

Bühler, Patrick; Deplazes, Daniel

Der pädagogische Werdegang einer psychiatrischen Diagnose. Der ADHS-Vorläufer "Psychoorganisches Syndrom" (POS) in der Schweiz

Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften 46 (2024) 2, S. 107-117



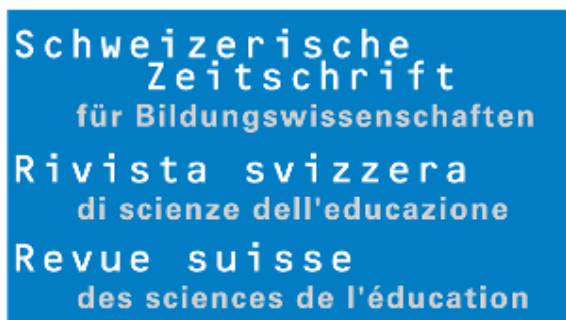
Quellenangabe/ Reference:

Bühler, Patrick; Deplazes, Daniel: Der pädagogische Werdegang einer psychiatrischen Diagnose. Der ADHS-Vorläufer "Psychoorganisches Syndrom" (POS) in der Schweiz - In: Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften 46 (2024) 2, S. 107-117 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-318637 - DOI: 10.25656/01:31863; 10.24452/sjer.46.2.2

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-318637>

<https://doi.org/10.25656/01:31863>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.rsse.ch/index.html>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen sowie Abwandlungen und Bearbeitungen des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and render this document accessible, make adaptations of this work or its contents accessible to the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Der pädagogische Werdegang einer psychiatrischen Diagnose: Der ADHS-Vorläufer „Psychoorganisches Syndrom“ (POS) in der Schweiz

Patrick Bühler, Pädagogische Hochschule FHNW

Daniel Deplazes, Pädagogische Hochschule Thurgau

Von den Sechziger- bis in die Achtzigerjahre wurden international sehr unterschiedliche Diagnosen für das verwendet, was heute mehr oder weniger unter ADHS fielen. In der Schweiz hielt sich ein Vorläufer erstaunlich lange, nämlich die Bezeichnung frühkindliches psychoorganisches Syndrom (POS). Der Beitrag untersucht die Frühgeschichte der ADHS-Diagnose und wie die Schweizer Pädagogik auf neue psychiatrische Diagnosen reagierte.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beschäftigt international seit geraumer Zeit Psychiatrie und Pädagogik. Dabei wird jedoch selten auf die Geschichte der Störung eingegangen und häufig so getan, als ob es schon immer hyperaktive Kinder gegeben hätte. Nur schon ein kurzer Blick in ältere psychiatrische Manuale und pädagogische Publikationen verrät jedoch, dass hyperkinetische Kinder sehr unterschiedlich diagnostiziert wurden. Gerade die Schweiz bietet eine aufschlussreiche „Fallgeschichte“, da sich hier lange die Diagnose „Frühkindliches psychoorganisches Syndrom“ (POS) hielt. Immerhin dauerte die offizielle helvetische Dienstzeit der Bezeichnung von 1971 bis 2012. Diese Diagnose war Teil einer älteren, „weiteren“ nosologischen Tradition, die international verbreitet war. Am Beispiel der Schweiz lässt sich daher gut die Frühgeschichte von ADHS studieren und untersuchen, was der Wandel der Diagnosen für die Pädagogik bedeutete: Welcher Unterschied bestand zwischen den Diagnosen POS und ADHS? Und welche Bedeutung hatten die diagnostischen Differenzen für die Pädagogik? In einem ersten Schritt widmet sich der Beitrag dem internationalen nosologischen Wirrwarr, das von den Sechziger- bis in die Achtzigerjahre herrschte, bevor sich die Diagnose ADHS langsam durchzusetzen begann. In einem zweiten Schritt wird die im Vergleich zu ADHS „weitere“ Diagnose POS erörtert, bevor in einem dritten Schritt untersucht wird, wie die Schweizer Pädagogik auf die Veränderung der Diagnose reagierte: Welche Folgen hatte die Umstellung von POS auf ADHS?

Um das Quellenkorpus zusammenzustellen, wurde die *Bibliographie zur Schweizer Heilpädagogik* ausgewertet, welche die Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik von 1975 bis 2006 herausgab (Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik, 1975–2006). Die Verzeichnisse der Schlagworte der *Bibliographie* wurden nach ADHS, Hyperkinesie, POS etc. durchforstet und die so gefundenen Beiträge durch Schweizer pädiatrische und psychiatrische Literatur der Zeit ergänzt. Zur Geschichte von ADHS gibt es international bislang nur wenig ernsthafte historische Forschung. Einen guten Überblick über die Geschichte von ADHS und eine kritische Einschätzung, wie die Geschichte der Störung in den meisten medizinischen Überblicksdarstellungen geschildert wird, liefert Mathew Smith in *Hyperactive: The controversial History of ADHD*. Die gängigen Darstellungen setzen in der Mitte des 19. Jahrhunderts mit dem Zappel-Philipp aus dem *Struwwelpeter* ein, erwähnen George Still, der um 1900 erste klinische Beschreibungen hyperaktiver Kinder lieferte, springen zu Kindern mit Enzephalitis, bei denen 1920 Hyperkinesie beobachtet wurde, um dann in den Fünfzigerjahren zu landen (Smith, 2012, S. 23–45). Eine der grossen Schwierigkeiten dieses Vorgehens ist, dass die Darstellung offensichtlich sehr löchrig ausfällt, was Orte, Häufigkeit und „Personal“ betrifft: „It might be possible to find very isolated cases in the medical literature prior to the 1950s where something like hyperactivity is described [...], but such examples are infinitesimally rare.“ (Smith, 2012, S. 25) Eine weitere Schwierigkeit dieser Form von Geschichtsschreibung ist, dass dabei zwar meistens auf die Diagnose „Minimal Brain Damage“ (MBD) verwiesen wird, sie aber häufig nur als eine Art kurzer Zwischenschritt hin zur „richtigen“ Diagnose ADHS erwähnt wird¹. Erst seit kurzer Zeit wird der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt stärkere Aufmerksamkeit zuteil (siehe z. B. Janett et al., 2023). So hat Nelleke Bakker erste detaillierte Studien zu MBD

¹ Vgl. z. B. Kessler (1980); Lange et al. (2010); Maniadaki & Kakouros (2018); Rothenberger & Neumärker (2005); Rothenberger & Steinhausen (2020); Sandberg & Barton (2002); Schachar (1986).

und der Pädagogik für die Niederlande vorgelegt.² Für die Schweiz gibt es ebenfalls schon erste Arbeiten, die untersuchen, wie die Diagnose POS in Heimen „wirkte“, nämlich in der Berner Beobachtungsstation Neuhaus (Hafner, 2022, S. 78-85) sowie im Zürcher Landerziehungsheim Albisbrunn (Bühler & Deplazes, 2023; Deplazes & Bühler, 2024).

