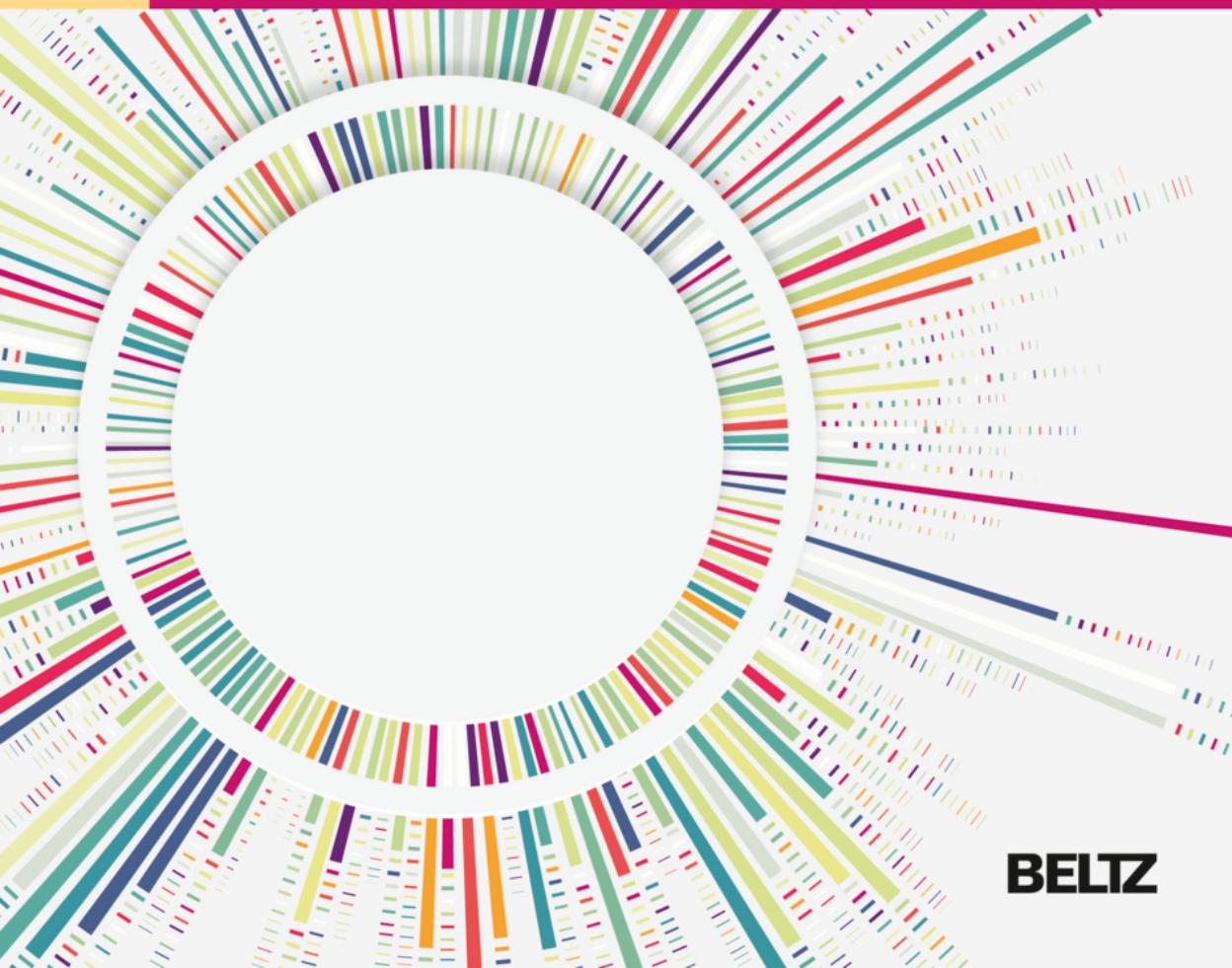


Marcus Eckert

Classroom Management bei AD(H)S

An den Herausforderungen
gemeinsam und selbstwirksam wachsen



BELTZ

Marcus Eckert, Prof. Dr., war ursprünglich Lehrer und arbeitet nun als (klinischer) Psychologe. Seit 2020 hat er eine Professur für Psychologie, insbesondere Entwicklungs- und Schulpsychologie, an der APOLLON Hochschule in Bremen inne.

Für Lotta, weil sie mir stets mit einer klugen Perspektive zur Seite steht, – und für meine Kinder Theo und Pauline, weil beide mich immer wieder herausfordern, einen neuen – und meistens hilfreicheren Blick – auf den Alltag, das Lernen und die Schule einzunehmen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-407-83246-7 Print

ISBN 978-3-407-83247-4 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

service@belitz.de

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Christine Wiesenbach

Abbildungen: Abb. 7, 11, 12, 13a, 13b, 13c – Illustrationen von Hardy Hinrichs,

Abb. 4 © gettyimages/Zlatko_Ruskovsky; Abb. 10 wurde KI-generiert

Umschlaggestaltung: Michael Matl

Umschlagabbildung: © gettyimages/shuoshu

Satz und Herstellung: Michael Matl

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-1001).

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.belitz.de

Inhalt

1. Einleitung	8
2. Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	13
2.1 Erscheinungsformen: Wie lässt sich AD(H)S im Alltag beobachten?	13
2.2 Psychologische und neurobiologische Hintergründe	18
Die Dopaminmangelhypothese und Implikationen für die Praxis	18
Ressourcen durch die Neurodiversitäts-Perspektive	21
Entwicklungsverläufe: Risiko- und Schutzfaktoren bei AD(H)S	22
3. Individuelle Förderung: Brückenbauen und Unterstützung beim Wachstum	28
3.1 Growth Mindset: Ein Schlüssel zum Erfolg	28
Herausforderungen annehmen oder vermeiden?	30
Auftauchen von Hindernissen und Hürden	32
Einstellung zur Anstrengung	35
Kritik oder Fehler	41
Der Erfolg anderer	45
3.2 Beziehungsebene: »Du bist ok, wie du bist«	49
Der Beitrag der Bindungstheorie	50
Having a good Time: Beziehungen brauchen Quality Time	61
3.3 Die Theorie der Selbsterschöpfung – und deren Ausnahmen	67
Die Rolle der Autonomie	68
Positive Emotionen und der mentale Akku	71
Findet mentale Erschöpfung nur in unserem Kopf statt?	
Die Rolle impliziter Theorien	74
3.4 In Aufwärtsspiralen denken	76
Erlerte Hilflosigkeit	76
Die Broaden-and-Build-Theorie	78
3.5 Gesprächsführung und Verhaltensänderung:	
Balance zwischen Struktur und Autonomie	80
Zielvereinbarung	81

