozialisationsbedingungen und Interaktionserfahrungen angesprochen werden (s. Tab. XIV). Im Kontrast dazu überwiegt in der *klinischen Positionierung eine Betonung der Vorzüge von Diagnosepraktiken und standardisierten Verfahren, welchen im Rahmen der Diagnosestellung ein besonderes Potenzial zugesprochen wird*. So werden die Klassifikationssysteme als ‚große Systeme‘ (kP_H24, 157/6-8) bezeichnet, welche ‚international verbindliche Definitionen‘ (kP_H18, 254/38) lieferten und einen ‚wichtigen Fortschritt im Verständnis und in der wissenschaftlichen Beschreibung‘ (kP_H16, 291/16) darstellten. Herausgestellt werden außerdem Potenziale ‚gesicherter Diagnosen‘ (kP_Z7, 59/37), ‚korrekter Klassifikationen‘ (kP_Z12, 3/7) und ‚fundierter Abklärungen‘ (kP_H11, 295/59-60) und es wird davon ausgegangen, dass die diagnostischen Instrumente ‚objektiv standardisierte Daten‘ (kP_Z12, 17/123-18/124) lieferten durch die ‚die Zuverlässigkeit diagnostischer Urteile‘ (kP_H17, 55/34) verbessert werde. Zudem wird die Notwendigkeit der Diagnostizierung von ADHS dahingehend betont, da durch diese eine Unterstützung bei ‚nicht-sichtbaren Behinderungen‘ (kP_H25, 306/23) erst ermöglicht werde. Hiermit im Einklang steht die Beschäftigung mit Schwierigkeiten der Diagnosestellung, welche mit der Zielstellung diskutiert werden, diagnostische Verfahren zu optimieren (s. Tab. XIV).

Ausgehend von diesen differierenden Argumentationen werden in beiden Positionierungen unterschiedliche Verfahren für die Diagnostizierung einer ADHS empfohlen, mit denen zugleich auf die jeweils verwendeten Wissensbestände verwiesen werden kann. In der klinischen

202 S. sP_Z32, 228/4, kP_H2, 131/20, kP_H3, 121/56, kP_H16, 292/43.

203 S. sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 361/26-28, sP_Z16, 373/90, sP_Z22, 101/78, sP_Z52, 61-64.

Positionierung findet sich eine klare Favorisierung standardisierter Diagnoseinstrumente. Dazu gehören Messungen der Intelligenz, körperliche Untersuchungen,²⁰⁴ Aufmerksamkeitstests, psychometrische Schulleistungstests, differentialdiagnostische Instrumente zur Untersuchung von Entwicklungsstörungen²⁰⁵ und klinische Interviews. Ebenfalls wird sich hier beinahe durchgehend an den Klassifikationssystemen der APA und WHO orientiert und es werden nur vereinzelt nicht-standardisierte Verfahren vorgeschlagen.²⁰⁶ Aufgrund der Beobachtung, dass die Empfehlungen zur Diagnostizierung in der klinischen Positionierung in der Regel durch direkte oder indirekte Bezüge auf Wissensbestände des klinischen Feldes abgesichert werden, wird nachvollziehbar, dass die klinische Positionierung auch hinsichtlich des Themas Diagnose in erster Linie auf spezialdiskursiven Wissensbeständen gründet. Auffällig ist außerdem, dass (sonder-)pädagogische Zugänge in der klinischen Positionierung bis auf eine Ausnahme (kP_Z43) nicht herangezogen werden (s. Tab. XIV).

Wenngleich sich Bezüge auf spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Feldes teilweise auch in der soziokulturellen Positionierung wiederfinden, wird sich hier neben der Kritik an klinischen Diagnoseverfahren vor allem mit diagnostischen Alternativen beschäftigt. So wird beispielsweise die Bedeutung ‚förderdiagnostischer‘ (sP_Z38, 53/25), ‚ressourcenorientiert-subjektbezogener‘ (sP_Z4, 8/51), ‚ganzheitlicher‘ (sP_Z4, 9/57-69, sP_Z6, 395/69-396/70) und ‚verstehender Verfahren‘ (sP_Z16, 366/47-50) herausgestellt, womit eine Ausrichtung an (sonder-)pädagogischen Wissensbeständen identifiziert werden kann. Weitere Verweise, die in diesem Zusammenhang anklingen, beziehen sich auf die Gebiete der Psychoanalyse (sP_Z16, 373/90, sP_Z22, 101/78) sowie implizit auf soziologische Argumentationen (sP_Z5, 60/32, sP_Z6, 396/71). Im Vergleich zur klinischen scheint die soziokulturelle Positionierung auch im Zusammenhang mit dem Thema Diagnose in erster Linie durch interdiskursive Wissensbestände begründet.

Es wird ersichtlich, dass die Wahl geeigneter Diagnoseinstrumente kontrovers diskutiert wird und in beiden Positionierungen auf mögliche Schwierigkeiten der Diagnostizierung hingewiesen wird. In der klinischen Positionierung wird jedoch das Potenzial standardisierter Diagnoseinstrumente betont und die Argumentation durch spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Kontextes gestützt. Im Vergleich dazu stehen diese Zugänge in der soziokulturellen Positionierung vor allem aufgrund der Ausblendung von Kontextbedingungen in der Kritik. Bedingt durch die Beobachtung, dass diese Kritik in der soziokulturellen Positionierung im Zentrum steht, wird auch auf der Ebene der Diagnose die zuvor beobachtete Tendenz zur Abarbeitung am klinischen Mainstream bemerkbar. Darüber hinaus deutet sich an, dass die soziokulturelle Positionierung mit Blick auf das Thema Diagnose aufgrund der hier verwendeten interdiskursiven Wissensbestände im Vergleich zur klinischen Positionierung ebenfalls eine geringere Wertigkeit besitzt. Potenziert wird diese Vormachtstellung klinisch ausgerichteter Verfahren zusätzlich dadurch, dass sich nicht umfassend mit explizit (sonder-)pädagogischen Diagnosepraktiken befasst wird.

Trotz der konkurrierenden Argumentationen ist festzustellen, dass in beiden Positionierungen versucht wird die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen durch Hinweise auf spezifische diagnostische Praktiken zu schließen. So wird sowohl durch standardisiert-klinische Verfahren als auch durch alternativ-kontextsensible Diagnoseinstrumente der Versuch un-

204 U.a. durch Elektroenzephalogramm (EEG).

205 DISYPS-KJ/DISYPS-II, KIDSI, Kinder DIPS.

206 Darunter fallen Verfahren wie Anamnese, Verhaltensbeobachtungen und -beurteilungen, Gespräche und Interviews.

ternommen, ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen zu kategorisieren, vergleichbar zu machen und außerhalb der Zone ‚normalen‘ Verhaltens zu verorten. Die Normalitätsgrenze wird folglich in beiden Positionierungen geschlossen und der Vergleich mit ‚normalen‘ Verhaltensweisen durch unterschiedliche Verfahren operationalisiert. Herauszustellen ist in diesem Zusammenhang, dass die Möglichkeit, die Grenze offen zu lassen, in beiden Positionen nicht erwägt wird und sich somit in beiden Positionierungen eine protonormalistische Orientierung andeutet.

7.3.3 Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur Delegitimation alternativer Diagnoseverfahren

Die Art und Weise, wie in der diskursiven Praxis diagnostische Verfahren und damit in Verbindung stehende Wissensbestände plausibel gemacht werden, lässt sich gut an den im Material diskutierten Fallbeispielen²⁰⁷ sowie den darin diskutierten diagnostischen Methoden dokumentieren, anhand derer verschiedenartige diagnostische Ausrichtungen zu erkennen sind. Zur vertiefenden Analyse wurde dazu das folgende Beispiel ausgewählt, welches aus dem einzigen Text stammt, in dem (sonder-)pädagogische Diagnosepraktiken ausführlich behandelt werden (kP_Z43). Der entsprechende Schüler wird wie folgt beschrieben:

„Max redet während des Unterrichts ständig dazwischen, platzt mit seinen Antworten heraus und kann nie warten bis er an der Reihe ist. Er kaspert herum, kramt pausenlos in seiner Mappe, schaukelt mit dem Stuhl, bis er umkippt, steht während des Unterrichts unvermittelt auf, läuft durchs Klassenzimmer und stört andere Kinder bei der Arbeit. Wenn er zurechtgewiesen wird, gibt er patzige Antworten oder ignoriert die Ermahnungen.

Max zeigt sich zwar in manchen Unterrichtsphasen auch völlig unauffällig, insgesamt überwiegt aber sein ausgeprägtes Störverhalten, das bisweilen auch seine Herausnahme aus dem Klassenverband nötig macht. Im Einzelkontakt verhält sich der Junge zumeist freundlich und aufgeschlossen und ist in der Regel mit großem Eifer dabei, die an ihn gestellten Anforderungen zu erfüllen.

Max ist nicht ausreichend in der Klasse integriert. Mit seinem Clownverhalten erntet er zwar kurzzeitige Lacherfolge, sein oft aufdringliches, bevormundendes und unkontrolliertes Verhalten macht ihn jedoch bei den meisten Mitschülern unbeliebt. Max hat Schwierigkeiten Regeln zu beachten und ist zunehmend in aggressive Auseinandersetzungen verwickelt. In den klärenden Gesprächen zeigt er sich zumeist unfähig, den eigenen Anteil an den Konflikten zu erkennen und fühlt sich oft missverstanden bzw. ungerecht behandelt.

Max ist ein vielseitig interessiertes und gut begabtes Kind. Er hat keine Mühe, komplexe Sachverhalte zu erfassen und auch schwierigere Aufgabenstellungen zu begreifen. Da er jedoch oft nicht richtig zuhört und sich ständig durch alle möglichen Dinge ablenken lässt, weiß er häufig nicht, was er überhaupt zu tun hat.“ (KP_Z43, 116/23-26)

Die Beschreibung des Schülers zeigt, dass auch hier die Symptome auf eine relationale Art beschrieben werden, wodurch sich eine Orientierung an den Begriffen der Klassifikationssysteme abzeichnet. Geschildert wird das in vielfacher Hinsicht als störend empfundene Verhalten eines Schülers inklusive Hinweisen auf dessen Kompetenzen. Zudem finden sich im Beispiel die angesprochenen semantischen Zuspitzungen in Form von Formulierungen wie ‚redet ständig dazwischen‘, ‚kann nie warten‘ und ‚kramt pausenlos‘, welche implizit einen Vergleich mit der ‚Normalgruppe‘ beinhalten. Interessant ist jedoch auch, was im Fallbeispiel nicht gesagt wird. So fällt auf, dass im ausgewählten Textabschnitt sowie im gesamten Artikel der Abhängigkeit

207 S. kP_Z3, 95/60, kP_Z3, 95/62, sP_Z6, 394/63-395/68, kP_Z13, 15/25, kP_Z13, 17/42-43, kP_Z13, 18/52, sP_Z20, 373/51, sP_Z20, 374/71, kP_Z43, 116/21-26, kP_Z45, 7/10, kP_Z48, 19/9-20/13, kP_H1, 118/12-119/14, kP_H11, 302/131-303/148, kP_H11, 300/111, kP_H14, 458/3, kP_H17, 53/7, kP_H24, 157/5.

des Verhaltens von schulischen, unterrichtlichen und sonstigen Kontextbedingungen wenig Bedeutung beigemessen wird. Dies bestärkt den Eindruck, dass die Verhaltensweisen nicht durch äußere Einflussfaktoren hervorgerufen sein könnten, sondern in erster Linie durch den Schüler selbst.²⁰⁸ Im Zuge dessen zeichnet sich ab, dass durch relationale Symptombeschreibungen und durch die Verwendung von Begriffen der Klassifikationssysteme eine Individualisierung von Unterrichtsstörungen vorbereitet wird. Bestärkt wird dies, wenn relationale Beschreibungen ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen zur Zuweisung spezifischer Subjektpositionen führen. So wird das Fallbeispiel des Schülers Max wie folgt eingeleitet:

„Max – ein ‚typisches ADS-Kind‘

Der Lehrerbericht über Max (8 Jahre/2. Klasse) lässt die spezifischen Grundmerkmale hyperkinetischer Kinder gut erkennen. Es sind die Verhaltensweisen, die Lehrer und Eltern dazu veranlassen könnten, einen Förderausschuss zu beantragen.“ (KP_Z43, 116/21-22)²⁰⁹

Hiermit kann verdeutlicht werden, dass von den von einem Lehrer dokumentierten Unterrichtsstörungen auf eine ADHS geschlossen wird und der Schüler auf diese Weise die Subjektposition des ‚ADHS-Kindes‘ zugeschrieben bekommt. Die Gründe für die Störungen werden folglich auf eine generalisierende Art und Weise individualisiert und mögliche Kontextbedingungen ausgeblendet. Es ist daher nicht mehr von Unterrichtsstörungen, sondern von einem ‚typischen ADHS-Kind‘ mit einem gestörten Verhalten die Rede, womit – wie der folgende Textauszug zeigt – gleichzeitig die Notwendigkeit (sonder-)pädagogischer Diagnosen und Praktiken begründet wird.²¹⁰

„Ohne besondere Zuwendung ist er nicht in der Lage, Aufgaben zu beginnen und zu Ende zu führen. Besonders auffällig ist seine große Abneigung gegen alle Tätigkeiten, die mit Schreiben und Lesen zu tun haben. Da Max nicht in der Lage ist, das notwendige Maß an Konzentration und gezielter Aufmerksamkeit zu erbringen, werden seine Kenntnislücken immer größer. Seine Leistungen liegen inzwischen in allen Lernbereichen deutlich unter seinem Begabungsniveau.

Max ist nicht bereit, seine Wissens- und Kenntnisdefizite durch häusliches Üben zu verringern. Nach Auskunft der Mutter ist der Junge auch zu Hause sehr anstrengend und fällt durch mangelnde Ausdauer, leichte Reizbarkeit und geringe Selbstkontrolle auf. So erweist sich auch das Erledigen von Hausaufgaben nach ihren Aussagen jeden Tag als kaum zu bewältigende Herausforderung.“ (KP_Z43, 116/25-26)

Mit dem gewählten Beispiel kann veranschaulicht werden, dass (sonder-)pädagogische Praktiken durch Verweise auf spezifische Probleme und fehlende Kompetenzen des Schülers legitimiert werden. Somit entsteht der Eindruck, dass die relationalen Begrifflichkeiten des klinischen Feldes auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik nicht nur zur Beschreibung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen verwendet werden, sondern dass mit diesen zugleich eine Individualisierung derselben einhergeht, um das eigene Handeln zu begründen und anzuleiten.

208 Bestätigen lässt sich diese Beobachtung durch die Betrachtung weiterer Fallbeispiele, in denen schulische und unterrichtliche Kontextbedingungen entweder unthematisiert oder zumindest unspezifisch bleiben und sich häufiger Hinweise auf Krankheitsgeschichten als auf schulische Kontextbedingungen oder biographische Bezüge finden. Dazu gehören Hinweise auf einen Sitzplatz in der ersten Reihe inklusive eines Sitzballs, direkte Aufforderungen, individuelle Ansprachen (sP_Z6, 394/63-395/68) oder darauf, dass sich das Verhalten unabhängig vom Fach und Tageszeit zeige (sP_Z20, 373/51).

209 Auch wenn im Text der Begriff „ADS“ verwendet wird, ist hiermit ADHS gemeint. Dies zeigt sich daran, dass sich mit den drei Kernsymptomen (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) beschäftigt wird.

210 S. auch ‚zweifelloser ADHS-Kind‘ (sP_Z6, 395/66), ‚ADHS-Kind‘ (kP_H1, 121/32) und ‚ernsthafte Krankheit‘ (kP_H1, 116/4).

Potenziert wird diese individualisierende Konzeption von Unterrichtsstörungen schließlich, wenn in den auf das Fallbeispiel folgenden Erörterungen zur Feststellung eines (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs standardisierten Verfahren des klinischen Feldes eine übergeordnete Bedeutung zugesprochen wird. Wie bereits angemerkt, wird beim besagten Schüler aufgrund von Beobachtungen eine ADHS als Ursache für seine ‚schulischen Leistungs-‘ und ‚sozial-emotionalen Defizite‘ vermutet. Vorgeschlagen wird deshalb, sich im Rahmen der (sonder-)pädagogischen Überprüfung auf sein intellektuelles Begabungsniveau, seine schulischen Leistungsfähigkeiten sowie die ‚kognitiv-funktionalen und sozial-emotionalen Defizite‘ zu fokussieren. Dadurch

„sollte versucht werden, durch geeignete Verfahren Art und Grad der Konzentrationsschwierigkeiten zu bestimmen, Denk- und Problemlösungsstile zu eruieren mögliche Teilleistungsstörungen festzustellen sowie die soziale Kompetenz und emotionale Befindlichkeit (sekundäre Störungen) abzuklären. Darüber hinaus sind anamnestiche Informationen einzuholen, die die störungsspezifische Vorgeschichte sowie die aktuelle familiäre und schulische Situation des Kindes erhellen. Die Zusammenfassung und befundübergreifende Interpretation der wesentlichen Untersuchungsergebnisse ermöglicht abschließend Aussagen über die Förderbedürftigkeit des Kindes und dient der Begründung förderungsorientierter Entscheidungen.“ (KP_Z43, 117/28)

Ziel der (sonder-)pädagogischen Überprüfung ist es, die ‚Art und den Grad der Konzentrationsschwierigkeiten zu bestimmen‘, weitere mögliche Störungen abzuklären und eine möglichst ‚präzise‘ (sonder-)pädagogische Förderung anzuleiten. Wenngleich diese Ausrichtung durch einen Blick auf die Krankheitsgeschichte sowie familiäre und schulische Bedingungen gerahmt wird, zeigt die genauere Betrachtung der zur Feststellung des (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs vorgeschlagenen Diagnoseinstrumente – trotz der Hinweise auf symptom-spezifische Unterrichtsbeobachtungen²¹¹ – eine klare Favorisierung klinischer Verfahren. Bezug genommen wird auf eine Reihe standardisierter Diagnoseinstrumente, die die anamnestiche Erhebung inklusive einer standardisierten Kind-Umfeld-Analyse²¹² bestimmen und durch eine Reihe psychometrischer Verfahren²¹³ – beschrieben als ‚objektive Beobachtungsverfahren‘ – ergänzt werden (kP_Z43, 117/27-120/47). Falls die Befunde dahingehend interpretiert werden können, dass die Lern- und Verhaltensschwierigkeiten durch ‚ADS-spezifische Bedingungsfaktoren‘ (kP_Z43, 120/48) verursacht sind, wird die Feststellung eines (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung vorgeschlagen. Die Beschreibung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens durch relationale Begrifflichkeiten der Klassifikationssysteme führt so zur Auswahl von standardisierten klinischen Diagnoseverfahren, mit deren Hilfe schließlich ein (sonder-)pädagogischer Förderbedarf diagnostiziert wird.

Angesichts des Wissenstransfers auf dieser Analyseebene ist festzustellen, dass klinische Begriffe und Verfahren im Kontext der Diagnostizierung eines (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs eine übergeordnete Bedeutung erhalten. Es wird deutlich, dass mit den Beschreibungen des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens durch klinische Begrifflichkeiten die Grundlage für eine Indivi-

211 Mit Blick auf unterschiedliche Unterrichtssituationen und Aufgabentypen sowie schulische Interaktionsprozesse.

212 Im Einzelnen werden zur Kind-Umfeld-Analyse lediglich standardisierte Befragungsinstrumente und keine qualitativen eingesetzt. Vorgeschlagen werden im Einzelnen die klinischen Instrumente der Conners-Skalen, des Kinder-DIPS sowie weitere klinische Fragebögen. Durch diese Orientierung wird qualitativen Verfahren eine geringere Wertigkeit zugeschrieben.

213 Dazu zählen Intelligenz- und Konzentrationstests, Persönlichkeitsfragebögen und die Überprüfung von Teilleistungstörungen.

dualisierung von Unterrichtsstörungen geschaffen wird, die schließlich durch die Anwendung standardisierter Diagnoseverfahren operationalisiert wird. *Hiermit lässt sich zeigen, dass standardisierte klinische Verfahren zur Generierung (sonder-)pädagogischer Diagnosepraktiken eine übergeordnete Bedeutung erhalten und dass durch diese Ausrichtung alternative diagnostische Zugänge ausgeblendet werden.*²¹⁴ (Sonder-)pädagogische Diagnosepraktiken scheinen folglich von einem Double-Bind gekennzeichnet. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass zur Bestimmung der Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens auf klinische Begriffe und Verfahren zurückgegriffen werden muss, um (sonder-)pädagogische Praktiken begründen zu können. Da hiermit qualitative Zugänge ausgeschlossen werden, wird ersichtlich, auf welche Weise spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Feldes im Kontext der Normierung im (sonder-)pädagogischen Feld wirksam gemacht werden. Die Art und Weise, wie das Wissen zur Diagnostizierung von ‚nicht_normalem‘ Verhalten transferiert und plausibel gemacht wird, verweist somit darauf, dass die zuvor beschriebene Kontroverse zwischen qualitativen und standardisierten Verfahren einseitig zugunsten einer Orientierung an standardisierten Praktiken aufgelöst wird und sich die klinische Positionierung auch in der diskursiven Praxis zum Thema Normierung als hegemonial erweist.

7.3.4 Normalismustheoretische Reflexion: Zur Gleichzeitigkeit flexibel- und protonormalistischer Normierungspraktiken

Möchte man nun bestimmen, auf welche Art in der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS die Grenze zwischen ‚normalem‘ und ‚nicht_normalem‘ Verhalten gezogen wird, so ist angezeigt, dass die Normierung im analysierten Material auf verschiedenen Ebenen stattfindet und ineinandergreifende, sich ergänzende normalistische Strategien identifiziert werden können. Um diese zu konkretisieren, werden die diskutierten Techniken der Normierung nun mithilfe normalismustheoretischer Grundlagen interpretiert (vgl. Link, 1997).²¹⁵ Diesbezüglich zeigt sich, dass auf der Ebene der Symptombeschreibungen ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen durch die Verwendung relationaler Begrifflichkeiten semantisch markiert werden. Da hierbei indirekt Bezug genommen wird auf das von der Mehrheit als ‚normal‘ Erachtete (vgl. ebd., 339), wird eine Ausrichtung an einer imaginären Mitte und Annahmen über ‚normale‘ Verhaltensweisen in der Schule ersichtlich. Der zur Unterscheidung eigentlich benötigte statistische Vergleich wird an dieser Stelle durch das substituiert, was die Mehrheit als Grenze des ‚normalen‘ Verhaltens betrachtet (vgl. ebd., 340). Verdeutlicht wird dies dadurch, dass in beiden Positionierungen die Kontrastfolie ‚normale‘ Schüler_innen wirksam ist und ‚nicht_normales‘ Verhalten über die Unfähigkeit, den schulischen Anforderungen zu genügen, definiert wird. Das Zentrum des Normalfeldes bleibt dabei allerdings unmarkiert und leer und lässt sich nur über die Zone des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens rekonstruieren. Die Normierung erfolgt auf dieser Ebene deskriptiv auf der Grundlage eines nicht explizierten statistischen Vergleichs mit dem Durchschnitt, weshalb die Normalitätsgrenze zunächst unbestimmt und verhandelbar bleibt. Auf der einen Seite deutet sich damit auf der Ebene der Symptombeschreibungen aufgrund

214 Hierzu zählen beispielsweise eine qualitativ ausgerichtete Kind-Umfeld-Analyse oder auch Ansätze einer pädagogischen Diagnostik (vgl. Bundschuh, 1998; Ricken & Schuck, 2011; Sturm, 2013).

215 In Erweiterung zur klassischen Linkschen (1997) Lesart, mit der es in erster Linie um die Gestaltung der Grenze (offen/flexibel vs. geschlossen/proto) geht und mit der davon ausgegangen wird, dass flexibelnormalistische auf protonormalistischen Strategien aufbauen, wird bei der Interpretation der Fokus auf die Anleitung normierender Praktiken im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs gerichtet, um so die Prozesshaftigkeit der Normierung in situ nachzeichnen zu können.

der nicht geschlossenen Normalitätsgrenze eine flexibelnormalistische Orientierung an, die auf Mehrheitsauffassungen ‚normaler‘ Verhaltensweisen gründet und durch die Schüler_innen mit als ‚nicht_normal‘ markierten Verhaltensweisen an der Grenze der Normalzone angeordnet werden. Auf der anderen Seite zeichnet sich jedoch ab, dass diese normalistische Festlegung auch von normativ gesetzten Verhaltensanforderungen im schulischen Kontext²¹⁶ abhängig und somit zumindest zum Teil auch protonormalistisch inspiriert ist.

Um einschätzen zu können, wie die Grenzziehung durch Hinweise auf diagnostische Praktiken angeleitet wird, ist zunächst zwischen den beiden Positionierungen zu unterscheiden. In der klinischen Positionierung wird das ‚nicht_normale‘ Verhalten durch standardisierte Verfahren bestimmt und die entsprechenden Verhaltensweisen werden durch die Verwendung konkreter diagnostischer Verfahren in Fakten und Signale umgewandelt (vgl. ebd., 345), wodurch u.a. Grade von Konzentrationsschwierigkeiten auf einer Skala angeordnet und vergleichbar gemacht werden. Der auf der Ebene der Symptombeschreibungen nur implizit erfolgende Vergleich mit ‚normalen‘ Verhaltensweisen wird hier durch diagnostische Instrumente statistisch vollzogen, womit ein zentrales Kennzeichen normalistischer Strategien erfüllt ist. So wird der Beurteilungsmaßstab mittels statistischer Daten deskriptiv festgelegt und die Normalitätsgrenze auf der Grundlage eines durchschnittlich ‚normalen‘ Verhaltens gezogen. Spezifiziert werden kann diese Einschätzung jedoch dahingehend, dass mit den vorgeschlagenen standardisierten Diagnoseinstrumenten eine Ausblendung von möglichen verursachenden Kontextfaktoren einhergeht, die eine individualisierende Zuschreibung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen begünstigen. Dies liegt vor allem daran, dass eine sozialbedingte Verursachung der Verhaltensweisen ausgeschlossen und im Diagnoseprozess häufiger von der statistischen Erfassung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen auf eine organische Verursachung derselben geschlossen wird.²¹⁷ Da die vorgeschlagenen diagnostischen Verfahren auf normativ bestimmten Normalitätsannahmen gründen, ist die Grenzziehung in der klinischen Positionierung auch protonormalistisch angelegt.

Dahingegen kann mit Blick auf die Diskussion von Diagnoseverfahren in der soziokulturellen Positionierung zunächst bilanziert werden, dass die beschriebene protonormalistische Tendenz der klinischen Positionierung aufgrund einer stärkeren Beachtung von kontextbezogenen Bedingungen sowie subjektorientierten Diagnoseverfahren nicht in gleicher Weise zu erkennen ist. Vielmehr zeichnen sich die Techniken der Normierung in diesem Fall dadurch aus, dass aufgrund fehlender Verweise auf standardisierte Verfahren nicht von einer statistisch und quantitativ erfassbaren Differenz, sondern lediglich von einem impliziten Vergleich mit der Gruppe der ‚Normalschüler_innen‘²¹⁸ ausgegangen wird. Da jedoch auch diese Verfahren zum Teil auf den Vergleich mit einem implizit gesetzten und damit normativen Normalitätsmaßstab angewiesen sind, wird an dieser Stelle ebenfalls eine protonormalistische Orientierung erkennbar. In der Folge führen die daraus resultierenden Einschätzungen auch in der soziokulturellen Positionierung zu einer Feststellung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen, weshalb das Schließen der Normalitätsgrenze hier durch Bezüge auf alternative diagnostische Verfahren normalistisch angeleitet wird.

216 Operationalisiert werden diese i.d.R. über die sogenannten Kopfnoten zum Arbeits- und Sozialverhalten.

217 Dass abweichendes Verhalten das Resultat eines gestörten Verhältnisses zwischen Subjekt und Umfeld darstellt (Theunissen, 2005, S. 59), dessen Beurteilung immer zeit- und kulturspezifische Bewertungsmaßstäbe voraussetzt (Langner, 2009), bleibt meist unbeachtet.

218 Vereinzelt finden sich zusätzlich Hinweise auf einen intraindividuellen Vergleich.

Trotz unterschiedlicher Verfahren, die zur Schließung der Normalitätsgrenze eingesetzt werden, wird in beiden Positionierungen die gleiche Zone ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen ausgebildet. Die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen wird im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS folglich deskriptiv über einen direkten oder indirekten Vergleich mit den als ‚normal‘ erachteten Verhaltensweisen markiert und schließlich durch Verweise auf unterschiedliche diagnostische Verfahren wirksam gemacht. Die Markierungen und Anleitungen für diagnostische Praktiken gehen hierbei einerseits von normalistisch ausgehandelten Normen aus. Andererseits basieren sie auf normativ gesetzten Verhaltenserwartungen, die sich aus den im Kontext Schule bestehenden Performanzgeboten ableiten. Da durch die normalistischen Strategien konkrete diagnostische Praktiken angeleitet werden, die dazu führen, dass entweder eine durch (sonder-)pädagogische Diagnosepraktiken begünstigte ADHS-Diagnose im klinischen Feld ausgesprochen wird oder aufgrund einer vorliegenden Diagnose bzw. einem Verdacht auf eine ADHS die Zuweisung eines spezifischen Förderbedarfes im (sonder-)pädagogischen Feld erfolgt, ist davon auszugehen, dass diese normalistischen Praktiken schließlich zu Stigma-Markierungen führen. Durch diese wird die Zone des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens mithilfe von Anleitungen zur Diagnose komprimiert und es kommen in Form der ADHS-Diagnose oder eines mit dieser korrespondierenden Förderbedarfs Stigma-Markierungen zum Einsatz, wodurch „eindeutige Korrelationen zwischen Normalität bzw. Anormalität und fest umrissenen Merkmalen hergestellt“ (Waldschmidt, 1998, 12) werden. *Übergeordnet wird hiermit eine protonormalistische Ausrichtung ersichtlich, mit der der Versuch einbergeht, das Unbestimmte bestimmbar zu machen.*

Werden Schüler_innen mit einem als ‚nicht_normal‘ empfundenen Verhalten im Kontext der Symptombeschreibungen zunächst an der Grenze der Normalzone angeordnet, führt die Anleitung von diagnostischen Praktiken zur Schließung und Verdickung der Normalitätsgrenze, wodurch die entsprechenden Schüler_innen außerhalb der Normalzone positioniert werden. Die zunächst nur provisorisch gezogene Grenze wird an dieser Stelle normativ bestimmt, womit auf das von Link (1997, 339) beschriebene Toleranzgrenzenpostulat verwiesen werden kann. Die zuvor identifizierten normalistischen Normen des Diagnoseprozesses werden im Zuge der Statuszuweisung durch normative Normen im Sinne präskriptiver Punktnormen ersetzt. Folglich wird die flexibelnormalistisch ausgehandelte Normierungsstrategie protonormalistisch wirksam gemacht, wodurch Schüler_innen durch die Drohung, als ‚nicht_normal‘ markiert zu werden, angerufen sind, sich auf eine bestimmte Art zu verhalten.

An dieser Stelle zeigt sich, dass sich die beiden normalistischen Strategien nicht idealtypisch trennen lassen oder wechselweise kombiniert werden (vgl. ebd., 81), sondern vielmehr ineinander fallen. *Das bedeutet, dass im Kontext der Normierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs die durch normative Annahmen beeinflusste, flexibelnormalistische Strategie eine Voraussetzung für die protonormalistische Bestimmung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens darstellt.* Bestimmend scheint hier der Rückgriff auf die Komprimierungsstrategie. Jedoch nicht im Sinne eines ‚Umkippens‘, sondern als fest installiertes Prinzip oder ‚Sicherheitsseil‘, welches das System Schule vor einem zu großen Maße an als ‚nicht_normal‘ empfundenen Verhaltensweisen schützt. Trotz dieser Differenzierung normalismustheoretischer Annahmen zeichnet sich ab, dass auch der flexible Normalismus nicht auf absolute Stigmasymbole verzichten kann und an der ‚absoluten Normalitätsgrenze‘ wieder in eins fällt mit dem Protonormalismus (vgl. ebd., 339ff.). Allerdings – und darin liegt der Unterschied zu den von Link beschriebenen Mechanismen – geschieht dies nicht ausschließlich temporär in zeitlich befristeten Ausnahmesituationen, sondern durchgängig. Folglich wird die Normierung im Fachdiskurs der

(Sonder-)Pädagogik zum Thema ADHS durch eine Kombination von proto- und flexibelnormalistischen Strategien bestimmt.

Zu vermuten ist, dass dieser Mechanismus der Gleichzeitigkeit proto- und flexibelnormalistischer Normierungsstrategien Resultat einer in der Institution Schule vorherrschenden Denormalisierungsangst ist. Diese führt dazu, dass, wenn das ‚nicht_normale‘ Verhalten nach Ansicht der dort tätigen Akteur_innen überhandnimmt, die entsprechenden Schüler_innen mittels Stigma-Markierungen außerhalb der Normalzone positioniert werden können. Das von Link (1997, 340f.) beschriebene ‚porös werdende Gummiband‘ kann im Kontext Schule als Belastungsgrenze des Schulsystems – wie wir es bisher kennen – verstanden werden. In anderen Worten erscheint die Institution Schule in diesem Zusammenhang als bedrohtes System, das aufgrund seiner Instabilität permanent auf protonormalistische Strategien angewiesen ist.

Ergänzt man diese Einschätzungen um die Beobachtung, dass sich die klinische Positionierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS als hegemonial erweist, wird deutlich, dass die protonormalistische Orientierung nicht nur eine übergeordnete Bedeutung besitzt, sondern die Wirksamkeit dieser Normierungsstrategien maßgeblich bestimmt. Hervorgehoben wird dies nicht zuletzt durch den Stellenwert, der standardisierten Diagnoseverfahren des klinischen Feldes in der diskursiven Praxis zuteil wird. Potenziert wird diese Ausrichtung zusätzlich durch eine Reihe von identifizierten Leerstellen. Dazu gehören eine mangelnde Berücksichtigung von schulischen und gesellschaftlich-kulturellen Kontextfaktoren des Verhaltens sowie eine unzureichende Erörterung pädagogischer Diagnosemöglichkeiten.

7.4 Techniken der Normalisierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens

Konnte bisher herausgearbeitet werden, dass die Konstruktion des Gegenstands ADHS in der diskursiven Praxis von einer hegemonialen Stellung klinischer Thematisierungen geprägt ist und die Normierung in der Gesamttendenz eine protonormalistische Orientierung besitzt, ist im anschließenden Unterkapitel zu beleuchten, auf welche Art und Weise im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs Techniken der Normalisierung angeleitet werden. Verstanden werden darunter Hinweise auf konkrete operative Verfahren, mit denen eine Ausrichtung spezifischer Verhaltensweisen an vorgegebenen Normen angestrebt wird (vgl. Kelle, 2013, 19f.).

Analog zur Analyseebene der Normierung werden die im Diskurs getätigten Äußerungen als Anleitungen für normalisierende Praktiken angesehen. Um diese zu untersuchen, wird darauf fokussiert, welche Instrumente zum Umgang mit den zuvor als ‚nicht_normal‘-markierten Verhaltensweisen vorgeschlagen werden und wie hiermit Versuche unternommen werden, das ‚Nicht_Normale‘ wieder ‚normal‘ zu machen. Dies erfolgt durch einen Bezug auf die Codierungen der Hauptkategorie ‚Umgang mit...‘. Betrachtet werden die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe und die den vorgeschlagenen Verfahren zugrunde gelegten Wissensbestände. Mit diesem Ziel wird die Anleitung von Techniken der Normalisierung in beiden agonalen Positionierungen untersucht, der Wissenstransfer auf dieser Analyseebene nachgezeichnet und der Charakter diskursbestimmender Techniken der Normalisierung spezifiziert.

7.4.1 Anleitungen zur Wiederherstellung eines ‚wünschenswerten Normalniveaus‘

Anhand der Beschäftigung mit der Wissensoberfläche (s. Kap. 6) zeigte sich bereits, dass im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS eine Reihe unterschiedlicher Techniken der Normalisierung diskutiert werden und dabei eine Bevorzugung klinischer Verfahren (Verhaltenstherapie, Medikation, multimodale Therapie) zu erkennen ist. Im nächsten Abschnitt wird konkretisiert, auf welche Weise die damit einhergehenden Praktiken in den op-

positionellen Positionierungen angeleitet werden. Der Fokus ist zuerst auf Gemeinsamkeiten gerichtet, bevor die zentrale Kontroverse auf dieser Analyseebene herausgestellt wird. Mit Blick auf die Diskussion von Techniken der Normalisierung in den beiden Positionierungen können zunächst ähnlich gelagerte Thematisierungsweisen identifiziert werden, die zum Teil jedoch nur selten angeführt werden. Dazu gehören neben Fragen der Beschulung und Beziehungsgestaltung, Diskussionen des Pädagogischen und der Erörterung alternativer Behandlungsmethoden,²¹⁹ auch Aspekte des schulischen Umgangs (s. Tab. XV). Bezogen auf Letztere wird sich vor allem mit der räumlichen und zeitlichen Strukturierung des Unterrichts sowie Maßnahmen des Classroom-Managements, Empfehlungen zum Frontalunterricht oder der Auswahl des Sitzplatzes für entsprechende Schüler_innen befasst. Wenngleich zum Teil die Notwendigkeit schulstruktureller Veränderungen anklingt (kP_H22, 86/135-87/137), entsteht der Eindruck, dass der Fokus in erster Linie auf der Betonung von ‚klaren‘ Regeln und einer ‚klaren‘ Struktur liegt.²²⁰ Zudem fällt auf, dass mögliche Anpassungen auf der curricularen und der methodischen Ebene (kP_H6, 192/63-69, kP_H7, 275/45-278/89) selten konkretisiert werden. Illustrieren lässt sich dies dadurch, dass bei der Diskussion einer ‚evidenzbasierten Unterrichtsgestaltung‘ (kP_H7) zwar auf unterschiedliche Bedingungsfelder schulischen Lernens Bezug genommen wird. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die vorgeschlagenen Bausteine aufgrund der Betonung der Potenziale einer direkten Unterweisung und einer Förderung von Selbstmanagement-Strategien durch direkte Rückmeldungen in erster Linie verhaltenstherapeutisch geprägt sind und Hinweise auf curriculare und methodische Variationen nur knapp ausfallen (kP_H7, 275/45-278/89). Eine ähnliche Ausrichtung wird ersichtlich, wenn in der klinischen Positionierung ‚Hilfen bei der Arbeitsorganisation‘ diskutiert werden, die auf eine Verbesserung der Lernaktivität (kP_H11, 296/69, kP_H15, 334/37-334/40) und die Vermittlung von Lernstrategien (kP_Z46, 104/24, kP_Z46, 105/27-28) zielen. Die daraus resultierende Tendenz, schulische Unterstützungsmöglichkeiten von den angenommenen Schwächen der Schüler_innen her zu denken, wird zusätzlich unterstützt, wenn auch beim Thema Individualisierung eine Fokussierung auf Aspekte der Strukturierung zu erkennen ist. So wird ausgehend von Hinweisen auf eine mögliche Überforderung der entsprechenden Schüler_innen durch einen individualisierenden Unterricht (kP_Z9, 24/54-57) eine an die ‚individuellen (ADS-bedingten) Möglichkeiten‘ (kP_H11, 297/79) angepasste Förderung vorgeschlagen.²²¹ Im Vergleich dazu finden sich nur in Ausnahmen Forderungen danach, individuelle Bedürfnisse, Interessen und Lernvoraussetzungen stärker zu berücksichtigen. Die entsprechenden Vorschläge beinhalten eine Vermeidung gleichförmiger Aufgaben, eine Differenzierung der Leistungseinschät-

219 Hinsichtlich der Art der Beschulung geht es um Fragen integrierender (sP_Z20, 369/5, kP_H8, 339/9, kP_H21, 738/111-739/112) oder exkludierender Beschulungsmöglichkeiten (kP_Z19, 79/3, kP_H14, 459/8), Aspekte des Team-Teachings (kP_Z9, 23/50-24/53, kP_H1, 143/177-144/180) sowie Forderungen nach kleineren Klassen und einer besonderen personellen Unterstützung (sP_Z51, 23/102). Mit Blick auf die Beziehungsgestaltung wird auf die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Lernatmosphäre (kP_Z46, 106/39) sowie den Aufbau positiver Beziehungen (kP_H22, 89/156-90/157) unter anderem durch Sicherheit und Halt (sP_Z1, 62/49, sP_Z1, 63/52, sP_Z2, 355/65-356/66) hingewiesen. Zusätzlich wird in beiden Positionierungen die Bedeutung explizit pädagogischer Zugänge diskutiert. Gefordert wird hierbei vor allem in der soziokulturellen Positionierung eine ‚Repädagogisierung‘ (sP_Z4, 9/77) durch ressourcenorientierte und subjektbezogene sowie verstehende und systemisch orientierte Perspektiven. Ebenfalls in beiden Positionierungen angeführt werden eine Reihe ‚alternativer Behandlungsmethoden‘. Darunter fallen psychodynamische, psychotherapeutische und psychomotorische Ansätze, Entspannungsübungen, Diätbehandlungen sowie tiergestützte Interventionen.

220 S. kP_H6, 192/63-69, kP_H11, 297/80, kP_H22, 86/135-87/137.

221 Bezug genommen wird damit indirekt auf neuropsychologische Ursachentheorien und die damit einhergehende Annahme einer Selbstregulationsstörung.

zungen, eine stärkere Berücksichtigung der Interessen der Schüler_innen (kP_H17, 80/292-301, kP_H22, 86/133-134) oder eine grundlegende Veränderung schulischer und unterrichtlicher Organisationsformen (sP_Z24, 229/103). Die Diskussion schulischer Umgangsmöglichkeiten zielt in beiden Positionierungen in erster Linie auf eine bessere Strukturierung des schulischen Angebots und besitzt zum Teil eine implizit verhaltenstherapeutische Orientierung.

Neben diesen ähnlich gelagerten Thematisierungsweisen lässt sich mit der Frage, mithilfe welcher Techniken der Normalisierung der Umgang mit ‚nicht-normalen‘ Verhaltensweisen angeleitet werden soll, die zentrale Kontroverse auf dieser Analyseebene identifizieren. Diese wird daran erkennbar, dass in der klinischen Positionierung in erster Linie verhaltenstherapeutische, medikamentöse oder multimodale Ansätze vorgeschlagen werden und diese Instrumente in der soziokulturellen Positionierung häufiger nicht empfohlen, sondern umfassend kritisiert werden (s. Tab. XV).

Im Einzelnen wird sich in der klinischen Positionierung vor allem an kindzentrierten verhaltenstherapeutischen, medikamentösen und multimodalen Behandlungsansätzen orientiert.²²² Die verhaltenstherapeutischen Verfahren setzen sich aus unterschiedlichen Therapie- und Trainingsprogrammen zusammen, die auf eine Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie eine Verbesserung der Selbstregulation zielen. Grundlage dieser als ‚pädagogisch-therapeutische Interventionen‘ (kP_Z3, 91/26-27) bezeichneten Verfahren stellen lerntheoretische ‚Methoden der Stimulus- und Kontingenzkontrolle‘ (kP_H10, 25/49) sowie allgemein Annahmen der kognitiven Verhaltensmodifikation dar. Begründet wird deren Einsatz meist durch Hinweise auf eine empirisch erwiesene Wirksamkeit, insbesondere wenn diese im Rahmen einer multimodalen Therapie mit einer medikamentösen Behandlung kombiniert werden. So wird beispielsweise das Selbstmonitoring als eine der ‚am gründlichsten erforschten Selbstregulationstechniken‘ (kP_H5, 163/69-72) umschrieben. Die Zielstellung der vorgeschlagenen verhaltenstherapeutischen Verfahren besteht darin, durch eine Veränderung der Verstärkungsbedingungen ‚angemessenes, erwünschtes Verhalten auf- und unangemessenes Verhalten abzubauen‘ (kP_H21, 733/65-734/78), ein ‚wünschenswertes Normalniveau‘ (kP_Z3, 99/120) wiederherzustellen oder eine ‚Annäherung an das erwünschte Verhalten‘ (kP_Z3, 100/127) zu erreichen. Umgesetzt werden diese Ansätze meist durch den Einsatz von Verstärkern oder Belohnungen. Neben allgemeinen Hinweisen auf verhaltenstherapeutische Verfahren finden sich weitere Vorschläge zur Integration derselben in den schulischen Kontext. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf Ansätze der Verhaltensmodifikation und des Kontingenzmanagements, der Förderung der Selbstregulation und des Selbstmanagements, des Selbstbildes und der Selbstwirksamkeit sowie der Anwendung von Arbeitsspeichertrainings und Verhaltensverträgen (s. Tab. XV). Grundsätzlich hinterfragt werden diese Ansätze nicht, sondern es wird lediglich auf Schwierigkeiten der Integration in den schulischen Kontext hingewiesen (kP_Z14, 24/15).

Als weitere Möglichkeit, mit den entsprechenden Verhaltensweisen umzugehen, wird in der klinischen Positionierung eine medikamentöse Behandlung angeführt. Neben zaghaften Hinweisen auf die mit der Medikation einhergehenden Kontroverse²²³ wird deren Notwendigkeit zum Teil explizit betont (kP_H1, 137/127). Dies zeigt sich, wenn die medikamentöse Therapie als ‚unverzichtbar‘ (kP_H1, 139/158-159), ‚gerechtfertigt‘ (kP_Z13, 14/21) oder ‚als wichtiger Bestandteil der Behandlung hyperaktiver Kinder‘ (kP_Z15, 78/97) beschrieben wird. Konzipiert wird diese

222 Vorgeschlagen werden zudem Ansätze der Psychoedukation und des Elterntrainings. Diese werden im Folgenden allerdings nicht näher betrachtet, da sie nur eine nachgeordnete Relevanz besitzen.

223 S. kP_H2, 136/58, kP_H3, 133/188-134/191, kP_H6, 190/43, kP_H7, 274/23.

als ‚Türöffner für den weiteren Kompetenzerwerb‘ (kP_Z8, 11/19) oder auch als ‚Voraussetzung für pädagogisches Handeln‘ (kP_H24, 169/101). Ziel der medikamentösen Behandlung ist eine ‚Verbesserung der Selbststeuerung und Verhaltensorganisation‘ (kP_H3, 133/188-134/191) oder eine ‚Bewältigung des Alltags‘ (kP_Z13, 14/20-21). Außerdem wird deren Einsatz durch Verweise auf ‚Schweregrade‘ (kP_Z44, 255/18), ‚krisenhafte Entwicklungen‘ (kP_H8, 344/46-345/50, kP_H9, 214/112-113) oder eine ‚stark ausgeprägte Hyperaktivität‘ (kP_Z3, 99/124) legitimiert. Interessanterweise findet in diesem Zusammenhang die Wirksamkeit der Medikation häufiger Erwähnung, als dass die zugrunde gelegten organischen Ursachenannahmen diskutiert werden. Herausgestellt wird ebenfalls die Notwendigkeit weiterer therapeutischer Verfahren wie zum Beispiel verhaltenstherapeutische Elemente im Rahmen der multimodalen Therapie (s. Tab. XV). Trotz insgesamt differenter Äußerungen findet sich in der klinischen Positionierung in der Tendenz eine positive Bewertung dieses Ansatzes, bei der auf eine ausgiebige Diskussion verzichtet wird und die Kritik an diesem Verfahren auf wenige Textstellen beschränkt bleibt.²²⁴

Eine klinische Ausrichtung besitzen auch die Vorschläge zur Anwendung einer multimodalen Therapie. Diese gründet auf Annahmen einer organischen Verursachung (kP_Z8, 11/11-18) und soll bei ‚klinisch beeinträchtigten Kindern‘ (kP_H15, 332/30) oder ‚schweren Verlaufsformen‘ (kP_H8, 344/45) angewendet werden. Gestützt werden diese Vorschläge durch Verweise auf empirische Befunde des klinischen Feldes, mit denen unterstrichen wird, dass es sich bei der multimodalen Therapie um die ‚effektivste Behandlungsmethode‘ (kP_H21, 734/79), bzw. das ‚effektivste Behandlungsregime‘ (kP_Z40, 186/3) handelt, welches ‚überlegen‘ (kP_H3, 134/193) und ‚besonders wirkungsvoll‘ (kP_H11, 296/67) sei. Betont wird zudem eine ‚wesentliche Überlegenheit‘ (kP_H25, 307/35-308/37) im Vergleich zu einer rein medikamentösen Therapie. Eine kritische Beschäftigung mit diesem Ansatz bleibt auf den Hinweis fehlender ‚pädagogischer Bemühungen‘ (kP_H20, 229/21) beschränkt.

Im Vergleich zu dieser Fokussierung auf klinisch inspirierte Praktiken fällt hinsichtlich der soziokulturellen Positionierung auf, dass diese Ansätze hier bis auf wenige Ausnahmen nicht erwähnt werden. So sind Vorschläge zur Anwendung von verhaltenstherapeutischen Verfahren in der Schule auf nur zwei Artikel (sP_Z20, sP_Z51) beschränkt.²²⁵ Empfehlungen zur Medikation finden sich ebenfalls nur in wenigen Artikeln, wobei diese an die Bedingung einer ‚kompetenten Diagnose‘ (sP_Z32, 234/63), einem ‚sensiblen Vorgehen‘ (sP_Z36, 30/70) und der Zielbestimmung der Medikation (sP_Z34, 408/30) geknüpft sind.

Anstelle einer Orientierung an klinischen Normalisierungstechniken steht in der soziokulturellen Positionierung die Kritik derselben im Zentrum. Diese bezieht sich zum einen auf verhaltenstherapeutische Ansätze, denen im Falle von Trainingsprogrammen eine Ausblendung von Beziehungsaspekten (sP_Z4, 8/46) oder generell ein ‚veraltetes linear-mechanistisches Denken‘ (sP_Z5, 58/22) sowie eine ‚ausschließlich symptombezogene Ausrichtung‘ (sP_Z22, 97/41) attestiert wird. Zum anderen wird in der soziokulturellen Positionierung die medikamentöse Behandlung ausgiebig kritisiert. Gründe dafür sind eine ‚Verharmlosung von Nebenwirkungen‘ (sP_Z5, 57/16), ‚unzulässige Rückschlüsse‘ von der Wirkung des Medikaments auf eine organische Verursachung (sP_Z5, 57/17), ‚fehlende Belege für die zugrunde gelegten Ursa-

224 So wird nur selten auf mögliche Nebenwirkungen verwiesen (kP_Z19, 76/2, kP_H17, 70/192, kP_H18, 256/54-55) oder eine Konkurrenz mit pädagogischen Bemühungen thematisiert (kP_H1, 137/137, kP_H20, 230/24-27).

225 Da in diesen lediglich auf ‚Wenn-Dann-Pläne‘ (sP_Z51, 22/78-79) und Strukturierungshilfen des TEACCH-Ansatzes (sP_Z20, 371/17) hingewiesen wird, besitzen diese im Unterschied zu den in der klinischen Positionierung diskutierten Ansätzen keine explizit verhaltensmodifikatorische Ausrichtung.

chenhypothesen‘ (sP_Z32, 229/11) und eine ‚Abkoppelung erfahrungsbedingter Lernprozesse‘ (sP_Z34, 407/27). Das verwendete Medikament Ritalin wird in diesem Zusammenhang als ‚verkürzter‘ (sP_Z5, 59/25) und ‚billigster Weg‘ (sP_Z24, 224/29) oder auch ‚Pseudointervention‘ (sP_Z22, 97/41) bezeichnet, mit dem die auslösenden ‚Lebenserfahrungen nicht verändert werden könnten‘ (sP_Z1, 63/52) und durch das ‚verstehende Zugänge‘ (sP_Z52, 67/3) ausgeblendet würden. Thematisiert wird ebenfalls eine Medikalisierung abweichender Verhaltensweisen (sP_Z24, 223/24-25), ein Anstieg an Pathologisierungen (sP_Z22, 100/76) sowie eine damit einhergehende Vernachlässigung sozialer Wandlungsprozesse (sP_H13, 313/61). Ausschließlich kritisch betrachtet wird in der soziokulturellen Positionierung der Ansatz der multimodalen Therapie. Die Begründung hierfür ist, dass diese ein technologisches Konzept darstelle, das von einem ‚geschlossenen Zirkel‘ (sP_Z1, 55/17) zwischen organischen Ursachennannahmen und einer medizinischen Behandlung ausgehe, der aufgrund neuerer Erkenntnisse der Entwicklungsneurobiologie (sP_Z32, 229/11) nicht mehr haltbar sei. Hinterfragt wird zusätzlich die Zielstellung der multimodalen Therapie, welche in der ‚Behebung eines Funktionsschadens‘ (sP_Z1, 54/13-14) und ‚Korrektur der Symptomatik‘ (sP_Z1, 54/13-55/16) gesehen und daher als ‚Reparaturgedanken‘ (sP_Z1, 54/13-55/16) bezeichnet wird. Neben der expliziten Kritik an der multimodalen Therapie wird außerdem auf die mit diesem Ansatz einhergehenden Wissenskonzurrenzen hingewiesen (sP_Z1, 66/67-67/68). Darüber hinaus finden sich in der soziokulturellen Positionierung teilweise Forderungen nach einer alternativen und kontextbezogenen Form der Normalisierung. Verstanden werden darunter ‚nicht_normalisierende‘ (sP_Z24, 222/9) Zugänge, die subjekt- und kontextbezogene Normalisierungstechniken²²⁶ (sP_Z24, 229/103) beinhalten. Normalisierung wird hier nicht als Einpassung in den bestehenden schulischen Kontext verstanden, sondern ausgehend von individuellen Voraussetzungen der Schüler_innen eine Veränderung schulischer Strukturen gefordert.

Die Diskussion möglicher Techniken der Normalisierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs ist insgesamt durch konkurrierende Perspektiven gekennzeichnet, die mit den beiden oppositionellen Positionierungen einhergehen. Wird sich in der klinischen Positionierung beinahe ausschließlich an verhaltenstherapeutischen oder medikamentösen Verfahren orientiert, so steht diese Ausrichtung in der soziokulturellen Positionierung im Zentrum der Kritik. Somit wird deutlich, dass sich auch bezogen auf Praktiken der Normalisierung in der soziokulturellen Positionierung in erster Linie an klinischen Zugängen abgearbeitet werden muss. Demnach ist auch auf dieser Ebene davon auszugehen, dass die kritische Beschäftigung mit klinischen Normalisierungsstrategien in der soziokulturellen Positionierung zu deren Reifizierung beiträgt, wodurch letztlich die Bedeutung klinischer Ansätze durch die diskursive Praxis bestärkt wird. Die Relevanz dieser Verfahren wird schließlich dadurch begünstigt, dass die Diskussion schulischer Fördermöglichkeiten in beiden Positionierungen von einer Fokussierung auf Aspekte der Strukturierung, dem Setzen von Regeln und der Unterstützung der Arbeitsorganisation geprägt ist. Damit weisen diese nicht nur eine Nähe zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen auf, sondern überlagern gleichzeitig individualisierende Angebote, u.a. im Sinne methodisch-didaktischer Entscheidungen oder auch grundlegender Veränderungen der schulischen Angebotsstruktur. Daraus folgt, dass die erwägten schulischen Unterstützungsmöglichkeiten meist von einer störungsspezifischen und individualistischen Konzeption des Phänomens geleitet werden und es wird ersichtlich, dass es im Rahmen der im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs verhandelten Normalisierungstechniken keine Fokussierung auf individuumsbezogene schulische Unterstützungsmöglichkeiten gibt.

226 Hiermit zeigt sich eine Parallele zum Normalisierungsprinzip der Behindertenhilfe (vgl. Nirje, 1994).

Eine kritische Betrachtung von Techniken der Normalisierung im Kontext von ADHS ist folglich auf die soziokulturelle Positionierung beschränkt, wodurch das Thema insgesamt nicht grundsätzlich kontrovers diskutiert wird. Hervorgerufen scheint dies durch den ‚Zwang des Abarbeitens‘ an der klinischen Positionierung, was ein Grund dafür sein mag, dass auch in der soziokulturellen Positionierung nur wenige alternative Normalisierungstechniken angeführt werden. *Als Gemeinsamkeit der Thematisierung von Techniken der Normalisierung ist schließlich festzuhalten, dass in beiden Positionierungen Vorschläge zur Normalisierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens gemacht werden.* In der klinischen Positionierung besitzen diese dahingehend einen individualisierenden Charakter, dass Schüler_innen mit ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen zum erwünschten Normalzustand zurückgeführt werden sollen. In der soziokulturellen Positionierung zielen die vorgeschlagenen Verfahren zwar auch auf eine Verbesserung des Verhaltens. Es deutet sich jedoch eine eher kontextbezogene Normalisierung an, die über eine Strukturierung unterrichtlicher Angebote hinausgeht und mit der veränderte schulische Rahmenbedingungen gefordert werden.

7.4.2 Interdiskurstheoretische Vertiefung: Zur hegemonialen Stellung klinischer Techniken der Normalisierung

Um das Verhältnis zwischen den beiden agonalen Positionierungen näher bestimmen zu können, ist nun der Wissenstransfer auf der Analyseebene der Techniken der Normalisierung zu spezifizieren. Dazu wird vertiefend betrachtet, auf welche Wissensbestände sich in der Argumentation jeweils bezogen wird. Aufgrund der handlungspraktischen Relevanz des (sonder-)pädagogischen Interdiskurses wird zudem danach gefragt, wie das Wissen auf dieser Ebene plausibel, also insbesondere für Praktiker_innen nachvollziehbar gemacht wird. Hervorzuheben ist außerdem, welche Normalisierungstechniken in der diskursiven Praxis eine hegemoniale Stellung erhalten.

Ein Blick auf die verwendeten Wissensbestände offenbart, dass sich in der klinischen Positionierung durch Verweise auf verhaltenstherapeutische, multimodale und medikamentöse Verfahren in erster Linie an spezialdiskursiven Wissensbeständen des klinischen Feldes orientiert wird. Ausgegangen wird dabei in der Regel von organischen Ursachenannahmen, welche jedoch nicht ausführlich diskutiert werden. Stattdessen wird sich damit begnügt, die Relevanz entsprechender Normalisierungstechniken durch deren Wirksamkeit zu begründen.²²⁷ Hierbei fällt auf, dass die zur Überprüfung der Wirksamkeit der Verfahren verwendeten theoretischen Zugänge nicht kontrastierend diskutiert werden und eine kritische Auseinandersetzung mit den entsprechenden Instrumenten lediglich auf eine oberflächliche Art erfolgt.²²⁸ Zum Teil wird eine mögliche Kritik der Verfahren auch durch eine Betonung der Notwendigkeit klinischer Behandlungsmethoden relativiert. Dies unterstreicht – neben den bereits angeführten Bezügen im Kontext verhaltenstherapeutischer und multimodaler Ansätze – insbesondere die Beschäftigung mit der medikamentösen Therapie, welche als ‚gerechtigt‘ und ‚kein Kassenschlager

227 S. kP_Z3, 98/114, kP_Z3, 99/120, kP_Z3, 99/124, kP_Z3, 91/26-27, kP_Z7, 57/20-58/24, kP_Z8, 11/19, kP_Z8, 12/31-12/45, kP_Z8, 12/46-12/67, kP_Z10, 31/32-32/37, kP_Z13, 15/25, kP_Z14, 22/3, kP_Z14, 24/15, kP_Z14, 23/12-13, kP_Z14, 27/32-29/42, kP_Z21, 162/7, kP_Z21, 163/20, kP_Z30, 3/11, kP_Z33, 185/62, kP_Z37, 144/9-145/10, kP_Z39, 25/2-26, kP_Z39, 27-28, kP_Z40, 186/2, kP_Z45, 9/43-10/50, kP_Z46, 102/4, kP_Z46, 105/29-106/35, kP_Z48, 24/68, kP_Z50, 191/4, kP_Z50, 192/12-198/66, kP_H1, 137/137, kP_H1, 138/148, kP_H3, 134/193, kP_H5, 163/66, kP_H5, 164/75-76, kP_H5, 167/105-179/196, kP_H6, 191/53-57, kP_H7, 272/13-273/16, kP_H9, 214/110, kP_H12, 203/80, kP_H15, 334/41, kP_H16, 294/71, kP_H17, 69/169, kP_H18, 253/23, kP_H18, 256/57-258/77, kP_H21, 731/38-732/58, kP_H21, 733/65-734/78, kP_H21, 735/83-86, kP_H21, 735/87-88, kP_H21, 736/97, kP_H24, 172/112-174/117, kP_H24, 175/124-176/126, kP_H24, 177/131-178/135, kP_H24, 178/138, kP_H24, 184/168-185/173.

228 S. kP_Z14, 24/15, kP_Z19, 76/2, kP_H11, 296/69, kP_H17, 70/192, kP_H18, 256/54-55, kP_H20, 229/21, kP_H20, 230/24-27.

der Pharmaindustrie‘ (kP_Z13, 14/21) bezeichnet wird. Wenngleich sich vereinzelt Verweise auf ‚kritische‘ (kP_H24, 169/101) oder ‚unterschiedliche Betrachtungen‘ (kP_H3, 133/188-134/191) zu diesem Thema finden, werden diese unter anderem durch das Argument entkräftet, dass die medikamentöse Behandlung eine ‚Voraussetzung für pädagogische Zugänge‘ darstelle (kP_H11, 295/64, kP_H24, 169/101-172/111).

