

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

# **Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit für Familien mit einem von ADHS betroffenen Kind**

## **Eine systemtheoretische Analyse**

**Verfasserin:** Leila Nsimba

**Eingereicht bei:** Prof. Dr. Olivier Steiner

**Eingereicht:** im Juni/2018 zum Erwerb des  
Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## **Abstract**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, ist das am häufigsten diagnostizierte kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbild. Obwohl die Eltern einen der wichtigsten Akteure im Umgang mit ADHS darstellen, gibt es nur wenig Studien, die deren Sichtweise resp. Belastung untersuchen. Deshalb liegt der Fokus dieser Bachelor-Thesis auf Familien mit von ADHS betroffenen Kindern. Die Hauptfragestellung, welche mittels Fachliteraturen beantwortet wird, lautet: **„Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Familien mit einem ADHS Kind im Umgang mit der entstehenden Problematik mit systemischen Interventionsformen unterstützen?“** Als Brücke zwischen Theorie und Praxis dient die Systemtheorie. Ein Zusammenhang zwischen der Sozialen Arbeit und der Systemtheorie bzw. dem systemtheoretisch-konstruktivistischen Ansatz wird hergestellt. Das Ergebnis dieser Bachelor-Thesis ist ein nicht abschliessender Massnahmenkatalog für die Professionellen der Sozialen Arbeit. Eine Erkenntnis, die aus der Arbeit gewonnen wurde, lautet, dass durch den Eingriff resp. die Interventionen in das Familiensystem die Symptomatik des ADHS reduziert werden kann.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Relevanz der Themenstellung für die Soziale Arbeit .....	2
1.3 Begründung für die Wahl des systemtheoretischen Ansatzes .....	4
1.4 Herleitung der Fragestellung .....	6
1.5 Aufbau der Arbeit .....	8
<b>2 Aktueller Forschungsstand von ADHS .....</b>	<b>9</b>
2.1 Begriffserklärung von ADHS nach ICD-10 und DSM-V .....	9
2.2 Komorbide Begleitstörung von ADHS .....	11
2.3 Epidemiologische Daten zur ADHS .....	12
2.4 Problem der Grenzziehung in der Diagnostik .....	14
2.5 Diskurs um die Ursachen von ADHS .....	15
<b>3 Grundbegriffe der Systemtheorie .....</b>	<b>18</b>
3.1 System und seine Umwelt .....	18
3.2 Familie als soziales System .....	20
3.3 Begriffserklärung des Konstruktivismus .....	22
3.4 Das kybernetische Modell .....	23
<b>4 Auswirkung von ADHS auf das Familiensystem .....</b>	<b>24</b>
4.1 ADHS-Forschungsstand aus Sicht der Eltern .....	24
4.2 Rolle der Mütter und Väter in Zusammenhang mit Erklärung, Diagnostik, Behandlung von ADHS .....	24
4.3 Die Interaktion zwischen Kindern mit ADHS und ihren Müttern .....	25
4.4 Die Interaktion zwischen Kindern mit ADHS und ihren Vätern .....	26
4.5 Die elterliche Belastung .....	26
4.6 Dysfunktionaler Kreislauf zwischen Kindern mit ADHS und ihren Eltern .....	27
4.7 Das Verhältnis von ADHS-Kindern zu ihren Geschwistern .....	29

<b>5 Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit .....</b>	<b>30</b>
5.1 Systemtheorie und Konstruktivismus in der Sozialen Arbeit .....	30
5.1.1 Systemanamnese, -diagnose und -intervention in der Sozialen Arbeit .....	30
5.1.2 Verbindung zwischen dem systemisch-konstruktivistischen Ansatz und der Praxis der Sozialen Arbeit .....	31
5.1.3 Grenze des systemtheoretisch-konstruktivistischen Ansatzes .....	33
5.2 Systemisch orientierte Interventionsmöglichkeiten.....	34
5.2.1 Systemische-lösungsorientierte Beratung .....	34
5.2.2 Elterntrainingsprogramm .....	36
5.2.3 Soziale Netzwerkarbeit.....	38
5.2.4 Medikamentöse Therapie.....	41
 <b>6 Schlusswort .....</b>	 <b>43</b>
6.1 Zusammenfassungen der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragenstellungen .....	43
6.2 Ausblick .....	50
 <b>Quellenverzeichnis .....</b>	 <b>51</b>
 <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	 <b>55</b>
 <b>Anhang.....</b>	 <b>56</b>
 <b>Ehrenwörtliche Erklärung.....</b>	 <b>59</b>

## 1 Einleitung

Im Kapitel 1.1 wird das Thema der Bachelor-Thesis hergeleitet. Nach dieser Einführung schliesst sich im Kapitel 1.2 die Erläuterung der Bedeutung der Themenstellung für die Soziale Arbeit an. In einem weiteren Unterkapitel wird die Wahl für die Systemtheorie begründet. Danach folgt die Herleitung der Fragestellung und anschliessend wird ein Überblick über den Aufbau der Arbeit dargestellt.

### 1.1 Ausgangslage

Im Jahr 1845 ist im Kinderbuch „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann die erste indirekte Beschreibung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, zu lesen. Die Geschichte vom „Zappel-Phillipp“ illustriert einen Jungen, der aufgrund seiner Hyperaktivität das Tischtuch mit dem Essen vom Tisch zieht, woraufhin der Vater dieses Jungen zornig seinen Arm gegen ihn erhebt. Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung wird in der Geschichte von „Hans-Guck-in-die-Luft“ veranschaulicht (Müller/Candrian/Kropotov 2011: 32). Der verträumte Junge läuft in den Fluss hinein. Die beiden Geschichten stellen eine Metapher der Eigenart eines ADHS-Kindes dar und zeigen die soziodynamische Lage, in der sich das Kind befindet (vgl. ebd.). Zur gleichen Zeit wurden die erste Fassung des Struwwelpeters und das Buch „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ von Wilhelm Griesinger veröffentlicht (ebd.: 33). Nach Seidler (2004) deutet Griesinger die Unaufmerksamkeit, welche die Kinder zeigten, als eine mentale Störung des Gehirns. Im Laufe der Zeit entstanden weitere Theorien und Erklärungsversuche zu ADHS, die sich unter anderem bezogen auf den Ursprung und die Bezeichnungen der Störung unterscheiden (vgl. ebd.: 33-37). Die heutige gültige Bezeichnung „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD), auf Deutsch ADHS, wurde seit 1987 nicht mehr geändert (ebd.: 37).

Im Kindes- und Jugendalter ist ADHS die häufigste Störung. Im Mittelpunkt angeregter Diskussionen steht die Medikation mit Psychostimulanzien. Laut Brandau und Kaschnitz befindet sich kaum eine andere Lern- und Verhaltensproblematik in einem derartigen Spannungsfeld zwischen Psychologie, Medizin, Pädagogik und Sozialer Arbeit (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 7). Nach Biegert (2004) vertreten die meisten Autoren und Autorinnen den Standpunkt, dass ADHS als eine Verhaltensstörung mit einem Krankheitswert anzuerkennen ist. Laut Tschauer und Feuz (2011) und Leuzinger-Bohleber (2006) kam in den vergangenen Jahren das Gegenargument auf, dass ADHS eine Modekrankheit sei (vgl. Abelein/Stein 2017: 17).

Es gibt zahlreiche Diskussionen bezüglich der Ursachen und Risikofaktoren für die Entfaltung der ADHS-Symptomatik. Bislang konnte dies nicht abschliessend geklärt werden (vgl. Gebhardt 2016: 31). Unter Bezugnahme auf Döpfner und Banaschewski (2013) und Hüther und Bonney (2012) stellt Gebhardt fest, dass in der Forschung überwiegend die Meinung vertreten wird, dass es bei ADHS um ein multifunktionales Geschehen geht, „in dem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von ADHS zusammenwirken“ (ebd.). Zusammenfassend lässt sich ADHS als ein kontrovers diskutiertes Thema beschreiben. Deshalb ist es interessant, sich mit diesem umstrittenen Gebiet auseinanderzusetzen.

Kinder mit ADHS nehmen in verschiedenen sozialen Netzwerken resp. Systemen Platz ein. Das zentralste System bildet die Familie (vgl. Barkley 2002: 171), denn die Eltern sind einer der wichtigsten Akteure im praktischen Umgang mit ADHS. Ob die diagnostische Abklärung ausgeführt werden sollte, entscheiden die Eltern. Für die Diagnostik sind die Aussagen und Einschätzungen der Eltern über den Verlauf der ADHS bedeutsam. Wird der Verdacht einer ADHS bestätigt, sind es die Eltern, die die vorgeschlagenen Massnahmen ablehnen oder annehmen (vgl. Becker 2014: 37). Trotz dieser zentralen Rolle wurde bislang deren Erleben, Belastungen und Bewältigungsansätzen wenig Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Gebhardt 2016: 20). In dieser Arbeit werden deshalb unter anderem das Erleben und die Belastung der Familie betrachtet und wie diese Belastung mittels Unterstützung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit behoben werden kann. Die Systemtheorie dient als Brücke zwischen Theorie und Praxis. Doch zuerst wird im nächsten Kapitel die Relevanz für die Auseinandersetzung mit Familien mit einem von ADHS betroffenen Kind für die Soziale Arbeit dargestellt.

## **1.2 Relevanz der Themenstellung für die Soziale Arbeit**

Gemäss Birnbaum et al. verursachte ADHS im Jahr 2000 für die Sozialsysteme der USA insgesamt 31,6 Milliarden US-Dollar direkte sowie indirekte Kosten. Für Deutschland liegen keine vergleichbaren Zahlen vor. Dennoch lässt sich nach Romanos, Schwenck und Walitza aus dem Störungsbild eine gesamtgesellschaftliche Relevanz für Europa ableiten (vgl. Romanos/Schwenck/Walitza 2008: 782). Laut Gebhardt nahm aufgrund der hohen und ansteigende Prävalenzrate und Zunahme der Verschreibungen von ADHS-spezifischen Medikamenten die wissenschaftliche wie auch die öffentliche Aufmerksamkeit für ADHS zu (vgl. Gebhardt 2016: 17). Nach Zink betrifft das Phänomen ADHS nicht ausschliesslich die Wissenschaft, sondern sie

taucht in den verschiedensten Formen der Praxisfelder wie Schule, in Bereichen der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit auf, welche Kinder und Jugendlichen zum Gegenstand haben (vgl. Zink 2016: 452). Folglich ist es für die Wissenschaft und die Professionellen der Sozialen Arbeit wichtig, sich mit der ADHS-Thematik auseinanderzusetzen. Nach Döpfner, Fröhlich und Lehmkuhl (2013), Steinhausen, Rothenberger und Döpfner (2010) und Sonuga-Barke (2013) gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien bezüglich ADHS. Dabei werden insbesondere die Analyse pathogener Faktoren, die Prävalenz, Diagnostik und die Wirkung diverser Therapien und Trainings in den Blick genommen. Nach Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl (2011), Born und Oehler (2011), Hengst, D. Krowatschek und G. Krowatschek (2011) existiert eine umfangreiche Literatur bezüglich des Zusammenhangs von ADHS und Schule. Obwohl die Eltern eine wichtige Rolle für von ADHS betroffene Kinder spielen, wird deren Erleben, Belastung und Bewältigungsansätzen nur eine geringfügige Beachtung geschenkt (vgl. Gebhardt 2016: 20). Nach Cunningham und Boyle (2002) und DuPaul et al. (2001) fühlen sich die Eltern, welche ADHS-Kinder im Vorschulalter haben, weniger kompetent, sind gestresst und erleben die Eltern-Kinder-Interaktion negativ. Ausserdem haben die Eltern weniger anpassende Bewältigungsstrategien (vgl. Zenglein et al. 2013: 196). Nach Schilling, Petermann und Hapel (2006) fühlen sich die Eltern zudem hilflos und überfordert. Dies beeinträchtigt zusätzlich das psychische Wohlbefinden. Nach Käßler (2005) mindert sich die Lebensqualität, während laut Gabriel und Bodenmann (2006) die familiäre Belastung zunimmt (vgl. Özmen 2009: 254). Überdurchschnittlich häufig leiden Eltern und Geschwister der von ADHS betroffenen Kinder selber unter psychischen Problematiken und Störungen (vgl. Barkley 2002: 172). Um zu verdeutlichen, dass das Thema „ADHS in der Familie“ für die Soziale Arbeit zentral ist, wird zunächst die Definition von Sozialer Arbeit nach den International Federation of Social Workers, kurz IFSW, aufgezeigt.

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“  
(AvenirSocial 2010: 8)

Aus der Beschreibung der Sozialen Arbeit nach IFSW lässt sich ableiten, dass die belastende Lebenslage der Familien mit von ADHS betroffenen Kindern für die Professionellen der Sozialen Arbeit einen Handlungskontext darstellt. Denn die Professionellen der Sozialen Arbeit verfolgen das Ziel, das Wohlbefinden ihrer Klientel zu fördern und Probleme menschlicher Beziehungen zu lösen (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Wie in der Ausgangslage beschrieben, wird mittels der Systemtheorie eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt. Im nachfolgenden Kapitel wird die Wahl der Systemtheorie begründet.

### **1.3 Begründung für die Wahl des systemtheoretischen Ansatzes**

Die Soziale Arbeit beschäftigt sich nicht mit Systemen, sondern mit Menschen. Es stellt sich die Frage, weshalb sich die Soziale Arbeit mit der Systemtheorie auseinandersetzen sollte. Eine banale Erkenntnis lautet, dass der Mensch in Austausch- und Wechselbeziehungen mit seiner Umwelt lebt und nicht isoliert existiert. Dieser Austausch resp. dieses Beziehungsverhältnis zwischen Umwelt und Mensch kann als System bezeichnet werden. Diese Sichtweise musste sich in der Geschichte der Sozialen Arbeit erst einmal durchsetzen. Die Unterstützungen der hilfebedürftigen Menschen sah früher so aus, dass deren Verhaltensweisen und Einstellungen an die gesellschaftlichen Erfordernisse und Erwartungen anzupassen waren. Die amerikanische Sozialreformerin, Jane Addams (1860-1935), erkannte, dass das Streben nach gesellschaftlicher Konformität nicht genügt. Bei der Bearbeitung eines sozialen Problems sind sowohl die materiellen Ressourcen als auch die sozialen Beziehungen des Menschen zu betrachten. Der Mensch und dessen Umweltbedingungen müssen immer in ihren vielfältigen Wechselwirkungen und Abhängigkeitsverhältnissen gesehen werden. Das systemische Denken in der Sozialen Arbeit wurde von dieser Weltanschauung vom System als Person-Umwelt-Beziehung geprägt (vgl. Lambers 2010: 15f.). Unter der Betrachtungsweise des Kontexts Familie mit einem ADHS-Kind ist anzumerken, dass das Verständnis um die Ursachen, die Entwicklung und die Konsequenzen der Störung begrenzt bleibt, solange das soziale Umfeld, wie die Familie und die Interaktion des Kindes nicht berücksichtigt werden. Die Sichtweise von Jane Addams, dass der Fokus nicht nur auf den Klienten oder die Klientin zu richten ist, sondern auch dessen oder deren Umwelt resp. System in Betracht gezogen werden muss, bestärkt die Entscheidung, sich mit dem wichtigsten System eines von ADHS betroffenen Kindes, der Familie, auseinanderzusetzen (vgl. Barkley 2002: 171).

Die Systemtheorie hat in den vergangenen Jahrzehnten in der Sozialen Arbeit breite Achtung und Anwendung gefunden (vgl. Kleve 2010: 156). In der Sozialen Arbeit gewann auch der Konstruktivismus als Theorie in diesem Zeitraum immer mehr an Bedeutung. Eine grössere Beliebtheit des konstruktivistischen Ansätze ist in der Wissenschaft und Praxis wiederzufinden. Es gibt unterschiedliche systemtheoretische Positionen und eine von ihnen ist der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz (vgl. Kleve 2005: 63). Derzeit scheint dieser Ansatz in theoretischen Reflexionen und in der praktischen Sozialen Arbeit Konjunktur zu haben (vgl. Kleve 2003: 30). In Anbetracht dessen, dass der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz in der Sozialen Arbeit an Bedeutung gewinnt, ist es interessant, sich mit diesem Ansatz auseinanderzusetzen.

Ein weiterer Grund für die Wahl dieser Theorie resp. dieses Ansatzes liegt in den Vorteilen, welche der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz zu bieten hat. Die Soziale Arbeit findet in verschiedenen systemischen Zusammenhängen statt und ist ein äusserst vielschichtiges sowie komplexes Geschehen, denn die Professionellen der Sozialen Arbeit nutzen für ihre Praxis und Theorien verschiedene Wissensgebiete (vgl. Kleve 2010: 156). Nach Hosemann und Geiling hilft systemtheoretisch-konstruktivistisches Denken, „Komplexität zu ordnen und die dabei vorgenommenen Beobachtungen und Entscheidungen der Reflexion zugänglich zu machen“ (Hosemann/Geiling 2013: 22). Gemäss Heiko Kleve zieht die traditionelle und allmählich unbrauchbare Anschauung, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit eine von der gesellschaftlichen Norm abweichende Klientel normalisieren, eine Stigmatisierung nach sich und ist generell sozial fragwürdig. Das konstruktivistische Reflektieren sollte von dieser Anschauung Abschied nehmen (vgl. Kleve 2003: 31).

Die Familie kann als System betrachtet werden (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 20). Hünersdorf schreibt, dass in den systemtheoretischen Schriften der Sozialen Arbeit die Familie bisher ein vernachlässigtes Forschungsfeld gewesen sei. Aufgrund dessen und weil die Familie ein System bildet, soll sie in dieser vorliegenden Arbeit systemtheoretisch in den Blick genommen werden, um dieses Forschungsfeld stärker zu untermauern (vgl. Hünersdorf 2004: 33).

Aufgrund dieser genannten Gründe wurde in dieser Bachelor-Thesis die Systemtheorie resp. der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz gewählt.

#### **1.4 Herleitung der Fragestellung**

ADHS-Betroffene sind sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene (vgl. Plus 2012: 5). Gemäss Schmid bewerten die Familie das Verhaltensproblem des ADHS-Kindes als schwierig. Das altersuntypische Ausmass an Stimmungsschwankungen und emotionale Ausbrüche sowie die häufig eskalierenden Streitigkeiten zwischen Geschwistern werden von der Familie als anstrengend erlebt. Insbesondere die Aufmerksamkeitsproblematik, wenn es um Hausaufgabensituationen geht, wird von den Eltern als sehr belastend beurteilt (vgl. Schmid 2012: 53). Das klinische Bild der ADHS wandelt sich zu Beginn der Pubertät. Die motorische Unruhe bei den ADHS-Patienten und Patientinnen reduziert sich, wobei eine diskrete Unruhe, wie Wippen mit den Beinen oder Füssen, Hantieren mit kleinen Gegenständen, bestehen bleibt. Die Problematik der Aufmerksamkeit nimmt hingegen zu (vgl. Plus 2012: 97). Barkley et al. (2006) führen aus, dass die Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für eine schlechte Schulausbildung und mehr Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben (vgl. Plus 2012: 5). Nach Satterfield und Schell (1997) sind Jugendliche mit ADHS im Vergleich zu nicht betroffenen Altersgruppen häufiger für künftige Straffälligkeiten prädisponiert (vgl. Plus 2012: 100). In der Forschungsarbeit von Gwentyth Edwards et al. wurde festgestellt, dass zwischen den Eltern und Jugendlichen mit ADHS vermehrt Konflikte auftreten (vgl. Barkley 2002: 308). Nach Murphy und Barkley (1996) zeigen von ADHS betroffene Erwachsene ein riskanteres Verhalten im Strassenverkehr, die Beziehungen zu Partnern oder Partnerinnen dauern kürzer und sie sind mit ihrer Lebenssituation unzufriedener (vgl. Plus 2012: 5). Daraus lässt sich ableiten, dass von ADHS betroffene Personen unterschiedlich starke Symptome und Problematiken aufweisen und sich dies nicht gleich auf das Familiensystem auswirkt. Deshalb ist hier eine Eingrenzung nötig. In der Literaturrecherche zeigt sich, dass eine Differenzierung zwischen Kindern und Jugendlichen mit ADHS nicht in jedem Fall eingehalten wird. Auch in dieser Bachelor-Thesis wird nicht immer stringent eine Differenzierung vollzogen, doch der Fokus liegt aufgrund der beruflichen Erfahrung der Autorin auf Kindern mit ADHS.