Vereinbarungen über Unterstützung bei der Umsetzung	86
Unterstützung im Alltag	89
3.6 Der Ansatz der Neuen Autorität	109
Säule 1: Präsenz und wachsame Sorge	109
Säule 2: Selbstkontrolle und Eskalationsvorbeugung	112
Säule 3: Unterstützungsnetzwerke und Bündnisse	113
Säule 4: Protest und gewaltloser Widerstand	116
Säule 5: Versöhnung und Beziehung	120
Säule 6: Transparenz	120
Säule 7: Wiedergutmachung	121
3.7 Verhaltensschwierigkeiten: Der Einsatz von Verhaltensverstärkern – mit Bedacht und gekonnt	123
Warum der Einsatz von Verhaltensverstärkern in pädagogischen Settings problematisch ist	123
Eine andere Perspektive auf das gleiche Phänomen	125
Ein Token-System etablieren	125
4. Die ganze Klasse im Fokus: Wie alle gemeinsam an AD(H)S wachsen können	130
4.1 Wünschenswertes Verhalten aufbauen	131
Zielvereinbarungen mit der Klasse	131
Neues Verhalten entwickeln und einüben	141
Token-Systeme, die in Lerngruppen gut einsetzbar sind	144
Evaluation: Erfolge würdigen und eine neue Geschichte erzählen	149
4.2 An Fehlern wachsen: Teamentwicklung und Growth-Teams	151
Eine fehlerfreundliche Haltung entwickeln	151
Der Klassenrat	155
Kooperatives Lernen: Die Performanz von Schüler*innen mit AD(H)S einbinden	159
4.3 Emotionale Kompetenzen mit der Klasse stärken	168
Achtsamkeit in der Schule fördern	169
Tagesschätzte und emotionale Selbstwirksamkeit	172
5. Brücken mit und zu den Eltern bauen	174
5.1 Ein gegenseitiges Verständnis ist das Fundament	176
Zeit, um zuzuhören und um zu verstehen	177
Ressourcen erkennen und würdigen	177
Geteilte Überzeugungen	178

5.2 Wie können Lehrkräfte die Vermutung kommunizieren, dass ein Kind AD(H)S hat?	181
5.3 Growth Mindset in der Beratung von Eltern	183
6. Fazit und Selbstfürsorge für Lehrkräfte	186
Literatur	190

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, oder kurz AD(H)S, ist eines der bekanntesten Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Und sie stellt die betroffenen Kinder und Jugendlichen, Lehrkräfte und Eltern vielfach vor große Herausforderungen. Betroffenen Kindern und Jugendlichen fällt es oft schwer, sich (auf den Unterricht) zu konzentrieren, Tätigkeiten zu planen, Aufgaben zu strukturieren, Impulse zu kontrollieren und still zu sitzen. Dadurch können schnell Gefühle des Nicht-richtig-Seins oder des Nicht-Genügens entstehen, nicht selten leidet die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen. Eltern benötigen oft Geduld und Langmut, weil ihre (betroffenen) Kinder meistens mehr Zeit, wiederholte Aufforderungen und nicht selten enge Begleitungen bei Tätigkeiten wie Zimmeraufräumen oder beim Erledigen von Hausaufgaben benötigen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit von Konflikten.

Lehrkräfte stehen nicht selten vor der Herausforderung, dass einzelne von AD(H)S betroffene Kinder oder Jugendliche sehr viel Aufmerksamkeit benötigen, da diese z. B. ihren Aufgaben nicht ohne Weiteres alleine nachkommen oder den Unterricht durch Unruhe und impulsives Verhalten stören, sie aber eigentlich die ganze Klasse im Blick behalten müssten. Sie und die Klassengemeinschaft werden dadurch frustriert, und es besteht die Gefahr, dass sich die Situation eher noch verschärft und die betroffenen Kinder- und Jugendlichen hauptsächlich negativ etikettiert werden.

Selten werden in der Aufzählung über die Schwierigkeiten der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S vonseiten der Lehrkräfte oder Eltern die Stärken, Ressourcen und Chancen dieser Schüler*innen in den Blick genommen. So ist die Wahrnehmungsfähigkeit von AD(H)S-Betroffenen oft ausgesprochen gut, vielfach sind sie sehr kreativ, intelligent, haben ein hohes Gerechtigkeitsbewusstsein, sind wenig nachtragend, setzen sich für andere ein etc. Allerdings sind das nicht die Attribute, die den meisten Menschen einfallen, wenn sie an AD(H)S denken. Dabei wäre es oft für alle Beteiligten vorteilhafter, den Fokus mindestens genauso auf die Stärken wie auf die Schwächen und Probleme zu legen. Denn das fördert beispielsweise die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl der Betroffenen. In der Folge steigt die Wahrscheinlichkeit, dass diese sich leichter regulieren können. Die Peer-Akzeptanz in Klassen steigt nachweisbar, wenn die Stärken im Fokus stehen, was ebenfalls viele (systemische) Prozesse, die als schwierig wahrgenommen werden, optimiert. Zudem geht es auch Lehrkräften und Eltern besser, wenn es ihnen gelingt, den Blick auf das Positive zu richten.

Obwohl es viele – inzwischen auch gut nachgewiesene – Vorteile gibt, wenn der Fokus auf das Positive, auf die Stärken und Ressourcen der Betroffenen gerichtet

wird, passiert das im schulischen (und oft auch häuslichen) Alltag zu selten. Und das hat verständliche Gründe. Schülerinnen und Schüler mit AD(H)S benötigen oft Ressourcen, die Lehrkräfte in der Situation nicht haben. Sie stören und/oder »sabotieren« den Unterricht (vielfach nicht absichtlich und bewusst). Manchmal verstößen sie auch gegen soziale Normen. All das verlangt die Aufmerksamkeit der Lehrkräfte und lässt sich häufig weder ignorieren noch durch einen positiven Blick auf die Schülerin oder den Schüler unmittelbar verbessern. Und damit ist die Aufmerksamkeit (fast) automatisch auf der »negativen« Seite. Nicht selten fühlen Lehrkräfte sich hilflos, sie können weder die Betroffenen optimal unterstützen noch ihren Unterricht wie geplant durchführen.

Die meisten Menschen neigen mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu, den Fokus auf die Probleme zu lenken, die bei ihnen aversive Emotionen auslösen. Oft in der Hoffnung, irgendeine Lösung zu finden. Interessanterweise führt dieser negative Fokus bei betroffenen Lehrkräften oft dazu, dass auch deren eigene Selbstwirksamkeitserwartung über die Zeit reduziert wird. Damit wird die Wahrscheinlichkeit, gute Lösungen zu finden, auch langfristig verringert.

Es entstehen Teufelskreise (s. Abb. 1), die es zu unterbrechen gilt: Der Fokus auf das »Negative« geht mit der Gefahr einher, das »Negative« zu verstärken, was den Fokus wiederum stabilisiert. Eine Lösung, die darin besteht, nur noch die Ressourcen und Stärken wahrzunehmen, ist keine Lösung. Die Ansprüche von Schule an alle Akteure bleiben bestehen. Diese verlangen oft genau die Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die betroffenen Kindern und Jugendlichen schwerfallen: stilles Sitzen, Konzentration, Selbstregulation etc. Hier wird es mit großer Wahrscheinlichkeit immer wieder Schwierigkeiten geben.

