

Fiona Fendt und Rahel Schwarzentuber

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit und Sozialpädagogik**
Kurs **VZ 2013 - 2016**

Fiona Fendt , Rahel Schwarzentruher

Soziale Arbeit und ADHS

**Handlungsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im Um-
gang mit ADHS betroffenen Jugendlichen und ihren Familien**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2017 in 3 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit und Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches und -pädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftige Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Der Handlungsbedarf sowie die Unterstützungsmöglichkeiten von Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, und deren Familien ist Gegenstand der vorliegenden Bachelorarbeit.

Die Autorinnen Fiona Fendt und Rahel Schwarzenruber stellen mithilfe einer Literaturrecherche, den Handlungskontext dar, der für die professionellen der Sozialen Arbeit durch von ADHS verursachte Schwierigkeiten der Klientel entsteht. Zudem werden in dieser Arbeit im Zusammenhang mit Jugendlichen, deren Entwicklungsschritte und Familiendynamiken, die Auswirkungen von ADHS auf ihre Systeme aufgezeigt und mit der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht.

Durch die Erstellung eines Massnahmenkatalogs der Sozialen Arbeit wird auf das professionelle Handeln mit ADHS betroffenen Jugendlichen und deren Familien eingegangen. Die Systemtheorie dient bei der Beantwortung der Fragestellungen als Brücke zwischen Theorie und Praxis. Damit dient sie zur Beobachtungs- und Bewertungsgrundlage.

Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass die Soziale Arbeit legitimiert ist, den Betroffenen bei der Bearbeitung der psychosozialen Thematiken zu unterstützen. Dies aus dem Grund der in der Professionsdefinition angegebenen Ziele und der hohen Wahrscheinlichkeit in den Arbeitsfeldern mit Betroffenen zu arbeiten. Als besonders bedeutsam erachten die Autorinnen dabei die Erkenntnis, dass die Massnahmen der Sozialen Arbeit positive Auswirkungen auf die Lebenswelt und das soziale Umfeld der Jugendlichen haben.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1. Ausgangslage | 1 |
| 1.2. Berufsrelevanz | 2 |
| 1.3. Fragestellung | 2 |
| 1.4. Zielsetzung und Adressaten der Arbeit..... | 2 |
| 1.5. Aufbau der Arbeit..... | 3 |
| 1.6. Begriffsklärung | 4 |
| 2. Aktueller Forschungsstand und historische Entwicklung..... | 4 |
| 2.1. Aktueller Forschungsstand, Folgen der Diagnose und der Umgang damit | 4 |
| 2.1.1. Definition ADHS nach DSM V und ICD 10 | 5 |
| 2.1.2. Epidemiologie/ Prävalenz | 6 |
| 2.1.3. Diagnosestellung | 6 |
| 2.1.4. Komorbidität und relevante Begleitstörungen..... | 7 |
| 2.1.5. Chancen und Folgen der Diagnose und Umgang damit..... | 8 |
| 2.2. Historische Entwicklung der Diagnose ADHS..... | 9 |
| 2.2.1. Die Anfänge der Störung | 9 |
| 2.2.2. Der Diskurs um die Ursache der ADHS..... | 10 |
| 2.2.3. Amphetamine..... | 11 |
| 2.2.4. Diagnosetechniken | 11 |
| 2.2.5. Aktueller Diskurs..... | 12 |
| 3. Die Systemtheorie als Brücke zwischen der Sozialen Arbeit und ADHS | 14 |
| 3.1. Der Konstruktivismus | 14 |
| 3.2. System und Umwelt | 15 |
| 3.2.1. Körperliche, psychische und soziale Systeme..... | 15 |
| 3.2.2. Trennung der sozialen Systeme | 16 |
| 3.3. Der Mensch in Kommunikation | 17 |
| 3.3.1 Inklusion/Exklusion | 18 |
| 3.4. Operationale Geschlossenheit..... | 19 |
| 3.5. Interventionsbedingungen und Interventionslimitation..... | 20 |
| 4. Darstellung der Systemperspektiven von `Sozialer Arbeit`, `Jugendlichen` und `Familien` | 22 |
| 4.1. Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit | 22 |
| 4.1.1. Sozialarbeit | 25 |

| | |
|--|----|
| 4.1.2. Sozialpädagogik | 28 |
| 4.1.3. Soziokulturelle Animation | 30 |
| 4.2. Auswirkungen von ADHS auf die Lebenswelten der Jugendlichen und deren Familien | 33 |
| 4.2.1. Bewältigung von Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen mit ADHS in der Adoleszenz..... | 34 |
| 4.2.2. Störungsbedingte Belastungen - Risiken und Chancen im Alltag mit ADHS | 37 |
| 4.2.3. Einfluss der Diagnose ADHS auf das Familiensystem | 40 |
| 4.2.4. Belastungen im Familienalltag | 41 |
| 4.3. Handlungskontexte der Sozialen Arbeit mit Berührungspunkten zu ADHS | 43 |
| 4.3.1. ADHS in der Sozialen Arbeit..... | 43 |
| 4.3.2. Konkrete Handlungsfelder | 44 |
| 4.4. Zwischenfazit | 47 |
| 5. Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit..... | 48 |
| 5.1. Von der Theorie zur Praxis | 48 |
| 5.2. Die systemisch-lösungsorientierte Beratungsmethode..... | 51 |
| 5.2.1. Zugangs- und Zieldimensionen in der Beratung..... | 52 |
| 5.2.2. Besonderheiten bei der Beratung von ADHS betroffenen Jugendlichen | 54 |
| 5.2.3. Besonderheiten bei der Beratung betroffener Familien | 57 |
| 5.3. Psychoedukation, verhaltenstherapeutische Interventionen..... | 59 |
| 5.3.1. Methode des Selbstmanagements | 61 |
| 5.3.2. Lob und Kritik..... | 61 |
| 5.3.3. Regeln, klare Strukturen und Konsequenzen | 62 |
| 5.3.4. Elterntraining..... | 65 |
| 5.4.5. Familienorientierte Interventionen | 66 |
| 5.4. Erlebnispädagogik | 67 |
| 5.5. Alternative Therapieansätze | 68 |
| 5.5.1. Medikation | 68 |
| 5.5.2. Spezialdiäten | 69 |
| 5.6. Zwischenfazit | 69 |
| 6. Schlusswort | 71 |
| 6.1. Zusammenfassung | 71 |
| 6.2. Beantwortung der Fragestellungen..... | 75 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 6.3. Schlussfolgerungen | 76 |
| 7. Quellenverzeichnis | 80 |
| 8. Übersetzungen | 84 |

| | |
|--|------------------|
| <i>Abbildung 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 (Quelle: Brandau, Kaschnitz, 2013, S. 23).....</i> | <i>5</i> |
| <i>Abbildung 2: Theorem zum Verhältnis der Berufsfelder (Quelle: Husi, Villiger, 2012, S.39)</i> | <i>23</i> |
| <i>Abbildung 3: Arbeitsfelder und Berufsfelder Sozialer Arbeit (Quelle: Husi, Villiger, 2012, S. 46).....</i> | <i>24 und 44</i> |
| <i>Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Quelle: Daniel Kunz, 2012, 12).....</i> | <i>26</i> |
| <i>Abbildung 5: Modell einer systemorientierten Sozialpädagogik (Quelle: Simmen et al., S. 22).....</i> | <i>29</i> |
| <i>Abbildung 6: Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz von Kindheit bis Erwachsenenalter nach Havighurst (Quelle: Seiffge-Krenke, Inge, In Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch, Susanne schlüter-Müller (Hrsg.), 2012, S. 248).....</i> | <i>35</i> |
| <i>Abbildung 7: Stufen der Entwicklung (Quelle: Jaszus et al., 2014, S.284).....</i> | <i>36</i> |
| <i>Abbildung 8: Zirkulärer Problemlösungsprozess (Quelle: Esther Weber, 2012, S. 20)</i> | <i>51</i> |
| Tabellen | |
| <i>Tabelle 1: Titel (Quelle: Moser, Müller, Wettstein, Willner., 1999, S.96).....</i> | <i>31</i> |
| <i>Tabelle 2: Interventionspositionen, –methoden, -zweck und -ziel der SkA (Quelle: Moser, Müller, Wettstein & Willner, 1999, S. 123).....</i> | <i>32</i> |

1. Einleitung

Im folgenden Kapitel erläutern die Autorinnen den Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

1.1. Ausgangslage

Noch vor einigen Jahren wusste laut Andreas Müller, Gian Candrian und Juri Kropotov (2011) niemand, was die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS, ist. Zunächst wurde bei von der Norm abweichenden Kindern und Jugendlichen bildlich und wenig gendergerecht vom Zappelphillip oder Hans-guck-in-die-Luft gesprochen, frei nach dem berühmten Buch von Heinrich Hoffmann „der Struwwelpeter“ aus dem Jahre 1845. Im Verlauf der Zeit bildeten sich viele verschiedene Theorien und Erklärungen über die ADHS. Die Erklärungsversuche und Diskussionen über Ursprung, Definition und Bezeichnung der Störung waren je nach Epoche und Forschungsstand sehr unterschiedlich, aber die Beschreibungen der Störung ähneln sich im Wesentlichen. Seit 1987 hat sich die Bezeichnung Attention deficit hyperactivity disorder, kurz ADHD im Englischen und ADHS im Deutschen durchgesetzt (S.32-38).

Hannes Brandau und Wolfgang Kaschnitz (2013) benennen ADHS als eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Störung steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt heftiger Diskussionen zwischen Befürwortern und Gegnern der Medikation durch Psychostimulanzien (S.7). Die Autoren betonen, dass kaum eine andere Lern- und Verhaltensproblematik so im Spannungsfeld zwischen Pädagogik, Psychologie, Sozialer Arbeit und Medizin steht (ebd.). Erfahrungsberichte wie zum Beispiel das Buch: „Plötzlich ein Sorgenkind“, verfasst von einer anonymen Kindsmutter zeigen deutlich, dass die Diagnosen ADHS starken Einfluss auf die Lebensqualität und alle Bereiche des Alltags hat. Laut Petra Giese (2009) wächst das Bedürfnis nach professioneller Hilfe stetig (S.69). So ist es für die Soziale Arbeit unumgänglich, den ihrer Profession eigenen Handlungskontext und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten auch zum Zwecke der Auftragslegitimation festzuhalten. Unterstützungsbedürftige in ihrem Leidensdruck zu helfen, zu vertreten und zu verteidigen, betont die Soziale Arbeit in ihrem Kodex. Aktuelle Krisen und Schwierigkeiten sollen gemeinsam behandelt und das Selbstmanagement für zukünftige Hürden gefördert und gestärkt

werden. Dabei soll die Systemtheorie in dieser Arbeit, als eine Brücke zwischen Theorie und Praxis dienen. Zudem soll es ermöglichen, Ereignisse, Handlungen und Reflexionen der Sozialen Arbeit interpretierbar zu machen.

1.2. Berufsrelevanz

Ein guter Weg, um die Auftragslegitimation der Sozialen Arbeit mit einem Thema zu überprüfen, ist ein Blick in die Definition der Sozialen Arbeit von Avenir Social (2010) zu werfen:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen, sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (Definition Soziale Arbeit)

Schon nach einer oberflächlichen Sichtung der ADHS Literatur wird offensichtlich, dass die Betroffenen und ihre Familien mit diversen Schwierigkeiten der unterschiedlichsten Art zu kämpfen haben, die an den in der Definition genannten Punkten anzusiedeln sind. Die professionelle Soziale Arbeit wird in vielfältigen Arbeitsfeldern mit ADHS Betroffenen, ihren Familien und den verschiedensten Anforderungen konfrontiert. Daher ist das Herausarbeiten des konkreten Handlungskontextes und der Unterstützungsmöglichkeiten unumgänglich, um den Betroffenen und deren Familien professionell helfen zu können.

1.3. Fragestellung

Aufgrund der vorliegenden Ausgangslage entwickelten sich folgende Fragestellungen, die in dieser Bachelorarbeit bearbeitet werden.

1. Wo ist ein konkreter Handlungskontext der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Jugendlichen und deren Familien ersichtlich?
2. Wie kann die Soziale Arbeit ADHS Betroffenen und deren Familien helfen und sie im Umgang mit der Diagnose und den Symptomen unterstützen?

1.4. Zielsetzung und Adressaten der Arbeit

Die Beantwortung der Fragestellungen sollen den zentralen Handlungskontext und somit die konkreten Problematiken von ADHS betroffenen Jugendlichen und deren

Familien, sowie die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufzeigen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, sowie mögliche personenzentrierte und familienzentrierte Dynamiken unter dem Einfluss der ADHS Symptome, aufzubereiten. Dies dient der qualifizierten Handhabung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit.

Die vorliegende Bachelorarbeit spricht zu einem Teil Professionelle der Sozialen Arbeit an, die in ihrer Tätigkeit mit den beschriebenen Herausforderungen, Schwierigkeiten und ADHS bedingten Leidensdruck der Jugendlichen und ihren Familien konfrontiert sind. Dabei soll sie Methoden für die Beratung und Interventionsgestaltung, für das professionelle Handeln im Alltag der Sozialen Arbeit, bieten. Des Weiteren richtet sich diese Arbeit an die Professionellen der Disziplinen Medizin, (schulische) Pädagogik und Psychologie. Diesen kann der Katalog an Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit eine gute Übersicht bieten und die Vernetzung zu entsprechenden Stellen sowie eine daraus resultierende ganzheitliche, interdisziplinäre Behandlung, möglich machen. Zuletzt kann diese Arbeit auch dazu dienen den Jugendlichen mit ADHS und vor allen deren Eltern genau darzustellen wie die Soziale Arbeit sie in ihren Fragen und Anliegen unterstützen kann.

1.5. Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit soll mittels Fachliteratur der Sozialen Arbeit sowie aus anderen Bezugsdisziplinen, gemäss folgendem Aufbau erreicht werden.

Nach der Einleitung im ersten Kapitel werden im zweiten Kapitel der aktuelle Forschungsstand der ADHS sowie deren historische Entwicklung erörtert. Dabei werden mögliche Ursachen, die Diagnosestellung, die Symptomatik, mögliche Komorbidität und die Prävalenz dargestellt. Zusätzlich wird die historische Entwicklung der Störung seit dem Jahr 1891 beschrieben.

Das dritte Kapitel behandelt die Systemtheorie und ihre Begrifflichkeiten. Die Systemtheorie dient dieser Arbeit als Brücke zwischen der Theorie und der Praxis und soll alle gesammelten Fakten der Literaturrecherche in die Praxis übertragbar machen.

Im vierten Kapitel folgt die Beantwortung der ersten Fragestellung. Dabei wird zunächst der konkrete Handlungskontext der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und deren drei Berufsfeldern erläutert. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Auswirkungen

von ADHS auf die Lebenswelten der betroffenen Jugendlichen und deren Familien. Zuletzt findet sich eine kurze Aufstellung von möglichen relevanten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, welche mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit betroffenen Jugendlichen und deren Familienmitgliedern sowie den beschriebenen psychosozialen Problematiken konfrontiert sind.

Kapitel fünf beinhaltet die Beantwortung der zweiten Fragestellung. Anhand eines Katalogs von diversen Unterstützungsmöglichkeiten wird aufgezeigt wie die Soziale Arbeit die Jugendlichen und deren Familien bei der Bearbeitung, der im vorherigen Kapitel beschriebenen Problematiken helfen kann. Die Auflistung umfasst Möglichkeiten der Beratung sowie der verhaltenstherapeutischen Interventionen, ausserdem noch einige Therapieansätze, welche nicht in den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit fallen.

Das sechste und letzte Kapitel fasst die zentralen Aussagen der gesamten Bachelorarbeit zusammen. Zuletzt werden von den Autorinnen aus den gesammelten Erkenntnissen, Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen.

1.6. Begriffsklärung

Die relevanten Begriffe aus der Sozialen Arbeit werden weitgehend vorausgesetzt und deshalb nicht näher erklärt. Spezifische Bezeichnungen aus anderen Fachbereichen, werden im jeweiligen Kapitel erläutert. Die Übersetzung aller englischen Ausdrücke ist im Anhang zu finden.

2. Aktueller Forschungsstand und historische Entwicklung

In diesem zweiten Kapitel wird darauf eingegangen, was unter der Störung ADHS zu verstehen ist wie sich die Diagnose entwickelt hat und wie der aktuelle Diskurs aussieht.

2.1. Aktueller Forschungsstand, Folgen der Diagnose und der Umgang damit

Die ADHS ist eine weit verbreitete Verhaltensstörung. Was das heisst und welche aktuellen Annahmen über die Störung gemacht werden, soll in den folgenden Kapiteln erläutert werden.

2.1.1. Definition ADHS nach DSM V und ICD 10

Die diagnostischen Manuale ICD 10 (International Statistical Classification of Disease) und DSM V (Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders) beinhalten die international etablierten Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, darunter auch die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS. Beide Klassifikationsmodelle führen, gemäss Brandau und Kaschnitz (2013), ADHS als eine Störung der Aktivität, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle, welche in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem klinisch bedeutsamen Ausmass zu einer Fehlanpassung führt (S.23). Diese ist dem Entwicklungsstand der Betroffenen nicht angemessen. Beide Manuale unterscheiden sich nur gering in der Definition der Kriterien von ADHS, dafür jedoch in der Bestimmung der Anzahl von Kombinationen der Kriterien, die für eine Diagnose vorliegen müssen (ebd.).

Nach dem Manual ICD-10 müssen alle drei Kernsymptome für eine Diagnose vorliegen. Es wird die Störung der Aufmerksamkeit, die Störung der Impulskontrolle, sowie die Störung der Aktivität aufgeführt. Die Abbildung 1 stellt dies verbildlicht dar. Die Auffälligkeiten müssen sich situationsübergreifend, zum Beispiel in der Familie und im Kindergarten, aber auch in einer Untersuchungssituation, bei entsprechenden Fachpersonen zeigen (ebd.).

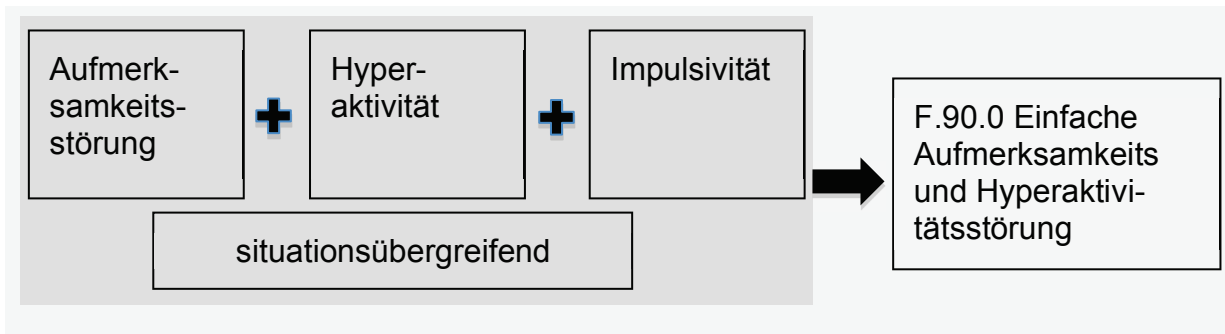


Abbildung 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 (Quelle: Brandau, Kaschnitz, 2013, S. 23)

Nach Brandau und Kaschnitz (2013) unterschied das Klassifikationsmanual DSM-IV, der Vorgänger des aktuellen DSM-V, in Subtypen. Ebenso wie beim ICD-10 mussten hier alle Kernsymptome situationsübergreifend auftreten (S.25). Es wurde zwischen den vorwiegend unaufmerksamen oder hyperaktiven und impulsiven Typus sowie einen Mischtypus, differenziert (S.25). Das DSM-V dagegen führt, so Brandau und Kaschnitz (2013), erweiterte und differenziertere Kriterien und Verhaltensmerkmale, von denen mindestens sechs oder mehr Symptome im Bereich der Unaufmerksam-

keit und Hyperaktivität über wenigstens sechs Monate feststellbar sein müssen (S.26-27). Bei Jugendlichen ab 17 Jahren genügen bereits 4 Symptome für eine Diagnosestellung (ebd.).

Zusammenfassend führen Brandau und Kaschnitz (2013) auf, fordern beide Diagnosesysteme deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen. Dabei müssen die Symptome in mindestens zwei Bereichen beobachtbar sein (S.26).

2.1.2. Epidemiologie/ Prävalenz

Catherina Gawrilow (2012) schreibt, dass die Ursache der ADHS auf verschiedene Möglichkeiten zurückgeführt werden kann wie genetische oder psychosoziale Faktoren (S.64), welche in den Kapiteln 2.2.-2.2.5. genauer erläutert werden.

Die ADHS ist, laut Jan Puls (2012a), im Vergleich zu anderen psychiatrischen Störungen aller Altersklassen, häufig anzutreffen, jedoch differieren die Prävalenzraten der einzelnen Studien enorm. Hierfür sind vor allem die unterschiedlichen Diagnosemanuale verantwortlich (S.3). Brandau und Kaschnitz (2013) benennen nach einer Aufstellung von Döpfner et al., dass die Prävalenzschwankungen von 1,2%-17% den niedrigen DSM-V Kriterien, im Vergleich zu den höheren ICD-10 Kriterien zugrunde liegen (S.29). Puls (2012a) erläutert nach einer Studie von Köster et al., dass man vereinfacht von einer internationalen Prävalenz von etwa 5% aller Schulkinder ausgeht, wobei die Diagnose häufiger bei Jungen als bei Mädchen gestellt wird (S.3). Unabhängig von anderen Faktoren werden Jungen statistisch gesehen durchweg häufiger als von ADHS betroffen beschrieben. Die Verhältnisse stellen sich von 3:1 bis sogar 9:1 dar, gleichen sich aber mit zunehmendem Alter an (ebd.). Bei einer verallgemeinerten Prävalenz von 5% aller Schulkinder ist davon auszugehen, dass in jeder Schulklasse etwa eins bis drei von ADHS betroffene Kinder und Jugendliche anzutreffen sind.

2.1.3. Diagnosestellung

Gabriele Schmid (2012) benennt das diagnostische Vorgehen in der Praxis als ein heterogenes, welches nicht selten einen Balanceakt zwischen dem Anspruch an eine „sichere Diagnosestellung“ und dem Zeitdruck des Praxisalltags, ökonomischen Überlegungen und teils ungenügendem Wissen um aktuelle Richtlinien und Forschungsbefunde darstellt (S. 11). In der Darstellung des diagnostischen Vorgehens folgt Frau Schmid (2012) den Empfehlungen der American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry kurz AACP vom Jahr 2007 (S.11). Als besonders entscheidend nennt Schmid die Tatsache, dass ADHS keine schnelle „Blickdiagnose“ ist, sondern nur mithilfe von wissenschaftlichen und klinisch fundierten Untersuchungsmethoden festzustellen ist (ebd.). Als kurze Rekapitulation sollen noch einmal die wichtigsten festzustellenden Punkte für eine ADHS Diagnose dargestellt werden. Dies sind zunächst einmal die bereits genannten Leitsymptome, das heisst, die Störung der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle sowie der Hyperaktivität. Bei der Diagnose muss die altersspezifische Symptomatik beachtet werden. Die Auffälligkeiten müssen über einen Zeitraum von über einem halben Jahr beobachtbar sein und zu Fehlentwicklungen und Beeinträchtigungen in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen führen (ebd.). Brandau und Kaschnitz (2013) benennen noch, dass der Beginn der Problematik nach dem ICD 10 vor dem sechsten Lebensjahr und dem DSM-IV noch vor dem siebten Lebensjahr liegen soll und nicht durch andere Diagnosen besser erklärbar sein darf (S.83). Im DSM V dagegen wurde dieses Kriterium auf das zwölfte Lebensjahr verschoben. Treten die Störungen erst später auf, kann ADHS demnach ausgeschlossen werden (ebd.). Zwischen den beiden Klassifizierungsmanualen liegt demzufolge ein Spielraum von 6 Jahren. Die soeben aufgezählten Kriterien sollen im Verlauf diverser Sitzungen erarbeitet werden, wobei hierfür sehr unterschiedliche Mittel zur Verfügung stehen (ebd.). Schmid (2012) nennt die Erforschung des direkten Umfelds des Kindes oder Jugendlichen wie dessen Eltern und Lehrer als verbindlich erachtete Diagnoseschritte. Ebenso gehören die Prüfung der Betroffenen und Verlaufskontrollen zu einer Diagnosestellung (S.12). Als optional und dennoch häufig als verbindlich betrachtet führt die Autorin standardisierte Fragebögen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrer, testpsychologische und körperliche Untersuchungen auf (ebd.).

2.1.4. Komorbidität und relevante Begleitstörungen

Nach Michael Heyken (2012) treten Komorbiditäten eher als Regelfall auf, denn als Ausnahmefall (S.103). Brandau und Kaschnitz (2013) nennen als mögliche Komorbidität: Störungen des Sozialverhaltens, Suchtverhaltens, Risikoverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen, Lernstörungen, Teilleistungsstörungen, kognitive Probleme und Anpassungsschwierigkeiten (S.57). Des Weiteren können Störungen neben der ADHS Diagnose bestehen, welche sich auf soziale Beziehungen und Selbstwertprobleme sowie Auffälligkeiten in punkto Kreativität und Ressourcen beziehen (S.57). Heyken (2012) führt noch das Risiko eines Substanzmissbrauchs mit

erhöhter Suchtgefahr auf (S.103). Richard Saul (2015) benennt, konträr zu dem eben Genannten, die Diagnose ADHS als komorbide Störung. Seiner Erfahrung nach lassen die Symptome von ADHS nach, sobald die Patienten auf diese und weitere zugrundeliegende Störungen hin behandelt werden (S.55). Weiter schreibt er, dass es höchst erstaunlich sei, wie die „Krankheit“ ADHS definiert würde, nämlich anhand ihrer Symptome und nicht wie bei anderen Krankheiten üblich anhand ihrer Ursachen (S.20). Herr Saul verdeutlicht dies mit dem Beispiel eines Herzinfarktes. Würde man diesen anhand der verursachten Schmerzen in der Brust definieren, wäre die angemessene Behandlung eine Verabreichung von Schmerzmitteln und keineswegs eine Revitalisierung oder Instandsetzung des Herzens (ebd.). Dementsprechend vertritt Saul (2015) folgenden Standpunkt: *„(...) der Symptomkomplex, den man der Diagnose ADHS zuschreibt, kann mit mehr als zwanzig anderen medizinischen Diagnosen zusammenhängen, bei denen es im Fall einer erfolgreichen Behandlung zum Verschwinden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptome kommt“* (S21).

2.1.5. Chancen und Folgen der Diagnose und Umgang damit

Als erste Chancen einer Diagnose wie ADHS nennt Elke Brusa (2015) eine mögliche Erleichterung. Dem Zustand einen Namen zu geben entspricht dem Wunsch der Menschheit nach Kausalität. Die Bescheinigung einer anerkannten Diagnose dient ausserdem als Basis für die Klärung von Leistungsansprüchen und bietet eine Verständigungsbasis zwischen professionellen Experten, Adressaten und deren Umfeld (S.2). Jedoch birgt eine jede Diagnose, besonders eine so aktuelle und wie es durch die Medien scheint, allgegenwärtige und heiss umstrittene Thematik, auch diverse Risiken. Durch die Diagnosestellung können sich, nach Brusa (2015), Angst und Verunsicherung noch weiter verstärken und zu Auswirkungen einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung führen (S.3). Dabei kann sie den Blick auf vorhandene Ressourcen verdecken. Dies ist besonders bei ADHS ein Risiko, da die aufgeführten Kriterien im DSM-V rein defizitorientiert sind. Besonders ist auch zu beachten, dass eine Diagnose Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung des Betroffenen zur Folge haben kann (S.3). Der Sozialpsychiater David Cohen bietet in Bezug auf dem Balanceakt zwischen den Risiken und Chancen der Diagnose eine sachliche Aussage, welche man idealerweise im Umgang mit von ADHS Betroffenen im Hinterkopf behalten sollte: *„Wenn immer ein Kind mit den vier Buchstaben ADHS in Verbindung gebracht wird, soll das Denken anfangen und nicht aufhören“* (Cohen, ohne Jahreszahl¹; zit. in Helmut Bonney, 2012a, S.38).

¹ Anmerkung: Die Jahreszahl der Aussage von David Cohen konnte auch nach umfangreicher Recherche nicht erschlossen werden.

In der aktuellen Praxis gibt es eine Vielzahl an Therapien. Brandau und Kaschnitz (2013) zufolge dominierte jedoch in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren vor allem die Behandlung mit Psychostimulanzien, wobei Ritalin, ein Methylphenidat, den bekanntesten Vertreter darstellt (S.123). Der Einsatz ebensolcher Psychostimulanzien ist ein immer wieder stark diskutiertes Thema. Bonney (2012a) führt auf, dass die Abgabe von Stimulanzien zunächst zwar zu „raschen Therapieerfolgen“ und damit zu einer vordergründigen Entlastung führen kann, jedoch darüber hinweg täuscht, welche substantiellen Hilfestellungen für das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie nötig sind (S.45). Als aktuelle Massnahmen, welche diese von Bonney vermissen Hilfestellungen erfüllen können, nennen Brandau und Kaschnitz (2013) Verhaltenstherapeutische Interventionen, Psychoedukation und Beratung. Darunter werden jene Massnahmen verstanden, welche geeignet sind, Betroffene und ihre Angehörigen über die Störung und ihre Behandlung zu informieren, das Verständnis und den selbstverantwortlichen Umgang zu fördern. Ebenso führen sie lösungsorientiertes Coaching als Methode des „Empowerments“ auf (S.331-133).

2.2. Historische Entwicklung der Diagnose ADHS

Laut Müller et al. (2011) ist die ADHS vor allem in den letzten zwei, drei Jahrzehnten in das Bewusstsein der breiten Bevölkerungskreise gedrungen. Viele Fachleute sind jedoch überzeugt, dass es sich keineswegs um ein neues Phänomen handelt.

