

# Die Ökologie von ADHS im Heim

Der ökosystemische Ansatz als Rahmenwerk für die Erklärung von  
Risikofaktoren für Jugendliche mit ADHS im Kontext der stationären Jugendhilfe

**Yannick Franzoi**  
**20-485-454**

**Eingereicht bei: Dr. Jan Willem (Wim) Nieuwenboom**

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule  
Nordwestschweiz, Muttenz

Vorgelegt im Januar 2024 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelor-Thesis untersucht mittels Literaturrecherche den Beitrag des ökosystemischen Ansatzes nach Urie Bronfenbrenner für ein Rahmenwerk, um Risikofaktoren für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe zu erfassen. Die Arbeit diskutiert ausgewählte Einflussfaktoren auf den verschiedenen Umweltebenen (Ökosysteme) von Jugendlichen mit ADHS und stellt Erklärungszusammenhänge in Bezug auf die Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von ADHS-Symptomen, Komorbiditäten und Folgestörungen, für das Individuum auf.

Die Arbeit betont die Notwendigkeit für Sozialpädagog\*innen, sich ausreichend Wissen zur Diagnose ADHS anzueignen, um Betroffene adäquat begleiten und auf der Kooperationsebene agieren zu können. Dieses Wissen wird als Werkzeuge für die vielfältigen Bedarfslagen der Betroffenen erachtet.

Der ökosystemische Ansatz erweitert theoretisch das bio-psycho-soziale Modell um eine kulturelle Dimension. Dennoch wird dessen praktische Umsetzbarkeit in der stationären Jugendhilfe aufgrund seiner Komplexität und der Schwierigkeit, zahlreiche Faktoren zu messen und Erklärungszusammenhänge festzulegen, in Frage gestellt.

Die Arbeit zeigt, dass der ökosystemische Ansatz, trotz seiner Fokussierung auf Umweltfaktoren, aufgrund begrenzter empirischer Belege nur limitierte Verbesserungsvorschläge für die Begleitung von Jugendlichen mit ADHS liefert. Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Forschung notwendig ist, um die Zusammenhänge von gesellschaftlichen Faktoren auf Makrosystemebene und Risiko- sowie Schutzfaktoren auf Mikrosystem- und Personenebene zu verstehen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Die Stationäre Jugendhilfe als Berufsfeld der Sozialen Arbeit</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ausgangslage und Begriffsdefinition.....	8
2.2 Indikation und Zielsetzung einer stationären Massnahme .....	9
2.3 Jugendliche als Adressat*innen der stationären Jugendhilfe.....	11
2.4 Zwischenfazit .....	12
<b>3. ADHS im Jugendalter</b> .....	<b>13</b>
3.1 Diagnosekriterien.....	14
3.2 Kritische Sichtweisen auf die Diagnostik .....	15
3.3. Ätiologie und Ursachendiskurs.....	17
3.3.1 Medizinisch-biologische Theorien.....	18
3.3.2 Medikamentöse Behandlung von ADHS .....	18
3.3.3 Kritik an der biomedizinischen Perspektive .....	19
3.3.5 Konstrukt-Hypothese der ADHS .....	20
3.3.5 Entwicklungspsychologische Theorien.....	21
3.4 Risiko- und Schutzfaktoren für ADHS, Komorbiditäten und Folgestörungen .....	22
3.4.1 Risikofaktoren für ADHS und Komorbiditäten .....	22
3.4.2 Langfristige Folgestörungen von ADHS .....	24
3.4.3 Schutzfaktoren .....	25
3.5 Zwischenfazit .....	26
<b>4. Argumentation für ein bio-psycho-soziales-kulturelles Modell</b> .....	<b>28</b>
<b>5. Die ökologische Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner</b> .....	<b>29</b>
4.2 Mikrosystem .....	33
4.3 Mesosystem .....	34
4.4 Exosystem .....	35
4.5 Makrosystem .....	35
4.6 Zwischenfazit .....	35
<b>5. Die Ökologie von ADHS in der stationären Jugendhilfe</b> .....	<b>36</b>
5.1 Person-Variablen von Jugendlichen mit ADHS.....	37
5.2 Eintritt in die stationäre Jugendhilfe als ökologischer Übergang in ein Mikrosystem .....	38
5.3 Mikrosystem - Erzwingende Interaktionen.....	41

<b>5.4 Mesosystem – Diagnose ADHS als pädagogisches Entlastungsprinzip .....</b>	<b>42</b>
<b>5.5 Mesosystem - Systemische Kooperation und Familienzusammenarbeit .....</b>	<b>43</b>
<b>5.6 Exo- und Makrosystem - ADHS-Politik in der Schweiz.....</b>	<b>45</b>
<b>5.7 Exo- und Makrosystem - Sozialökonomischer Status und kulturelle Zugehörigkeit .....</b>	<b>46</b>
<b>5.8 Makrosystem - Gesellschaftliches Stigma von Jugendlichen mit ADHS .....</b>	<b>48</b>
<b>5.9 Zwischenfazit .....</b>	<b>50</b>
<b>6. Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>53</b>
<b>7. Quellenverzeichnis .....</b>	<b>55</b>
<b>7.1 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>55</b>
<b>7.2 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>64</b>
<b>8. Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>65</b>

## **1. Einleitung**

Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe sehen sich in ihrer Praxis häufig mit der Aufgabe konfrontiert, Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu begleiten und sich mit dem Störungsbild auseinanderzusetzen. Die Prävalenz von ADHS in der Schweiz von ca. 5% der Gesamtbevölkerung würde dies deutlich machen. Zudem zeigen Untersuchungen, dass über 25% der Kinder und Jugendlichen in (teil-)stationären Jugendhilfeeinrichtungen die Diagnosekriterien für ADHS erfüllen (vgl. Schmid/ Di Bella 2012: 278). ADHS wird derzeit als eine für Komorbiditäten anfällige Entwicklungsstörung beschrieben. Sie geht mit funktionellen Beeinträchtigungen in der Lebensspanne einher, einschliesslich schlechter schulischer Leistungen, sozialer Schwierigkeiten, familiärer Konflikte und geringerer Berufstätigkeit (vgl. Pham 2014: 55). Diese Problemlagen fallen u.a. in den Tätigkeitsbereich von Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe. Denn durch eine stationäre Betreuung soll ein Ort geschaffen werden, der eine förderliche Entwicklung erlaubt und schlussendlich eine selbständige Lebensführung ermöglicht (vgl. Diethelm 2013: 129).

Jugendliche mit ADHS zeigen im Alltag oft für ihr Umfeld herausfordernde Verhaltensweisen. Diese können durch für sie belastende störungsbedingte Aspekte wie z.B. Entwicklungsverzögerung, niedrige Frustrationstoleranz, Impulsivität, Schwächen im Arbeitsgedächtnis und der Verinnerlichung von Sprache zum Vorschein treten. «Die Störung der Impulskontrolle führt bei ADHS-Kindern häufig dazu, dass sie soziale Regeln verletzen und sich damit in eine Aussenseiterposition bringen» (Huss 2008: 604). Die charakteristischen, oftmals negativ konnotierten Kommunikationsmuster und der unangepasste Umgang mit Problemen von Betroffenen zeigt sich beim Eintritt in die Pubertät oft deutlicher als bei Jugendlichen ohne ADHS. Eine Studie aus dem Jahr 2008 benennt ein bedeutend höheres Risiko für Adressat\*innen mit ADHS in der stationären Erziehungshilfe für soziale Probleme, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme, für Regelbrüche sowie für externalisierendes und aggressives Verhalten (vgl. Harland 2009: 14). Diese Verhaltensweisen können bei Sozialpädagog\*innen in stationären Settings ein Gefühl auslösen, dass sie überall zeitgleich sein müssten, und sie laufen Gefahr, den in diesem Berufsfeld essentiellen Kontakt zu den Adressat\*innen, den Fokus auf deren Bedürfnisse und die Freude an der Arbeit zu verlieren (vgl. Schmid/Di Bella 2012: 290). So kann es immer wieder zu Situationen kommen, in denen Teams und einzelnen Mitarbeitende einen positiven Blick auf ihre Arbeit und ihre Adressat\*innen abhanden kommt (vgl. ebd.). Diese Wechselwirkung kann zu negativen Interaktionsmustern zwischen Sozialpädagog\*innen und Adressat\*innen bis hin zu Brüchen in der professionellen Beziehung führen. Dieser Vorgang stellt einen psychosozialen Risikofaktor für die Entwicklung und Manifestation von ADHS-Symptomen, Komorbiditäten, langfristige Folgestörungen und somit für die Entwicklung zu einer gelingenden Lebensführung der Jugendlichen dar. Der

Verfasser möchte sich in dieser Arbeit damit befassen, welche umweltbedingten Einflüsse auf den Umgang mit Jugendlichen mit ADHS, hinsichtlich der Risikofaktoren, einwirken.

ADHS wird als ein komplexes Störungsbild und wird in den Medien sehr kontrovers diskutiert und scheint in der öffentlichen Meinung zu einer starken Polarisierung zu führen (vgl. Romanos/Jans 2014: 119). Verschiedene Auffassungsformen der Diagnose und Behandlung tragen oftmals nicht zu einem Konsens für die Begleitung von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe bei. Dies wird beispielsweise an runden Tischen mit bspw. Lehrpersonen, Therapeut\*innen, Professionellen der Sozialen Arbeit und Familienangehörigen deutlich. Die Meinungen über die Diagnose und Medikation können auch innerhalb eines Teams in der stationären Jugendhilfe weit auseinander gehen, haben folglich einen Einfluss auf die ihre Praxis und letztlich auf die Entwicklung der Adressat\*innen. Durch den Grossmedien geführten Fachdiskurs fühlen sich viele Sozialpädagog\*innen zu einer Entscheidung gedrängt, welchen Theorien sie nun «Glauben» schenken möchten und welche Beschreibung von ADHS und die damit scheinbar einhergehende Haltung nach aussen und dementsprechend in die Praxis tragen. Beispielsweise werden trotz der vorausgesetzten Kenntnisse der Sozialpädagog\*innen über die neurobiologischen Ursachen von ADHS gemäss Marc Schmid (2007: 44; Schmid/DiBella 2012: 286) nur ein Fünftel der Adressat\*innen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit Methylphenidat, Clonidin oder Amphetaminen medikamentös behandelt. Das ist, im Vergleich zur Behandlungsdichte bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Familien, eine deutliche Unterversorgung (vgl. Schmid/DiBella 2012: 286).

Daraus lässt sich ableiten, dass den gesellschaftlichen Aspekten im Umgang mit Jugendlichen mit ADHS - weil das Störungsbild auf einer gesellschaftlichen Ebene diskutiert wird - wenig Raum gegeben wird. Aus dieser Überlegung heraus bietet sich der ökosystemische Ansatz nach Urie Bronfenbrenner an, diesem Sachverhalt auf den Grund zu gehen.

Der ökosystemische Ansatz erweitert aus Sicht des Verfassers das biopsychosoziale Modell, in dem der Ansatz, neben den genannten Faktoren auch den Kontext, die Entwicklungszeit, die Interaktionen des Umfelds sowie die aktive Rolle des Individuums bei der Beeinflussung des Umfelds, berücksichtigt und dabei auch kulturelle Aspekte miteinbezieht. Der ökosystemische Ansatz begreift die Entwicklung als umweltspezifisch, d.h. kulturspezifisch, subkulturspezifisch, schichtspezifisch, regionenspezifisch etc. (vgl. Flammer 2003: 204). Dies scheint für das Störungsbild von ADHS jedoch relevant zu sein. Denn «ADHS wirkt in alle Bereiche der Gesellschaft hinein, angefangen von der Privatheit der Familie bis in die höchsten Gefilde von Politik, Wirtschaft und Kultur» (Drüe 2007: 12). Diese gesellschaftlichen Einflüsse, u.a. auch Risikofaktoren des ADHS, wie z.B. Armut, Stigmatisierung der Diagnose, kulturelle Hintergründe werden im Kontext der stationären Jugendhilfe aus Sicht des Verfassers wenig bis gar nicht besprochen. Obschon ein Nachweis besteht, dass ADHS gehäuft in sozial

benachteiligten Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status vorkommt (vgl. Stollhoff 2014: 97; Steinhausen et al. 2020: 155) und dass kulturelle Hintergründe einen Einfluss auf die Beanspruchung von medizinischer Hilfe bei psychologischen Störungen wie ADHS eine Rolle spielen.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf das sozialpädagogische Tätigkeitsfeld der stationären Jugendhilfe und untersucht theoretisch die Anwendung des ökosystemischen Ansatz nach Urie Bronfenbrenner zum Thema ADHS. Der Verfasser möchte auf der Grundlage der ökologischen Entwicklungstheorie die Wechselwirkungen von umweltspezifischen Einflüssen auf Risiko- und Schutzfaktoren im den Umgang mit Jugendlichen mit ADHS in der stationären Jugendhilfe diskutieren. Aufgrund der oben genannten Ausführungen sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

*Welchen Beitrag leistet der ökosystemische Ansatz nach Urie Bronfenbrenner für den Umgang mit Jugendlichen für mit einer ADHS-Diagnose in der stationären Jugendhilfe?*

*Eignet sich der ökosystemische Ansatz als Rahmenwerk zur Erfassung und Erklärung von möglichen Risikofaktoren für Betroffene mit ADHS in der stationären Jugendhilfe?*

Um die Fragestellungen zu beantworten wird im zweiten Kapitel die stationäre Jugendhilfe als Berufsfeld der Sozialen Arbeit vorgestellt. Das Kapitel erläutert die Indikation und Zielsetzung, stellt die Adressat\*innen vor und geht auf den Kooperationsaspekt in der Praxis ein. Im dritten Kapitel werden das Störungsbild ADHS im Jugendalter, die Diagnosestellung, Ätiologie, Risiko- und Schutzfaktoren, Komorbiditäten und Folgestörungen thematisiert. Im vierten Kapitel folgt eine Argumentation für die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells um eine kulturelle Dimension. Das fünfte Kapitel widmet sich der Beschreibung der ökologischen Entwicklungstheorie und des damit einhergehenden ökosystemischen Modells nach Urie Bronfenbrenner. Im nachfolgenden Kapitel wird das theoretische Modell als Rahmenwerk für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe angewendet. Dabei wird auf die Ebenen des Ökosystems der Jugendlichen mit ADHS eingegangen und mögliche Risikofaktoren für die Ausprägung der Symptome von ADHS in den jeweiligen Ebenen diskutiert. Im letzten Kapitel werden Schlussfolgerungen der Arbeit gezogen, die Fragestellung beantwortet und ein Ausblick für zukünftige Forschungsfragen gewagt.

Im Folgenden wird der Terminus ADHS stellvertretend für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung verwendet. Dies schliesst auch Ausprägungen der Störung im

kombinierten Typus und ohne Hyperaktivität mit ein. Dies aus dem Grund, dass sich im Jugendalter die Symptomatik der ADHS ändern und die (externalisierte Anm. d. Verf.) Hyperaktivität/Unruhe in den Hintergrund treten kann (vgl. Thümmler 2015: 49; Puls 2012: 97). Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit konnte auf geschlechtliche Diversität und die Geschichte der Diagnose ADHS nicht eingegangen werden, obschon diese sich als wesentliche gesellschaftliche und kulturelle Aspekte auszeichnen. Betroffene werden im Folgenden dementsprechend nicht in ihrem Geschlecht unterschieden. Auch auf das Mikrosystem Schule konnte nicht ausreichen Bezug genommen werden, obwohl eine ungünstige Schulsituation ADHS durch die benannten Risikofaktoren verstärken kann (vgl. Stollhoff 2014: 98).

## **2. Die Stationäre Jugendhilfe als Berufsfeld der Sozialen Arbeit**

«Untersuchungen in der Jugendhilfe zeigen, dass über ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in (teil-)stationären Jugendhilfeeinrichtungen die Diagnosekriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erfüllen» (Schmid/ Di Bella 2012: 278). In diesem Zusammenhang stehen Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe oft vor der Aufgabe, Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose in ihrer Entwicklung in einem ausserfamiliären Setting zu unterstützen. Dies kann, im Hinblick auf die Symptomkonstellation der Betroffenen, den Anforderungen der strukturellen Bedingungen der Organisationspraktik, der zeitlichen und personellen Ressourcen und dem gruppenspezifischen Kontext eine Herausforderung im lebensnahen pädagogischen Alltag darstellen. Bevor auf die Jugendlichen als Adressat\*innen der stationären Jugendhilfe eingegangen wird, wird in diesem Kapitel das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit und deren Zielsetzung erläutert.

### **2.1 Ausgangslage und Begriffsdefinition**

Die Heimerziehung in der Schweiz ist ausgesprochen vielfältig und blickt auf eine lange Tradition zurück (vgl. Schnurr 2019: 17). Sie bildet einen Leistungsbereich der schweizerischen Kinder- und Jugendhilfe ab und ist neben der Familienpflege die wichtigste Form der öffentlich verantworteten Erziehung junger Menschen ausserhalb der Herkunftsfamilie (vgl. Schnurr 2012: 83). Die konzeptuelle Ausrichtung der Institution beeinflusst dabei massgeblich das Betreuungsangebot, strukturelle Faktoren und die Arbeitsweise der Mitarbeitenden. Dabei reicht das Angebot der Fremdunterbringung und Erziehung «an einem anderen Lebensort» von Schulheimen, Heimen mit internen Ausbildungsgelegenheiten, Aufnahme- und Beobachtungsstationen, Organisationen mit Aussenwohngruppen, begleitete Wohn-gemeinschaften bis hin zu geschlossenen Gruppen (vgl. Schnurr 2012: 83f; Schnurr 2019: 17). Über die genaue Anzahl der und die Situation von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen in der Schweiz ist gemäss Medienmitteilung des Bundes vom 23. Februar 2022 wenig bekannt,

weil es keine bundesweiten Statistiken dazu gibt (vgl. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-87289.html>). Lediglich eine geschätzte Hochrechnung dazu wurde 2018 dazu vom Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik und PACH - Pflege- und Adoptivkinder Schweiz kommuniziert. «Durchschnittlich waren in den Jahren 2015-2017 in der Schweiz ungefähr 1.1 bis 1.2 Prozent der Wohnbevölkerung im Alter von 0–18 Jahren fremdplatziert. Hochgerechnet auf alle 26 Kantone ergibt dies eine Gesamtzahl von rund 18'000-19'000 platzierten Kindern und Jugendlichen, davon lebten gut 4700-5800 in Pflegefamilien (0.3 bis 0.4 Prozent der gleichaltrigen Wohnbevölkerung) und 12'000-14'200 in Kinder- und Jugendheimen (0.7 bis 0.9 Prozent der gleichaltrigen Wohnbevölkerung)» (Seiterle 2018: 9). Am Beispiel des Kanton Basel-Stadt sind über 40% der Platzierungen im Alter von 13 und 17 Jahren (JFS 2023: 3). Für diese Altersgruppe wird bis 2030 eine Zunahme des Bedarfs der stationären Plätze von 16% prognostiziert (vgl. ebd.).

Die Jugendheime oder Jugendwohngruppen stehen im Fokus dieser Arbeit. Der Begriff Jugendwohngruppen bezieht sich auf stationäre Einrichtungen, in welchen Jugendliche ausserfamiliär betreut werden und ihnen einen Wohnraum zur Entwicklung bis hin zu einem selbstbestimmten Leben bieten. Je nach konzeptueller Ausrichtung kann dies bedeuten, dass mehrere Jugendliche von einem Team bestehend aus pädagogischen Fachkräften im Schichtsystem ganzjährig umfassend betreut werden. Die Jugendlichen bewohnen in der Regel ein Einzel-, max. Zweierzimmer. Wohnzimmer, Esszimmer und Bäder werden gemeinschaftlich genutzt.

## **2.2 Indikation und Zielsetzung einer stationären Massnahme**

Die Einleitung einer stationären Hilfemassnahme bedarf einer sozialpädagogischen Indikation und wird gestützt durch gesetzliche Vorlagen. Die Bundesverfassung sieht vor, dass Kinder und Jugendliche «Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung» haben (Art. 11 Abs. 1 BV zit. nach JSF 2023: 7) und dass der Bund und die Kantone «bei der Erfüllung ihrer Aufgaben den besonderen Förderungs- und Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen» Rechnung zu tragen haben (vgl. Art 67 Abs. 1 BV zit. ebd.).

Wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist und die Eltern nicht von sich aus Abhilfe schaffen können, sind diese unter den erforderlichen Umständen zur Zusammenarbeit mit der öffentlichen und gemeinnützigen Jugendhilfe verpflichtet (Art. 302 Abs. 3 ZGB) und ein staatlicher Eingriff ist nach Artikel 307 Absatz 1 im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) legitimiert (vgl. JSF 2023: 7).

Der Artikel 310 Absatz 1 ZGB beschreibt die gesetzliche Bestimmung für den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrecht der Eltern für ihre Kinder, bzw. die Unterbringung/Fremdplatzierung in einer ausserfamiliären Wohn- und Lebensform. Dieser Artikel richtet sich folglich

an den Anspruch auf Schutzbedürftigkeit und die Wahrung des Kindeswohls: «Kann der Gefährdung des Kindes nicht anders begegnet werden, so hat die Kinderschutzbehörde es den Eltern oder, wenn es sich bei Dritten befindet, diesen wegzunehmen und in angemessener Weise unterzubringen» (Art. 310 Abs. 1 ZGB 2020: 161). Der Absatz impliziert somit eine Zwangsmassnahme, in welcher sich die Kinder- und Jugendlichen in einem für sie neuen System, inklusive neuer sozialen Beziehungen und institutionellen Strukturen, wiederfinden. «Eine Fremdplatzierung ist als Hilfeform dann angezeigt, wenn die von der Familie, ihrem sozialen Umfeld sowie dem Beschulungsangebot zur Verfügung gestellten Möglichkeiten und Fähigkeiten nicht ausreichen, um dem Kind ein verantwortbares Entwicklungsumfeld zu gewährleisten» (Blülle 2013: 27). Die Familiensituation ist in diesem Fall in einem solchen Ausmass belastet, dass eine Förderung der Jugendlichen mit ambulanten Massnahmen nicht erreicht werden kann. In einem konkreten Fall können folgende Merkmale kumuliert vorkommen (vgl. ebd.):

- Mangellage in der Familie, ausgelöst durch Belastungsfaktoren wie z.B. Tod, Sucht, Gewalt, Misshandlung, psychische Erkrankungen, Flucht etc.
- Misshandlung des Kindes in der Familie
- Ablösungskrise mit Verlust der elterlichen Autorität
- Besonderer Förder- und Bildungsbedarf bei fehlendem Angebot am Wohnort der Familie

Die stationäre Jugendhilfe «ergänzt» in diesen Fällen die elterliche Erziehungsverantwortung, die weiterhin grundsätzlich und primär bei den Sorgeberechtigten liegt, falls dieses nicht behördlich entzogen worden ist. «Stationäre Hilfen sind besonders eingriffsintensiv und werden nur in Betracht gezogen, wenn das Kindeswohl nicht auf andere Weise gesichert oder wiederhergestellt werden kann» (JSF 2023: 19).

Neben familiären Aspekten kann eine weitere Indikation für eine stationären Jugendhilfemassnahme sein, dass die Adressat\*innen selbst aufgrund einer psychischen Störung einen erhöhten pädagogischen Bedarf aufweisen, sozial gefährdet sind und in der Herkunftsfamilie nicht mehr den Lebensort finden, um adäquat gefördert zu werden und ihre Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe wahrnehmen zu können. «In der Behandlung solcher Probleme sind die Impulse oft auf eine Rettung des Kindes vor diesen Umständen gerichtet, also darauf, das Kind aus der problematischen Situation herauszunehmen und so vor Vernachlässigung oder schädigenden Einwirkungen zu schützen» (Blülle 2013: 31).

