

Dr. phil. Pascal Rudin

Repräsentant an den Vereinten Nationen
International Federation of Social Workers

E: pascal.rudin@rudinweb.com

W: www.rudinweb.com

Dem 'Problemkind' helfen, wieder liebenswert zu werden?

Diskursanalytische Einblicke zu ADHS im Kindesalter mit Implikationen für Soziale Arbeit

Teil I

Einleitung

Diskursanalyse

Eine Diskursanalyse verfolgt in der Regel einen problemorientierten, interdisziplinären Ansatz, um komplexe gesellschaftliche Phänomene zu untersuchen. In dieser Forschungsarbeit habe ich einen Ansatz gewählt, der auf dem philosophischen und soziologischen Werk von Michel Foucault aufbaut. Foucaults Ziel war es, Licht darauf zu werfen, wie Diskurse Objekte wie 'ADHS' und Identitäten wie bspw. die von Ärzt*innen, Lehrer*innen, Eltern und (Schul-)Kindern hervorbringt. Ein Foucaultscher Diskursansatz zielt darauf ab, Diskurse in ihrer historischen Entstehung zu kontextualisieren. Ein solcher (genealogischer) Ansatz (vgl. Michel Foucault, 1989) erlaubt es, konstitutive Teile diskursiver Praktiken in ihrer zeitgenössischen Form zu betrachten und sie mit ihrer historischen Entwicklung zu verknüpfen. In Foucaultschen Ansätzen werden Diskurse als gefestigte Formen von Wissen (institutionalisierte Rationalitäten) verstanden, die mit Handlungsfähigkeit verbunden sind und Macht ausüben (Bartel & Ullrich, 2008). Für Foucault sind Diskurse insofern produktiv, als sie die Objekte produzieren, von denen sie sprechen. Sexualität, 'Wahnsinn' oder, im Kontext dieser Forschung, 'ADHS' sind keine natürlichen Erscheinungen, sondern konstruierte Wirklichkeiten und 'Wahrheiten', die mit Macht verstrickt sind. Wie Carabine (2001) betont, etablieren und erhalten Diskurse auf diese Weise das, was zu

einem bestimmten Zeitpunkt als 'Wahrheit' gilt. Dadurch spiegeln Diskurse nicht nur Wirklichkeit wider, sondern produzieren Subjekte und formen materielle Wirklichkeiten (Link, 1992).

Gouvernementalität und die «Lenkung durch Familien»

In seinem genealogischen Werk über die Lenkung durch Familien hat Donzelot (1980) den 'Aufstieg des Sozialen' dargestellt. Dieser hybride Sektor, der weder privat noch öffentlich ist, war mit anderen Einrichtungen verbunden, nämlich der Justiz, der Psychiatrie und der Erziehung. Im Zuge dieser Entwicklung versammelte sich eine neue Reihe von Berufen unter dem Banner der Sozialen Arbeit und übernahm 'die Aufgabe, die soziale Körperschaft zu zivilisieren' (ebd., S.96). Die Schule wurde somit 'zum Weg, auf dem Bildung, Soziale Arbeit und Medizin im Hinblick auf den Zugang zu Kindern und Familien miteinander verflochten wurden' (McNamee, 2016, S. 75).

Durch Bildung und die 'soziale Abklärung' (Donzelot, 1980) wurden Kinder sowohl in der Schule als auch zu Hause einer Überwachung (Michel Foucault, 1989) ausgesetzt, und ihre Entwicklung wurde verfolgt. Dies führte zu einer neuen Allianz von Medizin und Staat, und es entstand ein mächtiges Netzwerk von Akteur*innen, welche Kinder auf bestimmte Ziele hinlenken wollten. Zu diesen Akteur*innen gehören Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen, eine Reihe von Therapeut*innen und Richter*innen. Zusammen bilden sie das, was Donzelot (1980) als 'Schutzkomplex' {tutelary complex} bezeichnet, d.h. eine Gruppe von Professionen, welche 'Wohlfahrt durch Beratung' fördern (McNamee, 2016, S. 76). Es ist dieser 'gouvernementalistische' Blick auf Gesellschaft, die meine Studie in besonderer Weise geprägt hat.

Diagnose ADHS

Die Diagnose ADHS wird mit den Leitsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität klinisch beschrieben und vorrangig durch Fragebögen gestellt. Diese enthalten fragen wie

- Übersieht Ihr Kind oft wichtige Details und macht viele Flüchtigkeitsfehler?
- Zappelt es häufig mit Händen und Füßen, rutscht unruhig auf dem Stuhl herum?
- Kann es nur schwer warten, bis es an der Reihe ist?

Als Ursache sieht das medizinische Modell bei ADHS eine Störung im Hirnstoffwechsel des*der Betroffenen.

Der Wegfall des multiaxialen Systems im Diagnosehandbuch DSM unterstreicht den zeitgenössischen biologischen Reduktionismus im Bereich der Medizin, der psychosozialen Faktoren keine Beachtung schenkt. Wie Raines es ausdrückt,

Achse IV bot die einzige Gelegenheit, psychosoziale oder Umweltfaktoren zu erörtern, die eine psychische Störung verursachten oder zu ihr beitrugen, und Achse V die einzige Gelegenheit, die Stärken (Funktionsfähigkeit) der diagnostizierten Person zu ermitteln. Ohne diese beiden Achsen fällt das DSM-5 in ein biologisch getriebenes, defizitbasiertes Modell psychischer Erkrankung zurück (2014, S. 2).

Überblick zur Studie

Diese Forschung untersucht, wie sich das Konzept der ADHS im Kindesalter in der Schweiz etabliert hat und wie dieses aufrechterhalten wird. Der Fokus liegt dabei auf den Diskursebenen der Medien, der Politik und der Elternorganisationen, wobei sowohl die historische Erscheinung als auch die aktuelle Darstellung von ADHS im Kindesalter berücksichtigt werden.

Die Datensammlung umfasste 1139 Medienartikel, mit besonderem Schwerpunkt auf Bildmaterialien, 214 Seiten parlamentarische Diskussionen, zwei Bundesratsberichte und 82 Artikel, die von Elpos, der Schweizer Elternorganisation für von ADHS Betroffene, veröffentlicht wurden. Darüber hinaus wurden weitere Datenquellen, darunter Richtlinien, Beschwerden, Konsultationspapiere und Bücher, identifiziert und analysiert.

Die Analyse veranschaulicht, wie eher vage Forschungsergebnisse zu ADHS als objektive, wissenschaftliche Fakten dargestellt werden. In diesem Zusammenhang wird die diskursiv konstruierte Prävalenzrate von ADHS als besonders wichtig für die Transformation politischer Agenden in scheinbar unpolitische identifiziert.

Die Analyse veranschaulicht ferner, wie das Bild des 'ADHS-Kindes' entlang (visueller) Darstellungen von Abweichung, Leidensdruck und Selbststeuerung konstruiert wird. Der rote Faden, der sich durch diese Darstellungen zieht, sind die Vorstellungen von der Formbarkeit und Vollkommenheit von Kindern und wie diese zur Förderung fortgeschritten-liberaler Identitäten eingesetzt werden können.

Darüber hinaus veranschaulicht die Analyse, wie Kinder in sozialen Räumen, d.h. in der Schule, der Familie und in der Freizeit, gelenkt werden, und wie diese durch den

Einsatz von 'Spiel' sowohl zu erzieherischen als auch therapeutischen Zwecken zunehmend miteinander verzahnt werden.

Insgesamt veranschaulicht die Analyse, wie Wissen um ADHS mit Macht verstrickt ist und 'Experten' und Eltern, welche für das medizinische Modell empfänglich sind, eine Stimme gibt, während gleichzeitig gegensätzliche Ansichten an den Rand gedrängt werden. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass sowohl Kinder als auch Sozialarbeitende auf den untersuchten Ebenen im Diskurs zu ADHS im Kindesalter in der Schweiz fast vollständig abwesend sind.

Implikationen für Soziale Arbeit

Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Diese Arbeit unterstützt die breitere soziologische Literatur, die nahelegt, dass Krankheit und Gesundheit soziale Konstruktionen sind (vgl., unter anderem, Illich, 1977; Zola, 1977). Im Gegensatz zu einer medizinischen 'Krankheit' {disease} (bei der die Ätiologie bekannt ist und ein objektiver körperlicher Krankheitszustand nachgewiesen werden kann) beschreibt eine psychiatrische 'Krankheit' {illness} einen 'subjektiven Leidensdruck' ohne nachweisbaren körperlichen Krankheitszustand (Katona et al., 2015, S. 6). Mit anderen Worten: Psychiatrische Diagnosen, wie z.B. 'ADHS', beruhen vollständig auf Hypothesen, wie z.B. der Vorstellung eines Ungleichgewichts in der Hirnchemie.