2.2.1. Die Anfänge der Störung

Die erste Beschreibung der ADHS findet man, nach Müller et al. (2011), im Buch des Mediziner Heinrich Hoffmanns, genannt "Struwwelpeter" (S.32). Der Klassiker unter den Kinderbüchern aus dem Jahre 1891 enthält Geschichten über den Struwwelpeter, den Suppen-Kaspar, den Hanns Guck-in-die-Luft und auch dem Zappel-Philipp. Der Zappel-Philipp wird als Beschreibung von ADHS-Kindern interpretiert. Ein Junge, der wegen seiner Hyperaktivität das Tisch Tuch mit dem Essen vom Tisch zieht. Die Illustrierung von Hoffmann war jedoch nicht als Beschreibung einer bestimmten Patientengruppe gedacht, sondern lediglich ein Weihnachtsgeschenk für Hoffmanns Sohn (ebd.).

¹ Anmerkung: Die Jahreszahl der Aussage von David Cohen konnte auch nach umfangreicher Recherche nicht erschlossen werden. Müller et al. (2011) schreiben, dass zur gleichen Zeit Wilhelm Griesinger von Kindern Aufzeichnungen macht, die keinen Augenblick Ruhe halten können und gar keine

Aufmerksamkeit zeigen. In seinem Buch "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" macht er deutlich, dass er solche mentalen Störungen als Erkrankungen des Gehirns einstuft. Der Arzt Heinrich Neumann sah das Phänomen vor allem als Entwicklungsstörung. Er sagt, die Aufmerksamkeit wird fortwährend durch die Sinneswelt in Anspruch genommen und somit findet eine Reizüberflutung statt (S.33). Caterina Gawrilow (2012) dokumentiert, dass der englische Kinderarzt George Frederick Still 1902, eine Vorlesung über «Nicht normale psychische Bedingungen bei Kindern» gehalten hat und in weltweit bekannten und führenden medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurde (S.17). Herr Still beschrieb Kinder mit Schwierigkeiten ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, die eine mangelnde Selbstregulation hatten, oft aggressiv waren und sich nicht disziplinieren liessen, obwohl ihre Intelligenz normal ausgeprägt war (ebd.). Müller et al. (2011) konkretisieren, dass Herr Still die Unruhe der Kinder als einen "defect in moral control" einstufte (S.34-35). Zur gleichen Zeit erkannte der Kinderarzt Adalbert Czerny die Ursache der Störung als eine nicht biologische Ursache. Er sagte, dass der Charakter eines Kindes ausschliesslich vom Gesundheitszustand und von der Erziehung bestimmt würde (ebd.). Bereits in der zweiten Hälfte des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstand, nach Adelheid Margarete Staufenberg (2011), eine Kontroverse um die Rolle von Vererbung und Konstitution versus Erziehung und Umwelt der Betroffenen. Griesinger und Still als zwei Vertreter einer strikt biologischen Argumentation und Czerny der auch den Umweltfaktoren eine zentrale Rolle beimisst (S.48-49).

2.2.2. Der Diskurs um die Ursache der ADHS

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dominiert in den medizinisch-psychiatrischen Diskussionen, laut Staufenberg (2011), eine biologisch-organische Sichtweise als Ursache der Störung und wird mit unterschiedlichen Begriffen ausgedrückt (S.49).

Evelyn Heinemann und Hans Hopf (2006) schreiben, dass 1947 Strauss und Lethinen das "minimal brain damage" Konzept schufen, welches 1966 in „minimal brain disfunction“, kurz MBD, umbenannt wurde, da der Nachweis einer Hirnschädigung bei verhaltensauffälligen Kindern fehlte (S.9). Laut Müller et al. (2011) wurden nun nicht mehr die Hirnschädigungen, sondern die Funktionsstörungen in den Vordergrund gestellt (S.37). Ab Mitte der 1960er Jahre wurde MBD vielerorts zur zentralen Formel für die Diagnose der Störung. Es erschienen zunehmend Artikel in den Medien und bis Mitte der 1970er Jahren wurde die Störung zum häufigsten Problem der

Kinderpsychiatrie (S.37). Mit Beginn der 1960er Jahren wurden nach Müller et al. (2011) viele Debatten über das MBD-Konzept geführt. Dabei kamen Einwände auf wie zum Beispiel: es sei kein eigenes, exakt umschriebenes Krankheitsbild, Ursache und Pathogenese seien nicht hinreichend bestimmbar oder die Definition des Begriffs seien am Symptomkomplex orientiert (ebd.).

2.2.3. Amphetamine

Müller et al. (2011) schreiben, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, genauer 1937, Charles Bradley die Wirkung von Amphetaminen entdeckte (S.36). Bradley therapierte verhaltensgestörte Kinder mit dem stimulierend wirkenden Amphetamin Benzedrin. vierzehn von dreissig dieser Kinder zeigten eine Verhaltensveränderung. Bradley konnte die Wirkung des Stimulans nicht erklären, er war jedoch so überzeugend, dass die Behandlung mit Stimulanzien bis heute vielerorts im Zentrum der ADHS-Therapie steht (ebd.). Heute ist laut Staufenberg (2011) die Effektivität der Pharmazeutika durch zahlreiche Studien belegt und ihre Wirkungsweise besser erforscht und bekannt (S.50).

2.2.4. Diagnosetechniken

Müller et al. (2011) heben hervor, dass durch die immer intensivere Beschäftigung mit der Störung die Notwendigkeit entstand, eine vereinheitlichte Diagnosetechnik zu entwickeln (S.37). Diese Vereinheitlichung war nicht zuletzt auch wichtig, um die Erforschung der Störung voranzutreiben. In dem seit 1952 massgebenden Manual für psychische Störungen und Krankheiten, dem DSM, wurde nun in dessen zweiter Ausgabe von 1968, unter der Ziffer 308.0, die Diagnose "Hyperkinetic Reaction of Childhood" als Krankheitsbild aufgelistet. 1980 erschien das DSM-III. Es erfolgte ein fundamentaler Wechsel, weg vom Fokus der Hyperaktivität hin zum Aufmerksamkeitsdefizit. In der neuen Diagnose unter dem Begriff "Attention Deficit Disorder", kurz ADD, wurden erstmals genaue Kriterien festgelegt, die bei einer Diagnose erfüllt sein mussten. Zudem entstanden zwei Subtypen, einer mit und einer ohne Hyperaktivität. Bei der Revision des DSM-III 1987 fielen die Subtypen vorübergehend weg. Die Störung wurde zum "attention deficit hyperactivity disorder", kurz ADHD, in Deutsch die Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS (ebd.). Laut Staufenberg (2011) hatte die Revision Konsequenzen für die Prävalenzrate der ADHS. Sie stieg an, da die Diagnose leichter zu vergeben war (S.52). Nach Müller et al. (2011) hat sich seit 1987 der Begriff ADHS nicht mehr geändert, aber das DSM-IV

brachte erneut eine Aufteilung in drei Subtypen: vorwiegend unaufmerksamer, vorwiegend hyperaktiver und kombinierter Subtyp (S.37-38). Wie bereits in Kapitel 2.1.1 erwähnt, gab es 2013 eine weitere Erneuerung des DSM-IV zum DSM-V, was erneut einige Veränderungen mit sich brachte.

Staufenberg (2011) schreibt, dass 1975 die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, mit dem ICD-9 und der Diagnose "Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters" ein weiteres Diagnoseinstrument für die Störung einführt. 1989 wird im ICD-10 die Diagnose in "Hyperkinetische Störung" umbenannt. In der Klassifikation der ADHS hat sich das DSM international durchgesetzt. In Europa jedoch ist das ICD der WHO, das offizielle Klassifikationssystem (S.53-56).

2.2.5. Aktueller Diskurs

Rückblickend erkennt man, dass es in der Vergangenheit viele Versuche gab, die ADHS zu beschreiben und seine Ursache aufzuklären. Die Erklärungsversuche waren sehr unterschiedlich, die Beschreibungen der Störung jedoch ähneln sich im Wesentlichen.

Gerald Hüter und Helmut Bonney (2012) schreiben, dass es gegenwärtig weltweit schätzungsweise zehn Millionen Kinder und Jugendliche mit der Diagnose Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität gibt. Diese Kinder und Jugendliche leben fast ausschliesslich in Amerika und Europa (S. 24). Sie sagen zudem, dass gegenwärtig die Meinung vorherrscht, dass ADHS ein genetisch bedingter, organischer Defekt im Gehirn ist, der mit Amphetaminen behandelt werden kann. Von diesen zehn Millionen Kindern werden in den westlichen Ländern, gegenwärtig etwa die Hälfte mit Amphetaminen behandelt, in der übrigen Welt nur ein minimaler Anteil (ebd.).

Im Streit um die Ursache von ADHS zeigen sich, laut Birte Gebhart (2016), drei Konzepte: das biomedizinisch-genetische Konzept, das entwicklungspsychologische Modell und die systemisch-konstruktive Perspektive. Für aktuelle medizinische Diagnoseverfahren und Behandlungsleitlinien ist das biomedizinisch-genetische Konzept massgeblich (S.31).

G. Schmid (2012) schreibt, dass bei der ADHS eine hohe genetische Beteiligung von über 70% angenommen werden kann (S.8). In den biochemischen Faktoren werden das hintere und vordere Aufmerksamkeitssystem des Hirns, welche die Aufmerksamkeit und die Fokussierung der Aufmerksamkeit steuern, als Ursache der Störung angesehen. Und diese Ursache kann mithilfe von medikamentösen Therapien be-

handeln werden (S.8). Für die biologisch-medizinischen Sichtweisen gibt es noch weitere Ursachen der ADHS wie Faktoren während der Schwangerschaft und der Geburt, so Schmid (2012, S.10). Psychosoziale Faktoren hingegen werden bei der ADHS lediglich als den Ausprägungsgrad und den Störungsverlauf beeinflussend angesehen, haben aber keine Bedeutung für die Entstehung der Störung (S.10). Staufenberg (2011) schreibt, dass bisherige Forschungsergebnisse zu einer genetisch bedingten Ursache der ADHS keine eindeutigen Ergebnisse erbracht haben. Mit keinem Test konnte eine organische Verursachung der ADHS nachgewiesen werden (S.70).

Das zweite Konzept sind nach Gebhart (2016) die entwicklungspsychologischen Modelle. Sie stellen psychosoziale Bedingungen und Umweltfaktoren in den Vordergrund und kritisieren die Fokussierung auf die ursächliche Wirkung von genetischen Faktoren und neurobiologische Befunde (S.32). Entgegen dieser Vorstellung wird die ADHS anhand ihrer Symptome und nicht an ihrer Ursache definiert wie es Richard Saul (2015) schreibt. Eine verstopfte Nase kann beispielsweise das Symptom einer Erkältung oder einer Allergie sein. Eine verstopfte Nase ist jedoch keine Diagnose (S.20). Vertreter der entwicklungspsychologischen Perspektive geben der bereits vorgeburtlichen oder frühkindlichen Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, mangelnde Zuwendung, fehlende elterliche Grenzziehung und Traumatisierungen, eine hohe Bedeutung (Gebhart, 2016, S.32).

Gebhart (2016) beruft sich auf Roggensack, wonach sich die Vertreter des dritten Konzepts, der systemisch-konstruktiven Perspektive, ADHS als eine Konstruktion der Gesundheitsforschung ansehen. Damit wenden sie sich gegen eine Definition auffälliger kindlicher Verhaltensweisen als Krankheitsbild (S. 32). Wird auffälliges Verhalten systemisch betrachtet, ist dieses Verhalten nicht sinnlos, es ist lediglich ein Ausdruck von einer mangelnden Anpassung zwischen Kind und Umwelt (S. 33).

Laut Hüther und Bonney (2012) handelt es sich in neuen Modellvorstellungen insgesamt um ein multikausales Geschehen, in welchem genetische neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von ADHS zusammenwirken (S.71). Wie die Bedeutung der einzelnen Faktoren und ihrer gegenseitigeren Beeinflussung bewertet werden, ist laut Gebhart (2016) jedoch bei den Vertretern der unterschiedlichen Kausalitätskonzepte sehr unterschiedlich (S.31). Schmid (2012) benennt zudem die Aussagen von Rössler und Retz, dass bei der ADHS wie auch bei anderen

psychischen Störungen, nicht von einer einzelnen Ursache ausgegangen werden kann. Eine eindeutige Klärung der Ursache liegt immer noch nicht vor (S.8).

3. Die Systemtheorie als Brücke zwischen der Sozialen Arbeit und ADHS

Martin Hafen (2007) benennt Theorien als wissenschaftliche Anleitungen um die Welt in ihrer Komplexität zu beobachten, zu ordnen und daraus Erkenntnisse zu gewinnen, welche zur Weiterentwicklung der Praxis beitragen (S.7). Mithilfe der Systemtheorie soll in dieser Arbeit die Beobachtung der Thematik ADHS strukturiert und eine Brücke zur Profession Soziale Arbeit geschlagen werden.

3.1. Der Konstruktivismus

Unter dem Begriff Beobachtung ist, nach Herrn Hafen (2007), die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens zu verstehen (S.8-9). Die Systemtheorie spricht von einer Realität, auf die es keinen objektiven Zugriff gibt, ausser über die Operation der Beobachtung. Genau hier liegt ein wichtiger Knackpunkt, denn jede Selektion einer Unterscheidung kann von einem anderen System anders gemacht werden (ebd.). Helmut Lambers (2010) betont hierzu ausserdem, die Unmöglichkeit alles beobachten zu können. Bei der Beobachtung 1. Ordnung entsteht immer ein blinder Fleck, welcher nur durch eine zusätzliche Beobachtungsebene, der Beobachtung 2. Ordnung, eingegrenzt werden kann. Das Zauberwort in diesem Falle ist tatsächlich die `Eingrenzung` des blinden Fleckens, da eine Letztbeobachtung, bei der alles wahrgenommen würde, nicht möglich ist und man aufgrund dessen, lediglich das Ausmass des blinden Fleckens reduzieren kann (S.26).

Martin Hafen (2007) greift auf Niklas Luhmanns Theorien zurück, wonach alle Beobachtungen stets systemisch organisiert sind (S.9). Jedes Individuum, aber auch Familien und Organisationen jeglicher Form, stellen als jeweils individuelles System eigene Beobachtungen aus ihrer Perspektive an (ebd.). Für die Thematik der ADHS bedeutet dies, dass stets davon ausgegangen werden muss, dass sich die Ansichten und Meinungen sowie der Umgang damit, je nach Perspektive, blinden Flecken und System deutlich unterscheiden. Gehen wir einmal von dem Beispiel eines `Runden Tisches` aus, bei denen das beteiligte Helfernetzwerk zusammenkommt, um gemeinsam zu entscheiden wie vorgegangen werden soll. Bei diesem Beispiel wäre es durchaus möglich, dass ebenso viele verschiedene Perspektiven wie Personen und

Disziplinen vorhanden sind, was eine schnelle und effiziente Hilfsplanung durchaus verkomplizieren kann.

3.2. System und Umwelt

Esther Weber (2012) beschreibt ein System als dann erkennbar, wenn es von seiner Umwelt unterschieden werden kann (S.26). Ohne eine Begrenzung und somit ohne eine Umwelt, gäbe es kein Innen und Aussen und keine systemeigene Identität. Systeme folgen diesbezüglich einem Paradoxon, indem sie sich einerseits von ihrer Umwelt abgrenzen und andererseits auf ebendiese beziehen und ausrichten (ebd.).

3.2.1. Körperliche, psychische und soziale Systeme

Wilfried Hosemann und Wolfgang Geiling (2013) schreiben, dass Luhmann soziale Systeme konsequent von den psychischen und biologischen Systemen unterscheidet, wobei sie sich jeweils durch ihre spezifischen Operationsweisen definieren und voneinander abgrenzen (S.55). Das biologische System operiert durch chemisch-physikalische Prozesse. Das psychische System arbeitet seinerseits durch Bewusstsein wie Wahrnehmen, Denken und Fühlen. Das soziale System bedient sich wiederum der Kommunikation (ebd.). Hafén (2007) folgend, kann das psychische System als Einheit zwischen Bewusstsein und Unbewusstsein verstanden werden. Die Beobachtungen werden hier in Form von Gedanken und Vorstellung, wofür die Sprache des sozialen Systems wichtig ist, realisiert. Dabei finden im Hintergrund Wahrnehmungen unbewusst und ohne explizite Bezeichnungen statt (S.11). Die beiden Systemebenen `Psyche` und `Soziales` operieren eng gekoppelt und arbeiten, obwohl sie aufeinander angewiesen sind, dennoch nicht identisch (S.12). Aufgrund der Autopoiesis wie es Luhmann nannte, ergibt sich, dass alle Systeme sich selbst reproduzieren und organisieren. Das heisst, sie bestimmen selber wie sie denken und kommunizieren und was sie aus ihrer Umwelt als Anlass zur Eigenirritation zulassen (ebd.). Dem Körper als biologisches System kommt in der Systemtheorie eine eigene Stellung zu. Herr Hafén (2007) nach ist das biologische System nicht dem sozialen und nicht dem psychischen System zuzuordnen, sondern deren Umwelt, wobei auch keines der beiden Systeme Zugriff auf den Körper hat ausser über die Operation der Beobachtung (S.14).

Am Beispiel eines von ADHS betroffenen Mädchens könnte dies folgendermassen dargestellt werden. Viele, für andere teils banale Eindrücke oder auch ein gegebener biologischer Faktor machen das Konzentrieren und ruhigsitzen schwierig und führen

zu einer Unordnung des psychischen Systems des Mädchens. Auf diese Unordnung selber kann das Mädchen keinen direkten Einfluss nehmen, aber sie kann diese zum Ausdruck bringen, indem sie zum Beispiel viel zappelt und nie stillhält. Diese beobachtbare psychische Unordnung des Mädchens bedingen wiederum etwaige Auswirkungen auf andere soziale Systeme wie etwa Ablehnung des Mädchens, weil es einen Störfaktor darstellt und viel Unruhe verbreitet.

3.2.2. Trennung der sozialen Systeme

Hafen (2007) bezeichnet alle Systeme als heuristische, das heisst, gedankliche und theoretische Konstrukte (S.15). Jedes System zeigt sich einzigartig in der Art und Weise wie es kommuniziert und denkt. Auf diese Weise unterscheidet es sich so von seiner Umwelt (ebd.). Hafen betont, dass die Systeme nicht nur sich selbst, sondern auch immer ihre Umwelt mitreproduzieren. Die relevante Umwelt des Systems kann daher nie objektiv sein, sondern besteht stets aus der Perspektive des Systems (S.16). Laut Hosemann und Geiling (2013) kann eine Kopplung zweier Systeme erst entstehen, wenn sich zwei Systeme in der Umwelt immer wieder wechselseitig anregen und dabei auf vorherige Anregungen Bezug nehmen. Wenn eine Kopplung der Systeme erreicht worden ist, kann das jeweils andere System beeinflusst werden (S.74). Nach wie vor bestimmt aber jedes System selber, von welchen Informationen des gekoppelten Systems es sich beeinflussen lässt und mit welchen Ressourcen es Strukturänderungen zulässt (Hafen, 2007, S.11). Hosemann und Geiling (2013) zufolge führt aber nicht jeder Kontakt zwischen verschiedenen Systemen zwingendermassen zu einer strukturellen Kopplung (S. 74). Wenn ein Professioneller der Sozialen Arbeit zum Beispiel den von ADHS betroffenen Jugendlichen beeinflussen möchte, muss dieser erst zum relevanten Umfeld desselbigen werden. Erst dann kann der Professionelle den Versuch starten dessen Aufmerksamkeit zu erregen. Ob eine Intervention des Sozialarbeitenden mit entsprechender Strukturänderungsabsicht funktioniert, obliegt der Entscheidung des Jugendlichen.

Die sozialen Systeme werden nach Hosemann und Geiling (2013) in Interaktion, Organisation und Gesellschaft unterschieden (S.55-63). Die Interaktionssysteme stellen in diesem Trio die kleinstmögliche Ebene der Herstellung von Kommunikation dar. Ihre Besonderheit besteht in ihrer Gebundenheit an die wechselseitige Wahrnehmung und die körperliche Anwesenheit der Beteiligten. Der ihnen zugrundeliegende Binäre Code lautet deshalb `anwesend / nicht anwesend` (ebd.).

Organisationssysteme definieren sich über formale Mitgliedschaftsregeln wie zum

Beispiel einem Arbeitsvertrag. Ihre besondere Form der Kommunikation ist das Medium der Entscheidungen, für deren Zustandekommen Kommunikationswege, Personen und Organisationskulturen bedeutsam sind. Innerhalb des Organisationssystems kommt es zu Interaktionen, einerseits solche, welche die Organisation betreffen und andererseits auch jene, welche losgelöst davon stattfinden, zum Beispiel bei einem privaten Gespräch. Letzteres ist dann der Umwelt der Organisation zuzuordnen (S.55-63).

Das letzte System des Trios ist jenes der Gesellschaft. Nach Hafen (2007) kann hierunter die Gesamtheit aller Kommunikationen verstanden werden. Damit kommt dem Begriff `Gesellschaft` eine andere abstraktere Bedeutung zu, als es ihm im Volksmund zugesprochen wird (S.16). Die Systemtheorie spricht dem Gesellschaftsbegriff damit auch seine Adressierbarkeit ab, was bedeutet, dass `die Gesellschaft` nicht für Missstände verantwortlich gemacht werden kann (ebd.). Luhmann folgend benennen Hoseman und Geiling (2013) die unterteilbaren Funktionssysteme, der Gesellschaft, welche für ganz spezifische Funktionen verantwortlich sind (S.60). Als ein Beispiel für ein solches Funktionssystem wäre das Medizinsystem zu nennen. Wie jedes System wird es durch seinen ihm eigenen binären Code krank/gesund eingegrenzt. Die einzelnen Funktionssysteme sind nicht unmittelbar adressierbar, erst durch ihre spezialisierten Organisationen werden sie erreichbar (ebd.). Als Beispiel für die Soziale Arbeit wäre hier nach Hosemann und Geiling (2013) der Code Hilfe zur sozialen Teilhabe gewähren oder Nicht-Hilfe zu nennen (S.140).

3.3. Der Mensch in Kommunikation

Ein Mensch wird laut Lambers (2010) der Umwelt von sozialen Systemen zugerechnet. Dabei können sie mit Kommunikation an Systemen teilnehmen, aber nicht determinierend auf sie einwirken (S.76). Nach Luhmann gibt es drei Kommunikationsmedien: die Sprache, die Verbreitungsmedien wie Bücher, Zeitschriften und elektronische Medien und die symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien. Kommunikation ist ein dreistufiger selektiver Prozess, von der Information über die Mitteilung hin zum Verstehen. Anhand eines Beispiels der Verbreitungsmedien kann man dies verdeutlichen. In einer Nachrichtensendung werden aus vielfältigen Angeboten, die von den Presseagenturen zur Verfügung stehen, Informationen selektiert, welche gesendet werden sollen. In einem zweiten Schritt wird in der Redaktionsarbeit festgelegt, was gesendet, respektive mitgeteilt wird. Diese Mitteilung sieht der Empfänger. Jeder Empfänger setzt dabei unterschiedliche Schwerpunkte und hat andere Interes-

sen. Der Empfänger selektioniert bei der Aufnahme von Mitteilungen. Jeder Empfänger versteht die Nachricht individuell und gestaltet sie in einem Masse um, so, dass man nicht mehr von derselben Information sprechen kann, die es vor dem Versenden der Information war (S.83-85). Wie Lambers (2007) sagt: " *Erst die Annahme des Verstehens entscheidet darüber, ob Kommunikation stattgefunden hat und Anschlusskommunikation möglich ist*" (S.85). Das Verstehen des Empfängers ist für das System des Senders zunächst Umwelt. Erst durch die Anschlusskommunikation des Empfängers entsteht das System zwischen Sender und Empfänger. Nun könnte man sich die Frage stellen, ob Personen nur kommunizieren? Wie aber wird gehandelt und erlebt? Dazu sagt Lambers, Handeln und Erleben ist Kommunikation, denn es wird in sozialen Systemen als Mitteilung realisiert (ebd.). Hier ein Beispiel, um die Kommunikation der Systemtheorie zu verdeutlichen. Eine Mutter eines von ADHS betroffenen Mädchen spricht mit ihrer Tochter. Laut Luhmann oder Lambers findet erst dann eine Kommunikation zwischen Mutter und Tochter statt, wenn die Tochter die Mitteilung ihrer Mutter verstehen will, annimmt und danach antwortet.

3.3.1 Inklusion/Exklusion

Hafen (2013) sagt, dass es nach Luhmann zwei Unterscheidungen gibt wie ein Mensch in die Kommunikation eingeschlossen, beziehungsweise ausgegrenzt werden kann, nämlich mittels Inklusion und Exklusion (S.62). Menschen werden als Personen in ein Kommunikationssystem inkludiert, wenn sie sich am Gespräch beteiligen und eine Anschlusskommunikation stattfindet (ebd.). An dieser Stelle muss der Personenbegriff aus systemtheoretischer Sicht erläutert werden. Martin Hafen (2005a) beschreibt den Begriff 'Person' nach Luhmann, als ein weder psychisches noch physisches System, sondern als ein Bestandteil der Strukturen des sozialen Systems. Die Person ist also vielmehr ein Konstrukt, um Verhaltenserwartungen möglich zu machen (S.35). Der Begriff 'Person' kann dahingehend als ein identitätsstiftender Faktor bezeichnet werden, auf welchen in einem Kommunikationsprozess zurückgegriffen werden kann (S.36).

Da der Inklusionsprozess nach Hafen (2013) bedeutet, dass eine Person in einem Kommunikationssystem momentan als relevant erachtet wird, muss der Exklusionsprozess das genaue Gegenteil dazu darstellen. Exklusion ist demzufolge, wenn eine Person nicht an der Kommunikation beteiligt und somit nicht Teil des Systems ist (S. 62-63). Jedoch ist eine Exklusion zunächst einmal nicht 'negativ', sondern 'normal', da jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt aus den meisten sozialen Systemen exkludiert

ist. Hafen betont hier, dass der Blick auf die langfristigen Exklusionen beziehungsweise auf die eingeschränkten Inklusionsmöglichkeiten in relevante Systeme fallen muss (S.64). Dauerhaft eingeschränkte Inklusionsmöglichkeiten, zum Beispiel in Form von Isolation, können schwerwiegende Folgen für das psychische System eines Menschen haben. Stress und dessen Folgeprobleme wie Aggression, Depressionen und Krankheiten können hier aufgeführt werden (S.64).

Zur Verdeutlichung des Inklusions- und Exklusionskonzeptes kann man sich einen Jungen im Schulunterricht vorstellen. Egal ob von ADHS betroffen oder nicht, kann dieser im System Schulunterricht nur inkludiert werden, wenn der Schuljunge eine Mitteilung bekommt und versteht. Erst wenn der Junge eine Anschlusskommunikation ermöglicht, entsteht das System Schulunterricht. Wenn dieser Prozess jedoch nicht geschieht, wird der Junge von diesem System exkludiert. Es lässt sich vermuten, dass die, von der Lehrperson erwarteten Verhaltensweisen an die `Person` Schuljunge nicht immer erfüllt werden, da dieser an einem Aufmerksamkeitsdefizit leidet und dem Kommunikationsprozess nicht immer folgen kann. Wird der Schuljunge aufgrund seines auffälligen Verhaltens nun immer häufiger vom System Schulunterricht exkludiert, entwickeln sich schnell schwerwiegende Folgen für ihn. Hier ist es wichtig, frühzeitig die Inklusionsfähigkeit des Jungen zu fördern, um eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht wieder zu ermöglichen.

3.4. Operationale Geschlossenheit

Soziale Systeme können sich nicht nach Belieben gegenseitig beeinflussen wie Hafen (2007) schreibt. Die Systeme bestimmen selber, welchen Umweltreizen sie einen Wert zuschreiben. Die Informationen, welchen einen hohen Stellenwert beigemessen werden, verarbeitet das System und ermöglichen Strukturänderungen (S.11). Nach Hosemann und Geiling (2013) ist dies das Konzept der operationalen Geschlossenheit. In den sozialen, psychischen und den biologischen Systemen wird stets an eigenen Strukturen angeschlossen (S.67-68). Operativ geschlossene Systeme können demnach immer ein Netzwerk eigener Operationen nutzen. Dennoch sind sie auf Offenheit angewiesen, denn sie benötigen den Tausch von Ressourcen, beziehungsweise Kommunikation, die dann die bereits erwähnten Strukturänderungen ermöglichen (ebd.).

Eine Schulsozialarbeiterin kann, um ein Beispiel zu nennen, noch so gute Ideen haben, wie man die Unterrichtsstrukturen besser an die Bedürfnisse von ADHS betroffenen Kindern anpassen könnte. Sie kann ihre Vorstellungen nicht einfach in eine

Klasse oder gar in die ganze Schule `hineindenken`. Um zu sehen, wie diese ihre Vorschläge aufnehmen und verarbeiten, muss sie über die entsprechenden Entscheidungsgremien gehen. Dabei liegt der mögliche Ausgang in der ganzen Spannweite zwischen Umsetzung oder Teilumsetzung und Ablehnung ihrer Ideen.

3.5. Interventionsbedingungen und Interventionslimitation

Von Intervention ist immer dann zu sprechen, wenn versucht wird, kommunikativ oder physisch in die Prozesse eines Systems einzugreifen, so Hafen (2007). Die Abgrenzung zu nicht intervenierendem Verhalten zeigt sich demzufolge in der Absicht, eine Veränderung herbeizuführen (S.29). Ein physischer Eingriff auf ein System wie etwa eine medikamentöse Behandlung von ADHS Patienten, weisen nach Hafen im Vergleich zu kommunikativen Interventionsversuchen eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit auf. Jedoch ist zu betonen, dass der Erfolg ebenfalls keineswegs sicher ist. Man bedenke in diesem Beispiel die Möglichkeit von Nebenwirkungen oder die Rückfallwahrscheinlichkeit, sobald das Medikament einmal abgesetzt würde (S.30). Der Fokus soll nun jedoch auf die kommunikativen Interventionsversuche gelegt werden, die da wären: Erziehung, Bildung, Beratung, Information, Appelle, Befehle, Motivation und ähnliches. Nach der obigen Erläuterung der operationalen Geschlossenheit eines jeden Systems verdeutlicht sich nun das Paradoxon, dass in ein System streng genommen gar nicht `interveniert` werden kann, da dieses selber entscheidet, was es an Umweltreizen annimmt, um sich selbst zu strukturieren. Ein direktes kausales Erreichen ist also nicht möglich. Vielmehr stellen alle Interventionen einen Versuch dar, beim anvisierten System, die erwünschte Aufmerksamkeit zu erreichen, damit dieses es als Anlass zur Veränderung nimmt (ebd.).