1. Nosologischer „Boom“

Die Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen fand 1968, also just im Jahr der sogenannten Studentenunruhen, als „Hyperkinetic reaction“ erstmals Eingang in das einflussreiche amerikanische Diagnosemanual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM II): „This disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span“ (American Psychiatric Association, 1968, S. 50). Die Verbindung von pathologischer Hyperaktivität, krankhafter Unruhe, gesteigerter Ablenkbarkeit und ungesunder Unaufmerksamkeit war zunächst eine amerikanische Krankheit, die in den Sechzigerjahren immer häufiger beobachtet worden war, sich in den Siebzigerjahren ausbreitete und dann ab den Achtzigerjahren weltweit verzeichnet wurde (Smith, 2012, S. 150-176; Bergey et al., 2018). Danach schien ADHS gewissermassen selbst erwachsen zu werden und die Geschichte sich zu wiederholen. Denn in den Neunzigerjahren wurde ADHS bei Erwachsenen wiederum zuerst in den Vereinigten Staaten und danach rund um den Globus diagnostiziert (Conrad, 2007). Beide Ausprägungen, sowohl die kindliche als auch die erwachsene ADHS, sind also „an example of medical globalization at work“ (Smith, 2012, S. 154).

Seit ihrer Einführung am Ende der Sechzigerjahre war die Diagnose „Hyperkinetic Reaction“ jedoch nicht einfach zu stellen, da diese Reaktion dieselben Symptome aufweisen konnte wie eine andere Störung, wie das *DSM-II* präziserte: „If this behavior is caused by organic brain damage, it should be diagnosed under the appropriate non-psychotic *organic brain syndrome*“ (American Psychiatric Association, 1968, S. 50). Wie der Eintrag zu den „Non-psychotic organic brain syndromes“ erläuterte, konnten Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität sowohl organisch als auch psychisch bedingt sein

In children mild brain damage often manifests itself by hyperactivity, short attention span, easy distractibility, and impulsiveness. Sometimes the child is withdrawn, listless, perseverative, and unresponsive [...]. If the organic handicap is the major etiological factor and the child is not psychotic, the case should be classified here. (American Psychiatric Association, 1968, S. 31–32)

Formen von „mild brain damage“ waren in den Siebziger- und Achtzigerjahren gewissermassen der erfolgreiche nosologische Doppelgänger der reaktiven Hyperaktivität. Neben *Minimal Brain Damage* war eine weitere verbreitete Bezeichnung *Minimal Brain Dysfunction*. Die deutschen Übersetzungen lauteten leichter Hirnschaden, minimale frühkindliche Hirnschädigung oder minimale zerebrale Dysfunktion.

Gleichgültig, ob es sich nun um reaktive Unaufmerksamkeit oder organische Impulsivität handelte, die Diagnosen waren allesamt alles andere als klar und es herrschte ein grösseres Durcheinander an möglichen Bezeichnungen: „A cursory review of the literature will quickly reveal that the term ‚hyperactivity‘ is defined and used differently by various practitioners“ (Fine, 1980, S. 5). So hatte schon 1972 eine Untersuchung „37 different terms in use“ gezählt (Fine, 1980, S. 5). Als ab den Siebzigerjahren die Anzahl der Publikationen zu Hyperaktivität deutlich zunahm (Conrad, 2006, S. 12), vergrösserte sich nur schon numerisch das Ausmass des Durcheinanders. Die *Bibliography on the Hyperkinetic Behavior Syndrome*, die vom amerikanischen *National Institute of Mental Health* herausgegeben wurde, verzeichnete 1978 rund 800 Publikationen (National Institute of Mental Health, 1978). Nahm man zu „medical“ auch „educational“ und „behavioral studies“ hinzu, kamen noch mehr Studien zusammen. So hatte die Bibliografie *The hyperkinetic Child* nicht nur 1975 schon rund 1'800 Einträge, sondern auch einen Anhang „Nomenclature“, der 75 Bezeichnungen umfasste, unter anderen „Attention disorder“, „Behavior Disorder“, „Brain-damaged“, „Brain dysfunction“, „Brain-injured“, „Cerebral damage“ oder „Clumsy Child syndrome“ (Winchell, 1975, S. 137–138).

² Siehe Bakker (2015, 2021). Für einen Überblick über unterschiedliche Erklärungsansätze siehe Davies (2018).

Ab den Sechzigerjahren setzte also ein regelrechter nosologischer „Boom“ ein (Grissmann, 1979, S. 158) und es herrschte eine verwirrende diagnostische Hyperaktivität. Dieser Rastlosigkeit wollte das *DSM-III* 1980 mit der Diagnose „Attention Deficit Disorder“ (ADD) ein Ende setzen:³

In the past a variety of names have been attached to this disorder, including: Hyperkinetic Reaction of Childhood, Hyperkinetic Syndrome, Hyperactive Child Syndrome, Minimal Brain Damage, Minimal Brain Dysfunction, Minimal Cerebral Dysfunction, and Minor Cerebral Dysfunction. In this manual Attention Deficit is the name given to this disorder, since attentional difficulties are prominent and virtually always present among children with these diagnoses. (American Psychiatric Association, 1980, S. 41)

Sieben Jahre später führte die überarbeitete Version, das *DSM-III-R*, schliesslich die Bezeichnung und das Akronym ein, die sich bis heute gehalten haben und so populär wurden, dass sie die anderen Termini allmählich verdrängten: Seit 1987 gibt es die „Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)“ (American Psychiatric Association, 1987, S. 50). Ihre amerikanischen Ursprünge trägt die Störung bis heute in ihrem Namen. Schliesslich ist die im deutschen Sprachraum populäre Bezeichnung ADHS eine Übersetzung der Diagnose der *American Psychiatric Association*.⁴ Das Pendant in der *International Classification of Diseases* (ICD) der WHO hiess hingegen zuerst hyperkinetisches Syndrom (HKS), das 1974 mit der *ICD 8* eingeführt worden war (Degkwitz, 1975, S. 73). Mit der *ICD 9* erhielt das Syndrom 1978 mehrere Unterkategorien (Degkwitz, 1980, S. 85–86). Mit der *ICD 10* wurde 1991 daraus die „Gruppe“ der hyperkinetischen Störungen (Dilling et al., 1991, S. 275–279). In ihrer neuesten Version, ihrer elften Überarbeitung, übernimmt nun auch die *ICD* die Bezeichnung *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (siehe World Health Organisation, o. D.). Der Siegeszug der amerikanischen Bezeichnung ADHS setzt sich also fort.

Zwar wurden auch in der Schweiz das *DSM* und die *ICD* verwendet, von den Siebzigerjahren bis über die Jahrtausendwende hinaus wurde jedoch häufig weiterhin eine Variante der minimalen zerebralen Dysfunktion diagnostiziert, nämlich der Befund „Frühkindliches psychoorganisches Syndrom“ (POS). Der Grund lag darin, dass in die *Verordnung über Geburtsgebrechen* [GgV] der Schweizer Invalidenversicherung 1971 „Hirnstörungen, die vorwiegend psychische oder intellektuelle Symptome zur Folge haben, sofern sie bis zum vollendeten 8. Lebensjahr manifest werden (psychoorganisches Syndrom, hirnllokales Psychosyndrom)“, aufgenommen worden waren (Stand 20. Oktober 1971, Art. 2 Ziff. 404 GgV). Erst 2012 wurde in der *Verordnung* die Bezeichnung „psychoorganisches Syndrom“ fallengelassen (Stand 1. März 2012, Anhang Art. 1 Abs. 2 Ziff. 404, GgV).