„Allerdings werden viele Praktiker aber auch eingestehen, dass in vielen Fällen ohne Medikation kaum Aussicht auf Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik besteht und eine pädagogische Intervention erst auf Basis einer medikamentösen Behandlung Effekte zeigt.“ (KP_H24, 169/101)

Es deutet sich damit an, dass das Wissen zu unterschiedlichen Techniken der Normalisierung im Kontext von ADHS durch einen Bezug auf die Bedürfnisse von Praktiker_innen des schulischen Kontexts plausibel gemacht wird, wodurch ‚pädagogische Interventionen‘ eine nur nachgeordnete Bedeutung erhalten. Durch diese Relativierungen und Schwerpunktsetzungen wird sich in der klinischen Positionierung darauf beschränkt, dass die entsprechenden Verfahren die erwünschte Anpassung des Verhaltens an die vorgegebenen Normen erfüllen. In der klinischen Positionierung kann deshalb eine ‚unreflektierte Gefolgschaft‘ am klinischen Mainstream (s. Kap. 3) festgestellt werden. Diese gründet auf der Negation einer höchst kontrovers geführten Ursachendiskussion (s. Kap. 3.5), positivistischen Begründungen klinischer Normalisierungstechniken aufgrund einer ‚belegten‘ Wirksamkeit sowie der hiermit in Verbindung stehenden Relativierung kritischer Perspektiven.

Im Kontrast dazu werden klinische Normalisierungstechniken in der soziokulturellen Positionierung umfassend kritisiert, womit Bezüge auf eine Reihe unterschiedlicher Wissensbestände einhergehen. Dazu zählen Thematisierungen aus den Feldern der Entwicklungsneurobiologie, der Soziologie, der Psychoanalyse, der (Sonder-)Pädagogik oder auch populärwissenschaftliche Veröffentlichungen. Mit diesen wird das vorherrschende Wissenschaftsverständnis klinischer Zugänge zum Teil ausgiebig problematisiert. So wird unter dem Stichwort ‚Evidenzbasierung‘ beispielsweise herausgestellt, dass empirische Untersuchungen des klinischen Feldes nicht nur die Komplexität zwischenmenschlicher Erfahrungswelten vernachlässigten, sondern auch eine zu statische Grenze zwischen biologischen und soziokulturellen Faktoren vornähmen. Dies mündet in eine Kritik des naturwissenschaftlichen Forschungsparadigmas und der Frage, ob „sich psychische Prozesse und therapeutisch erzielte Veränderungen empirisch abbilden“ (Z1, 57/27) lassen. Verwiesen ist hiermit auf ein konkurrierendes Verhältnis der jeweils verwendeten Wissensbestände sowie die mit evidenzbasierten Zugängen einhergehende Gefahr von Individualisierungen und Pathologisierungen (Z16, 368/62-369/66). Folglich bleibt eine kritische Diskussion von Techniken der Normalisierung und mit diesen in Verbindung stehenden theoretischen Grundlagen auf die soziokulturelle Positionierung begrenzt.

Ähnlich der zuvor diskutierten Analyseebenen wird so ersichtlich, dass die klinische Positionierung durch elaborierte Bezüge auf spezialdiskursive Wissensbestände des klinischen Feldes abgesichert ist, wohingegen sich die soziokulturelle Positionierung durch heterogene Wissensbestände auszeichnet, die – bis auf wenige Ausnahmen – als nicht-elaborierte, interdiskursive Wissensbestände erscheinen. *Demnach deutet sich auch im Kontext der Diskussion von Techniken der Normalisierung eine hegemoniale Stellung klinischer Zugänge an.* Potenziert wird diese zum einen dadurch, dass in der klinischen Positionierung eine kritische Betrachtung der verwendeten theoretischen Zugänge – unter anderem durch Verweise auf die Belange von Pädagog_innen – relativiert und negiert wird. Zum anderen ist die soziokulturelle Positionierung auch be-

zogen auf Techniken der Normalisierung zu einem ‚Abarbeiten‘ an der diskursbestimmenden Perspektive gezwungen und kann mit der angenommenen Wirksamkeit klinischer Normalisierungstechniken kaum konkurrieren, da sie keine operationalisierbaren Alternativen vorweisen kann. So lassen sich beispielsweise Forderungen nach einer ‚Repädagogisierung‘²²⁹ aufgrund der damit einhergehenden höchst komplexen Beziehungsaspekte²³⁰ nur schwer in konkrete pädagogische Praktiken übersetzen.

7.4.3 Normalismustheoretische Reflexion: ‚sanfte Disziplinierungen‘ und der Zwang sich selbst in Richtung Normalität (zurück-)zuführen

Konnte bisher dargestellt werden, dass trotz der mit den beiden agonalen Positionierungen einhergehenden konkurrierenden Perspektiven klinisch inspirierte Techniken der Normalisierung eine hegemoniale Stellung besitzen, ist abschließend der Charakter der diskursbestimmenden Normalisierungstechniken zu spezifizieren. Dazu wird sich vertiefend mit der zentralen Logik der Argumentation auf dieser Analyseebene befasst wird, die sich aus der Orientierung an verhaltenstherapeutisch geprägten Techniken der Normalisierung ergibt. Hierfür werden einzelne Textabschnitte mit einer normalismustheoretischen Ausrichtung exemplarisch interpretiert. Ausgewählt wurden dazu zwei Artikel der klinischen Positionierung, in denen die Förderung der Selbststeuerung im schulischen Kontext ausgiebig thematisiert wird (kP_Z3, kP_Z37). Ergänzend dazu werden weitere Hinweise auf ähnlich ausgerichtete Normalisierungstechniken herangezogen.

Mit dem Ziel, die Art vorherrschender Techniken der Normalisierung im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu konkretisieren, wird zunächst die Anleitung und Reflexion eines timergestützten Trainings zur Förderung der Selbstbeobachtung und -steuerung (kP_Z3) näher betrachtet. Dieses wurde im Unterricht durchgeführt und von einer Trainerin angeleitet. Fokussiert wird insbesondere auf die Zielstellung und die Durchführung des Trainings, um so den Charakter dieser Normalisierungstechnik bestimmen zu können. Eingeleitet wird die Durchführung des Trainings wie folgt:

„Der wachsenden Zahl von aufmerksamkeitsbeeinträchtigten und hyperaktiven Kindern in den Klassen stehen Lehrkräfte häufig hilflos gegenüber. Der Beitrag beschreibt ein Projekt, in dem mit einzelnen Kindern im Unterricht ein Training zur Förderung der Selbstbeobachtung, Selbststeuerung und des unterrichtsbezogenen Verhaltens auf der Grundlage der kognitiven Verhaltensmodifikation durchgeführt wurde. Die wenig aufwendige Methode, die auch von Lehrkräften angewandt werden kann, basiert im Wesentlichen auf dem Einsatz eines Timers (Stoppuhr).“ (KP_Z3, 90/6)

Um die Notwendigkeit des Trainings herauszustellen, werden Schüler_innen zunächst als ‚beeinträchtigt‘ und ‚hyperaktiv‘ und Lehrer_innen als ‚hilflos‘ markiert, wodurch beiden Personengruppen eine spezifische Subjektposition zugeschrieben wird.²³¹ Begründet wird hiermit die Suche nach einem wenig aufwendigen Verfahren ‚zur Förderung der Selbstbeobachtung, Selbststeuerung und des unterrichtsbezogenen Verhaltens‘. Ausgehend von Annahmen der kognitiven Verhaltensmodifikation ist der Fokus dieser Maßnahme auf das Kind gerichtet, das trainiert werden soll, „den Anteil unterrichtsbezogenen Verhaltens zu erhöhen und störendes

229 S. sP_Z4, 9/77, sP_Z16, 375/101, sP_Z22, 95/24-96/30, sP_Z51, 20/21-21/47.

230 Dazu zählen unter anderem verstehende, ressourcenorientierte und subjektbezogene Zugänge, Forderungen nach sicheren Bindungen, Beachtung von Beziehungsdynamiken, Auffinden handlungsleitender Motive.

231 Die Art und Weise wie Subjektpositionen im Material insgesamt ausgebildet werden, wird an späterer Stelle vertieft (s. Kap. 6.2.6).

Unterrichtsverhalten abzubauen“ (kP_Z3, 90/8). Durchgeführt wird die Förderung der Selbstregulation ‚in direktem Kontakt‘ (kP_Z3, 90/12) zum Kind, wobei neben einer Stoppuhr und Dokumentationsbögen auch materielle und soziale Verstärker eingesetzt werden. Im Detail wird der Einsatz des Trainings folgendermaßen beschrieben:

„Als Arbeitsmittel wurden der Timer sowie ein individuell gestalteter Arbeitsbogen mit den jeweiligen Lernzielen eingesetzt. Hierauf kreuzten Kind und Trainerin (getrennt!) im Zeittakt an, ob die erwünschte Verhaltensweise gezeigt wurde. Nach einiger Übung konnten die Kinder *vor* Beginn der Trainingsstunde die von ihnen angestrebte Anzahl von Kreuzen (im Sinne eines von ihnen angestrebten Leistungsziels) eintragen. [...] Nach der Stunde trug das Kind die Anzahl der tatsächlich erreichten Kreuze in eine der Rubriken ‚super‘, ‚gut‘ oder ‚nicht gut‘ ein, wodurch ihm ein Vergleich zwischen selbst gewähltem und tatsächlich erreichtem Ziel ermöglicht wurde.“ (KP_Z3, 94/48)

Voraussetzung für die Durchführung dieser Maßnahme ist die Festlegung eines Lernzieles, welches gemeinsam mit dem Kind zu bestimmen ist. Dieses soll kindgerecht formuliert sein und aufgrund der am häufigsten aufgetretenen Verhaltensweisen, welche „für alle Betroffenen besonders störend [...] sind“ (kP_Z3, 92/44), festgelegt werden. Im weiteren Verlauf wird die Durchführung des Trainings anhand eines Fallbeispiels ausführlicher diskutiert. Ziel ist eine Reduzierung der Ablenkbarkeit, was durch die Formulierung „Ich schreibe in mein Heft oder mein Arbeitsblatt, bis ich alles geschafft habe!“ (kP_Z3, 90/76) operationalisiert wird. Die im Rahmen dieses Trainings geförderten Schüler_innen sind folglich angehalten, ihre Ablenkbarkeit zu reduzieren und ihr Verhalten durch die Zuhilfenahme einer Stoppuhr und eines Dokumentationsbogens zu kontrollieren. Unterstützung bekommen sie von der Trainerin, die das Verhalten ebenfalls kontrolliert. Vor Beginn des Trainings wird zusätzlich ein Kontingenzvertrag²³² mit Verstärker geschlossen. In diesem ist vermerkt, „welche Leistung (ausgedrückt in der Anzahl der mit der Trainerin übereinstimmenden Kreuze auf den Trainingsbögen) das Kind erbringen musste, um Belohnungen erhalten zu können“ (kP_Z3, 93/45) und es werden mögliche Verstärker ausgewählt. Als Effekt wird schließlich ein ‚leichter Anstieg an unterrichtsbezogenem Verhalten‘ (kP_Z3, 98/113) festgestellt.

Interpretiert man die Durchführung des Trainings mithilfe normalismustheoretischer Annahmen (s. Kap. 4.2), so kann die Zielstellung dieser Normalisierungstechnik zunächst als Anpassung des Verhaltens an eine Verhaltensnorm des schulischen Kontexts (vgl. Kelle 2013, 19f.) und somit an die im Kontext Schule bestehende hegemoniale normative Ordnung gelesen werden. Wie bereits herausgearbeitet, ist diese Norm deskriptiv bestimmt und besitzt dahingehend einen normativen Charakter, dass Schüler_innen durch diese angerufen werden, sich entsprechend zu verhalten (s. Kap. 7.3.4). Unterstützt wird dies durch die Ausrichtung der kognitiven Verhaltensmodifikation, welche auch auf eine Wiederherstellung des als ‚normal‘ betrachteten Verhaltens zielt.

Um den Charakter dieser Normalisierungstechnik genauer zu bestimmen, erscheinen mehrere Aspekte bedeutsam. Zum einen ist mit Blick auf die Umsetzung des Trainings relevant, dass dafür ein von den Schüler_innen (nur scheinbar) ‚selbstbestimmtes‘ Lernziel festzulegen ist.²³³

232 Kontingenzverträge werden im Rahmen verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (operante Konditionierung) eingesetzt. Neben den zu erreichenden Zielen werden darin Belohnungen im Sinne von Verstärkern festgelegt.

233 Dadurch, dass die Schüler_innen bei der Festlegung der Lernziele bestimmen müssen, welche ihrer Verhaltensweisen ihr Umfeld am meisten stört, werden sie indirekt nicht nur dazu aufgefordert einzugestehen, dass ihr Verhalten andere stört, sondern auch unerwünscht und damit falsch ist. Mit Foucault (2003) gesprochen werden sie durch die Maßnahme des Verhaltensvertrags angerufen ein Bekenntnis oder Geständnis über ihr Fehlverhalten abzulegen.

Da diese bei der Formulierung des Lernzieles jedoch abwägen müssen, welche ihrer Verhaltensweisen ‚für *alle Betroffenen* besonders störend sind‘ (kP_Z3, 92/43; *Hervorb. BH*), werden die Schüler_innen gleichzeitig angehalten, auf die im schulischen Kontext wirksamen Verhaltensnormen zurückzugreifen und in der Folge aufgefordert, ihr Verhalten an diesen auszurichten. Erkennbar wird, dass diese Art der Normalisierung – trotz der Beschreibung als ‚Selbstbeobachtung und -steuerung‘ – nicht innengelenkt oder selbstbestimmt ist und sich die Schüler_innen nicht freiwillig, bzw. aus sich heraus an die im schulischen Kontext herrschenden Normen anschmiegen. Vielmehr werden die zuvor als ‚nicht_normal‘-markierten Schüler_innen angerufen, sich den in der Schule herrschenden Normen gemäß zu verhalten und ihr Verhalten entsprechend zu überwachen. Die Selbstbeobachtung und Selbststeuerung des unterrichtsbezogenen Verhaltens ist daher in erster Linie als außengelenkt zu verstehen und durch die im schulischen Kontext bestehenden Verhaltenserwartungen definiert. Zum anderen sollen die Schüler_innen in der Folge überprüfen, inwiefern sie in der Lage sind, das gewünschte Verhalten zu zeigen. Als Hilfestellung werden ihnen dazu eine Stoppuhr zum Messen überschaubarer Zeitintervalle und ein Dokumentationsbogen, auf dem die erwünschten Verhaltensweisen vermerkt werden, angeboten und die Selbstbeobachtung wird zusätzlich durch einen ‚direkten Kontakt mit dem Kind‘ (kP_Z3, 90/12) abgesichert. Dies impliziert eine Kontrolle der Ergebnisse durch die Trainerin, die schließlich die Grundlage für die vereinbarte Belohnung ist, sofern das vereinbarte Ziel erreicht wurde. Die Selbstüberwachung geht folglich mit einer Fremdüberwachung der Trainerin einher, die als ein weiteres äußeres Korrektiv zu betrachten ist.

Trotz der scheinbaren Fokussierung auf Selbst-Praktiken der Schüler_innen weist diese Technik der Normalisierung klare Parallelen zu der von Foucault (1977, 173ff.) beschriebenen Produktion ‚gelehriger Körper‘ durch unterschiedliche Formen der Disziplinarmacht auf. So wird durch den Einsatz der Stoppuhr einerseits eine zeitliche Strukturierung und minutiöse Kontrolle des Verhaltens möglich, die sowohl durch die Schüler_innen als auch die Trainerin überwacht wird. Andererseits finden sich im Training eine Reihe von Hinweisen, die als ‚Mittel der guten Abrichtung‘ (vgl. ebd., 220ff.) interpretiert werden können. Dazu zählen neben der ‚hierarchischen Überwachung‘ und der ‚Einrichtung eines zwingenden Blicks‘ – durch Schüler_innen und Trainerin – vor allem die Belohnung der Schüler_innen bei Erreichen des Lernzieles. Letztere kann deshalb als Ersatz für eine ‚normierende Sanktion‘²³⁴ (vgl. ebd., 229) angesehen werden und verweist auf die Produktivität der Disziplinarmacht, da die Fügsamkeit der Schüler_innenkörper hier nicht durch Bestrafungen, sondern durch Belohnungen versucht wird zu maximieren. Voraussetzung dafür ist die Auswertung des Kontingenzvertrages, die als Prüfung verstanden werden kann (vgl. ebd., 238ff.). Mit dieser wird das dokumentierte Verhalten der Schüler_innen schließlich durch eine Kombination von überwachendem Blick und Belohnung abschließend qualifizierend bewertet und eine subjektivierende Unterwerfung angeleitet.²³⁵

Damit zeigt sich, dass die Normalisierung im Kontext von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen häufig über einen Geständniszwang des Kindes funktioniert, der auf eine Verfeinerung panoptischer Selbstkontrolle hinweist (vgl. Burkhart, 2008, 4739) und zeigt, auf welche Weise Macht ins Subjekt verlagert wird (vgl. Foucault, 1983, 63).

234 Die nach der Differenzierung nach Kelle (2013) eher als normalisierende Sanktion zu verstehen ist.

235 Dass diese Mechanismen der Disziplinarmacht im Kontext der diskutierten Normalisierungstechniken eine übergeordnete Bedeutung besitzen, bzw. die zentrale Logik dieser Techniken abbilden, zeigt sich auch daran, dass weitere Verfahren, bei denen eine implizit verhaltenstherapeutische Ausrichtung festgestellt werden konnte (z.B. Classroom-Management, Frontalunterricht, Bestimmung des Sitzplatzes, Fokus auf Strukturen und Regeln; s. Kap. 6.2.5.2), in einer ähnlichen Logik fungieren und ebenfalls auf eine Produktion gelehriger Körper zielen. Die ‚sanfte Disziplinierung‘ erfolgt hierbei in erster Linie über die Verteilung der Individuen im Raum (vgl. Foucault, 1977, 181ff.) und stellt damit ebenfalls eine Voraussetzung für die beschriebene sanfte und verdeckte Kontrolle und Nutzbarmachung und eine Basis für die Mikrophysik der Macht dar.

Das Ziel des Verhaltenstrainings besteht somit darin, gelehrige Körper durch unterschiedliche Mittel der guten – und in diesem Falle durch die Formulierung der ‚Selbststeuerung‘ – wohlklingenden Abrichtung herzustellen. Im Vergleich zu einer rigiden Disziplinierung und Dressur von außen funktioniert dies im diskutierten Beispiel über ‚sublime Machtausübungen‘ (vgl. ebd., 265) und einen versteckten äußeren Zwang, der als Technik der Selbstbeobachtung und -führung beschrieben wird. Die trainierten Schüler_innen werden nicht nur angerufen, den klassifizierenden Blick der Trainerin zu übernehmen und ihr Verhalten aufgrund äußerer, normativ gesetzter Verhaltenserwartungen zu beurteilen, sondern auch dieses in Richtung der normativ gesetzten Normen zu verändern. Durch die Normalisierungstechnik des verhaltenstherapeutischen Trainings wird es folglich möglich, individuelle Praktiken ohne eine offensichtliche zwanghafte Abrichtung zu beeinflussen. Die so trainierten Schüler_innen werden stattdessen durch eine von außen abgesicherte Selbst-Führung unter Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel und Belohnungen im Rahmen normativer Vorgaben geführt.

Interpretieren lässt sich das Training als produktiver Zugriff auf das Verhalten von Schüler_innen, wodurch die Produktivität der Disziplinarmacht ersichtlich wird, die in diesem Zusammenhang individualisiert, d.h. ins Schüler_innen-Subjekt verlagert wird (vgl. ebd., 250). Konkret erfolgt dies dadurch, dass durch die fremdgeführte Selbstbeobachtung und -überwachung das Prinzip des Panoptismus (vgl. ebd., 251ff.) in den Schüler_innen installiert wird und diese angerufen werden, sich den im schulischen Kontext bestehenden hegemonialen Normalitätserwartungen zu nähern. Dies verweist auf eine individualisierende Form des Panoptismus, die eine Internalisierung der modernen Disziplinarmacht darstellt und durch die es möglich wird, auf rigidere Normalisierungstechniken zu verzichten. So kann das diskutierte Training als eine verfeinerte und kalkulierte Technik der Unterwerfung und Subjektivierung betrachtet werden, bei der die Disziplinarmacht ihre Objekte objektiviert und dabei ‚heimtückisch‘ agiert (vgl. ebd. 283). Mit dem Ziel, die Fügsamkeit und Nützlichkeit der Schüler_innen zu steigern, wird der disziplinierende Charakter dieser Technik auf eine wirksame Art und Weise verschleiert, wodurch eine Parallele zu der von Pongratz (2017, 40) beschriebenen ‚sanften Disziplinierung‘ erkennbar wird. Im Gegensatz zu einer rigiden Abrichtung und Disziplinierung zeichnet sich diese durch eine als ‚selbstständig‘ bezeichnete, aktive Mitwirkung der Schüler_innen aus, die gleichzeitig von einem subjektivierenden Einfluss panoptischer Kontrollformen begleitet wird (vgl. ebd. 37ff.).

Ist die ‚sanfte Disziplinierung‘ im diskutierten Beispiel vor allem auf eine Änderung des Verhaltens bezogen, lässt sich an einem weiteren Beispiel demonstrieren, wie dieses Prinzip zur Regulierung körperlicher Erregungszustände eingesetzt wird. Dies ist der Fall bei der Entwicklung und Erprobung eines Trainingsprogramms zur Aufmerksamkeitsförderung an einer ‚Sonderschule‘ für Schüler_innen mit ‚motorischen Einschränkungen‘, das ebenfalls auf eine Verbesserung der Selbststeuerung der Schüler_innen zielt (kP_Z37). Bei dessen Konzeption wurde auf Elemente des Marburger Konzentrationstrainings und ein sensomotorisches ‚Alert Programm‘ mit dem Titel ‚Wie läuft eigentlich dein Motor‘ zurückgegriffen und abschließend festgehalten, dass die trainierten Schüler_innen nach der Durchführung der Maßnahme „ihren ‚Motor‘ besser regulieren können“ (kP_Z37, 151/67). Umgesetzt wird diese Fördermaßnahme durch den Einsatz von Belohnungen sowie Rückmeldungen durch die das Training durchführende Lehrerin. Die drei Stufen des Programms und die festgestellten Effekte werden wie folgt beschrieben:

„Die erste Trainingsstufe vermittelt den Teilnehmern das Identifizieren des Erregungszustandes am Bild der Drehzahl des eigenen Motors. Mit dem Verändern der Drehzahl wird auf der zweiten Stufe experimentiert, um eigene Methoden zum Empfinden und Verändern der sensomotorischen Präferenzen zu

vermitteln. Durch intensives verbales Feedback gelangen die Teilnehmer dazu, sich ihrer individuellen Regulationsfähigkeiten bewusst zu werden. In der dritten Phase werden diese trainiert, um das Regulieren der Drehzahl in den Alltag zu transferieren.“ (KP_Z37, 146/27)

An diesem Beispiel lässt sich dokumentieren, dass Schüler_innen durch den Vergleich mit der Funktionsweise eines Motors für ihre körperlichen Erregungszustände sensibilisiert werden und somit lernen sollen, ihr Verhalten besser zu regulieren. Unterstützt wird dies durch ‚ein intensives verbales Feedback‘, das ähnlich dem zuvor erläuterten Beispiel als eine äußere Beeinflussung durch die Lehrerin verstanden werden kann. Dadurch, dass den Schüler_innen nahegelegt wird, ihren Erregungszustand mit der Funktionsweise eines Motors zu vergleichen, werden sie einerseits aufgefordert, die in dieser technischen Metapher versteckte These einer organischen Verursachung der Verhaltensweisen zu übernehmen.²³⁶ Andererseits werden sie hierdurch angerufen, darauf zu achten, dass ihr Motor nicht ‚zu hoch dreht‘ bzw. dass sie ‚besser mal einen Gang runterschalten sollten‘. Dies funktioniert nicht nur als produktiver Zugriff auf den Körper, durch den körperliche Praktiken wie zum Beispiel das Stillsitzen gefördert werden sollen. Vielmehr noch ist darin auch eine Aufforderung zu erkennen, körperliche Prozesse zu regulieren, um so die angenommenen Auslösebedingungen auf der körperlichen Ebene zu verändern. Verwiesen ist damit auf den disziplinierend-körperbezogenen Charakter dieser Normalisierungstechnik.

Wie sich nachzeichnen lässt, durchzieht die ‚sanfte Disziplinierung‘ weitere im Material diskutierte Techniken der Normalisierung, wozu insbesondere verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie die des ‚Lernens der Selbstregulation‘ und ‚Selbstinstruktionstrainings‘ zählen (s. Tab. XV). Ausgegangen wird hierbei meist von einer ‚massiv verzögerten Selbstkontrolle‘ (kP_Z9, 25/68) oder einer ‚Störung des Arbeitsspeichers‘ (kP_Z9, 22/26, kP_H17, 81/310-82/318). Es wird deshalb empfohlen, Strategien zu vermitteln, „die das Handeln von einer Fremd- zu einer Selbstkontrolle leiten“ (kP_H17, 81/310) oder mit „so wenig Fremdkontrolle wie nötig und so viel Selbstkontrolle als möglich voranzukommen“ (kP_Z9, 25/68). Im Rahmen von verhaltensmodifikatorischen Selbstinstruktionstrainings wird die Internalisierung der Selbst-Überwachung mit dem Ziel „einer besseren kognitiven Steuerung des Verhaltens“ (kP_H6, 190/44-50) über das Instrument der Selbstverstärkung explizit angeleitet. Zur Förderung dieser ‚Selbst‘-Praktiken werden Lehrer_innen aufgefordert „positive Verstärkungen zur gezielten Lenkung des Schülerverhaltens [einsetzen, um; BH] erwünschtes Lernverhalten möglichst zeitnah, häufig, konsistent und prägnant verstärken zu können“ (kP_H15, 334/41). In diesem Zusammenhang werden verhaltenstherapeutische Belohnungstechniken als die ‚am besten geeigneten Mittel‘ (kP_H21, 737/104-738/108) beschrieben, um das Verhalten der Schüler_innen zu regulieren. Dadurch soll den Schüler_innen die Erkenntnis vermittelt werden, „dass sie ein ‚anderes‘ Verhalten erlernen können (Vermittlung von Selbstkontrolltechniken etc.)“ (kP_H17, 71/193-72/195). Schüler_innen werden somit durch diese außengelenkte ‚Selbst‘-Normalisierung angehalten, ihre Fehler zu erkennen und ihr Verhalten an die hegemoniale schulische Ordnung anzupassen.

„Die Selbstwahrnehmung der Probleme, die sich das Kind mit seinem eigenen Verhalten schafft, ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass das ADS-Kind aktiv und Mühe auf sich nehmend mitarbeiten kann, um gegen seine Schwierigkeiten anzugehen.“ (KP_H11, 297/85)

Dadurch, dass verhaltenstherapeutische Techniken der Normalisierung durch das beschriebene Prinzip von der Fremd- zur ‚Selbst‘-Führung auf eine aktive Mitwirkung der Schüler_innen

²³⁶ Diese Einschätzung beruht auf der Beobachtung, dass Ursachenannahme gestörter Hirnstoffwechselprozesse häufiger in Form maschinentechnischer Metaphern formuliert werden (vgl. Brandl, 2007; Haubl & Liebsch, 2011).

setzen, erfüllen sie wesentliche Kennzeichen zeitgenössischer Normalisierungsprozeduren. Gleichzeitig sind sie jedoch von einem subjektivierenden Einfluss panoptischer Kontrollformen geprägt und deshalb als subtile pädagogische Strafformen zu verstehen (vgl. Pongratz, 2017, 37). Damit fungiert die sanfte Disziplinierung und Kontrolle in diesem Zusammenhang als politische Technologie und die ‚Selbst‘-Organisation als ein von außen gelenkter Selbstzwang, wodurch das objektive Interesse der Institution Schule mit dem Zwang zur Selbstnormalisierung verknüpft wird (vgl. Pongratz, 2001, 317ff.).

Die zentrale Logik der im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS diskutierten Techniken der Normalisierung besteht somit in einer außergelenkten, sanften Disziplinierung und wird in Kombination mit einem individualisierten Panoptismus wirksam gemacht. Durch diese wird der Versuch unternommen, ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen in Richtung bestehender Verhaltenserwartungen im Kontext Schule zu verändern, bzw. diese an die hegemoniale schulische Ordnung anzupassen. Für die auf diese Weise normalisierten Schüler_innen bedeutet dies, dass sie

„sich letztlich in Zielführung auf die qua Disziplinierungspraktiken anvisierten Normbereiche führen [sollen; BH]. Sie lernen als Adressat_innen der dargelegten Techniken zudem, sich in einer individualisierenden Art und Weise wahrzunehmen und zu denken.“ (Buchner, 2018, 68)

Hiermit wird schließlich die Übernahme der normativen Ordnung von außen angeleitet, bzw. auf subtile Art erzwungen. *Der Charakter dieser im (sonder-) pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS über weite Strecken vorherrschenden Normalisierungstechniken ist deshalb mit Link (1997) als protonormalistisch zu bezeichnen.* Auch wenn diese Techniken eingebunden sind in ein übergeordnetes Normalisierungsdispositiv, in dem neoliberale Regierungsweisen im Sinne von Selbstführungen ebenso von Bedeutung sind wie die von Link (1997) beschriebene Selbstnormalisierung, bleibt festzuhalten, dass diesen Aspekten im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs im Rahmen der Diskussion von Techniken der Normalisierung keine Bedeutung beigemessen wird.

7.5 Legitime Orte des Sprechens und bereitgestellte Subjektivierungsfolien

Aufgrund der Beobachtung, dass im Material auf unterschiedlichen Ebenen auf die Bedeutung von Subjekt- und Sprecher_innenpositionen hingewiesen wurde, wird nun untersucht, wie sich die Formation der Äußerungsmodalitäten gestaltet (Foucault, 1981, 75ff.). Fokussiert wird in diesem Zusammenhang auf die auf Textebene bereitgestellten Sprecher_innenpositionen und zugewiesenen Subjektpositionen. Zu fragen ist, welche Personenkreise in den analysierten Texten eine legitime Position des Sprechens über das Phänomen ADHS erhalten und wem dadurch eine spezifische Kompetenz zugeschrieben wird. Außerdem ist hinsichtlich der Subjektpositionen zu beleuchten, wer auf welche Art adressiert und so zum Subjekt der Aussage gemacht wird. Da sich bereits andeutete, dass Sprecher_innenpositionen häufig in enger Verbindung mit Subjektpositionen stehen (s. Kap. 6.2.6, Kap. 6.2.7), werden diese bezogen auf die im Material relevanten Personengruppen gemeinsam betrachtet. Beschäftigt wird sich zunächst mit dem klinischen und pädagogischen Personal, bevor anschließend erörtert wird, auf welche Weise Schüler_innen eine Subjektposition zugewiesen bekommen.

7.5.1 ‚Überforderte Lehrer_innen‘ und ‚kompetentes klinisches Personal‘

Durch die Verweise auf unterschiedliche Orte des institutionalisierten Sprechens und ein konkurrenzes Verhältnis zwischen pädagogischen und klinischen Sprecher_innenpositionen, das mit spezifischen Adressierungen einhergeht (s. Kap. 6.2.6), ist auf die Notwendigkeit verwie-

sen, sich eingehender mit den in beiden Thematisierungsfeldern bestehenden Sprecher_innen- und Subjektpositionen des klinischen und pädagogischen Personals zu befassen.²³⁷

Zunächst kann festgehalten werden, dass in beiden Positionierungen in erster Linie Personen des klinischen Feldes (z.B. Psychiater_innen, Schulpsycholog_innen und Therapeut_innen) sowie Lehrer_innen legitime Sprecher_innenpositionen zugewiesen werden. In quantitativer Hinsicht fällt auf, dass klinischen Professionen eine größere Bedeutung beigemessen wird. Dies zeigt sich auch daran, dass Lehrer_innen in erster Linie im Zusammenhang mit der Diagnose²³⁸ und Förderung eine Sprecher_innenposition erhalten (s. Tab. XVI). Überraschend ist außerdem, dass in beiden Feldern die Rolle von (Sonder-)Pädagog_innen nur in Ansätzen thematisiert wird und meist ebenfalls auf die Bereiche Diagnose und Förderung begrenzt ist.²³⁹ So wird (Sonder-)Pädagog_innen in der klinischen Positionierung im Kontext von verhaltenstherapeutischen Konzentrationstrainings und der multimodalen Therapie ein legitimes Sprechen zugestanden (kP_H11, 296/67, kP_H16, 294/71) oder es werden Anforderungen an die Feststellung eines (sonder-)pädagogischen Förderbedarfs diskutiert (kP_Z43, 121/51-53). Konträr dazu werden in der soziokulturellen Positionierung (sonder-)pädagogische Ansätze mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung (sP_Z1, 60/43), medizinischen Menschenbildannahmen (sP_Z2, 345/5) und statusorientierten Diagnosen (sP_Z16, 364/44-365/45) vereinzelt kritisiert. Eine Auseinandersetzung mit explizit (sonder-)pädagogischen Zugängen findet jedoch auch hier nur ansatzweise statt, indem beispielsweise auf die Bedeutung präventiver Maßnahmen hingewiesen (sP_Z22, 94/21-95/22) oder eine Reflexion (sonder-)pädagogischer Zugänge gefordert wird (sP_Z4, 9/76).

Bei der Betrachtung der erläuterten Sprecher_innenpositionen fällt auf, dass das konkurrente Verhältnis zwischen pädagogischen und klinischen Sprecher_innen in beiden Feldern besteht. Aufgrund der Beobachtung, dass Lehrer_innen nicht mit Blick auf den Unterricht, also ihr eigenes Kerngeschäft, sondern lediglich im Zusammenhang mit der Diagnostizierung und Förderung eine Sprecher_innenposition erhalten, wird ihnen insgesamt nur eine nachgeordnete Bedeutung zugesprochen. Da zugleich die Bedeutung (sonder-)pädagogischer Konzepte nicht umfassend diskutiert wird, zeichnet sich eine Vormachtstellung klinisch ausgerichteter Perspektiven ab. Diese wird schließlich dadurch bestärkt, dass auch die Thematisierungen der soziokulturellen Positionierung nicht frei von Sprecher_innenpositionen des klinischen Kontextes sind, sondern ebenso durch diese bestimmt scheinen wie die klinische Positionierung selbst (s. Tab. XVI). Durch die nachrangige Bedeutung (sonder-)pädagogischer Zugänge und pädagogischer Akteur_innen entsteht der Eindruck, dass im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu ADHS in erster Linie Sprecher_innen des klinischen Feldes legitimiert werden, über das Phänomen zu sprechen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, warum die Position der (Sonder-)Pädagog_innen gerade im Vergleich zu der Position der Lehrer_innen weitestgehend unbestimmt bleibt. So ist doch eigentlich zu erwarten, dass die Lücke zwischen allgemeinpädagogischen und klinischen Zugängen in Form von auf der Textebene identifizierbaren Sprecher_innenpositionen durch eine ausgiebige Diskussion von spezifisch (sonder-)pädagogischen Zugängen als Ergänzung einer allgemeinen schulpädagogischen Beschäftigung geschlossen wird. Bedingt

237 Nicht näher betrachtet wird die Sprecher_innenposition der Eltern, da diese für die Beantwortung der Fragestellung keine größere Bedeutung besitzt.

238 S. dazu auch die Subkategorien ‚Eltern – Lehrer_innen/Diagnose‘ und ‚Eltern – Lehrer_innen – Kind/Diagnose‘ in Kapitel 6.1.

239 S. Z4, 8/54-9/55, kP_Z19, 71/1, kP_Z43, 117/30, kP_Z43, 118/37, kP_Z43, 121/51-53, kP_H16, 294/71, kP_H20, 230/28.

durch den Umstand, dass genau dies in beiden Positionierungen nicht geschieht und damit *der Ort eines legitimen (sonder-)pädagogischen Sprechens vakant bleibt*, werden nicht nur (sonder-)pädagogische Zugänge zum Thema, sondern auch eine (sonder-)pädagogische Kompetenz im Umgang mit ADHS durch die diskursive Praxis ausgeschlossen.

Die auf Textebene identifizierten Sprecher_innenpositionen gehen bezogen auf die beiden genannten Gruppen häufiger mit spezifischen Adressierungen einher, welche als Zuweisung von Subjektpositionen oder Bereitstellung von Subjektivierungsfolien verstanden werden können. Ein Blick auf die entsprechenden Codierungen verdeutlicht, dass sich diese Zuweisungen in beiden Positionierungen – analog zu den identifizierten Sprecher_innenpositionen – nur graduell unterscheiden, was die Vormachtstellung klinischer Perspektiven zusätzlich bestärkt (s. Tab. XVII). So fällt auf, dass in beiden Positionierungen in erster Linie Personen des klinischen Feldes ein Expert_innenstatus zugesprochen wird. In der klinischen Positionierung wird diese Zuschreibung sehr explizit und beinahe durchgängig vorgenommen. So werden klinische Akteur_innen als ‚kompetente‘ (kP_Z41, 298/94) und ‚einschlägige Fachkräfte‘ (kP_H19, 282/41), ‚erfahrene Kliniker‘ (kP_Z43, 115/17) sowie ‚externe Fachleute‘ (kP_Z46, 104/19) bezeichnet oder es wird auf den ‚renommierten ADHS-Experten Barkley‘ (kP_Z9, 22/26, kP_Z10, 29/5) verwiesen. Wenngleich vereinzelt von ‚pädagogischen‘ (kP_Z7, 58/26, kP_Z41, 290/4) und ‚(sonder-)pädagogischen Fachleuten‘ (kP_Z19, 71/1, kP_H20, 230/28) sowie ‚kompetenten Lehrer_innen‘ (kP_Z48, 21/35, kP_H14, 459/9) gesprochen wird, fällt auf, dass in erster Linie Personengruppen des klinischen Kontextes als kompetent adressiert werden. Indirekt bestärkt wird diese Kompetenzzuschreibung einerseits, wenn Lehrer_innen als ‚hilflos‘,²⁴⁰ ‚überfordert‘,²⁴¹ ‚extrem belastet‘ (kP_H21, 738/111, kP_H22, 84/115), ‚mit ihrem pädagogischen Latein am Ende‘ (kP_Z43, 113/5) und ‚genervt, angestrengt und klagend‘²⁴² illustriert werden. Andererseits werden (sonder-)pädagogische Zugänge nicht spezifiziert (kP_Z19, 71/1, kP_H20, 230/28) und es wird stattdessen aufgrund struktureller Faktoren auf eine Überforderung des (sonder-)pädagogischen Kontextes hingewiesen (kP_Z43, 122/57).

Im Vergleich dazu werden klinisch orientierte Berufsgruppen in der soziokulturellen Positionierung zwar seltener explizit als ‚hilfreiche Fachleute‘ (sP_Z51, 23/103) adressiert und es wird vereinzelt auch deren Expert_innenstatus relativiert (sP_Z4, 9/71, sP_Z4, 6/26-27). Allerdings werden auch hier Lehrer_innen nicht als kompetent, sondern in erster Linie als ‚klagend‘ (sP_Z6, 393/56), ‚überfordert‘ (sP_Z20, 369/4) und ‚belastet‘ (sP_Z5, 67/67) beschrieben, die aufgrund der Verhaltensweisen der Schüler_innen teilweise sogar ‚total verrückt und aggressiv‘ (sP_Z6, 394/63-64) würden. Da außerdem herausgestellt wird, dass Lehrer_innen unter einem ‚Loyalitätsentzug litten‘ (sP_Z24, 229/104), sich an einem ‚Pol der Ohnmacht‘ (sP_Z24, 229/107-230/110) befänden und durch die Übermacht medizinischer Perspektiven ‚entsubjektiviert‘ würden (sP_Z16, 369/66), potenziert auch die Thematisierung im soziokulturellen Feld die Prekarität ihres Status. Im Gegensatz zur klinischen Positionierung wird allerdings nicht auf spezifischen Kompetenzen von Lehrer_innen oder (Sonder-)Pädagog_innen verwiesen, was dazu führt, dass auch in diesem Feld die Expertise bei Personen des klinischen Kontexts verortet bleibt (s. Tab. XVII).

Die Beschäftigung mit den in den Texten bereitgestellten Subjektpositionen zeigt, dass diese sich in den beiden Positionierungen nur graduell unterscheiden. So wird das pädagogische

240 S. kP_Z3, 90/6, kP_Z37, 144/4, kP_Z46, 102/9-103/11.

241 S. kP_Z43, 122/56, kP_H1, 144/182, kP_H22, 81/99.

242 S. kP_Z46, 102/5, kP_H1, 140/163, kP_H16, 290/7, kP_H17, 53/7.

Fachpersonal beide Male als überfordert und mit einem weitestgehend prekären Status im Umgang mit dem Phänomen ADHS konzipiert. In deutlichem Kontrast dazu wird Professionellen des klinischen Kontextes eine spezifische Expertise zugeschrieben. Es entsteht in diesem Zusammenhang in beiden Feldern ein Bild von nicht kompetenten Akteur_innen des pädagogischen Kontexts, welchen aufgrund fehlender Kompetenzzuschreibungen und (sonder-)pädagogischer Handlungsmöglichkeiten keine andere Möglichkeit bleibt, als sich hilfesuchend an Akteur_innen des klinischen Feldes zu wenden und deren spezifische Expertise einzufordern. *Um als Lehrer_in und/oder (Sonder-)Pädagog_in Subjekt dieser Aussagen sein zu können, wird man angerufen die Rolle der ‚überforderten pädagogischen Akteur_in‘ anzunehmen. Ähnlich der diskutierten Sprecher_innenpositionen werden durch diese spezifischen Zuweisungen von Subjektpositionen pädagogische Zugänge nachhaltig verstellt.* Da diese Anrufungen auch in der soziokulturellen Positionierung identifizierbar sind, ist zu vermuten, dass sich an dieser Stelle die Übermacht klinischer Zugänge als persistent erweist und dadurch die Zuweisung von Subjekt- und Sprecher_innenpositionen auf die beschriebene Art und Weise beeinflusst wird. *Die Figur der ‚nicht-kompetenten‘ und ‚überforderten‘ Lehrer_in scheint hierbei benötigt zu werden, um die Hinwendung zu klinischen Perspektiven zu legitimieren. Der Preis dafür liegt jedoch in der Nicht-Sagbarkeit eines kompetenten (sonder-)pädagogischen Zugangs.*

7.5.2 ‚ADHS-Kinder‘ als ‚heiße Öfen mit verstopften Rohren‘

Eine weitere relevante Subjektposition, die im Material durchgängig konstruiert wird, ist die der Schüler_innen. Entsprechende Textabschnitte wurden mit der gleichnamigen Hauptkategorie und den Subcodes ‚ADHS-Kinder‘ und ‚ADHS-Kinder in Bildern‘ erfasst. Nachdem bereits darauf verwiesen werden konnte, dass die Zuweisung dieser Subjektpositionen meist mit generalisierend-individualisierenden Bezeichnungen einhergeht (s. Kap. 6.2.7), wird im Folgenden spezifiziert, auf welche Art die Subjektposition der Schüler_innen in der klinischen und der soziokulturellen Positionierung ausgebildet wird.

Ein Blick auf die Begrifflichkeiten, mit denen die entsprechenden Schüler_innen adressiert werden, zeigt, dass im Vergleich zu den Symptombeschreibungen (s. Kap. 6.2.3) in beiden Feldern eher selten relationale Beschreibungen verwendet werden. Dazu gehören Formulierungen wie ‚Kinder mit ADHS-Diagnose‘ (kP_Z7, 56/4, kP_Z12, 3/6, kP_Z30, 8/57) oder ‚Kinder mit ADHS-Problemverhalten‘ (kP_Z8, 10/2) in der klinischen und ‚sogenannte ADS-Kinder‘ (sP_Z16, 371/77) oder ‚ADHS-Diagnostizierte‘ (sP_Z52, 56/9) in der soziokulturellen Positionierung. Ein Unterschied zwischen den beiden Feldern besteht dahingehend, dass in der klinischen Positionierung deutlich häufiger von ‚leidenden Kindern‘ gesprochen wird.²⁴³ Darüber hinaus wird ersichtlich, dass auch in der soziokulturellen Positionierung kaum alternative Begriffe verwendet werden. Diese sind vielmehr auf die Formulierungen ‚Schüler_innen, die am Zugang zur Schule scheitern‘ (sP_Z6, 385/1) und ‚ungestellte Kinder‘ (sP_Z5, 62/43) begrenzt (s. Tab. XVIII).

Auffällig ist zudem, dass es gerade in der klinischen Positionierung häufiger zu generalisierenden Zuschreibungen kommt, die auf klinische Begrifflichkeiten zurückgehen. Dazu zählen Ad-

243 S. kP_Z3, 91/22, kP_Z13, 14/19, kP_Z19, 65/1, kP_Z28, 26/12-27/13, kP_Z40, 186/3, kP_Z48, 24/68, kP_Z48, 23/58-59, kP_Z50, 191/7, kP_H1, 145/186, kP_H1, 145/188, kP_H1, 132/112, kP_H1, 137/137, kP_H1, 140/163, kP_H2, 131/21, kP_H3, 121/53, kP_H3, 123/81, kP_H5, 172/144, kP_H11, 292/39, kP_H11, 298/99, kP_H12, 199/25, kP_H14, 458/3, kP_H14, 461/21, kP_H16, 290/8, kP_H16, 292/52, kP_H16, 293/57, kP_H16, 292/53, kP_H17, 80/298, kP_H22, 81/97, kP_H22, 84/116, kP_H24, 158/16, kP_H24, 157/5, kP_H24, 164/77.

ressierungen wie ‚hyperaktive‘, ‚hyperkinetische‘, ‚aufmerksamkeitsgestörte‘ und ‚aufmerksamkeitsgestört-hyperaktive‘ Schüler_innen sowie die Bezeichnung ‚Kinder mit ADHS‘. Sehr häufig wird hier zudem die absolutierende Formulierung ‚ADHS-Kinder‘ verwendet. Wenngleich diese Bezeichnung in der soziokulturellen Positionierung nur einmal im Kontext einer Überschrift verwendet wird (sP_Z51, 19/1), gibt es auch hier eine Reihe von Textstellen mit generalisierenden Zuschreibungen. Dies ist der Fall, wenn etwa von ‚dem hyperaktiven Kind‘,²⁴⁴ ‚hyperaktiv und aufmerksamkeitsgestörten Kindern‘ (sP_Z1, 53/9, sP_Z2, 346/8) oder ‚Kindern mit ADHS‘²⁴⁵ gesprochen wird.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht in der Beschreibung der Schüler_innen durch die Verwendung von Kollektivsymbolen. Im klinischen Feld sind dies Formulierungen wie ‚Träumer‘ (kP_Z9, 20/10, kP_H11, 289/6), ‚Nachteulen‘ (kP_Z13, 17/49), ‚Problemkind‘ (kP_H6, 185/3, kP_H14, 458/3), ‚Störenfried‘ (kP_H2, 131/20, kP_H3, 121/56), ‚Klassenclown‘ (kP_Z3, 95/67, kP_H22, 81/98) und ‚Quasselstrippe‘ (kP_H6, 186/12) oder auch ‚Weltmeister im Erfinden von Ausreden und im Aufschieben von Aufgaben‘ (kP_Z13, 16/41). Adressiert werden sie hier zudem als ‚Zappelphilipp‘ (kP_H3, 117/4-5, kP_H6, 185/3 kP_H17, 53/7), ‚Struwwelpeter‘ (kP_H22, 71/6), ‚Hans-guck-in-die-Luft‘ (kP_H17, 53/7) und es wird ihnen ein ‚cowboyhaftes Verhalten‘ (kP_Z3, 95/67) oder ein ‚Getriebensein‘ (kP_H21, 728/15) attestiert. Im Vergleich dazu gibt es in der soziokulturellen Positionierung Formulierungen wie ‚Jäger‘ (sP_Z24, 228/97), ‚Wildfang-Junge mit Zappel-Philipp-Karte‘ (sP_Z5, 64/52) oder auch ‚kommunikationsfähige Kasper‘ (sP_Z5, 64/52). Zugespitzt werden solche Adressierungen zusätzlich durch die Verwendung von technischen Metaphern, die sich ebenfalls in beiden Positionierungen finden. Gesprochen wird diesbezüglich zum einen von einem ‚vernichtenden Brett vorm Kopf, das alles von der Festplatte löschen wird‘ (kP_H1, 116/6). Zum anderen werden Kinder mit einer ADHS-Diagnose als ‚heiße Öfen mit verstopften Rohren‘ (sP_Z6, 393/60-394/61) beschrieben und es werden Tipps zum Umgang mit Schüler_innen ausgesprochen, die ‚zu sieden beginnen‘ (sP_Z51, 22/85). Ähnlich gelagert sind weitere in diesem Kontext verwendete Metaphern wie die des ‚Teufelchens im Kopf‘ (kP_H17, 76/245-77/247) oder dem Sprechen von ‚Ertrinkenden im Wasser‘ (sP_Z6, 397/77-398/78), durch die indirekt auf eine neuronale Verursachung hingewiesen wird.

Übergeordnet entsteht der Eindruck, dass *die Subjektposition der Schüler_innen im Material in beiden Feldern in der Tendenz durch generalisierende Zuschreibungen konzipiert wird*. Wenngleich dies in der soziokulturellen Positionierung ein wenig zurückhaltender ausfällt, werden auch hier nur ansatzweise alternative Begriffe zur Adressierung der Schüler_innen verwendet. Dies führt dazu, dass in beiden Feldern ein negatives Bild von Schüler_innen entsteht, das durch die Verwendung von Kollektivsymbolen nachhaltig gestützt wird. Zu differenzieren ist diese Beobachtung dahingehend, dass diese Zuschreibungen zum einen durch absolutierende Formulierungen wie die der ‚ADHS-Kinder‘ oder durch die Verwendung von technischen Metaphern geschieht, womit indirekt auf eine organische Verursachung der Verhaltensweisen verwiesen und ein Bild von ‚gestörten Schüler_innen‘ bemüht wird. Zum anderen fällt auf, dass Formulierungen wie die der ‚Quasselstrippe‘, des ‚Störenfrieds‘ oder des ‚kommunikationsfähigen Kaspers‘ als Illustration von Unterrichtsstörungen fungieren. Auch wenn damit keine direkte Zuschreibung eines Krankheitsstatus einhergeht, können diese Formulierungen dennoch als eine Personalisierung von Unterrichtsstörungen verstanden werden. Unterstützt wird dies vor allem dadurch, dass unterrichtliche Kontextbedingungen im Material nur am Rande thematisiert wer-

244 S. sP_Z1, 53/3, sP_Z2, 354/50, sP_Z5, 65/55, sP_Z5, 71/90, sP_Z6, 385/4.

245 S. sP_Z23, 3/4, sP_Z24, 224/29, sP_Z24, 227/77, sP_Z36, 28/36.

den und nur selten von Kompetenzen der Schüler_innen die Rede ist.²⁴⁶ Verunmöglicht wird hiermit ein Sprechen von kompetenten Schüler_innen, womit nachträglich eine klinische Perspektive auf das Phänomen ADHS und die damit einhergehende Ursachendiskussion wirksam gemacht wird.

7.5.3 ‚Überforderte Lehrer_innen‘, ‚klinische Expert_innen‘ und ‚gestörte Schüler_innen‘

Durch die Beschäftigung mit den im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs identifizierten Äußerungsmodalitäten entsteht der Eindruck, dass sich deren Ausbildung auf den beschriebenen Ebenen überraschenderweise nicht entgegengesetzt, sondern weitestgehend deckungsgleich vollzieht, wodurch insgesamt ein relativ einheitliches Bild entsteht. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass klinischen Akteur_innen ein legitimes Sprechen zugestanden wird und die Adressierungen des pädagogischen Personals die Vormachtstellung eines klinischen Zugangs nachhaltig bestärken. So werden pädagogische Akteur_innen in der Regel als überfordert konzipiert und klinischen Berufsgruppen die benötigte Kompetenz zugeschrieben. *Von besonderer Bedeutung ist, dass auch (sonder-)pädagogische Zugänge in der Regel ausgeblendet bleiben. Folglich werden nicht nur die einseitigen Kompetenzzuschreibungen zugunsten klinischer Akteur_innen potenziert, sondern es wird eine zentrale Leerstelle der Thematisierung ersichtlich, durch die (sonder-)pädagogische Zugänge in der diskursiven Praxis disqualifiziert und unsagbar (gemacht) werden.*

Unterstützt wird dies durch die Art und Weise, wie in beiden Positionierungen die Subjektposition der Schüler_innen konzipiert wird. Denn auch dies erfolgt in beiden Positionierungen einheitlich. *So finden sich beinahe durchgängig defizitär gefärbte, generalisierende und individualisierende Adressierungen, mit denen Schüler_innen als ‚gestört‘ angerufen werden.* Gerade im Vergleich zu den konkurrierenden Thematisierungen auf den zuvor diskutierten Analyseebenen scheint sich hier die Agonalität der Positionierungen aufzulösen. Zu vermuten ist, dass sich an dieser Stelle die diskursbestimmende Perspektive der klinischen Positionierung sowie der Zwang des ‚Abarbeitens‘ nachhaltig bemerkbar machen. Ebenfalls scheint es möglich, dass die negativen Adressierungen der Schüler_innen durch die Problemorientierung der (sonder-)pädagogischen Disziplin hervorgerufen sind, um so die Notwendigkeit einer Beschäftigung mit dem Problem ADHS zu unterstreichen.

7.6 Zusammenfassung und Interpretation

Mit der Zielstellung, die hinter der Wissensoberfläche wirksame diskursive Praxis zu erfassen und die Tiefenstruktur der diskursiven Konstruktion des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs freizulegen, wurde das Material im letzten Kapitel ausgehend von dem in dieser Arbeit verwendeten sensibilisierenden Konzept feinanalytisch untersucht.²⁴⁷ Herausgearbeitet wurde so, mit welchen Begriffen und Wissensbeständen der Gegenstand ADHS in der diskursiven Praxis konstruiert wird, wie im Material Techniken der Normierung und Normalisierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens angeleitet werden und mit welchen Äußerungsmodalitäten dies einhergeht. Durch die interdiskurstheoretische Orientierung konnte zudem das Verhältnis zwischen den beiden agonalen Positionierungen vertiefend analysiert werden. Hier-

²⁴⁶ S. Subcodes ‚ressourcenorientierte Beschreibungen‘ (22) und Hauptkategorie ‚Schule‘ (53) in Kapitel 6.1.

²⁴⁷ Zur Erinnerung: Dies setzt sich zusammen aus dem Kontextwissen zum Thema ADHS (Kap. 2, Kap. 3), den von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln, den normalismustheoretischen Grundlagen im Anschluss an Foucault (1977) und Link (1997) sowie der Konkretisierung operativer Verfahren im Sinne von Techniken der Normierung und Normalisierung nach Kelle (2013).

mit wurde hervorgehoben, wie Wissen zum Phänomen ADHS in den beiden Positionierungen plausibel gemacht wird, welche Perspektiven sich als diskursbestimmend erweisen und welche Machtwirkungen bei der Beschäftigung mit dem Thema ADHS im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs zu erkennen sind.

In diesem abschließenden Unterkapitel werden die zentralen Ergebnisse auf den einzelnen Analyseebenen zum einen pointiert zusammengefasst und mit den vorliegenden Befunden zum Thema verglichen. Neben den Ergebnissen zur Konstruktion des Gegenstands auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher (s. Kap. 2) und weiterer disziplinärer Wissensbestände (s. Kap. 3) zählen dazu auch die Ergebnisse normalismuskritischer Untersuchungen zum Thema Behinderung (s. Kap. 4.2.2). Zum anderen werden die verwendeten normalismustheoretischen Annahmen auf der Untersuchungsebene der Techniken der Normierung differenziert. Zusätzlich wird herausgestellt, inwiefern in der (sonder-)pädagogischen Thematisierung neben den agonalen Positionierungen ein Feld der Äquivalenz zu erkennen ist und welche Leerstellen die Diskussion kennzeichnen. Zuletzt wird auf Effekte der diskursiven Konstruktion verwiesen, die im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs wirkende Normalisierungsmacht bestimmt und das sensibilisierende Konzept kritisch reflektiert.

Bezogen auf die *Konstruktion des Gegenstandes* ist zunächst festzuhalten, dass diese in den zwei agonalen Positionierungen durch die Wahl der Begriffe und verwendeten Wissensbestände erfolgt, wobei der identifizierte ‚Zuordnungszwang‘ zu einer binären Konstruktion des Gegenstands führt (s. Kap. 7.2). ADHS wird folglich entweder als klinisches oder soziokulturelles Phänomen konstruiert, wodurch um die ‚Wahrheit‘ des Gegenstands durch zwei konkurrierende Perspektiven gerungen wird. *Deutlich wird jedoch auch, dass dieses Ringen unter ungleichen Ausgangsbedingungen stattfindet und sich die klinische Positionierung in der diskursiven Praxis aufgrund mehrerer Faktoren als hegemonial und diskursbestimmend erweist.* Dazu zählt, dass diese aufgrund der top-down Logik der darin identifizierten Wissensproduktion als hegemonial-elaboriert charakterisiert werden kann. Im Unterschied dazu erscheint der Gegenpart der soziokulturellen Positionierung als nicht-hegemonial elaboriert, weshalb es nicht möglich ist, ein konkurrenzfähiges alternatives Narrativ auszubilden. *Darüber hinaus wird durch die Delegitimation und Disqualifikation alternativer Betrachtungsweisen in der klinischen Positionierung und den als Abarbeiten an klinischen Perspektiven beschriebenen Zwang der soziokulturellen Positionierung die hegemoniale Stellung der klinischen Positionierung nachhaltig befördert, sodass auf dieser Ebene eine protonormalistische Ausrichtung vorherrscht.*

Bestätigen lassen sich hiermit die Forschungsbefunde zur Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände, die ebenfalls auf eine dominante Stellung klinischer Thematisierungsweisen hinweisen (vgl. Becker, 2007; Freedman, 2016; Rabenstein & Reh, 2009). Ersichtlich wird außerdem eine fortwährende Bevorzugung protonormalistischer Strategien, die von Stechow (2004) aufgrund der Orientierung an medizinisch-psychiatrischen Wissensbeständen für das Gebiet der Verhaltensgestörtenpädagogik erkannt hat. Im Vergleich zu diesen Befunden kann durch die interdiskurstheoretische Ausrichtung der eigenen Untersuchung jedoch stärker auf Machtaspekte fokussiert werden, die zu dieser dominanten Stellung führen und es zeigt sich, dass diese in erster Linie durch die Wertigkeit der verwendeten Wissensbestände bedingt ist. Zu vermuten ist, dass diese Vormachtstellung vom Verlauf der Problemkarriere und der gesellschaftlichen Verteilung der Problembearbeitung beeinflusst wird (s. Kap. 3).

Die Ergebnisse auf der Ebene der *Techniken der Normierung* verdeutlichen, auf welche Weise im Material die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht-normalen‘ Verhaltensweisen gezogen wird (s. Kap. 7.3). Wenngleich auf dieser Ebene ebenfalls eine kontroverse Diskussion zu erkennen ist, erweist sich auch hier die *klinische Positionierung als hegemonial*. Zudem kann durch die getrennte Betrachtung von Symptombeschreibungen und Anleitungen zur Diagnose eine *Gleichzeitigkeit von flexiblen und protonormalistischen Strategien* identifiziert werden, wodurch beide Strategien im Kontext der Normierung des ‚nicht-normalen‘ Verhaltens in mehrfacher Hinsicht verschmelzen. Allerdings führen sowohl die in der soziokulturellen als auch die in der klinischen Positionierung diskutierten diagnostischen Zugänge zu einer Zuweisung der Stigma-Markierung ADHS. *Die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht-normalen‘ Verhaltensweisen wird folglich beide Male geschlossen und protonormalistisch wirksam gemacht.*

Erkennbar wird ein widersprüchliches und konkurrenthes Verhältnis zwischen den beiden normalistischen Strategien, auf das bereits im Kontext normalismuskritischer Forschungen zum Thema Behinderung hingewiesen wurde (s. Kap. 4.2.2). Daneben lässt sich im Vergleich zu den Ergebnissen von Rabenstein & Reh (2009) belegen, dass die Grenzziehungen nicht nur normativ, sondern zum Teil auch flexibelnormalistisch inspiriert sind und normalistisch ausgehandelt werden müssen. Damit ist darauf verwiesen, dass die normalismustheoretischen Annahmen Links (1997) bezogen auf die Normierung ‚nicht-normaler‘ Verhaltensweisen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zu modifizieren sind, bzw. dass sich das Verhältnis zwischen den beiden Strategien im Kontext von ADHS differenzierter darstellt als bisher angenommen. Denn durch die Gleichzeitigkeit und Verschmelzung von proto- und flexibelnormalistisch ausgehandelten Normierungsstrategien fallen diese im Gegensatz zur Linkischen Annahme nicht nur in Ausnahmefällen zusammen, sondern fungieren in der Institution Schule als ein permanent installiertes Sicherheitsseil (vgl. ebd., 341), womit sich analog zu dem von Buchner (2018, 310) beschriebenen ‚Normalisierungs-Team‘ ein ‚Normierungs-Team‘ identifizieren lässt. Bedingt scheint dieses durch eine im schulischen Kontext bestehende objektive Belastungsgrenze (vgl. Link, 1997, 339) und hiermit einhergehende Denormalisierungsängste (vgl. ebd., 341). Diese deuten darauf hin, dass in Schulen aufgrund der dort herrschenden Bedingungen nur in begrenztem Maße flexibel auf Verhaltensweisen reagiert werden kann, die den normativ gesetzten Verhaltensanforderungen widersprechen. Demnach entsteht der Eindruck, dass ein allzu flexibilisierter Umgang mit ‚nicht-normalen‘ Verhaltensweisen die Stabilität des Schulsystems gefährden könnte und dieses deshalb auf eine Absicherung durch protonormalistische Strategien angewiesen ist.

