

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3767>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Fellner, Markus

**Titel:** ADHS in der Erziehungsberatung - Diskurstheoretische Perspektive und Empowermentansatz an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Schule

**Erscheinungsjahr:** 2013

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (1), 61-76

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# ADHS in der Erziehungsberatung – Diskurstheoretische Perspektive und Empowermentansatz an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Schule

Markus Fellner

## Summary

*ADHD in Educational Counselling – Perspectives of Discourse Theory and Empowerment at the Interface Between Youth Welfare, Health Care System and School System*

ADHD is a controversial concept, which provokes educational counselling to position in an explosive stress field of school system, health care system and youth welfare. This positioning could be sharpened by a discourse theoretical perspective and used for counselling in the sense of empowerment. Based on the clinical controversy of ADHD the institutional coherence of school system, youth welfare and health care system gets reconstructed as the societal basis of this clinical discourse, this for showing how the clinification of infantine experience and behaviour, connected with the ADHD-diagnosis, on the one hand is following the constriction of normality and on the other hand is aiming to assure equal opportunities.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 61-76*

## Keywords

ADHD – counselling – discourse theory – empowerment

## Zusammenfassung

ADHS ist ein umstrittener Begriff, der die Erziehungsberatung in einem brisanten Spannungsfeld von Schule, Gesundheitssystem und Jugendhilfe zur Positionierung herausgefordert. Diese Positionsbestimmung kann durch einen diskurstheoretischen Blickwinkel geschärft und im Sinne eines Empowermentansatzes für die Beratungsarbeit genutzt werden kann. Hinsichtlich der Kontroversen des klinischen Diskurses der ADHS werden die institutionellen Zusammenhänge von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem als gesellschaftliche Basis dieses klinischen Diskurses nachvollzogen, um aufzuzeigen, inwiefern die mit der ADHS-Diagnose verbundene Klinifizierung kindlicher Erlebens- und Verhaltensweisen zum einen der gesellschaftlichen Verengung von Normalitätsspielräumen folgt und zum anderen auf eine Gewährleistung von Chancengleichheit zielt.

## Schlagwörter

ADHS – Erziehungsberatung – Diskurstheorie – Empowerment

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 61 – 76 (2013), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

## 1 Brisanz der ADHS

In der Erziehungsberatung hat der Begriff der ADHS in den letzten 15 Jahren eine immer größere Bedeutung bekommen. „Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon ...?“ Diese von Hans Hopf vor knapp zehn Jahren (2003) als Titel eines Fachartikels über ADHS in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zitierte Frage ist in den Erziehungsberatungsstellen als Anmeldegrund mittlerweile zum Dauerbrenner – und der Umgang mit dieser Frage zu so einer Art ernsthaftem „Running Gag“ geworden. Nachdenklich stimmt die Frage insofern, als die ADHS die am häufigsten gestellte Diagnose der psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter ist und unter „den gesundheitsbezogenen Anlässen (...) mit weitem Abstand am häufigsten als Anlass einer Beratung in der Erziehungs- und Familienberatung benannt“ wird (Gerth u. Menne, 2010, S. 857). Warum wird also gerade in Bezug auf die ADHS an Fachleute so oft die Frage gestellt, ob man etwas davon verstehe?

Erziehungsberatungsstellen werden zum einen mit dem expliziten Anliegen nach Abklärung einer fraglichen ADHS und zum anderen mit dem Wunsch nach spezifischen Hilfsangeboten bei bereits diagnostizierter ADHS aufgesucht – wobei die Erziehungsberatung aufgrund ihrer institutionellen Einbindung in die Jugendhilfe auch die Möglichkeit nutzen kann, ohne explizite Diagnosestellung und damit einhergehender Klinifizierung der jeweiligen Problemlagen Hilfen anzubieten. Insgesamt besteht in Bezug auf ADHS jedoch eine intensive Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Die Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS forderte bereits 2002, dass die Erziehungsberatungsstellen in institutionell übergreifenden Netzwerken mit den Leistungserbringern des Gesundheitssystems zusammenarbeiten sollten. Mittlerweile haben sich viele solcher Netzwerke erfolgreich etabliert (vgl. Gerth u. Menne, 2010).

Was macht nun den Begriff der ADHS so schwierig, dass trotz seiner prominenten Stellung innerhalb des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe, jede/r innerhalb der einschlägigen Berufsfelder Arbeitende die Frage so gut kennt, ob man denn etwas davon verstehe? Der Begriff der ADHS findet nicht nur innerhalb der Fachdisziplinen, sondern auch in der Öffentlichkeit breites Interesse – und er wird sehr kontrovers verhandelt. „Es vergeht kaum ein Monat, in dem nicht eine große Zeitschrift einen Artikel zum Thema bringt, es kursieren die unterschiedlichsten Theorien darüber, Amazon führt derzeit über 3.300 Bücher zum Thema, Google listet 3,4 Mio. Beiträge auf“ (Ellesat, 2012). Der Philosoph Christoph Türcke bindet hierbei mit kulturhistorischem Blick auf unsere schnelllebige Informationsgesellschaft den Begriff der ADHS in eine diesen erst ermöglichende Aufmerksamkeitsdefizitkultur ein (vgl. Türcke, 2012a/b).

„Es liegt auf der Hand, dass jenes diffuse Phänomen, für das ‚ADHS‘ mehr eine Verlegenheitsbezeichnung als eine trennscharfe pathologische Dimension ist, ohne umfassende kulturtheoretische Perspektive gar nicht angemessen begriffen werden kann. (...) Nur wo schon eine Aufmerksamkeitsdefizitkultur besteht, gibt es ADHS“ (Türcke, 2012a, S. 13-14).

Türckes Sicht unterscheidet sich diametral von der des klinischen Mainstreams, wie sie z. B. im Deutschen Ärzteblatt derzeit unter der Überschrift „Mythen und Fakten“ nachgelesen werden kann. Hier gilt mit Rekurs auf die von Manfred Döpfner (Uni Köln) maßgeblich entwickelten Stellungnahmen und Leitlinien zur ADHS „(...) die Behauptung, dass ADHS kein spezifisches Störungsbild sei, sondern die Erfindung einer intoleranten und leistungsorientierten Gesellschaft (als) nicht haltbar. (...) ADHS kann ab dem Grundschulalter zuverlässig diagnostiziert werden“ (Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 5, Mai 2012, S. 196). Im Gegenzug wiederum Türcke zum Begriff der ADHS: „Das klingt wie die prägnante Diagnose einer Krankheit, ist aber bloß ein Hilfswort für etwas Unverstandenes“ (Türcke, 2012b, S. 5).