Wie eingangs beschrieben, ist die Familie das wichtigste System eines ADHS Kindes. Wenn das soziale Umfeld resp. der Familienkontext und die Interaktion des Kindes nicht berücksichtigt werden, bleibt das Verständnis bezüglich Ursachen, Merkmalen, Entwicklungen und Konsequenzen von ADHS nur begrenzt (vgl. Barkley 2002: 171). Trotz der zentralen Rolle der Eltern wurde laut Gebhardt deren Belastung und Bewältigungsansätzen geringe Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Gebhardt 2016: 20).

Aufgrund dessen wird in dieser Arbeit die Familie mit einem ADHS Kind zum Untersuchungsgegenstand. Die Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen, kurz EKFF, definiert Familie wie folgt: „Der Begriff der Familie bezeichnet jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern im Mehrgenerationenverbund begründet und gesellschaftlich anerkannt sind.“ (Schweizerische Eidgenossenschaft o.J.: o.S.) Aufgrund dieser offenen Beschreibung von Familie wird der Begriff in dieser Arbeit etwas eingegrenzt. Es werden Familien betrachtet, die aus folgenden Familienmitgliedern bestehen: Mutter, Vater, ADHS Kind und jüngere und/oder ältere Geschwister des von ADHS betroffenen Kindes.

Als Brücke zwischen Theorie und Praxis dient die Systemtheorie resp. der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz. Mehrere Gründe für die Wahl der Theorie bzw. des Ansatzes wurden im vorherigen Kapitel beschrieben. Zudem kann die Familie als System betrachtet werden (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 20). Deswegen ist es interessant, den Untersuchungsgegenstand systemtheoretisch zu betrachten.

Wie im Kapitel 1.2 beschrieben, bildet die belastende Lebenslage der Familien mit einem ADHS Kind einen Handlungskontext für die Soziale Arbeit. Nach dem Berufskodex der Sozialen Arbeit verfolgen die Professionellen der Sozialen Arbeit das Ziel, das Wohlbefinden der Klientel zu fördern und Probleme menschlicher Beziehungen zu lösen (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Es stellte sich die Frage, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit mittels systemischer Interventionsformen die Familie im Umgang mit den entstehenden Problematiken unterstützen können. Daraus kristallisiert sich folgende Fragestellung heraus:

**„Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Familien mit einem ADHS Kind im Umgang mit der entstehenden Problematik mit systemischen Interventionsformen unterstützen?“**

Um diese Hauptfragestellung beantworten zu können, ergibt sich zunächst die Frage:

**„Welche Problematiken entstehen in der Familie mit einem ADHS Kind?“**

Wie in der Ausgangslage beschrieben, ist ADHS ein umstrittenes und kontrovers diskutiertes Thema im Fachdiskurs (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 7). Deshalb muss geklärt werden, was unter ADHS verstanden wird. Die Unterfrage, welche in dieser Arbeit beantwortet wird, lautet:

### **„Welche Definitionen, epidemiologischen und ätiologischen Befunde gibt es zu ADHS im Kindesalter?“**

Der Untersuchungsgegenstand kann als System betrachtet werden. Es stellt sich die Frage, wie dies genau zu verstehen ist und welche Folgerung für ADHS Kinder gezogen werden kann. Die Fragestellung lautet:

### **„Wie lässt sich die Familie als System verstehen und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für das Verständnis von ADHS ziehen?“**

Das Ziel dieser Bachelor-Thesis liegt darin, einen nicht abschliessenden Massnahmenkatalog zu erstellen. Angesichts der Tatsache, dass in dieser Arbeit eine systemtheoretische Position eingenommen wird, sind auch die Massnahmen systemisch orientierte Interventionen. Des Weiteren sollen mittels Fachliteratur und Studien die Fragestellungen beantwortet werden. Um den systemisch-konstruktivistischen Ansatz verständlich und in angemessener Tiefe darzustellen, werden Bezüge zu mehreren Autoren und Autorinnen gezogen.

### **1.5 Aufbau der Arbeit**

Das Ziel dieser Bachelor-Thesis besteht darin, anhand von Fachliteraturen und Studien die Fragenstellungen zu beantworten. Der Aufbau der Arbeit ist wie folgt:

Im Kapitel 2 „Aktueller Forschungsstand von ADHS“ wird der Begriff „ADHS“ nach dem Klassifikationssystem ICD-10 und DSM-V erklärt. Zudem werden mögliche komorbide Störungen, die Prävalenzrate, die Problematik der Grenzziehung und die kontrovers diskutierte Ursache von ADHS beschrieben. Im Kapitel 3 werden Grundbegriffe der Systemtheorien genannt und erläutert. Die Grundbegriffe, die dargelegt werden, sind System, Konstruktivismus und Kybernetik. Zudem wird die Familie als System betrachtet. Anschliessend wird im Kapitel 4 der aktuelle Forschungsstand bezüglich ADHS aus Sicht der Eltern resp. Familie beschrieben. Dabei werden das Rollenverhältnis der Eltern, die Interaktion zwischen dem ADHS-Kind und seinen Familienmitgliedern und die elterliche Belastung betrachtet. Im 5. Kapitel wird zunächst die Soziale Arbeit aus systemisch-konstruktivistischer Sicht untersucht. Danach werden mögliche Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit beschrieben. In dem abschliessenden Schlusswort werden die wichtigsten Erkenntnisse nochmals zusammengefasst resp. diskutiert, die Fragestellung wird beantwortet und eine Schlussfolgerung gezogen.

## 2 Aktueller Forschungsstand von ADHS

Im Kapitel 2 wird erläutert, was unter dem Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ verstanden wird. Zudem werden mögliche komorbide Begleitstörungen von ADHS geschildert. Die Problematik der Diagnosestellung und die epidemiologischen Daten von ADHS werden vorgestellt. Abschliessend wird der Diskurs um die Ursache von ADHS beschrieben.

### 2.1 Begriffserklärung von ADHS nach ICD-10 und DSM-V

Die ICD-10 (*International Classification of Diseases*) und die DSM-V (*Diagnostic and statistical manual*) sind internationale Klassifikationssysteme, die unter anderem die psychische Störung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung klassifizieren resp. im ICD-10 wird von Hyperkinetischer Störung (HKS) gesprochen (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 23; Becker 2014: 31; Gebhardt 2016: 25). Nach Döpfner, Fröhlich und Lehmkuhl (2013) stimmen die Diagnosekriterien der beiden Klassifikationssysteme in weiten Teilen überein (vgl. Gebhardt 2016: 25). Sowohl im ICD-10 als auch im DSM wird eine ADHS-Diagnose vergeben, „wenn Symptome in den Bereichen Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, in mehr als einem Bereich (z.B. Schule und Zuhause) und in einem deutlichen, mit dem normalen Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Mass aufgetreten sind“ (ebd.: 25). Die Bundesärztekammer (2005) beschreibt die drei Kernsymptomen des Störungsbildes ADHS resp. HKS wie folgt:

- „Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen und die Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden.
- Unruhiges Verhalten insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können.
- Impulsivität z. B. mit abrupten motorischen und / oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen.“ (Bundesärztekammer 2005: 5)

Die drei Kernsymptome werden nochmals in verschiedene Einzelsymptome resp. (Symptom-)Kriterien unterteilt (vgl. Becker 2014: 32). Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich nur minimal in der Definition der einzelnen Kriterien. Der Vollständigkeit halber sind im Anhang Nr.1 die Kriterien für HKS nach der ICD-10 nachzulesen. Die Kriterien für ADHS nach dem DSM-V sind im Anhang Nr. 2 zu finden. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Klassifikationssystemen liegt in der Bestimmung der Anzahl der Kombination dieser Kriterien (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 23).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (2014) müssen im ICD-10 für die Diagnose „einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung“ (F90.0) die Kriterien in allen drei Kernsymptomen „Impulsivität“, „Aufmerksamkeitsdefizit“ und „Hyperaktivität“ vorliegen (Gebhardt 2016: 26). Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist in der Abbildung 1 eine grafische Veranschaulichung dargestellt. Im Hinblick auf die Anzahl der Symptomkriterien müssen für die Diagnose sechs von neun Kriterien im Bereich Aufmerksamkeitsdefizit, drei von vier Kriterien aus dem Kardinalbereich Hyperaktivität und eines der vier Kriterien der Impulsivität erfüllt sein (vgl. Becker 2014: 32). Ein weiteres Kriterium richtet sich darauf, dass im ICD-10 die ersten Kernsymptome vor dem sechsten Lebensalter auftreten müssen (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 24).

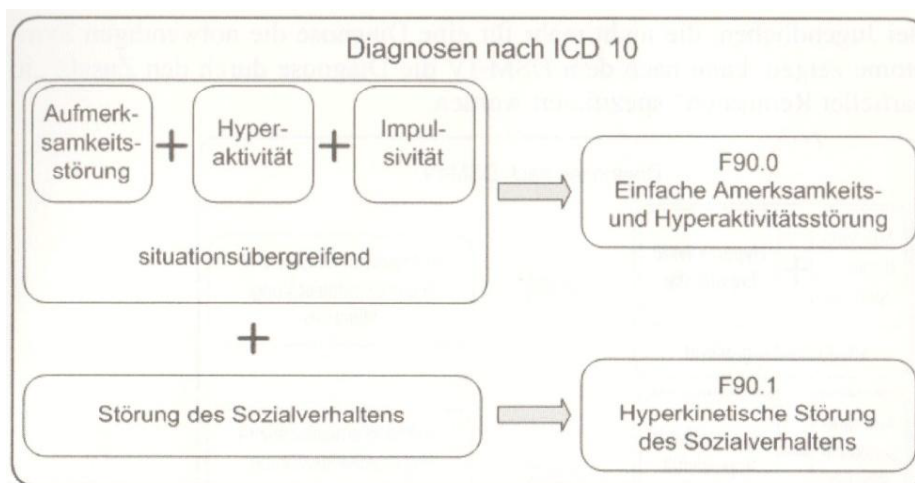


Abb. 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 (in: Brandau/Kaschnitz 2013: 24)

Im Unterschied zum ICD-10 müssen im DSM-V nicht alle drei Kernsymptome gemeinsam auftreten. Im DSM-V gibt es die drei Subtypen „vorherrschend unaufmerksam Typ“, „vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ“ und „Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (Gebhardt 2016: 26). Im ersten Typus ist vor allem die Aufmerksamkeitsdefizitstörung ausgeprägt, während die Hyperaktivität und Impulsivität nicht oder nicht hinreichend vorliegen. Beim vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ sind die Hyperaktivität und Impulsivität stark ausgeprägt und die Aufmerksamkeitsstörung liegt nicht oder nicht hinreichend vor. Beim gemischten Subtyp treten alle drei Kernsymptome auf (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 24). Die Abbildung 2 stellt die drei Subtypen dar. Für die ADHS-Diagnose müssen im Bereich Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität/Impulsivität sechs oder mehr Kriterien erfüllt sein. Bei Jugendlichen ab dem 17. Lebensalter sind lediglich vier zutreffende Kriterien

für die Diagnose notwendig (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 26f.). Nach der Aktualisierung des DSM-IV zum DSM-V wurde die Altersgrenze von sieben auf zwölf Jahre erhöht und somit entstand ein grösserer Unterschied zwischen dem ICD-10- und dem DSM-System (vgl. Gebhardt 2016: 26).

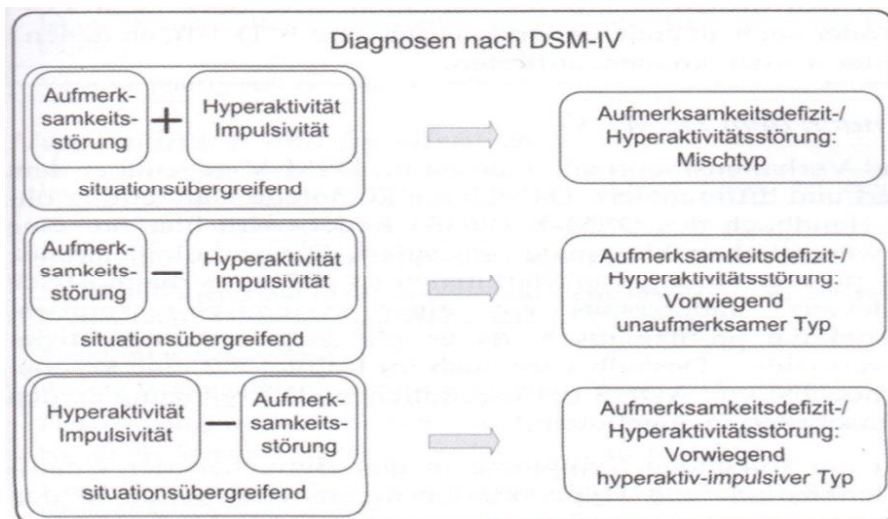


Abb. 2: Kriterien einer ADHS nach DSM-IV (in: Brandau/Kaschnitz 2013: 25)

Brandau und Kaschnitz erachten eine starre zeitliche Festlegung der Diagnose ab dem sechsten Lebensalter als diskussionsbedürftig. Denn mit hoher Sicherheit kann bereits im Klein- und Vorschulalter ADHS diagnostiziert werden. Werden die ersten Anzeichen von ADHS erkannt, bestünde die Chance, durch präventive Massnahmen die Problemauswüchse im späteren Alter aufzuhalten und einzudämmen (vgl. ebd.: 110). Im nächsten Kapitel folgt nun ergänzend zur Begriffserklärung von ADHS die komorbide Begleitstörung.

## 2.2 Komorbide Begleitstörung von ADHS

Laut Gawrilow zeigen nationale und internationale Forschungsbefunde auf, dass ADHS ohne Begleitung weiterer psychischer Störungen eher selten anzutreffen ist (vgl. Abelein/Stein 2017: 27). Gemäss Döpfner, Fröhlich und Lehmkuhl (2000) weisen zwei Drittel der von ADHS betroffenen Kinder und Jugendlichen neben den Kernsymptomen noch weitere sogenannte komorbide Störungen auf. Diese Begleitstörungen stellen eine zusätzlich Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen dar (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 56). Die komorbide Problematik ist hauptsächlich durch ADHS bedingt, aber sie kann auch unabhängig davon entstehen (vgl. Abelein/Stein 2017: 29). Gemäss Döpfner et al. (2013) tritt die oppositionelle Störung des Sozialverhaltens bei etwa der Hälfte der von ADHS betroffenen Kinder und

Jugendlichen auf. Nach Wyschkon und Esser (2007) sind das Nicht-Befolgen von Anweisungen und Regeln, Streitigkeiten mit Erwachsenen und Gleichalterigen sowie eigene Fehler einer andere Person zuzuschreiben typische oppositionelle Verhaltensweisen. Laut Döpfner et al. (2013) liegt die Prävalenzrate von Störungen des Sozialverhaltens ohne oppositionelle Verhaltensstörung bei 30-50%. Weitere Begleitstörungen sind depressive Störungen, Angststörungen, Lernstörungen sowie Teilleistungsschwächen und Tic-Störungen. Gemäss Wyschkon und Esser (2007) hat die Störung des Sozialverhaltens ungünstige Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen. Diese ungünstige Entwicklung zeigt sich dadurch, dass die Kinder im Jugendalter delinquente Tätigkeiten und Substanzmissbrauch entwickeln. Eine destruktive Entwicklung verdeutlicht sich auch in der Schule, in der Familie und in der Peer-Group. Nach Döpfner et al. (2013) weisen die internalisierenden Problematiken wie die depressiven Störungen und ADHS einen Zusammenhang auf. Sie werden unter anderem auf (schulische) Misserfolgserlebnisse und Konflikte in sozialen Beziehungen zurückgeführt, die negative Folgen auf das Selbstwertgefühl sowie die Selbstwirksamkeit nach sich ziehen (vgl. Abelein/Stein 2017: 27ff.). Weitere epidemiologische Befunde zu ADHS werden im nächsten Kapitel beschrieben.

### **2.3 Epidemiologische Daten zur ADHS**

Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Störungen aller Altersklassen ist ADHS am häufigsten anzutreffen, jedoch differieren die Prävalenzraten der verschiedenen Studien enorm. Ein Grund für die Varianz der Prävalenzrate liegt in den unterschiedlichen verwendeten Klassifikationssystemen. Die verschiedenen Subtypen im DSM treten unterschiedlich auf. Aufgrund dieser Differenzierung in die drei Subtypen wird im DSM häufiger eine ADHS-Diagnose gestellt (vgl. Plus 2012: 3). Gemäss Quaschner und Theisen (2008) liegt die Häufigkeitsangabe von Schulkindern im Alter zwischen sechs und 14 Jahren im ICD-10 bei 1-3%, während sie sich im DSM-IV bei ca. 4-8% findet (vgl. Abelein/Stein 2017: 24). Die ADHS-Prävalenzrate fällt international relativ vergleichbar aus, wenn die identischen Klassifikationssysteme verwendet werden. Nach American Psychiatric Association (2013) wird mittels DSM-V eine kulturübergreifende Prävalenzrate von etwa 5% im Kindesalter und ca. 2.5% bei Erwachsenen gemessen (vgl. Gebhardt 2016: 29). In den meisten Studien zeigt sich, dass bei Jungen bzw. Männern häufiger ADHS diagnostiziert wird als bei Mädchen bzw. Frauen. Steinhausen (2010) verweist auf zwei Studien, die keine signifikante Differenz der Prävalenzrate zwischen den Geschlechtern nachweisen. Demgegenüber

stellen Skogli et al. (2013) fest, dass die Studienergebnissen stark schwankende geschlechtsspezifische Raten aufweisen. In den klinischen Studien liegt das Verhältnis zwischen 5:1 und 9:1, während sich bei bevölkerungsbasierten Studien nach DSM-V das Verhältnis bei 3:1 befindet. Eine weitere Erkenntnis lautet, dass eine Abhängigkeit zwischen einer diagnostizierten ADHS und sozioökonomischem Status der Eltern besteht. Die Prävalenzrate der Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status beträgt 6,4%, während die mit einem hohen sozioökonomischen Status bei 3,2% liegt (vgl. Gebhardt 2016: 29ff.).