Auf der Analyseebene der *Techniken der Normalisierung* zeichnet sich mit Blick auf Anleitungen zum Umgang mit den als ‚nicht-normal‘-markierten Verhaltensweisen neben dem konkurrenthes Verhältnis zwischen den beiden Positionierungen ebenfalls eine *hegemoniale Stellung der klinischen Positionierung* ab. Diese resultiert aus der Art und Weise, wie Wissen plausibel gemacht wird sowie daraus, dass die soziokulturelle Positionierung gezwungen ist, sich an der klinischen abzuarbeiten. Zudem fällt auf, dass eine kritische Diskussion von Normalisierungstechniken auf die soziokulturelle Positionierung beschränkt ist und *alternative Ansätze der Verhaltensänderung in der hegemonialen Positionierung relativiert und negiert werden*. Die in der hegemonialen klinischen Positionierung vorgeschlagenen Techniken der Normalisierung stellen aufgrund der dort vorherrschenden primären Orientierung an *verhaltenstherapeutischen Ansätzen eine Form der ‚sanften Disziplinierung‘* (vgl. Pongratz, 2017, 40) dar. Mit dieser werden panoptische Kontrollformen in die zu fördernden Schüler_innensubjekte verlagert, wodurch diese angerufen sind, sich selbst zur gewünschten Normalität zurückzuführen und ihre körper-

lichen Erregungszustände zu regulieren. Dies verweist auf individualisierende Formen des Panoptismus (vgl. Foucault, 1977), durch welche die Körper der Schüler_innen auf eine listige Art und Weise regiert werden. *Das ‚Nicht_Normale‘ wird im untersuchten Material trotz produktiver Formen der Disziplinarmacht weiterhin von außen und damit protonormalistisch gelenkt.*

Im Unterschied zu vorliegenden Hinweisen zur Normalisierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen (vgl. Graham, 2006; von Stechow, 2015) stellen die eigenen Ergebnisse die Produktivität der Disziplinarmacht und den darin versteckten „Zwang zur Einhaltung einer Konformität“ (Foucault, 1977, 236) expliziter heraus. Ähnlich den Befunden zur Normierung kann auch hier vermutet werden, dass die diskutierten Praktiken der Normalisierung unter anderem Effekt schulischer Bedingungen sind, da eine durchgängig kontextsensible Form der Normalisierung das System Schule zu sehr herausfordern würde. Zu vermuten ist, dass dies durch mehrere Faktoren bedingt ist. Zum einen dadurch, dass es in Schulen an Kompetenzen fehlt, auf ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen zu reagieren. Zum anderen aber auch aufgrund von starren methodischen und didaktischen Konzepten sowie monetären Aspekten. Ferner ist anzunehmen, dass die angeführten Umgangsweisen durch die als überschritten empfundenen Belastungsgrenzen und mit diesen einhergehenden Denormalisierungsängsten (vgl. Link, 1997, 339ff.) auf Seiten der Lehrer_innen sowie deren Suche nach praktikablen und effektiven Mitteln begründet sind.

Schließlich verweisen die *Sprecher_innen- und Subjektpositionen* darauf, dass sich die auf den zuvor diskutierten Ebenen festgestellte Agonalität der diskursiven Positionierungen hier weitestgehend auflöst. Dies liegt an einer einheitlichen Konzeption von *‚überforderten Lehrer_innen‘, ‚kompetentem klinischen Personal‘ und ‚gestörten Schüler_innen‘*. Wenngleich diese Zuweisungen von Sprecher_innen- und Subjektpositionen zum Teil durch die Problemorientierung der (sonder-)pädagogischen Thematisierung hervorgerufen sein mögen, so erscheint als *überraschender und zentraler Befund, dass (sonder-)pädagogischen Akteur_innen kein legitimer Platz des Sprechens zugeteilt wird*. Hierdurch werden nicht nur (sonder-)pädagogische Zugriffe auf das entsprechende Verhalten unsagbar gemacht, sondern auch mögliche (sonder-)pädagogische Kompetenzen im Umgang mit den als ‚nicht_normal‘ empfundenen Verhaltensweisen. Bestärkt wird folglich die Annahme einer ausschließlich im klinischen Feld angesiedelten Problemlösekompetenz. Aufgrund der Verpflichtung zu inklusiven Bildungsangeboten nicht weniger bedeutend und mit der Delegation des Problems in das klinische Feld in Verbindung stehend, ist zudem die defizitär ausgerichtete Konzeptualisierung von Schüler_innen, deren negative Folgeeffekte im Material nur in Ausnahmen (s. Kap. 6.2.7) reflektiert werden.

Es kann damit resümiert werden, dass sich *auf allen Untersuchungsebenen übergeordnet eine protonormalistische Ausrichtung identifizieren lässt, die insbesondere bei der Konstruktion des Gegenstands sowie der Diskussion von Techniken der Normierung und der Normalisierung durch eine hegemoniale Stellung der klinischen Positionierung bedingt ist*. Im Vergleich zu den Befunden normalismuskritischer Studien zum Thema Behinderung (s. Kap. 4.2.2) können zwar auch Ambivalenzen und widersprüchliche Effekte zwischen den normalistischen Strategien identifiziert werden. Allerdings besteht der Eindruck, dass im Kontext von ADHS weniger eine Flexibilisierung als vielmehr eine *umfassend protonormalistische Orientierung vorherrscht*. Damit unterscheiden sich die eigenen Ergebnisse von den Befunden Waldschmidts (1998), die auf der Ebene der diskursiven Konstruktion von Behinderung zunehmend flexibelnormalistische Strategien erkennt.

Trotz der kontroversen Thematisierungen in beiden agonalen Positionierungen finden sich im Material Momente, die aufgrund von Annäherungen und Übereinstimmungen auf die

Ausbildung eines *Feldes der Äquivalenz* verweisen (vgl. Dollinger & Urban, 2012, o.S.). Diese zeigen sich daran, dass in beiden Positionierungen die gleichen Unterfragen behandelt werden (s. Kap. 7.1). Auch wird ADHS beide Male als Problem – klinisch vs. sozial – konzipiert (s. Kap. 7.2). Weitere Gemeinsamkeiten konnten auf den Analyseebenen der Normierung (s. Kap. 7.3) und der Normalisierung (s. Kap. 7.4) ausfindig gemacht werden, da in beiden Positionierungen die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen geschlossen wird und Vorschläge zur Normalisierung des Verhaltens diskutiert werden. Die größte Gemeinsamkeit besteht jedoch auf der Untersuchungsebene der Äußerungsmodalitäten, auf der die zuvor identifizierten Kontroversen und die mit diesen einhergehende Agonalität der Positionierungen nicht (mehr) zu erkennen sind (s. Kap. 7.5).

Die Kontroversität der Beschäftigung mit dem Phänomen ADHS scheint sich an dieser Stelle aufzulösen bzw. einzubrechen und es stellt sich die Frage, wodurch dies bedingt ist. Neben der Vermutung, dass die Problemorientierung des (sonder-)pädagogischen Feldes ein Grund dafür sein könnte, kann davon ausgegangen werden, dass die Auflösung der Agonalität mit der Instabilität und Brüchigkeit der soziokulturellen Positionierung in Verbindung steht. Hervorgerufen wird diese nicht nur durch die darin festgestellte Art der Wissensproduktion, sondern vor allem auch durch den Zwang des Abarbeitens an der bestimmenden hegemonialen Positionierung. Da durch diese die Art der Problembearbeitung vorgegeben scheint, zeichnet sich ab, dass Aspekte der primären Thematisierung des sozialen Problems ADHS (s. Kap. 3.2-3.6) fortwirken. Zudem besteht der Eindruck, dass der diskursiven Konstruktion des Gegenstands ausgehend von den verwendeten Begriffen und Wissensbeständen eine besondere Bedeutung zukommt, da diese sich auf die weiteren Untersuchungsebenen auswirkt und damit Praktiken der Normierung und Normalisierung ebenso rahmt wie die Zuweisung von Sprecher_innen- und Subjektpositionen. *Festzuhalten ist, dass auch wenn mit den beiden agonalen Positionierungen der Versuch einhergeht, zwei unterschiedliche Wahrheiten zum Phänomen ADHS zu konstruieren, die klinische Perspektive aufgrund ihrer hegemonialen Stellung auf allen Analyseebenen bestimmend bleibt.*

Bestärkt wird dieser Umstand durch das in der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung *Nicht-Gesagte*, das die Etablierung einer klinischen Wahrheit des Phänomens ADHS nachhaltig beeinflusst. Abgesehen von der mangelnden Berücksichtigung schulischer und gesellschaftlicher Faktoren im Kontext der Diagnostizierung (s. Kap. 7.3) fallen darunter kontextbezogene Normalisierungstechniken (s. Kap. 7.4) sowie die mangelnde Auseinandersetzung mit historischen Zugängen und schulischen Ausgangsbedingungen (s. Kap. 6). Hiermit geht einher, dass weder die Funktionsweise von Schule noch die darin wirksamen normativen Verhaltensanforderungen hinterfragt werden. Eine weitere Leerstelle, die sich auf die diskursive Konstruktion des Phänomens ADHS in entscheidender Hinsicht auswirkt, besteht in der *fehlenden übergeordneten Diskussion möglicher Ursachen* der zur Diskussion stehenden Verhaltensweisen (s. Kap. 7.2). Diese lässt sich daran veranschaulichen, dass die Komplexität unterschiedlicher Ursachenannahmen (s. Kap. 3.5) im untersuchten Material nicht ansatzweise abgebildet wird und Möglichkeiten einer sozialen Verursachung durch die identifizierten diskursiven Praktiken unsagbar gemacht werden. *Stattdessen wird der Gegenstand ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs durch eine ‚objektive Pathologie‘ (vgl. Canguilhem, 2012, 243) begründet, womit eine protonormalistische Ausrichtung ersichtlich wird, aus der eine individualisierende Betrachtung des Phänomens erwächst.* Von besonderer Bedeutung ist dies deshalb, da die diskursive Konstruktion des Gegenstands die weitere Beschäftigung zu bestimmen scheint und insbesondere im Zuge der diskutierten Behandlungsmethoden implizit auf angenommene Ursachenmodelle zurückge-

griffen wird (s. Kap. 7.4). Allerdings findet auch hier weder eine übergeordnete Diskussion der Behandlungsmethoden noch der diesen zugrunde liegenden Wissenschaftsverständnisse und Ursachenannahmen statt. Begünstigt wird die daraus resultierende protonormalistische Orientierung außerdem durch *eine fehlende Thematisierung des Zusammenhangs zwischen gesellschaftlichen Differenzkategorien (Geschlecht, Migration, sozialem Hintergrund) und dem Risiko einer ADHS-Diagnose* (s. Kap. 6.2.8). Dies verweist auf ein dringliches Desiderat, das in einer intersektional ausgerichteten Untersuchung (vgl. Degele & Winker, 2007; Jacob et al., 2010; Raab, 2007; Thielen, 2011) des Phänomens ADHS besteht und neben der Verschränkung relevanter Differenzkategorien auf mit diesen einhergehenden Subjektivierungsweisen von Schüler_innen fokussiert.

Ein wesentlicher Effekt dieser diskursiven Konstruktion von ADHS, der als eine diskursive Strategie (vgl. Foucault, 1977, 94ff.) angesehen werden kann, ist die *Individualisierung, nicht-normaler Verhaltensweisen*. Neben den besagten Leerstellen wird diese durch die auf den unterschiedlichen Ebenen identifizierten protonormalistischen Strategien und der Orientierung an einer ‚objektiven Pathologie‘ hervorgerufen. Dies verweist darauf, dass die Thematisierung von ADHS im untersuchten Material weitestgehend einer „Natürlichkeits-Ideologie“ (vgl. Link, 1997, 151) folgt. Dazu zählen die Ausblendung sozialer Aspekte auf der Ebene der Ursachen sowie die Negation von Kontextfaktoren im Zuge der Diagnostizierung, von der anzunehmen ist, dass mit dieser pathologisierende Zuschreibungen einhergehen (s. Kap. 3.7.2). Weitere individualisierende Effekte deuten sich im Zuge der störungsspezifischen Normalisierungstechniken an. Potenziert werden diese schließlich durch defizitär gefärbte Subjektpositionen der Schüler_innen, die in beiden Positionierungen wiederzufinden sind. Diese Faktoren begünstigen insgesamt die Konzeption von ADHS als klinisches Problem, bei dem eine organische Schädigung als Ursache angenommen wird. Folglich ist nicht nur zu erwarten, dass hiermit negative Auswirkungen auf Subjektivierungsweisen von ADHS-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen einhergehen. *Vielmehr noch wird in der (sonder-)pädagogischen Wissensproduktion zum Thema ADHS die körperliche Schädigungsebene (impairment) weiterhin naturalistisch und vorsozial konzipiert*. Mit einer kulturwissenschaftlichen Perspektive auf die diskursive Konstruktion von ADHS (s. Kap. 4.1.1) kann dies als ein *diskursives ‚making of impairment‘* verstanden werden, das sich durch sprachliche Wiederholungen materialisiert und seine Wirklichkeit entfaltet. Welche Funktion diese Konstruktion im Bildungssystem übernimmt, wird im abschließenden Fazit skizziert.

Möchte man auf der Grundlage dieser Ergebnisse die im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Thema ADHS vorherrschende *Normalisierungsmacht* bestimmen, bleibt zu konstatieren, dass diese aufgrund der Kombination von produktiven und repressiven Momenten einen ambivalenten Charakter besitzt. So zeigen sich produktive Aspekte daran, dass das ‚Nicht-Normale‘ auf der diskursiven Ebene durch Bezüge auf unterschiedliche Wissensbestände als interdiskursive Kategorie konstruiert wird. Die Kategorie ADHS stellt in diesem Zusammenhang eine wirkmächtige Macht-Wissen-Formation dar, mit der spezifische Ordnungen der Wahrheit hervorgebracht werden. Durch die Untersuchung der Frage, wie auf der diskursiven Ebene operative Verfahren der Normierung und Normalisierung angeleitet werden, werden jedoch auch repressive Aspekte ersichtlich. Nachvollziehbar werden diese dadurch, dass die als ‚nicht-normal‘ markierten und außerhalb der Normalzone platzierten Schüler_innen in erster Linie über produktive Formen der Disziplinierung regiert werden. *Nachgezeichnet ist hiermit eine diskursive Anleitung disziplinierender Normalisierungsprozesse, bei denen sich das ‚Normale‘ als*

Zwangsprinzip entpuppt. Die Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens ist somit nicht nur das Ergebnis diskursiver Praktiken und Normalisierungsprozesse, sondern auch ein Produkt gesellschaftlicher Disziplinierung.

Nach der Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse ist nun abschließend die Anwendung des sensibilisierenden Konzepts zu reflektieren. Dieses setzt sich zusammen aus dem Kontextwissen zu ADHS, den von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln, einer interdiskurstheoretischen Betrachtung (vgl. Link, 2011; Dollinger & Urban, 2012) sowie normalismuskritischen Perspektiven (vgl. Foucault, 1977; Link, 1997; Kelle, 2013). Da nötige Differenzierungen der verwendeten theoretischen Grundlagen im Zuge der Ergebnisdiskussion auf der Ebene der Normierung bereits angesprochen wurden, wird sich im Folgenden auf eine kritische Würdigung der einzelnen Bausteine beschränkt und hervorgehoben, was durch diese im Vergleich zu vorliegenden Befunden herausgefunden werden konnte.

Durch die vorangegangene Bestimmung der Normalisierungsmacht deutet sich an, dass die normalismustheoretischen Grundlagen zielführend waren, um die Analyse der Konstruktion von ADHS als einer Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens anzuleiten. Festgehalten werden kann diesbezüglich zunächst, dass sich die im Anschluss an die Diskussion normalismustheoretischer Aspekte aufgestellte These, dass die Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens auf der diskursiv-semantischen Ebene hergestellt wird und darin Hinweise auf operative Verfahren der Normierung und Normalisierung enthalten sind (s. Kap. 4.3), durch die gewonnenen Ergebnisse bestätigen lässt. Durch die Differenzierung operativer Verfahren nach Kelle (2013) wurden Techniken der Normierung und der Normalisierung getrennt untersucht. Aufgrund der identifizierten Verschmelzung proto- und flexibelnormalistischer Strategien mussten die normalismustheoretischen Annahmen (vgl. Link, 1997) jedoch hinsichtlich der Normierung des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens differenziert werden. Bedingt dadurch, dass im Material nicht auf Prozesse der Selbstnormalisierung (vgl. ebd., 337f.) abgezielt wird, erwies sich die Orientierung an Foucaults (1977) Ausführungen zur Wirkungsweise der Disziplinarmacht als hilfreich, um den Charakter der im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs vorherrschenden Normalisierungstechniken zu konkretisieren.

Auf diese Weise wurde dargelegt, wie das Phänomen auf der diskursiven Ebene konstruiert wird, wie Schüler_innen außerhalb der Normalzone platziert werden und auf welche Weise versucht wird, diese wieder ‚normal‘ zu machen. Im Vergleich zu vorliegenden Befunden zur Konstruktion des Phänomens in erziehungswissenschaftlichen Wissensbeständen (s. Kap. 2.1) wurde die Hervorbringung des Phänomens so umfassender betrachtet und dabei gleichermaßen dessen diskursive Konstruktion sowie die Techniken der Normierung und Normalisierung erfasst.

Zudem verhalf die Orientierung an den von Foucault (1981) beschriebenen Formationsregeln die Hervorbringung des Gegenstands ADHS und die Anleitung normierender und normalisierender Praktiken durch die Verwendung von Wissensbeständen und Begriffen nachzuzeichnen. Mit der Untersuchung der Sprecher_innen- und Subjektpositionen konnte illustriert werden, auf welche Art Schüler_innen in (sonder-)pädagogischen Texten zum Thema ADHS adressiert werden und dass (Sonder-)Pädagog_innen kein legitimer Ort des Sprechens zugestanden wird. Eine besondere Relevanz erhalten die Ergebnisse auf dieser Untersuchungsebene deshalb, da sich in den eingangs diskutierten erziehungswissenschaftlichen Studien zum Thema nicht umfassend mit der Bedeutung von Äußerungsmodalitäten beschäftigt wurde (s. Kap. 2.1). Insgesamt konnte durch die diskurstheoretische Ausrichtung gezeigt werden, wie die Macht-Wissen-Formation ADHS ausgebildet wird und welche Effekte von dieser zu erwarten sind. Die Konkretisierung durch eine interdiskurstheoretische Orientierung (vgl. Link, 2011;

Dollinger & Urban, 2012) erwies sich insbesondere hinsichtlich der Verwobenheit von Wissen und Macht als hilfreich. So wurde es durch diese möglich, die Bedeutung der zur Konstruktion verwendeten Wissensbestände zu erfassen und das machtvolle Verhältnis zwischen den beiden Positionierungen zu beleuchten. Im Unterschied zu bisherigen Forschungsergebnissen (s. Kap. 2.1) wurde die Verschränkung von Macht und Wissen hierdurch spürbar und es konnten hegemonalisierte Bedeutungen im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs rekonstruiert werden.

8 Zur Notwendigkeit einer veränderten Konzeptualisierung des ‚Nicht_Normalen‘

Die Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS startete mit der Beobachtung, dass die Bearbeitung ADHS-ähnlicher Verhaltensweisen aufgrund von Überforderungen und Ausweglosigkeiten schulischer Akteur_innen aus dem pädagogischen Kontext in das klinische Feld delegiert wird. Darauf folgte die durchaus überraschende Erwiderung eines Internisten, dass die geschilderten Verhaltensweisen heutzutage ganz ‚normal‘ seien und das ‚kleine pädagogische Einmaleins‘ ausreichen sollte, um mit diesen im schulischen Kontext umzugehen. Im Kontrast zu dieser Einschätzung zeichnete sich im Durchgang durch die Literatur allerdings bald ab, dass das Phänomen ADHS trotz seiner hohen schulischen Relevanz innerhalb der Erziehungswissenschaften nicht hinreichend bearbeitet wird und ADHS-ähnliche Verhaltensweisen – ähnlich der Kategorie Behinderung (vgl. Waldschmidt, 2007, 66) – ein prononciertes Gegenteil zum erwarteten und als ‚normal‘ empfundenen Schüler_innenverhalten darstellen. Dies führte zu der Frage, wie die Disziplin der (Sonder-)Pädagogik, deren Auftrag in der „Weiterentwicklung der Fähigkeiten zum emotionalen Erleben“ (Kultusministerkonferenz, 2000, 3) sowie in der Vermeidung von Exklusion gesehen wird (vgl. Moser, 2003, 160ff.) und die aktuell aufgrund der Verpflichtung zu inklusiven Bildungsangeboten (vgl. United Nations, 2006) vor besonderen Herausforderungen steht, dieses Problem bearbeitet. Konkret wurde gefragt, *wie das Phänomen ADHS in der (Sonder-)Pädagogik als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird* und der Blick auf die Wissensproduktion der Disziplin gerichtet. Im Anschluss daran wurde sich in mehreren Etappen und aus unterschiedlichen Richtungen dem Gegenstand ADHS genähert, um so Erkenntnisse über dessen Konstruktion auf der Ebene institutionalisierter Wissensbestände und hiermit einhergehender Kontroversen zu erhalten.

Mit diesem abschließenden Fazit soll nun nicht nur auf die einzelnen Schritte dieser Arbeit zurückgeblückt werden, um zentrale Aspekte, gewonnene Befunde sowie bestehende Desiderate herauszustellen und die den Ausführungen zugrunde liegende Fragestellung zu beantworten. Vielmehr noch ist die Einbindung der diskursiven Konstruktion der Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens auf der Ebene (sonder-)pädagogischer Wissensbestände in gesellschaftliche Machtverhältnisse zu reflektieren, um weitergehende Diskussionen anzuregen.

Zum Einstieg konnte mittels empirischer Befunde (s. Kap. 2) zur Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene erziehungswissenschaftlicher Wissensbestände darauf verwiesen werden, dass diese von einer Vormachtstellung klinischer Perspektiven bestimmt scheint. Aufgrund der Beobachtung, dass die Konstruktion des Phänomens ADHS auf der Ebene (sonder-)pädagogischer Wissensbestände im deutschsprachigen Raum noch nicht untersucht wurde, konnte zudem verdeutlicht werden, dass mit der vorliegenden Arbeit ein bestehendes Desiderat bearbeitet wird. Dafür wurde sich im weiteren Verlauf zum einen an dem in den diskutierten Studien umrissenen Potenzial diskursanalytischer Ansätze orientiert. Zum anderen zielte das Vorgehen darauf, weitere Leerstellen in der erziehungswissenschaftlichen Bearbeitung des Gegenstands ADHS zu schließen, wozu neben der *mangelnden Berücksichtigung des Themas Normalität auch die fehlende Auseinandersetzung mit der Historizität und der Multidisziplinarität der Thematisierungsweisen zählt.*

Letzteres wurde dahingehend aufgegriffen, dass im zweiten Schritt die Problemkarriere des sozialen Problems ADHS mitsamt einhergehender Problemmuster rekonstruiert wurde (s. Kap. 3).

Umgesetzt wurde dies durch die Anwendung des Kokonmodells Schetsches (2000) und ausgehend von der These, dass ADHS ein soziales Problem darstellt, das seine Existenz Thematisierungen in unterschiedlichen institutionalisierten Wissensbeständen verdankt. Durch die Analyse konnte gezeigt werden, dass sich die Konstruktion des Phänomens in historischer Hinsicht als relational erweist und abhängig ist von unterschiedlichen disziplinären Wissensbeständen. Ferner kristallisierte sich heraus, dass klinische Wissensbestände und Problemmuster auch bei der Konstruktion von ADHS als einem sozialen Problem eine zentrale Bedeutung besitzen. Allerdings geht dies auf einen Perspektivenwechsel der Problembearbeitung zurück, der etwa um das Jahr 1850 einsetzte. Wie ersichtlich wurde, steht dieser in Verbindung mit tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen (u.a. der Durchsetzung kapitalistischer Produktionsverhältnisse und dem Emporkommen der Psychopathologie), durch die nicht nur die pädagogische Problembearbeitung von einer klinischen abgelöst, sondern gleichzeitig der Grundstein für die anhaltende Karriere des Problems gelegt wurde. Auch wenn mit diesem Analyseschritt die *Historizität und Multiperspektivität des Phänomens ADHS* abgebildet werden konnte, blieb die Bedeutung des Themas Normalität und dessen Einbindung in gesellschaftliche Machtverhältnisse bis hierhin noch unberücksichtigt.

Nach der Rekonstruktion der Problemkarriere wurde in der Analyse disziplinärer Konstruktionen des ‚Nicht_Normalen‘ auf dem Gebiet der (Sonder-)Pädagogik eine Möglichkeit gesehen, zur Etablierung des hierzulande noch wenig konturierten Forschungsgebiets der Disability Studies in Education beizutragen. Leitend ist hierbei eine kulturwissenschaftlich inspirierte Betrachtung, die dem Ziel folgt, (sonder-)pädagogische Konstruktionen von Normalität und Behinderung zu erfassen, um institutionalisierte Ausgrenzungsmechanismen innerhalb der Mehrheitsgesellschaft zu identifizieren. Vertieft wurde diese Ausrichtung durch normalismustheoretische Orientierungen, mit denen das ‚Nicht_Normale‘ als Effekt disziplinierender Normalisierungstechniken und als diskursiv-strategisch hervorgebrachte Kategorie verstanden werden konnte. Dies führte zur These, dass als ADHS bezeichnete Verhaltensweisen auf der diskursiv-semantischen Ebene des (sonder-)pädagogischen Fachdiskurses als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert werden und in dieser diskursiven Konstruktion Hinweise auf operative Verfahren enthalten sind, mit denen Techniken der Normierung und Normalisierung angeleitet werden.

Um vorangegangene Beobachtungen (s. Kap. 2, Kap. 3) aufzugreifen und die zu erwartende relationale und kontingente Konstruktion des Gegenstands ADHS im (sonder-)pädagogischen Interdiskurs untersuchen zu können, folgte der methodische Zugang einer diskurstheoretischen Orientierung. Dies hatte zum Ziel, den bisher nicht berücksichtigten *Zusammenhang von Macht und Wissen in der (sonder-)pädagogischen Wissensformierung zum Thema ADHS* zu erfassen. Der Bezug auf die diskurstheoretischen Ausführungen Foucaults (1981) versprach, die Verwobenheit von Macht und Wissen als Grundlage der sozialen Wirklichkeit zu unterstreichen. Ergänzt wurde dies um interdiskurstheoretische Annahmen, um Machtverteilungen im Interdiskurs exemplarisch zu klären und hegemonalisierte Bedeutungen zu markieren. Zur konkreten Analyse des Materials fanden Codiertechniken der Grounded Theory Verwendung und die Feinanalyse wurde von einem sensibilisierenden Konzept angeleitet (s. Kap. 5.3.1).

Die Analyse der Konstruktion des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens erfolgte anschließend in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurden die codierten Äußerungen systematisiert und in Form eines Codebaums dargestellt, um anhand der *Wissensoberfläche die diskursive Struktur* abbilden zu können (s. Kap. 6). Erkennbar wurden damit auf den einzelnen Ebenen beinahe durchgängig kontroverse Thematisierungen, die mit Verweisen auf entsprechende Wissensbestände einher-

gehen und sich jeweils durch unterschiedliche Begriffsverwendungen, Äußerungsmodalitäten und diskursive Abgrenzungen auszeichnen. Dies führte zu der Annahme, dass die Art, wie das Phänomen ADHS an der Oberfläche des Diskurses erscheint, das Resultat diskursiver Praktiken ist.

Um die *diskursive Praxis* erfassen zu können, wurde das Material im zweiten Schritt durch einen Bezug auf das verwendete sensibilisierende Konzept feinanalytisch untersucht (s. Kap. 7). Durch die interdiskurstheoretische Ausrichtung und die kontrastierende Betrachtung der beiden agonalen Positionierungen konnte herausgearbeitet werden, auf welche Weise die klinische Positionierung bei der Konzeption des Phänomens eine hegemoniale Bedeutung erhält. *Damit einhergehend zeigte sich auf den einzelnen Analyseebenen eine Vormachtstellung protonormalistischer Normalisierungsstrategien, die zu einer spezifischen Konzeption des Gegenstands führt, normierende und normalisierende Praktiken anleitet und sich auf die Zuweisung von Sprecher_innen- und Subjektpositionen auswirkt.*

Die Befunde dieser feinanalytischen Betrachtung ermöglichen schließlich, die zentrale Fragestellung dieser Arbeit (s. Kap. 1) zu beantworten. So konnte durch die Analyse nachgewiesen werden, dass das Phänomen ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs durch den Einsatz unterschiedlicher normalistischer Strategien als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird. Geprägt ist diese Konstruktion von der auf den jeweiligen Analyseebenen identifizierten hegemonialen Stellung der klinischen Positionierung, die neben der diskursiven Konstruktion des Gegenstands auch die Anleitung operativer Verfahren der Normierung und Normalisierung sowie die Zuweisung von Sprecher_innen und Subjektpositionen beeinflusst. *Trotz einer grundsätzlich kontroversen Diskussion ist die Kategorie des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs das Resultat protonormalistischer Orientierungen auf den einzelnen Analyseebenen.*

Durch die Verortung der eigenen Untersuchung im Feld der Dis_ability Studies in Education und einhergehend mit der Zielstellung, die (sonder-)pädagogische Wissensproduktion zum Thema ADHS kritisch zu überprüfen, sind abschließend zentrale Befunde und Desiderate zu diskutieren. Zu Letzteren zählen die Nichtbeachtung historischer, sozialer und schulischer Kontextfaktoren, das außer Acht lassen von Verflechtungen weiterer gesellschaftlicher Differenzkategorien mit dem Risiko einer ADHS-Diagnose sowie die Negation der kontrovers geführten Ursachendiskussion. Dies führt dazu, dass die (sonder-)pädagogische Wissensproduktion zum Gegenstand ADHS nicht nur eine individualistische Betrachtung des Phänomens provoziert, sondern sich *auf der Ebene der diskursiven Thematisierung aufgrund der Orientierung an einer ‚objektiven Pathologie‘ (vgl. Canguilhem, 2012, 243) zugleich ein institutionalisiertes ‚making of impairment‘ abzeichnet.* Es kann festgehalten werden, dass die (sonder-)pädagogische Beschäftigung mit dem Thema ADHS durch die Vormachtstellung protonormalistischer Orientierungen weiterhin der Logik des medizinischen Modells von Behinderung folgt (s. Kap. 4.1.1). Darüber hinaus wird durch die Ergebnisse erkennbar, auf welche Weise die mit dieser Orientierung einhergehende „ideology of normality“ (Oliver, 1990, o.S.) ihre Wirkung entfaltet.

Im Falle von ADHS zielt diese auf eine unbedingte Wiederherstellung normativ gesetzter schulischer Verhaltensanforderungen, wodurch sich *das ‚Normale‘ in mehrfacher Hinsicht als Zwangsprinzip* erweist. Einerseits, da Techniken der Normierung und Normalisierung von den im derzeitigen schulischen Kontext herrschenden normativen Verhaltenserwartungen und normalistisch ausgehandelten Belastungsgrenzen bestimmt zu sein scheinen. Andererseits, weil die als ‚nicht_normal‘ markierten Schüler_innen zu einer Re-Integration in den bestehenden schu-

lischen Kontext gezwungen werden; und zwar ohne dessen Bedingungen hinreichend zu reflektieren. Die Möglichkeit der protonormalistischen Normierung, die mit der diskursiven Konstruktion des Gegenstands in Verbindung steht, führt somit in Kombination mit dem Zwang zur Re-Integration dazu, dass die starren Grenzen des Systems Schule unhinterfragt weiter existieren können. *In anderen Worten trägt die Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs zum Schutz der in Schulen vorherrschenden Normalität bei; allerdings zum Preis der mit diesen institutionalisierten Ausgrenzungsmechanismen einhergehenden individualistischen Zuschreibungen und Zwänge.* Das Zwanghafte wird hierbei auf zweifache Weise wirksam: zum einen durch das zwanghafte Festhalten an den derzeit existierenden schulischen Strukturen und zum anderen durch den auf die Schüler_innensubjekte ausgeübten Zwang, sich wieder in Richtung gewünschter Normalität zu führen.

Auf diese Weise entsteht der Eindruck, dass die zentrale Funktion dieser Konstruktion darin besteht, den prekären Zustand schulischer Normalität zu schützen. *So führt die (sonder-)pädagogische Wissensproduktion zum Thema ADHS aufgrund der identifizierten Faktoren zu einer Entlastung des Systems Schule;²⁴⁸ einer Entlastung allerdings, die aufgrund der angesprochenen Individualisierungen zu Lasten ihrer eigenen Klientel erfolgt.* Um die erwarteten Effekte dieser diskursiven Konstruktion des ‚nicht_normalen‘ Verhaltens im Einzelnen überprüfen zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen, in denen insbesondere Subjektivierungsweisen von entsprechend markierten und normalisierten Schüler_innensubjekten untersucht werden. Vielversprechend erscheint außerdem eine machtanalytisch inspirierte Betrachtung pädagogischer Praktiken, mit welchen Grenzen zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen gezogen und Schüler_innen auf eine spezifische Weise geführt werden.

Eine weitere Funktion, die mit der (sonder-)pädagogischen Konstruktion des Phänomens ADHS einhergeht, ist die Delegation der Problembearbeitung in das klinische Feld. Hervorgehoben wird diese dadurch, *dass sich die (Sonder-)Pädagogik im Rahmen ihrer eigenen Wissensformierung zum Thema ADHS selbst keinen Ort des legitimen Sprechens zuweist.* Dies hat zur Folge, dass die Möglichkeit eines spezifisch-pädagogischen Umgangs mit den entsprechenden Verhaltensweisen durch die Delegitimation (sonder-)pädagogischer Zugriffe auf ‚nicht_normale‘ Verhaltensweisen verunmöglicht wird. *Daraus resultiert, dass das im Kontext von ADHS bestehende Inklusionsproblem des Erziehungssystems (vgl. Becker, 2014, 319) durch die Art der (sonder-)pädagogischen Beschäftigung mit dem Gegenstand ADHS nachhaltig bestärkt wird.*

Es ist zu konstatieren, dass die Konstruktion des Phänomens ADHS im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens den Forderungen einer inklusiven Pädagogik nach differenzsensiblen, dekategoriellen und nicht-hierarchischen Konzepten (vgl. Haas, 2012; Hinz, 2002, 2009; Prengel, 1993) klar widerspricht. Durch den Transfer der kulturwissenschaftlich inspirierten Perspektive der Disability Studies in das (sonder-)pädagogische Feld kann damit die *Notwendigkeit einer Rekonzeptualisierung (sonder-)pädagogischer Wissensformierungen* unterstrichen werden. Nötig erscheinen neben einer veränderten Konzeptualisierung ‚nicht_normaler‘ Verhaltensweisen und einer Überwindung individualistischer Orientierungen (vgl. Connor et al., 2008, 445) vor allem auch pädagogische Strategien und Praktiken, mit denen eine Flexibilisierung der im schulischen Kontext bestehenden Normalitätsgrenzen angeregt werden kann und die Schüler_innen ausgehend von deren Sinnkonstruktionen und Besonderheiten statt einer Orientierung an einem als erstrebenswert erachteten ‚Normal-Zustand‘ normalisieren (vgl. Damberger, 2012, o.S.).

248 Und zwar sowohl möglicher Förderstandorte als auch der klassischen Regelschule.

Abschließend sei darauf verwiesen, dass es in dieser Arbeit um die Frage ging, wie bestimmte Verhaltensweisen ‚nicht_normal‘ gemacht werden. Das Ziel war eine macht- und normalismuskritische Betrachtung der Konstruktion des Gegenstands ADHS im (sonder-)pädagogischen Feld. Wenngleich mit den präsentierten Ergebnissen benötigte Modifikationen disziplinärer Zugriffe unterstrichen werden können, so wird aufgrund der Annahme, dass die (sonder-)pädagogische Konstruktion des ‚Nicht_Normalen‘ selbst ein Effekt gesellschaftlicher Machtverhältnisse darstellt, die Schwierigkeit ersichtlich, die diskutierten Anforderungen einzulösen. Da jedoch das, was im (sonder-)pädagogischen Fachdiskurs am Beispiel ADHS zu einer Variante ‚nicht_normalen‘ Verhaltens gemacht wird, nicht zwangsläufig so erscheinen muss, wie es derzeit tut, erscheint es geboten, ‚nicht_normale‘ Fahrten zu starten.

Literaturverzeichnis

- Ahrbeck, B. (2007). Hyperaktivität, innere Welt und kultureller Wandel. In B. Ahrbeck (Hrsg.), *Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie* (S. 13-44). Stuttgart: Kohlhammer.
- Albrecht, G.; Groenemeyer, A. & Stallberg, F.W. (Hrsg.) (1999). *Handbuch soziale Probleme*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Alheit, P. (1999). *Grounded Theory. Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse*. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter http://www.fallarchiv.uni-kassel.de/wp-content/uploads/2010/07/alheit_grounded_theory_ofas.pdf
- Althusser, L. (1977). Ideologie und ideologische Staatsapparate: Aufsätze zur marxistischen Theorie. Hamburg/Berlin: VSA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.), DSM-III. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd.ed. rev.), DSM-III-R. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th.ed.), DSM-IV. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), DSM-V. Arlington: APA.
- Amft, H. (2004). Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In H. Amft, M. Gerspach & D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie* (2. Aufl.) (S. 47-149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bachmann, C.J.; Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie. Bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten der Jahre 2009-2014 zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt*, 114 (9), 141-148.
- Baglieri, S.; Valle, J.W.; Connor, D.J. & Gallagher, D.J. (2011). Disability Studies in Education: The Need for a Plurality of Perspectives on Disability. *Remedial and Special Education*, 32(4), 267-278.
- Baier, S.; Reiter, S. & Winkler, C. (2008). Welches Verhalten stört die Didaktik? In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Didaktik in der Sonderpädagogik – Festschrift zum 60. Geburtstag von Dr. Stephan Baumgartner* (S. 153-182). Rimpf: Edition Freisleben.
- Banaschewski, T. (2010). Genetik. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 113-127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.
- Barnes, C. (2003). Disability studies: what's the point? Zugriff am 24.10.2019. Verfügbar unter <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1323&context=gladnetcollect>
- Barnes, C. & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*. Cambridge: Polity Press.
- Baumert, J. & Kunter, M. (2006). Stichwort: Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 9 (4), 469-520.
- Becker, N. (2007). Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften. In U. Mietzner, H.-E. Tenorth & N. Welter (Hrsg.), *Zeitschrift für Pädagogik: Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis*. 52. Beiheft (S. 186-201). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Becker, N. (2014). *Schwierig oder krank?: ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Beckerle, C. & Mackowiak, K. (2016). Beziehungsgestaltung und Klassenklima im Kontext von ADHS. In K. Mackowiak & S.A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung und Interventionen* (S. 55-69). Stuttgart: Kohlhammer.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1992). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. (5. Aufl.; Original 1969). Frankfurt am Main: Fischer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (15. neu bearbeitete Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bonney, H. (2008). Neue Behandlungspfade. In H. Bonney (Hrsg.), *ADHS – kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst* (S. 246-269). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Bösl, E. (2009). *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: transcript.

- Brandeis, D. & Banaschewski, T. (2010). Neurophysiologie elektrische Hirnaktivität. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 57-75). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandl, Y. (2007). Einmal bitte Öl wechseln und die Schaltung reparieren. Sprache und metaphorische Wahrnehmungen zur kindlichen Verhaltensbeschreibung. In B. Ahrbeck (Hrsg.), *Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie* (S. 49-71). Stuttgart: Kohlhammer.
- Breggin, P.R. (2000). The NIMH multimodal study of treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 13, 15-22.
- Brehme, D.; Fuchs, P.; Köbsell, S. & Wesselmann, C. (2020). *Disability Studies im deutschsprachigen Raum: Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Bruner, C.F. (2005). *Körperspuren. Zur Dekonstruktion von Körper und Behinderung in biografischen Erzählungen von Frauen*. Bielefeld: transcript.
- Bublitz, H.; Bührmann, A.D.; Hanke, C. & Seier, A. (1999). Diskursanalyse – (k)eine Methode? Eine Einleitung. In H. Bublitz, A.D. Bührmann, C.Hanke. & A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 10-21). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- Buchner, T. & Koenig, O. (2008). Methoden und eingenommene Blickwinkel in der sonder- und heilpädagogischen Forschung von 1996 – 2006 – eine Zeitschriftenanalyse. *Heilpädagogische Forschung*, 34(1), 15-34.
- Buchner, T. (2015). Mediating Ableism: Border work and resistance in the biographical narratives of young disabled people. *Zeitschrift für Inklusion*, (2). Zugriff am 21.09.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/272>
- Buchner, T.; Pfahl, L. & Traue, B. (2015). Zur Kritik der Fähigkeiten: Ableism als neue Forschungsperspektive der Disability Studies und ihrer Partner_innen. *Zeitschrift für Inklusion*, (2). Zugriff am 21.09.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/273>
- Buchner, T. (2018). *Die Subjekte der Integration. Schule, Biographie und Behinderung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bühler-Niederberger, D. (2005). *Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum*. Weinheim/München: Juventa.
- Bührmann, A.D. (1999). Der Diskurs als Diskursgegenstand im Horizont der kritischen Ontologie der Gegenwart. In H. Bublitz, A.D. Bührmann, C. Hanke. & A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 49-62). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- Bundesärztekammer (2005). *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Langfassung*. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter <https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user.../downloads/ADHSLang.pdf>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2014). *Erstmals seit 20 Jahren kein Anstieg beim Methylphenidat-Verbrauch. Pressemitteilung Nummer 05/14*. Zugriff am 27.10.2014. Verfügbar unter <http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/mitteil2014/pm05-2014.html>
- Bundschuh, K. (1998). Zum Begriff und Problem der Lernprozessanalyse. In H. Eberwein & S. Knauer (Hrsg.) (1998), *Handbuch Lernprozesse verstehen. Wege einer neuen (sonder-)pädagogischen Diagnostik* (S. 94-108). Weinheim/Basel: Beltz.
- Burkhardt, G. (2008). Subjekt und Sexualität bei Giddens und Foucault. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Teilbd. 1 u. 2 (S. 4737-4746). Frankfurt am Main: Campus Verl. Zugriff am 15.07.2019. Verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-154618>
- Butler, J. (2006). *Hass spricht. Zur Politik des Performativen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Canguilhem, G. (2012). *Das Normale und das Pathologische* (Neuausgabe; Original 1966). Berlin: August-Verlag.
- Castellanos, F.X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 617-628.
- Castellanos, F.X.; Sonuga-Barke, E.J.S.; Milham, M.P. & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117-123.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide through Qualitative Analysis*. London/Thousand Oaks/New Dehli: Sage Publications.
- Claßen, A. (2013). *Classroom-Management im inklusiven Klassenzimmer*. Mühlheim: Verlag an der Ruhr.
- Cole-Turner, R. (2007). Do Means Matter. In E. Parens (Hrsg.), *Enhancing Human Traits. Ethical and social implications* (10. Aufl.) (S. 151-162). Washington: University Press.
- Connor, D.J.; Gabel, S.L.; Gallagher, D.J. & Morton, M. (2008). Disability studies and inclusive education – implications for theory, research, and practice. *International Journal of Inclusive Education*, 12(5-6), 441-457.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1980). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

- Conrad, P. & Potter, D. (2000). ‚From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories‘. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Conrad, P. (2005). ‚The Shifting Engines of Medicalization‘. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14.
- Crary, J. (2002). *Aufmerksamkeit. Wahrnehmung und moderne Kultur*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Damberger, T. (2012). *Erziehung und Ritalin oder: Pädagogik als Human Enhancement?* Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter http://www.ads-kritik.de/Damberger_Erziehung%20und%20Ritalin.pdf
- Dammasch, F. (2006). ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 189-221). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Danforth, S. & Navarro, V. (2001). Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language. *Anthropology & Education Quarterly*, 32(2), 167-190.
- Danforth, S. & Kim, T. (2008). Tracing Metaphors of ADHD: A Preliminary Analysis with Implications for Inclusive Education. *International Journal of Inclusive Education*, 12(1), 49-64.
- Danforth, S. & Gabel, S.L. (Hrsg.). (2008). *Vital Questions Facing Disability Studies in Education* (Vol. 2). New York: Peter Lang.
- Dannenbeck, C. (2007). Paradigmenwechsel Disability Studies? Für eine kulturwissenschaftliche Wende im Blick auf die Soziale Arbeit mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 103-125). Bielefeld: transcript.
- Danz, S. (2015). *Vollständigkeit und Mangel*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Dederich, M. (2004). Behinderung, Körper und die kulturelle Produktion von Wissen – Impulse der amerikanischen Disability Studies für die Soziologie der Behinderten. In R., Forster (Hrsg.), *Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene* (S. 175-196). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Dederich, M. (2007). *Körper, Kultur, Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies*. Bielefeld: transcript.
- Dederich, M. (2012). Heilpädagogik und Disability Studies als Kulturwissenschaften – Umriss eines Forschungsprogramms. In K. Rathgeb (Hrsg.), *Disability Studies. Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen* (S. 91-104). Wiesbaden: Springer VS.
- Dederich, M. (2013). Heilpädagogik als Kulturwissenschaft. In O. Musenberg (Hrsg.), *Kultur – Geschichte – Behinderung. Die kulturwissenschaftliche Historisierung von Behinderung* (S.43-66). Oberhausen: Athena.
- Degele, N. & Winker, G. (2007). *Intersektionalität als Mehrebenenanalyse*. Zugriff am 28.10.2019. Verfügbar unter <https://www.sozioologie.uni-freiburg.de/personen/degele/dokumente-publikationen/intersektionalitaet-mehrebenen.pdf>
- Degener, T. (2003). „Behinderung neu denken“. Disability Studies als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland. In G. Hermes & S. Köbsell (Hrsg.), *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003* (S. 23-26). Kassel: Bifos.
- DeGrandpre, R. (2005). *Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Derrida, J. (2004). *Die différance: Ausgewählte Texte*. Stuttgart: Reclam.
- Diaz-Bone, R. (1999). Probleme und Strategien der Operationalisierung des Diskursmodells im Anschluß an Michel Foucault. In H. Bublitz, A.D. Bührmann, C. Hanke. & A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 119-135). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- Diaz-Bone, R. (2006). Die interpretative Analytik als methodologische Position. In B. Kerchner & S. Schneider (Hrsg.), *Foucault: Diskursanalyse der Politik* (S. 68-84). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Diller, L.H. (1996). The Run on Ritalin Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report*, 26(2), 12-18.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dollinger, B. & Urban, M. (2012). Die Analyse von Interdiskursen als Form qualitativer Sozialforschung. Ein Grundlagen- und Projektbericht am Beispiel Jugendkriminalität. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 13(2), Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1786>
- Dollinger, B.; Rudolph, M.; Schmidt-Semisch, H. & Urban, M. (2015). Von Spitzeln, Zeitbomben und der sozialen Feuerwehr. Die Analyse von Interdiskursen und Kollektivsymbolen am Beispiel von Jugendkriminalität in den 1970er und 1980er Jahren. In S. Fegter, F. Kessl, A. Langer, M. Ott, D. Rothe & D. Wrana (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Empirische Analysen zu Bildungs- und Erziehungsverhältnissen* (S. 283-299). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Döpfner, M.; Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.

- Döpfner, M.; Schürmann, S. & Fröhlich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP* (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Döpfner, M. & Steinhausen, H.-C. (2010). Psychosoziale Faktoren. Integrative ätiologische Modelle. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 134-144). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döpfner, M.; Rothenberger, A. & Steinhausen, H.-C. (2010). Integrative ätiologische Modelle. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 145-151). Stuttgart: Kohlhammer.
- Drechsler, R. (2010). Neuropsychologie. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 92-112). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dreyfus, H.L. & Rabinow, P. (1994). *Michel Foucault: jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. (2., neu bearbeitete Aufl.) Weinheim: Beltz, Athenäum.
- Ehrenspeck-Kolasa, Y. (2015). Das Thema Aufmerksamkeit in der Pädagogik des 18. Jahrhunderts. Joachim Heinrich Campes Reflexionen zur Beobachtung und Bildung „junger Kinderseelen“. In S. Reh, K. Berdelmann, & J. Dinkelaeker (Hrsg.), *Aufmerksamkeit. Geschichte – Theorie – Empirie* (S. 21-34). Wiesbaden: Springer VS.
- Esser, G. & Schmidt, M. (1987). *Minimale Cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom? Empirische Untersuchung zur Bedeutung eines zentralen Konzepts in der Kinderpsychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Esser, G.; Schmidt, M & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school age children – results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31 (2), 243-263.
- Farah, M.J.; Illes, J., Cook-Deegan, R., Gardner, H., Kandel, E., King, P., Parens, E., Sahakian, B. & Wolpe, P.R. (2004). Neurocognitive enhancement: What can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5, 421-425.
- Fegter, S. (2012). *Die Krise der Jungen in Bildung und Erziehung. Diskursive Konstruktion von Geschlecht und Männlichkeit*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Fegter, S. (2015). Die doppelte Bildungskrise der Jungen. (Neu-)Ordnungen von Geschlecht und Männlichkeit im Modus generationaler Aufmerksamkeit und Sorge. In S. Fegter, F. Kessl, A. Langer, M. Ott, D. Rothe & D. Wrana (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Empirische Analysen zu Bildungs- und Erziehungsverhältnissen* (S. 325-345). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Fegter, S.; Kessl, F., Langer, A., Ott, M., Rothe, D. & Wrana, D. (2015). Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Theorien, Methodologien, Gegenstandskonstruktionen. In S. Fegter, F. Kessl, A. Langer, M. Ott, D. Rothe & D. Wrana (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Empirische Analysen zu Bildungs- und Erziehungsverhältnissen* (S. 9-55). Wiesbaden: VS-Verlag.
- First, M.B. (2017). *Handbuch der Differenzialdiagnosen – DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Foucault, M. (1977). *Überwachen und Strafen* (1. Aufl., Original: 1976). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1981). *Archäologie des Wissens* (1. Aufl.; Original 1973). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1983). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I* (1. Aufl., Original: 1977). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2003). *Die Anormalen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2010). *Die Ordnung des Diskurses* (11. erweiterte Aufl., Original 1972). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freedman, J.E. (2016). An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 20(1), 32-51. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13603116.2015.1073375>
- Freitag, W. (2005). *Contergang: eine genealogische Studie des Zusammenhangs wissenschaftlicher Diskurse und biographischer Erfahrungen*. Münster/New York/München/Berlin: Waxmann.
- Gawrilow, C.; Guderjahn, L. & Gold, A. (2013). *Störungsfreier Unterricht trotz ADHS. Mit Schülern Selbstregulation trainieren – ein Lehrermanual*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gerspach, M. (2004). Unkonzentrierte Kinder verstehen lernen. In H. Amft, M. Gerspach & D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie* (2. Aufl.) (S. 150-217). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerspach, M. (2014). *Generation ADHS – den „Zappelphilipp“ verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Glaser, B.G. & Strauss, A. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Goodley, D. (2011). *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction*. London: Sage.
- Gotwald, C. (2009). *Lachen über das Andere. Eine historische Analyse komischer Repräsentationen von Behinderungen*. Bielefeld: transcript.
- Graham, L.J. (2006). *From ABCs to ADHD: The role of schooling in the construction of 'behaviour disorder' and production of 'disorderly objects'*. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter <http://eprints.qut.edu.au/5447/>

- Greeley, H.; Sahakian, B.; Harris, J.; Kessler, R.C.; Gazzaniga, M.; Campbell, P. & Farah, M. (2008). Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, 456(7223), 702-705.
- Grobe, T.G.; Bitzer, E.M. & Schwartz, F.W. (2013). *Barmer GEK Arztreport 2013 – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 18. St. Augustin: Barmer GEK. Zugriff am 27.10.2019. Verfügbar unter https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Arztreport/Arztreport-2013/Content-Arztreport-2013.html?w-cm=LeftColumn_t39735
- Groenemeyer, A. (1999). Soziale Probleme, soziologische Theorie und moderne Gesellschaften. In G. Albrecht, A. Groenemeyer & F.W. Stallberg (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme* (S. 13-72). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, R. (2006). Der body turn in der Soziologie. Eine programmatische Einführung. In R. Gugutzer (Hrsg.), *body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports* (S. 9-56). Bielefeld: transcript.
- Haas, B. (2012). Dekonstruktion und Dekategorisierung: Perspektiven einer nonkategorialen (Sonder-) Pädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 63 (10), 404-413.
- Haas, B. (2016). Diagnostik als gouvernementale Strategie – Regierungsweisen der Differenz und Anforderungen an eine inklusive Diagnostik. In B. Amrhein (Hrsg.), *Diagnostik im Kontext inklusiver Bildung – Theorien, Ambivalenzen, Akteure, Konzepte* (S. 118-133). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Haas, B. (2019). Zur Konstitution des ‚ableist divide‘ in der sonderpädagogischen Wissensproduktion zum Gegenstand ADHS. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 64 (3), 253-264.
- Hacking, I. (1999). *Was heißt ‚soziale Konstruktion‘? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hartmann, T. (2009). *Eine andere Art, die Welt zu sehen: das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*. Lübeck/Berlin/Essen/Wiesbaden: Schmidt-Römhild.
- Haubl, R. (2008). Die Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung als kulturgeschichtliches Phänomen. *Psychotherapie Forum*, 16 (2), 85-91.
- Haubl, R. & Liebsch, K. (2011). Medikamentierte Männlichkeiten. Zum krisenhaften Selbstverständnis von Jungen mit einer ADHS-Diagnose. In M. Bereswill & A. Neuber (Hrsg.), *In der Krise? Männlichkeiten im 21. Jahrhundert* (S. 136-159). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Häufler, G. (2002). Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51 (6), 454-465.
- Heinrich, H. (2010). Neurofeedback. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 355-361). Stuttgart: Kohlhammer.
- Helbig, S. (2011). Diskurse über ADHS zwischen Anlage und Umwelt. In U. Sauerbrey & M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 69-138). Jena: edition Paideia.
- Hermes, G. (2006). Der Wissenschaftsansatz Disability Studies – Neue Erkenntnisse über Behinderung? In: G. Hermes & E. Rohrmann (Hrsg.), *Nichts über uns – ohne uns!* (S. 15-30). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Hillenbrand, C. (2010). Evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung bei ADHS. In H. Ricking & G.C. Schulze (Hrsg.), *Förderbedarf in der emotionalen und sozialen Entwicklung: Prävention, Interdisziplinarität und Professionalisierung* (S. 272-280). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hinz, A. (2002). Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53 (9), 354-361.
- Hinz, A. (2009). Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik!? Oder doch deren Ende? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 60 (5), 171-179.
- Hinz, A. (2013). Inklusion – von der Unkenntnis zur Unkenntlichkeit!? – Kritische Anmerkungen zu einem Jahrzehnt Diskurs über schulische Inklusion in Deutschland. *Zeitschrift für Inklusion*, (1). Zugriff am 03.11.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/26/26>
- Hirschberg, M. (2009). *Behinderung im internationalen Diskurs*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Hirschberg, M. (2012). Krank oder behindert? Die Bedeutung tradierter Begriffssysteme und deren Anwendung für komplexe Syndrome. *Forum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Forum D* (11), 1-7.
- Hirschberg, M. (2015). Die überaus fähige Lehrkraft. Zur Wirkungsweise von Ableism in der Subjektivierung von Lehrkräften. *Zeitschrift für Inklusion*, (2). Zugriff am 11.11.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/274>
- Hirschberg, M. & Köbsell, S. (2016). Grundbegriffe und Grundlagen: Disability Studies, Diversity und Inklusion. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 555-568). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Hirschberg, M. & Köbsell, S. (2021). Disability Studies in Education: Normalität/en im inklusiven Unterricht und im Bildungsbereich hinterfragen. In A. Köpfer, J. Powell & R. Zahnd (Hrsg.): *Handbuch Inklusion international. Globale, nationale und lokale Perspektiven auf Inklusive Bildung* S. 127-146). Barbara Budrich: Opladen.
- Hofbauer, S. (2019). *Die diskursive Konstruktion des „Lehrerwissens“ zwischen Disziplin und Profession*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hoffmann, G. (2004). Classroom Management: Anleitung zur Verhaltensmodifikation in der Schule. In U. Preuss-Lausitz (Hrsg.), *Schwierige Kinder – Schwierige Schule* (S. 65-78). Weinheim/Basel: Beltz.
- Hommel, M. (2012). *Aufmerksamkeitsverhalten und Lernerfolg – eine Videostudie*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Hughes, B. & Paterson, K. (1997). The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12 (3), 325-340.
- Hülst, D. (2010). Grounded Theory. In B. Frieberthäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S. 281-300). Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Huss, M.; Stadler, C.; Salbach, H.; Mayer, P.; Ahle, M. & Lehmkuhl, U. (2002). ADHS im Lehrerurteil: Ein Vergleich von Klinik- und Normstichprobe anhand der Conners-Skalen. *Kindheit und Entwicklung*, 11 (2), 90-97.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2002). *Neues vom Zappelphilipp – ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. (1. Aufl.). Düsseldorf: Patmos.
- Hüther, G. (2004). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen: Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 117-130). München/Basel: E. Reinhardt.
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen: Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 222-237). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2009). *Neues vom Zappelphilipp – ADS verstehen, vorbeugen und behandeln* (9. Aufl.). Düsseldorf: Patmos.
- Hüther, G. (2010). Entwicklungsneurobiologische Ansätze und Perspektiven. In B. Ahrbeck & M. Willmann (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch* (S. 106-112). Stuttgart: Kohlhammer.
- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1, 73-77.
- Imhof, M.; Skrodzki, K. & Urzinger, M.S. (2003). *Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht* (5. Aufl.). Donauwörth: Auer Verlag.
- Jacob, J.; Köbsell, S. & Wollrad, E. (Hrsg.). (2010). *Gendering disability: intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht*. Bielefeld: transcript.
- Jacobs, K. & Petermann, F. (2013). *Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen: das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER*. Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, S. (2006). Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöfer (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S. 83-115). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kalender, U. (2012). in vitro. In N. Marquardt & V. Schreiber (Hrsg.), *Ortsregister: ein Glossar zu Räumen der Gegenwart* (S. 138-143). Bielefeld: transcript.
- Kalthoff, H. (2008). Einleitung: Zur Dialektik von qualitativer Forschung und soziologischer Theoriebildung. In H. Kalthoff, S. Hirschauer & G. Lindemann (Hrsg.), *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung* (S. 8-32). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Karsch, F. (2011). Die Prozessierung biomedizinischen Wissens am Beispiel der ADHS. In R. Keller & M. Meuser (Hrsg.), *Körperwissen* (S. 271-288). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kauder, P. & Vogel, P. (2015). Einleitung. In Kauder, P. & Vogel, P. (Hrsg.), *Lehrbücher in der Erziehungswissenschaft – ein Spiegel der Disziplin* (S. 7-13). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kelle, H. (2013). Normierung und Normalisierung der Kindheit. Zur (Un)Unterscheidbarkeit und Bestimmung der Begriffe. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 15-37). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Keller, R. (2007). Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissenschaftlichen Profilierung der Diskursforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 8 (2), 73-107.

- Keller, R. (2008). *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Keller, R. (2011a). *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (4., neu bearbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Keller, R. (2011b). Wissenssoziologische Diskursanalyse. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöfer (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S. 125-158). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kilian, R. (2012). Psychische Krankheit als soziales Problem. In G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme Band 1* (S. 924-957). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kliems, H. (2008). Vita hyperactiva: ADHS als biosoziales Phänomen. In J. Niewöhner, C. Kehl & S. Beck (Hrsg.), *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaften* (S. 143-169). Bielefeld: transcript.
- Klinkert, T. (2010). *Epistemologische Fiktionen: zur Interferenz von Literatur und Wissenschaft seit der Aufklärung*. Berlin: De Gruyter.
- Köbsell, S. (2015a). Disability Studies in Education. *Zeitschrift für Inklusion*, (2). Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/275>
- Köbsell, S. (2015b). Disability Studies und Inklusion oder: Warum Inklusion die Disability Studies braucht. In I. Schnell (Hrsg.), *Herausforderung Inklusion* (S. 116-128): Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Koller, H.-C. & Lüders, J. (2004). Möglichkeiten und Grenzen der Foucaultschen Diskursanalyse. In N. Ricken & M. Rieger-Ladich (Hrsg.), *Michel Foucault: Pädagogische Lektüren* (S. 57-76). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Konrad, K. (2010). Neuroanatomie. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 42-56). Stuttgart: Kohlhammer.
- Konsensus-Erklärung (2005). Zur Medienberichterstattung über ADHS. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter [http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/1_1_aktuelle_infos/2014-12-09_Consensus_Statement_-_second_ed_-_mit_dt__Unterzeichnern_2\).pdf](http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/1_1_aktuelle_infos/2014-12-09_Consensus_Statement_-_second_ed_-_mit_dt__Unterzeichnern_2).pdf)
- Kossack, P. & Ort, M. (2006). Diskursive Diskontinuitäten – Eine Analyse zum Gebrauch des Lernbegriffs in Fachzeitschriften der Weiterbildung. In G. Wiesner, C. Zeuner & H.J. Forneck (Hrsg.), *Empirische Forschung und Theoriebildung in der Erwachsenenbildung* (S. 248-260). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Köster, I.; Schubert, I.; Döpfner, M.; Adam, C.; Ihle, P. & Lehmkuhl, G. (2004). Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung nach den Daten der Versicherungsstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998-2001). *Zeitschrift Kinder-Jugendpsychiatrie*, 32 (3), 157-166.
- Kremsner, G. (2017). *Vom Einschluss der Ausgeschlossenen zum Ausschluss der Eingeschlossenen. Biographische Erfahrungen von so genannten Menschen mit Lernschwierigkeiten*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Krowatschek, D.; Krowatschek, G. & Hengst, U. (2002). *Das ADS-Trainingsbuch. Methoden, Strategien und Materialien für den Einsatz in der Schule* (2. Aufl.). Lichtenau: AOL-Verlag.
- Krowatschek, D.; Albrecht, S. & Krowatschek, G. (2011). *Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder*. Dortmund: Borgmann.
- Kultusministerkonferenz (2000). Empfehlungen zum Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.03.2000. Zugriff am 25.09.2019. Verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_03_10-FS-Emotionale-soziale-Entw.pdf
- Lahtz, T. & Mackowiak, K. (2016). Klassenführung im Kontext von ADHS. In K. Mackowiak & S.A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung und Interventionen* (S. 97-129). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lange, K.W.; Reichl, S.; Lange, K.M.; Tucha, L. & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2 (4), 241-255.
- Langner, A. (2009). Verhaltensauffälligkeit – Verhaltensstörung. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter http://www.inklusion-lexikon.de/Verhalten_Langner.php
- Langer, A. & Wrana, D. (2010). Diskursforschung und Diskursanalyse. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., neu bearbeitet Aufl.) (S. 335-349). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Lehmkuhl, G. & Döpfner, K. (2006). Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 118-133). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Lehmkuhl, G. & Döpfner M. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In H. Remschmidt, F. Matzejat & A. Warnke (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (S. 214-229). Stuttgart, New York: Thieme.