Hafen (2007) benennt sechs Hürden die zum Interventionserfolg erfüllt werden müssen (S.32-33). Die erste Stufe ist die des Erhaltens der Aufmerksamkeit des anvisierten Systems, wie es bereits in vorangegangenen Kapiteln als Voraussetzung jeder Intervention erläutert wurde. Die zweite Stufe spricht vom richtigen Verstehen einer bestimmten Information. Wie bereits erwähnt, können Informationen nicht einfach in ein anderes System übertragen werden, da dieses selbst bestimmt, was es versteht und annimmt. Die dritte Stufe ist die des Akzeptierens. Nachdem eine Information im Sinne des `Senders` verstanden wurde, ist noch nicht sichergestellt, ob der `Empfänger` diese auch akzeptiert. Die vierte Stufe handelt von der Einstellungsänderung. Selbst wenn die Information verstanden und akzeptiert wurde, gibt es noch kein Garant, dass ein System seine Einstellung diesbezüglich verändert (ebd.). Die fünfte

Stufe betrifft die Verhaltensänderung, welche ohne vorheriges Verstehen, Akzeptieren und Einstellungsänderung nicht zustande kommt. Es ist zu bedenken, dass nur ein Teil des menschlichen Verhaltens im Gehirn bewusst gesteuert wird. Vieles wird, Hafen (2007) folgend, auch durch weitgehend unbewusst ablaufende, emotionale Bewertung beeinflusst und somit bewusster Kontrolle weitgehend entzogen (S.34). Die sechste Stufe stellt nun noch die Verfestigung des geänderten Verhaltens dar. Handelt es sich bei dem zu verändernden Verhalten um eines, welches sich über Jahre verfestigt hat, so wird das Erlernen neuer Verhaltensweisen, bzw. das Ersetzen der Alten, ein schwieriges Unterfangen. Denn nach Hafen sind es vornehmlich die unbewussten Prozesse des Gehirns, welche zu einem Rückfall in das alte Verhaltensmuster führen (Hafen, 2007, S.34).

Bonney (2012a) bietet hierfür ein gutes Beispiel an, um die Komplexität dieser sechs Stufen zu verdeutlichen (S.39). Nehmen wir einen kleinen Jungen, welcher bereits früh durch eine leichtere Stimulierbarkeit, Ablenkbarkeit und Unruhe aufgefallen ist. Aus sich selbst heraus ist dieser Junge kaum imstande, seinen überstarken Antrieb zu kontrollieren. Das Zappeln sorgt für eine kurzzeitige Entspannung der inneren Unruhe. Spielt er den Klassenclown, kann er für kurze Zeit über seine Schwierigkeiten mitzuhalten, hinwegtäuschen oder er erhält von seinen Mitschülern und Mitschülerinnen positive Reaktionen, wie Lachen. Durch das Weghören, lernt er unliebsame Kommentare seiner Umwelt auszublenden und erfährt durch diese Verhaltensweisen ebenfalls kurzzeitig eine innere Entspannung. Auf diese Art können sich über einige Zeit hinweg ungünstige Verhaltensweisen verhärten und das Erlernen von neuen, adäquateren Verhalten erschweren (ebd.). Kommt dieser Junge nun zum Beispiel in ein sozialpädagogisches Setting, in dem mit ihm zusammen erarbeitet werden möchte, wie er sich anders verhalten könnte, müssen die oben beschriebenen Stufen Schritt für Schritt erklommen werden. Die Aufmerksamkeit des Jungen, der gelernt hat, Unliebsames durch Weghören auszublenden, muss mit geeigneten Mitteln gelockt und gefördert werden. Er muss verstehen und akzeptieren, warum er sein Verhalten ändern soll und was er dadurch gewinnen kann. Nach einer erfolgreichen Einstellungsänderung, die mit grösserer Wahrscheinlichkeit durch eine in Aussicht gestellte Belohnung erreicht wurde, kann auf der Stufe der Verhaltensänderung mit dem Jungen adäquates alternatives Verhalten trainiert werden. Für die Verfestigung des geänderten Verhaltens kann es wiederum notwendig sein, etwaige Rückschritte

geduldig und wohlwollend zusammen zu analysieren und zu überlegen wie ein Rückfallen in alte Gewohnheiten das nächste Mal umgangen werden kann.

4. Darstellung der Systemperspektiven von `Sozialer Arbeit`, `Jugendlichen` und `Familien`

Bevor auf die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten eingegangen werden kann, sollen zunächst die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit ausdifferenziert und anhand ihres Settings, ihrer Ziele und Methoden dargestellt werden. Anschliessend wird die Notwendigkeit einer Beratung oder Intervention anhand einer Darlegung der Auswirkungen von ADHS auf die Lebenswelt der betroffenen Jugendlichen und deren Familien aufgezeigt. Zuletzt ist eine kurze Auflistung der möglichen Handlungskontexte der Sozialen Arbeit, welche Berührungspunkte zu ADHS betroffenen Jugendlichen haben, beschrieben.

4.1. Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

In dem Kapitel 1.2. wurde bereits die Definition der Sozialen Arbeit der `International Federation of Social Workers`, kurz IFSW aus dem Jahre 2000 aufgeführt. Mithilfe dieser wesentlichen Punkte der Profession Soziale Arbeit können die Ziele, die Methoden und der Ort eines jeden Berufsfeldes und eines jeden Unterstützungsangebotes der Sozialen Arbeit eingefasst werden.

Die international geltende Definition der Berufsverbände lautet im Einzelnen:

Die Profession Soziale Arbeit fördert

- den sozialen Wandel,
- Problemlösungen in menschlichen Beziehungen
- sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um deren Wohlbefinden zu heben.

(...)

Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (Avenir Social, 2010, S.1)

Dieser erste und der letzte Abschnitt der Definition verdeutlichen die zentralen Ziele der Profession. Gregor Husi und Simone Villiger (2012) präzisieren hierzu die Soziale Arbeit weiterführend als eine professionelle menschliche Praxis, welche aus gegebenen Anlass, getragen durch die Selbst- und Sozialkompetenzen der Berufstätigen,

in unmittelbaren sozialen Beziehungen von angesprochenen Menschen beansprucht wird (S.25).

Der nächste Abschnitt der IFSW Definition dient der Eingrenzung der Methoden welche von Professionellen der Sozialen Arbeit in allen Arbeitsfeldern angewandt werden.

Unter Nutzung von

- Theorien menschlichen Verhaltens
- und sozialer Systeme

vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken. (Avenir Social, 2010, S.1)

Der Punkt, wo Menschen aufeinander wirken, benennt den Ort des Tätigwerdens der Sozialen Arbeit. Von Husi und Villiger (2012) wird sie als eine Vielfalt ausdifferenzierter Arbeitsfelder im Kontext besonderer Organisationen beschrieben, welche oft in beruflich homogenen oder heterogenen zusammengestellten Arbeitsteams operieren (S.25).

Es besteht tatsächlich eine Vielfalt verschiedener Arbeitsfelder, welche alle unter dem Überbegriff der Sozialen Arbeit eingeordnet werden können. Innerhalb der Profession der Sozialen Arbeit kann jedoch wieder zwischen den drei Berufsfeldern, der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik und der Soziokulturellen Animation unterschieden werden. Husi und Villiger (2012) benennen das Subsumtionstheorem von Albrecht Mühlum, als die wohl am weitesten verbreitete Auffassung Sozialer Arbeit (S.42). Die Verbildlichung des Theorems auf der Abbildung 2, zeigt sehr gut die Abgrenzungs- und Überlappungsverhältnisse der Berufsfelder der Sozialen Arbeit (S.39).

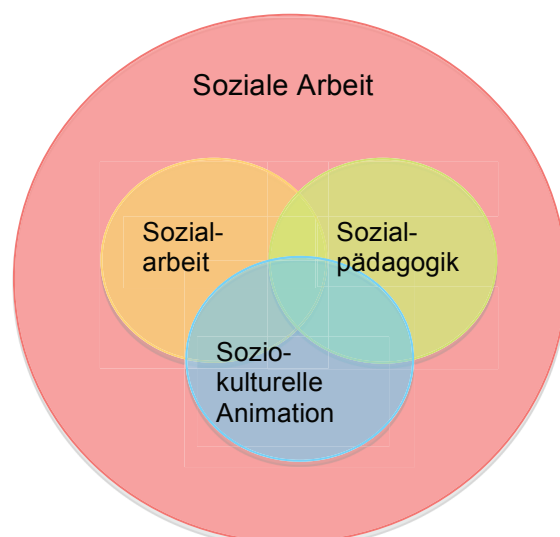


Abbildung 2: Theorem zum Verhältnis der Berufsfelder (Quelle: Husi, Villiger, 2012, S.39)

Hier bietet es sich an, eine weitere hilfreiche Abbildung vorzustellen. Diese gibt einen ausgezeichneten ersten Überblick über einige wichtige Arbeitsfelder in diesen drei Bereichen der Sozialen Arbeit.

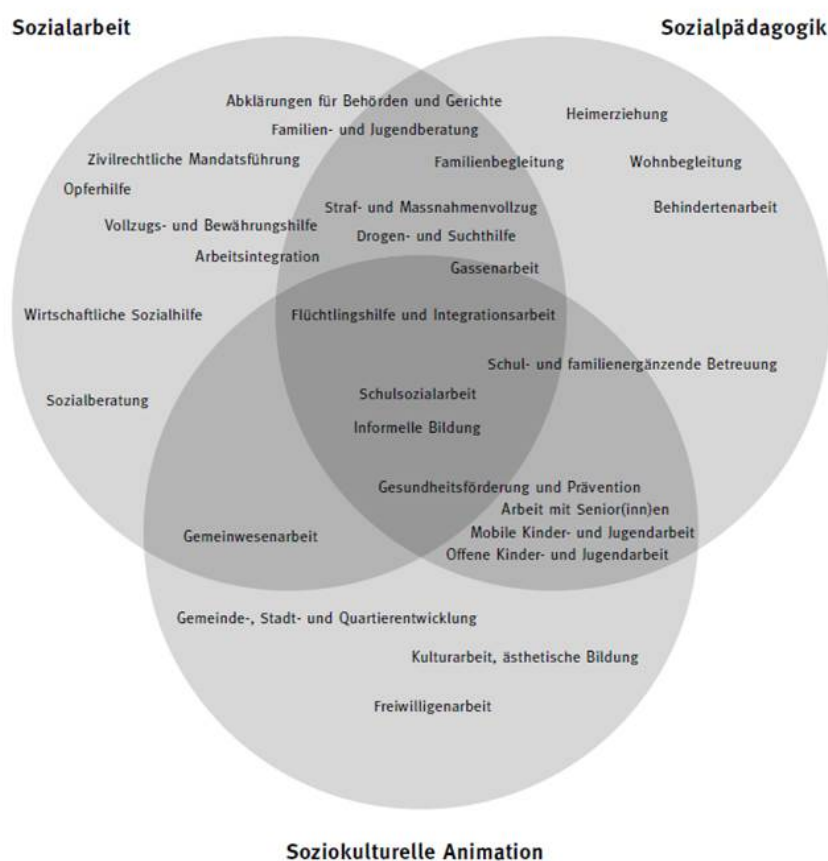


Abbildung 3: Arbeitsfelder und Berufsfelder Sozialer Arbeit (Quelle: Husi, Villiger, 2012, S. 46)

Husi und Villiger (2012) führen auf, dass eine Liste aller Arbeitsfelder aufgrund von nationalen, regionalen und dem historischen Wandel niemals abschliessend erstellt werden könnte (S.45). Nichts desto trotz kann diese Darstellung dazu dienen, die verschiedenen Handlungskontexte der Sozialen Arbeit, welche in Kontakt mit von ADHS betroffenen Jugendlichen und deren Familien kommen, visualisierbar zu machen und dem zugehörigen Berufsfeld der Sozialen Arbeit zuzuordnen zu können.

In den folgenden drei Kapiteln werden die Berufsfelder der Sozialen Arbeit dargestellt. Dabei soll jeweils einen kurzen Überblick über den Tätigkeitsbereich, der Klientel, das Setting sowie eine kurze Beschreibung der systemischen Arbeitsmethode gegeben werden.

4.1.1. Sozialarbeit

Pia Gabriel-Schärer umschreibt die Aufgaben von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, im Vorwort des Buches von Esther Weber (2012), als Unterstützungsleistungen für Menschen so, dass diese ihr Leben bewältigen und wieder selber gestalten können (S.6). Der Klientel wendet sich dabei oft in Krisensituationen wie zum Beispiel bei Arbeitsplatzverlust, Armut, Scheidung oder Krankheit an die Sozialarbeitenden. Mithilfe von systemischer Beratung kann der Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen der Lebensumwelt besser gelingen (ebd.). Die Sozialarbeit bewegt sich stets im Spannungsfeld der Ansprüche von Individuum und Gesellschaft. Die Komplexität der Lebenswirklichkeit dieser verschiedensten Systeme verlangt von den Sozialarbeitenden eine mehrperspektivische Betrachtungs- und Herangehensweise (ebd.). Sozialarbeiterische Beratung ist nach Daniel Kunz (2012) immer doppelt verortet. Zunächst im Wissen um die sozialen Probleme und zum anderen im Verfahrenswissen. Als zentralsten Punkt führt Kunz dabei die Beziehung zwischen den Sozialarbeitenden und der Klientel auf, denn sie ist die Grundlage eines jeden Arbeitsbündnisses (S.11). Stellt man die Beratungstätigkeit als sehr zentralen Punkt eines jeden Arbeitsfeldes der Sozialarbeit auf, muss man sich das Spannungsfeld vergegenwärtigen, in welchem die Sozialarbeit im Allgemeinen agiert. Kunz bietet hierzu folgende Strukturierungshilfe, welche zwischen den Polen `Freiwilligkeit` und `gesetzliche Massnahmen` differenziert, sowie weiterführend unter `materielle Probleme` und `Psychosoziale Probleme` (S.12). In der Praxis sind je nach Arbeitsfeld die Übergänge zwischen den vier Polen fließend, beziehungsweise überlappend (ebd.)

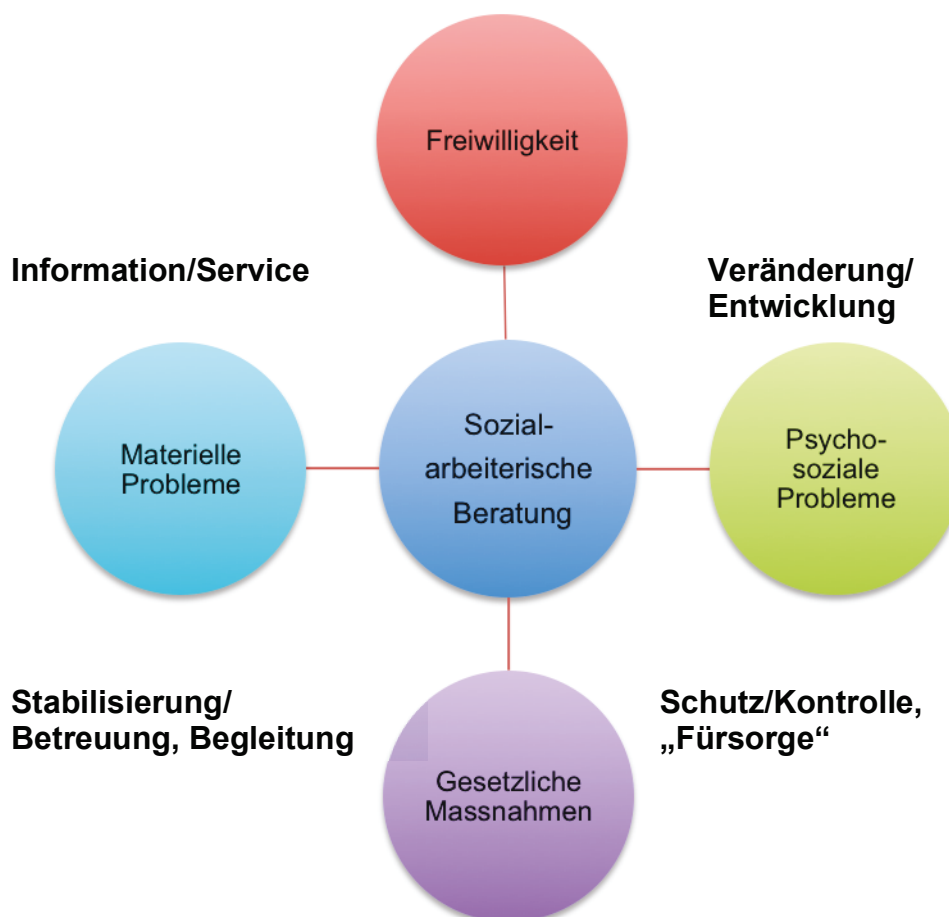


Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Quelle: Daniel Kunz, 2012, 12)

Handelt es sich um eine freiwillig ersuchte Beratung bezüglich materieller Probleme, so fällt die Dienstleistung unter den Überbegriff `Information und Service`. Laut Kunz (2012) liegt hier der Schwerpunkt, je nach Auftrag der Organisation, beim Erteilen von Sachinformationen mithilfe derer Problemlösungen gefunden werden können (S.13). Des Weiteren sind hier alle konkreten materiellen Hilfestellungen gemeint, wie beispielsweise die Existenzsicherung durch Sozialhilfe. Diese Dienstleistung wird als das Erschliessen von externen Ressourcen bezeichnet (ebd.).

Der Bereich `Veränderung und Entwicklung` behandelt psychosoziale Probleme mithilfe freiwilliger Beratung und Unterstützung. Durch gezielte Initiierung und Förderung von geeigneten Beratungsprozessen wird den Ratsuchenden ermöglicht, ihre Situation besser zu verstehen. Im Verlauf der Beratungsgespräche sollen gemeinsam neue Möglichkeiten für das persönliche Denken und Handeln erschlossen werden (ebd.). Nach Kunz (2012) bringen der Klientel aufgrund der Freiwilligkeit der Beratung oftmals die Bereitschaft mit, innere Veränderungsprozesse anzustossen oder

entwickeln diese im Laufe der Sitzungen (S.14). Eine Veränderung im Verhalten, der Wahrnehmung der Gefühle, der Gedanken und Einstellungen hat das Ziel, mehr Wissen, Orientierung und vor allem eine erweiterte Problemlösungskompetenz zu gewinnen. Hierbei spricht man von der Erschliessung interner Ressourcen (Kunz, 2012, S.14)

Anders als bei den eben beschriebenen Sektoren gestaltet sich die Dienstleistung im Bereich der gesetzlichen Massnahmen und der materiellen Probleme. Die gesetzlichen Bestimmungen und Massnahmen dienen dabei der Legitimation aller Massnahmen. Dieser Sektor behandelt die Aufträge `Schutz, Kontrolle und Fürsorge`. Kunz (2012) führt auf, dass die Sozialarbeit hier neben dem Unterstützungsauftrag häufig auch eine Kontrollfunktion bezüglich der Einhaltung gesellschaftlich normativer Vorgaben wahrnimmt (S.14). Wird eine Massnahme gegen den Willen der Klientel durchgeführt, ist von einer unterschiedlichen Bewertung der problematischen Situation auszugehen. Der Sozialarbeitende ist verpflichtet, Sinn und Zweck der Kontrolle oder Massnahme zu erläutern und alle Rechte und Pflichten konkret darzulegen (ebd.). Das Beratungsziel soll nach Kunz (2012) ganz klar sein, eine Kooperation zu erreichen und so den Kontroll- oder Schutzauftrag in einen Hilfe- und Unterstützungskontext umzuwandeln (S.15).

Der vierte Bereich behandelt die `Stabilisierung, Betreuung und Begleitung`. Wie die Begriffe schon aufzeigen, liegt der Fokus darauf, eine problematische Situation zu stabilisieren und der Klientel dabei zu betreuen und zu begleiten (ebd.). Kunz benennt die Hauptaufgabe der Sozialarbeitenden, geeignete Hilfeleistungen, auch unter Einbezug der Umwelt, zu finden. Besagte Hilfeleistungen sollen der grösstmöglichen Autonomie und Würde des Menschen entsprechen (ebd.) Als Sonderfall kann hier auch die Unveränderbarkeit eines Problems Thema der Betreuungsarbeit sein. Es gilt, mit der Klientel Strategien zu erarbeiten wie, mit diesen Unveränderbarkeiten, zurecht zu kommen ist (ebd.).

Unabhängig davon, in welchem der vier Sektoren eine Beratung stattfindet, müssen die Sozialarbeitenden nach Kunz (2012) ihrer jeweiligen professionellen Überlegungen, wie z.B. gesetzliche Vorgaben, Richtlinien, Weisungen und dergleichen, stets auch der Berufsethik gegenüberstellen (S.16). Herr Kunz weist jedoch auf eine Hürde für eine gelingende Zielerreichung in der systemischen Beratungsmethodik hin. Der Klientel erlebt bei der Inanspruchnahme der Hilfe Dritter oft einen Kontrollverlust,

der auf der Gefühlsebene mit Ängsten vor Entblössung, Beschämung, Demütigung und Gesichtsverlust einhergehen kann (S.16). Dies verdeutlicht sehr anschaulich, warum die Beziehungs- und die Vertrauensarbeit ein essentieller Teil der Beratungstätigkeit ist. Nähe und Vertrauen sind nach Kunz (2012) die zentralen Wirkmechanismen für eine zielführende und wirksame Beratung (S.16). Die systemische Beratung findet nach Esther Weber (2012) stets in einem kontextspezifischen, lösungs-, zukunfts-, und ressourcenorientierten Setting statt (S.22).

4.1.2. Sozialpädagogik

Laut Friedrich Maus, Wilfried Nodes und Dieter Röh (2008) sind die Sozialarbeit und Sozialpädagogik keine zwei total verschiedenen Bereiche, aber auch nicht völlig identisch (S. 60). Im Unterschied zu der Sozialarbeit, die sehr stark beratend tätig ist und im Spannungsfeld der Ansprüche von Individuum und Gesellschaft agiert, liegt der Fokus eines Sozialpädagogen oder einer Sozialpädagogin laut Husi und Villiger (2012) in der Sozialisationshilfe (S. 55). Nach Maus et al. (2008) ist die Aufgabe der Sozialpädagogik, die Normalität zu erhalten oder wiederherzustellen (S.60). Husi und Villiger (2012) nennen Bildung und Erziehung als zwei weitere Schwerpunkte. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen begleiten und betreuen Menschen und helfen ihnen, den Alltag zu bewältigen (S.69). Wenn die selbständige Lebensgestaltung und soziale Integration erschwert, gefährdet oder verunmöglicht ist, können Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ihr Klientel wieder gesellschafts- und funktionsfähig für den Alltag machen. Dies durch Aktivierung, Förderung und das Schaffen von Strukturen (ebd.). Laut der schweizerischen Plattform der Ausbildungen im Sozialbereich (2015) erfassen und analysieren Professionelle der Sozialpädagogik die Lebenssituation und den Unterstützungsbedarf der Klientel und planen darauf abgestimmte individuelle Massnahmen im Sinne von Präventions-, Erziehungs-, Aktivierungs-, Förder- oder Begleitprozessen (S.9-14). Nach Durchführung der Massnahmen werden diese von ihnen ausgewertet. Sozialpädagoginnen und Pädagogen nehmen an der Lebenswelt ihrer Klientel teil und gestalten diese im Alltag mit. Sie helfen ihrer Klientel mithilfe abgestimmter Vorgehensweisen und Methoden, ihre persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen zu entdecken, zu entwickeln und situationsgerecht zu nutzen, so dass die begleitenden Menschen sich zunehmend selber befähigen und eigene Lösungsbeiträge entwickeln. In ihrer Arbeit sind Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen stets methodengeleitet und zielorientiert und dokumentieren und reflektieren ihre Arbeit (ebd.). Im Gegensatz zu der Betreuungs-

arbeit in der Sozialarbeit, die durch Kurzkontakte geprägt sind, ist, laut Husi und Villiger (2012), die Sozialpädagogik eher dort, wo man Leute über längere Zeit prozesshaft begleitet. Dabei gehören zur primären Zielgruppe Kinder, Jugendliche sowie Menschen mit einer Behinderung. Sozialpädagogen und Pädagoginnen arbeiten mit Einzelpersonen oder Gruppen vorwiegend in stationären Angeboten wie z.B. Heimen und Wohnhäusern (S.70-72). Nebst der stationären Sozialpädagogik hat sie auch ambulante Angebote, wie die sozialpädagogische Familienbegleitung oder die Schulsozialarbeit (S.77).

René Simmen, Gabriele Buss, Astrid Hassler und Stephan Immos (2008) sagen, dass Konzepte und Annahmen der systemischen Theorie, Folgen für die Arbeit mit Menschen haben (S.18). Erziehung, Beratung, Anleitung und Begleitung im Sinne von gezielten Versuchen, Individuen zu verändern, gerät mit der Systemtheorie ins Wanken. Es steht nunmehr nicht mehr die Verhaltensveränderung eines Individuums im Vordergrund. Für die Sozialpädagogik heisst es nun zu erkennen, was sich in den mitwirkenden Systemen wandeln oder bleiben muss, dass der Klientel neues Bewältigungshandeln ausprobieren kann (ebd.). Dabei ist zu beachten, dass alle Systeme in der Lebenswelt des Klientel beeinflussen und entscheidend sind, was in der Alltagsorientierung möglich ist und was nicht. Systemorientierte Sozialpädagogik bindet die wichtigsten Bezugs- und Hilfssysteme der Klientel ein, wie sie auf der Abbildung 5 ersichtlich sind (S.21).

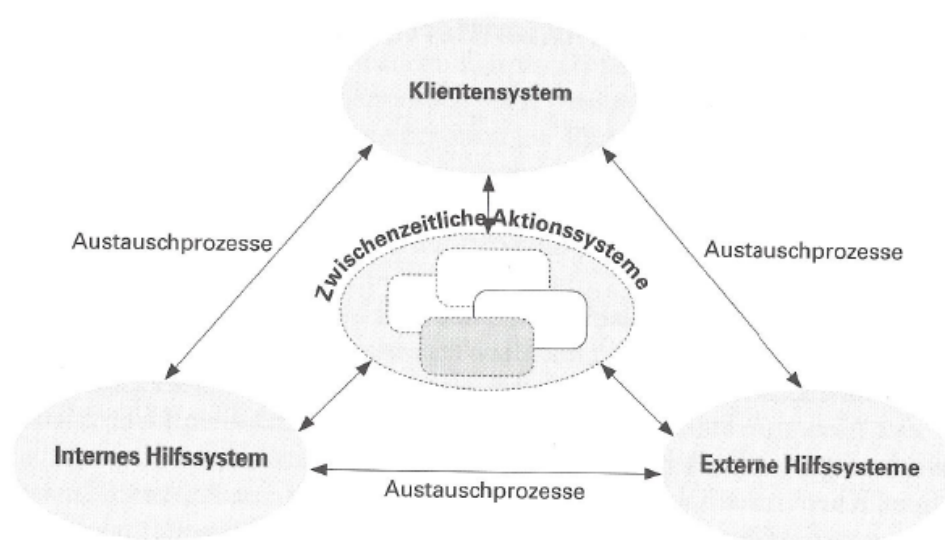


Abbildung 5: Modell einer systemorientierten Sozialpädagogik (Quelle: Simmen et al., S. 22)

Das Klientensystem auf der Abbildung 5 meint die familiäre Herkunft und Lebenslage der Klientel. Das interne Hilfssystem sind nach Simmen et al. (2008) die sozialen Organisationen, in denen die Sozialpädagogen und Pädagoginnen arbeiten und einen Auftrag wahrnehmen. Sämtliche Dienstleistungen ausserhalb des internen Hilfssystems wie einweisende Behörden, IV-Berufsberatung, Therapie, Schule, ect., gehören zu dem externen Hilfssystem. In jedem einzelnen System werden die Prozesse, aber auch das Zusammenspiel erfasst. Vor dem Intervenieren wird versucht, sich einen Überblick über die ganze Situation zu verschaffen (S.21-22). Nach Simmen et al. (2008) ist systemorientierte Sozialpädagogik weit mehr als das Herkunftsmilieu der Klientel einzubeziehen. Sie strebt mit ihnen eine gelungene Kooperation an. Alle drei Systeme, das Klientensystem, das externe und das interne Hilfssystem sollten mitberücksichtigt werden (S.21). Zudem werden Prozesse in den einzelnen Systemen, aber auch deren Zusammenspiel erfasst (S.22). Dabei gilt zu beachten, dass Systeme ihren eigenen Regeln und einer eigenen Logik folgen. Somit sind sie nicht direkt instruierbar, können jedoch auf unbewusste Einflüsse oder gezielte Interventionen reagieren (S.17). Damit interveniert werden kann, muss eine Systemvernetzung stattfinden. Hosemann und Geiling (2013) nennen dies die Kopplung der Systeme (S.76-77). Eine solche muss erreicht werden, erst dann kann der Versuch vorgenommen werden, das System zu beeinflussen. Ziel ist es, durch diese Kopplungsarbeit, die Ressourcen der betroffenen Personen zu stärken und somit die sozialen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und zu stabilisieren (ebd.). Ist die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge räumlich, zeitlich oder durch Abwehr zu weit vom System entfernt, wird laut Simmen et al. (2008), die Intervention vom System meist als zu wenig relevant erachtet und bleibt somit nur beschränkt wirksam (S.34). Rein intuitives Vorgehen nach dem Prinzip Versuch und Irrtum reichen für eine professionelle Einflussnahme nicht aus. Problematisches Bewältigungshandeln wird in der Systemtheorie ressourcenorientiert angegangen.