Grundsätzlich weisen die epidemiologischen Studiendaten zur Prävalenz von ADHS eine grosse Varianz auf (vgl. ebd.: 29). Nach Lauth und Schlottke (2009) gibt es mehrere Gründe für den erheblichen Unterschied innerhalb der Prävalenzraten (vgl. Abelein/Stein 2017: 23f.). Ein bereits genannter Grund betrifft die unterschiedlich verwendeten Klassifikationssysteme (vgl. Plus 2012: 3), ein weiterer den Einsatz eines unspezifischen Messinstruments (vgl. Abelein/Stein 2017: 24). Nach Polanczyk et al. (2007/2014) hängt die Varianz der Prävalenzrate nicht ausschliesslich vom genutzten Instrument ab, „sondern auch von der Quelle, von der die Daten stammen“ (Schuster 2017: 118). Werden nur die Aussagen der Lehrperson oder Eltern genommen, so wird eine höhere Prävalenzrate erreicht, als wenn das Urteil eines klinischen Experten zusätzlich herangezogen wird (vgl. ebd.: 118). Steinhausen (2010) fasst zusammen, dass aufgrund der Wahl eines Klassifikationssystems die angewandte Untersuchungsmethode (Fragenbogen oder Interviewstudien) und die befragten Personen (Kliniker, Eltern, Lehrperson, Kinder) hinsichtlich des Prävalenzwerts zwischen 0,4 und 17, 8% variieren (vgl. Becker 2014: 35). Die Diagnose von ADHS gestaltet sich aufgrund der Begleitstörungen als sehr schwierig. Dies könnte ein weiterer Grund für die unterschiedliche Prävalenzrate sein (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 30).

Ob es in den vergangenen Jahrzehnten einen Anstieg an ADHS-Diagnosen gab oder ob ADHS über- oder unterdiagnostiziert wurde, wird kontrovers diskutiert. Gemäss Akinbami et al. (2011) belegen mehrere Studien einen deutlichen Prävalenzanstieg. Demgegenüber verweist die Meta-Regressionanalyse von Polanczyk darauf, dass es in den letzten 30 Jahren zu keiner realen Zunahme gekommen ist (vgl. Gebhardt 2016: 31). Aufgrund dessen kann die Frage, ob die ADHS-Diagnosen zahlenmässig gestiegen sind, nicht abschliessend geklärt werden. Die Problematik der Grenzziehung in der Diagnostik wird im nachfolgenden Kapitel erklärt.

## 2.4 Problem der Grenzziehung in der Diagnostik

In der ADHS-Diagnostik ist es schwierig, eine Grenze zwischen stark auffallenden, aber „noch normalem Verhalten“ und abweichendem, sprich „krankhaftem“ Verhalten zu ziehen (Becker 2014: 16). Ein eindeutig krankhafter oder gesunder Zustand kann in Bezug auf somatische Krankheiten mittels Normabweichungen vom physiologischen Wert nachgewiesen werden. Im Bereich psychischer Störung existieren keine (labor-) technischen Nachweismethoden. Nach Kraemer, Noda und O'Hara (2004) wird in der Psychiatrie deshalb zwischen kategorialen und dimensionalem Krankheitsverständnis differenziert. Beim kategorialen Krankheitsverständnis geht es um eine klare Abgrenzung, die meist auf quantifizierbaren Parametern basiert. Nach Steinhausen (2010) kann mittels der drei Kernsymptome von ADHS ein klarer Unterschied zwischen Individuen mit und ohne ADHS getroffen werden. In Bezug auf das dimensionale Krankheitsverständnis sind die Übergänge fließend. Die qualitative Beurteilung bildet dabei die Basis (vgl. ebd.). Die ICD-10 und DSM-V sind kategorial angelegt. Beide Klassifikationssysteme legen Symptome fest, die den Zustand „krankhaft und nicht-krankhaft (sic!)“ unterscheiden (ebd.: 17). Dennoch sind im Klassifikationssystem dimensionale Anteile enthalten (vgl. ebd.). Gemäss der Bundesärztekammer (2005) lautet die Beschreibung eines Symptomkriteriums nach ICD-10 wie folgt: „Die Kinder können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen.“ Die Wörter „häufig“ oder „oft“ sind nicht genau definiert (ebd.). Die Auslegung des Urteils liegt bei dem Beobachter oder der Beobachterin. Ein weiterer dimensionaler Anteil des Klassifikationssystems, welches von der Bundesärztekammer (2005) beschrieben wurde, bildet die Rahmenkriterien, sprich die bestimmte Anzahl von Symptomkriterien, die bestimmen, dass der Entwicklungsstand des Kindes nicht adäquat ist und in unangemessenem Ausmass auftritt. Der Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung obliegt dem Urteil des Experten oder der Expertin. Ein Teil der Kinder- und Jugendpsychiater sind der Auffassung, dass mittels entsprechenden Aufwands des Klassifikationssystems eine zuverlässige Diagnose vorgenommen werden kann. Andere wiederum stellen die Diagnostik grundsätzlich in Frage. Innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -therapie entsteht eine Spaltung. Dabei bilden sich extrem unterschiedliche Positionen auch in Bezug auf die Ursache und Behandlungsmöglichkeiten von ADHS (vgl. ebd.: 16f.). Im nächsten Kapitel wird auf die jeweiligen Positionen im Diskurs um die Ursache eingegangen.

## 2.5 Diskurs um die Ursachen von ADHS

Sowohl die Ursachen als auch die Risikofaktoren für die Entfaltung einer ADHS-Symptomatik werden viel diskutiert und konnten bislang nicht abschliessend erklärt werden. Laut Hüther und Bonney (2012) und Döpfner et al. (2013) wird in der Forschung überwiegend die Meinung vertreten, dass es sich um ein multikausales Geschehen handelt (vgl. Gebhardt 2016: 31). Im Streit um die Ursache von ADHS bildeten sich drei Kausalitätskonzepte heraus, nämlich ein „biomedizinisch-genetisches Konzept“, ein „entwicklungspsychologisches Modell“ und die „systemisch-konstruktive Perspektive“, die im folgenden Kapitel erläutert werden (ebd.). Der Unterschied der drei Kausalitätskonzepte liegt in der Bewertung der Bedeutung der einzelnen Faktoren sowie in ihren wechselseitigen Beeinflussungen, welche die Vertreter und Vertreterinnen ihnen zuschreiben (vgl. ebd.).

### Biomedizinisch-genetisches Konzept

Für die derzeitigen medizinischen Diagnoseverfahren und Behandlungsleitlinien ist das biomedizinisch-genetische Konzept massgebend (vgl. Gebhardt 2016: 31). Bei der Entwicklung von ADHS wird angenommen, dass über 70% genetisch bedingt ist (vgl. Schmid 2012: 8). Im biomedizinisch-genetischen Konzept wird genetischen Faktoren ein höherer Stellenwert zugeschrieben (vgl. Gebhardt 2016: 32). Die psychosozialen Faktoren hingegen haben lediglich einen Einfluss auf den Ausprägungsgrad und Störungsverlauf von ADHS. Ihnen wird keine kausale Bedeutung bei der Entstehung der Störung zugeteilt (vgl. Schmid 2012: 10). Nach Becker gibt es zahlreiche Studien zu den genetischen und neurologischen Grundlagen von ADHS. In Untersuchungen zu den neurochemischen Grundlagen der ADHS ist der bedeutende Mechanismus zur Erklärung der Dysregulation der Neurotransmitter Dopamin (vgl. Becker 2014: 20f.). Nach Banaschewski et al. (2004) und Roessner und Rothenberger (2010) übernimmt der Botenstoff Dopamin „eine wichtige Funktion bei der Modulation von motorischer Aktivität, beim Aufrechterhalten von Aufmerksamkeit sowie auf der Ebene der Belohnungs- und Motivationszentren“ (ebd.: 21). Ein Mangel des Botenstoffes manifestiert folglich auf der Verhaltensebene eine Regulationsstörung. Nach Banaschewski et al. weisen Menschen mit ADHS im Vergleich zu gesunden Menschen eine um 70% gesteigerte Bindungskapazität der präsynaptischen Dopamintransporter auf. Das bedeutet, dass Menschen mit ADHS nicht über genügend Dopamin im Gehirn verfügen. Dadurch weisen die Betroffenen eine Problematik in der Aufmerksamkeitsregulation, Impulskontrolle sowie eine motorische Unruhe auf. Dies kann mittels einer medikamentösen Therapie reguliert werden (vgl. Becker 2014: 21).

### **Entwicklungspsychologisches Modell**

Die psychosozialen Bedingungen und die Umweltfaktoren werden in dem entwicklungspsychologischen Modell in den Vordergrund gestellt. Es wird eingeräumt, dass die genetischen Faktoren sowie neurobiologischen Befunde, wie z.B. die Störung des Neurotransmitterstoffwechsels, eine Rolle spielt. Dennoch kritisieren die Vertreter und Vertreterinnen des entwicklungspsychologischen Modells, dass die Ursache der Wirkfaktoren ungeklärt bleibt (vgl. Gebhardt 2016: 32). In den bisherigen Forschungen wurde die Bedeutsamkeit psychosozialer Faktoren der affektiven Innenwelt und subjektbezogenen Lebenswelt der betroffenen Personen stark vernachlässigt. Die emotionalen Beziehungsfaktoren wurden in den neueren genetischen Forschungen als Verursacher für die Aktivierung von Genen im Rahmen der Genexpression gesehen (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 54). Leuzinger-Bohleber et al. (2008) und Günter (2014) bleibt die Frage, ob die Auffälligkeiten aufgrund einer genetischen Veranlagung zu erklären oder ob die Auffälligkeiten ein Produkt früherer Umwelteinflüsse sind offen. Der Einfluss von früheren Bindungserfahrungen, Erziehung sowie Sozialisation auf die Strukturierung wirkt nach dem Hirnforscher Gerald Hüther auf das kindliche Gehirn. Nach Hüther und Bonney (2012) beeinflussen Erfahrungen der ersten Lebensjahre das Gehirn und somit auch die Reifung des dopaminergen Systems. Gemäss Leuzinger-Bohleber et al. und Günter betonen die Vertreter und Vertreterinnen des entwicklungspsychologischen Modells, dass die vorgeburtlichen oder frühkindlichen Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, Trauma-Erfahrungen, fehlende elterliche Grenzziehung und mangelnde Zuwendung von Bedeutung sind (vgl. Gebhardt 2016: 32). In Bezug auf ADHS führt Helmut Bonney aus, dass die Entwicklung von ADHS von den sozialen sowie familiären Bedingungen abhängt (vgl. Bonney 2009: 37).

### **Systemisch-konstruktive Perspektive**

Nach Roggensack (2006) erachten die Vertreter und Vertreterinnen einer systemisch-konstruktiven Perspektive ADHS als Konstruktionen der monodisziplinären Gesundheitsforschung, „welche die Komplexität des Geschehens und gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausblenden“ (Gebhardt 2016: 32). Sie wenden sich gegen die Definition, dass auffällige kindliche Verhaltensweisen ein Krankheitsbild seien. In einer systemischen Betrachtungsweise wird auffälliges Verhalten als funktionaler und sinnvoller Hinweis für Störungen auf intrapsychischer, schulischer oder familiärer Ebene verstanden (vgl. ebd.: 32f.). „Laut Amft (2006) ist die ADHS-Problematik Ausdruck einer mangelnden Passung zwischen Kind und Umwelt.“ (ebd.: 33)

Obwohl der Einfluss biologischer und genetischer Faktoren in den medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungen deutlich gezeigt wird, dürfen die psychosozialen Faktoren nicht ausser Acht gelassen werden. Die biochemischen, psychologischen als auch die psychosozialen Faktoren wirken sich auf die Ausprägung von ADHS aus und greifen ineinander. Zur besseren Verständlichkeit wird ein Beispiel genannt (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 42f.).

„Ein Jugendlicher, welcher von Grund auf impulsiv ist (biologischer Faktor) kann diese Symptomatik deutlich verstärkt zeigen, wenn er von seiner Familie wenig Struktur und wenig Halt erhält (psychogener Faktor). Des Weiteren könnte bei diesem Jungen der negative Einfluss von Freunden das Problem noch verstärken und weitere Verhaltensauffälligkeiten hervorrufen (psychosozialer Faktor). Biologische, psychologische und soziale Faktoren müssen daher gemeinsam bei jedem Behandlungskonzept berücksichtigt werden.“ (Brandau/Kaschnitz 2013: 43)

Brandau und Kaschnitz sind der Auffassung, dass im Kontext eines systemischen biopsychosozialen Paradigmas ADHS am adäquatesten zu erforschen sei. Der Erklärungsansatz des Stoffwechseldefekts durch ein Dopamindefizit kann nicht angemessen untersucht werden. Zudem kann die neue Sichtweise eines hochdynamischen und vernetzten funktionierenden menschlichen Gehirns nicht empirisch vollständig begründet werden. Wenig erforscht und weitgehend ungeklärt ist weiterhin die Beziehung zwischen genetischen, neurobiologischen und entwicklungspsychologischen sowie sozialen Faktoren. Die neurologischen, entwicklungs- und sozialpsychologischen Untersuchungen bleiben in der Forschungsliteraturen häufig unverbunden und stehen nebeneinander, ohne voneinander Kenntnis zu nehmen (vgl. ebd.: 53). Zu resümieren ist, dass die Bedeutung einzelner Faktoren und ihre wechselseitige Beeinflussung in den Kausalitätskonzepten unterschiedlich bewertet werden (vgl. Gebhardt 2016: 31). Es wäre jedoch besser, ADHS in einem systemischen biopsychosozialen Paradigma zu betrachten (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 53).

### 3 Grundbegriffe der Systemtheorie

Um ein besseres Verständnis hinsichtlich der Systemtheorie aufzubauen, werden einige Grundbegriffe in diesem Kapitel erläutert. Zunächst werden der Systembegriff sowie die Funktion des Systems beschrieben. Anschliessend wird die Familie als System betrachtet. Des Weiteren wird der Begriff Konstruktivismus erklärt und das kybernetische Modell erläutert.

#### 3.1 System und seine Umwelt

Im Verlauf der Jahrhunderte hat sich der Systembegriff jeweils mit den theoretischen Konzepten, denen er entsprang, geändert. Es finden sich zahlreiche Begriffsexplikationen und die eine Definition von System gibt es nicht (vgl. Miller 2001: 37). Daher macht es Sinn, diesen Begriff in dieser Arbeit zu erläutern.

Der Begriff System stammt von dem altgriechischen Wort „systema“ und bedeutet ein Gebilde, das zusammengesetzt und auf eine bestimmte Art und Weise geordnet ist (vgl. von Ameln 2004: 21). Hall und Fagen (1968) definieren das System als „ein Ganzes (z.B. eine Familie), das aus einer Menge von Elementen (den Familienmitgliedern) und den Relationen zwischen diesen Elementen (den Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern) besteht, die die je spezifische Systemstruktur ausmachen“ (ebd.).

Mittels der Systemgrenzen kann sich das System von der Umwelt abheben. Unter Umwelt wird „die Summe von Systemen, Ereignissen und Handlungen, die ausserhalb des Referenzsystems liegen“, verstanden (ebd.: 39). Nach Luhmann (1988) ist die Identitätsbildung des Systems erst durch ihre Abgrenzung zur Umwelt möglich. Das bedeutet, dass das System nur im Sinne einer System-Umwelt-Differenz bestimmt werden kann (vgl. ebd.: 39). Laut Krieger gibt es „kein System ohne Umwelt und keine Umwelt ohne System“ (Krieger 1996: 13).

Gemäss Luhmann (1988) stehen das System und die Umwelt in einer Wechselbeziehung zueinander und zwischen ihnen liegt ein Austauschprozess vor. Der Austausch der „Informationen, Güter, Gefühle, Dienstleistungen“ erfolgt durch Kommunikation (Miller 2001: 41). Das Ziel eines Systems richtet sich darauf, die Stabilität zu sichern, wiederherzustellen oder zu optimieren (vgl. ebd.: 50). Die Systeme müssen zu ihrer eigenen Stabilisierung im Zuge dieser Austauschprozesse immer wieder gewisse Anpassungsleistungen gegenüber ihrer Umwelt erbringen. Somit können sie den Anforderungen und Erwartungen aus der Umwelt nachkommen

und sie verarbeiten (vgl. Miller 2001: 41f.). Bei der Anpassung geht es um die Ausbalancierung und Stabilisierung der System-Umwelt-Differenz. Der Mensch ist täglich gefordert, sich situativ anzupassen. Zwischen den Beteiligten ist vieles geregelt und dementsprechend kann die Anpassung routinemässig und einvernehmlich geschehen. In manchen Situationen hingegen wird die Anpassung zur Schwierigkeit. Die Anpassung, ein wechselseitiger Prozess zwischen den Akteuren, kennzeichnet sich durch die Interaktion von Systemen und deren Akteure. Einerseits verläuft die Anpassung zwischen dem System und der Umwelt und andererseits auch innerhalb des Systems (vgl. Miller 2001: 42f.). Nach Luhmann (1988) wird im letzteren von einer „Selbstanpassung“ von Systemen gesprochen (ebd.: 43). Die interne Anpassungsleistung dient zur Bereinigung der systeminternen Probleme. Im Kontext einer Familie wird beispielweise aufgrund einer Veränderung die Arbeitsteilung neu arrangiert oder neue Erziehungsmethoden werden eingeführt (vgl. ebd.).

Da kein System ohne Umwelt existieren kann, wird in diesem Abschnitt die Umwelt genauer betrachtet (vgl. Krieger 1996: 13). Bronfenbrenner (1981) unterteilt die relevanten Umwelten des Systems in „Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosystemebene“ (Miller 2001: 40). Die unmittelbaren Lebenszusammenhänge wie die Familie, die Nachbarn und die Freunde werden unter die Mikrosystemebene eingeteilt (vgl. ebd.). „(...) die direkte Handlungsebene auf formal organisierten Ebene“ wird der Mesosystemebene zugeteilt (ebd.). Darunter werden Systeme wie Wohlfahrtsverband, Schule und Unternehmen verstanden. Die Exosystemebene umfasst nicht direkte Handlungsvollzüge und Eingebundenheit, sondern es geht eher um Einflussbereiche wie zum Beispiel die Polizei, die einen Standteil observieren kann und damit indirekt auf die Jugendgruppe wirkt (vgl. ebd.). Das übergeordnete System, die Makrosystemebene, beinhaltet „politisch, rechtlich, sozial, ökonomisch, kulturell und technologisch formale Festlegungen“ (ebd.). Wird die Perspektive eines ADHS Kindes genommen, so wird in dieser Bachelor-Thesis auf die Mikrosystemebene, die Familie, eingegangen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Entwicklung des Individuums von den verschiedenen Systemebenen beeinflusst wird (vgl. Flammer 2009: 249). Dies soll an einem Beispiel veranschaulicht werden. Wenn ein ADHS Kind mit oppositioneller Störung des Sozialverhaltens aufgrund eines Vorfalls aus dem Schulsystem (Mesosystemebene) fällt, kann dies eine Belastung für die Familie resp. Eltern (Mikrosystemebene) darstellen. Die Familie kann unterschiedlich darauf reagieren. Sie könnte einerseits das Kind unterstützen und mithilfe Professioneller wie beispielsweise Professioneller der Sozialen Arbeit eine auf die Bedürfnisse des Kindes

abgestimmte geeignete Schule suchen. Andererseits kann es in der Familie zu Streitigkeiten kommen. Die Reaktionsweisen der Familie wirken sich unterschiedlich auf das ADHS Kind aus. Im ersteren Fall fühlt sich das Kind unterstützt und im zweiten Fall könnte das Kind Schuldgefühle bekommen.