- Leuzinger-Bohleber, M. (2006). Einführung. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 9-50). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Staufenberg, A. & Fischmann, T. (2007). ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(4), 356-385.
- Levy, F. (2014). DSM-5, ICD-11, RDoC and ADHD diagnosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1163-1169.
- Liebsch, K. (2009). Zwischen Enhancement und Stigmatisierung: Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 4(4), 499-511.
- Liebsch, K. (2010). Passung und Anpassung. Zur Herstellung von Zugehörigkeit und Teilhabe durch AD(H)S-Medikation. In R. Haubl & K. Liebsch (Hrsg.), *Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben* (S. 185-203). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Liebsch, K. & Manz, U. (2010). Einleitung. In K. Liebsch & U. Manz (Hrsg.), *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* (S. 7-20). Bielefeld: transcript.
- Liebsch, K.; Haubl, R.; Brade, J. & Jentsch, S. (2013). Normalität und Normalisierung von AD(H)S. Prozesse und Mechanismen der Entgrenzung von Erziehung und Medizin. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 158-177). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Lingenauber, S. (2003). *Integration, Normalität und Behinderung. Eine normalismustheoretische Analyse der Werke (1970-2000) von Hans Eberwein und Georg Feuser*. Opladen: Leske & Budrich.
- Link, J. (1983). Was ist und was bringt Diskurstaktik. *kultuRRevolution*, 2, 60-66.
- Link, J. (1988). Literaturanalyse als Interdiskursanalyse. Am Beispiel des Ursprungs literarischer Symbolik in der Kollektivsymbolik. In J. Fohrmann & H. Müller (Hrsg.), *Diskurstheorien und Literaturwissenschaft* (S. 284-307). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Link, J. & Link-Heer, U. (1990). Diskurs Interdiskurs und Literaturanalyse. *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, 20(77), 88-99.
- Link, J. (1997). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Link, J. (1999). Diskursive Ereignisse, Diskurse, Interdiskurse: Sieben Thesen zur Operativität der Diskursanalyse am Beispiel des Normalismus. In H. Bublitz, A.D. Bührmann, C. Hanke & A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 148-161). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- Link, J. (2004). „Irgendwo stößt die flexibelste Integration schließlich an eine Grenze“. Behinderung zwischen Normativität und Normalität. In S. Graumann, K. Grüber, J. Nicklas-Faust, S. Schmidt & M. Wagner-Kern (Hrsg.), *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel* (S. 130-139). Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Link, J. (2005). Warum Diskurse nicht von personalen Subjekten ‚ausgehandelt‘ werden. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöver (Hrsg.), *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 77-100). Konstanz: UVK Verl.-Ges.
- Link, J. (2006). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird* (3. ergänzte und neu gestaltete Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Link, J. (2008). Sprache, Diskurs, Interdiskurs und Literatur (mit einem Blick auf Kafkas „Schloss“). In H. Kämper (Hrsg.), *Sprache – Kognition – Kultur* (S. 115-134). Berlin, New York: De Gruyter.
- Link, J. (2011). Diskursanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Interdiskurs und Kollektivsymbolik. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöver (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S. 433-458). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Lohse, M.J. & Müller-Oehrlinghausen, B. (1991). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report '91: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 356-371). Stuttgart/Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Lohse, M. J. & Müller-Oehrlinghausen, B. (2001). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2001: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 597-604). Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag.
- Lohse, M. J. & Müller-Oehrlinghausen, B. (2015). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2015: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 939-942). Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag.
- Lüpke, H. von (2001). Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 111-130). Basel/München: E. Reinhardt.
- Lüpke, H. von (2004). Welche Rolle spielen Ergebnisse der Hirnforschung bei der AD(H)S-Problematik?. *Sonderpädagogische Förderung*, 49(4), 402-409.
- Lüpke, H. von (2008). Die ADHS-Problematik hat eine lange Geschichte. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20(1/2), 102-112.
- Maasen, S. (1999). *Wissenssoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Maskos, R. (2015). Ableism and das Ideal des autonomen Fähig-Seins in der kapitalistischen Gesellschaft. *Zeitschrift für Inklusion*, (2). Zugriff am 24.10.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/277>

- Mattner, D. (2004). Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In H. Amft, M. Gerspach & D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie* (2. Aufl.) (S. 7-46). Stuttgart: Kohlhammer.
- McMahon, S.E. (2012). Doctors diagnose, teachers label: the unexpected in pre-service teachers' talk about labelling children with ADHD. *International Journal of Inclusive Education*, 16 (3), 249-264.
- Moore, M. & Slee, R. (2012). *Disability Studies, Inclusive Education & Exclusion*. In N. Watson, A. Roulstone & C. Thomas (Hrsg.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (S. 225-239). Routledge: Abingdon.
- Moser, V. (2003). *Konstruktion und Kritik. Sonderpädagogik als Disziplin*. Opladen: Leske und Budrich.
- Muckel, P. & Breuer, F. (2016). Die Praxis der Reflexiven Grounded Theory. In C. Equit & C. Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. (S. 158-179). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Neumann, T. (2012). Die Auswirkungen der AD(H)S-Pharmakotherapie auf den Sport. In G. Spitzer & E. Franke (Hrsg.), *Sport, Doping und Enhancement. Präventive Perspektiven* (S. 183-235). Köln: Sportverl. Strauß.
- Nirje, B. (1994). Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 63 (1), 12-32.
- Nissen, G. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Olde, V. (2010). „ADHS“ verstehen? *Phänomenologische Perspektiven*. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress Ltd.
- Oliver, M. (1990). *The individual and social models of disability*. Zugriff am 24.10.2019. Verfügbar unter <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>
- Parens, E. (2007). Is Better Always Good? The Enhancement Project. In E. Parens (Hrsg.), *Enhancing Human Traits. Ethical and social implications* (10. Aufl.) (S. 1-28). Washington: University Press.
- Pfahl, L. (2011). *Techniken der Behinderung. Der deutsche Lernbehindertendiskurs, die Sonderschule und ihre Auswirkung auf Bildungsbiografien*. Bielefeld: transcript.
- Pfahl, L. & Köbsell, S. (2014). Was sind eigentlich Disability Studies. *Forschung & Lehre*, 7(17), 554-555.
- Pfahl, L. & Köbsell, S. (2016). Von „Krüppelfrauengruppen“ zu „Disability und Mad Pride“. *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 61-74.
- Pongratz, L.A. (2001). Pädagogik und Disziplargesellschaft – Schule als Dispositiv der Macht. In T. Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen?* (Bd. 4: Allgemeine Dimensionen der Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung, S. 312-320). Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Pongratz, L.A. (2004). Freiwillige Selbstkontrolle. Schule zwischen Disziplinar- und Kontrollgesellschaft. In N. Ricken & M. Rieger-Ladich (Hrsg.), *Michel Foucault: Pädagogische Lektüren* (S. 243-260). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Pongratz, L.A. (2017). „Sich nicht dermaßen regieren lassen“: *Kritische Pädagogik im Neoliberalismus*. Zugriff am 24.10.2019. Verfügbar unter <http://www.ludwig-pongatz.de/monografien.html>
- Powell, J. (2007). Behinderung in der Schule, behindert durch Schule? Die Institutionalisierung der schulischen Behinderung. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 321-324). Bielefeld: transcript.
- Prenzel, A. (1993). *Pädagogik der Vielfalt*. Opladen: Leske und Budrich.
- Raab, H. (2007). Intersektionalität in den Disability Studies. Zur Interdependenz von Behinderung, Heteronormativität und Geschlecht. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 127-151). Bielefeld: transcript.
- Rabenstein, K. & Reh, S. (2009). Die pädagogische Normalisierung der ‚selbstständigen Schülerin‘ und die Pathologisierung des Unaufmerksamen. Eine diskursanalytische Skizze. In J. Bilstein & J. Ecarius (Hrsg.), *Standardisierung – Kanonisierung. Erziehungswissenschaftliche Reflexionen* (S. 159-180). Wiesbaden: VS Verlag.
- Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD Children: A Critical Examination of the History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Oxford: Lexington Books.
- Rathgeb, K. (2012). *Disability Studies. Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen*. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Reckwitz, A. (2008). Praktiken und Diskurse. Eine sozialtheoretische und methodologische Relation. In H. Kalthoff, S. Hirschauer & G. Lindemann (Hrsg.), *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung* (S. 188-209). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reh, S. (2008). Vom „deficit of moral control“ zum „attention deficit“. Über die Geschichte der Konstruktion des unaufmerksamen Kindes. In H. Kelle (Hrsg.), *Ganz normale Kinder* (S. 109-126). Weinheim/München: Juventa.
- Reh, S. (2015). Der „Kinderfehler“ Unaufmerksamkeit. Deutungsmuster zwischen Kulturkritik und professionellen Handlungsproblemen im Schulsystem in Deutschland um 1900. In S. Reh, K. Berdelmann, & J. Dinkelaker (Hrsg.), *Aufmerksamkeit. Geschichte – Theorie – Empirie* (S. 71-93). Wiesbaden: Springer VS.

- Reiser, H. (2002). Der Beitrag der Sonderpädagogik zu einer Schule für alle Kinder. *Behindertenpädagogik*, 41 (4), 402-417.
- Renggli, C. (2004). Disability Studies – Ein historischer Überblick. In J. Weisser & C. Renggli (Hrsg.), *Disability Studies. Ein Lesebuch* (S. 15-26). Luzern: Ed. SZH/CSPS.
- Rice, N. (2006). Teacher Education as a Site of Resistance. In S. Danforth & S.L. Gabel (Hrsg.), *Vital Questions Facing Disability Studies in Education* (S. 17-31). New York: Peter Lang.
- Richard, S.; Eichelberger, I.; Döpfner, M. & Hanisch, C. (2015). Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen. Ein Überblick. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 29 (1), 5-18.
- Ricken, G. & Schuck, K.D. (2011). Pädagogische Diagnostik und Lernen. In A. Kaiser, D. Schmetz, P. Wachtel & B. Werner (Hrsg.), *Didaktik und Unterricht. Behinderung, Bildung, Partizipation* (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 4, S. 110-119). Stuttgart: Kohlhammer.
- Riedesser, P. (2006). ADHS: Eine der größten Kontroversen in der Geschichte des Fachgebiets. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 111-117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roessner, V. & Rothenberger, A. (2010). Neurochemie. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 76-91). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rogers, R. & Mancini, M. (2010). "Requires Medication to Progress Academically": The Discursive Pathways of ADHS. In C. Dudley-Marling & A. Gurn (2010), *The Myth of the Normal Curve* (S. 87-103). New York: Peter Lang.
- Roggensack, C. (2006). *Mythos ADHS. Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Roth, G. (1997). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rothe, D. (2011). *Lebenslanges Lernen als Programm: eine diskursive Formation in der Erwachsenenbildung*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Rothe, D. (2015). „Lebensbegleitendes Lernen für alle“. Chancengleichheit – Chancengerechtigkeit – Bildungsgerechtigkeit. Zur ambivalenten Produktivität einer begrifflichen Transformation. In S. Fegter, F. Kessel, A. Langer, M. Ort, D. Rothe & D. Wrana (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Empirische Analysen zu Bildungs- und Erziehungsverhältnissen* (S. 363-384). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rothenberger, A. & Neumärker, K.-J. (2010). Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 11-16). Stuttgart: Kohlhammer.
- Runkel, T. (2010). *Enhancement und Identität: die Idee einer biomedizinischen Verbesserung des Menschen als normative Herausforderung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Sagvolden, T.; Johansen, E.B.; Aase, H. & Russel, V.A. (2005). A dynamic developmental theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28 (3), 419-468.
- Sarasin, P. (2005). *Michel Foucault zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevison- DSM-IV-TR*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Sauerbrey, U. (2011). Kritische Anmerkungen zur medizinhistorischen Darstellung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In U. Sauerbrey & M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 31-68). Jena: edition Paideia.
- Sauerbrey, U. (2011). Kritische Anmerkungen zur medizinhistorischen Darstellung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In U. Sauerbrey & M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 31-68). Jena: edition Paideia.
- Sauerbrey, U. & Winkler, M. (2011). Die pädagogische Bedeutung des Sachverhaltes ADHS. In U. Sauerbrey & M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 7-22). Jena: edition Paideia.
- Sauerbrey, U. (2013). Pädagogische Blicke auf abweichendes Verhalten, oder ein Plädoyer für eine erziehungswissenschaftliche ADHS-Forschung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 11 (2), 198-215.
- Scherr, A. (2002). Soziale Probleme, Soziale Arbeit und menschliche Würde. *Sozial Extra*, 6, 35-39.
- Schetsche, M. (2000). *Wissensoziologie sozialer Probleme. Grundlegung einer relativistischen Problemtheorie*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schetsche, M. (2008). *Empirische Analyse sozialer Probleme. Das wissensoziologische Programm*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schildmann, U. (1998). International vergleichende Behindertenpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechterdimension. Analyse von Beiträgen einer ausgewählten Fachzeitschrift (Behindertenpädagogik, 1987-1997). *Behindertenpädagogik*, 37 (4), 322-341.

- Schildmann, U. (2004). *Normalismusforschung über Behinderung und Geschlecht. Eine empirische Untersuchung der Werke von Barbara Robr und Annedore Prengel*. Opladen: Leske & Budrich.
- Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.-M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 827-835. Zugriff am 24.10.2019. Verfügbar unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/reuPv4KL2czE/PDF/227Ar6DRSOXo.pdf>
- Schlack, R.; Mauz, E.; Hebebrand, J.; Hölling, H. & KiGGS Study Group (2014). Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? – Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 820-829. Zugriff am 27.10.2019. Verfügbar unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/rePL8nUY-8YWJU/PDF/25Am4rYnuakQ.pdf>
- Schmidt, M.H. (2008). Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In H. Remschmidt, F. Mattejat & A. Warnke (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (S. 3-10). Stuttgart/New York: Thieme.
- Schmiedeler, S. (2013). Wissen und Fehlannahmen von deutschen Lehrkräften über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 60(2), 143-153.
- Scholz, J. (2015). Aufmerksamkeit im Schulmännerdiskurs der Sattelzeit. In S. Reh, K. Berdelmann, & J. Dinkelaker (Hrsg.), *Aufmerksamkeit. Geschichte – Theorie – Empirie* (S. 35-54). Wiesbaden: Springer VS.
- Schönwiese, V. (2005). Perspektiven der Disability Studies. *Behinderte in Familie und Gesellschaft*, (5), 16-21.
- Schrage, D. (2008). Subjektivierung durch Normalisierung. Zur Aktualisierung eines poststrukturalistischen Konzepts. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006* (S. 4120-4129). Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Schramme, T. (2011). Einleitung: Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in der philosophischen Diskussion. In T. Schramme (Hrsg.), *Krankheitstheorien* (1. Aufl.) (S. 9-37). Berlin: Suhrkamp.
- Schröder, S. & Wrana, D. (2015). Normalisierungen – eine Einleitung. In P. Bühler, E. Forster, S. Neumann, S. Schröder & D. Wrana (Hrsg.), *Normalisierungen. Wittenberger Gespräche III* (S. 9-33). Berlin: epubli GmbH.
- Schubert, I.; Köster, I. & Lehmkuhl, G. (2010). Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 615-621.
- Sergeant, J.A. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(1), 7-12.
- Sergeant, J.A. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Critical Appraisal of the Cognitive-Energetic Model. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1248-1255.
- Shakespeare, T. & Watson, N. (2002). The social model – an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, (2), 9-28.
- Shakespeare, T. (2006). The Social Model of Disability. In D. Lennard (Hrsg.), *The Disability Studies Reader* (S. 197-204). New York: Routledge.
- Sonuga-Barke, E.J.S. & Taylor, E. (1992). The effect of delay on hyperactive and non-hyperactive childrens response times a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6), 1091-1096.
- Sonuga-Barke, E.J.S.; Houlberg, K. & Hall, M. (1994). When is impulsiveness not impulsive the case of hyperactivity children's cognitive style. *Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1247-1253.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in ADHD. A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130(1-2), 29-36.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal Models of Attention Deficit Hyperactivity Disorder from common simple deficits to multiple development pathways. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1231-1238.
- Spering, M. & Schmidt, T. (2012). *Allgemeine Psychologie 1. Kompakt. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Denken, Sprache* (2. überarb. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Sträheli, U. (2000). *Poststrukturalistische Soziologien*. Bielefeld: transcript.
- Stechow, E. von (2004). *Erziehung zur Normalität. Eine Geschichte der Ordnung und Normalisierung der Kindheit*. Wiesbaden: VS Verlag
- Stechow, E. von (2015). *Von Störern, Zerstreuten und ADHS-Kindern. Eine Analyse historischer Sichtweisen und Diskurse auf die Bedeutung von Ruhe und Aufmerksamkeit im Unterricht vom 16. bis zum 21. Jahrhundert*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Steinhausen, H.-C. (2010a). Epidemiologie. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 29-40). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. (2010b). Toxine, Allergene und infektiöse Faktoren. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 128-133). Stuttgart: Kohlhammer.

- Steinhausen, H.-C.; Rothenberger, A. & Döpfner, M. (2010). Therapien – Einleitung und Überblick. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 256-257). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stiehler, M. (2007). *Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Störmer, N. (2002). Zur Konstruktion des Phänomens der Hyperaktivität. In G. Feuser & E. Berger (Hrsg.), *Erkennen und Handeln* (S. 245-277). Berlin: Pro Business.
- Strohl, M.P. (2011). Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(1), 27-33.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sturm, T. (2013). *Lehrbuch Heterogenität in der Schule*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Tenorth, H.-E. (1990). Vermessung der Erziehungswissenschaft. *Zeitschrift für Pädagogik*, 36(1), 15-27.
- Tenorth, H.-E. (2006). Bildsamkeit und Behinderung – Anspruch, Wirksamkeit und Selbstdestruktion einer Idee. In R. Lutz & H.-E. Tenorth (Hrsg.), *Ideen als gesellschaftliche Gestaltungskraft im Europa der Neuzeit* (S. 497-520). München: Oldenbourg.
- Terhart, E. (1999). Sprache der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung in den Thementeil. *Zeitschrift für Pädagogik*, 45(2), 155-159.
- Theunissen, G. (2005). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: ein Kompendium für die Praxis* (4. neu bearbeitete und stark erweiterte Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Thielen, M. (2011). „Bist du behindert Mann?“ – Überlegungen zu Geschlecht und Geschlechterinszenierungen in sonder- und integrationspädagogischen Kontexten aus einer intersektionalen Perspektive. *Zeitschrift für Inklusion*, (1). Zugriff am 23.10.2019. Verfügbar unter <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/106>
- Tightill & Doubtboy (2018). Normal. In *Tightill & Doubtboy, Deutsch-Amerikanische Schaft*. Vinyl LP. Berlin: HHV.
- Traue, B.; Pfahl, L. & Schürmann, L. (2014). Diskursanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Sozialforschung* (S. 493-509). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Tremain, S.L. (2005). „Foucault, Governmentality, and the Critical Disability Theory. An Introduction“. In S.L. Tremain (Hrsg.), *Foucault and the Government of Disability* (S. 1-24). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Truschkat, I. (2015). Kompetenz im Übergang? Methodologische Reflexion eines dispositivanalytischen Zugangs in der Übergangsforschung. In S. Fegter, F. Kessel, A. Langer, M. Ott, D. Rothe & D. Wrana (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Empirische Analysen zu Bildungs- und Erziehungsverhältnissen* (S. 249-262). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London: UPIAS.
- United Nations (2006). *Conventions on the Rights of Persons with Disabilities*. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Verband der Sonderpädagogik (2003). Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit so genanntem ADS/ADHS. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter http://www.verband-sonderpaedagogik-nrw.de/fileadmin/uploads_user_LV_NRW/pdf_Handreichungen/ADSADHS_-_Empfehlungen_des_vds.pdf
- Vogel, P. (2015). Die Rolle der Lehrbücher innerhalb der „Lehrgestalt“ der Erziehungswissenschaft – eine Problemskizze. In P. Kauder & P. Vogel (Hrsg.), *Lehrbücher in der Erziehungswissenschaft – ein Spiegel der Disziplin* (S. 139-153). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wacker, E. & Wedel, U. (1999). Behindertenhilfe und Soziologie im Dialog? Auf den Spuren einer Fachdisziplin und ihren Leistungen für die Behindertenhilfe in den vergangenen vier Jahrzehnten. *Geistige Behinderung*, 38, 30-55.
- Waldschmidt, A. (1998). Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung: Veränderungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. *Soziale Probleme. Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle*, 9(1), 3-25.
- Waldschmidt, A. (2003). Ist Behindertsein normal? Behinderung als flexibelnormalistisches Dispositiv. In G. Cloerkes (Hrsg.), *Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen* (S. 83-101). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(113), 1, 9-32.
- Waldschmidt, A. (2007). Macht – Wissen – Körper. Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 55-77). Bielefeld: transcript.

- Waldschmidt, A. & Schneider, W. (2007). *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Bielefeld: transcript.
- Waldschmidt, A., Klein, A. & Korte, M.T. (2009). *Das Wissen der Leute. Bioethik, Alltag und Macht im Internet*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Waldschmidt, A. (2010). Der Humangenetik-Diskurs der Experten: Erfahrungen mit dem Werkzeugkasten der Diskursanalyse. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöfer (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse* (4., neu bearbeitete Aufl.) (Band 2: Forschungspraxis, S. 149-170). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Waldschmidt, A. (2020). *Disability Studies zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Walter, S. & Schetsche, M. (2003). Internetsucht – eine konstruktivistische Einzelfallstudie. *Soziale Probleme*, 14 (1), 5-40.
- Ware, L. (2005). Many Possible Futures, Many Different Directions: Merging Critical Special Education and Disability Studies. In S.L. Gabel & S. Danforth (Hrsg.), *Disability Studies in Education* (Vol. 3. Readings in Theory and Method, S. 103-125). New York: Peter Lang.
- Warnke, A. & Wewetzer, C. (2008). Medikamentöse Therapie. In H. Remschmidt, F. Mattejat & A. Warnke (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (S. 30-44). Stuttgart/New York: Thieme.
- Wehling, P. & Viehöver, W. (2011). Entgrenzung der Medizin: Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive. In P. Wehling & W. Viehöver (Hrsg.), *Entgrenzung der Medizin: Von der Heilkunst zu Verbesserung des Menschen* (S. 7-47). Bielefeld: transcript.
- Weiergräber, M. (2013). *Hirndoping: Anwendung von Psychostimulanzien nimmt zu. Jahresbericht 2012/13. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*. Zugriff am 27.10.2019. Verfügbar unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/BfArM/Publikationen/Jahresbericht2012-13.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Weinmann, U. (2003). *Normalität und Behindertenpädagogik*. Opladen: Leske & Budrich.
- Weisser, J. (2004). Die Themen der Sonderpädagogik in ihren Zeitschriften 1990 – 2003. Studien zum sonderpädagogischen Wissen. *Sonderpädagogik*, 34 (3), 127-137.
- Weisser, J. (2005). Sonderpädagogische Probleme formulieren: Konzepte und die Logik sonderpädagogischen Wissen. In D. Horster, U. Hoyningen-Suess & C. Liesen (Hrsg.), *Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin und Profession* (S. 97-115). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Weisser, J. (2008). Wissensentwicklung in der Sonderpädagogik zwischen 1950 und 2000 und die Projektion einer Disziplin. In W. Schley (Hrsg.), *Systemische Sonderpädagogik. Empirische Beiträge und reflexiv-kritische Perspektiven* (S. 11-34). Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag.
- Weisser, J. (2010). Diskursanalyse. In D. Horster & W. Jantzen (Hrsg.), *Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik*. (Band 1: Wissenschaftstheorie, S. 284-289). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weisser, J. (2012). *Pädagogische Professionalisierung, Innovation und die Demokratisierung gesellschaftlicher Verhältnisse. Entwicklungen und weiterführende Überlegungen zum Bereich der Sonderpädagogik an der Pädagogischen Hochschule FHNW*. Basel: Pädagogische Hochschule.
- Weisser, J. (2013). DisabiliTy Studies in EducaTion: Kritische Wissensaktivitäten entfalten. In M. Dederich, H. Greving & C. Mürner (Hrsg.), *Behinderung und Gerechtigkeit* (S. 261-290). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wenke, M. (2006). *ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird; eine phänomenologische Kritik*. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.
- Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2010). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 335-350). Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organisation (1979). *Hyperkinetische Störung des Kindesalters; ICD-9 (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI)*. Zugriff am 27.03.2017. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-vorrevisionen/icd-9/>
- World Health Organisation WHO (2017). *ICD-11 Beta Draft*. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfity%2f821852937>
- Wrana, D.; Ott, M.; Jergus, K.; Langer, A. & Koch, S. (2014). Diskursanalyse in der Erziehungswissenschaft. In J. Angermüller, M. Nonhoff, D. Wrana, M. Reisigl & J. Wedl, (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Diskursforschung* (Band 1, S. 224-238). Bielefeld: transcript.
- Wundt, W. (2007). *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (Original 1874). Saarbrücken: VDM Verlag.
- Ziemen, K. (2014). *Das Verhältnis von Inklusiver Pädagogik und Disability Studies – Herausforderungen und Perspektiven*. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter http://www.inklusion-lexikon.de/DisabilityStudies_Ziemen.php
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Reviews*, 4, 487-504.

Anhang

Anhang I:	Literaturverzeichnis Materialkorporus	192
	Materialkorporus Zeitschriftenartikeln (49 von 53)	192
Anhang II:	Codebaum	196
	Tab. I: Gegenstand ADHS	196
	Tab. II: Ursachen von ADHS	198
	Tab. III: Symptombeschreibungen	201
	Tab. IV: Kernsymptomatik in Fallbeispielen	205
	Tab. V: Wissensbestände Diagnose	208
	Tab. VI: Umgang mit ADHS	213
	Tab. VII: Sprecher_innenpositionen	216
	Tab. VIII: Subjektpositionen	218
	Tab. IX: Thematisierungsweisen und -geschichte	221
	Tab. X: Überblick zur übergeordneten Konstruktion des Phänomens	223
Anhang III:	Diskursive Praktiken	237
	Tab. XI: Thematisierungsweisen nach Positionierungen	237
	Tab. XII: Übersicht über relevante Begriffe in den Hauptkategorien ,Gegenstand ADHS', ,Ursachen ADHS'	244
	Tab. XIII: Verwendete Wissensbestände zur Konstruktion des Gegenstands	248
	Tab. XIV: Techniken der Normierung	253
	Tab. XV: Techniken der Normalisierung	259
	Tab. XVI: Sprecher_innenpositionen im Text	264
	Tab. XVII: Subjektpositionen klinisches und pädagogisches Personal	265
	Tab. XVIII: Subjektpositionen Schüler_innen	266

Der Anhang ist nur Teil der Open-Access-Veröffentlichung: doi.org/10.35468/5927

Der Anhang ist in der gedruckten Buch-Ausgabe nicht enthalten.

Anhang I: Literaturverzeichnis Materialkorporus

Materialkorporus Zeitschriftenartikeln (49 von 53) 249

- Z1: Ahrbeck, B. (2008). Das Ende der Gewissheit. Das hyperaktive Kind und die evidenzbasierte Forschung. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 53(1), 53-70.
- Z2: Ahrbeck, B. & Henning, I. (2004). Ist ein Paradigmenwechsel in der Hyperaktivitäts- bzw. AD(H)S-Forschung notwendig? *Sonderpädagogische Förderung*, 49(4), 345-357.
- Z3: Bartels, B. & Scheduikar, S. (2002). Der timergestützte Aufbau unterrichtsbezogenen Verhaltens. „Sie wollen, wie sie sollen, aber sie können nicht, wie sie wollen.“. *Sonderpädagogik*, 32(2), 90-100.
- Z4: Baulig, V. (2007). ADS-Kinder besser verstehen. *Fördermagazin*, 4, 5-9.
- Z5: Baulig, V. (2003). Hyperaktivität in systemischer Sicht. *Behindertenpädagogik* 42(1-2), 54-73.
- Z6: Becker, U. (2004). Über Schüler, die am Zugang zur Schule scheitern. Hyperaktivität als Konglomerat der Probleme kindlicher und jugendlicher Sozialisation. *Sonderpädagogische Förderung*, 4, 385-401.
- Z7: Beetz, A. & Saumweber, K. (2013). Argumente für die Integration von Hunden in sonderpädagogische Förderprogramme am Beispiel eines hundegestützten Konzentrationstrainings. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 3, 56-62.
- Z8: Biegert, H. (2010). ADHS: Die Schule ist das Nadelöhr. *Heilpädagogik*, 5, 10-16.
- Z9: Brunsting, M. (2010). Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS) und integrative Schulung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 16(11-12), 20-26.
- Z10: Brunsting, M. (2015). Selbstregulation als Schlüssel zum Erfolg bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(1), 29-35.
- Z11: Bühler-Garcia, G. (2002). Situationswahrnehmung in soziokulturell heterogenen Lerngruppen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53(6), 222-227.
- Z12: Dreisörner, T. & Georgiadis, J. (2011). Sensitivität und Spezifität computergestützter Verfahren zur Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter. Die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) und Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder (KITAP). Paralleltitel: Diagnostic accuracy of computer based tests for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A receiver-operating characteristic analysis. *Empirische Sonderpädagogik*, 3(1), 3-19.
- Z13: Eichl-Höchli, D. & Eich, Philipp (2015). „Aufgehoben ist (nicht) aufgehoben!“ Bedeutung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(1), 13-18.
- Z14: Ellinger, S., Walther, P. & Dietrich, J. (2010). Aufmerksamkeitsförderung in der Schule durch Neurofeedback: Brainfeeders. Konzept und Design eines Forschungsprojektes. Paralleltitel: Improving attention in school settings by using Neurofeedback. *Empirische Sonderpädagogik*, 2(1), 22-39.
- Z15: Gasteiger-Klicpera, B. & Klicpera, C. (2002). Soziale Anpassungsschwierigkeiten bei lernbehinderten Schülern und Schülern mit speziellen Lernbeeinträchtigungen. Eine Literaturübersicht: III. Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität als Ursache sozialer Anpassungsschwierigkeiten. *Sonderpädagogik*, 32(2), 63-83.
- Z16: Gerspach, M. (2004). Nachdenkliche Anmerkungen zum Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. *Sonderpädagogische Förderung*, 4, 358-384.
- Z17: Graef, K. (2010). Heilpädagogisches Voltigieren bei Kindern (6-12 Jahre) mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Prozessorientierte Evaluation des Troika-Projekts im Integrativen Reitzentrum St. Isidor (Leonding, OÖ) – eine Einrichtung der Caritas für Menschen mit Behinderungen. *Heilpädagogik*, 49(2), 18-21.
- Z18: Grünke, M. (2011). Die Effekte des Life Kinetik-Trainings auf die Aufmerksamkeits- und die Fluide Intelligenzleistung von Kindern mit gravierenden Lernproblemen. *Heilpädagogische Forschung*, 1, 2-12.
- Z19: Harder, B. (2009). Twice exceptional – in zweifacher Hinsicht außergewöhnlich: Hochbegabte mit Lern-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungsstörungen oder Autismus. *Heilpädagogik Online*, 2, 64-89.
- Z20: Henle, K., Funsch, K. & Lang, M. (2004). Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen durch strukturiertes Unterrichten nach dem TEACCH-Ansatz. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 55(8), 369-379.
- Z21: Hennig, T. & Schramm, S.A. (2011). Empirische Evaluation des Lerntrainings für Jugendliche mit ADHS (LeJA) im Kontrollgruppendesign. [Kurzbeschreibung aktuelles Forschungsprojekt]. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 2, 162-163.
- Z22: Herz, B. (2015). Biologisierung und Ökonomisierung bei ADHS. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 60(1), 91-105.
- Z23: Heutschi, H. (2004). Präventive Massnahmen. Eine Skizze. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12, 13-14.
- Z24: Jantzen, W. (2001). Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS). *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 52(6), 222-231.

- Z25: Kaufmann, F. (2000). Gegenstandsbezogene Mutter-Kind-Interaktion bei verhaltensauffälligen 30 und 48 Monate alten Kindern mit Verdacht auf eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADHD). *Frühförderung interdisziplinär*, 19(4), 171-183.
- Z26: Kaymak Özmen, S. (2012). Effekte eines Elterntrainings auf das Verhalten eines Jungen mit ADHS zu Hause und in der Schule. *Empirische Sonderpädagogik*, 4(3/4), 291-301.
- Z27: Kirschall, A. (2008). Elterntrainings bei AD(H)S und expansiven Verhaltensstörungen. Die Präventionsprogramme „KES“ und „PEP“ im Vergleich. *Heilpädagogik- Online* 4, 32-57. Zugriff am 08.03.2017. Verfügbar unter http://heilpaedagogik-online.com/2008/heilpaedagogik_online_0408.pdf
- Z28: Kobelt, E. & Bachmann, P. (2015). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in der beruflichen Grundbildung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(1), 26-27.
- Z29: Krombholz, H. (2011). Zweifelhafte Ergebnisse einer Studie zu den Störungsbildern „motorische Entwicklungsstörung (DCD)“ und „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – die „Gillberg-Affäre“. *Heilpädagogische Forschung*, 4, 207-209.
- Z30: Lauth, G.W. & Freese, S. (2003). Effekt einer schulbasierten Behandlung von ADHD in der Bewertung von Lehrern und Eltern – eine Einzelfallstudie an vier Kindern. *Heilpädagogische Forschung*, 29(1), 2-8.
- Z31: Lauth, G.W., Hammes-Schmitz, E. & Lebens, M. (2014). Eine empirische Bedingungsanalyse von Lernstörungen. Paralleltitel: Investigating the multifactorial origins of learning disorders: a structural equation approach. *Empirische Sonderpädagogik*, 6(4), 350-364.
- Z32: Liebrand, M. (2002). Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Eine Analyse neurophysiologischer, neuropsychologischer und kulturhistorischer Forschungen aus pädagogisch-psychologischer Sicht. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53(6), 228-235.
- Z33: Linderkamp, F. (2004). Untersuchung zur entwicklungsbezogenen Differenzierung bei Oppositionellem Trotzverhalten mit und ohne ADHS. *Heilpädagogische Forschung*, 4, 178-187.
- Z34: Von Lüpkke, H. (2004). Welche Rolle spielen Ergebnisse der Hirnforschung bei der AD(H)S-Problematik? *Sonderpädagogische Förderung*, 4, 402-409.
- Z35: Maaß, E.E., Hahlweg, K., Naumann, S., Betram, H., Heinrichs, N. & Kuschel, A. (2010). Sind moderne Bildschirmmedien ein Risikofaktor für ADHS? Eine Längsschnittuntersuchung an deutschen Kindergartenkindern. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 1, 50-65.
- Z36: Meures, S. (2005). AD(H)S – Krankheit oder Konstruktion? *Heilpaedagogik.de*, 3, 26-30.
- Z37: Meyer, M. (2005). Aufmerksamkeit und Konzentration lenken lernen – Evaluation und Umsetzung eines Trainingsprogramms für Schülerinnen und Schüler mit einer Körperbehinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 49(4), 144-153.
- Z38: Neuhäuser, G. (2011). Frühförderung und Psychomotorik – erfolgreiche Integration und feste Koalition. *Frühförderung interdisziplinär*, 30(1), 48-58.
- Z39: Odermatt, S. (2005). Neurofeedback bei AD(H)S und Lernstörungen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 9, 23-29.
- Z40: Penthin, R., Schrader, C. & Mildebrandt, N. (2005). Erfahrungen mit der deutschen Version des Triple-P-Elterntrainings bei Familien mit und ohne ADHS-Problematik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 56(5), 186-192.
- Z41: Pfarrherr, K. & Schleider, K. (2014). Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation von Netzwerkakteuren aus Schule und Gesundheitswesen in der Förderung und Inklusion von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in allgemeinbildenden Schulen. Eine empirische Untersuchung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 8, 290-300.
- Z42: Schabmann, A. & Schmidt, B.M. (2009). Sind Lehrer gute Lese-Rechtschreibdiagnostiker? Der Einfluss von problematischem Schülerverhalten auf die Einschätzung der Lesekompetenz durch Lehrkräfte. *Heilpädagogische Forschung*, 3, 133-145.
- Z43: Schmidt-Nemeth, M. (2002): Förderausschüsse für ADS-Kinder – Zum Stellenwert der Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ in der sonderpädagogischen Diagnostik. *Die neue Sonderschule*, 47(2), 113-123.
- Z44: Schmidt, U. (2002). Kranke Kinder sind auch kranke Schüler. Interview mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53(6), 255-256.
- Z45: Stieglitz, R.-D. (2015). Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(1), 6-12.
- Z46: Stoll, A. & Helfmann, B. (2005). Leichter Umgang mit Kindern, denen Aufmerksamkeit schwer fällt. *Sonderpädagogische Förderung*, 50(1), 102-112.
- Z47: Tschiesner, S. (2010): ADS/ADHS die „neue“ Kinderkrankheit? *Heilpädagogik*, 1, 18-21.
- Z48: Wälchli, A. (2015). Leben mit ADHS. Eine Familiengeschichte. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(1), 19-25.

- Z49: Walter, J. (2001a). 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.
- Z50: Walter, J. (2001b). Ritalin und Schulleistungen bei HKS: Befunde bei Langfrist- und Kombinationsbehandlungen. *Sonderpädagogik*, 31(4), 191-210.
- Z51: Weiss, G. (2012). Empfehlungen für Lehrkräfte zum Umgang mit ADHS-Kindern. *Heilpädagogik*, 2, 19-23.
- Z52: Wenke, M. (2006). Diagnose statt Verständnis: Die ‚Krankheit ADHS‘ als kulturelles Artefakt. Eine phänomenologische Annäherung. *Heilpädagogik online*, 5(3), 54-73.
- Z53: Winter, A. (2005). Hilfe durch ein Stück Tapete. Vom Umgang mit einem hyperaktiven Schüler. *Fördermagazin*, 3, 25-26.

Materialkorpus Handbuchartikel (25)

- H1: Ellinger, S. (2007). Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADS/ADHS). In S. Ellinger, K. Koch & J. Schroeder (Hrsg.), *Risikokinder in der Ganztagschule: Ein Praxishandbuch* (S. 116-148). Stuttgart: Kohlhammer.
- H2: Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). AD(H)S. In K. Fröhlich-Gildhoff (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* (S. 117-136). Stuttgart: Kohlhammer.
- H3: Fröhlich-Gildhoff, K. (2010). Externalisierende Störungen. In B. Ahrbeck & M. Willmann (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch* (S. 129-137). Stuttgart: Kohlhammer.
- H4: Gerspach, M. (2006). Aufmerksamkeits-Defizit- Hyperaktivitäts-Syndrom. In G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 266-267). Stuttgart: Kohlhammer.
- H5: Harris, K.R., Reid, R.R. & Graham S. (2008). Selbstregulation bei Schülern mit Lernstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In B.Y. Wong (Hrsg.), *Lernstörungen verstehen. Ein Praxis- handbuch für Psychologen und Pädagogen* (3. Aufl., S. 157-185). Berlin u.a.: Spektrum Akademischer Verlag.
- H6: Hillenbrand, C. (2008). Hyperaktivität (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung). In C. Hillenbrand (Hrsg.), *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (4., überarb. Aufl., S. 185-191). München, Basel: E. Reinhardt.
- H7: Hillenbrand, C. (2010). Evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung bei ADHS. In H. Ricking & Schulze, G.C. (Hrsg.), *Förderbedarf in der emotionalen und sozialen Entwicklung: Prävention, Interdisziplinarität und Professionalisierung* (S. 272-280). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- H8: Hülshoff, T. (2010). *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik* (2., überarb. Aufl., S. 338-346). München: E. Reinhardt.
- H9: Lauth, G. & Naumann, K. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & C. Klicpera (Hrsg.), *Handbuch Sonderpädagogik. Band 3. Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 207-218). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- H10: Lauth, G.W. (2014). Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In F.B. Wember, R. Stein & U. Heimlich (Hrsg.), *Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen* (S. 22-25). Stuttgart: Kohlhammer.
- H11: Leitner, W., Ortner, A. & Ortner, R. (2008). *Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten* (7., überarb. u. erw. Aufl., S. 288-303). Weinheim/Basel: Beltz.
- H12: Linderkamp, F. (2008). Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentration. In K.-H. Arnold, O. Graumann & A. Rakhkochkine (Hrsg.), *Handbuch Förderung. Grundlagen, Bereiche und Methoden der individuellen Förderung von Schülern* (S. 197-206). Weinheim/Basel: Beltz.
- H13: Meyer, D. (2013). Das Problem der Hyperaktivität. In G. Feuser, J. Kutscher & K. Ling (Hrsg.), *Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Entwicklung und Lernen* (S. 309-315). Stuttgart: Kohlhammer.
- H14: Myschker, N. (2009). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (6., überarb. und aktual. Aufl., S. 458-478) Stuttgart: Kohlhammer.
- H15: Naumann, K. & Lauth, G. (2007). Unterrichtsintegrierte Förderung von Aufmerksamkeit. In J. Walter (Hrsg.), *Sonderpädagogik des Lernens* (S. 328-337). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- H16: Opp, G. (2009). Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS). In G. Opp & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch schulische Sonderpädagogik* (S. 291-295). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- H17: Rausch, A. (2006). Hyperkinetische Störungen. In A. Rausch (Hrsg.), *Problembelastete Schülerinnen und Schüler. Begriffe, Umfeld, Handlungsmöglichkeiten* (S. 53-87). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- H18: Schlottke, P.F. & Strehl, U. (2007). Therapie bei ADHS – Desiderate an die Diagnostik, Neurofeedback als innovative Intervention. In F. Linderkamp & M. Grünke (Hrsg.), *Lern- und Verhaltensstörungen: Genese – Diagnostik – Intervention* (S. 251-260). Weinheim/Basel: Beltz, PVU.

- H19: Schmutzler, H.-J. (2006). *Handbuch heilpädagogisches Grundwissen. Die frühe Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder* (1. Aufl. der vollst. überarb. Neuausg., 7. Gesamtaufl., S. 279-285). Freiburg, Breisgau: Herder.
- H20: Stein, R. (2011). *Grundwissen Verhaltensstörungen* (S. 227-230). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- H21: Taßler, R. (2000). Hyperkinetisches Syndrom. In J. Borchert (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 727-741). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- H22: Ullmann, E. (2010). Pädagogische Förderung bei Aufmerksamkeits-Defizit-Problematiken. In K. Novotny (Hrsg.), *Pädagogik in der Sonderpädagogik* (S. 70-91). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- H23: Walter, J. (2007). Schulbasierte Interventionen speziell bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Problemen. In J. Walter & F.B. Wember (Hrsg.), *Sonderpädagogik des Lernens. Handbuch Sonderpädagogik* (Bd. 2, S. 885-886). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- H24: Walther, P. & Ellinger, S. (2008). Effektivität von Förderprogrammen bei Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADS/ADHS). In M. Fingerle & S. Ellinger (Hrsg.), *Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich: Orientierungshilfen für die Praxis* (S. 157-193). Stuttgart: Kohlhammer.
- H25: Zimpel, A.F. (2013). Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. In G. Feuser, J. Kutscher & K. Ling (Hrsg.), *Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. 7. Entwicklung und Lernen* (S. 304-309). Stuttgart: Kohlhammer.

Anhang II: Codebaum

Tab. I: Gegenstand ADHS

ADHS als Krankheit	ADHS als Störung	ADHS als soziokulturelles Phänomen
Z1, 55/14, Z3, 99/123, Z8, 10/4, Z14, 25/20, Z19, 80/2, Z27, 37/11, Z28, 26/12, Z28, 27/15, Z33, 181/27, Z36, 26/10, Z41, 291/21, Z44, 255/1, Z44, 255/5, Z44, 255/6, Z44, 255/11-256/16, Z44, 255/18, Z45, 9/42, Z45, 10/54-11/55, Z45, 11/58, Z47, 18/1, H1, 116/4, H6, 188/26, H11, 290/15, H11, 293/42-43, H11, 294/53, H11, 300/110, H11, 300/111, H14, 459/9, H24, 158/10	Z1, 55/18, Z1, 60/41, Z3, 90/8, Z3, 99/124, Z6, 385/2, Z6, 398/78, Z7, 58/30, Z8, 11/23, Z8, 12/26, Z10, 29/1, Z12, 3/1, Z13, 13/3, Z15, 63/2, Z15, 64/12, Z17, 18/1, Z22, 91/2, Z22, 91/4, Z26, 292/1, Z27, 33/3, Z27, 34/6, Z28, 26/2, Z30, 3/8, Z32, 228/1, Z33, 178/6, Z35, 51/11, Z36, 26/4, Z36, 27/27-28/30, Z37, 144/6, Z38, 51/16, Z40, 186/3, Z41, 290/1, Z41, 290/4, Z45, 6/2, Z48, 19/4, Z50, 191/1, Z50, 191/7, H1, 116/1, H1, 121/26, H1, 125/69, H1, 132/117, H1, 133/121, H1, 139/159, H1, 140/163, H2, 130/16, H5, 157/5, H5, 157/11, H5, 157/11-158/13, H6, 185/2, H9, 207/1, H10, 22/2, H11, 295/63, H13, 309/10, H14, 469/132, H14, 475/242, H17, 53/1, H17, 61/94, H19, 279/2, H20, 227/1, H24, 157/1	Z1, 63/53, Z2, 353/44, Z4, 6/21-23, Z4, 6/24, Z4, 6/25, Z5, 57/18, Z5, 59/28, Z5, 60/33, Z5, 62/43, Z5, 69/74, Z5, 72/96, Z6, 392/54, Z6, 396/72, Z6, 396/73-397/76, Z6, 397/77, Z16, 358/3, Z16, 368/61, Z20, 369/4, Z22, 91/2, Z22, 91/4, Z22, 96/33, Z22, 98/43-47, Z22, 225/56-57, Z24, 222/1, Z24, 222/12, Z24, 226/68-227/78, Z24, 228/96-99, Z24, 229/101-102, Z24, 229/105-106, Z24, 230/114, Z34, 404/12, Z34, 408/30, Z36, 28/31-35, Z36, 29/48, Z52, 54/1, Z52, 62, Z52, 54/2, H4, 266/16, H7, 273/22, H8, 346/58, H12, 204/91
Wissensbestände des klinischen Feldes (DSM, Leitlinien, Döpfner, MCD...)	Wissensbestände des klinischen Feldes (Döpfner, Döpfner/Lehmkuhl, Ettrich, DSM, Leitlinien, Barkley)	Wissenschaftliche Bezüge
Z1, 55/14, Z27, 37/11, Z33, 181/27, Z45, 10/54-11/55, H1, 116/4, H6, 188/26, H11, 293/42-43, H14, 459/9	Z1, 55/18, Z7, 58/30, Z19, 75/2, Z26, 292/1, Z27, 33/3, Z30, 3/8, Z35, 51/11, Z36, 27/27-28/30, Z38, 51/16, Z40, 186/3, Z41, 290/4, Z50, 191/7, H1 120/18, H1, 121/26, H4, 266/2, H5, 157/11, H7, 273/21, H11, 295/63, H13, 309/10, H14, 469/132, H14, 475/242, H17, 61/94, H24, 157/5	Z1, 63/53, Z16, 368/61, Z22, 91/4, Z22, 91/2, Z22, 96/33, Z24, 226/68-227/78, Z52, 54/1 <ul style="list-style-type: none"> • Statistik: Barmer GEK (Z22, 91/2) • Sonderpädagogik: Speck (Z6, 397/77); Ahrbeck (Z22, 91/4, Z22, 96/33); Jantzen (Z52, 54/1) • Physiologie: Kryzhanovsky (Z24, 226/68-227/78) • Entwicklungspsychologie: Zimpel, Piaget, Vygotski (Z24, 226/68-227/78) • Systemtherapie: Leriche (Z4, 6/24, Z4, 6/25) • Psychoanalyse: Passolt, Amft, Gerspach, Mattner, Bovensiepen, Hopf, Molitor, Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther, Heinemann, Hopf, Ahrbeck 2007, Warrlich, Reinke (Z1, 63/53) • makrosystemische Aspekte: Amft, Sennet, Balzer, Gerspach (Z16, 367/58-368/61)

ADHS als Krankheit	ADHS als Störung	ADHS als soziokulturelles Phänomen
	weitere Psychoanalyse: Z6, 385/2 Barmer GEK, Z22, 91/2 Ahrbeck Z22, 91/4 Verweis auf Schulpraktika Z36, 26/4	Populärwissenschaftliche Bezüge <ul style="list-style-type: none"> • Z5, 60/33, Z5, 62/43, Z16, 368/61, Z22, 98/43-47, Z24, 228/96-99, Z52, 54/1 • DeGrandpre (Psychologe): Die Ritalin-Gesellschaft (Z16, 368/61, Z52, 54/1) • Freed (Kindertherapeut); Parsons (Journalistin): Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders. = RATGEBER (Z5, 60/33) • Hartmann (Psychotherapeut, Journalist): Eine andere Art die Welt zu sehen = RATGEBER (Z24, 228/96-99) • ‚Psychologie heute‘ = ZEITSCHRIFT (Z5, 62/43) • Schwarz (2013): The Selling of Attention Deficit Disorder. In: The New York Times, 14.12.2013. = ZEITUNG (Z22, 98/43-47) • Bender (Interdisciplinary Mountain Research)/Kanitscheider (k.A.)/Tremel (Pädagoge) (2012): Enhancement oder die Verbesserung des Menschen: Die zweite Evolution? Wien: Otto-Koenig-Gesellschaft. (Z22, 98/43-47)
Ohne Quelle Z3, 99/123, Z8, 10/4, Z14, 25/20, Z28, 26/12, Z28, 27/15, Z36, 26/10, Z44, 255/1, Z44, 255/5, Z44, 255/6, Z44, 255/11-256/16, Z44, 255/18, Z45, 9/42, Z45, 11/58, Z47, 18/1 H11, 290/15, H11, 300/110, H11, 300/111	Ohne Quelle Z1, 60/41, Z3, 90/8, Z6, 398/78, Z8, 12/26, Z10, 29/1, Z12, 3/1, Z13, 13/3, Z13, 14/16-17, Z15, 63/2, Z15, 64/12, Z17, 18/1, Z27, 34/6, Z28, 26/2, Z32, 228/1, Z33, 178/6, Z36, 26/4, Z37, 144/6, Z41, 290/1, Z45, 6/2, Z48, 19/4, Z50, 191/1 H1, 116/1, H1, 125/69, H2, 130/16, H5, 157/5, H6, 185/2, H9, 207/1, H10, 22/2, H17, 53/1, H19, 279/2, H20, 227/1, H24, 157/1	Ohne Quelle Z2, 353/44, Z4, 6/21-23, Z5, 57/18, Z5, 59/28, Z5, 72/96, Z6, 396/73-397/76, Z20, 369/4, Z24, 222/1, Z34, 404/12, Z34, 408/30, Z36, 28/31-35 H4, 266/16, H7, 273/22, H8, 346/58, H12, 204/91
Weitere Subcodes zu „ADHS als...“		
Erwachsenen ADHS (12) Z13, 13/8-14/19, Z13, 14/20, Z13, 15/32, Z13, 18/53, Z45, 6/4, Z45, 6/4-6, Z45, 9/37-41, Z48, 19/7-8 H2, 131/21, H3, 122/79-123/81		
Belastung für das Umfeld (6) Z1, 53/9, Z22, 95/26, Z41, 290/7, Z48, 22/46 H6, 185/3, H6, 187/18, H22, 88/148		
Heterogenes Phänomen (7) Z1, 63/54, Z4, 9/70, Z32, 229/11, Z36, 28/36, Z43, 121/54 H1, 116/4, H17, 60/67		
ADS (29) Z9, 20/2, Z9, 20/4, Z16, 358/1, Z20, 369/1, Z24, 222/1, Z25, 171/2, Z25, 171/5, Z30, 2/4, Z37, 144/6, Z37, 145/12-14, Z42, 134/9, Z42 135/20, Z43, 113/2, Z46, 102/4 H1 120/18, H1, 138/148, H1, 145/186, H12, 198/17, H15, 328/3, H16, 290/4, H18, 25/4, H19, 279/2, H24, 157/5, H25, 304/1		

ADHS als Krankheit	ADHS als Störung	ADHS als soziokulturelles Phänomen
Blick auf die Überschriften der analysierten Artikel:		
ADHS		
Z1, Z2, Z5, Z6, Z10, Z12, Z13, Z15, Z17, Z21, Z22, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29, Z30, Z32, Z33, Z34, Z35, Z36, Z39, Z40, Z41, Z45, Z47, Z48, Z51, Z52, Z53		
H1, H2, H4, H5, H6, H7, H9, H10, H13, H17, H18, H21, H23, H24		
Hyperaktivität		
Z1, Z2, Z5, Z6, Z53		
H6, H13, H17, H21		
Aufmerksamkeitsprobleme		
Z4, Z9, Z14, Z16, Z19, Z20, Z24, Z37, Z43, Z47		
H12, H15, H22, H24, H25		

Tab. II: Ursachen von ADHS

Gesellschaftlich-kulturelle Erklärungsansätze	Biologische Erklärungsmodelle
Entwicklungsneurobiologisch	Allgemein
Z1, 61/46-47, Z1, 62/48, Z1, 62/49, Z1, 63/52, Z2, 347/13, Z2, 349/23-350/24, Z2, 350/25-27, Z2, 350/29-351/30, Z2, 351/32, Z2, 351/33-352/37, Z2, 352/39-41, Z2, 352/42-43, Z2, 354/53-355/59, Z2, 354/53, Z5, 55/10-14, Z16, 364/41, Z16, 375/103-376/110, Z22, 91/6-93/14, Z32, 230/25, Z32, 231/43, Z34, 404/14-406/21, Z47, 19/10-20/19, Z47, 20/26-27	Z8, 10/7-11/10, Z15, 64/9, Z25, 182/71, Z33, 180/24, Z33, 181/29, Z37, 144/6
H3, 125/102, H4, 267/18, H13, 311/42-312/46, H16, 293/58	H1, 132/117-134/126, H11, 295/63, H12, 200/42-201/47, H14, 474/226-227, H17, 61/94, H17, 62/103-63/111, H20, 228/12, H21, 729/21-22, H25, 307/33-34
Lebensgeschichte und soziale Eingebundenheit	Neuropsychologisch
Z1, 63/52, Z1, 67/69, Z1, 132/117, Z4, 5/12-6/16, Z4, 6/20, Z4, 7/38, Z4, 8/40, Z4, 8/41-43, Z4, 8/44, Z5, 63/44-65/53, Z6, 392/48-54, Z6, 393/59, Z6, 397/77-398/78, Z16, 358/3, Z16, 370/72-74, Z16, 370/76-371/78, Z22, 91/5-6, Z25, 172/8-173/10	Z10, 29/6-31/26, Z12, 5/14, Z12, 5/15, Z22, 225/58-59, Z30, 3/8-9, Z32, 230/20-2, Z46, 104/22
H4, 267/25, H12, 201/48-49, H13, 311/37-41, H14, 473/221-474/225	H14, 475/244-476/251, H15, 332/32, H17, 63/114-64/122, H21, 730/23-28, H25, 307/29
Makrosystemische Aspekte	Neurochemisch
Z1, 63/55-64/57, Z1, 67/69, Z5, 60/33-62/40, Z5, 62/41-42, Z6, 385/9-388/23, Z6, 393/55, Z6, 393/56-57, Z9, 22/24, Z16, 367/58-368/61, Z16, 369/68, Z16, 370/71, Z16, 370/75, Z23, 3/8-9	Z44, 255/18
H17, 66/144-67/151	H11, 289/7, H14, 475/232-241, H18, 253/29-30, H24, 165/87
(neuro-)psychologisch II	Neuroanatomisch
Z5, 65/54-67/63, Z7, 58/26, Z22, 224/35-225/46, Z24, 227/79-84, Z24, 227/86-228/95, Z32, 229/12-230/19, Z32, 230/33-231/35, Z32, 231/36, Z32, 231/39-42, Z32, 231/45-232/48, Z32, 232/52, Z32, 233/56-234/61	H22, 76/66-77/68, H24, 165/83-85, H25, 304/5-11, H25, 306/26-307/28
H13, 309/16-310/27, H13, 310/29-311/35, H13, 312/48-51	Neurophysiologie
psychoanalytische Entwicklungslehre	H24, 165/86
Z2, 350/28, Z16, 372/83, Z16, 372/84-373/87, Z16, 374/100-375/101, Z16, 375/102, Z16, 376/111-378/122, Z16, 378/123-379/128, Z16, 379/129-381/136, Z22, 101/80, Z27, 39/14	
Systemische Dimensionen	
Z5, 59/26-60/30, Z5, 67/63, Z5, 67/64, Z6, 398/79-880, Z16, 367/57, Z16, 371/79-80	
H22, 78/72-78	

Gesellschaftlich-kulturelle Erklärungsansätze	Biologische Erklärungsmodelle
Kritik an monokausaler, organischer Verursachung Z1, 54/1, Z1, 54/12, Z1, 61/46, Z1, 62/50-63/51, Z1, 66/65, Z2, 345/5, Z2, 345/6-346/7, Z2, 346/8, Z2, 346/10, Z2, 349/19, Z2, 351/31, Z2, 355/63, Z5, 54/8-55/10, Z5, 56/14, Z5, 56/15, Z5, 57/19-58/20, Z5, 64/53, Z16, 358/7-359/10, Z16, 359/11, Z16, 364/38-39, Z16, 364/40-41, Z16, 374/98, Z22, 96/32, Z22, 96/33, Z22, 97/36-40, Z22, 100/70, Z24, 223/23, Z24, 224/30, Z24, 224/33, Z24, 225/47, Z24, 225/51-55, Z24, 225/60-226/67, Z24, 226/69-71, Z32, 230/23, Z32, 231/44, Z32, 233/54, Z32, 234/64, Z33, 185/58, Z34, 402/5, Z34, 402/5-403/9, Z34, 404/12, Z34, 406/22-407/24, Z52, 64 H4, 267/21-25, H6, 188/32-189/34, H6, 189/36	Biopsychosoziales Modell Z8, 11/10, Z8, 11/21, Z9, 21/22, Z25, 171/5-172/7, Z27, 34/6, Z35, 51/11, Z40, 190/54, Z43, 115/16 H1, 135/130-136/132, H6, 188/30-31, H6, 189/37-38, H11, 295/60, H14, 476/252-253, H17, 62/96-101, H20, 229/22-230/23, H22, 78/79-79/91, H24, 165/83, H24, 166/90-167/91, H25, 307/35 Integrativ biopsychosozial Z38, 53/27 H3, 125/103-131/133, H9, 213/103-214/105, H10, 23/21-24/24, H18, 253/21, H18, 253/31-254/32, H20, 228/14, H21, 730/29 Kritik biopsychosozial Z2, 349/20
Verweis auf Wissensbestände	
gesellschaftlich-kulturelle Erklärungsansätze entwicklungsneurobiologisch: Damasio (Z22, 91/6-93/14, Z34, 404/14-406/21) Fongay (Z22, 91/6-93/14) Huss (Z5, 55/10-14) Hüther (Z2, 349/23-350/24, Z5, 55/10-14, Z47, 19/10-20/19) Hüther, Hüther/Bonney (Z1, 62/48, Z2, 347/13, H3, 125/102, H16, 293/58) Lüpke (Z5, 55/10-14, H4, 267/18) Roth (Z2, 349/23-350/24, Z16, 375/103-376/110, Z32, 231/43, Z34, 404/14-406/21) Singer (Z1, 61/46-47, Z2, 349/23-350/24, Z32, 230/25) Spitzer (Z2, 349/23-350/24) Lebensgeschichte u. soziale Eingebundenheit Ohne Quelle (Z1, 67/69, Z1, 67/69, Z4, 8/40, Z16, 358/3, H4, 267/25) Amft, Göppel (Z16, 370/76-371/78) Barabas/Erlor, Büttner, Geißler, Nave-Herz (Z16, 370/72-74) Brisch (Z22, 91/5-6) De Grandpre, Gerspach, Lüpke (Z5, 63/44-65/53) Ekstein (Z6, 397/77-398/78) Interaktionismus, Konstruktivismus, Psychoanalyse (Z16, 360/16) Leriche (Z4, 7/38) McGee et al., Biedermann, Wells et al., Saile/Gsottschneider (H12, 201/48-49) Psychoanalyse (Z1, 63/52) Sroufe (Z22, 225/48-50)	biologische Erklärungsmodelle Ohne Quelle (Z25, 182/71, Z33, 181/29, Z37, 144/6, Z38, 51/17, H3, 125/102, H7, 273/21, H8, 343/39, H14, 473/207-220, H14, 475/243, H16, 293/47, H20, 228/12) → sonderpädagogisch: Ahrbeck 2007 (H14, 474/226-22) Breitenbach 2005 (H1, 132/117-134/126) → psychiatrisch/klinisch-psychologisch: Banaschewski, Rowe (Z8, 10/7-11/10) Barkley, Douglas, Lauth&Schlottke (H21, 729/21-22) Castellanos (H17, 62/103-63/111) Dilling (H17, 61/94) Samudra/Cantwell (H12, 200/42-201/47) Shaw et al. (H25, 307/33-34) Tannock 1998, Samudra/Cantwell 1999, Winsberg/Comings (Z33, 180/24) Neuropsychologisch Ohne Quelle (Z46, 104/22) Barkley (Z10, 29/6-31/26, Z12, 5/14, Z22, 225/58-59, Z32, 230/20-2, H17, 63/114-64/122, H21, 730/23-28, H25, 307/29) Döpfner (Z12, 5/15, Z32, 230/20-2, H17, 63/114-64/122) Douglas (H14, 475/244-476/251) Lauth/Schlottke (Z30, 3/8-9, H15, 332/32) Sagvolden (Z30, 3/8-9) Sergeant (Z22, 225/58-59, Z30, 3/8-9) Tannock (Z22, 225/58-59, H17, 63/114-64/122)