Genauer gesagt veranschaulicht diese Arbeit, dass die Definition von 'Symptomen' (als grundlegende Elemente von 'psychiatrischen Diagnosen') nicht auf Wissenschaft beruht, sondern auf Entscheidungen, die von sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren geprägt sind. So wurde zum Beispiel die Anzahl Wutanfälle pro Woche, die ein Kind zeigen muss, um sich für die im DSM-5 neu geschaffene Diagnose einer Affektiven Dysregulationsstörung (engl. Disruptive Mood Dysregulation Disorder, vgl. APA, 2013) zu qualifizieren, diskursiv auf drei festgelegt. In diesem Zusammenhang weist ein Kinderpsychiater und Facharzt für Kinderpsychiatrie und Berater des Bundesamtes für Gesundheit in einem Zeitungsartikel darauf hin, dass das, was als 'Krankheit' bezeichnet wird, und in diesem Zusammenhang die Anzahl der Wutanfälle, die als Schwellenwert für eine Diagnose erforderlich sind, 'willkürlich in der Tendenz' sei und 'keine wissenschaftliche, sondern eine politische Entscheidung' darstelle (Schmid, 2013).

In ähnlicher Weise liegt die Grundlage von 'ADHS' als 'Verhaltensstörung' in der Beschreibung einer Fülle von 'abweichenden Verhaltensweisen'. Hier werden Normalisierungsprozesse besonders deutlich, zumal nicht nur eine zu kontaktfreudige Wesensart (welche problematisiert und als 'Hyperaktivität' gelabelt wird), sondern auch eine nicht hinreichend kontaktfreudige Wesensart (welche ebenso problematisiert und als 'Tagträumen' gelabelt wird) als pathologisch angesehen wird.

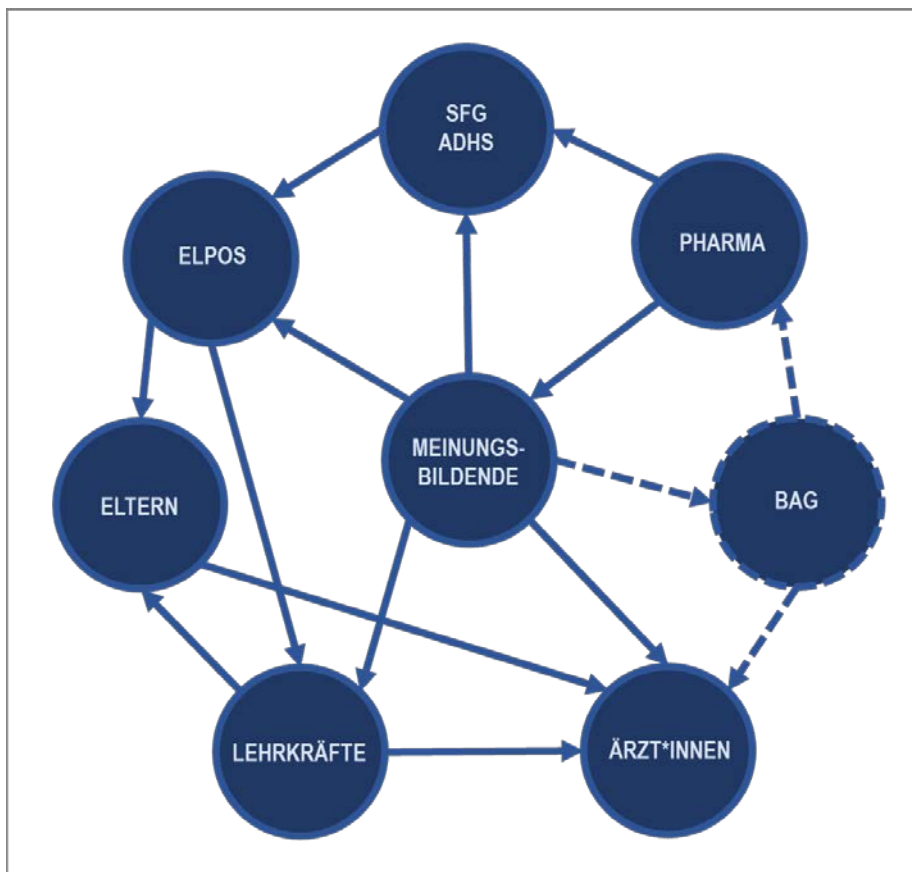
Zudem zeigt vorliegende Arbeit, dass diese 'Symptome' in den verschiedenen kulturellen Regionen der Schweiz unterschiedlich verstanden werden, was deutlich macht, wie die Idee 'abweichenden Verhaltens' zumindest teilweise durch kulturelle Verständnisse geprägt wird. Die Analyse der ätiologischen Grundlagen von ADHS legt zudem nahe, dass vage Annahmen in 'wissenschaftliche Fakten' übersetzt werden (Fleck, 1979). So werden beispielsweise widersprüchliche Erkenntnisse aus Verhaltens-, Epi- und Molekulargenetik zur Vererbbarkeit von ADHS so dargestellt, dass ADHS in 80% der Fälle, oder sogar immer (je nach Quelle), genetisch vererbt sei. Solche Übersetzungsprozesse sind nicht neutral, sondern von bestimmten Wissensbeständen geprägt, welche mit Macht verstrickt sind. Das wichtigste Mittel der Verbreitung des Konzepts von ADHS im Kindesalter in der Schweiz ist wohl die Behauptung ihrer Prävalenzrate. Es sind solche epidemiologischen Formen von Wissen, welche dazu benutzt werden, die Pathologisierung und Medikalisierung von Kindern auf der Ebene der Bevölkerung zu legitimieren. Diese Forschungsarbeit zeigt jedoch auf, dass die behauptete (globale) Prävalenzrate von fünf Prozent durch statistische Manipulationen geschaffen wurde, die auf fragwürdigen Annahmen und spezifischen Wissensbeständen beruhen, welche mit Macht verstrickt sind.

Darüber hinaus legt diese Arbeit nahe, dass die soziale Bedeutung, die 'abweichendem Verhalten' zugeschrieben wird, vor dem Hintergrund sich wandelnder Vorstellungen von Kindheit verstanden wird. Unabhängig davon, ob wir Kindheit in Bezug auf die Dualität von Moral und Unmoral (das dionysische Bild, vgl. Jenks, 2005), Anpassung und Fehlanpassung (das apollonische Bild, ebd.) oder, in jüngerer Zeit, in Bezug auf Verantwortung und Verantwortungslosigkeit (das athenische Bild, vgl. Smith, 2012) verstehen, müssen wir uns bewusst sein, dass solche Konstruktionen erhebliche Konsequenzen haben, nicht nur für Kinder selbst, sondern auch für die Menschen in ihrer Umgebung, einschliesslich Sozialarbeitenden.

Während gängige entwicklungspsychologische Vorstellungen eindeutig dazu beitragen, dass Mitglieder des Schutzkomplexes, einschliesslich Sozialarbeitenden, verstehen, wie Kinder aufwachsen, neigen sie auch dazu, soziale und umweltbedingte Erklärungen an den Rand zu drängen oder gar zu ignorieren. Der gegenwärtige vorherrschende Diskurs neigt daher dazu, mit 'ADHS' gelabelte Kinder fast ausschliesslich auf biologische Dispositionen und Prozesse zu reduzieren und die Stimmen von Kindern (sowie ihre Familien) zu ignorieren, indem sie standardisierten (medizinischen) Interventionen unterworfen werden. Diese Arbeit legt nahe, dass die Art und Weise, wie wir Gesundheit und Krankheit und, allgemeiner, Kindheit konstruieren, reale Konsequenzen für Kinder hat. Während der Übergang von der Psychoanalyse zur Pharmakologie die Schuld auf das 'Gehirn' verlagert und Kinder von 'böse' zu 'krank' umkonzipiert hat, scheinen unterdrückende Formen ihrer Lenkung fortzubestehen.