Ironisierend könnte man nun mit Blick auf Türckes kulturtheoretische Dekonstruktion der ADHS meinen, dass die oben zitierte Frage, ob man von einem „ADHS-Kind“ etwas verstehe, schließlich mehr als berechtigt sei. Doch so wie sie (meiner Erfahrung nach) von Eltern an die Mitarbeiter/innen der Erziehungsberatungsstellen gestellt wird, zielt sie doch eher darauf, ob man bereit sei, die Sichtweise des klinischen Mainstreams gelten zu lassen.<sup>1</sup> Trotzdem: Jenseits des Beratungs- oder Behandlungszimmers kann auf einer sozialwissenschaftlichen Ebene danach gefragt werden, wie Licht in das von Türcke dargelegte „Unverstandene“ der ADHS gebracht werden kann.

Was macht den Begriff der ADHS so populär und gleichermaßen brisant? Nachfolgend soll skizziert werden, welche institutionellen sowie ideologischen Bedeutungen dem Begriff der ADHS zukommen, welche Effekte er im bundesdeutschen Schulsystem entfaltet, welchem gesellschaftlichen Hintergrund er seine diskursive Relevanz verdankt – und wie im Rahmen der Erziehungsberatung diesem Diskurs sowie den damit verbundenen Problemlagen im Sinne eines Empowermentansatzes begegnet werden kann.

## 2 Zur diskurstheoretischen Betrachtung der ADHS

In Zusammenhang mit ADHS werden häufig Begriffe wie „Kontroverse“, „Debatte“, „Diskussion“ oder eben auch „Diskurs“ verwendet<sup>2</sup> – und im vorliegenden Beitrag

<sup>1</sup> Der professionelle Umgang mit den hierbei möglichen kontrollierenden und auf den Umgang mit Schuldgefühlen zielenden Intentionen der Eltern stellt aus psychodynamischer Sicht im Sinne gelingenden Containments eine spezifische Herausforderung dar.

<sup>2</sup> Im Herbst 2011 wurde von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) eine Fachtagung mit dem Titel „Diskurs ADHS“ abgehalten und eine Stellungnahme zum gleichen Thema geplant. Es wurden die zentralen Inhalte der leitlinienorientierten Therapie der ADHS (Manfred Döpfner), methodologische Aspekte der ADHS-Forschung zum Verhältnis von genetischer Ursache und Bindungsstörung aus entwicklungspsychologischer Sicht (Peter Zimmermann), ein psychodynamisches Verständnis der ADHS (Adelheid Staufenberg) sowie Erfahrungen aus der beraterischen Praxis (Babette Dornhoff, Petra Birkert, Silvia Keil de Ballon, Bernhard Kühnl) vorgestellt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gängigen Positionen des klinischen ADHS-Diskurses ausgewogen dargelegt bzw. reproduziert wurden, jedoch der ADHS-Diskurs selbst (seine Strukturen, Funktionen und gesellschaftlichen Hintergründe) nicht Gegenstand war (s. [www.bke.de](http://www.bke.de)).

geht es um die Anwendung einer diskurstheoretische Perspektive auf den Begriff der ADHS. Deshalb müssen der verwendete Diskursbegriff sowie die Reichweite des hier verwendeten diskurstheoretischen Blicks dargelegt werden.

„Diskurs“ wird hier in Anschluss an Michel Foucault als eine zur gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeiten notwendige, geregelte Verknüpfung und Formierung von Aussagen definiert, die – und das ist elementar für seinen Diskursbegriff – unabhängig von sprechenden Subjekten zu verstehen ist (vgl. Foucault, 1974, 1981; Hirsland u. Schneider, 2001; Bublitz, 2003; Keller, 2004). Um allerdings nicht auf einer rein semiotischen Ebene zu verbleiben, werden zu den sprachlichen Aspekten des Diskurses auch gesellschaftliche Machtkonstellationen, Interessenskonflikte und institutionelle Zusammenhänge unter dem Begriff der diskursiven Praxis gefasst (vgl. Foucault, 1991; Honneth, 1988; Dreyfus u. Rabinow, 1994). In dieser Hinsicht bezieht sich der Begriff des Diskurses auf gesellschaftlich strukturierte, normative, sprachliche sowie handlungspraktische und letztlich ideologische Momente, die in Zusammenhang mit spezifischen Subjektbegriffen ein Bild von Realität vermitteln. Dabei ist zu beachten, dass der so begriffene Diskurs keinen Kern hat, zu dem man vordringen könnte, sondern dass sich die Untersuchung des Diskurses auf seine äußeren Möglichkeitsbedingungen bezieht. Genau genommen müsste man an der Stelle den Begriff des Diskurses noch um den der Diskursformation sowie des Foucaultschen Dispositives erweitern – das ein aus Symbolkomplexen und praktisch-institutionell geregelten Machtgefügen konstruiertes Netz bezeichnet, welches wiederum Diskurse organisiert (vgl. Dreyfus u. Rabinow, 1994; Jäger, 2001). Weiterhin können Diskurse in Diskurselemente, -stränge, -segmente, -bereiche etc. (vgl. Jäger, 2004) aufgeteilt oder auch in Spezial-, Alltags- und Interdiskurse (vgl. Link, 1999) unterschieden werden. Besonders interessant sind hierbei die Interdiskurse, weil sie über vielfältige Anschlüsse zu sowie gemeinsame Elemente mit anderen Diskursen verfügen, diese organisieren und damit „Normalität produzieren“ (Link, 1999).

