

Gisela Ulmann

Normalisierung und Pathologisierung der Kindheit im Jahrhundert des Kindes

Die schwedische Frauenrechtlerin und Pädagogin Ellen Key rief das 20. Jahrhundert als das Jahrhundert des Kindes aus (vgl. Key 1992 [1902]). Ihr Ziel war vor allem die Individualisierung der Erziehung in der Schule und deren Ausrichtung auf die »freie volle Selbstentwicklung« (164) der einzelnen Kinder. Tatsächlich brachte das vorige Jahrhundert für Kinder widersprüchliche Entwicklungen mit sich: Einerseits wurde die Erziehung liberaler, so dass Eltern ihre Ansprüche kaum noch gegen Kinder durchsetzten, ohne sie weiter zu begründen, andererseits wurde mehr und mehr mit (zweifelhaften) wissenschaftlichen Begründungen in deren Leben eingegriffen – zunächst normalisierend und pädagogisierend, dann pathologisierend. Ich möchte aufweisen, dass Pathologisierung Normalisierung voraussetzt – und dabei auch zeigen, warum beides nicht im Interesse der Kinder sein kann.

Normalisierung der Kindheit – durch wissenschaftliche psychologische Methoden und Konzepte

Ende des 19. Jahrhunderts begannen Wissenschaftler die Kindheit zu erforschen. Sie schrieben Tagebücher über ihre eigenen Kinder und werteten diese aus¹. Daraus entwickelte sich die »Kinderpsychologie« mit dem Ziel, über (normale) Kinder jeglichen Alters bezüglich ihrer Fähigkeiten etc. etwas (oder alles?) zu wissen. Es wird behauptet, dass dabei quasi ethnologisch vorgegangen, das Kind als »das Fremde«, oder auch »primitive« bzw. »wilde« betrachtet wurde (vgl. z. B. Gstettner, 1981), mir scheint aber das vorwiegende Ziel gewesen zu sein, »das Normale« (wenn auch als »Noch-nicht-Erwachsenes«) herauszustellen.

1 So Preyer (1882), im 20. Jahrhundert dann das Ehepaar Scupin (1907, 1910), das Ehepaar Stern (1914) und Piaget (1936, 1937, 1945; vgl. 1975a, b, c)

Dafür spricht u. a., dass Binet und Simon 1905 den Auftrag einer Kommission des französischen Unterrichtsministeriums annahmen, einen Test zu entwerfen, der ermöglichte, Kinder, die nicht in Normalschulen unterrichtet werden konnten, deutlich von jenen zu unterscheiden, bei denen dies doch möglich war (Groffmann 1964). Sie entwickelten den ersten Intelligenztest, wobei für jedes Lebensalter das als »normal« galt, was dreiviertel aller Kinder dieses Lebensalter bezüglich »bon judgement« leisten konnten. Bekanntlich beschrieben sie Abweichungen als Differenzen und vertraten – im Gegensatz zu später entwickelten Intelligenzkonzeptionen – durchaus noch die Auffassung, dass negative Differenzen durch entsprechende Unterweisung ausgeglichen werden könnten.

William Stern schlug dann 1912, also sieben Jahre später, vor, das Lebensalter nicht mehr vom so ermittelten Intelligenzalter abzuziehen, sondern dieses durch jenes zu dividieren, und kreierte somit den Intelligenzquotienten, der die Differenz ersetzte. Seine Begründung war, dass diese rechnerische Operation zu einem Wert führe, der über das Lebensalter konstanter bleibe, und deshalb bessere Auskunft über *angeborene* Intelligenz gebe. Aus demselben Grund formulierte er als Anforderung an einen brauchbaren Intelligenztest, dass sich die Werte einer Altersgruppe symmetrisch, also einer Gaußschen Häufigkeitsverteilung entsprechend, um den Mittelwert verteilen. Damit wurde »Normalität« biologisiert und intelligente Leistungen nicht mehr als Ergebnis von Erziehung angesehen, denn das Wort »normal« in einer *Normalverteilung* bedeutet, dass es sich um eine Zufallsverteilung handelt, also keine systematischen Einflüsse auf die Ereignisse wirken. Man geht davon aus, dass Ereignisse, die nur durch biologische Prozesse hervorgebracht werden, zu solch einer Verteilung führen.