Die Verstrickung von Macht und Wissen

Meine Forschungsarbeit deutet darauf hin, dass im gesamten vorherrschenden Diskurs um ADHS im Kindesalter einige Stimmen unterstützt werden, während andere an den Rand gedrängt oder sogar unterdrückt zu werden. Praktiker*innen, die für und mit Kindern arbeiten, einschliesslich Sozialarbeitende, sollten sich bewusst sein, dass diejenigen, die befugt sind, Behauptungen über ADHS, ihre Bedeutung und ihre Behandlung aufzustellen, von spezifischen Interessen geleitet werden.



Figur 1: Netzwerk von Akteur*innen, die das ADHS-Phänomen vorantreiben

Konkret legt diese Arbeit nahe, dass die Elternvereinigung Elpos, die sich selbst als neutrale und unabhängige Selbsthilfeorganisation von betroffenen Eltern darstellt, sowohl den vorherrschenden Diskurs über ADHS prägt als auch massgeblich von diesem geprägt wird. Elpos ist bekannt für ihre Sensibilisierungskampagnen, die sich an die breite Öffentlichkeit, Behörden, Fachleute und Lehrpersonen richten (Ehrat, 1994). Durch ihren Ruf als unabhängige und objektive Organisation in Bezug auf ADHS ist Elpos zu einer wichtigen Anlaufstelle nicht nur für Eltern, sondern auch für den breiteren 'Schutzkomplex' (Donzelot, 1980), einschliesslich Sozialarbeitenden, geworden.

In kritischer Perspektive legen die Resultate meiner Forschung nahe, dass das Wissen, auf welches Elpos sich stützt und welches sie verbreitet, nicht neutral, sondern in Machtverhältnisse verstrickt ist (M Foucault, 1980; cf. Michel Foucault, 1989). Beispielsweise änderte Elpos 1995 ihre Organisationsstruktur, um vom Bundesamt für Sozialversicherungen finanzielle Unterstützung zu erhalten. Eine Finanzierung durch eine staatliche Stelle untergräbt nicht notwendigerweise den Objektivitätsanspruch

von Elpos, lässt jedoch Fragen bezüglich des Anspruchs auf Unabhängigkeit aufkommen.

Darüber hinaus scheint die enge Zusammenarbeit von Elpos mit Meinungsbildenden in diesem Bereich problematisch. Diese Beziehung scheint gegenseitig konstitutiv zu sein. So werden Meinungsbildende eingeladen, ihre Artikel bei Elpos zu veröffentlichen, während diese ihrerseits zur Popularisierung der Elternvereinigung beitragen und ihr Autorität und Legitimität verleihen. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass das Wissen, auf welches Elpos zurückgreift und das sie in Umlauf bringt, den Mainstream-Diskurs unterstützt und folglich generell für den gegenwärtigen 'Denkstil' (Fleck, 1979) sprechen, der biologischen Reduktionismus und pharmazeutische Interventionen betont.

Desweiteren ist Elpos durch ihre enge Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Fachgesellschaft für ADHS (im Folgenden Gesellschaft) dem Einfluss der pharmazeutischen Industrie ausgesetzt. So haben beispielsweise wichtige Meinungsbildende, die eng mit Elpos zusammenarbeiten und Mitglieder der Gesellschaft sind, wiederholt substantielle Verbindungen mit der pharmazeutischen Industrie ausgewiesen. Während die Gesellschaft im Gegensatz zu Elpos direkt von dieser Industrie finanziert wird, macht die enge Zusammenarbeit beider Organisationen (einschliesslich gemeinsamer Konferenzen und gemeinsamer Veröffentlichung von Artikeln) beide Organisationen wohl anfällig für politische Agenden.

Auch wenn dies an sich nicht zwingend problematisch ist, sollte es dennoch Teil einer kritischen Gesamtbewertung der von Elpos und der Gesellschaft erhobenen 'Wahrheitsansprüche' sein. Eine solche kritische Reflexion über das Wissen bezüglich ADHS kann auch eine Betrachtung von Quellen, auf denen Behauptungen beruhen, beinhalten, um zu untersuchen, warum bestimmten Personen eine Stimme gegeben wurde, und weshalb sie in bestimmten Kontexten zitiert wurden. Ein solcher kritischer Ansatz kann die Untersuchung möglicher Verbindungen zu anderen Personen und Organisationen, möglicher Interessenkonflikte, die sich aus diesen Verbindungen ergeben, und des besonderen Fachwissens, auf das diese Personen und Organisationen zurückgreifen, einschliessen. Meine Forschung deutet darauf hin, dass der hegemoniale Diskurs über ADHS im Kindesalter in der Schweiz von 'Expert*innen' geführt wird, die versuchen, bestimmte Arten von Definitionen, Evidenz und

Bedeutungen in den Vordergrund zu rücken, während sie gleichzeitig Wissensbestände des Gegendiskurses zu unterdrücken suchen. Die Anerkennung dieser Macht- und Wissensbeziehungen würde Sozialarbeitende in die Lage versetzen, Praktiken zu identifizieren, die potenziell entmachtend und stigmatisierend sind.

Mögliche Fragen

- 1) *Erachten Sie die Diagnose «ADHS» bei Kindern als sinnvoll? Was sind Vorteile und welche kritischen Aspekte sind zu benennen?*
- 2) *Stellen Sie sich vor, Sie werden in Ihrer Arbeit als Sozialarbeiter*in mit dem Thema «ADHS» bei Kindern konfrontiert. Woher beziehen Sie Ihr Wissen zu dem Thema? Inwiefern kann in diesem Zusammenhang von Macht gesprochen werden?*

Teil II

Implikationen für Soziale Arbeit (Fortsetzung)

Betonung von Leidensdruck und Vernachlässigung von Kontext

Meine Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Darstellungen von Leidensdruck ein Kernelement sind, entlang dessen ADHS im Kindesalter in der Schweiz diskursiv konstruiert wird. Da einer 'psychischen Störung' im Gegensatz zu einer 'medizinischen Krankheit' keine nachweisbare physische Pathologie zugrunde liegt, wird die Idee des subjektiven Leidensdrucks zur Legitimation sowohl von Labellingsprozessen als auch von Behandlungsinterventionen bei Kindern verwendet. Dies wird insbesondere in den Geschichten sichtbar, die im Laufe des Diskurses präsentiert werden. In Übereinstimmung mit Best (2001) argumentiere ich, dass solche Illustrationen in der Regel besonders dramatisch sind. Sie enthalten zum Beispiel Beschreibungen von Jungen, die auf Klassenkameraden springen und sie in den Nacken beißen (Daum, 2005) oder in der Schule einen Wutanfall bekommen und andere Schüler schlagen (Jeitziner, 2005). Solche Geschichten repräsentieren nicht die breitere Bevölkerung derer, die mit 'ADHS' gelabelt sind, sondern zielen darauf ab, die erhebliche Belastung darzustellen, die diese 'psychische Störung' mit sich bringen kann. Der Schwerpunkt liegt dabei eher auf 'Krankheit' als auf 'Boshaftigkeit' bei diesen Kindern und auf der Erleichterung, die Arzneimittel bringen. Ohne den erheblichen Leidensdruck, den einzelne Kinder erfahren, zu ignorieren, kann hier argumentiert werden, dass solche

Beispiele keineswegs repräsentativ sind. Vielmehr zielen sie darauf ab, die moralische Verpflichtung zur Linderung von Leid zu verdeutlichen. Dabei dienen diese Darstellungen als Mittel zur Legitimierung pharmazeutischer Interventionen, auch wenn keine Diagnose vorliegt:

Selbstverständlich kann bei hohem Leidensdruck eine ADHS-spezifische Behandlung auch dann durchgeführt werden, wenn keine gesicherte ADHS vorliegt (Rossi, 2016a, S. 17).

Es liegt mir fern, den erheblichen Leidensdruck, den einzelne Kinder erfahren, zu relativieren oder gar zu leugnen. Doch während der Leidensdruck bei Kindern real ist, so mein Argument, scheint die Art und Weise, wie wir diesen verstehen und behandeln, nicht hilfreich zu sein. Wie Wastell und White (2017, S. 74) betonen, verändert eine ausschliesslich neurologische und genetische Betrachtung von ADHS 'die Art und Weise, wie wir über menschliches Leben denken und es erklären, grundlegend'. Dies, so schlagen sie weiter vor, prägt auch Forschungsagenden, insbesondere im Hinblick darauf, wie Prioritäten gesetzt und Mittel verteilt werden. Ein solcher Ansatz neigt dazu, Umweltaspekte, die Verhaltensmuster prägen, zu verschleiern, was wiederum potenziell zur Entmachtung von Kindern führt. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Kinder selbst sehr viel kritischer in Bezug auf den Nutzen von Stimulanzien sind als die Mitglieder des 'Schutzkomplexes', in dem Soziale Arbeit eine wichtige Rolle spielt (Esslinger & Schöbi, 2017). Auf die Frage 'Hat dein ADHS-Medikament einen Einfluss auf dein Leiden?' antworteten nur 30% der Kinder mit 'mein Leiden wird schwächer', während 15% sagten, 'mein Leiden wird stärker', 45% sagten, es habe 'kein[en] Einfluss', und 20% sich entschieden, die Frage nicht zu beantworten.