Im besten Fall stimmt das zeitlich begrenzte oder für eine länger Zeitdauer vorgesehene Angebot der Institution und der individuelle Bedarf der fremdplatzierten Jugendlichen überein. Durch die stationäre Betreuung soll somit ein Ort geschaffen werden, der eine individuelle und soziale Entwicklung erlaubt, ein schützendes Umfeld gewährleistet und schlussendlich eine selbständige Lebensführung ermöglicht (vgl. Diethelm 2013: 129; JSF 2023: 5). Die Kinder- und Jugendhilfe sieht ihre Aufgabe darin, Eltern durch die Übernahme von Erziehungsaufgaben zu

unterstützen und optimale Bedingungen für das Aufwachsen von jungen Menschen anzustreben. Diese Unterstützung trägt dazu bei, Schutzfaktoren zu stärken und potentiellen Risikofaktoren entgegenzuwirken. Es sollen günstige Bedingungen geschaffen werden für die kognitive, psychische und emotionale Entwicklung der Jugendlichen. Ebenso sollen die Adressat\*innen im Heimkontext Beziehungen zu den betreuenden Erwachsenen und den anderen Jugendlichen etablieren können, um mithilfe/ im Kontext der Massnahme ein sicheres Umfeld aufbauen zu können, das auch nach Austritt bestehen bleiben kann «Nach wissenschaftlicher Erkenntnis baut eine gelingende Heimerziehung auf Kooperation, Partizipation, Passung und verlässlichen Beziehungen auf» (JFS 2023: 3).

Eine Platzierung in eine stationäre Erziehungshilfe bedeutet somit immer aber auch eine, zumindest episodische, Trennung von familiären Systemen und damit ein Näheverlust von Bezugspersonen. Dieser Verlust beeinträchtigt massgeblich die Qualität von bestehenden Bindungen, seien diese von Betroffenen selbst oder dem System der Jugendhilfe positiv oder negativ bewertet. Dies kann zu auffälligen Verhaltensweisen der Jugendlichen führen (ängstlich, wütend, depressiv etc.). Gemäss Hoffmann und Castello (2014: 14) muss stets beachtet werden, dass eine Heimunterbringung an sich und durch die damit verbundene Trennung von Bezugspersonen ein hohes Risiko für Entwicklungsstörungen im sozialen und emotionalen Bereich darstellt. Dieser Aspekt wird im Kapitel 5.2 dieser Arbeit noch thematisiert.

### **2.3 Jugendliche als Adressat\*innen der stationären Jugendhilfe**

Jugendliche, die in der stationären Erziehungshilfe aufwachsen sowie deren familiäre Systeme sind divers und können als vulnerable Gruppe bezeichnet werden (vgl. Pomey 2017 zit. nach Hirschfeld/Rein/Schnurr 2022: 25). Dabei stellen Jugendliche mit Migrationshintergrund aktuell und in der jüngsten Vergangenheit eine sehr präsente Bevölkerungsgruppe in der stationären Jugendhilfe dar (vgl. Norman 2018: 33). Wie bereits erwähnt, weist der endgültige Beschluss einer Fremdplatzierung darauf hin, dass sich vorgängige, kostengünstigere Interventionen nicht bewährt haben. Die meisten Erziehungshilfen werden wegen ihrer relativ hohen Kosten erst dann beschlossen, wenn die Entwicklung der meist multiplen Schwierigkeiten schon fortgeschritten ist und die Probleme deutlich nach aussen sichtbar geworden sind (vgl. Brandau 2008: 98). Gemäss diesen Überlegungen ist es naheliegend, dass nur noch die «besonders schweren Fälle» in Heime fremdplatziert werden (vgl. Jenkel 2019: 29).

Gemäss Wolfgang Trede (2003: 78) wird die Heimerziehung als eine «Massnahme für Kinder aus sozial benachteiligten Familien» beschrieben. Er fügt an, dass es bei den genannten Familien nicht selten eine Kumulierung von wirtschaftlichen, sozialen und psychischen/gesundheitlichen Problemen vorliegt (vgl. ebd.). Die unterschiedlichen und vielfältigen Stress- und Belastungsfaktoren der Herkunftsfamilie können die Kinder zu Symptomträger\*innen werden lassen. «Die Resultate bezüglich der kategorialen psychischen Belastung belegen, dass 74% der Schweizer Heimjugendlichen unter mindestens einer

psychischen Erkrankung leiden und in standardisierten klinischen Interviews mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose erhalten. Über 40% davon erfüllen die Diagnosekriterien für zwei oder mehr psychische Erkrankungen nach ICD-10/DSM-IV-TR» (Schmid 2013: 145). Fremdplatzierte Kinder und Jugendliche weisen in der Regel einen schlechten psychischen Gesundheitszustand auf. Dies lässt sich damit erklären, dass die Jugendlichen vor einer Aufnahme in eine stationäre Massnahme biologischen und psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt waren. Als Beispiel können u.a. psychische Erkrankungen der Eltern, Armut, unzureichende medizinische Versorgung, Substanzkonsum während der Schwangerschaft oder eine dysfunktionale Familiendynamik genannt werden. Diese Risikofaktoren machen die Jugendlichen wiederum auch anfälliger für auffällige Verhaltensweisen wie Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit (vgl. Willis et al. 2017: 79).

Auch wird rund ein Viertel aller Kinder- und Jugendlichen der stationären Erziehungshilfe direkt aus einer Jugendpsychiatrie entlassen (vgl. Martin 2002, Beck/Warnke 2009 zit. nach Schmid 2013: 145f). «Die Kompetenzen der Klinik aus der Sicht der Jugendhilfe und der Heimerziehung können in jugendpsychiatrischer Diagnose, Therapie und Krisenintervention gesehen werden, während die Kompetenz der Jugendhilfe und Heimerziehung in der Gewährleistung eines sozialpädagogischen Lebensortes und der Gestaltung eines langfristigen, emotional stabilisierenden Erziehungsprozesses liegt» (Brandau/Kaschnitz 2008: 100). Laut Petermann et al. (2014) sind adäquate Konzepte sowie ein gut ausgebildetes Fachpersonal notwendig, um angemessen auf die psychischen Belastungen der aufgenommenen jungen Menschen reagieren zu können (vgl. Dalügge et al. 2021: 407). Viele Adressat\*innen durchlaufen oft mehrere Aufenthaltsstationen in ihrer «Heimkarriere». Diese häufigen Wechsel der Bezugspersonen aggravieren die Symptomatik der Adressat\*innen, da sie die Schwierigkeit, sichere Bindungen einzugehen, massiv verstärken (vgl. Schmid 2007: 38). Anmerkungswürdig in diesem Zusammenhang scheint, dass eine stationäre Massnahme im klinischen Klassifikationssystem ICD-10 unter der Achse 5 – Abnorme psychosoziale Umstände – als abnorme unmittelbare Umgebung: Erziehung in einer Institution aufgeführt wird. Dies unter dem Aspekt, dass sich die Bedingungen einer Inobhutnahme aufgrund der hohen Fluktuation der Heim-Peers und der wechselnden Fachkräfte im Schichtdienst belastend auf die Kinder und Jugendlichen auswirken (vgl. Petermann et al. 2014 zit. nach Dalügge et al. 2021: 407). Es kann jedoch auch festgehalten werden, dass Jugendliche mit stark psychisch abweichendem Verhalten von Massnahmen der Kinder- und Jugendhilfen profitieren (vgl. ebd.).

## **2.4 Zwischenfazit**

Eine stationäre Massnahme wird oft behördlich eingeleitet und kann in manchen Fällen als Zwangsmassnahme verstanden werden, um Jugendlichen mit einem spezifischen Förder- oder Schutzbedarf für eine ideale Entwicklung einen Ort zu bieten. «Die Erziehungsaufgabe wird

berufstätig erbracht, das Personal verfügt mehrheitlich über eine pädagogische Ausbildung, welche spezifisch auf die Aufgaben der Erziehung in Heimen ausgerichtet ist» (JSF 2023: 21). Jugendliche, welche stationär fremdplatziert werden, waren vor ihrer Aufnahme meist umweltbedingten Risikofaktoren für die Entwicklung bzw. Manifestierung von psychischen Störungsbildern ausgesetzt. Der Beschluss für eine Heimunterbringung wird oft als letzte Massnahme verstanden, wenn sich vorhergehende Interventionen nicht bewährt haben. Die Praxis der stationären Jugendhilfe befasst sich auch deshalb immer wieder mit Jugendlichen, die psychisch auffällig sind, eine psychologische Diagnose und/oder einen Migrationshintergrund haben. Die stationäre Jugendhilfe übernimmt aber grundsätzlich nicht die Aufgaben einer psychiatrischen Klinik. Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe sehen sich dennoch zunehmend mit den Anforderungen der Grenzbereiche zwischen ihrem Berufsfeld und der klinischen (psychiatrischen) Sozialen Arbeit konfrontiert, um die Bedürfnisse der Adressat\*innen wahrzunehmen, besser zu verstehen und sie in ihrem Alltag adäquat begleiten zu können.

Um ein genaueres Verständnis über das Störungsbild ADHS zu erhalten, wird in den nachfolgenden Kapiteln auf das Störungsbild im Jugendalter eingegangen und es werden die Diagnosekriterien genauer erläutert.

### **3. ADHS im Jugendalter**

ADHS ist als eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter erfasst (vgl. Gebhardt 2016: 17; Schmid 2012: 3). In internationalen Studien liegt die Prävalenz im Kindes- und Jugendalter zwischen zwei und sieben Prozent, wobei die höheren Raten eher in den Altersbereich von Schulkindern fallen (vgl. Steinhausen et al. 2020: 46). Dies ist damit zu erklären, dass sich die für die Umwelt sichtbaren Symptome sich im Jugendalter verschieben. So geht ein typisches Grundmerkmal von ADHS, nämlich die für die Umwelt belastende die Hyperaktivität eher in ein Gefühl der inneren Unruhe über (vgl. ebd. 2020: 178). Dies zeigt auch, dass sich die für die Umwelt sichtbaren Symptome, wie lange angenommen, bei Eintritt der Pubertät nicht verflüchtigen, sondern verschieben. Die Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose müssen nebst den typisch zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben, die zur Herausbildung der eigenen Identität unabdingbar sind, mit den charakteristischen ADHS-Symptomkonstellationen, wie z.B. Entwicklungsverzögerung, emotionaler Impulsivität, niedriger Frustrationstoleranz und/oder eingeschränkte Fähigkeit mit unerwarteten Veränderungen oder mangelnder Struktur in ihrem Umfeld umgehen zu können. Eine besonders hohe Belastung stellen dabei Veränderungen und Übergänge dar, wenn es darum geht, sich auf Planänderungen oder neue Gegebenheiten einzulassen. Jugendliche neigen in ihrer Entwicklungsphase im Allgemeinen zu Intoleranz und zu Ich-Bezogenheit. Für ADHS-Betroffene Jugendliche sind aufgrund ihrer mangelnden automatischen Verhaltenskontrolle Perspektivenwechsel noch schwieriger zu

vollbringen (vgl. Neuhaus 2001: 91). Vieles erscheint ungerecht und Kompromissfindungen stellen sich für pädagogische Fachkräfte als eine Herausforderung dar. Auch werden im Jugendalter die ausgeprägten Planungs- und Organisationsdefizite deutlich, die sich auf die Leistungen in der Schule und Ausbildung ungünstig auswirken können (vgl. Steinhausen et al. 2020: 178; Puls 2012: 98). Die durch ihre Impulsivität und Reizoffenheit bedingte verlangsamte Informationsverarbeitung kann in vielen Lebenssituationen zu Anpassungsschwierigkeiten führen. Allzu schnell gelten ADHS-Betroffene Jugendliche als unzuverlässig und unmotiviert, erfahren deshalb oft Ablehnung oder sozialen Ausschluss. Neuhaus erwähnt, dass Jugendliche mit ADHS während ihrer Pubertät schon früh erleben, dass sie anders sind als andere (vgl. ebd. 2007: 90). Viele Anforderungen des Lebens kennzeichnen sich durch Misserfolge, Blossstellungen und Kränkungen (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 73). So ist bekannt, dass ADHS-Symptome Risikofaktoren für psychosoziale Problematiken und weitere psychische Störungen im Jugendalter darstellen (vgl. Krauss 2022: 2).

Obwohl die vielfältigen Problemlagen für die Betroffenen wie auch für Sozialpädagog\*innen eine Herausforderung in der Bewältigung ihres Alltags darstellen, besteht bei Betroffenen in dieser Altersgruppe eine geringe Bereitschaft für eine medikamentöse oder verhaltenstherapeutische Behandlung (vgl. ebd.). Zudem konnte in einigen Untersuchungen gezeigt werden, dass es während des Übertritts vom Jugend- in das Erwachsenenalter häufig zu Therapieabbrüchen kommt und sich damit das Risiko für Betroffene für negative Auswirkungen verstärken kann (vgl. Philipsen/Döpfner 2020: 910).

Diese Unterversorgung in Bezug auf medikamentöse und therapeutische Behandlung wird als Risikofaktor in Bezug auf die Symptome von ADHS angesehen. Auf die Risikofaktoren für ADHS-Symptome wird in dieser Arbeit im Kapitel 3.4.1 genauer eingegangen. Im Folgenden wird auf die Diagnosestellung anhand der gängigen Klassifikationssysteme eingegangen.

### **3.1 Diagnosekriterien**

Zur Feststellung der, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) werden standardisierte Klassifikationssysteme verwendet, die spezifische Kriterien in Form einer Checkliste für eine Erteilung der Diagnose enthalten. Sowohl das internationale Klassifikationssystem ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme) als auch das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) klassifizieren ADHS gemäss Brandau und Kaschnitz als eine Störung, bei der Symptome in den Bereichen Aufmerksamkeit, Aktivität (Hyperaktivität) und Impulskontrolle auftreten und bei welcher der Entwicklungsstand der Betroffenen als nicht angemessen erscheint (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 24). Gemäss beiden Klassifikationssystemen erfolgt die Diagnose von ADHS, wenn die genannten drei Hauptmerkmale ab dem siebten Lebensjahr über einen Zeitraum von

mindestens sechs Monaten in verschiedenen Lebensbereichen (wie Schule, Freizeit, Zuhause usw.) deutlich von den erwarteten Entwicklungsstandards abweichen. Es ist zu beachten, dass nicht alle Personen mit ADHS alle drei Kernsymptome gleichzeitig aufweisen, und diese Symptome in Bezug auf ihre Schwere und Sichtbarkeit variieren können. Wie von Steinhausen et al. (2020: 24) hervorgehoben wird, bilden die zentralen Merkmale von Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität zwar keine eigenständige Krankheitseinheit, können aber aufgrund ihrer Verknüpfung als ein psychiatrisches Syndrom im Sinne des nosologischen Denkens der Medizin betrachtet werden. «Nun ist es in der Tat so, dass einige Eigenschaften gut in unsere gesellschaftlichen Abläufe passen, andere nicht so gut [...] können in einem Kontext störend wirken, in einem anderen der Person nützlich sein» (Thümmler 2015: 41). Somit sind psychologische Fachkräfte vor die Aufgabe gestellt, bestimmtes Verhalten in bestimmten Situationen zu beurteilen. Eines der entscheidenden Kriterien, sowohl im ICD-10 und dem DSM-5 liegt auf der empfundenen oder offensichtlichen Beeinträchtigung durch die Symptomkonstellation in sozialen, schulischen oder beruflichen Bereichen (vgl. Thümmler 2015: 43).

Die aktualisierte Version des ICD-10, das ICD-11, wurde im Januar 2022 eingeführt und wird innerhalb der nächsten fünf Jahre das bisherige Klassifikationssystem ersetzen. Es unterscheidet sich vom ICD-10 dahingehend, als dass entwicklungsbezogene Symptomveränderungen berücksichtigt werden und die Option für Mehrfachdiagnosen gegeben ist. Grundsätzlich nähert sich das ICD-11 dem DSM-5 an, was aus fachlicher Sicht begrüßt wird (vgl. Döpfner/Banaschewski 2022: 52). Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit noch keine offizielle deutschsprachige Übersetzung vorliegt und das ICD-11 seinen Weg in die alltägliche Praxis noch nicht gefunden hat. Daher sollten Psychiater\*innen - ausser in begründeten Ausnahmefällen - vorerst sich weiterhin am bisherigen Klassifikationssystem ICD-10 orientieren (vgl. Ebner et al. 2023: 34).

Die ADHS-Diagnose ist vielen Eltern zumindest vom Namen her vertraut und wird entsprechend schnell akzeptiert (vgl. Baierl 2017: 377). Es finden sich aber auch kritische Sichtweisen auf die Diagnostik und dessen Verfahren. Diese werden im nachfolgenden Kapitel hervorgehoben, da sie im fachlichen Diskurs über ADHS und somit für den gesellschaftlichen Aspekt in Bezug auf die Risikofaktoren für Betroffene eine erhebliche Rolle spielen.

### **3.2 Kritische Sichtweisen auf die Diagnostik**

Matthias Wenke, der eine kritische Haltung gegenüber der heutigen Diagnosepraxis im deutschsprachigen Raum einnimmt, meint, dass diese einer «praktischen Ethik» unterliege und sich einer Automatik des medizinischen Betriebs bedient und somit nur eine selbstreferentielle, «betriebsblinde» Perspektive einnehmen kann (vgl. ebd. 2006: 45). Mit dieser Aussage erklärt

er auch die exponentielle Vervielfachung der ADHS-Diagnose. Über die weltweit steigende Prävalenz widerspricht sich die wissenschaftliche Literatur bisweilen. Die Tendenz zu einer höheren Verschreibung von Methylphenidat in den letzten Jahrzehnten ist jedoch belegt (vgl. Schmid/Di Bella 2012: 282). «Wenn man davon ausgeht, dass es Kinder mit ADHS schon immer gab, diese früher häufig nicht identifiziert worden sind, da sie mit diesem Wahrnehmungsstil noch ausreichend gut zurechtgekommen sind, wäre es wichtig, darüber nachzudenken, welche gesellschaftliche Veränderung eventuell als Erklärung für diese immense Zunahme dienen könnte (vgl. DeGrandpre 2005 zit. nach Schmid/Di Bella 2012: 283).

Schmid und Di Bella (2012: 283) thematisieren den erhöhten Druck, der auf der Elternschaft für eine ideale Entwicklung ihres Kindes lastet und dass Abweichungen von einem Wunschbild schnell problematisiert werden. Dabei werden begünstigende gesellschaftliche Veränderungen für die Wahrnehmung von Auffälligkeiten zusammengestellt (vgl. ebd.):

- höhere Erwartungen an Elternschaft auf kindliche Entwicklungsverläufe
- viel höhere Bedeutung von Schulerfolg und Bildung aufgrund der Globalisierung
- die Erziehung lastet auf immer weniger Schultern
- weniger generelle, gesellschaftlich akzeptierte Erziehungsregeln – Verunsicherung der Eltern
- weniger Bewegungsmöglichkeiten im Alltag
- Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit ist oft nicht ausreichend gegeben
- viel grössere Reizüberflutung

Brandau (2004: 109) erwähnt gesellschaftliche Prozesse, die dazu beitragen, dass abweichendes, hyperaktives Verhalten sich in sozialen Interaktionen vermehrt ausdrückt und so auch schneller wahrgenommen wird. Beispiele wären:

- zunehmende Rationalisierung, Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen
- Privatisierung und Ökonomisierung des Sozialen
- Globalisierung und Entgrenzung
- Neoliberalismus
- Elektronische Revolutionierung des Alltags
- Anpassungsdruck und physischer Bewegungseinschränkung in Institutionen wie Schulen

Der beständige soziale Wandel bringt mit seinen Herausforderungen, die sich bspw. aus der Pluralisierung von Lebensformen und der gleichzeitigen Individualisierung von Lebensstilen ergeben können, eine erhöhte Bereitschaft zur Wahrnehmung und Klassifizierung von Verhaltensauffälligkeiten mit sich.

Martin Baierl (2017: 377f) nimmt Bezug auf den grossen Interpretationsspielraum im diagnostischen Prozess. Denn die Symptome ähneln denen von einigen weiteren deutlich

unbekannteren Störungen wie bspw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Autismus, Schilddrüsenüberfunktion, Epilepsie oder auch Folgen von traumatischen Erlebnissen oder hohen Leistungserwartungen der Umwelt und es einer entsprechenden Expertise für die präzise Abgrenzung zwischen ähnlichen Störungsbildern bedarf (vgl. ebd.). Im Klassifikationssystem ICD-11 wird eine präzisere Abgrenzung angestrebt, was sich in der Praxis jedoch noch beweisen muss.

Oskar Jenni (2016: 272) setzt seine Kritik bei der subjektiven Einschätzung und den Meinungsverschiedenheiten bei den Beobachtenden des kindlichen Verhaltens, in Kombination mit einer nicht vorhandenen genetischen, neurologischen oder neuropsychologischen Untersuchungsmethode an. Dies erhöhe das Potential von Fehldiagnosen. Er erklärt sich u.a. mit dieser Feststellung, dass sich bei einem Teil der Diagnostizierten die Symptomatik im Erwachsenenalter weniger stark auftritt (vgl. ebd. 2016: 273).

Gewisse Hinweise deuten darauf hin, dass eine positive Familienanamnese, ungünstige psychosoziale Bedingungen sowie Häufigkeit und Ausmass weiterer komorbider Störungen bedeutende Risikofaktoren für die Persistenz der Störung sind, genauso wie ADHS-typische reaktive Verhaltensauffälligkeiten eine Folge von psychosozialen Belastungssituationen, wegen psychischer Störung der Eltern, ungünstigem Erziehungsverhalten oder Partnerschaftskonflikten sein können (vgl. ebd. 2016: 273ff). Er fordert deshalb, dass ADHS als Spektrumsstörung anerkannt wird und somit von den Erwartungen des Umfelds und den gesellschaftlichen Bewertungen abhängt. Deshalb muss die Diagnostik auch unbedingt das Umfeld der Betroffenen untersuchen und damit einhergehend, hinterfragen, ob eine Störungsklassifikation im Interesse der Betroffenen ist. Es soll sich vertieft damit auseinandergesetzt werden, welche Vorteile und Risiken eine Diagnose in Anbetracht des Leidensdrucks mit sich bringt (vgl. ebd. 2016: 277).

Genauso oder sogar noch entgegengesetzter als beim Diagnostikprozess stehen sich die unterschiedlichen Meinungspositionen bei den Erklärungs- und Ursachenkonzepten (Ätiologie) sowie der Medikation von ADHS gegenüber. Auf diese Punkte wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

### **3.3. Ätiologie und Ursachendiskurs**

Im Folgenden werden Aspekte verschiedener Erklärungsmodelle vorgestellt und diskutiert, um eine Übersicht über die in der Praxis vorherrschenden Ursachenkonzepten für eine Entwicklung von ADHS zu erlangen. «Eine endgültige Klärung der Ätiologie der ADHS liegt noch nicht vor» (Schmid 2012: 7). Die Gegenüberstellung von unterschiedlichen Erklärungsansätzen ist nicht nur Bestandteil des Ursachendiskurses, sondern lässt sich auch immer wieder in den Grossmedien vorfinden.

