

**Wohlbefinden und Anforderungsbewältigung von Jugendlichen
und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen und die Rolle
ausgewählter Schutzfaktoren**

Von der Philosophischen Fakultät
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte Dissertation

von Annette Krauss, Psychologin (MSc.)
2023

Referentin: Prof. Dr. Katja Mackowiak,
Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover

Korreferent: Prof. Dr. Rolf Werning,
Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover

Tag der Promotion: 15. August 2023

Danksagung

Ein langer Weg geht zu Ende.

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die in irgendeiner Form zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt

- Prof. Dr. Katja Mackowiak, für Ihre kompetente und wohlwollende Begleitung und stetige Unterstützung meines Dissertationsvorhabens.
- Prof. Susanne Amft, Prof. Dr. Claudia Schellenberg, Prof. Dr. Andrea Lanfranchi und Prof. Dr. Dennis Hövel, für die Ermöglichung, das Dissertationsprojekt an der HfH in Zürich durchführen zu können und die Unterstützung im Haus.
- Pia Georgi-Tscherry, Matthias Pfiffner, Tanja Rüdüsühli, Oriana Gebhard und Michelle de Martin, für die gute Zusammenarbeit im Rahmen des EIL-Projekts.
- Prof. Dr. Rolf Werning, für die Übernahme der Zweitbetreuung.
- Dem gesamten Team der Abteilung Sonderpädagogische Psychologie des Instituts für Sonderpädagogik der Leibniz Uni Hannover, für die hilfsbereite Art und hilfreiche Unterstützung im Rahmen meiner Besuche und Forschungskolloquien.
- Ermes Gallarotti, für das Lektorat.
- Meiner Familie und Freunde, für die stetige Unterstützung.
- Boris, für deinen unermüdlichen Glauben an mich.

Zusammenfassung

Ausgehend von einem entwicklungspsychopathologischen Ansatz wurde in der vorliegenden Arbeit der Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und Wohlbefinden (im Sinne der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) sowie Anforderungsbewältigung bei einer Stichprobe von 907 Jugendlichen und jungen Erwachsenen ($M = 17.69$; $SD = 1.66$; 58.9 % weiblich) untersucht. Zudem wurde die mögliche Pufferwirkung von ausgewählten Schutzfaktoren (Kompetenzerleben und emotionale Unterstützung) auf das emotionale Wohlbefinden unter Berücksichtigung der ADHS-Symptomatik analysiert. Ergänzend zur quantitativen Erhebung wurden drei episodische Interviews mit von ADHS betroffenen Jugendlichen (zwei Berufsschülerinnen und ein Gymnasialschüler) geführt.

Regressionsanalysen legen den Schluss nahe, dass ADHS-Symptome einen substantiellen negativen Effekt auf das Wohlbefinden sowie die Anforderungsbewältigung im Jugendalter haben. Es gibt Hinweise darauf, dass negative Konsequenzen bereits bei Jugendlichen mit subklinischer Symptomatik auftreten können. Weiter scheinen das eigene Kompetenzerleben, das Vorhandensein emotionaler Unterstützung durch nahe Bezugspersonen sowie durch Mitschülerinnen und Mitschüler den negativen Effekt der Symptome auf das emotionale Wohlbefinden teilweise zu kompensieren vermögen. Die ergänzende qualitative Untersuchung liefert u. a. Hinweise darauf, dass sich ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen in Schule und Betrieb hinderlich auf die Anforderungsbewältigung bei Betroffenen auswirken. Die Ergebnisse deuten auf umfassende Auswirkungen der ADHS-Symptomatik bei Betroffenen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter hin und unterstreichen die Notwendigkeit einen Blick auf Betroffene in diesen Altersphasen zu richten.

Schlagerworte: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, ADHS, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Anforderungsbewältigung, Schutzfaktoren, Jugend, junges Erwachsenenalter

Well-being and coping of adolescents and young adults with ADHD symptoms and the role of selected protective factors

Abstract

Based on a developmental psychopathological approach, the present study examined the relationship between ADHD symptoms and well-being (in terms of health-related quality of life) and coping with demands in a sample of 907 adolescents and young adults ($M = 17.69$; $SD = 1.66$; 58.9% female). In addition, the possible buffering effect of selected protective factors (perceived competence and emotional support) on emotional well-being was analyzed, taking into account ADHD symptomatology. Complementing the

quantitative survey, three episodic interviews were conducted with adolescents affected by ADHD (two female students from vocational education and training [VET] schools and one male student from Baccalaureate school).

Regression analyses suggest that ADHD symptoms have a substantial negative effect on well-being as well as coping with demands in adolescence. In some cases, those affected with symptoms in the subclinical range are already impaired. Furthermore, the perceived competence and the presence of emotional support from close relatives and classmates seem to partially compensate for the negative effect of symptoms on emotional well-being. The supplementary qualitative study provides indications that unfavorable learning and working conditions at school and at work have an impeding effect on the ability of those affected to cope with demands. The results point to the comprehensive effects of ADHD symptoms in adolescents and young adults and underline the need to focus on ADHD sufferers in these age groups.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, health-related quality of life, coping, protective factors, adolescence, young adulthood

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Zusammenfassung	IV
I. Abbildungsverzeichnis	VIII
II. Tabellenverzeichnis	IX
III. Abkürzungsverzeichnis	X
1. Einleitung.....	11
2. Theoretischer Hintergrund	13
2.1 Das Störungsbild ADHS	13
2.1.1 Definition und Klassifikation.....	13
2.1.2 Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik von ADHS	15
2.1.3 Ätiologie	16
2.1.4 Prävalenz	19
2.1.5 Verlauf der ADHS-Symptomatik im Jugendalter	20
2.2 Forschungsstand zu den ausgewählten Themenbereichen	22
2.2.1 ADHS-Symptome und Wohlbefinden.....	22
2.2.2 ADHS-Symptome und Schutzfaktoren.....	24
2.2.3 ADHS-Symptome und Anforderungsbewältigung	28
3. Fragestellungen.....	31
4. Methode	33
4.1 Projekt und Studiendesign.....	33
4.2 Haupterhebung: Quantitative Befragung.....	33
4.2.1 Erhebung.....	35
4.2.2 Auswertung	37
4.3 Ergänzende Erhebung: Qualitative Befragung.....	38
4.3.1 Erhebung.....	39
4.3.2 Auswertung	39
5. Allgemeine Ergebnisse zur ADHS-Symptomatik.....	42
5.1 Mittelwerte, weitere statistische Kennwerte und Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter und Schultyp	42
5.2 Antwortverteilung.....	44
6. Publierte Fachartikel	48
6.1 ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults 48	
6.2 ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren	72
6.3 Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen.....	87

7. Zusammenfassende Diskussion	101
8. Limitationen	107
9. Übergeordnete Implikationen	110
9.1 Präventive Förderung im Kindesalter	110
9.2 Fokussierung auf das Kompetenzerleben bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomatik	110
9.3 Verbesserte Koordination von Hilfesystemen im Übergang Schule-Beruf.....	111
9.4 Innovative Präventions- und Behandlungsansätze	112
10. Literaturverzeichnis	113
11. Anhang A	126
12. Anhang B	140
Eigenständigkeitserklärung.....	184

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Integratives klinisches Modell zur Entstehung von ADHS (Döpfner et al., 2019)	17
Abbildung 2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität gemäss KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003)	23
Abbildung 3. Das kompensatorische und das protektive Schutzfaktorenmodell (Fergus & Zimmermann, 2005)	25
Abbildung 4. Studiendesign der vorliegenden Untersuchung	33
Abbildung 5. Stanine-Skala der Gesamtsymptomatik ADHS des DISYPS-III (Döpfner & Götz-Dorten, 2017): Personenanzahl pro Stanine-Kategorie	38
Abbildung 6. Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016)	40
Abbildung 7. Häufigkeitsverteilung der Gesamtsymptomatik ADHS (Mittelwerte)	43
Abbildung 8. Mittelwerte in der Subskala Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität und der Gesamtsymptomatik ADHS bei jungen Männern und jungen Frauen. Fehlerbalken zeigen Standardfehler an.	44
Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung der durchschnittlichen Antworten in den Subskala Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität und der Gesamtsymptomatik ADHS bei jungen Männern und jungen Frauen	47

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Symptomkriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-5 (Falkai et al., 2018).....	13
Tabelle 2. Beschreibung der Gesamtstichprobe	34
Tabelle 3. Beschreibung der schulischen Teilstichproben.....	35
Tabelle 4. Haupt- und Subkategorien der Interviews.....	40
Tabelle 5. Deskriptive Kennwerte der ADHS-Items.....	43
Tabelle 6. Antworthäufigkeiten der einzelnen Items der Subskala Unaufmerksamkeit des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	44
Tabelle 7. Antworthäufigkeiten der einzelnen Items der Subskala Hyperaktivität/Impulsivität des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	45

III. Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
DISYPS-II bzw. DISYPS-III	Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche in zweiter bzw. dritter Fassung (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
DSM bzw. DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (aktuell in der 5. Auflage; American Psychiatric Association, 2013; Falkai & Wittchen, 2018)
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts (früher als Kinder- und Jugendgesundheitsurvey bezeichnet)
SPD	Schulpsychologischer Dienst
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

„Grown up, and that is a terribly hard thing to do. It is much easier to skip it and go from one childhood to another.“ — F. Scott Fitzgerald

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen von somatischen und akuten zu psychischen und chronischen Störungen verschoben (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; Reinhardt & Petermann, 2010). In diesem Zusammenhang ist auch die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in den Fokus gerückt, die zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählt. Ungefähr 5 % aller Schülerinnen und Schüler sind vom Störungsbild betroffen und zeigen Probleme im Bereich Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (Falkai et al., 2018; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014). Bei einem beträchtlichen Teil der Betroffenen persistiert die Symptomatik bis ins Erwachsenenalter (Dirks, Scherbaum, Kis & Mette, 2017; Häge, Hohmann, Millenet & Banaschewski, 2020).

Eine Fülle von wissenschaftlichen Studien konnte in den letzten Jahrzehnten zeigen, dass ADHS-Symptome mit charakteristischen Schwierigkeiten in der Schule sowie in anderen Lebensbereichen zusammenhängen (z. B. Danckaerts et al., 2010; Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007). ADHS kann dabei als ein Spektrum aufgefasst werden (Jenni, 2017). So können auch Kinder und Jugendliche, deren ADHS-Symptome im subklinischen Bereich liegen, Beeinträchtigungen aufweisen (Balázs & Keresztény, 2014; Whalen, Jamner, Henker, Delfino & Lozano, 2002).

Es ist anzunehmen, dass insbesondere das Jugend- und junge Erwachsenenalter mit seinen vielfältigen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben (z. B. Ablösung von den Eltern, Entwicklung von Autonomie und Selbstständigkeit, Beziehungserfahrungen, Berufswahl) für Betroffene eine herausfordernde Phase darstellen kann. Im Vergleich zum Kindesalter wurde die Situation von Betroffenen im späten Jugend- und jungen Erwachsenenalter weniger häufig untersucht (Hinshaw & Becker, 2020). Auch gibt es kaum Untersuchungen, die die Situation von Betroffenen im Kontext der Sekundarstufe II, die sich in der Schweiz in allgemeinbildende und berufsbildende Ausbildungsgänge gliedert, beleuchten. Um wirksame Behandlungs- und Präventionsstrategien entwickeln zu können, ist es jedoch unabdingbar, in Erfahrung zu bringen, wie sich die Symptome auf das tägliche Leben der Betroffenen in diesen Altersabschnitten auswirken.

Obwohl eine Fülle von Studien über die negativen Auswirkungen berichtet, die Betroffene von ADHS-Symptomen in verschiedenen Lebensbereichen erleben, ist das komplexe Störungsbild doch sehr heterogen, und eine Minderheit der Betroffenen scheint in verschiedenen Lebensbereichen erfolgreich und zufrieden zu sein (Hechtman et al.,

2016; S. S. Lee, Lahey, Owens & Hinshaw, 2008). Höchstwahrscheinlich tragen verschiedene Schutzfaktoren dazu bei, die negativen Auswirkungen der Symptomatik abzuschwächen. Das Konzept der Schutzfaktoren hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend Verbreitung in Disziplinen wie der Klinischen Psychologie (Noeker & Petermann, 2008), der Prävention und Gesundheitsförderung (Ravens-Sieberer et al., 2007) sowie der (Sonder-) Pädagogik (Schwab & Fingerle, 2013) gefunden und eignet sich auch, um Ansätze für Behandlung und Prävention von psychischen Störungen abzuleiten.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, ausgehend von einem entwicklungspsychopathologischen Ansatz, den Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und Wohlbefinden (im Sinne der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) sowie Anforderungsbewältigung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu untersuchen. Zudem wurde die mögliche Pufferwirkung von ausgewählten Schutzfaktoren (Kompetenzerleben und emotionale Unterstützung) auf das emotionale Wohlbefinden unter Berücksichtigung der ADHS-Symptomatik analysiert. Übergeordnete Absicht war es, Erkenntnisse zu gewinnen, die letztlich der Entwicklung von Präventions- und Interventionsansätzen für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS-Symptomen zugutekommen können.

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird auf den theoretischen Hintergrund der Arbeit eingegangen. Das Störungsbild ADHS sowie Zusammenhänge zwischen ADHS-Symptomatik, Wohlbefinden, Schutzfaktoren und Anforderungsbewältigung werden aufgegriffen.

2.1 Das Störungsbild ADHS

Die für die vorliegende Arbeit relevanten Charakteristiken des Störungsbildes ADHS betreffen die Definition und Klassifikation, Diagnostik, Ätiologie, Prävalenz und den Verlauf der Symptomatik im Jugendalter.

2.1.1 Definition und Klassifikation

ADHS wird charakterisiert durch die Kernsymptomatik der Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität. Unter dem Einfluss des Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (aktuelle Version: DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; deutsche Ausgabe: Falkai & Wittchen, 2018) hat sich seit den 1980er Jahren der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) etabliert¹ (Steinhausen, 2020). In Tabelle 1 sind die Symptomkriterien einer ADHS gemäß DSM-5 dargestellt.

Tabelle 1. Symptomkriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-5 (Falkai et al., 2018)

1.	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).

¹ Diese Bezeichnung wurde auch in die neuste Ausgabe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; WHO, 2019) übernommen.

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).
2.	Hyperaktivität und Impulsivität
a.	Zappelt häufig mit Händen oder 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.	Läuft 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 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).

Für die Diagnosestellung einer ADHS wird gemäß DSM-5 gefordert, dass bei unter 17-Jährigen sechs (oder mehr) Symptome der Unaufmerksamkeit und/oder der Hyperaktivität/Impulsivität während der letzten sechs Monate beständig aufgetreten sein müssen. Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich. Zudem wird verlangt, dass mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität/Impulsivität bereits vor dem Alter von 12 Jahren aufgetreten sind, dass sie das Funktionsniveau oder die Entwicklung

beeinträchtigen, sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten auswirken und in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen auftreten. Weiter kann zwischen einem vorwiegend unaufmerksamen, einem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven und einem Mischtyp unterschieden werden. Und es kann zusätzlich bestimmt werden, ob die Kriterien teilremittiert sind und ob der aktuelle Schweregrad leicht, mittel oder schwer ist (Falkai et al., 2018).

Die ADHS-Symptomatik unterliegt altersabhängigen Veränderungen (Döpfner et al., 2015; Häge et al., 2020). Mit der 5. Auflage des DSM wurden erstmalig erwachsenenspezifische Kriterien der ADHS Rechnung getragen, u. a. damit, dass den Symptomkriterien Beispiele beigefügt wurden, die die Symptomatik im späteren Jugend- und Erwachsenenalter illustrieren (Banaschewski & Döpfner, 2014; Philippen & Döpfner, 2020). Gemäß Steinhausen (2020) ist eine Modifikation der Kriterien für das Jugend- sowie Erwachsenenalter jedoch trotzdem weitgehend noch ausstehend, wobei weitere Forschung zur Validierung angemessener altersspezifischer Kriterien erforderlich ist.

2.1.2 Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik von ADHS

ADHS ist eine klinische Diagnose. Sie wird nur nach vollständiger Anamnese und Exploration des Patienten unter Nachweis einer spezifischen Psychopathologie gestellt (Philipp-Wiegmann, Rösler, Retz, Schindelbeck & Retz-Junginger, 2015).

Klassischerweise werden bei psychiatrischen Störungen auf der Grundlage aktueller Klassifikationssysteme, wie beispielsweise dem DSM-5, überwiegend kategoriale Definitionen verwendet, die eine kritische Schwelle definieren und angeben, wie viele Symptome mindestens vorhanden sein müssen, um eine spezifische Diagnose zu stellen. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass das Verhalten und Erleben von betroffenen Personen durch einen bestimmten Grenzwert vom normalen Verhaltensbereich abgegrenzt werden kann (Steinhausen, 2020). Obwohl diese Vorgehensweise in der klinischen Praxis oft notwendig ist, integrieren Studien zunehmend dimensionale Ansätze und Sichtweisen, so auch bei ADHS (Okasha, 2009; Schmiedeler & Schneider, 2014). Hierbei wird ADHS als ein Merkmal auf einem Kontinuum zunehmender Symptomschwere beschrieben, wobei sich Personen mit ADHS an einem Ende dieses Kontinuums befinden und sich von Personen ohne ADHS nur durch das Ausmaß der Symptome resp. die Symptomstärke unterscheiden.

Letztgenannte Konzeptualisierung entspricht auch neueren Forschungsergebnissen, die zeigen, dass selbst Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen im subklinischen Bereich Beeinträchtigungen aufweisen. Beispielsweise weisen Kinder mit grenzwertiger ADHS-Symptomatik (die zumindest ein Minimum an ADHS-Symptomen zeigen, aber die Symptomkriterien der Klassifikationssysteme nicht vollständig erfüllen) höhere funktionelle Beeinträchtigungen auf als Kinder ohne ADHS-Symptome und sind auch

häufiger von komorbiden psychiatrischen Störungen betroffen (siehe auch die Übersicht von Balázs & Keresztény, 2014).

Fragebogen und Beurteilungsskalen, die die Symptomkriterien einer ADHS beinhalten, sind ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Diagnostik von ADHS. Sie werden jedoch auch in der Forschung, insbesondere mit großen Stichproben, eingesetzt, um in strukturierter und ökonomischer Form Aussagen über das Vorhandensein und die Häufigkeiten von ADHS-relevanten Auffälligkeiten zu machen, ohne den Anspruch auf eine klinisch abgesicherte Diagnose zu erheben (Görtz-Dorten & Döpfner, 2020; Philipp-Wiegmann et al., 2015).

2.1.3 Ätiologie

Wie für die meisten psychischen Störungen wird auch für ADHS eine mehrdimensionale Verursachung angenommen. So tragen zahlreiche Faktoren zu den Ursachen und deren Folgen bei (Linderkamp, Hennig & Schramm, 2011; Steinhausen, Döpfner, Holtmann, Philipsen & Rothenberger, 2020). Die Zusammenführung der Einzelelemente zu einem überzeugenden integrativen Modell steht gemäß Döpfner, Holtmann, Philipsen, Rothenberger und Steinhausen (2020) zu einem großen Teil noch aus. Es existieren jedoch theoretische Entwicklungsmodelle, wie beispielsweise das integrative klinische Entstehungsmodell (Döpfner, Schürmann & Frölich, 2019; siehe Abbildung 1), auf das im Folgenden näher eingegangen wird.

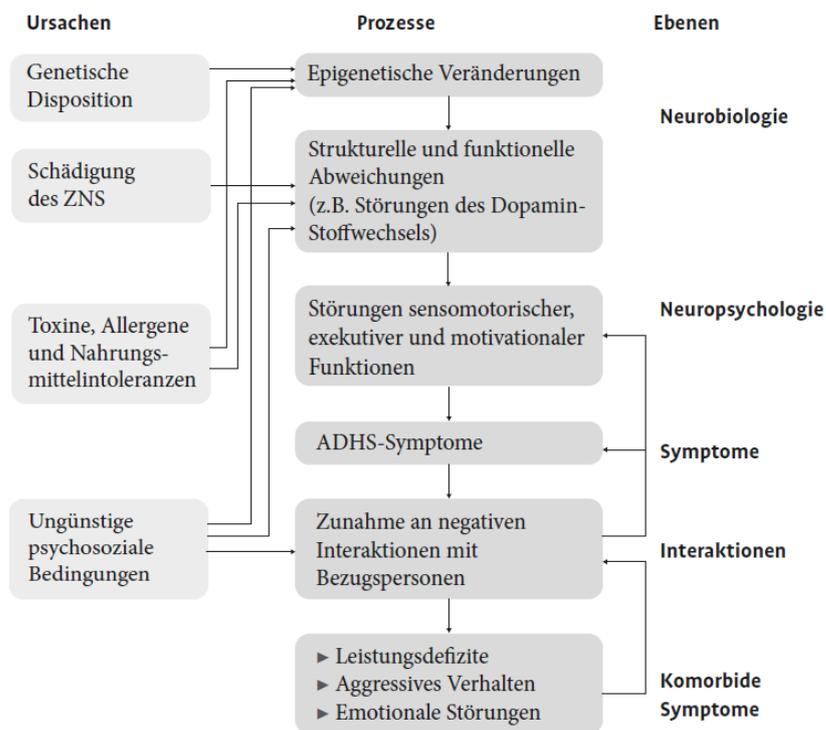


Abbildung 1. Integratives klinisches Modell zur Entstehung von ADHS (Döpfner et al., 2019)

Das integrative klinische Modell zur Entstehung von ADHS (Döpfner et al., 2019) berücksichtigt als primäre kausale Elemente (Ursachen) genetische Faktoren und epigenetische Vorgänge² bei der Hirnentwicklung, Schädigungen des Zentralnervensystems durch metabolische Störungen, Schädel-Hirn-Traumen etc. inklusive zentralnervöser Einflüsse von Toxinen bzw. Nahrungsmittelbestandteilen sowie psychosoziale Faktoren. Als vermittelnde Elemente (Prozesse) werden neurobiologische und neuropsychologische Auffälligkeiten angesehen, die auf der Verhaltensebene ADHS sowie koexistierende Auffälligkeiten auslösen. Genetische Faktoren scheinen somit den stärksten ursächlichen Einfluss auf die Entwicklung der Störung zu haben, während erworbene biologische Faktoren und psychosoziale Faktoren eher eine untergeordnete Rolle spielen. Jedoch ist zu bemerken, dass die primären Faktoren nicht unabhängig additiv voneinander wirken, sondern dass Interaktionen zwischen ihnen vermutlich bedeutsam sind (Döpfner et al., 2020; Döpfner et al., 2019).

Auf neurobiologischer Ebene sind durch epigenetische Veränderungen auch zahlreiche strukturelle und funktionelle zerebrale Auffälligkeiten bei Betroffenen nachweisbar. Beispielsweise wird eine Störung des Dopamin-Stoffwechsels diskutiert: Neuronale Mechanismen, die der positiven Verstärkung zugrunde liegen

² Unter epigenetischen Vorgängen wird die Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und Genen verstanden (Renner et al., 2008)

(Belohnungssystem) sind bei Betroffenen möglicherweise verändert (Tripp & Wickens, 2008). Verschiedene Studien weisen zudem auf eine Wechselwirkung von frühen psychosozialen Belastungen (z. B. Trennungs- und Deprivationserfahrungen) und neurobiologischen Veränderungen hin (z. B. Sonuga-Barke et al., 2017).

Auf der neuropsychologischen Ebene können im Verhalten der Betroffenen oftmals eine mangelhafte Selbststeuerung und Handlungsorganisation beobachtet werden, die höchstwahrscheinlich durch eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen mitbedingt werden oder Ausdruck von ihnen sind; insbesondere das vorausschauende Planen, die Verhaltensinhibition, das Arbeitsgedächtnis und die Daueraufmerksamkeit sind bei Betroffenen oftmals beeinträchtigt (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone & Pennington, 2005).

Psychosoziale Faktoren können auf die klinische Symptomatik der ADHS einen moderierenden Einfluss ausüben. Sie können die Ausprägung der Symptomatik, die Entwicklung komorbider Störungen (z. B. Leistungsdefizite, aggressives Verhalten, emotionale Störungen) und den Verlauf der Symptomatik im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei neurobiologisch vulnerablen Personen beeinflussen (Döpfner et al., 2020; Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014).

Auf die Rolle von psychosozialen Faktoren gehen insbesondere auch Linderkamp et al. (2011) in ihrem biopsychosozialen Bedingungsmodell von ADHS ein. Neben distalen psychosozialen Bedingungen wie geringer sozio-ökonomischer Status, geringer Bildungsstand, Beschäftigungslosigkeit, chronischer Familien- und Partnerstreit sowie elterliche Psychopathologie, die sich maßgeblich auf den Schweregrad der ADHS-Symptomatik auswirken (Brassett-Harknett & Butler, 2007) werden im Modell auch proximale Faktoren beschrieben, die einen direkten Einfluss auf die Ausgestaltung und den Verlauf des Problemverhaltens nehmen. Hierbei werden u. a. ungünstige soziale Interaktionen der Betroffenen beschrieben. So gestalten sich die Beziehungen in Familien mit ADHS-betroffenen Kindern gemäß Linderkamp et al. (2011) oftmals als sehr konfliktreich. Im Übergang zur Adoleszenz sinkt die Intensität der Konflikte zwar, sie bleibt jedoch insgesamt höher als in Familien mit Jugendlichen ohne ADHS. Konflikte zwischen Eltern und Jugendlichen mit ADHS ergeben sich oftmals im Zusammenhang mit der Übergabe von Verantwortung und Autonomie an den Jugendlichen. Statt einer schrittweisen Delegation der Zuständigkeiten für schulische und ausbildungsbezogene Belange durch die Eltern an die Jugendlichen, erfolgt oftmals ein hohes Ausmaß an Kontrolle oder gegenteilig ein gänzlicher Rückzug der Eltern (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006; Schreyer & Hampel, 2009).

Ungünstige Interaktionsmuster bestehen analog zur Eltern-Kind-Beziehung auch in der Interaktion zwischen Lehrpersonen und betroffenen Schülerinnen und Schüler. Von ADHS betroffene Schülerinnen und Schüler unterscheiden sich in ihrem

Unterrichtsverhalten von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern. Sie zeigen im Unterricht seltener anforderungsgemäßes Verhalten und werden als störender erlebt. Häufig reagieren Lehrpersonen verstärkt auf dieses Störverhalten, während positive Verhaltensweisen kaum bemerkt und verstärkt werden, sodass das Problemverhalten persistiert (Lauth & Mackowiak, 2004; Schramm, 2016).

Auch die Beziehungen zu Gleichaltrigen gestalten sich häufig als problematisch. Betroffene Kinder werden von Gleichaltrigen weniger gemocht, haben weniger Freunde und werden eher zurückgewiesen als andere Kinder (Bagwell, Molina, Pelham & Hoza, 2001; Hoza et al., 2005; Linderkamp et al., 2011). Dies lässt sich auch in der Adoleszenz beobachten, in einer Phase, in der die Beziehung zu Gleichaltrigen immer wichtiger wird. Im Klassenkontext besetzen Kinder und Jugendliche mit ADHS häufig negativ konnotierte Rollen (z. B. Klassenclown, Einzelgänger oder Außenseiter). Die Wahrscheinlichkeit einer devianten Sozialentwicklung ist erhöht (Linderkamp et al., 2011; Unnever & Cornell, 2003).

2.1.4 Prävalenz

Die Prävalenz der ADHS bei Kindern und Jugendlichen wird weltweit auf rund 5 % geschätzt und ist im Laufe der letzten drei Jahrzehnten stabil geblieben (Banaschewski et al., 2017; Polanczyk et al., 2014). Eine neuere Übersichtsarbeit (Sayal, Prasad, Daley, Ford & Coghill, 2018) zeigt eine Spannweite der Prävalenzraten in internationalen systematischen Reviews zwischen 2.2 % und 7.1 %, wobei der mittlere Wert bei 5 % liegt. Es ist davon auszugehen, dass die Variationen in den Prävalenzraten zwischen den verschiedenen Untersuchungen im Wesentlichen auf Unterschiede in der Methodik zurückzuführen sind (Polanczyk et al., 2014). Gemäß Sayal et al. (2018) sind mindestens weitere 5 % der Kinder und Jugendlichen von Aufmerksamkeitsproblemen, Symptomen von Hyperaktivität und Impulsivität betroffen, die unterhalb der diagnostischen Schwelle liegen.