Hatte die *Verordnung über Geburtsgebrechen* 1971 ihre Finger gewissermassen am Puls der Zeit, wurde in der Schweiz danach noch lange eine Bezeichnung verwendet, die in anderen Ländern schon lange wieder zugunsten der *DSM*- oder *ICD*-Diagnosen aufgegeben worden waren. In den Niederlanden hatte man z. B. in den Siebziger-Jahren ebenfalls begonnen, sich verstärkt mit *Minimal Brain Damage* (MBD) auseinanderzusetzen, aber schon Mitte der Achtzigerjahre hatte sich die *DSM-III*-Bezeichnung *Attention Deficit Disorder* durchgesetzt (Bakker, 2015, S. 357–364). Da POS in der Schweiz lange eine offizielle Bezeichnung blieb, die international kaum mehr verwendet wurde, findet sich die Diagnose auch nach wie vor als Schweizer Spezialität in gewissen Ratgebern und Lexika. So heisst es in einem Ratgeber noch 2020: „In der Schweiz gibt es heute noch die Bezeichnung POS (psychoorganisches Syndrom)“ (Neuhaus, 2020, S. 15), während das *Wörterbuch der Pädagogik* 2022 beim Versuch, eine andere, ebenfalls nicht mehr gebräuchliche Bezeichnung zu erläutern, erklärt: „Hyperkinetisches Syndrom (HKS), auch Hyperaktivitätssyndrom (→ ADHS), in der Schweiz auch Psychoorganisches Syndrom (POS)“ (Böhm & Seichter, 2022, S. 228). In der Schweiz verbreitete sich also in Übereinstimmung mit den internationalen Entwicklungen früh eine „hirnlokale“ Diagnose, an der dann jedoch zumindest offiziell entgegen den internationalen Entwicklungen lange festgehalten wurde. Mit den neuen Diagnosen ADHS und Hyperkinetische Störungen wandelten sich jedoch nicht nur die Bezeichnungen, sondern auch die Störungen selbst. Im Vergleich zum „weiten“ POS handelt es sich bei ADHS und den hyperkinetischen Störungen nämlich um „engere“ Störungen.

³ Mit dem *DSM-III* vollzog sich ein „major shift in psychiatric thinking“, „the largely psychoanalytic orientation was abandoned and replaced with an avowedly biomedical and categorical approach to diagnosis“ (Conrad & Potter, 2006, S. 105). Siehe Lakoff (2000); Rafalovich (2008).

⁴ Sehr viel ADHS-Forschung stammt auch aus den Vereinigten Staaten, siehe López-Muñoz et al. (2008).

2. Frühkindliches psychoorganisches Syndrom

In ihrer Überblicksdarstellung *Frühkindliches psychoorganisches Syndrom – POS, ADS*, die im renommierten Thieme-Verlag erschien, hob die Basler Kinderärztin Liselott Ruf-Bächtiger (2003) die folgenden „Vorteile“ des „Sammelbegriffs“ POS hervor: Die Bezeichnung „beschreibt, dass die Störung in frühkindlicher Zeit entstanden ist, und dass sie sich in verschiedenen Symptomen manifestiert, die eine enge organische und psychische Wechselwirkung haben“ (Ruf-Bächtiger, 2003, S. 13–14). Die Bezeichnung „Hyperaktivitätssyndrom“ hielt die Kinderärztin hingegen für „irreführend“, da „nicht jedes hirnfunktionsgestörte Kind hyperaktiv“ sei (Ruf-Bächtiger, 2003, S. 11). Das POS war nämlich gewissermassen breiter angelegt als ADHS. So zählte Ruf-Bächtiger in Übereinstimmung mit der früheren Forschung zu den möglichen „Störungskomplexen“ eines POS motorische Koordinationsstörungen, visuomotorische Störungen, Dyslexie, Dyskalkulie, Spracherwerbsstörungen, Konzentrationsstörungen sowie mangelhafte psychosoziale Reifung (Ruf-Bächtiger, 2003, S. 64–93)⁵. Die vielfältige Symptomatik, die das POS ausmachen sollte, ist vermutlich auch einer der Gründe, weshalb Ruf-Bächtiger davon ausging, dass 10 % der Kinder darunter litten (Ruf-Bächtiger, 2003, S. 5). Für ADHS geht das *DSM* heute hingegen von der Hälfte aus (Falkai & Wittchen, 2015, S. 81) und die UNICEF schätzt die Prävalenz psychischer Störungen zwischen 10 und 14 Jahren insgesamt auf rund 12 % (UNICEF, 2021, S. 35). Schon in den Achtziger-Jahren zirkulierten jedoch auch andere Schätzungen. So wurde die POS-Prävalenz auch ungefähr mit 5 % oder mit 7 bis 8 % angegeben (siehe Kaufmann, 1986, S. 805; Corboz, 1988, S. 443; Schmid, 1979, S. 221). Da das Syndrom ein „Sammelbecken“ (Corboz, 1976a, S. 88) war, herrschte, wie es eine weitere Schweizer Koryphäe, der erste ordentliche Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich Robert Jules Corboz, umschrieb, auch eine „geradezu babylonische Verwirrung“ (Corboz, 1976b, S. 5): „Die Polymorphie des Syndroms ist außerordentlich groß und für bisherige Forscher mitunter deroutierend, so daß die Existenz des Syndroms selbst deswegen in Frage gestellt wurde“ (Corboz, 1988, S. 131). Auch andere Forscher waren derselben Meinung und sprachen von einem „bunten Bild“ (Vassella, 1976, S. 67), einem „verwirrenden Symptomenreichtum“ (Städli, 1984, S. 9) oder von einer „Art, psychopathologischem Eintopf“ (Gwerder, 1976, S. 61). Wie ein Sankt Galler Pädiater betonte, konnte gerade die „[u]nscharfe Definition des Krankheitsbegriffes, mangelnde Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese“ sowie die „Ueberschätzung einzelner Testmethoden“ „zu gehäuften Fehlurteilen“ führen (Frischknecht, 1976, S. 152).

Dass Diagnosen kontrovers diskutiert werden, ist in der Geschichte der Medizin natürlich nichts Neues. Aufschlussreich ist jedoch, dass die Diagnose „Minimal Brain Damage“ (MBD) schon von Anfang an umstritten gewesen war und zunehmend in Verruf geriet, weil ihre Ätiologie äusserst zweifelhaft war. Zum einen liessen sich fast nie „klassische neurologische Zeichen einer Hirnschädigung“ finden (Klicpera et al., 2019, S. 152). Zum anderen handelte es sich bei der Diagnose, wie ebenfalls schon früh klar wurde, um ein „overinclusive label“ (Bakker, 2015, S. 360). Schon 1975 wurde in einer wichtigen pädiatrischen Zeitschrift „The Minimal Brain Dysfunction Myth“ attackiert (Schmitt, 1975) und zwei Jahre später fand eine internationale Tagung zu „Minimal Brain Dysfunction: fact or fiction“ statt: „None of the lectures given by international experts in the field were optimistic about the future of MBD as a diagnostic entity“ (Bakker, 2015, S. 360–361). Zehn Jahre nach der Konferenz, im selben Jahr, in dem die erste Auflage von Ruf-Bächtigers POS-Lehrbuch erschien, zerlegten dann zwei deutsche Psychiater nach sorgfältiger empirischer Prüfung die Diagnose. Bei diesem „zentralen Konzept“ der Kinderpsychiatrie handle es sich um eine „Leerformel“, es existiere kein „einheitliches Syndrom“. Die Diagnose entspreche keinem „kinderpsychiatrischen Krankheitsbild“, sondern „überflüssigerweise“ seien verschiedene „Störungen“ zusammengepackt worden:

Die Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms oder eines frühkindlichen exogenen Psychosyndroms ist für die allermeisten Kinder mit Störungen auf den beschriebenen Manifestationsebenen nicht nur entbehrlich, sondern unzutreffend (Esser & Schmidt, 1987, S. 79).