Dass es gelingt, einen Test zu konstruieren, der kognitive Fähigkeiten als »normal verteilt« darstellt, spricht u. U. für die »Kunst« der Konstrukteure, die das so wollen, nicht aber unbedingt für die biologisch bedingte Zufallsverteilung dieser Fähigkeiten. Diese Denkweise: ein Merkmal (u. U. erst messbar zu machen und es dann) zu vermessen, den Durchschnitt zu errechnen, diesen – also Durchschnittliches – als »normal« anzusehen und von ihm aus die Abweichungen zu bewerten, hat sich inzwischen auch im Alltagsdenken durchgesetzt.²

Entwicklungspsychologie, die die Kinderpsychologie ablöste, betont stärker den Prozess, was aber auch nicht dazu führte, den Standpunkt der Kinder zu berück-

2 Während Stern wie Binet noch „Normalintelligenz“ als das ansah, was dreiviertel aller Kinder einer Altersstufe leisten konnten, wurden später besonders hohe Leistungen in Intelligenztests als Zeichen von „Hochbegabung“ angesehen. So wurde das „Genie“ ebenfalls biologisiert – nicht als das angesehen, was menschenmöglich bzw. Menschen möglich ist, wenn sie entsprechend unterstützt und vor allem nicht behindert werden (wie Sève es 1975 m. E. sehr gut ausdrückte).

sichtigen. Auch sie fragt nicht nach deren subjektiv erfahrenen Verfügungsmöglichkeiten oder -behinderungen (wie z. B. Holzkamp 1980 kritisch hervorhebt).

Normalisierung der Kindheit – durch Pädagogik

Normalisierung bezieht sich auch auf die Pädagogisierung der Kindheit. Der Historiker Ariès (1975) vertritt die These, dass die Kindheit erst am Ende des Mittelalters entdeckt wurde, dass Kinder dann als erziehungsbedürftig angesehen wurden und die Beziehung zwischen Erwachsenen und Kindern eine pädagogische wurde. Ariès sah in dieser Entwicklung eine Verschlechterung der Situation der Kinder, aber dass Kinder grundsätzlich erziehungsbedürftig wären, wurde erst im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts bestritten, z. B. vom »Antipädagogen« v. Braunmühl (1975). Er argumentiert allerdings nicht vom Standpunkt der Kinder aus, sondern vom »Außenstandpunkt«, als Aussage über Kinder, ohne deren Perspektive einzunehmen. Holzkamp problematisierte Erziehung 1983 vom Subjektstandpunkt, indem er den Titel des Pink-Floyd-Lieds »we dont need no education« übernahm (Holzkamp 1983a). Seitdem haben wir den Gedanken weitreichender begründet und konkretisiert (vgl. Holzkamp 1983b, Ulmann 1987), insbesondere Markard (2003, 2006) hat ihn auf den Punkt gebracht. *Erziehung* wird von ihm als eine bestimmte Form der *Beziehung* gefasst, deren wesentliche Momente er folgendermaßen resümiert:

1. Erziehende vertreten gesellschaftliche Anforderungen und Ziele, die die Zöglinge nicht erfüllen (wollen) können.
2. Erziehung besteht aus einschlägigen Maßnahmen.
3. Erziehung bedeutet Machtausübung [...], die sich mit Erziehungserfolg reduzieren kann. [...]

Zu den [...] Erziehungszielen ist zu sagen:

- a) Die Erziehenden kennen und wählen sie.
- b) Sie versuchen sie so zu vermitteln, dass sie den Zöglingen einsichtig werden.
- c) Soweit die Zöglinge dies bzw. diese Ziele nicht einzusehen vermögen, setzen die Erziehenden die Ziele verantwortlich und stellvertretend durch.

(Markard 2006, 445)

Erziehungsziele sind also je mir als Zögling fremdgesetzt – übernehme ich sie, kann ich mich nicht von Fremdsetzungen emanzipieren. Wenn es in meinem Interesse ist, mich zu vergesellschaften – kann ich dies, wenn es mir als Forderung anderer gegenübertritt?

Erziehung strebt also eine Normalisierung der Kinder im Sinne einer Anpassung an fremdgesetzte Ziele an. Besonders deutlich wird dies an der schulischen Unternehmung: Unterrichtspflicht für Kinder wurde staatlich im Rahmen der Bekämpfung der Kinderarbeit eingeführt, in Deutschland dann 1920 die Grundschulpflicht, also die

Pflicht jedes Kindes, die sechsjährige allgemeine Schule zu besuchen. Dieses Gesetz wandte sich dagegen, dass Kinder höherer Schichten weiterhin privat unterrichtet werden konnten und so evtl. zu anderen als den staatlich verordneten Zielen geführt würden. Kinder aller Schichten sollten also die gleiche Schule besuchen, Gleichheit wurde als Chancengleichheit verstanden – aber auch als ›Normalität‹? Insofern ja, als daneben ›Sonderschulen‹ in immer mehr Ausdifferenzierungen entstanden, deren Name ja nur als Abhebung von ›normalen Schulen‹ verständlich ist.