4.1.3. Soziokulturelle Animation

Bernard Wandeler (2010) benennt die gesellschaftliche Funktion der Soziokulturellen Animation, kurz Ska, als eine Disziplin, welche vor einem nicht immer konfliktfreien Hintergrund bemüht ist, Personen und Gruppen von Menschen zur gesellschaftlichen Teilhabe und bewusster Gestaltung von Lebensräumen zu aktivieren (S.7). Der Interventionsbereich der Soziokulturellen Animation erstreckt sich über die gesell-

schaftlichen Teilbereiche: Bildung, Soziales, Politik und Kultur. Heinz Moser, Emanuel Müller, Heinz Wettstein, Alex Willner (1999) benennen die konkreten Fokussierungsgebiete und Funktionen der SkA in den jeweiligen gesellschaftlichen Systemen folgendermassen (S 96):

| Gesellschaftliche Systeme | Fokussierungsgebiete | Funktionen |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| Politik | Gemeinwesenaufbau | Partizipative Funktion Funktion der Kritik und Solidarität |
| Bildung | Erziehung und Bildung | Edukative Funktion Integrative Funktion Ressourcenerschliessende und Vernetzungsfunktion |
| Kultur | Kunst und Kultur | Enkultorative Funktion Integrative Funktion Ressourcenerschliessende und Vernetzungsfunktion |
| Soziales | | Präventive Funktion Integrative Funktion |
| Freizeitbereich | Erholung/Freizeit | Erholungs- und Rekreationsfunktion Funktion des Zeitmanagements |

Tabelle 1: Fokussierungsgebiete und Funktionen der SkA (Quelle: Moser, Müller, Wettstein, Willner, 1999, S.96)

Neben der Stärkung der aktiven Lebensgestaltung sind Soziokulturelle Animatorinnen und Animatoren um einen sozialen und kulturellen Ausgleich bemüht, so Wandeler (2010, S7). Innerhalb ihres grossen Interventionsbereichs nimmt die SkA oftmals eine Vermittlerrolle ein. Wandeler verbildlicht dies auch als das aktive Bauen von Brücken zwischen den Generationen, Alteingesessenen und Zugewanderten, Frauen und Männern und anderen aufeinandertreffenden Gruppen (ebd.). Bei der Planung und Durchführung von Projekten, Anlässen und Ähnlichem berücksichtigt die SkA die sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Bedingungen der betroffenen Bevölkerungsgruppe (ebd.).

Nach Husi und Villiger (2012) sind unter den Zielen der SkA auch die Mobilisation oder Organisation von Gruppen und Gemeinschaften zu nennen, unter dem beson-

deren Augenmerk auf soziale Veränderung (S.129). Die SkA nimmt hierbei eine unterstützende Rolle bei der sozialen Einbindung ein und arbeitet aktiv an der Entwicklung demokratischer Lebensformen, so Husi und Villiger (2012, S.129). Des Weiteren fördert die Disziplin die Bewusstwerdung einer kollektiven Identität und erkämpft mehr Möglichkeiten der Meinungsäußerung und Handlungsfähigkeit. Für Husi und Villiger ist dabei die hohe demokratische Ethik das wichtigste Merkmal hinter allen Massnahmen der Soziokulturellen Animation (ebd.)

Moser et al. (1999) beschreiben die Praxis der soziokulturellen Animation in einem Zusammenspiel von Organisations-, Konzept- und Vermittlungsaufgaben (S.212). Demzufolge ergeben sich vier Interventionspositionen und Interventionsmethoden, sowie der jeweils zugehörige Zweck und das erstrebte Ziel (S.123):

| Interventionsposition | Methode | Zweck | Ziel |
|---------------------------|--------------|------------------------------|----------------------|
| Animator/Animatorin | animieren | Aktivierung | Selbsttätigkeit |
| Organisator/Organisatorin | unterstützen | Produktion und Aktion | Selbstorganisation |
| Mediator/Mediatorin | vermitteln | Mediation Medikation | Selbstständigkeit |
| Konzeptor/Konzeptorin | erforschen | Konzeption Transformation | Selbstvergewisserung |

Tabelle 2: Interventionspositionen, -methoden, -zweck und -ziel der SkA (Quelle: Moser, Müller, Wettstein & Willner, 1999, S. 123)

Das jeweilige Ziel soll einen möglichen, zukünftigen und wünschenswerten Zustand darstellen. Der Zweck bezieht sich auf die Absicht eines Menschen, bestimmte Mittel einzusetzen um das Ziel zu erreichen (ebd.). Er ist also laut der Autoren an ein konkretes Mittel oder eine Methode gebunden, durch das er erreicht werden soll (S.123). Als eine zentrale Methode nennen Moser et. al. (1999) die Projektmethodik (S.161). Die Besonderheit der Anwendung dieser Methodik in der Ska zeigt sich, den Autoren folgend, in der partizipativen Konzipierung und Durchführung von Projekten (S.163). Damit folgt man dem Ruf nach Methoden, welche in der Lage sind, Prozesse anzuregen, Verantwortungsübernahme zu fördern und Veränderungen zu bewirken. Dabei zu beachten sind die Kenntnisse um die Notwendigkeit einer sorgfältigen Beziehungsarbeit und Bedürfnisabklärung für ein gelingendes Projekt (S.163). Husi und

Villiger (2012) benennen diese aufgezählten Methoden als Empowermentprozesse. Gruppen und einzelne Personen werden empowert, also befähigt, am Sozialen Leben zu partizipieren und darauf einzuwirken (S.77).

Da die Arbeit der Ska sehr häufig in Gruppen stattfindet, ist die Methodik der Gruppenmoderation bzw. Gruppenleitung sehr wichtig, so Husi und Villiger (2012, S.79). Zugehörig dazu sind die Fachkenntnisse über die Gruppendynamiken essentiell für die Arbeit der Soziokulturellen Animation (ebd.). Begleiten Animatoren und Animatorinnen feste Gruppen, Organisationen oder Netzwerke über längere Zeit, erweist sich wiederum die Methodik der Organisationsentwicklung und der Organisationsdynamiken als nützlich (ebd.). Diese Aufzählung von Methoden ist nicht abschliessend. Zusammenfassend kann in jedem Fall festgestellt werden, dass der Methodenkoffer einer Animatorin, eines Animators gut gefüllt ist, so dass auch das breite Spektrum dieser Disziplin abgedeckt ist.

Martin Hafen (2013) betont den Wert der Systemtheorie, um ein so vielfältiges und komplexes Praxisfeld, wie die Soziokulturelle Animation zu erfassen (S.159). Die Theorie stellt dabei eine, von vielen möglichen, Beobachtungsformen dar. Eben jene, aus dem Blickwinkel der SkA und der daraus resultierenden Rückschlüsse (ebd.). Vor dem Beginn einer Intervention, mit anderen Worten dem Versuch die Prozesse eines Systems kommunikativ oder physisch zu beeinflussen, müssen sich auch hier die Mitarbeitenden bewusst sein, dass kein System direkt-kausal erreicht werden kann (S.171). Hafen schlussfolgert, dass professionelle Interventionsversuche sich beschränken müssten, die Kommunikationssysteme in der Umwelt der zu erreichenden Systeme zu einer Eigenirritation zu bewegen. Die dabei gewählte Form, zum Beispiel: Projekte, kulturelle Veranstaltungen, Sitzungen oder Informationsveranstaltungen hegen damit stets die Hoffnung, dass die angesprochenen Systeme diese Kommunikationen als Anlass zu Veränderung nehmen (S.172). Dabei bedient sich die Ska als Profession allen ihr zur Verfügung stehenden Fach- und Methodenkompetenzen um Interventionen möglichst erfolgreich zu gestalten.

4.2. Auswirkungen von ADHS auf die Lebenswelten der Jugendlichen und deren Familien

In Kapitel 2.1.5. zeigte sich, dass Diagnosen sowohl Chancen als auch Risiken bieten. Diagnosen wie ADHS haben auf jeden Fall auf die Lebenswelt der Jugendlichen und ihren nahestehenden Familiensystemen diverse Auswirkungen. Cordula Neuhäus (2013) gibt ihren Erfahrungen als Psychologin und Verhaltenstherapeutin ent-

sprechend an, dass es immer noch vorkommt, dass Beratungsanfragen, Abklärungen und Diagnosestellungen erst in der Pubertät stattfinden (S.14). Es ist davon auszugehen, dass bis zu diesem Zeitpunkt bereits vieles bewältigt werden musste und sich einige ungünstige Interaktionen und Prozesse verfestigt haben. Andererseits kann es in der Vergangenheit bereits mehrfach fehlgeschlagene oder erfolglose Behandlungsversuche gegeben haben (S.14). Neuhaus (2013) benennt dabei die ständig wachsende Geschwindigkeit der meisten Abläufe des Alltags, sowie die stetige Zunahme von Reizen, als Gründe warum es für die Jugendlichen und deren Eltern immer schwerer wird den Alltag zu bewältigen (S.16). Gleichzeitig setzt die Anforderung, selbständig, organisiert und ausdauernd sein zu müssen, immer früher ein und erhöht den Druck auf die Betroffenen (ebd.). Im folgenden Kapitel werden einige ADHS spezifische Hürden aber auch vielleicht unerwartete Ressourcen dargestellt. Dies soll einen knappen Einblick in die Lebenssituation von Jugendlichen mit ADHS und deren Familien bieten und ausserdem die Notwendigkeit der in Kapitel 5. aufgeführten Beratungen und Interventionen begründen.

4.2.1. Bewältigung von Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen mit ADHS in der Adoleszenz

Neuhaus (2013) betont, dass die Pubertät eine schwierige Zeit für alle Jugendlichen ist. Mit ADHS ergeben sich dabei noch spezielle Besonderheiten in der Entwicklung (S.87.) Eine Persönlichkeit verändert sich individuell über all die Jahre, in der sich ein Kind entwickelt. Rainer Jaszus, Irmgard Büchin-Wilhelm, Martina Mäder-Berg und Wolfgang Gutmann (2000) schreiben, dass es bei allen individuellen Entwicklungsverläufen jedoch auch allgemeingültige Entwicklungsaufgaben gibt (S.279-281). Inge Seiffge-Krenke (2012) spricht von klassischen Entwicklungsaufgaben, wie sie im Ansatz von Havighurst zum Ausdruck kommen. Die Abbildung 10 zeigt diese Entwicklungsaufgaben ausschnitthaft für die Altersstufen sechs bis dreissig Jahre (S.248).

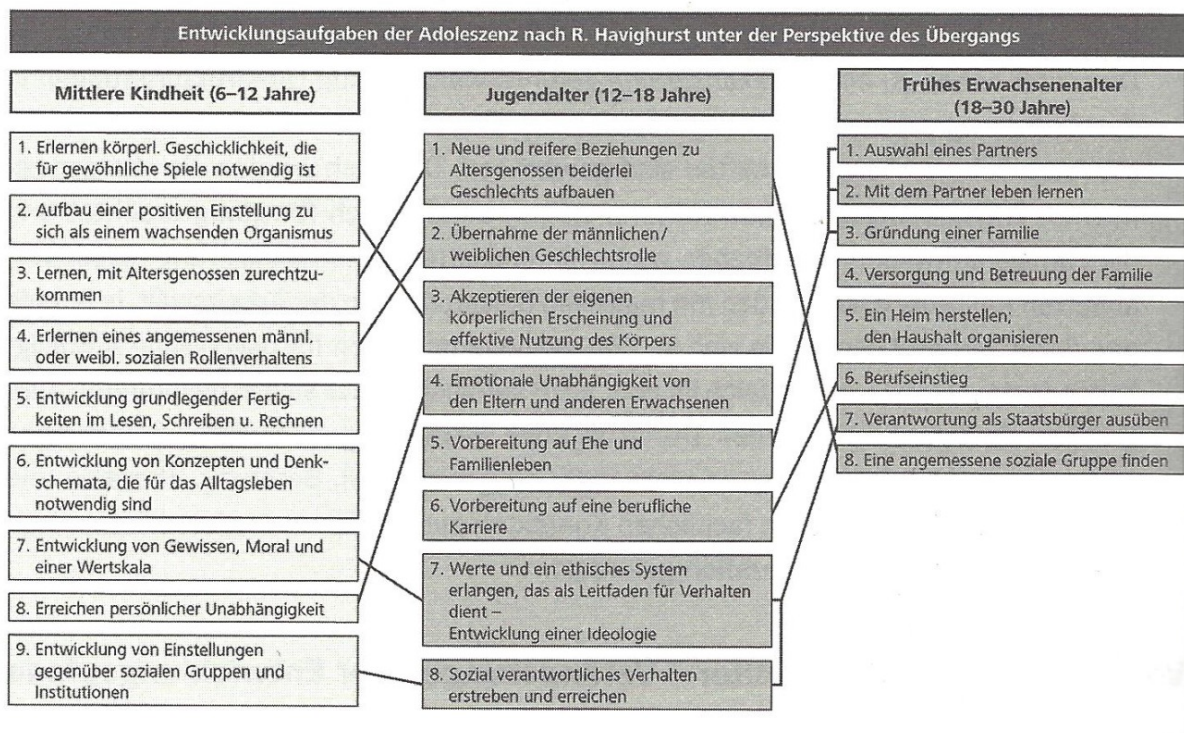


Abbildung 6: Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz von Kindheit bis Erwachsenenalter nach Havighurst (Quelle: Seiffge-Krenke, Inge, In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch, Susanne schlüter-Müller (Hrsg.), 2012, S. 248)

Seiffge-Krenke (2012) erläutert, dass Havighurst deutlich macht, dass für jede Altersstufe typische Aufgaben anstehen, die von der Gesellschaft erwartet werden. Weiterentwicklung wird erst möglich, wenn diese Aufgaben kontinuierlich bearbeitet werden (S.248). Die Abbildung 7 von Jaszus et al. (2000) soll die Abbildung 6 von Havighurst ergänzen. Darin werden die Entwicklungsaufgaben zusätzlich in geistige, sprachliche und soziale Bereiche unterteilt (S.281). Wichtig zu beachten ist, dass die Altersangaben nur Richtwerte sind. Wann die einzelnen Kinder eine Fähigkeit erwerben, variiert mehr oder weniger stark (S.281).

4. Darstellung der Systemperspektiven von 'Sozialer Arbeit', 'Jugendlichen' und 'Familien'

| | bis 8 Jahre | bis 9 Jahre | bis 10 Jahre | bis 11 Jahre | bis 12 Jahre | bis 13 Jahre | bis 14 Jahre | bis 15 Jahre | bis 16 Jahre | bis 17 Jahre | bis 18 Jahre | danach |
|-----------------|---|---|---|---|---|--|--|--------------|---|--|---|--|
| GEIST | Komplexes Denken: erwägt mehrere Herangehensweisen an ein Problem; kann eine Handlung im Geist umkehren | Metakognition ist weit entwickelt: Nachdenken über die eigenen Gedanken | Zeichnet perspektivisch und dreidimensional | Kann Aufmerksamkeit besser fokussieren und irrelevante Informationen ausblenden | Anfänge des formalen Denkens: kann systematisch Hypothesen aufstellen und überprüfen, versteht abstrakte Konzepte, bewertet und erläutert eigene Denkprozesse | Mit der Pubertät beginnt die Identitätssuche: entwickelt differenziertes Selbstbild, entdeckt persönliche Vorlieben und Hobbys, zeigt vermehrt Selbstzweifel (vor allem Mädchen) und destruktives Verhalten (vor allem Jungen) | | | | Zunehmende geistige Flexibilität und Fortschritte im abstrakten Denken, betrachtet Probleme aus vielen Perspektiven, beschäftigt sich intensiv mit politischen, sozialen und religiösen Themen | | Identität beginnt sich zu festigen |
| SPRACHE | Wendet erste Rechtschreibregeln an | Beherrscht grundlegende Rechtschreibregeln wie Großschreibung am Satz-anfang | Entwickelt Verständnis für Metaphern, Doppeldeutigkeiten und Sprachwitz | Beherrscht, Geschichten auf einen Höhepunkt hin zu erzählen | Lernt, sein Sprachverhalten verschiedenen Situationen besser anzupassen | Eignet sich Jugendsprache an | | | Verfeinertes Sprachverhalten: Schilderung abstrakter Sachverhalte, gegliedertes Argumentieren, um eigene Standpunkte darzulegen | | | Deutscher Wortschatz von etwa 80 000 Wörtern |
| SOZIALVERHALTEN | Vergleicht seine Leistungen mit denen anderer | Zunehmende Gruppenaktivität: verstärktes Interesse an organisierten Spielen und Ausflügen | Entwickelt tiefere Freundschaften, hat aber wenig Kontakt zu Gleichaltrigen anderen Geschlechts | | Konflikte mit den Eltern nehmen zu, Entfremdung gegenüber Zärtlichkeiten in der Familie | Wachsendes Interesse am anderen Geschlecht | Cliquenbildung: bemüht sich um Anerkennung in der Gruppe | | Ausgeprägtes Sozialleben: besucht mit Freunden Partys, Clubs und Konzerte | Zunehmend eigenständige Tagesplanung und verantwortliches Handeln | Hat im Durchschnitt ab 15 Jahren zum ersten Mal Sex | Beginnende Loslösung vom Elternhaus |

Abbildung 7: Stufen der Entwicklung (Quelle: Jaszus et al., 2014, S.284)

Durch die Aufzählungen von Havighurst und Jaszus et al. wird deutlich, dass Jugendliche in der Adoleszenz in ihren Fähigkeiten stetig mehr Flexibilität erfahren und diese noch stärker verfeinern. In ihrem Sozialverhalten ist zu erkennen, dass sie sich zunehmend von ihrem Elternhaus lösen und selbständiger werden. Durch ihre wachsende Unabhängigkeit nimmt auch die Übernahme von Verantwortung zu. Diese Entwicklungsprozesse verlangen laut Seiffge-Krenke (2000) stetige und flexible Anpassungen auf Seiten der Jugendlichen, aber auch deren Familie. Um diesen Anforderungen Stand zu halten, sind innerfamiliäre, aber allenfalls auch ausserfamiliäre Ressourcen sehr wichtig. Dies, um einer Überforderung entgegenzuwirken (S.249). Es handelt sich um Ressourcen, die durch Unterstützung und Förderung aktiviert werden, wie es im Kapitel 5. genauer erläutert wird. Jugendliche mit ADHS erleben während ihrer Pubertät schon recht früh, dass sie anders sind als andere, so Neuhaus (2013, S.90). Entwicklungspsychologisch betrachtet, bleibt bei ADHS-Betroffenen der Egozentrismus des kleinen Kindes, dass die Welt genau so ist wie das Kind es sieht, auch nach dem zwölften Lebensjahr, oft noch bestehen. Auch der Animismus, also die Schlussfolgerung, dass man alles so tun kann wie sein Modell, endet nicht wie üblich nach dem siebten Lebensjahr. Diese zwei Punkte verbunden

mit Impulsivität, führen dazu, dass diese Jugendliche sich nichts sagen lassen können. Das bedeutet, dass alle elterlichen Interventionen von guten Ratschlägen bis hin zur Bevormundung beinahe vollständig wirkungslos bleiben (S.92). Darüber hinaus hält auch die eidetische Entwicklungsphase, das heisst, die Vermischung von Realität und Fantasie, oft noch lange nach dem achten Lebensjahr an (Neuhaus, 2013, S.92). Die sich normalerweise entwickelnde Selbstregulationsfähigkeit, welche es ermöglicht aus Erfahrungen zu lernen und zukünftige Ereignisse vorzusehen, entwickelt sich bei ADHS Betroffenen ebenso nicht altersentsprechend. Der Wahrnehmungsstil der ADHS bedeutet, nur im Hier und Jetzt zu leben und damit praktisch ständig in einer Krise, weil alles immer wieder `neu` ist (S.96). Neumann (2013) betont, dass man sich dem inneren Konflikt eines betroffenen Jugendlichen, einerseits ständig ungerecht behandelt zu werden sowie immer zu kurz zu kommen und andererseits sowieso immer alles falsch zu machen, bewusst sein muss. Aber auf der anderen Seite zeigt sich ein gewaltiges Interventionspotenzial in der interessierten Offenheit für alles Neue, Spannende und Interessante der Jugendlichen (S.98). Dabei kann durch die Förderung dieser und weiterer positiver Eigenschaften eine positivere, gefestigtere und wirklichkeitsgetreuere Selbstwahrnehmung erreicht werden. Es ist vor allem festzustellen, dass bei hoher Motivation, ADHS betroffene Jugendliche eine enorme Fähigkeit besitzen, verblüffend viel zu bewegen, zu erreichen und zu leisten (S.104).

4.2.2. Störungsbedingte Belastungen - Risiken und Chancen im Alltag mit ADHS

Im Kapitel 2.1.4. wird ersichtlich, dass die ADHS nicht wie bei Krankheiten üblich an ihrer Ursache definiert wird, sondern anhand ihrer Symptome. Brandau und Kaschnitz (2013) betonen, dass die Diagnosesysteme DSM und ICD fordern, dass bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen, beobachtbar sein müssen (S.26). Diese Aussagen zu ADHS zeigen auf, dass die Störung für die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Belastungen im Alltag mit sich bringen wird.

Im Kapitel 2.1.1. wird von drei Kernsymptomen von ADHS gesprochen, namentlich von der Aufmerksamkeitsstörung, der Hyperaktivität und der Impulsivität. Die Unaufmerksamkeit zeichnet sich dadurch aus, dass Betroffene laut Marc Schmid und Nadia Di Bella (2012) beispielsweise Einzelheiten nicht betrachten und somit mehr Flüchtigkeitsfehler machen oder, dass sie Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksam-

keit über eine längere Zeit aufrecht zu erhalten. Sie verlieren häufig Gegenstände, die sie benötigen, sie lassen sich leicht ablenken und sind häufig vergesslich (S.280). Für Jugendliche kann laut Brandau und Kaschnitz (2013) der chaotische und unstrukturierte Arbeitsstil zu Schwierigkeiten in der Schulkarriere oder der Berufslaufbahn führen. Folge des mangelhaften Arbeitsstils ist häufig, dass die Laufbahn nicht dem Intelligenzniveau der Jugendlichen entspricht (S.31). Die Hyperaktivität beschreiben Schmid und Di Bella (2012) so, dass Betroffene nicht stillsitzen können und teilweise in Situationen aufstehen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. Zusätzlich kann sich die betroffene Person nicht ruhig beschäftigen (S.280). Das dritte Kernsymptom, die Impulsivität, beschreibt die Person als ungeduldig und zum Beispiel nicht fähig, in der Reihe anzustehen. Sie unterbrechen Gespräche oder reden unangemessen viel (S.280). Laut Brandau und Kaschnitz (2013) bereuen Jugendliche ihr impulsives Verhalten im Nachhinein oft. Aber es fällt ihnen schwer, sich zu beherrschen. In Gesprächen führt das oft zu Unterbrechungen des Partners. Dabei kann es vorkommen, dass ihnen unpassende oder auch beleidigende Bemerkungen herausrutschen (S.33). Die Jugendlichen erkennen im Gegensatz zu Kindern häufig ihre Defizite, welche auf die Störung zurückzuführen sind und empfinden diese als sehr belastend (S.31). Puls (2012b) schreibt, dass sich die Symptome auch auf die sozialen Kompetenzen und die Problemlösungsfähigkeiten der Betroffenen auswirken können und somit auf die soziale Integration und die Lebenszufriedenheit (S.97). Durch mangelnde soziale Integration kann es zu einem sozialen Rückzug kommen, wie Heyken (2012) meint. Weiter gehören geringes Selbstvertrauen sowie das Auftreten von Ängsten, Konzentrationsmangel, Leistungsstörungen und Stimmungsschwankungen zu den Risikofaktoren, die zu emotionalen Störungen führen könnten (S.104). Emotionale Störungen gelten laut Giese (2009) als eine komorbide Störung von ADHS (S.33). Falls vorhanden beeinflussen auch komorbide Störungen die bereits in Kapitel 2.1.4. genannt wurden, den Alltag einer von ADHS betroffenen Person. Giese (2009) schreibt, dass dazu auch aggressive und dissoziale Auffälligkeiten gehören, die als Verhaltensstörungen bezeichnet werden. Die Anzahl der Personen mit ADHS, die zusätzlich aggressiven Verhaltensweisen zeigen, ist laut Studien von Jensen et al. sehr hoch (S. 36). Laut Michael Heyken (2012) sollte eine Verhaltensstörung jedoch erst definiert werden, wenn ungehorsam sein, streiten, Wutausbrüche oder Destruktivität wiederholt auftreten und das alterstypische Mass deutlich überschreiten (S.103). Cordula Neuhaus (2013) beschreibt hierzu eine Abwärtsspirale,

bei welcher betroffene Jugendliche immer schlimmere Massregelung und im schlimmsten Fall sogar Ausgrenzung von ihrem Umfeld erleben, wenn sie sich nicht den äusseren Erwartungen entsprechend verhalten (S.57). Um dem zu entgehen, greifen die Betroffenen laut Brandau und Kaschnitz (2013), zu immer härteren Vermeidungsstrategien wie Lügen und Tricksen, aber auch aggressive Entgleisungen (S.57). Die Autorin führt aus, dass ein animistisch und egozentrisch wahrnehmender und handelnder Jugendlicher, welcher ausserdem die mangelnde Fähigkeit innerlich auf die Bremse zu treten und sich selbst zu überwachen aufweist, sehr oft empfindet, dass viel schief läuft (S.95). Damit geraten die Betroffenen in ein Spannungsfeld. Einerseits wollen sie es allen recht machen und andererseits erleben sie oft, dass sie es anscheinend einfach nicht schaffen. Die Jugendlichen mit ADHS wirken dadurch oft widersprüchlich auf andere (ebd.). Baierl (2009) sagt zudem, dass sie immer wieder erleben, dass sie den Anforderungen einfach nicht entsprechen. Das, weil es ihnen schwerfällt, Regeln einzuhalten und ihnen alltägliche Aufgaben schwerfallen. Dadurch werden sie öfters ermahnt als Gleichaltrige und fühlen sich minderwertig, ungeliebt, nicht verstanden und ungerecht behandelt. Zudem werden sie immer wieder für Verhaltensweisen gerügt, die sich teilweise ihrer Kontrolle entziehen. Auch wenn sie sich noch so anstrengen, machen sie scheinbar alles falsch (S.318-319). Laut Staufenberg (2011) sollte den Betroffenen durch Interventionen geholfen werden, einen Weg zu finden, ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder zu erkennen und diese zufriedenstellend nutzen zu können (S.98-99). Dies in einer Form, dass die soziale Integration und die Lebenszufriedenheit gestärkt werden. Jedoch wäre es auch einmal wichtig die Stärken eines ADHS-Diagnostizierten zu erwähnen. Brandau und Kaschnitz (2013) benennen in der ressourcenorientierten Einleitung ihres Buches die berühmten und hochbegabten Persönlichkeiten Mozart, Edison und Hesse, welchen man anhand ihrer überlieferten Charakteristika auch ADHS zusprechen könnte (S.10-16). Die Autoren stellten in einer empirischen Untersuchung fest, dass die Geistesverfassung von ADHS Betroffenen, Kreativität zu begünstigen scheint. Die Betroffenen weisen mehr Toleranz für Chaos auf und kommen nach dem unerwarteten Gestaltwandel von Informationen auf neue „frische“ Ideen (S.15). Die Bezeichnung „Mozart-Edison-Syndrom“ statt ADHS wäre für die Betroffenen in Anbetracht dieser Fakten sicher selbstwertförderlicher (S.16). Jedoch sei auch erwähnt, dass nicht in jedem Betroffenen ein verkanntes Genie steckt. Die Diagnose schliesst eine (hohe) Begabung aber keineswegs aus und sollte daher keiner beruflichen oder

sozialen Diskriminierung und negativen Stigmatisierung unterliegen. Neuhaus (2013) benennt noch weitere häufige positive Merkmale von ADHS Betroffenen (S 32-33). Zum einen fällt häufig ein sehr ausgeprägter Gerechtigkeitssinn für sich und andere auf. Dazu passend kann eine auffallende spontane Hilfsbereitschaft mit Ausdauer und verblüffender Einfühlsamkeit beobachtet werden, so Neuhaus (2013, S.32-33). Oft zeigt sich eine interessierte Offenheit für alles Mögliche. Da Betroffene leider oft mit Ablehnung konfrontiert werden, entwickeln sie zumeist eine Empathie mit der sie schnell einschätzen können, ob ihr Gegenüber sie mag oder nicht. Ebenso merken Betroffene schnell, ob es jemandem gut oder schlecht geht. Kinder und Jugendliche mit ADHS fallen auch positiv darin auf, dass sie nach einer `echten` Entschuldigung spontan und vollständig verzeihen können. Neben hoher Fantasie, Kreativität und Spass am kreativen Tun, zeigt sich oft auch eine ausgeprägte Liebe zu Tieren und zur Natur. Nicht zuletzt und wohl am bekanntesten, stellt sich die Zähigkeit von Betroffenen dar, weshalb sie oft als „Stehaufmännchen“ bezeichnet werden (ebd.). Selbstverständlich zeigen sich diese Charakteristika von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt. Jedoch bekräftigt diese nicht abschliessende Aufzählung, die Aufforderung von Brandau und Kaschnitz, Menschen mit ADHS nicht automatisch negative Stigmata anzuhängen oder gar auszuschliessen.