In Deutschland zeigte die Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) eine ADHS-Prävalenzrate von 5.3 % bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren (Döpfner, Breuer, et al., 2008). Bei der 2. Welle der KiGGS-Untersuchung sank diese auf 4.4 % (Göbel, Baumgarten, Kuntz, Hölling & Schlack, 2018), was gemäß Autoren und Autorinnen möglicherweise auf eine restriktivere Diagnosepraxis in den letzten Jahren in Deutschland zurückzuführen ist. In der Schweiz liegen kaum Studien zur Prävalenz von ADHS vor. Eine repräsentative Untersuchung von 3 840 Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 17 und 21 Jahren setzte ein Screening-Instrument (Adult ADHD Self-Report Scale Screener; Kessler et al., 2005) ein und konnte zeigen, dass 8.7 % der Befragten in den letzten

sechs Monaten ADHS-Symptome in auffälligem Masse zeigten (Werlen, Puhon, Landolt & Mohler-Kuo, 2020).

Die Faktoren Geschlecht, Sozialschicht sowie Alter haben einen bedeutenden Einfluss auf die Prävalenzraten. So werden Jungen ca. zwei bis drei Mal häufiger mit ADHS diagnostiziert als Mädchen (Sayal et al., 2018). Das Geschlechterverhältnis gleicht sich jedoch mit zunehmendem Alter aus (de Zwaan et al., 2012). ADHS tritt zudem in sozial benachteiligten Familien anderthalb bis vier Mal häufiger auf als in Familien mit höherem sozioökonomischem Status (Göbel et al., 2018; Sayal et al., 2018).

In einer Analyse von Krankenkassendaten von Bachmann, Philipsen und Hoffmann (2017) zu den ADHS-Diagnosehäufigkeiten im Jahr 2014 in Deutschland zeigten sich die höchsten (ICD-10-Diagnose)-Prävalenzraten im Alter von 9 Jahren (10.2 %). Mit zunehmendem Alter sank die Häufigkeit der Diagnose erheblich (18-Jährige: 3.5 %). Obwohl übereinstimmend damit mit zunehmendem Alter grundsätzlich eine Abnahme der ADHS-Symptome beobachtet werden kann (insbesondere der Hyperaktivität/Impulsivität; Döpfner et al., 2015), lässt sich der Rückgang vermutlich nicht nur durch die Verringerung der Symptomatik erklären, sondern weist auch auf ein Versorgungsdefizit in der Transitionsphase vom Jugend- ins Erwachsenenalter hin (Philipsen & Döpfner, 2020). So ist bekannt, dass ca. 60 % bis 70 % der Betroffenen einen chronischen Verlauf der ADHS mit persistierenden Symptomen über die gesamte Lebensspanne aufweisen (Banaschewski et al., 2017; Cherkasova, Sulla, Dalena, Pondé & Hechtman, 2013; Turgay et al., 2012).

Das Vorkommen einer koexistierenden Störung (Komorbidität) ist beim Vorliegen einer ADHS oftmals eher die Regel als die Ausnahme. Eine großangelegte dänische Studie (Mohr Jensen & Steinhausen, 2015) fand bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren beispielsweise eine Komorbiditätsrate von 52 % für mindestens eine weitere psychische Störung. Die häufigsten komorbiden Störungen waren Störungen des Sozialverhaltens, spezifische Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und geistige Behinderung.

2.1.5 Verlauf der ADHS-Symptomatik im Jugendalter

Das typische ADHS-Symptommuster aus der Kindheit verändert sich im Laufe der Zeit. Die Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität nehmen von der Kindheit bis in die Adoleszenz grundsätzlich eher ab (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Döpfner et al., 2015; Evans et al., 2013). Eine innere Unruhe bleibt bei Betroffenen jedoch oftmals trotzdem bestehen. Sie kann sich als häufiges Wippen mit den Füßen, Fingertrommeln oder Spielen mit Stiften äußern. Zudem kann sie sich dadurch zeigen, dass vermeintlich langweilige und bewegungsarme Arbeiten und Situationen vermieden werden sowie dass

Betroffene sich in permanenter Unrast befinden. Die Impulsivität zeigt sich häufig in einer geringen Frustrationstoleranz, im Treffen von übereilten Entscheidungen und dem Unterbrechen von Tätigkeiten (Adler, 2007; Steinhausen & Sobanski, 2020; Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin, 2010).

Bezüglich des Verlaufs der Unaufmerksamkeit gibt es widersprüchliche Befunde: Verschiedene Studien zeigen eine Abnahme der Unaufmerksamkeit im Laufe der Zeit (Biederman et al., 2000; Evans, Allen, Moore & Strauss, 2005); es gibt jedoch auch einzelne Untersuchungen, die auf einen Anstieg der Unaufmerksamkeit von der mittleren Kindheit zur Adoleszenz hindeuten (z. B. Larsson, Dilshad, Lichtenstein & Barker, 2011). Interessante Erkenntnisse bringt hier auch eine Untersuchung von Döpfner et al. (2015) hervor, die im Rahmen eines repräsentativen KiGGS-Zusatzmoduls den Verlauf von ADHS-Symptomen von der Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter, basierend auf Elternratings von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 19 Jahren, untersuchten. Die Autoren und Autorinnen bildeten anhand von latenten Wachstumskurvenmodelle separat für die Bereiche Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität sowie für die Gesamtsymptomatik ADHS drei Untergruppen von Personen: solche mit niedrigen (78.3 % - 83.3 % der Kinder und Jugendlichen), moderaten (13.4 % - 18.8 %) und hohen (2.8 % - 3.2 %) Symptomwerten. Es wurde für alle drei Bereiche und den dazugehörigen Untergruppen ein signifikanter Rückgang der Symptome vom Kindes- bis ins junge Erwachsenenalter beobachtet, außer für die Gruppe mit hoher Unaufmerksamkeit sowie hoher ADHS-Gesamtsymptomatik. Bei diesen Gruppen konnte trotz numerischem Rückgang der Symptome keine Signifikanz erreicht werden, was gemäß den Autoren jedoch auch an mangelnder Teststärke liegen könnte. Die aktuelle Datenlage lässt somit insgesamt den Schluss zu, dass die Unaufmerksamkeitssymptome bis ins junge Erwachsenenalter generell eher abnehmen, dass sie jedoch bei Betroffenen mit starken Symptomen – die oftmals Personen mit ADHS-Diagnose entsprechen – auch bis ins junge Erwachsenenalter bestehen bleiben können. Sie können sich in Desorganisation, Vergesslichkeit, Unzuverlässigkeit und Schwierigkeiten bei der Planung, dem Abschluss von Aufgaben und dem Zeitmanagement äußern (Adler, 2007; Steinhausen & Sobanski, 2020; Tischler et al., 2010).

Auch wenn es bei einigen Betroffenen von ADHS-Symptomen somit zu einem Rückgang der Symptomatik im Verlaufe des Jugendalters kommt, ist dies nicht gleichbedeutend mit einer Normalisierung der Entwicklung. Insbesondere stark Betroffene bleiben oft bis ins junge Erwachsenenalter auf einem hohen Symptomniveau (Döpfner et al., 2015; van Lier, van der Ende, Koot & Verhulst, 2007).

Neben der ADHS-Kernsymptomatik kommen im Jugendalter bei Betroffenen häufig auch komorbide Problematiken zum Tragen wie Selbstwertprobleme, oppositionelle Verhaltensweisen, Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen, Teilleistungsprobleme, Depressionen oder Substanzmittelmissbrauch (Meinzer et al., 2013; Powell et al., 2020; S. Schmidt, Brähler, Petermann & Koglin, 2012; Steinhausen & Sobanski, 2020).

2.2 Forschungsstand zu den ausgewählten Themenbereichen

Im Folgenden wird auf die ADHS-Symptomatik im Kontext der drei für die vorliegende Arbeit relevanten Themenbereiche (Wohlbefinden, Schutzfaktoren, Anforderungsbewältigung) eingegangen.

2.2.1 ADHS-Symptome und Wohlbefinden

Psychische Beeinträchtigungen können grundsätzlich einen erheblichen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen haben (Rajmil et al., 2009; Weitkamp, Daniels, Romer & Wiegand-Grefe, 2013). Ein Konzept, das zur Charakterisierung des Wohlbefindens von Personen mit psychischen oder chronischen Erkrankungen verwendet werden kann, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Das Konzept entspricht der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1948) vorgeschlagenen Definition von Gesundheit als multidimensionales Konstrukt und kann als subjektive Wahrnehmung und Bewertung der wichtigsten Aspekte der eigenen Lebenssituation definiert werden (wie der Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit, die soziale Integration und die Teilnahme an altersgemäßen Lebensaktivitäten; Matzejat & Renschmidt, 2006).

In den vergangenen Jahrzehnten hat das Konzept in Forschung und Praxis als zusätzliches Maß neben der Symptomatik erheblich an Bedeutung gewonnen, da es die Möglichkeit bietet, Gesundheit umfassend zu messen und physiologische, psychologische, soziale und funktionelle Aspekte der Gesundheit einschließt. Forscher haben die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung untersucht (Baumgarten et al., 2019; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003). Das Konstrukt hilft insbesondere auch bei der Bestimmung der mit einer bestimmten Erkrankung verbundenen Belastung.

Im deutschsprachigen Raum hat sich u. a. der KINDL-R-Fragebogen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) zur Erfassung des Wohlbefindens im Sinne der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchgesetzt. Der Fragebogen umfasst die Subskalen körperliches, emotionales und ausbildungsbezogenes Wohlbefinden, Selbstwert, sowie das Wohlbefinden bezüglich Familie und Freunde/Peers (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität gemäss KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003)

Der größte Teil der vorhandenen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fokussiert auf Kinder und stützen sich auf Bewertungen von Eltern (Danckaerts et al., 2010; Y. Lee et al., 2016). In Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS ist das Konzept weniger häufig untersucht worden. Es gibt einige wenige Studien, die im nächsten Abschnitt aufgegriffen werden, die hauptsächlich auf kategorialen Ansätzen von ADHS und konkreten Diagnosen beruhen. Gesamthaft zeigten sich in allen oder zumindest einigen Dimensionen des Wohlbefindens, niedrigere Werte bei Betroffenen von ADHS im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe. Die stärksten Zusammenhänge wurden in den Bereichen des emotionalen Wohlbefindens und der Beziehungen gefunden.

In einer Untersuchung von Topolski et al. (2004) konnten bei 68 Jungen im Alter von 11 bis 18 Jahren mit einer klinischen Diagnose von ADHS insgesamt niedrigere Werte bezüglich der Lebensqualität gefunden werden im Vergleich zu einer Gruppe von 107 Jugendlichen ohne chronische Erkrankungen. Ebenso fanden sie niedrigere Werte in den Teilbereichen *Sense of self* (mit Aspekten wie Selbstwirksamkeit und psychologischem und körperlichem Wohlbefinden) und *Beziehungen* (zu Familie und Freunden). Im deutschsprachigen Raum zeigen die Daten der KiGGS-Untersuchung (Hölling, Schlack, Dippelhofer & Kurth, 2008), dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 14 bis 17 Jahren in den Bereichen Familie und Schule/Ausbildung sowie im Gesamtwert signifikant niedriger ausfällt als von Kindern und Jugendlichen ohne ADHS-Diagnose.

S. Schmidt et al. (2012) gingen zwar nicht explizit auf das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein, untersuchten jedoch die psychosoziale Situation von Jugendlichen mit ADHS-Symptomen in ähnlicher Weise. Sie teilten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ihrer Stichprobe im Alter von 14 bis 25 Jahren (N = 327) in die Gruppe „ADHS“ oder „kein ADHS“ ein auf der Grundlage eines Screening-Instruments. Jugendliche, die von ADHS-Symptomen betroffen waren, gaben mehr depressive Symptome an als Jugendliche ohne ADHS-Symptome. Darüber hinaus gaben die ADHS-Betroffenen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit an.

2.2.2 ADHS-Symptome und Schutzfaktoren

In der Forschung rund um psychische Gesundheit und emotionales Wohlbefinden hat in den letzten Jahrzehnten die Untersuchung von Risiko- und Schutzfaktoren an Bedeutung gewonnen (Hayward, Esser & Schneider, 2013; Patel & Goodman, 2007; Wüstner et al., 2019). Während Risikofaktoren dazu beitragen, dass sich eine psychische Störung entwickelt oder persistiert, wirken Schutzfaktoren dieser Entwicklung entgegen. Die Fokussierung auf Schutzfaktoren und ihre Bedeutung resultiert aus einem Gesundheitsverständnis, das sich von einer rein pathogenetischen Sichtweise abwendet. In verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben sich parallel Konzepte zu gesundheitsfördernden Faktoren und Prozessen entwickelt (Bettge & Ravens-Sieberer, 2003). Zu erwähnen ist diesbezüglich die entwicklungspsychologische Resilienzforschung sowie der salutogenetische Ansatz nach Antonovsky (1987) in den Gesundheitswissenschaften.

Die entwicklungspsychologische Resilienzforschung geht der Frage nach, welche Einflussgrößen Kinder und Jugendliche in die Lage versetzen, sich trotz Belastungen und Risikofaktoren gesund zu entwickeln (Fergus & Zimmerman, 2005; Masten, 2001). Generell kann Resilienz als „positive patterns of adaptation in the context of adversity“ (Masten & Obradović, 2006; S. 14) definiert werden. Die Bedeutung von Resilienz ist folglich an zwei wesentliche Bedingungen geknüpft: das Vorhandensein einer signifikanten Bedrohung für die Entwicklung sowie die erfolgreiche Bewältigung dieser belastenden Bedingung. Resilienz bezeichnet dabei kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern einen hochkomplexen dynamischen, transaktionalen Prozess zwischen Individuum und Umwelt (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Bedeutsam ist die bidirektionale Betrachtungsweise, d.h. die Beteiligung sowohl der Person als auch der Umwelt an der Entwicklung resilienten Verhaltens. Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz liegen in schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb des Individuums, die tief in der biologischen und kulturellen Evolution verwurzelt sind (Masten, 2001).

Es gibt verschiedene theoretische Resilienz- bzw. Schutzfaktorenmodelle (Fergus & Zimmerman, 2005; Garnezy, Masten & Tellegen, 1984), wobei zu den zwei bekanntesten das kompensatorische sowie das protektive Schutzfaktorenmodell zählen (siehe Abbildung 3)³. Ein Schutzfaktor wirkt *kompensatorisch*, wenn dieser direkt mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines negativen Ergebnisses bzw. Outcomes einhergeht. Die günstige Wirkung auf das Individuum ist hierbei unabhängig vom Vorhandensein eines Risikofaktors. Von einem *protektiven* Schutzfaktor wird hingegen gesprochen, wenn ein Faktor die Wirkung eines Risikofaktors abschwächt. Der Schutzfaktor zeigt seine Wirkung nur beim Vorliegen eines Risikofaktors und moderiert somit die Beziehung zwischen Risikofaktor und Outcome. Typischerweise wird ein kompensatorischer Faktor mit einem direkten Haupteffekt eines Prädiktors und ein protektiver Faktor mit einem Interaktionseffekt in einer multiplen Regressionsanalyse nachgewiesen (Fergus & Zimmerman, 2005).

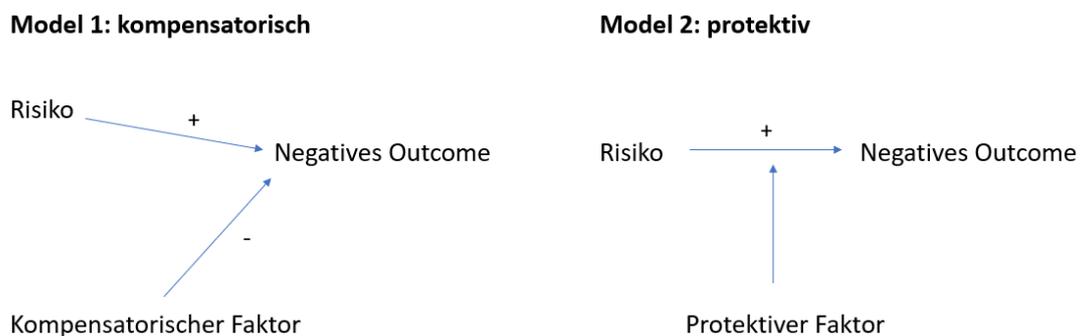


Abbildung 3. Das kompensatorische und das protektive Schutzfaktorenmodell (Fergus & Zimmermann, 2005)

Aus einschlägigen Studien, wie der Kauai-Längsschnittstudie (Werner, 2004) oder der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, 2012), konnten übereinstimmend relevante Schutzfaktoren bestimmt werden, die bei verschiedenen Formen von Widrigkeit puffernd wirken. Da sich die vorliegende Untersuchung auf Schutzfaktoren hinsichtlich des emotionalen Wohlbefindens fokussiert, beziehen sich die im Folgenden dargelegten Forschungsergebnisse auf das emotionale Wohlbefinden sowie das übergeordnete Konzept der psychischen Gesundheit.

³ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass zentrale Begriffe, die in Modellen der Resilienz verwendet werden, im Forschungsfeld uneinheitlich verwendet werden. Die Begrifflichkeiten, die in der vorliegenden Arbeit verwendet werden, orientieren sich an den Modellen von Fergus und Zimmerman (2005).

Zu den zwei wichtigsten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Jugendlichen zählen ein positives Kompetenzerleben und die soziale Unterstützung von verschiedenen Seiten (Keyes, 2013; Masten, 2001; Ringdal, Espnes, Eilertsen, Bjørnsen & Moksnes, 2020; Rueger, Malecki, Pyun, Aycocock & Coyle, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2006; Vieno, Santinello, Pastore & Perkins, 2007).

Mit einem positiven Kompetenzerleben ist der Glaube an die eigenen Fähigkeiten gemeint, mit Veränderungen, schwierigen Lebenssituationen und Gefühlen umgehen zu können (Sarubin et al., 2015). Das Konzept ist eng verwandt mit der Selbstwirksamkeit (Bandura, Freeman & Lightsey, 1999). Die protektive Wirkung eines hohen Kompetenzerlebens liegt hauptsächlich in der Motivation für die Ausführung von aktiven Bewältigungsversuchen bei Belastungen. Wer positive Erwartungen hinsichtlich seiner eigenen Kompetenz hat, wird sich in schwierigen Situationen eine Lösung von Problemen zutrauen und entsprechend handeln (Bandura et al., 1999; Fingerle, Freytag & Julius, 1999). Das eigene Kompetenzerleben entsteht durch verschiedene Bewältigungserfahrungen, wird aber auch stark durch Beziehungserfahrungen geformt. So leisten funktionale Beziehungen, die durch emotionale Unterstützung gekennzeichnet sind, einen wichtigen Beitrag zu einer positiven Identität und ein damit einhergehendes adaptives Kompetenzerleben (Schär & Studer, 2013; Steinebach & Steinebach, 2013; Vieno et al., 2007). Bewertungen und Erwartungen des privaten wie auch schulischen Umfeldes in Bezug auf unterschiedliche Fähigkeiten der Jugendlichen haben einen prägenden Einfluss auf ihr Kompetenzerleben (Schunk & Meece, 2006).

Eine enge, positiv-emotionale und stabile Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, die eine konstante und kompetente Betreuung sowie Anregungen bietet, ist für Kinder relevant (Masten, 2001; Wustmann, 2005). Auch später in der Adoleszenz sind emotional unterstützende Beziehungen eine wichtige Ressource für die Bewältigung der vielfältigen Anforderungen. Dabei scheint das subjektive Empfinden einer grundsätzlichen Verfügbarkeit sozialer Unterstützung relevanter zu sein als die tatsächliche Unterstützung (Ritter, Bilz & Melzer, 2016; Torsheim & Wold, 2001). Als Wirkmechanismus in der Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit wird, wird u. a. eine Pufferwirkung auf Stressprozesse im Organismus diskutiert (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006).

Im privaten Umfeld sind hauptsächlich Eltern und andere nahestehende Personen relevante Bezugspersonen. Trotz der allmählichen Loslösung vom Elternhaus und der zunehmenden Bedeutung der Peers, bleibt die Familie bei den meisten Jugendlichen ein wichtiger Bezugspunkt (Schär & Studer, 2013). Nebst den Eltern können aber auch andere nahestehende Personen als wichtige Bezugspersonen im Jugendalter fungieren

und emotionale Unterstützung bieten (z.B. als Mentoren; Fröhlich-Gildhoff, 2013). Relevant scheint, dass zumindest eine Person verfügbar ist, die in schwierigen Zeiten und bei Herausforderungen emotionalen Halt bietet.

Neben dem privaten Unterstützernetzwerk spielt das Umfeld in der Schule im Kindes- und Jugendalter eine entscheidende Rolle. Akteure im schulischen Umfeld sind in erster Linie Lehrpersonen sowie Mitschülerinnen und Mitschüler (die teilweise eine Schnittmenge mit Freunden und Freundinnen bilden). Konvergent zu Studien zu familiären Resilienzfaktoren werden in der Literatur neben einer hohen Erwartungshaltung und einer geordneten Struktur mit einheitlichen Regeln und Disziplin auch wohlwollende, unterstützende Beziehungen im schulischen Umfeld mit einer positiven Entwicklung in Verbindung gebracht (Larson, Eccles & Gootman, 2004; Masten & Motti-Stefanidi, 2009). Von solchen schulischen Bedingungen geht insofern ein protektiver Effekt aus, als dass sie den Aufbau von Selbstwirksamkeit und hohen Effizienzerwartungen sowie die Entwicklung eines positiven Selbstbildes unterstützen und darüber hinaus zur Entwicklung von Konflikt- und Problemlösefertigkeiten, zu Kontrollüberzeugungen und sozialen Kompetenzen beitragen (Julius & Prater, 1996; Wustmann, 2005). Studien zeigen, dass die Unterstützung von Seiten der Lehrpersonen sowie von Mitschülerinnen und Mitschüler mit einem niedrigeren Ausmaß psychosomatischer Beschwerden einhergeht (Bilz & Melzer, 2008) und mit einer guten psychischen Gesundheit zusammenhängt (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2008; LaRusso, Romer & Selman, 2008; Way, Reddy & Rhodes, 2007). Bedeutsam ist deshalb eine Schule, die ihre Aufgabe nicht nur in der reinen Wissensvermittlung sieht, sondern auch als „fürsorgliche Gemeinschaft“ wirkt (Julius & Prater, 1996; Wustmann, 2005).

Während die bisherige Forschung zu ADHS eine deutliche Defizitorientierung erkennen lässt, und sich hauptsächlich mit spezifischen Problemen beschäftigt, steckt die Forschung zu schützenden Faktoren gegen die negativen Auswirkungen von ADHS noch in den Anfängen (vgl. Dvorsky & Langberg, 2016). Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass ein hohes (schulisches) Kompetenzerleben sowie ein hohes Kontrollerleben Jugendliche mit ADHS-Symptomen vor depressiven Symptomen schützen können (McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close & Owens, 2011; Ostrander & Herman, 2006; Schei, Nøvik, Thomsen, Lydersen, et al., 2015). In einer Untersuchung von Dvorsky, Langberg, Becker und Evans (2019), die den Verlauf des Selbstwerts von Jugendlichen mit ADHS während 18 Monaten analysierten, zeigte sich, dass Jugendliche mit vergleichsweise hohem und zunehmendem Selbstwert bis zum Alter von 15 Jahren u. a. weniger depressive Symptome aufwiesen. Die Autoren zogen den Schluss, dass ein

hohes Selbstwertgefühl eine positive Anpassung beim Vorliegen von ADHS-Symptomen begünstigen kann.

Bezüglich sozialer Unterstützung ergaben sich in einer klinischen Stichprobe von 149 Jugendlichen mit ADHS (Schei, Nøvik, Thomsen, Indredavik & Jozefiak, 2015) Hinweise darauf, dass eine tragfähige Unterstützung maßgeblich protektiv gegen emotionale Probleme wirken kann. Besonders die emotionale Unterstützung durch nahestehende Personen (wie Eltern) sowie durch Gleichaltrige scheint für das emotionale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen zentral zu sein (Mastoras, Saklofske, Schwan & Climie, 2018; McQuade et al., 2014; Powell et al., 2020). In Bezug auf Lehrpersonen zeigt eine Studie mit Kindern mit ADHS sowie externalisierenden Auffälligkeiten, dass eine starke emotionale Beziehung zur Lehrperson mit weniger externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten einige Jahre später einherging (Hamre & Pianta, 2001).

2.2.3 ADHS-Symptome und Anforderungsbewältigung

Die größten Schwierigkeiten zeigen sich bei ADHS-Betroffenen oftmals in der schulischen Anforderungsbewältigung (Frazier et al., 2007; Schramm, 2016). Da die schulischen Anforderungen im Jugendalter zunehmen, stellt sich die Frage, wie Jugendlichen mit ADHS-Symptomen mit deren Bewältigung zurechtkommen. Im Folgenden soll zunächst aufgezeigt werden, in welchem Kontext sich die Jugendlichen auf Sekundarstufe II in der Schweiz befinden und welche Anforderungen an sie gestellt werden.

In der Schweiz treten die Schülerinnen und Schüler nach der Oberstufe in das Gymnasium, eine andere Mittelschule oder eine Berufslehre ein. Insbesondere im Gymnasium müssen die Jugendlichen sich auf eine höhere Anzahl an Fächern und Lehrpersonen einstellen, haben mehr Hausaufgaben und müssen mehr Prüfungen ablegen. Auch der Übertritt in eine Berufslehre geht mit neuen Tagesrhythmen, höheren Leistungsanforderungen und einer größeren Anzahl an Lehrpersonen einher. In der Regel verbringen die Jugendlichen während der Berufslehre ein oder zwei Tage pro Woche in der Berufsschule und die restlichen Tage in einem Betrieb. Die Jugendlichen befinden sich also in einer neuen Rolle: Sie sind Auszubildende, die einen bestimmten Beruf erlernen und gleichzeitig – trotz ihres Ausbildungsstatus – reguläre Mitarbeitende eines Betriebs, die gegen eine finanzielle Entlohnung zum Erhalt und zur Aufgabenerfüllung des Unternehmens beitragen. Neben den schulischen Aufgaben in der Berufsschule müssen sie nun praktische berufliche Aufgaben in einem Team von erwachsenen Mitarbeitenden nach betrieblichen Regeln erfüllen (Neuenschwander, 2019).

Nebst den spezifischen Leistungen in Schule und Betrieb, die beispielsweise durch schulische Noten oder Leistungsrückmeldungen von Vorgesetzten erfasst werden können, sagt auch das individuelle Belastungserleben der Jugendlichen etwas über ihre Anforderungsbewältigung aus. Diesbezüglich sind Stresstheorien und -modelle ein zentraler Ausgangspunkt. Das vielbeachtete transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) geht von einer dynamischen Beziehung zwischen Situation und Person aus. Individuelle Unterschiede im Stresserleben ergeben sich insbesondere aus unterschiedlichen Bewertungen einer Situation und des vorhandenen eigenen Bewältigungspotenzials. Stress entsteht demzufolge immer dann, wenn die Person ihre persönlichen Ressourcen als ungenügend bewertet, um die von ihr als stressreich eingeschätzte Situation zu bewältigen (Lazarus & Folkman, 1984; Seiffge-Krenke & Lohaus, 2007). Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem transaktionalen Stressmodell sei an dieser Stelle auf die letztgenannten Autoren verwiesen.