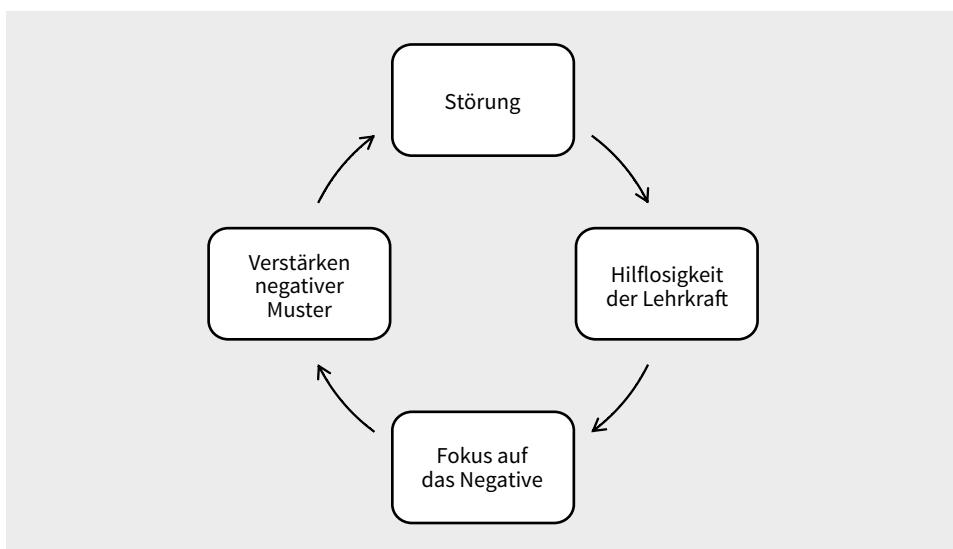


Abbildung 1: Teufelskreis »Verstärkung der Störung«

Deswegen sollen in diesem Buch erstens Wege und Methoden aufgezeigt werden, wie ein guter Umgang mit Symptomen des AD(H)S im Unterricht gefunden werden kann. Auf diese Weise kann es gelingen, die genannten Probleme zu reduzieren. Allerdings benötigt es zweitens den Fokus auf das sogenannte »Positive«, um systemische Effekte zu erzielen und mittel- bis langfristig die Schwierigkeiten nicht nur zu reduzieren, sondern die Ressourcen und Stärken dieser Kinder und Jugendlichen zu nutzen. Es sollen psychosoziale Aufwärtsspiralen implementiert werden, die für alle Beteiligten zu mehr Selbstwirksamkeit und zum Erleben von Sinnhaftigkeit führen. Beides ist nötig:

1. Mittel und Wege, die aus den Problemen Herausforderungen machen und diese zugleich reduzieren, denn nur auf diese Weise entsteht überhaupt der Raum, die Stärken und Ressourcen zu nutzen und zu entfalten.
2. Fokussierung auf Stärken, Ressourcen und Wachstum, damit weitere Ressourcen aktiviert und motivationale Prozesse initiiert werden, die die Überwindung von Schwierigkeiten begünstigen.

Damit das gelingt, gibt dieses Buch zunächst einen Einblick in das sogenannte Störungsbild AD(H)S. Um hier gleich mit einigen Vorurteilen aufzuräumen: Es gibt die Behauptung, dass es AD(H)S nicht gäbe und dass dies eine Erfindung der Pharmaindustrie wäre oder ein Ergebnis falscher Erziehung. AD(H)S gibt es, und es gibt eine überwältigende Anzahl an Studien, die das belegen. Zudem belegen diese Studien sehr deutlich, dass AD(H)S nicht das Ergebnis einer fehlgeleiteten Erziehung ist. Allerdings wird in der Wissenschaft sehr trefflich darüber diskutiert, ob es sich tatsächlich um ein psychiatrisches Störungsbild handelt. Ein interessanter »Gegenentwurf« stammt aus einer Neurodiversitäts-Perspektive. Wie alle menschlichen Merkmale (z. B. Größe, Pigmentierung der Haut etc.) sind auch die Aufmerksamkeit, Impulsivität und (Hyper-)Aktivität (alles Kernsymptome von AD(H)S) in der Bevölkerung normal verteilt. Für Körpergröße bedeutet das, dass Männer durchschnittlich 178 cm groß sind und 68 % aller Männer im Bereich zwischen 173 cm und 183 cm (also +/- 5 cm) liegen. Das nehmen wir als normal wahr. Deutlich kleinere oder größere Männer fallen uns auf. Sie sind allerdings nicht krank.

Bezogen auf die Aufmerksamkeit kann man von Erwachsenen erwarten, dass die meisten sich etwa 90 Minute lang auf eine Aufgabe konzentrieren und sich derweil gegen auftretende Ablenkungen abschirmen können. Danach fällt es den meisten schwer, sich weiter zu konzentrieren, wenn sie keine Pause machen oder sich anderen Tätigkeiten zuwenden. Einige Menschen liegen deutlich über dem Durchschnitt und können sich scheinbar unermüdlich konzentrieren. Andere haben schon nach sehr kurzer Zeit Schwierigkeiten mit der Konzentration. Analog zum Beispiel Körpergröße würde man hier aber auch nicht von Krankheit sprechen.

Der Vorteil dieser Betrachtung liegt auf der Hand: Die Symptome von AD(H)S werden nicht pathologisiert und müssen in der Folge auch nicht »geheilt« werden. Durch die Neurodiversitätsperspektive gelingt der Blick auf die ressourcenvollen Eigenschaften der von AD(H)S Betroffenen leichter. Im Kapitel 2 »Grundlagen von AD(H)S« werden zum einen die neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Hintergründe sowie wichtige alternative Perspektiven vorgestellt und diskutiert. Die Tatsache, dass es Vorteile mit sich bringen kann, AD(H)S nicht zu pathologisieren, bedeutet nicht, dass es keiner Behandlung bedarf. Oft leiden nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch das gesamte Umfeld: Meistens dann, wenn die Besonderheiten, die AD(H)S mit sich bringt, schlecht zu den Anforderungen der Umgebung passen. In Psycho- und Lerntherapien können die Kinder und Jugendlichen Strategien erwerben, wie sie mit ihren Besonderheiten umgehen können und bestenfalls an ihnen wachsen. Manchmal können auch Medikamente hilfreich und sinnvoll sein, um die Kluft zwischen den Eigenschaften der Person (geringe Aufmerksamkeitsspanne, hohe Impulsivität und motorische Aktivität) und den Anforderungen der (schulischen) Situationen (z. B. konzentriertes Arbeiten bei gleichzeitiger Unruhe im Raum) zu überbrücken. Dabei steht das Bild des »Brückenbauens« im Zentrum. In diesem Kapitel werden deshalb zum anderen die Diagnostik von AD(H)S und die Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Beide sind notwendig, damit das Brückenbauen für alle Beteiligten möglichst optimal gelingen kann.

Der Hauptfokus dieses Buches liegt darauf, wie das »Brückenbauen« im Klassenzimmer, wie das gemeinsame Wachsen an den Herausforderungen für alle gelingen kann. Wie können die Betroffenen, die Lerngruppe und auch die Lehrkräfte die (zunächst) schwierige Person-Anforderungs-Passung nicht nur überbrücken, sondern vor allem daran gemeinsam wachsen? Methoden des (erweiterten) Classroom Managements werden im dritten Kapitel vor dem Hintergrund dieser Frage vorgestellt und erörtert. Dabei soll auch der Spagat zwischen der individuellen Förderung und der Arbeit mit der ganzen Klasse gelingen. Neben grundsätzlichen Überlegungen werden besonders praxistaugliche Strategien und erprobte Ansätze vorgestellt, die auf die individuelle Förderung abzielen.

In Kapitel 4 steht die Arbeit mit der ganzen Klasse im Mittelpunkt. Es wird auch der Frage nachgegangen, wie ein gutes Classroom Management gelingen kann, wenn verschiedene Schüler*innen aus unterschiedlichsten Motivlagen heraus unruhig sind oder den Unterricht stören.