In dieser Zeit, am Anfang des vorigen Jahrhunderts, hatte die »Reformpädagogik«, die sich gegen die normalisierende Rigidität der Regelschule richtete, und daher eigentlich zur Individualisierung führen sollte, ihre Hochblüte. Die erst relativ kurze Zeit davor entdeckte Möglichkeit, vielen gleichzeitig etwas zu vermitteln, also der »Frontalunterricht«, wurde nicht nur von Ellen Key kritisiert. Als Reformpädagoge gilt auch Steiner, der für die Kinder der Zigarettenfabrik »Waldorf Astoria« ein Schulkonzept entwickelte, das bis heute als »Waldorfschule« fortgeführt wird. Er hatte jedoch sehr genaue Vorstellungen von Normalität, insbesondere bezüglich der Altersstufen. Maria Montessoris Unterrichtskonzeption entspricht der Individualisierung wohl am besten, allerdings ist die Vorstellung der »sensiblen Phasen« ein biologisches Konzept; sie müssen vorausgewusst werden, um das geeignete Material bereitzustellen. Verbreitung fanden die Ideen der Reformpädagogik nicht, die anderen – hier nicht erwähnten – sind heute fast vergessen.

Stattdessen blieb das Prinzip der »normalisierende[n] Differenzierung«, das Foucault (1977) als eines der Prinzipien der »Disziplinaranlage« Schule pointiert herausarbeitete, bis heute bestehen: Klassen für jede Altersstufe, die allermeist noch heute frontal unterrichtet werden, mit dem Ziel, den Unterricht durch gleiche Lernbedingungen für alle Schüler möglichst effizient zu gestalten, aber gleichzeitig durch deren differenzierende Benotung eine bestimmte Form der Differenzierung durchzusetzen. Alle Differenzen werden sorgfältig registriert und ggf. sanktioniert. So entstehen Rangordnungen mit der ständigen Möglichkeit für die Individuen auf- bzw. abzustiegen. Die Folgen arbeitet Holzkamp v. a. in seinem Buch *Lernen* (1993) heraus. So legt die normalisierende Differenzierung u. a. nahe, sich anzupassen und mit den anderen zu konkurrieren.

Pathologisierung der Kindheit

Gegen Mitte des vorigen Jahrhunderts, das ja das Jahrhundert des Kindes sein sollte, änderte sich die Sicht auf Kinder noch einmal erheblich: Aus der Registrierung und ggf. Sanktionierung von Abweichungen wurde der Verdacht, dass quasi jedes Kind abweichend wäre oder doch sein könnte, was sich wissenschaftlich belegen ließe, wenn man nur genau genug auch schlecht sichtbares Verhalten messbar machte

(vgl. insbesondere Bühler-Niederberger 1991). Da »Abweichungen« jetzt nicht im Sinne der Einzigartigkeit jedes Individuums sondern im Sinne von »Störungen« konzipiert wurden, wurde die Kindheit m. E. pathologisiert, u. U. auch psychiatrisiert und medikalisiert.

Pathologisierung bedeutet in diesem Zusammenhang: Als problematisch bewertetes Verhalten eines Kindes wird als Krankheit bzw. Störung (ggf. organisch verursacht) konzeptionalisiert; in der Konsequenz wird die Ursache des Problems *ausschließlich* im Kind verortet – und am Kind therapeutisch behandelt. Die so definierte Pathologisierung lässt sich m. E. eindrucksvoll an den verschiedenen Auflagen des DSM, also des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA), zeigen. Das erste erschien 1952, in ihm wurden Kinder nicht extra erwähnt. Im DSM II, das 1968 erschien, wurde vermerkt, dass es nun – wie auch das ICD der WHO – eine Rubrik enthalte, die sich auf Kinder beziehe: »Behavior Disorders of Childhood and Adolescence«. Aufgelistet werden hyperkinetische Reaktionen, Zurückziehen, Überänglichkeit, unsozialisierte Aggressivität und Gruppendelinquenz.