Da die Forschungslage zum Transitionsprozess von der Schule in den Beruf in der Schweiz eher mager ist (Häfeli, Neuenschwander & Schumann, 2015) und es zudem wenige Forschungsergebnisse im deutschsprachigen Raum zum Thema sozial-emotionale Auffälligkeiten (und spezifisch zu ADHS) im Übergang Schule-Beruf gibt (Stein & Kranert, 2016), umfassen die nachfolgenden empirischen Ergebnisse auch Studien aus dem internationalen Raum. Dabei ist zu beachten, dass die schulischen (und beruflichen) Rahmendbedingungen sich zwischen den einzelnen Ländern unterschiedlich gestalten und die Erkenntnisse sich deshalb nicht zwingendermaßen auf das Schweizer Schulsystem übertragen lassen.

Eine Reihe von Studien kann belegen, dass sich die ADHS-Symptomatik hinderlich auf die Aufgabenbewältigung im schulischen und beruflichen Kontext auswirkt. So zeigen Befunde aus dem amerikanischen Kontext, dass die schulischen Leistungen von Jugendlichen mit ADHS geringer ausfallen als aufgrund ihrer Intelligenz zu erwarten wäre (z. B. Arnold, Hodgkins, Kahle, Madhoo & Kewley, 2020; Rodriguez et al., 2007). Sie absolvieren häufig Schulformen mit niedrigeren Anspruchsniveaus als Gleichaltrige ohne ADHS (Frazier et al., 2007; Kuriyan et al., 2013; Rogers, Hwang, Toplak, Weiss & Tannock, 2011). ADHS-Symptome hängen dabei auch unabhängig von einer ADHS-Diagnose mit schulischen Leistungsdefiziten zusammen (z. B. Rodriguez et al., 2007). Dabei scheinen vor allem die Unaufmerksamkeitssymptome für die Minderleistungen bzw. eine negative schulische Entwicklung verantwortlich zu sein (z. B. Jantzer et al., 2012; Lundervold, Meza, Hysing & Hinshaw, 2017; Rodriguez et al., 2007). Studien geben Hinweise darauf, dass akademische Schwierigkeiten nach der Grundschule bei

Betroffenen oft unvermindert fortbestehen und sich in der Mittel- und Oberstufe sogar noch verschlimmern können (vgl. Kent et al., 2011).

Studien aus dem internationalen Raum, die die schulische Situation aus Sicht der Betroffenen untersuchen, zeigen etwa, dass viele Jugendliche mit ADHS-Symptomen aufgrund der täglichen Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert werden, während der gesamten Schulzeit hohe Belastungen und ein hohes Maß an Frustration erleben (z. B. Johansson, 2021; Lehmkuhl & Schubert, 2013; Wiener & Daniels, 2016).

Es gibt nur wenige Studien, die den Berufseinstieg bzw. die berufliche Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen beleuchten. Prospektive Längsschnittstudien konnten zeigen, dass Betroffene einen niedrigeren Berufsstatus einnehmen als eine Vergleichsgruppe ohne Symptomatik im Alter von Mitte/Ende Zwanzig (Barkley, Murphy & Fischer, 2010; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1993). Insbesondere anhaltende Aufmerksamkeitsprobleme und komorbide psychische Beeinträchtigungen scheinen mit beruflichen Schwierigkeiten assoziiert zu sein (Fredriksen et al., 2014). Eine Metaanalyse, die die berufliche Situation von Personen, die im Kindesalter von ADHS betroffen waren, untersuchte, konnte zeigen, dass Betroffenen eine tiefere berufliche Stellung einnehmen und in weniger qualifizierten Berufen tätig sind. Darüber hinaus werden sie von Medizinerinnen und Mediziner, Arbeitgebenden und gelegentlich auch im Selbsturteil als weniger leistungsfähig eingestuft als Personen ohne entsprechende Symptome (Gordon & Fabiano, 2019).

3. Fragestellungen

Die vorangegangenen Ausführungen haben verdeutlicht, dass ADHS-Symptome bei Betroffenen mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden sein können. Im Vergleich zum Kindesalter haben sich weniger Studien mit der Situation von Betroffenen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter beschäftigt (Hinshaw & Becker, 2020). Nach Wissen der Verfasserin beschäftigen sich keine Studien spezifisch mit der Transition von der Schule in den Beruf bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen im Berufsbildungskontext der Schweiz, wo sich allgemeinbildende von berufsbildenden Ausbildungsgängen unterscheiden lassen. Zudem ist die Situation von Betroffenen im subklinischen Bereich unklar, da die meisten Studien kategoriale Ansätze zur Bestimmung von ADHS verwenden und somit Betroffene im subklinischen Bereich nicht einbeziehen (z. B. bei KiGGS; Hölling et al., 2008). Da das Jugend- und junge Erwachsenenalter eine wichtige Phase darstellt, in der anfordernde Entwicklungsaufgaben (z. B. Ablösung von den Eltern, Entwicklung von Autonomie und Selbstständigkeit, Beziehungserfahrungen) zu bewältigen sowie berufliche und persönliche Entscheidungen für den weiteren Lebensverlauf zu treffen sind (Hurrelmann, 2007; Seiffge-Krenke, 2015), erscheint es notwendig, die Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen näher zu beleuchten.

Folgende Hauptfragestellungen wurden näher untersucht:

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der ADHS-Symptomatik und dem Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen?
2. Welche Rolle spielen ausgewählte Schutzfaktoren für das emotionalen Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abhängigkeit ihrer ADHS-Symptomatik?
3. Wie gut kommen Jugendliche und junge Erwachsene mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik mit der Anforderungsbewältigung in Schule und Betrieb zurecht?

Im Rahmen der ergänzenden qualitativen Untersuchung wurde anhand der folgenden zwei zusätzlichen Fragestellungen exemplarisch die konkrete Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen untersucht:

- Welche spezifischen Aspekte und Situationen in Schule und Betrieb werden von den befragten Betroffenen als herausfordernd erlebt?

- Wie gehen die befragten betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit den herausfordernden Situationen um?

Die 1. Fragestellung zur Thematik des Wohlbefindens wurde im Fachartikel „ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults“ (Krauss & Schellenberg, 2022; siehe S. 48) aufgegriffen. Die 2. Fragestellung zu relevanten Schutzfaktoren wurde im Artikel „ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren“ (Krauss, 2022; siehe S. 72) näher beleuchtet. Die 3. Fragestellung bezüglich der Anforderungsbewältigung sowie die zusätzlichen Fragestellungen bzgl. herausfordernden Aspekten und Situationen im schulischen und beruflichen Alltag und dem Umgang damit (ergänzende qualitative Untersuchung) wurden im eingereichten Manuskript „Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen in Schule und Betrieb“ (Krauss & Mackowiak, 2023; siehe S. 87) thematisiert.

4. Methode

4.1 Projekt und Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung ist in das Projekt Enhanced Inclusive Learning (EIL; Schellenberg, Krauss, Pfiffner & Georgi-Tscherry, 2020) eingebettet. Das Projekt verfolgte das Ziel, die Situation von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen sowie sozio-emotionalen Auffälligkeiten in der Sekundarstufe II zu analysieren, wobei insbesondere die Thematik des Nachteilsausgleichs im Zentrum stand. In die Studie wurden deshalb gezielt Klassen einbezogen, in denen jeweils mindestens ein Schüler bzw. eine Schülerin mit Nachteilsausgleich vertreten war. Alle Berufsschulen (n = 137) und Gymnasien (n = 111) der Deutschschweiz wurden angefragt und konnten sich freiwillig für die Teilnahme melden. Im Rahmen der Teilstudie zum Thema ADHS-Symptome, die von der Verfasserin initiiert und konzipiert wurde, wurde der Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und dem Wohlbefinden sowie der Anforderungsbewältigung, sowie die Relevanz von ausgewählten Schutzfaktoren für das emotionale Wohlbefinden unter Berücksichtigung der ADHS-Symptomatik untersucht. Dafür wurden die quantitativen Daten des EIL-Projekts herangezogen und ergänzende Interviews mit Betroffenen geführt. Das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung ist in Abbildung 4 dargestellt.

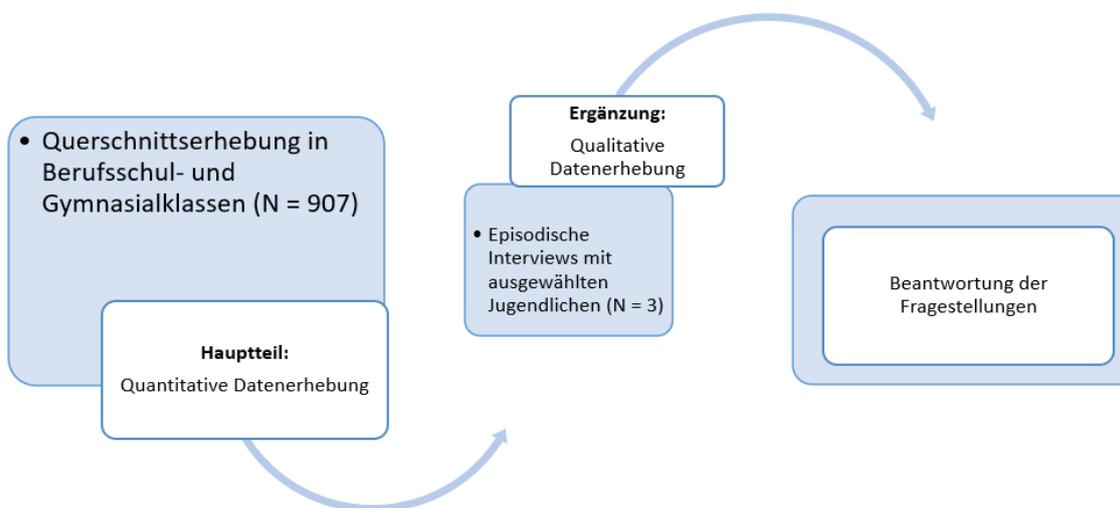


Abbildung 4. Studiendesign der vorliegenden Untersuchung

4.2 Haupterhebung: Quantitative Befragung

Im Rahmen des EIL-Projekts wurden im Zeitraum vom September 2018 bis Januar 2019 Jugendliche und junge Erwachsene aus Berufsschulen und Gymnasien (in der Schweiz auf Sekundarstufe II angesiedelt) der Deutschschweiz mittels Fragebogen im Klassenverband befragt. Insgesamt nahmen 44 Berufsschulklassen (aus 16 Berufsschulen) und 22 Gymnasialklassen (aus 16 Gymnasien) aus elf Deutschschweizer

Kantone teil. Alle befragten Personen wurden mündlich sowie schriftlich über die Ziele und Inhalte der Befragung orientiert, und es wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Datenverwendung von allen Befragten eingeholt. Die finale Stichprobe bestand aus 907 Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren (M=17.69; SD=1.66; 58.9 % weiblich). Da der Fokus des Projekts auf dem Jugend- und frühen Erwachsenenalter lag, wurden Personen mit einem Alter von über 24 Jahren nach der Datenerhebung aus der Stichprobe ausgeschlossen. Die Gymnasialschüler und -schülerinnen (n=344) besuchten das 9. bis 13. Schuljahr und strebten einen Maturitätsabschluss⁴ an. Die Berufsschüler und -schülerinnen (n=563) befanden sich in unterschiedlichen Ausbildungsjahren einer 3- bis 4-jährigen Ausbildung zum eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ)⁵ oder einer 2-jährigen Ausbildung zu einem eidgenössischem Berufsattest (EBA)⁶. In der Tabelle 2 und 3 sind ausgewählte Merkmale der Gesamtstichprobe sowie der schulischen Teilstichproben aufgeführt.

Tabelle 2. Beschreibung der Gesamtstichprobe

	Gesamtstichprobe
N	907
Geschlecht	534 (58.9%) weiblich; 373 (41.1%) männlich
Alter	14-24 (M=17.69; SD= 1.66)
Nationalität	753 (83%) Schweizer und Schweizerinnen 122 (13.5%) andere Nationalität
Bildungsstand Eltern	keine Ausbildung: 62 (6.8%) Berufslehre: 191 (21.1%) Matura: 47 (5.2%) Berufslehre und weiter Ausbildungen: 308 (34%) Uni/FH: 280 (30.9%)

Anmerkung. Beim Bildungsstand der Eltern wurde der jeweils höhere beachtet in Anlehnung an Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters und Kroll (2018)

⁴ Als Maturität wird in der Schweiz die Hochschulzugangsberechtigung bezeichnet.

⁵ Das eidgenössische Fähigkeitszeugnis EFZ ist eine anspruchsvolle drei- bis vierjährige Berufslehre. Parallel dazu kann eine Berufsmaturität erlangt werden.

⁶ Das eidgenössische Berufsattest (EBA) ist eine zweijährige Berufslehre, die zu einem eidgenössisch anerkannten Abschluss führt. Sie dient der Vermittlung von Qualifikationen zur Ausübung eines Berufs mit einfacheren Anforderungen.

Tabelle 3. Beschreibung der schulischen Teilstichproben

	Gymnasien	Berufsschulen
n	344 (37.9%)	563 (62.1%)
Geschlecht	201 (58.4%) weiblich; 143 (41.6%) männlich	333 (59.1%) weiblich; 230 (40.9%) männlich
Alter	14-22 (M= 17.14; SD= 1.30)	15-24 (M=18.03; SD=1.76)
Nationalität	287 (83.4%) Schweizerinnen und Schweizer 36 (10.5%) andere Nationalität	466 (82.8%) Schweizerinnen und Schweizer 86 (15.3%) andere Nationalität
Bildungsstand Eltern	keine Ausbildung: 11 (3.2%) Berufslehre: 44 (12.8%) Matura: 25 (7.3%) Berufslehre und weiter Ausbildungen: 94 (27.3%) Uni/FH: 166 (48.3%)	keine Ausbildung: 51 (9.1%) Berufslehre: 147 (26.1%) Matura: 22 (3.9%) Berufslehre und weiter Ausbildungen: 214 (38 %) Uni/FH: 114 (20.2%)
Ausbildungsjahr	09. Schuljahr: 10 (2.9%) 10. Schuljahr: 19 (5.5%) 11. Schuljahr: 162 (47.1%) 12. Schuljahr: 132(38.4%) 13. Schuljahr: 21 (6.1%)	1. Lehrjahr: 60 (10.7%) 2. Lehrjahr: 409 (72.6%) 3. Lehrjahr: 76 (13.5%) 4. Lehrjahr: 18 (3.2%)
Ausbildungsniveau	-	20 verschiedene Berufe: EFZ: 426 (75.7%) EBA: 137 (24.3%)

Anmerkung. EFZ = Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis; EBA = Eidgenössisches Berufsattest; Beim Bildungsstand der Eltern wurde der jeweils höhere beachtet in Anlehnung an Lampert et al. (2018)

4.2.1 Erhebung

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden soziodemographische Angaben zum Geschlecht, Alter, Schulform (Gymnasium vs. Berufsschule) sowie Bildungsstand der Eltern (höchste absolvierte Ausbildung, 5-stufig) erhoben.

Um die ADHS-Symptomatik zu erfassen, wurde der Selbstbeurteilungsbogen ADHS des Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) eingesetzt. Die Skala umfasst 20 Items zu den Bereichen Unaufmerksamkeit (Item 1–9), Hyperaktivität (Item 10–16) und Impulsivität (Item 17–20). Die Items wurden dabei auf einer 4-stufigen Antwortskala (von 0 = *gar nicht zutreffend* bis 3 = *besonders zutreffend*) beurteilt. Ein Beispielitem für die Unaufmerksamkeit lautet: „Ich lasse mich oft durch die Umgebung (äußere Reize) oder durch eigene Gedanken leicht ablenken“. Die internen Konsistenzen der Subskalen Unaufmerksamkeit ($\alpha = 0.82$), Hyperaktivität/Impulsivität ($\alpha = 0.84$) sowie der Gesamtsymptomatik ADHS ($\alpha = .88$) fielen gut aus.

Um das Wohlbefinden im Sinne der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen, wurde der KINDL-R-Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) eingesetzt. Der KINDL-R Fragebogen fragt nach sechs Unterdimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der vergangenen

Woche. Alle 24 Items wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 1 = *nie* bis 5 = *immer*) beantwortet. Ein Beispielitem für das körperliche Wohlbefinden lautet „In der letzten Woche war ich müde und erschöpft“. Die internen Konsistenzen der Gesamtskala und der verschiedenen Subskalen fielen nicht durchgehend akzeptabel aus (körperliches Wohlbefinden $\alpha = 0.70$, emotionales Wohlbefinden $\alpha = 0.63$, Selbstwert $\alpha = 0.72$, Wohlbefinden in Bezug auf die Familie $\alpha = 0.84$, Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Peers $\alpha = 0.59$ und ausbildungsbezogenes Wohlbefinden $\alpha = 0.48$). Die Skala zeigte vergleichbare interne Konsistenzwerte in der KiGGS-Untersuchung (Bullinger, Brutt, Erhart, Ravens-Sieberer & Bella Study Group, 2008). Da es sich um eine etablierte Skala handelt, die als valide und reliabel gilt, wurden die Subskalen in dieser Studie weitgehend unverändert übernommen. Lediglich für die Subskala ausbildungsbezogenes Wohlbefinden wurde die interne Konsistenz durch den Ausschluss eines Items verbessert (Item 2 „Ich war am Unterricht interessiert“; neues $\alpha = .56$).

Das Kompetenzerleben wurde anhand der deutschsprachigen 10-Item-Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Sarubin et al., 2015) erfasst. Die Skala misst den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, mit Veränderungen, schwierigen Lebenssituationen und Gefühlen umgehen zu können. Zehn Aussagen werden hinsichtlich ihres Zutreffens innerhalb der zurückliegenden vier Wochen auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt (von 0 = *überhaupt nicht wahr* bis 4 = *fast immer wahr*). Ein Beispielitem lautet „Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt“. Die interne Konsistenz fiel gut aus ($\alpha = .82$).

Das generelle Vorhandensein emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen wurde durch die Subskala emotionale Unterstützung der Berliner Social Support Scale (BSSS; Schulz & Schwarzer, 2003) erhoben. Vier Items werden auf einer Skala von 1 = *stimmt nicht* bis 4 = *stimmt genau* erhoben. Ein Beispielitem lautet „Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da“. Die interne Konsistenz fiel gut aus ($\alpha = .87$).

Die wahrgenommene emotionale Unterstützung durch Lehrpersonen sowie Mitschüler und Mitschülerinnen wurde durch zwei Skalen von Currie et al. (2014) in Anlehnung an Torsheim, Wold und Samdal (2016) erfasst. Drei bzw. vier Items werden auf einer Skala von 1 = *stimmt überhaupt nicht* bis 5 = *stimmt genau* beantwortet. Ein Beispielitem für die wahrgenommene emotionale Unterstützung der Mitschüler und Mitschülerinnen lautet: „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“. Die internen Konsistenzen fielen annähernd gut aus ($\alpha = .80$ bzw. $.79$).

Um die schulische Anforderungsbewältigung zu erfassen, wurden zum einen selbstberichtete Leistungen (schulische Noten) herangezogen. Dafür wurden die Schülerinnen und Schüler des Gymnasiums nach ihren letzten Zeugnisnoten in den Matura-relevanten Fächern Deutsch, Mathematik und Französisch oder Italienisch

gefragt, welche als Durchschnittswert in die Analysen einbezogen wurden. Die Berufsschülerinnen und -schüler wurden nach der Note des Fachkundeunterrichts gefragt. Zum anderen wurden Selbsteinschätzungen anhand einer Skala zur schulischen Belastung, die ursprünglich von Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) stammt, jedoch im Rahmen der Schweizerischen TREE-Studie (Burger & Samuel 2017) modifiziert wurde, herangezogen. Die Skala beinhaltet fünf Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala zu beantworten sind (von 1 = *sehr selten/nie* bis 5 = *sehr oft/immer*). Ein Beispielitem lautet „Wenn ich nicht am Wochenende/freien Tagen lerne, schaffe ich kaum, was in der Schule von mir verlangt wird“. Die interne Konsistenz fiel akzeptabel bis gut aus (Cronbachs $\alpha = .79$).

Um die berufliche Anforderungsbewältigung zu erfassen, wurde eine Selbsteinschätzung der Leistung im Betrieb (1 Item, von 1 = *sehr schlecht* bis 6 = *sehr gut*) sowie der beruflichen Belastung durch die Berufliche-Belastungs-Skala von Burger und Samuel (2017) in Anlehnung an Prümper et al. (1995) erhoben. Letztere umfasst fünf Items, die analog zur schulischen Belastung mittels einer 5-stufigen Skala beantwortet werden (s. o.). Ein Beispielitem lautet: „Ich fühle mich bei der Arbeit überfordert“. Die interne Konsistenz fiel ähnlich aus wie die der schulischen Belastung (Cronbachs $\alpha = .77$).

4.2.2 Auswertung

Die statistischen Auswertungen erfolgten mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 26. Die Skalenwerte wurden jeweils nur berechnet, wenn maximal 20 % der zugehörigen Items fehlten. Es wurden keine fehlenden Werte ersetzt. Für die Auswertung der Fragestellungen wurden Methoden der deskriptiven Statistik und Inferenzstatistik (Korrelations- und Regressionsanalysen) herangezogen.

Für die meisten Analysen wurde die Gesamtsymptomatik ADHS herangezogen. Neben dessen, dass die ADHS-Symptomatik als dimensionale Variable in die multivariaten Analysemethoden einbezogen wurde (Publikationen 1 & 2: Krauss, 2022; Krauss & Schellenberg, 2022), wurde in Anlehnung an Döpfner und Görtz-Dorten (2017) eine Gruppeneinteilung basierend auf Stanine-Werten vorgenommen (Publikationen 1 & 3: Krauss & Mackowiak, 2023; Krauss & Schellenberg, 2022). Im folgenden Abschnitt wird erklärt, wie dabei vorgegangen wurde.

Das DISYPS-III-Manual (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) liefert Normwerte für Jungen und Mädchen im Alter von 14;0 bis 17;11 Jahren. Da sich die vorliegende Stichprobe jedoch auch aus Personen zusammensetzt, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, wurden zugunsten einer konservativeren Einschätzung von Symptomauffälligkeiten (d.h. weniger als auffällig oder grenzwertig eingestufte Personen) für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen eigene Stanine-Normen gebildet (für einen Vergleich der Werte aus

dem Manual und der selbst gebildeten Werte siehe Tabelle A1 & A2 im Anhang). Hierzu wurden aus den Rohwerten der ADHS-Skala jeweils pro Geschlecht separat für 14- bis 17-Jährige und 18- bis 24-Jährige Prozentränge gebildet. Die Prozentränge wurden in einem nächsten Schritt in Stanine-Werte umgerechnet (gemäss Bühner, 2011). Personen, die in die Stanine-Kategorien 1 bis 6 (Prozentrang 0-77; n = 699) fallen, wurden in Anlehnung an gängige Konventionen (Bühner, 2011; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) in die Gruppe „unauffällige ADHS-Symptomatik“ gefasst, Personen in der Stanine-Kategorie 7 (Prozentrang 78-89; n = 103) in die Gruppe „grenzwertige bzw. subklinische ADHS-Symptomatik“ und solche in den Stanine-Kategorien 8 bis 9 (Prozentrang 90-100; n = 93) in die Gruppe „auffällige bzw. klinisch signifikante ADHS-Symptomatik“ (siehe Abbildung 5). Eine Beschreibung der drei Substichproben mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik hinsichtlich soziodemographischer Merkmale ist in der Tabelle A3 im Anhang zu finden.

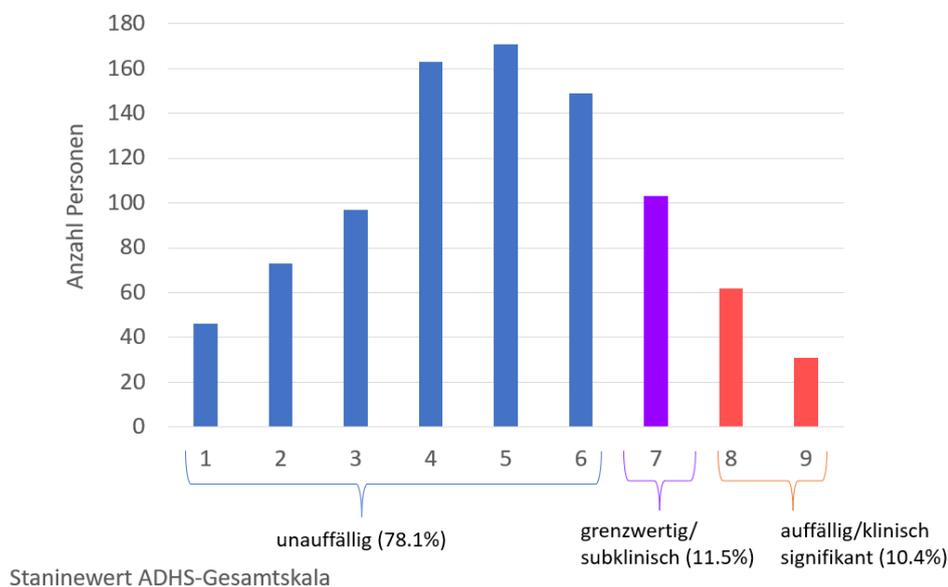


Abbildung 5. Stanine-Skala der Gesamtsymptomatik ADHS des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017): Personenanzahl pro Stanine-Kategorie

4.3 Ergänzende Erhebung: Qualitative Befragung

Als Ergänzung zu den quantitativen Analysen wurden Jugendliche und junge Erwachsene, die eine grenzwertige (Stanine-Wert 7) oder auffällige ADHS-Symptomatik (Stanine-Wert 8 oder 9) aufwiesen, zudem angaben, von ADHS betroffen zu sein und eine medizinische Diagnose erhalten zu haben⁷ für ein Interview angefragt. Von den 20 Personen, auf die diese Kriterien zutrafen, hatten 14 Personen Kontaktangaben

⁷ Es kann aus dem Fragebogen nicht mit Sicherheit bestimmt werden, ob die medizinische Diagnose für ADHS oder eine andere Beeinträchtigung gestellt wurde. Bei den Personen, die sich für die Interviews bereit erklärten, wurde deshalb nochmal spezifisch nach einer ADHS-Diagnose gefragt.

hinterlassen und wurden kontaktiert. Die Antwort- und Zusagequote fiel gering aus; nur drei Personen erklärten sich für die Interviews bereit. Die Interviewteilnehmenden waren eine 18-jährige Berufsschülerin (Aurélia⁸, Detailhandelsassistentin EBA), eine 17-jährige Berufsschülerin (Elena, Fachangestellte Gesundheit EFZ) und ein 18-jähriger Gymnasialschüler (Aaron, halbprivates Gymnasium). Die Interviewteilnehmenden erhielten als Entschädigung einen Gutschein im Wert von 20 Franken.

4.3.1 Erhebung

Es wurden episodische Interviews (Flick, 2011) geführt mit dem Ziel, relevante Alltagssituationen (Beispielfrage: „Gab es ein Erlebnis/eine Situation in den letzten zwei Wochen in der Schule, welche/s für Sie eine Herausforderung war?“) und semantisches Wissen (Beispielfrage: „Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind?“) zu erfassen. Im Interviewleitfaden (siehe Tabelle A4 im Anhang) wurden dabei die beiden folgenden thematische Schwerpunkte gesetzt: herausfordernde Situationen in Schule bzw. Betrieb, Umgang mit herausfordernden Situationen in Schule bzw. Betrieb. Zusätzliche Fragen bezogen sich auf Erfolgserlebnisse, relevante Personen im Umgang mit Herausforderungen sowie auf die persönliche Bedeutung, von ADHS betroffen zu sein. Obwohl damit die grundsätzliche Struktur des Interviews gegeben war, wurden auch offene Fragen, die sich während des Interviews ergaben, jeweils spontan ergänzt oder es wurde an gewissen Stellen nachgehakt, um einen Sachverhalt besser zu verstehen. Vor den eigentlichen Interviews fand ein Interview-Pretest statt. Die Interviews wurden zwischen September und November 2019 von der Erstautorin durchgeführt und dauerten zwischen 30 und 46 Minuten. Der Ort der Interviewdurchführung wurde von den Teilnehmenden gewählt.