Wenn es möglich ist, stellt Elternarbeit eine wertvolle Ergänzung zu der Arbeit im Unterricht dar. Oft bestehen bei Lehrkräften Unsicherheiten darüber, wie sie Eltern darauf ansprechen, wenn die Beobachtungen in der Schule die Vermutung nahelegen, dass ein Kind AD(H)S haben könnte. Dabei können sich unterschiedliche Herausforderungen ergeben: Wie kann man damit umgehen, wenn Eltern sich beispielsweise vehement gegen solche Beobachtungen sperren? Wie gewin-

nen Lehrkräfte die Kooperation des Elternhauses? Was brauchen Eltern, um ihre Kinder gut unterstützen zu können? Welche Signale aus der Schule sind hilfreich und ggf. wichtig? Im fünften Kapitel wird thematisiert, wie es gelingen kann, Brücken zu den Eltern zu bauen und wie Lehrkräfte diese klug nutzen können. Das bedeutet, dass die Perspektive der Eltern in diesem Kapitel Raum bekommt, denn auch Eltern werden im Umgang mit ihren Kindern Herausforderungen erleben. Diese können durch Erwartungen der Schule verstärkt werden. Um ein gelungenes Erwartungsmanagement in der Arbeit mit Eltern zu implementieren, ist es wichtig, deren Perspektive, Befürchtungen und Wünsche zu kennen und ernst zu nehmen. Zugleich ist es auch wichtig, die eigenen Wünsche, Befürchtungen, Beobachtungen mit den Eltern teilen und besprechen zu können. Denn nur auf diese Weise können für den/die betroffene/n Schüler*in, für die Lerngruppe und für die Lehrkraft die besten Lösungen gefunden und die passendsten Wege beschritten werden.

Damit es Lehrkräften gelingt, tragfähige und authentische Bindungs- und Beziehungsangebote machen zu können, ist es wichtig, dass es ihnen grundsätzlich gut geht und dass sie insbesondere in herausfordernden Situationen gut für sich selbst sorgen können. Deswegen stehen im sechsten Kapitel die Selbstfürsorge und das mentale Wachstum der Lehrkräfte im Zentrum. Je besser ihnen der Blick auf sich gelingt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, auch auf anderen Ebenen negative Teufelskreise durchbrechen zu können.

2. Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

In diesem Kapitel stelle ich Ihnen AD(H)S im Sinne eines Kurzportraits vor. Wenn Ihnen AD(H)S begegnet, werden Sie feststellen, dass es häufig sehr unterschiedlich anmutet. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Symptome unterschiedlich stark ausgeprägt sein können und auf diese Weise sehr einzigartige Kombinationen entstehen. Zweitens lassen sich geschlechtsbedingte Unterschiede beobachten. Drittens sind die Betroffenen in erster Linie Menschen, die zufällig auch diese Diagnose haben. Und Menschen sind sehr verschieden.

Im nächsten Abschnitt lernen Sie die Symptome von AD(H)S auf die Weise kennen, wie sie als Störungsbild nach den gängigen Diagnostikmanualen definiert sind. Sie werden also feststellen, dass Kriterien wie Kreativität oder Gerechtigkeitssinn hier zunächst keine Rolle spielen, auch weil die Forschung traditionell einem klinischen Modell folgt, weshalb es vor allem für die medizinische Perspektive gute und belastbare Befunde gibt. Diese helfen zwar sehr gut weiter, AD(H)S einzuschätzen, greifen jedoch zu kurz, wenn es darum geht, mit AD(H)S sinnvoll umzugehen. Ich lade Sie deshalb ein, ergänzend (nicht alternativ) zu der klinischen Perspektive die mehr ressourcenorientierte und neurodivergente Perspektive mitzudenken. Denn beide sind für die Arbeit in der Schule hilfreich.

2.1 Erscheinungsformen: Wie lässt sich AD(H)S im Alltag beobachten?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (kurz AD(H)S) betrifft etwa 5–6 % der Schüler*innen (Prävalenz). Insgesamt bekommen etwa viermal so viele Jungen wie Mädchen eine Diagnose. Das liegt u. a. auch daran, dass bei Mädchen die Symptome vielfach anders und eben nicht typisch »aussehen« (s. Beispiele im weiteren Verlauf). Hier spielt sicherlich eine große Rolle, dass die Symptombeschreibung zu stark an Jungen orientiert ist (Ginsberg et al. 2014). Weitere Forschungen sind notwendig, damit die Klassifikation allen Geschlechtern und Geschlechtsidentitäten gerecht wird und zuverlässig die Symptome erfasst.

Für die Diagnosestellung werden drei Hauptsymptomgruppen betrachtet: (1) Besonderheiten bei der Aufmerksamkeitslenkung, (2) Impulsivität und (3) Hyperaktivität.

(1) BESONDERHEITEN BEI DER AUFMERKSAMKEITSLENKUNG

Statt von einer Störung der Aufmerksamkeit zu sprechen, wie es vielfach der Fall ist, möchte ich hier – im Sinne der Neurodiversität – von Besonderheiten sprechen. Das inkludiert dann eben auch die Perspektive, dass Menschen mit AD(H)S in Teilen mehr Informationen mitbekommen als andere. Das kann wertvoll und belastend zugleich sein. Ich habe beispielsweise mit einem Grundschüler zusammengearbeitet, der wusste, sobald der Klassenlehrer den Raum betrat, ob dieser vorher einen Konflikt hatte, der ihn noch beschäftigte. Unglücklicherweise beeinträchtigte ein solcher Konflikt, den der Junge bei seinem Lehrer wahrnahm, seine Konzentration maßgeblich. An diesem Beispiel wird deutlich, wie eng Ressourcen und Probleme zusammenhängen und wie stark kontext- und zielabhängig es ist, ob wir eine Besonderheit als Störung oder als wertvoll Ressource begreifen können.

METHODE

Kontexte finden, in denen eine Störung eine Ressource ist

Finden Sie für das oben skizzierte Beispiel Kontexte, in denen die Besonderheit bei der Aufmerksamkeit dieses Jungen zu einer wertvollen Ressource wird. Denken Sie gerne »out of the box«. Sie können den Nutzen auch in die Zukunft projizieren.

Finden Sie nun selbst Beispiele für Besonderheiten in Ihrer Aufmerksamkeitslenkung: Identifizieren Sie zunächst Aspekte, die potenzielle Ressourcen sein könnten. Suchen Sie dann Kontexte, in denen diese Besonderheiten wertvoll oder hilfreich sein können.

Reflexions-
impuls für
Lehrkräfte

Die Besonderheiten bei der Aufmerksamkeitslenkung zeichnen sich erstens dadurch aus, dass Betroffene Schwierigkeiten haben, die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten. In der Regel schweifen sie schnell ab und lassen sich von inneren und äußeren Reizen ablenken. Dadurch entsteht der Eindruck einer »hüpfenden« Aufmerksamkeit. Im Unterricht macht sich das insbesondere durch Konzentrationsprobleme bemerkbar.

Allerdings lässt sich zweitens eine weitere Besonderheit beobachten. Betroffene Kinder und Jugendliche können ebenso von einer Tätigkeit vollkommen absorbiert sein, sodass sie ihre Umgebung vollkommen ausblenden. Eltern von Grundschulkindern mit ADHS machen manchmal die Erfahrung, dass ihre Kinder beispielsweise so im Legospiel vertieft sind, dass sie von anderen Reizen und Anforderungen (z. B. zum Mittagessen kommen zu sollen) sehr wenig mitbekommen und ihre Aufmerksamkeit kaum oder nur schwer auf diese anderen Dinge lenken können. Insbesondere die zweite Besonderheit führt oft dazu, dass Eltern

die Vermutung, ihr Kind könnte unter AD(H)S leiden, für unwahrscheinlicher halten.