Gesellschaftlich-kulturelle Erklärungsansätze	Biologische Erklärungsmodelle
makrosystemisch:	neurochemisch
ohne (Z1, 67/69, Z5, 60/32, Z6, 393/55, Z16, 369/67, Z16, 369/68, Z23, 3/8-9)	Ohne Quelle (Z44, 255/18, H11, 289/7, H24, 165/87)
Ahrbeck (Z16, 370/75)	Biedennan et al., Gilger, Pennington, De Fries (H18, 253/29-30)
DeGrandpre, Gerspach (Z16, 367/58-368/61)	Psychrembel (H14, 475/232-241)
Sennett (Z16, 370/71)	Neuroanatomisch
Lüpke, Voss (H17, 66/144-67/151)	Breitenbach (H22, 76/66-77/68, H24, 165/83-85)
Beck, Rifkin (Z6, 385/9-388/23)	Henemann/Hopf (PA) (H22, 76/66-77/68)
Türcke (Z1, 63/55-64/57)	Doebel; Huss (H24, 165/83-85)
Mattner, Passolt (Z5, 60/33-62/40)	Levy/Krebs; Levy (H25, 304/5-11)
Spitzer (Z9, 22/24)	Laufer, Denhoff, Solomons; Satterfield et al. (H25, 306/26-307/28)
Kritik monokausal-organisch	Neurophysiologie
Ohne Quelle (Z16, 358/7-359/10, Z34, 404/12, Z33, 185/58, Z52, 64, H4, 267/21-25, H6, 188/32-189/34)	Ohne Quelle (H24, 165/86)
Ahrbeck, Herz (Z22, 96/33)	biopsychosoziales Modell'
Fröhlich (Z34, 402/5, Z34, 402/5-403/9)	Ohne Quelle (Z8, 11/10, Z8, 11/21, Z9, 21/22, Z27, 34/6, H17, 62/96-101, H20, 229/22-230/23, H24, 165/83)
Lüpke (Z5, 54/8-55/10, Z5, 56/14, Z5, 57/19-58/20, Z5, 64/53)	Barkley (Z25, 171/5-172/7, Z43, 115/16)
„neuere Hirnforschung“ (Z1, 61/46, Z1, 62/50-63/51, Z1, 66/65, Z2, 349/19, Z5, 56/14, Z16, 359/11, Z16, 364/38-39)	Petermann (Z35, 51/11)
Riedesser (Z22, 96/32)	Sullivan, Rudnik-Levin; Ersert (Z40, 190/54)
soziale Psychiatrie (Z2, 345/6-346/7, Z2, 349/19, Z2, 351/31)	Döpfner (Z43, 115/16, H6, 188/30-31, H6, 189/37-38, H14, 476/252-253)
Tätigkeitstheorie (Z32, 231/44, Z32, 233/54, Z32, 234/64)	Breitenbach (H1, 135/130-136/132, H22, 78/79-79/91, H24, 166/90-167/91)
Vygotski, Zimpel (Z24, 223/23, Z24, 224/30, Z24, 224/33, Z24, 225/47, Z24, 225/51-55, Z24, 225/60-226/67, Z24, 226/69-71)	Lauth/Mackowiak (H11, 295/60)
psychoanalytisch:	MTA (H25, 307/35)
Bion, Gerspach (Z16, 379/129-381/136)	integrativ-biopsychosozial
Dammasch, Häußler/Hopf (Z16, 378/123-379/128)	Neuhäuser (Z38, 53/27)
Häußler (Z22, 101/80)	Spitzer, Hüther/Bonney, Lüpke +Barkley (H3, 125/103-131/133)
Lorenzer (Z16, 373/89-374/95)	Breitenbach 2005 (H20, 228/14)
Roth 2001, Damasio 2000, Schacter 1996 (Z2, 350/28)	Lauth/Schlortke (H9, 213/103-214/105, H10, 23/21-24/24, H18, 253/21, H18, 253/31-254/32, H21, 730/29)
Winnicott (Z16, 372/83)	
systemisch:	
ohne (Z5, 59/26-60/30, Z16, 367/57, H22, 78/72-78)	
Göppel (Z16, 371/79-80)	
Luhmann, Speck (Z6, 398/79-880)	

Tab. III: Symptombeschreibungen

Aufmerksamkeitsprobleme/-störungen	Impulsivität	Hyperaktivität
absolutierende Beschreibungen	absolutierende Beschreibungen	absolutierende Beschreibungen
<p>Aufmerksamkeitsstörungen (Z17, 19/12-16, Z32, 228/4, Z41, 290/7, Z43, 114/13, H6, 185/4, H21, 727/4-729/16)</p> <p>Aufmerksamkeitsdefizite (H7, 273/21)</p> <p>Aufmerksamkeit ist eingeschränkt (Z13, 15/33), beeinträchtigt (Z15, 64/13, H11, 289/7-8)</p> <p>Unaufmerksamkeit (Z3, 90/9-11, Z7, 58/30, Z29, 207/7, Z30, 4/21-5/31, Z45, 8/22)</p> <p>permanent unaufmerksam (Z26, 294/11)</p>	<p>Impulskontrolle ist beeinträchtigt (Z15, 64/13)</p> <p>durchgängiges Muster an Impulsivität (H11, 289/7-8)</p>	
<i>relationale Beschreibungen</i>	<i>relationale Beschreibungen</i>	<i>relationale Beschreibungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • der Unaufmerksamkeit • Aufmerksamkeit ist mangelnd (Z20, 369/3), • vermindert (Z17, 19/12-16) • Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit bei Aufgaben längere Zeit aufrecht zu erhalten (H22, 72/21-74/51) • selektive Aufmerksamkeit ist nicht altersgemäß entwickelt; Daueraufmerksamkeit auf Aufgaben ist gegenüber gleichaltrigen deutlich reduziert (H6, 185/5-186/12) • verkürzte Aufmerksamkeitsspanne (Z8, 1/4, Z20, 372/45-373/46, Z30, 2/6-3/7, H8, 340/11-13, H9, 207/4-208/20, H17, 56/36-59/62) • ungewöhnliches Ausmaß u. durchgängiges Muster an Unaufmerksamkeit (H11, 289/7-8), Schwierigkeiten Einzelheiten zu beachten (Z30, 4/21-5/31) • unfähig konzentriert aufzupassen, Schwierigkeiten aufmerksam zu sein (Z24, 223/16-20) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten ist impulsiv (H1 120/18; H6, 185/3) impulsives Handeln (Z20, 369/3) • Impulsivität ist erhöht (Z13, 15/33) • überschießend (Z43, 113/5) • sehr impulsiv (Z20, 378/141) • Affektlabilität, mangelnde Frustrationstoleranz (H11, 289/7-8) • respektlos, wenig sozial (H1, 120/18) 	<ul style="list-style-type: none"> • übermäßige motorische Aktivität (Z13, 15/33) • erhöhtes Aktivitätsniveau (Z15, 64/13) • sehr unruhig, ständig in Bewegung (H6, 185/3) • motorisch unruhig (H1, 120/18)
<i>absolutierende Beschreibungen der Konzentration</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsstörung (Z17, 19/12-16, H8, 340/11-13) • unkonzentriert (Z8, 1/4, H6, 185/3) • unkonzentriert und unzuverlässig (Z26, 293/8-9) 		
<i>relationale Beschreibungen der Konzentration</i>		

Aufmerksamkeitsprobleme/-störungen	Impulsivität	Hyperaktivität
<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsmangel (Z17, 19/12-16), -probleme (Z32, 228/4), -schwäche (H11, 290/12-14) • schlechte Konzentration (H1, 125/54-126/86) • mangelnde Konzentrationsfähigkeit (H17, 56/36-59/62) • können sich nicht für längere Zeit konzentrieren (Z48, 20/18-19, H11, 289/7-8) • können Konzentration nicht aufrecht halten (H24, 161/38-163/69) • Konzentration während Stillarbeit als Hauptproblem (Z3, 96/76) • Unfähigkeit, trotz starker extrinsischer Motivation, die Konzentration bei Aufgaben und Spielen aufrecht zu halten (H24, 161/38-163/69) • deutlicher Rückstand, wenn längere Konzentration gefordert wird (Z43, 114/14-15) • von Konzentrationsproblemen gequält (H1 120/18) 		
Kombination aus Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (Z17, 19/12-16, Z43, 113/5) <ul style="list-style-type: none"> • unfähig konzentriert aufzupassen, Schwierigkeiten aufmerksam zu sein (Z24, 223/16-20) 		
-KATEGORISIERUNGEN-	-KATEGORISIERUNGEN-	-KATEGORISIERUNGEN-
Dauerhaftigkeit/Häufigkeit	Dauerhaftigkeit/Häufigkeit	Dauerhaftigkeit/Häufigkeit
Viele (Flüchtigkeits-)Fehler (Z24, 223/16-20, Z26, 294/11, Z45, 7/13-14, Z48, 21/34, H1, 120/22, H1/125/54-126/86, H8, 339/4-5, H8, 340/11-13, H9, 207/4-208/20, H12, 198/17-199/30, H18, 25/4-7, H22, 72/21-74/51, H24, 158/9, H24, 161/38-163/69)	reagiert übermäßig, erregbar, besonders impulsiv, übermäßige Impulsivität, hohe Erregbarkeit (Z8, 1/4, Z20, 378/141, Z30, 4/21-5/31, Z43, 114/14-15, H3, 117/5-8, H15, 328/4-5)	körperlich unruhig, überschießende motorische Aktivität, motorisch exzessiv, starke motorische Unruhe, motorische Überaktivität, überschießende Rastlosigkeit, ständig in Bewegung, exzessive Unruhe, Übermaß an motorischer Aktivität, unentwegt/dauernd in Bewegung, inadäquate Umtriebigkeit (Z8, 1/4, Z17, 19/12-16, Z26, 294/11, Z29, 207/7, Z30, 4/21-5/31, Z41, 290/7, Z45, 7/13-14, Z48, 20/18-19, H1, 120/22, H1/125/54-126/86, H3, 117/5-8, H6, 185/4, H9, 207/4-208/20, H10, 24/28, H11, 289/7-8, H15, 328/4-5, H17, 56/36-59/62, H21, 727/4-729/16)
Häufiger Aktivitätenwechsel (Z30, 2/6-3/7, H1/125/54-126/86, H3, 117/5-8, H6, 185/5-186/12, H9, 207/4-208/20, H10, 24/28, H12, 198/17-199/30, H14, 469/140-144, H17, 78/270-79/278, H21, 727/4-729/16, H24, 158/9, H24, 161/38-163/69)	fühlt sich schnell frustriert, provoziert (Z8, 1/4, Z30, 4/21-5/31)	
vergessen, was sie machen sollten (Z8, 1/4, Z45, 7/13-14, H1, 125/54-126/86, H8, 339/4-5, H11, 289/7-8, H22, 72/21-74/51, H24, 161/38-163/69)		
hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben aufrecht zu erhalten (H22, 72/21-74/51)		

Aufmerksamkeitsprobleme/-störungen	Impulsivität	Hyperaktivität
<p>permanent unaufmerksam (Z26, 294/11)</p> <p>ungewöhnliches Ausmaß u. durchgängiges Muster an Unaufmerksamkeit (H11, 289/7-8)</p>		<p>ständig auf dem Sprung, umtriebig, ungesteuert, „aufge- dreht“ (Z30, 4/21-5/31, H9, 207/4-208/20, H10, 24/28)</p> <p>durchgängiges Muster an Überaktivität, dauerndes in Bewegung-Sein (H11, 289/7-8)</p> <p>zappelt ständig, häufig (Z8, 1/4, Z24, 223/16-20, Z30, 4/21-5/31, Z45, 7/13-14, H3, 117/5-8, H8, 339/4-5, H9, 207/4-208/20, H14, 469/140- 144, H21, 727/4-729/16, H22, 72/21-74/51)</p> <p>rutscht auf dem Stuhl herum, unfähig still zu sitzen (Z24, 223/16-20, Z45, 7/13-14, Z48, 20/18-19, H9, 207/4-208/20, H14, 469/140-144, H17, 56/36- 59/62, H22, 72/21-74/51)</p> <p>herumtollen, rennen, spielen (H3, 117/5-8, H8, 339/4-5, H9, 207/4-208/20, H14, 469/140-144)</p> <p>häufiges Aufstehen im Unter- richt (Z24, 223/16-20, Z41, 290/7, H8, 339/4-5, H22, 72/21-74/51)</p> <p>klettert exzessiv (Z24, 223/16- 20, H22, 72/21-74/51)</p> <p>ständiges Geräusche-Erzeu- gen (H11, 289/7-8)</p> <p>reden übermäßig viel, sind übermäßig laut (Z45, 7/13-14, H3, 117/5-8, H6, 185/5- 186/12, H8, 339/4-5, H14, 469/140-144)</p> <p>unterbrechen andere (H8, 339/4-5)</p>
Geringes Niveau/Mangel an	Geringes Niveau/Mangel	Geringes Niveau/Mangel
<p>der Fokussiertheit: leicht ablenkbar (Z8, 1/4, Z30, 2/6-3/7, Z30, 4/21-5/31, Z45, 7/13-14, H1 120/18, H3, 117/5-8, H8, 339/4-5, H8, 340/11-13, H9, 207/4-208/20, H15, 328/4- 5, H17, 56/36-59/62, H17, 78/270-79/278, H21, 727/4-729/16, H22, 72/21-74/51)</p>	<p>unzureichende Impuls- kontrolle, mangelhafte Selbstkontrolle, kann nicht abwarten, Forderungen und Erwartungen müssen sofort erfüllt werden, übermächtige Tendenz, dem ersten Hand- lungsimpuls nach zu gehen (Z30, 4/21-5/31, H1, 120/22, H1/125/54-126/86, H6, 185/5-186/12, H9, 207/4- 208/20, H22, 72/21-74/51, H24, 158/9, H24, 161/38- 163/69)</p>	<p>mangelhaft regulierte motori- sche Aktivität (Z17, 19/12-16) desorganisiert, schlechte Anpassung an die Ordnung der Umgebung (Z17, 19/12-16, H1, 120/22, H1/125/54- 126/86, H11, 289/7-8, H21, 727/4-729/16)</p> <p>Schwierigkeiten abzuwarten bis sie an der Reihe sind (H8, 339/4-5)</p>

Aufmerksamkeitsprobleme/-störungen	Impulsivität	Hyperaktivität
<p>Vorzeitiges Abbrechen von Aufgaben und Tätigkeiten – ‚bringen nichts zu Ende‘ – mangelndes Durchhaltevermögen (Z8, 1/4, Z29, 207/7, Z30, 2/6-3/7, H1, 120/22, H1/125/54-126/86, H3, 117/5-8, H6, 185/5-186/12, H8, 339/4-5, H9, 207/4-208/20, H10, 24/28, H12, 198/17-199/30, H14, 469/140-144, H17, 78/270-79/278, H22, 72/21-74/51, H24, 158/9, H24, 161/38-163/69)</p> <p>sehr geringe oder verkürzte Aufmerksamkeitsspanne (Z8, 1/4, Z20, 372/45-373/46, Z30, 2/6-3/7, H8, 340/11-13, H9, 207/4-208/20, H17, 56/36-59/62)</p> <p>keine Ausdauer/Mangel an Ausdauer (Z8, 1/4, Z29, 207/7, Z26, 294/11, Z45, 7/13-14, H8, 339/4-5, H17, 56/36-59/62, H21, 727/4-729/16)</p> <p>Probleme Reize zu filtern (H1, 125/54-126/86, H17, 56/36-59/62, H24, 161/38-163/69)</p> <p>scheint nicht zuzuhören (Z8, 1/4, Z24, 223/16-20, Z26, 294/11, H8, 339/4-5, H11, 289/7-8, H12, 198/17-199/30, H14, 469/140-144, H17, 56/36-59/62, H22, 72/21-74/51)</p> <p>unordentliche, unsaubere nicht konsequente Aufgabenausführung (Z45, 7/13-14, H1, 120/22, H1, 125/54-126/86, H14, 469/140-144, H15, 328/4-5, H18, 25/4-7, H24, 161/38-163/69)</p> <p>kein planvolles Agieren – unüberlegtes Handeln/Mühe mit der Arbeitsorganisation (Z20, 372/43, Z20, 373/50, Z48, 22/46, H8, 339/4-5, H10, 24/28, H12, 198/17-199/30, H15, 328/4-5, H17, 78/270-79/278, H18, 25/4-7, H24, 158/9)</p> <p>‚schlechtes Zeitmanagement‘ (Z19, 80/1) arbeiten planlos, oberflächlich, zu schnell, ungenau (Z8, 1/4, Z43, 114/14-15, H9, 207/4-208/20)</p> <p>nehmen sich keine Zeit, die Aufgaben zu verstehen und systematische Lösungen abzuleiten, überwachen ihr Vorgehen nicht, mangelnde Beherrschung von kognitiven Grundfertigkeiten, mangelnde Handlungsplanung, metakognitive Defizite mangelnde Steuerung der Handlungsführung (H12, 198/17-199/30)</p> <p>Probleme Ziele zu setzen und konsequent zu verfolgen (Strategien der Handlungsplanung u. Zeiteinteilung), langfristig Reaktionsbereitschaft aufrechtzuerhalten, kein hinreichendes Maß an Handlungssicherheit, keine angemessene Fokussierung auf wichtige Reize, schlechte Problemlösestrategien, keine Lösungsperspektive, sinkende Lernmotivation (H15, 331/22-332/29)</p> <p>mangelhafte Selbstkontrolle (Z43, 113/5)</p>	<p>unüberlegte Handlungen, unterkontrolliertes Verhalten, spontan; unüberlegte, überstürzte, unbesonnene Lösungsversuche, unbedacht (Z8, 1/4, Z17, 19/12-16, Z41, 290/7, H3, 117/5-8, H6, 185/5-186/12, H15, 328/4-5, H17, 57/48, H21, 727/4-729/16)</p> <p>platzt rein, Zwischenrufe, stört andere, häufiges Unterbrechen, drängeln sich auf, können nicht abwarten (Z8, 1/4, Z30, 4/21-5/31, Z41, 290/7, H1/125/54-126/86, H9, 207/4-208/20, H14, 469/140-144, H21, 727/4-729/16, H22, 72/21-74/51, H24, 161/38-163/69)</p> <p>redet häufig übermäßig viel (H22, 72/21-74/51)</p>	<p>Ungeschicklichkeiten, die zu Beschädigungen führen, mangelnde motorische Feinkoordination (H1, 125/54-126/86, H17, 78/270-79/278)</p>

Aufmerksamkeitsprobleme/-störungen	Impulsivität	Hyperaktivität
Altersvergleich	Altersvergleich	Altersvergleich
selektive Aufmerksamkeit ist nicht altersgemäß entwickelt; Daueraufmerksamkeit auf Aufgaben ist gegenüber gleichaltrigen deutlich reduziert (H6, 185/5-186/12)	kein Altersvergleich	für das Alter übergroße motorische Aktivität (H6, 185/5-186/12)
Bezüge auf klinischen ADHS-Diskurs	Bezüge auf Äußerungen von Lehrer_innen	
Z7, 58/30, Z9, 22/26, Z10, 29/5, Z17, 19/12-16, Z24, 223/16-20, Z41, 290/7, Z43, 114/14-15, Z45, 7/13-14 H1, 120/22, H1, 125/54-126/86, H3, 117/7, H6, 117/5-8, H7, 273/21, H7, 273/22, H11, 289/7-8, H12, 198/17-199/30, H14, 469/140-144, H15, 328/5, H18, 251/6, H21, 727/4-729/16, H21, 728/11, H21, 728/13, H22, 80/95, H22, 81/99	Z26, 293/9, Z43, 113/5, Z48, 22/46 H16, 290/7	

Tab. IV: Kernsymptomatik in Fallbeispielen

Unaufmerksamkeit	Impulsivität	Hyperaktivität
Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z13, 15/25, Z13, 18/52, Z20, 373/51, Z48, 19/11-12 H1, 116/6-117/8, H1, 118/11, H11, 299/105-301/114, H14, 459/8-461/19, H17, 53/6-54/20	Z3, 95/58-60, Z3, 95/61-96/74, Z20, 373/51, Z43, 116/24 H1, 118/11, H11, 301/115-129, H11, 302/131-303/148, H17, 53/6-54/20	Z3, 95/58-60, Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z13, 15/25, Z43, 116/23, Z45, 7/10, Z48, 19/11-12 H1, 118/11, H1, 118/12-119/14, H11, 299/105-301/114, H11, 301/115-129, H11, 302/131-303/148, H14, 458/3, H14, 458/4, H14, 459/7, H17, 53/6-54/20, H24, 157/5
<ul style="list-style-type: none"> beeinträchtigte Aufmerksamkeit (Z20, 373/51) sehr häufige Flüchtigkeitsfehler (Z6, 394/63-395/68) extrem geringe Konzentration, kurze Konzentration, Konzentrationsschwierigkeiten (Z6, 394/63-395/68, Z48, 19/11-12, H11, 299/105-301/114, H14, 459/8-461/19) extrem hohe Ablenkbarkeit, leicht ablenkbar, sehr ablenkbar (Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z13, 15/25, Z20, 373/51, H1, 116/6-117/8, H11, 299/105-301/114) Tätigkeiten werden nicht beendet (Z48, 19/11-12, H1, 118/11) fehlendes Material (Z6, 394/63-395/68, Z13, 18/52) 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsiv (Z3, 95/58-60, Z3, 95/61-96/74, Z20, 373/51) unkontrollierte Ausbrüche, kaum zu bändigen (H17, 53/6-54/20) Dissozial (Z3, 95/58-60) Wutanfälle mit zerstörerischen Tendenzen (Z3, 95/61-96/74) trotziges und distanzloses Verhalten (Z3, 95/61-96/74) ruft dazwischen (H11, 301/115-129) macht Chaos (H11, 302/131-303/148) „Clownverhalten“; „sein oft aufdringliches, bevormundendes und unkontrolliertes Verhalten“ Z43, 116/24) Schwierigkeiten Regeln zu beachten, aggressiv (Z43, 116/24) 	<ul style="list-style-type: none"> Hyperaktivität, motorisch Unruhe, läuft umher, ständig in Bewegung (Z3, 95/58-60, Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z13, 15/25, H11, 299/105-301/114, H11, 301/115-129, H11, 302/131-303/148, H17, 53/6-54/20, H24, 157/5) Probleme still zu sitzen, kipzelt (Z48, 19/11-12, H11, 302/131-303/148) fällt vom Stuhl (H1, 118/12-119/14, H14, 458/4) stört andere durch Unruhe (H11, 299/105-301/114) unstetes, unkontrolliertes und ungeschicktes Verhalten (H14, 458/3) Motorik stimmt einfach nicht (H11, 302/131-303/148) springt und stolpert, springt und stolpert und bleibt wieder hängen (H14, 459/7) hat sich wenig im Griff, „geht immer gleich jeder Regung nach“, kann nicht sitzenbleiben (H1, 118/11)

Unaufmerksamkeit	Impulsivität	Hyperaktivität
<ul style="list-style-type: none"> • hört nicht zu, zuhören fällt schwer, kann nicht zuhören (Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z20, 373/51, H1, 116/6-117/8) • spielt herum (Z20, 373/51) • wirkt abwesend (Z20, 373/51) • Aufgaben werden aufgeschoben (Z48, 19/11-12) • Vergisst Aufgaben u.a. (H1, 116/6-117/8) • Spiele werden nicht zu Ende geführt (H17, 53/6-54/20) • planlos (H17, 53/6-54/20) 	<ul style="list-style-type: none"> • starkes Mitteilungsbedürfnis: „Dinge kommen von selber aus seinem Mund raus“ (H1, 118/11) 	<ul style="list-style-type: none"> • „So müsse sie z.B. bei Tisch immer wieder aufstehen und herumlaufen, oft unter dem Vorwand, etwas holen zu müssen.“ (Z45, 7/10) • „Ich war als Kind sehr lebhaft und konnte nicht lange stillsitzen. Ich hatte das grosse Glück, in einer liebevollen, aber strengen Familie aufzuwachsen. ...Im Vorschulalter war ich vorlaut, unruhig, altklug.“ (Z48, 19/11-12) • „Max redet während des Unterrichts ständig dazwischen, platzt mit seinen Antworten heraus und kann nie warten bis er an der Reihe ist. Er kaspert herum, kramt pausenlos in seiner Mappe, schaukelt mit dem Stuhl, bis er umkippt, steht während des Unterrichts unvermittelt auf, läuft durchs Klassenzimmer und stört andere Kinder bei der Arbeit. Wenn er zurechtgewiesen wird, gibt er patzige Antworten oder ignoriert die Ermahnungen.“ (Z43, 116/23) • „Ein fiktiver Schüler Holger“ weiß nicht, wohin mit seiner Energie, steht ständig unter Strom und kann nicht ruhig sitzen. Er stößt dauernd Dinge um, fällt vom Stuhl und läuft im Klassenzimmer um her. Von Winston Churchill sagt man das auch: Er dufte nach jeder Schulstunde einmal um die Schule rennen, damit er seine motorische Unruhe abreagieren konnte (Aust-Claus/Hammer, 2004, 37).“ (H24, 157/5)
<p>Verweise auf schulische Probleme Z3, 95/61-96/74, Z6, 394/63-395/68, Z20, 372/51-374/55 H1, 116/6-117/8, H1, 117/9-118/11, H11, 303/144-145, H14, 459/8, H14, 460/14, H24, 157/5</p>	<p>Spezifische(re) Beschreibungen störender Verhaltensweisen Z6, 394/63-395/6, Z13, 18/52, Z20, 373/51-374/55, Z20, 374/71, Z48, 19/11-12 H1, 118/12-119/14, H11, 302/131-303/148, H14, 458/4, H14, 459/8-461/19</p>	<p>Beschreibung positiver Eigenschaften Z6, 394/63-395/68, Z13, 15/25, Z13, 18/52, Z43, 116/25, Z48, 19/11-1 H1, 117/9-118/11, H1, 118/12-119/14, H11, 299/105-301/114, H14, 461/19, H14, 459/7</p>

Unaufmerksamkeit	Impulsivität	Hyperaktivität
Klassenwiederholungen, unerkennbare Leistungseinbrüche, Leistungsabfall bis auf null, nicht schulreif, Probleme mit Rechtschreiben und Rechnen, Probleme beim Lernen	<p>allgemein: vergessen jeglichen Zeitbezug (Z13, 18/52) große Probleme den Haushalt zu organisieren (Z48, 19/11-12) randaliert, macht Dinge kaputt (H11, 302/131-303/148) Wutausbrüche (H11, 302/131-303/148)</p> <p>schulisch: verschüttete Lernzugänge (Z13, 18/52) Aufforderungen zum langsamen und konzentrierten Arbeiten bewirken das Gegenteil (Z13, 18/52) Gesteigerte motorische Unruhe und „Chaos in den Arbeitsmaterialien“ bei Förderversuchen (individuelle Unterstützung, z.B. Sitzball) (Z13, 18/52) reagiert kaum auf sprachliche Anweisungen im Unterricht (Z20, 373/51-374/55) befolgt Anweisungen erst, wenn er sieht, was andere machen (Z20, 373/51-374/55) Chaotentum, erledigt alles in der letzten Minute, Zettel verlegt und ständig gesucht, (Z13, 15/25) größte Probleme bei der Arbeitsorganisation: Strukturierung bei selbständigen Arbeiten (Z20, 374/71) wird öfter ermahnt als andere (H11, 302/131-303/148) Unterricht wird langweilig (H11, 302/131-303/148) reagiert eher auf visuelle Reize (Z20, 373/51-374/55)</p>	<p>„ein lieber Junge“ (Z6, 394/63-395/68) „ideenreich, intelligent“ (Z13, 15/25) „ideenreiche, energiegeladene, kreative Persönlichkeit“, bleiben an etwas bis zum Umfallen, ziehen ihr Ding durch (Z13, 18/52) vielseitig interessiert, gut begabt; kann komplexe Sachverhalte erfassen und schwierige Aufgabenstellungen begreifen (Z43, 116/25) ausgeprägter Gerechtigkeitssinn (Z48, 19/11-1) gut in Mathe, Deutsch u. Sachkunde (H1, 117/9-118/11) großes Interesse an Neuem, – kann gut jonglieren (H1, 118/12-119/14) hat einzigartigen Farbensinn (H14, 459/7) malt und plastiziert gerne (H14, 461/19) aufgeweckt und interessiert, mit guten Schulleistungen (H11, 299/105-301/114)</p>

Tab. V: Wissensbestände Diagnose

<p>Ohne Verweis auf Verfahren Z3, 95/62, Z3, 95/62-63, Z3, 96/79-97/80, Z3, 97/82, Z6, 394/63-64, Z15, 68/39, Z15, 69/46, Z15, 70/47-48, Z16, 367/56, Z26, 294/14, Z30, 3/11, Z30, 4/20, Z30, 4/23, Z30, 5/32-40, Z41, 291/15, Z41, 291/16, Z43, 116/22, Z43, 118/36, Z44, 255/18, Z50, 192/10, Z50, 195/44 H3, 123/73, H9, 207/7, H10, 24/34, H11, 290/12-14, H11, 295/60, H11, 297/78, H14, 476/255, H19, 282/34, H24/161, 32</p>	<p>Verweise auf ‚standardisierte‘ Verfahren/klinischen Diskurs: Z3, 92/33, Z7, 59/41-42, Z7, 59/43-44, Z12, 11/71-72, Z14, 33/77, Z14, 33/78, Z15, 68/39, Z38, 52/21, Z46, 103/18-104/19 H3, 124/87-88, H3, 124/92-125/94, H11, 296/60, H12, 201/52-54, H20, 228/15, H22, 75/59, H24, 159/22-23</p> <ul style="list-style-type: none"> • DSM (Z14, 33/77, H11, 296/60) • DSM + ICD (Z3, 92/33, Z12, 11/71-72, H22, 75/59) • SDQ (Z14, 33/78, H12, 201/52-54, H24, 159/22-23) • Conners-Skalen (Z15, 68/39, Z38, 52/21, Z46, 103/18-104/19, H3, 124/87-88, H11, 296/60, H20, 228/15) • CBCL (Z12, 11/71-72, H12, 201/52-54) • DISYPS-KJ – FBB-HKS (Z7, 59/43-44, Z12, 11/71-72) • KIDS-I (H24, 159/22-23) • Kinder-Dips (Z3, 92/33) • AFS, ALS (Z7, 59/41-42) • VBV: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder -> Döpfner (H3, 124/92-125/94) • testpsychologische u. z.T. fachärztliche Untersuchungen (H8, 342/26) 	
<p>Verweise auf Interview oder Fragebögen (Z3, 91/30, Z12, 4/11, H1, 122/44-45) orientierende Verhaltensanalysen mit Eltern und Lehrer_innen (H12, 201/52-54, H19, 283/52) Verhaltensbeobachtungen (Z43, 118/36, Z50, 192/10, H12, 201/52-54)</p>		
<p>Bezüge auf</p>		
<p>standardisierte, objektive Testverfahren des klinischen ADHS-Diskurses</p>	<p>Autoren (Sic!) des klinischen (psychiatrisch u. klinisch-psychologischen) Diskurses</p>	<p>nicht-standardisierte Verfahren</p>
<p>Z3, 91/30-92/41, Z7, 59/37, Z7, 59/41-44, Z12, 3/5, Z12, 3/7, Z12, 4/11, Z12, 11/69-75, Z12, 17/123-18/124, Z12, 18/126-127, Z14, 32/74-33/79, Z35, 53/30-54/31, Z38, 51/16-52/22, Z38, 52/24, Z40, 188/32, Z44, 255/18, Z45, 9/43-10/50, Z47, 19/6-8 H1, 122/40-123/48, H3, 124/82-125/100, H10, 24/34-25/41, H11, 295/59-60, H12, 201/50-202/59, H14, 476/254-477/260, H18, 255/41, H19, 281/31-282/41, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63, H24, 159/20-160/26</p>	<p>Z3, 91/30-92/41, Z7, 59/37, Z7, 59/41-44, Z12, 3/5, Z12, 4/11, Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79, Z15, 67/34, Z16, 360/17, Z19, 70/3, Z25, 174/17-22, Z35, 53/30-54/31, Z40, 188/32, Z41, 291/15, Z43, 114/1, Z44, 256/17, Z45, 9/43-10/50 H2, 130/17-131/19, H3, 121/56-122/66, H3, 124/82-125/100, H11, 295/59-60, H14, 460/11, H14, 476/254-477/260, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63, H24, 159/20-160/26</p>	<p>Z3, 91/30-92/41, Z12, 4/11, Z14, 33/78, Z38, 51/16-52/22, Z38, 52/24, Z45, 9/43-10/50 H1, 122/40-123/48, H3, 124/82-125/100, H8, 341/21-342/25, H11, 295/59-60, H12, 201/50-202/59, H14, 476/254-477/260, H19, 281/31-282/41, H19, 283/50-52, H21, 729/19, H22, 75/58-76/63, H24, 159/20-160/26</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Differentialdiagnose Entwicklungsstörungen (Z12, 17/123-18/124, Z47, 19/6-8, Z38, 51/16-52/22, H14, 476/254-477/260, H22, 75/58-76/63) • psychologische Tests (Z12, 17/123-18/124, Z38, 52/24) 	<ul style="list-style-type: none"> • Döpfner (Z7, 59/37, Z7, 59/41-44, Z12, 4/11, Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79, Z35, 53/30-54/31, Z40, 188/32, Z43, 114/1, H3, 121/56-122/66, H3, 124/82-125/100, H11, 295/59-60, H14, 460/11, H14, 476/254-477/260, H22, 75/58-76/63, H24, 159/20-160/26, H20, 228/15) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese (Z38, 51/16-52/22, Z38, 52/24, Z45, 9/43-10/50, H3, 124/82-125/100, H8, 341/21-342/25, H14, 476/254-477/260, H19, 281/31-282/41, H21, 729/19)

Bezüge auf

standardisierte, objektive Testverfahren des klinischen ADHS-Diskurses	Autoren (Sic!) des klinischen (psychiatrisch u. klinisch-psychologischen) Diskurses	nicht-standardisierte Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Intelligenzmessung (Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79, Z38, 52/24, H1, 122/40-123/48, H10, 24/34-25/41, H11, 295/59-60, H12, 201/50-202/59, H19, 281/31-282/41, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63, H24, 159/20-160/26) • mit CFT 20 (Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79) • K-ABC, (H1, 122/40-123/48, H11, 295/59-60) • HAWIK (H1, 122/40-123/48) • körperliche Untersuchungen: EEG/PET, neuropsychologische u. neurologische Untersuchungen (H1, 122/40-123/48, H3, 124/82-125/100, H14, 476/254-477/260, H19, 281/31-282/41, H24, 159/20-160/26) • DISYPS-KJ/DISYPS-II (Döpfner/Lehmkuhl nach ICD-10 u. DSM-IV): klinische Beurteilung durch Diagnose-Checklisten (Z7, 59/37, Z7, 59/41-44, Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79, Z35, 53/30-54/31, H3, 124/82-125/100) • KIDSI (Döpfner et al. 2006) (Z7, 59/37, Z7, 59/41-44, H3, 124/82-125/100, H24, 159/20-160/26) • Kinder DIPS (ICD-10 + DSM-IV) (Z3, 91/30-92/41) • klinische Interwies, Differentialdiagnostik, Fremdbeurteilungsbogen, klinische Diagnose (Z12, 11/69-75, Z38, 52/24, Z44, 255/18) • klinische Testverfahren (Z12, 18/126-127) • FBB-HKS: Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störungen/ICD+DSM (Z12, 11/69-75, Z14, 32/74-33/79, Z35, 53/30-54/31, Z40, 188/32, H3, 124/82-125/100, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63) • CBCL (H12, 201/50-202/59) • Lehrerfragebogen in Anlehnung an CBCL (Z12, 11/69-75) • standardisierter Elternfragebogen (CBCL 4-18) (Z12, 11/69-75) 	<ul style="list-style-type: none"> • ICD 10 + DSM-IV (Z3, 91/30-92/41, Z12, 4/11, Z12, 11/69-75, Z19, 70/3, Z35, 53/30-54/31, Z41, 291/15, Z45, 9/43-10/50, H2, 130/17-131/19, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63) • DSM (Z14, 32/74-33/79, Z15, 67/34, Z16, 360/17, Z25, 174/17-22, Z40, 188/32, H11, 295/59-60, H14, 460/11) • ICD 10 (H3, 121/56-122/66, H3, 124/82-125/100) • Empfehlungen/Leitlinien der DGKJPP (Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie) (Z12, 3/5, Z12, 4/11, H2, 130/17-131/19, H11, 295/59-60) • Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS (Z44, 256/17) 	<ul style="list-style-type: none"> • ausführliche Anamnese (Entwicklungsgeschichte, Milieubedingungen, Einschätzung der psychosozialen Bedingungen, Behinderungen in der Entwicklung (H3, 124/82-125/100)) • Rahmenbedingungen in Familie und Schule (H8, 341/21-342/25) • Verhaltensbeobachtung (Z12, 4/11, Z38, 52/24, Z38, 51/16-52/22, H3, 124/82-125/100, H11, 295/59-60, H14, 476/254-477/260, H22, 75/58-76/63) • Videoaufzeichnungen (Z38, 52/24) • „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder“ (VBV 3-6), (H3, 124/82-125/100) • Verhaltensanalyse Eltern, Lehrer_innen, Kinder (H12, 201/50-202/59, H19, 283/50-52) • Eltern-, Lehrer-, Selbstbeurteilungen (Z12, 4/11) • Elternfragebögen (H1, 122/40-123/48) • Gespräche/Interviews mit Eltern (H14, 476/254-477/260, H24, 159/20-160/26) • Gespräche mit Lehrer_innen (Z3, 91/30-92/41, H14, 476/254-477/260) • Interviews (Z38, 52/24, H1, 122/40-123/48) • Elternfragebogen (H1, 122/40-123/48)

Bezüge auf

standardisierte, objektive Testverfahren des klinischen ADHS-Diskurses	Autoren (Sic!) des klinischen (psychiatrisch u. klinisch-psychologischen) Diskurses	nicht-standardisierte Verfahren
--	---	---------------------------------

- **Conners-Skalen** (ICD, DSM)
(Z38, 51/16-52/22, Z38, 52/24, H3, 124/82-125/100, H11, 295/59-60, H20, 228/15, H22, 75/58-76/63)
 - **SDQ** (H18, 255/41, H24, 159/20-160/26)
 - **Verhaltensscreening SDQ** (Z14, 32/74-33/79, H1, 122/40-123/48)
 - **Lehrerfragebogen SDQ** (H1, 122/40-123/48, H12, 201/50-202/59)
 - **Abklärung von Teilleistungsstörungen** (H14, 476/254-477/260)
 - **testpsychologische Untersuchungen** (u.a. LRS, Rechenstörung, ...) (H19, 281/31-282/41)
 - **durch Arbeitsproben** (Bearbeitung von Suchbildern, Zuordnungsaufgaben, Reihenbildung, Umsetzung von Instruktionen) (H12, 201/50-202/59)
 - **Leistungsdiagnostik** (H3, 124/82-125/100, H24, 159/20-160/26)
 - **psychometrische Schulleistungstests** (H12, 201/50-202/59, H14, 476/254-477/260, H20, 228/15)
 - **Aufmerksamkeitstests** (Z12, 3/5, Z12, 3/7, Z12, 4/11, Z12, 17/123-18/124, Z14, 32/74-33/79)
 - **TAP, KITAP** (Z12, 3/5, Z12, 3/7, Z12, 4/11)
 - **D2** (Z14, 32/74-33/79)
 - **Checklisten** (Z38, 52/24, H11, 295/59-60)
 - **Screening-verfahren** (Z45, 9/43-10/50, H3, 124/82-125/100)
 - **Fragebögen und klinische Beurteilungsskalen** (Z38, 52/24)
 - **Fragebogentests** (H19, 281/31-282/41)
 - **Interviews auf Basis ICD + DSM** (Z45, 9/43-10/50)
 - **Lehrer_innenbefragung** in Anlehnung an **DSM** (Z14, 33/78)
-

Bezüge auf Klassifikationssysteme		
DSM + ICD	DSM	ICD
Bezüge auf DSM und ICD Z3, 95/60, Z3, 95/66, Z15, 67/31, Z24, 223/15, Z27, 37/11, Z29, 207/7, Z36, 27/29, Z37, 144/6-7, Z43, 115/17, Z45, 7/11-8/20 H1, 120/19-21, H2, 131/19, H9, 208/27-209/61, H12, 199/32-299/37, H13, 309/10, H14, 469/132, H16, 291/16, H17, 55/34, H21, 729/18, H22, 71/16-72/20, H24, 157/6-8, H24, 158/16-159/18	Bezüge auf DSM Z4, 5/6, Z7, 58/30, Z16, 360/18-24, Z19, 75/2, Z30, 3/7, Z46, 103/17 H1, 121/27-30, H4, 266/4-10, H4, 266/11-14, H10, 22/6-23/19, H11, 289/6, H14, 469/133-469/139, H18, 251/6, H24, 158/12-16	Bezug auf ICD-10 Z12, 7/28, Z13, 15/26-31, Z26, 294/12 H3, 120/29-121/55, H20, 227/3-6
Bestätigende Positionierungen H9, 208/28, H16, 291/16, H17, 55/34, H18, 254/38, H21, 729/18, H24, 157/6-8, H24/161/32-162/37		
Klassifikationssysteme als ‚weitestgehend übereinstimmend‘ Z3, 95/66, Z36, 27/29, Z37, 144/6-7, Z43, 115/17, Z45, 7/14 H1, 120/19-21, H2, 131/19, H14, 469/132	Differenzierung zwischen ICD und DSM bzgl. Subtypen Z15, 67/31, Z24, 223/15, Z27, 37/11, Z29, 207/7, Z45, 7/11-8/20 H9, 208/27-209/61, H9, 210/80-211/90, H17, 55/34, H18, 254/38	Differenzierung BRD-USA Z24, 223/15, Z29, 207/7 H22, 71/16-72/19, H24, 157/6-8
Kritik Diagnose		
Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen	Verweise auf Wissensbestände Kritik Klassifikation u. Diagnose	Schwierigkeiten der Diagnosestellung
Z4, 5/11, Z4, 6/17-18, Z4, 6/28-7/29, Z4, 8/49, Z4, 9/71, Z4, 9/73-74, Z5, 59/25, Z5, 60/32, Z6, 396/71, Z6, 398/78, Z6, 399/81-82, Z14, 32/73, Z16, 358/3, Z16, 360/14-15, Z16, 361/25, Z16, 361/26-28, Z16, 362/32-363/38, Z16, 364/42-43, Z16, 366/52, Z16, 373/88, Z16, 373/90, Z22, 101/78, Z24, 222/13-223/15, Z32, 229/9, Z37, 144/8, Z52, 61-64, Z52, 65-66 H3, 122/67, H7, 273/22-274/23, H20, 227/7, H20, 228/15, H25, 305/18-306/19, H25, 306/20-21, H25, 306/23	ADHS-spezifische Verweise (Z16, 373/90, Z22, H3, 122/67, H7, 274/23) • @Hüther/Bonney: psychodynamische Aspekte (H3, 122/67) • @Ahrbeck: Etikettierung steht in Verbindung mit familiären, unterrichtlichen u. schulischen Beziehungsproblemen; tiefenpsychologischer Zugang (H7, 274/23) • @Lorenzer: Psychoanalyse (psychoanalytische Erkenntnisbildung (Z16, 373/90) • @Roland Gori: Psychoanalytiker + Gabriella Hunziker (Dr. Med) und Sabine Vuilleumier (Dr. Med.) in Schweizerischer Ärztezeitschrift zu „Was haben das DSM-5 und der Neoliberalismus gemeinsam?“ (Z22, 101/78)	Z12, 4/11, Z15, 66/26, Z15, 67/35-36, Z19, 75/4, Z19, 76/1, Z25, 173/11, Z32, 228/7-229/8 H2, 131/20, H3, 121/56, H11, 288/2, H12, 199/32-33, H14, 461/22, H16, 292/53-293/56, H17, 54/23-24, H18, 254/35-256/52

Kritik Diagnose

**Kritik an Klassifikations- und
Diagnosesystemen**
**Verweise auf Wissensbestände Kritik
Klassifikation u. Diagnose**
**Schwierigkeiten der
Diagnosestellung**

implizit soziologische Verweise (Z5, 60/32, Z6, 396/71)

- @Hartmann 2000: Kein Platz für Jäger. ADHS die neuen Untermenschen (Journalist + Radiomoderator, Sohn hat ADHS diagnostiziert bekommen, hat mit Frau Internat für Kinder mit ADHS/'The Hunter School' gegründet) → populärwissenschaftlich! ==> implizit soziologisch → makrosystemische Aspekte (Z5, 60/32)
- Kritik an isolierter diagnostischer Betrachtung: Diagnose als Konglomerat kindlicher u. jugendlicher Sozialisationsprobleme; @soziokulturell ==> implizit soziologisch → makrosystemische Aspekte (Z6, 396/71)
- ADHS-Diagnose erfordert die Ausblendung des **soziokulturellen Lebenskontexts** sowie dessen **subjektiver Verarbeitung** (Z6, 396/71)

**Bezüge auf sonderpädagogische
Thematisierungen**

- @Jantzen (Z16, 361/25)
 - @ Ahrbeck → Kritik an isolierter diagnostischer Betrachtung: Diagnose als Konglomerat kindlicher u. jugendlicher Sozialisationsprobleme (H7, 273/22-274/23)
 - @LIEBRAND = Bezug auf sopäd. Veröffentlichung/s. Zeitschriftenkorpus (H20, 227/7)
-

Allgemeine Kritik

Z4, 7/31, Z4, 7/33-35, Z4, 9/71, Z4, 9/73-74, Z5, 59/25, Z6, 399/81-82, Z14, 32/73, Z16, 361/26-28, Z24, 222/13-223/15, Z32, 229/9, Z37, 144/8, Z52, 61-64, Z52, 65-66
H3, 122/67, H20, 227/7, H20, 228/15, H25, 305/18-306/19, H25, 306/20-21, H25, 306/23

**Kritik an positivistischer Ausrichtung/
suggerierte Wissenschaftlichkeit**

Z5, 59/25, Z6, 399/81-82, Z16, 358/3, Z16, 360/14-15, Z16, 361/26-28, Z16, 362/32-363/38, Z16, 364/42-43, Z16, 366/52
H20, 227/7, H25, 306/23

**Verweise auf Wissensbestände: Schwierigkeiten der
Diagnosestellung**

häufig Orientierung an med. Publikationen (u.a. Barkley, Normierung von DSM u. ICD)

sonst wenig Bezüge

- ohne direkte Bezüge (Z12, 4/11, Z15, 66/26, Z19, 75/4, Z25, 173/11, Z32, 228/7-229/8, H14, 461/22, H16, 292/53-293/56, H17, 54/23-24)
 - Neuropsychologie: Quaschner & Theisen 2005 (H2, 131/20, H3, 121/56)
-

Kritik an Normierung

Z16, 361/25, Z16, 361/26-28, Z16, 373/90, Z22, 101/78, Z52, 61-64

Verweis auf Kontextbedingungen

Z4, 5/11, Z4, 6/17-18, Z4, 9/73-74, Z5, 60/32, Z6, 396/71, Z6, 398/78, Z6, 399/81-82, Z16, 358/3, Z16, 373/88, Z22, 101/78, Z52, 61-64
H7, 273/22-274/23

Entsubjektivierung – Pathologisierung

Z16, 358/3, Z16, 362/32-363/38, Z16, 366/51, Z16, 373/90, Z52, 61-64

Diagnostische Alternativen

Z4, 8/51, Z4, 9/57-69, Z6, 395/69-396/70, Z6, 396/72, Z6, 398/80-399/81, Z16, 361/28-362/31, Z16, 362/32, Z16, 366/47-50, Z19,76/1, Z52, 64, Z20, 374/57-70, Z36, 29/51-60, Z38, 53/23, Z43, 115/17
H13, 309/11

- Neurowissenschaften: Zametkin (H11, 288/2)
- DSM-IV u. ICD-10 (H12, 199/32-33, H18, 254/35-256/52)
- Barkley (Z25, 173/11, H18, 254/35-256/52)
- Aufmerksamkeitsstests (Z15, 67/35-36)
- Psychologie der Hochbegabung (Z19,76/1, Z25)
- Z32 als einzige Ausnahme hier, Schwierigkeiten der Diagnosestellung werden v.a. aus einer klinischen Perspektive heraus thematisiert

Tab. VI: Umgang mit ADHS

Verhaltenstherapie	In der Schule
Verhaltenstherapie	Strukturen und Regeln
Z3, 90/6, Z3, 90/8, Z3, 91/26-27, Z3, 92/43, Z3, 93/45-94/48, Z3, 93/46, Z3, 94/49, Z3, 94/50, Z3, 96/76, Z3, 96/77, Z3, 96/78-97/80, Z3, 98/113, Z3, 99/119, Z3, 99/120, Z3, 99/123, Z3, 99/124, Z3, 100/127, Z9, 23/40-42, Z14, 24/14, Z14, 35/90, Z15, 78/97, Z19,76/2, Z20, 369/6-370/7, Z50, 191/8, Z50, 205/113 H10, 25/49, H11, 297/86, H11, 298/103, H12, 202/67, H15, 332/32, H17, 69/171, H21, 733/65-734/78, H21, 735/89-736/94, H24, 172/112-174/117, H24, 167/914	Z8, 11/21, Z8, 11/24-12/29, Z8, 12/30, Z8, 12/46-12/64, Z9, 24/58, Z9, 24/59-62, Z19,76/2, Z20, 370/8, Z43, 120/49-121/50, Z43, 121/54, Z46, 104/24, Z46, 105/27-28, Z46, 106/38, Z51, 21/48-57, Z51, 21/65-68 H1, 140/163-141/165, H1, 141/167, H1, 142/172, H3, 133/186-187, H6, 191/59, H6, 192/63-69, H7, 272/12, H7, 274/25, H7, 276/54-58, H8, 346/56, H9, 217/150, H11, 297/80, H11, 298/91-94, H11, 298/97, H12, 204/83-89, H15, 332/30, H15, 333/36, H16, 293/63-68, H17, 77//253, H17, 78//263-266, H17, 79/282-80/291, H17, 81/306-307, H17, 81/309-82/318, H21, 738/110, H22, 85/127-86/132, H22, 86/135-87/137, H22, 87/138-139, H22, 87/140-88/145
Lernen der Selbstregulation	Individualisierung
Z3, 90/12, Z10, 31/32-32/37, Z10, 32/38-43, Z10, 32/44-48, Z10, 33/70-34/83, Z19, 31/27-31 H5, 163/66, H5, 163/69-72, H5, 164/75-76, H5, 164/79-150/83, H5, 165/86-166/91, H5, 166/94-95, H5, 166/98-167/102, H5, 167/105-179/196, H9, 214/110, H17, 77/253, H21, 735/87-88	Z9, 23/47-49, Z9, 24/54-57, Z9, 24/63-64, Z19,76/2, Z20, 370/8, Z20, 370/9, Z20, 374/71, Z51, 21/58-64, Z51, 23/105-117 H1, 141/165, H1, 142/172, H6, 191/59, H8, 345/54-346/55, H11, 297/79, H11, 297/81, H17, 80/292-81/303, H17, 81/308, H22, 86/133-134, H22, 87/139
Neurofeedback	
Z14, 22/3, Z14, 24/17-25/22, Z14, 26/23-27/31, Z14, 27/32-29/42, Z14, 34/84-35/89, Z39, 23-25, Z39, 25/2-26, Z39, 27-28 H18, 253/23, H18, 256/53, H18, 256/57-258/77, H19, 282/45-283/47, H21, 736/97, H22, 89/150, H24, 177/131-178/135	

Verhaltenstherapie	In der Schule
Therapie-Programm Lauth-Schlottko: Z30, 4/17-18 H3, 131/146, H6, 191/53-57, H9, 215/122-217/150, H12, 202/67-203/72, H15, 334/40, H17, 81/309, H19, 283/48, H19, 284/55-285/62, H21, 736/93, H24, 181/151-182/158 Trainingsprogramme Z14, 22/3, Z37, 144/4, Z37, 145/15-146/17, Z37, 146/18-152/67 H9, 215/116-121, H15, 335/46 Selbstinstruktionstraining: (Döpfner, Krowatschek): H3, 131/146, H6, 190/44-50, H8, 345/51-52, H12, 203/73-204/83, H17, 71/193-72/195, H21, 735/83- 86, H22, 84/116 THOP: Therapieprogramm für Kinder mit hyper- kinetischem und oppositionellem Problemverhalten (Döpfner, Schürmann & Fröhlich 2002) H2, 135/54, H3, 131/147-132/149, H3, 132/172- 133/184, H14, 476/255, H24, 179/141-180/150 MKT: Marburger Konzentrationstraining (Krowat- scheck) H17, 81/316-82/318, H21, 738/109, H24, 184/168- 185/173 Attentioner: (Jacobs) H24, 182/159-184/167 Lerntraining für Jugendliche mit ADHS Z21, 162/7-13 Verhaltenstherapeutisch in der Schule Z8, 12/31-12/45, Z8, 12/65-13/77, Z9, 23/44-46, Z9, 25/66-68, Z9, 25/69-70, Z10, 29/3, Z10, 32/49- 33/68, Z20, 370/11-372/41, Z20, 372/43-373/47, Z20, 374/72-73, Z20, 375/74-75, Z20, 375/75, Z20, 375/76-376/95, Z20, 376/96-100, Z20, 376/101- 377/130, Z30, 3/11, Z51, 22/78-79, Z53, 25/8-15 H1, 139/159, H1, 141/167, H5, 192/62, H6, 192/70, H7, 277/74-278/81, H7, 278/83-86, H11, 297/85, H15, 334/41, H15, 335/46, H17, 81/310-315, H21, 737/103, H21, 737/104-738/108,	Diskussion der Beschulung Z9, 23/50-24/53, Z19, 79/3, Z20, 369/5, Z43, 121/54, Z51, 23/97-100, Z51, 23/102 H1, 142/169, H1, 142/172, H1, 143/177-144/180, H1, 145/185-186, H1, 145/188-146/190, H8, 339/9, H11, 296/67, H14, 459/8, H14, 460/14, H21, 738/111-739/112 Hilfen bei der Arbeitsorganisation H1, 139/159-140/161, H1, 141/165, H1, 141/167, H7, 272/4, H7, 272/13-273/16, H7, 273/18, H7, 274/26, H7, 274/28, H7, 275/45-278/89, H7, 278/93-279/107, H11, 296/69, H11, 297/83, H11, 298/96, H15, 334/37-334/40, H17, 77/258-78/261 Sozial-positive Modellwirkung der Umgebung H7, 274/26, H11, 297/83, H11, 298/96, H17, 77/258-78/261 Evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung H7, 272/4, H7, 272/13-273/16, H7, 273/18, H7, 274/28, H7, 275/45-278/89, H7, 278/93-279/107
Kritik Verhaltenstherapie Z1, 65/63, Z4, 8/46, Z5, 58/20, Z5, 58/22, Z5, 69/73, Z14, 24/15, Z20, 370/7, Z20, 370/9, Z22, 97/41	
Elterntaining Z26, 292/3, Z26, 293/5, Z26, 295/17-296/22, Z26, 300/35, Z27, 32/1, Z27, 33/3, Z27, 34/6-35, Z27, 35/8-36/10, Z27, 36/10-44/23, Z27, 44/24-45/25, Z27, 45/25-49/34, Z27, 51/38-52/42, Z27, 53/43- 54/44, Z40, 186/3, Z40, 186/4, Z40, 186/4-187/5, Z40, 190/54-55	Alternative Behandlungsmethoden tiergestützte Interventionen Z7, 56/1, Z7, 56/4, Z7, 56/5-11, Z7, 56/12-57/19, Z7, 57/20-58/24, Z7, 58/25-28, Z7, 58/31, Z7, 58/32-60/58, Z7, 60/59-60, Z17, 18/4, Z17, 18/7, Z17, 19/19-21, Z17, 20/29-31 Psychomotorik Z38, 55/38-56/43 H16, 294/71, H22, 84/117, H22, 89/150

Verhaltenstherapie	In der Schule
H2, 135/54, H3, 132/165-171, H3, 133/185, H7, 274/23-24, H8, 345/53, H9, 216/146, H10, 25/47, H12, 202/64-66, H17, 73/208-75/226, H21, 734/80-82, H22, 84/118, H24, 174/118-175/123	Entspannungsverfahren Z20, 370/7 H1, 140/161, H1, 141/167, H11, 298/98, H21, 736/95-97, H24, 176/127-128 Diätbehandlungen H17, 69/170, H17, 72/196-197, H21, 736/98-737/100, H22, 89/150, H24, 176/127-128 Regelmäßige Arztkontrollen, Beratung, Logopädie Z23, 3/11-4/12 Training Sekundärsymptome H24, 168/95 Sensorische Integration H16, 294/71 Musisch-bewegungsorientiert Z4, 8/49 START/Nyland: Anerkennen – Neubewerten H22, 89/150-155 Ausgleich von Mangelzuständen H24, 176/129-130 Hilfen zur Einschätzung des eigenen Sozialverhaltens Z15, 78/97 Unterstützung der Selbstfindung Z5, 57/18 Gestaltung der Umwelt zur Unterstützung der Genentwicklung Z9, 21/22 ADHS bei „twice exceptionals“ Z19, 81-83
Medikation	Vorrang für das Pädagogische
Z3, 97/82, Z3, 99/121, Z3, 99/124, Z4, 5/15, Z8, 11/19, Z13, 14/20-21, Z15, 78/97, Z32, 234/63, Z34, 408/30, Z36, 30/71, Z44, 255/18, Z46, 104/24, Z48, 24/68, Z48, 25/73-74, Z50, 191/8-192/9, Z53, 25/5 H1, 134/126-135/129, H1, 136/135-137/137, H1, 137/127, H1, 139/158-159, H2, 136/58, H3, 134/192, H7, 274/23, H8, 344/46-345/50, H9, 214/112-113, H10, 25/50, H11, 295/64-296/67, H11, 296/69, H11, 298/103, H17, 69/169, H17, 70/186-191, H18, 253/23, H19, 282/44, H20, 229/18, H20, 229/20, H21, 732/59-733/64, H22, 83/111-84/115, H24, 166/88, H24, 167/914, H24, 169/101-172/111	Z4, 8/46-47, Z4, 8/51, Z4, 9/72-74, Z4, 9/75-76, Z4, 9/77, Z5, 72/93-94, Z16, 375/101, Z22, 95/23-24, Z22, 95/24-96/30, Z51, 20/21-21/47 H1, 142/173-143/176, H3, 131/137-145, H11, 296/70-297/77
Kritik Medikation Z1, 63/52, Z2, 349/21, Z5, 57/11, Z5, 57/16, Z5, 57/17, Z5, 59/25, Z19, 76/2, Z22, 97/41, Z22, 97/41-42, Z22, 100/76, Z24, 223/24-25, Z24, 224/29, Z29, 208/15-18, Z32, 228/4, Z32, 229/11, Z32, 230/23, Z32, 234/67, Z34, 407/27, Z50, 191/4, Z52, 67 H6, 190/43, H13, 313/61, H17, 70/192, H18, 256/54-55, H20, 229/21, H20, 230/24-27, H25, 306/20	Hermeneutisches Verstehen Z1, 57/27, Z1, 63/53, Z4, 7/37, Z16, 372/82, Z16, 374/96-97, Z16, 374/98, Z36, 30/64

Verhaltenstherapie	In der Schule
Multimodale Therapie	Systemische Ansätze
Z7, 58/30, Z8, 11/11-18, Z14, 23/12-13, Z17, 19/19, Z27, 33/3, Z30, 3/10, Z40, 186/3, Z40, 191/59, Z41, 290/4, Z41, 291/17, Z44, 255/19, Z45, 6/4, Z45, 10/51-52, Z45, 11/55, Z50, 198/67-205/112, Z50, 206/116, Z50, 207/125 H1, 137/137, H1 137/138-138/148, H1, 140/163, H1, 141/167, H3, 131/135-136, H3, 134/193, H8, 344/45, H8, 345/51, H10, 25/44-52, H11, 296/67, H12, 202/61-63, H14, 477/272, H15, 332/30, H16, 294/71, H18, 256/56, H20, 229/21, H21, 734/79, H22, 84/119-85/125, H24, 168/98-169/100, H24, 175/124-176/126, H25, 307/35-308/37	Z5, 69/76-70/78, Z5, 70/79-80, Z5, 70/81-82, Z5, 70/83-84, Z5, 71/85-86, Z5, 71/87-88, Z5, 71/89-90, Z5, 71/91-92, Z5, 72/96, Z16, 367/56
Kritik multimodale Therapie	Adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen
Z1, 54/13-55/16, Z1, 55/17, Z1, 60/43, Z1, 64/59-65/62, Z1, 66/67-67/68, Z22, 96/34, Z22, 97/35, Z32, 229/11 H20, 229/21	Z1, 62/49, Z1, 63/52, Z2, 355/65-356/66, Z2, 356/67, Z2, 356/68, Z4, 8/46, Z4, 8/50, Z4, 8/52-9/55, Z5, 64/53, Z16, 381/137, Z34, 407/28-408/29, Z36, 30/65-69
	Psychotherapie
	Z1, 59/36, Z1, 59/37-60/40, Z5, 69/73
Psychoedukation	Psychodynamische Ansätze
Z22, 93/15, Z22, 101/81, Z23, 4/13-18, Z30, 7/54-56, Z46, 103/12-105/28, Z51, 20/17-20 H1, 140/163, H8, 344/44, H8, 345/53-346/56, H9, 214/11, H9, 216/146-217/150, H10, 25/46, H12, 202/67, H15, 333/35	Z47, 19/9 H3, 132/150-164

Tab. VII: Sprecher_innenpositionen

professionelle Sprecher_innenpositionen pädagogischer Institutionen
Sprecher_innenpositionen Lehrer_innen/Diagnose
Z3, 91/30, Z3, 95/62-63, Z3, 96/79-97/80, Z3, 97/82, Z6, 394/63-64, Z12, 4/11, Z12, 11/71-72, Z14, 33/78, Z15, 69/46, Z15, 70/47-48, Z15, 78/90, Z16, 367/56, Z26, 294/11, Z30, 3/8, Z30, 3/11, Z30, 4/20, Z30, 4/23, Z30, 5/32-40, Z41, 291/15, Z43, 116/22, Z44, 255/18, Z46, 103/18-104/19, Z50, 195/44 H1, 122/44-45, H3, 123/73, H3, 124/87-88, H8, 342/26, H9, 207/7, H10, 24/34, H11, 290/12-14, H11, 295/60, H14, 476/255, H19, 283/52, H20, 228/15, H22, 75/59, H24/161, 32
<ul style="list-style-type: none"> • Delegationsfunktion der Lehrkräfte (Z41, 291/16) • Die Diagnose des Arztes wird durch Beobachtungen des Lehrers erleichtert. (#Pädagogik mit Hilfsfunktion für Medizin) (H11, 297/78) • Lehrerin wendet sich an Erziehungsberatungsstelle (Z26, 293/9) • bedrohte Sprecher_innenposition Lehrer_innen (Z4, 9/71)
Sprecher_innenpositionen Lehrer_innen/Förderung – Fördereffekte
Z3, 90/6, Z3, 97/82, Z3, 99/123, Z14, 22/3, Z20, 378/140-141, Z21, 162/15, Z30, 7/48-7/50, Z30, 6/45, Z30, 7/53, Z50, 193/31, Z50, 194/35, Z50, 195/37-38, H5, 164/76, H15, 333/34, H20, 230/24
Sonderpädagog_innen
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Therapie (H16, 294/71) • Kooperation mit Medizin/Diagnose (Z19, 71/1) • Sonderpädagogische Diagnostik (Z4, 8/54-9/55)

Pädagogik

- Stärken stärken – Defizite überwinden (Z9, 22/31)
- Vermittlungsfunktion und didaktische Aspekte (Z32, 232/48)
- Lernzugänge eröffnen (Z6, 390/38)

Sonderpädagogik

- sonderpädagogischer Einsatz von Trainingsprogrammen (Z37, 144/4)
- kritischer Blick auf Anwendung der multimodalen Therapie (Z1, 60/43)
- Kritik an monokausalen Erklärungen (Z2, 345/5)
- kindgemäße Pädagogik als sonderpädagogische Ausrichtung (Z4, 9/76)
- Problem der Delegation und Entpädagogisierung (Z5, 68/72)
- Bedeutung der multiprofessionellen Kooperation (Z41, 291/21)
- Bestmögliche sonderpädagogische Unterstützung (Z43, 122/60)
- Förderdiagnostik + Kritik an Standardisierung (Z16, 364/44-365/45)

professionelle Sprecher_innenpositionen medizinischer Institutionen

Gesundheitsbehörde + Kinderklinik (H14, 459/9)

gesetzliche Krankenkassen (Z38, 54/34)

Gesundheitsministerium (Z44, 255/5-7)

Klinisches Fachpersonal (Kinderärzte, Psychologen, Psychiater, ...)