Die Prominenz, oder man könnte auch sagen, die Wucht des ADHS-Diskurses könnte demnach in seiner interdiskursiven Funktion verstanden werden, gesellschaftliche Normalitäts- und Abweichungsverhältnisse zu regulieren. Die Frage wäre dann, auf welche Weise und wozu der ADHS-Diskurs Normalitätskonstruktionen von einem zum anderen Diskurs transportiert. Beispielsweise ließe sich untersuchen, welche Verbindungen sowie Abgrenzungen anhand des ADHS-Begriffs zwischen dem pädagogischen und dem medizinisch-psychologischen Diskurs bestehen – und welche gesellschaftlichen Ordnungsstrukturen dadurch zutage treten. Die Diskursforscherin Hannelore Bublitz spricht hier von „diskurstragenden Kategorien“ und erläutert in diesem Zusammenhang, wie sich „das sog. ‚verhaltensauffällige Kind‘ (...), das im 19. Jahrhundert, interdiskursiv als ‚Zappelpilipp‘ und ‚Struwwelpeter‘/‘Struwwelliese‘ bezeichnet, vor allem den Gegenstand pädagogischer Diskurse bildete, gegenwärtig im Fokus einer fast unendlichen Anzahl von Diskursen (bewegt), die verschiedenen Disziplinen zugeordnet werden können, je nach Diskurs, in der Polarität von diszipliniert-undiszipliniert, angepasst-unangepasst/auffällig oder gesund-krank bzw. normal-abweichend.“ Bublitz weist hier jedoch auch auf die methodische Schwierigkeit hin, Kriterien zu bestimmen,

nach denen beurteilt werden kann, ob es sich „um denselben, wenn auch verschieden benannten und verschiedenen Regelhaftigkeiten folgenden Gegenstand handelt. Also konkret: Warum ist das, was im pädagogisch-psychologischen und sozialkritischen und/oder bildungshumanistischen Diskurs als ‚Verhaltensauffälligkeit‘ konstituiert wird, identisch mit dem, was im medizinisch-psychiatrischen und neurobiologischen Diskurs ‚Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom‘ heißt (...)? Welches sind die Kriterien der Identität und welches die der Differenz (des) Gegenstandes?“ (Bublitz, 2001, S. 249 f.).

Im vorliegenden Artikel wird keine dezidierte Diskursanalyse der ADHS durchgeführt – denn dies würde, um den methodologischen Kriterien einer stringent durchgeführten Diskursanalyse zu entsprechen, den Rahmen eines Forschungsprojekts mit entsprechenden Ressourcen voraussetzen (vgl. Jäger, 1999, 2001; Bublitz, 2001; Keller, 2010). Statt dessen geht es hier lediglich um den Versuch, durch einen diskurstheoretisch geschärften Blickwinkel sich von den immanenten Problemen sowie Reduktionismen des klinischen Diskurses der ADHS einigermaßen frei zu machen – darum, sozusagen hinter den klinischen Diskurs der ADHS zu blicken, um für eine kritische psychosoziale Praxis ein Verständnis seiner gesellschaftlichen Möglichkeitsbedingungen zu befördern.

### 3 Zum Empowermentbegriff in der Erziehungsberatung

Unter dem Begriff des Empowerments werden in der psychosozialen Arbeit im wesentlichen Maßnahmen verstanden, die der Selbstbestimmung und damit dem Wohlergehen der Klient/innen dienen – es geht um so genannte „Selbstermächtigung“, die Überwindung des Gefühls von Einflusslosigkeit und folglich auch Selbstverantwortung. Der Empowermentansatz umfasst dabei Aufklärung, Ressourcenorientierung, Beziehungsarbeit und damit die Erweiterung von Handlungs- bzw. Gestaltungsspielräumen. Letztlich beinhaltet der Empowermentbegriff auch eine politische Dimension, in deren Zentrum die Mündigkeit der Bürger/innen steht (vgl. z. B. Rappaport, 1984; Miller u. Pankofer, 2000; Herriger, 2010).

Einer kritischen Praxis der Erziehungsberatung kommt so gesehen die Funktion zu, neben diagnostischen und therapeutischen Angeboten begreifbar zu machen, innerhalb welcher ideologischen Spannungsfelder und institutionellen Widersprüche sich der Diskurs und die fachliche Praxis zur ADHS bewegen – um darin die eigene Position besser verstehen und gegebenenfalls verändern zu können.

### 4 Klinischer Diskurs der ADHS

Der Begriff einer ADHS wird in den international verbindlichen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM IV durch die folgenden Leitsymptome bestimmt: Konzentrations-schwierigkeiten, Impulsivität und ggf. Hyperaktivität, wobei die im DSM IV beschrie-

benen ADHS-Merkmale durchgängig normativen Anforderungen des schulischen Alltags entsprechen (z. B. still sitzen; aufmerksam zuhören; sich am Unterricht beteiligen; ausdauernd und sorgfältig arbeiten; warten, bis man an der Reihe ist; nicht stören). Die Symptome sollten seit mindestens sechs Monaten sowie in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen auftreten und nicht durch eine andere psychische oder körperliche Störung (z. B. Epilepsie, tiefgreifende Entwicklungsstörungen oder Depression) besser erklärbar sein (vgl. Döpfner, Steinhausen, Rothenberger, 2009).

Nach den Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, 2007) wurden bei 4,8 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine ADHS diagnostiziert, weitere 4,9 % gelten als Verdachtsfälle. International variieren die Prävalenzdaten zwischen 2 und 7 %. Bei Jungen wurde eine ADHS 4,3 mal so häufig diagnostiziert wie bei Mädchen. Bei Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status wurde ADHS doppelt so häufig diagnostiziert wie bei denen mit hohem Status (vgl. Schlack et al., 2007). Hinsichtlich der „kurz- und langfristigen medizinischen, sozialen und gesundheitsökonomischen Konsequenzen“ wird der ADHS eine „hohe Public-Health-Relevanz“ zugeschrieben (Schlack et al., 2007, S. 829).

Phänomenal besonders interessant an der ADHS ist, dass die Betroffenen ihre Konzentrationsschwierigkeiten nur in Zusammenhang mit Tätigkeiten haben, die sie als uninteressant erleben. Den Kern der ADHS bildet eine so genannte Selbstregulierungsproblematik. ADHS-Betroffene stehen meist auffällig „unter Strom“ und berichten von innerer Unruhe, weil es ihnen sehr schnell langweilig werde. Sie brauchen „Kicks“ (Stimulation), um sich konzentrationsfähig, wach und wohl fühlen zu können (gutes Vigilanzniveau). Die Ursachen der ADHS werden im psychologischen Mainstream primär neuropsychologisch (Dopamin- und Noradrenalinmangelhypothese) und humangenetisch (insbesondere auffällige Expression des Dopamintransportergens DAT 1) begriffen (vgl. Krause u. Krause, 2006; Hüther, 2006). Somit stellt sich ADHS als eine Veranlagung dar, die in Abhängigkeit von spezifischen Umweltbedingungen zu Verhaltensproblemen und emotionalem Leidensdruck führen kann.