4.2.3. Einfluss der Diagnose ADHS auf das Familiensystem

Wie in Kapitel 4.2.2. dargestellt, betreffen die ADHS bedingten Schwierigkeiten verschiedene Lebensbereiche des Jugendlichen, darunter natürlich auch das Familiensystem. Russel Barkley (2002) weist auf, dass Jugendliche mit ADHS einen Platz in den verschiedensten sozialen Netzwerken oder Systemen einnehmen, wobei eines der wichtigsten Systeme nach wie vor die Familie darstellt (S.171). Er betont besonders, dass ohne die Berücksichtigung des sozialen Umfelds und der Interaktionen der Betroffenen, das Verständnis für die Störung zwangsläufig begrenzt bleiben wird (ebd.). Wer verstehen will, wer eine ADHS entwickelt, bei wem die Störung fortbesteht, aber auch wer trotz dieser Probleme relativ gut zurechtkommt, wird um die Betrachtung des sozialen Umfeldes nicht herumkommen (ebd.). Hier findet sich, wie schon im Kapitel 2.2.5. erwähnt noch einmal die Aussage von Gebhart (2016), dass auch die psychosozialen Faktoren Einfluss auf die Ursache von ADHS haben (S.32). Neuhaus (2013) stellt klar, dass die Symptomatik von ADHS keinesfalls durch falsche Erziehungsmethoden, Bindungs- oder Beziehungsstörungen verursacht wird. Jedoch haben die elterlichen Reaktionen eine direkte Auswirkung auf die sich entwi-

ckelnden Jugendlichen (S.119). Brandau und Kaschnitz (2013) sagen hierzu ebenfalls, dass die psychosozialen Faktoren beim Ausprägungsgrad von ADHS eine Rolle spielen. Jugendliche können laut Brandau und Kaschnitz (2013) Impulsivität deutlich verstärkt zeigen, wenn sie von der Familie wenig Struktur und wenig Halt bekommen (S.42-43). Aber auch der negative Einfluss von Freunden kann das Problem noch verstärken und weitere Verhaltensauffälligkeiten hervorrufen (ebd.). Ebenso problematisch sind nach Neuhaus (2013), Überkontrolle, überzogene Strafen, Ironie und Sarkasmus (S.119). Das Beispiel zeigt auf, dass die Familie oder auch Freunde zu einem Risikofaktor für ADHS Betroffene werden können. Umgekehrt können die Systeme aber auch positiv auf ADHS Betroffene wirken und somit zu einem Schutzfaktor werden. Im familiären Zusammenleben kommen laut Puls (2012b) pubertätstypische Probleme wie chaotisches Zimmer, mangelhafte Essmanieren, chronischer Geldmangel, unangemessener Tonfall oder mangelnde Zuverlässigkeit immer wieder vor und zehren an den Nerven der Eltern. Bei Jugendlichen mit ADHS scheinen viele dieser Probleme noch verstärkt aufzutreten, was eine entsprechend hohe Belastung für die betroffenen Eltern und auch Geschwister aufweist. Bedeutsam ist dabei die Einschränkung in der Kommunikationsfähigkeit. ADHS Betroffene sind durch ihre verzerrte Wahrnehmung sozialer Situationen, ungenaues Zuhören und unvorsichtigem Formulieren mit besonderen Schwierigkeiten konfrontiert. Diese könnten durch eine strukturierte innerfamiliäre Gesprächssituation entspannt werden (S. 99-100). Nach Brandau und Kaschnitz (2013) weisen die Familienkonstellationen von Jugendlichen mit ADHS ein breit gefächertes Spektrum auf und lassen sich in allen Schichten sowie Familienformen finden (S.114). Im Erziehungsalltag mit von ADHS betroffenen Jugendlichen können selbst pädagogisch kompetente Eltern an ihre Grenzen kommen. Im Laufe der Jahre kann es zu einer Entwicklung von dysfunktionalen Interaktions- und Erziehungsmustern, als Reaktion auf die Symptome von ADHS kommen. Vielen Eltern ist dieses Verhalten auch bewusst, weshalb sie nicht selten unter Versagens- und Schuldgefühlen leiden (ebd.).

4.2.4. Belastungen im Familienalltag

Die Frage, welchen Einfluss die ADHS auf die Eltern-Kind-Interaktionen hat, kann nach Barkley (2002) nicht abschliessend beantwortet werden (S. 177). Teilweise lässt sich diese Frage jedoch schon aus den ADHS Symptomen selbst beantworten (ebd.). Die Anforderungen des Alltags stellen hohe Ansprüche an die Konzentriertheit und Ausdauer des Jugendlichen. Auch gilt es viele Dinge zu erledigen, welche lieber

ignoriert würden. Diese unliebsamen Aufgaben machen es noch schwieriger, sich nicht einfach ablenken zu lassen. Eltern reagieren oft mit Vorschlägen und Ermutigung, jedoch auch mit Strenge und Kontrolle. Reicht das nicht aus, folgt Ärger und Wut (S.177). Brandau und Kaschnitz (2013) schreiben, dass Everett und Everett im Jahr 1999 Muster fanden, die sie bei ADHS Betroffenen immer wieder beobachten konnten. Zum Beispiel, dass die Heranwachsenden ein Gefühl von Schuld haben, da es ihnen scheint, als würden sie ihre Eltern immer wieder enttäuschen. Bedingt durch ihr chaotisches und für andere frustrierendes Verhalten übernehmen sie oft die Sündenbockrolle. Aufgrund ihres provokativen Verhaltens, haben sie ein erhöhtes Risiko emotionaler und physischer Misshandlung, da dieses Verhalten zu Impulsivität des Elternteils führen kann. Zudem kann es vermehrt zu heftigen Geschwisterkonflikten kommen. Diese genannten Risiken können, müssen aber nicht in Familien mit ADHS betroffenen Jugendlichen vorkommen (S.142).

Barkley (2002) geht der Frage auf den Grund, wo die Ursachen für die negativen Interaktionen liegen könnten (S. 177). Beide Parteien haben ihren Anteil an dem teils dysfunktionalen Kreislauf aus Reaktion und Gegenreaktion (ebd.). Dabei durchlaufen Eltern in ihrer Reaktion auf das Fehlverhalten ihres Kindes verschiedene Stufen (S.178). Bleibt bei einer Strategie der erwünschte Erfolg aus, wird eine neue Stufe gewählt. Nach der Erfahrung von Barkley, in seiner Tätigkeit als Psychologe, versuchen Eltern zunächst das störende Verhalten zu ignorieren. Hält das störende Verhalten an oder verstärkt es sich sogar noch, greifen sie zu Anweisungen und Befehlen. In der nun einsetzenden Verzweiflung oder sogar Ärger werden den Anweisungen Drohungen hinzugefügt (S.178). Brandau und Kaschnitz (2013) merken an, dass die Heftigkeit der Verhaltensmuster der Jugendlichen, nach vielen fehlgeschlagenen Versuchen, schlussendlich zu mangelnder elterlichen Konsequenz und Kontrolle führen kann (S.142). Hierzu gibt auch Barkley (2002) an, dass manche Eltern, wenn es auf die Stufe der Drohungen kommt und auch diese nichts bewirken, einfach aufgeben. Sie lassen ihr Kind nun tun was es will, erledigen die Aufgabe selbst oder lassen diese einfach unerledigt (S.179). Im Laufe der Zeit ist nun beobachtbar, dass die Eltern nicht mehr die verschiedenen Stufen nacheinander anwenden, sondern gleich mit der Stufe der Drohungen beginnen, die vielleicht zumindest teilweise Erfolg gezeigt hat. Andere wiederum weisen ein Schema auf, bei dem, wenn überhaupt nur noch minimale Einwirkungsanstrengungen gezeigt werden. Vielmehr ist ein Rückzug beobachtbar, wobei das Kind immer mehr sich selbst überlassen wird (ebd.). Ist die-

ser Punkt einmal erreicht, geben die Eltern oft an, ausgelaugt zu sein und wenig Selbstvertrauen in ihre Elternrolle zu besitzen. Auch eine ambivalente Mischung aus beiden Extremen ist möglich. Barkley betont hier entschieden, dass das Zusammenleben mit einem Kind mit ADHS zu einer ernsthaften Belastung für die psychische Gesundheit von Eltern sowie für ihr Engagement als Eltern darstellen kann (Barkley, 2002, S.179). Neuhaus (2009) stellte die Frage, ob Strafen in der Erziehung eines ADHS betroffenen Jugendlichen sinnvoll oder nutzlos seien. Strafandrohungen ohne Konsequenz werden bald nicht mehr ernst genommen, wohingegen überzogene Strafmassnahmen heftige Abwehr bis hin zu kompletter Ablehnung erzeugen können (S.122). Ebenso verheerend wirken psychische Sanktionen wie Verzweiflung und Resignation der Eltern, aber auch ein vollständiges Arrangement mit dem Verhalten des Jugendlichen führt zu einer Verstärkung der Desorientiertheit und neuerlichen Verhaltensexzessen. Die Autorin beantwortet die Frage damit, dass Eltern mit ruhiger, freundlicher, einschätzbarer und klarer Direktivität, mit angemessenen Konsequenzen und positiven Rückmeldungen die Entwicklung positiv beeinflussen können. Dazu müssen sie jedoch die Schwierigkeiten akzeptieren und brauchen positive Hilfe, um die Situation meistern zu können (S.123).

4.3. Handlungskontexte der Sozialen Arbeit mit Berührungspunkten zu ADHS

Folgend auf die kurzen Überblicke über die Soziale Arbeit im Allgemeinen, ihre drei Berufsfelder und die Chancen und Risiken der ADHS für die Jugendlichen und ihre Familien in den Kapiteln 4.1. und 4.2., sollen nun die konkreten Arbeitsfelder dargestellt werden, in welchen die Professionellen der Sozialen Arbeit auf ADHS betroffene Jugendliche oder deren Angehörige treffen können. Dabei werden die Autorinnen die Soziale Arbeit wieder als Gesamtes betrachten und nicht mehr zwischen den drei Berufsfeldern differenzieren. Die Darstellung beinhaltet vor allem die offensichtlichsten Arbeitsfelder und ist nicht abschliessend. Dabei soll das Ziel erreicht werden, die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Bearbeitung der psychosozialen Thematiken rund um ADHS zu begründen.

4.3.1. ADHS in der Sozialen Arbeit

Zieht man noch einmal die Abbildung aus dem Kapitel 4.1. zurate, erkennt man schnell, dass in beinahe jedem Arbeitsfeld die Möglichkeit besteht mit ADHS betroffenen Jugendlichen, sowie deren Angehörigen in Kontakt zu kommen.

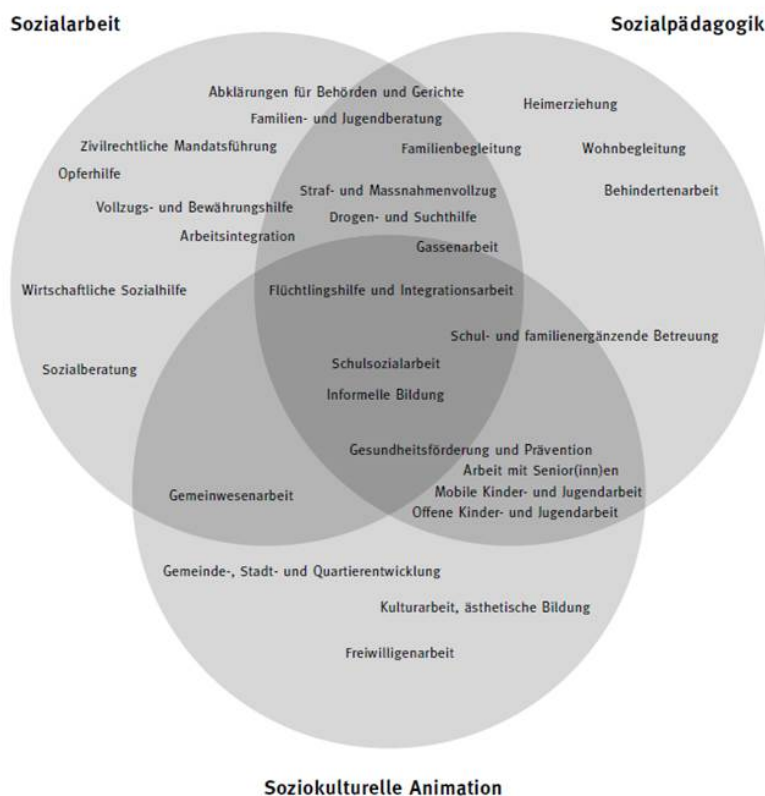


Abbildung 3: Arbeitsfelder und Berufsfelder Sozialer Arbeit (Quelle: Husi, Villiger, 2012, S. 46)

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei dieser Abbildung selbstverständlich nicht um eine abschliessende Aufzählung aller Arbeitsfelder. Jedoch erfüllt sie ihren anschaulichen Zweck, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mit hoher Wahrscheinlichkeit einmal mit dem Thema ADHS betroffener Jugendlicher konfrontiert sein werden. Laut Brandau und Kaschnitz (2008) kann ADHS, die Eltern der betroffenen Jugendlichen und Professionelle der Sozialen Arbeit vor erhebliche Probleme stellen. Im Jugendalter wird die Störung häufig ein Problem der sozialen Integration und der Lebensbewältigung. Ziel der Sozialen Arbeit ist es, die Ressourcen und Potentiale von ADHS Betroffenen anzuregen, um sie durch ein selbstbestimmteres Leben im Alltag wieder gesellschafts- und funktionsfähig zu machen (S.7).

4.3.2. Konkrete Handlungsfelder

Im folgenden Kapitel 5. werden die Verfasserinnen die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit vorstellen. Weswegen in diesem Kapitelpunkt jene Arbeitsfelder kurz angeschnitten werden, in denen die Autorinnen das meiste Potenzial für die Arbeit mit ADHS betroffenen Jugendlichen und deren Angehörigen sehen. Für den direkten Kontakt mit den Jugendlichen eignen sich zum Beispiel die

Schulsozialarbeit, Jugendberatungsstellen, Sonderschulheime und die offene Jugendarbeit. Bei der Zusammenarbeit mit den Angehörigen sind es die Familien-, Elternberatung und Familienbegleitung. Diese Aufzählung beinhaltet bewusst nur jene Arbeitsfelder, welche sich konkret mit den Thematiken der Jugendlichen und Familien beschäftigen und somit auch die entsprechenden Ressourcen für eine Zusammenarbeit aufbringen können.

Die Schulsozialarbeit steht als Verbindungspunkt zwischen den Parteien des Lehrerkollegiums, der Eltern und der Schülerschaft. Martin Hafen (2005b) stellt die Prognose auf, dass Familien in den kommenden Jahrzehnten die Lücke bei der Erziehung ihres Nachwuchses nicht schliessen werden können. Dies aufgrund steigender Anzahl von Alleinerziehenden, der Verschlechterung der finanziellen Situation von Familien, sowie die fehlende politische Bereitschaft und die fehlenden Mittel, Familien finanziell zu unterstützen. Durch diese Lücke dürfte der Bedarf an Sozialer Arbeit in der Schule zukünftig zunehmen (ebd.). Kurt Gschwind, Uri Ziegele und Nicolette Seiterle (2014) definieren die Ziele der Sozialen Arbeit in der Schule als Unterstützung der (bio-)psychosozialen Entwicklung und Integrität, Unterstützung der gesellschaftlichen Inklusion der Anspruchsgruppen und Mitwirkung an einer nachhaltigen Schulentwicklung (S. 29). Indessen sind die Kinder und Jugendlichen der Schulen, ihre jeweiligen Erziehungsberechtigten, die Schulleitungen und Lehrpersonen sowie schulische und schulnahe Dienste als Zielgruppen vorgesehen (ebd.). Damit wird die Schulsozialarbeit zu einer geeigneten Anlaufstelle für Jugendliche mit ADHS, deren Angehörige, für eine Vielzahl an bearbeitbaren Themen sowie für die Möglichkeit der Vernetzung zu weiterführenden Stelle.

Familien- und Elternberatungen richten sich an einzelne oder beide Elternteile sowie die ganze Familie. Jugendberatungsstellen betreuen und beraten Jugendliche von etwa 10-26 Jahren. Diese Beratungsstellen behandeln die Anliegen freiwilliger Klientenschaft sowie von Pflichtklientenschaft (Peter Lüssi, 2008; S.101). Die meisten Stellen weisen ein freiwillig ersuchtes Setting vor. Doch sei hier auch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, kurz KESB, erwähnt, welche mit staatlich angeordneten Abklärungen, Beratungen und Massnahmen arbeitet. Die Homepage der Jugend- und Familienberatung der Zentralschweiz führt in zwei Broschüren für Jugendliche und Eltern eine Vielzahl an persönlichen, familiären, erzieherischen und allgemeinen

Themen auf, zu welchen Eltern und Jugendliche Rat und Beratung einholen können (no-Zoff, ohne Datum).

Die sozialpädagogische Familienbegleitung ist häufig von der KESB verordnet, kann aber auch freiwillig von der Familie erbeten werden oder wird infolge von guten Beratungsgesprächen als sinnvoll bewertet. Die sozialpädagogische Familienbegleitung ist laut Brandau und Kaschnitz (2013) eine aufsuchende Hilfe und eignet sich besonders gut als eine Hilfeform für Familien mit ADHS-Betroffenen. Die Elternteile zeigen oft eine grosse erzieherische Hilflosigkeit gegenüber ihrem von ADHS betroffenen Kind. Mit der sozialpädagogischen Familienbegleitung wird die Familie mit Erziehungshilfestellung, Beratung, aber auch Verhandlung bei Konflikten in ihrem Familienalltag unterstützt (S.153).

In stationären Settings werden laut Sara Anna Wirbals (2011) Kinder und Jugendliche in Institutionen fremdplatziert. Diese Institutionen bieten den Kindern und Jugendlichen einen kurz- oder langfristigen Lebensort. Beispiele für solche betreuten Wohnformen sind familienähnliche Betreuungsangebote, Wohngemeinschaften, Jugendwohnungen oder betreutes Einzelwohnen (S.16). Auch in stationären Settings gibt es ADHS betroffene Jugendliche. Die Interventionen sind in stationären Settings dieselben wie in einer Familie mit dem Unterschied, dass in stationären Settings die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen die erzieherischen Aufgaben übernehmen.

Die pädagogischen Angebote der offenen Jugendarbeit sind laut Marc Schulz (2013) offen und unverbindlich und die Einrichtungen werden aus dem Wunsch nach Spass und Geselligkeit aufgesucht. Die Jugendlichen nehmen die Einrichtungen der Jugendarbeit eher als freizeitorientierte Peer-Orte wahr und weniger als Orte mit pädagogischen Angeboten. Sie sind nicht nur Empfängerinnen und Empfänger der sozialpädagogischen Dienstleistungen, sondern wirken aktiv mit, in dem sie partizipativ in der Gestaltung der Einrichtung mitarbeiten oder eigene Projekte planen und umsetzen (S. 54). Holger Schmid (2013) sagt, dass der Schwerpunkt der pädagogischen Dienstleistung in der Jugendarbeit in der Beratung der Jugendlichen liegt. Dabei geht es um Konflikte mit anderen Jugendlichen, um Lebens- und Jugendberatung und um schulische oder berufliche Themen (S.13). Beispiele von Einrichtungen in der Jugendarbeit sind Treffs oder Cafés, die durch Jugendarbeitende strukturiert werden (ebd.). Auch in diesem Arbeitsfeld können Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Jugendlichen zu tun haben und können diese beratend unterstützen.

Die offensichtlich grosse Wahrscheinlichkeit auf ADHS Betroffene und deren Familien zu stossen sowie die spezifischen Ziele der Sozialen Arbeit der Selbstständigkeitsförderung und Ähnliches, legitimieren ihren Zuständigkeitsanspruch. Die psychosozialen Thematiken rund um die ADHS fallen damit unter anderem in den Verantwortungsbereich der Sozialen Arbeit.

4.4. Zwischenfazit

Im Kapitel 4. wird ersichtlich, dass die Soziale Arbeit sehr viele Schnittstellen zu ADHS Betroffenen hat und warum die Soziale Arbeit intervenieren soll. Die Kapitel 4.1.-4.1.3. sollen die jeweiligen Besonderheiten der verschiedenen arbeitenden Systeme `Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation` aufzeigen. Daneben wird ein Einblick in die systemischen Arbeitsmethoden gegeben. Auf die Thematik ADHS bezogen, ist jedoch das gemeinsame Ziel aller drei Berufsfelder, die Ressourcen und Potentiale von ADHS Betroffenen anzuregen, um sie durch ein selbstbestimmteres Leben im Alltag wieder gesellschafts- und funktionsfähig zu machen (vgl. 4.3.1.). Viele Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit, die mit der Thematik ADHS konfrontiert werden, sind nicht ausschliesslich einem Berufsfeld zuzuordnen. Aus diesem Grund wird im Kapitel 4.3. der Handlungskontext nicht spezifisch verortet. Dies ist auch nicht das Ziel der Autorinnen, denn die konkreten Handlungsfelder, die sich für die soziale Arbeit ergeben, sollen nicht durch ein Berufsfeld eingegrenzt werden. Für die Interventionen die im Kapitel 5. folgen, ist eine vernetzte Zusammenarbeit wichtig, sei es unter den drei Berufsfeldern der Sozialen Arbeit oder auch interdisziplinär. So kann ein bestmögliches Ergebnis für die von ADHS betroffenen Jugendlichen und ihren Familien erzielt werden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit nehmen hierbei die Rolle von Systemvernetzenden ein und koordinieren das Helfernetzwerk (vgl. Kapitel 4.1.2.). Ob der Ursache von ADHS genetische oder psychosoziale Faktoren obliegen, verursacht bis heute Diskussionen in der Fachwelt (vgl. 2.2.5.). Viel wichtiger als die Ursache von ADHS ist für die Soziale Arbeit die Chancen und Risiken der Diagnose für die Betroffenen und ihre Familien zu kennen und damit zu arbeiten. Im Kapitel 4.2. wird ersichtlich, dass es meist die Symptome von ADHS sind, die diese Chancen und Risiken verursachen. Mit dem Wissen aus Kapitel 2.1.4., dass ADHS eine Störung ist, die anhand ihrer Symptomatik diagnostiziert wird und nicht an ihrer Ursache, gewinnen die Aussagen von Kapitel 4.2. für die Soziale Arbeit nochmals an Wichtigkeit. Denn störungsbedingte Belastungen, aber auch Chancen spielen im Alltag der betroffenen Jugendlichen und im Zusammenleben in den Familien eine es-

sentielle Rolle und genau dort leistet die Soziale Arbeit ihren Beitrag. Laut Husi und Villiger (2012) agieren die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit in der Inklusionshilfe, der Sozialisations- und der Kohäsionshilfe, welche es möglich machen, dass individuelles Leben und Zusammenleben gelingen (S.55).

5. Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

Martin Baierl (2008) erläutert, dass die Arbeit mit ADHS Betroffenen und somit die Interventionen folgende Ziele beinhalten sollten: Die Interventionen verbessern die Aufmerksamkeit, reduzieren die Überaktivität, beziehungsweise die innere Unruhe und verzögern oder reduzieren die impulsiven Reaktionen. Zudem sollten die Selbststeuerungsfähigkeiten, wie auch die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl gestärkt werden (S.311). Die von ADHS betroffenen Jugendlichen brauchen dafür eine Mischung aus Liebe, Wertschätzung und Geborgenheit einerseits sowie Klarheit, Struktur und Konsequenzen andererseits (S.312). Baierl (2008) sagt, dass wesentliche und bleibende Veränderungen bei ADHS selten durch einzelne Massnahmen erreicht werden können. Zu einer erfolgreichen Behandlung gehören in der Regel die spezifische Gestaltung der Wohn- und Lebenswelt des Jugendlichen unter Miteinbeziehung des sozialen Umfelds, Verhaltenstherapien und bei ausgeprägten Symptomen möglicherweise eine medikamentöse Behandlung. Zudem beinhalten Behandlungen oft auch Therapien der meist komorbid bestehenden Störungen von ADHS Betroffenen (S.311). Nach Bonney (2012b) haben dabei alle Massnahmen auch das Ziel, positiv auf die seelische Verfassung der Jugendlichen und ihren Familien zu wirken und die erlebte Stressintensität zu reduzieren (S.111). Wie diese Unterstützungsmöglichkeiten, in Bezug auf ADHS Betroffene, in der Praxis der Sozialen Arbeit aussehen könnten, soll in den folgenden Kapiteln geschildert werden. Die Systemtheorie dient dabei mit ihren Konzepten als Brücke zwischen der Theorie und der Praxis, damit wie Hosemann und Geiling (2010) sagen, Ereignisse, Handlungen und Reflexionen der Sozialen Arbeit interpretierbar sind (S. 37).

5.1. Von der Theorie zur Praxis

Um die Systemtheorie in der Praxis anwenden zu können, muss erst geklärt werden, welche Bedeutung die Elemente der Systemtheorie für die Soziale Arbeit haben. Im Kapitel 3.1. wird ersichtlich, dass es keine objektive Realität gibt. Nach Hosemann und Geiling (2013) stellt jedes System eigene Beobachtungen aus der jeweils indivi-

duellen Perspektive an. Sozialarbeitende beobachten demzufolge ihrerseits als eigenes System und werden mit Beobachtungen von anderen System zum Beispiel in Form von Aussagen, Texten, Beschreibungen, Akten und der gleichen konfrontiert. Die Frage, wer auf welche Weise beobachtet, wird damit nach Hosemann und Geiling (2013) leitend für die Praxis der Sozialen Arbeit (S.46-49). Zudem kann durch Beobachtung die soziale Teilhabe oder Nicht-Teilhabe festgestellt werden (S.140). Die Autoren schreiben, dass eine Folge dieser Unterscheidung die ist, dass professionelles Handeln organisiert und dessen Grenzen mit „Hilfe zur sozialen Teilhabe gewähren oder Nicht-Hilfe“ markiert werden. Mit diesem Binären Code wird die Soziale Arbeit zu einem Funktionssystem (ebd.).

Betrachtet man die systemtheoretischen Grundlagen vom Kapitel 3.2. bezüglich des Systems und Umwelt, kann erkannt werden, dass die Unterscheidung zwischen den sozialen, psychischen und biologischen Systemen der sozialen Arbeit ermöglicht, die Interaktionen mit Personen und deren Umwelt zu analysieren. Denn dies gelingt durch die Beobachtung des Zusammenwirkens von sozialen Systemen, wie Hosemann und Geiling (2013) erklären. Erst muss nachvollziehbar sein, wie der Austausch, die Grenzen und die Selbststeuerung eines Systems stattfinden und dann kann versucht werden eine Kopplung zwischen dem beobachteten System und dem Eigenen zu erschaffen, wie es auch im Kapitel 3.2.2. steht. Erst wenn eine Kopplung der Systeme erreicht worden ist, kann die Soziale Arbeit versuchen das andere System zu beeinflussen (S.76-77). Ziel der Sozialen Arbeit ist es, durch Kopplungen von Systemen die Ressourcen der betroffenen Personen zu stärken und somit die sozialen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und zu stabilisieren. Dies wiederum führt dazu, dass sie sich zunehmend selber befähigen und eigene Lösungsbeiträge entwickeln. Kopplungsarbeit kann auch als die Vermittlungsarbeit der Sozialarbeitenden angesehen werden. Denn diese finden sich sehr oft in einer Vermittlerfunktion wieder, wenn sie zwischen Personen und sozialen Systemen wie Familie und Nachbarschaft oder Organisationen wie die Wirtschaft und Medizin vermitteln (ebd.).

Maja Heiner (2004) beschreibt die Kopplungs- und Vermittlungsarbeit der Sozialen Arbeit in einem etwas anderen Blickwinkel. Sie sieht die Kopplungen der Systeme als Beziehungen zwischen sozialen Systemen und ihre Umwelt (S.159). Die Soziale Arbeit nimmt eine intermediäre Funktion ein und ist für das ganze Netz sozialer und institutioneller Beziehungen der Klienten und Klientinnen zuständig. Zudem erläutert

Heiner eine weitere wichtige Grundannahme der Systemtheorie, dass nicht die Einzelperson das Problem darstellt, sondern die Wechselwirkung zwischen ihr und ihrer Umwelt (Heiner, 2004, S.159).

Eine weitere Aufgabe der Sozialarbeitenden ist laut Husi (2012) die Inklusionshilfe (S.55). Nach Hosemann und Geiling (2013) können Inklusion und Exklusion sozial positiv oder negativ sein (S.123). Negativ kann beispielsweise die Inklusion in Systeme mit Gewaltverhältnisse, kriminelle Machenschaften oder Ähnlichem sein. Und die Exklusion aus sozialen Zusammenhängen ist in vielen Fällen die Voraussetzung von Inklusion in andere Systeme (ebd.). Ob, wie und warum jemand von einem System inkludiert oder exkludiert wird, kann, laut den Autoren, die Soziale Arbeit nicht bearbeiten. Aber sie kann die Zugangsbedingungen zu Systemen beeinflussen, durch die zuvor erwähnten Möglichkeiten der Beobachtung und Beeinflussung durch Kopplung (S. 125).

Zusammenfassend kann laut Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer (2010) gesagt werden, dass systemische Interventionen in der Praxis darauf bedacht sein müssen, dass ein Problem in der Systemtheorie als Geschehen angesehen wird, an dem viele verschiedene miteinander interagierende Menschen, beteiligt sind (S.8). Mit ihnen soll eine Kooperationsbeziehung entwickelt werden, damit die Beteiligten ihre Ressourcen so zusammenbringen können, dass ein gutes Ergebnis erzielt wird. In einer systemischen Intervention wird danach gefragt, was funktioniert. Das heisst, mit Hilfe der im System vorhandenen Ressourcen werden Ansatzpunkte für Lösungen gesucht (S.7-8). Schlippe und Schweitzer (2010) sagen, dass es eine besondere Herausforderung für die systemische Beratung ist, für alle Beteiligten in diesem Kooperationsnetzwerk wertschätzende Beschreibungen zu finden. Auch hinter scheinbar destruktiven Verhalten soll nach dem potentiell konstruktiven Beitrag gesucht werden. Bestand haben Lösungen besonders dann, wenn alle gewinnen (S. 9). Zudem gilt es zu beachten, dass soziale Systeme autopoetisch funktionieren und sich nicht beliebig von aussen steuern lassen (S.8). Hafén (2007) nennt dazu sechs Hürden, welche im Kapitel 3.5. bereits ausführlich beschrieben wurden. Ein System muss die Aufmerksamkeit des anderen Systems erhalten. Wenn das die Informationen versteht, danach akzeptiert und sich dann auf eine Einstellungs- und die darauf folgend Verhaltensänderung einlässt kann ein System beeinflusst werden. Von einer erfolgreichen Intervention kann erst dann gesprochen werden, wenn das System auch dazu bereit ist, das geänderte Verhalten zu festigen (S.32-34).