### **3.3.1 Medizinisch-biologische Theorien**

Biologisch-medizinische Erklärungskonzepte von ADHS nehmen an, dass ADHS mit der neurobiologischen Veranlagung der Betroffenen kausal zusammenhängt. «Eine Annahme in diesem Zusammenhang ist, dass bei Menschen mit ADHS der Stoffwechsel im Gehirn verändert ist» (Thümmler 2015: 51). Es werden schon seit längerer Zeit Defizite im zentralen Nervensystem, besonders im Bereich der Neurotransmitter/Neuromodulatoren Dopamin und Noradrenalin, für die Ausprägung von ADHS angenommen (vgl. Neuhaus 2020: 24). Während Dopamin bei Personen ohne ADHS weniger wichtige Informationen und Reize unterdrückt, verstärkt Noradrenalin wichtige Informationen und Reize. Somit spielen Dopamin und Noradrenalin eine Art Navigationsrolle, die bei Menschen mit ADHS eingeschränkt ist (vgl. Lachenmeier 2021: 13). Demzufolge müssen Informationen von Aussen, Informationen aus dem Gedächtnis und deren Verknüpfungen von Betroffenen mit ADHS stärker aufgenommen und verarbeitet werden. Das bedeutet, dass sie im Vergleich zu Nicht-Betroffenen mit einer höheren Informationslast konfrontiert sind, was in einer reduzierten Reizfilterung resultiert. Neurophysiologische Erkenntnisse deuten auch darauf hin, dass der cinguläre Kortex, ein Bereich der Grosshirnrinde, aufgrund dieser Unterfunktion nur unzureichend aktiviert wird im Vergleich zu Personen ohne ADHS. Der cinguläre Kortex steuert das komplexe Zusammenspiel von Aufmerksamkeit, Emotionen und Motivation und ist unter anderem für die Prioritätensetzung, die Lenkung der Aufmerksamkeit und die Motivation verantwortlich (vgl. Neuhaus 2020: 24). Es wird davon ausgegangen, dass die Anlage für ADHS stark genetisch mitbestimmt ist und oft von Generation zu Generation weitergegeben wird (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 34; Neuhaus 2007: 32). Die geschätzte Erbwahrscheinlichkeit, wenn Eltern bereits ADHS Symptome zeigen, beläuft sich auf etwa über 70% (vgl. Harland 2009: 15; Döpfner et al. 2013: 19; Schmid 2012: 8). Da viele Vertreter\*innen der medizinisch-biologischen (an anderen Stellen auch neuro-bio-genetischen genannten) Perspektive eine ADHS als Hirnstoffwechselstörung verstehen, knüpfen sie am erwähnten Dopamin-Mangel an und empfehlen für die Behandlung der Symptome von ADHS eine medikamentöse Behandlung. Da dieses Vorgehen die gängigste Praxis darstellt, wird sie im Folgenden thematisiert.

### **3.3.2 Medikamentöse Behandlung von ADHS**

Die medizinisch-biologische Perspektive mit ihrer Dopamin-Mangel Hypothese anerkennt aufgrund einer neurobiologischen Ursache der ADHS-Symptomatik die medikamentöse Behandlung von ADHS und empfiehlt Stimulanzen wie z.B. Methylphenidat, Dexmethylphenidat oder Lisdexamphetamin, wie auch den selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin oder Guanfacin (vgl. Bonifer 2019: 376). Die genannten medikamentösen Wirkstoffe erhöhen die Dopamin Freisetzung im Gehirn, verändern so die Kernsymptome und somit das Verhalten von Betroffenen, und werden dadurch medizinisch und

zu grossen Teilen gesellschaftlich legitimiert. Tatsächlich ist ein Effekt von Stimulanzien von Rothenberger und Banaschewski (2020: 352) anhand von 160 kontrollierten Studien an insgesamt mehr als 5000 Schulkindern belegt worden. Gemäss ihrer Aussage ist bspw. Ritalin in der Lage, die Kernsymptome von ADHS zu verbessern und eine soziale Integration zu erleichtern (vgl. ebd. 2020: 387). Auch Gawrilow (2012: 137) konnte feststellen, dass Kinder, die eine Ritalin-Dosis erhielten, beim Abklingen des Medikaments wieder eine verstärkte ADHS-Symptomatik aufwiesen. Das Eintreten der sogenannten «Rebound-Effekte» bestätigt eine medizinisch-biologische Erklärung von ADHS. Helmut Bonney (2012: 110) beschreibt bei den verschriebenen Medikamenten eine Veränderung des gezeigten Verhaltens bei einem hohen Prozentsatz von Betroffenen und die medikamentöse Behandlung somit als hilfreich, wenn keine anderen Akutmassnahmen greifen. Hingegen ist für Bonney, nach neurobiologischer Auffassung, eine nachhaltige «Heilung» nur möglich, wenn sich Organisation und Struktur des Gehirns dahingehend ändern, dass die notwendige Informationsverarbeitung besser gelingt, was jedoch eine reine medikamentöse Behandlung nicht zu bewirken vermag (vgl. ebd.).

Bei der Literaturrecherche stellte der Verfasser fest, dass Gegenpositionen zu einer medikamentösen Behandlung sich zwar sehr deutlich dazu äussern und sich hin und wieder medialer Popularität erfreuen, sich jedoch klar in der Minderzahl befinden. Eine biologisch-medizinische Ursachenerklärung wird auch praktisch von allen pädagogischen Fachrichtungen, akzeptiert. So ist es dennoch verwunderlich, dass gemäss Schmid (2007: 44; Schmid/Di Bella 2012: 286) nur ein Fünftel der Adressat\*innen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit Methylphenidat medikamentös behandelt. Das ist, im Vergleich zur Behandlungsdichte bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Familien, eine deutliche Unterversorgung (vgl. ebd.). Eine mögliche Erklärung kann eine kritische Haltung gegenüber medikamentösen Behandlungen und somit der biomedizinisch-genetischen Theorie sein. Auf die Kritiken an der bio-genetischen Auslegung soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

### **3.3.3 Kritik an der biomedizinischen Perspektive**

Die Hauptkritik am neuro-bio-genetischen Ursachenkonzept ist die Unterkomplexität einer monokausalen medizinisch-biologischen Erklärung (vgl. Thümmler 2015: 51). Denn die Entwicklung eines Menschen und dessen Gehirn ist sie nicht nur durch die biologischen Grundlagen beeinflusst und Umwelt- und anderen Faktoren werden teils gar nicht erst berücksichtigt. Auch Hannes Brandau (2004: 36) stellt fest, dass neurochemische Studien sich regelmässig widersprechen und kein exklusives Erklärungskonzept für dieses komplexe Störungsbild anbieten. Diese Annahme wird vom Umstand gestützt, dass es bislang keine offiziellen Untersuchungsmethoden für die neuro-chemischen Prozesse im direkten Zusammenhang mit ADHS gibt (vgl. Thümmler 2015: 51). Auch Rolf Haubl (2008: 86) meint, dass aus den genetischen Faktoren keine monokausale Verursachung feststellbar ist und dass vielmehr komplexe und variable Wechselwirkungen mit exogenen Faktoren, vor allem mit

psychosozialen Belastungen, wahrscheinlich sind. Um einem biomedizinisch-psychiatrischen Reduktionismus vorzubeugen, fordert er weiter eine Diagnostik, die sich um eine (lebens- wie kulturgeschichtliche) Rehistorisierung der diagnostizierten Störung bemüht und sich für unterschiedliche Pathogenesen offen hält (vgl. ebd.). Amft (2006: 74) nimmt eine pädagogische Haltung ein und kritisiert an diesem Modell, dass eine solche monokausale, bioloistische Sichtweise dazu führen kann, dass Betroffene und ihr Umfeld hinter einer Hirnstoffwechselstörung kaum mehr gesehen werden. Ausserdem könne die Diagnose zu einer Sammelkiste werden kann, worin auch «gesunde Erziehungsschwierige», unter dem vorherrschenden gesellschaftlichen Konformitätsdruck, hineingeworfen werden. Infolge des stetigen Individualisierungsprozesses ist es ein medizinisch-pathologisches Phänomen, dass persönliche Probleme oder die Definition «krank» den jeweiligen Individuen zugeschrieben wird und soziale Mitbedingungen kategorisch ausgeklammert werden. An der Kritik eines biomedizinischen Verständnisses der Ursache von ADHS knüpft die Konstrukt-Hypothese an, die im Folgenden angeschaut wird.

### **3.3.5 Konstrukt-Hypothese der ADHS**

Die Konstrukt-Hypothese vertritt verschiedene, teilweise ideologisch gefärbte Auffassungen von ADHS und der Erklärung der Symptomkonstellation. Diese werden von systemischen Überlegungen untermauert. Gemäss Aussagen dieser Hypothese ist nicht ein Individuum, sondern das System «krank». Aus dieser Perspektive stammt auch der Begriff der «Modediagnose». Allen voran machte Richard Saul mit seinem 2015 erschienenen Buch «Die ADHS-Lüge» auf sich aufmerksam, welches ADHS nicht als eigenständiges Störungsbild anerkennen will. Weitere Vertreter\*innen der These, allen voran der britische Psychiater Sami Timimi, erklären sich dadurch, dass die ADHS-typischen Verhaltensweisen nicht (mehr) den kulturellen Normen einer Gesellschaft entsprechen und deshalb so auffällig sind. Diese Theorien werden durch Forschungsarbeiten zu ADHS in nicht westlich orientierten Ländern und Kulturräumen widerlegt. Steinhausen et. al (2020: 161) besagen, dass trotz dessen Popularität wenig für ein sogenanntes systemisches Konstrukt spricht, in dem hyperaktives Verhalten einseitig durch die soziale Umgebung definiert wird, da es unzureichend empirisch gestützt ist. Russel Barkley und weitere Mitforschende fassen ihre Kritik zu Timimi und Konsorten im Jahr 2004 wie folgt zusammen: «We show their argument to be based on faulty logic, selective citation, misrepresentation of individual studies, ignorance of the vast literature on ADHD, and innuendo that maligns the integrity of scientists studying the disorder» (Barkley et al. 2004: 65). Die Konstrukt-Hypothese wird also aus wissenschaftlicher und auch aus Betroffenen-Perspektive als sehr zweifelhaft aufgefasst. Sie hat sich aber dennoch, auch durch das Aufgreifen von Grossmedien des Themas, teilweise in das Bewusstsein von pädagogischen Fachkräften eingeschlichen. Barkley et al. dazu: «Any “debate” over the legitimacy of ADHD as

a valid disorder exists only in some segments of the popular media, not in the scientific community» (vgl. ebd.).

Historisch betrachtet gelten psychiatrisch-psychologische Störungsbilder auf einer gesellschaftlichen Ebene als unspezifisch, komplex oder sogar diffus und werden angesichts des wissenschaftlichen Fortschritts immer genauer bestimmt. Kritik entsteht aus der Wahrnehmung, dass in der Praxis zu undifferenziert, zu häufig, vorschnell und zu oberflächlich diagnostiziert und behandelt wird. Die Verwendung des «Modediagnosen»-Begriffs wird oft von moralischen Appellen begleitet, die mehr Gewissenhaftigkeit, Verantwortungsbewusstsein und bessere Folgenabschätzungen in Wissenschaft und Praxis fordern. Es ist jedoch, aus Sicht des Verfassers, für ADHS-Betroffene selbst nicht weiter förderlich, den Krankheitsbegriff oder die Diagnose selbst als solches in Frage zu stellen. Der Begriff «ADHS» soll, unabhängig von wissenschaftlichen Fehlern oder übermässiger Diagnose, auf Akzeptanz bei Sozialpädagog\*innen stossen, um Betroffene in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe zu stärken.

### **3.3.5 Entwicklungspsychologische Theorien**

Die in der Wissenschaft traditionsreich geführte Anlage-Umwelt-Debatte wird besonders bei den Ursachenmodellen zu ADHS geführt. Die entwicklungspsychologischen Ursachenkonzepte wehren sich gegen eine monokausale und lineare biomedizinische Erklärung, da diese, wie bereits erwähnt, zu kurz greift. Gemäss Helmut Bonney (2009: 37) hängt die Entwicklung von ADHS von sozialen und familiären Bedingungen ab. Genannt werden frühkindliche Bindungserfahrungen, Eltern-Kind-Beziehung, Erziehung und Sozialisation, welche von Bedeutung sind. Zu den Bindungserfahrungen meint Gawrilow (2016: 92), dass Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil ein erhöhtes Risiko haben, ADHS zu entwickeln.

Ruth Huggenberger (2019: 135) steht hinter dem Ansatz, dass sich ADHS zwar als genetische Prädisposition darstellt, sich jedoch in der Interaktion von Individuum und den gegebenen sozialen Umweltbedingungen unterschiedlich entwickeln kann. Hier schliessen Konrad und Rösler (2009: 1308) an. Es gewinnen, gemäss ihrer Beschreibung, Untersuchungen zur Gen-Umwelt-Interaktionen zunehmend an Bedeutung. «So konnte gezeigt werden, dass bestimmte genetische Risikokonstellationen nur unter ungünstigen psychosozialen Bedingungen in der Kindheit oder in Interaktion mit anderen biologischen Risikogrössen die Entwicklung von ADHS begünstigen» (vgl. ebd.). Manche genetisch bedingten Dispositionen kommen also erst unter bestimmten umweltbedingten Risikofaktoren zum Vorschein. Mehrere Forscher\*innen haben in diesem Zusammenhang den Begriff der Neuroplastizität aufgebracht (vgl. Romanos/Jans 2014: 119). Der Begriff sagt aus, dass das Gehirn die Fähigkeit besitzt, sich kontinuierlich anzupassen. Es bleibt nie das, was oder wie es war, sondern passt sich anhand der Entwicklung innerhalb der Lebensspanne an. Dabei werden die Strukturen des Gehirns von den gemachten Erfahrungen, dem Lernen und den vorherrschenden Umweltbedingungen geformt.

Diese Vorgehensweise einer Kombination von biologischen und entwicklungspsychologischen Theorien ist mittlerweile bei vielen Autor\*innen zum Standard geworden, um potentielle Kausalmodelle für ADHS bestmöglich zu erklären. In der Literatur wird diesbezüglich häufig vom biopsychosozialen Modell gesprochen. Brandau (2004: 85) betont, dass ADHS nur im Kontext eines systemischen biopsychosozialen Paradigmas adäquat zu erforschen ist. «Eine monokausale Erklärung durch einen Stoffwechseldefekt, bspw. durch ein Dopamindefizit kann weder durch einschlägige Untersuchungen, noch durch die empirisch begründete neue Sichtweise eines hochdynamischen und vernetzten Funktionierens des menschlichen Gehirns begründet werden» (vgl. ebd.). Die empirischen Hinweise verdichten sich, dass psychosoziale Bedingungen wahrscheinlich keinen Hauptfaktor für die Entwicklung von ADHS darstellen, wohl aber die Stärke und den Verlauf der Symptomatik sowie die Entwicklung komorbider Symptome wesentlich beeinflussen können (vgl. Steinhausen et al. 2020: 161).

Eine wissenschaftliche Entwicklung in diese Richtung untermauert das Diathese-Stress-Modell oder Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Als integratives Krankheitsmodell berücksichtigt das Modell biologische, psychologische und soziale Faktoren, welche einen Einfluss auf eine Störung haben. Der Begriff Diathese beschreibt ein bestimmtes Grundrisiko (genetische Disposition, neurologische Faktoren), dass durch das Hinzutreten verschiedener Risikofaktoren (Stress) die Entwicklung oder Verstärkung einer Störung begünstigen.

Um die Risikofaktoren für eine Entwicklung und Aufrechterhaltung der Symptomkonstellationen zu bestimmen, werden diese, zusammen mit den potentiellen Begleit- und Folgestörungen, im folgenden Kapitel näher beschrieben.

### **3.4 Risiko- und Schutzfaktoren für ADHS, Komorbiditäten und Folgestörungen**

Wie aus den vorhergehenden Abschnitten ersichtlich wird, haben psychosoziale Faktoren keine «kausale» Bedeutung bei der Entstehung der ADHS (vgl. Schmid 2012: 10). Jedoch hat die Umwelt der Betroffenen zusammen mit den Ressourcen und Belastungen einen Einfluss auf den Ausprägungsgrad, Störungsverlauf und die Bewältigung der Symptomatik.

ADHS ist, wie die meisten psychischen Auffälligkeiten ein bio-psycho-soziales Wechselspiel aus vier Faktoren, nämlich Risikofaktoren, Vulnerabilitätsfaktoren, kompensatorische Faktoren und Schutzfaktoren, die sowohl intern als auch extern der Person ihre Wirksamkeit entfalten (vgl. Brandau 2004: 25). Diese Risikofaktoren beziehen sich sowohl auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der ADHS-Symptomatik, als auch auf die Entwicklung von Komorbiditäten und Folgestörungen.

#### **3.4.1 Risikofaktoren für ADHS und Komorbiditäten**

Neben Genetik, Umweltgiften, ernährungsbedingten und pränatalen Risikofaktoren tragen gemäss Steinhausen (2006 zit. nach Huggenberger 2019: 135) folgende psychosozialen

Umweltfaktoren zu einer Entwicklung und Aufrechterhaltung von ADHS-Symptomkonstellationen bei (vgl. ebd.):

- Psychische Krankheit eines oder beider Elternteile
- Konflikte in der Partnerschaft
- Alleinerziehende Eltern
- Ein niedriger sozioökonomischer Status
- Erziehungsdefizite
- Störungen der Beziehung zwischen Eltern und Kindern

In der Literatur lassen sich immer wieder Hinweise auf den Zusammenhang von ADHS und gewisser Nahrungsbestandteile (z.B. künstliche Farbstoffe und Konservierungsmittel) finden. Dieser Zusammenhang konnte bislang jedoch nicht eindeutig wissenschaftlich belegt werden (vgl. Brandau 2004: 30).

In klinischen Stichproben zeigen 70% - 80% (vgl. Jenni 2006: 272; Baierl 2017: 380; Döpfner et al. 2013: 7; Romanos/Jans 2014: 127) der von ADHS betroffenen Kinder zusätzliche assoziierte, sog. komorbide, Störungen. Gemäss Döpfner et al. (2013: 7) wird die Häufigkeit, in Prozentangaben, komorbider Störungen bei Jugendlichen mit ADHS folgendermassen festgehalten:

- Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens (50%)
- Störung des Sozialverhaltens ohne oppositionelle Verhaltensstörung (30-50%)
- Affektive, vor allem depressive Störungen (10-40%)
- Angststörungen (30-40%)
- Lernstörungen, Teilleistungsschwächen (10-40%)
- Tic-Störungen, bspw. Tourette-Syndrom (bis 30%)

Die Entwicklung einer oder mehrerer Komorbiditäten wird aufgrund einer Vielzahl von Risikofaktoren mitbestimmt. Dazu gehören:

- Genetische Faktoren: ADHS hat eine starke genetische Komponente, und viele der mit ADHS assoziierten Gene werden auch mit anderen psychischen Störungen in Verbindung gebracht. Diese genetische Überschneidung könnte zur Entwicklung von Komorbiditäten beitragen (vgl. Deault 2009: 169f). So stellt ADHS selbst einen relevanten Risikofaktor für weitere psychische Störungen, wie Depressionen, frühen und schweren Substanzkonsum, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und negative psychosoziale Konsequenzen dar (Philipsen/Döpfner 2020: 910ff).
- Umweltfaktoren: Bestimmte Umweltfaktoren, wie pränatale Substanzexposition oder frühkindliche Widrigkeiten, können das Risiko für ADHS und andere psychische Störungen erhöhen (vgl. Claussen et al. 2022: o.S.).

- Psychosoziale Faktoren: Menschen mit ADHS sind häufig mit Herausforderungen in verschiedenen Lebensbereichen konfrontiert, darunter schulische Schwierigkeiten, soziale Probleme und familiäre Konflikte. Diese Herausforderungen können zur Entwicklung von Komorbiditäten wie Angststörungen und Depression beitragen (Deault 2009: 179ff).

Zu den Risikofaktoren für die Entwicklung von Komorbiditäten bei Personen mit ADHS, und dessen Aufrechterhaltung, gehören somit eine familiäre Vorbelastung mit psychischen Störungen, die Exposition gegenüber ungünstigen Umweltbedingungen und das Vorhandensein von schweren oder anhaltenden ADHS-Symptomen (vgl. Claussen et al. 2022: o.S.). Daraus geht hervor, dass Eltern mit ADHS nicht nur die genetische Disposition des Störungsbildes «vererben», sondern auch durch ihr gehäuft hyperkinetisches Erziehungsverhalten, das Risiko erhöhen, dass ihr Kind durch soziale Faktoren ADHS entwickelt (vgl. Steinhausen et al. 2020: 154). Somit kann ein kausaler Zusammenhang von Beziehungsstörungen, Begleitstörungen und ADHS belegt werden. Komorbiditäten und ADHS können unabhängig voneinander bestehen oder sich aber auch gegenseitig begünstigen. Darüber hinaus kann der fehlende Zugang zu einer wirksamen Behandlung von ADHS das Risiko der Entwicklung von Begleiterkrankungen erhöhen (vgl. ebd.). Steinhausen hat in seiner Auflistung den sozioökonomischen Status als Risikofaktor aufgeführt. Dieser Aspekt wird in Kapitel Fünf diskutiert.

### **3.4.2 Langfristige Folgestörungen von ADHS**

Die Risikofaktoren tragen massgeblich dazu bei langfristige Folgestörungen für Jugendliche mit ADHS zu entwickeln. Es wird vorhergesagt, dass die Entwicklung von Betroffenen mit einer zusätzlichen komorbiden Störung ungünstiger verlaufen kann im Vergleich zu denen, die ausschliesslich ADHS-Symptome aufweisen (vgl. Döpfner et al. 2013: 8).

Studien weisen darauf hin, dass Jugendliche mit ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter mit komorbiden Störungen ein erhöhtes Risiko für soziale Ausgrenzung, Schulabbruch, Arbeitslosigkeit, eingeschränkte berufliche Perspektiven, Depressionen, frühzeitige ungeplante Schwangerschaften und familiäre Konflikte, Unfälle, und Suizid haben (vgl. Stollhoff 2014: 96, Philipsen/Döpfner 2020: 912). Eine Meta-Analyse hebt hervor, dass neben dem Schweregrad von ADHS auch komorbide Störungen des Sozialverhaltens und depressive Symptome in der Kindheit als Risikofaktoren für die Fortdauer der Symptome im Erwachsenenalter gelten (vgl. Philipsen/Döpfner 2020: 912.). Weiter werden auch Drogenmissbrauch und Delinquenz als häufige Begleit- und Folgestörung genannt (vgl. Baierl 2017: 377; Gawrilow 2016: 95). Der Drogenmissbrauch, «für Jugendliche mit ADHS wird ein doppeltes Lebenszeitrisko für eine Suchterkrankung beschrieben» (Puls 2012: 105), könnte als eine Form der Selbstmedikation betrachtet werden (vgl. Schmid/Di Bella 2012: 281; Brandau 2004: 60).

Somit gelten Jugendliche mit ADHS als besonders vulnerabel und erleben häufig ein Gefühl der Minderwertigkeit und Stigmatisierung. In Abb. 1 wird dargestellt, wie ein Störungsverlauf für Personen mit ADHS von der Geburt bis ins Jugendalter aussehen kann.