Z6, 393/55, Z6, 395/66, Z6, 399/83, Z7, 59/37, Z9, 22/26, Z9, 22/31, Z15, 66/28, Z16, 367/56, Z19, 71/1, Z41, 298/94, Z43, 115/17, Z46, 104/19, Z48, 25/75, Z51, 23/103, H1, 122/40, H8, 342/26, H11, 297/78, H16, 292/45, H19, 282/41, H20, 228/10, H24, 159/19, H24/161, 32

- Psychiater und Psychologen (Z15, 66/28)
- überforderte Eltern brauchen Fachpersonen (Z48, 25/75)
- „Diagnostik durch einen Mediziner oder psychologischen Psychotherapeuten (H1, 122/40)
- Diagnose durch Arzt (H11, 297/78, H16, 292/45)
- Diagnose durch „Ärzte, insbesondere durch Kinder- und Jugendpsychiater“ (H20, 228/10)
- Mediziner od. psychologischen Psychotherapeuten (H24, 159/19)
- Kinderärzte u. -psychologen bzw. -psychiater (hirnorganische Untersuchungen) (H24, 161/32)

Schulpsycholog_innen

Z37, 145/16, H14, 459/8, H17, 77/248

Therapeut_innen

Z20, 377/137-378/139, Z38, 53/25, Z38, 54/34-35, Z40, 187/8

Eltern – Lehrer_innen/Diagnose

Z3, 95/62, Z12, 11/71-72, Z14, 28/38, Z15, 69/46, Z30, 2/3, Z30, 3/11, Z30, 4/20, Z30, 4/23, Z30, 5/32-40, Z38, 52/21, Z43, 118/36, Z50, 192/10, Z50, 195/44, Z41, 291/15, Z44, 255/18, H3, 123/73, H8, 342/26, H9, 207/7, H11, 290/12-14, H11, 296/60, H12, 201/52-54, H14, 476/255, H19, 283/52, H20, 228/15, H24/161/32-162/37, H24, 159/22-23

Eltern – Lehrer_innen-Kind/Diagnose

Z14, 33/77, H1, 122/44-45, H3, 123/73, H3, 124/87-88, H22, 75/59

Eltern (bzgl. Diagnose und Förderung)

Z3, 92/33, Z3, 95/65, Z3, 95/66, Z4, 5/15, Z7, 59/43-44, Z12, 4/11, Z20, 378/142-143, Z21, 162/15, Z26, 293/10, Z30, 7/48-7/50, Z30, 7/53, Z46, 103/18-104/19, Z50, 193/30, H10, 24/34, H19, 282/34

Betroffene

Z3, 92/33, Z3, 95/65, Z3, 96/79, Z7, 59/41-42, Z12, 4/11, Z21, 162/15, H5, 164/76

Tab. VIII: Subjektpositionen

 Schüler_innen

 ‚ADHS-Kinder‘

a) Generalisierend-individualisierende Bezeichnungen

hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder

Z1, 53/4, Z1, 53/9, Z1, 54/11, Z1, 60/43, Z1, 63/52, Z1, 63/53, Z30, 3/7, Z30, 3/12, H9, 207/11, H9, 208/25, H9, 212/95, H9, 213/100, H9, 214/111, H9, 215/116, H9, 217/150, H15, 328/5, H15, 334/43, H22, 77/68, H22, 80/97, H22, 86/131, H24, 165/84, H24, 178/138

hyperaktive Kinder/Schüler_innen

Z1, 53/3, Z2, 354/50, Z5, 62/42, Z5, 65/55, Z5, 66/59, Z5, 67/65, Z5, 68/70, Z5, 69/73, Z5, 69/77, Z5, 70/80, Z5, 70/84, Z5, 71/88, Z5, 71/90, Z5, 71/92, Z5, 72/96, Z6, 385/4, Z15, 66/23, Z15, 66/28, Z15, 70/47, Z15, 73/69, Z15, 75/77, Z15, 75/81, Z15, 79/49, Z40, 186/4, Z53, 25/2, Z53, 25/3, H11, 293/43, H21, 728/15, H21, 730/28, H21, 733/62, H21, 733/71, H21, 734/79, H21, 734/82, H21, 735/86, H22, 71/6, H24, 163/71

hyperkinetische Kinder

H2, 131/21, H3, 123/81, H8, 344/46, H11, 290/14, H11, 290/15, H11, 292/34, H11, 301/140, H21, 727/3, H21, 728/11, H21, 733/60, H21, 733/61, H21, 735/88, H17, 69/171, H17, 75/229)

Aufmerksamkeitsgestörte Kinder

Z20, 369/4, Z20, 370/8, Z20, 370/9, Z37, 146/21, H6, 192/70, H10, 24/17, H10, 24/28, H12, 201/47, H12, 202/67-203/68, H15, 328/5, H15, 332/30, H18, 251/5, H18, 252/12, H18, 252/13, H18, 252/14, H18, 252/15, H18, 252/16, H18, 252/18, H21, 735/84, H17, 80/298, H22, 82/102, Z30, 7/54, Z30, 8/56

Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen

Z19, 64/1, Z20, 369/1, Z20, 369/4, Z20, 370/8, Z20, 372/43, Z20, 372/44, Z20, 372/45-373/46, Z20, 373/47, Z20, 374/57, Z20, 378/145, Z30, 2/6, Z37, 145/11, H15, 332/32

Aufmerksamkeitsschwache Kinder

H15, 333/36, H15, 333/37, H15, 334/40, H15, 334/41, H22, 81/99

ADHS-Kinder

Z8, 10/2, Z8, 11/24-12/29, Z12, 7/31, Z12, 17/118, Z40, 191/57, Z48, 20/22, Z51, 19/1, H1, 137/137, H1, 144/182, H18, 255/49

ADHS/ADS-Kinder

H1, 131/104, H1, 136/135, H1, 142/172, H24, 163/70, H24, 163/71, H24, 164/73, H24, 164/74-79

ADHD-Kinder

Z25, 171/4, Z25, 173/11, Z25, 174/13, Z50, 195/44, Z50, 199/672

HKS-Kinder

Z50, 192/11

MCD-Kinder

H14, 460/15

Kinder mit MCD

H14, 460/14

Kinder mit ADHS

Z12, 5/14, Z12, 5/15, Z12, 6/17, Z12, 6/18, Z12, 6/17, Z12, 13/91, Z12, 13/95, Z12, 17/123, Z14, 22/3, Z17, 18/4, Z17, 18/5, Z17, 18/7, Z24, 224/29, Z28, 26/5, Z36, 28/36, Z40, 186/4, Z40, 190/54, Z41, 291/17, Z48, 20/16, H6, 187/16, H6, 189/35, H6, 190/43, H6, 190/44, H6, 192/62, H6, 192/69, H5, 158/14, H18, 257/64, H22, 77/68, H22, 79/92, H22, 86/136, H22, 87/137, H22, 88/147, H24, 174/119, H24, 176/130, H24, 177/133, Z33, 180/24

ADS-Kinder

Z14, 28/36, Z14, 28/37, Z14, 28/38, Z14, 29/40, Z14, 32/72, Z39, 25/2, Z43, 113/5, Z43, 113/7, Z43, 113/10, Z43, 116/21, Z43, 117/31, Z43, 121/54, Z43, 122/56, Z46, 102/10, Z46, 108/41, Z46, 109/46, H11, 291/20, H11, 291/23, H11, 292/33

weitere generalisierende Zuschreibungen:

Ritalinkind (Z5, 71/88), Problemkind (H14, 458/3), „Quasselstrippe“ (H6, 186/12), „Nachteulen“ (Z13, 17/49), „Störenfried“ (H3, 121/56)

leidende Kinder

Z19, 65/1, Z28, 26/12-27/13, Z50, 191/7, Z51, 22/81-82, H2, 131/21

b) ADHS-Kinder in Bildern**Technische Metaphern**

Z6, 395/68, Z6, 397/77-398/78, Z37, 147/26, Z37, 152/67, Z51, 22/83, Z51, 22/85, Z52, 67, H1, 116/6, H1 120/18, H16, 292/52

Teuflisch – getrieben

H17, 76/245-77/247, H21, 728/15

weitere Bilder

Z3, 90/3, Z3, 95/67, Z5, 62/43, Z5, 64/52, Z6, 385/1, Z6, 385/6, Z6, 391/44, Z9, 20/10, Z13, 16/41, Z24, 228/97, Z51, 23/114, H1, 119/14, H11, 289/6, H17, 53/7, H21, 731/33

Leidende Kinder

Z3, 91/22, Z6, 396/73, Z13, 14/19, Z19, 65/1, Z23, 3/8, Z28, 26/12-27/13, Z40, 186/3, Z48, 23/58-59, Z50, 191/7, Z51, 20/28, Z51, 22/81-82, H1, 132/112, H1, 137/137, H1, 140/163, H1, 145/186, H1, 145/188, H2, 131/21, H3, 121/53, H3, 123/81, H5, 172/144, H11, 298/39, H11, 298/99, H12, 199/25, H14, 458/3, H14, 461/21, H16, 292/52, H16, 292/53, H16, 293/57, H17, 80/298, H22, 81/97, H22, 84/116, H24, 157/5, H24, 158/16, H24, 164/77

Hinweise auf Subjektivierungspraktiken

Z4, 9/70, Z5, 57/16, Z13, 15/25, Z13, 16/40, Z16, 369/65, Z22, 225/53-55, Z48, 20/24-21/33, Z48, 21/38, H1, 117/8, H1, 131/104-132/106, H11, 291/18, H17, 77/256, H22, 71/3, H22, 80/95, H24, 164/73

Kinder als Subjekte

Z1, 67/69, Z1, 67/70

Kritik an stereotypen Zuschreibungen

Z28, 26/12

Eltern**Handlungsdruck – Hilflosigkeit – Überforderung**

Z1, 54/10, Z2, 356/67, Z2, 356/68, Z6, 397/76, Z8, 10/6, Z26, 292/2, Z37, 144/4, Z40, 190/54, Z43, 117/30, Z48, 20/14, Z48, 21/36, Z48, 24/63-65, Z48, 25/75, H1, 131/104-132/106, H11, 290/16-291/17, H14, 462/33, H17, 53/7, H17, 73/208, H22, 82/102, H22, 84/115

Problematische Familienkonstellationen

Z4, 8/40, Z5, 63/44, Z5, 64/51, Z16, 370/72, Z16, 370/73-74, Z23, 3/7, Z25, 173/11, Z35, 62/85, Z41, 291/17, Z46, 104/21, H3, 130/129, H3, 131/133, H6, 187/21, H6, 189/37, H11, 294/54, H12, 199/33, H19, 280/18, H22, 78/75-78

falsches Erziehungsverhalten

Z2, 349/20, Z4, 5/10, Z4, 8/40, Z6, 392/54, Z6, 396/74, Z16, 380/135-381/136, Z19, 79/3, Z22, 97/38, Z25, 181/69-182/70, Z32, 228/5, Z33, 185/62, Z35, 51/12, H1, 143/176, H2, 132/31, H2, 134/42, H3, 130/126, H11, 299/106, H14, 461/21, H22, 78/75-78, H24, 164/73

Belastete Familien

Z5, 63/47, Z22, 93/14, Z22, 95/27, Z38, 51/17, Z41, 291/17, H6, 189/37, H12, 201/48-49

Belastung & Stress & Konflikte

Z22, 226/64, Z26, 292/2, Z28, 26/4, Z51, 23/94-96, H3, 133/185, H6, 187/21, H8, 343/37, H8, 344/47, H9, 214/105, H10, 24/24

Sozioökonomischer Status

Z6, 397/75, Z22, 97/35, Z27, 44/24, Z35, 52/23, Z41, 296/79, Z41, 298/102, H22, 78/75-78

Migration

Z23, 3/7

neoliberal & postmodern

Z4, 6/23, Z5, 61/35, Z5, 63/45, Z5, 64/50, Z6, 392/48, Z16, 368/61, Z16, 368/62, Z16, 369/68, Z16, 369/69, Z16, 370/75, Z22, 94/19, H13, 313/61

defizitäre Mütter

Z4, 5/15, Z4, 8/40, Z5, 64/50, Z6, 396/73, Z15, 69/41, Z16, 371/77, Z23, 3/7

abwesende Väter

Z4, 8/40, Z4, 9/56, Z16, 378/124, Z16, 379/127, Z25, 175/24

Lehrer_innen**benötigen Hilfe**

Z8, 12/30, Z20, 370/9, Z20, 369/5, Z44, 255/5, Z48, 21/36

benötigen Fortbildungen

Z14, 35/90, Z30, 7/54-8/56, H8, 345/54, H8, 346/56, H12, 204/94-205/97

herausgefordert – belastet – verunsichert

Z1, 54/10, Z5, 67/67, Z14, 35/88, Z26, 292/2, Z41, 290/4, Z43, 113/6, Z46, 102/5, H22, 80/95, H22, 84/115

Hilflos – überfordert – mit Latein am Ende

Z3, 90/6, Z20, 369/4, Z37, 144/4, Z43, 113/5, Z43, 122/56, Z46, 102/9-103/11, H1, 144/182, H17, 75/229, H21, 738/111, H22, 81/99

klagend – genervt – gereizt

Z6, 393/56, Z6, 394/63-64, H1, 140/163, H11, 290/16-291/17, H16, 290/7, H17, 53/7

aggressiv

Z6, 395/68

Kritische Warnungen: Entsubjektivierung – Loyalitätsentzug – Medizinabhängigkeit

Z4, 9/71, Z5, 67/65, Z5, 58/23, Z16, 369/66, Z24, 229/104, Z24, 229/107-230/110, Z50, 198/65-66

Nicht verständnisvoll

H1, 131/104, H14, 461/21

Fähig – fürsorglich – das Beste rausholend

Z48, 21/35, H14, 459/9

Sonderpädagog_innen

Kritik an Medizinisierung der Sonderpädagogik durch Übernahme der medizinischen Terminologie (Z5, 58/23)
Sonderpädagog_innen als „spezialisierte Fachleute“ sollten kritisch mit dem Phänomen umgehen (H20, 230/28)

Fachleute

Z4, 9/71, Z7, 58/26, Z9, 21/22, Z9, 22/26, Z10, 29/5, Z12, 6/24-7/26, Z13, 14/15, Z16, 367/56, Z19, 71/1, Z23, 4/16, Z35, 61/78, Z41, 290/4, Z41, 298/94, Z43, 115/17, Z46, 104/19, Z48, 24/66, Z48, 25/75, Z51, 23/103, H1, 137/127, H3, 134/192, H11, 295/60, H19, 282/41, H20, 230/28

- kompetente Fachkräfte: Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater, klinische Psycholog_innen, sozialpädiatrische Zentren u. schulppsychologische Beratungsstellen (Z41, 298/94)
- erfahrene Kliniker (Z43, 115/17)
- „externe Fachleute“ sind für medizinisch-psychologische Diagnose zuständig (Z46, 104/19)
- überforderte Eltern brauchen Fachpersonen (Z48, 25/75)
- Lehrkräfte sollen „mit hilfreichen Fachleuten aus Medizin, Psychologie etc.“ kooperieren (Z51, 23/103)
- einschlägige Fachkräfte, wie z.B. klinische Psychologen, Ärzte usw. (H19, 282/41)
- Lehrer_innen und andere Fachvertreter bemerken Zunahme kindlicher Auffälligkeiten (Z16, 367/56)
- Fachleute gehen von 80 % genetisch bedingter Verursachung aus und Beeinflussung der Genetik durch die Umwelt (Z9, 21/22)
- ‚klinisches Expertenurteil‘ (Z12, 6/24-7/26)
- sind sensibilisiert für Erwachsenen-ADHS (das keine Modediagnose ist) (Z13, 14/15)
- klinische Experten (Z35, 61/78)
- Fachleute nötig für Diagnose (Z48, 24/66)
- „In ihrer Konsensus-Erklärung weisen international forschende ADHD-Experten auf den häufig unsachlichen und tendenziösen Charakter öffentlicher Diskussionen hin (Konsensus- Erklärung 2005)“ (H1, 137/127)
- Fachleute zuständig für Medikation (H3, 134/192)
- Fachleute zuständig für Diagnose (H11, 295/60)
- Barkley „der bekannte ADS-Spezialist“ (Z9, 22/26)
- „der renommierte ADHS-Experte Barkley“ (Z10, 29/5)
- vermeintliche Spezialist_innen (Z4, 9/71)
- gut ausgebildetes Fachpersonal: Medizin, Heil- und Sonderpädagogik und Begabtenförderung (Z19, 71/1)

- pädagogische Fachkraft (Z7, 58/26)
- Sonderpädagog_innen als „spezialisierte Fachleute“ sollten kritisch mit dem Phänomen umgehen (H20, 230/28)
- „Mögliche Fachpersonen, die als Team in einem „Entwicklungshelferzentrum“ arbeiten sollten: Heilpädagogische Früherzieherinnen und Früherzieher, medizinisches Personal, medizinisch- und pädagogisch-therapeutisches Fachpersonal, Psychologinnen und Psychologen, Mütter- und Ernährungsberatende“ (Z23, 4/16)
- Fachkräften des Gesundheits- sowie des Schulwesens; Empfehlungen zur Gestaltung von Kooperationen in professionellen Netzwerken (Z41, 290/4)

Tab. IX: Thematisierungsweisen und -geschichte

Thematisierungsgeschichte	Hinweise auf kontroverse Thematisierungen
Allgemein Z47, 20/24 H11, 288/2	Mainstreamforschung Z1, 62/50, Z1, 66/65, Z2, 346/8-9, Z2, 346/11-347/12, Z2, 349/18, Z2, 356/69, Z5, 54/5-8, Z32, 232/49-50, Z32, 234/62, Z36, 27/22-26, Z47, 19/9, Z47, 20/25 H4, 266/15, H7, 274/23
Hofmanns Struwelpeter Z15, 64/13, Z46, 104/21 H8, 338/2, H17, 54/25, H22, 71/6	
Hofmanns Struwelpeter – Kinderfehler – Enzephalitis – MCD – DSM-III usw. Z24, 223/15, Z36, 26/7-10, Z37, 144/6, Z45, 6/6 H2, 118/13-14, H4, 266/3, H6, 185/4, H11, 289/6, H14, 461/23-469/131, H16, 290/9-291/12, H17, 55/31-33, H20, 227/2, H25, 304/12-305/14	
Änderungen diagnostischer Systeme Z15, 67/33-34, Z16, 359/11 H25, 305/17	
Kritische Anmerkungen Z2, 348/15-17, Z5, 54/8, Z34, 403/9-404/11	
Prävalenz	Kontroverse Diskussion
vage Beschreibungen Z12, 4/10, Z14, 35/90, Z20, 369/3, Z21, 162/7, Z24, 223/21, Z46, 102/4	Z16, 367/56, Z25, 171/5, Z32, 228/5-6, Z32, 229/11, Z32, 232/51, Z36, 26/5-6, Z36, 30/72-77, Z41, 299/112, Z52, 55/7, Z52, 62 H4, 266/16-267/17, H25, 306/20
realistische Einschätzungen Z12, 4/10, Z14, 35/90, Z19, 75/2, Z21, 162/7, Z29, 208/8, Z30, 3/7, Z33, 179/10, Z36, 26/11, Z40, 186/4, Z41, 290/4, Z43, 113/5, Z50, 191/7 H2, 131/21, H3, 123/72-124/81, H6, 187/19-20, H7, 273/21, H8, 339/6, H9, 212/91-92, H10, 22/3, H12, 200/38-40, H14, 471/159, H15, 328/5, H16, 293/57, H17, 60/65-77, H19, 279/7-10, H20, 228/10, H21, 727/3, H22, 74/52-54	Im Schnittfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik Z47, 18/4
Überschätzung der Prävalenz Z20, 369/3, Z29, 208/8, Z46, 102/4, Z46, 104/21, Z50, 191/7 H3, 123/72-124/81, H6, 187/19-20, H9, 212/91-92, H12, 200/38-40, H15, 328/5, H21, 727/3	
Problem der Messung H3, 123/72-124/81, H6, 187/19-20, H16, 293/57	

Thematisierungsgeschichte	Hinweise auf kontroverse Thematisierungen
<p>häufiger Jungen Z7, 58/30, Z19, 75/2, Z24, 223/21, Z36, 26/11 H2, 131/21, H3, 123/72-124/81, H6, 187/19-20, H8, 339/6, H9, 212/91-92, H12, 200/38-40, H14, 471/159, H16, 293/57, H17, 60/65-77, H19, 279/7- 10, H20, 228/10, H21, 727/3, H22, 74/52-54</p> <p>Prävalenzentwicklung Z5, 57/18, Z6, 392/54-393/55, Z16, 358/5, Z22, 91/2, Z22, 100/75, Z24, 224/29, Z37, 144/4, Z46, 104/21 H20, 228/10</p>	
<p>Forschungslücken Z14, 23/11, Z22, 94/18, Z25, 173/11, Z29, 208/10- 14, Z32, 229/10, Z32, 229/11, Z32, 230/23, Z32, 230/26-32, Z32, 231/37-38, Z32, 233/53, Z32, 234/63, Z32, 234/65, Z50, 192/10 H7, 272/12, H7, 274/32-33, H12, 204/92, H20, 229/21</p>	<p>Wissenskonkurrenzen und Macht Z5, 67/65, Z16, 360/16, Z16, 366/53-367/54, Z22, 91/2, Z22, 98/48-100/69, Z22, 100/71-74, Z22, 100/75, Z24, 223/26-224/28, Z52, 55/8-56/9 H1, 116/4, H19, 282/43, H20, 229/20</p> <p>Forderungen nach Paradigmenwechsel Z2, 347/13, Z2, 353/45, Z2, 354/50, Z2, 354/51, Z2, 354/53, Z2, 355/60, Z2, 355/62, Z22, 101/79-80, Z32, 234/66</p>
<p>Erziehungswissenschaftliche Diskussion Z5, 58/24, Z5, 68/72, Z6, 386/15, Z32, 228/5, Z43, 113/6 H1 126/88, H11, 293/43, H20, 230/28, H24, 163/70</p>	<p>Medikalisierung Z5, 56/15, Z5, 58/24- 59/25, Z16, 358/6, Z16, 358/9-359/10, Z22, 100/76, Z24, 223/21, Z24, 224/29, Z32, 228/4, Z32, 234/65, Z34, 402/5, Z37, 144/9-145/10, Z38, 51/16, Z50, 191/4, Z52, 66-67 H2, 118/15-119/21, H4, 266/15, H20, 228/10</p> <p>Biopolitik und Biologisierung sozialer Fragen Z22, 91/1, Z24, 224/30-32, Z24, 230/111-114, Z52, 64-65, Z52, 66-67, Z52, 67, Z52, 67-71 H8, 346/60</p>
<p>Öffentliche Diskussion H1, 137/137, H17, 54/23</p>	

Tab. X: Überblick zur übergeordneten Konstruktion des Phänomens

Grau: soziokulturelle Positionierung weiß: klinische Positionierung

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
1	<p>„Das Ende der Gewissheit“</p> <p>→ kritische Betrachtung: evidenzbasierter Wirksamkeitsforschung vs. Psychotherapie</p> <p>→ Verweis auf konkurrierende Wissenspolitiken</p> <p>→ neuere Hirnforschung, Psychoanalyse, Kulturtheorie, Kultur-Natur; Kritik an Monokausalität, MTA und VT</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z1, 63/53)</p> <p>Krankheit (Z1, 55/14), Störung (Z1, 55/18, Z1, 60/41)</p> <p>Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz; makrosystemische Aspekte; Kritik monokausaler organ. Verursachung</p> <p>Umgang mit: Kritik Verhaltenstherapie, Kritik an Medikation, Kritik an modularer Therapie, Psychotherapie, Hermeneutisches Verstehen, Adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen</p>	<p>Z1, 54/13, Z1, 55/14, Z1, 55/18, Z1, 64/59, Z1, 65/62</p>
2	<p>„Ist ein Paradigmenwechsel in der ADHS-Forschung notwendig?“</p> <p>→ Forderung nach einem Paradigmenwechsel, aber verkürztes Verständnis von Gesellschaft und Macht (Z2, 356/69)</p> <p>→ kritische Betrachtung</p> <p>→ z.T. unwissenschaftlich (Duden, Zweitverwertung Abschlussarbeit)</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z2, 353/44)</p> <p>Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Psychoanalytische Entwicklungslehre, Kritik monokausaler organ. Verursachung</p> <p>Umgang mit: Kritik an Medikation, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen</p>	<p>Z2, 349/19, Z2, 354/51</p>
3	<p>„Der timergestützte Aufbau unterrichtsbezogenen Verhaltens“ (empirische Untersuchung)</p> <p>→ positiver Bezug auf kognitive Verhaltensmodifikation, Wirksamkeit wird überprüft</p> <p>→ unkritische Betrachtung; Kontextbedingungen werden kaum erwähnt</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z3, 99/123)</p> <p>ADHS als Störung (Z3, 90/8, Z3, 99/124)</p> <p>Ursachen: neuropsychologische Ursachen</p> <p>Umgang mit: Verhaltenstherapie, Lernen der Selbstregulation, Empfehlung zur Medikation, Medikation wird durchgeführt, positive Effekte der Medikation, keine leichtfertige Entscheidung für Medikation</p>	<p>Döpfner, ICD/DSM</p>
4	<p>„ADS-Kinder besser verstehen“</p> <p>→ ADS soziokulturell</p> <p>→ soziokulturelles/psychosoziales Phänomen</p> <p>→ Kritik an Rasterdiagnosen, Forderung nach einem pädagogischen Umgang</p> <p>→ Wissensbestände: entwicklungsneurobiologisch, psychoanalytisch (eher implizit)</p> <p>→ Fördermagazin: z.T. unwissenschaftlich</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z4, 6/21-23, Z4, 6/24, Z4, 6/25)</p> <p>Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Familie als Sozialisationsinstanz, prä-, peri-, postnatal</p> <p>Umgang mit: Kritik Verhaltenstherapie, Medikation, alternative Behandlungsmethoden, Vorrang für das Pädagogische, hermeneutisches Verstehen, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen</p>	<p>Z4, 5/6, Z4, 5/10</p>

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
5	<p>„Hyperaktivität in systemischer Sicht“ → familiensystemisch: häufig fehlende empirische Grundlagen → gestalttherapeutisch (wird nicht definiert) → Nähe zu entwicklungsneurobiologisch, aber eher implizit → Quellenbezug ausbaufähig, s. S. 59ff. (systemische Verursachung)</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z5, 57/18, Z5, 59/25, Z5, 59/28, Z5, 60/32, Z5, 60/33, Z5, 62/43, Z5, 69/74, Z5, 72/96) Ursachen: Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, makrosystemische Aspekte, neuropsychologisch II, entwicklungspsychologisch, Kritik monokausaler organ. Verursachung, entwicklungsneurobiologisch Umgang mit: Kritik Verhaltenstherapie, Kritik Medikation, alternative Behandlungsmethoden, Vorrang für das Pädagogische, Psychotherapie, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen, systemische Ansätze</p>	<p>Z5, 56/15, Z5, 54/8- 55/10, Z5, 69/73</p>
6	<p>„Über Schüler, die am Zugang zur Schule scheitern“ → die These von der Hyperaktivität als Konglomerat kindlicher u. jugendlicher Sozialisationsprobleme wäre auf empirischer Grundlage besser zu begründen! → explizite Bezüge zu Entwicklungsneurobiologie u. Psychoanalyse fehlen → stattdessen nur Systemtheorie u. angedeutete psychoanalytische Bezüge (Über-Ich) → Übergeneralisierung gesellschaftlicher Veränderungen (diese übertragen sich nicht 1:1)</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z6, 392/54, Z6, 396/72, Z6, 396/73-397/76, Z6, 397/77) Diagnostische Alternativen (Z6, 385/2, Z6, 398/78) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, makrosystemische Aspekte</p>	<p>Z6, 399/81- 82, Z6, 395/67</p>
7	<p>„Argumente für die Integration von Hunden“ (empirische Untersuchung) → hundgestütztes Konzentrationstraining: Effektivität wird überprüft → Wirklichkeit von ADHS wird nicht hinterfragt → undifferenzierte Betrachtung der Komplexität des Themas (s. 58/30)</p>	<p>Umgang mit: multimodale Therapie, alternative Behandlungsmethoden (Hund)</p>	<p>Döpfner, ICD/DSM</p>
8	<p>„ADHS – Die Schule ist das Nadelöhr“ → z.T. eine krude Kombi an medizinischen Argumentationssträngen im ersten Teil: MTA: bis zu 70 % genetisch + mind. 30 % aufgrund von Sozialisaton → primär organische Verursachung (MTA: 70 %-30 %) → Umgang mit... in Schule</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z8, 10/4) Ursachen: biolog. Erklärungsmodelle, biopsychosozial Umgang mit: Förderung der Selbstregulation, Selbstbild u. Selbstwirksamkeit fördern, Medikation, multimodale Therapie, in der Schule, Anpassungsfähigkeit fördern</p>	<p>Döpfner</p>

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
9	<p>„Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeits-Defizit-Störung und integrative Schulung“ → undifferenziert zwischen ADS (die meiste Zeit) und dann aber doch auch ADHS (S. 22) → 80% genetisch, aber dennoch mit Forderungen nach Veränderung der Umwelt u. implizitem Bezug auf Entwicklungsneurobiologie (das passt nicht ganz zusammen!) → am Ende aber mit Handlungsempfehlungen für die Schule (sehr unspezifisch und allgemein, nicht empirisch unterfüttert!) ADS-Kinder: Z9, 23/40</p>	<p>Ursachen: makrosystemische Aspekte, biopsychosozial Umgang mit: Verhaltenstherapie, Arbeitsspeichertrainings, alternative Behandlungsmethoden, Umwelt zur Unterstützung der Genentwicklung, Frontalunterricht, individualisierender Unterricht, Wahrnehmungsübungen, selbstständiges Arbeiten, Diskussion über Beschulung</p>	Barkley
10	<p>„Selbstregulation als Schlüssel zum Erfolg bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“ → ADHS im Erwachsenenalter: wird nicht näher thematisiert, kein Bezug zur Prävalenz u. Diagnose → komische Konstruktion des Zusammenhangs zwischen Neuropsychologie (Selbstregulation/Barkley) und Epigenetik (das passt doch so gar nicht zusammen!)</p>	<p>Ursachen: neuropsychologisch Umgang mit: Lernen/Förderung der Selbstregulation</p>	Barkley
11	<i>Wurde aufgrund mangelnder Relevanz nicht beachtet.</i>		
12	<p>„Sensitivität und Spezifität computergestützter Verfahren zur Diagnostik von ADHS“ (empirische Untersuchung) → Zielstellung: Überprüfung der „Zuordnungsgüte“ der beiden Testverfahren (standardisiert) → objektivistische Ausrichtung</p>	<p>Ursachen: neuropsychologisch</p>	Döpfner, Barkley, ICD/DSM
13	<p>„Aufgeschoben ist (nicht) aufgehoben“ → Erwachsenenalter → unwissenschaftlich! #Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, → Medikation wird angepriesen, keine Suchtgefahr! aber erhöhtes Suchtpotenzial (MDMA, Kokain, Nikotin, Alkohol) → dieser Artikel ist fast schon Werbung für die medizinische Perspektive</p>	<p>Umgang mit: Medikation</p>	Barkley ICD/DSM

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
14	<p>„Aufmerksamkeitsförderung in der Schule durch Neurofeedback“ → Aufmerksamkeitsförderung durch Neurofeedback (kommt „ohne zusätzliche Humanressourcen aus“) → Vorstudie zum Projekt Brainfeeder (neurofeedback/operante Konditionierung) → „Biofeedback stellt also eine spezielle Form des Lernens dar, die zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, zum Erlernen der Selbstkontrolle und zur Selbstheilung eingesetzt wird.“ 20 → sehr stark verhaltenstherapeutisch!</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z14, 25/20) Umgang mit: Verhaltenstherapie, Neurofeedback, Trainingsprogramme, Kritik Verhaltenstherapie, multimodale Therapie</p>	Döpfner
15	<p>„Soziale Anpassungsschwierigkeiten“ (Literaturübersicht) → defizit-orientierte Perspektive, Unterschiede zu ‚normalen Kindern‘ werden betont (Z15, 64/14) → viel neuropsychologische Grundlagen (Barkley; Sergeant) → bestehende Widersprüche werden thematisiert!</p>	<p>Ursachen: biolog. Erklärungsmodelle Umgang mit: Verhaltenstherapie, Medikation, alternative Behandlungsmethoden</p>	Döpfner, ICD/DSM
16	<p>„Nachdenkliche Anmerkungen zum Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ → differenzierte Betrachtung (Diagnose: Verweis auf Menschenbilder, Forschungsparadigmen, naturwissenschaftlich ausgerichtete Messmethoden, Verhältnis von Objektivität – Subjektivität; Verweise auf (sonder-)pädagogische Theorie im besseren Sinne (Eggert, Jantzen) → hier deuten sich flexible Normalismen an: das „normale Leben zwangsläufig risikobehaftet“ (Z 16, 372/83) → „primär pädagogische Aufgaben“ → Familiensoziologie, Psychoanalyse</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z16, 358/3, Z16, 368/61) Kritik Klassifikation, Diagnostische Alternativen (Z16, 360/14-15, Z16, 361/25, Z16, 361/26-28, Z16, 362/32-363/38, Z16, 364/42-43, Z16, 366/52, Z16, 373/88, Z16, 373/90) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, makrosystemische Aspekte, psychoanalytische Entwicklungslehre, Kritik monokausaler organ. Verursachung Umgang mit: Vorrang für das Pädagogische, hermeneutisches Verstehen, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen, systemische Ansätze</p>	Z16, 359/11, Z16, 360/17, Z16, 360/17-24, Z16, 361/26-28
17	<p>„Heilpädagogisches Voltigieren bei Kindern mit ADHS“ (empirische Untersuchung) → indirekter Verweis auf Wissensbestände → Effektivität von HPV für Kernsymptome der ADHS wird bestätigt → Förderung der Störung, ohne Ursachendiskussion</p>	<p>Umgang mit: alternative Behandlungsmethoden (Pferd), multimodale Therapie</p>	Döpfner

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
18	<i>Wurde aufgrund mangelnder Relevanz nicht beachtet.</i>		
19	<p>„Twice exceptionals“ → defizitäre Perspektive auf die „twice exceptionals“: hochbegabt, <i>aber</i> an der Behinderung leidend → mit der defizitären Perspektive möchte sie besondere Potenziale entdecken</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z19, 80/2) Umgang mit: Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Kritik Medikation, alternative Behandlungsmethoden, Classroom-Management, individualisiert-stimulierende Instruktion, Diskussion der Beschulung</p>	ICD/DSM
20	<p>„Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen durch strukturiertes Unterrichten“ (empirische Untersuchung) → Einzelfallstudie mit einem „aufmerksamkeitsgestörten Kind im Grundschulunterricht“ → pädagogische Strategie, soziokulturell: es wird sich viel auf Verfahren bezogen, die eine Nähe zur Verhaltenstherapie haben (Strukturierung, Wecker); aber: es wird auch die Unterrichtsgestaltung reflektiert.</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z20, 369/4) Umgang mit: Verhaltenstherapie, TEACCH, Kurzzeitwecker, Kritik Verhaltenstherapie, alternative Behandlungsmethoden, Classroom-Management, Individualisierung, Unterrichtsgestaltung, Diskussion der Beschulung</p>	Z20, 369/3, Z20, 369/5, Z20, 372/43, Z20, 372/44
21	<p>„Empirische Evaluation des Lerntrainings für Jugendliche mit ADHS (LeJA)“ (empirische Untersuchung) → Lerntraining ist erfolgreich → wenig spezifisch → zielt stark auf Anpassung</p>	<p>Umgang mit: Verhaltenstherapie</p>	Huss
22	<p>„Biologisierung & Ökonomisierung bei ADHS“ → wirkt insgesamt etwas kurzschlüssig → soziokulturelles Phänomen <-> aber: „ADHS als Verhaltensstörung“ → häufig: „sozioökonomische“ Bedingungen“</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z22, 225/56-57, Z22, 91/2, Z22, 91/4, Z22, 96/33, Z22, 98/43-47) Ursachen: Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, psychoanalytische Entwicklungslehre, neuropsychologisch II/ entwicklungspsychologisch, Kritik monokausaler organ. Verursachung, neuropsychologisch Umgang mit: Kritik Verhaltenstherapie/ Medikation/multimodale Therapie, Psychoedukation, Vorrang für das Pädagogische</p>	Z22, 98/48, Z22, 225/58-59
23	<p>„Präventive Maßnahmen“ → ein wenig kritisch → sehr unspezifisch → auf der Grundlage von „27 Jahren Erfahrung“ → viel „meiner Meinung nach...“, unwissenschaftlich → „persönlich zusammengestellte Umfrage“</p>	<p>Ursachen: makrosystemische Aspekte Umgang mit: alternative Behandlungsmethoden, Beratung, Logopädie, Psychoedukation</p>	

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
24	<p>„Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel ADS“ → ADHS als Entwicklungspfad → Hyperaktivität als Kompensationsstrategie → soziokulturelles Phänomen → Normalität wird verhandelt: Normierung + Normalisierungs(druck) entwicklungsniveau-spezifische Veränderungen von Aufmerksamkeitsnetzwerken (neuropsychologisch) → Anerkennung der Vielfalt in der Differenz</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z24, 222/1, Z24, 222/12, Z24, 226/68-227/78, Z24, 228/96-99, Z24, 229/101-102, Z24, 229/105-106, Z24, 230/114, Z24, 222/13-223/15) Kinder mit ADS (Z24, 229/103) Ursachen: Kritik monokausaler organ. Verursachung Umgang mit: Kritik an Medikation</p>	<p>Z24, 223/15, Z24, 223/16-20</p>
25	<p>„Gegenstandsbezogene Mutter-Kind-Interaktion bei Kindern mit Verdacht auf ADHD“ (empirische Untersuchung) → meist stark defizitär → aber: auch Bezug auf Lebensgeschichte + Mutter-Kind-Interaktion</p>	<p>Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, biologische Erklärungsmodelle, biopsychosozial</p>	Barkley
26	<p>„Effekte eines Elterntrainings auf das Verhalten eines Jungen mit ADHS“ (empirische Untersuchung) → durchgeführt in der Türkei → kontrollierte Einzelfallstudie zu Effekten eines Elterntrainings bei 7 jährigen Jungen:</p>	Umgang mit: Elternt raining	Döpfner, ICD/DSM
27	<p>„Elterntrainings bei AD(H)S“ → Diplomarbeit Z27, 35/7 → Elterntrainings sind ‚wirksam‘, insbesondere KES</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z27, 37/11) Ursachen: psychoanalytische Entwicklungslehre, biopsychosozial Umgang mit: multimodale Therapie, Elternt raining</p>	Döpfner, ICD/DSM
28	<p>„Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung in der beruflichen Grundbildung“ → Werbung für „Kompetenzzentrum für berufliche Ausbildung und Integration Appisberg“ (Reha-Maßnahme) → ADHS-Erkrankung, die sich nicht auswächst → ohne Literaturangabe</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z28, 26/12, Z28, 27/15)</p>	
29	<p>„Zweifelhafte Ergebnisse einer Studie zu den Störungsbildern DCD und ADHS“ → weder organisch noch soziokulturell → kritischer Blick auf Forschungen, die Medikation legitimieren/Wissensbildung</p>	Umgang mit: Kritik an Medikation	Z29, 207/7

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
30	<p>„Effekte einer schulbasierten Behandlung von ADHD“ (empirische Untersuchung/ Einzelfallstudie) → VT ist wirksam! (sagen Eltern + Lehrer)</p>	<p>Ursachen: neuropsychologisch Umgang mit: Therapieprogramm Lauth/Schlottke, verhaltenstherapeutisch in der Schule, multimodale Therapie, Psychoedukation</p>	ICD/DSM
31	<p><i>Wurde aufgrund mangelnder Relevanz nicht beachtet.</i></p>		
32	<p>„Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität“ → differenziert in Ansätzen, aber die Forderung nach „interdisziplinärer Forschung“ ist zu unterfüttern → kritischer Blick auf medizinische Perspektiven, aber: interdisziplinäre Forschung nach Barkley u. Döpfner</p>	<p>Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, neuropsychologisch II, entwicklungspsychologisch, Kritik monokausal organ. Verursachung, neuropsychologisch Umgang mit: Kritik Medikation, Medikation, Kritik multimodale Therapie</p>	<p>Z32, 230/20-20-2, Z32, 228/4, Z32, 229/9, Z32, 229/10, Z32, 230/20-23, Z32, 230/23, Z32, 232/50, Z32, 233/54</p>
33	<p>„Untersuchung zur entwicklungsbezogenen Differenzierung bei Oppositionellem Trotzverhalten und ADHS“ → v.a. Blick auf OPP, bzgl. ADHS: organische Verursachung</p>	<p>ADHS als Krankheit (Z33, 181/27) Ursachen: Kritik monokausal organ. Verursachung, biolog. Erklärungsmodelle, prä-peri-postnatal</p>	Döpfner + Barkley
34	<p>„Welche Rolle spielen Ergebnisse der Hirnforschung bei der AD(H)S-Problematik“ → ADHS als postmodernes Zeitgeistphänomen → v.a. entwicklungsneurobiologisch</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z34, 404/12, Z34, 408/30) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Kritik monokausal organ. Verursachung Umgang mit: Medikation (differenziert), Kritik Medikation, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen</p>	Z34, 403/7-8
35	<p>„Sind moderne Bildschirmmedien ein Risikofaktor für ADHS?“ (empirische Untersuchung) → Bezug auf biopsychosozial, aber stärkere Betrachtung von Umweltfaktoren</p>	<p>Ursachen: biopsychosozial</p>	Z35, 51/11, Z35, 53/30-54/31
36	<p>„AD(H)S – Krankheit oder Konstruktion?“ → Grundlage: Diplomarbeit → historischer Abriss ohne Quellen, undifferenziert, nicht immer wissenschaftlich</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (Z36, 28/31-35, Z36, 29/48) Diagnostische Alternativen (Z36, 29/51-60) ADHS als Krankheit (Z36, 26/10) Umgang mit: keine leichtfertige Entscheidung für Medikation, hermeneutisches Verstehen, adäquate Beziehungs- und Erziehungserfahrungen</p>	Z36, 27/27-28/30

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
37	„Aufmerksamkeit und Konzentration lenken lernen“ → empirische Grundlage: Erfahrungen + Selbsterkenntnisse der Reflexion der verhaltenstherapeutischen Förderung	Ursachen: biologische Erklärungsmodelle Umgang mit: Trainingsprogramme	
38	„Frühförderung und Psychomotorik“ → schwankt zw. biologisch/genetisch u. epigenetisch → Therapie als Heilung vs. „symptomatische Therapie“: Beeinflussung von Krankheitssymptomen/ Linderung o. Besserung der Symptomatik/sekundäre oder tertiäre Prävention	Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke) Umgang mit: alternative Behandlungsmethoden	Z38, 51/16, Z38, 52/21, Z38, 51/16-52/22, Z38, 52/24, Z38, 53/27
39	„Neurofeedback bei ADHS und Lernstörungen“ → Anwendung bei Schüler mit ADS-Diagnose	Umgang mit: Neurofeedback	
40	„Erfahrungen mit der deutschen Version des Triple-P-Elterntrainings bei Familien mit und ohne ADHS-Problematik“ → Überprüfung der Wirksamkeit von Elterntrainings	Ursachen: biopsychosozial Umgang mit: multimodale Therapie, Elternt raining	Döpfner, ICD/DSM
41	„Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation von Netzwerkakteuren bei ADHS“ → auch wenn hier nicht eindeutig von einer organischen Störung gesprochen wird, so besteht in der Tendenz u. gerade vor dem Hintergrund der Interpretation der Ergebnisse der Eindruck, dass es A) ADHS gibt und B) dass Lehrkräfte besser mit u.a. Psychiater_innen + Eltern kooperieren sollten und C) Lehrer_innen zu wenig wissen → multimodal wird hier mit multiprofessionell übersetzt	ADHS als Krankheit (Z41, 291/21) Umgang mit: multimodale Therapie	Döpfner, ICD/DSM
42	„Sind Lehrer gute Lese-Rechtschreibdiagnostiker“	→ weder soziokulturell noch organisch in der Argumentation → es geht nur am Rande um ADHS	
43	„Förderausschüsse für ADS-Kinder“ → stark sonderpädagogisch	Ursachen: biopsychosozial Umgang mit: in der Schule, sonderpädagogische Förderung	Döpfner, Barkley, ICD/DSM

Zeitschriften	Notizen aus Memos	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
44	„Kranke Kinder sind auch kranke Schüler“ → Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin zur Gesundheitsprophylaxe u. Gesundheitsförderung	ADHS als Krankheit (Z44, 255/1, Z44, 255/5, Z44, 255/6, Z44, 255/11-256/16, Z44, 255/18) Ursachen: neurochemisch Umgang mit: Medikation, multimodale Therapie	
45	„Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenen-Alter“ → Erwachsenen-ADHS → starke Orientierung an Barkley + DSM	ADHS als Krankheit (Z45, 9/42, Z45, 10/54-11/55, Z45, 11/58) Umgang mit: multimodale Therapie	Barkley, ICD/DSM
46	„Leichterem Umgang mit Kindern denen Aufmerksamkeit schwer fällt“ (empirische Untersuchung) → theoretisch-undefundierte Fortbildung zum Thema ADHS, die anschließend auf der Grundlage von Rückmeldungen ausgewertet wird	Ursachen: neuropsychologisch Umgang mit: Medikation (differenziert), Psychoedukation, Unterrichtsstruktur, Classroom-Management, Vermittlung von Lernstrategien, Elternkontakt	ICD/DSM
47	„ADHS die „neue“ Kinderkrankheit?“ → entwicklungsneurobiologische Ursachen + Geschichte → unwissenschaftlich → sprunghafte Argumentation	ADHS als Krankheit (Z47, 18/1) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch Umgang mit: psychodynamische Ansätze	Z47, 19/6-8
48	„Leben mit ADHS – Eine Familiengeschichte“ → aus der Sicht einer „Betroffenen“ → unwissenschaftlich	Umgang mit: Medikation	
50	„Ritalin und Schulleistungen bei HKS“ (Literatur-Review)	Umgang mit: Verhaltenstherapie, Medikation (kritisch-differenziert), multimodale Therapie	Döpfner, Barkley
51	„Empfehlung für Lehrkräfte zum Umgang mit ADHS Kindern“ → Kinderarzt gibt Tipps für Lehrer_innen: pädagogische Strategie → unwissenschaftlich → Praxistipps, ohne Literaturangaben	Umgang mit: Wenn-dann-Pläne, Psychoedukation, Vorrang für das Pädagogische, Strukturen u. Regeln, Vermittlung von Lernstrategien, Bewegung ermöglichen, Stärken Nutzen, Diskussion der Beschulung, Anforderungen Lehrer_innen	keine
52	„Diagnose statt Verständnis. Die „Krankheit ADHS“ als kulturelles Artefakt“ → inhaltlich sprunghaft → Phänomenologie	soz.-kult. Phänomen (Z52, 54/1, Z52, 62, Z52, 54/2, Z52, 61-64, Z52, 65-66) Ursachen: Kritik monokausaler organ. Verursachung	Z52, 61-64
53	„Hilfe durch ein Stück Tapete“ → Medikation u. Verhaltensvertrag → keine kritische Diskussion	Umgang mit: verhaltenstherapeutisch in der Schule, Medikation, Kritik Medikation	

Hand- bücher	Notizen aus Memo	Diskursfragemente	Klinische Bezüge
1	<p>„Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität“ → v.a. biologische Ursachen + bio-psycho-sozial → Ursachen nah an Döpfner + MTA (s. Bezug auf Breitenbach) → Medikation + multimodal + weitere Umgangsmöglichkeiten → wo sind die Quellen → wo ist eine kontroverse Diskussion von Forschungsbefunden?! → Ursachen nah an Döpfner + MTA (s. Bezug auf Breitenbach)</p>	<p>ADHS als Krankheit (H1, 116/4) Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, biopsychosozial Umgang mit: Korrektur des Selbstbildes, Medikation, multimodale Therapie, Psychoedukation, Elterntaining; alternative Behandlungsmethoden, Vorrang für das Pädagogische, Unterrichtsstruktur, Strukturen und Regeln, Individualisierung, Bewegung, Diskussion der Beschulung, Memotechniken, Elternkontakt</p>	Döpfner, Barkley, ICD/DSM
2	<p>„Externalisierende Störungen“ → Orientierung an Psychiatric → Ursache: integrativ biopsychosozial → Ursachendiskussion ist unspezifisch, da nicht ganz klar, ob es jetzt um ADHS oder aggressives Verhalten geht</p>	<p>Umgang mit: Verhaltenstherapie, Medikation, Prävention</p>	Döpfner, ICD/DSM
3	<p>„Externalisierende Auffälligkeiten“ → indifferente Positionierung mit Tendenz zur MTA → seltsame Position bzgl. der Ursachendiskussion „bio-psycho-sozial als medizinische Position“ mit Bezügen auf Interaktions- und Bindung (Lüpke) aber v.a. mit Blick auf weitere Entwicklung der Symptomatik; und gleichzeitig mit Bezügen auf Hüther/Bonney, Leuzinger-Bohleber, aber MTA ist am wirksamsten.</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (H3, 122/67) Störungen der Aufmerksamkeit (H3, 117/4-5) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, biologische Erklärungsmodelle, integrativ biopsychosozial Umgang mit: Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Selbstinstruktionstrainings, THOP, Medikation, multimodale Therapie, Elterntaining; Prävention, Vorrang für das Pädagogische, psychodynamische Ansätze</p>	Döpfner, Barkley, ICD/DSM
4	<p>„Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom“ → Verweise auf Thematisierungsgeschichte → Klassifikation nach DSM-IV → kritische Fragen zur monokausalen Verursachung -> Bezug auf Neurowissenschaften (Lüpke)</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (H4, 266/16, H4, 266/16) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, Kritik monokausal organ. Verursachung</p>	ICD/DSM H4, 266/2, H4, 266/4-10, H4, 266/11-14
5	<p>„Selbstregulation bei Schülern mit Lernstörungen und ADHS“ → Umgang mit: Lernen der Selbstregulation (v.a. VT) Diskussion Forschungsstand zu Selbstregulation in versch. Bereichen</p>	<p>keine Ursachendiskussion ADHS als Störung der Selbstregulation Umgang mit: Selbstregulation</p>	Barkley

Hand- bücher	Notizen aus Memo	Diskursfragemente	Klinische Bezüge
6	<p>„Hyperaktivität“</p> <p>→ zaghafte Verweise auf kontroverse Diskussion</p> <p>→ Ursachen unklar</p> <p>→ genetische Erklärung reicht nicht aus</p> <p>→ biopsychosozial als med. Position (an diesem Modell gibt es zwar auch Kritik, die bleibt aber unerwähnt)</p> <p>→ integratives Modell nach Döpfner</p>	<p>ADHS als Krankheit (H6, 188/26)</p> <p>Ursachen: biopsychosozial, Kritik monokausal organ. Verursachung</p> <p>Umgang mit: Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Selbstinstruktionstrainings, Klasse-Kinder-Spiel, Medikation (kritisch); Reizreduktion, Strukturierung des Unterrichts, stimulierende Lernumgebungen, Bewegung</p>	Döpfner
7	<p>„Evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung bei ADHS“</p> <p>→ keine Ursachendiskussion, stattdessen: „Zahlreiche Publikationen“</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (H7, 273/22)</p> <p>Ursachen: biolog. Erklärungsmodelle</p> <p>Umgang mit: Förderung der Selbstregulation, behaviorale Verfahren, Medikation, Elterntraining; in der Schule, Unterrichtsstruktur, Classroom-Management, evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung</p>	Döpfner, Barkley
8	<p>„Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik“</p> <p>→ indifferent bzgl. Ursachen: Vorstellung verschiedener Hypothesen</p> <p>→ Behandlung: MTA, Medikation, Strukturen/Regeln, Qualifizierung, Individualisierung, Selbstinstruktion</p> <p>→ über weite Strecken ohne Verweis auf Quellen</p> <p>→ spricht von Ursachenhypothesen -> dann neurobiologische Konstitutionsmerkmale und am Schluss ist ADHS keine Krankheit, sondern Normvarianante, die v.a. multimodal u. medikamentös zu behandeln ist</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (H8, 346/58)</p> <p>Ursachen: biolog. Erklärungsmodelle</p> <p>Umgang mit: Selbstinstruktionstrainings, multimodale Therapie, Medikation, Psychoedukation, Elterntraining; Strukturen u. Regeln, individualisierender Unterricht, Diskussion der Beschulung</p>	
9	<p>„Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen“</p> <p>→ Ursachen: Diathese-Stress-Modell -> Lauth/Schlottke: biopsychosozial</p> <p>→ Umgang mit: v.a VT + Selbstinstruktion + Medikation</p> <p>differenzierte Unterscheidung der Klassifikation ICD-DSM</p> <p>→ sehr nah dran an beiden</p>	<p>Ursachen: integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke)</p> <p>Umgang mit: Lernen der Selbstregulation, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Trainingsprogramme, Medikation, Psychoedukation, Elterntraining, Classroom-Management</p>	Döpfner, Barkley, ICD/ DSM
10	<p>„Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung“</p> <p>→ klassisch angelehnt an psychiatrische Vorgaben/DSM</p> <p>→ Verursachung biopsychosozial (Lauth/Schlottke)</p> <p>→ multimodale Therapie DGKJPP</p>	<p>Ursachen: integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke)</p> <p>Umgang mit: Verhaltenstherapie, Medikation, multimodale Therapie, Psychoedukation, Elterntraining</p>	Barkley, ICD/ DSM

Hand- bücher	Notizen aus Memo	Diskursfragemente	Klinische Bezüge
11	<p>„Das hyperkinetische Syndrom“ → auch wenn von unterschiedlichen Ursachenhypothesen gesprochen wird (44ff), in der Tendenz eher biologisch ausgerichtet (s. ADHS als Krankheitsbild) u. implizit orientiert an MTA</p>	<p>ADHS als Krankheit (H11, 290/15, H11, 293/42-43, H11, 294/53, H11, 300/110, H11, 300/111) Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, biopsychosozial, neurochemisch Umgang mit: Verhaltenstherapie, Förderung der Selbstregulation, Medikation, multimodale Therapie; alternative Behandlungsmethoden, Vorrang für das Pädagogische, Unterrichtsstruktur, Reizreduktion, Bewegung, individualisierender Unterricht, sonderpädagogische Förderung</p>	Barkley, ICD/ DSM
12	<p>„Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentration“ → biologische Verursachung + familiäre Risiken → Umgang mit: v.a. multimodal + VT + in der Schule</p>	<p>soz.-kult. Phänomen (H12, 204/91) Ursachen: Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, biologische Erklärungsmodelle, entwicklungsneurobiologisch Umgang mit: Verhaltenstherapie, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Selbstinstruktionstrainings, multimodale Therapie, Psychoedukation, Elterntaining, in der Schule</p>	Döpfner, Barkley, ICD/ DSM
13	<p>„Das Problem der Hyperaktivität“ → v.a. Ursachendiskussion: neurophysiologisch, → entwicklungspathologisch, Traumatisierungen, entwicklungsneurobiologisch, Bindung + Hyperaktivität → soziokulturell → wenig spezifisch → Umgang mit fehlt, nur „Kritik an Medikation“</p>	<p>Ursachen: Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, neuropsychologisch II/entwicklungspsychologisch, entwicklungsneurobiologisch Umgang mit: Kritik Medikation</p>	H13, 309/10
14	<p>„Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ → Ursachendiskussion -> biologisch: Virginia Douglas -> biopsychosozial —> Döpfner → Umgang mit: multimodal + divergierende Ansätze</p>	<p>ADHS als Krankheit (H14, 459/9) Ursachen: entwicklungsneurobiologisch, Lebensgeschichte, Familie als Sozialisationsinstanz, biologische Erklärungsmodelle, neuropsychologisch, neurochemisch, biopsychosozial Umgang mit: THOP, multimodale Therapie, sonderpädagogische Förderung</p>	Döpfner, ICD/ DSM
15	<p>„Unterrichtsbasierte Förderung von Aufmerksamkeit“ → Ursachen: Beeinträchtigung der zentralnervösen Aktivierung (Lauth/Schlottke) → Umgang mit: Qualifizierung, Unterrichtsgestaltung, Verbesserung der Lernaktivität, Therapieprogramme + VT, Trainingsprogramme → Zwischenüberschrift ‚unterrichtsbasierte Förderung‘: bis auf ‚Strukturierung der Unterrichtssituationen‘ aber v.a VT</p>	<p>Ursachen: neuropsychologisch Umgang mit: Verhaltenstherapie, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Trainingsprogramme, verhaltenstherapeutisch in der Schule, Verhaltensmodifikation, Kontingenzmanagement, multimodale Therapie, Psychoedukation; Unterrichtsstruktur, schulzentrierte Förderung, Verbesserung der Lernaktivität, Elternkontakt</p>	Döpfner, Barkley