Dies wirft wichtige ethische Fragen zur Selbstbestimmung auf, die auch mit den von der Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE, 2011) geäusserten Bedenken resonieren. In diesem Zusammenhang können Kinder, die sich gegen eine Stimulanzienbehandlung sträuben oder nicht wie erwartet darauf ansprechen, einer noch umfassenderen Behandlung unterzogen werden, die eine Kombination von pharmazeutischen Wirkstoffen beinhaltet. Beispielsweise wurde in einem Medienartikel des Gegendiskurses problematisiert, dass ein Junge im Alter von 10 Jahren morgens Methylphenidat, mittags Antidepressiva und abends eine Schlaftablette erhalten hat (Straumann, 2015). Darüber hinaus legen die Ergebnisse meiner Forschung nahe, dass die Nichteinhaltung solcher Behandlungsvorgaben bei Kindern und Jugendlichen einen grossen Druck auf deren Eltern ausüben kann. Vor

diesem Hintergrund wird die Rolle von Sozialarbeitenden zunehmend als die eines 'Compliance-Managers' umgedeutet (Janzen & Jeffery, 2013). Wenn man jedoch Soziale Arbeit auf diese Rolle (d.h. der Überwachung von Kindern und Eltern bezüglich der korrekten Einnahme psychotroper Stoffe) reduziert, kann dies zu einer weiteren Entmachtung von Kindern führen und nichtmedizinische Erklärungen von Widerstand, wie z.B. kulturelle Unterschiede, ausser Acht lassen. Ein Indikator für die eher schwache Stellung von Kindern im Diskurs über ADHS ist ihr fast vollständiges Fehlen auf allen analysierten Diskursebenen (d.h. in den Medien, auf der politischen Ebene und auf der Ebene elterlicher Interessenvertretung).

Die Anerkennung der Bedeutung sozialer und umgebungsbedingter Kontexte für die Entwicklung von Kindern führt jedoch nicht notwendigerweise zu sensibleren und ermächtigenden Ansätzen. Kritische Wissenschaftler haben wiederholt argumentiert, dass neuere Vorstellungen von Kindheit zwar die aktive Rolle von Kindern in ihrer eigenen Entwicklung anerkennen, dass sie aber auch zur Ausweitung des 'medizinischen Blicks' auf intra- und interpersonale Aspekte der Lebenswelten von Kindern führen können (vgl. Fendler, 2001; Smith, 2012). Darüber hinaus kann die Rahmung individuellen Leidens in ausschliesslich medizinischen Begriffen grössere Ungleichheiten in der Gesellschaft, einschliesslich solcher, die auf 'Rasse', Geschlecht und Klasse beruhen, sowohl verstärken als auch verschleiern. Durch das enge Verständnis von gezeigtem Verhalten und erlebtem Leidensdruck können Frühinterventions- und Präventionsstrategien, zu denen die Soziale Arbeit gehört, das Risiko bergen, Kinder unnötig in therapeutische Interventionen hineinzuziehen.

Die Rolle der Massenbeschulung

Die Analyse des Diskurses zu ADHS im Kindesalter legt nahe, dass Umweltfaktoren die Lebenserfahrungen von Kindern massgeblich prägen und dass diese Faktoren durch eine Rahmung von ADHS in ausschliesslich oder primär medizinischer Weise maskiert werden können. Insbesondere deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die spezifischen räumlichen und zeitlichen Charakteristika des heutigen Schulwesens gesunde Lernwege vieler Kinder eher untergraben als ermöglichen.

So erfordern beispielsweise jüngste bildungspolitische Veränderungen in der Schweiz (vgl. EDK, 2015), dass Kinder in immer früherem Alter stillsitzen und sich konzentrieren müssen. Was früher Kindergarten war, ist nun als Vorschule neu konzipiert worden. Dazu gehört die Übernahme einiger räumlicher und zeitlicher Charakteristika der

Schule, wie z.B. die Idee, vierjährige Kinder standardisierten Zeiteinheiten, d.h. 45 Minuten langen Unterrichtseinheiten, zu unterziehen. Berichte von Kinderärzt*innen deuten darauf hin, dass solche Anforderungen die Diagnose und Beurteilung von Kindern beeinflussen können und dass '[v]iele Kinder pathologisiert [würden], weil es an den Schulen an Wissen fehl[e]' (S. Schmid, 2011). Während Kinder in der Schweiz im Alter von 4 Jahren rekrutiert werden, liegt das Schulabgangsalter immer noch bei 15 Jahren (Educa, 2020), was bedeutet, dass Kinder länger als je zuvor in der Geschichte in der Schule sind.

Darüber hinaus scheinen Übergänge wie beispielsweise von der Vorschule zur Schule und von der Grundschule zur Sekundarschule Kinder unter Stress zu setzen. Die Zunahme des Konsums von Stimulanzien in diesen Übergangszeiten, d.h. im Alter von 6 und 12 Jahren (Hirschberg, 2011), lässt vermuten, dass solche strukturellen Bedingungen, welche auch als strukturelle Gewalt (Galtung, 1969) bezeichnet werden können, bei Kindern Leidensdruck hervorruft, welcher dann mit pharmazeutischen Mitteln gemildert werden soll. Darüber hinaus deuten politische Debatten darauf hin, dass Schule eine Quelle des Drucks bei der Pathologisierung von Kindern sein kann. So schlägt beispielsweise eine kürzlich dem Landrat des Kantons Basel-Landschaft vorgelegte Motion (2018) vor, die diagnostische Abklärung von Kindern auch ohne Zustimmung der leiblichen Eltern oder Erziehungsberechtigten durchzusetzen, wenn entweder die Entwicklung des Kindes gefährdet oder das schulische Umfeld erheblich beeinträchtigt würde.

Wie Heinz (2015) betont, besteht eine potenzielle Gefahr darin, sozial unerwünschtes Verhalten als Symptom einer Krankheit zu interpretieren. Der Hinweis auf das schulische Umfeld, das negativ beeinflusst würde, wenn das Kind keiner medizinischen Intervention unterworfen würde, scheint diese Sorge zu untermauern. Mit anderen Worten: Wenn ein Kind als eine Belastung für seine (schulische) Umgebung angesehen wird, dann sollte es einer medizinischen Behandlung unterzogen werden. Im Zuge der Abschaffung körperlicher Züchtigung in Schulen kann auch die Unterwerfung von Kindern unter eine pharmakologische Behandlung als eine Form der Bestrafung angesehen werden, welche die Grenzen zwischen Disziplinierung und Behandlung verwischt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Kinder, wenn sie sich schulischer Disziplin widersetzen, einer noch engeren Überwachung und Lenkung unterworfen werden. So erinnert zum Beispiel die von zwei

Psycholog*innen vorgelegte detaillierte Darstellung, wie man die Einhaltung von Hausaufgabenroutinen bei Kindern erhöhen kann (Grolimund & Rietzler, 2016), an das, was Foucault (1989, S. 153) als 'instrumentelle Codierung des Körpers' bezeichnete.

Darüber hinaus scheint moderne Massenbeschulung in Bezug auf das Angebot einer sinnvollen Lernumgebung bei vielen Kindern zu versagen. Insbesondere der Ansatz, Lernprozesse in sehr kleine Schritte zu unterteilen und diese Schritte räumlich und zeitlich zu standardisieren, scheint zeitgenössische pädagogische Praktiken potentiell bedeutungslos zu machen. Dies wird besonders deutlich in der folgenden Darstellung eines Psychologen:

Die Fähigkeit, sich auch etwas subjektiv nicht so Interessantem widmen zu können, ist eines der Hauptziele jeder ADHS-Therapie. Wenn ein Kind mit einer ADHS dies einigermaßen gut beherrscht, kann es einer Lehrerin selbst dann zuhören, wenn es weniger interessant klingt, kann an den Hausaufgaben dranbleiben, auch wenn es darin persönlich keinen Sinn erkennt (Rossi, 2016b, S. 50).