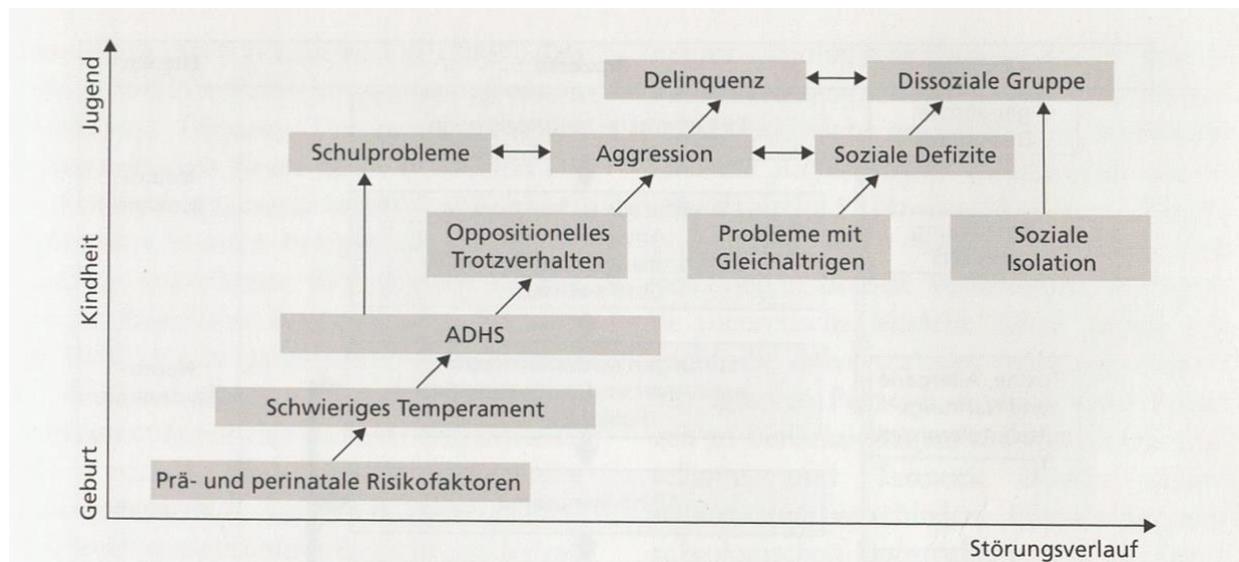


Abb. 1: Entwicklungspsychopathologische Pfade nach Loeber (1990) (in: Steinhausen et al. 2020: 165)

### 3.4.3 Schutzfaktoren

Die frühere Forschung zu ADHS-Symptomen war lange Zeit primär defizitorientiert. Bis heute gibt es noch vergleichsweise wenige Untersuchungen zu Schutzfaktoren bei Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik (vgl. Krauss 2022: 2). Ein Schutzfaktor stellt mit Sicherheit das Versorgungsangebot und die Behandlung der ADHS-Symptome dar. Denn um den aufgeführten Risikofaktoren entgegenzuwirken, wird ausdrücklich für alle Altersgruppen eine psychopharmakologische und psychosoziale Therapiebehandlung, eine sog. multimodale Therapie, empfohlen (vgl. (Philipsen/Döpfner 2020: 912). Für Betroffene und Angehörige stellt die Psychoedukation in Bezug auf Compliance, um Risikofaktoren entgegenzuwirken, einen äusserst wichtigen Aspekt dar. Mit Angehörigen sind die Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe mitgemeint, denn sie tragen die Verantwortung in der Begleitung der Betroffenen und nehmen allenfalls eine mediative Rolle zwischen psychologischen Fachkräften, Adressat\*innen, deren Familie und behördlichen Vertreter\*innen ein. Ausserdem wird von Philipsen und Döpfner (2020: 913f) empfohlen, dass Jugendliche beim Übertritt ins Erwachsenenalter erneut untersucht werden, um einen fließenden Übergang zu ermöglichen und die Weiterbehandelnden umfassend über Vorgeschichte, Behandlungsverlauf und derzeitiges Krankheitsbild zu informieren.

«Aus klinischer Sicht erweist sich die kognitive Begabung eines betroffenen Kindes als ein wesentlicher Schutzfaktor, der massgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung hat» (Huss 2008: 604). Kinder mit ausgeprägter kognitiver Begabung sind in der Lage, sich auch ohne die Wahrnehmung eines therapeutischen Angebots oder Medikation mit einer Mischung

aus funktionalen und dysfunktionalen kompensatorischen Strategien, dem sog. «Masking», z.B. viele Jahre ihrer schulischen Karriere zu durchlaufen. Die kognitive Begabung wirkt sich auch günstig auf den Therapieverlauf aus. Das heisst., die Betroffenen entwickeln bessere soziale Kompetenzen, effektivere Arbeitsstrategien und stabilere soziale Kontakte (vgl. ebd.).

Neben der kognitiven Begabung und der Verfügbarkeit von multimodaler Therapieangebote nennt Huss (2008: 604) basale Schutzmechanismen wie emotionale Geborgenheit, familiäre Unterstützung, günstige Peer-Kontakte, körperliche Gesundheit und das Erleben von kontingenten Verstärkern. Unter den kontingenten Verstärkern meint Krauss (2022: 3) ein positives Kompetenzerleben und soziale Unterstützung von verschiedenen Seiten. «Mit einem positiven Kompetenzerleben ist der Glaube an die eigenen Fähigkeiten gemeint, mit Veränderungen, schwierigen Lebenssituationen und Gefühlen umgehen zu können» (vgl. ebd.). Somit gilt es für Sozialpädagog\*innen für die Begleitung von Jugendlichen mit ADHS die Ressourcen und Stärken, neben den dominierenden Defizite im Alltag zu erkennen und zu fördern. Bedauerlicherweise orientieren sich medizinische und pädagogische Institutionen im Kontext mit ADHS immer noch oft an den Defiziten der Betroffenen. Diese Sichtweise reduziert die Betroffenen meist auf die Funktionsmuster von ADHS und nimmt einen negativen Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl. Nicht untypisch sind nebst den in den vorhergehenden Kapiteln genannten Defiziten auch eine Vielzahl von positiven Ressourcen und Eigenschaften von ADHS-Betroffenen (vgl. Matthäus/Stein 2016: 18):

- Leistungsfähigkeit bei hoher Motivation und grossem Interesse an einer Sache
- Hyperfokussierung, «Last-Minute-Arbeiter\*innen», mit Durchziehqualitäten
- Fantasie, Neugierde, Kreativität und Erfindungsreichtum
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, spontane Hilfsbereitschaft
- zuverlässige Reaktion in schwierigen Situationen
- Fürsorglichkeit
- Anpassungsfähigkeit
- Zähigkeit («Stehaufmenschen»)

«ADHS kann im Lebensverlauf durchaus mit positiven Eigenschaften wie Pioniergeist, Energie und Experimentierfreudigkeit vergesellschaftet sein» (Philipsen/Döpfner 2020: 912).

### **3.5 Zwischenfazit**

Verschiedene Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften haben umfassende Differenzen bei Betroffenen mit ADHS in Bezug auf Hirnfunktionen und Hirnstoffwechsel aufgezeigt. Theoretisch könnten diese abweichenden Hirnfunktionen mit Einschränkungen in der

Selbstregulation des Verhaltens in Verbindung stehen, was wiederum zu Herausforderungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen von Jugendlichen mit ADHS kommen kann.

Primär besteht eine genetische Veranlagung, die die Entwicklung des Störungsbildes begünstigt. Diese Veranlagung kann sowohl eigenständig als auch erst in Kombination mit ungünstigen Umweltfaktoren zu den klinischen Erscheinungsbild von ADHS führen. «ADHS wird durch zahlreiche Faktoren des jeweiligen sozialen und familiären Kontextes aufrechterhalten und speziell in der häufigen Komorbidität mit den Störungen des Sozialverhaltens werden Merkmale der sozialen Benachteiligung und ungünstigen familiären Umwelten wirksam» (Steinhausen et al. 2020: 155).

Die Kenntnis der vorhandenen wissenschaftlichen Nachweise ist entscheidend für die öffentliche Debatte über die Diagnose und Behandlung. Eine Diskussion, die die Herausforderungen der betroffenen Jugendlichen und deren Umfeld herunterspielt und den krankheitsbedingten Charakter von ADHS infrage stellt, berücksichtigt nicht angemessen die erheblichen psychosozialen und emotionalen Belastungen der Betroffenen. Dennoch sind die von den wissenschaftlichen Erkenntnissen abweichenden Theorien populär und stellen in Anbetracht der Krankenversorgung von Betroffenen und im verständnisvollen Umgang mit ADHS ein Risiko für die Entwicklung, resp. die Aufrechterhaltung der Symptome, Komorbiditäten und Folgestörungen dar. Gemäss Philipsen/Döpfner (2020: 913) sind für die Krankenversorgung insbesondere in (teil-)stationären Angeboten Lösungsansätze und Verbesserung von Übergängen von Jugendlichen mit ADHS ins Erwachsenenalter zu sehen. Die angesprochene medikamentöse Unterversorgung in der stationären Jugendhilfe und abnehmende Compliance in Bezug die Wahrnehmung von Therapieangeboten bei Jugendlichen mit ADHS lässt sich aus Sicht des Verfassers durch mangelnde Psychoedukation vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Ursachen-, Diagnose- und Behandlungsdiskurse erklären. Hierbei spielen auch die Interaktionen und die Beziehung zwischen Betroffenen und Sozialpädagog\*innen eine Rolle. Denn emotional unterstützende Beziehungen und Förderung des Kompetenzerlebens sind wichtige Ressourcen (Schutzfaktoren) in der Bewältigung der vielfältigen und alltäglichen Anforderungen für Jugendliche mit ADHS (vgl. Krauss 2022: 3).

Sozialpädagog\*innen in der stationären Jugendhilfe laufen immer wieder aufgrund ihrer eigenen Haltung gegenüber ADHS, ungeschultem Umgang mit Betroffenen sowie der Beziehungs-Fluktuation auf Jugendwohngruppen Gefahr, in der Begleitung von Jugendlichen mit ADHS zu versagen, wenn nicht professionelles Wissen zur Verfügung gestellt wird. U.a. auch, um die Risikofaktoren für die Begünstigung von Symptomatik, Komorbiditäten und Folgestörungen zu identifizieren.

Im folgenden Kapitel wird argumentiert, weshalb es sinnvoll wäre, das biopsychosoziale Verständnis von ADHS durch eine kulturelle Dimension zu erweitern.

## **4. Argumentation für ein bio-psycho-soziales-kulturelles Modell**

«Fachpersonen sind gefordert nicht nur die Erziehungsgegebenheiten in den Blick zu nehmen, sondern auch die *aktuelle Familiensituation* und die sozioökonomischen Verhältnisse der Familien zu berücksichtigen. Oftmals sind Familien, welche erzieherische Hilfen in Anspruch nehmen (müssen), von Bildungsbenachteiligung, prekärer Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit, schwieriger Wohnsituation oder Verschuldung betroffen, alles Belastungen, die zu einem «reduktiven Umgang» mit den Bedürfnissen der Kinder führen können» (Helming 2017: 196 zit. nach JSF 2023: 38).

Bei der Schnittstelle von Medizin, Psychologie und der Sozialen Arbeit wird als Erklärungsgrundlage bzw. Situationserfassung zu Entscheidungsprozessen oft das biopsychosoziale Modell nach George Engel beigezogen. Es unterstreicht die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die menschliche Gesundheit. Unter der Berücksichtigung von sozialen und kulturellen Determinanten von Gesundheit, wie sie in auch in einem Artikel von Klaus Hurrelmann und Matthias Richter (2022: o.S.) für die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach einem Modell von Dahlgren und Whitehead (1991) herbeigezogen werden, können pathologische Konstrukte rekontextualisiert werden. Das heisst, den Menschen ganzheitlich in seiner Vielfalt und besonders auch in der subjektiven Auseinandersetzung zur Umwelt zu sehen, anstatt den Menschen in vorgefertigte diagnostische Categoriesysteme wiederzufinden. Hier stellt sich der Verfasser dieser Arbeit die Frage, ob dieses Modell bei einem Störungsbild wie ADHS eine ausreichende Weitsicht für Sozialpädagog\*innen liefert. Louise Deault (2009: 170) sieht dahingehend ein Defizit in der empirischen Forschung, weil eben ein Grossteil der Forschungsliteratur sich auf den Zusammenhang zwischen familiären Faktoren und der ADHS-Symptomatik konzentriert und darauf ausruht, anstatt das breite Spektrum von kontextabhängigen Schwierigkeiten sehen, die Kinder und Jugendliche mit ADHS zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer Entwicklung erleben.

Auch Hannes Brandau (2004: 85) meint, für eine zukunftsweisende Erforschung von ADHS die multiple Ätiologie und hohe Variabilität der Symptomatik eher für ein systemisches Modell von multipel interagierenden Faktoren, fluktuierenden Prozessen im Kontext des Verständnisses entwicklungsneuropsychologischer, soziobiologischer und evolutionärer Konzepte spricht. Silvia Staub-Bernasconi (2018: 371) spricht die menschliche Entwicklung an und meint dazu, dass Menschen jeweils im Austausch, bzw. aufgrund von Wechselwirkungen zwischen den Individuen und einer ökologischen, biologischen, psychischen, sozialen/politischen und kulturellen Umwelt stattfindet. «Aus sozialarbeiterischer Sicht wird man angesichts der kulturellen Differenzierung von Gesellschaften, aber auch aufgrund der faktisch zunehmenden Multikulturalität der Bevölkerung als Folge von weltweiten Migrationsprozessen von einem «bio-psycho-sozial-kulturellen Modell des Menschen» – schon fast ein Zungenbrecher - sprechen müssen, das andere Differenzierungsformen nach Schicht/Klasse, Sozialraum, Geschlecht,

Ethnie usw. nicht aufhebt, sondern ergänzt.» (Staub-Bernasconi 2012: 10). Vor der Vielfalt dieser Diversität stellt sich die Frage, wie der Vielfalt der Adressat\*innen in der stationären Jugendhilfe angemessen begegnet werden kann, um sie bei der Erweiterung ihrer Verwirklichungschancen zu unterstützen (vgl. JSF 2023: 40).

Die ökologische Entwicklungstheorie von Urie Bronfenbrenner stellt sich aus den genannten Gründen als Rahmenwerk vielsprechend dar, die Umwelt von Jugendlichen mit ADHS und allenfalls die Risikofaktoren und deren Erklärungszusammenhänge systemisch zu erfassen.

## **5. Die ökologische Entwicklungstheorie nach Urie Bronfenbrenner**

Dieses Kapitel widmet sich der Erläuterung der ökologischen Entwicklungstheorie und in dessen implementierten ökosystemischen Modell/Ansatz nach Urie Bronfenbrenner. Dieser Ansatz reiht sich in die systemische Denkweise der Sozialen Arbeit ein, obschon es sich im Ursprung um ein entwicklungspsychologisches Modell handelt. Ein Vorteil der systemischen Denkweise in der Sozialen Arbeit ist es, dass sie die Umwelt von Klient\*innen der Sozialen Arbeit miteinbezieht und eine Beschreibung von unterschiedlichen, z.B. von biologischen, psychischen, organisatorischen und gesellschaftlichen, Zusammenhängen ermöglicht und sich nicht auf Individuen oder Personen beschränkt (vgl. Hosemann/Geiling 2021: 7f). Sie bestimmt die Zuhilfenahme von Wissen aus anderen Wissenschaftsbereichen (z.B. Soziologie und Psychologie) und liefert eine theoretische Ausgangslage, welche ein beobachtende und kontextbezogenes Denken fördert und somit ein Werkzeug für Professionelle der Sozialen Arbeit bietet, um ihre Entscheidungen im Berufsalltag nach anderen Erklärungszusammenhängen auszurichten.

Bronfenbrenners Werk «Die Ökologie der menschlichen Entwicklung» (erstmalig unter dem Titel «The Ecology of Human Development» erschienen) war diesbezüglich wegweisend. Mit dem Begriff Ökologie, aus dem griechischen «oikos» - Hausgemeinschaft oder Haushaltung, wird hierbei nicht nur die biologische Umwelt verwiesen, sondern auf gänzlich alle in der Umwelt vorkommenden Aspekte, inklusive den wechselwirkenden Beziehungen. Im Mittelpunkt steht Bronfenbrenners Aussage, dass sich der Mensch in der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umwelt entwickelt (vgl. Bronfenbrenner 1981: 19). Dass also Entwicklung ein dynamischer Prozess ist, der sich im Laufe der Zeit entfaltet und dass der Zeitpunkt und die Dauer von Erfahrungen erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung haben können. Dabei betont es die dynamischen Interaktionen zwischen Individuen und ihrer Umwelt. «Die Ökologie der menschlichen Entwicklung befasst sich mit der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche. Dieser Prozess wird fortlaufend von den Beziehungen

dieser Lebensbereiche untereinander und von den grösseren Kontexten beeinflusst, in die sie eingebettet sind» (Bronfenbrenner 1981: 37). Die Umwelt wird hierbei als «ein Satz ineinander geschachtelter Strukturen» verstanden (vgl. ebd. 1981: 19) wie in Abbildung 2 ersichtlich wird. Die Strukturen werden als Ökosysteme (Person, Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem) bezeichnet, die im Zusammenspiel und mit Berücksichtigung von biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren auf die menschliche Entwicklung einwirken.

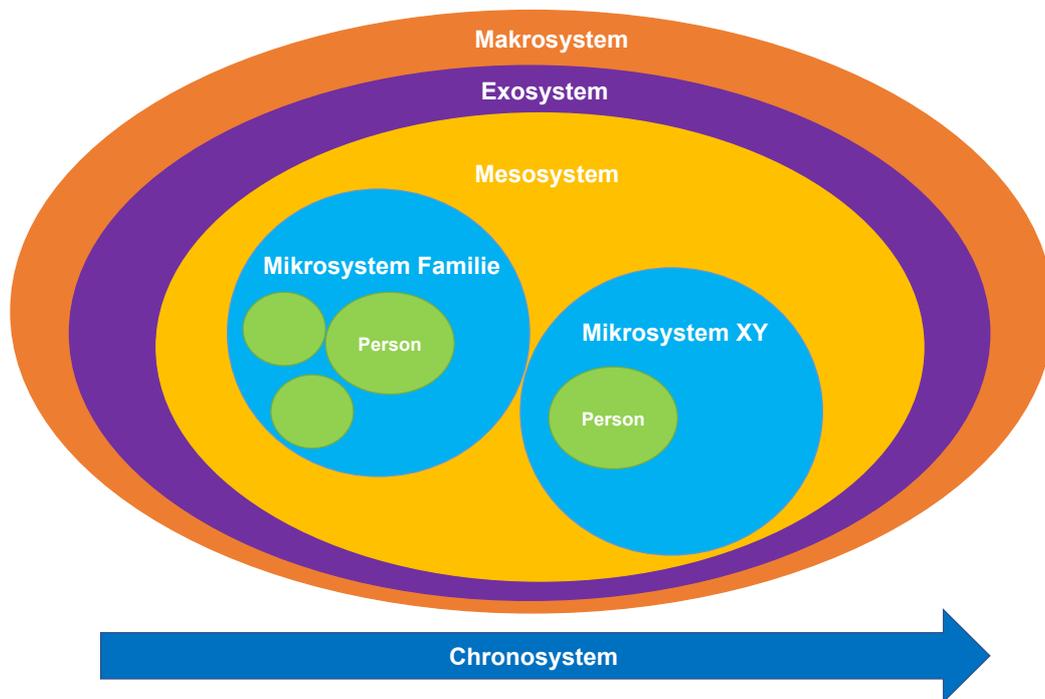


Abb. 2: Das ökologische Entwicklungsmodell (eigene Darstellung)

Durch die Jahre wurde das ökologische Entwicklungsmodell und die dahinterstehende ökologische Theorie der menschlichen Entwicklung immer wieder von Bronfenbrenner und anderen Forscher\*innen neu aufgearbeitet. Bei der letzten Ausarbeitung des Modells wird das ökologische Entwicklungsmodell durch das «Prozess-Person-Kontext-Zeit» – Rahmenwerk (PPCT) erweitert (vgl. Bronfenbrenner/Morris 2006: 794; Strauss 2021: 2). Der PPCT-Rahmen hebt das Zusammenspiel zwischen Prozessen, Individuen, Kontexten und Zeit hervor, um zu verstehen, wie sich Individuen in ihrem Umfeld über die gesamte Lebensspanne hinweg verändern und entwickeln. Die einzelnen Dimensionen des «Prozess-Person-Kontext-Zeit» – Rahmenwerk werden im Folgenden genauer betrachtet.

Prozess bezieht sich auf die laufenden Interaktionen und Transaktionen zwischen Individuen und ihrer unmittelbaren Umgebung, den Mikrosystemen. Diese sogenannten proximalen Prozesse bilden den Schlüsselaspekt des Modells ab und Bronfenbrenner selbst bezeichnete sie als «Motor der Entwicklung» (vgl. Strauss 2021: 2). Proximale Prozesse stellen langanhaltende Formen der Interaktion zwischen einer Person und ihrer direkten Umwelt, dem

sogenannten Mikrosystem, dar. Sie sind die Mechanismen, durch die genetische Merkmale in beobachtbare psychologische, Verhaltens- und physische Eigenschaften umgewandelt werden, indem bestimmte Gruppen von Genen durch ihre Wechselwirkung mit der Umwelt geprägt werden (vgl. ebd.). Diese Interaktionen können soziale Beziehungen, Aktivitäten, Rollen und Erfahrungen umfassen, die zur Entwicklung beitragen. Bronfenbrenners Anliegen ist es, das Augenmerk auf menschliche Tätigkeiten einer gewissen höheren Ordnung zu lenken, auf Tätigkeiten oder Aktivitäten – ein über eine gewisse Zeit fortgesetztes Verhalten, mit denen absichtlich Ziele verfolgt werden und die subjektiv nicht abgeschlossen sind, bevor die entsprechenden Ziele nicht abgeschlossen sind (vgl. Flammer 2003: 207).

Person bezieht sich auf die Persönlichkeitsmerkmale und Eigenschaften des Individuums, einschliesslich seiner biologischen, psychologischen und sozialen Eigenschaften. Es wird zwischen drei Arten von Persönlichkeitsmerkmalen unterschieden. Disposition, bioökologische Ressourcen und Nachfragemerkmale. Die Differenzierung dieser drei Formen führt zu ihrer Kombination in Mustern der Persönlichkeitsstruktur, die Unterschiede in der Richtung und Stärke der resultierenden proximalen Prozesse und ihrer Entwicklungseffekte im Lebenslauf erklären können (vgl. Bronfenbrenner/Morris 2006: 795f).

- Disposition (Force-Characteristics):

Die Disposition oder auch Kraftmerkmale genannt, umfasst individuelle Unterschiede in Temperament, Motivation und Ausdauer und bezieht sich auf die Verhaltensweisen einer Person. Individuelle Unterschiede in diesen Merkmalen haben einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung und die Art und Weise, wie sich eine Person an ihre sich ständig verändernde Umwelt anpasst (vgl. Strauss 2021: 2). Dazu können Eigenschaften wie Impulsivität, Explosivität, Ablenkbarkeit, Unfähigkeit zum Aufschub von Belohnungen, Aggressivität und Schwierigkeiten bei der Beherrschung von Gefühlen und Verhalten gehören (vgl. Bronfenbrenner/Morris 2006: 810). Diese Veranlagungen haben mitunter einen erheblichen Einfluss auf die Art und Qualität der Interaktionen mit der Umwelt und den Verlauf der Entwicklung. Sie können die proximalen Prozesse in Gang setzen und aufrechterhalten oder aktiv stören, verzögern oder sogar verhindern und dabei Auswirkungen auf z.B. die schulischen Leistungen und sozialen Beziehungen haben (vgl. ebd.).

- Bioökologische Ressourcen (Resource-Characteristics):

Das sind erforderliche (kognitive, emotionale und soziale) Fähigkeiten, materielle Ressourcen, Erfahrungen und Wissen, die eine Person besitzt und für das wirksame Funktionieren proximaler Prozesse im Mikrosystem beeinflussen (vgl. Strauss 2021: 2; Bronfenbrenner/Morris 2006: 795f).

- Nachfragemerkmale (Demand-Characteristics):

Damit werden die hervorgerufenen oder verhinderten Reaktionen und Interaktionen des sozialen Umfelds beschrieben, die das Funktionieren der proximalen Prozesse fördern oder stören können. Z.B. Alter, Hautfarbe, Geschlecht, körperliche Erscheinung aber auch Hyperaktivität (vgl. Strauss 2021: 2; Bronfenbrenner/Morris 2006: 812).