4.3.2 Auswertung

Die Interviews wurden aufgezeichnet, anschließend transkribiert (inhaltlich-semantische Transkription gemäss Dresing & Pehl, 2012) und im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) mit Hilfe des Programms MAXQDA ausgewertet. Der generelle Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ist in Abbildung 6 dargestellt.

⁸ Die echten Namen wurden durch Pseudonyme ersetzt.

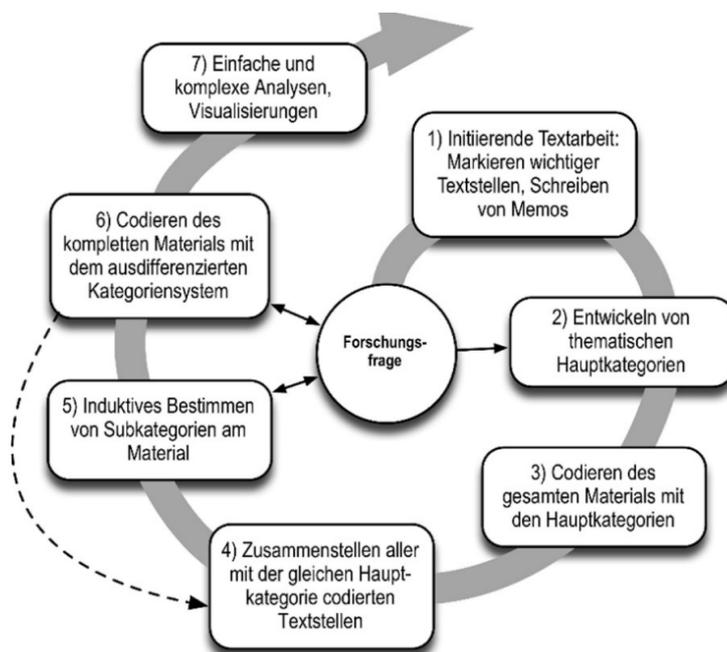


Abbildung 6. Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016)

Nach einer initiierenden Textarbeit (einschließlich dem Schreiben von kurzen Fallzusammenfassungen; siehe Tabelle A5 im Anhang) wurden deduktiv thematische Hauptkategorien auf der Grundlage des zentralen Erkenntnisinteresses gebildet. Diese entsprachen den thematischen Schwerpunkten des Interviewleitfadens (herausfordernde Situationen und Aspekte in Schule bzw. Betrieb, Umgang mit herausfordernden Situationen und Aspekten in Schule bzw. Betrieb). Induktiv wurde die Hauptkategorie „unterstützende Faktoren“ ergänzt. Die Hauptkategorien wurden anschließend am Material in Subkategorien ausdifferenziert. Es wurden dabei die Empfehlungen und Regeln von Kuckartz (2016; S. 103 ff.) beachtet. Die Haupt- und Subkategorien sind der folgenden Tabelle 4 zu entnehmen. Sie beziehen sich auf den kontextuellen Rahmen der Schule und des Betriebs. Jedoch gibt es einige Subkategorien (z. B. selbstbezogene Strategien), die inhaltlich über das spezifische Settings der Schule bzw. des Betriebs hinausgehen. Das vollständige Codebuch mit Definitionen und Beispielen findet sich in Tabelle A6 im Anhang. Die Transkripte mit Kategorien-Fundstellen finden sich im Anhang B.

Tabelle 4. Haupt- und Subkategorien der Interviews

Thematische Hauptkategorien	Subkategorien (fettgedruckt; mit Beispielstichworten darunter)
<i>Herausfordernde Situationen und Aspekte in Schule und Betrieb</i>	Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - Ablenkende Reize (z.B. ein hoher Geräuschpegel) - Frontalunterricht (viel Reden der LP; schnelle und einformige Vermittlung des Inhalts)

	<ul style="list-style-type: none"> - Monotone administrative Arbeiten (z.B. am Computer) <p>Anforderungen an Organisations- und Planungsfähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versäumnis von (Abgabe-)Terminen und Hausaufgaben - Vergessen von Materialien (z. B. Bücher) <p>Prüfungsvorbereitung & Hausaufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prokrastination <p>Soziale Interaktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Arbeitskollegen/Vorgesetzten - Anwesenheit von vielen Menschen bzw. Arbeit in großen Gruppen <p>Komorbide Probleme wie Motivationslosigkeit und emotionale Schwankungen</p>
<p><i>Umgang mit herausfordernden Situationen in Schule und Betrieb</i></p>	<p>Situative (Unterrichts-)Strategien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musikhören - Kaugummi kauen - Zeichnen - Pausen einfordern bzw. Gespräch suchen - Zuvorderst oder an einem Einzelplatz sitzen <p>Lernstrategien</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Mitschülerinnen und Mitschüler zusammen lernen - an der Schule lernen <p>Suche nach sozialer Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lehrpersonen sowie Berufsbildende über Symptome aufklären - Gespräch suchen und Schwierigkeiten ansprechen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen <p>Selbstbezogene Strategien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion - Selbstakzeptanz <p>Professionelle Hilfe und Medikamente</p>
<p><i>Induktiv ergänzte Kategorie</i></p>	<p><i>Subkategorien</i></p>
<p><i>Unterstützende Faktoren in Schule und Betrieb</i></p>	<p>Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abwechslung und Aktivierung - flexible und zugleich klare Strukturen [z.B. Rückzugsort oder die Möglichkeit, einen Einzelplatz zu nutzen] <p>Klare übergeordnete Organisation in Schule bzw. Betrieb</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terminlisten - klare Regeln und Abläufe <p>Schul- und/oder Betriebskultur, die von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist</p> <p>Emotionalen Rückhalt (durch verschiedene Bezugspersonen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis und Akzeptanz - Rückmeldungen und Aufzeigen von Grenzen

5. Allgemeine Ergebnisse zur ADHS-Symptomatik

Im Folgenden werden deskriptive Analysen bezüglich der ADHS-Symptomatik in der Gesamtstichprobe dargelegt. Es werden die Mittelwerte und weitere statistische Kennwerte der ADHS-Symptomatik aufgezeigt, die mit dem Selbstbeurteilungsbogen des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) erfasst wurden. Es folgt eine Darstellung der Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter und Schultyp. Zudem werden die Mittelwerte mit den Werten der Repräsentativstichprobe des DISYPS- II⁹ verglichen. Im Anschluss daran wird auf die Antwortverteilung der ADHS-Selbstbeurteilungsskala eingegangen. Eine ausführliche deskriptive Darstellung aller Items der ADHS-Selbstbeurteilungsskala sowie aller weiteren eingesetzten Skalen findet sich in der Tabelle A7 und A8 im Anhang.

5.1 Mittelwerte, weitere statistische Kennwerte und Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter und Schultyp

Die Mittelwerte der Selbstbeurteilungsskala ADHS sind in Tabelle 5 aufgeführt. Verglichen mit der Repräsentativstichprobe des DISYPS-II (Döpfner, Lehmkuhl, et al., 2008) liegen die Mittelwerte in Bezug auf die Gesamtsymptomatik ADHS in der vorliegenden Untersuchung numerisch etwas höher (0.67 vs. 0.58 in der Repräsentativstichprobe), ebenso in der Unaufmerksamkeitssymptomatik (0.86 vs. 0.62). Bezüglich Hyperaktivität/Impulsivität fallen sie in der vorliegenden Untersuchung numerisch etwas tiefer aus (0.52 vs. 0.55; für die Werte der Repräsentativstichprobe bezüglich der einzelnen Items siehe Tabelle A7 im Anhang).

Die Schiefe fiel bei der Gesamtsymptomatik ADHS sowie den beiden Subskalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität positiv aus. Die Daten sind entsprechend rechtsschief verteilt. Ebenso fiel auch der Exzess bei allen drei (Sub)Skalen positiv aus; dies entspricht einer spitzen Verteilung. Eine Prüfung auf Normalverteilung zeigte, dass die Gesamtsymptomatik ADHS nicht normalverteilt ist (Shapiro-Wilk-Statistik: 0.93; $p < 0.001$; siehe Abbildung 7). Auch die Subskalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität sind nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test: $p < 0.001$).

Junge Männer gaben in der Gesamtsymptomatik ADHS einen höheren Mittelwert an ($M = 0.72$, $SD = 0.45$) als junge Frauen ($M = 0.64$, $SD = 0.40$; $t[737.238] = -3.019$, $p < 0.01$; siehe Tabelle 5 & Abbildung 8). Dies erklärt sich hauptsächlich durch einen höheren Mittelwert in der Subskala der Unaufmerksamkeit, der bei den männlichen Jugendlichen

⁹ Beim Selbstbeurteilungsbogen ADHS wurden in DISYPS-III nur geringe Adaptionen der Item-Inhalte an die Formulierungen des DSM-5 vorgenommen, so dass die psychometrischen Analysen sowie die Normierung aus DISYPS-II weiterhin als gültig betrachtet werden können (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017).

und jungen Erwachsenen ($M = 0.94$, $SD = 0.54$) signifikant höher ausfiel als bei den weiblichen ($M = 0.81$, $SD = 0.49$; $t[897] = -3.829$, $p < 0.001$). In der Subskala Hyperaktivität/Impulsivität ergaben sich zwischen den jungen Männern ($M = 0.55$, $SD = 0.46$) und den jungen Frauen ($M = 0.50$, $SD = 0.44$) hingegen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

Die Gesamtsymptomatik ADHS und die Subskala Unaufmerksamkeit korrelierten leicht positiv mit dem Alter ($r = .09$ bzw. $.08$, $p < .05$). Es ergab sich kein signifikanter Alterseffekt bezüglich der Hyperaktivität/Impulsivität. Die Gymnasial- und Berufsschüler und -schülerinnen unterschieden sich nicht in den Mittelwerten der Gesamtsymptomatik ADHS, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität.

Tabelle 5. Deskriptive Kennwerte der ADHS-Items

Skala	Item-Anzahl	M	SD	α	S	K	Geschlecht (t-test)	Alter (Korrelation)	Schultyp (t-test)
ADHS	20	0.67	0.42	0.88	1.09	1.34	m > f	.08*	n. s.
UA	9	0.86	0.51	0.82	0.86	0.67	m > f	.09**	n. s.
HI	11	0.52	0.45	0.84	1.42	2.35	n. s.	.05	n. s.

Anmerkung. $N = 907$. UA = Unaufmerksamkeit; HI = Hyperaktivität/Impulsivität; α = Cronbach-Alpha; S = Schiefe; K = Exzess; Schultyp = Gymnasium vs. Berufsschule; * $p < .05$; ** $p < .01$; m = männlich; f = weiblich; n. s. = nicht signifikant.

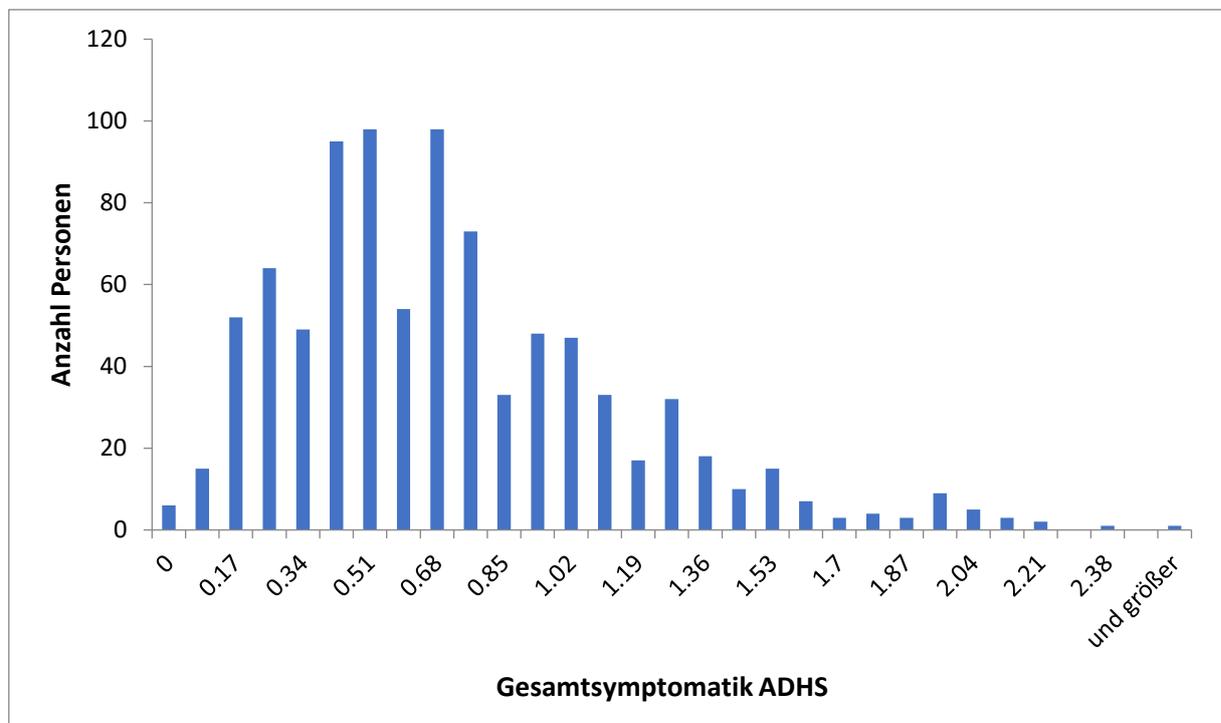


Abbildung 7. Häufigkeitsverteilung der Gesamtsymptomatik ADHS (Mittelwerte)

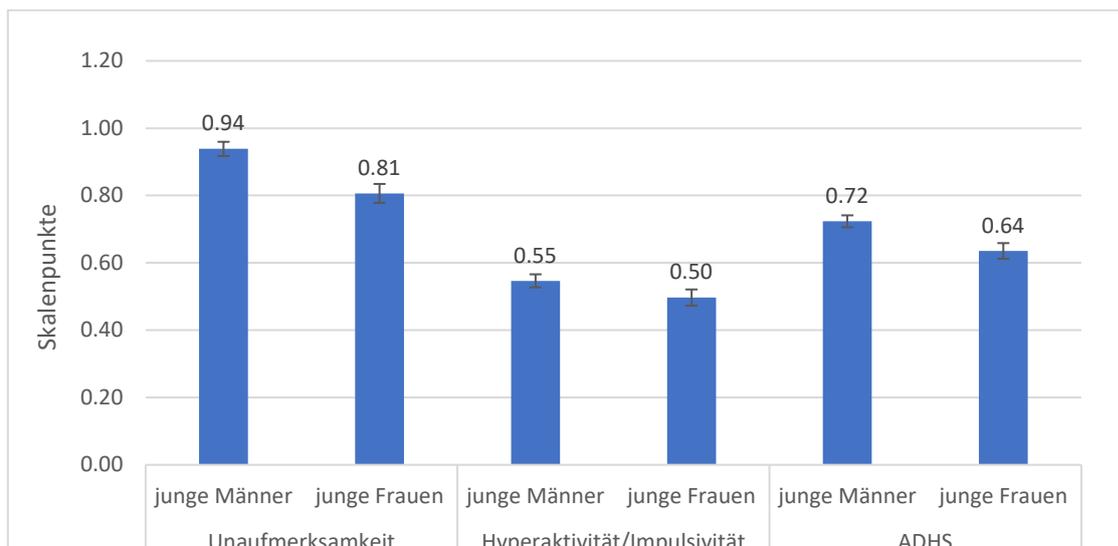


Abbildung 8. Mittelwerte in der Subskala Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität und der Gesamtsymptomatik ADHS bei jungen Männern und jungen Frauen. Fehlerbalken zeigen Standardfehler an.

5.2 Antwortverteilung

Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Skalenpunkte des ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017). Die Befragten konnten auf einer 4-stufigen Antwortskala zwischen 0 (gar nicht), 1 (ein wenig), 2 (weitgehend) und 3 (besonders) wählen. Tabelle 6 und 7 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Skalenpunkte aller Items der Subskalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität separat nach Geschlecht.

Tabelle 6. Anwohnhäufigkeiten der einzelnen Items der Subskala Unaufmerksamkeit des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)

		% Gar nicht zutreffend	% Ein wenig zutreffend	% weitgehend zutreffend	% besonders zutreffend
A01 Flüchtigkeitsfehler	f	14.7	65.2	17.3	2.8
	m	8.1	62.9	22.0	7.0
A02 Unaufmerksam Aufgaben	f	14.7	65.2	17.3	2.8
	m	8.1	62.9	22.0	7.0
A03 Nicht zuhören	f	47.5	37.7	11.3	3.6
	m	43.6	36.8	15.9	3.8
A04 Unfertige Aufgabe	f	57.8	32.5	8.3	1.5
	m	47.6	40.9	8.9	2.7
A05 Problem Organisation	f	60.9	31.8	5.8	1.5
	m	46.0	37.4	12.9	3.8
A06 Abneigung Aufgabe	f	37.6	44.9	13.3	4.1

	m	36.8	40.3	16.4	6.5
A07 Verliert Arbeitsmittel	f	60.7	27.4	8.5	3.4
	m	52.8	29.9	12.7	4.6
A08 Ablenkung Umgebung/Gedanken	f	16.7	52.1	22.4	8.8
	m	15.6	48.0	25.9	10.5
A09 Vergesslich	f	41.1	39.9	13.4	5.6
	m	34.7	42.2	17.5	5.6

Anmerkung. f = weiblich; m = männlich

Tabelle 7. Anwohnhäufigkeiten der einzelnen Items der Subskala Hyperaktivität/Impulsivität des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens des DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)

		% Gar nicht zutreffend	% Ein wenig zutreffend	% weitgehend zutreffend	% besonders zutreffend
B01 Zappeln: Hände, Füße	f	42.2	32.7	15.9	9.2
	m	36.4	35.9	18.3	9.4
B02 Aufstehen	f	88.9	7.9	2.4	0.8
	m	80.7	14.8	3.5	1.1
B03a Permanentes Herumlaufen	f	91.0	6.0	2.6	0.4
	m	83.9	12.6	3.0	0.5
B03b innere Unruhe	f	44.7	36.5	13.5	5.3
	m	47.3	37.6	13.2	1.9
B04 Nicht ruhig beschäftigen	f	64.4	27.8	6.0	1.9
	m	62.5	29.7	6.7	1.1
B05a Durchgängig Unruhe	f	69.8	22.0	6.4	1.9
	m	63.2	26.1	9.1	1.6
B05b Handelt angetrieben	f	57.9	30.3	9.2	2.6
	m	55.7	32.4	9.2	2.7
B06 Antwort vor Frage	f	60.3	29.9	6.8	3.0
	m	56.8	31.9	9.2	2.2
B07 Nicht warten	f	68.6	22.6	6.8	2.1
	m	63.6	27.5	7.0	1.9
B08 Unterbricht, stört	f	72.7	23.1	2.6	1.5
	m	57.0	36.0	5.4	1.6
B09 Redet viel	f	45.1	36.1	13.0	5.8
	m	47.0	34.3	13.8	4.9

Anmerkung. f = weiblich; m = männlich

Es zeigte sich, dass einzelne Items von verhältnismäßig vielen Personen als zumindest weitgehend zutreffend eingeschätzt werden. So beispielsweise das Item A08 (Ablenkung

durch Umgebung/Gedanken), das von 31.2 % der jungen Frauen und von 36.4 % der jungen Männer als zumindest weitgehend zutreffend beurteilt wird. Auch das Item A01 (Flüchtigkeitsfehler; von 20.1 % der Frauen und 29 % der Männer als zumindest weitgehend zutreffend beurteilt), das Item A02 (geringe Daueraufmerksamkeit; von 23 % der Frauen und 25.6 % der Männer als zumindest weitgehend zutreffend beurteilt) und das Item B01 (zappelte; von 25.1 % der Frauen und 27.7 % der Männer als zumindest weitgehend zutreffend beurteilt) zeigen eine verhältnismäßig hohe selbsteingeschätzte Prävalenz. Andere Items, v. a. solche der Subskala Hyperaktivität/Impulsivität, zeigen hingegen eher geringe Prozentwerte: So wird das Item B01 (Aufstehen) nur von 3.2 % der Frauen und 4.6 % der Männer, das Item B03a (Permanentes Rumraufen) von 3 % der Frauen und 3.5 % der Männer und das Item B08 (Unterbricht, stört) von 4.1 % der Frauen und 7 % der Männer als zumindest weitgehend zutreffend beurteilt.

Um die *Mittelwerte* der einzelnen Personen in der Subskala Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität/Impulsivität und im Gesamtwert ADHS einzuordnen, wurden sie in einem nächsten Schritt in die Kategorien *gar nicht bis ein wenig*, *ein wenig bis weitgehend* und *weitgehend bis besonders* gefasst.

83.7 % der jungen Frauen gaben durchschnittlich an, *gar nicht bis ein wenig* von der Gesamtsymptomatik ADHS betroffen zu sein im Vergleich zu 76.4 % der jungen Männer (beide Geschlechter zusammen: 81.8 %; siehe Abbildung 9.). Durchschnittlich *ein wenig bis weitgehend* betroffen zeigten sich 14.4 % der jungen Frauen und 21.2 % der jungen Männer (gesamthaft 17.4 %). 0.7 bzw. 0.8 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben durchschnittlich an *weitgehend bis besonders* von der ADHS-Symptomatik betroffen zu sein (gesamthaft 0.8 %).

Unter den jungen Männern der Stichprobe bekundeten 65.1 % durchschnittlich *gar nicht bis ein wenig* von den Unaufmerksamkeitssymptomen betroffen zu sein. 31.1 % gaben an *ein wenig bis weitgehend* von den Symptomen betroffen zu sein und 2.9 % *weitgehend bis besonders*. Bei den jungen Frauen gaben verhältnismäßig etwas mehr Personen an, *gar nicht bis ein wenig* von Unaufmerksamkeitssymptomen betroffen zu sein (72.7 %) verglichen mit den jungen Männern. Wohingegen etwas weniger jungen Frauen angaben, *ein wenig bis weitgehend* (24.3 %) und *weitgehend bis besonders* (2.1 %) betroffen zu sein im Vergleich zu den jungen Männern.

Auch bezüglich Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität gaben mehr junge Frauen (88.4 %) als Männer (85.3 %) an, *gar nicht bis ein wenig* betroffen zu sein. Verhältnismäßig mehr junge Männer (12.6 %) als Frauen (10.1 %) berichteten davon, dass die Symptome *ein wenig bis weitgehend* bei ihnen vorkommen. Ungefähr gleich

viele junge Männer (0.8 %) wie Frauen (0.9 %) gaben an, *weitgehend bis besonders* betroffen zu sein.

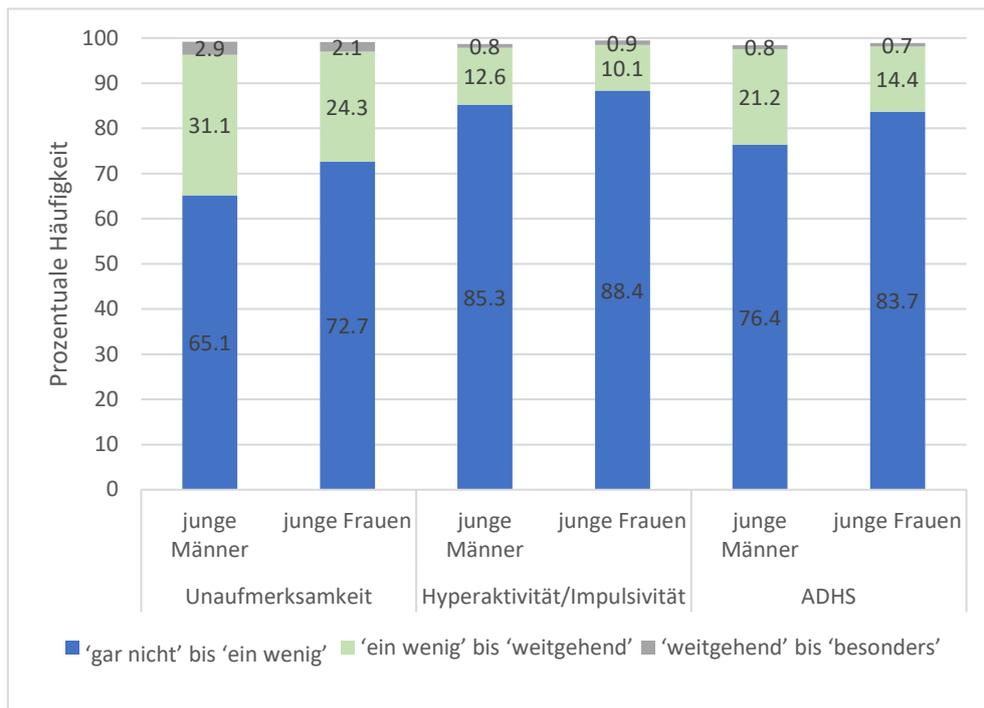


Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung der durchschnittlichen Antworten in den Subskala Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität und der Gesamtsymptomatik ADHS bei jungen Männern und jungen Frauen

6. Publizierte Fachartikel

Im Folgenden werden die drei aus der vorliegenden Untersuchung hervorgegangen Fachartikel dargestellt.

6.1 ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults

Krauss, A., & Schellenberg, C. (2022). ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults. *European Journal of Health Psychology*, 29 (4), 165-174. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000104>

Auf den nachfolgenden Seiten wird die *accepted manuscript version* dargestellt.

ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults

Annette Krauss and Claudia Schellenberg

Institute for Educational Support for Behaviour, Social-Emotional, and Psychomotor Development,

University of Teacher Education in Special Needs

Correspondence concerning this article should be addressed to Annette Krauss, Institute for Educational Support for Behaviour, Social-Emotional, and Psychomotor Development, University of Teacher Education in Special Needs, Schaffhauserstrasse 239, 8050 Zürich. Email: annette.krauss@hfh.ch

Author Note

The authors would like to thank Pia Georgi-Tscherry and Matthias Pfiffner for their work in the project and Katja Mackowiak for the excellent supervision.

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, or publication of this article. The project was financially supported by the Swiss Federal Office for the Equality of People with Disabilities.

Abstract

Background: Adolescence and young adulthood present particularly challenging periods for individuals affected by ADHD symptoms. However, unlike childhood ADHD, ADHD among adolescents and young adults has been studied less frequently. A concept that can be used to characterize the experiences of individuals with ADHD symptoms is health-related quality of life (HRQoL), which encompasses well-being in various dimensions. *Aims:* The present study used a school-based sample in the German-speaking part of Switzerland to investigate the association between ADHD symptoms and HRQoL of adolescents and young adults. *Method:* A total of 907 individuals aged 14–24 years ($M = 17.69$; $SD = 1.66$; 58.9% female) were surveyed regarding ADHD symptoms and HRQoL. *Results:* Multiple hierarchical regression analyses disclosed that ADHD symptoms were negatively related to all subdimensions of HRQoL. Moreover, adolescents with clinically significant or subclinical ADHD symptoms showed lower values in all examined dimensions—physical, emotional, self-esteem, family, friends/peers, and school/education—than adolescents with unremarkable ADHD symptoms. An exception was the well-being concerning friends/peers. *Limitations:* The present study used a cross-sectional design and a selective sample of school classes. ADHD symptoms were assessed using self-reports, without any diagnostic judgment. *Conclusion:* The results illustrate the comprehensive effects of ADHD symptoms on well-being during adolescence and young adulthood. They highlight the importance of focusing more on ADHD during these stages of age, also considering individuals with symptoms in the subclinical range.

Keywords: attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD, health-related quality of life, adolescence, young adulthood

ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults

In recent years, there has been a shift in the spectrum of illnesses among children and adolescents from somatic and acute to mental and chronic disorders (e.g., Reinhardt & Petermann, 2010). One disorder that has increasingly come into focus in this context is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), which is one of the most common mental disorders in childhood and adolescence (e.g., Banaschewski et al., 2017). Over the past few years, many studies have shown that ADHD symptoms are related to characteristic difficulties in school and other areas of life (e.g., Danckaerts et al., 2010; Frazier et al., 2007).