Mit anderen Worten: Kinder sind einer Lernumgebung ausgesetzt, die für sie langweilig und völlig bedeutungslos sein kann. Wenn Kinder jedoch auf diesen Bedeutungsverlust auf ihrem Lernweg in unerwünschter Weise reagieren, dann wird ihr Verhalten pathologisiert. Wie ich bereits früher argumentiert habe, scheint das Hauptziel einer 'ADHS'-Therapie also darin zu bestehen, Kinder an diese Bedeutungsleere anzupassen. Die Forderung, dass ein Kind in der Lage sein muss, 'an den Hausaufgaben dran[zu]bleiben, auch wenn es darin persönlich keinen Sinn erkennt', wurde von dem DSM operationalisiert. Dementsprechend wird ein Kind mit 'ADHS' als eines betrachtet, welches schulische Aufgaben 'oft vermeidet', 'nicht mag' oder sich diesen 'widerwillig' widmet (APA, 2013, S. 59).

Der Fokus liegt somit klar auf Normalisierungsprozessen, während individuelle Bedürfnisse und Interessen von Kindern weitgehend unberücksichtigt zu bleiben scheinen. Vor allem Kinder mit einem hohen Mass an Kreativität und Neigung zu divergierendem Denken scheinen in solchen Umgebungen Leidensdruck zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen frühere Darstellungen kritischer Pädagog*innen, die wiederholt auf die Notwendigkeit hingewiesen haben, Bildung sinnvoller zu gestalten (vgl., beispielsweise, Czerny, 2010; Robischon, 2019).

Die Analyse bildlicher Darstellungen, die im Diskurs zu ADHS in der Schweiz verwendet werden, legt nahe, dass Schule eine zentrale Rolle beim Aufbau des Bildes

des 'ADHS-Kindes' spielt. Ohne den institutionellen Rahmen von Schule werden viele, wenn nicht sogar alle Verhaltensweisen, die unter dem Oberbegriff 'ADHS' problematisiert werden bedeutungslos. Dies steht im Einklang mit früheren Untersuchungen. Zum Beispiel argumentiert Gerspach (2006), dass ADHS nur im Zusammenhang mit Schule und ihrer breiteren Einbettung in die Gesellschaft verstanden werden kann.

Ich argumentiere, dass hegemoniale Ansätze des 'Schutzkomplexes', einschliesslich Soziale Arbeit, die Verhalten primär in medizinischen Begriffen umrahmen, dazu neigen, Kinder zu pathologisieren und Interventionen zu befördern, die darauf abzielen, sie an potentiell schädliche Strukturen zu binden. Wie sich gezeigt hat, sind sowohl die Konstruktion von ADHS als auch die Gestaltung der damit verbundenen diagnostischen Prozesse auf die Anforderungen moderner Massenbeschulung, und nicht auf die Bedürfnisse von Kindern ausgerichtet. Jüngste diskursive Verschiebungen, wie die Betonung von Inklusion in Bildung (vgl. Binswanger, 2013) und die Ausrichtung von Familienleben (vgl. Straumann, 2012) und Freizeit (vgl. Zilic, 2011) an Bildungszielen, können die Situation für mit 'ADHS' gelabelten Kindern weiter verschärfen. Vor diesem Hintergrund erscheint die pharmazeutische Behandlung von Kindern kein sensibler, ermächtigender Ansatz zu sein. Vielmehr dient dieser dazu, Kinder an die zeitlichen und räumlichen Anforderungen heutiger Massenbeschulung anzupassen.

Mögliche Fragen

- 1) *Der Fokus auf dem individuellen Leidensdruck von Kindern und die entsprechende Durchführung medizinischer Maßnahmen scheint der Komplexität kindlicher Lebensentwürfe nicht gerecht zu werden. Welche Alternativen sehen Sie?*
- 2) *Die Beschaffenheit von Schule scheint vielen Kindern Schwierigkeiten zu bereiten. Welche alternativen Bildungsräume wären denkbar, um die mit «ADHS» gelabelten Kinder zu unterstützen?*

Teil III

Perspektiven für Soziale Arbeit

Die Analyse des Diskurses über ADHS im Kindesalter legt nahe, dass dieses Phänomen entlang spezifischem Wissen konstruiert ist, das mit Macht verstrickt ist

und das Verhalten von Kindern potenziell auf biologische Eigenschaften ihres Gehirns reduzieren. Im Gegendiskurs wird jedoch argumentiert, dass ein solcher Ansatz die Vielzahl möglicher beitragender Faktoren, die Kinder dazu bringen könnten, so zu handeln, wie sie es tun, nicht berücksichtigt. Die nächsten Absätze bieten einige einführende Überlegungen zu solch komplexen sozialen Phänomenen, zu (der Rolle) Sozialer Arbeit, zu Fachwissen und zu Professionalisierung. Danach stelle ich mögliche Perspektiven für Soziale Arbeit vor.

Einleitung

Meine Forschung unterstützt weiter gefasste soziologische Erkenntnisse und legt nahe, dass es keine einzelne, umfassende Theorie gibt, die sämtliche Abweichungen von Kindern erklären kann, und dass 'Verhalten' und 'Abweichung' sowie 'Gesundheit' und 'Krankheit' soziale Konstruktionen sind. Vor diesem Hintergrund argumentiere ich, dass Soziale Arbeit (und in der Tat auch der weitere Schutzkomplex) für verschiedene Erklärungen und Ansätze offen sein muss, um die komplexen Phänomene, die wir erleben, anzugehen. Es gibt sicherlich kritische Entwicklungen in diesem Bereich, und Soziale Arbeit hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Anstrengungen zur Professionalisierung unternommen. Diese Bemühungen haben zu anti-expertokratischen Diskursen geführt, in denen Praktiken Sozialer Arbeit kritisiert werden, die das biomedizinische Modell übernehmen und die Autorität von Mediziner*innen unhinterfragt akzeptieren (Hanses, 2007). Ein von Kritikern vorgebrachtes Argument war zum Beispiel, dass die Einführung der Idee der 'Diagnose' zwar durchaus einen Wert für die Positionierung Sozialer Arbeit im weiteren Berufsfeld haben mag, dass sie aber möglicherweise auch soziale Probleme naturalisiere und individualisiere.

In jüngerer Zeit hat Soziale Arbeit jedoch begonnen, sich für die als 'krank' bezeichneten Menschen einzusetzen und sie bei der Hinterfragung medizinischer Lehrmeinung zu unterstützen (vgl. Cree, 2010). Gleichzeitig ist Soziale Arbeit nach wie vor Mitglied des 'Schutzkomplexes', das in traditionellen, von Mediziner*innen geleiteten Gesundheitseinrichtungen in ergänzender (und meist untergeordneter) Funktion arbeitet. Zwar gibt es innerhalb Sozialer Arbeit Bestrebungen, den strukturellen Ungleichheiten, die das Leben von Kindern und ihren Familien prägen, entgegenzutreten, doch ist ihre Rolle nach wie vor von widersprüchlichen Beratungs- und Kontrollaufgaben geprägt (vgl. Meinhold, 2005).

Soziale Arbeit muss Anspruch auf Fachwissen und Fähigkeiten erheben, wenn sie den Professionalisierungsstatus erreichen will, den sie benötigt, um in dieser sich immer stärker professionalisierenden Welt zu gedeihen. Ich argumentiere, dass psychische Gesundheit, und insbesondere ADHS, einer der Bereiche ist, an denen wir sehen können, dass sich die Soziale Arbeit zu sehr auf medizinische Modelle verlässt, während sie Umwelt- und Strukturfragen nicht in vollem Umfang berücksichtigt. Darüber hinaus argumentiere ich, dass Soziale Arbeit von einem stärkeren Engagement mit kritischeren Analysen des Wissens und der Fähigkeiten, deren sie sich bedient, und die sie vermittelt, profitieren würde.

Vor diesem Hintergrund schlage ich vor, dass die Einführung eines 'dritten Mandats' (Staub-Bernasconi, 2007, vgl. 2011) zusammen mit einer praxeologischen, emanzipatorischen und reflexiven Perspektive (vgl. Hanses, 2007) dazu führen kann, Soziale Arbeit in Richtung antidiskriminierender und antiunterdrückerischer Praktiken voranzubringen. Diesem 'dritten Mandat' und diesen Perspektiven widmet sich nun die Diskussion.