Ruf-Bächtiger (1987) hingegen zweifelte wie andere weiterhin nicht daran, dass das POS existierte. Da das Syndrom nicht „psychoreaktiv“ entstehe, sondern durch „Hirnfunktionsstörungen“ bedingt werde, könne die Störung auch nicht durch Psychotherapie kuriert oder dank „psychologischer Erklärungsmodelle“ verstanden werden: „Hirnfunktionsstörungen“ seien „psychotherapeutisch“ nicht „beeinflussbar“ (S. 4, 79). Immerhin

⁵ Siehe Corboz (1986, S. 344–353; 1988, S. 129–139); Herzka (1978, S. 43); Kaufmann (1986, S. 804–805); Ryffel (1998, S. 86); Städli (1975, S. 138–140; 1984, S. 17–25); Wolfenberger-Haessig (1976); Züblin (1969, S. 37–39); Vassella (1976, S. 69).

könnten Psychotherapien helfen, die Folgen eines POS zu mildern. Schliesslich werde „das Erscheinungsbild des frühkindlichen POS durch die Interaktion mit der Umwelt wesentlich mitgestaltet“ (Ruf-Bächtiger, 1987, S. 9). Auch Corboz (1976a) zufolge komme ein POS „kaum je in reiner Form“ vor, sondern werde fast immer „durch einen Wust von psychoreaktiven Störungen überdeckt“ (S. 77).⁶ Da die Eltern mit einem Kind mit POS „und namentlich seine Mutter oft in grosse Schwierigkeiten“ gerieten, wurden etwa auch „Gruppentherapien mit Müttern psychoorganisch gestörter Kinder“ durchgeführt, in denen „die Mütter von *schweren, jahrelang getragenen Schuldgefühlen befreit*“ werden sollten (Corboz & Herz, 1975, S. 250).⁷

Von der ersten Ausgabe 1987 bis zur dritten 1995 hiess Ruf-Bächtigers Monographie *Das frühkindliche psychoorganische Syndrom: Minimale zerebrale Dysfunktion* (Ruf-Bächtiger, 1987; 1991; 1995). Dass der Titel bei der vierten Auflage 2003 zu *Frühkindliches psychoorganisches Syndrom – POS, ADS* geändert wurde, erweist sich rückblickend also selbst als ein Symptom des historischen Wandels. Denn nun erhielt auch das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) Platz im Titel. Auch an anderen Lehrbüchern lässt sich ablesen, dass sich selbst in der Schweiz die diagnostischen Gewichte zu verschieben begannen. In der Überblicksdarstellung *Pädiatrie*, an der viele Schweizer Mediziner beteiligt waren, fehlt etwa in keiner der drei Ausgaben ein Eintrag zu POS (Kaufmann, 1986; 1989; 1997). In der ersten Ausgabe 1986 stand POS jedoch gewissermassen allein da, in der zweiten gesellte sich das hyperkinetische Syndrom dazu (Frey, 1989), das dann in der dritten durch den Eintrag „Hyperkinetische Störung (ICD-10)/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-III-R)“ ersetzt wurde (Hassink, 1997).

3. Pädagogik und Psychiatrie

In den Achtzigerjahren begannen international die im Vergleich weiten Diagnosen MBD, POS etc. zu zerfallen und sich ADHS und HKS durchzusetzen. Die Psychiatrie holte in den Achtzigerjahren sozusagen nach, was die Pädagogik schon zuvor praktiziert hatte. Denn in der Pädagogik waren die grossen Syndrome bereits früher aufgetrennt oder schlicht ignoriert worden, wie etwa die Vorschläge zeigen, was bei einem POS in der Schule zu tun sei. So sollte wegen seiner „Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwäche“ für das „leicht hirngeschädigte Kind“ „ein erfolgreicher Unterricht nur im kleinen Kollektiv“, nämlich in einer „Sonderklasse“, möglich sein, wie etwa Arnold Weber, der Leiter der kinderpsychiatrischen Abteilung der Universitätskinderklinik Zürich, bereits 1977 betonte. Ausserdem konnten „zusätzliche Massnahmen“ ergriffen werden. Man konnte etwa versuchen, die „Lese-Rechtschreibe-Schwäche“ zu behandeln, „Wahrnehmungstraining“ zu betreiben oder die „Sprachstörungen“ durch „Sprachschulung“ zu mildern (Weber, 1977, S. 25). Sehr viele pädagogische Möglichkeiten gab es also nicht und spezifisch für POS waren sie auch nicht. In seinem Beitrag „Erziehung und Therapie – Hilfen für psychoorganisch gestörte Kinder“ in der Festschrift für den Zürcher Ordinarius für Sonderpädagogik Gerhard Heese lobte Corboz 1986 die „enge Zusammenarbeit zwischen den Pädagogen und dem Arzt“ (Corboz, 1986, S. 341). Ebenso offensichtlich schien es jedoch, dass die „Zusammenarbeit des Kinderpsychiaters und des Erziehers“ „an beliebigen Krankheitsbildern und psychischen Fehlentwicklungen exemplifiziert werden“ könne (Corboz, 1986, S. 342). Daher waren auch die schulischen „Maßnahmen“, die Corboz (1986) erwähnte, wenig erstaunlich nur allzu bekannt: „Einzelunterricht“, Unterricht in „Kleingruppen“, „logopädische“, „psychomotorische Therapie, Hilfe bei Dyslexie und Dyskalkulie“, „mehr Zeit und Zuwendung“ (S. 348–350, 354).⁸

Schon 1961 hatte der amerikanische Sonderpädagoge William M. Cruickshank ein erstes umfassendes didaktisches Konzept für den Unterricht „hirngeschädigter“ hyperaktiver Kinder entwickelt (Abelein & Stein, 2017, S. 157): An Cruickshanks Vorschlägen habe sich bis „zum heutigen Tag“ „nur wenig verändert“, wie es 2017 in einem Ratgeber heisst: „Unterrichtsgestaltung wird häufig so gesehen, dass sie unmittelbar an den

⁶ Siehe Bachmann (1976, S. 12, 14); Corboz (1986, S. 343, 352–353; 1988, S. 136–137); Grisse mann (1986, S. 42–48); Kaufmann (1986, S. 805); Städeli (1984, S. 24); Züblin (1976, S. 141–142).

⁷ In den Siebzigerjahren litten Mütter nicht nur an den Leiden ihrer Kinder, sondern sollten sie auch verursacht haben, siehe Bühler (2020).