Nach der Familienprozessstheorie von Broderick (1993) werden aus systemtheoretischer Perspektive die „Familien als offene, sich entwickelnde, zielorientierte und sich selbst regulierende Systeme“ verstanden (Asisi 2015: 29). Die Systeme sind gegenüber ihrer Umwelt auf Offenheit angewiesen. Die Familien benötigen beispielsweise Güter und Kommunikation. Gleichwohl sind die Systeme operational geschlossen. Es besteht keine Möglichkeit, dass ein anderes System über bzw. direkt in das System eingreift (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 68). Ereignisse aus der Umwelt werden systemintern registriert. Das System selber entscheidet, ob auf die Anregung seiner Umwelt reagiert wird (vgl. ebd.: 72). Wie die Familie genau als System zu verstehen ist, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

### **3.2 Familie als soziales System**

Die Familie kann als soziales System resp. als Interaktionssystem verstanden werden (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2016: 130; Lambers 2010: 98). Kennzeichen des sozialen Systems ist, dass überall Menschen beteiligt sind und allorts kommuniziert wird. Die Operationsweise des sozialen Systems ist die Kommunikation (vgl. Berghaus 2003: 56). Gemäss Luhmann (1984) bildet das Interaktionssystem nebst dem Organisationssystem und der Gesellschaft eine Unterkategorie des sozialen Systems (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2016: 130). Die Interaktionssysteme sind durch die Kommunikation durch die räumliche Anwesenheit von mindestens zwei Personen charakterisiert (vgl. Lambers 2010: 98f.). Die Interaktionssysteme kennzeichnen sich dadurch, dass sie zeitlich begrenzte Systeme bilden. Die Dauer der Interaktion zwischen Personen kann kürzer oder länger ausfallen und sie kann abgebrochen und wieder fortgesetzt werden (vgl. Miller 2001: 81).

Da die Familien auf Bindung ausgerichtet sind, „wird in ihnen vorwiegend über Beziehung kommuniziert“ (von Schlippe/Schweitzer 2016: 130). Die Kommunikation wird in der Familie genutzt, um die gegenseitige Verbundenheit zu bekunden (vgl. ebd.: 130). Des Weiteren werden über Kommunikation „Muster reproduziert, die Zugehörigkeit und Entwicklung wie auch Störungen und Irritationen“ ermöglichen (Miller 2001: 83). Manche Kommunikationsweisen können andere Personen ausschliessen. Wenn der Vater beispielsweise das ADHS Kind körperlich massregelt,

ist vorläufig ausgeschlossen, dass sich die beiden freundlich begegnen. In jeder Beziehung werden Beziehungsregeln benötigt, da diese Orientierungen geben, wie miteinander umgegangen wird. Je klarer die Beziehungsregeln sind, desto stabiler werden die Interaktionssysteme. Bei unklaren Beziehungsregeln müssen die Regeln immer wieder neu definiert werden. Die individuellen Ausprägungen der Inhalte der Kommunikation, Regeln und Informationsverarbeitungsstrukturen charakterisieren das Familiensystem. Jedes Familienmitglied hat eigene Verarbeitungsmodi bezüglich der Informationen, Regeln sowie Kommunikation und diese fließen wiederum in das Familiensystem ein. Jedes Familienmitglied kann als autonomer Mensch betrachtet werden. Dies ermöglicht die Inklusion (Einschliessung) und die Exklusion (Ausschliessung) im Familiensystem. Beispiele für Ausschlussverfahren sind, dass ein Familienmitglied ausgegrenzt, verachtet oder verbannt wird (vgl. Miller 2001: 81ff.) oder sich subjektiv ausgeschlossen fühlt (vgl. ebd.: 101). Die Funktion der Sozialen Arbeit liegt darin, Exklusionsprozesse zu vermeiden und Inklusionsverfahren zu ermöglichen und zu unterstützen (vgl. ebd.: 102).

Wie bereits bekannt, besteht die Familie aus Familienmitgliedern, (vgl. von Ameln 2004: 21). Die Familie resp. das Familiensystem kann auch anders betrachtet werden. Das Familiensystem kann intern in „Subsysteme“ differenziert werden (Miller 2001: 82). Die Eltern und die Geschwister bilden je ein eigenes Subsystem (vgl. ebd.). Weitere Subsysteme sind „Vater-Sohn, Mutter-Tochter, Grossmutter-Kind usf.“ (ebd.). Die Beziehungen zwischen den Subsystemen werden durch explizite und implizite Regeln kontrolliert (vgl. Minuchin/Colapton/Minuchin 2000: 36). Gemäss Luhmann (1993) ist die Folge von Subsystemen, dass bestimmte Kommunikationsinhalte nicht für alle zugänglich sind. Unter Umständen kann dies zur Spaltung in den Familien führen (vgl. Miller 2001: 82). Funktioniert das Familienmuster nicht gut, empfiehlt es sich, die einzelnen Subsysteme zu betrachten (vgl. Minuchin et al. 2000: 37). Die kleinste Einheit des Familiensystems bildet das „Individuum“ (ebd.: 38). Jedes Familienmitglied trägt zur Bildung von Familienmustern bei. Die Persönlichkeit und das Verhalten des einzelnen Familienmitglieds werden von dem, was die Familie erwartet sowie gestattet, geprägt. Zum Teil definiert die Familie die einen Mitglieder über die Rolle und Qualität der anderen Familienmitglieder. Eine Art selbsterfüllende Prophezeiung kann dadurch erzeugt werden und wirkt sich auf das Selbstbild wie auch auf das Verhalten des einzelnen Familienmitglieds aus (vgl. ebd.). Daraus lässt sich ableiten, dass sich die einzelnen Teile eines System gegenseitig beeinflussen (vgl. ebd.: 29). Dies verdeutlicht nochmals, dass die Geschichte, die Dynamik und die Behandlung der einzelnen

Klientel nicht ausreichen. Die Arbeit mit den Menschen im Kontext ihrer Familie und ihrer sozialen Netzwerke ist notwendig (vgl. ebd.: 38).

### **3.3 Begriffserklärung des Konstruktivismus**

Die theoretische Wurzel der Systemtheorie liegt im Konstruktivismus (vgl. Lambers 2010: 22). Die Grundaussage des konstruktivistischen Konzeptes lautet, dass wir keine objektiven Aussagen machen können, sondern dass wir die Wirklichkeit konstruieren (vgl. Miller 2001: 63). Der Konstruktivismus lässt sich in den radikalen und den operativen Konstruktivismus unterscheiden (vgl. Lambers 2010: 21).

Im radikalen Konstruktivismus ist der Grundgedanke, dass alle Erkenntnisse nichts anderes als die Beobachtung des Subjekts sind. Nach Glaserfeld (1987) ist der Mensch nicht fähig, mittels Erfahrungen sowie Beobachtungen die Wirklichkeit objektiv zu erfassen. Das bedeutet, dass die Wirklichkeit resp. wie die Welt definiert wird vom Individuum konstruiert wird (vgl. ebd.: 25f.).

Luhmann kritisiert am radikalen Konstruktivismus, „dass die Welt letztlich ein Produkt unserer Einbildung ist“ (ebd.: 27). Er orientiert sich nicht am radikalen, sondern am operativen Konstruktivismus (vgl. ebd.: 26f.). Nach Luhmann operiert das System als eine Einheit, die die Beobachtungen vornimmt. Beispielsweise entwickelt nicht ein einzelner Forscher oder eine einzelne Forscherin wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern die Forschergruppen operieren zusammen als System (Universität, Gesellschaft, Industrie). Jeder trägt mit seinem oder ihrem Bewusstsein und seiner oder ihrer Fähigkeit einen Teil zu dem Forschungsprozess bei (vgl. Miller 2001: 66).

Martin Hafen führt aus, dass niemand einen objektiven Zugriff auf die Realität hat. Der Zugriff auf die Realität läuft über die Operation der Beobachtung. In der Beobachtung wird eine Differenz zu etwas anderem gemacht. Genau diese Selektion wird nicht von jedem System gleich vorgenommen. Auch die Vorstellung und die Beschreibung eines Gegenstands, einer Person, usw. werden nicht von jedem beobachtenden System gleich gefasst (vgl. Hafen 2007: 9). Helmut Lambers betont, dass eine vollständige Beobachtung nicht möglich sei. Bei der Beobachtung 1. Ordnung entsteht ein blinder Fleck, der durch eine zusätzliche Beobachtungsebene (Beobachtung 2. Ordnung) entdeckt werden kann. Bei der 2. Ordnung entsteht jedoch wieder ein blinder Fleck. Um alle blinden Flecken zu ermitteln, bräuchte man eine umfassende Beobachtungsebene, die im Prinzip alles sieht, was jedoch nicht möglich ist. Dennoch kann durch die Erweiterung der Beobachtungsebene das Ausmass des blinden Flecks

reduziert werden (vgl. Lambers 2010: 26). In einer Sitzung in einem interdisziplinären Team wird beispielsweise über das weitere Vorgehen über ein ADHS Kind gesprochen. Jede Disziplin resp. Person macht eine eigene Beobachtung. Durch den Austausch können blinde Flecken entdeckt werden. Gleichwohl können nicht alle blinden Flecken ermittelt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, dass es aufgrund der unterschiedlichen Meinungen zu keiner Einigung kommen kann oder diese erschwert wird.

### **3.4 Das kybernetische Modell**

Ein wichtiger Zweig der Systemtheorie ist die Kybernetik (=Steuerungslehre). Der Schwerpunkt des kybernetischen Modells liegt in der Frage, wie Gleichgewichtszustände (=Homöostase) und Veränderungen im System erreicht werden können (von Ameln 2004: 23). Nach Heinz von Foerster (1993) handelt es sich in der Kybernetik jedoch „um eine begriffliche Unterscheidung“. Dabei wird die Stellung des „Beobachters“ in Relation zum „System“ dargelegt (Haselmann 2009: 161). In der Kybernetik 1. Ordnung wird davon ausgegangen, dass sich der Beobachter oder die Beobachterin ausserhalb dessen befindet, was beobachtet wird. Wird diese Denkweise auf den Kontext der therapeutischen bzw. psychosozialen Praxis übertragen, so kann der Berater oder die Beraterin im Grunde objektiv erkennen, was in einem Klientensystem nicht gut läuft und was zu korrigieren ist. Beispielsweise kann die Beratungsperson in einer Familie dysfunktionale Interaktionsmuster wahrnehmen. Das Ziel der Intervention liegt darin, ein flexibles Familiengleichgewicht herzustellen, um somit das Problem zu lösen. Diese Denk- und Vorgehensweise wurde nach der Rezeption des autopoietischen Konzepts hinterfragt (vgl. ebd.). Die Kybernetik 2. Ordnung wird von Autopoiese-Gedanken durchzogen. Gemäss dem Autopoiese-Konzept handelt es sich beim Klientensystem um ein lebendes bzw. kommunikatives System unter Menschen. Diese lebenden Systeme organisieren sich selbst, verhalten sich mit einer Eigengesetzlichkeit autonom und dementsprechend können diese nicht von aussen zielgerichtet beeinflusst werden. In Bezug auf den Therapie- oder Beratungskontext wird der Beobachter oder die Beobachterin zu einem Teil des Problemsystems. Die Probleme innerhalb einer Familie und die Lösung des wahrgenommenen Konflikts sind weder beobachtungsunabhängig noch objektiv. Sie stellen, wie bereits im vorherigen Kapitel angeführt, eine eigene Konstruktion dar (vgl. ebd.: 161f.).

## **4 Auswirkung von ADHS auf das Familiensystem**

In diesem Kapitel wird zunächst der Forschungsstand zu ADHS im Kontext der Familie betrachtet. Das Rollenverständnis der Eltern in Bezug auf Erklärungen, Diagnostik und Behandlung von ADHS wird geschildert. Anschliessend wird das Verhältnis zwischen dem ADHS Kind und seiner Mutter sowie seinem Vater erläutert. In einem weiteren Unterkapitel werden die elterlichen Belastungen beleuchtet und danach folgt die Erläuterung über den dysfunktionalen Kreislauf zwischen dem ADHS Kind und seinen Eltern. Abschliessend wird das Verhältnis zwischen dem ADHS Kind und seinen Geschwistern dargelegt.

### **4.1 ADHS-Forschungsstand aus Sicht der Eltern**

In dieser Arbeit wurde bereits geschildert, dass die Einbeziehung des Familienkontextes wichtig ist, um sich ein Bild von einem ADHS Kind zu machen (vgl. Barkley 2002: 172). Die Sichtweisen der Eltern um Thema ADHS sind jedoch kaum untersucht worden. Es gibt eine überschaubare Anzahl an qualitativen Studien, die sich mit den elterlichen Sichtweisen beschäftigten. Sämtliche Beiträge stammen aus Studien von Grossbritannien und den USA mit Ausnahme der Fallstudie von Rind im Jahr 2011 (vgl. Becker 2014: 37). Aus diesen Studien geht hervor, dass bestimmte Themen immer wieder von den Eltern eingebracht wurden. Obwohl der Erzählimpuls und die Zwischenfragen einen Einfluss auf bestimmte Thematiken ausüben, kann aus den qualitativen Studien dennoch eine Validität gedeutet werden. Im Interview lösten sich die Eltern von den Eingangsimpulsen und beschrieben das Thema ADHS aus ihrer eigenen Perspektive (vgl. ebd.: 55). Einige Ergebnisse dieser Studien werden in diesem Kapitel präsentiert.

### **4.2 Rolle der Mütter und Väter in Zusammenhang mit Erklärung, Diagnostik, Behandlung von ADHS**

In der Studie von Ilian Singh (2004) wurden 22 Mütter und zwölf Väter interviewt, die ADHS Söhne haben. Die Kinder waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen sieben und zwölf Jahren alt und wurden im Durchschnitt seit fünf Monaten mit Medikamenten behandelt. Hervorzuheben an dieser Studie ist, dass die Sichtweise der Väter mit einbezogen wurde. In den bisherigen Forschungen über psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern wurden in Bezug auf die Ausprägung und den Verlauf der Erkrankungen vor allem die Mütter befragt (vgl. Becker 2014: 43f.).

In der Studie von Singh brachten alle Mütter das Thema Schuld ein. Die meisten Mütter fühlen sich für das Verhalten ihrer Söhne verantwortlich. Die Mütter sehen es als ihre Aufgabe an, die Probleme zu lösen. Wenn das Problem von ihnen nicht bewältigt werden kann, betrachten sie dies als ihr persönliches Versagen und erachten es als Hinweis für eine gestörte Beziehung oder schlechte Bindung zwischen sich und ihrem Sohn. Dies wiederum löst bei den Müttern Schuldgefühle aus. Es kommt auch vor, dass die Mütter in der Öffentlichkeit für ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern kritisiert werden. Für die Autorin scheint dies ein weiterer Aspekt zu sein, der die Schuldgefühle der Mutter verstärkt. Laut Singh (2003) nehmen die Mütter im Prozess der Diagnostik und bei der Entscheidung über die Einführung einer Medikation eine zentrale Rolle ein. Die Mütter greifen auf die Deutungs- und Behandlungsangebote (biomedizinisch-genetisches Konzept) zu, wenn sie sich von ihrem sozialen Umfeld nicht unterstützt fühlen. Die Väter sind weniger in den diagnostischen Prozess involviert und mischen sich bei der Frage nach der Medikation nicht ein. In der Studie zeigt sich, dass die Väter Widerstand gegenüber der medizinischen Erklärung der Verhaltensweisen ihrer Söhne leisten. Dieser Widerstand ist zwischen den Vätern unterschiedlich gross und bezieht sich auf unterschiedliche Aspekte. Im Interview zeigen die Väter die Tendenz, das Verhalten ihrer Söhne zu normalisieren, oder sie sind der Auffassung, dass das Verhaltensproblem auf das nachsichtige Erziehungsverhalten der Mütter oder fehlende Motivation des Kindes zurückzuführen sei. Singh vertritt die Meinung, dass durch ein grösseres Sample möglicherweise weitere Standpunkte entdeckt werden könnten, weil in ihrem Sample die Mütter und Väter bezüglich sozioökonomischer Merkmale, ethnischer Zugehörigkeit sowie Wohngegend recht homogen waren. Singh schlägt vor, dass die Befragung vor und nach erfolgter Diagnose durchzuführen sei, um in Erfahrung zu bringen, wie sich die elterliche Sichtweise im Verlauf des diagnostischen Prozess möglicherweise ändert (vgl. Becker 2014: 44-47).

### **4.3 Die Interaktion zwischen Kindern mit ADHS und ihren Müttern**

Im Jahr 1975 gab es die ersten Untersuchungen, in denen die Interaktion von Müttern und ihren ADHS-Kindern beobachtet wurde. Campbell stellte fest, wenn die Jungen mit ADHS mit ihren Müttern gemeinsam Aufgaben erarbeiteten, initiierten sie mehr Interaktionen im Vergleich zu anderen Jungen. Dies zeigte sich dadurch, dass die Kinder mehr sprachen und häufiger Hilfe von ihren Müttern verlangten. Die Interaktion seitens der Mutter sah so aus, dass sie mehr Vorschläge gab, das Kind häufiger lobte sowie tadelte und das Kind anhielt, sich zu beherrschen (vgl. Barkley 2002: 174).

Im Vergleich zu anderen Müttern überwachten die Mütter eines ADHS Kindes ihre Kinder stärker und nehmen mehr Einfluss auf die Selbstbeherrschung. Diese intensive Interaktion kann auf Dauer anstrengend und belastend für Mütter werden. In der Studie von Russel A. Barkley wurden ähnliche Ergebnisse festgestellt. Die ADHS Kinder taten viel weniger das, was ihnen mündlich aufgetragen wurde und sie hatten weniger Ausdauer, die mütterlichen Anweisungen zu befolgen. In dieser Studie wurde auch beobachtet, dass die Kinder mit ADHS häufiger die Bearbeitung von Aufgaben unterbrachen und viel mehr sprachen. Es wurde festgestellt, dass die Mütter mehr Befehle gaben und manchmal gingen sie weniger auf das Kind ein (vgl. Barkley 2002: 174).