ADHD can be conceptualized as a spectrum. Even children and adolescents with ADHD symptoms in the subclinical range exhibit impairments (e.g., Balázs & Keresztény, 2014). Although categorical definitions are mainly used for psychiatric disorders based on current classification systems such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), studies are increasingly integrating dimensional approaches, e.g., regarding ADHD¹⁰ (e.g., Okasha, 2009; Schmiedeler & Schneider, 2014). For example, various studies demonstrate that children with subthreshold ADHD (who show at least a minimum number of ADHD symptoms but do not meet the full-symptom criteria of the classification systems) have higher levels of functional impairments than children without ADHD and are also more frequently affected by comorbid psychiatric disorders (see the review of Balázs & Keresztény, 2014). These findings provide evidence that dimensional approaches to ADHD reflect the subjective reality of affected individuals more adequately than categorical ones.

¹⁰ The categorical classification approach uses a critical threshold to define ADHD and indicates the minimum number of symptoms that must be present to make a diagnosis. This approach assumes that individuals with ADHD can be demarcated from the normal behavioral range by a specific cut-off. An alternative conceptualization favors a dimensional view. Here, ADHD is described as a trait on a continuum of increasing symptom severity, with individuals with ADHD at one extreme end of this dimension, differing from normal only by degree (Schmiedeler & Schneider, 2014).

Compared to childhood, ADHD in adolescence and young adulthood has been studied far less frequently. However, it is likely that these developmental phases, with their multiple demands, are particularly challenging periods for affected individuals. Various developmental tasks (e.g., detachment from parents, development of autonomy and self-reliance, relationship experiences) and a decrease in formal structures (Hurrelmann, 2007; Seiffge-Krenke, 2015) may pose great challenges for adolescents and young adults with ADHD symptoms.

A concept that can be used to characterize the experiences of individuals with ADHD symptoms is health-related quality of life (HRQoL). In recent years, this concept has gained considerable importance in research and practice as an additional measure alongside symptomatology. It provides a means to measure health more comprehensively as it includes physiological, psychological, social, and functional aspects of health. Researchers have studied this concept mainly regarding disease prevention and health promotion (e.g., Baumgarten et al., 2019). However, the concept has been little studied regarding adolescents, and especially young adults with ADHD. Most of the existing studies on the association between ADHD and HRQoL rely on parents' assessments of children with ADHD (Danckaerts et al., 2010; Lee et al., 2016). In order to provide effective treatment and prevention strategies, it is important to know how the symptoms affect the daily life and well-being of adolescents and young adults with ADHD symptoms. Therefore, this study aimed to examine the association between ADHD symptoms and HRQoL of adolescents and young adults according to a dimensional approach to ADHD.

ADHD Symptoms in Adolescence and Young Adulthood

The characteristic childhood ADHD symptom pattern changes over the years. In general, symptoms tend to decrease during adolescence (Döpfner et al., 2015). Moreover, motor restlessness (i.e., hyperactivity), which is common in childhood, often results in inner restlessness in adolescence and young adulthood. It can manifest as frequent rocking of the feet, finger drumming, or playing around with pens. Inattention

problems usually persist and manifest as disorganization, forgetfulness, unreliability, and difficulties with planning, task completion, and time management (e.g., Tischler et al., 2010). Prominent neuropsychological theories of ADHD (for a review see Willcutt, 2015) suggest that its symptoms arise from a primary deficit in executive functions and self-regulation, defined as neurocognitive processes that maintain an appropriate problem-solving set to attain a later goal. Particularly, anticipatory planning ability, behavioral inhibition (i.e., suppression of action-irrelevant stimuli), working memory, and sustained attention are often impaired. In adolescence and young adulthood, the negative effects of symptoms on performance may be accentuated when high demands are placed on attentional performance and self-regulatory skills in the school context.

In addition to performance problems, difficulties in social interaction in both home and school settings often arise (Edwards et al., 2001; Murray-Close et al., 2010). It is known that ADHD symptoms are associated with lower frustration tolerance and interpersonal skills. Based on these findings, it is not surprising that comorbid problems, such as low self-esteem, low achievement motivation, social skills deficits, and social withdrawal are very common among adolescents and young adults affected by ADHD symptoms (Abecassis et al., 2017; Powell et al., 2020; Rademacher et al., 2002). It seems obvious that the symptoms and associated difficulties are also closely linked to the subjective well-being of individuals.

ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life

Based on the definition of health proposed by the World Health Organization (WHO, 2020) the subjective well-being of children and adolescents can be examined under the concept of HRQoL. This multidimensional construct can be defined as the subjective perception and assessment of the most important aspects of one's own life situation, such as one's state of health, functioning, social integration, and participation in age-appropriate life activities (Mattejat & Remschmidt, 2006). This concept also helps in determining the burden associated with a specific disorder.

Regarding childhood, several studies are looking at the relationship between ADHD and HRQoL. However, with regard to adolescence and young adulthood, a research gap is apparent. In the few studies examining the quality of life of adolescents and young adults with ADHD symptoms, ADHD has been conceptualized in different ways. Most studies are based on categorical approaches and concrete diagnoses. In summary, the studies show that lower scores were found in all or at least some dimensions of well-being as compared to the respective control group. For example, Topolski et al. (2004) found a lower overall quality of life scores among 68 boys aged 11–18 years with a clinical diagnosis of ADHD compared to a group of 107 adolescents with no chronic conditions. Likewise, they found lower scores in the subdomains of *sense of self* (with aspects, such as self-efficacy and psychological and physical well-being) and *relationships* (with family and friends). Data from the *German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents* (KiGGS; Hölling et al., 2008) show that the quality of life of adolescents with ADHD aged 14–17 years is significantly lower in the domains of well-being concerning family and school/education, as well as in the overall score when compared with children and adolescents with no ADHD diagnosis.

Schmidt et al. (2012) did not explicitly address the concept of HRQoL. However, they addressed the psychosocial situation of adolescents with ADHD symptoms in a similar way. Using data from 327 adolescents aged 14–25 years, they categorized groups, namely “ADHD” and “no ADHD”, based on a screening instrument and a cut-off value. The authors demonstrated that adolescents affected by ADHD symptoms reported more depressive symptoms than adolescents with no ADHD symptoms. Moreover, those with ADHD symptoms had reduced physical and psychological well-being and global life satisfaction.

Research Questions

Previous considerations suggest that ADHD symptoms can be associated with a wide range of difficulties. Only a few studies have examined individuals with ADHD symptoms during adolescence and young adulthood. Moreover, affected individuals in

the subclinical range are often not included in studies and/or analyses as most studies use categorical approaches to determine ADHD (e.g., in KiGGS; Hölling et al., 2008). The present study, therefore, addressed the association between ADHD symptoms as well as symptom severity and HRQoL. Thus, the aim was to comprehensively examine the impact of the symptoms on the daily life and well-being of adolescents and young adults, using a dimensional approach to ADHD.

Based on evidence on characteristic difficulties associated with ADHD symptoms (e.g., Banaschewski et al., 2017; Murray-Close et al., 2010; Rademacher et al., 2002) and the relationship between ADHD and quality of life (Hölling et al., 2008; Schmidt et al., 2012; Topolski et al., 2004), we expected that more severe ADHD symptoms are associated with lower quality of life and that the strongest effects can be found in psychological/emotional and relationship domains.

Method

Project and Sample

The present study is embedded in the project *Enhanced Inclusive Learning* (EIL; Schellenberg et al., 2020) of two higher education institutions in Switzerland. This project aimed to examine the situation of adolescents and young adults with impairments and behavioral problems at the upper secondary level II. Predominantly, it focused on accommodations in the form of disability compensation (“Nachteilsausgleich”). Therefore, the study included classes in which at least one adolescent or young adult claimed disability compensation. All upper secondary schools in the German-speaking part of Switzerland were contacted. Schools volunteered to participate.

Symptoms of ADHD and HRQoL were examined in more detail as part of the ADHD sub-study. Between September 2018 and January 2019, adolescents and young adults from 66 classes from the German-speaking part of Switzerland were surveyed at one point in time using questionnaires. All procedures complied with the ethical guidelines of the local ethics committee of a higher education institution. All respondents

were informed about the aims and contents of the survey, and a written declaration of consent for anonymous data use was obtained from all respondents.

The total sample consisted of 907 adolescents and young adults aged between 14 and 24 years ($M = 17.69$; $SD = 1.66$; 58.9% female). Individuals over the age of 24 were excluded from the sample after data collection because the focus of the project was on adolescence and young adulthood. Students from Baccalaureate schools ($n = 344$) were in their 9th–13th grades and were preparing for tertiary-level education programs. Students from vocational education and training (VET) schools ($n = 563$) had different years of training. Some were engaged in a three- or four-year apprenticeship leading to a Federal VET Diploma (FVD), while others were in a two-year apprenticeship leading to a Federal VET Certificate (FVC)¹¹.

Measures

Sociodemographic data on gender, age, and school type (Baccalaureate schools vs. VET schools) were collected.

In order to assess ADHD symptoms, the self-report questionnaire of the German *Diagnostic System for Mental Disorders according to ICD-10 and DSM-5 for Children and Adolescents* (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) was used. The scale consists of 20 items that measure inattention (items 1–9), hyperactivity (items 10–16), and impulsivity (items 17–20). For example: “I am often easily distracted by the environment or by my own thoughts”. The items are rated on a four-point scale (from 1= *not at all true* to 4= *especially true*). The internal consistency of the scale ($\alpha = .88$) was good.

In order to measure well-being in the sense of HRQoL, the KINDL-R questionnaire (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) was used. The KINDL-R inquires about six subdimensions of HRQoL considering the prior week. All 24 items were answered on a 5-

¹¹ In Switzerland, after compulsory schooling (until ninth grade), youth have to decide between a general education (Baccalaureate or specialized schools) or vocational education and training (VET) at the upper secondary level II. Students with matriculation certificates from Baccalaureate schools are entitled to enroll at universities whereas graduates of the specialized schools and VET-graduates with a vocational baccalaureate certificate are eligible for admission to universities of applied sciences.

point Likert scale (from 1 = *never* to 5 = *always*). Internal consistencies of the total scale and the different subscales were mostly acceptable to good. However, few subscales also showed critical values (physical well-being [e.g., felt sick, item recoded]: $\alpha = 0.70$; emotional well-being [e.g., felt fearful or insecure, item recoded]: $\alpha = 0.63$; self-esteem [e.g., was happy with myself]: $\alpha = 0.72$; well-being regarding family [e.g., felt comfortable at home]: $\alpha = 0.84$; well-being regarding friends/peers [e.g., got along with friends]: $\alpha = 0.59$; and well-being relating to school/education [e.g., was afraid of getting bad grades, item recoded]: $\alpha = 0.48$). The scale showed comparable internal consistency in the KiGGS study (Bullinger et al., 2008). As it is an established scale that is considered valid and reliable, the subscales were used largely unchanged in this study. Only for the subscale well-being related to school/education, internal consistency was improved by excluding one item from the analysis (Item 2 “I was interested in the lessons”; new $\alpha = .56$).

Statistical Analyses

IBM SPSS Statistics 26 was used to perform the statistical analyses. Scales were calculated in each case only if a maximum of 10% of the associated items were missing. One or more scales could not be calculated for 74 individuals. Thus, data from 833 individuals were included in the analyses. Excluded adolescents and young adults did not differ from the included ones in terms of gender ($\chi^2(1) = 2.62, p > .05$), age ($t(905) = -0.78, p > .05$), ADHD symptoms ($t(65.50) = -0.84, p > .05$), and HRQoL ($t(839) = 0.60, p > .05$).

Prior to the essential analyses, product-moment correlations were calculated to examine the extent to which the relevant variables were related. Subsequently, multiple hierarchical regression analyses were conducted to examine the impact of ADHD symptoms on HRQoL. In a first step, the control variables gender and age were included in all regression analyses. Regarding ADHD symptoms, two approaches were used. In order to determine the general impact of ADHD symptoms on HRQoL, the mean of the ADHD scale was entered in step 2 in a set of regression analyses (approach 1, Table 2,

in the upper half of the table). Intending to examine the influence of the individual symptom severity on HRQoL, two group variables were entered at step 2 in another set of regression models (approach 2, Table 2, in the lower half of the table). For approach 2, a group classification was made based on percentile ranks and stanine norms according to Döpfner and Görtz-Dorten (2017)¹². For this purpose, percentile ranks were formed separately for gender from the raw scores of the ADHD scale for those aged 14–17 years and 18–24 years. The percentile ranks were then converted into stanine scores. Individuals falling into stanine scores 1–6 (percentile rank 0–77) were classified in the “unremarkable ADHD symptoms” group. Individuals with a stanine score of 7 (percentile rank 78–89) were classified in the “subclinical ADHD symptoms” group. Lastly, those in stanine scores 8 and 9 (percentile rank 90–100) were classified in the “clinically significant ADHD symptoms” group. It was tested whether the three ADHD groups differ from each other in the potential control variables. Regarding the regression analyses with approach 2, in Step 2, the two dummy variables “subclinical ADHD symptoms” and “clinically significant ADHD symptoms” were entered. The variable “unremarkable ADHD symptoms” was used as a reference category. Thus, it was examined whether belonging to the group “clinically significant ADHD symptoms” or “subclinical ADHD symptoms” as opposed to the group “unremarkable ADHD symptoms” had an impact on HRQoL.

Results

Correlations

Descriptive statistics and correlations between the variables are shown in Table 1. Gender was correlated with ADHD symptoms ($r = .10, p < .01$), with the KINDL-R total score ($r = .22, p < .001$), and with all subdimensions of HRQoL (from $r = .07$ to $.30$, all $p <$

¹² The DISYPS-III manual provides standard values for boys and girls aged 14:0 to 17:11 years. However, as the present sample included individuals over the age of 18, separate stanine norms were formed in favor of a more conservative assessment of symptoms (i.e., fewer individuals classified as clinically significant). Even if this categorization remains associated with a certain arbitrariness, it seemed legitimate to make this classification due to the relatively large sample size. The authors of the DISYPS-III manual (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) consider this a dimensional approach (examination based on stanine norms). It contrasts with testing a minimum number of required symptoms to establish a diagnosis (categorical approach). It must be considered that the classification is based on a comparison of the individuals' symptomatology with the symptomatology of other individuals in the sample of the same gender.

.05). Age was correlated with school type ($r = .26, p < .001$), ADHD symptoms ($r = .08, p < .05$), the KINDL-R total score ($r = -.08, p < .05$), emotional well-being ($r = -.08, p < .05$), and well-being related to school/education ($r = -.13, p < .001$). There was no significant relation between school type and other variables, except age. ADHD symptoms correlated with the total score of HRQoL ($r = -0.42, p < .001$) and with all subdimensions (from $r = -.17$ to $-.35$, all $p < .001$). The subdimensions of HRQoL correlated with each other between $r = .23$ and $.49$ (all $p < .001$).

Regarding approach 2, it was tested whether the three ADHD groups differ from each other in potential control variables. They did not differ in terms of gender ($\chi^2(2) = 0.10, p > .05$), age ($F(2) = 0.88, p > .05$), and school type ($\chi^2(2) = 1.69, p > .05$).

Table 1

Descriptive Statistics and Correlations

KINDL-R	<i>M</i>	<i>SD</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Gender	0.41	.49	.0	-.01	.10**	.22***	.30***	.10**	.23***	.08*	.07*	.13***
2. Age	17.69	1.66		.26**	.08*	-.08*	-.05	-.08*	-.03	-.05	-.04	-.13***
3. School type	0.62	.49			-.03	-.03	-.06	-.02	-.03	-.04	.04	-.03
4. ADHD Symptoms	0.67	.42				-.42***	-.32***	-.35***	-.20***	-.28***	-.17***	-.30***
5. KINDL-R total score	3.69	.49					.71***	.79***	.73***	.65***	.61***	.62***
6. Physical WB	3.25	.80						.43***	.43***	.33***	.27***	.37***
7. Emotional WB	3.90	.69							.49***	.43***	.47***	.45***
8. Self-esteem	3.39	.77								.32***	.36***	.36***
9. Family WB	4.26	.77									.25***	.28***
10. Friends/peers WB	3.86	.64										.23***
11. School/education	3.47	.79										

Notes. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. WB= well-being. Gender was coded as follows: 0 = female, 1= male.

School type was coded as

follows: 0 = Baccalaureate school, 1= VET school.

Impact of ADHD Symptoms on Health-Related Quality of Life

In the first step of the multiple regression analyses, gender and age were entered. Gender exhibited a significant effect in all analyses (e.g., KINDL-R total score: $\beta = .27$ for approach 1 with continuous ADHD symptoms as independent variable and $.23$ for

approach 2 with ADHD related groups as independent variables, both $p < .001$; Table 2) except for the well-being concerning friends/peers and approach 2 ($\beta = .06, p > .05$).

Thus, being male was related to a higher HRQoL. Age had a negative effect on HRQoL. However, the negative effect was significant only with respect to the KINDL-R total score (e.g., in approach 1: $\beta = -.06, p < .05$) and well-being concerning school/education (approach 1: $\beta = -.10, p < .01$).

With regard to the impact of ADHD symptoms on HRQoL and approach 1, it can be stated that the symptoms showed a negative impact on the total score ($\beta = -.44, p < .001$) and all subdimensions of HRQoL (from $\beta = -.18$ to $-.37$, all $p < .001$). The strongest effect was found for emotional well-being ($\beta = -.37, p < .001$), followed by physical well-being ($\beta = -.36, p < .001$). The weakest effect was found regarding well-being with friends/peers ($\beta = -.18, p < .001$). Effect sizes were medium for the total score ($f^2 = 0.26$), for physical ($f^2 = 0.17$) and emotional well-being ($f^2 = 0.16$), and small to medium for the other subscale (from $f^2 = 0.03$ to 0.11), according to Cohen (1988). Overall, in approach 1, the predictors could explain 25% of the variance in the total score of HRQoL ($F(3, 829) = 92.82, p < .001$; for the equations of all KINDL-R subdimensions, see the notes under Table 2).

In approach 2, the variable “clinical significant ADHD” showed a significant negative impact on the total score ($\beta = -.30, p < .001$) and all subdimensions of HRQoL (from $\beta = -.13$ to $-.26$, all $p < .001$) compared to the reference category “unremarkable ADHD symptoms”. The variable “subclinical ADHD” also showed a significant negative impact on the total score compared to the reference category “unremarkable ADHD symptoms” ($\beta = -.17, p < .001$) and on all subdimensions of HRQoL (from $\beta = -.09$ to $-.15$, all $p < .01$), except for well-being with friends/peers ($\beta = -.07, p > .05$). Overall, the

predictors were able to explain 16% of the variance in the total score of HRQoL in approach 2 ($F(4, 828) = 41.32, p < .001$)¹³.

¹³ Additionally, we ran another set of regression analyses to see a direct comparison between clinically significant and subclinical ADHD symptoms within approach 2. Hence, the variable “clinically significant ADHD symptoms” was in used as a reference category in this set. Results showed that the variable “subclinical ADHD” had a significant positive impact on the total score ($\beta = .15, p < .001$) and some subdimensions of HRQoL (physical, emotional, family from $\beta = .12$ to $.13$, all $p < .05$) compared to the reference category “clinically significant ADHD symptoms”.

Table 2

Results of the Multiple Regression Analyses Predicting (Subdimensions of) Health-Related Quality of Life

KINDL-R	KINDL-R total score				Physical				Emotional				Self-esteem			
Approach 1	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2
Step 1				.06***				.10***				.02**				.06***
Intercept	4.27	.16			3.80	.26			4.57	.24			3.73	.27		
Gender	.27	.03	.27***		.55	.05	.34***		.20	.04	.15***		.42	.05	.27***	
Age	-.02	.01	-.06*		-.02	.01	-.04		-.02	.01	-.05		-.01	.02	-.03	
Step 2				.19***				.13***				.14***				.06***
ADHD Symptoms	-.53	.04	-.44***		-.71	.06	-.36***		-.62	.05	-.37***		-.45	.06	-.24***	
R² adj.				.25***				.22***				.15***				.12***
Approach 2	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2	B	b(SE)	β	ΔR2
Step 1				.06***				.10***				.02**				.06***
Intercept	4.10	.17			3.58	.27			4.38	.24			3.59	.27		
Gender	.23	.03	.23***		.49	.05	.30***		.15	.05	.11**		.39	.05	.25***	
Age	-.02	.01	-.08*		-.02	.02	-.05		-.03	.01	-.06		-.02	.02	-.03	
Step 2				.11***				.06***				.08***				.03***
Subclinical ADHD	-.27	.05	-.17***		-.31	.08	-.12***		-.31	.07	-.14***		-.21	.08	-.09**	
Clinically significant ADHD	-.50	.05	-.30***		-.63	.09	-.24***		-.58	.08	-.26***		-.37	.09	-.15***	
R² adj.				.16***				.16***				.09***				.08***

Notes. N = 833. Gender was coded as follows: 0 = female, 1 = male. Reference category for variables subclinical and clinically significant ADHD symptoms are individuals with unremarkable ADHD symptoms (subclinical ADHD: 0 = unremarkable or clinically significant ADHD, 1 = subclinical ADHD; clinically significant ADHD: 0 = unremarkable or subclinical ADHD, 1 = clinically significant ADHD). Final equations for approach 1: Total score: F(3, 829) = 92.82, p < .001; Physical: F(3, 829) = 80.77, p < .001; Emotional:

F(3, 829) = 49.43, $p < .001$; Self-esteem: F(3, 829) = 38.43, $p < .001$; Family: F(3, 829) = 32.81, $p < .001$; Friends/peers: F(3, 829) = 10.02, $p < .001$; School/education: F(3, 829) = 37.92, $p < .001$. Final equation for approach 2: Total score: F(4, 828) = 41.32, $p < .001$; Physical: F(4, 828) = 39.30, $p < .001$; Emotional: F(4, 828) = 21.20, $p < .001$; Self-esteem: F(4, 828) = 20.47, $p < .001$; Family: F(4, 828) = 15.21, $p < .001$; Friends/peers: F(4, 828) = 5.27, $p < .001$; School/education: F(4, 828) = 20.62, $p < .001$
 $*p < .05$; $**p < .01$; $***p < .001$.

Table 2 (continued)

KINDL-R	Family				Friends/peers				School/education			
	B	b(SE)	β	ΔR^2	B	b(SE)	β	ΔR^2	B	b(SE)	β	ΔR^2
Approach 1												
Step 1				.01*				.00				.03***
Intercept	4.90	.27			4.13	.24			4.62	.28		
Gender	.17	.05	.11**		.10	.04	.08*		.27	.05	.17***	
Age	-.02	.02	-.04		-.01	.01	-.02		-.05	.02	-.10**	
Step 2				.10***				.03***				.09***
ADHD Symptoms	-.59	.06	-.31***		-.27	.05	-.18***		-.57	.06	-.30***	
R² adj.				.10***				.03***				.12***
Approach 2												
Step 1				.01*				.00				.03***
Intercept	4.72	.28			4.05	.24			4.45	.28		
Gender	.12	.05	.08*		.08	.04	.06		.22	.05	.14***	
Age	-.02	.02	-.05		-.01	.01	-.03		-.05	.02	-.11***	
Step 2				.06***				.02***				.06***
Subclinical ADHD	-.30	.08	-.12***		-.13	.07	-.07		-.36	.08	-.15***	
Clinically significant ADHD	-.58	.09	-.23***		-.29	.07	-.13***		-.56	.09	-.21***	
R² adj.				.06***				.02***				.09***

Discussion

The results show that ADHD symptoms are negatively associated with HRQoL in adolescence and young adulthood. Adolescents and young adults with clinically significant ADHD symptoms had substantially lower well-being compared to adolescents and young adults with unremarkable ADHD symptoms. This result is consistent with the findings of other studies (e.g., Hölling et al., 2008; Topolski et al., 2004). The present study goes beyond this and shows that the well-being of adolescents and young adults suffering from symptomatology in the subclinical range is already impaired.

Regarding the subdimensions of HRQoL, significant effects of ADHD symptoms were found in all subdimensions. Adolescents and young adults with clinically significant or subclinical ADHD symptoms showed lower values in all examined dimensions than individuals with unremarkable ADHD symptoms. An exception was the well-being concerning friends/peers, where adolescents and young adults with subclinical symptoms did not differ from those with unremarkable ADHD symptoms. The effect sizes regarding the subscales ranged from small to medium. Overall, the strongest effects were found in emotional and physical well-being.

The finding that ADHD symptoms are associated with impaired emotional well-being is consistent with studies showing that ADHD symptoms may be a risk factor for affective disorders, such as depression and anxiety in adolescence (e.g., Meinzer et al., 2014). The specific reasons for this association may lie in etiological similarities (common genetic factors; Kain et al., 2008). On the other hand, there may be an increase in the risk of comorbid emotional problems in adolescence because of problems with school demands and in social interactions with peers (Powell et al., 2020; Schmidt et al., 2012). Thus, negative feedback regarding performance and social interactions can accumulate over the years. This is likely to result in depressive symptomatology during adolescence, a phase of life in which the vulnerability for the development of affective disorders generally increases (Kouider & Petermann, 2015). It should be noted that there is a large overlap between ADHD and stress, anxiety, and depression symptoms as age increases

(Alexander & Harrison, 2013; Das et al., 2012). Therefore, the reported inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms in the present study may also be a direct expression of problems in the affective domain.

Symptoms of ADHD were also negatively related to physical well-being. In contrast, in some studies on children affected by ADHD symptoms (e.g., Klassen et al., 2004), no or only small differences in physical well-being were found. It can be assumed that there is a better physical awareness and a change and re-evaluation of the physical self-concept in adolescence (cf. Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). This may lead to the fact that individuals with clinically significant and subclinical ADHD symptoms reported more complaints, such as fatigue and exhaustion, than individuals with unremarkable symptoms in the present study. Thus, ADHD symptoms are associated with impairments in both the psycho-emotional and physical components of HRQoL. This illustrates the comprehensive effects of ADHD symptoms on personal experiences in adolescence and young adulthood.

Surprisingly, the weakest effect of the symptoms was found in relation to well-being regarding friends/peers. Moreover, no difference was found between adolescents and young adults with subclinical and unremarkable symptoms. Peer problems are consistently found among children with ADHD symptoms (e.g., Hoza, 2007). It is possible that the negative effects on peer problems are attenuated during adolescence and young adulthood. This could be related to the fact that adolescents and young adults show fewer hyperactive-impulsive symptoms than children with ADHD symptoms. These symptoms are the main determinants of negative peer relationships (Cordier et al., 2010). Other studies reveal that although peers largely reject adolescents with ADHD symptoms, these adolescents still have individual positive friendships that help mitigate the rejection's negative effects (e.g., Glass et al., 2012).

Concerning gender, being male was associated with higher scores in all dimensions of well-being. This finding could be statistically confirmed in all subscales of HRQoL, except for well-being regarding friends/peers. This finding is consistent with

other studies proving that adolescent girls' mental health is worse than that of boys (e.g., Inchley et al., 2020). Age was negatively associated with HRQoL. The effect reached significance for the KINDL-R total score and well-being concerning school/education. Barkmann et al. (2016) also found a decline in HRQoL among children and adolescents aged 11–17 years over time in the large-scale German KiGGS study.

Overall, the results show that ADHD symptoms are associated with reduced well-being in various dimensions during adolescence. This finding underscores the need for appropriate support for affected individuals and even therapy, if necessary. For adolescents with severe ADHD symptoms and severely impaired well-being, multimodal treatment is indicated, including therapeutic settings, psychoeducation, self-management, and coaching elements (e.g., Rademacher et al., 2002). However, it is well known that adolescents' motivation for therapy is often insufficient or diminishes over the years (e.g., Bachmann et al., 2017). As the present study also demonstrates that adolescents and young adults have impaired well-being when symptoms are still in the subclinical range, the question arises as to whether it would not make sense to use preventive measures in the school setting to mitigate the symptomatology's negative effects and enhance the affected individuals' well-being. Psychological disorders are generally highly prevalent during adolescence, and symptom overlaps are relatively common (Castellanos-Ryan et al., 2016). However, only a proportion of those affected receives adequate help (cf. Hintzpeter et al., 2014). Furthermore, the proportion of students with social, emotional, and behavioral problems in general schools is increasing with school inclusion. New evidence-based school interventions are consistent with a dimensional perspective of disorders and suggest a tiered approach with a combination of universal, selective, and indicated prevention interventions, depending on symptom severity for pedagogical practice in schools (e.g., Castello, 2017; Hanisch et al., 2019). However, prevention research on mental health disorders is still in its infancy. Therefore, an intensification of studies is necessary.