1980 erschien das DSM III, das auch ins Deutsche übersetzt wurde. Die einschlägige Rubrik hieß nun »Störungen des Kleinkindalters, der Kindheit und der Adoleszenz«. Die Liste der »Störungen« ist hier schon sehr lang, Trotzverhalten und Identitätsstörungen sind enthalten – aber als »spezifische Entwicklungsstörungen« nun auch »Lesestörung« und »Rechenstörung« sowie »Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit«. Zu dieser wird vermerkt, dass es sich um etwas handle, das früher HKS, MCD³ etc. genannt wurde. Dass diese Umbenennung nicht durch wissenschaftliche Forschung begründet war (vgl. dazu DeGrandpre 2002), wird nicht erwähnt.

Umbenennungen, die nur auf Einigungsprozessen zwischen einflussreichen Wissenschaftlern beruhen statt auf deren Forschungsprozessen, können m. E. Ausdruck von Pathologisierung sein: Obwohl die Forschungslage unklar ist, werden Phänomene als Krankheit definiert, und es wird behauptet, dass sie medizinisch behandelt werden müssen. Im revidierten DSM III-R (1987) werden die »spezifischen Entwicklungsstörungen« in »Schulleistungsstörungen« umbenannt; als »expansive Entwicklungsstörung« werden nun »Aufmerksamkeits-« und »Hyperaktivitätsstörung« aufgeführt. Die »Schulleistungsstörung« wird dann im bisher letzten DSM IV (1994) in »Lernstörung« umbenannt (und so die Schule als mögliche Verursacherin unsichtbar gemacht), ansonsten findet man nun »Aufmerksamkeitsdefizit« und »Hyperkinetische Störung« (314).

3 Hyperkinetisches Syndrom, Minimale cerebrale Dysfunktion, s. dazu unten.

Dazu werden ca. 20 weitere Störungen mit vielen Differenzierungen aufgelistet. Da das DSM forschungsorientiert verstanden wird, erscheint es gerechtfertigt, globale Klassifizierungen zu differenzieren – die Frage, ob es sich hierbei um die Entdeckung von Störungen mit Krankheitswert oder um die Pathologisierung von Abweichungen vom »Normalen« handelt, bleibt aber offen. Die Störung wird – so meine These – insofern im Kind lokalisiert, als das, was ein Kind stören könnte, überhaupt nicht erwähnt wird. Um dies zu belegen konzentriere ich mich auf jene »Störungen«, die insbesondere in der Institution Schule imponieren: »Lesestörung«, »Rechenstörung«, »Aufmerksamkeitsdefizit« und »Hyperaktivität«.

Probleme damit, Rechtschreibung und Lesen zu lernen, wurden in der Bundesrepublik Deutschland in den siebziger Jahren »Legasthenie« oder »Lese-Rechtschreib-Störung« (LRS) genannt und intensiv untersucht. Zwar gab es durchaus Theorien bezüglich der Didaktik: Diese besagten, dass Legasthenie durch die damals bevorzugte Ganzheitsmethode ausgelöst würde. Die empirische Überprüfung dieser Hypothese bestätigte sie nicht. Im Psychologischen Institut der FU Berlin wurden Theorien entwickelt, die sich auf die Schichtspezifik bezogen (Ruß 1990); heute erwähnt sie niemand mehr. Auch alle anderen Theorien aus dieser Zeit wurden widerlegt (vgl. z. B. Bühler-Niederberger 1991). Legasthenie wurde weder von den Krankenkassen noch im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) als therapierelevant anerkannt. Als »Störung« tauchte sie in den bundesdeutschen Diskursen nicht mehr auf. Legasthenietherapeuten wurden zu Kindertherapeuten⁴ und schulische Erleichterungen für Kinder, die viel falsch schrieben und/oder nicht recht lesen konnten, wurden in den 80er Jahren wieder abgeschafft (vgl. dazu z. B. Ruß 1990). Anders in der Schweiz (vgl. Bühler-Niederberger 1991): Dort wurde Legasthenie von der Krankenkasse als therapiebedürftig anerkannt, was zu einer Professionalisierung der Legasthenietherapeuten führte – und zu einer drastischen Zunahme von Kindern, die als Legastheniker etikettiert wurden! Was in der BRD ein leistungsschwacher Schüler blieb, wurde in der Schweiz ein »kranker«. In diesem Jahrhundert wurden in Deutschland Ausnahmeregelungen bezüglich der Zensurierung in der Schule wieder eingeführt. Lerntherapien, die private Therapeuten anbieten, können – wenn Kinder durch ihre Lese- und/oder Rechtschreibprobleme als von seelischen Behinderungen bedroht angesehen werden – vom Jugendamt finanziert werden. Dies galt auch schon für Therapien im Rahmen des BSHG – und gilt für die gleich zu erwähnenden Therapien bei

4 Vgl. dazu die mich staunend machende Darstellung von Pilz (1982), der diese Umorientierung als wissenschaftlichen Erfolg darstellt.