Betroffenen Jungen fällt es aufgrund dieser Besonderheit schwer, sich zu strukturieren und Tätigkeiten zu planen. Sie beginnen Aufgaben, lassen sich ablenken und beenden diese dann nicht und wirken dadurch tendenziell chaotisch. Bei Mädchen kann (muss aber nicht) das Erscheinungsbild ganz anders aussehen: Viele machen Listen und wirken zunächst sehr gut organisiert. Sie kompensieren damit ihre wahrgenommenen Schwächen. Daher fallen sie oft gar nicht auf oder man würde nicht unmittelbar an AD(H)S denken. Trotzdem ist es für die betroffenen Mädchen häufig mit hohem Leid verbunden. Sie nehmen wahr, dass sie oft anders verarbeiten als andere. Sie merken (oft mit einsetzen der Pubertät), dass sie viel Anstrengung benötigen, um diese Kompensation aufrechtzuerhalten. Besonders mit dem Einsetzen der Pubertät bricht bei einigen die Kompensation zusammen. Dann fallen sie mit größerer Wahrscheinlichkeit auf. Obgleich sich diese Beobachtungen in der Praxis mehren (= man ist sensibler und offener dafür, dass Mädchen und Jungen unterschiedliche Erscheinungsformen haben können), bedarf es hier noch einiger Forschung (Martin 2024).

Diese Beobachtungen sind typisch für die Besonderheiten bei der Aufmerksamkeitslenkung:

- Schwierigkeiten, begonnene Tätigkeiten zu Ende zu bringen
- Konzentration auf eine Sache gelingt oft nur für kurze Zeit
- leichte Ablenkbarkeit von einer begonnenen Tätigkeit
- viele Flüchtigkeitsfehler (die sich meist durch den ersten Aufzählungspunkt erklären lassen)

Diese Auffälligkeiten treten häufiger bei nicht selbstgewählten als bei selbstgewählten Tätigkeiten auf. Besonders in der Schule spielen nicht selbstgewählte Tätigkeiten eine Rolle. Weiterhin werden diese Auffälligkeiten davon beeinflusst, als wie angenehm oder spannend eine Tätigkeit erlebt wird. Die meisten Menschen – auch ohne AD(H)S – lassen sich beispielsweise eher und lieber beim Erstellen der Steuererklärung ablenken als bei einer wirklich interessanten Tätigkeit.

Insgesamt sind für die Steuerung und Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit vielfach Selbstkontrollressourcen notwendig. Das gilt v.a. dann, wenn die Sache unsere Aufmerksamkeit nicht aus sich heraus – also intrinsisch – auf sich zieht. Viele Computerspiele oder Filme sind so konzipiert, dass sie darauf abzielen, unsere Aufmerksamkeit zu bannen. Bei vielen anderen Tätigkeiten müssen wir diese Leistung selbst erbringen. Das kann mühsam sein. Hierfür sind willentlich Steuerungsprozesse (sogenannte *Exekutive Funktionen*) notwendig, für die wir Selbstkontrollressourcen benötigen. Diese sind so etwas wie ein mentaler Akku, der durchaus erschöpft werden kann. Wenn der »mentale Akku leer ist«, registrieren

auch Personen, die kein AD(H)S haben, dass es ihnen schwerfällt, sich zu konzentrieren. Im Abschnitt 2.2.3 lade ich zu einem kurzen Exkurs in die spannende Forschungslandschaft zu erschöpflichen Selbstkontrollressourcen ein. Einige Studien geben uns brauchbare Hinweise für die Praxis.

(2) IMPULSIVITÄT

Die meisten Menschen bemerken im Alltag Impulse (z. B. den Impuls, einen Gedanken zu äußern), die in dem jeweiligen Kontext nicht angemessen erscheinen (z. B., wenn man gerade in einem Vortrag sitzt). In diesem Fall gelingt es den meisten Erwachsenen, diesen Impuls zu kontrollieren und nicht in Handlungen zu überführen. Hierfür sind ebenfalls Selbstkontrollressourcen erforderlich. Unter bestimmten Bedingungen kennen also die meisten Menschen eine erhöhte Impulsivität. Viele Menschen, die sich vornehmen, weniger Süßigkeiten zu essen, bekommen das im Alltag recht gut hin. Sind sie jedoch gestresst, erfolgt der Griff zur Schokolade oft automatisch. Das heißt, dass die Impulskontrolle hier nicht effektiv den Impuls reguliert hat. Stress belastet den mentalen Akku und erschwert somit bei vielen eine gute Impulskontrolle. Je attraktiver das Ziel des Impulses ist, desto schwerer fällt zudem die Kontrolle.

Personen mit AD(H)S haben tendenziell erschwerete Bedingungen, ihre Impulse zu kontrollieren und neigen daher häufiger zu impulsiven Handlungen. Das zeigt sich im Unterricht durch Reinrufen, manchmal auch dadurch, dass Gegenstände geworfen werden oder mit ihnen gespielt wird, obwohl es in der Situation nicht angemessen ist. Oftmals beginnen diese Schüler*innen auch, eine Aufgabe zu bearbeiten, ohne sich klarzumachen, was von ihnen erwartet wird. Sie unterbrechen andere oder zeigen wenig Geduld.

Folgende Beobachtungen sind typisch für Impulsivität und werden im DSM V (Diagnosemanual V) unter anderem zur Diagnostik von AD(H)S genutzt:

- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist.
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hin- nein)

(3) HYPERAKTIVITÄT

Die meisten Menschen kennen das Phänomen, dass sie unterschiedlich gut stillsitzen können. Es gibt Tage, an denen es besser gelingt, und Tage oder Situationen, in denen es nicht so gut klappt. Situationsmerkmale wie die wahrgenommene Anregung durch die Situation können eine Rolle spielen. Die meisten Menschen, die ungeübt 30 Minuten lang meditieren möchten (= 30 Minuten auf den eigenen Atem achten, jede Ablenkung bewusst registrieren und dann die Aufmerksamkeit

wieder auf den Atem fokussieren), werde nach einer Weile motorisch unruhig. Auch unterscheiden sich die Menschen hinsichtlich ihres Bewegungsdrangs, ohne dass es als besorgniserregend klassifiziert würde. Hier spielen verschiedene Wirkmechanismen eine Rolle. Einerseits kommen auch hier die Selbstkontrollressourcen ins Spiel. Wer einem langen und langweiligen Vortrag lauscht, wird in der Regel irgendwann unruhig (und zappelig). Aber auch der Bewegungsdrang, den wir haben, ist unterschiedlich. Zudem gibt es Menschen, die ein bestimmtes Aktivitätslevel benötigen, um sich wohlzufühlen. Fühlen sie sich »unterstimuliert«, löst dies Unwohlsein aus, und dieses Unwohlsein reduzieren sie z. B. durch Bewegungen, die stimulierend wirken. Das grundlegende Phänomen der in Teilen erhöhten (und manchmal unangemessenen) Aktivität kennen somit die meisten Menschen.

Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sind oft in einer größeren Intensität betroffen. Ihnen fällt es oft sehr schwer, im Unterricht am Platz zu bleiben oder ruhig zu spielen. Ihre starke Aktivität ist oft nicht kompatibel mit den Erwartungen und Erfordernissen des Unterrichts. Die Unruhe und Hyperaktivität reduzieren sich oft mit dem Beginn der Pubertät.