#### **4.4 Die Interaktion zwischen Kindern mit ADHS und ihren Vätern**

Barkley hört immer wieder seitens der Mütter mit einem ADHS Kind, dass sich ihre Kinder gegenüber ihren Vätern besser benehmen. In den Studien von Barkley und Tallmadge wurde die Interaktion von Müttern und Vätern mit ihren ADHS Kindern analysiert. Der Unterschied bezüglich der Interaktion war nicht gross, aber es konnte festgestellt werden, dass der Kontakt zwischen den Vätern und dem ADHS Kind nicht so negativ verlief und es seltener zu Unterbrechungen der Aufgaben kam. Barkley vermutet, dass die Mütter mehr Verantwortung in der Erziehung übernehmen. Es zeigt sich, dass diejenige Person, welche für das Verhaltensdefizit des ADHS Kindes verantwortlich zeichnet, mehr Streitigkeiten mit dem Kind hat. Wenn das Kind Anweisungen nicht befolgt, versuchen die Mütter dem Kind gut zuzureden. ADHS Kinder sind für Argumente wie auch Lob weniger zugänglich und daher ist dieses Vorgehen nicht so wirksam. Die Väter hingegen greifen schneller auf eine Bestrafung zurück. Die Vermutung liegt darin, dass Kinder mit ADHS eher Anweisungen nachgehen, wenn die Konsequenz rascher folgt. Diese unterschiedlichen Erziehungsstile und Interaktionen mit dem ADHS Kind können zu Problemen der Beziehung zwischen den Eltern führen. Ein Vater kann der Meinung sein, dass nicht das Kind, sondern die Mutter professionelle Hilfe benötigt (vgl. Barkley 2002: 175f.).

#### **4.5 Die elterliche Belastung**

Die Eltern von mit ADHS betroffenen Kindern sind stärker belastet als andere Eltern. Es zeigt sich, dass die Mütter von ADHS Kindern in ihrer Mutterrolle weniger selbstbewusst sind, öfter unter Depressionen leiden, sich häufiger Selbstvorwürfe machen und sozial abkapseln im Vergleich zu Müttern ohne ADHS Kind (vgl. Barkley 2002: 180). Die Belastung ist umso grösser, je schwerer die Verhaltensprobleme des

Kindes sind (vgl. Barkley 2002: 180). Gewiss gibt es weitere Faktoren, die für das Wohlbefinden der Mütter relevant sein können und „einen Einfluss darauf haben, wie sie ihr Kind wahrnimmt und wie belastet sie sich fühlt“ (ebd.) Doch dies spielt eine untergeordnete Rolle. In der Studie von Barkley et al. zeigt sich, dass das problematische Verhalten des ADHS Kindes den grössten Einfluss auf die elterliche Belastung hat. Die Eltern mit einem ADHS Kind erhalten weniger Zuwendung und Hilfeleistungen. Des Weiteren haben die Eltern oft einen geringeren Kontakt zu Verwandten. Dieser Kontakt wird von den Eltern weniger als hilfreich erlebt, sondern eher als unangenehm sowie belastend (vgl. ebd.). Oftmals berichten Familien mit ADHS Kindern, dass aufgrund negativer Erfahrungen in öffentlichen Situationen, wie beispielsweise bei Familienferien, beim Einkaufen oder bei Vereinsaktivitäten, diese gemieden werden (vgl. Schmid 2012: 53). Zusammenfassend erfahren die Eltern von ADHS Kindern eine bestimmte Form sozialer Isolation. Dadurch leiden die Erziehung ihrer Kinder und ihr eigenes emotionales Wohlbefinden. In einer Studie von Barkley et al. wurden Familien über eine Zeitspanne von acht Jahren untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass die Trennungs- oder Scheidungsquote bei Eltern mit einem ADHS Kind dreimal so hoch lag im Vergleich zu Familien, deren Kinder kein ADHS haben (vgl. Barkley 2002: 180). Nicht nur die Eltern von ADHS Kindern leiden unter sozialer Isolation, sondern laut Pelham und Bender (1982) und Wheeler und Carlson (1994) zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass ein hohes Risiko besteht, dass ADHS Kinder in Gruppen abgelehnt werden. Ein gesellschaftlicher und pädagogischer Auftrag betrifft die soziale Integration. ADHS Kinder und Jugendlichen sollen lernen, ihre sozialen Rollen und Aufgaben im Spielen und Zusammenleben zu übernehmen. Es geht jedoch nicht nur darum, dass die von ADHS Betroffenen sich vollkommen an bestehende Regeln anzupassen haben, sondern auch darum, dass die anderen beteiligten Personen die Toleranz gegenüber dem „Eigensinn“ der Betroffenen erweitern (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 116). Natürlich darf dieser „Eigensinn nicht anderen schaden oder [sie] einschränken“ (ebd.).

#### **4.6 Dysfunktionaler Kreislauf zwischen Kindern mit ADHS und ihren Eltern**

Es wird häufig beobachtet, dass die Kommunikation beim von ADHS Betroffenen eingeschränkt ist. Die von ADHS Betroffenen haben eine verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich der sozialen Situation, hören nicht genau zu und sind bei Formulierungen unvorsichtig (vgl. Plus 2012: 99). Laut Adler (2007) leidet in Familien mit einem ADHS Kind auch ein Elternteil unter ADHS. Die Kommunikationsstrategien der Eltern sind daher nicht immer lösungsorientiert. Im lösungsorientierten Vorgehen bilden das

Strukturieren und Entspannen innerhalb der innerfamiliären Gesprächssituation das wichtigste sowie herausforderndste therapeutische Ziel (vgl. Plus 2012: 99f.).

Die Frage, welche Wirkung die ADHS auf die Eltern-Kind-Interaktionen hat, kann Barkley (2002) nicht abschliessend beantworten. Dennoch kann die Frage teilweise aus den ADHS-Symptomen selbst beantwortet werden. Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, Hyperaktivität auf Seiten des Kindes stehen oft im Widerstreit zu den Ansprüchen, welche die Eltern an die Kinder stellen. Die täglichen Aufgaben des Kindes beinhalten hohe Erwartungen an ihre Konzentration und Ausdauer. Wenn die Kinder nicht auf die Anforderungen der Eltern hören, reagieren die Eltern oft mit Vorschlägen und Ermutigungen oder auch mit Strenge und Kontrolle bis hin zu Ärger und Wut (vgl. Barkley 2002: 177). Everett und Everett (1999) fanden in Familien mit einem von ADHS Betroffenen wiederkehrende Muster. Beispielsweise haben die ADHS Kinder Schuldgefühle, weil sie das Gefühl verspüren, ihre Eltern zu enttäuschen. Ein weiteres Beispiel ist, dass die ADHS Betroffenen die Rolle des Sündenbockes übernehmen bedingt durch ihr chaotisches und für andere frustrierendes Verhalten. Diese genannte Risikofaktoren können, müssen aber nicht, in Familien mit einem ADHS Kind auftreten (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 141f.).

Es stellt sich die Frage, wo die Ursache für diese negativen Interaktionen liegt. Laut Barkley haben das Kind wie auch die Eltern Anteil an dieser Konfliktspirale. Dabei durchlaufen die Eltern in der Art des Umgangs mit dem störenden Verhalten ihrer Kinder verschiedene Stadien. Erzielt eine Strategie nicht den erwünschten Erfolg, gehen die Eltern zur nächsten Stufe über. Nach Barkley versuchen die Eltern zunächst das unerwünschte Verhalten des Kindes zu ignorieren. Erweist sich diese Strategie als wirkungslos resp. das störende Verhalten hält an oder verstärkt sich, geben die Eltern Anweisungen und Befehle. Die Anweisungen sind oft einschränkend. Das bedeutet, die Kinder werden aufgefordert, mit dem, was sie tun, aufzuhören. Nach einer Zeit verzweifeln die Eltern und ärgern sich. Drohungen werden den Anweisungen hinzugefügt. Wenn diese Strategie auch keine Wirkung zeigt, gehen die Eltern dazu über, das Kind psychisch zu disziplinieren, oder nutzen andere Strafen wie Entzug von Rechten oder Auszeit. Andere Eltern geben an diesem Punkt auf und lassen das Kind einfach machen. Sie erledigen die Aufgaben selber oder lassen sie liegen (vgl. Barkley: 177ff.). Mit der Zeit durchlaufen die Eltern nicht mehr alle Schritte, sondern gehen sofort zur letzten Strategie über, die teilweise Erfolg verspricht. Dies kann dazu führen, dass die Eltern das Kind mit Strenge die Leviten lesen oder es körperlich massregeln,

sobald es ein Minimum an störendem Verhalten zeigt (vgl. Barkley: 177ff.). Einige Eltern, die an ihren Erziehungsbemühungen häufig gescheitert sind, können in einen Zustand „gelernter Hilflosigkeit“ geraten (ebd.: 179). In diesem Zustand wirken die Eltern minimal auf das Kind ein, sie ziehen sich zurück, lassen das Kind gewähren und geben oft an, depressiv zu sein. Sie besitzen wenig Selbstvertrauen in ihre Rolle als Mutter oder Vater. Die elterlichen Erziehungsaufgaben können von ihnen nur noch in geringem Masse verwirklicht werden. In manchen Fällen schwankt die Verfassung der Eltern resp. sie zeigen ein ambivalentes Verhalten. Entweder lassen sie alles durchgehen, was das Kind macht, oder sie reagieren mit übermässiger Strenge. Zu resümieren ist, dass das Zusammenleben mit einem ADHS Kind zur ernsthaften Belastung für die psychische Gesundheit der Eltern werden kann. Die persönlichen Probleme der Eltern, die diese vor den Anzeichen einer ADHS-Störung aufwiesen, können sich aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten noch weiter zuspitzen (vgl. ebd.: 178f.).

#### **4.7 Das Verhältnis von ADHS-Kindern zu ihren Geschwistern**

Der Bruder oder die Schwester eines ADHS Kindes erlebt die Situation oft als ermüdend und frustrierend. Zwischen den Geschwistern kommt es immer wieder zu Streitigkeiten. Das Spielverhalten eines ADHS Kindes ist weniger friedlich, oft schreit dieses die Geschwister an und häufig zeigt der ADHS Betroffene ein unangemessenes Verhalten oder spielt Streiche. Das führt stärker als üblich zu Konflikten unter den Geschwistern. Für den Bruder oder die Schwester eines ADHS Kindes ist die Situation schwer zu verstehen. Bei den Geschwistern kommt Ärger auf, wenn diese mehr Aufgaben übernehmen müssen und das Geschwister mit ADHS grössere Aufmerksamkeit geschenkt bekommt. Vor allem bei jüngeren Geschwistern löst dies Neid und Eifersucht aus. Bislang wurde kaum das Verhältnis zwischen Geschwisterinteraktionen und Problemen der Geschwister und dem ADHS Kind erforscht. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass in drei von vier Fällen Geschwister von Kindern mit ADHS selber ADHS haben. In diesem Fall gestaltet sich die Situation der Familie schwieriger (vgl. Barkley 2002: 176f.).

## 5 Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

Nachdem im vorigen Kapitel die Auswirkung von ADHS auf das Familiensystem betrachtet wurde, widmet sich dieses Kapitel den Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit. Zunächst werden die Schritte der Systemanamnese bis hin zur Systemintervention beschrieben. Danach wird die Soziale Arbeit unter systemtheoretisch-konstruktivistischer Perspektive betrachtet. Die Grenze des systemtheoretisch-konstruktivistischen Ansatzes wird anschliessend aufgezeigt. Zuletzt werden die vier Unterstützungsmöglichkeiten beschrieben.

### 5.1 Systemtheorie und Konstruktivismus in der Sozialen Arbeit

In diesem Unterkapitel wird zunächst die Soziale Arbeit in Bezug auf die Systemtheorie und den Konstruktivismus betrachtet.

#### 5.1.1 Systemanamnese, -diagnose und -intervention in der Sozialen Arbeit

In allen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit muss zunächst die soziale Dynamik verstanden und analysiert werden, bevor eine angemessene Intervention entwickelt und initiiert werden kann (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 138). Die Soziale Arbeit geht bei der „Systemanamnese, -diagnose und -behandlung/-intervention“ von den jeweils relevanten sozialen Systemen aus (Kleve 2010: 150). Innerhalb dieser relevanten Systeme wird nach Regeln und Mustern gefragt und nach den Auswirkungen auf den Menschen, die im sozialen System inkludiert sind (an ihm teilhaben) sowie deren Wirkung auf das soziale System (vgl. ebd.). Diese Prozessschritte werden im folgenden Kapitel beschrieben.

**System-Anamnese:** In diesem Schritt wird die Frage gestellt, worum es geht, resp. es wird betrachtet, welches Problem in Bezug auf welches System besteht. Des Weiteren werden innerhalb des Systems die relevanten Personen identifiziert. Für die Auswahl der relevanten Personen dienen in der Systemanamnese Sozio- und/oder Genogramme sowie eine systemische Aufstellung als Hilfsmittel (vgl. ebd.: 150f.).

**System-Diagnose:** Die Systemdiagnose folgt nach der Systemanamnese. Hier werden Erklärungen für den Zustand des Systems oder seiner Mitglieder gesucht. Die (Verhaltens-)Regeln sowie Mustern des Systems werden ermittelt und es wird geforscht, was das Verhalten des Systems und seiner Mitglieder bedingt. Alles, was in einem System passiert, hat eine bestimmte Funktion, wie beispielsweise den Erhalt einer Rolle oder Beziehung. In der Systemdiagnose wird nach der Funktion resp. dem Sinn des Problems für das System und seine Mitglieder geforscht (vgl. ebd.: 151).

**System-Behandlung/Intervention:** Bereits bei der Systemanamnese und -diagnose geschieht die Systembehandlung/Intervention. Das System wird während der Anamnese wie auch während der Diagnose mit neuen Informationen konfrontiert. Diese Informationen können auf das System und dessen Mitglieder einwirken und das Systemverhalten beeinflussen. Ein wesentlicher Punkt ist, dass das System immer selbstbestimmt reagiert. Das System kann von aussen angeregt werden, sich zu ändern. Doch wie das System sich schliesslich ändert, hängt von dessen Regeln und Potentialen ab (vgl. Kleve 2010: 151).

In dieser Bachelor-Thesis wurde die allgemeine Situation der Familie mit einem ADHS Kind anhand von Fachliteratur und Studien ermittelt. Diese Informationen dienen als Grundlage für die Erarbeitung von Unterstützungsmöglichkeiten.

### **5.1.2 Verbindung zwischen dem systemisch-konstruktivistischen Ansatz und der Praxis der Sozialen Arbeit**

Der systemtheoretisch-konstruktivistische Ansatz orientiert sich an der Systemtheorie und dem Autopoiesie-Konzept (vgl. Haselmann 2009: 166). Im Kapitel 3.4 wurde ersichtlich, dass es sich im Autopoiesie-Konzept um autonom lebende Systeme handelt, die nicht zielgerichtet von aussen beeinflusst werden können (vgl. ebd.: 162). Das bedeutet, dass keine gezielte Beeinflussung möglich ist und die Wirkung einer Intervention grundsätzlich nicht vorausgesehen werden kann. In einer systemischen Beratung oder Therapie kann jedoch mittels geeigneter Gesprächstechniken wie der zirkulären Fragen oder des Reframings das System angestossen, angeregt oder verstört werden (vgl. ebd.: 166). Durch die Anregungen von aussen kann sich das System wandeln. Ob und wie sich das System ändert, hängt von seinen eigenen Regeln und Potentialen ab. Folglich wird es plausibel, dass die Hilfe immer einzig durch Hilfe zur Selbsthilfe resp. Selbstveränderung geleistet werden kann (vgl. Kleve 2010: 151). Wie im Kapitel „3.3 Begriffserklärung Konstruktivismus“ beschrieben wurde, gibt es keine objektive Realität. Die Erkenntnisse werden durch subjektive Beobachtungen ermöglicht (vgl. Lambers 2010: 25). In Bezug auf den Konstruktivismus entsteht für die Professionellen der Sozialen Arbeit folgendes Bild:

Die Klientel, die Professionellen der Sozialen Arbeit wie auch die Anbieter sozialer Dienstleistungen verfügen über eigene Konstruktionen der Wirklichkeit resp. sie konstruieren eine eigene Sichtweise über die Problematik, die es zu überwinden gilt (vgl. Miller 2001: 66f.). Die Problematik für die Professionellen der Sozialen Arbeit zeigt sich dadurch, dass beispielsweise die Familie unter ihrem eigenen Konstrukt leidet

(vgl. Miller 2001: 68). Damit die Professionellen der Sozialen Arbeit einen konstruktivistischen Zugang erhalten können, sind das wechselseitige Verständnis sowie der kommunikative Austausch von Konstruktionen wichtig. Zudem müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit den Standpunkt der Konstruktion ihres Gegenübers verstehen. Wirklichkeitskonstruktionen, die eine Passung in Bezug auf Selbst- und Fremdverstehen darstellen, werden von Personen produziert (vgl. ebd.: 66ff.). „Personen produzieren Wirklichkeitskonstruktionen, die eine Passung in Bezug auf *Selbst- und Fremdverstehen* [Hervorhebung durch die Verf.] darstellen.“ (ebd.: 68) Nach Glaserfeld (1992) wird unter dem Begriff Passung die Beziehung zwischen Wahrnehmen und Wirklichkeit verstanden. Die Zustände, Regeln, Ansichten etc., die von Personen wahrgenommen werden, werden von Personen als brauchbar bewertet (vgl. ebd.: 64). Die eigene Konstruktion zu überdenken resp. zu modifizieren, gelingt nur dann, wenn sich die Passung für die eigene Lebenspraxis und das Verstehen von Problemzusammenhängen als überholt und untauglich erweist. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit bedeutet dies, wenn die Konstruktion eine Passung ist, sich zum Beispiel die Handlungsweise oder Problemdeutung für die Person als tauglich erweist, weil sie dadurch beispielsweise ihre eigene Identität stabilisieren kann, ist es für die Professionellen der Sozialen Arbeit schwierig, diese Konstruktion mit neuen Konstruktionen zu konfrontieren (vgl. ebd.: 68).

Wird in dem Therapie- oder Beratungskontext eine Familie beobachtet, so geschieht dies nicht „beobachtungsunabhängig“ und nicht „objektiv“, sondern der Beobachter oder die Beobachterin stellt eine eigene Konstruktion her (Haselmann 2009: 162). Hosemann und Geiling berufen sich auf Willke (1996), der sagt, dass die Beobachtung nur dann möglich ist, wenn ein beobachtendes System das, was es bezeichnen und beschreiben will, in einen Unterschied zu allem anderen setzt (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 41). Folglich kann ein System nur dann erkannt werden, wenn der Beobachter oder die Beobachterin eine Unterscheidung zwischen System und Umwelt trifft (vgl. Kleve 2010: 149). Die Fremd- und Selbstbeobachtung stehen jedem beobachtenden System zur Verfügung (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 44). Die Assoziation des Begriffs Fremdbeobachtung besteht meistens darin, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die Klientel beobachten. In der Selbstbeobachtung werden der eigene Zustand, die Emotionen, Handlungen und Reaktionen wahrgenommen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 164). Des Weiteren werden die Professionellen der Sozialen Arbeit mit verschiedene Arten von Beobachtungen wie Aussagen, Texten, Akten und dergleichen von unterschiedlichen Beobachtern wie der Klientel, den Kollegen oder

Kolleginnen, Organisationen usw. konfrontiert (vgl. Hosemann/Geiling 2013: 46). Aufgrund von Erfahrungen kann dies nach Meinung der Autorin in die Wirklichkeitskonstruktion des beobachtenden System einfließen. Ein weiterer Punkt ist, dass mittels Beobachtung soziale Teilhabe und Nicht-Teilhabe festgestellt werden können. Dies erfordert die Beobachtung der Gesellschaft resp. anderer Teilsysteme wie der Bildung, Wirtschaft und Gesundheit. Die Professionellen der Sozialen Arbeit übernehmen für den Erfolg der sozialen Teilhabe eine vermittelnde Funktion zwischen den Systemen. Der Leistungskapazität der Sozialen Arbeit fokussiert nicht nur auf Verhaltens-, sondern auch auf Verhältnisänderungen resp. die Strukturen im System (vgl. ebd.: 49).