Limitations

The present study used a selective sample. Nonetheless, it can be assumed that the sample is approximately representative of adolescents and young adults aged between 14 and 24 years in Switzerland¹⁴. On average, there was only one person who received disability compensation in the school classes, which targeted dyslexia in the majority of cases (61.7%). The results did not change significantly when the adolescents and young adults with disability compensation were excluded from the analyses.

The assessments of ADHD symptoms in the present study were based exclusively on self-reports. Validation by third-party assessments and diagnostic judgments were not included. Therefore, it can be understood as an approximation of a clinical diagnosis.

Comorbidities were not considered in the analyses, even though ADHD symptoms are often associated with comorbid disorders (Banaschewski et al., 2017). These comorbid disorders may have an impact on the HRQoL and should be considered in future studies.

The KINDL-R questionnaire was designed to be used for adolescents aged 14–17. In the present study, however, it was also used in young adults over the age of 18 years. This seemed valid given the lack of instruments regarding HRQoL specifically for young adults.

Cross-sectional data does not allow for conclusions about causal effects. However, in the context of longitudinal studies (e.g., Döpfner et al., 2015), it can be assumed that ADHD symptoms result in reduced HRQoL. Nevertheless, reduced quality of life may also—at least partially, lead to symptoms of inattention and hyperactivity (e.g., Alexander & Harrison, 2013). In the future, it would be desirable to have more longitudinal studies addressing the relationship between ADHD symptoms and HRQoL.

Conclusions

¹⁴ The frequency distributions of the adolescents in the present sample roughly correspond to the distributions of a representative cohort at upper secondary schools in Switzerland regarding the type of education (i.e., approximately two-thirds in vocational education and training vs. nearly one-third in general education programs; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/education-science/pupils-students/upper-secondary.html>).

The results show that ADHD symptoms, even in the subclinical range, negatively affect HRQoL in adolescence and young adulthood. These findings illustrate the comprehensive effects of ADHD symptoms on well-being during adolescence and young adulthood and highlight the importance of focusing more on ADHD at these particular ages. Although diagnostic thresholds are often pragmatically necessary in clinical practice, additional dimensional approaches can lead to a better understanding of ADHD and its impact on daily functioning and well-being.

References

- Abecassis, M., Isquith, P. K. & Roth, R. M. (2017). Characteristics of ADHD in the Emerging Adult: an Overview. *Psychological Injury and Law*, 10(3), 197-208. doi:10.1007/s12207-017-9293-7
- Alexander, S. J., & Harrison, A. G. (2013). Cognitive responses to stress, depression, and anxiety and their relationship to ADHD symptoms in first year psychology students. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 29-37. <https://doi.org/10.1177/1087054711413071>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed. ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 141-148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Balázs, J., & Keresztény, Á. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. A Current Overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-159 <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Barkmann, C., Petermann, F., Schlack, R., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2016). Verlauf gesundheitsbezogener lebensqualität [Course of Health-Related Quality of Life: Results of the BELLA Cohort Study]. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 50-59. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000188>
- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A. K., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 [Health-related quality of life and its relation to chronic diseases and mental health problems among children and adolescents. Results from KiGGS Wave 2]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62(10), 1205-1214. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03006-9>
- Bullinger, M., Brutt, A. L., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Bella Study Group. (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1(1), 125-132. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1014-z>
- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Frouin, V., & Gallinat, J. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1039. <https://doi.org/10.1037/abn0000193>

- Castello, A. (2017). *Schulische Inklusion bei psychischen Auffälligkeiten [School inclusion in the case of mental health problems]*. Kohlhammer Verlag.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Earlbaum Associates.
- Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C., & Einfeld, S. (2010). Comparison of the play of children with attention deficit hyperactivity disorder by subtypes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 137-145. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00821.x>
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., & Steinhausen, H.-C. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 83-105. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0046-3>
- Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Easta, S. (2012). A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PLOS ONE*, 7(2), e31500. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031500>
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III) [Diagnostic System for Mental Disorders according to ICD-10 and DSM-5 for Children and Adolescents]*. Hogrefe.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 665-673. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0634-8>
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 557-572. <https://doi.org/10.1023/A:1012285326937>
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 49-65. <https://doi.org/10.1177/00222194070400010401>
- Glass, K., Flory, K., & Hankin, B. L. (2012). Symptoms of ADHD and close friendships in adolescence. *Journal of Attention Disorders*, 16(5), 406-417. <https://doi.org/10.1177/1087054710390865>
- Hanisch, C., Casale, G., Volpe, R. J., Briesch, A. M., Richard, S., Meyer, H., Hövel, D., Hagen, T., Krull, J., & Hennemann, T. (2019). Gestufte Förderung in der Grundschule [Multitiered system of support in primary schools]. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 237-241. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0700-z>
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & BELLA study group. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie [Medical and psychotherapeutic health care utilization of children and adolescents with mental health problems: Results of the BELLA Study]. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229-238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- Hölling, H., Schlack, R., Dippelhofer, A., & Kurth, B. M. (2008). Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher [Personal, familial and social resources and health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(6), 606-620. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0537-2>
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Academic Pediatrics*, 7(1), 101-106. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm024>
- Hurrelmann, K. (2007). *Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung [An Introduction to Social Science Research on Adolescence]*. Beltz Juventa.

- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, Á., & Samdal, O. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. WHO Regional Office for Europe.
- Kain, W., Landerl, K., & Kaufmann, L. (2008). Komorbidität bei ADHS [Comorbidity in ADHD]. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *156*(8), 757-767. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1732-9>
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *114*(5), e541-e547. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0844>
- Kouider, E. B., & Petermann, F. (2015). Gemeinsame Risikofaktoren von depressiver und ängstlicher Symptomatik im Kindes- und Jugendalter: ein systematisches Review aus transdiagnostischer Perspektive [Common Risk Factors of Depressive and Anxiety Symptomatology in Childhood and Adolescence: A Systematic Review from Transdiagnostic Perspectives]. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, *83*(06), 321-333. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1553089>
- Lee, Y.-c., Yang, H.-J., Chen, V. C.-h., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in developmental disabilities*, *51*, 160-172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) [The inventory for assessing quality of life in children and adolescents ILK]*. Hans Huber.
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., & Viswesvaran, C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *34*(8), 595-607. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.002>
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L., & Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*, *22*(4), 785-802. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000465>
- Nitzko, S., & Seiffge-Krenke, I. (2009). Wohlbefindensforschung im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungsdynamik, Alters- und Geschlechtsunterschiede [Well-being research in children and adolescents: Developmental dynamics, age and sex differences]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *17*(2), 69-81. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.2.69>
- Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *259*(2), 129-133. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0052-y>
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., Thapar, A., & Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*, 1581-1591. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01463-w>
- Rademacher, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2002). SELBST - Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert, Aktivitäts- und Affekt, Leistungs- und Beziehungsstörungen [SELBST - A program for the treatment of adolescents with problems in self-esteem, activity and affect, achievement, and relationships]. *Kindheit und Entwicklung*, *11*(2), 107-118. <https://doi.org/10.1026//0942-5403.11.2.107>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2003). Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen-Revidierte Form [The KINDL-R questionnaire to assess health-related quality of life in children and adolescents - revised form]. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Eds.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (pp. 184-188). Hogrefe.

- Reinhardt, D., & Petermann, F. (2010). Neue Morbiditäten in der Pädiatrie [New morbidities of pediatrics]. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158(1), 14-14.
<https://doi.org/10.1007/s00112-009-2113-8>
- Schellenberg, C., Krauss, A., Pfiffner, M. & Georgi-Tscherry, P. (2020). Inklusive Didaktik und Nachteilsausgleich an Berufsfachschulen und Gymnasien. Ergebnisse des Forschungsprojektes «Enhanced Inclusive Learning» [Inclusive didactics and disability compensation at vocational and Baccalaureate schools. Results of the research project "Enhanced Inclusive Learning"]. *Schweizer Zeitschrift für Heilpädagogik*, 26(7-8), 17-26.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F., & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS [Comorbid Burden in Adolescents and Young Adults with ADHD]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 15–26. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000094>
- Schmiedeler, S., & Schneider, W. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: Diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 460-475. <https://doi.org/10.1177/1359104513489979>
- Seiffge-Krenke, I. (2015). "Emerging Adulthood": Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken ["Emerging Adulthood": Research on objective markers, developmental tasks and developmental risk]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 165-173.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000236>
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F., & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis [ADHD in Adolescence – Change of Symptoms and Consequences for Research and Clinical Practice]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747.a000003>
- Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E., & Buesching, D. P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 163-173. <https://doi.org/10.1177/108705470400700304>
- Willcutt, E. G. (2015). Theories of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 391–404). The Guilford Press.
- World Health Organization (2020). *Basic Documents*. <https://apps.who.int/gb/bd/>

6.2 ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren

Krauss, A. (2022). ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 69, 1-14. <https://doi.org/10.2378/peu2022.art07d>

ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren

Annette Krauss

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH), Zürich

Zusammenfassung: Angelehnt an die entwicklungspsychologische Resilienzforschung wird im vorliegenden Artikel der Zusammenhang zwischen selbsteingeschätzten ADHS-Symptomen, emotionalem Wohlbefinden und ausgewählten Schutzfaktoren bei Schülern und Schülerinnen der Sekundarstufe II in der Deutschschweiz untersucht. 907 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 24 Jahren ($M=17.69$; $SD=1.66$; 58,9% weiblich) wurden mittels Fragebogen im Klassenverband befragt. Multiple hierarchische Regressionsanalysen legen den Schluss nahe, dass ADHS-Symptome einen substantiellen negativen Effekt auf das emotionale Wohlbefinden haben und dass das eigene Kompetenzerleben, das Vorhandensein emotionaler Unterstützung durch nahe Bezugspersonen sowie durch Mitschülerinnen und Mitschüler den negativen Effekt der Symptome auf das Wohlbefinden teilweise zu kompensieren vermögen. Die vorliegende Untersuchung unterstreicht die Relevanz der Stärkung des Kompetenzerlebens und die Notwendigkeit, einen Blick auf die verfügbare emotionale Unterstützung bei Betroffenen zu werfen.

Schlüsselbegriffe: ADHS-Symptome, emotionales Wohlbefinden, Jugendalter, Schutzfaktoren, Resilienz

ADHD symptoms and emotional well-being in adolescence and the role of selected protective factors

Summary: Based on developmental psychological research on resilience, this article examines the relationship between self-rated ADHD symptoms, emotional well-being, and selected protective factors among secondary school students in German-speaking Switzerland. 907 adolescents and young adults between 14 and 24 years of age ($M=17.69$; $SD=1.66$; 58.9% female) were surveyed by questionnaires in class. Multiple hierarchical regression analyses suggest that ADHD symptoms have a substantial negative effect on emotional well-being and that one's own sense of competence, emotional support from close caregivers, and from classmates can partially compensate for the negative effect of symptoms on well-being. The present study highlights the relevance of strengthening the sense of competence and the need to take a look at the available emotional support among affected individuals.

Keywords: ADHD symptoms, emotional well-being, adolescence, protective factors, resilience

Eine der am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit den Kardinalsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. DSM-V; Falkai & Wittchen, 2015). Die Kernsymptomatik ist

dimensional in der Population verteilt (Bitto, Mörstedt, Faschina & Stieglitz, 2017) und kann auch im subklinischen Bereich bedeutende Auswirkungen auf das tägliche Erleben und Verhalten haben (Whalen, Jamner, Henker, Delfino & Lozano, 2002). Die Adoleszenz und der Übergang ins Erwachsenenalter können für be-

Psychologie in Erziehung und Unterricht, 2022, 69, Open Access
DOI 10.2378/peu2022.art07d
© Ernst Reinhardt Verlag

troffene Jugendliche eine besondere Herausforderung darstellen. So ist bekannt, dass ADHS-Symptome ein Risikofaktor für psychosoziale Problematiken und weitere psychische Störungen im Jugendalter darstellen (Meinzer et al., 2013; Schmidt, Brähler, Petermann & Koglin, 2012; Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin, 2010). Dies macht effektive Behandlungs- und Präventionsstrategien für Betroffene unabdingbar.

Obwohl eine Fülle von Studien über die negativen Auswirkungen berichtet, die Jugendliche mit ADHS-Symptomen in verschiedenen Lebensbereichen erleben, ist das komplexe Störungsbild doch sehr heterogen, und eine Minderheit der Betroffenen scheint in verschiedenen Lebensbereichen erfolgreich und zufrieden zu sein (Lee, Lahey, Owens & Hinshaw, 2008; Molina et al., 2009). Höchstwahrscheinlich tragen verschiedene Schutzfaktoren dazu bei, die negativen Auswirkungen der Symptomatik abzuschwächen. Das Konzept der Schutzfaktoren hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend Verbreitung in Disziplinen wie der Klinischen Psychologie (Noecker & Petermann, 2008), der Prävention und Gesundheitsförderung (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) sowie auch der (Sonder-)Pädagogik (Schwab & Fingerle, 2013) gefunden und eignet sich auch, um Ansätze für eine multimodale Behandlungs- und Präventionsstrategie für Jugendliche mit ADHS-Symptomen abzuleiten. Die frühere Forschung zu ADHS-Symptomen war lange Zeit primär defizitorientiert. Untersuchungen zu Schutzfaktoren bei Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik gibt es noch vergleichsweise wenige.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, ausgehend von einem entwicklungspsychopathologischen Ansatz, den Einfluss des Risikofaktors ADHS-Symptomatik auf das emotionale Wohlbefinden bei Jugendlichen der Sekundarstufe II in der Schweiz zu untersuchen und insbesondere die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren (Kompetenzerleben und emotionale Unterstützung) zu analysieren.

ADHS-Symptome als Risikofaktor für das emotionale Wohlbefinden im Jugendalter

Das Jugendalter stellt mit seinen Entwicklungsaufgaben (u. a. Ablösung vom Elternhaus, Übernahme von Autonomie und Selbstständigkeit, Ausbildung, Beziehungserfahrungen) und der verstärkten Abnahme von formalen Strukturen (Hurrelmann, 2007) Jugendliche mit ADHS-Symptomen vor vielfältige Herausforderungen. Während die motorische Hyperaktivität in der Regel im Laufe der Jahre nachlässt, sind die Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen im Jugendalter meist nach wie vor vorhanden (Kohn & Esser, 2008). Damit zusammenhängende Probleme in der Selbstregulation, in organisatorischen Belangen und im Planen von längerfristigen Zielen (Martel, Nikolas & Nigg, 2007) machen die Übernahme von Eigenverantwortlichkeit, die im Jugendalter vermehrt gefordert ist, schwierig.

Frustrationserfahrungen, die sich u. a. aufgrund von Schulleistungsproblemen (Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007) sowie Problemen in der sozialen Interaktion (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001; Murray-Close et al., 2010) seit dem Kindesalter ergeben und über die Jahre kumulieren, können dazu führen, dass Jugendliche mit ADHS häufige negativ über ihre eigenen Fähigkeiten denken (Dvorsky, Langberg, Becker & Evans, 2019; Krueger & Kendall, 2001) und häufig dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien anwenden (Brooks, 2011). Damit zusammenhängend ist oft auch das emotionale Wohlbefinden vermindert verglichen mit Gleichaltrigen ohne entsprechende Symptomatik (Baumgarten et al., 2019; Schmidt et al., 2012).

Trotz dieser vielfältigen Problematiken und dem hohen Leidensdruck der Betroffenen besteht in dieser Altersgruppe eine geringe Bereitschaft zur Fortsetzung der medikamentösen oder verhaltenstherapeutischen Behandlung (u. a. Bachmann, Philipsen & Hoffmann, 2017). Daneben ist anzunehmen, dass es eine Reihe von Jugendlichen mit ADHS-Symptomen (im

subklinischen Bereich) gibt, die von Auswirkungen der Symptomatik betroffen sind, aber keine Behandlung erhalten (Philipp-Wiegmann, Rösler, Retz, Schindelbeck & Retz-Junginger, 2015). Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, dass die Jugendlichen vom privaten wie auch schulischen Umfeld in ihrer Entwicklung gestärkt werden. Erkenntnisse zu relevanten Schutzfaktoren können hierbei leitend sein.

ADHS-Symptome und relevante Schutzfaktoren

Als Referenzrahmen für die vorliegende Untersuchung kann die entwicklungspsychopathologische Resilienzforschung herangezogen werden, die der Frage nachgeht, welche Einflussgrößen Kinder und Jugendliche in die Lage versetzen, sich trotz Belastungen und Risikofaktoren gesund zu entwickeln (Fergus & Zimmerman, 2005; Masten, 2001). Aus einschlägigen Studien, wie beispielsweise der Kauai-Längsschnittstudie (Werner, 2004) oder der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, 2012), konnten übereinstimmend relevante Schutzfaktoren bestimmt werden, die bei verschiedenen Formen von Widrigkeit puffernd wirken. Zu den zwei wichtigsten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Jugendlichen zählen ein positives Kompetenzerleben und die soziale Unterstützung von verschiedenen Seiten (Keyes, 2013; Masten, 2001; Ringdal, Espnes, Eilertsen, Bjørnsen & Moksnes, 2020; Rueger, Malecki, Pyun, Aycock & Coyle, 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2006; Vieno, Santinello, Pastore & Perkins, 2007).

Mit einem positiven Kompetenzerleben ist der Glaube an die eigenen Fähigkeiten gemeint, mit Veränderungen, schwierigen Lebenssituationen und Gefühlen umgehen zu können (Sarubin et al., 2015). Das Konzept ist eng verwandt mit der Selbstwirksamkeit (Bandura, Freeman & Lightsey, 1999) und zeigt auch konzeptuelle Überschneidungen mit anderen sozial-kognitiven Konstrukten wie beispielsweise den Kontrollüberzeugungen (locus of control; Rotter,

1966) oder dem Selbstwert. Querschnittsstudien sowie längsschnittliche Analysen geben Hinweise darauf, dass ein hohes (schulisches) Kompetenzerleben sowie ein hohes Kontroll erleben Jugendliche mit ADHS-Symptomen vor depressiven Symptomen (McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close & Owens, 2011; Ostrander & Herman, 2006; Schei et al., 2015b) schützen können. Dvorsky et al. (2019) untersuchten den Verlauf des Selbstwerts von Jugendlichen mit ADHS während 18 Monaten und zeigten, dass Jugendliche mit vergleichsweise hohem und zunehmendem Selbstwert bis zum Alter von 15 Jahren u. a. weniger depressive Symptome aufwiesen. Die Autoren folgerten daraus, dass ein hohes Selbstwertgefühl eine positive Anpassung beim Vorliegen von ADHS-Symptomen begünstigen kann.

Emotional unterstützende Beziehungen sind in der Adoleszenz eine wichtige Ressource für die Bewältigung der vielfältigen Anforderungen. Soziale Unterstützung hängt deshalb mit dem Wohlbefinden zusammen, weil sie zu positiven Emotionen und einem Gefühl des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit beiträgt und eine Pufferwirkung auf Stress ausüben kann (siehe auch Cohen & Wills, 1985; Kienle, Knoll & Renneberg, 2006). In einer klinischen Stichprobe von 149 Jugendlichen mit ADHS (Schei, Nøvik, Thomsen, Indredavik & Jozefiak, 2015a) ergaben sich Hinweise darauf, dass eine tragfähige soziale Unterstützung maßgeblich protektiv gegen emotionale Probleme wirken kann. Studien zeigen, dass insbesondere die emotionale Unterstützung durch nahestehende Personen (wie Eltern) sowie durch Gleichaltrige für das emotionale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen zentral ist (Mastoras, Saklofske, Schwan & Climie, 2018; McQuade et al., 2014; Powell et al., 2020). Bezüglich Lehrpersonen zeigen Studien mit Kindern mit ADHS sowie externalisierenden Auffälligkeiten, dass eine starke emotionale Beziehung zur Lehrperson u. a. mit weniger externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten einige Jahre später zusammenhing (Hamre & Pianta, 2001).

Fragestellung

Bisher haben sich erst wenige Studien gezielt mit Schutzfaktoren im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen im Jugendalter befasst. Die vorliegende Untersuchung soll einen Beitrag dazu leisten. Bei einer Stichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf Sekundarstufe II in der Schweiz wird anhand einer multiplen hierarchischen Regressionsanalyse untersucht, welche Auswirkungen ADHS-Symptome auf das emotionale Wohlbefinden (als ein Indikator für eine erfolgreiche Anpassung im Jugendalter) haben und welche Rolle die Schutzfaktoren Kompetenzerleben sowie das Vorhandensein emotionaler Unterstützung von nahen Bezugspersonen, Mitschülern und Mitschülerinnen sowie Lehrpersonen dabei spielen.

Methode

Projekt und Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung ist in das Projekt *Enhanced Inclusive Learning* (EIL; Schellenberg, Krauss, Pfiffner & Georgi-Tscherry, 2020) eingebettet. Es verfolgte das Ziel, die Situation von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen sowie sozio-emotionalen Auffälligkeiten in der Sekundarstufe II zu analysieren, wobei insbesondere die Thematik des Nachteilsausgleichs im Zentrum stand. Die Teilstudie zum Thema ADHS-Symptome untersuchte das Wohlbefinden und die Anforderungsbewältigung von betroffenen Jugendlichen. Dabei sollten auch Effekte von ausgewählten Schutzfaktoren auf eine erfolgreiche Anpassung bei ADHS-Symptomen untersucht werden. Im Rahmen des Projekts wurden im Zeitraum vom September 2018 bis Januar 2019 Jugendliche und junge Erwachsene aus Berufs- und Mittelschulen der Deutschschweiz mittels Fragebogen im Klassenverband befragt. Berufs- und Mittelschulen sind in der Schweiz auf der Sekundarstufe II angesiedelt. Insgesamt nahmen 66 Klassen (22 Mittelschulen und 44 Berufsschulen) aus elf Deutschschweizer Kantonen teil. Alle befragten Personen wurden mündlich sowie schriftlich über die Ziele und Inhalte der Befragung hingewiesen, und es wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Datenverwendung von allen Befragten eingeholt.

Die finale Stichprobe bestand aus 907 Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren ($M = 17.69$; $SD = 1.66$; 58,9% weiblich). Da der Fokus des Projekts auf dem Jugend- und frühen Erwachsenenalter lag, wurden Personen mit einem Alter über 24 Jahren nach der Datenerhebung aus der Stichprobe ausgeschlossen. Die Mittelschüler und -schülerinnen ($n = 344$) stammten aus dem 9. bis 13. Schuljahr und strebten eine gymnasiale Maturität¹ an. Die Berufsschüler und -schülerinnen ($n = 563$) befanden sich in unterschiedlichen Ausbildungsjahren einer 3- bis 4-jährigen Ausbildung zum eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ)² oder einer 2-jährigen Ausbildung zu einem eidgenössischem Berufsattest (EBA)³.

Eingesetzte Instrumente

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden *soziodemografische Angaben* zum Geschlecht, Alter sowie Bildungsstand der Eltern (höchste absolvierte Ausbildung, 5-stufig) erhoben. In Anlehnung an Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters und Kroll (2018) wurde bezüglich des Bildungsstands der Eltern der jeweils höhere berücksichtigt. Bei Jugendlichen, die nur für einen Elternteil Angaben zum Bildungsstand gemacht haben ($n = 76$), wurde diese Angabe herangezogen.

Um die *ADHS-Symptomatik* zu erfassen, wurde der *Selbstbeurteilungsbogen ADHS des Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche* (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) eingesetzt. Die Skala besteht aus 20 Items zu den Bereichen Unaufmerksamkeit (Item 1–9), Hyperaktivität (Item 10–16) und Impulsivität (Item 17–20). Die Items wurden dabei auf einer vierstufigen Antwortskala (von 1 = „gar nicht zutreffend“ bis 4 = „besonders zutreffend“) beurteilt. Die interne Konsistenz der Skala fiel gut aus ($\alpha = .88$).

Das *emotionale Wohlbefinden* wurde mit der entsprechenden Subskala des *KINDL-R-Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität* (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) erhoben. Die Items sind 5-stufig Likert-skaliert mit den Antwortmöglichkeiten 1 = „nie“ bis 5 = „immer“. Die interne Konsistenz der Skala liegt im unteren Bereich ($\alpha = .63$), wobei in der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS; Bullinger, Brutt, Erhart, Ravens-Sieberer & Bella Study Group, 2008) ein vergleichbarer Wert erreicht wurde. Da das Instrument als etabliertes Verfahren gilt, wurde es unverändert in die vorliegenden Analysen einbezogen.

Das *Kompetenzerleben* wurde anhand der deutschsprachigen 10-Item Version der *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Sarubin et al., 2015) erfasst. Die Skala misst den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, mit Veränderungen, schwierigen Lebenssituationen und Gefühlen umgehen zu können. Zehn Aussagen werden hinsichtlich ihres Zutreffens innerhalb der letzten vier Wochen auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt (von 0 = „überhaupt nicht wahr“ bis 4 = „fast immer wahr“). Die interne Konsistenz fiel gut aus ($\alpha = .82$).

Das generelle *Vorhandensein emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen* wurde durch die Subskala „emotionale Unterstützung“ der *Berliner Social Support Scale* (BSSS; Schulz & Schwarzer, 2003) erhoben. Vier Items werden auf einer Skala von 1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt genau“ erhoben. Die interne Konsistenz fiel gut aus ($\alpha = .87$).

Die wahrgenommene *emotionale Unterstützung durch Lehrpersonen sowie Mitschüler und Mitschülerinnen* wurde durch zwei Skalen von Currie et al. (2014) in Anlehnung an Torsheim, Wold und Samdal (2016) erfasst. Drei bzw. vier Items werden auf einer Skala von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 5 = „stimmt genau“ beantwortet. Die internen Konsistenzen fielen gut aus ($\alpha = .80$ bzw. $.79$).

Statistische Auswertung

Die statistischen Auswertungen erfolgten mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 26. U. a. zur Identifizierung potenzieller Kovariaten (Geschlecht, Alter, höchster Ausbildungsstand der Eltern, Ausbildungstyp), die in die Regressionsmodelle einbezogen werden sollten, wurden als Erstes bivariate Korrelationen berechnet. Anschließend wurden zwei separate hierarchische Regressionsanalysen⁴ (blockweise) gerechnet, um den Einfluss der Schutzfaktoren auf das emotionale Wohlbefinden unter dem Einbezug von ADHS-Symptomen zu untersuchen. Da in der Literatur zu Resilienz zwischen kompensatorischen und protektiven Schutzfaktoren unterschieden wird (Dvorsky & Langberg, 2016; Fergus & Zimmerman, 2005; Masten, 2001), wurden nebst den unabhängigen Variablen auch Interaktionsterme in die Regressionsanalysen einbezogen⁵. Analog zur Resilienzliteratur (Fergus & Zimmerman, 2005) wurden in einem ersten Schritt die Kontrollvariablen (demografische Variablen) eingeschlossen, im zweiten Schritt der Risikofaktor (ADHS-Symptome), im dritten Schritt die potenziellen Schutz-

faktoren (Kompetenzerleben in Analyse I und emotionale Unterstützung von verschiedenen Seiten in Analyse II) und im vierten Schritt jeweils die Interaktionsterme von Risikofaktor und Schutzfaktoren. Dieses Vorgehen entspricht einer Moderationsanalyse.

Die unabhängigen Variablen und Kontrollvariablen wurden mittelwertzentriert und die Regressions wurden auf Multikollinearität überprüft. Den Empfehlungen von Field (2018) folgend (durchschnittlicher Varianzinflationsfaktor VIF nahe bei 1, kein Einzelwert über 10), gab es keine wesentlichen Probleme bezüglich Multikollinearität (alle VIF zwischen 1.01–1.18 bei Analyse I und zwischen 1.05 und 1.27 bei Analyse II). Um signifikante Interaktionseffekte grafisch darzustellen, wurden *simple slopes* dargestellt und es wurden *simple slope tests* berechnet anhand von Werten, die jeweils eine Standardabweichung über und unter dem Mittelwert des Schutzfaktors liegen (Dawson, 2014).