Diese individuellen Faktoren beeinflussen die Art und Weise, wie sich eine Person mit seiner ständig verändernden Umwelt auseinandersetzt, sich ihr anpasst, und prägen somit die Entwicklung (vgl. Bronfenbrenner/Morris 2006: 796; Strauss 2021: 2).

Kontext bezieht sich auf die verschiedenen Umweltsysteme, in die das Individuum eingebettet ist. Nach dem ökologischen Entwicklungsmodell findet die Entwicklung in einem verschachtelten System von Umwelten statt. Es geht von der Person selbst im Zentrum aus, welche sich in die unmittelbaren Mikrosysteme einfügt Also an jene Lebensbereiche, an welchen das Individuum eine direkte Teilhabe hat (z.B. Familie und Schule). Diese Mikrosysteme sind durch ein Mesosystem verbunden. Das Mesosystem stellt die Interaktionen innerhalb von Mikrosystemen dar. Ausserhalb befindet sich das Exosystem. Es stellt jene Lebensbereiche dar, die indirekt die Person durch die Mikrosysteme beeinflussen (bspw. Wirtschaft, Politik, Medien etc.). Das umfassende Makrosystem greift die (sub-)kulturellen und gesellschaftlichen Einflüsse auf, wie z.B. Wert- und Normvorstellungen für soziale Interaktionen (vgl. Strauss 2021: 2). Diese Kontexte bieten die interagierenden Rahmenbedingungen und Ressourcen, die die Entwicklung beeinflussen. Diese Systemebenen interagieren miteinander und mit dem Individuum und gestalten im Laufe der Zeit die Entwicklung.

Der Begriff Zeit bezieht sich auf die zeitliche Dimension der Entwicklung, wobei anerkannt wird, dass Entwicklung im Laufe der Zeit stattfindet und von historischen und lebensgeschichtlichen Faktoren beeinflusst wird. Es bildet das Chronosystem ab, welches von Bronfenbrenner in neuerer Zeit beigefügt wurde und meint damit die kumulierte Biographie einer Person, also die persönlich durchlaufene Geschichte anhand einer Anzahl markanter biographischer Übergänge und Ereignisse (vgl. Flammer 2003: 212). Er unterscheidet dabei von «normativen», in jeder Biographie an bestimmten Punkten zu erwartenden, Ereignissen und «non-normativen» Ereignissen, also aussergewöhnlichen Vorkommnissen (vgl. ebd.). Diese «ökologischen Übergänge» können nach Bronfenbrenner auch eine Erschliessung neuer Lebensbereiche und Lebenssituationen in der Entwicklung eines Individuums sein und nehmen Bezug auf die Struktur von Mikro- und Mesosystemebenen, welche im Folgenden erläutert wird. Der Zeitpunkt und die Dauer von Erfahrungen können sich erheblich auf die Entwicklung auswirken.

Das Modell unterstreicht auch die Bedeutung der proximalen Prozesse, d. h. der Interaktionen zwischen dem Einzelnen und seiner unmittelbaren Umgebung und berücksichtigt dabei die

gegebenen Kontexte. Die Prozesse, wie z. B. die Interaktionen zwischen Eltern und Kindern oder Beziehungen zwischen Sozialpädagog\*innen in der stationären Jugendhilfe und Adressat\*innen, werden als die primären Mechanismen angesehen, durch die Entwicklung stattfindet. Dies entspricht einer ganzheitlichen systemischen Betrachtungsweise psychologischer Störungsbilder. «Ausgangspunkt systemischer Überlegungen ist nach wie vor die Annahme Strukturdeterminiertheit der wahrnehmenden, handelnden, denkenden, fühlenden Personen – allerdings immer verbunden mit dem Blick auf die Kontextbedingungen, unter denen sich die jeweilige Person zu ihrem Tun oder Lassen entscheidet» (Balgo/Klaes 2001: 154). Eine Kontextbedingung kann die biologische Voraussetzung des Individuums sein. Als weitere Kontextbedingungen können Handlungsbezüge der Interaktionspartner\*innen verstanden werden, (somit auch die Deutungskonzepte der einzelnen Personen für wahrgenommene oder vermisste Ereignisse) oder auch die gesellschaftliche Bewertung einer Diagnose innerhalb eines sozialen Systems in welchem sich die betroffene Person verortet. Hierbei finden Verbindungen der Mikro- mit der Meso- und Makrosystemebenen auf der Exosystemebene statt. Insgesamt bietet das ökologische Entwicklungsmodell einen umfassenden Rahmen für das Verständnis der komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuen und ihrer Umwelt bei der Gestaltung der menschlichen Entwicklung.

Im Folgenden werden die verschiedenen Systeme des ökologischen Entwicklungsmodells erläutert.

## **4.2 Mikrosystem**

«Unter dem Mikrosystem werden all diejenigen Faktoren gefasst, die einem Individuum und seinem Handeln durch ein anderes Individuum zugeschrieben werden, also bestimmte äusserliche Merkmale, Fähigkeiten usw.: Es handelt sich um personale Einflussgrößen, die im Individuum verortet werden» (Seifert 2011 zit. nach Epp 2018: o.S.). Auf diese «persönlichkeitsseitige Entwicklungsvoraussetzungen» wird noch deutlicher eingegangen. Weiter umfasst es die aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen der sich entwickelnden Person und ihrer unmittelbaren Umgebung. Lebensbereiche wie Familie, Schule oder Heim können die unmittelbare Umgebung bilden mit denen die sich entwickelnde Person unmittelbar und direkt Verbindung aufnehmen kann (vgl. Flammer 2003: 207). Die zentralen Elemente des Mikrosystems bilden die Tätigkeit, die Rolle und die Beziehungen (vgl. Bronfenbrenner 1981: 38).

Unter Tätigkeit versteht Bronfenbrenner (1981: 60f), wenn ein Verhalten über eine bestimmte Zeit andauert und einen Einfluss auf die sich entwickelnde Person und die Personen im jeweiligen Lebensbereich (Mikrosystem) hat. Sie sind beziehungsstiftend in dem Sinne, dass über sie gesprochen wird, dass sie miteinander verbunden werden können und somit auch immer komplexer werden können. Dieser Erwerb von immer komplexer werdenden Tätigkeiten ist Entwicklung und befördert wiederum Entwicklung (vgl. Flammer 2003: 208).

Das Ergebnis aus dem Zusammentreffen von Tätigkeiten zweier oder mehrerer Personen, dem gemeinsamen Erleben von Tätigkeiten, sind nach Bronfenbrenner Beziehungen (vgl. ebd.). Während der gemeinsamen Zeit (Chronosystem) und dem gemeinsamen Ausüben von Tätigkeiten entwickeln die darin beteiligten Personen gegenseitige Gefühle, die unterschiedlicher Natur: Positiv, negativ, ambivalent oder asymmetrisch. Das Potenzial für Entwicklung und die Motivation zu lernen steigen, wenn von Anfang an eine positive und wechselseitige Beziehung aufgebaut werden kann (vgl. Bronfenbrenner 1981: 75).

Eine Rolle ist ein Satz von Tätigkeiten und Beziehungen, die von einer Person in einer bestimmten Gesellschaftsstellung und von anderen ihr gegenüber erwartet werden (vgl. Bronfenbrenner 1981: 97; Flammer 2003: 208). Dies bedeutet also, dass eine Rolle von einer Erwartungshaltung der Gesellschaft ausgeht und welches Verhalten einer Rolle zugeschrieben wird. Diese Rollen können sich je nach Stellung innerhalb einer Gesellschaft, nach Alter, zugeschriebenem Geschlecht, Religionszugehörigkeit, sozialem Status etc. unterscheiden. Darunter können auch das Verständnis und Zuschreibungen einer psychologischen Diagnose fallen. Auf diesen Aspekt wird im nächsten Kapitel näher eingegangen. Die unterschiedlichen Rollenerwartungen definieren nicht nur wie sich eine Person mit dieser Rolle zu verhalten hat, sondern auch, welche Verhaltensweisen ihnen gegenüber gezeigt werden sollen. Eine Rolle gibt Aufgaben, Motivation, Legitimation und eine veränderte Sicht auf Sachen und Personen (vgl. Flammer 2003: 208f). Bronfenbrenner (1981: 97) meint dazu, dass die sozialen Erwartungen gegenüber einer Rolle, die sich je nach Kultur stark unterscheiden, die Tätigkeiten und Beziehungen bestimmen und die Rollenzuschreibungen dementsprechend vom jeweiligen Makrosystem, auf welches noch eingegangen wird, abhängen. Brandau (2004: 122) bestätigt diese These in seinem Werk «Das ADHS-Puzzle» mit der Aussage: «Was immer von der Umwelt das System beeinflusst, das System reagiert entsprechend seiner inneren und eigenen Struktur. Veränderungen werden also nicht kausal von aussen bewirkt, sondern folgen auf Prozesse in den Beziehungen zwischen den Bestandteilen des Systems.»

### **4.3 Mesosystem**

Im Mesosystem finden die Wechselbeziehungen zwischen den Mikrosystemen statt, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist und stellt somit ein System von Mikrosystemen dar (vgl. Bronfenbrenner 1981: 41). Mit Wechselbeziehungen, Flammer (2003: 209) bezeichnet sie als Verbindungen, sind die übergreifenden Interaktionen der Personen in den jeweiligen Mikrosysteme gemeint. Verbindungen können durch direkte Beteiligung, eine Mittelsperson, und/oder durch Kommunikation und Kenntnisse über die Lebensbereiche stattfinden (vgl. ebd.). Hierbei betont Bronfenbrenner die für die Entwicklung wesentlichen «ökologischen Übergänge», denn ein Mesosystem wird gebildet oder erweitert, wenn sich die entwickelnde Person in einen neuen Lebensbereich eintritt (vgl. Flammer 2003: 209f).

#### **4.4 Exosystem**

Unter dem Exosystem werden Lebensbereiche verstanden, welche die Entwicklung der Person zwar indirekt beeinflussen, aber die Person selbst nicht daran aktiv beteiligt ist (vgl. Flammer 2003: 211). Als direktes Beispiel können hierbei ein Arbeitsverlust oder ein niedriger Status im Berufsleben der Eltern eines Kindes herhalten, was wiederum ein niedriges Einkommen für die Familie zur Folge hat und somit einen Einfluss auf das Familienleben hat. Dieser Einfluss kann indirekte Auswirkungen auf die soziale und kognitive Entwicklung des Kindes haben, so beispielsweise wenn die Eltern mit ihrer beruflichen Lage unzufrieden sind.

#### **4.5 Makrosystem**

Die Gesamtkultur mitsamt ihren Subkulturen einer Gesellschaft mit ihren Wert- und Normvorstellungen, Ideologien und Weltanschauungen wird als Makrosystem zusammengefasst (vgl. Flammer 2003: 211). Es wirkt als umfassendes, übergeordnetes System auf die Ebenen der Mikro-, Meso-, und Exosysteme ein und konzentriert sich nicht auf konkrete Umgebungen, die das Leben von Einzelpersonen betreffen, sondern auf allgemeine institutionelle Muster, Strukturen und Aktivitäten, die für eine Kultur oder Subkultur relevant sind (vgl. Bronfenbrenner 1981: 42). Auch sind nationale und internationale politische Entscheide, die Vorstellungen von Erziehung und die allgemeine Wirtschaftslage in diesem System zu verorten.

#### **4.6 Zwischenfazit**

Der ökosystemische Ansatz nach Urie Bronfenbrenner berücksichtigt verschiedene Umweltebenen (Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosystem), in denen sich Menschen entwickeln. Bronfenbrenners Betonung dynamischer Interaktionen zwischen Individuen und ihrer Umwelt kann als besonders relevant für Jugendliche mit ADHS, die in unterschiedlichen sozialen und institutionellen Umgebungen agieren, angesehen werden. Die Mikrosysteme, die die unmittelbare Umgebung der Jugendlichen darstellen (z. B. Familie, Schule, Heim), spielen eine entscheidende Rolle. Die Persönlichkeitsmerkmale der Jugendlichen, wie Disposition, bioökologische Ressourcen und Nachfragemerkmale, beeinflussen ihre Interaktionen in diesen Mikrosystemen. Insbesondere die proximalen Prozesse, wie die Interaktionen zwischen Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, werden als Schlüsselmechanismen für die Entwicklung betrachtet. Das Mesosystem beschreibt die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Mikrosystemen, in denen sich Jugendliche mit ADHS bewegen. Hier sind die Interaktionen in der stationären Jugendhilfe, aber auch in anderen Lebensbereichen wie Schule und Familie als indirekter Einfluss auf die Entwicklung von Bedeutung. Das Exosystem, das auch indirekte Einflüsse auf die Jugendlichen hat, könnte Faktoren wie institutionelle Entscheidungen oder gesellschaftliche Vorstellungen über ADHS umfassen. Das Makrosystem

repräsentiert die übergeordnete Kultur und Gesellschaft, die die Werte und Normen für den Umgang mit ADHS prägt. Gemäss dieser Definition hat das Makrosystem, mit den innewohnenden Grundwerten die in einem Land und ihrer Gesellschaft vorherrschend sind und so die Kultur und ihre Normen prägen, wie mit der Diagnose ADHS und Betroffenen umgegangen wird, als äusserst einflussreich.

Durch die Anwendung von Bronfenbrenners Theorie und die Analyse soziologischer Faktoren lässt sich vermuten, dass die Grundwerte eines Staates alle Ökosystemebenen durchdringen und somit sämtliche Bereiche des Individuums beeinflussen. Dies erstreckt sich vom gesellschaftlichen Diskurs über die Ausbildung(en) von Pädagog\*innen bis hin zu grundlegenden Einstellungen der Personen, die täglich mit den betroffenen Jugendlichen in Kontakt stehen. So kann beispielsweise die gesellschaftliche Einstellung zu ADHS die Wahrnehmung und das Verständnis der Krankheit prägen. Stigmatisierung und falsche Vorstellungen über ADHS können zu negativen Stereotypen und Diskriminierung führen und die soziale Integration und das Selbstwertgefühl von Jugendlichen mit ADHS beeinträchtigen (Cooper 2001: 391f). Das Chronosystem, das die zeitliche Dimension der Entwicklung umfasst, beachtet normative und non-normative Ereignisse, die einen Einfluss auf die Lebensgeschichte der Jugendlichen haben können. Als ein non-normatives Ereignis kann die Aufnahme in eine stationäre Massnahme gesehen werden.

Nach der Definierung der verschiedenen Ökosysteme und der allgemeinen Struktur des Modells kann die Theorie im nachfolgenden Kapitel in den Kontext von Jugendlichen mit einer ADHS Diagnose in der Heimerziehung gesetzt werden.

## **5. Die Ökologie von ADHS in der stationären Jugendhilfe**

Im Folgenden wird das ökosystemische Modell nach Bronfenbrenner im Kontext von Adressat\*innen mit ADHS in der stationären Jugendhilfe systematisch, unter der Berücksichtigung ausgewählter Aspekte, angewendet. Die Abbildung 3 stellt die Ökologie von Jugendlichen mit ADHS in der stationären Jugendhilfe dar. Bevor auf die proximalen Prozesse, den Interaktionen zwischen Individuen und ihrer unmittelbaren Umgebung und den Kontext eingegangen werden kann, wird auf die Person-Variablen von Jugendlichen mit ADHS erklärt. In einem weiteren Schritt können Aspekte und indirekte Einflüsse auf der Meso-, Exo- und Makrosystemebenen, wie der ökologische Übergang in eine Heimstruktur, erzwingende Interaktionen, die Diagnose als Legitimierungspraxis, Kooperation, Politik, kulturelle Hintergründe, sozioökonomischer Status und gesellschaftliches Stigma, erfasst werden. Das Chronosystem zieht sich durch die gesamte Entwicklung von Jugendlichen mit ADHS im Rahmen der verschiedenen Ökosystemebenen. Für die Anwendung im Kontext eines Heimaufenthalts kann es die zeitliche Dimension vom Eintritt bis Austritt abbilden.

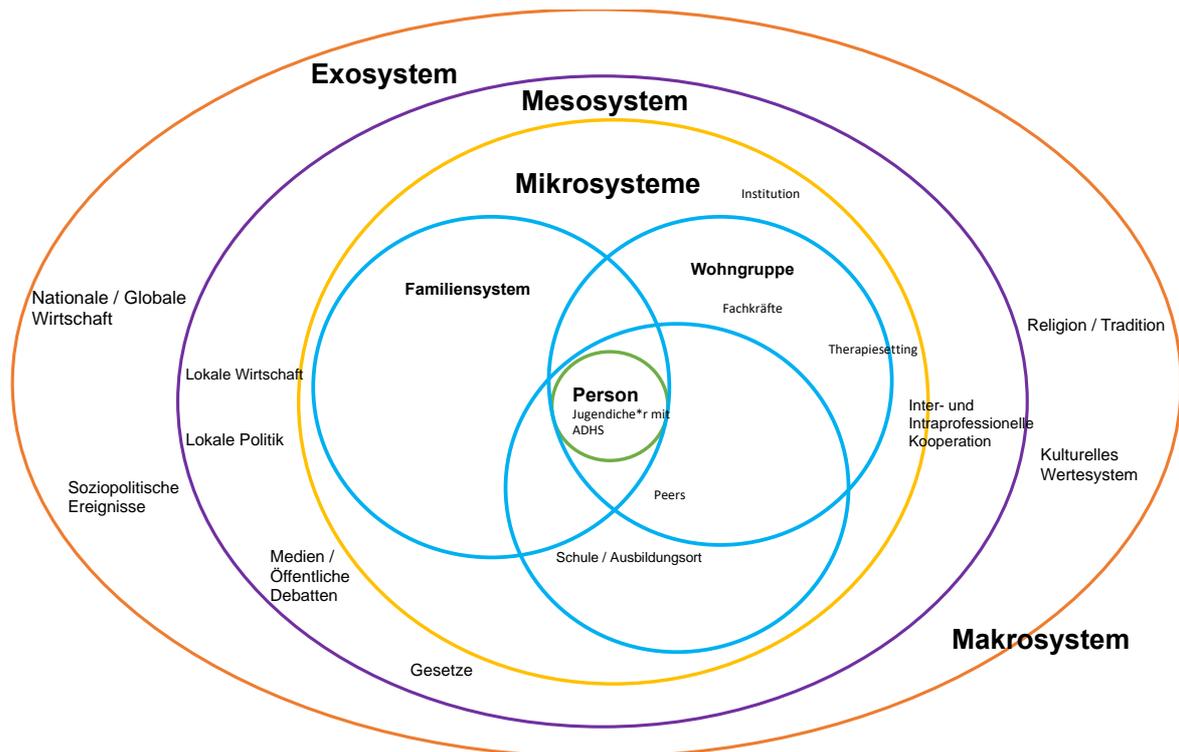


Abb. 3: Ökologie von Jugendlichen mit ADHS im Kontext der stationären Jugendhilfe (eigene Darstellung)

## 5.1 Person-Variablen von Jugendlichen mit ADHS

Für die Bestimmung der Personen-Variablen, also den *Force-, Ressource- und Demand-Characteristics*, muss der Frage nachgegangen werden: «Was sagt ADHS über eine Person und deren Eigenschaften aus?» Hierbei können mit den Diagnosekriterien Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die Defizite, aber auch die positiven Eigenschaften von Menschen mit ADHS genannt werden. Van Langen et al. sind in diesem Rahmen in einer qualitativen Studie der Frage nachgegangen, was es für ein Individuum bedeutet, ADHS zu haben. Dabei kamen sie folgendem Ergebnis: «Having ADHD suggests that someone experiences difficulties or problems, having ADHD suggests that a person deviates from the norm, having ADHD suggests that a person needs additional help and support, having ADHD means that someone has visited a clinician and received psychological assessment, and having ADHD indicates that someone has altered brainstructure or functioning» (van Langen et al. 2023: o.S.). Diese Aussagen können, neben den in dieser Arbeit genannten klassischen Defiziten und Stärken von ADHS, Hinweise auf die Veranlagung (Disposition) von Betroffenen liefern. Die Disposition kann wiederum auf die Art und Qualität der Interaktionen (Tätigkeit) mit der Umwelt, den sozialen Beziehungen und auf den Verlauf der Entwicklung Auswirkungen haben.

Genauso können die genannten Aspekte auf die bioökologischen Ressourcen der Individuen bezogen werden. Allerdings unterscheiden sich die Dimensionen der kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten, Wissen und materiellen Ressourcen sich stark von Individuum zu Individuum.

Die Nachfragemerkmale (Demand-Characteristics) des sozialen Umfelds für die Rollenklärung der ökologischen Entwicklungstheorie beziehen sich im Fall von Jugendlichen mit ADHS, neben den individuellen Aspekten wie Alter, Hautfarbe, Geschlecht und der körperlichen Erscheinung, auf die Wirkung und Einstellung gegenüber der Diagnosestellung und der Hyperaktivität. Diese können gemäss van Langen et al. (2023: o.S.) vom Umfeld auch positiv aufgefasst werden: «It takes away blame from an individual child and stimulates the acceptance of diversity, it provides clarity, it explains why children behave the way they do and it opens doors to support and treatment» (van Langen et al. 2023: o.S.). Jedoch kann die ADHS-Klassifikation auch negative Aspekte mit sich bringen welche zu Teilen in direktem Widerspruch zu der positiven Auffassung der Diagnose stehen: «Having a classification might lead to stigma and stimulate focus on negative characteristics of a child. As such, it may lead to less acceptance of individual variation and lay blame with that individual» (van Langen et al. 2023: o.S.).

Die Analyse der Person-Variablen von Jugendlichen mit ADHS hinsichtlich der proximalen Prozesse eröffnet ein differenziertes Bild, welches über die Grundmerkmale von ADHS (Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität) hinausgehen. Die ambivalenten Nachfragemerkmale von Jugendlichen mit ADHS können Hinweise darauf geben, welche Einflüsse auf gesellschaftlicher Ebene auf Einstellung und Umgang mit ADHS wirken. Es muss jedoch angemerkt werden, dass jedes Individuum mit einer ADHS-Diagnose unterschiedlich ist und Kenntnisse über ADHS im Allgemeine nicht ausreichen, um das Individuum in seiner Einzigartigkeit zu verstehen.

## **5.2 Eintritt in die stationäre Jugendhilfe als ökologischer Übergang in ein Mikrosystem**

Gemäss Bronfenbrenner kann der Eintritt in ein Angebot der stationären Jugendhilfe, wenn man es als eigenes Ökosystem betrachtet, als «ökologischer Übergang» beschrieben werden. «Ein ökologischer Übergang findet statt, wenn eine Person ihre Position in der ökologisch verstandenen Umwelt durch einen Wechsel ihrer Rolle, ihres Lebensbereichs oder beider verändert» (Bronfenbrenner 1981: 43). Eine Veränderung der Rolle unter gleichzeitiger Veränderung der gesellschaftlichen Verhaltenserwartung an die Person, die so ein ökologischer Übergang mit sich bringt, hat gem. Bronfenbrenner (1981: 22) einen Einfluss darauf, wie eine Person behandelt wird, wie sie selbst handelt, was sie tut und damit auch, was sie denkt und fühlt. Der Eintritt in die stationäre Jugendhilfe kann somit nach der ökologischen Entwicklungstheorie als ein Anfang von proximalen Prozessen gesehen werden, in welchen Interaktionen, Tätigkeiten, Verhaltensweisen und Rollen zweier oder mehrerer Personen im Heimalltag (Mikrosystem) aufeinandertreffen.