Praxeologische Perspektive

Die erste Perspektive betrifft die praxeologischen Aspekte von Interventionen Sozialer Arbeit. Hanses (2007) schlägt vor, dass Soziale Arbeit eine Perspektive benötigt, die sowohl Produktion als auch Auswirkungen von Macht in den Settings, in denen sie tätig ist, berücksichtigt. Soziale Arbeit braucht daher sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch praxisorientierte Modelle, die es ihr ermöglichen, sich für die Machtpraktiken in sozialen Räumen und Institutionen, welche die Lebenswelten von Kindern prägen, und für die Bedeutung von Wissen und Macht in diesem Kontext zu sensibilisieren. Wie ich bereits angedeutet habe, zielen Diskurse, darunter auch der zu ADHS, darauf ab, Kinder und ihr Verhalten zu normalisieren. Eine praxeologische Perspektive würde daher eine kritische Würdigung solcher Normalisierungsprozesse und ihrer Auswirkungen auf Kinder einschließen.

Die Praxis Sozialer Arbeit findet in einem Feld konkurrierender Interessen statt. Besonders besorgniserregend sind Spannungen, die sich aus dem so genannten 'Doppelmandat' ergeben (Meinhold, 2005). Mit diesem Begriff soll betont werden, dass Sozialarbeitende nicht nur den Auftrag haben, Kindern und ihren Familien (sowie Erwachsenen, die als 'bedürftig' gelten) zu 'helfen', sondern sie auch zu 'kontrollieren'. Historisch gesehen geht dieses Doppelmandat auf das 18. Jahrhundert zurück und

wird daher als das erste Mandat Sozialer Arbeit bezeichnet (Schmocker, 2006). Mittels einer gesellschaftlichen Makroperspektive bestimmt dieser Auftrag die Bedürfnisse des Einzelnen vor dem Hintergrund vorherrschender Sozialpolitik und in Anlehnung an die Organisationslogiken von Wohlfahrtsgesellschaften. Dem Doppelmandat liegt die Annahme zugrunde, dass die 'Funktionsfähigkeit' der Gesellschaft von der Fähigkeit ihrer Individuen abhängt, sich an die Bedingungen moderner Gesellschaften anzupassen (vgl. Bommers & Scherr, 1996). Dieses Verständnis prägt die Praxis Sozialer Arbeit nach wie vor massgeblich. So wird z.B. die Unterstützung von Familien mit Sozialhilfeleistungen davon abhängig gemacht, dass sich die Empfänger*innen solcher Leistungen verschiedenen Disziplinarmaßnahmen unterziehen, wie z.B. sich regelmässig bei den Behörden zu melden und seine Kinder fortlaufend medizinisch untersuchen zu lassen. In diesem Zusammenhang kann die 'Hilfe', die wir Kindern mit dem Label 'ADHS' anbieten, auch als eine Form sozialer Kontrolle wahrgenommen werden.

In den 1950er Jahren begannen jedoch emanzipatorische Bürgerrechtsbewegungen für ein zweites Mandat Sozialer Arbeit zu plädieren, das aus einer individuellen Mikroperspektive grundlegende und legitime menschliche Ansprüche thematisiert (vgl. Schmocker, 2006). Dieses anthropologisch und sozialpsychologisch motivierte Mandat legt nahe, dass die von Not, Armut oder Ungerechtigkeit Betroffenen am besten wissen, was sie brauchen und wie sie ihre Situation überwinden können. So wurden z.B. Mütter, welche es ablehnten, ihre Kinder impfen zu lassen, zunehmend als Personen betrachtet, die legitime, menschliche Ansprüche erheben, und nicht als Ungehorsame, die sich dieser Form der 'Hilfe' (und der damit einhergehenden Kontrolle) nicht unterwerfen konnten oder wollten. Im Zuge der wirtschaftlichen Wende in den 1980er Jahren wird dieses zweite Mandat jedoch zunehmend an den Rand gedrängt (ebd.).

Um die Praxis Sozialer Arbeit aus dem Dualismus von Hilfe und Kontrolle herauszuführen, schlägt Staub-Bernasconi (Staub-Bernasconi, 2007, 2011) vor, diese Perspektiven zu kombinieren, d.h. die Bottom-up-Perspektive des Individuums und die Top-down-Perspektive der Gesellschaft. Um jedoch zu verhindern, dass eine dieser Perspektiven vorherrschend wird, schlägt sie vor, ein drittes Mandat (das sie als 'Tripelmandat' bezeichnet) einzuführen, um zwischen potenziellen Spannungen zu vermitteln, die sich aus den ersten beiden Mandaten ergeben. Statt sich auf 'Bedarfe'

zu konzentrieren, die von Gesellschaften definiert werden, oder auf 'Ansprüche', die von Einzelpersonen erhoben werden, betrachtet das Tripelmandat 'menschliche Bedürfnisse' als das ultimative Ziel, auf das alle Bemühungen Sozialer Arbeit ausgerichtet sein sollten. Aus dieser Perspektive besteht die Rolle Sozialer Arbeit darin, zur Verwirklichung menschlicher und sozial gerechter Strukturen beizutragen, indem soziale Probleme angegangen werden, die sich aus unterdrückten menschlichen Bedürfnissen ergeben.

Das Tripelmandat, wie von Staub-Bernasconi vorgeschlagen, basiert auf drei elementaren Komponenten: (i) Beschreibungs- und Erklärungswissen der Profession, (ii) moralisch-philosophisches Wissen, insbesondere berufsethische Kodizes und (iii) Prinzipien der Menschen- und Sozialrechte als allgemeine Legitimationsgrundlage, insbesondere der Menschenrechte (basierend auf dem Konzept der Menschenwürde) und sozialer Gerechtigkeit.

In Weiterführung dieser Überlegungen betont Schmocker (2019), dass die Konzepte von Menschenwürde und sozialer Gerechtigkeit als Kernelemente des Tripelmandats als relational zu verstehen sind. Dies bedeutet, so Schmocker, vor allem, die Qualität der Beziehungen zwischen Menschen zu berücksichtigen, die notwendig ist, um sie in die Lage zu versetzen, nachhaltige Gemeinschaften aufzubauen.

Ein entschieden menschenrechtsorientierter Ansatz in Sozialer Arbeit würde daher beinhalten, die Komplexität individualisierter Probleme (wie z.B. 'ADHS') sichtbar zu machen und diese in ihren grösseren Zusammenhängen zu untersuchen und zu thematisieren, mit einem besonderen Fokus auf Machtverhältnisse. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Beiträge des Gegendiskurses, welche die Bedeutung von Umweltfaktoren für das Leben von Kindern betonen. Eine solche Haltung würde den biologischen Reduktionismus in Frage stellen, auf dem die medizinische Diagnose «ADHS» massgeblich aufbaut.

Emanzipatorische Perspektive

Das Tripelmandat, wie oben erörtert, betont die Notwendigkeit, grundlegende und legitime Ansprüche des Einzelnen zu berücksichtigen. Ein möglicher Ansatz für eine solche emanzipatorische Perspektive ist die Einführung einer 'Standpunkt-Epistemologie der unterdrückten Wissensarten', wie sie von Hanses (2007, S. 318) vorgeschlagen wurde. Wie bereits diskutiert, ermöglichen wissenschaftliche und professionelle Wissensbestände Praktiken, die mit Macht verstrickt sind. Diese neigen

dazu, komplexe soziale Probleme auf medizinisch behandlungsbedürftige psychische 'Störungen' zu reduzieren.

Beispielsweise versuchen diskursive Praktiken im Zusammenhang mit ADHS, Kinder kenntlich und lenkbar zu machen, indem sie ihr Verhalten von ihren komplexen Lebenserfahrungen abstrahieren. Das 'ADHS-Kind' wird also durch die Generierung von spezifischem Wissen, das als nützlich für professionelle (medizinische) Praktiken angesehen wird, konstituiert. Dies wird besonders deutlich in der *Deutschen Leitlinie zu ADHS* (DGKJP et al., 2018). Diese Leitlinie neigt dazu, Kinder von der Komplexität ihrer Lebenserfahrungen zu trennen und sie einer Reihe von Empfehlungen zu unterwerfen, die das hervorheben, was als 'beste klinische Praxis' von Mediziner*innen gilt, wodurch menschliche Bedürfnisse von Kindern gleichzeitig ignoriert werden.