### **5.1.3 Grenze des systemtheoretisch-konstruktivistischen Ansatzes**

Unter drei Gesichtspunkten können Grenzen des systemtheoretisch-konstruktivistischen Ansatzes für die Soziale Arbeit dargelegt werden. In Anlehnung an Schweitzer und Weber (1997) beschreibt Haselmann, dass die Hauptzielrichtung der systemischen Therapie und Beratung darin besteht, eine Veränderung in kognitiven Wirklichkeitskonstruktionen zu erreichen und das Verhalten der Klientel anzuregen. Gleichwohl sollte den Gefühlen wie auch der affektiven Kommunikation Beachtung geschenkt werden. Thea Bauriedl (1980) kritisiert, dass sich in der systemischen Therapie und Beratung nicht am Empfinden des Menschen orientiert wird. Der nächste Punkt, der genannt wurde, ist, dass die systemischen Ansätze [systemtheoretisch-konstruktivistischer Ansatz] eher randständig oder gar nutzlos bleiben, wenn die Professionellen der Sozialen Arbeit als Vermittler zwischen individuellen Möglichkeiten sowie gesellschaftlichen Gegebenheiten fungieren. In der Vermittlung der Sozialen Arbeit zwischen Individuum und Gesellschaft kann sich ein Konflikt zwischen anwaltschaftlichem Einsatz für die Klientel und der systemisch geforderten Allparteilichkeit einstellen. Bei dieser Vermittlung müssen die gesellschaftlichen Verhältnisse genau in Betracht gezogen werden. Doch der Machtunterschied wird in der systemischen Perspektive nicht explizit in den Blick genommen. Der letzte Punkt richtet sich darauf, dass in der klassischen Sozialarbeit eine wertende Position eingenommen wird, wenn es um inhumane Verhältnisse, Unterdrückung, Ausgrenzung, Armut etc. geht. Die systemtheoretisch-konstruktivistische Perspektive versucht demgegenüber eine nicht wertende Position zu beziehen. Dadurch bleibt sie kritiklos gegenüber gesellschaftlichen Verhältnissen (vgl. Haselmann 2009: 201ff.). Die systemischen Ansätze sind in der Sozialen Arbeit da furchtbar, wo es allein um die Begleitung und Aufklärung für die Beziehungsebene in Interaktions- und

Kommunikationssystemen geht. Die Problemlage der gesellschaftlich-strukturellen oder sozioökonomischen Rahmenbedingungen zu lösen, dafür reicht der systemische Ansatz nicht aus (vgl. Haselmann 2009: 204).

## **5.2 Systemisch orientierte Interventionsmöglichkeiten**

In diesem Unterkapitel werden mit Ausnahme der medikamentösen Therapie mögliche systemische Interventionen vorgestellt.

### **5.2.1 Systemische-lösungsorientierte Beratung**

In der Studie von Singh wurde festgestellt, dass es die Mütter von ADHS Jungen als ihre Aufgabe sehen, die entstehenden Probleme zu lösen. Wenn die Mütter das Problem nicht lösen, betrachten sie dies als persönliches Versagen und Schuldgefühle kommen auf. Die Väter haben eine andere Sichtweise. Sie tendieren dazu, das Verhalten ihres Sohnes zu normalisieren, schieben die Schuld auf den nachsichtigen Erziehungsstil der Mütter oder führen es auf die fehlende Motivation des Sohnes zurück (vgl. Becker 2014: 44ff.). Wird diese Situation systemtheoretisch betrachtet, kristallisiert sich heraus, dass die Mütter und die Väter unterschiedliche Sichtweisen einnehmen resp. ihre Wirklichkeit anders konstruieren (vgl. Haselmann 2009: 168). Die unterschiedliche Sichtweisen können zum Problem werden. Die „Dekonstruktion“ von kommunikativen sowie kognitiv „konstruierten“ Problemen ist das Ziel der systemischen Therapie und Beratung (ebd.). Deshalb soll hier die systemisch-lösungsorientierte Beratungsmethode vorgestellt werden.

Von Schlippe und Schweitzer heben bei der Lösungsorientierung hervor, dass jedes System bereits über sämtliche Ressourcen verfügt, welche zur Lösung des Problems benötigt werden. Das System nutzt jedoch die Ressourcen derzeit nicht. Der Fokus des Ansatzes liegt auf der Konstruktion von Lösungen resp. der Aktivierung der Ressourcen (vgl. von Schlippe/Schweizer 2016: 209f.) Der systemische Ansatz lehnt eine Kausalität im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Modells ab. Die Grundannahme des systemischen Ansatzes basiert auf den Gedanken, dass jede Person ihre Situation mitgestaltet und sich das Verhalten gegenseitig bedingt (vgl. Boeger 2013: 123f.). Das bedeutet, dass das Problem nicht auf Einzelpersonen zurückzuführen ist, sondern durch die Wechselwirkungen innerhalb des Systems oder des Systems und der Umwelt entsteht. Das heisst, dass in der systemischen Therapie oder Beratung nicht eine Persönlichkeitsveränderung angestrebt wird, sondern das System erhält neue Informationen. In der systemischen Beratung sollen die Familienmitglieder ein Gespür dafür erwerben, dass sich Verhaltensweisen wechselseitig bedingen (vgl. ebd.).

Die Art der Fragstellung dient dazu, die Strukturen innerhalb der Familie aufzuweichen. Des Weiteren soll durch das zirkuläre Denken die in einer Familie oft auftretende Schuldfrage gelöst werden. In Anlehnung an Bosch (1989) beschreibt Boeger, dass die Familien im Beratungskontext oft in destruktiven Beziehungsmustern gefangen sind. Dies zeigt sich dadurch, dass die Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen eng miteinander verknüpft sind und keine Abgrenzung möglich ist oder die Subsysteme untereinander rigide Abgrenzungen voneinander bilden. Das Ziel dieser Beratungsmethode liegt darin, dass ein neues Gleichgewicht hergestellt wird. Um dies zu erreichen, wird zuerst das Gleichgewicht der Familie irritiert (vgl. Boeger 2013: 123f.).

Im systemisch-lösungsorientierten Ansatz gibt es verschiedene Techniken wie beispielsweise das Reframing. „Reframing sind Musterunterbrechungen, da sie ganz neue, oft verblüffende Sichtweisen in das System einführen und Neugier und Aufmerksamkeit wecken.“ (Levold/Wirsching 2014: 169). Beim Reframing wird dem Erlebten oder Gesagten neue Bedeutung zugewiesen. Dadurch erschliesst der Klient oder die Klientin eine neue Sichtweise und Handlungsweisen (vgl. ebd.).

Als stärkste Interventionstechnik gilt die Wunderfrage. Der Klient oder die Klientin soll sich vorstellen, wie ihr Leben verlaufen würde, wenn es das Problem nicht gäbe. Durch diese Vorstellung werden Impulse zum Wandel gesetzt (vgl. Boeger 2013: 137).

Eine weitere Technik ist die zirkuläre Fragen. „Zirkuläre Fragen werden eingesetzt, um zirkuläre Prozesse in Beziehungssystemen aufzudecken und starre Kommunikations- und Interaktionsmuster, die Probleme und Konflikte innerhalb des Systems verursachen, durch eine gezielte Einnahme von unterschiedlichen Beobachterpositionen und Perspektivenwechseln zu verflüssigen.“ (Kleve/Wirth 2013: 147) Die befragte Person versetzt sich in eine andere Person hinein und gibt ihre Meinung kund, was er oder sie über eine andere Person denkt bzw. wie er oder sie diese Person sieht. In dieser Fragetechnik treten Erwartungsstrukturen des Systems auf, was in dem System zuvor verdeckt war. Geben die befragten Personen Antwort auf die zirkulären Fragen, werden neue Fremd- und Selbstsichten im Klientensystem vermittelt (vgl. von Ameln 2004: 233). Nach Reich (2008) werden durch die aufeinander erfolgende und wechselseitige Bezugnahme neue Denkprozesse eröffnet und Veränderungen ermöglicht (vgl. Kleve/Wirth 2013: 147). Es ist zu erwähnen, dass das Denken der Kinder zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr durch einen „Egozentrismus“ geprägt ist (Vogl 2015: 35). In dieser Haltung ist das Kind unfähig,

sich in eine andere Person hineinzusetzen (vgl. ebd.). Daraus kann geschlossen werden, dass das Kind aufgrund dieses kognitiven Entwicklungsstands nicht in der Lage ist, die zirkulären Fragen zu verstehen. Das bedeutet, dass diese Fragetechnik für Kinder unter sieben Jahren nicht geeignet ist.

### **5.2.2 Elterntrainingsprogramm**

Der Bericht von Zenglein et al. beschäftigt sich mit von ADHS betroffenen Kindern im Vorschulalter (vgl. Zenglein et al. 2013: 193). Einen Hauptbestandteil der ADHS-Behandlung stellen aufgrund der starken Wirkung der Erziehung die Eltern- und Erziehungstrainings dar (vgl. ebd.: 196). Laut Brandau und Kaschnitz ist das verhaltensorientierte Elterntaining eine systemische Intervention (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 140f.). Demgegenüber ordnen von Schlippe und Schweitzer die Elterntrainings in die behaviorale Paar- und Familientherapie ein (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2016: 41). Aufgrund dass im Elterntainingsprogramm spezifisch mit dem Subsystem „Eltern“ gearbeitet wird, erachtet die Autorin diese Massnahme als eine systemische Intervention. Wie bereits in mehreren Kapiteln angedeutet, ist die Situation mit einem ADHS Kind für alle Familienmitglieder schwierig und belastend (vgl. Barkley 2002: 172). Nach Chunningham und Boyle (2000) sowie DuPaul et al. (2001) fühlen sich die Eltern, welche Kinder mit ADHS im Vorschulalter haben, weniger kompetent, sind oft gestresst und betrachten die Eltern-Kind-Interaktion negativer. Zudem verfügen die Eltern über geringe adaptive Bewältigungsstrategien. Laut Healey et al. (2010/2011) zeigen mehrere Studien, dass ein positiver Erziehungsstil eine vorteilhafte Wirkung auf das Funktionsniveau von Vorschulkindern mit einer ADHS ergibt. Dementsprechend ist die Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen zweckentsprechend (vgl. Zenglein et al. 2013: 196). Deshalb wird in dieser Bachelor-Thesis das Elterntainingsprogramm vorgestellt.

Nach Hängi (2010) ist das Fundament jeglichen Elterntainings, eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Das Ziel von Trainingsprogrammen für Eltern liegt darin, dass die Eltern besser mit dem Verhalten des Kindes umgehen können, gemeinsam mit den Eltern eine bessere Eltern-Kind-Beziehung zu erreichen sowie generell ein positives Familienklima herzustellen. Dieses Ziel kann erreicht werden, indem die Eltern lernen, eindeutige Regeln sowie Anweisungen durchzusetzen. Dadurch kann das normabweichende Verhalten abgebaut und prosoziale Verhaltensweisen können erlernt werden (vgl. Abelein/Stein 2017: 116f.). Die Reaktionen der Eltern werden sowohl auf unerwünschtes als auch angemessenes Verhalten geschult (vgl. von

Schlippe/Schweitzer 2016: 41). Eltern sollen nicht nur auf negative Normabweichungen reagieren, sondern auch auf positive Art und Weise auf erwünschtes Verhalten. Mögliche Interventionen sind, dass erwünschtes Verhalten in kleinen aufbauenden Schritten belohnt wird. Eine weitere Möglichkeit betrifft die Entlohnung durch Punkte, die zu einem späteren Zeitpunkt in etwas Wertvolles eingetauscht werden können. Unterwünschte Verhaltensweisen werden nicht beachtet oder notfalls findet ein Time-out statt. Dabei wird das Kind aus dem Familienkontakt herausgenommen und in einen möglichst reizarmen Raum gesetzt (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2016: 41). Das Verhalten der Eltern muss kontingent sein. Laut Döpfner et al. (2007) finden die meisten Elterntrainings wöchentlich in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen statt. Döpfner et al. stellten einige internationale Studien über die Wirksamkeit der Elterntrainings zusammen und stellten fest, dass sich diese Intervention in der Familie bewährt hat (vgl. Abelein/Stein 2017: 117).

Es gibt verschiedene englischsprachige Trainingsprogramme, die im folgenden Abschnitt kurz erläutert werden (vgl. Zenglein 2013 et al.: 196). Laut Sanders (1999) wird das Elterntaining „Triple P Positive Parenting Program“ auch im deutschsprachigen Raum verwendet (ebd.: 197). Nach Sanders et al. (2000) reicht das 5-stufige Interventionsprogramm von generellen Informationen zu Erziehungsverhalten bis zu intensiven Elterntrainings (vgl. ebd.). In „randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs)“ wurde belegt, dass das Tripel P Programm komorbide oppositionelle Verhaltensweisen mindert, jedoch weniger die Symptome Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität reduziert. Nach Songua-Barke et al. (2006) wird das Elterntrainingsprogramm „New Forest Parenting Package“, kurz NFPP, nur im englischsprachigen Raum eingesetzt (ebd.: 196f.). In einer Zeitspanne von acht Wochen finden wöchentlich einstündige Hausbesuche statt. Die RCT-Studien zeigen auf, dass die ADHS-Kernsymptomatik mittels dieser Elterntrainingsprogramme reduziert werden kann. Das Elterntrainingsprogramm „Parent Child Interaction Therapy“, kurz PCIT, von Eyberg und Calzada (1998) reduziert auch die Kernsymptome der AHDS. Das PCIT ist ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, deren Fokus auf Eltern-Kind Beziehung liegt (vgl. ebd.). Die Schlussfolgerung ist, dass je nach verwendetem Elterntrainingsprogramm die komorbide Begleitstörung oder die Kernsymptome reduziert werden können.

### 5.2.3 Soziale Netzwerkarbeit

Wie im Kapitel 4.5 beschrieben, erhalten Eltern von der Verwandtschaft häufig Zuwendung und Unterstützung. Bei Eltern mit einem ADHS Kind fehlt diese Hilfeleistung oft. Eltern mit einem ADHS Kind erleben die wenigen Kontakte, die sie zu den Angehörigen haben, als eher unangenehm und belastend. Aufgrund dieser bestimmten Form sozialer Isolation leiden die Erziehung der Kinder und das emotionale Wohlbefinden der Eltern (vgl. Barkley 2002: 180). Nach Pelham und Bender (1982) und Wheeler und Carlson (1994) besteht bei ADHS Kindern das Risiko, von der Gruppe abgelehnt zu werden (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 116). Folglich erleben auch die Kinder mit ADHS eine Form der sozialen Isolation. Die Stabilisierung und die Förderung sozialer Kontakte scheinen daher sinnvoll. Deswegen wird in diesem Unterkapitel die Unterstützungsmöglichkeit „Soziale Netzwerkarbeit“ vorgestellt.

Zunächst ergibt sich die Frage, was unter Sozialer Netzwerkarbeit zu verstehen ist. Galuske schreibt:

„Unter Sozialer Netzwerkarbeit versteht man ein sozialpädagogisches Handlungsmodell, das aufbauend auf Methoden und Befunde der sozialen Netzwerkforschung durch die Analyse, Nutzung, Gestaltung und Ausweitung des Beziehungsgeflechts der Klienten zu Personen, Gruppen und Institutionen auf eine Optimierung ihrer Unterstützungsnetzwerke und damit auch die Stärkung ihrer Selbsthilfepotentiale abzielt und sich zu diesem Zweck unterschiedlichster Techniken der Analyse von und Einflussnahme auf Klientennetzwerke bedient.“  
(Galuske 2013: 330)

Das Ziel von Sozialer Netzwerkarbeit liegt darin, die Netzwerke der Klientel, welche brüchig oder nicht hinreichend sind, zu stabilisieren, auszubauen resp. das vorhandene Potential in den Netzwerken zu identifizieren und zu nutzen (vgl. ebd.: 330).

Gemäss Bullinger und Nowak (1998) gibt es drei Typen von Netzwerken: „primäre oder mikrosoziale Netzwerke“, „sekundäre oder makrosoziale Netzwerke“ und „tertiäre oder mesosoziale Netzwerke“. Diese sollen nachfolgend beschrieben werden (ebd.: 331).

- a) *Primäre oder mikrosoziale Netzwerke*: Die primären Netzwerke kennzeichnen sich durch eine gewisse Kontinuität und verlangen nach direkten, naheliegenden persönlichen Kontakten bzw. nach „Face-to-face“-Beziehungen. Zu den primären Netzwerken zählen vor allem die Familie, der Nachbar oder die Nachbarin und die

Freunde (vgl. Galuske 2013: 330). Der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit lässt sich daher in mikrosoziale Netzwerke einordnen.

- b) *Sekundäre oder makrosoziale Netzwerke*: Das Bildungssystem, der Arbeitsplatz, die Freizeiteinrichtungen usw. werden unter die sekundären Netzwerke eingeordnet. Laut Bullinger und Nowak (1998) handelt es sich bei sekundären Netzwerken vor allem um „Organisationen und Bürokratien des Produktions- und des Reproduktionssektors“ (ebd.: 331).
- c) *Tertiäre oder mesosoziale Netzwerke*: Bei diesem Netzwerk geht es um die Beziehung zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor. Gemäss Bullinger und Nowak (1998) gehören „Selbsthilfegruppen, intermediäre professionelle Dienstleistungen und die Nichtregierungsorganisationen (NGO)“ zu den tertiären Netzwerken (ebd.: 332).

Der zentralste Effekt sozialer Unterstützungsnetzwerke liegt gemäss Bullinger und Nowak (1998) darin, dass die Unterstützung dem Subjekt das Gefühl von sozialer Einbettung gibt. Dies wirkt sich positiv auf die Befindlichkeit des Subjektes aus. Die sozialen Netzwerke leisten jedoch nicht nur positive Folgewirkungen, sondern sie verlangen auch Leistung von den Netzwerkmitgliedern bzw. bringen Belastungen mit sich. Gemäss Heinz, Olk und Hilbert (1988) erfordern das Initiieren und Pflegen sozialer Kontakte individuelle Anstrengungen und Mühe. Die sozialen Netzwerke aufrechter zu halten ist nicht kostenlos. Bei sozialen Netzwerken beruht die Hilfe auf Gegenseitigkeit. Es ist nicht vorauszusehen, ob die Unterstützungsleistungen sowie Hilfeverpflichtungen auf lange Sicht bestehen bleiben. Der nächste Aspekt, den Heinz et al. beschreiben, ist, dass ein dicht geknüpftes soziales Netzwerk nicht ausschliesslich als grosse Unterstützungsressource dient. Das Netz kennzeichnet sich auch durch Verhaltenserwartungen und soziale Kontrolle. Problematisch ist, wenn Menschen dauerhaft auf Unterstützung angewiesen sind. Dadurch droht auch, dass die primären Netzwerke überlastet werden (vgl. ebd.: 333f.).