⁸ Siehe Ammann (1979, S. 1147–1148); Ackermann-Behringer (1979; S. 43–44, 83–114, 131–135); Bachmann (1976, S. 28); Corboz (1988, S. 141–143); Hafen & Städeli (1984, S. 124); Kaufmann (1986, S. 805); Ruf-Bächtiger (1987, S. 73–74, 102–108); Ryffel (1998, S. 98); Schmid (1979, S. 221–222); Städeli (1975, S. 140); Vernooij (1992, 97–143); Wolfenberger-Haessig (1976); Züblin (1969, S. 39).

Schwächen dieser Kinder ansetzt und diesen ‚entgegenkommen‘ sollte, damit die Kinder schulische Lernerfolge erfahren können“. Bereits Cruickshank propagierte etwa „Reduzierung der Umweltreize“, „enge und starke Struktur der Lernangebote“ oder „ein eindeutiges Regelsystem“ (Abelein & Stein, 2017, S. 158). Schon früh fiel jedoch auf, dass „Vorschläge zur Ablaufstrukturierung des Unterrichts und zu verschiedenen Motivationsmaßnahmen [...] nicht nur für den Unterricht von POS-Kindern“ galten (Grissemann, 1986, S. 110). So schloss ein Kinder- und Jugendpsychiater seine „Empfehlungen für Lehrer hyperaktiver Kinder“ etwa mit der Bemerkung: „Manche Leser werden diese Empfehlungen für Banalitäten halten, die nichts Spezifisches mit hyperaktiven Kindern zu tun“ hätten, handle es sich doch um „elementare“ pädagogische „Regeln“ (Bachmann, 1991, S. 8). Auch die spätere Diagnose ADHS änderte nichts daran, dass in der Pädagogik allgemeine Ansätze propagiert wurden. Nach wie vor gibt es keine „spezifisch pädagogische ADHS-Intervention“, sondern wird den Lehrkräften „eine Auswahl alltagstauglicher Methoden aus verhaltenstherapeutischen Ansätzen“ empfohlen (Becker, 2007, S. 188; siehe Haas, 2021).

Es könnte nun unter Umständen der falsche Eindruck entstehen, dass herrische Ärzte und hartherzige Psychologen, die darüber entschieden, ob ein „Kind eine medikamentöse Stütze“ brauche und „psychotherapeutische Maßnahmen einzuleiten“ seien (Corboz, 1986, S. 354), der Pädagogik nur Brosamen überlassen hätten. Bei dieser „Delegation“ (Haas, 2021, S. 174) handelt sich jedoch um eine einmütige Aufgabenteilung, die keine Geringschätzung bedeuten musste: „Ausschliesslich Domäne der Heilpädagogik bleibt die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung“, wie etwa der Berner Psychiatrieprofessor Walter Züblin betonte (Züblin, 1976, S. 141; siehe Ruoss, 1982, S. 9; Schärer, 1977; Vontobel, 1976, S. 1434–1435).⁹ Zudem sind auch die Möglichkeiten der Psychiatrie ähnlich „beschränkt“ wie die der Pädagogik. Schliesslich ist auch das medizinische Repertoire limitiert, besteht es doch vornehmlich aus „Psychotherapie“ und „[m]edikamentöser Behandlung“ (Städli, 1975, S. 140). Das Arrangement zwischen Pädagogik und Psychiatrie hat ausserdem eine ehrwürdige Tradition: Die Arbeitsteilung besteht seit der Schaffung von Sonderklassen am Ende des 19. Jahrhunderts. Als daher die beiden Psychiater Esser und Schmidt (1987) zur „Relativierung des psychoorganischen Verursachungskonzepts“ ansetzten (Grissemann, 1989, S. 303) und die Diagnose „Minimale cerebrale Dysfunktion“ als „Leerformel“ vorführten, brachte ihre nosologische Attacke den Zürcher Extraordinarius für Sonderpädagogik Hans Grisseman nicht weiter aus der Ruhe. Dass die „Erwartungen“ einer „Allgemeintherapie“ begraben werden mussten, konnte die „Fachkräfte im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich“ nämlich nicht verunsichern, sondern bestätigte nur, was sie schon lange wussten: „Gestützt wird die Ausrichtung auf Symptomkomplexe, die bis anhin häufig in ein allgemeines psychoorganisches Syndrom integriert waren und damit die Wahrnehmung individualisierter Interventionen“. Genauso wenig wie für die Sonderpädagogik bestand daher für „Eltern von Problemkindern“ ein Anlass zur Sorge: Die „pädagogisch-therapeutische Versorgung von Problemkindern mit sicheren, mit fraglichen oder ohne organische Implikationen ihrer Teilleistungsstörungen und -schwächen ist nicht in Frage gestellt“ (Grissemann, 1989, S. 305, 306).

Die „neueren kinderpsychiatrischen Forschungsergebnisse“ führten also zu keiner „pädagogischen Verunsicherung“, weil nichts an der „sonderpädagogischen“ „Versorgung“ geändert werden musste (Grissemann, 1989, S. 299). Grissemanns Wortwahl war ebenso konsequent wie aufschlussreich: Die Sonderpädagogik beschäftigte sich mit „Teilleistungsstörungen“ von „Problemkindern“. Ätiologisch „mehrdeutige Begriffe“ liessen sich daher pädagogisch „ätiologiefrei“ verwenden oder überhaupt vermeiden – indem man z. B. von „Problemkindern“ sprach –, weil man sich mit „weitgehend gleichen und ähnlichen erzieherischen Aufgabenstellungen“ beschäftigte (Grissemann, 1986, S. 26). Die im Vergleich zur Medizin lax diagnostische Einstellung wurde durch die grundlegende „pädagogische“ Frage bedingt: „Was kann *ich* machen mit *diesem* Kind?“, wie es Emil Kobi (1967, S. 9) formulierte. Entscheidend war also nicht „der medizinische Sachverhalt“, sondern „die pädagogische Aufgabenstellung“, wie es schon sein Doktorvater Paul Moor (1965, S. 268) umschrieben hatte.

Der Befund, dass die Pädagogik keinen „Beitrag eigener Art zur Ätiologie und Phänomenologie der Anomalien“ leiste (Bühler-Niederberger, 1991, S. 94), trifft nicht nur auf POS oder ADHS zu, sondern genauso auf andere Störungen. Zur selben Zeit wie POS (und häufig in Verbindung damit) breitete sich nicht nur in der Schweiz die Legasthenie aus. Wie bei POS lautete auch bei Legasthenie die Losung „Einzelhilfe, Förderung in Kleingruppen“ (Bühler-Niederberger, 1991, S. 94). Und genauso wie bei POS hatten bei Legasthenie die pädagogischen „Dimensionen“ „gegenüber den medizinischen den Nachteil, dass sie wesentlich allgemeinerer Natur waren“ (Bühler-Niederberger, 1991, S. 94). Diese ätiologische Nachlässigkeit kompensierte die

⁹ Walter Züblin leitete die Berner kinderpsychiatrische Beobachtungsstation „Neuhaus“, siehe Hafner, 2022.