In der Regel wird eine multimodale Behandlung aus Medikation, Elternberatung und Verhaltens- oder Funktionstherapie (z. B. heilpädagogische Therapie, Ergotherapie, etc.) empfohlen. (vgl. Döpfner u. Lehmkuhl, 2002; Döpfner et al., 2009). Häufig wird dabei auch systemische Familientherapie als Baustein der multimodalen Behandlung angeführt, die meist jedoch im Rahmen eines „Elterntrainings“ ätiologisch konform mit dem biologistischen bzw. kognitionspsychologischen Störungsmodell ist. Diese Affinität der systemischen Therapie zum ADHS-Mainstream könnte damit erklärt werden, dass die systemische Therapie ja keine explizite Theorie innerpsychischer Vorgänge beinhaltet, ihre subjekttheoretische Leerstelle aber (implizit) „irgendwie“ füllen muss und die (implizite) Übernahme der Modelle des Mainstreams ihr den besten Stand im Feld der Psychoprofessionen ermöglicht. Es finden sich jedoch auch theoretische Verbindungen zwischen systemischer Therapie und interaktioneller bzw. intersubjektivistisch orientierter Psychoanalyse mit selbstpsychologischen Ansatzpunkten (vgl. Bonney, 2003, 2008). Der tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Psychotherapie im engeren Sinne



kommt im ADHS-Diskurs dagegen bisher eine eher randständige Rolle zu – denn sie basiert auf einem erweiterten Erklärungsmodell der ADHS, welches neben den konstitutionellen Gründen auch und im Besonderen Beziehungserfahrungen als ursächliches Moment der Störung beinhaltet. Im biologistisch-kognitivistisch ausgerichteten Mainstream gelten Beziehungserfahrungen dagegen als moderierende Variablen der Störung und mit Nachdruck nicht als deren Ursache. Genau deswegen seien psychodynamische Betrachtung der ADHS abzulehnen, weil sie ungerechtfertigter Weise den Eltern „Schuld“ zuschreiben würden, anstatt ihnen zu helfen. Diese „beschützende“ Ablehnung einer psychodynamischen Sichtweise bildet dabei häufig einen zentralen und tragenden Aspekt von ADHS-Elterntrainings. Doch mittlerweile lässt sich die Psychoanalyse nicht mehr so leicht aus dem ADHS-Feld schlagen. Im Verbund mit der nun auch neurophysiologisch entdeckten Beziehungshaftigkeit des Gehirns sowie der immensen Komplexität der Genexpression (vgl. Bauer, 2010) sind innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung nach anfänglichen Positionsbestimmungen (vgl. Hocke, 1993; Storck, 1993) immer mehr Beiträge sowie Differenzierungen der ätiologischen Konzepte (vgl. Heinemann u. Hopf, 2001; Günter, 2009; Hopf, 2012; Streeck-Fischer, 2012) sowie interessante Forschungsbefunde (Brisch, 2010; Haubl u. Liebsch, 2010; Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther, 2006; Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Göppel, Lärer, Waldung, 2008; Leuzinger-Bohleber, Canestri, Target, 2009) zu finden.

In Bezug auf die Bedeutung von Konstitution und Gewordenheit der ADHS gibt es zwischen psychologischem Mainstream und Psychoanalyse einen grundlegenden Dissens zur Entstehung und damit auch adäquaten Behandlung der ADHS. Die unterschiedlichen Sichtweisen basieren dabei auf verschiedenen Forschungskontexten, verschiedenen methodologischen Vorannahmen, verschiedenen Forschungsmethoden und zum Teil auch auf der Beobachtung unterschiedlicher Populationstypen. Die psychologische Mainstream-Forschung arbeitet mit positivistischen, quantitativen Methoden der Verhaltensbeobachtung und entsprechend großen Stichproben. Unter diese Stichproben fallen auch relativ viele Kinder, die aufgrund der mittlerweile breit etablierten Klinifizierung von Schulproblemen Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufnehmen und psychodynamisch gesehen tendenziell eher unauffällig sind. Die psychoanalytischen Forschungsergebnisse stammen dagegen überwiegend aus qualitativen Studien, in denen Therapieverläufe von Kindern mit starken seelischen Problemen und in der Regel gravierenden biografischen Belastungen sehr genau bzw. einzelfallorientiert untersucht werden (vgl. Hocke, 1993; Häußler, 2002; Staufenberg, 2011) – wobei erwähnt werden muss, dass neben den qualitativen Befunden mittlerweile auch positivistisch ermittelte, statistisch signifikante Daten aus psychodynamisch orientierten Studien vorliegen, in denen u. a. auch die Wirksamkeit von psychodynamisch orientierten Therapien sowie psychodynamisch orientierten pädagogischen Interventionen nachgewiesen wird (z. B. Frankfurter Präventionsstudie; vgl. Leuzinger-Bohleber, Staufenberg, Fischmann, 2007).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es einerseits psychische Störungen gibt, welche psychodynamisch am besten erklärt (und behandelt) werden können, und



dass es andererseits eher konstitutionell bedingte Aufmerksamkeitsstörungen gibt, welche ein Verhalten bewirken, das dem von seelisch bedingter Unruhe oder Ablenkbarkeit ähnlich sein kann (vgl. Ellesat, 2012, S. 79). Es stellt sich von daher die Frage, warum im klinischen wie auch im öffentlichen Diskurs trotz der Berechtigung verschiedener Sichtweisen so polarisiert um die Ätiologie, Diagnose und Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung gestritten wird – warum wir, wie es Reinke (2007) treffend und sehr differenziert ausführt, an die „Grenzen rationaler Gesundheitsaufklärung“ kommen. Diese Frage kann nicht immanent klinisch beantwortet werden, sondern bedarf eines gesellschaftstheoretischen, sozialwissenschaftlichen und diskurstheoretischen Blickwinkels, welcher letztlich auch die Wahl der Erkenntnismittel selbst zum Gegenstand der Untersuchung macht. Hier könnte man dem Journalisten Thomas Steinfeld folgen, der die Notwendigkeit eines epistemologisch geschärften Blicks auf die Auswahl der theoretischen Instrumente zur Analyse des ADHS-Diskurses polemisch und kunstvoll auf den Punkt bringt: „Aber klüger als Ritalin ist (...) (es), einem grassierenden ‚Defizit‘ der modernen Gesellschaften mit den Mitteln der Philosophie beizukommen“ (Steinfeld, 2011). Noch diesseits der hier angesprochenen populären, kulturphilosophisch ausgerichteten Verschränkungen gesellschaftstheoretischer mit individualpsychologischen Sichtweisen, in denen Homologien der unterschiedlichen Begriffssysteme hergestellt werden (vgl. DeGrandpre, 2010; Türcke, 2012a/b) kann vor dem theoretischen Hintergrund „diskursiver Praxis“ (vgl. Foucault, 1971; Seier, 1999) der Blick auf die Machtverhältnisse und Interessenskonflikte innerhalb der institutionellen sowie ideologischen Zusammenhänge von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem weiterhelfen – um die Hintergründe der „unsägliche(n) ADHS-Debatte“ (Hopf, 2012, S. 54) zu verstehen.