Rechenstörungen. Eine staatlich finanzierte Therapie setzt also eine Etikettierung eines Kindes als »seelisch behindert« voraus.

Probleme mit dem Zahlbegriff und der Verknüpfung von Zahlen, also dem Rechnen, wurden in der BRD bzw. in Deutschland von Psychologen kaum thematisiert; ich vermute, dass das daran liegt, dass die meisten (praktisch arbeitenden) Psychologen auf Kriegsfuß mit Zahlen und deren möglichen Verknüpfungen stehen. Derartige Probleme wurden von Krankenkassen in unserem Lande nie als Krankheit anerkannt. Es gibt private Therapiezentren, in denen vor allem Mathematiker arbeiten. Auch die Forschung diesbezüglich wird v. a. von Mathematikern bzw. Mathematikdidaktikern betrieben (vgl. Fritz u. a. 2003).

Ganz anders verlief aber die Geschichte jener Verhaltensweisen, die Hoffmann 1854 (vgl. 2000) im Bilderbuch »Struwelpeter« im Gedicht vom »Zappelphilipp« als Ungehorsam, der mit der Rute zu beheben sei, beschrieb – später auch die Geschichte der Verhaltensweisen, die eher denen von Hoffmanns »Hans-Guck-in-die-Luft« entsprachen, der ins Wasser fällt, gerettet wird, aber dessen Schultasche unrettbar davon schwimmt. Diese Geschichte, in der *Ungehorsam* zur Krankheit wird, begann (nach Ostrop 2004) ganz kurz nach der Wende des Jahrhunderts zu dem, was das Jahrhundert des Kindes sein sollte⁵.

1902 beschreibt Still die Unfähigkeit von Kindern, Regeln einzuhalten, also auch »impulsiv« zu agieren, als »Moralischen Defekt«.

1925 bezeichnet Lesemann (zapplige?) Sonderschüler als »Schwache im Geiste« (1972), aber als lernfähig bei individueller Förderung.

1926 werden Verhaltensstörungen wie Zappligkeit nach einer Enzephalitisepidemie bei den davon Betroffenen beobachtet, womit die Wende zur Behauptung der *organischen* Verursachung beginnt – zunächst als Frage: Wenn einer Enzephalitis Zappligkeit folgt, könnte nicht jegliche Zappligkeit Folge eines Hirnschadens sein, der evtl. so »minimal« ist, dass er nicht messbar ist?

1934 kreieren Kahn und Cohen die »organic drivenness«, also Impulsivität – organisch begründet.

1937 veröffentlicht Bradley eine Studie, nach der 30 Schülern einer psychiatrischen Klinik mit Erziehungsschwierigkeiten bzw. Schulschwierigkeiten bzw. schizoider Störung bzw. aggressivem bzw. egozentrischem Verhalten Benzidrine verabreicht wurden. 14 Schüler hätten spektakuläre Verbesserungen bezüglich schulischer Interessen und Leistungen gezeigt. 15 Kinder wurden deutlich emotional gedämpft, von diesen besserten aber nur 7 ihre schulischen Leistungen. Nur bei 8 Kindern zeigten sich Verbesserungen in beiden Bereichen. Die »Verbesserun-

