

Psychoedukation bei AD(H)S

Hilfreiche Informationen für Erziehungsberaterinnen und –berater im Kanton Bern



Amanda Gassmann und Tanja Lorenz
Zeichnungen: Mägi Brändle, visualisierbar.ch

Juli 2021

Hinweise zur Durchführung

- Ziel: Psychoedukation von ADHS bei Betroffenen, deren Angehörigen und Lehrpersonen
- Aufbau:
 - auf Seite der Klienten: informatives Bild
 - auf Seite des Beratenden: wichtige Punkte / Formulierungshilfen / Gedankenstützen zum informativen Bild sowie Verweise auf weitere Ausführungen in der Praxisforschungsschrift
- Gliederung:
 - Klassenzimmer: verschiedene Kinder mit ADHS-Symptomen (nach ICD-10 und DSM-5). Bilder kommen später einzeln mit spezifischen Informationen auf der Rückseite
 - Ursachen
 - Prävalenz / Komorbiditäten
 - Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptomen über die Lebensspanne
 - Empfehlungen für Kinder, Eltern und Lehrpersonen
 - Ressourcenaktivierung
 - Informationsübertragung im Gehirn / Wirkweise von Medikamenten
 - Literaturverzeichnis



Klassenzimmer

→ Exploration, Aktuelle Situation, Problembewusstsein, Veränderungswunsch / -motivation, Frage nach Ausnahmen

Eltern:

- Erkennen Sie Ihr Kind in diesem Klassenzimmer wieder?
- Wie verhält sich Ihr Kind normalerweise in der Schule / zu Hause bei den Hausaufgaben / bei Vereinsaktivitäten?
- Was wird von den Lehrpersonen rückgemeldet?
- Was wäre Ihr Wunsch, wie sich Ihr Kind zu Hause / in der Schule verhält?
- Gibt es Ausnahmen? In welchen Situationen ist es Ihrem Kind bereits gelungen, das gewünschte Verhalten zu zeigen?

Kinder:

- Kannst du mir auf dem Bild zeigen, welches Kind am besten zu dir passt, wenn du in der Schule bist?
- Stört dich das? Stört dies andere (bspw. Lehrpersonen, Klassenkameraden)?
- Wenn du wählen könntest, wie welches Kind möchtest du gerne sein?
- Gibt es Situationen / Fächer / u.Ä. bei denen ein anderes Kind auf dem Bild besser zu dir passt?
- Wie ist das zu Hause bei den Hausaufgaben?



Unaufmerksamkeit

ICD-10

- ist häufig beeinträchtigt, Aufgaben / Aktivitäten zu organisieren (Symptom 5, Unaufmerksamkeit)
- ist häufig unaufmerksam gegenüber Details oder macht Sorgfaltsfehler bei Schularbeiten / Arbeiten / Aktivitäten (Symptom 1, Unaufmerksamkeit)

DSM-5

- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben / Aktivitäten zu organisieren
- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten / Arbeit / anderen Tätigkeiten



Unaufmerksamkeit

ICD-10

- ist häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben / beim Spielen aufrecht zu erhalten (Symptom 2, Unaufmerksamkeit)
- wird häufig von externen Stimuli abgelenkt (Symptom 8, Unaufmerksamkeit)

DSM-5

- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben / beim Spielen aufrechtzuerhalten
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken



Unaufmerksamkeit

ICD-10

- hört häufig scheinbar nicht, was ihm gesagt wird (Symptom 3, Unaufmerksamkeit)
- kann oft Erklärungen nicht folgen oder seine Schularbeiten / Aufgaben / Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens / weil die Erklärungen nicht verstanden werden) (Symptom 4, Unaufmerksamkeit)

DSM-5

- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig aus und bringt Schularbeiten / andere Arbeiten / Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende



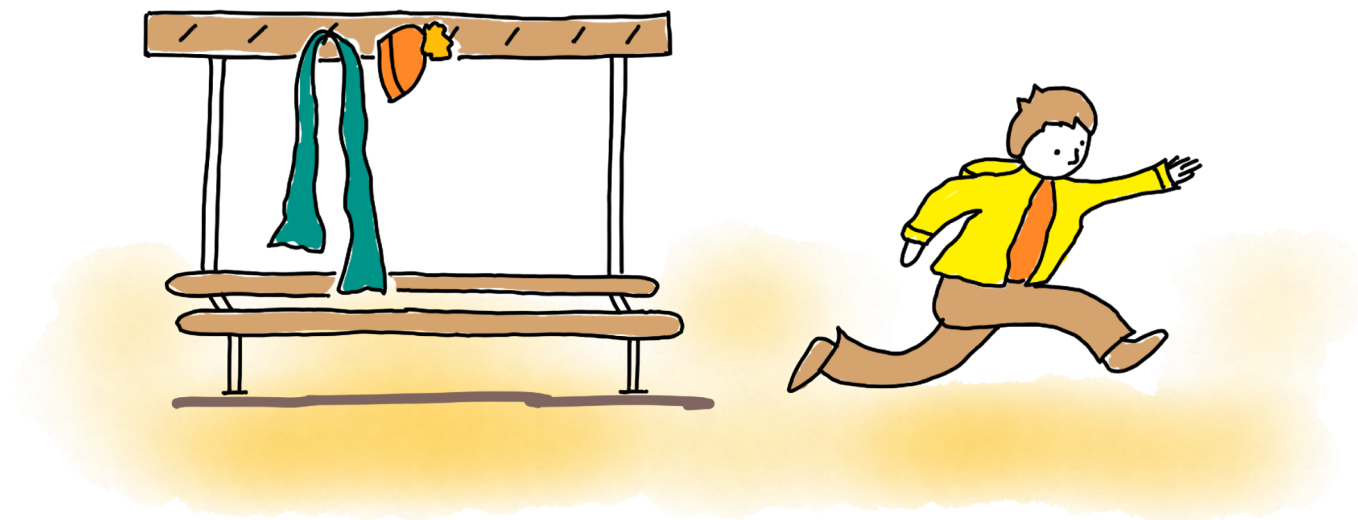
Unaufmerksamkeit

ICD-10

- vermeidet häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern (Symptom 6, Unaufmerksamkeit)

DSM-5

- vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern



Unaufmerksamkeit

ICD-10

- ist im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich (Symptom 9, Unaufmerksamkeit)
- verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind (z.B. Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen, Werkzeug) (Symptom 7, Unaufmerksamkeit)

DSM-5

- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich
- verliert häufig Gegenstände, die es für Aufgaben / Aktivitäten benötigt (z.B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug)



Hyperaktivität

ICD-10

- fuchtelt häufig mit Händen und Füßen oder windet sich auf dem Sitz (Symptom 1, Hyperaktivität)

DSM-5

- zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum



Hyperaktivität

ICD-10

- verlässt seinen Platz im Klassenraum / in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (Symptom 2, Hyperaktivität)
- läuft häufig herum / klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dies nur einem Unruhegefühl) (Symptom 3, Hyperaktivität)