Folgende Beobachtungen sind typisch für die Hyperaktivität und werden im DSM V unter anderem zur Diagnostik von AD(H)S genutzt:

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig »auf Achse« oder handelt oftmals, als wäre sie/er getrieben
- redet häufig übermäßig viel

UNTERSCHIEDLICHE KOMBINATION DER DREI SYMPTOMGRUPPEN

Diese drei Symptomgruppen finden sich bei Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt, sodass sich drei Subtypen von AD(H)S finden lassen. Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) unterscheidet die (1) *vorwiegend unaufmerksame Erscheinungsform*, die (2) *vorwiegend hyperaktiv-impulsive Erscheinungsform* und die (3) *gemischte Erscheinungsform*.

Um AD(H)S diagnostizieren zu können, sind eine Reihe von Tests und Befragungen notwendig. Zunächst muss sichergestellt werden, dass die Symptome bereits mindestens sechs Monate lang auftreten, um vorübergehende Veränderungen als Ursache ausschließen zu können. Auch sollten die Symptome in mehr als

einem Bereich beobachtbar sein. Ist beispielsweise nur der Deutschunterricht betroffen, könnte auch in der Gestaltung des Unterrichts die Ursache gesucht werden. Zudem wird standardmäßig die Intelligenz getestet, denn Einschränkungen in diesen Bereichen können dazu führen, dass Schüler*innen Schwierigkeiten haben, sich auf den Unterricht zu konzentrieren können, weil sie ihm nicht folgen können. Deutlich überdurchschnittliche Intelligenzwerte können dazu führen, dass Kinder sich langweilen und deswegen Symptome zeigen, die wie AD(H)S aussehen. Schließlich müssen noch andere Ursachen ausgeschlossen werden. Hierzu gehören psychosoziale Ursachen (z. B. Probleme im Elternhaus), andere psychische Erkrankungen, die die beobachteten Symptome besser erklären oder physiologische Ursachen (z. B. Hörverarbeitungsstörungen). Selbstverständlich können diese Faktoren und ein AD(H)S parallel vorliegen. Es soll nur – soweit möglich – sichergestellt werden, dass diese Faktoren nicht die (alleinige) Ursache für die Symptome sind. Denn das hätte in der Regel Auswirkungen auf die Behandlung.

Die Prognose für den Verlauf und die Therapie von AD(H)S ist sehr heterogen. Zunächst: AD(H)S ist nicht heilbar im herkömmlichen Sinne. Allerdings können Betroffene im Laufe der Zeit Strategien entwickeln, mit ihren Besonderheiten auf eine Weise umzugehen, dass sie weniger leiden, oder sie schaffen sich Umgebungen, in denen die Schwierigkeiten weniger zum Tragen kommen. Viele entwickeln ihre Stärken besser und lernen sie zu nutzen. Dies nimmt typischerweise mit dem Alter zu. Mit dem Einsetzen der Pubertät gehen bei einigen die Symptome zurück oder verschwinden ganz. In vielen Fällen reduziert sich die Hyperaktivität, auch wenn die anderen beiden Symptombereiche bestehen bleiben.

Nicht wenige Erwachsene zeigen ebenfalls AD(H)S-Symptome. Viele von ihnen haben keine Diagnose und können deswegen oft ihre Symptome nicht einordnen. Unentdecktes AD(H)S im Erwachsenenalter kann mit dem subjektiven Erleben einhergehen, »nicht richtig« zu sein. Es besteht die Gefahr, dass sie immer wieder bemerken, dass sie anders sind als andere und bestimmte Tätigkeiten ihnen schwerfallen (z. B. Aufräumen). Deswegen empfinden viele eine Diagnose als entlastend. Sie haben eine Erklärung für ihre »Besonderheiten«. Obgleich das Thema AD(H)S im Erwachsenenalter ein spannendes ist, fokussiert sich dieses Buch weiterhin auf Kinder und Jugendliche – also auf Schülerinnen und Schüler.

2.2 Psychologische und neurobiologische Hintergründe

Die Dopaminmangelhypothese und Implikationen für die Praxis

Bis heute ist es nicht eindeutig geklärt, was die Ursachen von AD(H)S sind. Stark verbreitet ist die »Dopaminmangelhypothese«. Damit die Nervenzellen im Präfrontalen Kortex, also dem Teil unseres Gehirns, in dem auch die Exekutiven

Funktionen verortet werden, gut miteinander kommunizieren können, ist der Neurotransmitter Dopamin notwendig. Ist dieser in nicht ausreichendem Maß vorhanden, kann die Person viele Handlungen, für die die Exekutiven Funktionen notwendig sind, weniger gut ausführen. Exekutive Funktionen sind an der Aufmerksamkeitslenkung, der Impulskontrolle und der Regulierung der Motorik bzw. der Bewegungsimpulse beteiligt. Es wird angenommen, dass Personen mit AD(H)S zu wenig Dopamin im Präfrontalen Kortex zur Verfügung steht.

Warum steht zu wenig Dopamin zur Verfügung? Die Nervenzellen insgesamt – und damit auch die im Präfrontalen Kortex – haben eine Art Recycling-System. Sie schütten Neurotransmitter – in unserem Fall geht es um Dopamin – in den Synaptischen Spalt. Das ist der Bereich, an dem zwei oder mehr Nervenzellen gekoppelt sind. Neurotransmitter sind dafür zuständig, dass die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen funktioniert. Deswegen ist es für die Informationsübertragung von Nervenzelle zu Nervenzelle wichtig, genügend Neurotransmitter zur Verfügung zu haben. Allerdings ist es auch wichtig, dass nicht zu viel Neurotransmitter im Synaptischen Spalt sind. »Signallampen«, die ständig an sind, haben keine Funktion mehr. Steht zu viel Dopamin im Synaptischen Spalt zur Verfügung, kann dies Psychosen, Angstzustände oder Halluzinationen auslösen. Aus diesen Gründen ist es vorteilhaft, wenn das Dopamin wieder zurück in die Nervenzelle befördert wird. Dann steht es dort zur Verfügung und »überschwemmt« den Synaptischen Spalt nicht. Die Nervenzellen haben einen Mechanismus, der genau das macht.

Allerdings ist es ebenfalls unvorteilhaft, wenn zu wenig Dopamin im Synaptischen Spalt verbleibt. Es wird angenommen, dass eben der oben skizzierte Mechanismus der Rückbeförderung des Dopamins in die Nervenzelle bei AD(H)S zu effizient arbeitet. Somit ist chronisch zu wenig Dopamin verfügbar. Auf diese Weise können dann die Exekutiven Funktionen nur unter erschwerten Bedingungen arbeiten – mit den bereits skizzierten Konsequenzen (s. Kap. 2.1).

EXKURS

Medikamente bei AD(H)S

Oft stellt sich die Frage, ob man Kindern und Jugendlichen (ggf. auch betroffenen Erwachsenen) Medikamente geben sollte, die die Symptome reduzieren. Diese Frage wurde in Teilen genauso leidenschaftlich wie unsachlich diskutiert. An dieser Stelle ist es sinnvoll, sich den Wirkmechanismus vieler AD(H)S-Medikamente anzusehen, um deren Wirkweise zu verstehen und damit die Frage, ob eine Medikation sinnvoll ist, zu beantworten.