Pädagogik auch bei Legasthenie, Dyskalkulie oder psychomotorischen Störungen erfolgreich dadurch, dass sie praktisch „spezifischer“ war. Zwar liessen sich auch solche Störungen etwa auf minimale cerebrale Dysfunktionen beziehen, entscheidend aber war die „Inanspruchnahme rund um die Schule“ (Bühler-Niederberger, 1991, S. 173).

Wie im Rückblick also gut erkennbar wird, nahm sich die Pädagogik gewissen schulischen Schwierigkeiten „ätiologiefrei“ (Griseemann, 1986, S. 26) an. Aus diesem Grund ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass der Wandel und die Fülle der psychiatrischen Diagnosen in der Pädagogik sowohl mit einer gewissen „Stabilität“ von „Kontroversen“ (Tenorth, 2010, S. 16) als auch von Praktiken einherging. Obwohl sich POS diagnostisch deutlich von ADHS und HKS unterschied (die zwar ebenfalls Differenzen aufweisen, aber *grosso modo* sehr ähnlich sind), bereitete die Umstellung der Pädagogik keine Schwierigkeiten, da in der Pädagogik schon zuvor Störungen lange in ihre schulischen „Komponenten“ zerlegt worden waren: Die Diagnosen waren nicht so entscheidend wie die konkreten schulischen Schwierigkeiten. An der „Stabilität“ pädagogischer Praktiken, die auch nicht nur bei POS oder ADHS zum Einsatz kamen („Einzelunterricht“, „Kleingruppen“, „mehr Zeit und Zuwendung“ etc. (Corboz, 1986, S. 349)), haben auch neuere Entwicklungen wie z. B. das Aufkommen der Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ oder eine „inklusive“ Schule nichts geändert. Schliesslich zielt die „heil- und sonderpädagogische Diagnostik“ ja heute ganz programmatisch nicht mehr „auf eine Diagnose, sondern auf eine offene und ressourcenorientierte Einschätzung der Lernausgangslage, die als Basis für die individuelle Förderung gilt“ (Hagmann-von Arx, 2023, S. 6). Wie im Rückblick ebenfalls gut zu erkennen ist, wäre es falsch, einen solchen pädagogischen Ansatz gering zu schätzen, hat er doch vielfältige Vorteile – nicht zuletzt auch den, nicht allzu stark von diagnostischen Moden beeinflusst zu sein.

Literaturverzeichnis

Bibliographie

Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik (Hrsg.). (1975–2006). *Bibliographie zur Schweizer Heilpädagogik*. Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.

Gedruckte Quellen

- Ackermann-Behringer, U. (1979). *Kinder mit einem infantilen psychoorganischen Syndrom (POS). Schulungsmöglichkeiten*. Huber.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. DSM-II*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition. DSM-III*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition – revised. DSM-III-R*. American Psychiatric Association.
- Ammann, R. (1979). Tobias – ein POS-Kind. *Schweizerische Lehrerzeitung*, 124(34), 1147–1148.
- Bachmann, P. (1976). *Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. Richtlinien für den behandelnden Arzt, unter besonderer Berücksichtigung der Therapie mit Methylphenidat*. Huber.
- Bachmann, P. (1991). Hyperaktive Kinder in Erziehung und Schule. *Schweizer Schule*, 78(10), 3–8.
- Böhm, W., & Seichter, S. (2022). Hyperkinetisches Syndrom (HKS). In W. Böhm & S. Seichter (Hrsg.). *Wörterbuch der Pädagogik* (18. Auflage) (S. 228–229). Schöningh. <https://doi.org/10.36198/9783838588148>.
- Corboz, R. J. (1976a). Psychiatrie der minimalen frühkindlichen Hirnschädigung. *Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, 32, 75–90. <http://doi.org/10.5169/seals-308045>.
- Corboz, R. J. (1976b). Zum Geleit. In P. Bachmann (Hrsg.). *Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. Richtlinien für den behandelnden Arzt, unter besonderer Berücksichtigung der Therapie mit Methylphenidat* (S. 5). Huber.
- Corboz, R. J. (1986). Erziehung und Therapie – Hilfen für psychoorganisch gestörte Kinder. In A. Bächtold, B. Jeltsch-Schudel, & I. Schlienger (Hrsg.). *Sonderpädagogik. Handlung – Forschung – Wissenschaft. Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Gerhard Heese* (S. 341–355). Marhold.
- Corboz, R. J. (1988). Psychische Störungen bei organischen Hirnschädigungen. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, & E. Strömgen (Hrsg.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 119–146). Springer-Verlag.
- Corboz, R. J. & Herz, A. (1975). Gruppentherapie mit Müttern psychoorganisch gestörter Kinder. In A. Uchtenhagen, R. Battegay, & A. Friedemann (Hrsg.). *Gruppentherapie und soziale Umwelt. Vorträge, Workshops und Diskussionen des 5. Internationalen Kongresses für Gruppentherapie. Zürich, 19. bis 24. August 1973* (S. 246–251). Huber.
- Degkwitz, R. (Hrsg.). (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD (9. Revision, Kapitel V)*. Springer.
- Degkwitz, R. (Hrsg.). (1975). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO ICD (8. Revision, 4. Auflage)*. Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber.