DSM-5

- steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- läuft häufig herum / klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)



Hyperaktivität

ICD-10

- ist häufig unnötig laut beim Spielen / hat Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen (Symptom 4, Hyperaktivität)
- zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext / Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind (Symptom 5, Hyperaktivität)

DSM-5

- hat häufig Schwierigkeiten ruhig zu spielen / sich mit Freizeitaktivitäten zu beschäftigen
- ist häufig «auf dem Sprung» oder handelt oftmals, als wäre es «getrieben»
- redet häufig übermässig viel



Impulsivität

ICD-10

- platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist (Symptom 1, Impulsivität)
- kann oft nicht in einer Reihe warten oder warten, bis es bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommt (Symptom 2, Impulsivität)

DSM-5

- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann oft nur schwer warten, bis es an der Reihe ist



Impulsivität

ICD-10

- unterbricht / stört andere häufig (z.B. mischt sich ins Gespräch / Spiel anderer ein) (Symptom 3, Impulsivität)

DSM-5

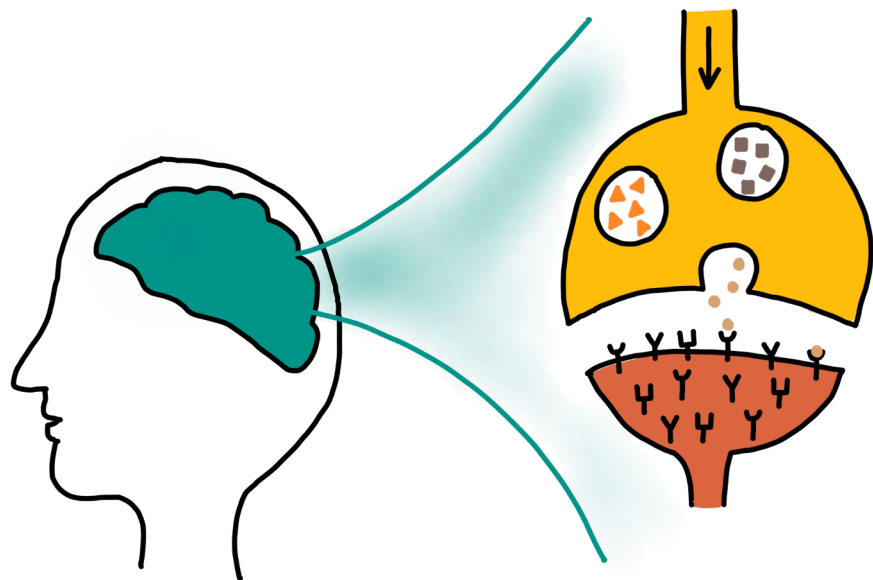
- unterbricht / stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche / Spiele anderer ein)



Impulsivität

ICD-10

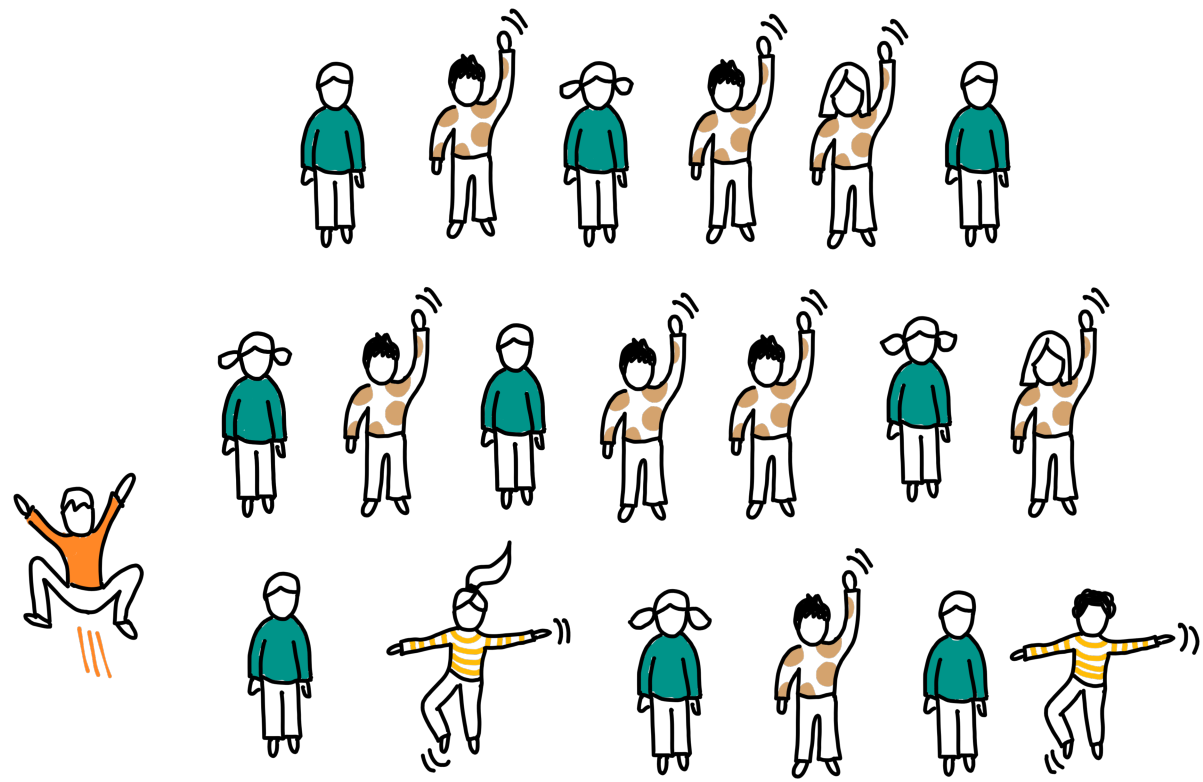
- redet häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren (Symptom 4, Impulsivität)