Es gibt verschiedene Methoden- und Technikarsenale zu sozialer Netzwerkarbeit. Beispielhaft soll auf das Instrument „Netzwerkkarte“ eingegangen werden (ebd.: 336). In der sozialen Netzwerkarbeit stellt die Netzwerkanalyse eine Grundlage für alle weiteren Handlungsschritte dar. Mittels spezifischer Frage-, Darstellungs- und Auswertungsschritte werden der Umfang wie auch die Qualität personenbezogener Netzwerke erhoben (vgl. ebd.). Das Zentrum der Netzwerkkarte bildet die Klientel. Es

werden vier oder mehr Sektoren gewählt, die für die Klientel ein relevantes Netzwerk darstellen, wie beispielsweise die Familie, die Freunde, der Beruf oder die Schule und professionelle Beziehungen. In jedem Sektor werden die relevanten Personen eingezeichnet. Der Abstand zwischen der Person und der Klientel visualisiert die Intensität der Beziehung. Je wichtiger die Beziehung aus der Perspektive der Klientel ist, umso näher wird der Abstand zu dieser Person (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 194). Die Netzwerkkarte gibt Aufschluss über die Anzahl und Verteilung der Kontaktpersonen. An dieser Stelle soll kritisch angemerkt werden, dass die Netzwerkkarte die momentane subjektive Perspektive der Klientel darstellt. Bei einer Befragung weiterer beteiligter Personen würde sich die Darstellung des Netzwerkes ändern. Zudem repräsentiert die Netzwerkdichte nicht die Verteilung des gesamten Netzwerkes, was zu Fehlschlüssen führen kann (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 194). Aus Gründen der besseren Vorstellung findet sich in der Abbildung 3 das Beispiel einer Netzwerkkarte.

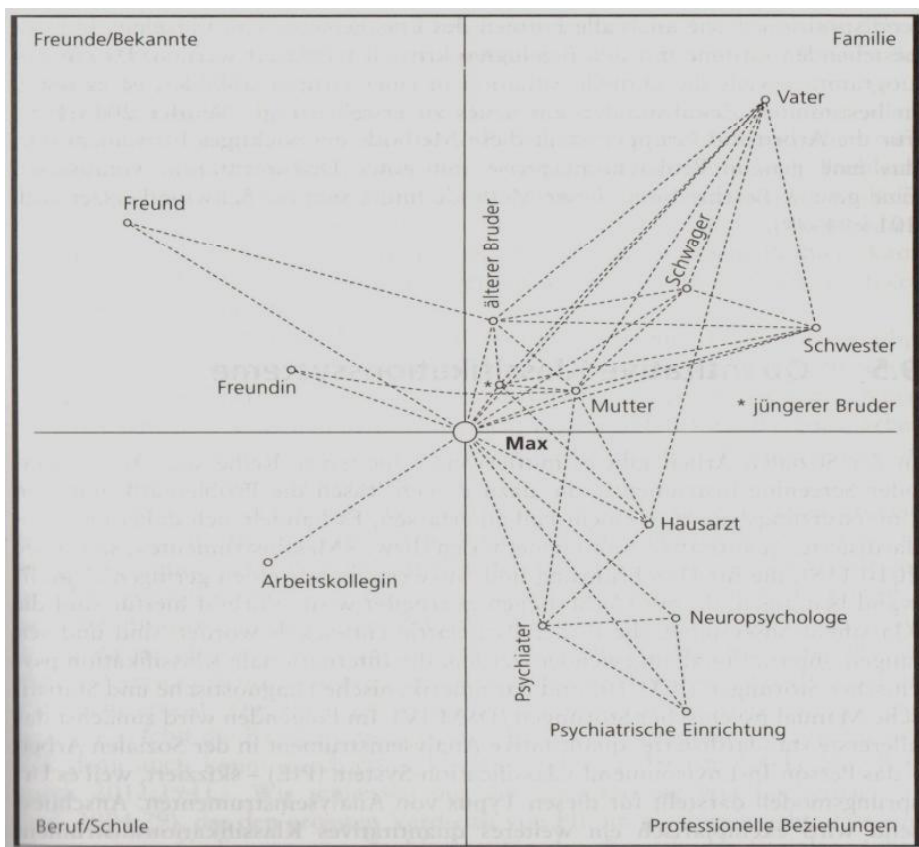


Abb. 3: Beispiel einer Netzwerkkarte (in: Hochuli Freund/Stotz 2015: 195)

#### 5.2.4 Medikamentöse Therapie

Nach Döpfner et al. (2012) heisst es in der führenden ADHS-Forschung, dass die Ursachenzusammenhänge noch nicht endgültig geklärt werden konnten. Gleichwohl wird die genetische Ursache international als grösster Einzelfaktor bei der Entstehung von ADHS gesehen (vgl. Becker 2014: 22). Deshalb wird in dieser Bachelor-Thesis auch die pharmakologische Behandlung kurz betrachtet, obwohl diese Behandlungsform nicht in die systemische Interventionsform eingeordnet werden kann.

Im Vergleich zu anderen Therapieansätzen dominierte in den vergangenen 10 bis 15 Jahren die Behandlung mit Psychostimulanzien (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 123). Mehrere Wirkstoffe sind zur Behandlung der ADHS im Kindesalter zugelassen. Häufig werden Methylphenidat und Atomoxetin verwendet (vgl. Behn 2012: 65). Die Substanz Methylphenidat ist als Ritalin oder Concerta bekannt (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 123). Die medikamentöse Therapie verfolgt das Ziel, eine Verhaltensänderung bei ADHS-Patienten und Patientinnen zu erreichen. Gemäss Schäfer und Gerber (2007) bewirkt die medikamentöse Behandlung eine Verbesserung der kognitiven und emotionalen Selbststeuerung. Das Auftreten von Stimmungsschwankungen und impulsiven Wutausbrüchen wird seltener. Dadurch können soziale Kontakte positiver gestaltet und negative psychosoziale Folgen besser vermieden werden (vgl. Abelein/Stein 2017: 104). Nach Coghill (2010) kann belegt werden, dass die Wirkstoffe Methylphenidat und Atomoxetin kurzfristig zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen können (vgl. Behn 2012: 65). Gemäss Banaschewski und Rothenberger (2010) belegen Studien eindeutig, dass die medikamentöse Behandlung bei ADHS wirksam ist und die Kernsymptome verringert. Laut Skrodzki (2009) wird durch die Einnahme des Wirkstoffs Methylphenidat die Wiederaufnahme von Dopamin durch die Blockade des Dopamin-Transporters gehemmt. Dadurch erhöht sich die Verfügbarkeit der Neurotransmitter im synaptischen Spalt. Das Ergebnis ist, dass die Aktivierung und Steuerung der vorderen Hirnzentren gelingen (vgl. Abelein/Stein 2017: 104). Innerhalb weniger Stunden beginnt das Methylphenidat zu wirken und baut sich genauso schnell wieder ab. Der Wirkeintritt wird von manchen Patienten als Kick empfunden (vgl. Baierl 2017: 395). Ein anderer Wirkstoff ist der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin. Laut Müller et al. (2011) wird die Wiederaufnahme von Noradrenalin im synaptischen Spalt durch die Einnahme von Atomoxetin blockiert. Unerwünschte Nebenwirkungen von Methylphenidat werden von zahlreichen Autoren und Autorinnen als gering und reversibel eingeschätzt. Nach Neuhaus (2012) sind Appetitminderung oder -verlust, Schlafstörungen, Steigerung des

Pulsus und Bluthochdrucks Nebenwirkungen. Zu Beginn der Behandlung treten vorübergehend Kopf -und Magenschmerzen auf. Laut Döpfner et al. (2013) und Neuhaus (2012) sind seltene Nebenwirkungen Gereiztheit, dysphorische Verstimmungen, Tics, Gewichtsverlust, Ausschlag auf der Haut und Haarausfall. Nach Gilsbach et al. (2011) ist Methylphenidat seit den 1960er Jahren zugelassen (vgl. ebd.: 106f.). Dennoch gibt es wenige Forschungsstudien zu möglichen langfristigen Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie (vgl. Abelein/Stein 2017: 106f.). Mehrere Betroffene berichten, dass durch die Medikamentisierung die Bewältigung des schulischen, beruflichen wie auch sozial familiären Alltags erleichtert wird (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 123). In der biologisch ausgerichteten ADHS-Forschung wird die Pharmakotherapie nicht als Dauerbehandlung, sondern als Möglichkeit der akuten Krisenintervention gesehen (vgl. Becker 2014: 25). Neben der Medikation sollten immer noch weitere Therapiekonzepte durchgeführt werden, wie pädagogische Massnahmen in Familien und Schulen sowie eine verhaltenstherapeutische Unterstützung des Kindes (vgl. Behn 2012: 65). Dies bestätigt auch die MTA-Studie (Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD). In dieser Studie erhielten im Jahr 1999 579 Kinder im Alter von sieben bis zehn Jahren vier unterschiedliche Behandlungen (hausärztliche Grundversorgung, Pharmakotherapie mit Beratung der Eltern, Verhaltenstherapie, kombinierte Behandlung aus Pharmako- und Verhaltenstherapie). Nach einer 14-monatigen Behandlungsdauer stellte sich heraus, dass die kombinierte Behandlungsform mit einer Normalisierung von 68% am besten abschnitt. Die rein medikamentöse Therapie war mit 56% ebenfalls erfolgreich (vgl. Becker 2014: 22). Nach Connors et al. (2001) konnte mittels ihrer differenzierten statistischen Analyse nachgewiesen werden, dass ein kombinierter Behandlungsansatz signifikant bessere Ergebnisse erzielt (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013: 13). Daraus lässt sich ableiten, dass die medikamentöse Therapie der Klientel hilft, sich besser zu konzentrieren. Folglich bedeutet dies für die systemischen Interventionsformen, dass mittels der medikamentösen Therapie auch die systemischen Unterstützungsmöglichkeiten besser gelingen werden, da die Klientel aufmerksamer ist.

## 6 Schlusswort

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse der Bachelor-Thesis zusammengefasst resp. diskutiert und die Haupt- sowie die Unterfragstellungen beantwortet. Im Unterkapitel „6.2 Ausblick“ werden eigene Folgerungen und Denkansätze dargestellt. Zudem werden weiterführende Fragestellungen formuliert.

### 6.1 Zusammenfassungen der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragenstellungen

Bevor eine Antwort auf die Hauptfragestellung gegeben werden kann, wird zunächst die folgende Unterfrage beantwortet:

**„Welche Problematiken entstehen in der Familie mit einem ADHS Kind?“**

Die Eltern von ADHS Kindern erleben die Eltern-Kind-Interaktion als negativ, sie fühlen sich weniger kompetent und sind gestresst. Das psychische Wohlbefinden ist beeinträchtigt. Vor allem die Mütter machen sich Selbstvorwürfe bzw. fühlen sich für das Verhalten ihres Kindes verantwortlich. Zudem leiden die Mütter häufiger unter Depressionen. Generell leiden die Eltern und die Geschwister von ADHS Kindern selber überdurchschnittlich häufig unter psychischen Problemen und Störungen. Eine andere Studie zeigt, dass die Trennungs- oder Scheidungsquote bei Eltern mit einem ADHS Kind dreimal so hoch liegt im Vergleich zu Familien, deren Kinder kein ADHS haben. Ein anderer Aspekt ist, dass es unter den Geschwistern häufiger zu Streitigkeiten kommt. Die Eltern von ADHS Kindern erhalten weniger Zuwendung und Unterstützung. Die wenigen Kontakte, die sie zu Angehörigen haben, erleben sie als unangenehm und belastend. Aufgrund negativer Erfahrungen werden öffentliche Situationen wie das Einkaufen vermieden. Folglich erleben die Eltern eine bestimmte Form sozialer Isolation. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass die Kinder mit ADHS Schwierigkeiten haben, sich in eine Gruppe zu integrieren.

Dies waren einige Angaben zur Problematik, die in der Familie mit ADHS Kindern entstehen können. Das Sample der Studie von Singh fiel in Bezug auf die sozioökonomischen Merkmale, ethnische Zugehörigkeit etc. recht homogen aus. Durch diese Homogenität, die auch für die anderen Studien gelten kann, könnte geschlussfolgert werden, dass das Bild über die Problematik in der Familie mit einem ADHS Kind nicht vollständig ist. In anderen Kulturen, bei einem anderen sozioökonomischen Status usw. könnten für Familien mit einem ADHS Kind abweichende Probleme entstehen.

Das Thema ADHS wird immer wieder in den Medien behandelt. In der Literaturrecherche wurde angegeben, dass zum Teil die Öffentlichkeit und die Familienangehörigen des ADHS Kindes eine kritische Meinung bezüglich der Erziehung von ADHS Kindern einnehmen. Dieses Gefühl der ständigen Beobachtung bzw. Kritik von aussen könnte einen weiteren Belastungsfaktor für die Familien darstellen. Aus eigener beruflicher Erfahrung ist darauf hinzuweisen, dass sich die ADHS Kinder häufiger verletzen oder aber auch von den Eltern grob angefasst werden. Die Verletzungen des ADHS Kindes mussten von Professionellen der Sozialen Arbeit genau betrachtet werden resp. es wurde nach dem Ursprung der Verletzung gefragt. Das bedeutet, dass die Eltern auch von den Professionellen immer wieder geprüft werden, was gleichfalls eine Belastung darstellen kann. Damit schliesst die Autorin die Beantwortung dieser Unterfrage ab und kommt zur Hauptfragestellung:

**„Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Familien mit einem ADHS Kind im Umgang mit der entstehenden Problematik mit systemischen Interventionsformen unterstützen?“**

Bevor die Hauptfragestellung beantwortet wird, soll der Blick zuerst auf die Systemtheorie gerichtet werden. Das Einbeziehen des sozialen Umfelds und die Gestaltung der Wohn- und Lebenswelt der von ADHS Betroffenen sind wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung. Diese Grundannahme unterstützt die Wahl der Systemtheorie. In der Systemtheorie wird nicht davon ausgegangen, dass das Problem bei der einzelnen Person liegt, sondern in der Wechselwirkung zwischen der Person und der Umwelt entsteht. Gemäss dem Autopoiesis-Konzept können die Professionellen der Sozialen Arbeit keinen direkten Einfluss auf das System nehmen. Zur Veränderung des Systems können die Professionellen der Sozialen Arbeit dieses lediglich anstossen, irritieren oder anregen. Doch das System selbst entscheidet, ob und auf welche Weise es sich ändert. Es stellt sich die Frage, weshalb die sozialarbeiterischen Interventionen initiiert werden sollten, wenn das Ergebnis offen ist. In Bezug auf AvenirSocial wird ersichtlich, dass das Ziel der Professionellen der Sozialen Arbeit darin liegt, das Wohlbefinden des Menschen zu fördern sowie die Probleme der menschlichen Beziehungen zu lösen. Das Wohlbefinden der Eltern von ADHS Kindern leidet und für alle Familienmitglieder ist die Situation belastend und schwierig. Um das oben genannte Ziel zu erreichen, muss gehandelt werden. Die Handlung resp. Intervention kann einen Prozess in Gang setzen, wobei die Wirkung der Intervention unvorhersehbar bleibt. Zu resümieren ist, obwohl die Wirkung der

Intervention unvorhersehbar ist, ist das Initiieren einer Massnahme notwendig, um eine Veränderung in Gang zu setzen. Aus der Literaturrecherche wurden folgende Unterstützungsmöglichkeiten herausgearbeitet:

**Systemisch-lösungsorientierte Beratung:** In einem System agieren verschiedene Personen zusammen und stehen in Wechselbeziehung zueinander. Für die Zusammenarbeit ist die Entwicklung einer Kooperationsbeziehung folglich wichtig. Jede Person hat Ressourcen, die zur Lösung des Problems beitragen, welche vom System jedoch zurzeit nicht genutzt werden. Mittels einer systemisch-lösungsorientierten Beratung können diese Ressourcen aktiviert bzw. aufgedeckt und genutzt werden. In Bezug auf den radikalen Konstruktivismus konstruiert jede Person ihre eigene Wirklichkeit. In der Studie von Singh wurde festgestellt, dass die Mütter und Väter der von ADHS betroffenen Jungen unterschiedliche Sichtweisen bezüglich ADHS haben. Dies kann zum Problem führen. Das Ziel der systemischen Beratung ist, die kommunikativ und kognitiv konstruierten Probleme zu dekonstruieren. Ein Kritikpunkt in der systemischen Beratung richtet sich darauf, dass den Gefühlen und der affektiven Kommunikation wenig Beachtung geschenkt wird, wobei dies jedoch wichtig sei. Aus eigener Erfahrung ist zu nennen, dass im Beratungskontext nicht ausschliesslich ein, sondern mehrere Ansätze angewendet werden. Durch die anderen Ansätze wird auch die emotionale Ebene der Klientel betrachtet.

**Elterntrainingsprogramm:** Zwischen den Eltern und dem ADHS Kind kann ein dysfunktionales Interaktionsmuster entstehen. Sowohl die Eltern als auch das Kind steuern eine ungünstige Kommunikationsstruktur bei. Das Ziel des Elterntrainings liegt darin, eine bessere Eltern-Kind-Beziehung und ein positives Familienklima herzustellen. Durch die unterschiedlichen Elterntrainingsprogramme können die Kernsymptome oder die Begleitstörung der ADHS verringert werden. Mehrere Studien zeigen, dass ein positiver Erziehungsstil eine günstige Wirkung auf das Funktionsniveau von Vorschulkindern mit einer diagnostizierten ADHS haben. Daraus lässt sich ableiten, je besser die Interaktion zwischen dem ADHS Kind und der beteiligten Person, desto günstiger wirkt es sich auf die ADHS-Symptomatik aus. Durch geeignete Interventionen können folglich die Symptome der ADHS reduziert werden.

**Soziale Netzwerkarbeit:** Die Familie eines von ADHS betroffenen Kindes kann unter einer Form sozialer Isolation leiden. Die wenigen Kontakte, die die Eltern zu ihren Angehörigen haben, werden als unangenehm und belastend erlebt. Daher scheinen

die Stabilisierung und Förderung positiver sozialer Kontakte sinnvoll. Dies kann mittels Sozialer Netzwerkarbeit erreicht werden. In Bezug auf die Netzwerktypisierung von Bullinger und Nowak sowie die Systemebene von Bronfenbrenner ist zu erkennen, dass die Familie in eine Mikroebene eingebettet ist. Die Interventionen sind auf diese Ebene gerichtet. Gleichwohl können andere Ebenen einen Einfluss auf die Mikrosystemebene resp. das mikrosoziale Netzwerk haben.

**Medikamentöse Therapie:** Eine nicht systemisch orientierte Massnahme ist die medikamentöse Therapie. Die medikamentöse Therapie von ADHS wird oft und umstritten diskutiert. Die Behandlung mit Psychostimulanzien ist vorherrschend, obwohl es eine Vielzahl anderer Therapieformen gibt. Die medikamentöse Therapie wird nicht als dauerhafte Intervention gesehen. Wie jedes Medikament verursacht auch der Wirkstoff Methylphenidat Nebenwirkungen. Aufgrund dessen vertritt die Autorin die Ansicht, dass nicht direkt eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden sollte, wenn ADHS diagnostiziert wird, sondern zunächst andere Behandlungsmethoden anzuwenden sind. Die Einnahme von Stimulanzien kann zu einer raschen Verbesserung der Symptome führen, aber das Medikament kann nicht gezielt auf das Verhalten eingehen. Laut der MTA-Studie schnitt die Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie bezüglich der Normalisierung am besten ab. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die Medikamente der Klientel helfen können, die Kernsymptome zu reduzieren. Dadurch kann die Klientel höhere Aufmerksamkeit erzielen und dies kann sich positiv auf die systemischen Interventionen auswirken. Ein anderer Aspekt ist, dass laut Brandau und Kaschnitz eine starre zeitliche Festlegung der Diagnose ab dem sechsten Lebensalter diskussionsbedürftig ist. Die Autorin sieht die Vorteile einer frühen Intervention. Doch aufgrund der Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen stark auffallendem, aber „noch normalem Verhalten“ und abweichendem sprich „krankhaftem“ Verhalten sollte eine ausführliche Diagnose erstellt werden.