## 5 Institutionelle Zusammenhänge von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem als materielle Basis des klinischen Diskurses der ADHS

Die Eltern ADHS-betroffener Kinder fürchten um die schulische, soziale und schließlich berufliche Zukunft ihrer Kinder (vgl. Haubl, 2012, S. 32 f.). Der Übertritt auf eine weiterführende Schule wird meist sehr schwer bis unmöglich. Deshalb drängen viele betroffenen Eltern auf die Privatschulen, die kleinere Klassen, mehr pädagogische Förderressourcen und die Aussicht auf einen guten Schulabschluss bieten können. Hier entsteht bereits eine erste Chancenungleichheit, insofern, als dass sich nur wohlhabende Familien die teuren Privatschulen leisten können. Manche Eltern versuchen deshalb, eine Kostenübernahme im Rahmen der Jugendhilfe zu erlangen. Dazu muss das Gesundheitssystem bemüht werden, denn die Jugendämter verlangen eine klinische Diagnose. Häufig wird die Diagnose im Vorfeld auch schon von den Lehrer/innen nahegelegt und Therapiemaßnahmen als Bedingung dafür gefordert, die Kinder auf der Schule zu halten. Die Therapie fungiert dabei strukturell gesehen als eine Anpassungsmaßnahme im Rahmen institutioneller Logik. Auch hinsichtlich der Organisation von Kostübernahmen für Privatschulen, Fördermaßnahmen oder Therapien öffnen sich Scheren der ungleichen

Chancen betroffener Familien. Vor allem die Eltern mit hoher Bildung und informell gut unterstützenden sozialen Netzwerken können sich durch den zunehmend komplizierter werdenden institutionellen Dschungel zur Kostenübernahme kämpfen. Von der Schule werden die Probleme betroffener Kinder dabei durchaus gesehen. Der schulische Veränderungsbedarf wird allerdings nur in Form pädagogischer Modelle bearbeitet. Die strukturellen Bedingungen des Schulsystems hinsichtlich Leistungsfeststellung und Selektion werden nur am Rande zur Disposition gestellt, bzw. deren Diskussion wird abgeblockt und als kontraproduktiver, ideologischer Rest der 70er Jahre zurückgewiesen. Die Ergebnisse der KIGGS-Studie (vgl. Schlack et al., 2007), Hinweise aus skandinavischen Studien, die einen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft, Geschlecht und Häufigkeit von ADHS-Diagnosen erweisen, oder der in den USA erwiesene Zusammenhang zwischen ADHS-Wahrscheinlichkeit und entwicklungsmäßig zu früher Einschulung bleiben bisher unberücksichtigt – was eine Veränderung schulischer Lebenswelten beträfe. In der Regel werden die Probleme auf Seiten der Schule genauso personalisiert, wie auf Seiten der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Familien: Die Lehrer/innen sollen pädagogisch kompetenter werden – bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen.

Angesichts des mittlerweile breiter gewordenen öffentlichen Interesses sowie des zunehmenden Widerstands von Eltern können die auffälligen und störenden Kinder nun nicht mehr ganz so leicht diszipliniert, sanktioniert und ausgegrenzt werden wie früher. Somit entsteht institutioneller Handlungsbedarf, um die etablierten Strukturen des Selektionssystems zu sichern. Berger und Luckmann folgend können hier die grundlegenden Mechanismen „Therapie“ und „Nihilierung“ beobachtet werden (Berger u. Luckmann, 1987, S. 121 ff.). Zum einen fokussiert der ADHS-Diskurs in erster Linie Therapiemethoden, Verhaltenstraining und pädagogische Maßnahmen, oder – was zunehmend weniger funktioniert – die Probleme der betroffenen Kinder und Familien werden hinsichtlich ihrer umweltbedingten Ursachen negiert und gänzlich in die Kinder oder die innerfamiliären Bedingungen verlagert. Dagegen wehren sich die betroffenen Eltern zunehmend, indem sie sich in Elterninitiativen organisieren. Im Zentrum des Bemühens steht dabei die Zurückweisung von Schuldzuschreibungen und damit verbunden die Anerkennung der ADHS als einer biologisch begründeten Störung – oder nichtpathologisierend formuliert: als einer Verhaltensdisposition, die weder auf Erziehungsfehlern noch auf schlechten Charaktereigenschaften beruht (vgl. Krause, 2003). Darüber hinaus fordern die Elterninitiativen einen analogen Nachteilsausgleich wie für die Legasthenie. Dies wird von Seiten der Schule konsequent abgewiesen. Man stelle sich vor, wie viele Schüler/innen dann einen Nachteilsausgleich erhalten müssten: Sicherlich wäre dann die Grenze überschritten, jenseits derer das selektive Schulsystem ad absurdum geführt wäre und unter seinen Widersprüchen einbrechen müsste.

Da die institutionellen Widersprüche der Schule zwischen Förderung und Selektion mit gesamtgesellschaftlichen Widersprüchen und Ungleichheiten der Ressourcenverteilung zusammenhängen, verunsichern die Probleme konzentrationsschwacher Kinder das etablierte Schulsystem. An der Stelle springen die Jugendhilfe und das Gesundheitssystem ein. Jugendhilfe und Gesundheitssystem stellen Ressourcen in Form

von Diagnostik sowie Therapie bereit, und die Schule wird hinsichtlich ihres Förderauftrages finanziell entlastet. Doch das ist nicht alles. Das Gesundheitssystem bedient auch eine ideologische Strategie, welche eine Verlagerung von Betrachtungsweisen zur Folge hat – von der institutionellen Logik zur Diskursivierung und Behandlung von Schulproblemen als medizinisch-psychologisches Phänomen. Die Ursachen der Probleme werden unter medizinisch-psychologischem Blickwinkel individualisiert. Das heißt nicht, dass die entsprechenden medizinisch-psychologischen Forschungsergebnisse immanent falsch wären. Doch der diskursive Effekt der Medizinalisierung, Psychologisierung und Pathologisierung von Aufmerksamkeitsschwierigkeiten kann kritisiert werden, insofern durch ihn institutionelle Verschleierungsstrategien der schulsystemimmanenten Entstehungsbedingungen des Leidensdrucks betroffener Kinder bis hin zur ungleichen Ressourcenverteilungen bedient werden.