Ursachen einer ADHS

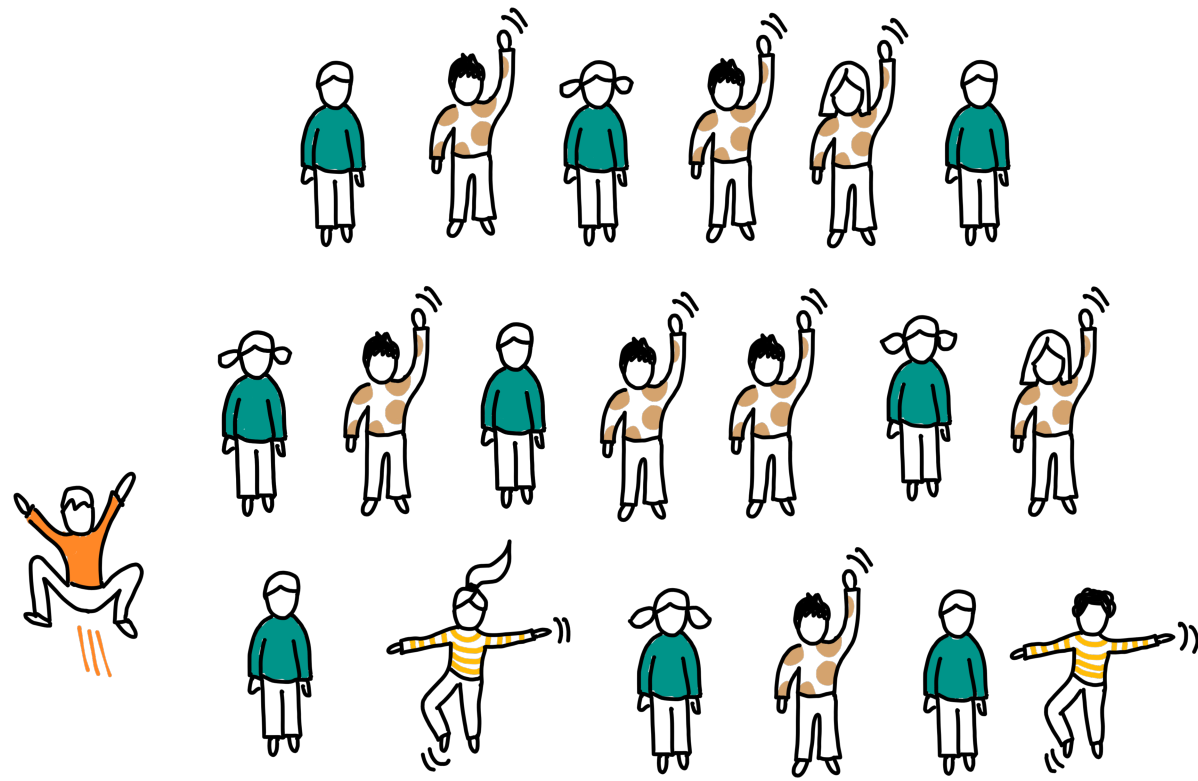
Trotz jahrelanger Forschung ist die Ursache nicht vollständig geklärt, jedoch besteht sicherlich ein Zusammenspiel aus Neurobiologischen- und Umweltbedingungen (multifaktorielle Verursachung): (Steinhausen, 2016)

- Genetik und Neurochemie
- Neuroanatomie und Störung neuropsychologischer Funktionen
- Prä-, peri- und postpartale Risikofaktoren
- Psychosoziale Faktoren



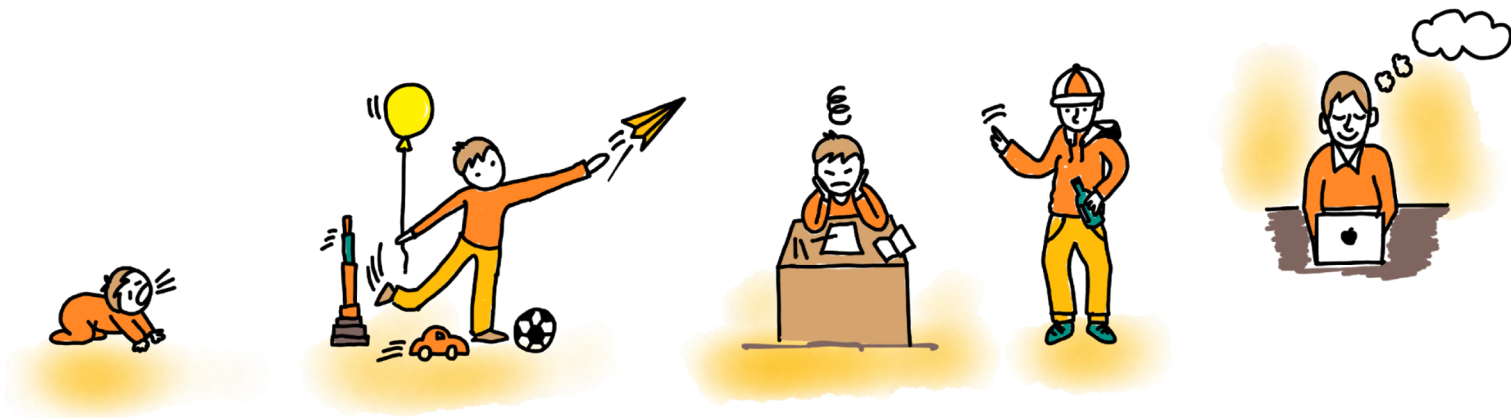
Prävalenz:

- Hyperkinetische Auffälligkeiten zählen zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter (Döpfner & Schürmann, 2017)
- Kernsymptome der ADHS sind die dritthäufigsten Einzelsymptome in klinischen Stichproben (Döpfner & Banaschewski, 2013)
- insgesamt ca. 5% aller Kinder und Jugendlichen diagnostizierte ADHS (durchschnittlich in jeder Schulklasse mindestens ein Kind), leichtere Auffälligkeiten bei weitaus mehr Kindern (Döpfner & Schürmann, 2017)
- altersabhängige Unterschiede: starker Anstieg im Primarschulalter, leichter Rückgang im Jugendalter (Schlack, Hölling, Kurth, & Huss, 2017)
- Zusammenhang zwischen relativem Einschulungsalter und Wahrscheinlichkeit für Erhalt der ADHS-Diagnose: bei jüngeren Kindern einer Klasse, insbesondere in den ersten drei Primarschuljahren, ist eine ADHS-Diagnose wahrscheinlicher, bei älteren Kindern einer Klasse signifikant seltener ADHS-Diagnose und Behandlung (Elder, 2010; Evans, Morrill, & Parente, 2010; Gawrilow, 2016; Morrow et al., 2012; Wuppermann, Schwandt, Hering, Schulz, & Bätzing-Feigenbaum, 2015)
- Geschlechterverhältnis: in allen Altersklassen signifikant höherer Anteil an Jungen gegenüber Mädchen (mindestens zwei- bis dreimal so häufig) (Döpfner & Banaschewski, 2013; Döpfner & Schürmann, 2017; Schlack et al., 2017)
- Geschlechterdiskrepanz in klinischen Populationen gegenüber Schulklassen massgeblich höher (Gawrilow, 2016)



Prävalenz:

- mögliche Erklärungen für Geschlechterunterschied (Gawrilow, 2016; Ohan & Johnston, 2005)
 - Jungen unter Kindern mit einer ADHS aufgrund allgemeiner, psychologischer Geschlechterunterschiede insgesamt stärkere Ausprägung an hyperaktiv-impulsivem und somit auffälligeres Verhalten als Mädchen
 - Mädchen mit ADHS im Vergleich zu Jungen häufiger rein unaufmerksamer Typus, weshalb weniger störend für Umfeld und daher seltener erkannt
 - geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Symptomatik: Mädchen mit ADHS kichern und reden typischerweise übermäßig viel, schreiben Mitteilungen oder Briefchen, anstatt sich auf den Unterricht zu konzentrieren, reden ohne nachzudenken, wechseln impulsiv und ohne nachzudenken Freunde, wechseln impulsiv Themen in der Unterhaltung, reden und flüstern im Unterricht, anstatt sich auf diesen zu konzentrieren, malen und kritzeln während des Unterrichts und sind vergesslich bei sozialen Aktivitäten
 - Unterschiede bezüglich Komorbiditäten: Jungen häufiger externalisierende komorbide Störungen (oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen), Mädchen häufiger internalisierende Komorbiditäten (Angststörungen und Depressionen) → Jungen für Aussenstehende wiederum auffälligeres Verhalten
- Komorbiditäten



Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptome über die Lebensspanne:

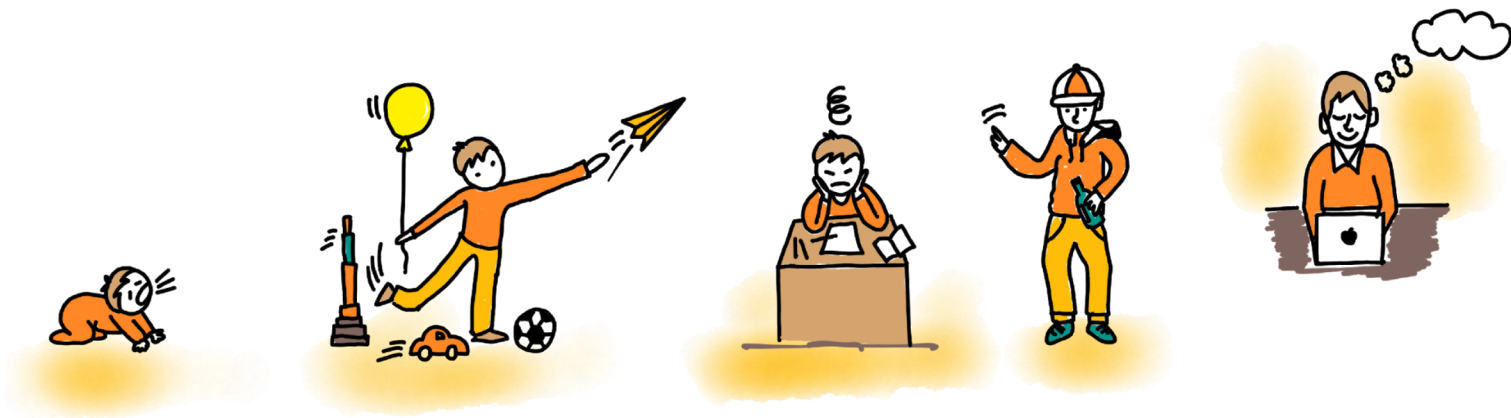
(Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016)

Schwangerschaft:

- vermehrte Aktivität im Mutterleib

Erstes Lebensjahr:

- sehr hohes Aktivitätsniveau
- Schlafprobleme
- Fütterstörungen und Verdauungsprobleme
- häufiges Schreien

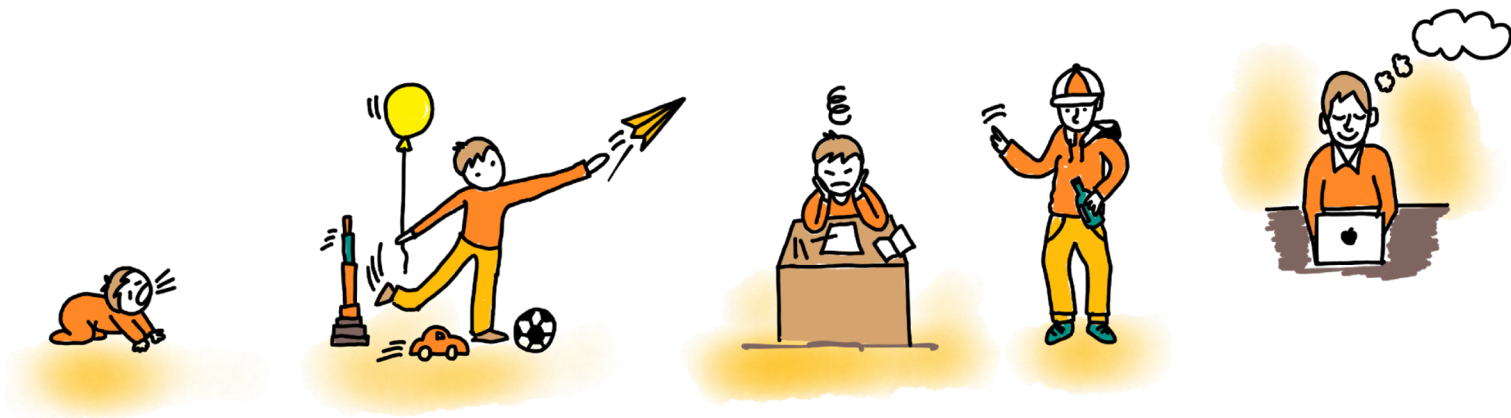


Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptomen über die Lebensspanne:

(Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016)

Drittes bis sechstes Lebensjahr:

- allgemeine Anzeichen von motorischer Unruhe / extremer Umtriebigkeit → ruhiges und ausdauerndes Spielen große Herausforderung
- starke Wutausbrüche
- Missachtung von Grenzen und Anweisungen
- Rückstände in der Entwicklung der Sprache, des körperlichen Bewegungsablaufes oder des freien Zeichnens
- erhöhtes Unfallrisiko

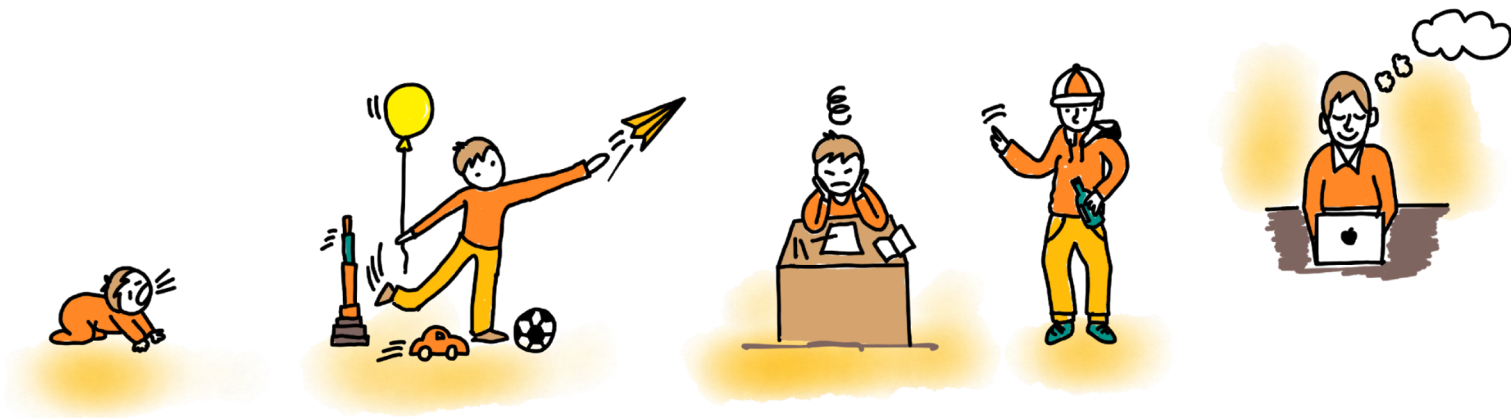


Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptomen über die Lebensspanne:

(Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016)

Primarschulalter:

- entweder Verschwinden der aufgetretenen Auffälligkeiten aufgrund alterstypischer Reifung oder im Falle einer ADHS grösstenteils merkliche Zunahme der Schwierigkeiten
- häufig beeinträchtigte schulische Leistungen (insbesondere Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens)
- Erledigung der Hausaufgaben = grosse Herausforderung
- mögliche Folgen der schulischen Schwierigkeiten: Verlust der Freude am Lernen, Umschulungen
- Zunahme aggressiver Verhaltensweisen
- Ablehnung durch Peergroup
- Anstieg an Selbstwertproblemen
- Vergabe der meisten ADHS-Diagnosen

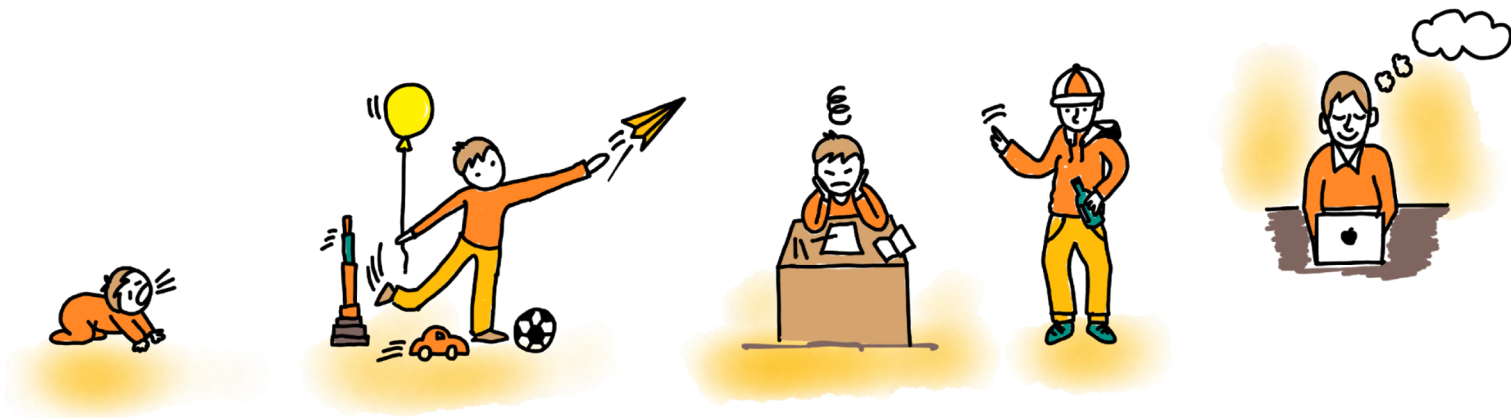


Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptomen über die Lebensspanne:

(Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016)

Jugendalter:

- v.a. Verringerung der motorischen Unruhe (wahrscheinlich aufgrund von Reifungsprozessen im Gehirn)
- auch intraindividuelle Abnahme der Unaufmerksamkeit und Impulsivität (im interindividuellen Vergleich jedoch häufig nach wie vor stärkere Ausprägung)
- bei günstigem Störungsverlauf oftmals kein Unterschied mehr zu Gleichaltrigen
- bei ungünstigem Störungsverlauf (bereits in der Kindheit aggressive Verhaltensauffälligkeiten) vermehrte Entwicklung von dissozialen Verhaltensproblemen (Schule schwänzen, ausgeprägtes Lügen und Stehlen)
- stärkere Neigung zum Konsum von Nikotin sowie zum Alkohol- und Drogenmissbrauch
- bei lang andauernder Verknüpfung der Schulsituation mit negativen Erlebnissen = starke Abneigung gegen alles, was mit schulischer Leistung in Verbindung (auch Angst vor weiteren Misserfolgserlebnissen)
- Wechsel der aktuellen Beschulungsform



Entwicklung von möglicherweise auftretenden Symptome über die Lebensspanne:

(Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016; Rietzler & Grolimund, 2016)

Erwachsenenalter:

- entweder Fortbestehen der im Jugendalter aufgetretenen Verhaltensschwierigkeiten oder erneute Abnahme der Schwierigkeiten
- ADHS bei mind. $\frac{3}{4}$ aller Kindern auch im Erwachsenenalter noch vorhanden
- ungünstigster Verlauf bei Entwicklung von dissozialen Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter und Abschluss der schulischen Laufbahn mit schwachen Leistungen
- im Allgemeinen, Berufsleben deutlich leichter als Schulzeit: Wahl des Berufs anhand individueller Stärken erhöht Motivation und Wahrscheinlichkeit für gute Leistungen, zudem gewisse schulische Anforderungen, wie z.B. still sitzen im Berufsleben weniger relevant

WAS MÖCHTE ICH VERÄNDERN? KONKRETE ZIELE?	VOR- & NACHTEILE?
○ wavy	wavy
○ wavy	wavy
◎ wavy	wavy
○ wavy	wavy



Empfehlungen für Kinder und Jugendliche ab dem 10. bzw. 11. Altersjahr: (Döpfner et al., 2019)

- Worin bestehen die eigenen Schwierigkeiten? Diese konkret aufschreiben
- Vor- und Nachteile der Schwierigkeiten aufschreiben und wenn Nachteile überwiegen, sich zum Ziel setzen, die Schwierigkeiten zu verändern
- realistische Zwischenziele festlegen und erstellen eines Plans (optimalerweise für jeden Tag entsprechendes Tagesziel vornehmen und bei Erreichung als Erfolg verbuchen)
- Umsetzung des festgelegten Plans (als Gedächtnisstützen z.B. Merkzettel oder Zeichen verwenden) und Selbstbeobachtung, indem jeden Tag aufgeschrieben wird, wie gut das entsprechende Tagesziel erreicht wurde
- Bei Erreichung der Tagesziele: sich selber loben und neue Ziele setzen. Bei Nichterreicherung eines Tagesziels: nicht gleich aufgeben und sich für dessen Erreichung am nächsten Tag motivieren und Mut machen. Bei Erreichung eines wichtigen Zwischenziels: sich als Belohnung etwas Gutes tun.
- an der Erreichung der eigenen Ziele festhalten und insbesondere beim Erleben von Misserfolgen nicht aufgeben. Wichtig: erreichbare Ziele auswählen