5.2. Die systemisch-lösungsorientierte Beratungsmethode

Die systemisch-lösungsorientierte Beratungsmethodik ist eine von vielen Methoden der Sozialen Arbeit. Unter Methode ist, nach Esther Weber (2012), planvolles zielgerichtetes Handeln, welches professionell reflektiert wird, zu verstehen (S.20). Ausgehend von einer problematischen Situation, welche der Klientel in die Beratung führt, kann der auf der Abbildung 8 verbildlichte, zirkuläre Problemlösungsprozess angewendet werden.

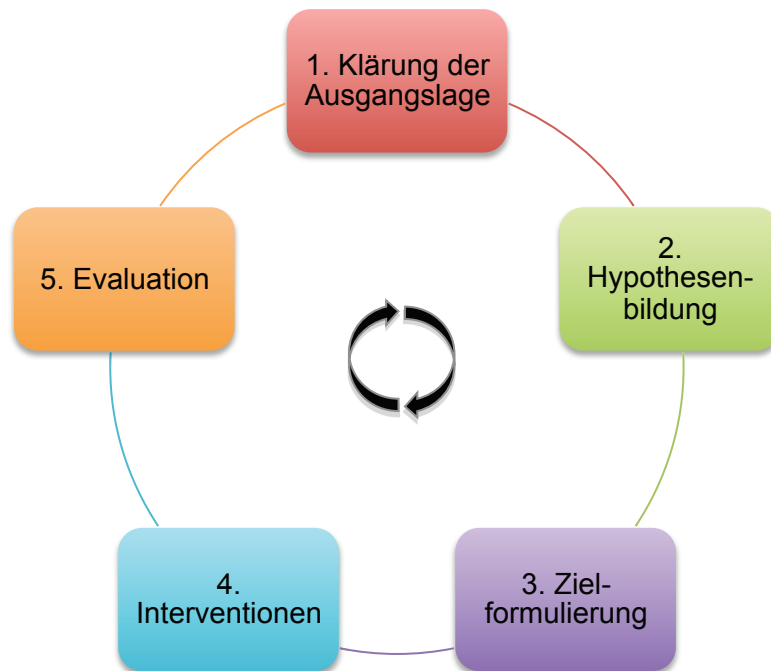


Abbildung 8: Zirkulärer Problemlösungsprozess (Quelle: Esther Weber, 2012, S. 20)

Weber betont dabei, dass das methodische Arbeiten selber nicht linear, sondern stets vernetzt stattfindet (S.21). Die Evaluation ist ein wichtiger Teil des gesamten Prozesses und dient der Überprüfung des Fortschrittes. Ebenso sind auch Zielvereinbarungen allgegenwärtig und werden neu vereinbart, angepasst oder ersetzt um das angestrebte Endergebnis zu erreichen (ebd.).

Die Beratung der Sozialen Arbeit bezieht sich nach Weber (2012) auf psychosoziale Probleme und bezweckt selbstverantwortete Veränderungen, der oft mehrdimensionalen Problemsituationen (S.22). Dabei sind vier Elemente der Beratungsgestaltung zu nennen. Zunächst ist sie kontextspezifisch, sprich auf den konkreten Einzelfall bezogen. Ausserdem zeigt sich die Beratungsgestaltung lösungsorientiert. Des Weiteren arbeitet sie zukunfts- und ressourcenorientiert. Interventionen und Veränderungen sollen auch in Zukunft noch sinnvoll sein und sich an den vorhandenen Res-

sources des Beratenden orientieren (S.22). Arist von Schlippe und Jochen Schweizer (2013) heben den Wert der Lösungsorientierung in einer Beratungssituation hervor. Zentral dabei ist die Annahme, dass jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die für die Lösung eines Problems benötigt werden. Das System nutzt diese derzeit nur nicht, ist sich dessen nicht bewusst oder hat momentan keinen Zugang dazu (S.209). Der Fokus einer Beratung liegt dabei von vornherein auf der Konstruktion von Lösungen. Um diese umsetzen zu können, müssen notwendige Ressourcen aktiviert werden (S.210). Um ressourcenorientiert arbeiten zu können, empfiehlt sich nach Weber (2012) die Methode der Erstellung einer Ressourcenliste. Hierauf sind alle vorhandenen materiellen und immateriellen Ressourcen der Klientel festzuhalten, welche im Zuge des Gesprächs zusammengetragen wurden (S.31).

Ein weiteres Hauptziel einer jeden Beratung ist es, laut Weber (2012), möglichst viel Verantwortung und Mitarbeit an der Zielerreichung den Adressaten zu übertragen (S.31). Die Wiedergewinnung der Autonomie sowie die Fertigkeiten zukünftige Probleme mit den eigenen Ressourcen selbständig lösen zu können, sind die Ziele der Sozialen Arbeit wie sie im Berufskodex zu finden sind (ebd.). Die kontextspezifische Beratung setzt nach Schlippe und Schweizer (2013) eine fundierte Auftragsklärung voraus (S.211). Darin wird konkret festgehalten, wer alles zu den Auftraggebern gehört und was diese jeweils genau wollen. Die Grundfragen solcher Auftragsklärungen sind: Wer will was? Von wem? Wie viel? Ab wann? Bis wann? Wozu? Gegen wen? Diese gezielte Form der Auftragsklärung hilft unnötige Arbeit zu vermeiden und den konkreten Beratungs- und Unterstützungsbedarf einzugrenzen (S.210-211).

5.2.1. Zugangs- und Zieldimensionen in der Beratung

Schlippe und Schweizer (2013) merken an, dass Veränderung allgegenwärtig ist (S.175). Die Welt um uns Menschen ist ständig in Bewegung. Jedoch wäre ohne das Gefühl von Ordnung und Stabilität, kein Zusammenleben und keine Existenz denkbar. Jedes System tut unbewusst sehr viel für die Aufrechterhaltung der erwarteten Ordnung. Diese macht es möglich, eine Verlässlichkeit für das Verhalten des Gegenübers und das eigene Verhalten zu empfinden (ebd.). Es kann sogar vorkommen, dass für besagte Aufrechterhaltung so viel getan wird, dass sich die seelische und soziale Alltagswelt unangenehm unveränderbar und einengend anfühlt. Angesichts dessen betonen Schlippe und Schweizer, dass ein starkes Spannungsfeld zwischen der sich ständig ändernden Welt und der erlebten Stabilität besteht, welches auf jeden Menschen einwirkt (ebd.). Dessen sollte die beratende Person sich stets be-

wusst sein, denn ein Teil ihrer Arbeit wird es sein, dieses Spannungsfeld auszubalancieren. Stabilität soll nach Schlippe und Schweitzer (2013) dort erhalten werden, wo sie benötigt wird und sinnvoll ist (S.176). Zu Veränderungen kann ermutigt werden, wo positive Auswirkungen zu erwarten sind. Dabei benennen die Autoren drei grosse übergeordnete Zieldimensionen, welche Familien täglich zu erreichen versuchen (ebd.). Es sind die Wirksamkeit eines jeden Familienmitglieds und dessen Anliegen. Zweitens der Sinn, darunter sind die Vereinbarung der Werte und Überzeugungen mit der eigenen Lebenspraxis zu verstehen. Und als dritten Punkt sind die Bindung und die Schaffung von einem Gefühl der Verbundenheit zu nennen. Diese Dimensionen können als ein Kern in Beratungsprozessen angesehen werden (ebd.). Bevor die Beratungsperson sich jedoch an diese Punkte wagen kann, benötigt es viel Vertrauensarbeit. Für die Mitglieder einer Familie sowie für den Berater, ist es daher oft einfacher, sich über drei niederschwelliger Zugangsdimensionen zu den Zieldimensionen `Wirksamkeit, Sinn und Bindung` hinzuarbeiten. Diese Zugangsdimensionen sind Zeit, Raum und Energie. Unter der Zeit ist zu verstehen wie Menschen ihre Handlungen (untereinander) koordinieren und ausserdem wie sie mit plötzlichen und allmählichen Unterbrüchen umgehen. Der Raum beinhaltet wie viel Platz ein Mensch einnimmt, wie begrenzter Platz aufgeteilt wird und wie man sich im Raum zueinander platziert. Die Dimension der Energie sagt aus, was die Menschen antreibt und was sie am Laufen hält. Über diese Dimensionen ist es nach Schlippe und Schweizer leichter, sich die Lebenswelt eines sozialen Systems zu erschliessen und darauf einzuwirken (ebd.). Diese Dimensionen werden im Laufe einer Beratung mithilfe von Fragen erschlossen. Der Klientel sucht als Experte des eigenen Lebens, der Ressourcen, der Vergangenheit und der erwünschten Zukunft eigenverantwortlich nach Lösungen und Wegen. Dabei stellen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit als Experten für die Beratungsmethodik zur Verfügung und unterstützen den Prozess der Lösungsfindung (S177). Da das Klientensystem nie durch die Beratungsperson direkt beeinflusst werden kann, entscheidet dieses selber, ob eine Massnahme eine signifikante Irritation an ihrer Handlungs- und Denkweise bewirkt und zu einer beobachtbaren, veränderten Reaktion geführt hat. Dabei kann das entsprechende Tun des Beraters als `Anregung` verstanden werden (S.209). Weber (2013) betont eingehend, dass die Aussicht auf Kooperation und Veränderungsbereitschaft nur dann erfolgsversprechend ist, wenn die Beziehung zu den Beratenden von den Klientensystemen als positive Ressource erlebt wird (S.33). Die Autorin benennt hierzu eini-

ge grundlegende Fertigkeiten von Beratungspersonen, die ebenfalls Zugangsdimensionen darstellen (S.23). Zunächst ist zu Beginn einer Interaktion die Basis zu schaffen, bei der die Entwicklung von Vertrauen möglich ist. Eine Vertrauensbasis ist die Voraussetzung für Kooperation, um Veränderungsschritte einzuleiten und umzusetzen (Weber, 2013, S.23). Zur Schaffung dieser Basis tragen Charakteristika wie Echtheit, positive Wertschätzung und einführendes Verstehen sowie die Berücksichtigung der Grundbedürfnisse seitens der Beratungsperson bei. Weitere Fertigkeiten sind das aktive Zuhören und das Paraphrasieren, das heißt, wenn Gehörtes mit eigenen Worten verkürzt zusammengefasst wird, ausserdem die Fähigkeit, offene Fragen zu stellen, um auf diese Weise sein Gegenüber zum Reden zu bringen. Bewusst eingesetztes nonverbales Verhalten der Sozialarbeitenden kann Wertschätzung und Interesse vermitteln, jedoch ist es ebenso wichtig das nonverbale Verhalten des Adressaten zu beobachten, einzuschätzen und darauf einzugehen (ebd). In manch einer Situation kann es erforderlich sein, ein Schweigen zu respektieren und damit Zeit und Raum zu schaffen, um nachzudenken (S. 24). Nicht zuletzt sollte der Fokus der Beratungstätigkeit stets auf die Ratsuchenden selbst gerichtet werden. Eine abwesende Person kann zwar ein Teil eines Problems sein jedoch ist besagte Person in diesem Moment nicht erreichbar, bzw. nicht irritierbar und kann somit kein Teil von Zielvereinbarungen und Interventionen sein (ebd.). Das Bedürfnis eines Menschen nach Orientierung und Kontrolle wird während einer erlebten Krise oft verletzt. Um dieses Bedürfnis wieder zu befriedigen und Stück für Stück wieder Kontrolle und Steuerungsmöglichkeit zu bieten, helfen klare Informationen sowie Transparenz von Seiten der Beratungsperson (S.34). Mithilfe von Zielsetzungen und Vereinbarungen erfolgt schrittweise eine Aktivierung der Adressatenschaft und bietet bei Erreichen motivierende Erfolgserlebnisse, welche das Selbstwertgefühl stärken. Die Stärkung des Selbstwertgefühls führt, nach Weber, zu einer Wertschätzung der Beratung und schafft damit beste Voraussetzungen für Kooperation und eine für beide Seiten befriedigende Problembewältigung.

5.2.2. Besonderheiten bei der Beratung von ADHS betroffenen Jugendlichen

Im Kapitel 3.5. wurden die Interventionsbedingungen und -limitationen aus der Sicht der Systemtheorie aufgezeigt. Dabei wies Hafén (2007) auf sechs Hürden hin, die es zu überwinden gilt, um einen Interventionserfolg zu erzielen (S.32-34):

1. Aufmerksamkeit erlangen
2. Verstehen fördern

3. Akzeptanz erreichen
4. Einstellungsänderung anregen
5. Verhaltensänderung vorantreiben
6. Verfestigung des geänderten Verhaltens überwachen

Wenn eine Veränderung erzielt werden soll, müssen diese sechs Stufen sowohl von Beratungspersonen als auch von den Jugendlichen, Elternteilen, Lehrkörpern oder anderweitigen Personen des nahen Umfeldes des ADHS betroffenen Jugendlichen einzeln und nacheinander abgeschritten werden. In diesem Kapitel sollen die Hürden 1-4 angegangen werden, da die übrigen Hürden sehr ausführlich in den verschiedenen möglichen Methoden der Kapitel 5.3.-5.5. beschrieben werden. Schlippe und Schweizer (2013) benennen als allgemeine Basis eines Beratungssettings für Jugendliche auch die unverblümte Sprache (S.373). Lange ausufernde Diskussionen wären hierbei nicht adressatengerecht. Auch sind die Sitzungen oftmals kürzer zu gestalten als mit Erwachsenen. Dies gilt prinzipiell für jedes Beratungsgespräch mit Jugendlichen. Besonders jedoch für Jugendliche mit ADHS, da diese aufgrund ihrer Symptomatik in mehreren kurzen Gesprächen eher aufnahmefähig sind (ebd.). Inghard Langer und Stefan Langer (2011) betonen die Notwendigkeit eines sicht- und spürbaren Unterstützungsgefüges. Nur so erhalten Jugendliche, eine für sie greifbare Orientierung, die es ihnen ermöglicht, ihr Leben ohne extrem überfordernden Lebensstress mitzugestalten, sowie Lebensschwierigkeiten zu bewältigen (S.57). Dies kann als Grundsatz betrachtet werden, wie die Gestaltung der Arbeitsbeziehung aussehen muss, um für die Jugendlichen eine glaubwürdige Ansprechperson darzustellen. Gemäss Johanna Krause und Klaus-Henning Krause (2009) sind ADHS-Betroffene aufgrund ihrer Reizoffenheit hochsensibel und benötigen viel Zuwendung und Unterstützung, um sich in einem Beratungssetting überhaupt öffnen zu können (S.236). Wie bereits im Kapitel 4.2.2. beschrieben, weisen Betroffene oft eine hohe Sensibilität gegenüber Ablehnung auf und fühlen sich aufgrund vergangener Erfahrungen sehr schnell unverstanden. Cordula Neuhaus (2013) betont, dass es aufgrund der häufigen Selbstwertproblematik (vgl. Kapitel 4.2.2.) äusserst wichtig ist, dass den Betroffenen mit Bestätigung und Mitgefühl begegnet wird (S.245). Die Autorin stellt passend zur ersten Hürde das Hauptproblem folgendermassen dar. Die betroffenen Jugendlichen weisen häufig erst eine äusserst geringe Bereitschaft auf, zu einer Beratung mitzugehen. Dies wird oftmals dadurch verstärkt, dass in der Vergangenheit schon mehrere Versuche der unterschiedlichsten Art unternommen wor-

den sind (S.241). Schafft es die Beratungsperson den, Widerstand aufzufangen und mit gelassener, humorvoller Direktivität mit den Jugendlichen doch ins Gespräch zu kommen, ist die erste Hürde erklommen (Neuhaus, 2013, S.241). Neuhaus weist an dieser Stelle jedoch auf einen interessanten Effekt hin, der ebenso wie der heftige Widerstand vorkommen kann. Da ADHS-Betroffene sehr oft hoch motiviert an neue und interessante Dinge herangehen, können sich Jugendliche in dieser Situation sehr gesprächig und sich von ihrer besten Seite zeigen (S.242). In der Regel sind es jedoch die selteneren Fälle, bei denen Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren gerne regelmässige Beratungstermine wahrnehmen (S.245). Anders zeigt sich dies bei den jungen Erwachsenen. Deren Leidensdruck wirkt oft so heftig, dass sie jede Möglichkeit nutzen um diesen zu lindern (ebd.). Schlippe und Schweizer (2013) empfehlen deutliche Anerkennung zum Ausdruck zu bringen, wenn Jugendliche, trotz ihrem Unwillen, zur Therapie erschienen sind (S.378). Anschliessend wird versucht, seine oder ihre Weltsicht zu erfragen, um im günstigsten Fall ein Problem definieren zu können, welches bearbeitet werden kann. Dabei müssen die Gespräche nicht unbedingt in einem Büro stattfinden! Die Erfahrungen der Autoren haben gezeigt, dass aussergewöhnlichere Umgebungen, wie zum Beispiel Nachtwanderungen, Spaziergänge oder ein anderer Ort, an dem sich der Jugendliche entspannen kann, oft produktivere Kontexte waren (ebd.).

Die Hürde des Verstehens beinhaltet mannigfaltige Themen. Zunächst kann es, Neuhaus (2013) zufolge, um die konkreten Kenntnisse über das Störungsbild ADHS gehen und weiterführend über förderliche und hinderliche Verhaltensweisen. Ebenso wäre das Erarbeiten von Rahmenbedingungen, welche auf das ADHS verstärkend oder beruhigend wirken, als mögliches Beispiel zu nennen (S.243). Je nach Auftrag, welcher an die Beratungsperson gestellt wurde, kommen an dieser Stelle viele Themen in Frage, die genauestens behandelt und erläutert werden müssen, bevor es zu einer Handlungsplanung kommen kann (ebd.). Die Hürde der Akzeptanz kann erreicht werden, wenn bei der Gesprächsführung sorgfältig darauf geachtet wird, dass keine dysfunktionalen Kommunikationskreisläufe fortgesetzt werden, welche die Jugendlichen aus dem erzieherischen Umfeld schon jahrelang kennen (S.245). Dabei müssen sich die Jugendlichen stets ernst genommen und verstanden fühlen. Tonfall, Mimik und Gestik der intervenierenden Person sind entscheidend. Fällt auf, dass die Jugendlichen Ablehnung signalisieren, muss dies sofort sehr ernst genommen und bearbeitet werden (ebd.).

Als mögliche beraterische Methode für die Hürde der Einstellungsänderung eignet sich, laut Neuhaus (2013) der `sokratische` Dialog. Dabei werden die Jugendlichen sanft gelenkt, die Zielvorstellung selbst zu formulieren (S.247). Der Gewinn oder Verlust eines konkreten Verhaltens wird erarbeitet. Ebenso die Prognose, wenn ein Verhalten zukünftig nicht mehr gezeigt würde. Der Kernpunkt dieser Methode besteht darin, einen Perspektivenwechsel zu erreichen, zu dem ADHS betroffene Jugendliche ohne Hilfe nicht in der Lage sind (ebd.). Im Verlauf des Gespräches wird dabei eine konkrete Situation erarbeitet, welche dicht am emotionalen Erleben der Jugendlichen verortet ist. Hilfreich dabei erweisen sich ebenfalls kurzfristige Entspannungsmethoden, wie das Zählen von fünf auf null, um emotional wieder Abstand zu gewinnen (S.249). Neuhaus warnt eindringlich vor konfrontativen Massnahmen mit schuldzuweisenden Vorhaltungen und Beschimpfungen. Dabei können Jugendliche aufgrund ihrer ADHS Symptomatik nur explodieren (ebd.).

5.2.3. Besonderheiten bei der Beratung betroffener Familien

Waldemar Pallasch, Mirosława Britzkow, Andrea Meier-Behling und Ralf Paulsen (2013) erarbeiteten das Konzept des Familien-Coachings, in dessen Mittelpunkt die Beratung und Begleitung von Familien in schwierigen Situationen steht (S.40). In diversen Sitzungen wird die Familie bei der gemeinsamen Problembewältigung begleitet und unterstützt. Dabei werden die Ressourcen und Fähigkeiten jedes einzelnen Familienmitgliedes integriert und gefördert, um erwünschte Ziele zu erreichen (ebd.). Pallasch et al. (2013) definieren ihr Konzept des Familien-Coachings folgendermaßen: *„Familien-Coaching ist als kurzfristige, zeitlich begrenzte, individualisierte, pragmatische, ziel- und lösungsorientierte Unterstützung, Beratung und Begleitung einzelner Familienmitglieder und der Familie als System zu sehen (S.40)“*. Die Familienstruktur spielt für die Autoren bei dieser Methode keine Rolle (ebd.). Die Beratungsperson muss dabei jedes Familienmitglied in seinem Denken, Fühlen, Handeln und seiner Kultur akzeptieren und respektieren. Als absolut neutrale Drittpartei bringt sie jedem Achtung und Wertschätzung entgegen und ermöglicht es, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, Realisierungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Selbstmanagement zu erlernen (ebd.) Der Begriff `Selbstmanagement` stellt hierbei ein Synonym zu den Begriffen `Empowerment` und `Hilfe zur Selbsthilfe` dar. Die Förderung des Selbstmanagements soll auf lange Sicht eine bessere Selbststeuerung im Alltag und eine aktive Problembewältigung ermöglichen (ebd.). Weiter werden nach Pallasch et al. (2013) alle persönlichen Anliegen in einem Vertrag miteinbezogen, welcher die

Verbindlichkeit der Zusammenarbeit sowie vereinbarte Veränderungsstrategien und Verhaltensweisen beinhaltet (S.41). Ebenfalls besprochen, werden die konkreten Rollen und Erwartungen an die einzelnen Mitglieder je nach Fähigkeiten und Defiziten (Pallasch et al., 2013, S.41).

Nach Jesper Juul (2012) kann das Zusammenspiel der einzelnen Familienmitglieder drei charakteristische Züge annehmen. Es kann symptomschaffend, -erhaltend oder -heilend auf den familiären Prozess wirken, wobei Ton, Atmosphäre und 'Funktionsweise' der Familie diese Wirkung bestimmen (S.13). Die drei Zustände wirken zumeist nebeneinander, doch es wird noch oft die Betrachtung des Ganzen vernachlässigt und stattdessen mittels Zuweisung auf einen Einzelnen übertragen. Der Autor betont, dass es als Mitglied einer Familie nichts gibt, dass sich auf 'dein' oder 'mein' Problem reduzieren lässt. Die Verantwortung für existierende Probleme müssen stets von der ganzen Familie getragen werden (S.14). Dabei ist es eine Möglichkeit, die Verankerung der Charakterisierung der innerfamiliären Prozesse dort vorzunehmen, wo die grössten Ressourcen sind. Es soll also nicht von Schuld für die Vergangenheit gesprochen werden, sondern von Verantwortung für die Zukunft (ebd.). Russel Barkley (2002) formuliert die Pflicht, den Blick auf die Gesamtheit der Prozesse zu richten, ebenfalls (S.311). Diverse Konflikte können bei den Eltern zuweilen zu dem Schluss führen, dass der Jugendliche mit ADHS einfach nicht die richtige Einstellung oder Ähnliches habe. Jedoch merkt Barkley an, dass auch die Eltern nicht immer die richtige Einstellung haben und vielleicht ihre eigene Haltung ändern müssen, wenn es ihr Wunsch ist, dass der Jugendliche dies tut (ebd.). Wie in Kapitel 4.2.2. bereits erwähnt, betont hier der Autor vor allem die Gefahr von unrealistischen Erwartungen. Von keinem Jugendlichen, ob mit oder ohne ADHS, kann Perfektion oder hundertprozentiger Gehorsam erwartet werden. Diese Erwartungen würden nur immer wieder enttäuscht werden und dies würde zu Frustration und Wut führen (S.312). Bei vielen Eltern steht die Angst vor einer verbauten Zukunft hinter diesen Erwartungen. Barkley merkt hierzu an, dass ein grosser Teil dieser Ängste übertrieben ist und dahingehend problematisch werden können, wenn sie sich zu 'selbst erfüllenden Prophezeiungen' entwickeln. Die Jugendlichen merken, dass ihnen nicht getraut wird und ziehen daraus den Schluss, dass sie einen Freifahrtsschein haben, genau die Dinge zu tun, die ihnen ihre Eltern sowieso unterstellen (ebd.). Der Autor benennt das 'ABC-Modell der Gefühle' als eine gute Methode für den Perspektivenwechsel. Zu Beginn wird eine häufig vorkommende Situation be-

schrieben mit den anfänglichen Worten „wie würden Sie sich fühlen wenn...“. Barkley (2002) nach formuliert dabei zunächst jede Partei selber ihre Befindlichkeiten zu dem ausgewählten Thema, wie zum Beispiel, wenn der Jugendliche nach der vereinbarten Zeit nach Hause kommt (S.315). Die Übung strebt die Erkenntnis an, dass Ereignis A bei den Parteien einen bestimmten, einseitigen Gedanken B hervorgerufen hat, der sie dann C wütend gemacht hat. Damit kann gezeigt werden, dass die eigenen Gefühle in Wirklichkeit mindestens so sehr von einem selbst und dem was man denkt abhängen (ebd.). Systemtheoretisch gesehen ist, nach Hafen (2007), jeder Mensch als eigenes System ein gedankliches und theoretisches Konstrukt. Einzigartig in seiner Art und Weise zu kommunizieren und zu denken (S.15). Bakley (2002) gibt an, dass die Bewusstheit, dass jeder seine Gedanken und Gefühle selbst hervorruft, in schwierigen Situationen helfen kann. Auf diese Weise kann Abstand gewonnen werden und so kann es zu einer realistischeren gedanklichen Einschätzung kommen (S.315). Ein wertvoller Rat an die Eltern in einer Beratung ist es, zunächst ruhig zu überlegen, was das Schlimmste ist, das passieren könnte und sich gleichzeitig an die eigene Jugend zurückzuerinnern (S.316). Oft kann bei diesen Überlegungen schnell festgestellt werden, was wichtig ist und schnelles Durchgreifen erfordert und wo man es ruhiger angehen soll. Dabei dürfen die Eltern dazu angehalten werden, auch sich selbst gegenüber flexibel und nachsichtig zu sein. Die Bewusstmachung von unangemessenem Denken dauert seine Zeit und braucht viel Übung, um nicht immer wieder in diese Denkweisen zurückzufallen (ebd.). Bakley betont, dass bei den Beratungsgesprächen die wichtigen Themen der jugendlichen Entwicklung, wie zum Beispiel das Streben nach Unabhängigkeit, angesprochen werden sollen. Die Auswirkungen der ADHS auf den Prozess der Verselbständigung sind enorm. Aus diesem Grund sind realistische Erwartungen seitens der Eltern ebenso wie angemessene Interpretationen des jugendlichen Verhaltens äusserst wichtig, um den Jugendlichen eine gute Entwicklung zu ermöglichen (S.317).

5.3. Psychoedukation, verhaltenstherapeutische Interventionen

In vielen Settings der Sozialen Arbeit für ADHS Betroffene, werden Psychoedukation oder verhaltenstherapeutische Interventionen angewendet. Als Massnahmen der Psychoedukation nennen Brandau und Kaschnitz (2013) solche, die dafür geeignet sind, Betroffene und ihre Angehörigen über die Störung und ihre Behandlung zu informieren und das Verständnis und den selbstverantwortlichen Umgang zu fördern (S.131). Brandau und Kaschnitz (2013) sagen, dass dabei durch lerntheoretische und

pädagogische Konzepte, Informationen, Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien vermittelt werden (S.131). Im Verlauf wird der betroffene Jugendliche über die Diagnose und Behandlungsprinzipien aufgeklärt und erlernt kompensatorische Kompetenzen zu spezifischen Defiziten. Zudem sollen ein gutes Selbstmanagement sowie gute Bewältigungskompetenzen entwickelt werden (ebd.). Psychoedukation wendet sich nach Gabriele Pitschel-Walz (2008) an Einzelpersonen, Patienten- oder Angehörigengruppen, an einzelne Familien oder an mehrere Familien gleichzeitig. Die Umsetzung der Psychoedukation erfolgt durch Psychologen, Ärzte und Ärztinnen oder durch Professionelle der Sozialen Arbeit (S.32-35). Als wesentliche Bausteine des Psychoedukationsprogramms gelten Problemlösungstraining und verhaltenstherapeutische Interventionen (Brandau & Kaschnitz, 2013, S.131). Verhaltenstherapeutische Interventionen können bei ADHS Betroffenen jedoch auch unabhängig von einer Psychoedukation angewendet werden. Verhaltenstherapeutische Massnahmen sollen nach Martin Hautzinger (2007) Einschränkungen der Handlungsfähigkeit beheben beziehungsweise vermindern (S. 168). Eine verbesserte Selbstregulation soll durch die Ausbildung und Förderung von Fertigkeiten erreicht werden (ebd.).

Die Systemtheorie besagt nach Simmen et al. (2008), dass wie im Kapitel 4.1.2. bereits aufgezeigt, nicht eine Verhaltensveränderung eines Individuums im Vordergrund steht (S.18). Bevor eine Intervention gemacht werden kann, muss nach der Systemtheorie eine Kopplung des Systems stattfinden (S.23). Wie in vorherigen Kapiteln beschrieben können erst dann kommunikative Interventionsversuche gemacht werden, so Hafan (2007, S.30). Durch die operative Geschlossenheit eines Systems ist ein direktes kausales Erreichen nicht möglich, da jedes System selber entscheidet, was es an Umweltreizen annimmt, um sich selbst zu strukturieren (S.30). Das Verhalten eines von ADHS betroffenen Jugendlichen zu verändern, muss somit als Versuch dargestellt werden, beim anvisierten System die erwünschte Aufmerksamkeit zu erreichen. Erst wenn die Betroffenen den Anlass zur Veränderung annehmen, kann ihr Verhalten mithilfe von Massnahmen verändert werden (ebd.). Von vielen möglichen Problemlösungstrainings und verhaltenstherapeutische Interventionen, welche in der Sozialen Arbeit bei ADHS betroffenen Jugendlichen und ihren Familien anwendbar sind, wird in den folgenden Kapiteln eine Auswahl aufgezeigt. Dies ist jedoch keine abschliessende Auflistung von Interventionen und ihre Wirksamkeit kann sich von Betroffenen zu Betroffenen unterscheiden.