## 6 Der Begriff psychischer Störung als Mittel der Verschleierung gesellschaftlicher Probleme

Im Rahmen des klinischen Diskurses der ADHS wird die Ursache der geschilderten Probleme primär im Individuum verortet. Die sozialen Bedingungen der ADHS-spezifischen Probleme werden dabei epistemologisch nachgeschaltet, d. h., sie kommen zu den im Individuum bereits vorhandenen Störungen erst im Nachhinein hinzu. Eine Ausnahme bildet hier teilweise der psychodynamische Zugang zur ADHS, denn innerhalb der psychoanalytischen Theorietradition gibt es soziopsychologisch fruchtbare Ansatzpunkte, das Innerste des Menschen inhärent in Verbindung mit seiner Gesellschaftlichkeit zu denken (vgl. Bush, 2001; Honneth, 2010) – und das merkt man den psychodynamischen Beiträgen zur ADHS auch mehr oder weniger an. Doch letztlich bilden das hier angesprochene theoretische Projekt einer psychoanalytischen Sozialpsychologie sowie die damit verbundenen metapsychologischen Konzepte (leider) nur noch Randgebiete der institutionalisierten Psychoanalyse. Im Zuge ihrer Etablierung als Behandlungsverfahren wurden die metapsychologischen Konzepte der Psychoanalyse kompatibel mit dem positivistischen Paradigma des klinischen Diskurses, und diesem liegt ein Menschenbild zugrunde, welches das Subjekt konstitutiv als ein von der Gesellschaft getrenntes denkt (bzw. notwendig denken muss) (vgl. Jacoby, 1978). Sicherlich werden dabei so genannte Sozialfaktoren berücksichtigt, aber das ändert nichts an dem Bild vom Menschen, welcher auf der basalsten Ebene seines Funktionierens unabhängig vom gesellschaftlichen Kontext gedacht wird. Der inhärente Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Verhältnissen und Psyche kann unter diesem Blickwinkel nicht in Betracht gezogen werden, weil es in der Theorie für diesen Zusammenhang keinen Ort gibt. Psychische Störung erscheint somit formal gesehen als eine Substanz, d. h. pathogenetische Noxen gelten als etwas, was es an sich gäbe, und im Individuum vorgefunden werden könnten. Damit wird Krankheit ihres grundlegenden sozialen Sinns entkleidet. Weiterhin wird jener so konstruierte sub-

stanzialistische Krankheitsbegriff über einen Zirkelschluss legitimiert: Die Hypothese von einem individuumsimmanenten pathologischen Substrat lenkt den Blick vom sozialen Kontext des Erlebens und Verhaltens ab. Dadurch kann das auffällige Verhalten erst recht nicht mehr verstanden werden – was wiederum die Hypothese eines pathologischen Substrats umso plausibler macht (vgl. Fellner, 1997; Keupp, 1972).

Die Phänomene um den Begriff ADHS werden mithilfe eines gesellschaftlich dekontextualisierten Subjektbegriffs im Rahmen eines klinischen Diskurses verhandelt. Nachfolgend soll kurz dargestellt werden, welche impliziten Menschenbilder im ADHS-Diskurs verwendet werden.

## 7 Subjektbegriffe des ADHS-Diskurses: Anthropologisierung versus Selbstmanagement in einer flexibilisierten Gesellschaft

Selbst innerhalb des klinischen Diskurses ist umstritten, inwieweit ADHS überhaupt als eine Krankheit bezeichnet werden sollte. Die Ausprägung der ADHS ist variabel, die Festlegung des so genannten „Cut-Offs“ ist letztlich beliebig und im Prinzip bezeichnet der Begriff (innerhalb des psychologischen Mainstreams) eine Erlebens- und Verhaltensdisposition im Sinne konstitutionstheoretischer Persönlichkeitspsychologie. Im populärwissenschaftlichen Sprachgebrauch werden ADHS-Betroffene z. B. gern als „Jäger in einer Gesellschaft von Farmern“ bezeichnet (vgl. Barkley, 2005). Damit ist gemeint, dass diese aufgrund ihrer sprunghaften Reizsuche gute Jäger/innen wären. Sie würden auf Reizwechsel besonders sensibel reagieren und – man stelle sich eine/n urzeitliche/n Jäger/in vor – würden dadurch mit hochgradig geschärften Sinnen das Wild besonders gut ausmachen und verfolgen sowie aufgrund ihrer Impulsivität die Beute in einem wilden Kampf besonders effizient zur Strecke bringen können. Die Jagd entspreche ihrem Bedürfnis nach schnellen Kicks. Diesem Bild eines jägerischen, naturhaften Charakters steht das Bild des Farmers gegenüber, der über einen langen Zeitraum hinweg Geduld und Ausdauer benötige. ADHS-Menschen seien so gesehen schlechte Farmer, weil das langwierige Bestellen der Felder überhaupt nicht ihr Fall sei. Natürlich ist dieser Vergleich offensichtlicher Unsinn hinsichtlich der Tatsache, dass unsere Industriegesellschaft des 21. Jahrhunderts sicherlich keine Gesellschaft von Farmer/innen ist. Und die ADHS mithilfe eines soziobiologischen Menschenbildes in vorindustrielle Zeiten zu projizieren, ist ein rein spekulatives und letztlich irreführendes Unterfangen. Angesichts seiner Fragwürdigkeit muss also aus diskurstheoretischer Sicht danach gefragt werden, welchen heuristischen Gewinn und welche diskursive Funktion dieser zwar eingängige und irgendwie nette, aber wissenschaftlich gesehen auch unhaltbare Vergleich von „ADHS-Jägern“ und „Nicht-ADHS-Farmern“ befördert. Eine daraus ableitbare Funktion ist jene, die These zu untermauern, dass ADHS-Betroffene spezifische Fähigkeiten haben – und damit die Möglichkeit zu schaffen, den Begriff der Störung in den einer spezifischen Begabung umzuformen. Den „ADHS-Menschen“ wird beispielsweise ein besonders hohes Maß an Kreativität

oder Engagement bescheinigt – sofern sie sich nicht langweilen (und Felder bestellen) müssen. Interessant ist hierbei, dass durch den soziobiologischen Rekurs auf eine „Jäger-Persönlichkeit“ gewissermaßen ein ADHS-spezifisches Subjekt konstruiert wird.