Wie bereits an anderer Stelle angesprochen, bedeutet der Übertritt in einen stationären Rahmen eine massive Veränderung der gewohnten Strukturen für Kinder und Jugendliche mit oder ohne ADHS, da sich die direkte Umgebung und auch die Beziehungen zu Familie und Gemeinschaft verändern. Somit hat dieser Übergang auch eine Auswirkung auf das Mesosystem, da er einen

Einfluss auf die Beziehungen zwischen verschiedenen sozialen Kontexten und Systemen beeinflusst, wie z.B. die Interaktion zwischen Familie, Schule und Heim. Ahmed, Rein und Schaffner (2020: 14) welche sich intensiv mit dem Thema *Leaving Care* auseinandergesetzt haben, bestätigen diese Hypothese. Ein Ein- aber auch Austritt aus dem Ökosystem Heim hat gemäss ihren Aussagen einen grossen Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Kontakte und ihrer persönlichen Beziehungen, weil Beziehungen zu Gleichaltrigen zu Bezugspersonen abbrechen können (vgl. ebd.). Ein Heimeintritt wird als Integration in ein neues soziales Gefüge verstanden, welches als eng strukturiert und fremdbestimmt erlebt wird (vgl. ebd.). Sommerfeld, Calzaferrri und Hollenstein (2011: 29) sehen in der Integration, die bei einem Übergang von «draussen» nach «drinnen» stattfindet, eine Reduktion der Komplexität für Sozialpädagog\*innen, mit welcher sich die Person «draussen» befasst hat. Weil sich die Sozialpädagog\*innen das, was sie im Berufsalltag mit den Jugendlichen innerhalb der Wohngruppe erleben, als Realität interpretieren. Dies geschieht, obwohl ein Eintritt in ein stationäres Setting, mit der gesamten Heimstruktur, dessen Regelsystem und den dort arbeitenden Sozialpädagog\*innen, eine Erweiterung des Ökosystems, und somit eine Erhöhung der Komplexität für die Betroffenen, bedeutet. Dieser Vorgang hat die Tendenz, dass sich die Mikro- und Mesosystemebene des Heims über die eigentliche Systemdynamik des Falles, nämlich über die des Herkunftsystems, darüberlegt. Für Jugendliche mit ADHS kann dieser Vorgang, je nach pädagogisch-konzeptueller Ausrichtung der Heimorganisation und den Bezugspersonen, eine weitere Herausforderung oder aber auch eine Chance sein. Ein Heimeintritt kann, gemäss Crain (2012: 236) einen Bruch mit einer von schulischen und familiären sowie Delikten bestimmten Vergangenheit ermöglichen, einen Neubeginn erlauben. Martin Baierl (2017: 311f) meint, dass sich Sozialpädagog\*innen für die Arbeit mit Jugendlichen mit ADHS vornehmen müssen, den Jugendlichen eine Mischung aus Liebe, Wertschätzung, Geborgenheit einerseits (hier stellt sich die Frage nach einem professionellen Nähe-Distanz-Verhältnis Anm.d.V.) sowie andererseits Klarheit, Struktur und Konsequenzen entgegenzubringen. Baierl betont aber auch, dass bleibende Veränderungen bei ADHS selten durch einzelne Massnahmen erreicht werden können und dass zu einer erfolgreichen Behandlung die spezifische Gestaltung der Wohn- und Lebenswelt, unter Miteinbezug des sozialen Umfelds, Verhaltenstherapien und medikamentöser Behandlung unbedingt berücksichtigt werden müssen (vgl. ebd.). Zuletzt, wie an anderer Stelle bereits angesprochen, weisen Schmid und Di Bella (2012: 286) darauf hin, dass gemäss einer Studie aus dem Jahr 2007 nur ein Fünftel der Kinder, die in der stationären Jugendhilfe unter ADHS litten, mit Methylphenidat behandelt wurden. Dies ist im Vergleich mit der Behandlungsdichte bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Familien, eine deutliche Unterversorgung, insbesondere wenn man bedenkt, wie schwer viele der betroffenen Heimkinder in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind. «Nach einer Studie von Rudeck et al. (2008) schätzen lediglich 38% der im stationären Bereich

untergebrachten Kinder und Jugendlichen die Beteiligungsmöglichkeit als gut ein» (Dalügge et al. 2021: 408). Gründe dafür sind monetäre Einsparungen, der Zeitdruck und die Anforderung, einen unmittelbaren Wirkungsnachweis zu erbringen (vgl. Gadow et al. 2013 zit. nach ebd.).

Als eine mögliche Erklärung zur medikamentösen Unterversorgung sowie den Interaktionsproblemen können die auf der Makro- und Mesosystemebenen geführten Debatten über die Ätiologie und Psychoedukation von ADHS, sein. Symptome in der stationären Jugendhilfe werden in pädagogischer Tradition eher auf soziale als biologische Ursachen zurückgeführt. Daraus können Einstellungsunterschiede entstehen, die eine Medikation unwahrscheinlicher machen. Es ist anzunehmen, dass in der Ausbildung von Sozialpädagog\*innen oft nur wenig qualifizierte Informationen über Psychopharmaka vermittelt werden, sodass die Ressentiments von Sozialpädagog\*innen gegenüber Medikamenten oft so weit gehen, dass das Absetzen einer Medikation als Erfolg oder das Einsetzen einer Medikation als Misserfolg der pädagogischen Massnahmen angesehen wird (vgl. Schmid/Di Bella 2012: 286.). Denn in der (pädagogischen) Sozialen Arbeit wird den Fachkräften oft vermittelt, dass von einer problemzentrierten Sichtweise in der Kooperation mit den Adressat\*innen abzuraten ist, da dies den Blick auf die Ressourcen und lösungsorientierten Herangehensweisen verschliessen würde. Macsenaere und Schemenau (2008: 16) sehen, dass die Heimerziehung grundsätzlich in der Lage ist, umfangreiche Ressourcen für Betroffene zugänglich zu machen, aber auch extreme Belastungen zu produzieren. Sie fordern deshalb Heimorganisationen dazu auf, ihr Erziehungsarrangement mit folgenden Fragen zu prüfen um gute pädagogische Arbeit zu legitimieren (vgl. ebd.):

- Wie verändert sich die Belastungs-Ressourcen-Balance der Kinder durch die Aufnahme im Heim?
- Welche besonderen Ressourcen finden die Kinder hier?
- Welche zusätzlichen Belastungen treten hier auf?
- Können die Kinder hier Strategien und Deutungsmuster lernen, die auch ausserhalb der Institution funktional sind?

Diese selbstreflexiven Fragen, die sich Sozialpädagog\*innen der stationären Jugendhilfe auf der Mesoebene stellen können, liefern eine neue Perspektive auf die Begleitung für Jugendliche in einem Heimsetting. Zusätzlich bieten sie die Möglichkeit, den Organisationsauftrag für Einzelne Platzierungen zu hinterfragen. Hierzu müsste jedoch auch der teilweise starke ökonomische Druck der Institutionen ausgeklammert werden

Brandau (2004: 114) meint für einen Übertritt in eine Heimstruktur für Jugendliche mit ADHS zusammenfassend, dass man insgesamt davon ausgehen kann, dass die lebensweltliche Sicherheitsdimension bei Menschen mit ADHS eine besondere Bedeutung hat, weil sie einerseits durch klare Strukturierung hilf, ihren Lebensalltag besser zu bewältigen.

Andererseits sprengen Jugendliche mit ADHS den Rahmen solcher Sicherheitsstrukturen immer wieder aufgrund ihrer Symptommerkmale, womit sie Einfluss auf die wechselwirkende Beziehung zu Sozialpädagog\*innen und ihren Peers nehmen. Um diese genauer zu untersuchen, wird in den nächsten beiden Abschnitten auf das Erziehungsverhalten und auf die Interaktion von Sozialpädagog\*innen mit Jugendlichen eingegangen. Das Mikro- und Mesosystem für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe wird auf der Abbildung 5 auf Seite 45 genauer dargestellt.

### **5.3 Mikrosystem - Erzwingende Interaktionen**

Das sogenannte Modell der erzwingenden (coercive) Interaktionen spielt im Zusammenhang von Erziehungs- und Beziehungsverhalten eine besondere Rolle (vgl. Steinhausen et al. 2020: 156.). Es stellt gemäss dem PPCT-Rahmenwerk eine Tätigkeit und somit einen proximalen Prozess dar. «Nach diesem Modell lassen sich die Interaktionsstörungen durch inkonsistente Erziehung und mangelnde Kontrolle, verbunden mit mangelnder Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung sowie verminderter Aufmerksamkeit für angemessene, kooperative und kompetente Verhaltensansätze der Kinder charakterisieren. Dabei werden Aufforderungen und Grenzsetzung der Eltern, aber auch von anderen erwachsenen Bezugspersonen (Erzieherin, Lehrern), möglicherweise aufgrund einer genetisch oder durch andere Faktoren bedingte initialen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität vom Kind häufig nicht beachtet» (ebd. 2020: 157). Dies führt dazu, dass Bezugspersonen häufiger Anforderungen an Betroffene stellen, sich häufiger in negativer Weise äussern und sich weniger responsiv gegenüber Betroffenen verhalten. Denn wenn Betroffene Aufforderungen befolgen, werden diese weniger beachtet, weil es als selbstverständlich aufgefasst, oder aus der Konsequenz des Konflikts scheinbar logisch ist, dass der Aufforderung endlich nachgekommen ist. Das auffällige, expansive Verhalten hat auf alle Fälle vermehrte, wenn auch negativ getönte Aufmerksamkeit zur Folge, währenddessen angemessene Handlungen kaum beachtet werden (vgl. ebd.). Es bildet sich somit eine Abwärtsspirale in der Kommunikation und Entwicklung von Betroffenen. Denn wenn Betroffene vermehrt die Erwartungen der Bezugspersonen nicht erfüllen, können Bezugspersonen ratlos reagieren, nachgeben, impulsiv oder gar aggressiv reagieren (siehe Abb. 4). Dies hat zur Folge, dass Betroffene für ihr unaufmerksames, unruhiges, impulsives und oppositionelles Verhalten negativ verstärkt werden. Die Interaktionen verlaufen weniger ermutigend und verstärkend. Somit sind die erzwingenden Interaktionen vermutlich für die Aufrechterhaltung der Symptomproblematik von ADHS, inkl. der komorbiden oppositionellen Auffälligkeiten, in einem wesentlichen Ausmass mitverantwortlich (vgl. ebd.).

Gerade weil sich die Interaktionen mit Jugendlichen mit ADHS zum Teil als schwierig gestalten, wird im nächsten Abschnitt auf das Phänomen des Entlastungsprinzips einer Diagnose für Sozialpädagog\*innen behandelt, dass sich über das Mikrosystem bis in das Mesosystem erstrecken kann.

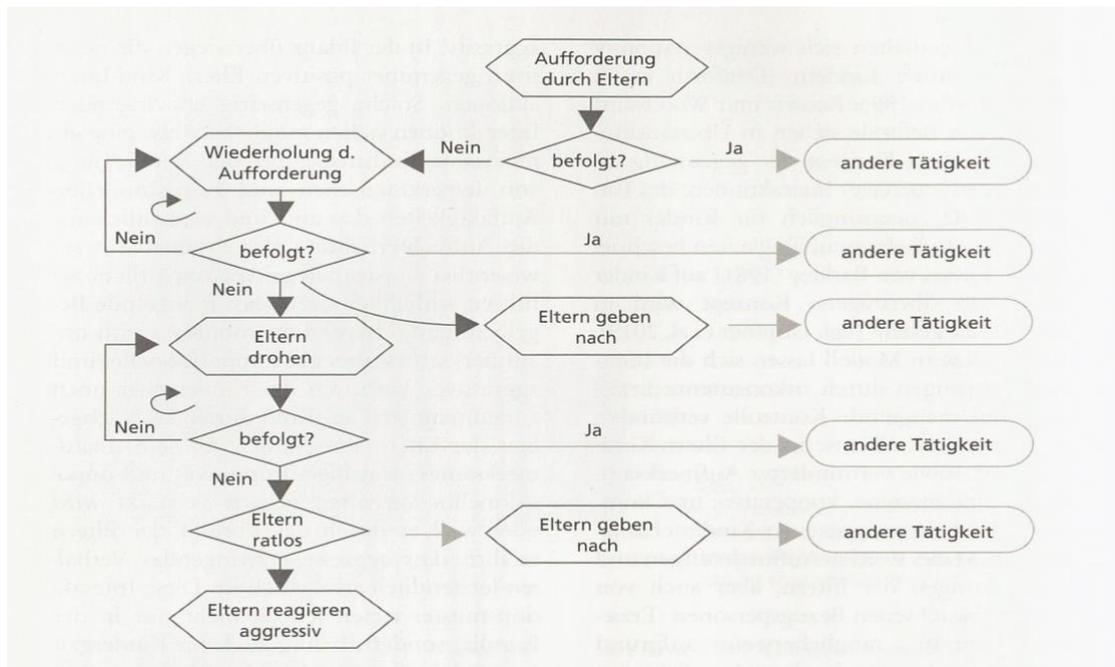


Abb. 4: Modell gegenseitig erzwingender Interaktionen (in: Steinhausen et al. 2020: 158)

#### 5.4 Mesosystem – Diagnose ADHS als pädagogisches Entlastungsprinzip

Im folgenden Abschnitt soll darauf eingegangen werden, dass die Diagnose ADHS für Sozialpädagog\*innen als eine von mehreren Erklärungs- und Beschreibungs- sowie Entlastungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen kann.

Die von Ärzt\*innen und Psycholog\*innen gestellte Diagnose ADHS eröffnet für pädagogisches Fachpersonal pragmatische Erklärungen für das Verhalten der Betroffenen sowie eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten, die Ihnen durch ihr Fachwissen und Position als interdisziplinäre Schnittstelle, entgegengebracht wird. Sie können anschliessend eine darauf zugeschnittene Therapie durchführen oder vermitteln, geeignete Medikamente verschreiben, spezielle Hilfsangebote vorschlagen, Eltern Ratschläge geben, wie sie den Umgang mit ihren Kindern verändern können, Kinder und Eltern zu Einzelterminen und Gruppensitzungen einladen und ausgewählte Ratgeber-Lektüre empfehlen (vgl. Herwig-Lempp 2006: 275). Nebst den gewonnenen Erklärungen von Verhaltensweisen eines Jugendlichen kann es ebenso Professionellen wie auch für die Eltern entlastend wirken, um die Schuldfragen zu klären. So kann es ein Trost oder eine Beruhigung für die Eltern sein, dass nicht sie oder das Familienleben (z.B. zu wenig Zeit für die Kinder) an dem Verhalten des Kindes «Schuld» tragen, sondern es sich einfach um eine «Krankheit» handelt, und die «kann man halt kriegen» kann (vgl. ebd. 2006: 279).

Die Diagnose kann auch eine gewisse Legitimierungsstrategie für ihr eigenes Handeln bei den Professionellen hervorrufen. Sei es auch für den Auftragserhalt der Organisation der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Denn wie besprochen handelt es sich bei den Jugendlichen in einem

stationären Setting um «besonders schwere Fälle» (vgl. Jenkel 2019: 29). Somit steigt auch die Bereitschaft der Sozialpädagog\*innen unerwünschte Verhaltensweisen aufzufangen oder auszuhalten, was wiederum einen Einfluss auf eine therapeutische und medikamentöse Unterversorgung haben kann. Diese Legitimierungsstrategie zieht sich weiter in der Kooperation mit anderen Fachkräften, bspw. Berufsbildner\*innen oder Lehrpersonen. So kann eine offizielle Diagnose als Erklärung oder Prävention vorgewiesen werden, um auch diese Fachkräfte, sollten sie an ihrer Arbeitsweise zweifeln oder mit Betroffenen überfordert sein, zu entlasten. «Durch die Diagnose «ADHS» ändert sich die Wahrnehmung aller Betroffenen des Problemsystems. Der Entlastung von Eltern und Lehrern steht häufig die Gefahr gegenüber, dass die Kinder und Jugendlichen die Diagnose im Sinne eines krankhaften «Hirnschadens» in ihr Selbstkonzept einfließen lassen. Gerade an diesem Punkt setzt auch sozialpädagogische und systemtherapeutisch orientierte Ressourcenarbeit an» (Brandau 2004: 278). Die gesellschaftliche Stigmatisierungstendenz und der Einfluss auf das Individuum wird in Kapitel 5 genauer besprochen.

Der Aspekt der intraprofessionellen Kooperation im Kontext der stationären Jugendhilfe findet auf der Mesosystemebene statt und wird im folgenden Abschnitt erläutert.

### **5.5 Mesosystem - Systemische Kooperation und Familienzusammenarbeit**

Kooperation und Kooperationsbereitschaft ist ein zentraler Bestandteil der stationären Hilfen zur Erziehung und kann grundsätzlich die Effektivität der Hilfe steigern (vgl. Macsenaere 2017: 156). Um Jugendliche in ihrer individuellen Entwicklung zu fördern, streben Sozialpädagog\*innen eine gelungene Kooperation mit Lehrpersonen, Therapeut\*innen und Behörden an, so wie es dies auch Eltern übernehmen würden. Hierbei sind der Kontext und die personellen Konstellationen massgebend. Somit liegt es auch in der Aufgabe der Sozialpädagog\*innen die einzelnen Systeme sowie deren Zusammenspiel zu erfassen. Hierbei gilt es zu beachten, dass Systeme ihrer eigenen Logik und Regeln folgen und somit nicht direkt instruierbar sind, jedoch auf Interventionen reagieren können. Es scheint also von Bedeutung, eine Systemvernetzung stattfinden zu lassen. Hosemann und Geiling (2013: 76f) begreifen dies als die Kopplung von Systemen. Das Ziel einer solchen Kopplung ist es, die Ressourcen von Jugendlichen zu stärken und somit die sozialen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und zu stabilisieren (vgl. ebd.).

Auf Ebene der Kooperation im Hilfesystem unterstützen kooperative Ansätze die multiperspektivische Fallarbeit, indem auf «das Expertenwissen von Professionellen aus unterschiedlichen Institutionen» (Peters/Jäger 2013: 24 zit. nach Hirschfeld/Rein/Schnurr 2022: 4) zurückgegriffen werden kann. Ein regelmässiger Austausch der Beteiligten ist dabei unverzichtbar, da so auch die Hilfeplanung und Interventionen kontinuierlich an die aktuelle Bedarfslage angepasst werden können und ebenso hat ein verlässlich strukturiertes

Hilfenetzwerk das Potenzial, insbesondere bei Jugendlichen die Beziehungsabbrüche und Diskontinuitäten erlebt haben, Sicherheit und Halt zu vermitteln (vgl. ebd.).

Dem Aspekt der Elternarbeit ist eine hohe Bedeutung zuzurechnen, obwohl sie für Professionelle der Sozialen Arbeit herausfordernd sein kann (vgl. Krüger 2013: 249 zit. nach JSF 2023: 37). Die Beziehung und der professionelle Austausch zwischen Sozialpädagog\*innen und Eltern erhöht die verfügbaren Ressourcen und kann die Kooperationsbereitschaft von Jugendlichen fördern und wirkt sich somit auf den Erfolg der Hilfemassnahme aus (vgl. ebd.). «In der modernen Heimerziehung werden Eltern/Familien als *Partner* wahrgenommen» (JSF 2023: 37). Die Zusammenarbeit mit dem Familiensystem zielt darauf ab, das Erziehungsverhalten zu verbessern. Darum werden Jugendliche nicht als «Symptomträger» verstanden, sondern das Eltern-Kind-System wird gesamthaft in den Blick genommen (vgl. ebd.).

Gemäss Martin Baierl (2017: 400) fällt es Jugendlichen mit ADHS schwer, (erwünschte) Verhaltensweisen von einem Kontext in den anderen zu übertragen und sie brauchen daher ein ähnliches Regelsystem in allen Kontexten (z.B. bei den Eltern, in der Schule und im Heim) um diese Übertragungsleistung zu vollbringen. Für alle Jugendlichen mit ADHS ist es notwendig, dass zentrale Erziehungspersonen sich in den wichtigsten Punkten einig sind (vgl. ebd.). Die Kooperation mit dem Familiensystem hat für Sozialpädagog\*innen in Bezug auf die Risikofaktoren für ADHS einen besonders hohen Stellenwert. Mit Hinblick auf die allgemeinen Symptomkonstellationen von ADHS wie z.B. Kommunikationsschwierigkeiten, impulsiven Verhaltensweisen, verzerrter Wahrnehmung usw. und der hohen Erblichkeitsrate von ADHS, können elterliche Faktoren, wie eine dysfunktionale Familiendynamik und daraus entstehende Risikofaktoren für Jugendliche mit ADHS in Zusammenhang gebracht werden. Beispielsweise wurde festgestellt, dass Mütter von betroffenen Jugendlichen viermal so häufig beeinträchtigende psychische Probleme haben als Mütter von neurotypischen Kindern (vgl. Baierl 2017: 379). Die Berücksichtigung von familiären Risikofaktoren und darauf ausgerichtete systemische Interventionen, bspw. Psychoedukation und Veränderungsabsichten in der Beziehungsgestaltung, können Sozialpädagog\*innen helfen, ein Familiensystem von Jugendlichen zu stärken.

Für inter- und intraprofessionelle Kooperationsprozesse ist es bedeutend, sich in zentralen Punkten für das Wohl der Betroffenen zu einigen. Dies stellt sich jedoch in Anbetracht der beiden von Thümmler (2015: 100f) beschriebenen Paradoxa der Kooperation und der damit einhergehenden Konkurrenz um Status (Machtgefälle von Medizin und Pädagogik), Anerkennung und Ressourcen sowie der Einschränkung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der beteiligten Akteure. Zudem spielen bei Kooperationsprozessen Aspekte auf der individuellen Ebene wie Einstellungen, Meinungen und Werte eine Rolle, die

wiederum auch von einer professionsspezifischen Sichtweise beeinflusst werden können (vgl. Thümmler 2015: 102). Die Einstellung zum Störungsbild ADHS hat gemäss Thümmler (2015: 235) einen Einfluss auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften. «Bei all diesen Einstellungen, Meinungen Vorurteilen, um die sich Experten und selbst ernannten Experten streiten, zanken, profilieren, bleiben betroffene Kinder/Jugendliche und deren Eltern oftmals auf der Strecke oder werden zum Spielball von Interessen und sich widersprechenden Meinungen und Verlautbarungen» (Eitle: 2023: 8). Somit können unter anderem Möglichkeiten für eine Behandlung von Betroffenen aufgrund bestimmter Ideologien nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Thümmler 2015: 235). Ausserdem sind in Bezug auf die Mesoebene die Art der Kommunikation, Klärung von Zuständigkeiten und auf einer strukturellen Ebene die Rahmenbedingungen einer Organisation kooperationsförderlich oder kooperationshemmend (vgl. ebd. 2015: 102).