- Esser, G., & Schmidt, M. (1987). *Minimale Cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom? Empirische Untersuchung eines zentralen Konzepts in der Kinderpsychiatrie*. Enke.
- Fine, M. J. (1980). *Intervention with hyperactive Children*. MTP.
- Frey, C. (1989). Hyperkinetisches Syndrom (hyperaktives Syndrom). In E. Rossi (Hrsg.). *Pädiatrie* (2. Auflage) (S. 719–721). Thieme.
- Frisknecht, W. (1976). Der minimale frühkindliche Hirnschaden in der Praxis des Pädaters und der Invalidenversicherung. *Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, 32, 147–155. <http://doi.org/10.5169/seals-308052>.
- Grissemann, H. (1979). Zur Begründung institutioneller Differenzierungen in der modernen Sonderpädagogik. Das sonderpädagogische Ambulatorium zur Ergänzung des Sonderklassenunterrichtes und zur Prävention von Lernbehinderung bei Problemschülern in Normalklassen. *Schweizerische Heilpädagogische Rundschau*, 1(7), 155–158.
- Grissemann, H. (1986). *Hyperaktive Kinder. Kinder mit minimaler zerebraler Dysfunktion und vegetativer Labilität als Aufgabe der Sonderpädagogik in der allgemeinen Schule*. Huber.
- Grissemann, H. (1989). Minimale cerebrale Dysfunktion – eine Leerformel? Zur pädagogischen Verunsicherung durch neuere kinderpsychiatrische Forschungsergebnisse. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 58(3), 299–306.
- Gwerder, F. (1976). *Das Syndrom der leichten frühkindlichen Hirnschädigung. Ergebnisse testpsychologischer, kinderpsychiatrischer und neurologisch-elektroencephalographischer Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechts- und Altersfaktoren*. Huber.
- Hafen, G., & Städeli, H. (1984). Zur Therapie des Kindes mit hirnfunktionellen Störungen. In H. Städeli (Hrsg.). *Die leichte frühkindliche Hirnschädigung. Diagnostische und therapeutische Probleme. Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis*. (3. Auflage) (S. 115–127). Huber.
- Hassink, R.-I. (1997). Hyperkinetische Störung (ICD-10)/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-III-R). In E. Rossi, E. Gugler, & F. Vassella (Hrsg.). *Pädiatrie*. (3. Auflage) (S. 651–654). Thieme.
- Herzka, H. S. (1978). *Kinderpsychiatrische Krankheitsbilder. Kasuistisches Lehrbuch mit Testübersicht und Bibliographie für ärztliche, psychologische, pädagogische und soziale Berufe*. Schwabe.
- Kaufmann, F. (1986). Infantiles psychoorganisches Syndrom (POS). In E. Rossi (Hrsg.). *Pädiatrie* (S. 804–805). Thieme.
- Kaufmann, F. (1989). Infantiles psychoorganisches Syndrom (POS). In E. Rossi (Hrsg.). *Pädiatrie* (2., überarbeitete Auflage) (S. 814–815). Thieme.
- Kaufmann, F. (1997). Infantiles psychoorganisches Syndrom (POS). In E. Rossi, E. Gugler, & F. Vassella (Hrsg.). *Pädiatrie* (3. Auflage) (S. 733–734). Thieme.
- Kobi, E. E. (1967). *Die psychomotorische Unruhe im Kindesalter. Eine heilpädagogische Interpretation*. Haupt.
- Moor, P. (1965). *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*. Huber.
- National Institute of Mental Health (Hrsg.) (1978). *Bibliography on the Hyperkinetic Behavior Syndrome*. National Institute of Mental Health.
- Neuhaus, C. (2020). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung* (5. Auflage). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-043575-9>.
- Ruf-Bächtiger, L. (1987). *Das frühkindliche psycho-organische Syndrom. Minimale zerebrale Dysfunktion. Diagnostik und Therapie*. Thieme.
- Ruf-Bächtiger, L. (1991). *Das frühkindliche psychoorganische Syndrom. Minimale zerebrale Dysfunktion. Diagnostik und Therapie* (2. Auflage). Thieme.
- Ruf-Bächtiger, L. (1995). *Das frühkindliche psychoorganische Syndrom. Minimale zerebrale Dysfunktion. Diagnostik und Therapie* (3. Auflage). Thieme.
- Ruf-Bächtiger, L. (2003). *Frühkindliches psychoorganisches Syndrom – POS, ADS* (4. Auflage). Thieme.
- Ruoss, W. (1982). Das POS zwischen Mythos und Wirklichkeit. (Noch) ein Beitrag zur Diskussion um das Psychoorganische Syndrom. *Schulblatt der Kantone Schaffhausen und Thurgau*, 24(1), 3–10.
- Ryffel, M. (1998). Wann und warum helfen Medikamente? In C. Thierstein (Hrsg.). *Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag – POS, ADS und HKS* (S. 79–102). Haupt.
- Schärer, M. (1977). Betreuung des psychoorganisch leistungsbehinderten Kindes in der Schule. *Schweizerische Lehrerzeitung*, 122(16), 524–526.
- Schmid, P. (1979). Hinweise zum psychoorganischen Syndrom (POS) im Kindesalter. *Schulblatt der Kantone Schaffhausen und Thurgau*, 21(6), 218–222.
- Schmitt, B. D. (1975). The Minimal Brain Dysfunction Myth. *American Journal of Diseases of Children*, 129(11), 1313–1318.
- Städeli, H. (1975). Einige Überlegungen zur „leichten frühkindlichen Hirnschädigung“. *Fachblatt für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen*, 46(5), 137–141.
- Städeli, H. (1984). Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik der leichten frühkindlichen Hirnschädigung. In H. Städeli (Hrsg.). *Die leichte frühkindliche Hirnschädigung. Diagnostische und therapeutische Probleme. Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis* (3. Auflage) (S. 9–26). Huber.
- Vassella, F. (1976). Neurologie der sogenannten frühkindlichen minimalen organischen Hirnschädigung. *Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft*, 32, 67–73. <http://doi.org/10.5169/seals-308044>.
- Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vom 20. Oktober 1971 (=GgV; AS 1971 1583). <http://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc/30001282.pdf?ID=30001282>.
- Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vom 9. Dezember 1985 (= GgV; SR 831.232.21; Stand am 1. März 2012). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1986/46_46_46/20100101/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1986-46_46_46-20100101-de-pdf-a.pdf.
- Vernooij, M. A. (1992). *Hampelliese – Zappelhans. Problemkinder mit Hyperkinetischen Syndrom*. Haupt.

- Vontobel, P. (1976). Die Leiden des psychoorganischen leistungsbehinderten Kindes in der Schule. Ein Bericht von der ELPOS-Tagung in Zürich 20./21. August 1976. *Schweizer Lehrerzeitung*, 121(42), 1433–1435.
- Weber, A. (1977). Sonderschulung, Erziehungsberatung, Psychotherapie und medikamentöse Therapie beim leicht hirngeschädigten Kind. *Therapeutische Umschau*, 34(1), 24–28.
- Winchell, C. A. (1975). *The hyperkinetic Child. A Bibliography of medical, educational, and behavioral Studies*. Greenwood Press.
- Wolfenberger-Haessig, C. (1976). Welche Symptome fallen bei der Einschulung von POS-Kindern im Unterricht auf? *Schweizer Lehrerzeitung*, 121(42), 1434–1435.
- Züblin, W. (1969). *Das schwierige Kind. Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie* (2. Auflage). Thieme.
- Züblin, W. (1976). Medikamentöse Therapie des frühkindlichen minimalen Hirnschadens. *Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, 32, 141–146. <http://doi.org/10.5169/seals-308051>.