Bei 46 Personen (5,05 %) konnten eine oder mehrere der berücksichtigten Subskalen wegen fehlender Werte nicht berechnet werden. Für die Regressionsanalysen wurde ein listenweiser Fallausschluss gewählt. Die einbezogene Stichprobe variierte deshalb zwischen 862 und 886 Personen.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Variablen bzw. Skalen sowie die bivariaten Korrelationen. Von den Kontrollvariablen korrelierte das Geschlecht ($r = .10$, $p < .01$) sowie das Alter ($r = -.08$, $p < .05$) mit dem emotionalen Wohlbefinden. Die höchste Ausbildung der Eltern (5-stufig) sowie der Ausbildungstyp hingen hingegen nicht mit dem emotionalen Wohlbefinden zusammen und wurden dementsprechend nicht in die nachfolgenden Regressionsanalysen einbezogen. Die ADHS-Symptome korrelierten positiv mit dem Geschlecht ($r = .10$, $p < .01$) und Alter ($r = .08$, $p < .05$) und negativ mit den untersuchten Schutzfaktoren (von $r = -.11$ bis $r = -.29$, $p < .001$) sowie dem emotionalen Wohlbefinden ($r = -.35$, $p < .001$). Die untersuchten Schutzfaktoren hingen positiv mit dem emotionalen Wohlbefinden zusammen (von $r = .17$ bis 0.40 , $p < .001$).

Tab. 1: Deskriptive Statistiken sowie bivariate Korrelationen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1: Geschlecht	0.41	0.49	.04	.07	-.01	.10**	.19***	-.18***	-.08**	.09**	.10**
2: Alter	17.69	1.66		-.10**	.26	.08*	-.08*	-.07*	-.17***	.08*	-.08*
3: höchste AB Eltern	3.62	1.31			-.26	.03	.08*	.04	.06	-.14***	-.02
4: Ausbildungstyp	0.62	0.49				-.03	-.01	-.06	-.12***	.27***	-.02
5: ADHS-Symptome	0.67	0.42					-.29***	-.24***	-.11***	-.13***	-.35***
6: Kompetenzerleben	2.79	0.54						.16***	.11**	.13***	.40***
7: Unterstützung BP	3.59	0.54							.25***	.11***	.37***
8: Unterstützung MS	3.99	0.63								.24***	.22***
9: Unterstützung LP	3.83	0.69									.17***
10: Emotionales WB	3.90	0.69									

Anmerkungen: AB = Ausbildung; BP = Bezugspersonen; MS = Mitschülerinnen und Mitschüler; LP = Lehrpersonen; WB = Wohlbefinden; Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich; Ausbildungstyp: 0 = Mittelschule, 1 = Berufsschule.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Um mehr darüber zu erfahren, welche Effekte die ADHS-Symptome als Risikofaktor sowie die untersuchten Schutzfaktoren auf das emotionale Wohlbefinden haben, wurden zwei hierarchische multiple Regressionsanalysen gerechnet (Tabelle 2 für den Schutzfaktor Kompetenzerleben und Tabelle 3 für die Schutzfaktoren bzgl. emotionaler Unterstützung). In einem ersten Schritt wurden die soziodemografischen Faktoren Geschlecht und Alter in die Analysen eingeführt. Das Geschlecht erwies sich dabei als signifikanter Prädiktor für das emotionale Wohlbefinden ($\beta = .08$, $p < .01$ in Analyse I und $\beta = .19$, $p < .001$ in Analyse II). Konkret zeigte sich, dass das männliche Geschlecht mit einem höheren emotionalen Wohlbefinden einhergeht. In einem zweiten Schritt wurde der Risikofaktor ADHS-Symptome eingeführt, der sich ebenfalls als signifikanter Prädiktor erwies ($\beta = -.26$,

$p < .001$ in Analyse I und $\beta = -.28$, $p < .001$ in Analyse II). In einem dritten und vierten Schritt wurden die ausgewählten Schutzfaktoren sowie die Interaktionsterme von den ADHS-Symptomen und Schutzfaktoren in die Analyse eingeführt.

In der Regressionsanalyse I konnte ein signifikanter Haupteffekt des Schutzfaktors Kompetenzerleben auf das emotionale Wohlbefinden ($\beta = .29$, $p < .001$) sowie ein signifikanter, wenn auch schwacher Interaktionseffekt zwischen den ADHS-Symptomen und dem Kompetenzerleben ($\beta = .08$, $p < .01$) gefunden werden. Dies legt den Schluss nahe, dass ein hohes Kompetenzerleben gegen die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptome auf das emotionale Wohlbefinden kompensatorisch sowie auch protektiv wirken kann. Die *simple slope tests* zeigen, dass der negative Zusammenhang zwischen ADHS-

Tab. 2: Resultate der multiplen Regressionsanalyse I

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β
Schritt 1: Soziodemografische Faktoren	Geschlecht	.11	.04	.08**
	Alter	-.01	.01	-.03
Schritt 2: Risikofaktor	ADHS-Symptome	-.43	.05	-.26***
Schritt 3: Schutzfaktoren	Kompetenzerleben	.37	.04	.29***
Schritt 4: Interaktionen	Kompetenzerleben \times ADHS	.22	.08	.08**
<i>R</i> ² adj.				.23

Anmerkungen: $N = 886$. ** $p < .01$; *** $p < .001$; $\Delta R^2 = .02$ für Schritt 1 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .13$ für Schritt 2 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .08$ für Schritt 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .01$ für Schritt 4 ($p < .01$). Geschlecht: 1 = weiblich; 2 = männlich. Konventionen zur Beurteilung der Veränderung in R^2 : .01 = klein, .06 = mittel, .14 = stark (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2014).

Tab. 3: Resultate der multiplen Regressionsanalyse II

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β
Schritt 1: Sozio-demografische Faktoren	Geschlecht	.26	.04	.19***
	Alter	-.01	.01	-.02
Schritt 2: Risikofaktor	ADHS-Symptome	-.45	.05	-.28***
Schritt 3: Schutzfaktoren	Unterstützung BP	.37	.04	.29***
	Unterstützung MS	.13	.03	.12***
	Unterstützung LP	.04	.03	.04
Schritt 4: Interaktionen	Unterstützung BP × ADHS	.00	.08	.00
	Unterstützung MS × ADHS	-.06	.08	-.03
	Unterstützung LP × ADHS	.00	.06	.00
<i>R</i> ² adj.				.24

Anmerkungen: $N = 862$. *** $p < .001$. $\Delta R^2 = .01$ für Schritt 1 ($p < .01$); $\Delta R^2 = .13$ für Schritt 2 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .11$ für Schritt 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .00$ für Schritt 4 ($p > .05$). BP = Bezugspersonen; MS = Mitschülerinnen und Mitschüler; LP = Lehrpersonen. Geschlecht: 1 = weiblich; 2 = männlich. Konventionen zur Beurteilung der Veränderung in R^2 : .01 = klein, .06 = mittel, .14 = stark (Cohen et al., 2014).

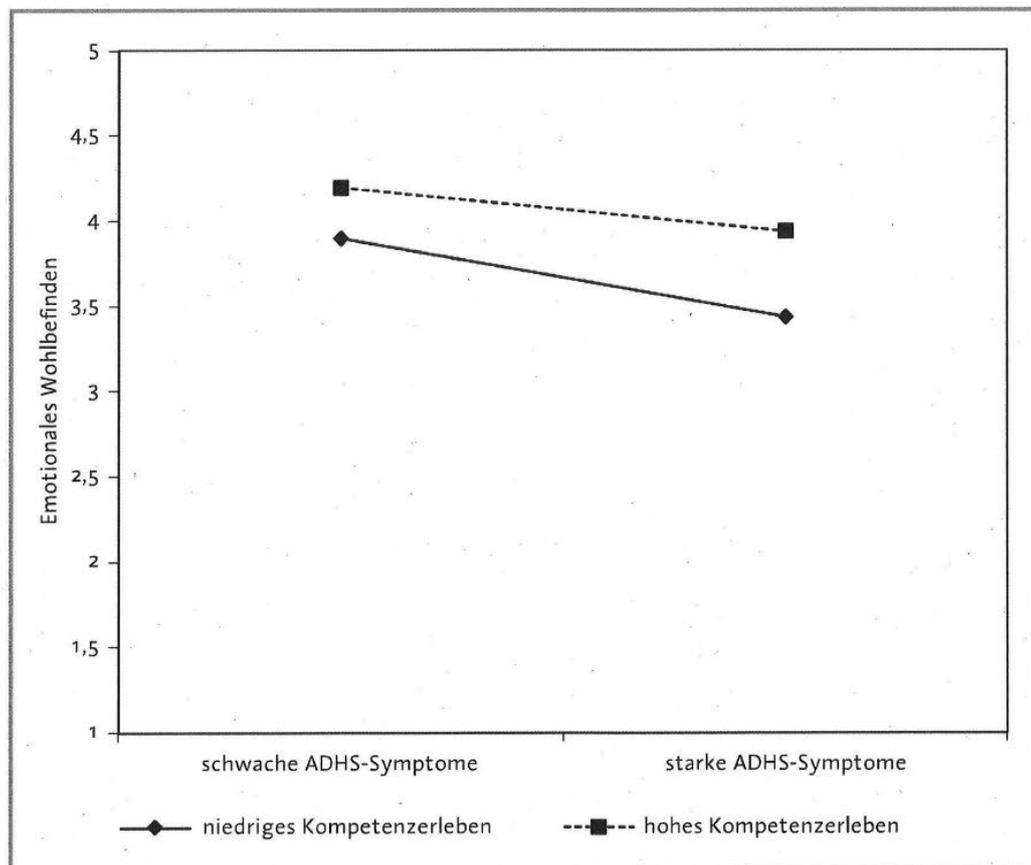


Abb. 1: Interaktionseffekt zwischen ADHS-Symptomen und Kompetenzerleben.

Anmerkungen: Bei einem hohen Kompetenzerleben fällt der Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und emotionalem Wohlbefinden schwächer aus als bei einem niedrigen Kompetenzerleben.

Symptomen und emotionalem Wohlbefinden bei einem hohen Kompetenzerleben schwächer ausfällt ($\beta = -.31; p < .001$) als bei einem niedrigen Kompetenzerleben ($\beta = -.54; p < .001$; Abbildung 1). Durch die Prädiktoren konnte in der Regressionsanalyse I gesamthaft ein Varianzanteil von $R^2 = .23$ aufgeklärt werden ($F(5, 881) = 52.99, p < .001$).

In der Regressionsanalyse II konnten signifikante Haupteffekte des Vorhandenseins von emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen ($\beta = .29, p < .001$) sowie durch Mitschülerinnen und Mitschüler ($\beta = .12, p < .001$) auf das emotionale Wohlbefinden gefunden werden. Der stärkste Effekt konnte dabei im generellen Vorhandensein der emotionalen Unterstützung durch Bezugspersonen verortet werden. Der Effekt der Mitschüler und Mitschülerinnen fiel zwar kleiner aus, stellt aber trotzdem einen hochsignifikanten Einflussfaktor auf das emotionale Wohlbefinden im Modell dar. Die emotionale Unterstützung der Lehrpersonen erwies sich hingegen als nicht signifikant. Ebenso ergaben sich keine signifikanten Interaktionseffekte. Durch die Prädiktoren konnte gesamthaft ein Varianzanteil von $R^2 = .24$ aufgeklärt werden ($F(9, 853) = 31.96, p < .001$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen in Übereinstimmung mit anderen Studien (Baumgarten et al., 2019; Schmidt et al., 2012), dass ADHS-Symptome einen substanziellen negativen Effekt auf das emotionale Wohlbefinden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben. Dieses Ergebnis überrascht nicht angesichts der spezifischen Schwierigkeiten in der Selbstregulation, des häufigen Auftretens von Komorbiditäten sowie der vielfältigen Herausforderungen im Alltag, die Betroffene erleben (Schmidt et al., 2012; Tischler et al., 2010). Es kann angenommen werden, dass sich die emotionalen Probleme bis ins Jugendalter verstärken. So zeigen Studien mit Kindern vergleichsweise weniger starke Zusammenhänge zwischen ADHS-Symptomen und emotionalem Befinden (u. a. Mastoras et al., 2018).

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass das eigene Kompetenzerleben, das Vorhandensein der emotionalen Unterstützung durch eine nahestehende Bezugsperson und Mitschüler und Mitschülerinnen einen bedeutenden Effekt auf das emotionale Wohlbefinden im Regressionsmodell haben. Dies legt den Schluss nahe, dass diese Faktoren kompensatorisch gegen die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptome auf das emotionale Wohlbefinden wirken können. Ein hohes eigenes Kompetenzerleben scheint zusätzlich auch protektiv zu wirken (ausgedrückt durch einen signifikanten Interaktionseffekt in der Regression).

Die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptome auf das emotionale Wohlbefinden können somit durch ein hohes wahrgenommenes Kompetenzerleben potenziell kompensiert und abgeschwächt werden. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (Dvorsky et al., 2019; McQuade et al., 2011; Schei et al., 2015 b), die Aspekte einer positiven Selbstwahrnehmung als Schutzfaktor für das Wohlbefinden von Jugendlichen mit ADHS hervorheben. Aus diesen Erkenntnissen kann gefolgert werden, dass die Stärkung des Kompetenzerlebens bei von ADHS-Symptomen betroffenen Jugendlichen für deren emotionales Wohlbefinden zentral ist. Gerade in der Adoleszenz, in der stabilere Annahmen über die eigene Person getroffen werden (Cole, Jacquez & Maschman, 2001), sollten Interventionen nebst der Verbesserung von spezifischen Bewältigungsfähigkeiten auch die Selbstwahrnehmung und die Überzeugungen bezüglich der eigenen Person in den Blick nehmen (Dvorsky et al., 2019; Major, Martinussen & Wiener, 2013). Ziel dabei sollte nicht sein, dass die Herausforderungen und Schwierigkeiten von Betroffenen ausgeblendet werden und auch nicht, dass Betroffenen sich in ihren Kompetenzen überschätzen (in der Literatur unter dem Begriff ‚positive illusory bias‘ diskutiert und längerfristig nicht adaptiv; Jia, Jiang & Mikami, 2016). Vielmehr sollten

sie wahrnehmen, dass auch sie ganz spezifische Stärken und Bewältigungsfähigkeiten haben. Damit könnte auch erreicht werden, dass sie weniger dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien (wie beispielsweise sozialen Rückzug) anwenden, was häufig mit einem negativen Kompetenzerleben gekoppelt ist (Brooks, 2011).

Bezüglich emotionaler Unterstützung konnte der stärkste potenziell kompensatorisch wirkende Effekt beim Vorhandensein der emotionalen Unterstützung von nahen Bezugspersonen verortet werden. Die emotionale Unterstützung von Mitschülern und Mitschülerinnen zeigt ebenso einen signifikanten Effekt auf das emotionale Wohlbefinden im Regressionsmodell. Beide Effekte gelten unabhängig von den ADHS-Symptomen für alle Jugendlichen und fallen in Übereinstimmung mit Untersuchungen aus, die die Wichtigkeit des Vorhandenseins der emotionalen Unterstützung durch nahe Bezugsperson und Gleichaltrigen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen (z. B. Ringdal et al., 2020) und spezifisch für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen (Mastoras et al., 2018; Powell et al., 2020) zeigen. Die emotionale Unterstützung vonseiten der Lehrpersonen zeigt zwar bivariate Zusammenhänge zum emotionalen Wohlbefinden ($r = .17$, $p < .001$), in der multiplen Regression unter Hinzunahme der anderen Prädiktoren ergibt sich hingegen kein signifikanter Effekt auf das emotionale Wohlbefinden mehr. Wenn man bedenkt, dass die Jugendlichen in der Sekundarstufe II mit einer Vielzahl von Lehrpersonen interagieren, erscheint es nachvollziehbar, dass der Effekt der emotionalen Unterstützung von Lehrpersonen im Vergleich zum Kindesalter (z. B. Ritter, Bilz & Melzer, 2016) eher abnimmt. Zudem geben Untersuchungen (Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson & Rebus, 2005) Hinweise darauf, dass die wahrgenommene Unterstützung durch die Lehrpersonen in einem stärkeren Zusammenhang mit schulbezogenen Variablen, wie beispielsweise schulischen Leistungen, steht als mit emotionalen Merkmalen.

Gerade weil Jugendliche mit ADHS-Symptomen oftmals Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen aufweisen (Murray-Close et al., 2010), sollte bei Betroffenen ein besonderer Blick darauf geworfen werden, welche emotionale Unterstützung für sie verfügbar ist. Dass keine protektiven Effekte (i. S. v. Interaktionseffekten) von emotionaler Unterstützung in den Analysen nachgewiesen werden konnten, schmälert die gefundenen Haupteffekte der emotionalen Unterstützung von Nahestehenden sowie Gleichaltrigen nicht. So wurde auch von Masten (2001) festgehalten, dass kompensatorische Faktoren (i. S. v. Haupteffekten) wichtige Einflussfaktoren darstellen, da sie kumulativ gegen negative Auswirkungen von Risikofaktoren wirken können. Bei Betroffenen von ADHS-Symptomen, die verschiedensten Herausforderungen gegenüberstehen, sind jegliche kompensierende Faktoren relevant, auf die im Rahmen von Behandlungs- und Präventionsstrategien fokussiert werden kann.

Im Zuge der schulischen Inklusion steigt der Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Verhaltensauffälligkeiten an allgemeinen Schulen zusätzlich an. Dies macht es notwendig, die beiden Handlungsfelder Bildung und Gesundheit zusammen zu denken und effektive Strategien zum Umgang mit den vorliegenden Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln und anzuwenden. Verschiedene Autoren (u. a. Castello, 2017; Fabiano & Pyle, 2019; Hanisch et al., 2019) schlagen für die pädagogische Praxis an Schulen bei ADHS-Symptomen eine gestufte Vorgehensweise mit evidenzbasierten Maßnahmen je nach Symptomstärke und Belastungserleben vor. Neben universellen präventiven Maßnahmen (wie beispielsweise der Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen, die u. a. zu einem positiven Selbstkonzept beitragen sollen; Casale, Hennemann & Hövel, 2014) werden auf den nachfolgenden Stufen bei Jugendlichen mit stärkeren Auffälligkeiten eine intensivere selektive und indizierte Förderung durchgeführt. Da die emotionale Unterstützung, insbesondere auch von Mitschülerinnen und Mitschülern, wesentlich zum emotionalen Wohlbefinden

von Jugendlichen mit ADHS-Symptomen beiträgt, können auch Peer-Ansätze (z. B. Peer-Mentoring) als vielversprechend angesehen werden. In verschiedenen Studien (u. a. Haft, Chen, LeBlanc, Tencza & Hoefl, 2019) haben sich solche Ansätze bereits als vielversprechende Interventionen für die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens wie auch des Kompetenzerlebens bei Jugendlichen mit ADHS-Symptomen erwiesen. Empirische Wirksamkeitsbelege bezüglich Schulinterventionen sind in Hinblick auf das Jugendalter im Vergleich zum Kindesalter jedoch generell noch rar und sollten in Zukunft vermehrt in den Blick genommen werden.

Bei Jugendlichen mit starken ADHS-Symptomen ist eine multimodale Behandlung angezeigt, die therapeutische Settings und Psychoedukations-, Selbstmanagements- und Coachingelemente beinhaltet (vgl. Linderkamp, Hennig & Schramm, 2011; Rademacher, Walter & Döpfner, 2002). Dabei sollten Lehrpersonen und Eltern aktiv in den Prozess miteinbezogen werden, da (verhaltens-)therapeutische Maßnahmen ein Übungsfeld zu Hause oder in der Schule bedingen, in dem neu erlernte Verhaltensweisen getestet werden können.

Limitationen

Obwohl es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine selektive handelt (es wurden gezielt Klassen ausgewählt, in denen jeweils mindestens ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche mit Nachteilsausgleich vertreten war), kann doch davon ausgegangen werden, dass es sich näherungsweise um eine repräsentative Stichprobe von Schulklassen auf Sekundarstufe II handelt, was das Auftreten von ADHS-Symptomen betrifft. So befand sich unter den Mittelschul- bzw. Berufsschulklassen jeweils durchschnittlich nur eine Person, die einen Nachteilsausgleich erhielt, im Großteil der Fälle (61,7 % der Nachteilsausgleichfälle) für eine Lese-Rechtschreibstörung. In die vorliegenden Analysen wurden alle Schülerinnen und Schüler der Klasse einbezogen, also auch solche mit Nachteilsausgleich. Die Ergebnisse der Analysen verändern sich nur

unwesentlich, wenn die Jugendlichen mit Nachteilsausgleich aus den Analysen ausgeschlossen werden.

Es ist weiter anzumerken, dass die Einschätzungen bezüglich ADHS-Symptomen ausschließlich auf Selbstauskünften der Jugendlichen beruhen, ohne dass Absicherung durch Fremdbeurteilungen oder diagnostische Urteile zum Tragen gekommen sind. Dennoch erschien es legitim, bei der Herleitung der Fragestellung der Untersuchung als auch bei der Diskussion der Ergebnisse Studien zu Kindern und Jugendlichen mit ADHS (-Diagnose) einzubeziehen, da verschiedene Autoren (u. a. Jenni, 2017) darauf hinweisen, dass ADHS-Symptome kontinuierlich in der Population verteilt sind und ein Spektrum darstellen. Zudem zeigen Untersuchungen (z. B. Whalen et al., 2002), dass viele Jugendliche Einschränkungen aufweisen, auch wenn ihre ADHS-Symptome im subklinischen Bereich liegen.

In die Regressionsanalyse II wurde das generelle Vorhandensein von emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen sowie die wahrgenommene emotionale Unterstützung durch Mitschülerinnen und Mitschüler und Lehrpersonen einbezogen. Hierbei kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Überschneidungen vorliegen und für die Jugendlichen z. B. auch bestimmte Mitschülerinnen oder Mitschüler wichtige Bezugspersonen sind. Weiter wurden aus statistischen Gründen zwei separate Regressionsanalysen durchgeführt. Jedoch sind die beiden darin untersuchten Schutzfaktoren (Kompetenzerleben und emotionale Unterstützung) nicht unabhängig voneinander bzw. korrelieren zwischen $r = .11$ und $.16$. Die Ergebnisse eines Gesamtregressionsmodells mit allen Prädiktoren wären vermutlich leicht anders ausgefallen.

Bezüglich Ergebnissen muss festgehalten werden, dass die zusätzlich durch die Interaktion aufgeklärte Varianz in der multiplen Regressionsanalyse I klein ausfällt (nicht mehr als 1 % der Gesamtvarianz). Dies wirft die Frage nach der praktischen Relevanz des Ergebnisses auf. Verschiedene Autoren (u. a. Judd et al., 2014; Luthar, 1993) weisen jedoch darauf hin, dass

die Feststellung jeglicher Interaktionseffekte in nicht-experimenteller Forschung, insbesondere nach der Kontrolle für verschiedene Variablen (einschließlich der interagierenden) in früheren Schritten der Regressionsanalyse, bemerkenswert ist, da statistische Interaktionsterme aus verschiedenen methodischen Gründen sehr oft mit kleinen Effektgrößen verbunden sind. So zeigt sich beispielsweise auch in einer Überblicksarbeit von Dvorsky und Langberg (2016), dass nur sehr wenige Studien, die sich mit dem Thema Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS beschäftigten, signifikante Interaktionsterme aufdecken konnten. Ein Grund für die reduzierte Teststärke bei Interaktionseffekten liegt in der eingeschränkten Varianz innerhalb von Prädiktorvariablen. Ein Großteil der Jugendlichen (83,7% der jungen Frauen und 76,4% der jungen Männer) in der schulbasierten Stichprobe gaben im Durchschnitt auf der ADHS-Skala „gar keine“ bis „ein wenig“ Symptome an. Ev. hätte man bei einer anderen Stichprobenzusammensetzung (viele Personen an beiden Polen der Symptomstärke) einen stärkeren Interaktionseffekt gefunden.

Die vorliegenden Querschnittsdaten lassen keine Rückschlüsse auf kausale Wirkungen zu und die Resultate bedürfen der Absicherung durch längsschnittliche Untersuchungen. Obwohl die Wirkrichtung nicht untersucht werden konnte, deuten die Ergebnisse im Kontext anderer Studien, die einen Einfluss des Kompetenzerlebens und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf das emotionale Wohlbefinden im Laufe der Zeit zeigen (Demaray et al., 2005; Rueger, Malecki & Demaray, 2010), darauf hin, dass die signifikanten Faktoren im Regressionsmodell der vorliegenden Untersuchung als kompensatorisch bzw. protektiv aufgefasst werden können. Insgesamt wären für die Resilienzforschung bei Jugendlichen mit ADHS-Symptomen theoriegeleitete und groß angelegte prospektive Längsschnittstudien von Nutzen, die spezifische Entwicklungsschritte von betroffenen Jugendlichen sowie relevante Schutzfaktoren aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive untersuchen würden.

Danksagung

Die Autorin dankt Claudia Schellenberg, Pia Georgi-Tscherry und Matthias Pfiffner für ihre Arbeit im Projekt und Katja Mackowiak für die hervorragende Betreuung.

Anmerkungen

- ¹ Als Maturität wird in der Schweiz die Hochschulzugangsberechtigung bezeichnet.
- ² Das eidgenössische Fähigkeitszeugnis EFZ ist eine anspruchsvolle drei- bis vierjährige Berufslehre. Parallel dazu kann eine Berufsmaturität erlangt werden.
- ³ Das eidgenössische Berufsattest (EBA) ist eine zweijährige Berufslehre, die zu einem eidgenössisch anerkannten Abschluss führt. Sie dient der Vermittlung von Qualifikationen zur Ausübung eines Berufs mit einfacheren Anforderungen.
- ⁴ Da der Nachweis von Interaktionseffekten in nicht-experimenteller Forschung u. a. wegen der schwachen statistischen Power sehr schwer ist (Judd, Yzerbyt & Muller, 2014; McClelland & Judd, 1993), wurden zwei separate Modelle gerechnet, um die Anzahl der in den Modellen enthaltenen Prädiktoren zu begrenzen.
- ⁵ Ein Schutzfaktor wirkt kompensatorisch, wenn er direkt mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines negativen Outcomes einhergeht. Die günstige Wirkung auf das Individuum ist hierbei unabhängig vom Vorhandensein eines Risikofaktors. Beispielsweise geht soziale Unterstützung grundsätzlich bei allen Jugendlichen mit erhöhtem Wohlbefinden einher (Chu, Saucier & Hafner, 2010). Von einem protektiven Schutzfaktor wird hingegen gesprochen, wenn ein Faktor die Wirkung eines Risikofaktors abpuffert. Der Schutzfaktor zeigt seine Wirkung nur bei Vorliegen eines Risikofaktors und moderiert somit die Beziehung zwischen Risikofaktor und Outcome. Typischerweise wird ein kompensatorischer Faktor mit einem direkten Haupteffekt eines Prädiktors und ein protektiver Faktor mit einem Interaktionseffekt in einer multiplen Regressionsanalyse nachgewiesen.