Die Konstruktion von Subjekten ist ein genuin gesellschaftlicher Vorgang, in dem es maßgeblich um die Theoretisierung eines Innen und Außen subjektiver Wirklichkeit geht. Unter diesem Blickwinkel wundert es nicht, dass ADHS auf den Psycho-Märkten mittlerweile ein immer größeres Geschäft geworden ist. Der Gegenstand der Therapien – ob pharmakologisch, kognitionspsychologisch oder esoterisch – ist dabei stets eine Harmonisierung von inneren Zuständen, also ein subjektimmanenter Prozess. Soziologisch kann hierbei nach dem Zusammenhang des ADHS-Diskurses mit gesellschaftlichen Konstruktionen von Individualität und Identität gefragt werden. Auf der Grundlage eines „realen Umbaus von Subjektbildungsprozessen“ (Keupp, 1997, S. 15) in einer flexibilisierten Gesellschaft werden an die Individuen spezifische Anforderungen hinsichtlich ihres Erlebens von Kohärenz und Identität gestellt. Sie müssen stetig die „Passung“ (vgl. Keupp, 1999) zwischen ihrem inneren Erleben und den sich verändernden und widersprüchlicher werdenden äußeren gesellschaftlichen Bedingungen herstellen. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer „Identitätsarbeit“ (vgl. Keupp, 1997), in der das Individuum wie eine Art Manager/in seiner selbst zu fungieren hat. Interessant ist an der Stelle, dass einer der zentralsten verhaltenspsychologischen Begriffe im klinischen ADHS-Diskurs „Selbstmanagement“ ist. Die Formen und Inhalte des ADHS-Diskurses – sowie auch des Konzepts von Aufmerksamkeit an sich (vgl. Crary, 2002; Ziemann, 2011; Haubl, 2012; Türcke, 2012a/b) – können somit als Spiegel veränderter gesellschaftlicher Notwendigkeiten der Subjektbildung verstanden werden.

## 8 Klinifizierung kindlicher Erlebens- und Verhaltensweisen zur Gewährleistung des Rechts auf Chancengleichheit

Die Klinifizierung von Schulproblemen ist nicht wünschenswert – aber diskurstheoretisch betrachtet und aus institutionellen Gründen notwendig, um im Rahmen der gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse die Rechte betroffener Kinder auf Chancengleichheit gewährleisten zu können. Diese Verhältnisse sind durch eine zunehmende Ungleichverteilung von Ressourcen und Individualisierung gesellschaftlicher Problemlagen geprägt. Die Klinifizierung von Schulproblemen wirkt dabei in zwei Richtungen. Einerseits werden mithilfe der Klinifizierung die schulischen Selektionsmechanismen (zum Teil) blockiert. Man denke hier nur daran, dass früher Schulschwierigkeiten von Kindern aus armen Familien nicht zur psychologischen Abklärung führten, sondern zur „Einsicht in die Notwendigkeit, das Kind als dumme, ungelernte Arbeitskräfte dem Markt zur Verfügung stellen zu müssen“ (Weber, 2002, S. 140). Andererseits wirkt die Klinifizierung im Rahmen einer „Normalisierungsfalle“ (Weber, 2002, S. 141): Die Kinder fallen in der Schule auf, Lehrer/innen sind unzufrieden, der schulische Abstieg droht und Eltern müssen – sofern sie sich gegenüber drohenden institutionellen Sanktionen

wehren möchten – hinnehmen, dass ihre Kinder mit der Bezeichnung einer Krankheit etikettiert werden. Der daraus resultierende Leidensdruck auf Seiten der Familien kann nur bedingt durch Therapien aufgefangen werden, da diese dem Klinifizierungs- und Normalisierungsdiskurs immanent sind. Ein nachhaltig hilfreiches und notwendiges Mittel, um der Normalisierungsfalle hinsichtlich den zwangsläufigen Gefühlen von Verunsicherungen, Angst, Selbstzweifel zu entkommen, sind dabei nicht nur die Aneignung von klinischem oder pädagogischem Wissen, sondern auch die „Reflexion (der) ideologischen Grundmechanismen des Normalisierungsdiskurses“ (Weber, 2002). Das heißt, es ist notwendig, das Störungsbild „ADHS“ eben im strengen Wortsinne als ein „Bild“, das heißt als eine Konstruktionen zu verstehen, die Kinder mit Schulschwierigkeiten vor dem Zugriff der gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse schützt und gleichermaßen in diese über einen Normalisierungsdiskurs einbaut. Diese Sichtweise würde auch dazu beitragen, jenes epidemiologische Phänomen zu erklären, dass die Häufigkeit der ADHS-Diagnosen signifikant mit dem sozioökonomischen Status der Eltern von betroffenen Kindern korreliert. Im Rahmen einer kritischen Praxis der Erziehungsberatung können mit betroffenen Eltern, Jugendlichen und Kindern über therapeutische Hilfsangebote hinaus diese gesellschaftlichen Zusammenhänge gemeinsam reflektiert werden. So gesehen leistet Erziehungsberatung im Sinne des Empowermentansatzes einen Beitrag zur „Selbstermächtigung“ ratsuchender Klient/innen. Grundlegendes Bestimmungsmerkmal dieser Empowermentpraxis ist dabei ein diskurstheoretisches Verständnis der Störungskategorie – welches entgegen der Medikalisierung kindlicher und jugendlicher Erlebensweisen auch auf die Notwendigkeit eines verbesserten, entwicklungsförderlicheren Schulsystems hinweist.

## Literatur

- Barkley, R. A. (2005). Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Bern: Hans Huber.
- Bauer, J. (2010). Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt a. M.: Eichborn.
- Berger, P., Luckmann, T. (1987). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bonney, H. (2003). Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bonney, H. (2008). ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg Carl-Auer.
- Brisch, K. H. (2010). Posttraumatische Belastungsstörung und Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. In Kinderschutz-Zentren (Hrsg.), ADHS – Diagnostik und Hilfen für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern (S. 35-71). Köln: Die Kinderschutz-Zentren.
- Bublitz, H. (2001). Differenz und Integration. Zur Diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider, W. Viehöver (Hrsg.), Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1 (S. 225-260). Opladen: Leske u. Budrich.