Im Kapitel 4 wurde beschrieben, dass die Kernsymptome der ADHS im Widerstreit zu dem stehen, was die Eltern von den Kindern fordern. Die Eltern verlangen vom Kind hohe Aufmerksamkeit und das es sich benimmt, was sich aufgrund der Kernsymptomatik schwierig gestaltet. Für die Geschwister des ADHS Kindes ist die Situation schwer zu verstehen. Daraus schliesst die Autorin, dass die Psychoedukation, also die Vermittlung von Informationen über die ADHS-Symptomatik,

wichtig ist, damit die Familienmitglieder ein besseres Verständnis bezüglich ADHS aufbauen können. Aus diesem Grund und hinsichtlich eigener Erfahrungen und Recherchen ist die Autorin der Auffassung, dass die Massnahmen für Familien mit einem ADHS Kind individuell zu gestalten sind und nicht nur systemische Interventionsformen benötigt werden. Das bedeutet auch, dass der Massnahmenkatalog nicht abschliessend ist. Dennoch wurden zentrale Massnahmen in dieser Arbeit herausgearbeitet.

Die nächste Unterfrage, die in dieser Arbeit beantwortet wird, lautet:

**„Welche Definitionen, epidemiologischen und ätiologischen Befunde gibt es zu ADHS im Kindesalter?“**

In der historischen Entwicklung der ADHS zeigt sich, dass Mitte des 19. Jahrhunderts die erste Beschreibung von ADHS entstand. Im Laufe der Zeit entwickelten sich neue Theorien, Definitionen und Erklärungsansätze. Obwohl ADHS die häufigste diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter darstellt, existiert bis heute kein einheitliches Bild über ADHS. Manche sind der Auffassung, dass ADHS ein Krankheitsbild sei, und andere vertreten die Meinung, dass es sich bei ADHS um eine Modekrankheit handelt. Die Ursache und die Risikofaktoren für die Entwicklung einer ADHS-Symptomatik sind nicht abschliessend geklärt und werden viel diskutiert. Die überwiegende Meinung in der Forschung lautet, dass ADHS ein multikausales Geschehen bildet. In dieser Arbeit wurden drei Kausalitätskonzepte beschrieben, deren Fokus bezogen auf die Ursache von ADHS unterschiedlich ist. Beim *biomedizinisch-genetischen Konzept* wird den genetischen Faktoren ein höherer Stellenwert für die Entwicklung der Störung zugeschrieben. Dennoch wirken sich die psychosozialen Faktoren auf die Ausprägung der ADHS-Symptome aus. Beim *entwicklungspsychologischen Modell* werden die psychosozialen Bedingungen und Umweltfaktoren in den Vordergrund gestellt. Die genetischen Faktoren spielen eine Rolle, doch die Ursächlichkeit der Wirkfaktoren bleibt ungeklärt. Gemäss Hüther und Bonney (2012) beeinflussen die Erfahrungen in den ersten Lebensjahren das Gehirn. Dies wirkt sich auf die Reifung des dopaminergen Systems aus. Bei der *systemisch-konstruktiven Perspektive* wird davon ausgegangen, dass ADHS die Konstruktion einer monodisziplinären Gesundheitsforschung sei. Bei mangelnder Passung zwischen Kind und Umwelt kommt die ADHS-Problematik zum Ausdruck. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die neurologischen, entwicklungspsychologischen und sozialpsychologischen Untersuchungen in den Forschungsliteraturen häufig

unverbunden bleiben und nebeneinander stehen, ohne voneinander Kenntnis zu nehmen. Die Autorin ist der Auffassung, dass diese unterschiedlichen Sichtweisen resp. Kausalitäten stärker verbunden werden sollten.

Mittels der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-V wird unter anderem die Diagnose ADHS resp. HKS gestellt. Die Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM stimmen in weiten Teilen überein. Bei beiden Klassifikationssystemen liegt ADHS vor, wenn die Kernsymptome „Impulsivität“, „Aufmerksamkeitsdefizit“ und „Hyperaktivität“ über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in mehreren Lebensbereichen bestehen und sie in einem Ausmass auftreten, das nicht mit dem normalen Entwicklungszustand vereinbart werden kann. Gleichwohl ist zu erwähnen, dass zwischen den Klassifikationssystemen Unterschiede bestehen. Diese liegen darin, dass sich die Anzahl von Kombinationen der Kriterien, welche für die Diagnose vorliegen müssen, unterscheidet und die Altersgrenze bei der Diagnostik nicht gleich ist. Die Auftretenswahrscheinlichkeit von ADHS im Kindes- und Jugendalter ist schwankend. Sie liegt zwischen 3% und 8%. Die unterschiedlichen Häufigkeitsangaben ergeben sich durch die jeweiligen Kriterien im DSM-System und ICD-10. Mittels DSM-V wurde eine kulturübergreifende Prävalenzrate von ADHS im Kindesalter von 5% und bei den Erwachsenen von 2.5% ermittelt. In den mehrheitlichen Studien tritt ADHS häufiger bei Jungen bzw. Männern auf. Die geschlechtsspezifische Rate schwankt in den klinischen Studien zwischen 5:1 und 9: 1. Die Prävalenzrate bei Kindern mit einem hohen sozioökonomischen Status liegt bei 3.2%, während bei Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status die Prävalenzrate doppelt so hoch ausfällt. Bis heute wird kontrovers diskutiert, ob die Prävalenzrate von ADHS in den letzten Jahren angestiegen ist. Es wurde jedoch festgestellt, dass die epidemiologische Studienrate zur Prävalenz von ADHS eine grosse Varianz aufzeigt. Die Gründe für diese Varianz betrifft die Wahl des Klassifikationssystems. Ein weiterer Grund besteht darin, dass unspezifische Messinstrumente zum Einsatz kommen. Des Weiteren hängt die Prävalenzrate von der Quelle ab resp. davon, woher die Daten stammen. ADHS tritt meistens nicht alleine auf. Häufig finden sich Begleitstörungen, die die Diagnose von ADHS erschweren, und dies wird ein möglicher weiterer Grund für die Varianz in der Prävalenzrate sein. Somit ist zu schlussfolgern, dass es nicht die eine Definition von ADHS gibt. Ausserdem besteht kein einheitlicher Befund bezüglich der epidemiologischen und ätiologischen Angaben.

Die letzte Unterfragestellung die beantwortet wird lautet:

**„Wie lässt sich die Familie als System verstehen und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für das Verständnis von ADHS ziehen?“**

Die Familie kann als soziales System, genauer als Interaktionssystem, betrachtet werden. In Bezug auf die Systemtheorie ist die Beobachtung ein wichtiger Aspekt. Mittels Beobachtung kann der Mensch einen Unterschied zwischen System und Umwelt machen oder die Professionellen der Sozialen Arbeit können dysfunktionale Interaktionsmuster in der Familie entdecken. Lehrpersonen oder die Eltern können die Kernsymptome der ADHS beobachten. Diese Verhaltensauffälligkeiten weichen von den erwarteten Normen ab. Das bedeutet, dass ein Kind erst auffällig wird, sobald ein anderes System dies so bewertet.

Die Familie lässt sich zudem in Subsysteme und Individuen aufgliedern. In Bezug auf das Subsystem Mutter-Kind oder Vater-Kind kann eine dysfunktionale Interaktion entwickelt werden. Im Umgang mit dem ADHS Kind durchlaufen die Eltern verschiedene Stadien. Mit der Zeit jedoch gehen die Eltern nicht mehr durch jedes einzelne Stadium, sondern direkt zur letzten Stufe über. Die letzte Stufe zeigt sich dadurch, dass die Eltern das Kind machen lassen oder übermässig streng sind. ADHS wirkt sich belastend auf alle Familienmitglieder aus. Bezüglich des Elternsystems wurde in der Studie von Singh festgestellt, dass sich die Mütter für das Verhalten ihrer Söhne verantwortlich fühlen. Die gestörte Beziehung zwischen Mutter und Kind löst bei den Müttern Schuldgefühle aus. Die Väter sind weniger in den diagnostischen Prozess involviert. Die Väter tendieren dazu, die Verhaltensweisen ihrer Söhne herunterzuspielen, sie geben die Schuld an dem Erziehungsstil der Mutter oder der fehlenden Motivation des Jungen.

Die Geschwisterinteraktion mit einem ADHS-Kind wurde bislang wenig erforscht. Jedoch kommt es im Geschwistersubsystem öfter zu Streitigkeiten. Für die Geschwister ist die Situation mit ihrem ADHS-Geschwister schwer verständlich. Die Geschwister ärgern sich, wenn sie mehr Aufgaben erhalten und das ADHS-Geschwister grössere Aufmerksamkeit bekommt.

Durch das Verständnis hinsichtlich der Familie als System können spezifische Interventionen auf Subsysteme gerichtet werden, beispielsweise ein Elterntrainingsprogramm für das Subsystem Eltern.

## 6.2 Ausblick

Wie im Kapitel 2.2 beschrieben, tritt ADHS meistens nicht alleine auf, sondern wird durch weitere Störungen wie oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens begleitet. Die Autorin ist der Auffassung, dass die verschiedenen komorbiden Störungen eine zusätzliche Belastung für die Familie bedeuten können. In Bericht von Zengelein et al. zeigte sich, dass manche Erziehungstrainings Symptome von Begleitstörungen reduzieren. Es stellt sich die Frage, ob die genannten und andere systemische Interventionen spezifische Begleitstörungen verringern. Eine mögliche Fragestellung lautet: *„Welche systemischen Interventionsformen wirken sich positiv auf die Reduktion der komorbiden Störung des ADHS von Kindern aus?“*

Eine der wichtigsten Erkenntnisse lautet, dass nicht nur das Verhalten des ADHS Kindes zu verändern ist, sondern auch dessen Verhältnis zur Umwelt. In dieser Arbeit wurde das Verhältnis zwischen ADHS Kind und seiner Familie (Mikroebene) betrachtet. Die Netzwerktypisierung von Bullinger und Nowak und die Systemebene von Bronfenbrenner weisen weitere Ebenen aus, die einen Einfluss auf das Kind haben könnten, wie zum Beispiel die Schule. Eine etwas umfangreichere Fragestellung könnte lauten: *„Welche Interventionen können die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystemebene für Familien mit einem ADHS Kind initiieren?“*

Wie bereits erwähnt, wurde bislang dem Erleben, der Belastung und den Bewältigungsansätzen der Eltern wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In dieser Arbeit liegt der Fokus auf dem Erleben und der Belastung der Familie. Die Bewältigungsansätze der Eltern resp. Familienmitglieder wurden nicht betrachtet. Folglich stellt sich die Frage: *„Welche Bewältigungsstrategien haben die Familienmitglieder und wie wirken sich dies auf die ADHS Kernsymptome des Kindes aus?“* Ein weiterer Punkt richtet sich darauf, dass oft ein Elternteil eines ADHS Kindes selber unter ADHS leidet. Hier stellt sich die Frage, ob dieser Elternteil aufgrund eigener Erfahrung besser mit den Problematiken, die entstehen, umgehen kann oder ob vermehrt negative Interaktionen zwischen dem Kind und dem Elternteil mit ADHS entstehen.

## Quellenverzeichnis

- Abelein, Philipp/Stein, Roland (Hg.) (2017). Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Asisi, Vaidiluté (2015). Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater. Wiesbaden: Springer.
- AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.
- Baierl, Martin (2017). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Barkley, Russel A. (2002). Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Übersetzt von Wengenroth, Matthias. 1. Aufl. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Becker, Nicole (2014). „Schwierig oder krank?“. ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Behn, Brite (2012). Case Management: Medikation im Kindesalter. In: Kahl, Kai G./Plus, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 65-72.
- Berghaus, Margot (2003). Luhmann leicht gemacht. 2. Aufl. Köln: Böhlau Verlag.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2005). Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“. In: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/ADHSLang.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf) [Zugriffsdatum: 05. März 2018].
- Boeger, Annette (2013). Psychologische Therapie- und Beratungskonzept. Theorie und Praxis. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

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. 1. Aufl. Dessau: Edition Gamus. S.36-44.

Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang (Hg.) (2013). ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. 2. Aufl. Weinheim/München: Beltz Juventa.

Flammer, August (2009). Entwicklungstheorien. Psychologische Theorie der menschlichen Entwicklung. 4. Aufl. Bern: Huber Verlag.

Galuske, Michael (2013). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

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

Hafen, Martin (2007). Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Haselmann, Sigrid (2009). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hg.). Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 155-206.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (Hg.) (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Hosemann, Wilfried/Geiling, Wolfgang (Hg.) (2013). Einführung in die systemische Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Hünersdorf, Bettina (2004). Die Bedeutung der Familie für die Soziale Arbeit als autopoietisches Funktionssystem. In: Merten, Roland/Scherr, Albert (Hg.). Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 33-54.

Kleve, Heiko (2003). Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Kleve, Heiko (2005). Der systemtheoretische Konstruktivismus. Eine postmoderne Bezugstheorie Sozialer Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann, Heino/Staub-Bernasconi, Silvia (Hg.). Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. 1. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kleve, Heiko (2010). Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kleve, Heiko/Wirth, Jan V. (Hg.) (2013). Die Praxis der Sozialarbeitswissenschaft. Eine Einführung. 3. Aufl. Baltmannweiler: Schneider Hohengehren.

Krieger, David J. (1996). Einführung in die allgemeine Systemtheorie. München: Fink.

Lambers, Helmut (2010). Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbar Budrich.

Levold, Tom/Wirsching, Michael (Hg.) (2014). Systemische Therapie und Beratung - das grosse Lehrbuch. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Miller, Tilly (2001). Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie. 2. Aufl. Stuttgart: Lucius und Lucius.

Minuchin, Patricia/Colapton, Jorge/Minuchin, Salvador (Hg.) (2000). Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Müller, Andreas, Candrian, Gian/Kropotov, Juri (Hg.) (2011). ADHS. Neurodiagnostik in der Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer.

Özmen, Suna Kaymak (2009). Kasuistik. Einzelfallstudien zu einem verhaltensorientierten Elterntaining bei ADHS. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie . (4).Göttingen. S. 254-259.

Plus, Jan Hendrik (2012). Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf. In: Kahl, Kai G./Plus, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 3-6.

- Plus, Jan Hendrik (2012). Symptomatik. In: Kahl, Kai G./Plus, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 97-102.
- Romanos, M./Schwenck, C./Walitza, S. (2008). Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter. In: Nervenarzt. (79). Würzburg. S. 782-790.
- Schmid, Gabriele (2012). Ätiologie. In: Kahl, Kai G./Plus, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 7-10.
- Schmid, Gabriele (2012). Symptomatik. In: Kahl, Kai G./Plus, Jan Hendrik/Schmid, Gabriele/Spiegler, Juliane (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 53-56.
- Schuster, Beate (2017). Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (o.J.). Familie Definition. In: <https://ekff.admin.ch/die-ekff/familie-definition/> [Zugriffsdatum 05. März 2018].
- Vogl, Susanne (2015). Interviews mit Kindern führen. Eine praxisorientierte Einführung. Weinheim: Beltz Juventa.
- von Ameln, Falko (2004). Konstruktivismus. Tübingen/Basel: A. Francke.
- von Schlippe, Arist/Schweizer Jochen (Hg.) (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zenglein, Yvonne/Beyer, Anke/Freitag, Christine M./Schwenck, Christina (2013). Übersicht. ADHS im Vorschulalter. Subgruppen, Diagnostik und gezielte Therapieansätze. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie. (4). Göttingen. S. 193-200.
- Zink, Katharina (2016). AD(H)S: Herstellungsweis(n) eines Etiketts in den Diskussionslinien zur „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“. Irritationen und Widersprüche in einer Spurensuche. In: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hg.). Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer. S. 451-48.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10. In: Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang (Hg.) (2013). ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag. S.10.

Abb. 2: Kriterien einer ADHS nach DSM-IV. In: Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang (Hg.) (2013). ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag. S.11.

Abb. 3: Beispiel einer Netzwerkkarte. In: Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (Hg.). (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S.195.

## Anhang

Anhang Nr. 1: Forschungskriterien für HKS nach der ICD-10. In: Abelein, Philipp/Stein, Roland (Hg.) (2017). Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 49f.

Anhang Nr. 2: Kriterien für ADHS nach dem DSM-V. In: Abelein, Philipp/Stein, Roland (Hg.) (2017). Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 51ff.

### Anhang Nr.1: Forschungskriterien für HKS nach der ICD-10

#### »G1. Unaufmerksamkeit

- sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
- sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,
- können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),
- sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern,
- verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge,
- werden häufig von externen Stimuli abgelenkt,
- sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

#### G2. Überaktivität

- fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
- laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl),
- sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,
- zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

#### G3. Impulsivität

- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,
- können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
- unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein),
- reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.«

## Anhang Nr. 2 Kriterien für ADHS nach dem DSM-V

### Unaufmerksamkeit

- a. »Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z. B.: übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau).
- b. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten (z. B.: hat während Unterricht, Vorträgen, Unterhaltungen oder längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben).
- c. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen (z. B.: scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkungen).
- d. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende (z. B.: beginnt mit Aufgaben, verliert jedoch schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt).
- e. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z. B.: hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein).
- f. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B.: Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Ausarbeiten von Berichten, Ausfüllen von Formularen, Bearbeiten längerer Texte).
- g. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B.: Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug, Geldbörsen, Schlüssel, Arbeitspapiere, Brillen, Mobiltelefone).
- h. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken (bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen können auch mit der aktuellen Situation nicht in Zusammenhang stehende Gedanken gemeint sein).
- i. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z. B. bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen umfasst das Vergessen auch Telefonrückrufe zu tätigen, Rechnungen zu bezahlen, Verabredungen einzuhalten).«

(APA 2015, 77 f)

### Hyperaktivität und Impulsivität

- a. »Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- b. Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z. B.: verlässt eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderem Arbeitsplatz oder in anderen Situationen, die erfordern, am Platz zu bleiben).
- c. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Beachte: Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)
- d. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- e. Ist häufig »auf dem Sprung« oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie »getrieben« (z. B.: kann nicht über eine längere Zeit hinweg ruhig an einem Platz bleiben bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z. B. in Restaurants, bei Besprechungen; dies kann von anderen als Ruhelosigkeit oder als Schwierigkeit erlebt werden, mit dem Betreffenden Schritt zu halten).
- f. Redet häufig übermäßig viel.
- g. Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist (z. B.: beendet die Sätze anderer; kann in Unterhaltungen nicht abwarten bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist).
- h. Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z. B. beim Warten in einer Schlange).
- i. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B.: platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).«  
(APA 2015, 78)