5 Die folgende Auflistung entnehme ich v. a. Ostrop (2004)

- gen« beschreibt er nicht weiter. Mit dieser Studie beginnt die Wende zur *Medikalisierung* von Kindern, die vorher tabu war.
- 1940 nehmen Werner und Strauß wieder Hirnschädigung als Ursache für Hyperaktivität auf und beantworten die 1926 aufgeworfene Frage nach einer möglichen organischen Verursachung, indem sie unzulässigerweise von einigen auf alle schließen: Jegliche Hyperaktivität ist auf Hirnschäden zurückzuführen. Daraus entsteht...
- 1956 das Konzept der minimalen (d. h. nicht messbaren) Hirnschädigung (MBD), das wie Corboz (1988) bemerkt, besonders den Eltern schwer zu vermitteln war und deshalb...
- 1962 in »minimale cerebrale Dysfunktion« (MCD), die sich in Hyperaktivität (HKS) äußere, umbenannt wurde.
- 1964 kreierte Lempp das frühkindliche exogene Psychosyndrom und Corboz (vgl. Corboz 1988) das infantile psychoorganische Syndrom: POS.
- 1962, 1963 und 1965 versuchten Mediziner und Pädagogen sich auf internationalen Konferenzen darüber zu einigen, ob von MBD oder MCD gesprochen werden sollte, ob es sich um ein medizinisches (cerebrale Schädigung oder Dysfunktion) oder ein pädagogisches Problem handle (*learning disability*). Die medizinische Sicht setzte sich durch.
- 1968 taucht so im DSM II, in dem zum ersten Mal die Rubrik »Behavior Disorders of Childhood and Adolescence« aufgenommen wird, »hyperkinetic reaction of childhood« als psychiatrisch relevante Störung auf.
- 1980 im Folgeband DSM III steht an deren Stelle »Aufmerksamkeitsstörung – mit und ohne Hyperaktivität« (ADHS oder ADS). Nun dominiert also eine Aufmerksamkeitsstörung.
- 1987 wird im revidierten DSM III-R unter der Überschrift »Expansive Verhaltensstörung« »Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung« klassifiziert.
- 1994 werden im DSM IV Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (als Subtypen von ADHS) wieder separiert. Im selben Jahr findet sich im internationalen Klassifikationssystem der WHO, dem ICD-10, in der Gruppe der »hyperkinetischen Störungen« die »einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung«, deren Symptome unter die Überschriften »Unaufmerksamkeit«, »Überaktivität« und »Impulsivität« gestellt werden.
- Revisionen dieser Klassifikationssysteme sind inzwischen nicht erschienen.
- Wurden hier Krankheiten erkannt? War diese Entwicklung, die ich als Pathologisierung bezeichne, im Interesse der Kinder, weil sie nun nicht mehr mit Rutenschlägen traktiert, sondern mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wur-

den? Hier sind Zweifel angebracht: Bspw. wird das Medikament »Ritalin« Kindern, die die Diagnose HKS oder ADHS bekommen, häufig verschrieben, obwohl noch unklar ist, welche biochemischen Veränderungen der Wirkstoff »Methylphenidat« im Gehirn genau verursacht. (Um dies zu rechtfertigen, argumentiert man mit dem »Heilerfolg«, der meist als bessere Anpassung in der Schule definiert wird.) Genau bekannt sind hingegen die unmittelbaren Nebenwirkungen von Ritalin, das evtl. nicht grundlos unter das Betäubungsmittelgesetz fällt (Appetitmangel, Wachstumsverzögerung, Benommenheit...). Die Langzeitwirkungen sind immer noch nicht untersucht – aber man kann lesen, es gebe keine. Sicher ist, dass Ritalin die Kinder nicht heilt, sondern Lehrern und Eltern das Leben erleichtert. Verhaltenstherapie, die gemeinhin als adäquate Therapie bei AD(H)S empfohlen wird, kann in diesem Zusammenhang auch Nötigung und Bestechung zur Einhaltung von je üblichen Regeln sein (vgl. hierzu auch Weber 2002).

Die Gegenfrage ist: Wenn diese »Störungen« vor allem in der Schule auftauchen – warum wird die Schule nicht verändert? Zur Lese-Rechtschreib-Didaktik wie zur Mathematik-Didaktik wurde viel geforscht – kam es aber zur Individualisierung in dem Sinne, dass Lehrer lernen herauszufinden, welche Probleme ein ganz bestimmtes Kind diesbezüglich hat, und wie diese zu lösen seien? Kaum. Bezüglich Unaufmerksamkeit wird immer betont, dass auch die als unaufmerksam imponierenden Kinder sehr konzentriert seien, *wenn* etwas sie interessiert. Ebenso brauchen Kinder nicht zu »zappeln«, wenn sie sich bewegen dürfen, dies ist trivial. Bereits 1982 veröffentlichten Buschbeck u. a. einen Forschungsbericht über die Öffnung einer Grundschule in Berlin, die Paul-Klee-Schule, in der von Kindern *nicht* verlangt wurde, »still auf dem Platz zu sitzen, sich zu melden, um sich mitzuteilen, spontane Reaktionen ständig zu unterdrücken, eine allgemein gestellte Frage an einem bestimmten Platz zu einem vorgegebenen Zeitpunkt in einer vorgegebenen Weise zu lösen« (18). Wie sie in Fallstudien darstellen, war es »verhaltensauffälligen Kindern« (deren Beschreibung den diagnostisch relevanten Merkmalen, die heute ADHS genannt werden würden, entsprachen) gut möglich, zu lernen. Dies ist, wie Raggatz (2004) erfuhr, heute vergessen – im Gegenteil machen Lehrer heute diese »modische« Weise des offenen Unterrichts gerade für ADHS verantwortlich. Ihr Motto ist: man muss diesen Kindern »Struktur *geben*« – nicht aber sie ihre Struktur selbst *finden* lassen. So werden Kinder heute eher »integriert«, indem man sie zwingt, ständig kleinste Aufgaben sofort und hintereinander – und auf ihrem Platz zu lösen.