- Bublitz, H. (2003). Diskurs. Bielefeld: transcript.
- Bush, J. (2001). Subjektivität in der spätmodernen Gesellschaft. Konzeptuelle Schwierigkeiten und Möglichkeiten psychoanalytisch-sozialpsychologischer Zeitdiagnose. Weilerswist-Metternich: Velbrück Wissenschaft.
- Crary, J. (2002). Aufmerksamkeit. Wahrnehmung und moderne Kultur. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- DeGrandpre, R. (2010). Die Ritalingesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2002). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, 419-440.
- Döpfner, M., Steinhausen H., Rothenberger, A. (2009). Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dreyfus, H. L., Rabinow, P. (1994/1982). Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Weinheim: Beltz Athenäum.
- Ellesat, P. (2012). ADHS – alles nur genetisch? Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 43, 75-96.
- Fellner, M. (1997). Zum Krankheitsbegriff der Psychopathologie. Psychologie & Gesellschaftskritik, 81, 5-21.
- Foucault, M. (1974/1966). Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1981/1969). Archäologie des Wissens. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1991/1971). Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gerth, U., Menne, K. (2010). Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht (S. 829- 924). München: DJI.
- Günter, M. (2009). Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS) – eine Denk- und Affektverarbeitungsstörung. Kinderanalyse, 17, 388-415.
- Haubl, R. (2012). Atten-tion please! Kognitive und soziale Aufmerksamkeit. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 43, 21-36.
- Haubl, R., Liebsch, K. (2010). Mit Ritalin\* leben: ADHS-Kindern eine Stimme geben. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Häußler, G. (2002). Das ADHS aus psychoanalytischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51, 454-465.
- Heinemann, E., Hopf, H. (2001). AD(H)S. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herriger, N. (2010). Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hirsland, A., Schneider, W. (2001). Wahrheit, Ideologie und Diskurse. Zum Verhältnis von Diskursanalyse und Ideologiekritik. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider, W. Viehöver (Hrsg.), Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1 (S. 373-402). Opladen: Leske u. Budrich.
- Hocke, R. (1993). Zur Problematik des HKS. In Kinderanalyse, 2, 118-130
- Honneth, A. (1988). Kritik der Macht. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Honneth, A. (2010). Das Werk der Negativität. Eine anerkennungstheoretische Revision der Psychoanalyse. In A. Honneth, Das Ich im Wir (S. 251-260). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.



- Hopf, H. (2003). „Ich habe ein ADS-Kind, verstehen Sie etwas davon ....?“ Vom psychoanalytischen Verstehen der hyperkinetischen Störung und des Aufmerksamkeit-Defizit-Syndroms. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 34, 7-24.
- Hopf, H. (2012). Psychoanalyse und Aufmerksamkeit. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 43, 37-56
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnnorganischer 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 & Ruprecht.
- Jacoby, R. (1978). Soziale Amnesie. Eine Kritik der konformistischen Psychologie von Adler bis Laing. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Jäger, S. (1999). Einen Königsweg gibt es nicht. Bemerkungen zur Durchführung von Diskursanalysen. In H. Bublit, A. D. Bührmann, C. Hanke, A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 136-147). Frankfurt a. M.: Campus.
- Jäger, S. (2001). Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider, W. Viehöver (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1* (S. 81-112). Opladen: Leske u. Budrich.
- Jäger, S. (2004). *Kritische Diskursanalyse*. Münster: Unrast.
- Keller, R. (2004). *Diskursforschung*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Keller, R. (2010). *Wissensoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Heidelberg: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keupp, H. (1972). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München: Urban & Fischer.
- Keupp, H. (1997). Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung. In H. Keupp, R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 11-39). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Keupp, H. (1999). Identitätsarbeit in einer multiphrenen Gesellschaft – Wenn die Passungen zwischen Subjekt und Lebenswelt immer schwieriger werden. In *Sozialpsychiatrische Informationen*, 29, 7-15.
- KIGGS (2007). Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Online verfügbar unter (Zugriff: 1.12.2012): [www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)
- Krause, J. (2003). Überleben mit hyperaktiven Kindern. Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.
- Krause, J., Krause, K.-H. (2006). Dopamintransporter – Struktur, Funktion und Bedeutung für die ADHS. *psychoneuro*, 32, 209-214.
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.) (2006). *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K. L., Waldung, C. (2008). Störungen der frühen Affektregulation: klinische und empirische Annäherungen an ADHS. *Psyche*, 62, 621-653.
- Leuzinger-Bohleber, M., Canestri, J., Target, M. (Hrsg.) (2009). *Frühe Entwicklung und ihre Störungen: Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- 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, 356-385.
- Link, J. (1999). Versuch über den Normalismus. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Miller, T., Pankofer, S. (2000). Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Rappaport, J. (1984). *Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action*. London: Haworth Press.
- Reinke, E. (2007). AD(H)S als Metapher – oder: Die Grenzen rationaler Gesundheitsaufklärung. In C. Warrlich, E. Reinke (Hrsg.), *Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S*. Gießen: Psychosozial.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 827-835.
- Seier, A. (1999). Kategorien der Entzifferung: Macht und Diskurs als Analyseraster. In H. Bubltz, A. D. Bührmann, C. Hanke, A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 75-86). Frankfurt a. M.: Campus.
- Staufenberg, A. M. (2011). *Zur Psychoanalyse der ADHS*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Steinfeld, T. (2011). Unruhige Kinder. ADHS ist überall. In *SZ* vom 10.06.2011.
- Stork, J. (1993). Die fragwürdige Aktualität des hyperkinetischen Syndroms. *Kinderanalyse*, 2, 117.
- Streeck-Fischer, A. (2012). Wie wird die Psychotherapie Jugendlicher zu einer zweiten Chance. *Kinderanalyse*, 20, 116-133.
- Türcke, C. (2012a). Aufmerksamkeitsdefizitkultur. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 43, 7-19.
- Türcke, C. (2012b). *Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur* (2. Aufl.). München: Beck.
- Weber, K. (2002). Wann ist (m)ein Kind normal? Oder: Wie Erziehungsratschläge Verwirrung stiften. *Forum Kritische Psychologie*, 45, 131-146.
- Ziemann A. (2011). Aufmerksamkeit: Diskurse, Disziplinierungen und Pathologien. In A. Ziemann, *Medienkultur und Gesellschaftsstruktur* (S. 39-114). Heidelberg: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Markus Fellner, Landsberger Str. 482, 81241 München;  
E-Mail: mail@markus-fellner.de