5.3.1. Methode des Selbstmanagements

Die Methode des Selbstmanagements ist eine personenzentrierte, verhaltenstherapeutische Intervention. Im Kapitel 5.2.3. wurde Selbstmanagement als synonymem Begriff von 'Empowerment' und 'Hilfe zur Selbsthilfe' dargestellt. Zudem soll eine Förderung des Selbstmanagements laut Palasch et al. (2013) auf lange Sicht eine bessere Selbststeuerung im Alltag und eine aktive Problembewältigung ermöglichen (S.40). Laut Petra Giese (2009) sollen Jugendliche mit ADHS lernen, eigene Verhaltensprobleme zu beachten und sie zu registrieren. Das soll ihnen helfen, in kritischen Situationen ein alternatives und ein für die Gesellschaft angemessenes Verhalten zeigen zu können, was auch das Ziel der Methode des Selbstmanagements ist (S.83). Ein alternatives und angemessenes Verhalten sollten die Jugendlichen erreichen, indem sie sich an bestimmte Regeln, Ziele und Erwartungen halten und sich in dieser erfolgsversprechenden Situationsbewältigung selber positiv verstärken (S.83). Wie die Regeln, Ziele und Erwartungen mit den Jugendlichen vereinbart werden, wird im Kapitel 5.3.3. genauer erläutert. In der Methode des Selbstmanagements lernen die Kinder sich selbst zu beobachten und sich selbst zu verstärken (ebd.). Giese (2009) schreibt, dass Varni und Henker nachgewiesen haben, dass sich die Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung mit der Kombination von Fremdverstärkung positiv auf das Verhalten von Jugendlichen mit ADHS auswirkt und zu einer Verhaltensveränderung führen kann und vor allem die Aufmerksamkeitsleistung deutlich erhöht (ebd.).

5.3.2. Lob und Kritik

Die Methode des Selbstmanagements im Kapitel 5.3.1. zeigt auf, dass sich Lob positiv auf die Entwicklung von ADHS betroffenen Jugendlichen auswirken kann. Laut Baierl (2008) wird Lob von den Jugendlichen als Anerkennung und Stärkung erlebt, wenn es angemessen geschieht. Das heisst Lob ist überall da angebracht, wo die Jugendlichen in ihren Augen Leistung erbringen. Mit Lob können die Anforderungen für weitere Leistungen schrittweise angehoben werden. Wenn jedoch Lob für etwas ausgesprochen wird, was für die Jugendlichen selbstverständlich ist, können sich diese schnell bevormundet und nicht ernst genommen fühlen (S.318). Auch ist es sinnvoll, grössere Aufgaben in kleinere Teilschritte zu unterteilen und jeder dieser Schritte kann dann angemessen belohnt werden. Mit der Zeit sollen die von ADHS betroffenen Jugendlichen lernen, nicht mehr aus einer unmittelbaren Belohnungserwartung heraus zu handeln, sondern sich aus eigenem Antrieb heraus anzustrengen

(ebd.). So wichtig für die Jugendlichen Lob ist, so heikel ist, laut Baierl (2008), das Thema Kritik (S.318). Da es ihnen schwerfällt, Regeln einzuhalten und ihnen alltägliche Aufgaben Mühe bereiten, erleben sie immer wieder, dass sie den Anforderungen einfach nicht entsprechen. Wie in Kapitel 4.2.2. erwähnt, machen sie scheinbar alles falsch, auch wenn sie sich noch so anstrengen. Kritik sollte nach Baierl (2008) sachlich vorgetragen und sich ganz konkret auf das aktuelle vorliegende Verhalten beziehen und wird idealerweise in kurzen knappen Worten geäußert (S.318-319). Den Jugendlichen sollen Fehler zugestanden werden. Und je nach Entwicklungsstand brauchen die Jugendlichen nebst der Kritik Unterstützung darin, es besser zu machen. Dies in Form von direkten Anweisungen oder Unterstützung darin, selbst Lösungen zu entwickeln (ebd.).

Anweisungen zu verstehen und sich zu erinnern, fällt Jugendlichen mit ADHS, laut Baierl (2008), oftmals sehr schwer (S.319). Es soll genau erklärt werden, was erwartet wird. Wenn die Jugendlichen nicht auf Anhieb verstehen, sollen neue Formulierungen für dasselbe gefunden werden und nachfragen soll erlaubt sein. Wenn die Betroffenen wissen, woran sie sind, gewinnen sie an Sicherheit (ebd.). Brandau und Kaschnitz (2013) sagen, wenn Eltern klare Botschaften an ihr Kind vermitteln, kann dies eine bessere Kommunikation zwischen ihnen und ihrem Kind ermöglichen (S.140). Die beiden Autoren erläutern mit einer Studie von Bonney, dass mithilfe einer Neustrukturierung der Kommunikationsabläufe versucht wurde, bleibende Veränderungen bei Kindern mit ADHS zu bewirken. Dabei wurde bewiesen, dass diese Kinder die Fähigkeit aufzeigen, zuzuhören, wenn vorher ein taktiler und visueller Kontakt mit den Augen aufgenommen wurde und erst dann die verbale Mitteilung folgt. In 80% der Fälle zeigten die Kinder innerhalb von neun Monaten positive Verläufe des Testversuchs (S.141).

5.3.3. Regeln, klare Strukturen und Konsequenzen

Die Methode des Selbstmanagements, Lob und Kritik sind personenzentrierte Interventionen. Personenzentrierte Verfahren setzen nach Kaschnitz und Brandau (2013) direkt beim System der betroffenen Jugendlichen an (S.132). Somit zählen auch Regeln, klare Strukturen und Konsequenzen zu den personenzentrierten Interventionen. Für Erziehende von Jugendlichen mit ADHS ist es wichtig zu wissen, dass Jugendliche mit ADHS besonders klare Regeln und Strukturen brauchen. Baierl (2008) meint, die Reglementierung von aussen gibt ihnen und ihrem Umfeld Sicherheit, da sie noch nicht fähig sind, sich selbst zu kontrollieren und von sich aus einen angemess-

sen Rahmen einzuhalten (S.313). Im Idealfall können mit den Jugendlichen zusammen Ziele und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen erarbeitet werden. Üblicherweise wird ein Grossteil der Regeln jedoch durch bestehende Ordnungen vorgegeben. Diese muss der Jugendliche akzeptieren lernen. Die erziehenden Personen können dem oder der Jugendlichen dabei helfen zu erkennen, dass diese vorgegebenen Regeln und Strukturen unabhängig von ihnen und vor allem nicht gegen sie entwickelt wurden, so Baierl (2008, S.313). Das wichtigste dabei ist Transparenz. Die Betroffenen müssen wissen, welche Regeln existieren und welchen Stellenwert sie im Gemeinschaftsleben einnehmen. An was müssen sie sich einfach halten und wo besteht Verhandlungsspielraum (ebd.). Wenn Regeln gesetzt werden, sollten diese überschaubar sein, denn betroffene Jugendliche können sich Regeln oft nur schwer merken. Für sie ist es oft leichter, sich an wenige, klare und dafür strengere Regeln zu halten als an ein komplexes Regelwerk, auch wenn diese mehr Freiräume zulassen würden. Um die Regeln besser im Gedächtnis behalten zu können, hilft es den Jugendlichen, zentrale Regeln und Vereinbarungen schriftlich festzuhalten (ebd.).

Ein weiteres Beispiel für schriftlich festgehaltene Vereinbarungen mit den Jugendlichen sind laut Giese (2009) die Kontingenzverträge. In diesen Verträgen wird ein Zielverhalten, das erreicht werden soll niedergeschrieben. Wichtig dabei ist, dass die Ziele immer positiv, klar und konkret formuliert sein müssen und es muss für die Betroffenen erreichbar sein. Das heisst für komplexe Verhaltensweisen, dass immer Schritt für Schritt vorangegangen wird (S.85). Brandau und Kaschnitz (2013) ergänzen, dass nicht nur Ziele formuliert werden sollen, sondern auch Erwartungen an die Betroffenen. Mögliche positive Verstärker werden mit den Jugendlichen definiert, aber auch die Konsequenzen bei Nichterfüllung klar geregelt. Beobachtung, Erfassung und Kontrolle der Ziele ist in diesem Vertrag klar geregelt. Ziel des Vertrages ist es, ein erwünschtes positives Verhalten zu fokussieren und anstreben zu können und sie werden zumeist zwischen den Betroffenen Jugendlichen und ihren Eltern vereinbart (S.132). Diese Verträge bieten den Jugendlichen eine klare Struktur, an welche sie sich halten können, was wie bereits erwähnt den Jugendliche mit ADHS eine Sicherheit ermöglicht (ebd.). Somit profitieren die Betroffenen laut Baierl (2008) auch davon, wenn eine Tagesstruktur erarbeitet wird, die sich immer wieder wiederholt. Die Jugendlichen können beispielsweise täglich nach dem Abendessen eine Liste dessen erstellen, was für sie am nächsten Tag ansteht. Jede Tätigkeit wird mit Uhrzeit und Dauer in einen Stundenplan eingetragen (S.314). Wichtig für feste Struk-

turen ist ebenfalls, dass immer eine Aufgabe nach der anderen erledigt wird. Das schützt die Jugendlichen davor, am Ende des Tages einem Berg angefangener, aber unvollendeter Aufgaben gegenüber zu stehen (S.315). Zudem hat es sich bewährt, wenn ADHS-Jugendliche unmittelbar nach Erledigung einer Aufgabe entsprechend belohnt werden. Die Belohnungen können von einem aufmunternden «gut gemacht» bis zu materiellen Gütern oder gemeinsame Aktivitäten reichen, sollten jedoch der Schwierigkeit der Aufgabe entsprechend angemessen sein (Baierl, 2008, S.314). Bei ADHS hat sich die Arbeit mit Verstärkerplänen als tauglich herausgestellt. Sie eignen sich für alle Aktivitäten und Verhaltensweisen, bei denen Jugendliche Probleme mit der Durchführung haben (ebd.). Aber selbst die sinnvollsten Regeln und Strukturen bringen wenig, wenn sie nicht eingehalten werden. Baierl (2008) sagt, dass ein entsprechend konsequentes Erziehungsverhalten für die Jugendlichen mit ADHS besonders wichtig ist (S.315). Konsequenz bedeutet, dass klare Vereinbarungen getroffen werden, an die sich Jugendliche und erziehende Personen zu halten haben. Dabei stehen gegenseitige Verlässlichkeit im Vordergrund und nicht Sturheit und Härte. Festgelegte Regeln, gegebene Versprechen und ausgesprochene Konsequenzen sollten wann immer möglich eingehalten werden. Denn viele Regeln und notwendige Verhaltensweisen sind Jugendlichen mit ADHS nicht einfach selbstverständlich und müssen immer wieder geübt werden. Diese prägen sich nur mit einer konsequenten Haltung der Erziehenden bezüglich Regeln und Konsequenzen ein. Nur so finden die Jugendlichen einen verlässlichen Rahmen, der ihnen Sicherheit bietet (ebd.). Worten müssen Taten folgen. Einmal ausgesprochene Konsequenzen, egal ob positiv oder negativ, sollten wie angekündigt zur Ausführung kommen. Dabei müssen die erziehenden Personen darauf achten, dass sie sich selber an die vereinbarten Absprachen halten. Impulsives und nicht vorhersehbares Strafen ist genausoentwicklungsschädigend wie das gelegentliche Übersehen von Regelüberschreitungen (S.316). Durch die Impulsivität der betroffenen Jugendlichen macht es Sinn die Regeleinhaltung gestuft einzufordern, um sie nicht beständig ins Messer laufen zu lassen. Meist ist es angebracht, eine erste freundliche Mahnung auszusprechen. Wenn diese nicht beachtet wird, deutlich betonen. Wenn die Jugendlichen nach einer harscheren Äusserung ihr Fehlverhalten nicht beenden, sollten diese mit den vereinbarten Konsequenzen rechnen (ebd.). Bei Konsequenzen sollte auf Transparenz und Verhältnismässigkeit geachtet werden. Konsequenzen, welche die Jugendlichen als ungerechtfertigt erleben, fordern Trotzreaktionen heraus und tragen wenig zur Verhal-

tensveränderung bei. Je klarer die Regeln und Konsequenzen sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass mit der Zeit die Einsicht und die Selbststeuerungsfähigkeit wachsen (S.317).

5.3.4. Elterntraining

Laut Brandau und Kaschnitz (2013) gibt es auch eltern- und familienzentrierte Interventionen. Sie zielen darauf ab, problematische Verhaltensweisen in der Familie durch Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion zu vermindern (S.132). Das Beispiel des Elterntrainings gilt als eine elternzentrierte Intervention.

Ramona Thümmler (2015) schreibt, dass Eltern das Bindeglied zwischen dem Kind und der Aussenwelt sind. Sie prägen mit ihrem Verhalten stärken die Entwicklung ihres Kindes. Daher ist eine wichtige Massnahme, die Eltern eines ADHS betroffenen Jugendlichen einerseits zu informieren und zu beraten. Andererseits ist es genauso wichtig die Eltern anzuleiten (S.73). Elterntrainings finden, laut Cordula Neuhaus (2001), sinnvollerweise in Gruppen statt. Durch das Zusammentreffen mit anderen betroffenen Eltern entsteht eine Entlastung, da diese andere Betroffene zum Austausch finden und erkennen, dass auch andere Familien Schwierigkeiten haben. In Elterntrainings erwerben die Eltern fundierte Kenntnisse über die ADHS und lernen die Störung zu verstehen (S.246). Nach Thümmler (2015) sollen sie in den Trainings lernen wie eine positive Eltern-Kind-Interaktion aufgebaut werden kann (S.74). Aber auch wie positive Verstärkung angewendet werden kann, um Verhaltensprobleme zu vermindern. Zudem sollen die Eltern lernen, Konsequenzen geplant einzusetzen, wenn positive Verstärkung nicht hinreichend erfolgreich ist. In den Trainings werden solche erzieherische Hilfestellungen gelernt, wie die Beispiele in den vorherigen Kapiteln (ebd.). Das nicht erwünschte Verhalten von ADHS Betroffenen soll laut Brandau und Kaschnitz (2013) durch die Veränderung der elterlichen Reaktionen und durch positive Verstärkung verändert werden (S.141). Dies wird bereits im Kapitel 4.2.4. als Chance erläutert. Neuhaus (2009) sagt nämlich, dass Eltern mit ruhiger, freundlicher und einschätzbarer Direktivität, und mit angemessenen Konsequenzen und positiven Rückmeldungen die Entwicklung von ADHS betroffenen Jugendlichen durchaus positiv beeinflussen können (S.119).

Laut Thümmler (2015) gibt es derzeit viele konkret erarbeitete Methoden für Elterntrainings. In der Praxis entwickeln die Fachkräfte im Laufe der Zeit häufig ihr eigenes Elterntraining, wobei sie Materialien und Einheiten aus mehreren veröffentlichten Trainings zusammenstellen (S.141).

5.4.5. Familienorientierte Interventionen

Nebst den personen- und elternzentrierten Interventionen gibt es auch familienzentrierte Interventionen, so Brandau und Kaschnitz (2013, S.132) Laut den Autoren betrifft ADHS immer die ganze Familie und ihren Alltag (S.140). Brandau und Kaschnitz (2013) sagen, dass aufgrund der Kernsymptome und begleitenden Probleme von ADHS Belastungen für die Familien eines ADHS betroffenen Jugendlichen entstehen wie sie bereits im Kapitel 4.2.4. beschreiben wurden (S.140). Oftmals benötigen die Familien Hilfe und Strategien, um mit den Belastungen besser umgehen zu können. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Betroffenen das Problem sind, sondern jedes Mitglied kann ein Teil davon sein und sollte deshalb auch ein Teil der Lösung werden. Geschwister sind oft wichtige Informanten für Verstrickungen zwischen Eltern und ihrem ADHS betroffenen Kind. Zudem schätzen es die Geschwister häufig, dass ihnen die Aufmerksamkeit geschenkt wird (S.140-143).

Wie im Kapitel 4.2.3. erwähnt, können laut Puls (2012b) von ADHS Betroffene im Familienleben oftmals mit besonderen Schwierigkeiten konfrontiert sein, welche durch eine strukturierte innerfamiliäre Gesprächssituation entspannt werden können (S. 99-100). Als mögliche Intervention in der Familie bietet sich das lösungsorientierte Familiengespräch an. Laut Brandau und Kaschnitz (2013) sind an einer solchen Familiensitzung alle Personen, die mit dem System der Jugendlichen Kontakt haben, anwesend (S.141). Ziel der Sitzung ist die Verbesserung und Entlastung der familiären Situation und die gemeinsame Aushandlung neuer Umgangsweisen, um festgefahrene Verhaltensweisen zu durchbrechen und durch lösungsorientierte Spielräume zu ersetzen. Die Familie soll dabei begleitet werden, aus der Problemsituation heraus zu kommen und eine lösungsorientierte Zukunftsperspektive anzunehmen (ebd.). Eine mögliche Struktur einer lösungsorientierten Familiensitzung könnte laut Brandau und Kaschnitz (2013) folgendermassen aussehen:

- 1) Kennenlernen und "Einanderankoppeln".
- 2) Problembeschreibungen der einzelnen Familienmitglieder anhören und in ihrer Bedeutung klären. Dabei werden Fragen gestellt, wie ADHS und die damit verbundenen Probleme konstruiert, definiert und erklärt werden und welche Auswirkungen diese Beschreibungen und «ADHS» auf das Leben der Einzelnen hat.
- 3) Die problematischen Verhaltensweisen und ADHS werden von der Person des Jugendlichen getrennt und externalisiert.

- 4) Bisherige Lösungsversuche zum Problem werden erfragt.
- 5) und erste Lösungsansätze werden fokussiert und mit Fähigkeiten und Ressourcen des Systems vernetzt.
- 6) Vereinbaren kleiner Veränderungsschritte und Kontrakte als quasi Hausaufgaben.
- 7) Bestärkung und positives Feedback zur Sitzung allen Beteiligten. (S.142).

Brandau und Kaschnitz (2013) schreiben, dass es nicht immer sinnvoll ist, gemeinsam mit allen Familienmitgliedern die Sitzung durchzuführen. Flexible Settings, wie zum Beispiel alleine eine Sitzung mit den Eltern, mit dem ADHS Betroffenen Jugendlichen und seine Geschwister, ect., können manchmal mehr bewegen (S. 143)

5.4. Erlebnispädagogik

Die Erlebnispädagogik ist eine weitere Massnahme der Sozialen Arbeit und ermöglicht nach Fritz Hartmut Paffrath (2013), Kindern und Jugendlichen in erlebnisintensiven Situationen, Entwicklungs- und Bildungsprozesse zu machen (S.52). Dabei geht es darum, dass die Erlebnispädagogik statt einer direkten Beeinflussung, Belehrung oder Unterrichtung einen indirekten methodischen Ansatz wählt. Sie favorisiert selbständiges handlungs- und erfahrungsorientiertes Lernen. Somit ist ein Erlebnispädagoge kein Führer, sondern vielmehr Prozessbegleiter. In der Erlebnispädagogik sollen die Kinder und Jugendlichen selbstgesteuert und freiwillig durch Neugier und Experimentierfreude lernen (ebd.). Vergleicht man dies mit der Systemtheorie, kann eine Ähnlichkeit festgestellt werden. Denn bei einem autopoetischen System funktioniert eine Intervention nur, wenn die Jugendlichen auch dazu bereit sind und eine Veränderung möchten (Hafen, 2007, S.30).

Laut Paffrath (2013) machen die von ADHS betroffenen Jugendlichen durch die Erlebnispädagogik Erfahrungen, wenn Eindrücke und Erlebnisse vom Organismus integriert und verarbeitet werden. Diese vermitteln neue Erkenntnisse und erweitern das vorhandene Verhaltensrepertoire (S.54). Die Erlebnispädagogik nutzt dafür Szenarien, die mit Abenteuer, Wagnis und Risiko verbunden sind. Abenteuer schaffen Räume für neue Erfahrungen und ermöglichen einen Perspektivenwechsel. Pädagogisch begleitete Abenteuer konfrontieren mit Unsicherheiten, Wagnis, Krisen und zwingen Entscheidungen zu treffen oder Konsequenzen auszuhalten. Die Erlebnispädagogik ermöglicht Grenzerfahrungen zu machen, welche den Entwicklungsprozess der Kinder und Jugendlichen unterstützt, selbständig zu werden und den Weg

zur Autonomie zu gehen (S.56-58). Die Kinder und Jugendlichen lernen durch die Grenzerfahrungen. Denn Grenzsituationen verunsichern gewohnte Verhaltensmuster, was diese durchbrechen kann (S.59). Seit die Erlebnispädagogik aufgekommen ist, hat sich das Spektrum der Angebote immer mehr erweitert und differenziert. Klassische Aktivitäten der Erlebnispädagogik finden in Outdoor-Bereichen statt, welche eine breite Palette an Möglichkeiten bieten (Paffrath, 2013, S.100).

5.5. Alternative Therapieansätze

Im folgenden Kapitel werden Beispiele für Therapieansätze genannt, welche die Soziale Arbeit nur am Rande betreffen. Es sind Therapien die durch andere Fachleute durchgeführt oder angeordnet werden. Sie sollen aufzeigen, dass es auch viele Behandlungsmöglichkeiten für ADHS Betroffene gibt, die nicht Professionelle der Sozialen Arbeit umsetzen.

5.5.1. Medikation

Kaum ein Thema aus dem Bereich der psychischen Störungen wird in der Öffentlichkeit so kontrovers diskutiert, wie die ADHS. Dies wurde im Kapitel 2.2.5. ersichtlich. Ob für oder gegen eine Medikation gesprochen werden soll, wird in diesem Kapitel nicht behandelt. Es geht lediglich um die mögliche Anwendung der bestehenden Therapie.

Nach Giese (2009) wird ADHS in der medizinischen Praxis vorrangig mit Psychopharmaka behandelt. Auf dem Markt findet man Präparate wie Methylphenidat, Amphetamine und Atomoxetin (S.70). Dadurch werden bei vielen Betroffenen positive Effekte im Bereich einer Verhaltensänderung erreicht (S.72). Baierl (2008) schreibt, dass die Psychopharmaka innerhalb weniger Stunden zu wirken beginnen (S.324). Genauso schnell baut sich die Wirkung wieder ab. Manche Patienten empfinden den Wirkeintritt der Medikamente als einen Kick (ebd.). Die Medikamente wirken auf der Ebene der Synapsen und sorgen für eine bessere Reizweiterleitung innerhalb des Gehirns und dadurch zu einer besseren Informationsverarbeitung. So wird eine Reduzierung von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität angestrebt, sowie die Erhöhung von Konzentration, Ausdauer und Aufmerksamkeit. Bei etwa 80-90% der betroffenen Jugendlichen gelingt dies. Dadurch, dass die Jugendlichen ruhiger, konzentrierter, weniger impulsiv und weniger aggressiv sind, wird durch das Medikament eine Grundlage für das Erarbeiten für Verhaltensänderungen geschaffen (S.325). Helmut Bonney (2012b) schreibt, dass, die bei ADHS üblicherweise verord-

neten Medikamente zu einem hohen Prozentsatz das aktuell gezeigte Verhalten verändern. Wenn keine anderen Akutmassnahmen greifen, können sie in einzelnen Fällen für einen begrenzten Zeitraum hilfreich sein (S.110). Eine echte Heilung, so der Autor, ist jedoch nach neurobiologischer Auffassung nur möglich, wenn sich Organisation und Struktur des Gehirns dahingehend ändern, dass die notwendige Informationsverarbeitung besser gelingt. Das bewirken Medikamente jedoch nicht (Bonney, 2012b, S.110). Die Medikamente haben jedoch auch Nebenwirkungen. Die häufigsten sind Schlaf- und Appetitstörungen. Herzrasen, Bluthochdruck, Übelkeit, Schwindel, Kopf- und Bauchschmerzen können auch auftreten. Bei vorpubertären Kindern kann sich das Wachstum verzögern und bei Überdosierungen können psychotische Symptome auftauchen (S.326). Bonney (2012b) betont, dass der systemische Ansatz im Unterschied zur reinen Medikalisierung umfassendere Massnahmen beinhaltet. Diese zeigen Auswirkungen auf den betroffenen Jugendlichen, sein Gehirn, seine seelisch - geistige Verfassung, seine Familie und die beteiligte Schule (S.111).

5.5.2. Spezialdiäten

Zwischen Ernährung und Verhaltensstörungen werden laut Giese (2009) seit 1931 Zusammenhänge vermutet (S.77). Seit den 70er Jahren sieht man den Auslöser in spezifischen Bestandteilen von Lebensmitteln. In der Zeit wurden verschiedene Hypothesen veröffentlicht, konnten jedoch wissenschaftlich nicht bestehen. Nur mit der Obligationen-Diät können signifikante Veränderungen des Verhaltens bei 50% bis 80% der Betroffenen belegt werden. Dabei werden provozierende Nahrungsmittel, wie zum Beispiel Milch oder Getreide, welche Unverträglichkeiten auslösen durch andere Produkte ausgetauscht. Das hat sich positiv auf die Konzentration- und Merkfähigkeit der Betroffenen ausgewirkt (ebd.). Ob die Symptome von ADHS durch die Vermeidung von provozierender Nahrung längerfristig beeinflussbar sind, kann bislang aufgrund fehlender Langzeituntersuchungen nicht beantwortet werden (ebd.).

5.6. Zwischenfazit

Im Kapitel 2.1.4. wurde ersichtlich, dass ADHS eine Störung ist, die anhand ihrer unterschiedlichsten Symptome diagnostiziert wird. Somit ist es nicht erstaunlich, dass es mannigfaltige Massnahmen gibt, um der Symptomatik entgegenzuwirken und deren negative Auswirkungen zu beheben beziehungsweise so gering wie möglich zu halten. Die Zusammenstellung im Kapitel 5. gibt einen Überblick über die vielfältigen Arten hierfür. Sie ist jedoch keine abschliessende Auflistung der möglichen Interven-

tionen. Wichtig zu beachten ist nach Dieter Pütz (2006), dass die Massnahmen für die Jugendlichen mit ADHS individuell gestaltet werden (S.68). Zudem sollen sie sich an ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen orientieren. Dabei sollte sich die Medizin, die Psychologie, die Pädagogik und die Soziale Arbeit bei einer allfälligen interdisziplinären Behandlung der Störung absprechen und einander ergänzen (Pütz, 2006, S.68-69).

Die Systemtheorie dient in dieser Arbeit als Brücke zwischen den verschiedenen Massnahmen und dem Praxisalltag. Dabei dient die Theorie dazu, Ereignisse, Handlungen und Reflexionen der Sozialen Arbeit interpretierbar zu machen (Hosemann & Geiling, 2010, S.37). In den vorherigen Kapiteln wurde mehrmals darauf aufmerksam gemacht, dass es systemisch betrachtet nicht möglich ist, Veränderungen bei Jugendlichen und deren Familien zu bewirken. Die in Kapitel 5. beschriebenen Interventionsversuche gelingen nur dann, wenn sie das System der Jugendlichen und der jedes Familienmitgliedes zu einer Eigenirritation bewegen können. Der Konstruktivismus besagt, dass jedes System seine Umwelt auf die ihm eigene Art und Weise betrachtet und bewertet (Hafen, 2007, S.8-9). Das bedeutet, dass der oder die Jugendliche Alles und Jeden anders bewerten, als die verschiedenen Familienmitglieder. Werden die ADHS betroffenen Jugendlichen, die über Jahre erfahrenen Kommunikationen als Abwertung ihrer Person, kann sich bald das Gefühl der Unzulänglichkeit verfestigen und ein schlechtes Selbstbewusstsein zur Folge haben. Auch bei den Eltern dieser Jugendlichen kann es nach mehrfacher gescheiterter Interaktion zu verhärteten Meinungen über sich selbst und die Jugendlichen kommen. Diese Eltern empfinden oft Schuldgefühle, da sie scheinbar in ihrer Elternrolle gescheitert sind oder trauen ihren Kindern nichts mehr zu und massregeln diese zu stark (Brandau und Kaschnitz, 2013, S.42-43). Zukünftig gemachte Erfahrungen werden dann weiterhin nach diesen dysfunktionalen Schemata bewertet und eingeordnet. Ein Teufelskreislauf, der ohne das Erlernen von neuen Perspektivenmöglichkeiten nicht zu durchbrechen ist. An genau diesem Punkt bietet die Systemtheorie eine hervorragende Möglichkeit, der Klientel die Verschiedenheit der Betrachtungsweisen und Bewertungen aufzuzeigen und besonders die eigene Art und Weise des Betrachtens und Bewertens zu analysieren und bewusst zu machen. In einem nächsten Schritt kann es dann zu einer Neubewertung von vergangenen und zukünftigen Ereignissen kommen. So können die betroffenen Jugendliche ihrerseits erfahren, dass auch grosses Potenzial in ihnen steckt und sie nur die richtigen Mittel und Wege finden

und einsetzen müssen, um dieses auszuschöpfen. Den Elternteilen wiederum bietet sich, zum Beispiel, die Chance das Verhalten ihres Kindes besser nachvollziehen und adäquater darauf reagieren zu können. Die schrittweise, von den Professionellen der Sozialen Arbeit unterstützte und von der Klientel gesteuerte Erarbeitung der eigenen Situation, Ressourcen und mögliche Lösungen führt schlussendlich zu der erwünschten Eigenirritation des Systems und ermöglicht eine Veränderung auf den Ebenen Denken, Fühlen und Verhalten. Für die Umsetzung der gewählten Interventionen ist es, laut Baierl (2008), wichtig zu wissen, dass die angestrebten Veränderungen für die Jugendlichen und ihre Bezugspersonen nicht von heute auf morgen umgesetzt werden können. Zudem müssen Ressourcen wie Kooperationsbereitschaft, Zeit, Energie und Veränderungsbereitschaft vorhanden sein (S. 331). Durch die Unterstützungsmöglichkeiten kann ein einfacherer und besserer Umgang mit der Symptomatik gefunden werden (S.332).

6. Schlusswort

Nach eingehender Auseinandersetzung mit der Thematik ADHS bei betroffenen Jugendlichen und ihren Familien sowie der Bearbeitung der beiden Fragestellungen von Kapitel 1.3. wird in diesem letzten Kapitel eine Zusammenfassung aller Erkenntnisse vorgenommen. Die Beantwortung der Fragestellungen und Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit bilden den Abschluss.