»Integriert« werden kann aber nur, wer zuvor ausgesondert wurde, z. B. durch eine Diagnose der Abweichung bzw. Störung (vgl. dazu auch Ulmann 2002). So befördert die – in Deutschland von Eltern erkämpfte – Integration von Kindern mit »besonderem Förderbedarf« in Regelschulen zugleich die Pathologisierung von

Kindern; da diese Kinder froh darüber zu sein haben, in der Schule sein zu dürfen, die »für alle Kinder gut« ist, bekräftigen sie und ihre Eltern damit sogar (implizit) die Meinung, »die Schule ist gut«, so wie sie war und ist.

Wehren sich Kinder in diesem Jahrhundert gegen eine Schule des (vor)vorigen Jahrhunderts, indem sie »gewaltig« Widerstand gegen deren strukturelle Gewalt leisten, wird auch dies (pathologisch) vereignschaftet – und mit Antigewalttrainings zu bekämpfen versucht. Wehren sie sich, indem sie »schwänzen«, einfach nicht mehr in die Schule gehen, nennt man das heute »Schulabsentismus«. Dies klingt nicht so diskriminierend, lässt die Frage nach den Ursachen offen, also stellbar, aber die »Abwesenheit« kann auch vereignschaftet und zur pathologischen Diagnose werden: Diese Kinder sind schulabsent. In besonderen Projekten sollen sie dann normalisiert werden (vgl. Schmitz/Ulmann 2003).

Die Entwicklung, die im »Jahrhundert des Kindes« begann, ist bis heute ungebrochen: Fühlen sich Lehrer und Eltern durch Kinder gestört, führen Wissenschaftler dies darauf zurück, dass die Kinder selbst gestört sind, d. h. aufgrund ihnen inhärenter Störungen von der Normalität abweichen. Es käme aber darauf an zu erforschen, was Kinder stört, und dies ggf. zu verändern.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA), 1952: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, APA Washington D.C.
- Dies., 1968: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM II*, APA Washington D.C.
- Dies., 1980: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM III*, APA Washington D.C.
- Dies., 1987: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM III-R*, APA Washington D.C.
- Dies., 1994: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM IV*, APA Washington D.C.
- Ariès, Philippe, 1975: *Geschichte der Kindheit*, Hanser München
- Bradley, Charles, 1937: The behavior of children receiving Benzedrine, in: *Am. J. of Psychiatry* 94, 557–585
- v. Braunmühl, Ekkehard, 1975: *Antipädagogik. Studien zur Abschaffung der Erziehung*, Beltz Weinheim
- Buschbeck, Helene, Karin Ernst und Monika Rebitzki, 1982: *(K)eine Schule wie jede andere*, Beltz Weinheim