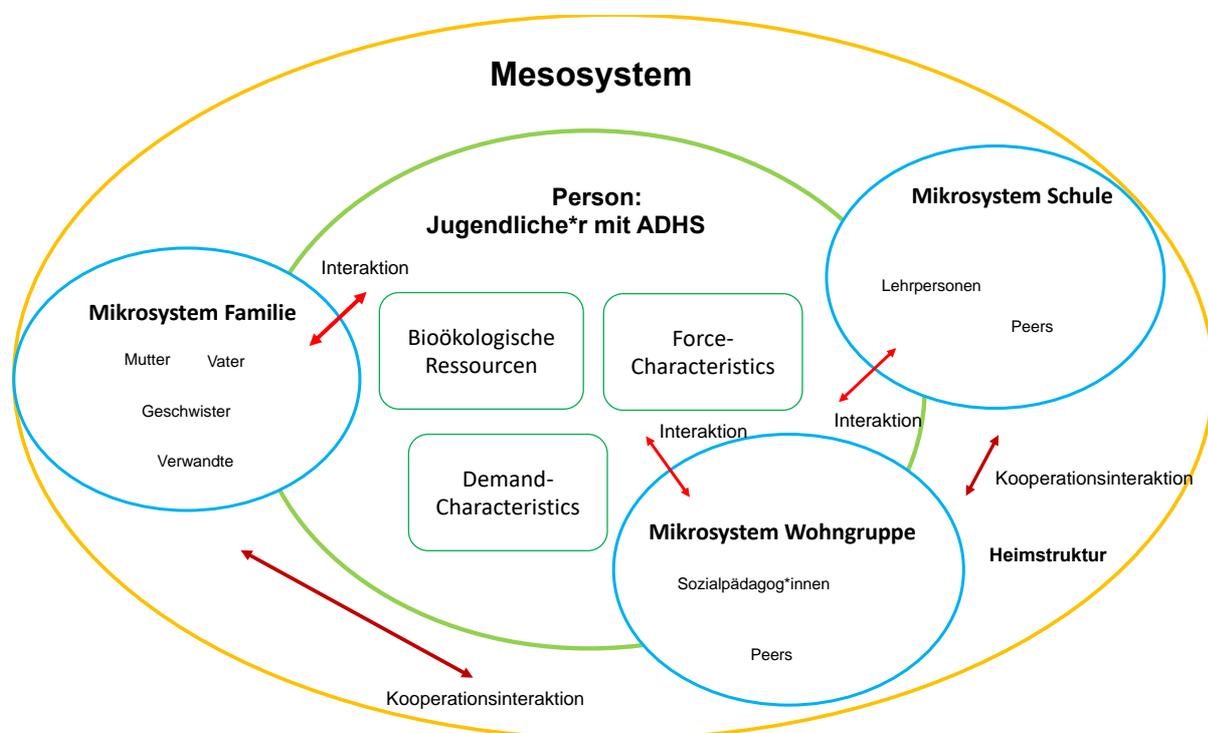


Abb. 5: Mikro- und Mesosystem für Jugendliche mit ADHS im Kontext der stationären Jugendhilfe (eigene Darstellung)

In der Literatur lassen sich Aspekte auf der Makro- und Exosystemebene finden, die einen indirekten Einfluss auf Risikofaktoren für Jugendliche mit einer ADHS Diagnose haben. Im Folgenden wird die ADHS-Politik als Einfluss, der sozioökonomische Status sowie kulturelle Herkunft des Familiensystems und gesellschaftliches Stigma diskutiert.

## 5.6 Exo- und Makrosystem - ADHS-Politik in der Schweiz

Die ADHS-Forschung erstreckt sich über viele Länder weltweit, und obwohl die gemeldete Prävalenz von Land zu Land unterschiedlich ist, geht man davon aus, dass dies auf

methodische Unterschiede in den Studien sowie auf unterschiedliche Diagnosekriterien (ICD-10 und DSM-5) zurückzuführen sind und nicht auf echte Unterschiede in der Prävalenz (Polanczyk et al. 2014: 436; Schmid 2012: 3). Dennoch unterscheiden sich Kulturen und Länder sowohl in ihrer Politik zur Anerkennung von ADHS als Störung als auch in der Notwendigkeit und Art der Intervention (vgl. Polanczyk et al. 2014: 436.).

Auch in der Schweiz erweckt ADHS regelmässig politisches Interesse. Insbesondere die medikamentöse Behandlung hat in den letzten Jahren zu mehreren politischen Vorstössen im nationalen Parlament geführt, die meist vom Bundesrat abgelehnt wurden. Diese Aufmerksamkeit beruht auf der Sorge vor einer übermässigen Medikation von Kindern mit ADHS-Diagnosen. Damit verbunden ist die Frage nach dem Risiko einer Wirkstoffabhängigkeit sowie die Frage nach der tatsächlichen Bedeutung der verordneten Wirkstoffe für Betroffene. Die öffentliche Debatte um die Risiken und leistungssteigernden Effekte des Wirkstoffes liefern ein verzerrtes Bild des eigentlichen Störungsbildes ADHS, was sich auf der gesellschaftlichen Makroebene manifestiert hat. Betroffene Jugendliche, deren Familienangehörige, so aber auch Professionelle der Sozialen Arbeit, welche eine begleitende Funktion für Jugendliche einnehmen, sind ebenso einem potentiellen Risiko ausgesetzt, vorbehaltlos kulturell-populäre Meinungen gegenüber der Diagnose wie auch der medikamentösen Behandlung zu vertreten. So kann es im Sinne des Tripelmandats für Professionelle der Sozialen Arbeit zur Aufgabe gehören, Psychoedukation und ein Bewusstsein für Neurodiversität auf eine politische Ebene zu tragen.

### **5.7 Exo- und Makrosystem - Sozialökonomischer Status und kulturelle Zugehörigkeit**

Bronfenbrenner analysierte 1958 die Zusammenhänge auf der Exo- und Makroebene und kam zum Schluss, dass die soziale Klasse einen erheblichen Einfluss auf sich entwickelnde Personen und deren Erziehung hat (vgl. Bronfenbrenner/Morris 2006: 821). «Der ökonomische Druck und sozialstrukturelle Belastungsfaktoren spiegeln sich in differenzierten Armutsgefährdungsquoten nieder» (JSF 2023: 11f). Armutsgefährdete Lebenslagen können sich auf die Entwicklung (problembehaftete Bildungsbiografie, tendenziell schlechterer Gesundheitszustand) von Kindern und Jugendlichen und das Erziehungsverhalten von Eltern auswirken (vgl. ebd.). Mit der Armutsgefährdung nimmt somit auch die Wahrscheinlichkeit zu, auf eine Jugendhilfemassnahme angewiesen zu sein.

Gemäss Steinhausen et al. (2020: 156) kommt die Feststellung von ADHS in sozial benachteiligten Familien in Deutschland mehr als doppelt so hoch vor, als bei einem höheren sozioökonomischen Status. Auch zeigen Ergebnisse im US-amerikanischen Forschungsraum, dass bei Kindern aus niedrigeren sozioökonomischen Verhältnissen eher eine ADHS-Diagnose gestellt wird (vgl. Russell et al. 2014: 440; Morgan et al. 2013: 85). Hierbei wurde jedoch auch festgestellt, dass als weiss gelesene Betroffene aus dieser sozialen Schicht wiederum eher eine

Diagnose erhalten als People of Color. Auch Bussing et al. (2003 zit. nach Pham 2014: 55) stellen dies anhand einer Stichprobe von Kindern, die Verhaltensweisen im Zusammenhang mit ADHS zeigten, fest: Die Wahrscheinlichkeit, dass bei weissen Kindern ADHS diagnostiziert und behandelt wird, war doppelt so hoch war, wie bei rassifizierten Kindern obwohl Behandlungsangebote im grossen Umfang zur Verfügung standen. Zwar spielt das amerikanische Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle in der Beanspruchung von medizinischer Hilfe bei psychologischen Störungen, aber auch Stevens et al. besagen folgendes: «Children from ethnic minority groups and children without insurance are less likely to be diagnosed with ADHD and/or treated with stimulants» (Stevens et al. 2005: 431).

Unterschiedliche Erklärungen für die Ursachen von ADHS könnten die Diskrepanzen zwischen dem Bedarf an Leistungen und dem tatsächlichen Behandlungsverhalten in Familien aus ethnischen Minderheiten begründen (vgl. ebd.). Beispielsweise kann das Verständnis von Sprache, kulturellen Normen, Unwissenheit über den Leistungsanspruch des Gesundheitssystems und für psychologische Erkrankungen, wie aber auch Integrationsdruck einen Einfluss darauf haben, psychologische Hilfe aufzusuchen. Wenn man sich nach diesen Forschungsergebnissen richtet, haben Kinder aus einkommensschwachen Familien eher eine Diagnose und Kinder aus ethnischen Minderheitengruppen suchen möglicherweise weniger den Zugang zu Gesundheitsdiensten, einschliesslich psychiatrischen Diensten, was sich wiederum auf deren Entwicklung auswirken kann. Für die stationäre Jugendhilfe und der tendenziellen medizinischen Unterversorgung von ADHS kann daraus weiter interpretiert werden, dass die Kooperation zum Familiensystem Defizite aufweist. Da die Eltern mit Sorgerechtsanspruch bspw. für eine Medikation bei ihren minderjährigen Kindern einwilligen müssen.

In Bezug zum sozioökonomischen Status zeigen Studien, «dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und ihre Familien häufiger in entwicklungsgefährdeten Kontexten leben, die aus sozialstrukturelle Bedingungen wie Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, sozialräumliche Segregation sowie auf gesellschaftliche Ausgrenzung und die damit verbundenen psychosozialen Risiken zurückgehen können» (EKFF 2002: 123 zit. nach JSF 2023: 12). Die Prävalenz von ADHS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang der sozialen Schicht ist in Abbildung 6 ersichtlich.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die sozialökonomische und ethnische Zugehörigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Erfahrungen und Ergebnisse von Menschen mit ADHS haben können, was den Bedarf an kulturell und klassenbezogen sensibilisierten Ansätzen für die Diagnose und Behandlung von ADHS unterstreicht. Für Sozialpädagog\*innen ist somit ein Verständnis kultureller Perspektiven und die Anpassung von Interventionen an kulturelle Werte und Normen entscheidend für eine wirksame Unterstützung von Adressat\*innen mit ADHS (vgl. Cooper 2001: 388).

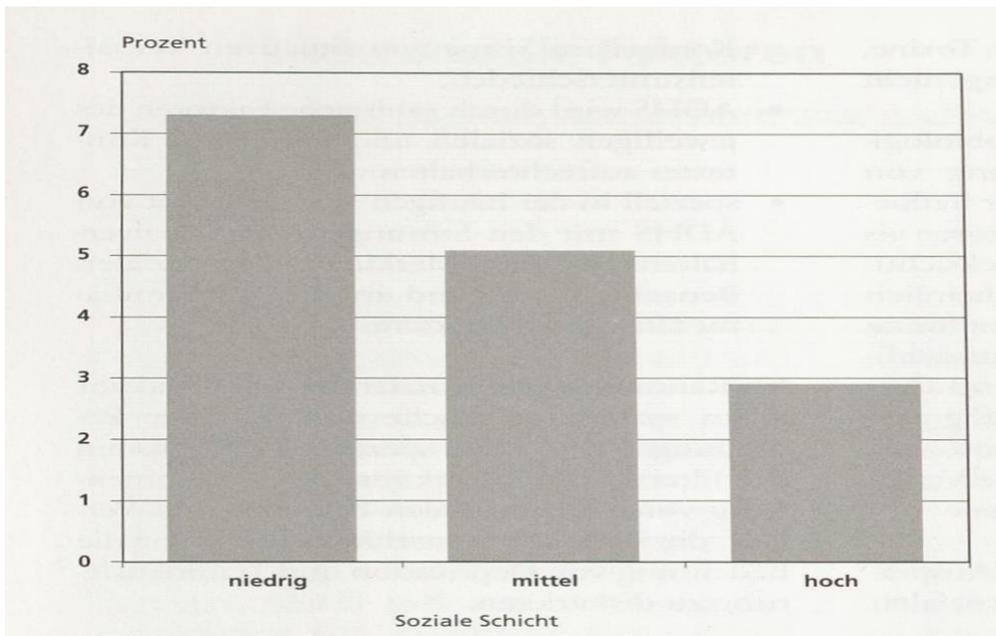


Abb. 6: Prävalenz von ADHS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit von der Sozialen Schicht (Döpfner et al. 2008)(In: Steinhausen et al. 2020: 156)

### 5.8 Makrosystem - Gesellschaftliches Stigma von Jugendlichen mit ADHS

Die Soziale Arbeit befindet sich in einer ambivalenten Rolle von Bedürfnisorientierung und Stigmatisierung. Es kann darüber diskutiert werden, ob ein Heimaufenthalt in der Biographie nicht schon in sich selbst Jugendliche zu Stigmaträger\*innen, zu sogenannten «Heimkindern», macht. Im Folgenden Abschnitt wird, auf die Brandmarkung, welche aus der Makroebene heraus auf Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose einwirken kann, eingegangen.

Während es schwierig ist, die Trennlinie zwischen «normal» und «abnormal» zu definieren, erscheint das Etikett ADHS in sich als genau und erklärend für eine Abweichung des gesellschaftlich erwarteten Normverhaltens. «Zu einer alltags- und lebensweltlichen Perspektive bezüglich der Normalität gehört die subjektive Perspektive der Betroffenen berücksichtigt. Besonders in der Identitätskrise des Jugendalters kann der soziale Vergleich zur Selbstdeutung als "gestört" oder gar "behindert" führen und wirft die existenziellen Fragen auf "Warum bin ich gestört?" oder "Warum versage ich in der Schule" usw. In diesem autobiografischen Zusammenhang heisst Normalität, so zu sein, wie auch die anderen sind» (Brandau 2004: 108).

Der Begriff eines «Stigmas» kann mit der Aussprache einer Diagnose beginnen. Wir bezeichnen den Begriff des Stigmas im Folgenden, gemäss Matthias Wenk (2006: 47), als eine unerwünschte Andersartigkeit als Attribut am Subjekt. Mit subjektiven Krankheitstheorien geht eine Selbstverortung im Gesellschaftsgefüge einher. Betroffene sehen sich dabei mit – sie auf

ihre Erkrankung oder damit zusammenhängenden Attribuierungen reduzierenden Fremdzuschreibungen konfrontiert (vgl. Kardoff 2010 zit. nach Abeld 2017: 194). Eine Diagnose wird dadurch eine relationale Erwartungsbezogenheit eines gesellschaftlichen Normverständnisses zu einem dokumentierten Teil des Selbst und hat oft lebensbestimmende Folgen. Denn die Unheilbarkeit dieser Neurodivergenz kann zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung werden und erhöht damit die Bereitschaft zu den entsprechenden Symptomen (vgl. Brokinkel 1996 zit. nach Wenk 2006: 47). Auch Brandau (2004: 109f) spricht das Phänomen von Stigma und selbsterfüllender Prophezeiung an und meint dazu, dass durch derartige stereotype Etikettierungen die Identität eines Menschen bedrängt, verletzt und im Extremfall sogar zerstört werden kann. Betroffene fühlen im Innersten, dass das zugeschriebene Stigma eigentlich nicht zu ihrem Wesen gehört, und im Beisammensein mit neurotypischen Peers spaltet sich die Identität und der Selbstwert wird beeinträchtigt. Nicht-Akzeptierung und Vermissen von normalem Respekt führen häufig zu kompensierenden, auffälligen Verhaltensweisen, wie dies besonders deutlich die Erfahrungen mit Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose zeigen (vgl. ebd.).

Jedoch nicht nur das Selbstverständnis der Betroffenen kann sich ändern, sondern auch der Blick und die Einstellung des Umfeldes. Ein Teil des Verhaltens wird jetzt der Diagnose zugerechnet. Dies kann mitunter heilsam sein und jahrelange negative Zirkularitäten aufbrechen. Sie kann zeitgleich aber auch eine Erklärung für alle möglichen Probleme liefern, die auf die ADHS zurückgeführt werden kann. Ein zu beobachtender Vorgang sowohl bei Sozialpädagog\*innen als auch bei den Betroffenen, die dadurch eine Schutzhaltung einnehmen und (kurzzeitig) die Verantwortung für ihr eigenes Handeln ablegen.

Für Sozialpädagog\*innen, Eltern, Lehrpersonen und weitere Bezugspersonen kann dies bedeuten, dass sie durch die Diagnosestellung sich vor entgegengebrachter Kritik, z.B. für Erziehungsverhalten und Beziehungsgestaltung, ein Machtargument in der Tasche haben, um sich davor zu immunisieren, im Sinne des Legitimierungs- und Entlastungsprinzips.

Die von sozialen Normvorstellungen abweichenden Verhaltensweisen von Betroffenen, werden besonders im schulischen Leistungsbereich als Problem wahrgenommen. Wohl auch aufgrund der hohen Bewertung der Gesellschaft von akademischen Leistungen. Um den negativen Auswirkungen des Schulversagens entgegenzuwirken, können für Betroffene mit einer ADHS-Diagnose für Schulen, Berufsschulen und auch für weiterführenden Schulen (in der Schweiz) einen Nachteilsausgleich erwirkt werden. Genauso bietet eine pathologische, defizitorientierte Erklärung für störende Verhaltensweisen Zugang zu Sozial- und Gesundheitswesen, also zu einer wechselhaften Wirkung auf der Exosystemebene. Brandau (2004: 106) meint dazu, dass medizinische, psychotherapeutische oder sozialpädagogische Hilfen erst dann gewährt werden, wenn eine individuelle Krankheit oder eine soziale Störung diagnostiziert wurde sowie die

Akzentuierung der sozialen und institutionellen Umwelt die Stigmatisierungsprozesse und/oder die Auswirkungen soziokultureller und sozioökonomischer Deprivation in den Mittelpunkt rückt.

Ein Weg um mit dem Stigma umzugehen scheint die bewusste Identifikation mit dem Stigma, um es so zu einem Element der eigenen Identität zu machen (vgl. Wenk 2006: 48). Hier besteht aber die Gefahr, dass sich Jugendliche mit einer Diagnose bewusst, aufgrund den bisher negativen Erfahrungen in ihrer Lebenswelt, deutliche Grenzen setzen, sich so von sozial üblichen Chancen abschneiden und einen lebenslangen «Fall-Status» für die Soziale Arbeit annehmen (vgl. ebd. 2006: 49). So zeigt sich die gesellschaftliche Stigmatisierung einer Diagnose für Betroffene als äusserst dual und ambivalent. Ein Phänomen auf der Makroebene mit welchem sich Menschen mit ADHS konfrontiert sehen.

Demzufolge kann es zur Aufgabe von Sozialpädagog\*innen gehören, Jugendliche in einem Prozess des Identifizierens mit ADHS zu begleiten. Auch hier soll ein individueller, kreativer Ansatz in der Gesprächsführung zu finden sein, um die Person auf der Suche nach Orientierung zu begleiten, die Person nicht abwertend zu beurteilen, sondern sozialen Rückhalt zu bieten um die Diagnose sich eigen zu machen zu können und in ein wertschätzendes Selbstbild zu integrieren.

## **5.9 Zwischenfazit**

Wenn man das PPCT-Rahmenwerk, sowie die genannten Einfluss-Aspekte auf den verschiedenen Ebenen des ökosystemischen Ansatzes in einer Übersicht zusammenführt, lässt sich ein Netzwerk erstellen in Bezug auf die Risiko- und Schutzfaktoren für ADHS (siehe Abb. 7). Es zeigt auf, dass der Umgang mit Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose von ineinander verflochtenen sozialen und kulturellen Faktoren geprägt sein können.

Auf der Makroebene spielen gesellschaftliche Vorstellungen eines Normverhaltens eine wesentliche Rolle. So kann der Umgang mit einem gesellschaftlichen Stigma Einfluss auf den Behandlungsverlauf von ADHS haben. Der sozioökonomische Status und die kulturelle Zugehörigkeit auf der Makroebene können ebenfalls die Erfahrungen von Menschen mit ADHS beeinflussen. Die Prävalenz von Diagnosen variiert in unterschiedlichen sozialen Schichten und ethnischen Gruppen, wobei Kinder aus einkommensschwachen Familien oder ethnischen Minderheitengruppen möglicherweise weniger Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Durch eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit den Einflüssen auf der Makroebene können Sozialpädagog\*innen den eigenen Vorstellungen und Meinung gegenüber der Diagnose ADHS gewahr werden und/oder hinterfragen, um für Betroffenen einen Zugang zu benötigter Hilfe und somit Behandlungs-, Alltags- und Bewältigungsstrategien zu verschaffen. Dieser Zugang kann für die Phase der Entwicklung in der Adoleszenz entscheidend für eine gelingende Lebensführung im Erwachsenenalter sein. Zudem können Sozialpädagog\*innen durch diese vertiefte Auseinandersetzung einen wesentlichen Beitrag in ihrer Praxis leisten, um den

stigmatisierenden Krankheitsbegriff für betroffene Jugendliche zu entschärfen. Denn die Rolle der Umwelt, insbesondere das familiäre Umfeld und schulische Erfahrungen, spielt eine entscheidende Rolle als potenzieller Risiko- oder Schutzfaktor. Interaktionen auf der Mikrosystemebene, insbesondere im Kontext von Erziehungs- und Beziehungsverhalten, spielen eine bedeutende Rolle für Jugendliche mit ADHS. Bewusstes Erleben der eigenen Kompetenzen wird als wichtig angesehen in der Entwicklung von Selbstwirksamkeit und einem gesunden Identifikationsprozess.

Ein unterstützendes familiäres Umfeld, strukturierte Erziehung und frühzeitige Interventionen können positive Effekte haben, während dysfunktionale Familienstrukturen und alltägliche belastende Situationen das Risiko für Komorbiditäten erhöhen können. Das abweichende Verhalten fällt dann besonders im Schulkontext auf. So wird die Frage nach Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Ein Umgang mit leistungssteigernden Medikamenten wird intensiv auf der politischen Exosystemebene diskutiert. Die Diskussion bringt eine Sorge vor übermäßiger Medikation, insbesondere für Kinder, zum Ausdruck. In der Interaktion auf der Mesosystemebene kommen intra- und interprofessionelle Kooperationen, insbesondere im Bereich der stationären Jugendhilfe, als wichtige Faktoren hinzu. Die Erarbeitung eines Behandlungsplans an welchem sich die verschiedenen Kooperationsebenen halten können wäre für die Jugendlichen erstrebenswert. Hierbei kann eine Sensibilität für kulturelle Hintergründe in der Familienzusammenarbeit hilfreich sein. Im Allgemeinen ist dem Wert der Psychoedukation für Betroffene, deren sozialen Umfeld und vor allem für Sozialpädagog\*innen aber auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene eine hohe Stellung zuzurechnen für die Entwicklung von Jugendlichen mit ADHS.

Die Mikrosysteme bilden zusammen mit dem aktiven Beitrag der Jugendlichen selbst und deren Entwicklung der Identität eigene Systeme. Die Beteiligten dieser Systeme werden durch die Umwelterfahrungen der Mitmenschen, der kulturellen Gemeinschaft und der politischen Struktur beeinflusst. Somit sind die Umwelten, sowohl die objektiv von aussen beschreibbaren als auch besonders die subjektiv erlebten Umwelten, ein wichtiger Teil einer Persönlichkeit resp. der Verhaltensweisen (vgl. Rauh 2016: 26f).

Eine Erfassung der persönlichen Fallsituation anhand der ökologischen Systemebenen, inklusive der Lebensspanne als Indikator des Störungsverlaufs, kann Aufschluss über die Risikofaktoren in Bezug auf eine Verstärkung von Symptomkonstellationen und Entwicklung von Begleitstörungen liefern. Jugendliche mit ADHS sollten aus dieser Überlegung heraus nicht primär als Kranke und Träger von Symptomen betrachtet, sondern ganzheitlich als aktiv handelnde, kompetente und mitgestaltende Akteure «wahrgenommen» werden (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 110).