Sekundärliteratur

- Abelein, P., & Stein, R. (2017). *Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen*. Kohlhammer.
- Bakker, N. (2015). Brain disease and the study of learning disabilities in the Netherlands (c. 1950–85). *Paedagogica Historica*, 51(3), 350–364. <https://doi.org/10.1080/00309230.2014.929594>.
- Bakker, N. (2021). MBD und De-educationalization: a Countertendency in the pre-ADHD Era. In S. van Ruyskensvelde et al. (Hrsg.), *Folds of Past, Present and Future. Reconfiguring Contemporary Histories of Education* (S. 358–380). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110623451-019>.
- Becker, N. (2007). Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften. In U. Mietzner, H.-E. Tenorth & N. Welter (Hrsg.), *Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis* (S. 186–201). Beltz.
- Bergey, M., Filipe, A. M., Conrad, P., & Singh, I. (Hrsg.). (2018). *Global Perspectives on ADHD. Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Johns Hopkins University Press.
- Bühler-Niederberger, D. (1991). *Legasthenie. Geschichte und Folgen einer Pathologisierung*. Leske & Budrich.
- Bühler, P. (2020). Böse Mütter im Summer of Love. Antipädagogik und Psychotherapie in den Siebziger-Jahren. In Isabell van Ackeren et. al. (Hrsg.), *Bewegungen. Beiträge zum 26. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft* (S. 599–611). Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742385>.
- Bühler, P., & Deplazes, D. (2023). Pädagogik, Sprache, Geschichte. Der ADHS-Vorläufer POS. In U. Binder, A. Böhmer & J. Oelkers (Hrsg.), *Sprache und Pädagogik* (S. 121–135). Waxmann.
- Conrad, P. (2006). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior*. Ashgate.
- Conrad, P. (2007). From Hyperactive Children to Adult ADHD. In P. Conrad (Hrsg.), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* (S. 46–69). Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Potter, D. (2006). Epilogue 2000: From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. In P. Conrad (Hrsg.), *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior* (S. 101–125). Ashgate.
- Davies, A. (2018). Mapping the Discourses of ADHD: The historical Legacy. In M. Horton-Salway, & A. Davies (Hrsg.), *The Discourse of ADHD. Perspectives on Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (S. 27–68). Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76026-1>.
- Deplazes, D. & Bühler, P. (2024). Psychoorganisches Syndrom (POS) – Die Wirkung einer psychiatrischen Diagnose in der Schweizer Pädagogik der 1970er Jahre. In R. Mayer, R. Parade, J. Sperschneider, & S. Wittig (Hrsg.), *Schule und Pathologisierung* (S. 59–72). Beltz. <https://doi.org/10.5167/uzh-239464>.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Haas, B. (2021). *Die ADHS der Sonderpädagogik. Zur diskursiven Konstruktion des „Nicht_Normalen“ auf der Ebene disziplinärer Wissensbestände*. Klinkhardt. <https://doi.org/10.35468/5927>.
- Hafner, U. (2022). *Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985*. Chronos.
- Hagmann-von Arx, P. (2023). Chancen und Risiken von psychischen Diagnosen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 29(8), 2–7. <https://doi.org/10.57161/z2023-08-01>.
- Janett, M., Germann, U., & Hafner, U. (Hrsg.). (2023). Das Problem Kind. Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert. Schwabe. <https://doi.org/10.24894/978-3-7965-4619-8>.
- Kessler, J. W. (1980). History of Minimal Brain Dysfunctions. In H. E. Rie, & E. D. Rie (Hrsg.), *Handbook of minimal Brain Dysfunctions* (S. 18–51). Wiley.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., & Bešić, E. (2019). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. Auflage). Facultas. <https://doi.org/10.36198/9783838551524>.
- Lakoff, A. (2000). Adaptive Will: The Evolution of Attention Deficit Disorder. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 36(2), 149–169.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>.
- López-Muñoz, F., Alamo, C., Quintero-Gutiérrez, F. J., & García-García, P. (2008). A bibliometric study of international scientific productivity in attention-deficit hyperactivity disorder covering the period 1980–2005. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(6), 381–391. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0680-1>.
- Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2018). The History of ADHD. In K. Maniadaki, & E. Kakouros (Hrsg.), *The Complete Guide to ADHD. Nature, Diagnosis, and Treatment* (S. 3–22). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315316031>.
- Rafalovich, A. (2008). *Framing ADHD Children. A Critical Examination of the History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Lexington.

- Rothenberger, A., & Neumärker, K.-J. (2005). ADHS – Allgemeine geschichtliche Entwicklung eines wissenschaftlichen Konzepts. In A. Rothenberger, & K.-J. Neumärker (Hrsg.). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit* (S. 9–54). Steinkopff.
- Rothenberger, A., & Steinhausen, H.-C. (2020). Zur Geschichte der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen, & A. Rothenberger (Hrsg.). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung* (2. Auflage) (S. 17–23). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034867-7>.
- Sandberg, S., & Barton, J. (2002). Historical Development. In S. Sandberg (Hrsg.). *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood* (S. 1–29). Cambridge University Press.
- Schachar, R. J. (1986). Hyperkinetic Syndrome: Historical Development of the Concept. In E. A. Taylor (Hrsg.). *The overactive Child* (S. 19–40). Spastics International Medical Publications.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive. The controversial History of ADHD*. Reaktion.
- Tenorth, H.-E. (2010). Sonderpädagogische Professionalität – Zur Geschichte ihrer Entwicklung. In S. L. Ellger-Rüttgardt, & G. Wachtel (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität und Behinderung. Herausforderungen aus historischer, nationaler und internationaler Perspektive* (S. 13–27). Kohlhammer.
- UNICEF (2021). *The State of the World's Children 2021. On my Mind. Promoting, Protecting and Caring for Children's mental Health*. UNICEF. <http://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>.
- World Health Organisation. (o. D.). *6A05 Attention deficit hyperactivity disorder*. Abgerufen am 14. August 2024, unter <http://id.who.int/icd/entity/821852937>.

Schlagworte: Geschichte; ADHS; POS; Pädagogik; Schweiz

Le parcours pédagogique d'un diagnostic psychiatrique : le précurseur du TDAH le « syndrome psycho-organique » en Suisse

Résumé

Des années 1960 aux années 1980, des diagnostics très différents ont été utilisés à l'échelle internationale pour déterminer ce qui relève plus ou moins du TDAH aujourd'hui. En Suisse, un diagnostic a perduré étonnamment longtemps, à savoir le syndrome psycho-organique. L'article examine les débuts du diagnostic du TDAH et la manière dont la pédagogie suisse a réagi aux nouveaux diagnostics psychiatriques.

Mots-clefs : Histoire ; TDAH ; syndromes psycho-organiques ; éducation ; Suisse

Il percorso pedagogico di una diagnosi psichiatrica: il precursore dell'ADHD «sindrome psico-organica» in Svizzera

Riassunto

Dagli anni Sessanta agli anni Ottanta, a livello internazionale sono state utilizzate diagnosi molto diverse per determinare quella che oggi è più o meno l'ADHD. In Svizzera, una diagnosi è sopravvissuta per un periodo sorprendentemente lungo: la sindrome psico-organica della prima infanzia. Questo articolo analizza gli inizi della diagnosi di ADHD e il modo in cui l'istruzione svizzera ha reagito alle nuove diagnosi psichiatriche.

Parole chiave: Storia; ADHD; sindrome psico-organica; pedagogia; Svizzera

The educational career of a psychiatric diagnosis: the ADHD precursor psycho-organic syndrome in Switzerland

Summary

From the 1960s to the 1980s, very different diagnoses were used internationally for what would today fall under ADHD. In Switzerland, a precursor, the diagnosis of early childhood psycho-organic syndrome, lasted surprisingly long. The article examines the early history of the diagnosis of ADHD and how Swiss education reacted to new psychiatric diagnoses.

Keywords: History; ADHD; psycho-organic syndrome; pedagogy; Switzerland

Patrick Bühler, Professor für Allgemeine und Historische Pädagogik an der Pädagogischen Hochschule FHNW und Mitglied des Instituts für Bildungswissenschaften der Universität Basel. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Geschichte der Sonderpädagogik, Geschichte der Jugendbewegungen.
Pädagogische Hochschule FHNW, Obere Sternengasse 7, CH-4502 Solothurn
E-Mail: patrick.buehler@fhnw.ch

Daniel Deplazes, Leiter des Fachbereichs „Bildung, Schule und Gesellschaft“ an der Pädagogischen Hochschule Thurgau. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Geschichte stationärer Erziehung, Sonder- und Sozialpädagogik sowie pädagogische Unterrichtstechnologien.
Pädagogische Hochschule Thurgau, Unterer Schulweg 3, CH-8280 Kreuzlingen
E-Mail: daniel.deplazes@phtg.ch