Viele der Medikamente setzen genau bei der Wiederaufnahme des Dopamins in die Nervenzelle an. Sie blockieren einen Rezeptor und verhindern somit das sofortige Recycling. Auf diese Weise steht mehr Dopamin im Synaptischen Spalt zur Verfügung und die Informationsverarbeitung funktioniert besser. Deswegen lässt sich in der Regel ein

Rückgang der Symptome für den Wirkzeitraum des Medikaments beobachten (oft ca. drei Stunden, bei Retardpräparaten ca. sechs Stunden). Die Medikamente sind also der Versuch, im Präfrontalen Kortex der betroffenen Personen ähnliche Bedingungen zu schaffen wie bei Schüler*innen, die kein AD(H)S haben. Aus dieser Sicht ist eine Medikamentengabe also sinnvoll.

AD(H)S-Medikamente bewirken bei Betroffenen vielfach, dass sie ruhiger werden. Aber nicht, weil die Medikamente sedierend wären (was ihnen fälschlicherweise manchmal unterstellt wird), sondern weil sie die Exekutiven Funktionen so aktivieren, dass Betroffene Reize ausblenden und Impulse kontrollieren können. Allerdings lässt sich die geeignete Menge meistens nicht exakt dosieren und zudem wirkt das Medikament auch noch an anderen Stellen, an denen die Wirkung nicht erwünscht ist. Daher treten oft Nebenwirkungen wie Appetitverminderung, Schlafstörungen oder Hyperfokussierung auf. Hyperfokussierung bedeutet, dass die betroffene Person sich sehr stark auf einen kleinen Ausschnitt ihrer Realität konzentriert, aber viele andere Aspekte ausblendet. Das kann v. a. im sozialen Miteinander zu Schwierigkeiten führen. Betroffene wirken dann für die Dauer der Wirkung weniger lebendig und spontan, vielfach stark introvertiert. Wie bei allen Medikamenten kauft man sich gewünschte Wirkungen damit ein, dass man unerwünschte Effekte in Kauf nimmt. Eine Entscheidung für eine Medikation hängt somit auch davon ab, ob der Nutzen die durch die Medikamente entstehenden Probleme übertrifft. Anders als auch oft fälschlich behauptet, führen die meisten herkömmlichen AD(H)S-Medikamente nicht zu einer Abhängigkeit. Die meisten sind On-Off-Medikamente, man muss sie nicht ausschleichen, sondern kann sie sofort absetzen. Viele Schüler*innen mit AD(H)S nehmen ihre Tabletten beispielsweise nur gezielt in Anforderungssituationen (z. B. lange Schultage) oder verzichten am Wochenende oder in den Ferien auf sie, um in diesen Zeiträumen frei von den unerwünschten »Nebenwirkungen« zu sein.

Schließlich gibt es ein weiteres Argument, das gegen die Einnahme von Medikamenten spricht. Wie eingangs bereits skizziert, gehen mit AD(H)S nicht nur Probleme einher, sondern AD(H)S bringt auch viele Ressourcen und erstrebenswerte Zustände mit sich (z. B. Kreativität). Diese können durch die Medikamente während der Wirkdauer beeinträchtigt werden. Ältere Schüler*innen oder Erwachsene entscheiden sich aus diesem Grund manchmal gegen Medikamente und nehmen die Schwierigkeiten und Herausforderungen, die AD(H)S mit sich bringt, in Kauf.

Die Entscheidung für oder gegen die Einnahme von Medikamenten liegt in letzter Instanz bei den Betroffenen selbst. Ziel dieses Exkurses ist es, zu informieren und dafür zu sensibilisieren, dass Entscheidungen, die aus der Außenperspektive möglicherweise nicht nachvollziehbar sind (z. B. »Wieso lässt dieser Schüler die Medikamente weg? Jetzt funktioniert im Unterricht nichts mehr!«), aus der Innenperspektive gut begründet sein kann. Wichtig zu verstehen ist dabei, dass es kein Richtig oder Falsch gibt.

Wie gezeigt besteht eine typische Wirkweise von Medikamenten bei AD(H)S darin, die Wiederaufnahme von Dopamin in der Nervenzelle zu hemmen, sodass mehr davon im Synaptischen Spalt verbleibt. Wie noch gezeigt wird, zielen einige Strategien des Classroom Managements bei AD(H)S darauf ab, die Dopaminausschüttung zu stimulieren, damit auch auf diese Weise mehr Dopamin zur Verfügung steht. Betroffene Kinder und Jugendliche haben beispielsweise oft keine

Schwierigkeiten sich besser zu konzentrieren, wenn sie Tätigkeiten nachgehen, die sie mögen und die ihnen immerfort kleine Erfolgserlebnisse bescheren – vom Legospiel bis zum Gaming im Internet. Auch hier wird – wie wir noch sehen werden – die Dopaminausschüttung stimuliert. Obwohl Unterricht in den seltensten Fällen ähnlich verlockend ist wie Legospiele, Online-Spiele oder Ähnliches, können wir trotzdem bestimmt Prinzipien von ihnen lernen und für das Classroom Management und die Unterrichtsgestaltung nutzen. Bevor wir jedoch diesen pragmatischen Fragen nachgehen, möchte ich mich der oft gestellten Frage der Ernährung bei AD(H)S in gebotener Kürze widmen.

Aktuelle Studien legen nahe, dass das Mikrobiom in unserem Darm einen Einfluss auf AD(H)S haben kann (Checa-Ros et al. 2021). Im gesunden Darm leben etwa 500 verschiedene Bakterienstämme in einem empfindlichen Gleichgewicht (etwa 100 Billionen Bakterien), die unsere Verdauung unterstützen. Sie tragen aber auch zur Entwicklung des Gehirns bei und produzieren Botenstoffe, die unser Gehirn benötigt. Ist dieses Gleichgewicht gestört, hat das Auswirkungen auf unser Erleben und Verhalten – sowie auf die Entwicklung unserer psychischen Gesundheit. Obgleich es noch viel Forschung bedarf, lässt sich bereits jetzt vorsichtig vermuten, dass eine Ernährung, die das Gleichgewicht im Darm stört, AD(H)S-Symptome verstärken kann. Insbesondere Zucker steht im Verdacht.

Ressourcen durch die Neurodiversitäts-Perspektive

AD(H)S muss nicht zwingend als psychiatrisches Störungsbild angesehen werden. In Kapitel 1 wurde unter dem Stichwort Neurodiversität argumentiert, dass die Symptome von AD(H)S als Ausprägungen von generellen menschlichen Eigenschaften angesehen werden können. Ebenso wie die meisten Merkmale (Größe, Stimmhöhe etc.) normalverteilt sind, liegen eben auch die Aufmerksamkeitslenkung, die Impulsivität und (Hyper-)Aktivität in allen Ausprägungen vor.

Die Vorteile der Neurodiversitäts-Perspektive liegen darin, dass erstens Betroffene nicht als »krank« oder »nicht richtig« stigmatisiert werden. Das kann massive Auswirkungen auf das Selbstbild und den Selbstwert haben. Insbesondere deswegen, weil Betroffene in der Regel keinen Leidensdruck haben, der aus den Symptomen als solche stammt, sondern nur aus der schlechten Passung der persönlichen Konfiguration in Bezug auf die Anforderungen des Systems (z. B. Erwartungen durch die Schule). Zudem ist AD(H)S nicht heilbar, ganz ähnlich wie eine besonders hohe oder tiefe Stimme nicht heilbar ist. Zweitens gehen mit den Besonderheiten von AD(H)S viele Ressourcen einher. AD(H)S und Gerechtigkeitsempfinden, Kreativität, Empathie, Interessen für Nischenbereiche etc. werden häufig zusammen beobachtet.