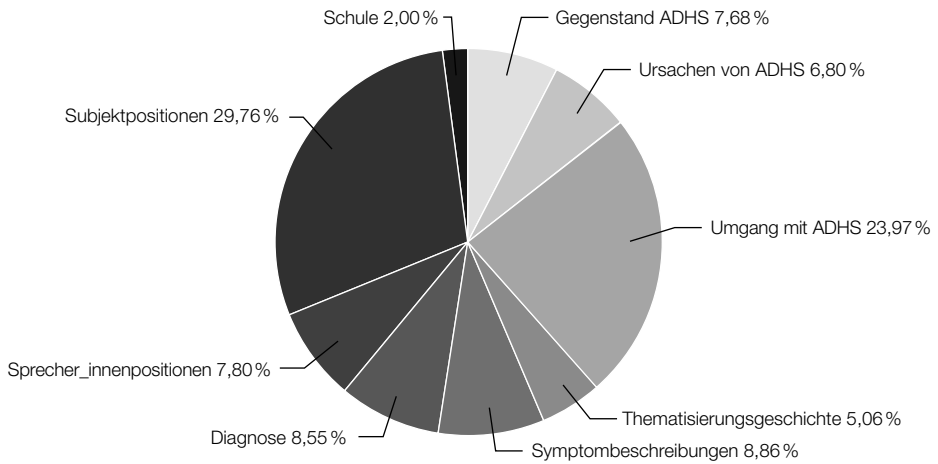
Hand- bücher	Notizen aus Memo	Diskursfragemente	Klinische Bezüge
16	<p>„Aufmerksamkeitsstörungen“ → wenig differenziert, häufiger ohne Quellen → im Grunde wird state of the art rezipiert (med.)</p>	<p>Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, entwicklungsneurobiologische Ursachen Umgang mit: multimodale Therapie, alternative Behandlungsmethoden, Unterrichtsstruktur</p>	ICD/ DSM
17	<p>„Hyperkinetische Störungen“ → Ursachendiskussion: biologische Erklärungsansätze: biopsychosoziales Modell (Barkley + Lüpke) → ist relativ differenziert</p>	<p>Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, neuropsychologisch, biopsychosozial, makrosystemisch Umgang mit: Verhaltenstherapie, Lernen der Selbstregulation, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Selbstinstruktionstrainings, MKT, Medikation, Elterntaining; alternative Behandlungsmethoden, Prävention, Strukturen u. Regeln, Rituale, Individualisierung, Bewegung</p>	Döpfner, Barkley, ICD/ DSM
18	<p>„Therapie bei ADHS“ → VT, Medikation → Ursachen: integrativ biopsychosozial, neurochemisch</p>	<p>Ursachen: integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke), neurochemisch Umgang mit: Neurofeedback, Medikation (differenziert – kritisch), multimodale Therapie</p>	Barkley, ICD/ DSM
19	<p>„ADHS“ → Ursachen indifferent → Umgang mit... Medikation, Neurofeedback, Aufmerksamkeitstraining Lauth/Schlottke</p>	<p>Umgang mit: Neurofeedback, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Medikation (differenziert)</p>	ICD/ DSM
20	<p>„Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen“ → Ursachen: biologisch – psychologisch – biopsychosozial → Umgang mit...Medikation (auch kritisch), verlernen – umlernen, multimodal (auch kritisch) → Forderung nach kritischem Umgang mit Medikation + pädagogische Antworten, allerdings ohne kritischgehaltvolle Diskussion der Ursachen → interessant bzgl. Interdiskurs: hier gibt es Bezüge auf a) Stiehler und b) Liebrand (s. Zeitschriftenkorpus)</p>	<p>Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, biopsychosozial, integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke) Umgang mit: Medikation (kritisch – differenziert), multimodale Therapie, Kritik multimodale Therapie</p>	ICD/ DSM
21	<p>„Hyperkinetisches Syndrom“ → Ursachen: multifaktorielles Zusammenspiel, neuropsychologisch (→ Barkley), biopsychosozial (Lauth/Schlottke 1997 in Anlehnung an Barkley) → Umgang mit... Übersicht, Medikation, Verhaltensmodifikation, multimodale Therapie, Elterntaining, Selbstinstruktion, Selbstbeobachtung, Training sozialer Kompetenzen, Entspannung, Diät, pädagogische Interventionen (Neukäter/Goetze 1978) (H21, 737/103-104), Verhaltensmodifikation, Trainingsprogramme</p>	<p>Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, integrativ biopsychosozial (Lauth/Schlottke), neuropsychologisch Umgang mit: Verhaltenstherapie, Lernen der Selbstregulation, Neurofeedback, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, Selbstinstruktionstrainings, MKT, strukturiert-schüler_innenzentrierter Unterricht, Medikation (differenziert), multimodale Therapie, Elterntaining; alternative Behandlungsmethoden, Diskussion der Beschulung</p>	Döpfner, Barkley, ICD/ DSM

Hand- bücher	Notizen aus Memo	Diskursfragmente	Klinische Bezüge
22	<p>„Pädagogische Förderung bei Aufmerksamkeits-Defizit-Problematiken“</p> <p>→ Ursachen: differenziert, aber auch klassisch</p> <p>→ Medikation, Verhaltenstherapie, multimodale Therapie</p>	<p>Ursachen: neuroanatomisch, biopsychosozial, prä-, peri-postnatal</p> <p>Umgang mit: Neurofeedback, Selbstinstruktionstrainings, Verhaltensmodifikation, Kontingenzmanagement, Medikation (differenziert), multimodale Therapie, Elterntraining; alternative Behandlungsmethoden, Strukturen u. Regeln, Rituale, Rhythmisierung, Bewegung, individualisierender Unterricht</p>	Döpfner
23	<p>„Schulbasierte Interventionen speziell bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Problemen“</p> <p>→ Diskussion Befunde zur schulbasierten Intervention (VT) auf der Grundlage von Metastudien</p>	<p>Umgang mit: Verhaltenstherapie</p>	ICD/ DSM
24	<p>„Effektivität von Förderprogrammen bei ADS/ADHS“</p> <p>→ Ursachen: Neben den anlagebedingten (genetischen) und erziehungsbezogenen Faktoren werden in neueren Studien insbesondere Schädigungen des Zentralnervensystems als Ursachen diskutiert.</p> <p>→ Umgang mit... Übersicht; Medikation, Verhaltenstherapie, multimodal, Verhaltenstherapie, Elternprogramme, alternative Ansätze, Neurofeedback; THOP, TmaK, Attentioner</p>	<p>ADHS als Krankheit (H24, 158/10)</p> <p>Ursachen: neurochemisch, neuroanatomisch, neurophysiologisch, biopsychosozial</p> <p>Umgang mit: Neurofeedback, Therapieprogramm Lauth/Schlottke, THOP, MKT, Attentioner, Medikation, Elterntraining; alternative Behandlungsmethoden, Vorrang für das Pädagogische</p>	Döpfner, Barkley, ICD/ DSM
25	<p>„Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“</p> <p>→ verweist auf konträre Diskussionen</p> <p>→ schließt biolog. Ursachen nicht aus, die sich wechselseitig mit sozialen Konstruktionen bedingen, endet bei MTA</p>	<p>Ursachen: biologische Erklärungsmodelle, neuropsychologisch, neuroanatomisch, biopsychosozial</p> <p>Umgang mit: Verhaltenstherapie Kritik Medikation, multimodale Therapie; alternative Behandlungsmethoden, dialogisch orientierte Verfahren</p>	Barkley

Anhang III: Diskursive Praktiken

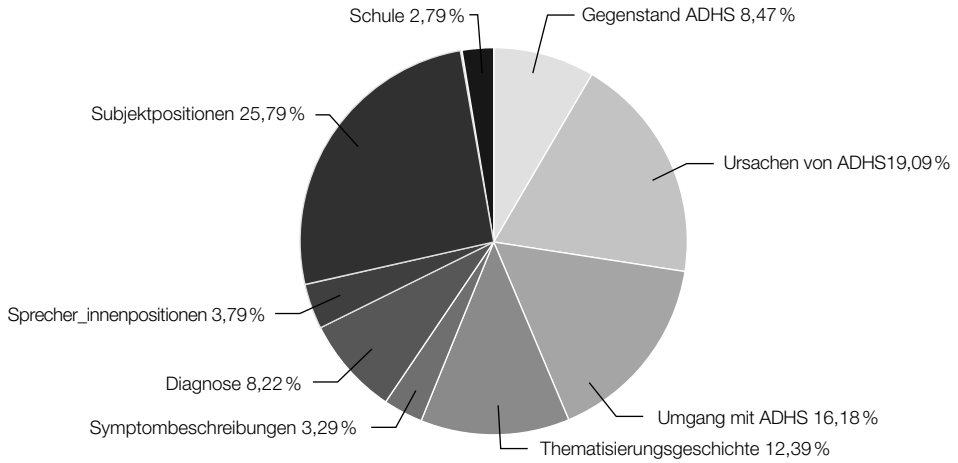
Tab. XI: Thematisierungsweisen nach Positionierungen

Verteilung Hauptkategorien klinische Positionierung



Set klinisch	Anzahl Codierungen	Prozent
Gegenstand ADHS	123	7,68 %
Ursachen von ADHS	109	6,80 %
Umgang mit...	384	23,97 %
Thematisierungsgeschichte	81	5,06 %
Symptombeschreibungen	142	8,86 %
Diagnose	137	8,55 %
Sprecher_innenpositionen	125	7,80 %
Subjektpositionen	469	29,76 %
Schule	32	2,00 %
SUMME	1602	100 %

Verteilung Hauptkategorien soziokulturelle Positionierung



Set soziokulturell	Anzahl Codierungen	Prozent
Gegenstand ADHS	67	8,47%
Ursachen von ADHS	151	19,09%
Umgang mit...	128	16,18%
Thematisierungsgeschichte	98	12,39%
Symptombeschreibungen	26	3,29%
Diagnose	65	8,22%
Sprecher_innenpositionen	30	3,79%
Subjektpositionen	204	25,79%
Schule	22	2,78%
SUMME	791	100%

Tab. XIa: Verteilung der Subcodes

Gegenstand klinisch (100 von 123 Codierungen)²⁵⁰

Gegenstand ADHS klinisch	Häufigkeit	Prozent
Störung/Syndrom/Krankheit	95	95,00
soziokulturelles Phänomen	3	3,00
Aufmerksamkeits-Defizit-Problematik	2	2,00
Gesamt (Gültig)	100	100,00

Ursachen klinisch (94 von 109 Codierungen)

Ursachen klinisch	Häufigkeit	Prozent
Biologische Erklärungsmodelle	42	44,68
biopsychosoziales Modell	26	27,66
soziokulturelle Erklärungsmodelle	12	12,77
weitere	9	9,57
Kritik an monokausal-organischen Modellen	3	3,19
psychologische Modelle	2	2,13
Gesamt (Gültig)	94	100,00

Gegenstand soziokulturell (59 von 67 Codierungen)

Gegenstand ADHS soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Störung/Syndrom/Krankheit	17	28,81
soziokulturelles Phänomen	41	69,49
Aufmerksamkeits-Defizit-Problematik	1	1,69
Gesamt (Gültig)	59	100,00

Ursachen soziokulturell (147 von 151 Codierungen)

Ursachen soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Biologische Erklärungsmodelle	6	4,08
biopsychosoziales Modell	4	2,72
soziokulturelle Erklärungsmodelle	89	60,54
weitere	6	4,08
Kritik an monokausal-organischen Modellen	42	28,57
psychologische Modelle	0	0
Gesamt (Gültig)	147	100,00

²⁵⁰ Im Folgenden werden die Statistiken für die Subcodes dargestellt. Falls wie in diesem Falle Codierungen nicht in der Tabelle aufgelistet sind, so sind das die Codierungen die in der Hauptkategorie vorgenommen wurden (im Beispiel hier sind dies 23 Codierungen zur Hauptkategorie Gegenstand ADHS).

Umgang mit... klinisch (380 von 384 Codierungen)

Umgang mit... klinisch	Häufigkeit	Prozent
verhaltenstherapeutische Ansätze	119	31,32
Kritik an verhaltenstherapeutischen Ansätzen	1	0,26
schulische Umgangsformen	97	25,53
Medikation	43	11,32
Kritik an Medikation	9	2,37
multimodale Therapie	38	10,00
Kritik an multimodaler Therapie	1	0,26
Elterntraining	30	7,89
alternative Behandlungsmethoden	26	6,84
Psychoedukation	11	2,89
pädagogische Zugänge	5	1,32
Gesamt (Gültig)	380	100,00

schulische Umgangsformen klinisch	Häufigkeit	Prozent
Veränderungen der Unterrichtsstruktur	33	37,50
Individualisierung	15	17,05
Diskussion der Beschulung	13	14,77
Lehrer_innen-Schüler_innen-Beziehung	11	12,50
evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung	6	6,82
Hilfen bei der Arbeitsorganisation	6	6,82
peer-gestützte Verfahren	4	4,55
Gesamt (Gültig)	88	100,00

Umgang mit... soziokulturell (125 von 128 Codierungen)

Umgang mit... soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
verhaltenstherapeutische Ansätze	8	6,40
Kritik an verhaltenstherapeutischen Ansätzen	8	6,40
schulische Umgangsformen	15	12,00
Medikation	5	4,00
Kritik an Medikation	19	15,20
Kritik an evidenzbasierter Medizin	9	7,20
multimodale Therapie	2	1,60
Kritik an multimodaler Therapie	6	4,80
Elterntraining	0	0,00
alternative Behandlungsmethoden	39	31,20
Psychoedukation	4	3,20
pädagogische Zugänge	10	8,00
Gesamt (Gültig)	125	100,00

schulische Umgangsformen soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Veränderungen der Unterrichtsstruktur	5	33,33
Individualisierung	3	20,00
Diskussion der Beschulung	3	20,00
Lehrer_innen-Schüler_innen-Beziehung	4	26,67
evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung	0	0
Hilfen bei der Arbeitsorganisation	0	0
peer-gestützte Verfahren	0	0

Diagnose klinisch (91 von 137 Codierungen)

Diagnose klinisch	Häufigkeit	Prozent
Diagnose mittels DSM-IV, ICD-10	22	24,18
Diagnose mittels DSM-IV	17	18,68
Schwierigkeiten der Diagnosestellung	15	16,48
Diagnose mittels ICD-10	13	14,29
Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen	10	10,99
diagnostische Alternativen	8	8,79
Versuch der Bildung homogener Untergruppen	6	6,59
Gesamt (Gültig)	91	100,00

Symptombeschreibungen klinisch (54 von 142 Codierungen)

Symptombeschreibungen klinisch	Häufigkeit	Prozent
situationsspezifische Beschreibungen	19	35,19
ressourcenorientierte Beschreibungen	18	33,33
Erläuterung von Fallbeispielen	17	31,48
Gesamt (Gültig)	54	100,00

Diagnose soziokulturell (58 von 65 Codierungen)

Diagnose soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Diagnose mittels DSM-IV, ICD-10	4	6,90
Diagnose mittels DSM-IV	4	6,90
Schwierigkeiten der Diagnosestellung	1	1,72
Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen	36	62,07
diagnostische Alternativen	13	22,41
Gesamt (Gültig)	58	100,00

Symptombeschreibungen soziokulturell (10 von 26 Codierungen)

Symptombeschreibungen soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
situationsspezifische Beschreibungen	2	20,00
ressourcenorientierte Beschreibungen	4	40,00
Erläuterung von Fallbeispielen	4	40,00
Gesamt (Gültig)	10	100,00

Sprecher_innenpositionen klinisch (125 von 125 Codierungen)

Sprecher_innenpositionen klinisch	Häufigkeit	Prozent
professionelle Sprecher_innenpositionen pädagogischer Kontext	44	35,20
professionelle Sprecher_innenpositionen medizinischer Kontext	30	24,00
Eltern – Lehrer_innen/Diagnose	26	20,80
Eltern	13	10,40
Betroffene	7	5,60
Eltern – Lehrer_innen – Kind/Diagnose	5	4,00
Gesamt (Gültig)	125	100,00

Subjektpositionen klinisch (469 von 469 Codierungen)

Subjektpositionen klinisch	Häufigkeit	Prozent
Schüler_innen	351	74,84
Eltern	62	13,22
Lehrer_innen	38	8,10
Fachleute	18	3,84
Gesamt (Gültig)	469	100,00

Sprecher_innenpositionen soziokulturell (30 von 30 Codierungen)

Sprecher_innenpositionen soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
professionelle Sprecher_innenpositionen pädagogischer Kontext	14	46,67
professionelle Sprecher_innenpositionen medizinischer Kontext	13	43,33
Eltern – Lehrer_innen/Diagnose	1	3,33
Eltern	2	6,67
Betroffene	0	0,00
Eltern – Lehrer_innen – Kind/Diagnose	0	0,00
Gesamt (Gültig)	30	100,00

Subjektpositionen soziokulturell (204 von 204 Codierungen)

Subjektpositionen soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Schüler_innen	120	58,82
Eltern	63	30,88
Lehrer_innen	15	7,35
Fachleute	6	2,94
Gesamt (Gültig)	204	100,00

Thematisierungsgeschichte klinisch (81 von 81 Codierungen)

Thematisierungsgeschichte klinisch	Häufigkeit	Prozent
Prävalenz	31	38,27
Thematisierungsgeschichte	18	22,22
Verweise auf Forschungslücken	7	8,64
Medikalisierung	6	7,41
erziehungswissenschaftliche Diskussion	5	6,17
Prävalenzentwicklung	4	4,94
Verweise auf die Kontroversität der Diskussion	4	4,94
Verweise auf Wissenskonkurrenzen	3	3,70
öffentliche Diskussion	2	2,47
Thematisierung der Mainstreamforschung	1	1,23
Forderung nach Paradigmenwechsel	0	0,00
im Schnittfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik	0	0,00
Verdienste der Medizin	0	0,00
Biologie mit Biologie widerlegen	0	0,00
ADS droht übersehen zu werden	0	0,00
Gesamt (Gültig)	81	100,00

Thematisierungsgeschichte soziokulturell (98 von 98 Codierungen)

Thematisierungsgeschichte soziokulturell	Häufigkeit	Prozent
Prävalenz	4	4,08
Thematisierungsgeschichte	8	8,16
Verweise auf Forschungslücken	10	10,20
Medikalisierung	20	20,41
erziehungswissenschaftliche Diskussion	4	4,08
Prävalenzentwicklung	6	6,12
Verweise auf die Kontroversität der Diskussion	9	9,18
Verweise auf Wissenskonkurrenzen	9	9,18
öffentliche Diskussion	0	0,00
Thematisierung der Mainstreamforschung	13	13,27
Forderung nach Paradigmenwechsel	10	10,20
im Schnittfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik	1	1,02
Verdienste der Medizin	1	1,02
Biologie mit Biologie widerlegen	1	1,02
ADS droht übersehen zu werden	2	2,04
Gesamt (Gültig)	98	100,00

Tab. XII: Übersicht über relevante Begriffe in den Hauptkategorien ‚Gegenstand ADHS‘, ‚Ursachen ADHS‘

BEGRIFFE IN DER HAUPTKATEGORIE ‚GEGENSTAND ADHS‘	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Syndrom	
‚Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts Syndrom‘ (kp_Z19, 75/2, kp_Z44, 255/18, kp_H1 120/18, kp_H1, 120/23-121/25, kp_H7, 273/21, kp_H8, 338/1, kp_H11, 289/6, kp_H24, 157/5, kp_H24, 158/10)	‚Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts Syndrom‘ (sP_H4, 266/2)
	„‚Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom‘ (ADS)“ (sP_Z24, 222/1)
‚Hyperkinetisches Syndrom‘ (kp_H11, 288/1, kp_H21, 727/1)	das „sogenannte ‚Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinese-Syndrom (ADHS)““ (sP_Z52, 54/2)
‚sogenanntes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom‘ (kp_H16, 290/7)	‚sogenanntes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom‘ (sP_Z16, 358/3)
Störung	
‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung‘ (ADHS) (kp_Z3, 90/8, kp_Z7, 58/30, kp_Z10, 29/1, kp_Z12, 3/1, kp_Z13, 13/3, kp_Z17, 18/1, kp_Z26, 292/1, kp_Z28, 26/2, kp_Z30, 3/8, kp_Z33, 178/6, kp_Z37, 144/6, kp_Z40, 186/3, kp_Z41, 290/1, kp_Z41, 290/4, kp_Z45, 6/2, kp_Z48, 19/4, kp_H1, 116/1, kp_H1, 132/117, kp_H1, 139/159, kp_H1, 140/163, kp_H2, 130/16, kp_H5, 157/5, kp_H5, 157/11, kp_H6, 185/2, kp_H9, 207/1, kp_H10, 22/2, kp_H14, 469/132, kp_H19, 279/2, kp_H20, 227/1)	‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung‘ (ADHS) (sP_Z35, 51/11, sP_Z36, 26/4, sP_Z38, 51/16)
‚Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung‘ (kp_Z3, 90/8, kp_Z7, 58/30, kp_Z10, 29/1, kp_Z12, 3/1, kp_Z13, 13/3, kp_Z17, 18/1, kp_Z26, 292/1, kp_Z28, 26/2, kp_Z30, 3/8, kp_Z33, 178/6, kp_Z37, 144/6, kp_Z40, 186/3, kp_Z41, 290/1, kp_Z41, 290/4, kp_Z45, 6/2, kp_Z48, 19/4, kp_H1, 116/1, kp_H1, 132/117, kp_H1, 139/159, kp_H1, 140/163, kp_H2, 130/16, kp_H5, 157/5, kp_H5, 157/11, kp_H6, 185/2, kp_H9, 207/1, kp_H10, 22/2, kp_H14, 469/132, kp_H19, 279/2, kp_H20, 227/1)	‚Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung‘ (sP_Z1, 60/41, sP_Z32, 228/1, sP_Z35, 51/11, sP_Z36, 26/4, sP_Z38, 51/16)
	‚valide Störung‘ (sP_Z1, 55/18)
‚häufigstes Störungsbild des Kindes- und Jugendalters‘ (kp_Z8, 10/4, kp_Z12, 3/5, kp_Z21, 162/7, kp_Z25, 171/5, kp_Z26, 299/34-300/35, kp_Z27, 33/3, kp_Z45, 10/48, kp_Z50, 191/7)	‚häufigstes Störungsbild des Kindes- und Jugendalters‘ (sP_Z20, 369/3, sP_Z32, 228/4, sP_Z35, 51/11)
	‚sogenannte Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität‘ (sP_Z6, 392/54)
‚Selbstregulationsstörung‘ (kp_Z8, 11/23)	„ADHS“ (sP_Z29, 207/1)
‚Entwicklungsstörung der Selbstkontrolle‘ (kp_H17, 61/94)	‚Aufmerksamkeitsstörungen als schulische Realität‘ (sP_Z20, 369/4)
‚hyperkinetische Störung‘ (kp_Z27, 34/6, kp_Z50, 191/1, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 121/26, kp_H1, 125/69, kp_H1, 133/121, kp_H17, 53/1)	ADHS als ‚Lernproblematik‘ u. ‚Ausdruck eines gesellschaftsbedingten Konflikts‘ (sP_Z34, 404/12)

BEGRIFFE IN DER HAUPTKATEGORIE ‚GEGENSTAND ADHS‘	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
‚wichtig‘, ‚epidemiologisch verbreitet‘ (kp_Z13, 13/7)	‚Hyperaktivität als Normalzustand‘ (sP_Z16, 368/61)
vielseitigstes und komplexestes Störungsbild (kp_H1 120/18, kp_H24, 157/5)	ADHS als ‚Kompensationsstrategie‘ (sP_Z24, 226/68-227/78, sP_Z24, 228/96-99, sP_Z24, 229/101-102, sP_Z24, 230/114)
‚relativ gut erforscht‘ (kp_Z26, 292/1)	ADHS als ‚Entwicklungspfad‘ (sP_Z22, 225/56-57)
‚ernstzunehmende Störung‘ (kp_Z14, 35/89)	ADHS als ‚Spiegel der Erwachsenenwelt‘ (sP_Z5, 62/43, sP_Z5, 72/96)
	Hyperaktivität als ‚normaler Lösungsmechanismus der Stressbewältigung‘ (sP_H13, 312/56-57)
Krankheit	
‚Krankheitsbild‘ (kp_Z19, 80/2, kp_Z27, 36/10, kp_Z27, 37/11, kp_Z28, 26/12, kp_Z28, 27/15, kp_Z30, 3/8, kp_Z44, 255/1, kp_Z45, 9/42, kp_Z45, 10/54-11/55, kp_H1, 116/4, kp_H11, 290/15, kp_H11, 294/53, kp_H14, 459/9)	‚Krankheitsbild‘ (sP_Z36, 26/10)
‚keine moderne Krankheit – kein Mythos‘ (kp_H11, 293/42-43)	‚die ‚neue‘ Kinderkrankheit“ (sP_Z47, 18/1)
‚ernsthafte Krankheit statt Mythos‘ (kp_H1, 116/4)	
‚chronisches Problem‘ (kp_Z3, 99/123, kp_H6, 188/26)	
Mode	
‚Moderscheinung‘ (kp_H7, 273/22)	
‚Normvariante‘ (kp_H8, 346/58)	
‚in Mode gekommenes Störungsbild‘ (kp_H12, 204/91)	
‚keine Modediagnose, sondern unterdiagnostiziert und unterbehandelt‘ (kp_Z13, 14/16-17)	
	Kulturelles Phänomen/Konstruktion
	‚kulturelles Phänomen‘ (sP_Z22, 96/33)
	‚kulturelles Artefakt‘ (sP_Z52, 54/1)
	‚Konstruktion‘ (sP_Z36, 28/31-35)
	‚soziale Konstruktion‘ (sP_Z24, 222/12)
	‚Main-Stream-Mentalität‘ (sP_Z5, 59/28)
	‚behaviorale Beschreibung eines sozial unerwünschten Verhaltens‘ (sP_H4, 266/16)
	‚Generation ADHS‘ (sP_Z22, 91/2)
	‚postmodernes Zeitgeistphänomen (sP_Z5, 59/28, sP_Z5, 60/33, sP_Z16, 368/61, sP_Z34, 404/12, sP_Z34, 408/30)
	‚Hyperaktivität als Konglomerat der Probleme kindlicher und jugendlicher Sozialisation‘ (sP_Z6, 385/2)
offen	
Krankheit oder Konstruktion (kp_Z8, 10/2, kp_H25, 306/21-22)	Krankheit oder Konstruktion (sP_Z36, 26/3, sP_Z36, 27/19-20)

BEGRIFFE IN DER HAUPTKATEGORIE ‚GEGENSTAND ADHS‘	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Belastung	
‚Belastung für das Umfeld und individuelle Gefährdung‘ (kp_Z41, 290/7, kp_Z48, 22/46, kp_H6, 185/3, kp_H6, 187/18, kp_H22, 88/148)	‚Belastung für das Umfeld und individuelle Gefährdung‘ (sP_Z1, 53/9, sP_Z22, 95/26)
‚extreme Herausforderung für Erziehung und Pädagogik‘ (kp_Z8, 10/2)	‚Diagnose als Entlastung für Eltern und Kinder im Konkurrenzkampf‘ (sP_Z4, 6/21-23)
‚Erziehungsunfähigkeit‘ (kp_Z8, 10/2)	‚zentrale Störfaktoren beim Lernen u. im Unterricht‘ (sP_Z32, 228/4)
URSACHEN	
klinisch	soziokulturell
Ungeklärt (kp_H6, 185/4, kp_H6, 189/39, kp_H8, 342/29-343/37, kp_H11, 293/44-294/57, kp_H14, 475/242, kp_H22, 76/65, kp_H25, 306/20, kp_H25, 307/31)	Ungeklärt (sP_Z2, 346/10, sP_Z32, 228/7, sP_Z32, 229/11)
Begriffe biologische Erklärungsmodelle	Kritik monokausal organisch
‚genetisch bedingt‘ (kp_Z15, 64/9, kp_Z33, 180/24, kp_H3, 125/102, kp_H8, 343/39, kp_H14, 473/207-220, kp_H16, 293/47, kp_H17, 61/94, kp_H21, 729/21-22)	‚Mainstreamdiskurs‘ (sP_Z1, 62/50-63/51, sP_Z2, 346/8, sP_Z34, 402/5-403/9)
‚genetische Disposition‘ (kp_H12, 200/42-201/47)	‚Biologie als Leitwissenschaft‘ (sP_Z2, 345/5)
	Psychiatrischer Reduktionismus (sP_Z2, 345/6-346/7)
	‚naturwissenschaftlicher Reduktionismus‘ (sP_Z22, 96/33)
	‚linear-mechanistisches Weltbild‘ (sP_Z5, 57/19-58/20)
	‚Begrenztheit naturwissenschaftlicher Verfahren‘ (sP_Z16, 359/11)
	‚Monopolstellung, Deutungshoheit‘ (sP_Z1, 54/12, Z22, 97/36-40)
	‚biologisch-medizinische Kausalitätsmodelle‘ (Z22, 100/70)
	‚biologische Trivialisierung‘ (Z24, 223/23)
	‚gegen naiven Biologismus‘ (Z34, 406/22-407/24)
neurophysiologisch, neuroanatomisch, neurobiologisch	Soziale Eingebundenheit
‚biologisch organische Störungsbasis‘ (kp_Z33, 181/29, kp_H21, 729/21-22)	‚Familie als Sozialisationsinstanz‘ (Z5, 63/46, sP_Z16, 360/16)
‚biophysisch, neurologische Basis‘ (kp_H7, 273/21)	‚interaktionsdynamische Beeinträchtigungen‘ (sP_Z22, 91/5-6)
‚organische Ursachen‘ (kp_H20, 228/12)	
‚hirnorganische Beeinträchtigungen‘ (kp_Z37, 144/6)	
‚Schädigungen des Zentralnervensystems‘ (kp_H1, 132/117-134/126)	
‚Stoffwechselstörung des Gehirns‘ (kp_H14, 474/226-227)	
‚Hirnfunktionsstörung‘, ‚hirnorganische Genese‘, ‚Funktionsstörung‘, ‚präfrontaler Kortex‘, ‚physiologisch-neurologisches Problem‘ (kp_H11, 295/63)	
‚erhöhte biologische Vulnerabilität‘ (kp_H17, 62/103-63/111)	
‚frontocorticale Funktionseinschränkungen zu 70 % genetisch bedingt‘ (kp_Z8, 10/7-11/10)	

URSACHEN	
klinisch	soziokulturell
neuropsychologisch ‚Störung der Selbstregulation‘ (kp_Z10, 29/6-31/26, kp_Z30, 3/8-9) ‚globales Defizit der Verhaltenshemmung‘ (kp_Z12, 5/14) ‚Inhibitionskontrolle‘ (kp_H14, 475/244-476/251) ‚Beeinträchtigungen der neuropsychologischen Funktionen‘ (kp_H17, 63/114-64/122) ‚neuropsychologische Disposition‘ (kp_H21, 730/23-28)	Makrosystemische Aspekte ‚Umwelteinflüsse/exogene Faktoren‘ (sP_Z1, 63/55-64/57) ‚globale Veränderungen‘ (sP_Z16, 370/75) ‚veränderte Sozialisationsbedingungen‘ (sP_Z16, 369/67) ‚Postmoderne‘ (sP_Z5, 60/33-62/40) ‚postmoderne Entwicklungsrisiken‘ (sP_Z6, 385/9-388/23) ‚gesamtgesellschaftliche Veränderungen‘ (sP_Z6, 393/55)
neurochemisch ‚Störungen im Dopaminstoffwechsel‘ (kp_Z44, 255/18) ‚Neurotransmitter-Problem‘ (kp_H11, 289/7) ‚Erbkrankheit‘ (kp_H14, 475/232-241)	entwicklungspsychologische Modelle ‚innersystemische Abläufe‘ (sP_Z5, 65/54-67/63)
neuroanatomisch ‚neuronale Funktionsstörung‘ (kp_H22, 76/66-77/68)	
bio-psycho-sozial ‚präfrontale Stoffwechselstörung‘ (kp_Z8, 11/10) ‚zentralnervöse Aktivitätsstörung‘ (kp_H24, 166/90-167/91) ‚angeborene Störung‘ (kp_H22, 78/79-79/91) ‚genetische Komponenten‘ (kp_Z27, 34/6, Z40, 190/54) ‚Hirnstoffwechselstörung‘ (kp_Z43, 115/16) ‚multifaktorielles Ursachenmodell‘ (kp_H1, 135/130-136/132) ‚Wechselwirkung von Organismus und Umwelt‘ (kp_H25, 307/35) ‚Beeinträchtigung der Selbststeuerung‘ (kp_H9, 213/103-214/105) ‚integrativ biopsychosoziales Modell‘ (kp_H2, 131/22-134/43, kp_H3, 125/103-131/133, kp_H10, 23/21-24/24, kp_H18, 253/21, kp_H20, 228/14) ‚anlagebedingt-genetisch und erziehungsbezogene Faktoren‘ (kp_H24, 165/83) ‚biologisch behaviorales Modell‘ (kp_H18, 253/31-254/32) ‚psychosoziale Wechselwirkungen‘ (kp_H6, 188/30-31)	Entwicklungsneurobiologisch ‚enorme Plastizität des Gehirns‘ (sP_Z1, 62/48) ‚Plastizität des Gehirns‘ (sP_Z2, 350/25-27, sP_Z2, 351/32, sP_Z2, 351/33-352/37, sP_Z47, 20/26-27) ‚Gehirn als hochsensibles Organ‘ (sP_Z47, 19/10-20/19) ‚das neue Erklärungsmodell‘ (sP_Z2, 352/42-43) ‚Genexpression‘ (sP_Z5, 55/10-14)

Tab. XIII: Verwendete Wissensbestände zur Konstruktion des Gegenstands

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Wissensbestände des klinischen Feldes (kp_Z3, 92/33, kp_Z3, 91/30-92/41, kp_Z3, 95/60, kp_Z3, 95/66, kp_Z7, 58/30, kp_Z7, 59/37, kp_Z7, 59/41-42, kp_Z7, 59/41-44, kp_Z8, 10/7-11/10, kp_Z10, 29/6-31/26, kp_Z12, 11/69-75, kp_Z12, 17/123-18/124, kp_Z12, 18/126-127, kp_Z12, 3/5, kp_Z12, 3/7, kp_Z12, 4/11, kp_Z12, 5/14, kp_Z12, 5/15, kp_Z12, 7/28, kp_Z13, 15/26-31, kp_Z14, 32/74-33/79, kp_Z15, 67/31, kp_Z15, 67/34, kp_Z15, 68/39, kp_Z19, 75/2, kp_Z19, 70/3, kp_Z25, 171/5-172/7, kp_Z25, 174/17-22, kp_Z26, 292/1, kp_Z26, 294/12, kp_Z27, 33/3, kp_Z27, 37/11, kp_Z30, 3/7, kp_Z30, 3/8-9, kp_Z33, 180/24, kp_Z33, 181/27, kp_Z35, 53/30-54/31, kp_Z37, 144/6-7, kp_Z38, 52/21, kp_Z40, 186/3, kp_Z40, 188/32, kp_Z40, 190/54, kp_Z41, 290/4, kp_Z41, 291/15, kp_Z43, 114/1, kp_Z43, 115/16, kp_Z43, 115/17, kp_Z44, 256/17, kp_Z44, 255/18, kp_Z45, 7/11-8/20, kp_Z45, 9/43-10/50, kp_Z45, 10/54-11/55, kp_Z46, 103/17, kp_Z46, 103/18-104/19, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 116/4, kp_H1, 120/19-21, kp_H1, 121/26, kp_H1, 121/27-30, kp_H1, 122/40-123/48, kp_H2, 130/17-131/19, kp_H3, 120/29-121/55, kp_H3, 121/56-122/66, kp_H3, 124/87-88, kp_H3, 124/92-125/94, kp_H3, 124/82-125/100, kp_H3, 125/103-131/133, kp_H5, 157/11, kp_H6, 188/26, kp_H6, 188/30-31, kp_H6, 189/37-38, kp_H7, 273/21, kp_H8, 342/26, kp_H9, 208/27-209/61, kp_H9, 213/103-214/105, kp_H10, 22/6-23/19, kp_H10, 23/21-24/24, kp_H10, 24/34-25/41, kp_H11, 289/6, kp_H11, 293/42-43, kp_H11, 295/59-60, kp_H11, 295/63, kp_H12, 199/32-299/37, kp_H12, 200/42-201/47, kp_H12, 201/52-54, kp_H12, 201/50-202/59, kp_H14, 459/9, kp_H14, 460/11, kp_H14, 475/232-241, kp_H14, 475/242, kp_H14, 475/244-476/251, kp_H14, 476/252-253, kp_H14, 476/254-477/260, kp_H15, 332/32, kp_H16, 291/16, kp_H17, 55/34, kp_H17, 61/94, kp_H17, 62/103-63/111, kp_H17, 63/114-64/122, kp_H18, 251/6, kp_H24, 158/12-16, kp_H18, 253/21, kp_H18, 253/29-30, kp_H18, 255/41, kp_H19, 281/31-282/41, kp_H20, 227/3-6, kp_H20, 228/15, kp_H21, 729/18, kp_H21, 729/21-22, kp_H21, 730/23-28, kp_H21, 730/29, kp_H22, 71/16-72/20, kp_H22, 75/59, kp_H22, 75/58-76/63, kp_H24, 157/5, kp_H24, 157/6-8, kp_H24, 158/16-159/18, kp_H24, 159/22-23, kp_H24, 159/20-160/26, kp_H24, 165/83-85, kp_H25, 304/5-11, kp_H25, 306/26-307/28, kp_H25, 307/29, kp_H25, 307/33-34, kp_H25, 307/35)	Wissensbestände des klinischen Feldes (sP_Z1, 55/14, sP_Z1, 55/18, sP_Z4, 5/6, sP_Z16, 360/17, sP_Z16, 360/18-24, sP_Z22, 225/58-59, sP_Z24, 223/15, sP_Z29, 207/7, sP_Z30, 3/8-9, sP_Z32, 230/20-20-2, sP_Z35, 51/11, sP_Z35, 53/30-54/31, sP_Z36, 27/27-28/30, sP_Z38, 51/16, sP_Z38, 52/21, sP_Z38, 51/16-52/22, sP_Z38, 52/24, sP_Z38, 53/27, sP_Z47, 19/6-8, sP_H4, 266/2, sP_H4, 266/4-10, sP_H4, 266/11-14, sP_H13, 309/10)

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
<p>Döpfner (kp_Z3, 91/23, kp_Z12, 4/10, kp_Z12, 5/15, kp_Z12, 4/11, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z26, 292/3, kp_Z27, 33/3, kp_Z33, 180/25-181/26, kp_Z40, 186/3, kp_Z40, 186/4-187/5, kp_Z41, 290/7, kp_Z41, 291/17, kp_Z43, 113/5, kp_Z43, 114/13, kp_Z43, 115/16, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 123/49-124/53, kp_H2, 129/5, kp_H2, 131/21, kp_H2, 134/41, kp_H3, 117/8, kp_H3, 117/9, kp_H3, 121/56, kp_H6, 187/19-20, kp_H6, 188/26, kp_H7, 273/21, kp_H9, 215/116-121, kp_H12, 202/64-66, kp_H14, 475/242, kp_H14, 476/255, kp_H15, 332/32, kp_H17, 55/31-33, kp_H17, 62/103-63/111, kp_H17, 64/121, kp_H21, 727/3, kp_H22, 71/16-72/20, kp_H22, 74/55-75/57, kp_H24, 159/22-23)</p>	
<p>Barkley (kp_Z9, 22/24, kp_Z10, 29/5, kp_Z12, 5/14, kp_Z13, 15/33, kp_Z15, 65/19-66/24, kp_Z25, 173/11, kp_Z30, 3/7, kp_Z30, 3/8-9, kp_Z43, 115/16, kp_Z45, 9/37-41, kp_Z45, 9/42, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 121/26, kp_H3, 129/121, kp_H5, 157/11, kp_H5, 158/14, kp_H7, 273/16, kp_H9, 208/25, kp_H10, 24/29, kp_H11, 294/56, kp_H12, 200/40, kp_H15, 332/32, kp_H15, 334/41, kp_H17, 64/121, kp_H18, 255/43, kp_H21, 728/11, kp_H24, 158/11, kp_H25, 307/29)</p>	
<p>ICD und/oder DSM (kp_Z3, 92/33, kp_Z7, 58/30, kp_Z12, 5/14, kp_Z13, 15/26-31, kp_Z15, 67/31, kp_Z19, 71-73, kp_Z25, 174/17-22, kp_Z30, 2/6, kp_Z33, 179/8, kp_Z37, 144/6, Z43, 115/17, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 120/19-21, kp_H1, 120/22, kp_H2, 118/15-119/21, kp_H9, 208/28, kp_H10, 22/3, kp_H12, 199/32-299/37, kp_H14, 469/132, kp_H16, 291/16, kp_H17, 55/34, kp_H18, 251/7, kp_H20, 227/8-228/9, kp_H21, 729/18, kp_H22, 71/16-72/20, kp_H24, 158/11, kp_H25, 305/18-306/19)</p>	
Krankheit/ohne Quelle	
<p>(kp_Z3, 99/123, kp_Z8, 10/4, kp_Z14, 25/20, kp_Z28, 26/12, kp_Z28, 27/15, kp_Z44, 255/1, kp_Z44, 255/5, kp_Z44, 255/6, kp_Z44, 255/11-256/16, kp_Z44, 255/18, kp_Z45, 9/42, kp_Z45, 11/58, kp_H11, 290/15, kp_H11, 300/110, kp_H11, 300/111)</p>	
Störung/ohne Quelle	
<p>(kp_Z3, 90/8, kp_Z8, 12/26, kp_Z10, 29/1, kp_Z12, 3/1, kp_Z13, 13/3, kp_Z13, 14/16-17, kp_Z15, 63/2, kp_Z15, 64/12, kp_Z17, 18/1, kp_Z27, 34/6, kp_Z28, 26/2, kp_Z33, 178/6, kp_Z37, 144/6, kp_Z41, 290/1, kp_Z45, 6/2, kp_Z48, 19/4, kp_Z50, 191/1, kp_H1, 116/1, kp_H1, 125/69, kp_H2, 130/16, kp_H5, 157/5, kp_H6, 185/2, kp_H9, 207/1, kp_H10, 22/2, kp_H17, 53/1, kp_H19, 279/2, kp_H20, 227/1, kp_H24, 157/1)</p>	

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Entwicklungsneurobiologie (kp_Z9, 22/24, kp_H3, 122/67, kp_H3, 125/102, kp_H3, 125/103-131/133, kp_H16, 293/58, kp_H17, 66/144-67/151)	Entwicklungsneurobiologie (sP_Z1, 61/46-47, sP_Z1, 62/48, sP_Z1, 62/50-63/51, sP_Z1, 66/65, sP_Z2, 347/13, sP_Z2, 349/19, sP_Z2, 349/23-350/24, sP_Z5, 55/10-14, sP_Z5, 57/19-58/20, sP_Z5, 63/44-65/53, sP_Z5, 64/53, sP_Z16, 359/11, sP_Z16, 364/38-39, sP_Z16, 375/103-376/110, sP_Z22, 91/6-93/14, sP_Z32, 230/25, sP_Z32, 231/43, sP_Z34, 404/14-406/21, sP_Z47, 19/10-20/19, sP_H4, 267/18)
Psychoanalyse (kp_H22, 76/66-77/68)	Psychoanalyse (sP_Z1, 63/52, sP_Z1, 63/53, sP_Z2, 350/28, sP_Z6, 385/2, sP_Z16, 367/58-368/61, sP_Z16, 370/72-74, sP_Z16, 370/76-371/78, sP_Z16, 371/79-80, sP_Z16, 372/83, sP_Z16, 373/90, sP_Z16, 373/89-374/95, sP_Z16, 378/123-379/128, sP_Z16, 379/129-381/136, sP_Z22, 101/80)
	Soziologie (sP_Z5, 60/33-62/40, sP_Z5, 63/44-65/53, sP_Z6, 398/79-80, sP_Z16, 360/16, sP_Z16, 367/58-368/61, sP_Z16, 370/71, sP_Z24, 224/30-32, sP_Z24, 224/34, sP_Z52, 54/1, sP_Z52, 64/2)
Sonderpädagogik (kp_H1, 132/117-134/126, kp_H1, 135/130-136/132, kp_H7, 274/23, kp_H14, 474/226-22, kp_H20, 227/7, kp_H20, 228/14, kp_H22, 76/66-77/68, kp_H22, 78/79-79/91, kp_H24, 165/83-85, kp_H24, 166/90-167/91)	Sonderpädagogik (sP_Z5, 62/43, sP_Z5, 63/44-65/53, sP_Z6, 397/77, sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 367/58-368/61, sP_Z16, 370/75, sP_Z22, 91/4, sP_Z22, 96/33, sP_Z52, 64/1)
	Populärwissenschaftliche Bezüge (sP_Z5, 60/32, sP_Z5, 60/33, sP_Z5, 62/43, sP_Z6, 396/71, sP_Z16, 368/61, sP_Z22, 98/43-47, sP_Z24, 228/96-99, sP_Z52, 54/1)
	Sonstige Statistik: Barmer GEK (sP_Z22, 91/2) Barmer GEK (sP_Z22, 91/2) Physiologie: Kryzhanovsky (sP_Z24, 226/68-227/78) Entwicklungspsychologie: Zimpel, Piaget, Vygotski (sP_Z24, 226/68-227/78) Systemtherapie: Leriche (sP_Z4, 6/24, sP_Z4, 6/25, sP_Z4, 7/38) Brisch (sP_Z22, 91/5-6) Ekstein (sP_Z6, 397/77-398/78) McGee et al., Biedermann, Wells et al., Sroufe (sP_Z22, 225/48-50) Beck, Rifkin (sP_Z6, 385/9-388/23) Türcke (sP_Z1, 63/55-64/57) Mattner, Passolt (sP_Z5, 60/33-62/40) Tätigkeitstheorie (sP_Z32, 231/44, sP_Z32, 233/54, sP_Z32, 234/64) Vygotski, Zimpel (sP_Z24, 223/23, sP_Z24, 224/30, sP_Z24, 224/33, sP_Z24, 225/47, sP_Z24, 225/51-55, sP_Z24, 225/60-226/67, sP_Z24, 226/69-71)

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen (kp_Z14, 32/73, kp_Z37, 144/8, kp_H3, 122/67, kp_H7, 273/22-274/23, kp_H20, 227/7, kp_H20, 228/15, kp_H25, 305/18-306/19, kp_H25, 306/20-21, kp_H25, 306/23)	Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen (sP_Z4, 5/11, sP_Z4, 6/17-18, sP_Z4, 6/28-7/29, sP_Z4, 8/49, sP_Z4, 9/71, sP_Z4, 9/73-74, sP_Z5, 59/25, sP_Z5, 60/32, sP_Z6, 396/71, sP_Z6, 398/78, sP_Z6, 399/81-82, sP_Z16, 358/3, sP_Z16, 360/14-15, sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 361/26-28, sP_Z16, 362/32-363/38, sP_Z16, 364/42-43, sP_Z16, 366/52, Z16, 373/88, sP_Z16, 373/90, Z22, 101/78, sP_Z24, 222/13-223/15, sP_Z32, 229/9, sP_Z52, 61-64, Z52, 65-66)
Kritik an monokausaler, organischer Verursachung (kp_H6, 188/32-189/34, kp_H6, 189/36)	Kritik an monokausaler, organischer Verursachung (sP_Z1, 54/1, sP_Z1, 54/12, sP_Z1, 61/46, sP_Z1, 62/50-63/51, sP_Z1, 66/65, sP_Z2, 345/5, sP_Z2, 345/6-346/7, sP_Z2, 346/8, sP_Z2, 346/10, sP_Z2, 349/19, sP_Z2, 351/31, sP_Z2, 355/63, sP_Z5, 54/8-55/10, sP_Z5, 56/14, sP_Z5, 56/15, sP_Z5, 57/19-58/20, sP_Z5, 64/53, sP_Z16, 358/7-359/10, sP_Z16, 359/11, sP_Z16, 364/38-39, sP_Z16, 364/40-41, sP_Z16, 374/98, sP_Z22, 96/32, sP_Z22, 96/33, sP_Z22, 97/36-40, sP_Z22, 100/70, sP_Z24, 223/23, sP_Z24, 224/30, sP_Z24, 224/33, sP_Z24, 225/47, sP_Z24, 225/51-55, sP_Z24, 225/60-226/67, sP_Z24, 226/69-71, sP_Z32, 230/23, sP_Z32, 231/44, sP_Z32, 233/54, sP_Z32, 234/64, Z33, 185/58, sP_Z34, 402/5, sP_Z34, 402/5-403/9, sP_Z34, 404/12, sP_Z34, 406/22-407/24, sP_Z52, 64, sP_H4, 267/21-25)
Soziokulturelles Phänomen/ohne Quelle (kp_H7, 273/22, kp_H8, 346/58, kp_H12, 204/91)	Soziokulturelles Phänomen/ohne Quelle (sP_Z2, 353/44, sP_Z4, 6/21-23, sP_Z5, 57/18, sP_Z5, 59/28, sP_Z5, 72/96, sP_Z6, 396/73-397/76, sP_Z20, 369/4, sP_Z24, 222/1, sP_Z34, 404/12, sP_Z34, 408/30, sP_Z36, 28/31-35, sP_H4, 266/16)
Verhaltenstherapie (kp_Z3, 90/6, kp_Z3, 90/8, kp_Z3, 91/26-27, kp_Z3, 92/43, kp_Z3, 93/45-94/48, kp_Z3, 93/46, kp_Z3, 94/49, kp_Z3, 94/50, kp_Z3, 96/76, kp_Z3, 96/77, kp_Z3, 96/78-97/80, kp_Z3, 98/113, kp_Z3, 99/119, kp_Z3, 99/120, kp_Z3, 99/123, kp_Z3, 99/124, kp_Z3, 100/127, kp_Z9, 23/40-42, kp_Z14, 24/14, kp_Z14, 35/90, kp_Z15, 78/97, kp_Z19, 76/2, kp_Z50, 191/8, kp_Z50, 205/113, kp_H10, 25/49, kp_H11, 297/86, kp_H11, 298/103, kp_H12, 202/67, kp_H15, 332/32, kp_H17, 69/171, kp_H21, 733/65-734/78, kp_H21, 735/89-736/94, kp_H24, 172/112-174/117, kp_H24, 167/914)	Verhaltenstherapie (sP_Z20, 369/6-370/7)
Verhaltenstherapeutisch in der Schule (kp_Z8, 12/31-12/45, kp_Z8, 12/65-13/77, kp_Z9, 23/44-46, kp_Z9, 25/66-68, kp_Z9, 25/69-70, kp_Z10, 29/3, kp_Z10, 32/49-33/68, kp_Z30, 3/11, kp_H1, 139/159, kp_H1, 141/167, kp_H5, 192/62, kp_H6, 192/70, kp_H7, 277/74-278/81, kp_H7, 278/83-86, kp_H11, 297/85, kp_H15, 334/41, kp_H15, 335/46, kp_H17, 81/310-315, kp_H21, 737/103, kp_H21, 737/104-738/108)	Verhaltenstherapeutisch in der Schule (sP_Z20, 370/11-372/41, sP_Z20, 372/43-373/47, sP_Z20, 374/72-73, sP_Z20, 375/74-75, sP_Z20, 375/75, sP_Z20, 375/76-376/95, sP_Z20, 376/96-100, sP_Z20, 376/101-377/130, sP_Z51, 22/78-79, sP_Z53, 25/8-15)

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Kritik Verhaltenstherapie (kp_Z14, 24/15)	Kritik Verhaltenstherapie (sP_Z1, 65/63, sP_Z4, 8/46, sP_Z5, 58/20, sP_Z5, 58/22, sP_Z5, 69/73, sP_Z20, 370/7, sP_Z20, 370/9, sP_Z22, 97/41)
multimodale Therapie (kp_Z7, 58/30, kp_Z8, 11/11-18, kp_Z14, 23/12-13, kp_Z17, 19/19, kp_Z27, 33/3, kp_Z30, 3/10, kp_Z40, 186/3, kp_Z40, 191/59, kp_Z41, 290/4, kp_Z41, 291/17, kp_Z44, 255/19, kp_Z45, 6/4, kp_Z45, 10/51-52, kp_Z45, 11/55, kp_Z50, 198/67-205/112, kp_Z50, 206/116, kp_Z50, 207/125, kp_H1, 137/137, kp_H1 137/138-138/148, kp_H1, 140/163, kp_H1, 141/167, kp_H3, 131/135-136, kp_H3, 134/193, kp_H8, 344/45, kp_H8, 345/51, kp_H10, 25/44-52, kp_H11, 296/67, kp_H12, 202/61-63, kp_H14, 477/272, kp_H15, 332/30, kp_H16, 294/71, kp_H18, 256/56, kp_H20, 229/21, kp_H21, 734/79, kp_H22, 84/119-85/125, kp_H24, 168/98-169/100, kp_H24, 175/124-176/126, kp_H25, 307/35-308/37)	multimodale Therapie
Kritik multimodale Therapie (kp_H20, 229/21)	Kritik multimodale Therapie (sP_Z1, 54/13-55/16, sP_Z1, 55/17, sP_Z1, 60/43, sP_Z1, 64/59-65/62, sP_Z1, 66/67-67/68, sP_Z22, 96/34, sP_Z22, 97/35, sP_Z32, 229/11)
Medikation (kp_Z3, 97/82, kp_Z3, 99/121, kp_Z3, 99/124, kp_Z8, 11/19, kp_Z13, 14/20-21, kp_Z15, 78/97, kp_Z44, 255/18, kp_Z46, 104/24, kp_Z48, 24/68, kp_Z48, 25/73-74, kp_Z50, 191/8-192/9, kp_Z53, 25/5, kp_H1, 134/126-135/129, kp_H1, 136/135-137/137, kp_H1, 137/127, kp_H1, 139/158-159, kp_H2, 136/58, kp_H3, 134/192, kp_H7, 274/23, kp_H8, 344/46-345/50, kp_H9, 214/112-113, kp_H10, 25/50, kp_H11, 295/64-296/67, kp_H11, 296/69, kp_H11, 298/103, kp_H17, 69/169, kp_H17, 70/186-191, kp_H18, 253/23, kp_H19, 282/44, kp_H20, 229/18, kp_H20, 229/20, kp_H21, 732/59-733/64, kp_H22, 83/111-84/115, kp_H24, 166/88, kp_H24, 167/914, kp_H24, 169/101-172/111)	Medikation (sP_Z4, 5/15, sP_Z32, 234/63, sP_Z34, 408/30, sP_Z36, 30/71)
Kritik Medikation (kp_Z19, 76/2, kp_Z50, 191/4, kp_H6, 190/43, kp_H17, 70/192, kp_H18, 256/54-55, kp_H20, 229/21, kp_H20, 230/24-27, kp_H25, 306/20)	Kritik Medikation (sP_Z1, 63/52, sP_Z2, 349/21, sP_Z5, 57/11, sP_Z5, 57/16, sP_Z5, 57/17, sP_Z5, 59/25, sP_Z22, 97/41, sP_Z22, 97/41-42, sP_Z22, 100/76, sP_Z24, 223/24-25, sP_Z24, 224/29, sP_Z29, 208/15-18, sP_Z32, 228/4, sP_Z32, 229/11, sP_Z32, 230/23, sP_Z32, 234/67, sP_Z34, 407/27, sP_Z52, 67, sP_H13, 313/61)

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Medikalisierung (kp_H2, 118/15-119/21, kp_H20, 228/10) Biopolitik und Biologisierung sozialer Fragen (kp_H8, 346/60)	Medikalisierung (sP_Z5, 56/15, sP_Z5, 58/24- 59/25, sP_Z16, 358/6, sP_Z16, 358/9-359/10, sP_Z22, 100/76, sP_Z24, 223/21, sP_Z24, 224/29, sP_Z32, 228/4, sP_Z32, 234/65, sP_Z34, 402/5, sP_Z38, 51/16, Z50, 191/4, sP_Z52, 66-67, sP_H4, 266/15) Biopolitik und Biologisierung sozialer Fragen (sP_Z22, 91/1, sP_Z24, 224/30-32, sP_Z24, 230/111-114, sP_Z52, 64-65, sP_Z52, 66-67, sP_Z52, 67, Z52, 67-71)

Tab. XIV: Techniken der Normierung

SYMPTOMBESCHREIBUNGEN	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
absolutierende Beschreibungen (kp_Z3, 90/9-11, kp_Z7, 58/30, kp_Z15, 64/13, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z26, 294/11, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z41, 290/7, kp_Z43, 114/13, kp_Z45, 8/22, kp_H6, 185/4, kp_ H7, 273/21, kp_H11, 289/7-8, kp_H21, 727/4-729/16)	(sP_Z1, 54/11, sP_Z20, 372/45-373/46, sP_Z29, 207/7, sP_Z32, 228/4)
relationale Beschreibungen (kp_Z3, 96/76, kp_Z8, 1/4, kp_Z13, 15/33, kp_Z15, 64/13, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z26, 293/8-9, kp_Z30, 2/6- 3/7, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z43, 113/5, kp_Z43, 114/14- 15, kp_Z48, 20/18-19, kp_H1, 120/18, kp_H1, 125/54- 126/86, kp_H6, 185/3, kp_H6, 185/5-186/12, kp_H8, 340/11-13, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H11, 289/7-8, kp_H11, 290/12-14, kp_H17, 56/36-59/62, kp_H22, 72/21-74/51, kp_H24, 161/38-163/69)	(sP_Z20, 369/3, sP_Z20, 372/45-373/46, sP_Z20, 378/141, sP_Z32, 228/4)
-KATEGORISIERUNGEN-	
Dauerhaftigkeit/Häufigkeit	
Viele (Flüchtigkeits-)Fehler (kp_Z26, 294/11, kp_Z45, 7/13-14, kp_Z48, 21/34, kp_H1, 120/22, kp_H1/125/54-126/86, kp_H8, 339/4-5, kp_H8, 340/11-13, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H12, 198/17-199/30, kp_H18, 25/4-7, kp_H22, 72/21-74/51, kp_H24, 158/9, kp_H24, 161/38-163/69)	Viele (Flüchtigkeits-)Fehler (sP_Z24, 223/16-20)
Häufiger Aktivitätenwechsel (kp_Z30, 2/6-3/7, kp_H1/125/54-126/86, kp_H3, 117/5-8, kp_H6, 185/5-186/12, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H10, 24/28, kp_H12, 198/17-199/30, kp_H14, 469/140-144, kp_H17, 78/270-79/278, kp_H21, 727/4- 729/16, kp_H24, 158/9, kp_H24, 161/38-163/69)	
vergessen, was sie machen sollten (kp_Z8, 1/4, kp_Z45, 7/13-14, kp_H1, 125/54-126/86, kp_H8, 339/4-5, kp_H11, 289/7-8, kp_H22, 72/21- 74/51, kp_H24, 161/38-163/69)	
hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben aufrecht zu erhalten (kp_H22, 72/21-74/51)	
permanent unaufmerksam (kp_Z26, 294/11)	

<p>ungewöhnliches Ausmaß u. durchgängiges Muster an Unaufmerksamkeit (kp_H11, 289/7-8)</p>	<p>reagiert übermäßig, erregbar (sP_Z20, 378/141)</p>
<p>reagiert übermäßig, erregbar, besonders impulsiv, übermäßige Impulsivität, hohe Erregbarkeit (kp_Z8, 1/4, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z43, 114/14-15, kp_H3, 117/5-8, kp_H15, 328/4-5)</p> <p>fühlt sich schnell frustriert, provoziert (kp_Z8, 1/4, kp_Z30, 4/21-5/31)</p>	<p>körperlich unruhig (sP_Z24, 223/16-20, sP_Z29, 207/7)</p>
<p>körperlich unruhig (kp_Z8, 1/4, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z26, 294/11, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z41, 290/7, kp_Z45, 7/13-14, kp_Z48, 20/18-19, kp_H1, 120/22, kp_H1/125/54-126/86, kp_H3, 117/5-8, kp_H6, 185/4, kp_H6, 185/5-186/12, kp_H8, 339/4-5, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H10, 24/28, kp_H11, 289/7-8, kp_H14, 469/140-144, kp_H15, 328/4-5, kp_H17, 56/36-59/62, kp_H21, 727/4-729/16, kp_H22, 72/21-74/51)</p>	
<p>Geringes Niveau/Mangel an</p>	
<p>leicht ablenkbar, verkürzte Aufmerksamkeitsspanne, Mangel an Ausdauer, mangelhafte Selbstkontrolle (kp_Z8, 1/4, kp_Z26, 294/11, kp_Z19, 80/1, kp_Z30, 2/6-3/7, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z43, 113/5, kp_Z43, 114/14-15, kp_Z45, 7/13-14, kp_Z48, 22/46, kp_H1 120/18, kp_H1, 120/22, kp_H1/125/54-126/86, kp_H3, 117/5-8, kp_H6, 185/5-186/12, kp_H8, 339/4-5, kp_H8, 340/11-13, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H10, 24/28, kp_H11, 289/7-8, kp_H12, 198/17-199/30, kp_H14, 469/140-144, kp_H15, 328/4-5, kp_H15, 331/22-332/29, kp_H17, 56/36-59/62, kp_H17, 78/270-79/278, kp_H18, 25/4-7, kp_H21, 727/4-729/16, kp_H22, 72/21-74/51, kp_H24, 158/9, kp_H24, 161/38-163/69)</p>	<p>leicht ablenkbar, verkürzte Aufmerksamkeitsspanne, Mangel an Ausdauer, mangelhafte Selbstkontrolle (sP_Z20, 372/43, sP_Z20, 372/45-373/46, sP_Z20, 373/50, sP_Z24, 223/16-20, sP_Z29, 207/7)</p>
<p>unzureichende Impulskontrolle, unüberlegte Handlungen, Impulsivität, stört andere</p>	
<p>(kp_Z8, 1/4, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z30, 4/21-5/31, kp_Z41, 290/7, kp_H1, 120/22, kp_H1/125/54-126/86, kp_H3, 117/5-8, kp_H6, 185/5-186/12, kp_H9, 207/4-208/20, kp_H14, 469/140-144, kp_H15, 328/4-5, kp_H17, 57/48, kp_H21, 727/4-729/16, kp_H22, 72/21-74/51, kp_H24, 158/9, kp_H24, 161/38-163/69)</p>	
<p>mangelhaft regulierte motorische Aktivität, desorganisiert</p>	
<p>(kp_Z17, 19/12-16, kp_H1, 120/22, kp_H1/125/54-126/86, kp_H11, 289/7-8, kp_H17, 78/270-79/278, kp_H21, 727/4-729/16)</p>	
<p>Beschreibung positiver Eigenschaften (kp_Z3, 95/61-96/74, kp_Z13, 15/25, kp_Z13, 18/52, kp_Z15, 70/52, kp_Z19, 78/2, kp_Z43, 116/25, kp_Z46, 102/5, kp_Z46, 105/26, kp_Z48, 19/11-1, kp_Z48, 22/49, kp_Z48, 25/78, kp_H1, 117/9-118/11, kp_H1, 118/12-119/14, kp_H1, 126/88, kp_H1, 127/92-129/94, kp_H1, 143/176, kp_H11, 299/105-301/114, kp_H14, 459/7, kp_H14, 461/19, kp_H16, 290/7, kp_H17, 53/6-54/20, kp_H17, 59/57, kp_H17, 77/250, kp_H19, 281/25, kp_H24, 157/5, kp_H24/161, 31, kp_H24, 163/70, kp_H25, 306/23)</p>	<p>Beschreibung positiver Eigenschaften (sP_Z6, 394/63-395/68, sP_Z20, 373/51-374/55, sP_Z36, 26/12-27/15)</p>