6.1. Zusammenfassung

Die Darstellung der historischen Entwicklung der ADHS hat ergeben, dass die früheste Beschreibung der Symptome schon 1891 existierte. Seither entwickelt sich die Diagnose in ihrer Definition immer weiter. Auch die Ursachenforschung ist bis heute noch nicht abgeschlossen. Es kann nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob ADHS biologisch bedingt oder durch psychosoziale Umstände hervorgerufen wird. Die zwei Diagnosemanuale ICD 10 und DSM V bieten eine Symptomaufstellung, anhand derer die Diagnostizierung vorgenommen wird. Dabei unterscheiden sich die festgeschriebenen Rahmenbedingungen für eine Diagnosestellung in den Manualen. Nach Brandau und Kaschnitz (2013) herrscht trotz einer Vielzahl an Therapien nach wie vor die Behandlung mit Psychostimulanzien vor (S.123). Dabei kann der Einsatz zunächst zwar zu einer raschen Verbesserung der Symptome führen, behandelt aber nicht die Ursachen des gezeigten Verhaltens. Die vordergründig entstehende Entlas-

tung kann dabei schnell darüber hinwegtäuschen, welche substantiellen Hilfestellungen für das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie nötig sind (Bonney, 2012a, S.45). Die Soziale Arbeit betont in ihrem Kodex, Unterstützungsbedürftige in ihrem Leidensdruck zu unterstützen, zu vertreten und zu verteidigen. Dabei sollen aktuelle Krisen und Schwierigkeiten gemeinsam behandelt und das Selbstmanagement für zukünftige Hürden gefördert und gestärkt werden. Jede der drei Disziplinen der Sozialen Arbeit dient diesem Ziel mit eigenen Rahmenbedingungen und Klientel. Setting und Rolle der Professionellen der Soziale Arbeit sind genauso verschieden, wie die Zugangsbedingungen und das zu bearbeitenden Anliegen der Klientel. Durch die Brille der Systemtheorie fällt auf, dass jede Disziplin ihre eigenen Schwerpunkte setzt, welche von der Art und Weise der Betrachtung und Bewertung der relevanten Umwelt abhängt. Die soziale Arbeit im Gesamten sowie jede ihrer Disziplinen stellt damit ein eigenes System dar. Die Mitglieder dieses Systems sind wiederum eigene unabhängige Systeme. Daraus entsteht eine grosse Maschinerie an Rückkopplungs- und Selbstirritationsprozessen, welche aufeinander wirken oder eben versuchen aufeinander zu wirken. Bei der Darstellung der Systemperspektiven der Jugendlichen mit ADHS und ihren Familien werden die übrigen Akteure dieser Arbeit analysiert. Die Literaturrecherche hat dabei ein sehr breites Spektrum von Leidensdruck, Konflikten und Schwierigkeiten im Alltag dieser Parteien aufgezeigt, welche durch ADHS mitverursacht werden. Die ADHS typischen Verhaltensweisen werden in diversen Situationen wie zum Beispiel dem Familienleben sowie dem Schul-, Lehr- oder Berufsalltag, unter anderem deshalb als auffällig bewertet, weil sie von der erwarteten Norm abweichen. Das bedeutet, dass die Jugendlichen eigentlich erst auffällig werden, wenn ein anderes System sie als solches bewertet. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts stellt sich die Frage, ob die Jugendlichen diese Bewertung nicht einfach ignorieren, als keinen Grund zur Eigenirritation nehmen und somit keine Anpassung an ihrer Selbsteinschätzung, Denkweise und Bewertungsform vornehmen könnten? Dabei ist festzustellen, dass dies ein länger verlaufender Prozess ist. Der Alltag sowie die Entwicklungsschritte welche Jugendliche vollziehen müssen, stellen beinahe zu jeder Zeit hohe Anforderungen an sie. Nach Baiertl (2009) kommt es zu fatalen Auswirkungen auf die Selbsteinschätzung und Denkweise der Jugendlichen, wenn in vielen oder vielleicht sogar allen Bereichen immer wieder die Rückmeldung erfolgt, dass die Jugendlichen diesen nicht genügen und immer wieder an ihnen scheitern (S.318-319). Ebenso hat die ADHS Auswirkung auf die Mitglieder der Familie, be-

sonders auf die Erziehungsberechtigten, die mit viel Ausdauer versuchen die Jugendlichen auf den rechten Weg zu führen. Dabei können dysfunktionale Interaktions- und Erziehungsmuster entstehen. Die konkreten Auswirkungen der ADHS auf die Eltern-Kind-Interaktion können nach Barkley (2002) nur einzelfallspezifisch herausgearbeitet werden (S.177). Dabei tragen beide Parteien ihren Anteil an den ungünstigen Kommunikationsstrukturen bei (ebd.). Barkley stellt dar, dass das Zusammenleben mit einem Kind mit ADHS zu einer ernsthaften Belastung für die psychische Gesundheit von Eltern sowie für ihr Engagement als Eltern darstellen kann und nicht unterschätzt werden darf (ebd.). Sowohl die Eltern wie auch das Kind und allfällige Geschwister können zunächst auf Sofortmassnahmen und Entlastung angewiesen sein, welche die Gesamtsituation entspannen. Cordula Neuhaus (2013) schreibt, dass ADHS nicht unbedingt eine Diagnose ist, mit der Betroffene ein Leben lang kämpfen müssen (S.228). Bei einer entsprechend förderlichen Umgebung kann sich eine gute Entwicklung zeigen, die alle Anstrengungen wert war (ebd.). Das Erlernen des Umgangs mit den Symptomen wie Hyperaktivität, Unachtsamkeit, Impulsivität und Ähnliches ist ein Prozess, der einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Dabei müssen alle Personen des relevanten Umfelds der Jugendlichen mithelfen und auch ihr Verhalten genau betrachten und gegebenenfalls anpassen um den Betroffenen eine vorteilhafte Entwicklung zu ermöglichen.

Kompetent unterstützt werden können Familien und die Jugendlichen unter anderem durch die vielfältigen Anlaufstellen, Angebote an Beratung und Massnahmen der Sozialen Arbeit. Laut Baierl (2008) braucht es jeweils mehrere Massnahmen, damit wesentliche und bleibende Veränderungen bei ADHS erreicht werden können. Zu einer erfolgreichen Behandlung gehören auch die Gestaltung der Wohn- und Lebenswelt der Betroffenen mit Einbezug des sozialen Umfelds (S.311). Eine Grundannahme der Systemtheorie unterstützt diese Aussage. Sie besagt, dass nicht die Einzelperson das Problem darstellt, sondern die Wechselwirkung zwischen ihr und ihrer Umwelt (Heiner, 2004, S.159). Laut der Systemtheorie können Professionelle der Sozialen Arbeit eine Veränderung eines Systems aber erst dann erreichen, wenn es zu einer Kopplung der zwei Systeme kommt, zum Beispiel das eines Jugendlichen und das eines Professionellen der Sozialen Arbeit. Das System der Jugendlichen bestimmt nach wie vor selber, von welchen Informationen des gekoppelten Systems es sich beeinflussen lässt und mit welchen Ressourcen es Strukturänderungen zulässt (Hafen, 2007, S.11). Schlippe und Schweitzer (2010) sagen, dass systemische Inter-

ventionen darauf bedacht sind, mit vielen interagierenden Menschen Kooperationsbeziehungen zu entwickeln, welche verschiedene Ressourcen mit sich bringen. Mit den vorhandenen Ressourcen werden Ansatzpunkte für Lösungen gesucht (S.7-8). Um dies zu erreichen, kann unter anderem die systemisch-lösungsorientierte Beratungsmethode angewendet werden. Schlippe und Schweizer (2013) sagen, dass diese darauf bedacht ist, lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten und den Adressaten möglichst viel Verantwortung und Mitarbeit an der Zielerreichung übertragen möchte (S.31). Aufgabe der beratenden Person ist es, Stabilität dort zu erhalten, wo sie benötigt wird und sinnvoll ist und zu Veränderungen zu ermutigen, wo positive Auswirkungen zu erwarten sind (ebd.). Der Klientel sind Experten des eigenen Lebens. Sie wissen am besten wie sie ihr Leben bislang erfolgreich gemeistert haben. Als Experten ihrer Ressourcen, ihrer Vergangenheit und der erwünschten Zukunft suchen sie eigenverantwortlich nach Lösungen und Wege. Die Professionellen der Sozialen Arbeit stellen sich dabei als Experten für die Beratungsmethodik zur Verfügung und unterstützen den Prozess der Lösungsfindung (S.177).

In einer Beratung erfolgen die ersten vier von sechs Hürden, die Hafén (2007) nennt. Es sind: Aufmerksamkeit erlangen, Verstehen fördern, Akzeptanz erreichen und Einstellungsänderungen anregen (S.32-24). Damit dies bei ADHS Betroffenen funktionieren kann, sagen Krause und Krause (2009), dass die Jugendlichen, welche durch ihre Reizoffenheit hochsensibel sind, viel Zuwendung und Unterstützung benötigen. Erst dann können sie sich in einem Beratungssetting überhaupt öffnen (S.236). Betroffene weisen oft eine hohe Sensibilität gegenüber Ablehnung auf und fühlen sich aufgrund vergangener Erfahrungen sehr schnell unverstanden. Aufgrund der häufig auftretenden Selbstwertproblematik, ist es laut Neuhaus (2013) wichtig, dass den Betroffenen mit Bestätigung und Mitgefühl begegnet wird (S.245).

In Beratungssettings, wie auch bei anderen Interventionen ist es, laut Barkley (2002), wichtig zu beachten, dass oft auch die Eltern eine falsche Einstellung haben. Denn von keinem oder keiner Jugendlichen, ob mit oder ohne ADHS, kann Perfektion oder hundertprozentiger Gehorsam erwartet werden (S.311). Um vor falschen Einstellungen und Erwartungen zu schützen, kann mithilfe einer Psychoedukation eine Verbesserung des Verständnisses einer Erkrankung und deren Behandlung angestrebt werden (Brandau & Kaschnitz, 2013, S.131). Um eine Verhaltensveränderung und -festigung zu erreichen können Problemlösungstrainings oder verhaltenstherapeutische Massnahmen wie die Methode des Selbstmanagements, Lob und Kritik, Regeln,

klare Strukturen und Konsequenzen angewendet werden. Elterntrainings und familienorientierte Interventionen gehören auch dazu. All diese Interventionen bieten eine Möglichkeit, versuchsweise auf das Verhalten der betroffenen Jugendlichen einzugreifen und eine positive Verhaltensveränderung zu bewirken (vgl. Kap 5.3.). Diese Veränderung soll laut Husi und Villiger (2012) Inklusions- und Sozialisationshilfe leisten und es den Betroffenen möglich machen, die Normalität wiederherzustellen (S.55). Dasselbe Ziel hat auch die Erlebnispädagogik durch das selbstgesteuerte und freiwillige Lernen mit Neugier und Experimentierfreude (Paffrath, 2013, S.52). Als Behandlungsformen mit welcher die Soziale Arbeit nur am Rande zu tun haben, sind beispielsweise die Medikation oder Spezialdiäten zu nennen. Dies sind zwei von vielen Beispielen für Behandlungsmöglichkeiten, die nicht Professionelle der Sozialen Arbeit umsetzen. Im Verlauf ihrer Recherchen sind die Autorinnen auf viele Massnahmen gestossen, die der Symptomatik von ADHS entgegenwirken und deren negative Auswirkungen beheben oder so gering wie möglich halten. Aber auch Massnahmen, um deren mögliche positiven Seiten zu stärken. Die Auflistung von Massnahmen in dieser Arbeit gibt einen Überblick, ist jedoch nicht abschliessend. Nach Dieter Pütz (2006) ist es wichtig zu beachten, dass die Massnahmen für die Jugendlichen mit ADHS individuell gestaltet werden sollten und sich an ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen orientieren (S.68-69).

6.2. Beantwortung der Fragestellungen

Um den Unterstützungskontext der Zielgruppe, sowie die Unterstützungsmöglichkeiten der Professionellen der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, wird die Beantwortung der Fragestellungen konkret dargestellt.

1. Wo ist ein konkreter Handlungskontext der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Jugendlichen und deren Familien ersichtlich?

Durch die Erarbeitung der Chancen und Risiken, welche ADHS für die betroffenen Jugendlichen und deren Familien mit sich bringt, wurden mögliche psychosoziale Problematiken ersichtlich. Diese stellen den Handlungskontext für die Soziale Arbeit dar. Jedoch fallen auch diverse positive Aspekte der Diagnose auf, welche als Resource bei Lösungsstrategien zum Einsatz kommen können. Die Recherche ergab, dass eine hohe Belastung der Systeme der betroffenen Parteien vorhanden ist. Der Leidensdruck zeigt sich dabei sehr individuell in Art und Ausmass. Die zusammenge-

tragenen Problematiken fallen in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Dies wird ersichtlich durch das Heranziehen der Professionsdefinition und dem Berufscodex der Sozialen Arbeit. Als weiteres Ergebnis der Recherche fiel die hohe Wahrscheinlichkeit auf, im Arbeitsalltag eines Professionellen der Sozialen Arbeit, mit ADHS Betroffene und ihre Familien konfrontiert zu sein.

2. Wie kann die Soziale Arbeit ADHS Betroffenen und deren Familien helfen und sie im Umgang mit der Diagnose und den Symptomen unterstützen?

Diese Frage kann nicht abschliessend beantwortet werden, da die Recherchen aufgezeigt haben, dass die Massnahmen für ADHS Betroffene und ihre Familien sehr individuell zu gestalten sind. Dennoch wurden im Rahmen dieser Arbeit die für die Autorinnen zentralen Massnahmen herausgearbeitet. Dabei handelt es sich vorwiegend um Massnahmen der Psychoedukation und verhaltenstherapeutischen und lösungsorientierte Interventionen. Auch die Beratung hat grosses Potential für die Lösungsfindung. Die Systemtheorie hilft dabei, den Einfluss aller involvierten Parteien zu analysieren und das methodische Handeln der Sozialen Arbeit zu strukturieren. Die Sichtung der Fachliteratur hat ergeben, dass, aus der Sicht der Systemtheorie, sechs Hürden für eine gelingende Massnahme erklommen werden müssen. Dabei stellt jedes Eingreifen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit stets nur ein Versuch zur Anregung der Selbstirritation dar. Den Grund hierfür nennt die Systemtheorie in der Unmöglichkeit der direkten Einflussnahme auf ein anderes System.

6.3. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel schildern die Autorinnen die wichtigsten Erkenntnisse, die sie während der Auseinandersetzung mit den leitenden Fragestellungen erlangt haben. Des Weiteren werden Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit im Umgang mit ADHS betroffenen Jugendlichen und ihren Familien aufgezeigt.

Die Auswirkungen der Diagnose können sehr ambivalent sein. Einerseits kann sie Stigmatisierung und Exklusion zur Folge haben. Andererseits legitimiert eine Diagnose Zugang zu Fördermassnahmen. Das Kausalitätsbedürfnis des Menschen bewirkt im ersten Moment nach der Diagnosestellung vielleicht eine Erleichterung, dem Zustand einen Namen geben zu können. Jedoch kann gerade ein so kontrovers disku-

tiertes Thema wie ADHS auch grosse Ängste hervorrufen. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist es hierbei wichtig, alle Befürchtungen der Betroffenen sehr ernst zu nehmen und durch Vermittlung von Informationen abzubauen.

Die Recherche zeigt, dass zum Zeitpunkt des Jugendalters bereits viele dysfunktionale Prozesse stattgefunden haben. Dieser Verhärtung könnte durch früheres intervenieren entgegengewirkt werden. Ausserdem fiel die Problematik auf, dass die Jugendlichen, aufgrund diverser Interventionsversuche, therapiemüde sein können und ihre Mitarbeit an einem weiteren Versuch wahrscheinlich verweigern werden. Dabei zeigt sich der Einsatz von Psychostimulanzien als besonders problematische, da dies nur die Symptome von ADHS lindert und nicht die Ursachen behebt. Ein adäquater Umgang mit den Symptomen kann auf diese Weise nicht gelernt werden. Dies kann zur Folge haben, dass die Jugendlichen entweder ein Leben lang die Medikamente nehmen müssen oder bei Absetzen der Psychostimulanzien die Symptome wieder stärker hervortreten. Die Fachliteratur zeigt auf, dass der Einsatz von Medikamenten gegenüber dem Therapieeinsatz bis heute dominiert. Infolge dessen können zunächst rasche Therapieerfolge festgestellt werden, jedoch wird die Notwendigkeit des eigentlichen Unterstützungsbedarfs übersehen. Als Professionelle der Sozialen Arbeit, kommen die Autorinnen zu dem Schluss, dass bei ausgeprägter Symptomatik der Einsatz von Medikamenten, als eine erste Notfallmassnahme, sinnvoll sein kann. Für das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit den Symptomen von ADHS ist es jedoch zwingend notwendig, mit den Betroffenen individuelle Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und umzusetzen. Das Erlernen von persönlichen Handlungsmöglichkeiten stellt dabei, aus Sicht der Autorinnen, einen angemesseneren und würdevolleren Weg dar, als nur zu versuchen unliebsame Symptome und Charakteristika mit Medikamenten abzuschwächen beziehungsweise zu unterdrücken.

Bis heute können die Ursachen von ADHS nicht eindeutig nachgewiesen werden. Da ADHS als Sonderfall unter den Diagnosen nicht anhand ihrer Ursache, sondern ihren Symptomen definiert wird, ergibt sich viel Spielraum für verschiedene Perspektiven und Meinungen. Dies verdeutlicht sich auch an der grossen Menge an konträrer Literatur und der allgegenwärtigen Medienpräsenz. Aus demselben Grund erstaunt es aber auch nicht, dass es eine Vielzahl an Massnahmen für die Bearbeitung der durch

die ADHS entstehenden Problematiken gibt. Neben der Sozialen Arbeit können die Psychologie, die Medizin oder die Pädagogik involviert sein. Die Recherche hat ergeben, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit die höchste Erfolgsquote aufweist und somit für die Soziale Arbeit sehr dienlich ist.

Die Literaturrecherche und ihre Ergebnisse wurden begleitet, gelenkt und geformt durch die Systemtheorie. Diese bietet eine gute Grundlage der Analyse der Thematik und unterstützt die Strukturierung der Erläuterungen für die Praxis. Im Kapitel 2.2.5 findet sich eine, für die Autorinnen, sehr wichtige Aussage. Gebhart (2016) gibt dabei zu bedenken, dass, aus der systemisch-konstruktivistischen Perspektive, ADHS eine Konstruktion der Gesundheitsforschung ist (S.32). Besonders essentiell für die Verfasserinnen ist dabei die Erkenntnis, dass kein auffälliges Verhalten, wird es systemisch betrachtet, sinnlos ist. Es ist stets nur ein Ausdruck von mangelnder Anpassung zwischen dem Kind und seiner Umwelt (Gebhart, 2016, S.33). Diese Feststellung ermöglicht den Professionellen der Sozialen Arbeit einen anderen Zugang zur Bearbeitung der Störung. Unter anderem aus den Grundannahmen der Systemtheorie heraus, stets lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten. Dabei hat die Soziale Arbeit die Möglichkeit, mit den Betroffenen zusammen einen neuen Blick auf die Diagnose zu erarbeiten und ihnen ihre Stärken vor Augen zu führen. Denn die Symptome der ADHS stellen nicht zwangsläufig ein Problem dar, sondern bergen oft ungeahnte Bereicherungen. Wie gerade beschrieben, lenkt die Systemtheorie den Blick auf die Betroffenen, sowie ihr relevantes Umfeld und die darin vorhandenen Prozesse. Nicht länger kann vereinfacht mit dem Finger auf Einzelne oder gar die ganze Gesellschaft gezeigt werden. Denn jedes einzelne System ist Teil von anderen Systemen und wird wechselseitig beeinflusst. Dem Gesellschaftsbegriff dagegen, spricht die Systemtheorie seine Adressierbarkeit vollends ab, denn darin wird sie als die Gesamtheit aller Kommunikationen verstanden. Das bedeutet, dass nicht `die Gesellschaft` für Missstände verantwortlich gemacht werden kann (vgl. 3.2.2.). Die Festlegung auf eine einzelne Theorie beschränkt die Aufarbeitung jedoch auch. Die Einschränkung fiel, in dieser Arbeit, vor allem an der Wahl der Interventionen auf. Verhaltenstherapeutische Interventionen zielen, um ein Beispiel zu nennen, darauf ab, Symptome von psychischen Störungen gezielt zu behandeln. Dies jedoch widerspricht der Annahme der Systemtheorie, dass ein System nicht direkt und nur durch Kommunikation beeinflussbar ist. Dadurch können die verhaltenstherapeutischen

Massnahmen durch die Systemtheorien nur als Versuche bezeichnet werden. Die Systemtheorie hat ihre Grundannahmen, nur darin lassen sich nicht alle Methoden, möglichen Massnahmen und Strukturen der Sozialen Arbeit platzieren. Teils sprechen die Grundannahmen der Systemtheorie, denen der Sozialen Arbeit ihre Wirksamkeit vollends ab. Die Autorinnen kamen hierbei zu dem Schluss, dass die Stärke der Systemtheorie vor allem darin liegt, vor der Anwendung der Massnahme genaueste Beobachtungen und Einschätzungen vorzunehmen und die weiteren praktischen Schritte penibel zu durchdenken und zu planen.

Abschliessend können die Autorinnen festhalten, dass sie durch das Arbeiten an der vorliegenden Bachelorarbeit viele wichtige Erkenntnisse für ihr professionelles Handeln in die Praxis mitnehmen können. Während der Erarbeitung ist den Verfasserinnen bewusst geworden, dass es nicht nur eine „richtige Lösung“ für die Unterstützung von ADHS betroffenen Jugendlichen und ihren Familien geben wird. Dennoch wurden die Ziele zur Zufriedenheit erreicht, einen guten Überblick der Interventionsmöglichkeiten darzustellen und mehr über ADHS und dessen historische Entwicklung zu erfahren.

7. Quellenverzeichnis

- Avenir Social (2010). *Definition Soziale Arbeit*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/defsozarbeitifswiassw.pdf
- Baierl, Martin (2008). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Barkley, Russel (2002). *Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bonney, Helmut (2012a). Biologische und soziale Systeme bei ADHS-Konstellationen. In Frank Natho (Hrsg.), *Hinter dem Horizont geht's weiter. Systemische Wege und Lösungen für Beratung und Erziehung* (S.36-48). Dessau: Edition Gamus.
- Bonney, Helmut (2012b). ADHs – na und? Vom heilsamen Umgang mit handlungsbereiten und wahrnehmungsstarken Kindern. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Brandau, Hannes, Kaschnitz, Wolfgang (2013). *ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit* (2., überarb. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Brusa, Elke (2015). *Bio-psycho-soziale Diagnostik / Interventionsplanung in der Sozialen Arbeit. Aspekte sozialarbeiterischer Diagnostik*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Gabriel-Schärer, Pia (2012). Vorwort. In Esther Weber (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3. überarb. Aufl., S. 6-7). Luzern: Interact Verlag.
- Gawrilow, Caterina (2012). *Lehrbuch ADHS*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gebhardt, Birte (2016). *Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule. Wie Eltern den Übergang erleben*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Giese, Petra (2009). *Wenn ADHS zum Problem wird... Förderung von aufmerksamkeitsdefizit-/hyperaktivitätsgestörten Kindern im Musikunterricht als Therapieansatz*. Rossdorf bei Darmstadt: TZ-Verlag.

- Hautzinger, Martin (2007). Kapitel 8.1. Was ist Verhaltenstherapie bzw. kognitive Therapie?. In Christian Reimer, Jochen Eckert, Martin Hautzinger & Eberhard Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hafen, Martin (2005a). Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2005b). Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ein theorie-geleiteter Blick auf ein professionelles Praxisfeld im Umbruch. Luzern: Interact Verlag.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen Martin (2010). Soziokulturelle Animation aus systemtheoretischer Perspektive. In *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 158-198). Luzern: Interact Verlag
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Heinemann, Evelyne, Hopf Hans (2006). *AD(H)S*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Heiner Maja (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Heyken, Michael (2012). Kapitel 4.3 Komorbidität und Differenzialdiagnose. In Kai G. Kahl, Jan Hendrik Puls, Gabriele Schmid & Juliane Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarb., erw. Aufl., S.103-106). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Hosemann, Wilfried, Geiling, Wolfgang (2013). *Einführung in die systemische Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Husi Gregor, Villiger Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact Verlag.
- Hüter, Gerald, Bonney, Helmut (2012). *Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. Ostfildern: Walter Verlag.
- Jaszus, Rainer, Büchin-Wilhelm, Irmgard, Mäder-Berg, Martina & Gutmann, Wolfgang (2014). *Sozialpädagogische Lernfelder für Erzieherinnen und Erzieher* (2. überarb., erw. Aufl.). Stuttgart: Holland + Josenhans.

- Krause, Johanna & Krause, Klaus-Henning (2009). *ADHS im Erwachsenen Alter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (3.Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Kunz, Daniel (2012). Einleitung. In Esther Weber (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3. überarb. Aufl., S. 8-15). Luzern: Interact Verlag.
- Lambers, Helmut (2010). *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag.
- Langer, Inghard & Langer, Stefan (2011). *Jugendliche begleiten und beraten* (2. Aufl.). München: Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Lüssi, Peter (2008). *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung* (6.Aufl.). Bern: Haupt Verlag.
- Maus, Friedrich, Nodes, Wilfried & Röh, Dieter (2000). *Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit*. Jena: Wochenschau Verlag.
- Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein, Heinz & Willner Alex (1999). *Soziokulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Müller, Andreas, Candrian, Gian & Kropotov, Juri (2011). *ADHS. Neurodiagnostik in der Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Neuhaus, Cordula (2001). *Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme* (3. Aufl.). Ravensburg: Urania.
- Neuhaus, Cordula (2013). *Jugendliche und junge Erwachsene mit AD(H)S* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Urania Verlag.
- No-Zoff (ohne Datum). Gefunden unter <http://www.no-zoff.ch/no-zoff/>
- Paffrath, Fritz Hartmut (2013). *Einführung in die Erlebnispädagogik*. Hergensweiler: Ziel Verlag.
- Pitschel-Walz, Gabriele (2008). Psychoedukation – eine psychotherapeutische Basisbehandlung bei Depressionen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 1, 32-36.
- Puls, Jan Hendrik (2012a). Kapitel 1.1 Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf. In Kai G. Kahl, Jan Hendrik Puls, Gabriele Schmid & Juliane Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarb., erw. Aufl., S.3-5). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

- Puls, Jan Hendrik (2012b). Kapitel 4.2 Symptomatik. In Kai G. Kahl, Jan Hendrik Puls, Gabriele Schmid & Juliane Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarb., erw. Aufl., S.97-101). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Pütz, Dieter (2006). *ADHS-Ratgeber für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Saul, Richards (2015). *Die ADHS-Lüge. Eine Fehldiagnose und ihre Folgen. Wie wir den Betroffenen helfen*. New York: Verlag Haper Collins.
- Schlippe, Arist von, Schweitzer, Jochen (2010). *Systemische Interventionen* (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Schlippe, Arist von & Schweizer Jochen (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Schmid, Gabriele (2012). Kapitel 1.2 Ätiologie. In Kai G. Kahl, Jan Hendrik Puls, Gabriele Schmid & Juliane Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarb., erw. Aufl., S. 7-10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Schmid, Holger (2013). Das Wissen zur Offenen Kinder und Jugendarbeit. In Ulrich Deinet & Benedikt Sturzenhecker (Hrsg.), *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit* (4., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Düsseldorf: Springer VS.
- Schmid, Marc & Di Bella, Nadia (2012). Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-) stationären Settings. In Marc Schmid, Michael Tetzner, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 278-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schulz, Marc (2013). Was machen Jugendliche in und mit der Jugendarbeit? Jugendliche Akteurinnen und Akteure und ihre Performances. In Ulrich Deinet & Benedikt Sturzenhecker (Hrsg.). *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit* (4., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Düsseldorf: Springer VS.
- Schweizerische Plattform der Ausbildungen im Sozialbereich, Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales (2015). *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der Höheren Fachschulen „Sozialpädagogik HF“ mit dem geschützten Titel*. Gefunden unter <http://savoirsocial.ch/dokumente/dipl.sozialpaedagogin-hf-dipl.sozialpaedagoge-hf.pdf>

- Seiffge-Krenke, Inge (2012). Entwicklungsaufgaben der Lebensalter. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 247-258). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simmen René, Buss, Gabriele, Hassler, Astrid & Immoos, Stephan (2008). *Systemorientierte Sozialpädagogik* (2., überarb. Aufl.). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.
- Staufenberg, Adelheid Margarete (2011). *Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese*. Frankfurt am Main: Brandes & Aspel Verlag.
- Thümmler, Ramona (2015). *ADHS im Schnittpunkt verschiedener Professionen. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3. überarb. Aufl.). Luzern: Interact Verlag.
- Wirbals, Sara Anna (2001). Kapitel 2.1 «Heim» und «Heimerziehung»: Definitionen, Verständnisweisen und Ansichten. In Volker Rhein (Hrsg.), *Moderne Heimerziehung heute. Beispiele aus der Praxis* (2., unveränderte Aufl.). Herne: Frischtexte Verlag.

8. Übersetzungen

Im Folgenden werden alle englischen Begriffe frei ins Deutsche übersetzt. Die Aufstellung erfolgt alphabetisch geordnet.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

➔ Amerikanische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Attention Deficit Disorder

➔ Aufmerksamkeits-Defizit-Störung

Attention deficit hyperactivity disorder

➔ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

defect in moral control

→ Fehler in der moralischen Kontrolle

Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders

→ Diagnostisches und statistisches Handbuch der geistigen Störungen

Hyperkinetic Reaction of Childhood

→ Hyperkinetische Reaktion der Kindheit

International Statistical Classification of Disease

→ Internationale statistische Klassifikation der Krankheit

minimal brain damage

→ Minimale Hirnschädigung

minimal brain disfunction

→ Minimale Hirnstörung