Soziale Arbeit, so Hanses (2007), sollte sich diesen Ansätzen nicht anschliessen, indem sie einen eigenen Kanon an diskursivem Expert*innenwissen generiert. Vielmehr würde ein emanzipatorischer Ansatz seinen Schwerpunkt auf das Erfahrungswissen von Kindern und ihren Familien legen. Ein solcher Ansatz würde das Subjekt und seine konkret gelebten Erfahrungen wieder in den Diskurs einbringen. Darüber hinaus würde er Kindern und ihren Familien eine Stimme geben und Sozialarbeitenden ermöglichen, mehr über deren Bedürfnisse und Ziele im Kontext konkreter Lebenserfahrungen und in Bezug auf ihre spezifischen Lebenswelten zu erfahren.

Die Ergebnisse meiner Forschung deuten darauf hin, dass, obwohl jüngste Veränderungen in idealisierten Bildern von Kindheit (vgl. das athenische Bild, Smith, 2012) die Vorstellungen von Partizipation und Handlungsfähigkeit bei Kindern hervorheben, die Art und Weise, wie wir diese umsetzen, potenziell eher manipulativ als ermächtigend ist.

Ich argumentiere daher, dass 'ADHS' als Beispiel dafür betrachtet werden kann, wie die Stimmen von Kindern ungehört bleiben, und zwar nicht trotz, sondern vielmehr durch Praktiken, die darauf abzielen, fortgeschritten-liberale Identitäten zu fördern. Die Art und Weise, wie der Schutzkomplex, einschliesslich Sozialer Arbeit, dazu neigt, Kinder (und in der Tat auch ihre Familien) zu sehen, scheint immer noch eher paternalistisch und entmündigend zu sein. Dies zeigt sich insbesondere in der fast vollständigen Abwesenheit der Ansichten von Kindern und in der eher schwachen

Rolle der Eltern im Diskurs zu ADHS. Zum Beispiel werden Eltern bei der medizinischen Beurteilung und Behandlung 'psychischer Störungen' ihrer Kinder immer mehr zu Verbündeten medizinischer Interventionen reduziert und sehen sich möglicherweise dem Druck von 'Expert*innen' ausgesetzt, wenn sie sich gegen die Medikalisierung des Verhaltens ihrer Kinder wehren.

Durch eine kritische Anerkennung solcher Dynamiken kann Soziale Arbeit darauf abzielen, neues Wissen über Kinder und Kindheit im Allgemeinen und über zeitgenössische Phänomene wie 'ADHS' im Besonderen aufzubauen. Indem sie Kindern und ihren Familien eine Stimme gibt, kann sich Soziale Arbeit für die komplexen und vielfältigen Lebenserfahrungen von Kindern und Jugendlichen öffnen. Durch die Betrachtung und Behandlung von Kindern und ihren Familien als Expert*innen ihres eigenen Lebens, kann Soziale Arbeit darüber hinaus neue, partizipative Wege finden, um ermächtigendes Wissen über Kinder und Kindheit aufzubauen. Dies spiegelt sich auch im zweiten Mandat wider, das ich oben besprochen habe und das betont, dass diejenigen, die von Widrigkeiten betroffen sind, am besten wissen, was sie brauchen. Durch die Einführung eines Tripelmandats würden Ansprüche von Einzelpersonen dann jedoch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Strukturen und Ressourcen interpretiert (Doppelmandat) und im Lichte sowohl beschreibender als auch erklärender Kenntnisse Sozialer Arbeit, Berufsethik und Menschenrechten reflektiert. Indem Soziale Arbeit offen ist und sich anhört, wie Kinder Sinn und Verständnis in ihre Lebenswelten einbringen, können Sozialarbeitende endlich die individuellen und psychologischen Ansätze überwinden, welche die Stimme von Kindern gegenwärtig ignoriert und Heranwachsende Interventionen unterwerfen, welche den weiteren Kontext, der ihr Leben und ihre Erfahrungen prägt, nicht berücksichtigt.

Reflexive Perspektive

Hanses (2007) schlägt vor, dass eine reflexive Perspektive vor allem die Haltung betrifft, sich systematisch mit dem Kontext der Konstruktion von Wissen und den durch dieses Wissen ermöglichten Praktiken zu befassen. Vor dem Hintergrund der weiteren Professionalisierung würde die Einnahme einer reflexiven Perspektive folglich erfordern, dass Soziale Arbeit eine kontinuierliche kritische Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Professionspraxis einschliesst.

Dazu gehört zum Beispiel eine kritische Reflexion über idealisierte Bilder von Kindheit, um diese zu dekonstruieren, und eine kritische Reflexion über Praktiken, die durch solche Bilder ermöglicht werden. Als Mitglieder des 'Schutzkomplexes' (Donzelot, 1980) arbeiten Sozialarbeitende in ihrer Praxis mit einer Reihe von Annahmen über Kinder und Kindheit. Die Infragestellung dieser scheinbar selbstverständlich gewordenen Annahmen (z.B. des entwicklungspsychologischen Ansatzes) ist eine Voraussetzung für die Dekonstruktion von Konzeptualisierungen von Kindheit, die Phänomene, einschliesslich des 'ADHS-Verhaltens', auf wenig hilfreiche Weise rahmen.

Bourdieu (1996) schlug eine 'reflexive Anthropologie' vor, um Reflexivität zu erleichtern. Ein solcher kritisch-reflexiver Ansatz würde zwei Dimensionen umfassen. Erstens würde dies die Untersuchung der Verstrickungen von Macht und Wissen in diskursiven Praktiken einschliessen, welche die Lebensbedingungen konstituieren und die Lebenserfahrungen von Kindern und ihren Familien prägen. Meine Forschungsarbeit kann als ein Beitrag zu dieser ersten Dimension reflexiver Anthropologie verstanden werden. Auf einer praktischen Ebene würde dies auch die kritische Reflexion von Sozialarbeitenden über ihre eigene professionelle Praxis einschliessen. Eine solche Perspektive würde Soziale Arbeit als gut gemeinte und per se emanzipatorische Hilfe in Frage stellen, auch in Kontexten, die explizit als ermächtigend angesehen werden.

Ein kritisches Bewusstsein und eine reflexive Herangehensweise an (manchmal subtile) Formen der Macht und ihre (nicht unbedingt beabsichtigte) Dynamik scheinen daher unerlässlich, um die Ermächtigung von Kindern, ihren Familien und der Gemeinschaften, in denen sie leben, zu fördern. In diesem Zusammenhang bietet das Tripelmandat die Möglichkeit, die Praxis Sozialer Arbeit im Sinne ihrer Berufsethik und im Lichte der Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit kontinuierlich zu reflektieren.

Mögliche Fragen

- 1) *Welche Kernelemente umfasst ein auf dem Tripelmandat basierender Ansatz Sozialer Arbeit? Inwiefern könnte dieser Ansatz die konkrete praktische Arbeit mit „ADHS“ gelabelten Kindern verändern? Welche veränderte Herangehensweise an kindliche Auffälligkeiten ergibt sich daraus?*

2) *Welche (möglicherweise neu definierte) Rolle ergibt sich, vor dem Hintergrund der in diesem Vortrag dargelegten Informationen, für die Soziale Arbeit? Wie würden Sie Ihre Rolle als Sozialarbeiter*in im Kontext ADHS definieren?*

Referenzen

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bartel, D., & Ullrich, P. (2008). Kritische Diskursanalyse – Darstellung anhand der Analyse der Nahostberichterstattung linker Medien. In U. Freikamp, M. Leanza, J. Mende, S. Müller, & P. Ullrich (Hrsg.), *Kritik mit Methode? Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik*. Dietz.
- Best, J. (2001). *Damned lies and statistics: Untangling numbers from the media, politicians, and activists*. University of California Press.
- Binswanger, M. (2013). Nicht mehr zumutbar. *Tagesanzeiger*.
- Bommes, M., & Scherr, A. (1996). Soziale Arbeit als Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und/oder Exklusionsverwaltung. In R. Merten, P. Sommerfeld, & T. Koditek, *Sozialarbeitswissenschaft—Kontroversen und Perspektiven* (S. 93–119). Luchterhand.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1996). *Reflexive Anthropologie* (H. Beister, Übers.; 4. Aufl.). Suhrkamp Verlag.
- Carabine, J. (2001). Unmarried Motherhood 1830-1990: A Genealogical Analysis. In M. Wetherell, S. Taylor, & S. Yates (Hrsg.), *Discourse as Data: A Guide for Analysis* (First edition, S. 267–310). Sage.
- Clapton, G., & Cree, V. E. (2017). Communicating concern or making claims? The 2012 press releases of UK child welfare and protection agencies. *Journal of Social Work*, 17(1), 71–90. <https://doi.org/10.1177/1468017316637228>
- Cree, V. (2010). *Sociology for Social Workers and Probation Officers*. Taylor and Francis.
- Czerny, S. (2010). *Was wir unseren Kindern in der Schule antun: ...Und wie wir das ändern können*. Südwest Verlag.
- Daum, C. (2005). Endlich ein lebensnaher Artikel über Ritalin. *Tagesanzeiger*.
- DGKJP, DGPPN, & DGSPJ (Hrsg.). (2018). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter»*. AWMF.
- Dolby, N., Dimitriadis, G., & Willis, P. (Hrsg.). (2004). *Learning To Labour In New Times*. Routledge.