- Bühler-Niederberger, Doris, 1991: *Legasthenie. Geschichte und Folgen einer Pathologisierung*, Leske + Budrich Opladen
- Corboz, Robert J., 1988: Psychische Störungen bei organischen Hirnschädigungen, in: K. P. Kisker (Hg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Springer Berlin-Heidelberg, 119–147
- DeGrandpre, Richard, 2002: *Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben*, Beltz Weinheim
- Foucault, Michel, 1977: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Fritz, Annemarie, Gabi Ricken und Siegbert Schmidt (Hg.), 2003: *Rechenschwäche*, Beltz Weinheim
- Groffmann, Karl-Josef, 1964: Die Entwicklung der Intelligenzmessung, in: R. Heiss (Hg.), *Handbuch der Psychologie*, Bd. 6, Hogrefe Göttingen, 148–199
- Gstettner, Peter, 1981: *Die Eroberung des Kindes durch die Wissenschaft. Aus der Geschichte der Disziplinierung*, Rowohlt Reinbek b. Hamburg
- Hoffmann, Heinrich, 2000 [1845]: *Der Struwwelpeter*, Rütten und Loening München
- Holzkamp, Klaus, 1980: Was heißt »normale« Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit?, in: *Das Argument* 123, 650–657
- Ders., 1983a: »We don't need no education...«, in: *Forum Kritische Psychologie* 11, 113–125
- Ders., 1983b: Was kann man von Karl Marx über Erziehung lernen?, in: *Demokratische Erziehung* 1, 52–59
- Ders., 1993: *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung*, Campus Frankfurt/M-New York
- Kahn, Eugen, und Louis H. Cohen, 1943: Organic Drivenness – a brain stem syndrome and an experience – with case reports, in: *N. Engl. J. Med.* 210, 748–756
- Key, Ellen, 1992 [1902]: *Das Jahrhundert des Kindes*, Beltz Weinheim-Basel
- Lempp, Reinhart, 1964: *Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Die Bedeutung eines frühkindlichen exogenen Psychosyndroms für die Entstehung kindlicher Neurosen und milieureaktiver Verhaltensstörungen*, Huber Stuttgart-Bern
- Lesemann, Gustav, 1972: *Lebendige Krücken*, Marhold Berlin
- Markard, Morus, 2003: *We don't need no education! Kann zur Freiheit erzogen werden?*, <http://www.gegenentwurf-muenchen.de/mormar.htm> [7.5.2008]
- Ders., 2006: Wer braucht Erziehung?, in: *UTOPIE kreativ* 187, 438–448

- Ostrop, Stefan, 2004: *Vom Zappelphilipp zum ADS: Über die Wandlung psychologischer Konzepte*, unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der FU Berlin
- Piaget, Jean, 1975a [1936]: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*, Kohlhammer Stuttgart
- Ders., 1975b [1937]: *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*, Kohlhammer Stuttgart
- Ders., 1975c [1945]: *Nachahmung, Spiel, Traum*, Kohlhammer Stuttgart
- Pilz, Dietrich, 1982: *Für eine therapeutische Pädagogik*, LZ Berlin
- Preyer, William Th., 1882: *Die Seele des Kindes*, Grieben Leipzig
- Raggatz, Anette, 2004: *Subjektive Theorien von Lehrern zum Verhältnis von Unterricht und ADS*, unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der FU Berlin
- Ruß, Hans-Jürgen, 1990: *Von der Legasthenieforschung und Legasthenikerförderung zur Hochbegabtenforschung und -förderung*, unveröffentlichtes Manuskript einer Dissertation an der FU Berlin
- Schmitz, Daniela, und Gisela Ulmann, 2003: »In die Schule geh ich nicht...« Schulabsentismus: Klassifikation und Verwaltung statt Schulreform?, in: *Forum Kritische Psychologie* 46, 4–19
- Scupin, Ernst, und Gertrud Scupin, 1907: *Bubis erste Kindheit*, Grieben Leipzig
- Dies., 1910: *Bubi im vierten bis sechsten Lebensjahr*, Grieben Leipzig
- Sève, Lucien, 1975: Kampf der Begabungsideologie!, in: *Demokratische Erziehung* 1, 89–97
- Stern, William, 1912: Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung, in: Fr. Schumann (Hg.), *Bericht über den 5. Kongreß für experimentelle Psychologie in Berlin vom 16. bis 20. April 1912*, Barth Leipzig, 1–109
- Ders., 1914: *Psychologie der frühen Kindheit bis zum sechsten Lebensjahr; mit Benutzung ungedruckter Tagebücher von Clara Stern*, Quelle und Meyer Leipzig
- Still, George F., 1902: Abnormal Psychical Conditions in Children, in: *Lancet* 1, 1007–1012
- Ulmann, Gisela, 1987: *Über den Umgang mit Kindern*, Campus Frankfurt/M-New York
- Dies., 2002: Integration von Ausgesonderten in Regelschulen: schulkritisch oder affirmativ?, in: *Forum Kritische Psychologie* 44, 29–39
- Weber, Klaus, 2002: Wann ist (m)ein Kind normal? Oder: Wie Erziehungsratschläge Verwirrung stiften, in: *Forum Kritische Psychologie* 45, 131–146

Werner, Heinz, und Alfred A. Strauss, 1940: Causal factor in low performance, in:
American Journal of Mental Deficiency 45, 213–218

World Health Organization, 1994: *ICD-10 Kapitel V (F); Forschungskriterien*,
Huber Bern