Wenn Betroffene v. a. durch die Brille der psychiatrischen Krankheit betrachtet werden, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, diese Ressourcen zu übersehen oder

sie gar nicht mitzudenken. Besonders im Setting Schule ist die Gefahr sehr hoch, weil der Störwert der Besonderheiten im Unterricht meistens offensichtlicher ist als die Ressourcen. Wenn eine Schülerin schnell abgelenkt ist und ständig Strukturierungshilfe benötigt oder wenn ein Schüler impulsiv und motorisch sehr unruhig ist, fällt es mehr auf, als wenn er oder sie sich für andere einsetzt, tolle Zeichnungen macht, kreative Ideen hat oder viel von anderen mitbekommt.

Für die individuelle Entwicklung, aber auch für den Unterricht, ist es in der Regel viel gewinnbringender, die Ressourcen nutzen zu können, als an den Defiziten zu verzweifeln. Zudem hat dies besonders günstige motivationale Effekte und reduziert die negativen Wirkungen der Besonderheiten. In Kapitel 3 und 4 werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Ressourcen stärker fokussiert werden können.

Entwicklungsverläufe: Risiko- und Schutzfaktoren bei AD(H)S

Behlmann und Raabe (2007) stellen Risiko- und Schutzfaktoren in ihrem Entwicklungsmodell sehr übersichtlich dar (s. Abb. 2). Dieses Modell zielt u. a. darauf ab zu erklären, auf welche Weise AD(H)S Symptome zum Risiko für problematisches Lern- und Sozialverhalten werden kann. Zugleich können aus diesem Modell Schutzfaktoren abgeleitet werden, die im Setting Schule eine wichtige Rolle spielen.

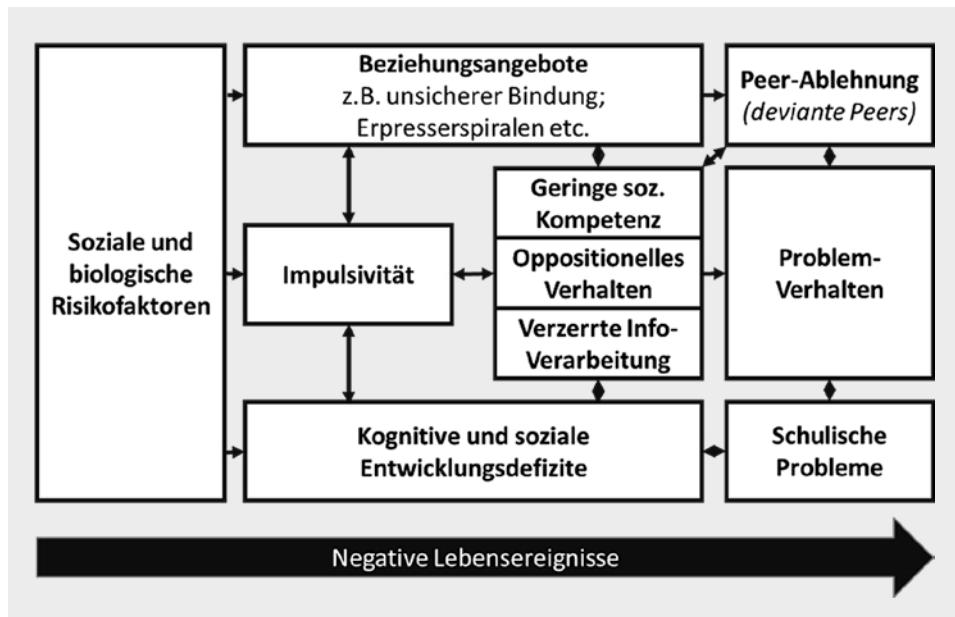


Abbildung 2: Risiko- und Schutzfaktoren. Entwicklungsmodell in Anlehnung an Behlmann und Raabe (2007)

Wie bereits oben dargestellt, ist die Impulsivität von Kindern unterschiedlich stark ausgeprägt. Dies hängt in erster Linie von biologischen Faktoren ab. Wie Eltern und das Umfeld mit dieser Impulsivität umgehen bzw. wie der generelle Umgang (z. B. wertschätzend vs. entwertend, fürsorglich vs. vernachlässigend etc.) ist, wird zum Teil von der Sozialisation der Herkunftsfamilien sowie deren sozialen Möglichkeiten und Belastungen beeinflusst. Tendenziell können soziale Ressourcen wie Bildung, finanzielle Möglichkeiten zur Teilhabe, ein humanistisch geprägtes Menschenbild und entsprechende Umgangsformen als Schutzfaktoren angesehen werden. Auch wenn diese statistisch häufiger mit einem gehobenen sozioökonomischen Status zusammenhängen, ist allein der sozioökonomische Status keine Garantie für gute Entwicklungsbedingungen für Kinder mit erhöhter Impulsivität, wie sie bei AD(H)S oft vorliegt. Zugleich ist ein gehobener sozioökonomischer Status auch keine zwingende Voraussetzung. Auch Eltern mit wenig Geld oder niedrigeren Bildungsabschlüssen können Kindern mit erhöhter Impulsivität gute Entwicklungschancen bieten.

Ein entscheidender Faktor sind vor allem liebevolle, zuverlässige und fürsorgliche bzw. unterstützende Beziehungsangebote. Wenn Kinder erfahren, dass sie in Ordnung sind, wie sie sind, ist das bereits einer der wichtigsten Schutzfaktoren. Erleben Kinder zudem, dass wichtige Bezugspersonen zuverlässig, wohlwollend und unterstützend für sie da sind, wenn sie bedürftig oder in Not sind, entwickeln sie einen sicheren Bindungsstil. Das bedeutet, sie können später in emotional schwierigen Situationen auf die gemachten positiven Erfahrungen zurückgreifen und sich damit selbst beruhigen, wenn sie aufgewühlt, verletzt oder frustriert sind. Ein sicherer Bindungsstil ist für alle Menschen eine wertvolle Ressource und steht im engen Zusammenhang mit Selbstwirksamkeit, mentaler Gesundheit, Zufriedenheit und Erfolg. Für Kinder und Jugendliche mit AD(H)S scheint diese Ressource von noch entscheidenderer Bedeutung, denn durch ihre gehäuft auftretenden Schwierigkeiten im (schulischen) Alltag müssen sie häufiger mit Misserfolg, Ablehnung, Frustration etc. umgehen. Zudem ist der Umgang mit Kindern, die AD(H)S haben, auch für die Eltern herausfordernd. Diese Kinder passen oft nicht so leicht in einen streng getakteten Alltag. Viele räumen beispielsweise nicht auf, wenn es ansteht. Sie träumen oder tun andere Dinge, anstatt sich morgens für die Schule fertig zu machen und strapazieren somit den Zeitplan und die Geduld von Eltern. Vielfach sind Hausaufgaben ein Kampf für alle Beteiligten. Das erfordert also eine gute Regulation der Eltern und eine starke und tragfähige Bindung.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass diese Situationen die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern herausfordern und auf die Bewährungsprobe stellen können. Das Entstehen ungünstiger Dynamiken wird wahrscheinlicher. Die Kinder fühlen sich in diesen Fällen nicht angenommen oder erleben keinen inneren Halt, wenn sie dauerhaft erleben, dass sie so nicht in Ordnung sind, wie sie sind. Daraus kann sich Protest gegen die Eltern (und andere Erwachsene) entwickeln. Dieser kann