- Donzelot, J. (1980). *The policing of families*. Hutchinson.
- EDK. (2015). *Interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat)*. Schweizerische Konferenz der Kantonalen Erziehungsdirektoren.
- Educa. (2020, Januar 20). *Compulsory education*. Swiss education. <https://swisseducation.educa.ch/en/compulsory-education-0>
- Ehrat, F. (1994). Der Elternverein ELPOS entsteht. In F. Ehrat & F. Mattmüller-Frick (Hrsg.), *POS-Kinder in Schule und Familie: Eltern, Lehrer, Ärzte und Therapeuten berichten über ihre Erfahrungen* (6. Aufl., S. 21–28). Haupt.
- Esslinger, J., & Schöbi, D. (2017). *ADHS im Alltag. Symptomatik und affektives Erleben. Präsentation im Rahmen von «Kinder fördern. Eine öffentliche, interdisziplinäre Tagung zum Umgang mit ADHS»*. Collegium Helveticum.
- Fendler, L. (2001). Educating Flexible Souls: The Construction of Subjectivity through Developmentality and Interaction. In K. Hultqvist & G. Dahlberg (Hrsg.), *Governing the Child in the New Millennium* (1 edition, S. 119–142). Routledge.
- Fleck, L. (1979). *Genesis and Development of a Scientific Fact* (T. J. Trenn & R. K. Merton, Hrsg.; F. Bradley, Übers.). University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality, Volume I: an introduction*. Vintage Books.
- Foucault, Michel. (1989). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (A. Sheridan, Übers.). Penguin.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. JSTOR. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Gerspach, M. (2006). Zum verstehen von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl, & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 91–110). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grolimund, F., & Rietzler, S. (2016). Erfolgreich lehren, lernen, arbeiten. Tipps für einen entspannteren Unterricht. In Elpos (Hrsg.), *ADHS in der Schule. Was bedeutet ADHS?; Das hilft im Unterricht; Wichtiges zum Berufseinstieg* (S. 43–46). Elpos.
- Hanses, A. (2007). Professionalisierung in der Sozialen Arbeit—Zwischen Positionierung, Macht und Ermöglichung. In R. Anhorn, F. Bettinger, & J. Stehr (Hrsg.), *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit: Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (S. 309–320). Springer.

- Haubl, R., & Liebsch, K. (Hrsg.). (2010). *Mit Ritalin® leben: ADHS-Kindern eine Stimme geben*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung. *Der Nervenarzt*, 86(1), 36–41. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4108-5>
- Hirschberg, A. (2011). Ritalin hat langfristig keinen Erfolg. *20 Minuten*.
- Illich, I. (1977). Disabling Professions. In I. Illich, I. K. Zola, J. McKnight, J. Caplan, & H. Shaiken, *Disabling Professions* (S. 11–40). Marion Boyars Publishers Ltd.
- Inda, J. (2005). Analytics of the modern: An Introduction. In J. Inda, *Anthropologies of modernity: Foucault, governmentality, and life politics* (S. 1–21). Blackwell.
- Janzen, C., & Jeffery, D. (2013). Prescribing Practice: Pharmaceuticals, Children, and the Governance of Difference. *Journal of Progressive Human Services*, 24(2), 117–139. <https://doi.org/10.1080/10428232.2013.780571>
- Jeitziner, D. (2005). TV-Kritik: Das ist ADHS. *Tagesanzeiger*.
- Jenks, C. (2005). *Childhood*. Routledge.
- Katona, C. L. E., Cooper, C., & Robertson, M. (2015). *Psychiatry at a Glance*. Wiley.
- Landrat des Kantons Basel-Landschaft. (2018). *Entwurf Änderung Bildungsgesetz*. Kanton Basel-Landschaft.
- Leuenberger, B. (2010). Kinder mit ADHS wissen nicht, was sie tun. *Tagesanzeiger*.
- Link, J. (1992). Die Analyse der symbolischen Komponenten realer Ereignisse. Ein Beitrag der Diskurstheorie zur Analyse neorassistischer Äußerungen. In S. Jäger & F. Januschek (Hrsg.), *Der Diskurs des Rassismus* (S. 37–52). Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 45.
- McNamee, S. (2016). *The Social Study of Childhood* (1st ed. 2016 edition). Palgrave Macmillan.
- Meinhold, M. (2005). Über Einzelfallhilfe und Case Management. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (S. 509–522). Springer.
- NEK-CNE. (2011). Human enhancement by means of pharmacological agents. *Swiss Medical Journal - National Advisory Commission on Biomedical Ethics NEK-CNE*, 92(43), 1640–1653.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression

Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Raines, J. C. (2014). An Essay Review of the DSM-5. *School Social Work Journal*, 38(2), 1–10.

Robischon, R. (2019). *Morgengrauen*. Tologo.

Rossi, P. (2016a). Grundsätzliches zur ADHS-Therapie. Zurn Wohl des Kindes. In Elpos (Hrsg.), *Das hilft bei ADHS. Psychoedukation; Verhaltenstherapie; Medikation; Individuelle Unterstützung* (S. 13–18). Elpos.

Rossi, P. (2016b). Medikamente aus Sicht des Psychotherapeuten. In Elpos (Hrsg.), *Das hilft bei ADHS. Psychoedukation; Verhaltenstherapie; Medikation; Individuelle Unterstützung* (S. 49–51). Elpos.

Schmid, B. (2013). Ich lüge gern, ich sammle Socken, ich schreibe viel, ich liebe Sex, ich muss mich kratzen, ich hasse Nähe... Bin ich noch normal? *Tagesanzeiger*.

Schmid, S. (2011). Erlöst die Schüler von unnötigen Diagnosen. *Neue Zürcher Zeitung*.

Schmocker, B. (Hrsg.). (2006). *Liebe, Macht und Erkenntnis: Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Lambertus.

Schmocker, B. (2019). Zur Rolle der Sozialen Arbeit in der Gesellschaft: Das dritte Mandat. In R. Portmann & R. Wyrsh (Hrsg.), *Plädoyers zur Sozialen Arbeit von Beat Schmocker. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (S. 191–202). Interact.

Smith, K. (2012). Producing governable subjects: Images of childhood old and new. *Childhood*, 19(1), 24–37. <https://doi.org/10.1177/0907568211401434>

Staub-Bernasconi, S. (2007). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Druppelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*. Unpublished Manuscript.

Staub-Bernasconi, S. (2011). From Occupational Double To Professional Triple Mandate: Science And Human Rights As Foundations Of Professional Social Work. *Socialno Delo*, 50(3–4), 173–185.

Straumann, F. (2012). Ritalin-Therapie wird häufig abgebrochen. *Tagesanzeiger*.

Straumann, F. (2013). Jedem seine psychische Störung. *Tagesanzeiger*.

Straumann, F. (2015). Eine Schule fast ganz ohne Ritalin. *Tagesanzeiger*.

Wastell, D., & White, S. (2017). *Blinded by science: The social implications of epigenetics and neuroscience*. Policy.

Willis, P. (1977). *Learning to Labour: How Working Class Kids Get Working Class Jobs*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351218788>

Zilic, A. (2011). Schachspielen macht Kinder ruhig. *Tagesanzeiger*.

Zola, I. K. (1977). Healthism and Disabling Medicalization. In I. Illich, I. K. Zola, J. McKnight, J. Caplan, & H. Shaiken, *Disabling Professions* (S. 41–68). Marion Boyars.