Situationspezifische Beschreibungen	Situationspezifische Beschreibungen
Schulbezogenheit allgemein (kp_Z15, 64/15, kp_H3, 117/5, kp_H6, 185/3, kp_H16, 290/8, kp_H20, 228/10, kp_H22, 80/95)	Fremdgestellte Aufgaben über längere Zeit (sP_Z32, 230/23)
Konkretere Anforderungen in Schule und Unterricht (kp_Z3, 96/76, kp_Z33, 179/10, kp_Z43, 114/14, kp_H8, 340/11, kp_H9, 208/23-25, kp_H10, 24/28, kp_H19, 281/24, kp_H21, 728/11, kp_H11, 291/20)	Abhängig von Unterstützung und Interesse (sP_Z36, 27/16)
Leistungsanforderungen (kp_H19, 281/24, kp_H21, 728/11)	
Aufgaben- u. Anforderungssituationen (kp_Z3, 96/76, kp_Z33, 179/10, kp_H8, 340/11, kp_H9, 208/23-25, kp_H10, 24/28, kp_H11, 291/20)	
Kernsymptome in Fallbeispielen	
Unaufmerksamkeit (kp_Z3, 95/61-96/74, kp_Z13, 15/25, kp_Z13, 18/52, kp_Z48, 19/11-12, kp_H1, 116/6-117/8, kp_H1, 118/11, kp_H11, 299/105-301/114, kp_H14, 459/8-461/19, kp_H17, 53/6-54/20)	Unaufmerksamkeit (sP_Z6, 394/63-395/68, sP_Z20, 373/51)
Impulsivität (kp_Z3, 95/58-60, kp_Z3, 95/61-96/74, kp_Z43, 116/24, kp_H1, 118/11, kp_H11, 301/115-129, kp_H11, 302/131-303/148, kp_H17, 53/6-54/20)	Impulsivität (sP_Z20, 373/51)
Hyperaktivität (kp_Z3, 95/58-60, kp_Z3, 95/61-96/74, kp_Z13, 15/25, kp_Z43, 116/23, kp_Z45, 7/10, kp_Z48, 19/11-12, kp_H1, 118/11, kp_H1, 118/12-119/14, kp_H11, 299/105-301/114, kp_H11, 301/115-129, kp_H11, 302/131-303/148, kp_H14, 458/3, kp_H14, 458/4, kp_H14, 459/7, kp_H17, 53/6-54/20, kp_H24, 157/5)	Hyperaktivität (sP_Z6, 394/63-395/68)
Verweise auf schulische Probleme (kp_Z3, 95/61-96/74, kp_H1, 116/6-117/8, kp_H1, 117/9-118/11, kp_H11, 303/144-145, kp_H14, 459/8, kp_H14, 460/14, kp_H24, 157/5)	Verweise auf schulische Probleme (sP_Z6, 394/63-395/68, sP_Z20, 372/51-374/55)
Spezifische(re) Beschreibungen störender Verhaltensweisen (kp_Z13, 18/52, kp_Z48, 19/11-12, kp_H1, 118/12-119/14, kp_H11, 302/131-303/148, kp_H14, 458/4, kp_H14, 459/8-461/19)	Spezifische(re) Beschreibungen störender Verhaltensweisen (sP_Z6, 394/63-395/68, sP_Z20, 373/51-374/55, sP_Z20, 374/71)
Bezüge auf klinischen ADHS-Diskurs (kp_Z7, 58/30, kp_Z9, 22/26, kp_Z10, 29/5, kp_Z17, 19/12-16, kp_Z41, 290/7, kp_Z43, 114/14-15, kp_Z45, 7/13-14, kp_H1, 120/22, kp_H1, 125/54-126/86, kp_H3, 117/7, kp_H6, 117/5-8, kp_H7, 273/21, kp_H7, 273/22, kp_H11, 289/7-8, kp_H12, 198/17-199/30, kp_H14, 469/140-144, kp_H15, 328/5, kp_H18, 251/6, kp_H21, 727/4-729/16, kp_H21, 728/11, kp_H21, 728/13, kp_H22, 80/95, H22, 81/99)	Bezüge auf klinischen ADHS-Diskurs (sP_Z24, 223/16-20)
Bezüge auf Äußerungen von Lehrer_innen (kp_Z26, 293/9, kp_Z43, 113/5, kp_Z48, 22/46, kp_H16, 290/7)	

Unterschiede zu normalen Kindern

(kp_Z15, 64/14, kp_Z15, 64/16, kp_Z25, 174/13, kp_Z25, 175/24, kp_Z25, 176/42, kp_Z26, 292/2, kp_Z30, 2/6, kp_Z37, 148/35, kp_Z43, 114/14, kp_Z45, 7/10, kp_H1, 130/100-131/103, kp_H5, 177/184, kp_H9, 208/28, kp_H9, 213/103-214/105, kp_H10, 24/28, kp_H14, 471/160, kp_H15, 332/32-333/34, kp_H15, 333/37, kp_H16, 290/7, kp_H16, 292/52, kp_H18, 251/6, H20, 227/7)

(sP_Z24, 228/97)

ADHS-Kinder vs. gesunde Kinder: Normal/gesund – nicht-normal/krank

(kp_Z12, 12/87, kp_Z25, 173/10, kp_Z25, 182/71, kp_Z25, 173/10, kp_H1, 135/129, kp_H11, 290/14, kp_H18, 255/49, kp_H18, 256/58, kp_H18, 257/64)

ADHS-Kinder vs. gesunde Kinder: Normal/gesund – nicht-normal/krank

(sP_Z1, 65/61)

DIAGNOSE/Begriffe

klinisch**soziokulturell**

„gesicherte Diagnosen“ (kp_Z7, 59/37)

„korrekte Klassifikationen“ (kp_Z12, 3/7)

„fundierte Abklärungen“ (kp_H11, 295/59-60)

„sorgfältige u. umfassende Diagnostik“ (kp_H12, 204/91)

„vorwiegend defektorientiert“ (kp_H25, 306/20-21)

„stigmatisiert und diskriminiert“ (sP_Z6, 399/81-82, sP_Z52, 61-64)

„Problem der Subjektivität“ (kp_H3, 122/67)

„Verdachtsdiagnose“ (kp_Z43, 121/51-53)

„verwirrenden Begriffsvielfalt“ (kp_H14, 461/22)

„Möglichkeit von Fehldiagnosen“ (kp_Z19, 75/4)

„Defizitdiagnosen“ (sP_Z4, 7/30-31)

„individualisierende Diagnostik“ (sP_Z5, 54/8)

„positivistische Symptombeschreibung“ (sP_Z16, 360/14-15)

„vorschnelle Diagnosen“ (sP_Z38, 51/16)

„verkürzte Diagnosen“ (sP_Z52, 61-64)

„liefert nur kalte Daten“ (sP_Z16, 366/52)

„Klassifikation führt zu ‚mehrheitsfähigen Namen‘ (sP_Z24, 222/13-223/15)

„Diagnose als Erleichterung für die Mutter“ (kp_H14, 460/11)

„mit Entlastungsfunktion“ (sP_Z6, 399/81-82)

„Diagnose als Normierungssystem“ (sP_Z22, 101/78)

Verwendung von Kollektivsymbolen

„Klassifikation als Sammeltopf“ (kp_Z37, 144/8)

„Buchstabendiagnosen“ (sP_Z6, 399/81-82)

„Schubkastendenken“ (kp_H25, 306/23)

„Rasterdiagnose“ (sP_Z4, 5/11, sP_Z6, 398/78)

DIAGNOSE/Wissensbestände und Verfahren

Ohne Verweis auf Verfahren

(kp_Z3, 95/62, kp_Z3, 95/62-63, kp_Z3, 96/79-97/80, kp_Z3, 97/82, kp_Z15, 68/39, kp_Z15, 69/46, kp_Z15, 70/47-48, kp_Z26, 294/14, kp_Z30, 3/11, kp_Z30, 4/20, kp_Z30, 4/23, kp_Z30, 5/32-40, kp_Z41, 291/15, kp_Z41, 291/16, kp_Z43, 116/22, kp_Z43, 118/36, kp_Z44, 255/18, kp_Z50, 192/10, kp_Z50, 195/44, kp_H3, 123/73, kp_H9, 207/7, kp_H10, 24/34, kp_H11, 290/12-14, kp_H11, 295/60, kp_H11, 297/78, kp_H14, 476/255, kp_H19, 282/34, kp_H24/161, 32)

DIAGNOSE/Begriffe	
klinisch	soziokulturell
<p>Verweise auf ‚standardisierte‘ Verfahren/klinischen Diskurs: (kp_H1, 122/40-123/48, kp_H3, 124/82-125/100, kp_H3, 124/87-88, kp_H3, 124/92-125/94, kp_H8, 342/26, kp_H10, 24/34-25/41, kp_H11, 295/59-60, kp_H12, 201/50-202/59, kp_H12, 201/52-54, kp_H14, 476/254-477/260, kp_H18, 255/41, kp_H19, 281/31-282/41, kp_H20, 228/15, kp_H22, 75/59, kp_H22, 75/58-76/63, kp_H24, 159/20-160/26, kp_H24, 159/22-23, kp_Z3, 92/33, kp_Z3, 91/30-92/41, kp_Z7, 59/37, kp_Z7, 59/41-42, kp_Z12, 3/5, kp_Z12, 3/7, kp_Z12, 4/11, kp_Z12, 11/69-75, kp_Z12, 11/71-72, kp_Z12, 17/123-18/124, kp_Z12, 18/126-127, kp_Z14, 32/74-33/79, kp_Z14, 33/77, kp_Z14, 33/78, kp_Z15, 68/39, kp_Z40, 188/32, kp_Z44, 255/18, kp_Z45, 9/43-10/50, kp_Z46, 103/18-104/19)</p>	<p>Verweise auf ‚standardisierte‘ Verfahren/klinischen Diskurs: (sP_Z35, 53/30-54/31, sP_Z38, 52/21, sP_Z38, 51/16-52/22, sP_Z38, 52/24, sP_Z47, 19/6-8)</p>
<p>Autoren (Sic!) des klinischen (psychiatrisch u. klinisch-psychologischen) Diskurses (kp_Z3, 91/30-92/41, kp_Z7, 59/37, kp_Z7, 59/41-44, kp_Z12, 3/5, kp_Z12, 4/11, kp_Z12, 11/69-75, kp_Z14, 32/74-33/79, kp_Z15, 67/34, kp_Z19, 70/3, kp_Z25, 174/17-22, kp_Z40, 188/32, kp_Z41, 291/15, kp_Z43, 114/1, kp_Z44, 256/17, kp_Z45, 9/43-10/50, kp_H2, 130/17-131/19, kp_H3, 121/56-122/66, kp_H3, 124/82-125/100, kp_H11, 295/59-60, kp_H14, 460/11, kp_H14, 476/254-477/260, kp_H20, 228/15, kp_H22, 75/58-76/63, kp_H24, 159/20-160/2)</p>	<p>Autoren (Sic!) des klinischen (psychiatrisch u. klinisch-psychologischen) Diskurses (sP_Z16, 360/17, sP_Z35, 53/30-54/31)</p>
<p>Bezüge auf DSM und ICD (kp_Z3, 95/60, kp_Z3, 95/66, kp_Z7, 58/30, kp_Z12, 7/28, kp_Z13, 15/26-31, kp_Z15, 67/31, kp_Z19, 75/2, kp_Z26, 294/12, kp_Z27, 37/11, kp_Z30, 3/7, kp_Z37, 144/6-7, kp_Z43, 115/17, kp_Z45, 7/11-8/20, kp_Z46, 103/17, kp_H1, 120/19-21, kp_H1, 121/27-30, kp_H2, 131/19, kp_H3, 120/29-121/55, kp_H4, 266/4-10, kp_H4, 266/11-14, kp_H9, 208/27-209/61, kp_H10, 22/6-23/19, kp_H11, 289/6, kp_H12, 199/32-299/37, kp_H14, 469/132, kp_H14, 469/133-469/139, kp_H16, 291/16, kp_H17, 55/34, kp_H18, 251/6, kp_H20, 227/3-6, kp_H21, 729/18, kp_H22, 71/16-72/20, kp_H24, 157/6-8, kp_H24, 158/12-16, kp_H24, 158/16-159/18)</p>	<p>Bezüge auf DSM und ICD (sP_Z4, 5/6, sP_Z16, 360/18-24, sP_Z24, 223/15, sP_Z29, 207/7, sP_Z36, 27/29, sP_H13, 309/10)</p>
<p>Schwierigkeiten der Diagnosestellung (kp_Z12, 4/11, kp_Z15, 66/26, kp_Z15, 67/35-36, kp_Z19, 75/4, kp_Z19, 76/1, kp_Z25, 173/11, kp_H2, 131/20, kp_H3, 121/56, kp_H11, 288/2, kp_H12, 199/32-33, kp_H14, 461/22, kp_H16, 292/53-293/56, kp_H17, 54/23-24, kp_H18, 254/35-256/52)</p>	<p>Schwierigkeiten der Diagnosestellung (sP_Z32, 228/7-229/8)</p>

DIAGNOSE/Begriffe	
klinisch	soziokulturell
nicht-standardisierte Verfahren (kp_Z3, 91/30-92/41, kp_Z12, 4/11, kp_Z14, 33/78, kp_Z45, 9/43-10/50, kp_H1, 122/40-123/48, kp_H3, 124/82-125/100, kp_H8, 341/21-342/25, kp_H11, 295/59-60, kp_H12, 201/50-202/59, kp_H14, 476/254-477/260, kp_H19, 281/31-282/41, kp_H19, 283/50-52, kp_H21, 729/19, kp_H22, 75/58-76/63, kp_H24, 159/20-160/26)	nicht-standardisierte Verfahren (sP_Z38, 51/16-52/22, sP_Z38, 52/24)
Diagnostische Alternativen (kp_Z19,76/1, kp_Z43, 115/17)	Diagnostische Alternativen (sP_Z4, 8/51, sP_Z4, 9/57-69, sP_Z6, 395/69-396/70, sP_Z6, 396/72, sP_Z6, 398/80-399/81, sP_Z16, 361/28-362/31, sP_Z16, 362/32, sP_Z16, 366/47-50, Z19,76/1, sP_Z20, 374/57-70, sP_Z36, 29/51-60, sP_Z38, 53/23, sP_Z52, 64, sP_H13, 309/11)
Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen (kp_Z37, 144/8, kp_H3, 122/67, kp_H7, 273/22-274/23, kp_H20, 227/7, kp_H20, 228/15, kp_H25, 305/18-306/19, kp_H25, 306/20-21, kp_H25, 306/23)	Kritik an Klassifikations- und Diagnosesystemen (sP_Z4, 5/11, sP_Z4, 6/17-18, sP_Z4, 6/28-7/29, sP_Z4, 8/49, sP_Z4, 9/71, sP_Z4, 9/73-74, sP_Z5, 59/25, sP_Z5, 60/32, sP_Z6, 396/71, sP_Z6, 398/78, sP_Z6, 399/81-82, sP_Z16, 358/3, sP_Z16, 360/14-15, sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 361/26-28, sP_Z16, 362/32-363/38, sP_Z16, 364/42-43, sP_Z16, 366/52, sP_Z16, 373/88, sP_Z16, 373/90, sP_Z22, 101/78, sP_Z24, 222/13-223/15, sP_Z32, 229/9, sP_Z52, 61-64, sP_Z52, 65-66)
Kritik an positivistischer Ausrichtung/suggestierte Wissenschaftlichkeit (kp_H20, 227/7, kp_H25, 306/23)	Kritik an positivistischer Ausrichtung/suggestierte Wissenschaftlichkeit (sP_Z5, 59/25, sP_Z6, 399/81-82, sP_Z16, 358/3, sP_Z16, 360/14-15, sP_Z16, 361/26-28, sP_Z16, 362/32-363/38, sP_Z16, 364/42-43, sP_Z16, 366/52)
Verweis auf Kontextbedingungen (kp_H7, 273/22-274/23)	Verweis auf Kontextbedingungen (sP_Z4, 5/11, sP_Z4, 6/17-18, sP_Z4, 9/73-74, sP_Z5, 60/32, sP_Z6, 396/71, sP_Z6, 398/78, sP_Z6, 399/81-82, sP_Z16, 358/3, sP_Z16, 373/88, sP_Z22, 101/78, sP_Z52, 61-64)
	Entsubjektivierung – Pathologisierung (sP_Z16, 358/3, sP_Z16, 362/32-363/38, sP_Z16, 366/51, sP_Z16, 373/90, sP_Z52, 61/2)
	Kritik an Normierung (sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 361/26-28, sP_Z16, 373/90, sP_Z22, 101/78, sP_Z52, 61-64)
THEMATISIERUNG DER NORMIERUNG	
Probleme der Normierung/GRENZZIEHUNG (kp_H2, 131/20, kp_H3, 121/56, kp_H16, 292/43, kp_H18, 255/45-47, kp_H20, 227/8-228/9)	Probleme der Normierung/GRENZZIEHUNG (sP_Z16, 361/25, sP_Z16, 371/78, sP_Z32, 228/4, sP_Z32, 229/9, sP_Z38, 52/22, sP_Z38, 53/26-27, sP_Z47, 20/24)

DIAGNOSE/Begriffe	
klinisch	soziokulturell
Frage der Messung/Vergleich mit ‚Normalpopulation‘ (kp_Z7, 60/63, kp_Z12, 12/88, kp_Z12, 17/123, kp_Z13, 16/39, kp_Z13, 16/39, kp_Z15, 77/92, kp_H5, 176/181, kp_H5, 177/184, kp_H8, 339/9, kp_H8, 340/14, kp_H21, 728/15, kp_H22, 88/147)	Frage der Messung/Vergleich mit ‚Normalpopu- lation‘ (sP_Z6, 394/63, sP_Z16, 371/77, sP_Z16, 372/82)

Tab. XV: Techniken der Normalisierung

Umgang mit...	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Verhaltenstherapie (kp_Z3, 90/6, kp_Z3, 90/8, kp_Z3, 91/26-27, kp_Z3, 92/43, kp_Z3, 93/45-94/48, kp_Z3, 93/46, kp_Z3, 94/49, kp_Z3, 94/50, kp_Z3, 96/76, kp_Z3, 96/77, kp_Z3, 96/78-97/80, kp_Z3, 98/113, kp_Z3, 99/119, kp_Z3, 99/120, kp_Z3, 99/123, kp_Z3, 99/124, kp_Z3, 100/127, kp_Z9, 23/40-42, kp_Z14, 24/14, kp_Z14, 35/90, kp_Z15, 78/97, kp_Z19, 76/2, kp_Z50, 191/8, kp_Z50, 205/113, kp_H10, 25/49, kp_H11, 297/86, kp_H11, 298/103, kp_H12, 202/67, kp_H15, 332/32, kp_H17, 69/171, kp_H21, 733/65-734/78, kp_H21, 735/89-736/94, kp_H24, 172/112-174/117, kp_H24, 167/914)	Verhaltenstherapie (sP_Z20, 369/6-370/7)
Lernen der Selbstregulation (kp_Z3, 90/12, kp_Z10, 31/32-32/37, kp_Z10, 32/38-43, kp_Z10, 32/44-48, kp_Z10, 33/70-34/83, kp_Z19, 31/27-31, kp_H5, 163/66, kp_H5, 163/69-72, kp_H5, 164/75-76, kp_H5, 164/79-150/83, kp_H5, 165/86-166/91, kp_H5, 166/94-95, kp_H5, 166/98-167/102, kp_H5, 167/105-179/196, kp_H9, 214/110, kp_H17, 77/253, kp_H21, 735/87-88)	
Therapie-Programm Lauth-Schlottke: (kp_Z30, 4/17-18, kp_H3, 131/146, kp_H6, 191/53-57, kp_H9, 215/122-217/150, kp_H12, 202/67-203/72, kp_H15, 334/40, kp_H17, 81/309, kp_H19, 283/48, kp_H19, 284/55- 285/62, kp_H21, 736/93, kp_H24, 181/151-182/158)	
Trainingsprogramme (kp_Z14, 22/3, kp_Z37, 144/4, kp_Z37, 145/15-146/17, kp_ Z37, 146/18-152/67, kp_H9, 215/116-121, kp_H15, 335/46)	
Selbstinstruktionstraining: (Döpfner, Krowatschek): (kp_H3, 131/146, kp_H6, 190/44-50, kp_H8, 345/51-52, kp_H12, 203/73-204/83, kp_H17, 71/193-72/195, kp_H21, 735/83-86, kp_H22, 84/116)	
THOP: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (Döpfner, Schürmann & Fröhlich 2002) (kp_H2, 135/54, kp_H3, 131/147-132/149, kp_H3, 132/172- 133/184, kp_H14, 476/255, kp_H24, 179/141-180/150)	
MKT: Marburger Konzentrationstraining (Krowatschek) (kp_H17, 81/316-82/318, kp_H21, 738/109, kp_H24, 184/168-185/173)	
Attentioner: (Jacobs) (kp_H24, 182/159-184/167)	
Lerntraining für Jugendliche mit ADHS (kp_Z21, 162/7-13)	

Umgang mit...

Klinische Positionierung

Soziokulturelle Positionierung

Neurofeedback

(kp_Z14, 22/3, kp_Z14, 24/17-25/22, kp_Z14, 26/23- 27/31, kp_Z14, 27/32-29/42, kp_Z14, 34/84-35/89, kp_Z39, 23-25, kp_Z39, 25/2-26, kp_Z39, 27-28, kp_H18, 253/23, kp_H18, 256/53, kp_H18, 256/57-258/77, kp_H19, 282/45-283/47, kp_H21, 736/97, kp_H22, 89/150, kp_H24, 177/131-178/135)

Verweise auf Wirksamkeit

(kp_Z3, 91/26-27, kp_Z9, 23/40-42, kp_Z14, 22/3, kp_Z14, 24/14, kp_Z14, 27/32-29/42, kp_Z14, 35/90, kp_Z15, 78/97, kp_Z19, 76/2, kp_Z50, 191/8, kp_H5, 163/69-72, kp_H5, 164/75-76, kp_H5, 167/105-179/196, kp_H5, 163/66, kp_H18, 256/57-258/77, kp_H18, 256/53, kp_H21, 733/65-734/78, kp_H21, 735/83-86, kp_H24, 172/112-174/117, kp_H24, 177/131-178/135, kp_H24, 179/141-180/150, kp_H24, 181/151-182/158, kp_H24, 184/168-185/173)

Belohnung & Verstärkung

(kp_Z3, 90/12, kp_Z3, 93/46, kp_Z3, 96/77, kp_Z10, 31/32-32/37, kp_Z14, 24/14, kp_Z50, 205/113, kp_H1, 142/172, kp_H5, 164/79-150/83, kp_H5, 166/94-95, kp_H21, 733/65-734/78, kp_H24, 172/112-174/117)

Verhaltenstherapeutisch in der Schule

(kp_Z8, 12/31-12/45, kp_Z8, 12/65-13/77, kp_Z9, 23/44-46, kp_Z9, 25/66-68, kp_Z9, 25/69-70, kp_Z10, 29/3, kp_Z10, 32/49-33/68, kp_Z30, 3/11, kp_Z53, 25/8-15, kp_kp_H1, 139/159, H1, 141/167, kp_H5, 192/62, kp_H6, 192/70, kp_H7, 277/74-278/81, kp_H7, 278/83-86, kp_H11, 297/85, kp_H15, 334/41, kp_H15, 335/46, kp_H17, 81/310-315, kp_H21, 737/103, kp_H21, 737/104-738/108)

Verhaltenstherapeutisch in der Schule

(sP_Z20, 370/11-372/41, sP_Z20, 372/43-373/47, sP_Z20, 374/72-73, sP_Z20, 375/74-75, sP_Z20, 375/75, sP_Z20, 375/76-376/95, sP_Z20, 376/96-100, sP_Z20, 376/101-377/130, sP_Z51, 22/78-79)

Kritik Verhaltenstherapie

(kp_Z14, 24/15)

Kritik Verhaltenstherapie

(sP_Z1, 65/63, sP_Z4, 8/46, sP_Z5, 58/20, sP_Z5, 58/22, sP_Z5, 69/73, sP_Z20, 370/7, sP_Z20, 370/9, sP_Z22, 97/41)

Medikation

(kp_Z3, 97/82, kp_Z3, 99/121, kp_Z3, 99/124, kp_Z8, 11/19, kp_Z13, 14/20-21, kp_Z15, 78/97, kp_Z44, 255/18, kp_Z46, 104/24, kp_Z48, 24/68, kp_Z48, 25/73-74, kp_Z50, 191/8-192/9, kp_Z53, 25/5, kp_H1, 134/126-135/129, kp_H1, 136/135-137/137, kp_H1, 137/127, kp_H1, 139/158-159, kp_H2, 136/58, kp_H3, 134/192, kp_H7, 274/23, kp_H8, 344/46-345/50, kp_H9, 214/112-113, kp_H10, 25/50, kp_H11, 295/64-296/67, kp_H11, 296/69, kp_H11, 298/103, kp_H17, 69/169, kp_H17, 70/186-191, kp_H18, 253/23, kp_H19, 282/44, kp_H20, 229/18, kp_H20, 229/20, kp_H21, 732/59-733/64, kp_H22, 83/111-84/115, kp_H24, 166/88, kp_H24, 167/914, kp_H24, 169/101-172/111)

Medikation

(sP_Z32, 234/63, sP_Z34, 408/30, sP_Z36, 30/71)

Umgang mit...

Klinische Positionierung**Soziokulturelle Positionierung**

Beschreibung der Wirkungsweise (kp_Z8, 11/19, kp_H1, 134/126-135/129, kp_H1, 136/135-137/137, kp_H8, 344/46-345/50)

Verweise auf Wirksamkeit (kp_Z3, 98/114, kp_Z3, 99/120, kp_Z50, 191/4, kp_H7, 274/23, kp_H8, 344/46-345/50, kp_H11, 295/64-296/67, kp_H17, 70/186-191, kp_H19, 282/44, kp_H21, 732/59-733/64, kp_H24, 169/101-172/111)

Annahme organischer Ursachen (kp_H9, 214/112-113, kp_H20, 229/18, kp_H22, 83/111-84/115)

Einsatz abhängig vom Schweregrad (kp_Z3, 99/124, kp_Z8, 11/19, kp_Z15, 78/97, kp_Z44, 255/18, kp_H8, 344/46-345/50, kp_H9, 214/112-113, kp_H11, 295/64-296/67)

Umstritten, in der öffentlichen Kritik (kp_H2, 136/58, kp_H3, 133/188-134/191, kp_H6, 190/43, kp_H7, 274/23, kp_H25, 306/20)

Ziele

„Bewältigung des Alltags“ (kp_Z13, 14/20-21)

Verbesserung der Selbststeuerung und Verhaltensorganisation (kp_H3, 133/188-134/191)

Rechtfertigung

„Medikation bei ADHS ist genauso gerechtfertigt wie Insulin bei Diabetis“ (kp_H1, 137/127)

„medikamentöse Behandlung bei ADS unverzichtbar“ (kp_H1, 139/158-159)

Kritik Medikation

(kp_Z19, 76/2, kp_H1, 137/137, kp_H17, 70/192, kp_H18, 256/54-55, kp_H20, 230/24-27)

Kritik Medikation

(sP_Z1, 63/52, sP_Z2, 349/21, sP_Z5, 57/11, sP_Z5, 57/16, sP_Z5, 57/17, sP_Z5, 59/25, sP_Z22, 97/41, sP_Z22, 97/41-42, sP_Z22, 100/76, sP_Z24, 223/24-25, sP_Z24, 224/29, sP_Z29, 208/15-18, sP_Z32, 228/4, sP_Z32, 229/11, sP_Z32, 230/23, sP_Z32, 234/67, sP_Z34, 407/27, sP_Z52, 67, sP_H13, 313/61)

Multimodale Therapie

(kp_Z7, 58/30, kp_Z8, 11/11-18, kp_Z14, 23/12-13, kp_Z17, 19/19, kp_Z27, 33/3, kp_Z30, 3/10, kp_Z40, 186/3, kp_Z40, 191/59, kp_Z41, 290/4, kp_Z41, 291/17, kp_Z44, 255/19, kp_Z45, 6/4, kp_Z45, 10/51-52, kp_Z45, 11/55, kp_Z50, 198/67-205/112, kp_Z50, 206/116, kp_Z50, 207/125, kp_H1, 137/137, kp_H1 137/138-138/148, kp_H1, 140/163, kp_H1, 141/167, kp_H3, 131/135-136, kp_H3, 134/193, kp_H8, 344/45, kp_H8, 345/51, kp_H10, 25/44-52, kp_H11, 296/67, kp_H12, 202/61-63, kp_H14, 477/272, kp_H15, 332/30, kp_H16, 294/71, kp_H18, 256/56, kp_H20, 229/21, kp_H21, 734/79, kp_H22, 84/119-85/125, kp_H24, 168/98-169/100, kp_H24, 175/124-176/126, kp_H25, 307/35-308/37)

Umgang mit...	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
<p>Wirksamkeit (kp_Z14, 23/12-13, kp_Z45, 6/4, kp_Z50, 198/67-205/112, kp_Z50, 206/116, kp_Z50, 207/125, kp_H1 137/138-138/148, kp_H3, 134/193, kp_H8, 344/45, kp_H11, 296/67, kp_H18, 256/56, kp_H21, 734/79, kp_H24, 168/98-169/100, kp_H25, 307/35-308/37)</p>	
<p>Kritik multimodale Therapie ,pädagogische Bemühungen fehlen‘ (kp_H20, 229/21)</p>	<p>Kritik multimodale Therapie (sP_Z1, 54/13-55/16, sP_Z1, 55/17, sP_Z1, 60/43, sP_Z1, 64/59-65/62, sP_Z1, 66/67-67/68, sP_Z22, 96/34, sP_Z22, 97/35, Z32, 229/11)</p>
	<p>Kritik an evidenzbasierter Medizin (nur in sP_Z1 und sP_Z16)</p>
<p>Elternttraining (wird nicht vertiefend betrachtet) (kp_Z26, 292/3, kp_Z26, 293/5, kp_Z26, 295/17-296/22, kp_Z26, 300/35, kp_Z27, 32/1, kp_Z27, 33/3, kp_Z27, 34/6-35, kp_Z27, 35/8-36/10, kp_Z27, 36/10-44/23, kp_Z27, 44/24-45/25, kp_Z27, 45/25-49/34, kp_Z27, 51/38-52/42, kp_Z27, 53/43-54/44, kp_Z40, 186/3, kp_Z40, 186/4, kp_Z40, 186/4-187/5, kp_Z40, 190/54-55, kp_H2, 135/54, kp_H3, 132/165-171, kp_H3, 133/185, kp_H7, 274/23-24, kp_H8, 345/53, kp_H9, 216/146, kp_H10, 25/47, kp_H12, 202/64-66, kp_H17, 73/208-75/226, kp_H21, 734/80-82, kp_H22, 84/118, kp_H24, 174/118-175/123)</p>	
<p>Psychoedukation (wird nicht vertiefend betrachtet) (kp_Z30, 7/54-56, kp_Z46, 103/12-105/28, kp_H1, 140/163, kp_H8, 344/44, kp_H8, 345/53-346/56, kp_H9, 214/11, kp_H9, 216/146-217/150, kp_H10, 25/46, kp_H12, 202/67, kp_H15, 333/35)</p>	<p>Psychoedukation (wird nicht vertiefend betrachtet) (sP_Z22, 93/15, sP_Z22, 101/81, sP_Z23, 4/13-18, sP_Z51, 20/17-20)</p>
<p>Schule</p>	
<p>Strukturen und Regeln (kp_Z8, 11/21, kp_Z8, 11/24-12/29, kp_Z8, 12/30, kp_Z8, 12/46-12/64, kp_Z9, 24/58, kp_Z9, 24/59-62, kp_Z19, 76/2, Z20, 370/8, kp_Z43, 120/49-121/50, kp_Z43, 121/54, kp_H1, 140/163-141/165, kp_H1, 141/167, kp_H1, 142/172, kp_H3, 133/186-187, kp_H6, 191/59, kp_H6, 192/63-69, kp_H7, 272/12, kp_H7, 274/25, kp_H7, 276/54-58, kp_H8, 346/56, kp_H9, 217/150, kp_H11, 297/80, kp_H11, 298/91-94, kp_H11, 298/97, kp_H12, 204/83-89, kp_H15, 332/30, kp_H15, 333/36, kp_H16, 293/63-68, kp_H17, 77//253, kp_H17, 78//263-266, kp_H17, 79/282-80/291, kp_H17, 81/306-307, kp_H17, 81/309-82/318, kp_H21, 738/110, kp_H22, 85/127-86/132, kp_H22, 86/135-87/137, kp_H22, 87/138-139, kp_H22, 87/140-88/145)</p>	<p>Schule</p> <p>Strukturen und Regeln (sP_Z20, 370/8, sP_Z20, 370/8, sP_Z20, 370/9, sP_Z51, 21/48-57, sP_Z51, 21/65-68)</p>

Umgang mit...	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Hilfen bei der Arbeitsorganisation (kp_Z46, 104/24, kp_Z46, 105/27-28, kp_H1, 139/159-140/161, kp_H1, 141/165, kp_H1, 141/167, kp_H7, 272/4, kp_H7, 272/13-273/16, kp_H7, 273/18, kp_H7, 274/26, kp_H7, 274/28, kp_H7, 275/45-278/89, kp_H7, 278/93-279/107, kp_H11, 296/69, kp_H11, 297/83, kp_H11, 298/96, kp_H15, 334/37-334/40, kp_H17, 77/258-78/261)	
Evidenzbasierte Unterrichtsgestaltung (kp_H7, 272/4, kp_H7, 272/13-273/16, kp_H7, 273/18, kp_H7, 274/28, kp_H7, 275/45-278/89, kp_H7, 278/93-279/107)	
Sozial-positive Modellwirkung der Umgebung (kp_H7, 274/26, kp_H11, 297/83, kp_H11, 298/96, kp_H17, 77/258-78/261)	
Individualisierung (Z9, 23/47-49, Z9, 24/54-57, Z9, 24/63-64, Z19, 76/2, Z46, 104/24, Z46, 105/27-28, Z46, 107/39, H1, 141/165, H1, 142/172, H6, 191/59, H8, 345/54-346/55, H11, 297/79, H11, 297/81, H17, 80/292-81/303, H17, 81/308, H22, 86/133-134, H22, 87/139)	Individualisierung (sP_Z20, 370/8, sP_Z20, 370/9, sP_Z20, 374/71, sP_Z51, 21/58-64, sP_Z51, 23/105-117)
Diskussion der Beschulung (kp_Z9, 23/50-24/53, kp_Z19, 79/3, kp_Z43, 121/54, kp_H1, 142/169, kp_H1, 142/172, kp_H1, 143/177-144/180, kp_H1, 145/185-186, kp_H1, 145/188-146/190, kp_H8, 339/9, kp_H11, 296/67, kp_H14, 459/8, kp_H14, 460/14, kp_H21, 738/111-739/112)	Diskussion der Beschulung (sP_Z20, 369/5, sP_Z51, 23/97-100, sP_Z51, 23/102)
Beziehungsgestaltung (kp_Z46, 106/39, kp_Z53, 25/6, kp_H1, 139/159, kp_H6, 192/71, kp_H7, 276/60-277/72, kp_H11, 297/84, kp_H11, 298/95, kp_H11, 298/99, kp_H17, 75/229)	Beziehungsgestaltung (sP_Z1, 62/49, sP_Z1, 63/52, sP_Z2, 355/65-356/66, sP_Z2, 356/67, sP_Z2, 356/68, sP_Z4, 8/46, sP_Z4, 8/50, sP_Z4, 8/52-9/55, sP_Z5, 64/53, sP_Z16, 381/137, sP_Z34, 407/28-408/29, sP_Z36, 30/65-69, sP_Z51, 21/70-22/73, sP_Z51, 22/74-75, sP_Z51, 22/76-77, sP_Z51, 22/84-23/91)
Vorrang für das Pädagogische (kp_H1, 142/173-143/176, kp_H3, 131/137-145, kp_H11, 296/70-297/77) ressourcenorientiert, subjektbezogen (kp_H1, 142/173-143/176) Ich-Stärkung (kp_H3, 131/137-145) Verständnis für das Verhalten (kp_H11, 296/70-297/77)	Vorrang für das Pädagogische (sP_Z1, 57/27, sP_Z1, 63/53, sP_Z4, 7/37, sP_Z4, 8/46-47, sP_Z4, 8/51, sP_Z4, 9/72-74, sP_Z4, 9/75-76, sP_Z4, 9/77, sP_Z5, 69/76-70/78, sP_Z5, 70/79-80, sP_Z5, 70/81-82, sP_Z5, 70/83-84, sP_Z5, 71/85-86, sP_Z5, 71/87-88, sP_Z5, 71/89-90, sP_Z5, 71/91-92, sP_Z5, 72/96, sP_Z5, 72/93-94, sP_Z16, 367/56, sP_Z16, 372/82, sP_Z16, 374/96-97, sP_Z16, 374/98, sP_Z16, 375/101, sP_Z22, 95/23-24, sP_Z22, 95/24-96/30, sP_Z36, 30/64, sP_Z51, 20/21-21/47)

Umgang mit...	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Alternative Behandlungsmethoden kp_Z7, 56/1, kp_Z7, 56/4, kp_Z7, 56/5-11, kp_Z7, 56/12-57/19, kp_Z7, 57/20-58/24, kp_Z7, 58/25-28, kp_Z7, 58/31, kp_Z7, 58/32-60/58, kp_Z7, 60/59-60, kp_Z9, 21/22, kp_Z15, 78/97, kp_Z17, 18/4, kp_Z17, 18/7, kp_Z17, 19/19-21, kp_Z17, 20/29-31, kp_Z19, 81-83, kp_H1, 140/161, kp_H1, 141/167, kp_H3, 132/150-164, kp_H11, 298/98, kp_H16, 294/71, kp_H17, 69/170, kp_H17, 72/196-197, kp_H21, 736/95-97, kp_H21, 736/98-737/100, kp_H22, 84/117, kp_H22, 89/150, kp_H22, 89/150-155, kp_H24, 168/95, kp_H24, 176/127-128, kp_H24, 176/129-130)	Alternative Behandlungsmethoden (sP_Z1, 59/36, sP_Z1, 59/37-60/40, sP_Z4, 8/49, sP_Z5, 57/18, sP_Z5, 69/73, sP_Z20, 370/7, sP_Z23, 3/11-4/12, sP_Z38, 52/23-53/25, sP_Z38, 54/34, sP_Z38, 55/38-56/43, sP_Z47, 19/9)

Tab. XVI: Sprecher_innenpositionen im Text

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Medizinische Sprecher_innenpositionen (kp_Z7, 59/37, kp_Z9, 22/31, kp_Z9, 22/26, kp_Z9, 22/31, kp_Z15, 66/28, kp_Z19, 71/1, kp_Z27, 37/12, kp_Z28, 27/20, kp_Z37, 145/16, kp_Z40, 187/8, kp_Z41, 298/94, kp_Z43, 115/17, kp_Z48, 25/75, kp_H1, 122/40, kp_H3, 123/73, kp_H8, 342/26, kp_H11, 297/78, kp_H14, 459/8, kp_H16, 292/45, kp_H17, 77/248, kp_H19, 282/41, kp_H20, 228/10, kp_H24, 159/19, kp_H24/161, 32)	Medizinische Sprecher_innenpositionen (sP_Z4, 9/71, sP_Z6, 399/83, sP_Z51, 23/103, sP_Z16, 367/56, sP_Z4, 6/26-27, sP_Z6, 393/55, sP_Z6, 395/66, sP_Z38, 53/25, sP_Z38, 54/34-35)
Lehrer_innen Diagnose (kp_Z3, 96/79-97/80, kp_Z3, 97/82, kp_Z3, 99/123, kp_Z3, 91/30, kp_Z3, 91/22, kp_Z12, 4/11, kp_Z15, 68/39, kp_Z15, 78/90, kp_Z15, 68/39, kp_Z15, 70/47-48, kp_Z21, 162/15, kp_Z26, 294/11, kp_Z40, 188/32, kp_Z41, 291/16, kp_Z43, 116/22, kp_Z43, 118/36, kp_H10, 24/34, kp_H11, 297/78, kp_H21, 727/3)	Lehrer_innen Diagnose (sP_Z4, 9/71, sP_Z16, 367/56, sP_Z51, 23/103, sP_Z16, 367/56)
Lehrer_innen Förderung/Fördereffekte (kp_Z3, 90/6, kp_Z14, 22/3, kp_Z27, 37/12, kp_Z30, 3/8, kp_Z30, 7/48-7/50, kp_Z30, 7/53, kp_Z50, 193/31, kp_Z50, 194/35, kp_H5, 164/76, kp_H15, 333/34)	Lehrer_innen Förderung/Fördereffekte (sP_Z20, 378/140-141)
Delegationsfunktion der Lehrkräfte (kp_Z41, 291/16, kp_H11, 297/78)	
Pädagogik (kp_Z9, 22/31)	Pädagogik (sP_Z4, 6/25, sP_Z6, 390/38, sP_Z32, 232/48)
Sonderpädagog_innen (kp_Z19, 71/1, kp_Z43, 117/30, kp_Z43, 118/38, kp_Z43, 121/51-53, kp_H16, 294/71, kp_H20, 230/28)	Sonderpädagog_innen (sP_Z4, 8/54-9/55)
Sonderpädagogik (kp_Z21, 162/14-15, kp_Z37, 144/4, kp_Z41, 291/21, kp_Z43, 113/7, kp_Z43, 115/19-116/20, kp_Z43, 120/48, kp_Z43, 122/57, kp_Z43, 122/58-60, kp_H11, 296/67)	Sonderpädagogik (sP_Z1, 60/43, sP_Z2, 345/5, sP_Z4, 9/76, sP_Z5, 68/72, sP_Z6, 390/36, sP_Z16, 364/44-365/45, sP_Z22, 94/21-95/22)

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
<p>‚empirische Überprüfung Lerntraining‘ (kp_Z21, 162/14-15)</p> <p>‚Passung von Aufmerksamkeitstrainings‘ (kp_Z37, 144/4)</p> <p>‚Konzentrationsstrainings als sonderpädagogische Fördermöglichkeit‘ (kp_H11, 296/67)</p> <p>‚multiprofessionelle Zusammenarbeit‘ (kp_Z41, 291/21)</p> <p>‚sonderpädagogische Diagnostik u. sonderpädagogisches Gutdünken‘ (kp_Z43, 113/7)</p> <p>‚Kind-Umfeld-Analyse‘ (kp_Z43, 115/19-116/20)</p> <p>‚sonderpädagogischer Förderbedarf‘ (kp_Z43, 120/48)</p> <p>‚sonderpädagogische Sachkompetenz‘ (kp_Z43, 122/57)</p> <p>‚sonderpädagogische Überprüfung und Förderung‘ (kp_Z43, 122/58-59)</p>	<p>‚Kritik an multimodaler Therapie‘ (sP_Z1, 60/43)</p> <p>‚Kritik an individualistischen Menschenbildannahmen‘ (sP_Z2, 345/5)</p> <p>‚nötige Reflexion des Tuns‘ (sP_Z4, 9/76)</p> <p>‚nicht genug eingebracht‘ (sP_Z5, 68/72)</p> <p>‚Forschungslücken‘ (sP_Z6, 390/36)</p> <p>‚Kritik an Statusdiagnostik‘ (sP_Z16, 364/44-365/45)</p> <p>‚Empfehlungen zu Prävention‘ (sP_Z22, 94/21-95/22)</p>

Tab. XVII: Subjektpositionen klinisches und pädagogisches Personal

Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
<p>Lehrer_innen</p> <p>(kp_Z3, 90/6, kp_Z8, 12/30, kp_Z14, 35/88, kp_Z14, 35/90, kp_Z19, 79/3, kp_Z26, 292/2, kp_Z30, 7/54-8/56, kp_Z41, 290/4, kp_Z41, 290/7, kp_Z43, 113/6, kp_Z43, 122/56, kp_Z44, 255/5, kp_Z48, 21/36, kp_Z48, 21/35, kp_Z50, 198/65-66, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 140/163, kp_H7, 274/32, kp_H7, 275/52, kp_H11, 290/16-291/17, kp_H14, 461/21, kp_H16, 290/7, kp_H17, 53/7, kp_H17, 75/229, kp_H21, 738/111, kp_H22, 80/95, kp_H22, 81/99, kp_H22, 84/115)</p>	<p>Lehrer_innen</p> <p>(sP_Z1, 54/10, sP_Z2, 355/65, sP_Z4, 9/71, sP_Z6, 394/63-64, sP_Z5, 67/65, sP_Z5, 67/67, sP_Z6, 395/68, sP_Z16, 369/66, sP_Z20, 369/4, sP_Z20, 369/5, sP_Z20, 370/9, sP_Z24, 229/104, sP_Z24, 229/107-230/110)</p>
<p>‚überfordert‘ (kp_Z43, 122/56, kp_H1, 144/182, kp_H22, 81/99)</p> <p>‚extrem belastet‘ (kp_H21, 738/111, kp_H22, 84/115)</p> <p>‚klagend‘ (kp_H17, 53/7)</p> <p>‚hilflos‘ (kp_Z3, 90/6, kp_Z37, 144/4, kp_Z46, 102/9-103/11)</p> <p>‚mit pädagogischem Latein am Ende‘ (kp_Z43, 113/5)</p> <p>‚bereits durch schulische Aufgaben ausgelastet‘ (kp_Z14, 35/88)</p> <p>‚nach Lösungen ringend‘ (kp_Z8, 12/30)</p> <p>Fortbildungsbedarfe (kp_Z14, 35/90, kp_Z44, 255/5, kp_H8, 346/56, kp_H8, 345/54, kp_H12, 204/94-205/97)</p> <p>‚entnervt, gereizt, ärgerlich und wütend‘ (kp_H11, 290/16-291/17)</p> <p>‚genervt, angestrengt, klagend‘ (kp_H1, 140/163)</p> <p>‚angestrengt‘ (kp_Z46, 102/5, kp_H16, 290/7)</p> <p>‚vom Defizit-Modell geleitet‘ (kp_Z19, 79/3, kp_H1, 131/104)</p> <p>‚kompetente Lehrer_innen‘ (kp_Z48, 21/35, kp_H14, 459/9)</p>	<p>‚überfordert‘ (sP_Z20, 369/4)</p> <p>‚belastet‘ (sP_Z5, 67/67)</p> <p>‚klagend‘ (sP_Z6, 393/56)</p> <p>‚benötigen Unterstützung‘ (sP_Z20, 369/5, sP_Z20, 370/9)</p> <p>‚werden aggressiv‘ (sP_Z6, 395/68)</p> <p>‚unter erheblichem Druck‘ (sP_Z1, 54/10)</p> <p>‚entmachtet‘ (sP_Z16, 369/66, sP_Z24, 229/104, sP_Z24, 229/107-230/110)</p>

„Andererseits ist der Umgang mit solchen Kindern so aufreibend, dass die meisten Eltern und Lehrer trotz der Bereitschaft, dem Kind immer verständnisvoll entgegenzutreten, allmählich die Geduld verlieren, schließlich entnervt, gereizt, ärgerlich und wütend reagieren und damit das Kind zusätzlich in das Frustrationserleben drängen.“ (kp_H11, 290/16-291/17)

„Anstrengend, nervig, nicht zum Aushalten! Wenn sich Lehrerinnen und Lehrer so über einen Schüler äußern, dann geht es nicht selten um Kinder mit dem sogenannten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.“ (kp_H16, 290/7)

„In einem Erstgespräch mit der Lehrerin berichtet sie davon, dass er zwar ein lieber Junge sei, der niemandem etwas zuleide tun würde, sie aber mit seiner motorischen Unruhe ‚total nervös mache‘. Auch die in den Klassen unterrichtenden Fachlehrer teilten ihr regelmäßig mit, Danny würde sie mit seiner Unruhe ‚total verrückt machen‘.“

Nachdem sie ihn über mehrere Monate vor sich in der ersten Reihe hat sitzen lassen, um ihn besser unterstützen zu können, hat die Lehrerin festgestellt, dass sie seine motorische Unruhe zunächst nervös, und irgendwann aber aggressiv machte.“ (sP_Z6, 394/63-64)

Sonderpädagog_innen

‚spezialisierte Fachleute‘ (kp_Z19, 71/1, kp_H20, 230/28)

Sonderpädagog_innen

‚defizit-orientiert‘ (sP_Z5, 58/23)

Fachleute

‚pädagogische Fachleute‘ (kp_Z7, 58/26, kp_Z41, 290/4)

Fachleute

Klinische Fachleute

(kp_Z9, 22/26, kp_Z10, 29/5, kp_Z12, 6/24-7/26, kp_Z13, 14/15, kp_Z19, 71/1, kp_Z41, 298/94, kp_Z41, 290/4, kp_Z43, 115/17, kp_Z46, 104/19, kp_Z48, 25/75, kp_Z48, 24/66, kp_H1, 137/127, kp_H3, 134/192, kp_H11, 295/60, kp_H19, 282/41)

Klinische Fachleute

(sP_Z51, 23/103, sP_Z23, 4/16, sP_Z35, 51/10, sP_Z35, 61/78)

Barkley ‚der bekannte ADS-Spezialist‘ (kp_Z9, 22/26)
 ‚der renommierte ADHS-Experte Barkley‘ (kp_Z10, 29/5)
 ‚ADHS-Experten‘ (kp_H1, 137/127)
 ‚kompetente Fachkräfte‘ (kp_Z41, 298/94)
 ‚erfahrene Kliniker‘ (kp_Z43, 115/17)
 ‚externe Fachleute‘ (kp_Z46, 104/19)
 ‚einschlägige Fachkräfte‘ (kp_H19, 282/41)

hilfreiche Fachleute‘ (sP_Z51, 23/103)
 ‚vermeintlichen Expert_innen‘ (sP_Z4, 9/71)
 ‚tendenziöse Diagnostiker‘ (sP_Z4, 6/26-27)

Tab. XVIII: Subjektpositionen Schüler_innen

BEGRIFFE ZUR BESCHREIBUNG DER SCHÜLER_INNEN	
Klinische Positionierung	Soziokulturelle Positionierung
Relationale Beschreibungen	
‚Kinder mit ADHS-Diagnose‘ (kp_Z7, 56/4, kp_Z12, 3/6, kp_Z30, 8/57)	‚Schülerpopulation mit einer ADHS-Diagnose‘ (sP_Z6, 393/60) ‚ADHS-Diagnostizierten‘ (sP_Z52, 56/9)
‚Kinder mit sogenanntem ADHS‘ (kp_H16, 290/7) ‚ADHS-Kind‘ (kp_H1, 121/31-122/39)	‚sogenannte ADS-Kinder‘ (sP_Z16, 371/77)
‚Kinder mit ADHS-Problemverhalten‘ (kp_Z8, 10/2) ‚verhaltensauffällige Kinder‘ (kp_Z25, 171/2) ‚unruhige und verträumte Kinder‘ (kp_Z46, 102/2)	‚Kinder mit ADHS-Symptomatik‘ (sP_Z24, 225/48, sP_Z35, 60/77)

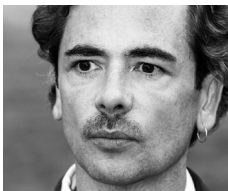
Generalisierende Zuschreibungen

,hyperaktive Kinder' (kp_Z15, 75/77, kp_Z40, 186/4, kp_Z53, 25/2, kp_H11, 293/43, kp_H18, 257/62, kp_H21, 728/15, kp_H22, 71/6)	
,hyperkinetische Kinder' (kp_H2, 131/21, kp_H3, 123/81, kp_H8, 344/46, kp_H11, 290/15, kp_H17, 75/229, kp_H18, 256/52, kp_H21, 727/3)	,das hyperaktive Kind' (sP_Z1, 53/3, sP_Z2, 354/50, sP_Z5, 71/90, sP_Z6, 385/4, sP_Z5, 65/55)
,hyperaktiv-lerngestört' (kp_H14, 473/209)	
,aufmerksamkeitsgestörte Kinder' (kp_Z37, 146/21, kp_H6, 192/70, kp_H10, 24/17, kp_H12, 201/47, kp_H15, 328/5, kp_H18, 251/5, kp_H21, 735/84, kp_H22, 81/99)	,aufmerksamkeitsgestörte Kinder' (sP_Z20, 370/9)
,Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen' (sP_Z20, 369/1)	
,aufmerksamkeitsgestört, hyperaktive Kinder' (kp_Z30, 2/3, kp_Z30, 3/7, kp_H9, 207/11, kp_H15, 328/5, kp_H22, 77/68, kp_H24, 165/84)	,hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder' (sP_Z1, 53/9, sP_Z2, 346/8)
,aufmerksamkeitsbeeinträchtigte und hyperaktive Kinder' (kp_Z3, 90/6)	
,Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen' (kp_Z19, 64/1, kp_Z30, 2/6, kp_Z37, 145/11)	
,Kinder mit ADHS' (kp_Z10, 29/4, kp_Z12, 5/14, kp_Z12, 17/123, kp_Z14, 22/3, kp_Z15, 63/4, kp_Z17, 18/4, kp_Z26, 292/3, kp_Z33, 181/27, kp_Z40, 186/4, kp_Z41, 291/17, kp_Z48, 20/16, kp_H5, 158/14, kp_H6, 187/16, kp_H18, 257/64, kp_H22, 77/68, kp_H24, 174/119)	,Kinder mit ADHS' (sP_Z23, 3/4, sP_Z24, 224/29, sP_Z24, 227/77, sP_Z36, 28/36)
,Kinder mit purer ADHS' (kp_Z33, 180/24)	
,ADHS-Kinder' (kp_Z8, 11/24-12/29, kp_Z12, 17/118, kp_Z12, 7/31, kp_Z14, 28/37, kp_Z25, 171/4, kp_Z39, 25/2, kp_Z40, 191/57, kp_Z43, 113/5, kp_Z46, 102/10, kp_Z48, 20/22, kp_Z50, 192/11, kp_Z50, 195/44, kp_H1, 131/104, kp_H11, 291/20, kp_H14, 460/15, kp_H18, 255/49, kp_H24, 163/70)	,ADHS-Kinder' (sP_Z51, 19/1)
,Max – ein „typisches ADS-Kind“' (kp_Z43, 116/21)	
,die Ritalin-Gruppe' (kp_Z50, 197/589)	,Ritalinkinder' (sP_Z5, 71/88)
Leidende Kinder	
Leiden an ihrem Verhalten/Leidensdruck (kp_Z3, 91/22, kp_Z13, 14/19, kp_Z19, 65/1, kp_Z28, 26/12-27/13, kp_Z40, 186/3, kp_Z48, 24/68, kp_Z48, 23/58-59, kp_Z50, 191/7, kp_H1, 145/186, kp_H1, 145/188, kp_H1, 132/112, kp_H1, 137/137, kp_H1, 140/163, kp_H2, 131/21, kp_H3, 121/53, kp_H3, 123/81, kp_H5, 172/144, kp_H11, 292/39, kp_H11, 298/99, kp_H12, 199/25, kp_H14, 458/3, kp_H14, 461/21, kp_H16, 290/8, kp_H16, 292/52, kp_H16, 293/57, kp_H16, 292/53, kp_H17, 80/298, kp_H22, 81/97, kp_H22, 84/116, kp_H24, 158/16, kp_H24, 157/5, kp_H24, 164/77)	Leiden an Schulproblemen (sP_Z6, 396/73) ... an einer Erziehungsverunsicherung (sP_Z23, 3/8) ,Kinder leiden oft am meisten' (sP_Z51, 20/28)

ADHS-Kinder in Bildern

„erscheinen getrieben“ (kp_H21, 728/15)	„Schüler, die am Zugang zur Schule scheitern“ (sP_Z6, 385/1)
„ständig auf Achse“ (kp_H16, 292/52)	„ungestillte Kinder“ (sP_Z5, 62/43)
„kann nur gequält bei der Arbeit bleiben“ (kp_H11, 290/13)	
„wie aufgezogen u. ständig auf dem Sprung“ (kp_H10, 24/17, kp_H18, 251/5)	
„stehen unter Ritalin“ (kp_Z50, 199/72)	
„ADHS wächst sich nicht immer aus“ (kp_Z28, 27/16)	
Orientierung an Kollektivsymbolen	
„Träumer“ (kp_Z9, 20/10, kp_H11, 289/6)	„Jäger“ (sP_Z24, 228/97)
„Zappelphilipp“ (kp_H3, 117/4-5, kp_H6, 185/3 kp_H17, 53/7)	„Wildfang-Junge“ mit „Zappel-Philipp-Karte“ (sP_Z5, 64/52)
„Struwelpeter als Prototyp“ (kp_H22, 71/6)	
„Hans-guck-in-die-Luft“ (kp_H17, 53/7)	
„Nachteulen“ (kp_Z13, 17/49)	
„Problemkind“ (kp_H6, 185/3, kp_H14, 458/3)	
„Störenfried“ (kp_H2, 131/20, kp_H3, 121/56)	
„Quasselstrippe“ (kp_H6, 186/12)	
„cowboyhaft“ (kp_Z3, 95/67)	
„Klassenclown“ (kp_Z3, 95/67, kp_H22, 81/98)	„kommunikationsfähiger Kasper“ (sP_Z5, 64/52)
„Weltmeister im Erfinden von Ausreden und im Aufschieben von Aufgaben“ (kp_Z13, 16/41)	„Ertrinkende im Wasser“ (sP_Z6, 397/77-398/78)
„Teufelchen im Kopf“ (kp_H17, 76/245-77/247)	„heiße Öfen mit verstopften Rohren“ (sP_Z6, 393/60-394/61)
„Wenn sie sich vor einer Klassenarbeit zuhause stundenlang vorbereitet und sich x-Mal von ihrem Bruder abhören lässt, weiß sie schon ganz genau, dass wenn es morgen drauf ankommt, doch wieder das vernichtende Brett vor dem Kopf alles von der Festplatte löschen wird.“ (kp_H1, 116/6)	„andere Kinder wissen, wo beim ADHS-Kind der Knopf zu drücken ist“ (sP_Z51, 22/83)
„Am Ende des Schuljahres können die Mitglieder der Trainingsgruppe ‚Aufmerksamkeit und Konzentration‘ ihr Aktivitätsniveau einschätzen und auf zahlreiche sensomotorische Erfahrungen zur Regulation ihres Aktivitätsniveaus zurückblicken, von denen sie einige im Alltag bereits nutzen können. Sie besitzen mit den sensomotorischen Präferenzen und Strategien eine ‚Werkzeugkiste‘, mit der sie das Aktivitätsniveau, also ihren ‚Motor‘ besser regulieren können.“ (kp_Z37, 152/67)	„Wenn sie spüren, dass das ADHS-Kind ‚zu siedeln beginnt‘ ... Lenken sie das Kind ab, schüren sie nicht das Feuer. Behalten sie es im Auge, aber starren sie es nicht an.“ (sP_Z51, 22/85)
„In der Schule ne Null, kann irgendwie nix sinnvolles richtig. Hat lauter wirres Zeug im Kopf – aber davon ziemlich viel. Tausend Sachen fliegen da ständig rein und raus. Irgendwas stimmt doch bei ihm nicht.“ (kp_H1, 119/14)	

In der vorliegenden Studie wird untersucht, wie das Phänomen ADHS auf der Ebene sonderpädagogischer Wissensbestände als eine Kategorie ‚nicht_normalen‘ Verhaltens konstruiert wird. Dazu wird einem kulturwissenschaftlich inspirierten Verständnis von Behinderung gefolgt, das auf Wissensformierungen des sonderpädagogischen Feldes übertragen wird. Die Arbeit ist deshalb auf dem Gebiet der Dis_ability Studies in Education verortet und es werden ausgehend von einer normalismus- und machtkritischen Orientierung 74 sonderpädagogische Fachartikel zum Thema ADHS aus den Jahren 2000-2015 mit einem diskurstheoretischen Zugang analysiert. Durch die Befunde lässt sich nicht nur zeigen, auf welche Weise die Konstruktion des Gegenstands ADHS in der diskursiven Praxis erfolgt. Vielmehr noch wird nachgezeichnet, wie die Grenze zwischen ‚normalen‘ und ‚nicht_normalen‘ Verhaltensweisen gezogen wird, welche Angebote die als ‚nicht_normal‘ markierten Schüler_innen zur Re-integration in die Normalzone erhalten und mit welchen Adressierungen diese Beschäftigung einhergeht. Da sich das ‚Normale‘ hierbei in mehrfacher Hinsicht als Zwangsprinzip entpuppt, ist auf die Notwendigkeit einer veränderten disziplinären Wissensproduktion im sonderpädagogischen Feld verwiesen.



Der Autor

Benjamin Haas, Jahrgang 1979, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Arbeitsbereich Inklusion und Exklusion in Erziehung, Bildung und Sozialisation an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

978-3-7815-2488-0



9 783781 524880