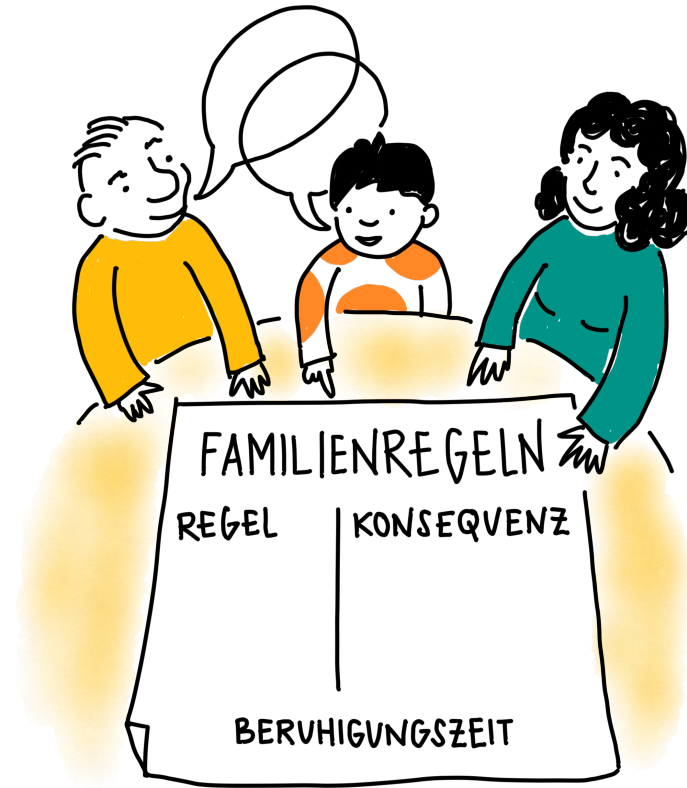
Empfehlungen für Eltern:

- eigene Bedürfnisse nicht vernachlässigen: (Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
 - sich selbst etwas Gutes tun, sich entspannen und entlasten, um wieder Kraft für Zusammenleben mit Kind zu schöpfen (Döpfner et al., 2019)
 - sich mit anderem Elternteil oder weiteren Personen in den Erziehungsaufgaben abwechseln (Döpfner et al., 2019)
 - bspw. auch bezüglich Hausaufgabensituation dem Kind nur beim Einhalten von eigenen minimalen Voraussetzungen helfen (Rietzler & Grolimund, 2016)
- entspannter Umgang mit Fehlern in der Erziehung (Döpfner et al., 2019)
- schriftlich festhalten, welche Interventionen in schwierigen Situationen hilfreich und welche erfolglos, um im Alltag vom eigenen Erfahrungsschatz profitieren zu können (Born & Oehler, 2021)



Empfehlungen für Eltern:

- positive Beziehung zum eigenen Kind stärken: (Döpfner et al., 2019)
- mittels Strichliste bewusst auf eigene positive und negative Verhaltensweisen gegenüber dem Kind achten (Born & Oehler, 2021)
- bewusstes Wahrnehmen und Festhalten von positiven Qualitäten des Kindes (Born & Oehler, 2021) / im Vergleich zu früher besser oder reibungslos gelingenden Alltagssituationen (Döpfner et al., 2019)
- bewusste Erhöhung der positiven Zuwendungen gegenüber dem Kind (auch Wertschätzung von vermeintlichen Selbstverständlichkeiten) (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)
- unabhängig von erwünschtem Verhalten oder vorausgegangenen Leistungen mit dem Kind zusammen positive Zeit verbringen, wobei Ziel nicht darin besteht, möglichst viel Zeit mit dem Kind zu verbringen, sondern darauf zu achten, dass es möglichst häufig zu einem gemeinsamen angenehmen Erlebnis kommt (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)



FAMILIENREGELN

REGEL

KONSEQUENZ

BERUHIGUNGSZEIT

Empfehlungen für Eltern:

- Aufstellung von konkreten, realistischen und positiv formulierten Regeln: (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)
 - je älter das Kind, desto aktiverer Einbezug in Festlegung der Regeln (Döpfner et al., 2019)
 - Konzentration auf wenige Regeln, dafür konsequente Anwendung (Döpfner et al., 2019)
- Kind für Einhaltung der Familienregeln oder anderweitige positive Verhaltensweisen (selbst bei kleinen Veränderungen) unmittelbar und regelmässig loben (Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
- konsequent sein: für jede aufgestellte Regel überlegen, welche Konsequenz im Falle deren Nichtbeachtung resultieren soll und immer unmittelbar auf problematisches Verhalten ziehen (Döpfner et al., 2019)
- konstruktive Kritik: spezifisch auf negatives Verhalten und nicht verallgemeinert auf Person sowie in Form einer positiven Anweisung (Rietzler & Grolimund, 2016)



Empfehlungen für Eltern:

- vorhersehen potenziell auftretender Schwierigkeiten: (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)
- Identifikation potenziell konfliktreicher Situationen (Born & Oehler, 2021)
- Umstrukturierung dieser Situationen, sodass Problemverhalten nicht möglich und Kind erwünschtes Verhalten zeigen kann (z.B. bewusst auf Ausnahmen achten, in welchen Kind schwieriges Verhalten nicht zeigt und Situationen gemäss diesen Rahmenbedingungen gestalten) (Born & Oehler, 2021)
- dem Kind zur Verfügung stehende Freiräume möglichst gering halten (Born & Oehler, 2021)
- Stärken des Kindes nutzen, indem man ihm anstatt Aufträge gibt, die es erledigen muss, z.B. sagt, dass man seine Hilfe benötigt, wenn es z.B. hilfsbereit ist (Born & Oehler, 2021)
- oftmals problematisch verlaufende Situationen in einem ruhigen Moment mit dem Kind besprechen (Kind darf seinem Alter entsprechend auch eigene Vorschläge zur Veränderung machen), Hinweissignal vonseiten der Eltern festlegen, welches ankündigt, dass getroffenen Vereinbarungen nun zum Zug kommen und klare Konsequenzen festlegen für Fall, dass Kind sich an Vereinbarung halten kann und für Fall, dass es misslingt sowie ein bis zwei Wochen später Evaluation der Vereinbarungen (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)



Empfehlungen für Eltern:

- Aufforderungen wirkungsvoll stellen: (Born & Oehler, 2021)
 - auf Höhe des Kindes begeben und in Augen schauen
 - ruhige, gelassene Stimme und wenige, klare Worte
 - evtl. Kind dabei z.B. an Schulter berühren oder bei Hand nehmen
 - evtl. beim Kind verweilen, bis es mit geforderten Tätigkeit begonnen oder diese beendet hat
- in Konfliktsituationen gegenüber Kind möglichst ruhig und gelassen, jedoch auch klar und bestimmt auftreten sowie Übersicht und innerer Abstand bewahren: (Döpfner et al., 2019)
 - sich nicht auf Diskussionen bzgl. der vereinbarten Regeln einlassen oder diese dem Kind mittels Argumenten versuchen verständlich zu machen, sondern Kind lediglich daran erinnern, dass es sie und resultierenden Konsequenzen kennt → Kind kann selber entscheiden, ob es Aufforderung befolgen möchte oder resultierende Konsequenzen für Missachtung vorzieht (Born & Oehler, 2021)



Empfehlungen für Eltern:

- in Konfliktsituationen evtl. auch vorgängig mit dem Kind besprochene Beruhigungszeit hilfreich, indem sich Kind für ca. 5 bis maximal 10min. alleine in möglichst reizarmen Raum zurückziehen kann, um Emotionen wieder auf normales Niveau herunterregulieren zu können (falls schwierig, Kind in einem solchen Moment in das dafür vorgesehene Zimmer zu schicken, können Eltern sich auch selbst für vereinbarte, kurze Zeit zurückziehen). Nach Beruhigungszeit wieder Aufnahme der alltäglichen Routine ohne Besprechung des Konflikts oder Suche der Ursachen, da sonst Gefahr eines erneuten Konflikts. Bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt neue Vereinbarungen treffen. Beruhigungszeit kann von Eltern auch für eigene Emotionsregulation angewandt werden. (Born & Oehler, 2021)



Empfehlungen für Lehrpersonen:

- Grundprinzip: zunächst Hilfen auf Klassenebene anbieten, bevor individuelle Hilfen zum Einsatz kommen, wobei solche in meisten Fällen jedoch dennoch notwendig (Döpfner et al., 2019)
- Übersicht behalten und in schwierigen Situationen professionellen inneren Abstand bewahren und möglichst ruhig reagieren (sich in solchen Momenten bewusst vor Augen halten, dass Kind aufgrund ADHS auf spezielle pädagogische Förderung angewiesen) (Döpfner et al., 2019)
- nicht Anspruch an sich stellen, stets pädagogisch fehlerfrei zu agieren (Döpfner et al., 2019)
- potenziell auftretende Probleme vorhersehen und mittels aktiver Steuerung zu verhindern versuchen (Born & Oehler, 2021; Gawrilow, 2016; Lauth, 2014)
- realistische Erwartungen an Schülerinnen und Schüler mit ADHS stellen (Born & Oehler, 2021)
- Zusammensetzung der Klasse überprüfen: Klasse mit möglichst geringer Schülerzahl und möglichst wenigen anderen Kindern mit erhöhtem Bedarf hilfreich (Döpfner et al., 2019)



Empfehlungen für Lehrpersonen:

- Überprüfung des Sitzplatzes: (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
 - relativ weit vorne sowie in unmittelbarer Nähe von Kindern, welche ihnen als gute Modelle dienen können und möglichst weit weg von anderen unruhigen Kindern, damit potenzielle Ablenkungen möglichst gering und sich Lehrperson in Nähe befindet (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
 - in einigen Fällen kann für gewisse Zeit auch Einzelpult förderlich sein (nicht am Fenster) (Döpfner et al., 2019)
 - frontal zur Lehrperson und zur Tafel ausgerichtetes Pult besser geeignet als Platz an einem Gruppentisch (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
 - für stille Arbeiten Einsatz eines Gehörschutzes förderlich für Konzentration (Rietzler & Grolimund, 2016)
 - nur diejenigen Materialien auf dem Pult, welche für Bearbeitung der aktuellen Aufgabe benötigt (Born & Oehler, 2021)
- Unterricht möglichst strukturiert und abwechslungsreich gestalten (Döpfner et al., 2019)
- Einbauen von Routinen (Born & Oehler, 2021)
- bei Nichtbeteiligung am Unterricht SchülerInnen aktiv ansprechen und in Unterricht einbeziehen (Lauth, 2014)



Empfehlungen für Lehrpersonen:

- Lerneinheiten möglichst kompakt und kurz gestalten (Döpfner et al., 2019)
- Einsatz verschiedener didaktischer Mittel und Durchführung unterschiedlicher Unterrichtsaktivitäten erleichtert Lernen, sofern dabei nicht zu viel Unruhe entsteht (Döpfner et al., 2019)
- insbesondere bei jüngeren Kindern kurze Bewegungsphasen einbauen (Döpfner et al., 2019; Rietzler & Grolimund, 2016)
- **Stärkung einer positiven Lehrer-Schüler-Beziehung:** (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019)
 - sich bewusst diejenigen Situationen im Unterricht vor Augen führen, welche gut gelingen oder bei welchen im Vergleich zu früher eine Verbesserung eingetreten (Döpfner et al., 2019)
 - Wertschätzen von vermeintlichen Selbstverständlichkeiten (Döpfner et al., 2019)
 - der Schülerin oder dem Schüler kurze, persönliche Rückmeldung zu positiven Verhaltensansätzen in ansonsten kritischen Situationen geben (z.B. während Pausenaufsicht oder am Ende des Unterrichts) (Döpfner et al., 2019)



KLASSENREGELN

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Empfehlungen für Lehrpersonen:

- grösstmögliche Transparenz zwischen Lehrperson und Eltern sowie gegenüber der Klasse und den Eltern der Klassenkameraden: (Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016)
- Schwierigkeiten von SchülerInnen mit ADHS nicht nur mit Betroffenen selbst, sondern auch mit ganzer Klasse und im Rahmen eines Elternabends thematisieren (Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016)
- klare, allgemein gültige Klassenregeln festlegen, diese mit der Klasse besprechen und gut sichtbar im Klassenzimmer platzieren: (Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016)
 - Beschränkung auf max. 6 positiv formulierte Regeln (Gawrilow, 2016; Lauth, 2014)
 - Einhaltung und Kontrolle müssen gewährleistet werden können (Döpfner et al., 2019)
 - Festhaltung positiver Konsequenzen bei deren Einhaltung und negativer Konsequenzen bei deren Missachtung (Döpfner et al., 2019)
 - Max. 2 weitere Sonderregeln für Kinder und Jugendliche mit ADHS mit spezifischen Belohnungen (Döpfner et al., 2019)



KLASSENREGELN

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Empfehlungen für Lehrpersonen:

- für jedes gezeigte positive Verhalten und insbesondere für Einhaltung der vereinbarten Regeln unmittelbar und regelmässig loben (auch Einsatz von Stempel-Bilder oder Token-System möglich, wobei gesammelten Punkte im Falle einer guten Zusammenarbeit mit dem Elternhaus auch in Familie umgesetzt werden können) (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016; Lauth, 2014)
- konsequent sein und negative Konsequenzen möglichst unmittelbar und regelmässig auf schwieriges Verhalten erfolgen lassen (Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016; Lauth, 2014)
 - gestuftes Vorgehen: missbilligender Blick, konstruktive und sich auf das Verhalten und nicht auf die Person beziehende verbale Ermahnung(en), negative Konsequenzen (von kurzer Dauer) (Lauth, 2014)
- nicht erwarten, dass Kinder Regeln aufgrund von Einsicht befolgen (Döpfner et al., 2019)
- den SchülerInnen ca. ab 4. Primarklasse Selbstregulationsstrategien vermitteln und regelmässige Rückmeldungen zu deren Umsetzung geben (Döpfner et al., 2019; Gawrilow, 2016)



Empfehlungen für Lehrpersonen:

- regelmässigen Austausch zu den Eltern pflegen: (Döpfner et al., 2019; Lauth, 2014)
 - Eltern über Entwicklung ihres Kindes und dessen Erfolge ins Bild setzen (Lauth, 2014)
 - auftretende Schwierigkeiten möglichst frühzeitig und konkret besprechen (Döpfner et al., 2019; Lauth, 2014)
 - darauf achten, keine vorwurfsvolle Haltung einzunehmen (Döpfner et al., 2019; Lauth, 2014)
 - Ziele: Erzeugung von einvernehmlichen Sichtweisen, gemeinsame Erarbeitung von Lösungen hinsichtlich der auftretenden Probleme, Treffen von Vereinbarungen (Döpfner et al., 2019; Lauth, 2014)
- bei fehlenden Hausaufgaben Eltern direkt über die Hausaufgaben und Prüfungstermine informieren, während sich diese verpflichten, für deren vollständige Erledigung zu sorgen; allenfalls Anpassung der Hausaufgaben (Born & Oehler, 2021)



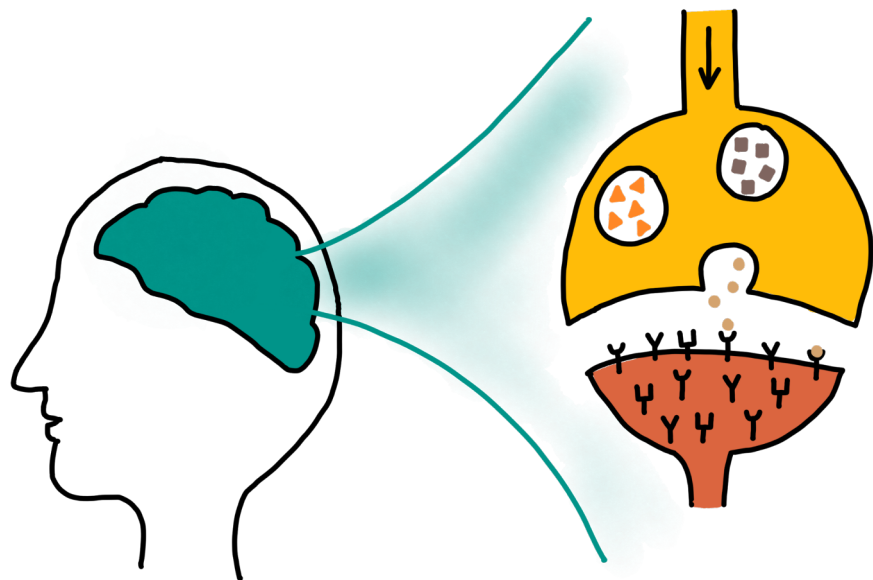
Typische Stärken von Kindern und Jugendlichen mit ADHS: (Gawrilow, 2016; Lauth & Naumann, 2009; Rietzler & Grolimund, 2016)

- grosse Motivation und Ausdauer, wenn Interesse an Themen oder Tätigkeiten vorhanden
- sehr fantasievoll und kreativ
- spontan
- für eigene Ideen, Ziele und Ideale einstehen und diese mit grosser Beharrlichkeit verfolgen
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn
- selten nachtragend und Gespür für soziale Fairness; setzen sich oftmals für ihre Freunde ein und sind auch in schwierigen Situationen loyal
- Bedürfnis nach Harmonie
- Sinn für Situationskomik
- hohe körperliche Fitness, Freude an Bewegung, oftmals vorhandenes Talent für sportliche Aktivitäten



Ressourcenaktivierung (zu Hause und in der Schule): (Rietzler & Grolimund, 2016)

- Entgegenbringen von Wertschätzung (Kinder und Jugendliche sollen spüren, dass sie eine Bereicherung für ihre Mitmenschen sind)
- Ermöglichung von Erfolgserlebnissen
- Erleben von Zugehörigkeit
- Zeigen, dass an die Kinder und Jugendlichen und ihre Fähigkeiten geglaubt wird
- Vermitteln, dass ihnen zugetraut wird, eine erfüllte private und berufliche Zukunft zu haben
- den Kindern und Jugendlichen ausreichend Zeit zur Verfügung stellen, um ihren Interessen und Talenten nachgehen zu können
- aktives Entdecken und Bekunden von Interesse an den Stärken des eigenen Kindes sowie deren Wertschätzung und Förderung



Informationsübertragung im Gehirn (angelehnt an Schandry, 2011)

- Informationen im Gehirn werden von Nervenzelle zu Nervenzelle übertragen
- Zwischen den Nervenzellen besteht ein Spalt, der mit Hilfe von Botenstoffen (Neurotransmittern) überquert wird
- An der Empfängernervenzelle hat es diverse Annahmestellen (Rezeptoren), die spezialisiert sind auf bestimmte Neurotransmitter (Schlüssel-Schloss-Prinzip)

Problematik bei ADHS und Wirkweise von Medikamenten (Brown, 2018)

- Problem in der Herstellung, Freisetzung und Verfügbarkeit von Neurotransmittern
- Folgen: Reizüberflutung oder keine ausreichende Verbindung zwischen den Nervenzellen d.h. Informationen werden nicht weitergeleitet
- Medikamente können auf diese Prozesse Einfluss nehmen und führen zu einer verbesserten Filterung und Verarbeitung von einströmenden Reizen sowie einer verstärkten Kontrolle der Informationsübertragung im Gehirn (Janssen-Cilag, 2014)

Literaturverzeichnis:

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA); Falkai, P., Wittchen, H.U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., ... Zaudig, M. (Hrsg. der dt. Ausgabe) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Dt. Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.
- Born, A., & Oehler, C. (2021). *“Gemeinsam wachsen” – der Elternratgeber ADHS. Verhaltensprobleme in Familie und Schule erfolgreich meistern* (2., überarbeitete Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Brown, T.E. (2018). *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise*. Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 271-290). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2019). *Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen* (3., aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Schürmann, S. (2017). *Wackelpeter & Trotzkopf* (5., aktualisierte Aufl.). Weinheim: Beltz.

Literaturverzeichnis:

- Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, 29(5), 641-656.
- Evans, W. N., Morrill, M. S., & Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics*, 29(5), 657-673.
- Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie* (2., aktualisierte Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Janssen-Cilag (o.J.). (2014). *Grosser Chaot oder kleines Genie? Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Eine Informationsbroschüre für Eltern und Angehörige.*
- Lauth, G. W., & Naumann, K. (2009). *ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer (mit CD-Rom)*. Weinheim: Beltz PVU.
- Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*, 184(7), 755-762. doi:10.1503/cmaj.111619
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, and conduct-disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359-381. doi:10.1007/s10578-005-2694-y

Literaturverzeichnis:

- Rietzler, S., & Grolimund, F. (2016). *Erfolgreich lernen mit ADHS: Der praktische Ratgeber für Eltern*. Bern: Hogrefe.
- Schandry, R. (2011). *Biologische Psychologie*. 1. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 827-835.
- Steinhausen, H.-C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 7. Auflage. Urban & Fischer: München.
- World Health Organization (WHO). (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- Wuppermann, A., Schwandt, H., Hering, R., Schulz, M., & Bätzing-Feigenbaum, J. (2015). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 2: Zusammenhang zwischen ADHS-Diagnose- und Medikationsprävalenzen und dem Einschulungsalter*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/11. Berlin.