<b>Ökosystem</b>	<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
Makrosystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigma</li> <li>- Ursachendiskurs</li> <li>- ADHS-/Medikamenten-Kritik</li> <li>- Konstrukt-Hypothese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoedukation</li> <li>- Weitere Forschung</li> <li>- Gesellschaftliche Anerkennung von Neurodiversität</li> </ul>
Exosystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozioökonomischer Status</li> <li>- Kultureller und migrantischer Hintergrund</li> <li>- Politischer Diskurs bzgl. Medikamentierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgendes Gesundheitssystem</li> </ul>
Mesosystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlastende Legitimierungspraxis von Professionellen</li> <li>- Paradoxa der Kooperation</li> <li>- Einsparungen / Zeitdruck im Heim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- förderliche inter- und intraprofessionelle Kooperation</li> </ul>
Mikrosystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungsabbrüche bei ökologischen Übergängen</li> <li>- Genetische Vorbelastung</li> <li>- Psychische Störung / gestörte Beziehungen (Konflikte) in der Familie</li> <li>- Negatives Erziehungsverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positives, unterstützendes soziales Umfeld</li> <li>- Ökologischer Übergang als Neubeginn</li> <li>- Compliance (Eltern / Heim)</li> </ul>
Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausgeprägte ADHS-Symptomatik</li> <li>- Komorbiditäten</li> <li>- Medizinische Unterversorgung</li> <li>- Therapieabbrüche</li> <li>- Selbsterfüllende Prophezeiung</li> <li>- Gefühl von Minderwertigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guter Gesundheitszustand</li> <li>- Kognitive Begabung</li> <li>- Kompetenzerleben</li> <li>- Positive Identifikation mit ADHS</li> <li>- Medikation</li> <li>- Therapie</li> <li>- Aneignung von Bewältigungsstrategien</li> </ul>

Wechselwirkungen

Abb. 7: Sich wechselseitig beeinflussende Risiko- und Schutzfaktoren auf den Ökosystemebenen für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe (eigene Darstellung).

## **6. Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die Soziale Arbeit versteht als vermittelnde Schnittstellenprofession zwischen den Disziplinen ADHS als nur eine von mehreren Beschreibungs- und Erklärungsmöglichkeiten für auffälliges Verhalten. Sozialpädagog\*innen welche mit Personen mit ADHS arbeiten, kennen die verschiedenen Theorien, also Beschreibungen und Erklärungen zu ADHS, die von Fachkräften anderer Disziplinen für wahr gehalten werden. Somit stehen den Sozialpädagog\*innen für jede Erklärung andere Handlungsmöglichkeiten zur Wahl (vgl. Herwig-Lempp 2006: 282). Deshalb sollten Sozialpädagog\*innen auch über den aktuellen Forschungsstand und Forschungsdebatte von ADHS auf dem Laufenden sein. Dazu gehören Fragen zu den Diagnosekriterien, die teilweise widersprüchliche Evidenzbasis in Bezug auf die kurz- und langfristigen Behandlungseffekte pharmakologischer und anderer Behandlungen, über die Debatten, wie ADHS zu erklären ist, und die Tatsache, dass die Zahl der diagnostizierten Fälle von verschiedenen systembezogenen Faktoren abhängt. Hewig Lempp (2006: 284) fordert die Professionellen der Sozialen Arbeit auf, die unterschiedlichen Zugänge und Sichtweisen auf ADHS zu akzeptieren. Denn er sieht einen Mehrwert in den verschiedenen Konzepten, wenn sie nicht als Glaubenssache fungieren, sondern als Werkzeuge für die verschiedenen Bedarfslagen für Betroffene betrachtet werden (vgl. ebd. 2006: 282ff). Bei Interventionen kann sich so die Frage gestellt werden, wieviel Aufmerksamkeit dem Individuum, der jeweiligen Umgebung (System) und deren Interaktion in welchem Zeitraum adressiert wird. Dies ist von Person zu Person unterschiedlich und macht es beinahe unmöglich, in der Praxis standardisierte Methoden erfolgsversprechend anzuwenden. Gerade deshalb ist es als Professionelle der Sozialen Arbeit wichtig, die Adressat\*innen der stationären Jugendhilfe mit oder ohne ADHS in ihrer Einzigartigkeit verstehen zu wollen: «Um offen und kooperativ mit Heranwachsenden – und ihren Familien – zu arbeiten, braucht es ein professionelles Verständnis und Reflexivität der Fachpersonen, die mit steigenden Anforderungen mitwachsen» (JSF 2023: 42). Dies gilt auch für den Umgang mit ADHS-Betroffenen. Die wichtigste Eigenschaft im Umgang mit den mit ADHS-betroffenen Jugendlichen ist Gelassenheit. Um diese freundliche Gelassenheit zu erlangen, müssen Eltern (und Fachkräfte der Sozialen Arbeit [Anm. d. Verf.]) einige Einstellungsänderungen vornehmen (vgl. Neuhaus 2001: 141).

Grundsätzlich liefert der ökosystemische Ansatz an sich keine Erklärungen zur Ursache und für den Umgang mit ADHS-Betroffenen, berücksichtigt jedoch das Interesse am Verständnis, wie Kultur, zusammen mit biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren die Beurteilung und Behandlung von Entwicklungsstörungen beeinflussen kann (vgl. Pham 2014: 55). Aus diesem Aspekt wird ersichtlich, dass eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells um eine kulturelle Dimension sinnvoll ist. Trotzdem ist der ökosystemische Ansatz in Bezug zur praktischen Relevanz in Frage gestellt.

Der Ansatz ist aufgrund seiner Komplexität und der Implikation einer Vielzahl von Faktoren schwer in der Praxis der stationären Jugendhilfe umzusetzen. In dieser Arbeit konnten nur einige Aspekte auf der Makroebene behandelt werden, welche durch ausreichend Interpretationsspielraum kausal in Zusammenhang gesetzt werden konnten. Hierzu müsste, um ein einheitliches Bild der Erklärungszusammenhänge von gesellschaftlichen Faktoren auf der Makroebene und Risikofaktoren auf der Mikro- und Personenebene zu erfassen, mehr Forschung betrieben werden. Auch weil die Einflussfaktoren hinsichtlich der zahlreichen zu berücksichtigenden Variablen schwer zu messen sind. Ebenso sind die Schutzfaktoren in Bezug auf ADHS unzureichend erforscht.

Die Theorie nach Bronfenbrenner legt grossen Schwerpunkt auf die Umweltfaktoren. Bei einer derart starken Gewichtung auf die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte laufen Professionelle der Sozialen Arbeit Gefahr, sich der ADHS-Konstrukt-Hypothese und den vielen in Frage gestellten Autor\*innen anzunähern, deren Aussagen wissenschaftlich umstritten sind. So verhält es sich auch mit dem PPCT-Rahmenwerk in der Verbindung mit ADHS: Empirische Belege, welche zu einer schlussendlichen Verbesserung in der Begleitung von Menschen mit ADHS führen, stehen nur in sehr begrenzter Anzahl zur Verfügung und Forschung dazu müsste extensiviert werden.

Somit können beide Fragestellungen nur ansatzweise beantwortet werden. Der ökosystemische Ansatz leistet nur bedingt einen Beitrag für den Umgang mit Jugendlichen mit ADHS in der stationären Jugendhilfe. Er deutet jedoch die Relevanz einer Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells um eine kulturelle Dimension an. Der ökosystemische Ansatz kann sich unter Umständen als Rahmenwerk eignen, um die möglichen Risiko- und Schutzfaktoren für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe zu erfassen. Die Erklärungszusammenhänge bedürfen jedoch weiterer empirischer Forschung.

Es müsste auch dahingehend weiter Forschung betrieben werden, inwiefern sich der Aufenthalt einer stationären Massnahme für Jugendliche mit ADHS in Bezug auf eine gelingende Lebensführung nach dem Austritt dieser Massnahme gestaltet.

## **7. Quellenverzeichnis**

### **7.1 Literaturverzeichnis**

Abeld, Regina (2017). Professionelle Beziehungen in der sozialen Arbeit. Eine integrale Exploration im Spiegel der Perspektiven von Klienten und Klientinnen. Wiesbaden: Springer.

Ahmed, Sarina/Rein, Angela/Schaffner, Dorothee (2020). Care Leaver erforschen Leaving Care. Projektergebnisse und fachliche Empfehlungen. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW - Hochschule für Soziale Arbeit.

Amft, Hartmut (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber, Marianne/Brandl, Yvonne/Hüther, Gerald (Hg.)(Jg.). ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung: Theorie, Forschung, Kontroversen. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 70-90.

Baierl, Martin (2017). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Balgo, Rolf/Klaes, Regina (2001). Über die Koordination der Verschiedenheit. «Hyperaktivität» als Problem und Bewegungstherapie als lösungsorientiertes Angebot. In: Passolt, Michael (Hg.). Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München/Basel: Ernst Reinhardt. S.140-167.

Barkley, Russel A./+ 20 weitere Unterstützer\*innen (2004). Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al.. In: Clinical Child and Family Psychology. 7. Jg. (1). S. 65-69. URL: <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020193.48817.30> [Zugriffsdatum: 31.12.2024].

Blülle, Stefan (2013). Kinder und Jugendliche platzieren – Ein Handlungsleitfaden für platzierungsbegleitende Fachpersonen. In: Intergas (Hg.). Leitfaden Fremdplatzierung. Zürich: Intergas. S. 10-69.

Bonifer, Renate (2019). Medikamente bei ADHS. Empfehlungen für das Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In: ARS MEDICI. 10. Jg. S. 376-378. URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2019/10/Medikamente-bei-ADHS.pdf> [Zugriffsdatum: 31.12.2024].

Bonney, Helmut (2009). Biologische und soziale Systeme bei ADHS-Konstellation. In: Natho, Frank (Hg.). Hinter dem Horizont geht's weiter. Systemische Wege und Lösungen für Beratung und Erziehung. Dessau: Edition Gamus. S.36-44.

Bonney, Helmut (2012). ADHS – na und? Vom heilsamen Umgang mit handlungsbereiten und wahrnehmungsstarken Kindern. Heidelberg: Carl-Auer.

Brandau, Hannes (2004). Das ADHS-Puzzle. Systemisch-evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven. Wien: Springer.

Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang (2008). ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Weinheim und München: Juventa.

Bronfenbrenner, Urie (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bronfenbrenner, Urie/Morris, Pamela (2006). The Bioecological model of human development. In Lerner, Richard/Damon, William (Hg.) (2006). Handbook of child psychology: Theoretical models of human development. Hoboken: Wiley. S. 793–828.

Bundesamt für Justiz (2022). Medienmitteilung – Bundesrat will Statistik über ausserfamiliär untergebrachte Kinder schaffen. URL:

<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-87289.html>

[Zugriffsdatum: 24.11.2023].

Claussen, Angelika/Holbrook, Joseph/Hutchins, Helena/Robinson, Lara/Bloomfeld, Jeanette/Meng, Lu/Bitsko, Rebecca/O'Masta, Brenna/Cerles, Audrey/Maher, Brion/Rush, Margaret/Kaminski, Jennifer (2022). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-022-01358-4> [Zugriffsdatum: 28.08.2023].

Cooper, Paul (2001). Understanding AD/HD: a brief critical review of literature. In: Children & Society. 15. Jg. S. 387-395. URL: <https://doi.org/10.1002/chi.693> [Zugriffsdatum: 27.10.2023]

Crain, Fitzgerald (2012). «Ich geh ins Heim und komm als Einstein raus». Zur Wirksamkeit der Heimerziehung. Wiesbaden: Springer VS.

Dalügge, Sascha/Walther, Jenni/Schratz, Johanna/Grossheinrich, Nicola (2021). Voraussetzungen in Perspektivklärungsgruppen – damit ein kindgerechter Aufenthalt gelingt. In: Soziale Passagen. 13. (Jg.). S. 405-422.

Deault, Louise (2009). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In: Child Psychiatry Hum Dev. 41. Jg. (2). Berlin: Springer Science + Business Media. S. 168-92.

Diethelm, Karl (2013). Institutionen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Intergas (Hg.). Leitfaden Fremdplatzierung. Zürich: Intergas. S. 124–131.

Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lemkuhl, Gerd (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.

Döpfner, Manfred/Banaschewski, Tobias (2022). Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2022), 50 (1), 51–53. URL: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000854> [Zugriffsdatum: 24.11.2023].

Ebner, Gerhard/Herzog-Zwitter, Iris/Bosshart, Herbert/Hatzinger, Martin/Mager, Ralf/Rota, Fulvia/Seifritz, Erich/Stieglitz, Rolf Dieter (2023). ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 104. Jg. (10). S. 34-35. URL: <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2023.21604> [Zugriffsdatum 14.10.2023].

Eitle, Werner (2023). Herausforderung ADHS. Grudwissen und Hilfen für Kindergarten, Schule, Hort und Heim. 2. Auflage. Augsburg: Auer Verlag.

Epp, André (2018). Das ökosystemische Entwicklungsmodell als theoretisches Sensibilisierungs- und Betrachtungsraster für empirische Phänomene. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 19. Jg. (1). S. 1-21. URL: <https://doi.org/10.17169/fqs-19.1.2725> [Zugriffsdatum 14.10.2023].

Flammer, August (2003). Entwicklungstheorien - Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 3. korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Gawrilow, Caterina (2012). Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Ernst Reinhardt.

Gawrilow, Caterina (2016). Lehrbuch ADHS. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Gebhardt, Brite (2016). Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule. Wie Eltern den Übergang erleben. Wiesbaden: Springer.

Harland, Fran (2009). The importance of teaching care workers about ADHD. In: ADHD IN PRACTICE. 1. Jg. (4). S. 14-16.

Haubl, Rolf (2008). Die Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung als kulturgeschichtliches Phänomen. In: Psychotherapie Forum. 16. Jg. S. 85-91.

Herwig-Lempp, Johannes (2006). ADHS als Erklärungsprinzip und seine Bedeutung für die Soziale Arbeit. In: systema 20. Jg. (3). S. 270-283.

Hirschfeld, Heidi/Rein, Angela/Schnurr, Stefan (2022). Stationäre Hilfen zur Erziehung – Aktuelle Fachdiskurse, Entwicklungsthemen, Denkanstösse. Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit.

Hoffmann, Birte/Castello, Armin (2014). Bindungserfahrungen. In: Armin Castello (Hg.) (Jg.). Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. Prävention im pädagogischen Alltag. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 9-21.

Hosemann, Wilfried/Geiling, Wolfgang (2021). Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. 2. überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Huggenberger, Ruth (2019). ADHS in der Familie. Strategien für den Alltag. Bern: Hogrefe.

Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2022). Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0> [Zugriffsdatum: 24.11.2023].

Huss, Michael (2008). ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51. Jg. Berlin: Springer Medizin. S. 602-605.

Jenkel, Nils (2019). Von welchen Kindern und Jugendlichen ist die Rede? Stets älter? Stets belasteter? In: Immer älter, immer schwieriger? Fachartikel zu Veränderungen durch spätere Platzierungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Zürich: Integras, Fachverband Sozial und Sonderpädagogik. S. 24-30.

Jenni, Oskar (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Warum nicht ADHS-Spektrum? In: Monatsschrift Kinderheilkunde Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin. Ausgabe 164. Nummer 4 (Jg.). Berlin: Springer. S. 271-277.

JFS – Jugend, Familie und Sport (2023). Bericht Hilfen zur Erziehung 2023. Rahmenbedingungen, Angebot und Entwicklungsthemen. Basel: Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

Konrad, Kerstin/Rösler, Michael (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom in der Lebensspanne. In: Der Nervenarzt. 80. Jg. (11). München: Springer Medizin. S. 1302-1311.

Krauss, Anette (2022). ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht. 69. Jg. S. 1-14. Basel/München: Ernst Reinhardt. URL: <http://dx.doi.org/10.2378/peu2022.art07d> [Zugriffsdatum: 11.11.2023].

Lachenmeier, Heiner (2021). Mit ADHS erfolgreich im Beruf. So wandeln Sie vermeintliche Schwächen in Stärken um. Berlin: Springer.

Macsenaere, Michael/Schemenau, Gerhard (2008). Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der "Evaluation Erzieherischer Hilfen" (EVAS). In: Unsere Jugend. 60. Jg. (1). Basel/München: Ernst Reinhardt. S. 26-33

Macsenaere, Michael (2017). Was wirkt in den Hilfen zur Erziehung? In: Forensische Psychiatrie Kriminologie. 11. Jg. Berlin: Springer. S. 155-162.

Matthäus, Marielle/Stein, Andreas (2016). Psychoedukation und Psychotherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS. Stuttgart: Kohlhammer.

Morgan, Paul/Staff, Jeremy/Hillemeier, Marianne/Farkas, George/Maczuga, Steven (2013). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis from kindergarten to eighth grade. In: Pediatrics. 132. Jg. (1). URL: DOI: 10.1542/peds.2012-2390 [Zugriffsdatum: 27.10.2023]

Neuhaus, Cordula (2001). Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Erwachsenwerden mit ADS. Wie Eltern helfen können. Berlin: Urania Verlag.

Neuhaus, Cordula (2007). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnosen und Behandlungen. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Neuhaus, Cordula (2020) Lass mich, doch verlass mich nicht – ADHS und Partnerschaft. 15. Auflage. München: dtv Verlagsgesellschaft.

Norman, Anissa (2018). Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. «Migrationshintergrund ist halt auch irgendwie Thema». 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Pham, Andy (2015). Understanding ADHD from a Biopsychosocial-Cultural Framework. A Case Study. In: Contemporary School Psychology. 19. Jg. S. 54–62. URL: <https://doi.org/10.1007/s40688-014-0038-2> [Zugriffsdatum: 23.09.2023].

Philipsen, Alexandra/Döpfner, Manfred (2020). ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 63. Jg. S. 910-915. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03175-y> [Zugriffsdatum: 31.12.2023].

Polanczyk, Guilherme/Willcutt, Erik/Salum, Giovanni/Kieling, Christian/Rohde, Luis (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. In: International Journal of Epidemiology. 43. Jg. (2). S. 434-442. URL: doi: 10.1093/ije/dyt261 [Zugriffsdatum: 27.10.2023].

Puls, Jan Hendrick (2012). Jugend und Adoleszenz (12-21 Jahre). Symptomatik. In: In: Kahl, Kai G./Puls, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Jg). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme. S. 97-101.

Rauh, Hellgard (2016). Das Feld und der Fall - Ein psycho-sozial-ökologisches Modell. In: Koordinationsstelle der KJA/SPZ (Hg.) Das Kind im Kiez. Lebenswelten entwicklungsgefährdeter Kinder. Dokumentation der Fachtagung 17.-18. September 2015 in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft. S. 42-64.

Romanos, Marcel/Jans, Thomas (2014). ADHS – an der Nahtstelle von Medizin und Pädagogik. In: Lernen und Lernstörungen. 3. Jg. (2). Bern: Hans Huber, Hogrefe. S. 117-132.

Rothenberger, Aribert/Banaschewski, Tobias (2020). Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Steinhausen, Hans-Christoph/Döpfner, Manfred/Holtmann, Martin/Philipsen, Alexandra/Rothernberg, Aribert (Hg.)(Jg.). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 350-375.

Russell, Ginny/Ford, Tamsin/Rosenberg, Rachel/Kelly, Susan (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. 55. Jg. (5). S. 436–445. URL: doi:10.1111/jcpp.12170 [Zugriffsdatum: 27.10.2023].

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung: ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmid, Marc/Di Bella, Nadia (2012). Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-)stationären Settings. In: Schmid / Tetzler / Rensch / Schlüter-Müller, Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 278- 293.

Schmid, Gabriele (2012). Grundlagen. Ätiologie. In: Kahl, Kai G./Puls, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Jg). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme. S. 7-10.

Schmid, Marc (2013). Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – eine kooperative Herausforderung. In: Intergas (Hg.). Leitfaden Fremdplatzierung. Zürich: Intergas. S. 141–161.

Schnurr, Stefan (2012). Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe. In In: Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007. Bern: BSV. S. 66-109.

Schnurr, Stefan (2019). Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz. In: Jugendhilfe. 57. Jg. (1). S. 13-18.

Seiterle, Nicolette (2018). Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder Schweiz 2015-2017. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz und Integras, Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik.

Staub-Bernasconi, Silvia (2012). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: Thole, Werner (Hg.) (2012). Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 267-282.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018). Soziale Probleme – Themen einer systemtheoretisch begründeten Handlungswissenschaft. In: Grasshoff/Renker/Schröer (2018). Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS. S. 369-386.

Steinhausen, Hans-Christoph/Döpfner, Manfred/Hotmann, Martin/Philipsen, Alexandra/Rothenberger, Aribert (Hg.) (2020). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Stevens, Jack/Harman, Jeffrey/Kelleher, Kelly (2005). Sociodemographic and economic comparisons of children prescribed longer-acting versus short-acting stimulant medications for attention deficit hyperactivity disorder. In: The Journal of Behavioral Health Services & Research. 32. Jg. (4). S. 430-437. URL: <https://doi.org/10.1007/BF02384202> [Zugriffsdatum: 27.10.2023].

Stollhoff, Kirsten (2014). Gesellschaftliches Problem oder neurobiologische Störung. Generation ADHS. In: Pädiatrie. 26. Jg (2). S. 96-99.

Strauss, Gregory (2021). A Bioecosystem Theory of Negative Symptoms in Schizophrenia. In: Front Psychiatrie. 12. Jg. URL: <https://doi: 10.3389/fpsy.2021.655471> [Zugriffsdatum: 27.10.2023].

Thümmler, Ramona (2015). ADHS im Schnittpunkt verschiedener Professionen. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Trede, Wolfgang (2003). Heimerziehung in Europa. Fakten und Trends. In: Struck, Norbert/Galuske, Michael/Thole, Werner (Hg.). Reform der Heimerziehung. Eine Bilanz. Opladen: Leske und Budrich. S. 69-83.

Van Langen, Myrte/van Hulst, Branko/Durston, Sarah (2023). Hidden in plain sight: how individual ADHD stakeholders have conflicting ideas about ADHD but do not address their own ambivalence. In: European Child & Adolescent Psychiatry (2023). Ohne Seitenangaben. URL: <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02290-w> [Zugriffsdatum: 31.12.2023].

Wenke, Matthias (2006). ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Willis, Renece/Dhakras, Suyog/Cortese, Samuele (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder in looked-after children: A systematic review of the literature. In: Current Developmental Disorders Reports. 4. Jg. (3). S. 78-84.

ZGB Schweizerisches Zivilgesetzbuch (2020). Vollständige Textausgabe mit wichtigen Nebengesetzen und Verordnungen. 32. Auflage. Sutter-Somm, Thomas (Hg.). Zürich: Liberalis.

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1. Seite 25: Entwicklungspsychopathologische Pfade nach Loeber. In: Steinhausen, Hans-Christoph/Döpfner, Manfred/Hotmann, Martin/Philipsen, Alexandra/Rothenberger, Aribert (Hg.) (2020). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 165.
- Abbildung 2. Seite 30: Das ökologische Entwicklungsmodell. Eigene Darstellung.
- Abbildung 3. Seite 37: Ökologie von Jugendlichen mit ADHS im Kontext der stationären Jugendhilfe. Eigene Darstellung.
- Abbildung 4. Seite 42: Modell gegenseitig erzwingender Interaktionen. In: Steinhausen, Hans-Christoph/Döpfner, Manfred/Hotmann, Martin/Philipsen, Alexandra/Rothenberger, Aribert (Hg.) (2020). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer. S.158.
- Abbildung 5. Seite 45: Mikro- und Mesosystem für Jugendliche mit ADHS im Kontext der stationären Jugendhilfe. Eigene Darstellung.
- Abbildung 6. Seite 48: Prävalenz von ADHS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit von der Sozialen Schicht (nach Döpfner et al. 2008). In: Steinhausen, Hans-Christoph/Döpfner, Manfred/Hotmann, Martin/Philipsen, Alexandra/Rothenberger, Aribert (Hg.) (2020). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer. S.156.
- Abbildung 7. Seite 52: Sich wechselseitig beeinflussende Risiko- und Schutzfaktoren auf den Ökosystemebenen für Jugendliche mit ADHS in der stationären Jugendhilfe. Eigene Darstellung.