Literatur

- Bachmann, C. J., Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 141–148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Bandura, A., Freeman, W. & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Méyrose, A. K. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62(10), 1205–1214. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03006-9>

- Bitto, H., Mörstedt, B., Faschina, S. & Stieglitz, R.-D. (2017). ADHS bei Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 65(2), 121–131. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000311>
- Brooks, R. (2011). Building Resilience by Shaping Mindsets. In S. Goldstein, J. A. Naglieri & M. DeVries (Eds.), *Learning and Attention Disorders in Adolescence and Adulthood: Assessment and Treatment* (pp. 367–404). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bullinger, M., Brutt, A. L., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Bella Study Group. (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1(1), 125–132. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1014-z>
- Casale, G., Hennemann, T. & Hövel, D. (2014). Systematischer Überblick über deutschsprachige schulbasierte Maßnahmen zur Prävention von Verhaltensstörungen in der Sekundarstufe I. *Empirische Sonderpädagogik*, 6, 33–58. <https://doi.org/10.25656/01:9244>
- Castello, A. (2017). *Schulische Inklusion bei psychischen Auffälligkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Chu, P. S., Saucier, D. A. & Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624–645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2014). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edition). New York: Psychology Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cole, D. A., Jacquez, F. M. & Maschman, T. L. (2001). Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competence in children. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 377–395. <https://doi.org/10.1023/A:1005582419077>
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey*. St. Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- Dawson, J. F. (2014). Moderation in management research: What, why, when, and how. *Journal of Business and Psychology*, 29(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10869-013-9308-7>
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K. & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42, 691–706. <https://doi.org/10.1002/pits.20120>
- Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche*. Bern: Hogrefe.
- Dvorsky, M. R. & Langberg, J. M. (2016). A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 368–391. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0216-z>
- Dvorsky, M. R., Langberg, J. M., Becker, S. P. & Evans, S. W. (2019). Trajectories of global self-worth in adolescents with ADHD: Associations with academic, emotional, and social outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 765–780. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443460>
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K. & Meruvia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557–572. <https://doi.org/10.1023/A:1012285326937>
- Fabiano, G. A. & Pyle, K. (2019). Best practices in school mental health for attention-deficit/hyperactivity disorder: A framework for intervention. *School Mental Health*, 11(1), 72–91. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9267-2>
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual (DSM-5)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics (5th ed.)*. London: Sage Publications.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J. & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 49–65. <https://doi.org/10.1177/00222194070400010401>
- Haft, S. L., Chen, T., LeBlanc, C., Tencza, F. & Hoeft, F. (2019). Impact of mentoring on socio-emotional and mental health outcomes of youth with learning disabilities and attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(4), 318–328. <https://doi.org/10.1111/camh.12331>
- Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2001). Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72(2), 625–638. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00301>
- Hanisch, C., Casale, G., Volpe, R. J., Briesch, A. M., Richard, S., Meyer, H. et al. (2019). Gestufte Förderung in der Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 237–241. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0700-z>
- Hurrelmann, K. (2007). *Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (11., vollst. überarb. Aufl.)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Jenni, O. (2017). ADHS Spektrum. *Lernen und Lernstörungen*, 6, 113–121. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000174>
- Jia, M., Jiang, Y. & Mikami, A. Y. (2016). Positively biased self-perceptions in children with ADHD: Unique predictor of future maladjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 575–586. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0056-1>
- Judd, C. M., Yzerbyt, V. Y. & Muller, D. (2014). Mediation and Moderation. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology* (Vol. 2, pp. 653–676). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. (2013). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In C. L. Keyes (Eds.), *Mental Well-being* (pp. 3–28). Dordrecht: Springer.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Heidelberg: Springer.

- Kohn, J. & Esser, G. (2008). ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156(8), 748–756. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1731-x>
- Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: an exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61–72. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2001.tb00294.x>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 114–133. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>
- Laucht, M. (2012). Resilienz im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Frühförderung Interdisziplinär* (3), 111–119. https://doi.org/10.2378/fi_2012.art08d
- Lee, S. S., Lahey, B. B., Owens, E. B. & Hinshaw, S. P. (2008). Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 373–383. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9184-6>
- Linderkamp, F., Hennig, T. & Schramm, S. A. (2011). *ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA*. Weinheim: Beltz.
- Luthar, S. S. (1993). Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441–453.
- Major, A., Martinussen, R. & Wiener, J. (2013). Self-efficacy for self-regulated learning in adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Learning and Individual Differences*, 27, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.06.009>
- Martel, M., Nikolas, M. & Nigg, J. T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437–1444. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814cf953>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.227>
- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwean, V. L. & Climie, E. A. (2018). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 712–723. <https://doi.org/10.1177/1087054715611491>
- McClelland, G. H. & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114, 376–390. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.376>
- McQuade, J. D., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D. & Owens, J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: a longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy*, 42(2), 170–182. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.05.003>
- McQuade, J. D., Vaughn, A. J., Hoza, B., Murray-Close, D., Molina, B. S., Arnold, L. E. et al. (2014). Perceived social acceptance and peer status differentially predict adjustment in youth with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18, 31–43. <https://doi.org/10.1177/1087054712437582>
- Meinzer, M. C., Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Seeley, J. R., Gau, J. M., Chronis-Tuscano, A. et al. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood. *Depression and Anxiety*, 30(6), 546–553. <https://doi.org/10.1002/da.22082>
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S. et al. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S. et al. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*, 22, 785–802. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000465>
- Noecker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 255–263. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.4.255>
- Ostrander, R. & Herman, K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 89–98. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.89>
- Philipp-Wiegmann, F., Rösler, M., Retz, W., Schindelbeck, K. & Retz-Junginger, P. (2015). Häufigkeiten von adulten ADHS-assoziierten Symptomen in der Normalbevölkerung – Referenzwerte der ADHS-Selbstbeurteilungsskala und des Wender-Reimherr-Interviews. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(4), 267–278. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000249>
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R. et al. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 1581–1591. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01463-w>
- Rademacher, C., Walter, D. & Döpfner, M. (2002). SELBST – Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 107–118. <https://doi.org/10.1026/10942-5403.11.2.107>
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2003). Der Kindl-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 184–188). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Bjørnsen, H. N. & Moksnes, U. K. (2020). Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology*, 72(4), 313–330. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1710240>

- Ritter, M., Bilz, L. & Melzer, W. (2016). Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health behaviour in school-aged children“* (S. 181–199). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K. & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of youth and adolescence*, 39, 47. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocok, C. & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142, 1017–1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Sarubin, N., Gutt, D., Giegling, I., Bühner, M., Hilbert, S., Krähenmann, O. et al. (2015). Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item-Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 112–122. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000142>
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S. & Jozefiak, T. (2015 a). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry*, 15(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0491-0>
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Lydersen, S., Indredavik, M. S. & Jozefiak, T. (2015 b). What Predicts a Good Adolescent to Adult Transition in ADHD? The Role of Self-Reported Resilience. *Journal of attention disorders*, 22, 547–560. <https://doi.org/10.1177/1087054715604362>
- Schellenberg, C., Krauss, A., Piffner, M. & Georgi-Tscherry, P. (2020). Inklusive Didaktik und Nachteilsausgleich an Berufsfachschulen und Gymnasien. Ergebnisse des Forschungsprojektes „Enhanced Inclusive Learning“. *Schweizer Zeitschrift für Heilpädagogik*, 26(7–8), 17–26.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F. & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 15–26. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000094>
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73–82. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.49.2.73>
- Schwab, S. & Fingerle, M. (2013). Resilienz, Ressourcenorientierung und Inklusion. In S. Schwab, M. Gebhardt, E. Ederer-Fick & B. Gasteiger-Klicpera (Hrsg.), *Theorien, Konzepte und Anwendungsfelder der inklusiven Pädagogik* (S. 97–108). Wien: Facultas.wuv.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Hrsg.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Bd. 5, S. 139–159). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23–34. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.a000003>
- Torsheim, T., Wold, B. & Samdal, O. (2016). The Teacher and Classmate Support Scale. *School Psychology International*, 21, 195–212. <https://doi.org/10.1177/0143034300212006>
- Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D. D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177–190. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9095-2>
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to mid-life: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 114, 492. <https://doi.org/10.1542/peds.114.2.492a>
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., Delfino, R. J. & Lozano, J. M. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child Development*, 73, 209–227. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00401>

Annette Krauss

Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklungsförderung (IVE)
 Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
 Schaffhauserstr. 239
 Postfach 5850
 CH-8050 Zürich
 E-Mail: annette.krauss@hfh.ch

6.3 Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen

Krauss, A., & Mackowiak, K. (2023). Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 45(1), 40–52. <https://doi.org/10.24452/sjer.45.1.4>

Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen in Schule und Betrieb

Annette Krauss, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich
Katja Mackowiak, Leibniz Universität Hannover

In der vorliegenden Studie wurde die Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik quantitativ und qualitativ untersucht. 907 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 24 Jahren aus Berufsschulen und Gymnasien in der Deutschschweiz wurden im Klassenverband schriftlich befragt. Ergänzend dazu wurden drei episodische Interviews mit von ADHS betroffenen Jugendlichen geführt. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Betroffene grössere Schwierigkeiten in der schulischen und beruflichen Anforderungsbewältigung aufweisen als unauffällige Jugendliche und dass sich u.a. ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen in Schule und Betrieb hinderlich auf die Anforderungsbewältigung auswirken können.

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer Prävalenz von ca. 5% eine der häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen und persistiert bei einem Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter (Banaschewski et al., 2017; Dirks et al., 2017). Die Kernsymptomatik ist dabei dimensional in der Population verteilt und kann auch im subklinischen Bereich bedeutende Auswirkungen haben (Balázs & Keresztény, 2014). Die Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität (Falkai et al., 2018) bleiben im Jugendalter grundsätzlich erhalten, auch wenn letztere mit dem Alter meist deutlich abnimmt und einer inneren Unruhe weicht (Banaschewski et al., 2017). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen stehen eine mangelhafte Selbststeuerung und Handlungsorganisation im Vordergrund, die höchstwahrscheinlich durch eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen mitbedingt werden oder Ausdruck dieser sind; insbesondere das vorausschauende Planen, die Verhaltensinhibition, das Arbeitsgedächtnis und die Daueraufmerksamkeit sind dabei oftmals betroffen (Willcutt et al., 2005).

Eine Fülle von Studien belegt, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen in verschiedenen Lebensbereichen Probleme aufweisen. Die grössten Schwierigkeiten zeigen sich in der schulischen Anforderungsbewältigung (Frazier et al., 2007; Schramm, 2016). Im Gegensatz zum Grundschulalter ist bisher wenig darüber bekannt, wie Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS-Symptomen im Gymnasium oder in einer Berufslehre mit den Anforderungen zurechtkommen. Da in dieser Lebensphase anfordernde Entwicklungsaufgaben (z. B. Ablösung von den Eltern, Entwicklung von Autonomie, Beziehungserfahrungen) zu bewältigen sowie berufliche und persönliche Entscheidungen für den weiteren Lebensverlauf zu treffen sind, erscheint es notwendig, die Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen näher zu beleuchten.

2. Die schulische sowie berufliche Anforderungsbewältigung auf Sekundarstufe II

In der Schweiz treten die Jugendlichen nach der Oberstufe in das Gymnasium, eine andere Mittelschule oder eine Berufslehre ein. Insbesondere im Gymnasium müssen die Jugendlichen sich auf eine höhere Anzahl an Fächern und Lehrpersonen einstellen, werden mit mehr Hausaufgaben und Prüfungen konfrontiert. Auch der Übertritt in eine Berufslehre geht mit Anforderungen einher; die Auszubildenden erlernen einen bestimmten Beruf und sind zugleich reguläre Mitarbeitende eines Betriebs. Neben dem schulischen Alltag müssen sie nun praktische berufliche Aufgaben in einem Team von erwachsenen Mitarbeitenden nach betrieblichen Regeln erfüllen (Neuenschwander, 2019).

Um zu erfassen, wie die Jugendlichen diese Anforderungen auf Sekundarstufe II bewältigen, können zum einen die spezifischen Leistungen in Schule und Betrieb (z. B. schulische Noten oder Leistungsrückmeldungen von Vorgesetzten) herangezogen werden (Schafer & Baeriswyl, 2015). Zum anderen kann auch das individuelle Belastungserleben Hinweise auf die (subjektiv erlebte) Anforderungsbewältigung geben (Ball et al., 2006). Hierbei sind Stresstheorien und -modelle (z. B. das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman, 1984) ein zentraler Ausgangspunkt. Diese gehen von einer dynamischen Beziehung zwischen Situation und Person aus. Stress entsteht demzufolge immer dann, wenn die Person ihre persönlichen Ressourcen als ungenügend bewertet, um die von ihr als potentiell belastend eingeschätzte Situation zu bewältigen (Lazarus & Folkman, 1984; Seiffge-Krenke & Lohaus, 2007). Das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik kann als stressverstärkende Bedingung angesehen werden (Lohaus et al., 2007).

3. ADHS-Symptome und die schulische sowie berufliche Anforderungsbewältigung

Internationale Befunde belegen, dass sich die ADHS-Symptomatik hinderlich auf die Aufgabenbewältigung im schulischen und beruflichen Kontext auswirkt. So fallen die schulischen Leistungen von Jugendlichen mit ADHS geringer aus als aufgrund ihrer Intelligenz zu erwarten wäre (z. B. Arnold et al., 2020; Rodriguez et al., 2007); sie besuchen häufig Schulformen mit niedrigeren Anspruchsniveaus als Gleichaltrige ohne ADHS (Frazier et al., 2007; Kuriyan et al., 2013). ADHS-Symptome hängen dabei auch unabhängig von einer ADHS-Diagnose mit schulischen Leistungsdefiziten zusammen (z. B. Rodriguez et al., 2007). Die akademischen Schwierigkeiten bestehen nach der Grundschule oft unvermindert fort und verschlimmern sich in der Mittel- und Oberstufe häufig noch (Kent et al., 2011).

Studien, die die *schulische Situation* aus Sicht der Betroffenen untersuchen, zeigen u. a., dass viele Jugendliche mit ADHS-Symptomen aufgrund der täglichen Herausforderungen während der gesamten Schulzeit hohe Belastungen und ein hohes Mass an Frustration erleben und ihr Wohlbefinden als geringer einschätzen (z. B. Johansson, 2021; Lehmkuhl & Schubert, 2013; Wiener & Daniels, 2016). Entsprechend lassen sich häufig komorbide Probleme wie ein geringes Selbstwertgefühl, eine geringe Leistungsmotivation, sozialer Rückzug und weitere psychische Probleme nachweisen (z. B. Lehmkuhl & Schubert, 2013; Powell et al., 2020).

Zur *beruflichen Situation* von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen lassen sich nur wenige Untersuchungen finden. Prospektive Längsschnittstudien konnten zeigen, dass Betroffene einen niedrigeren Berufsstatus einnehmen als eine Vergleichsgruppe ohne Symptomatik (Barkley et al., 2010; Mannuzza et al., 1993). Fredriksen et al. (2014) fanden, dass insbesondere anhaltende Aufmerksamkeitsprobleme und komorbide psychische Beeinträchtigungen mit beruflichen Schwierigkeiten assoziiert sind. Eine Metaanalyse zur beruflichen Situation von Erwachsenen, die im Kindesalter von ADHS betroffen waren, macht zudem deutlich, dass die Betroffenen langfristig eine tiefere berufliche Stellung aufweisen und in weniger qualifizierten Berufen tätig sind. Darüber hinaus werden sie von Medizinerinnen und Medizinern, Arbeitgebenden und gelegentlich auch im Selbsturteil als weniger leistungsfähig eingestuft als Personen ohne entsprechende Symptome (Gordon & Fabiano, 2019).

Obwohl die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen schulische/berufliche Schwierigkeiten erlebt, ist doch auch eine grosse Heterogenität in den schulischen und beruflichen Leistungen unter den Betroffenen zu verzeichnen. So weist eine Minderheit von jungen Erwachsenen mit ADHS in der Kindheit ein vergleichbar gutes Funktionsniveau (z. B. gemessen an Bildungsabschlüssen oder Einkommen) auf wie Gleichaltrige ohne ADHS in der Vergangenheit (Hechtman et al., 2016).

4. Fragestellung

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit ADHS-Symptomen und der Anforderungsbewältigung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter im (schweizerischen) Schul- und Berufsbildungskontext. Obwohl es Studien zu den schulischen Leistungen von ADHS-Betroffenen gibt, so beziehen sich diese überwiegend auf das Kindes- und frühe Jugendalter. Die spezifische Situation von Betroffenen auf Sekundarstufe II, und insbesondere in der Berufsausbildung, wurde bisher nicht näher beleuchtet. Zudem ist die Anforderungsbewältigung von Betroffenen im subklinischen Bereich unklar. In der vorliegenden Untersuchung wurde daher der Frage nachgegangen, wie die schulischen und betrieblichen Leistungen von Betroffenen mit unterschiedlich ausge-

prägender ADHS-Symptomatik ausfallen und wie belastet sie sich in Schule und Betrieb fühlen (Fragestellung 1). Vertiefend dazu wurde anhand von drei Interviews exemplarisch die konkrete Situation von betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen daraufhin analysiert, welche spezifischen Aspekte in Schule und Betrieb als herausfordernd oder unterstützend erlebt werden (Fragestellung 2) und wie mit den herausfordernden Situationen umgegangen wird (Fragestellung 3).

5. Methode

Die vorliegende Studie ist in das Projekt «Enhanced Inclusive Learning» (EIL; Schellenberg et al., 2020)¹ eingebettet. Es verfolgte das Ziel, die Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen (und Nachteilsausgleich) auf Sekundarstufe II zu untersuchen. In die Studie wurden deshalb gezielt Klassen einbezogen, in denen jeweils mindestens ein/-e Schüler/-in mit Nachteilsausgleich vertreten war. Alle Berufs- und Mittelschulen der Deutschschweiz (insgesamt 111 Gymnasien und 137 Berufsfachschulen) wurden angefragt und konnten sich freiwillig für die Teilnahme melden. Obwohl es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine selektive handelt, kann doch davon ausgegangen werden, dass sie näherungsweise repräsentativ ist für Schüler/-innen auf Sekundarstufe II in der Deutschschweiz². So befand sich unter den Gymnasial- bzw. Berufsschulklassen jeweils durchschnittlich nur eine Person, die einen Nachteilsausgleich erhielt, meistens (61,7% der Nachteilsausgleichfälle) für eine Lese-Rechtschreibstörung.³ Im Rahmen der vorliegenden Teilstudie wurden ADHS-Symptome, das Wohlbefinden, die schulische/berufliche Anforderungsbewältigung sowie ausgewählte Schutzfaktoren untersucht (Krauss, 2022; Krauss, & Schellenberg, 2022).

5.1 Quantitative Befragung

Im Zeitraum von September 2018 bis Januar 2019 wurden 907 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 24 Jahren⁴ ($M=17.69$; $SD=1.66$; 58.9% weiblich) aus 16 Berufsschulen (44 Klassen) und 16 Gymnasien (22 Klassen) aus elf Deutschschweizer Kantonen (nach schriftlicher Einwilligung) mittels Fragebogen im Klassenverband befragt. Die Schüler/-innen des Gymnasiums ($n=344$) stammten aus dem 9. bis 13. Schuljahr. Die Berufsschüler/-innen ($n=563$) befanden sich in unterschiedlichen Ausbildungsjahren einer 3- bis 4-jährigen Ausbildung zum eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ: $n=426$) oder einer 2-jährigen Ausbildung zu einem eidgenössischen Berufsattest (EBA: $n=137$).

5.1.1 Erhebung

Die *ADHS-Symptome* wurden mit dem Selbstbeurteilungsbogen ADHS (SBB-ADHS) des Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) erhoben. Die Skala besteht aus 20 Items zu den Bereichen Unaufmerksamkeit (Item 1–9), Hyperaktivität (Item 10–16) und Impulsivität (Item 17–20), die auf einer vierstufigen Antwortskala (von 1: «gar nicht zutreffend» bis 4: «besonders zutreffend») beurteilt werden. Ein Beispielitem für die Unaufmerksamkeit lautet: «Ich lasse mich oft durch die Umgebung (äussere Reize) oder durch eigene Gedanken leicht ablenken». Die interne Konsistenz der Gesamtskala ADHS fiel gut aus (Cronbachs $\alpha=.88$).

Um die *schulische Anforderungsbewältigung* zu erfassen, wurden zum einen selbstberichtete Leistungen (schulische Noten) herangezogen. Dafür wurden die Schüler/-innen des Gymnasiums nach ihren letzten Zeugnisnoten in den Matura-relevanten Fächern Deutsch, Mathematik und Französisch oder Italienisch gefragt, welche als Durchschnittswert in die Analysen einbezogen wurden. Die Berufsschüler/-innen wurden

¹ Das Projekt wurde von den folgenden Organisationen/Stiftungen finanziell unterstützt: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB), Max Bircher Stiftung, Schweizerische Fachgesellschaft ADHS

² Die Verteilung der Ausbildung entspricht in der vorliegenden Stichprobe ungefähr der Verteilung einer repräsentativen Kohorte auf Sekundarstufe II in der Schweiz (d.h. etwa zwei Drittel der Jugendlichen in beruflicher Ausbildung vs. knapp ein Drittel in allgemeinbildenden Ausbildungsgängen. Siehe auch: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/personen-ausbildung/sekundarstufe-II.html>).

³ Die Ergebnisse der quantitativen Analysen verändern sich nur unwesentlich, wenn die Jugendlichen mit Nachteilsausgleich aus den Analysen ausgeschlossen werden.

⁴ Da der Fokus des Projekts auf dem Jugend- und frühen Erwachsenenalter lag, wurden Personen mit einem Alter über 24 Jahren aus der Stichprobe ausgeschlossen.

nach der Note des Fachkundeunterrichts gefragt. Zum anderen wurden Selbsteinschätzungen anhand einer Skala zur schulischen Belastung, die ursprünglich von Prümper et al. (1995) stammt, jedoch im Rahmen der Schweizerischen TREE-Studie (Burger & Samuel, 2017) modifiziert wurde, herangezogen. Die Skala beinhaltet fünf Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala zu beantworten sind (von 1: «sehr selten/nie» bis 5: «sehr oft/immer»). Ein Beispielitem lautet «Wenn ich nicht am Wochenende/freien Tagen lerne, schaffe ich kaum, was in der Schule von mir verlangt wird». Die interne Konsistenz fiel akzeptabel bis gut aus (Cronbachs $\alpha = .79$).

Um die *berufliche Anforderungsbewältigung* zu erfassen, wurde eine Selbsteinschätzung der Leistung im Betrieb (1 Item, von 1: «sehr schlecht» bis 6: «sehr gut») sowie der beruflichen Belastung durch die Berufliche-Belastungs-Skala von Burger und Samuel (2017) in Anlehnung an Prümper et al. (1995) erhoben. Letztere umfasst fünf Items, die analog zur schulischen Belastung mittels einer 5-stufigen Skala beantwortet werden (s. o.). Ein Beispielitem lautet: «Ich fühle mich bei der Arbeit überfordert». Die interne Konsistenz fiel ähnlich aus wie die der schulischen Belastung (Cronbachs $\alpha = .77$).

5.1.2 Auswertung

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 26. Die Skalenwerte wurden jeweils nur berechnet, wenn maximal 20% der zugehörigen Items fehlten. Es wurden keine fehlenden Werte ersetzt.

Bezüglich der ADHS-Symptomatik wurde eine Gruppeneinteilung vorgenommen, die auf Prozenträngen und Stanine-Normen beruht (in Anlehnung an das DISYPS-III-Manual von Döpfner & Görtz-Dorten, 2017). Das Manual liefert Normwerte für Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren. Da die vorliegende Stichprobe jedoch auch Personen beinhaltet, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, wurden zugunsten einer konservativeren Einschätzung von Symptomauffälligkeiten (d.h. weniger als auffällig oder grenzwertig eingestufte Personen⁵) für alle Jugendliche eigene Stanine-Normen gebildet. Hierzu wurden aus den Rohwerten der ADHS-Skala jeweils pro Geschlecht separat für unter und über 18-jährige Prozentränge berechnet, welche anschliessend in Stanine-Werte umgerechnet wurden (gemäss Bühner, 2011). Personen, die in die Stanine-Kategorien 1 bis 6 (Prozentrang 0-77; $n = 699$) fallen, wurden gemäss gängigen Konventionen (Bühner, 2011; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) in die Gruppe «unauffällige ADHS-Symptomatik» gefasst, Personen in der Stanine-Kategorie 7 (Prozentrang 78-89; $n = 103$) in die Gruppe «grenzwertige ADHS-Symptomatik» und solche in den Stanine-Kategorien 8 bis 9 (Prozentrang 90-100; $n = 93$) in die Gruppe «auffällige ADHS-Symptomatik».⁶

Die Analysen wurden getrennt für Berufsschulen und Gymnasien durchgeführt. Die drei Gruppen (unauffällige vs. grenzwertige vs. auffällige ADHS-Symptomatik) unterscheiden sich in beiden Ausbildungstypen (Gymnasium und Berufsschule) nicht signifikant hinsichtlich *Geschlecht* (Gymnasium: $\chi^2(2) = 0.10$, $p > .05$; Berufsschule: $\chi^2(2) = 0.20$, $p > .05$), *Alter* (Gymnasium: $F(2;341) = 0.34$, $p > .05$; Berufsschule: $F(2;548) = 1.72$, $p > .05$) und *Bildungsstand der Eltern* (5-stufig; Gymnasium: $F(2;337) = 2.30$, $p > .05$; Berufsschule: $F(2;533) = 1.60$, $p > .05$).

Da die Datenerhebung im Klassenverband stattfand, liegt eine geschachtelte Datenstruktur vor, d. h., dass sich die Schüler/-innen innerhalb einer Klasse im Durchschnitt ähnlicher sind als zwischen den Klassen⁷. Um

⁵ Dass die Einschätzung von Symptomauffälligkeiten mit der gewählten Methode konservativer ausfiel (d.h. weniger Personen als auffällig oder grenzwertig eingestuft wurden), als wenn die Normwerte des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) übernommen worden wären, hängt u. a. damit zusammen, dass in der vorliegenden Untersuchung im Gegensatz zu anderen Untersuchungen (z. B. Döpfner et al., 2015) keine negative Korrelation zwischen der ADHS-Symptomatik und dem Alter gefunden wurde ($r = .08$, $p < .05$).

⁶ Aufgrund der relativ grossen Stichprobengrösse erschien es legitim, die Gruppen auf diese Weise einzuteilen. In bevölkerungsbezogenen Stichproben wird oftmals auf Prozentränge zurückgegriffen, um eine Gruppeneinteilung bzgl. sozio-emotionaler Auffälligkeiten vorzunehmen (z. B. bei Lohbeck et al., 2015). Es ist zu berücksichtigen, dass die Klassifizierung somit an keine festen äusseren Kriterien gebunden ist und auf einem Vergleich der Symptomatik der betreffenden Person mit der Symptomatik anderer Personen in der Stichprobe desselben Geschlechts beruht.

⁷ Die Intraklassenkorrelationskoeffizienten (ICC) zeigen beispielsweise, dass zwischen den Klassen beträchtliche Unterschiede hinsichtlich selbstangegebener Schulleistungen bestehen (zwischen rund 13 und 18 Prozent der Unterschiede in diesen Merkmalsbereichen gehen auf Unterschiede zwischen den Klassen zurück).

dieser «Nestung» der Daten Rechnung zu tragen, wurden lineare gemischte Modelle (MIXED Prozedur in SPSS) gerechnet und die Ebene Klasse⁸ als zufälliger Effekt definiert.

5.2 Qualitative Befragung

Als Ergänzung zu den quantitativen Daten wurden Jugendliche und junge Erwachsene, mit einer grenzwertigen (Stanine-Wert 7) oder starken ADHS-Symptomatik (Stanine-Wert 8 oder 9), die zudem angaben, von ADHS betroffen zu sein und eine medizinische Diagnose erhalten zu haben⁹ ($n = 20$), für ein Interview angefragt. Drei Personen erklärten sich bereit dazu: eine 18-jährige Berufsschülerin (Aurélia¹⁰, Detailhandelsassistentin EBA), eine 17-jährige Berufsschülerin (Elena, Fachangestellte Gesundheit EFZ) und ein 18-jähriger Gymnasialschüler (Aaron, halbprivates Gymnasium). Alle erhielten als Entschädigung einen Gutschein im Wert von 20 Franken.

5.2.1 Erhebung

Es wurden episodische Interviews (Flick, 2011) geführt mit dem Ziel, relevante Alltagssituationen (z. B. «Gab es ein Erlebnis/eine Situation in den letzten zwei Wochen in der Schule, welche/s für Sie eine Herausforderung war?») und semantisches Wissen (z. B. «Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind?») zu erfassen. Im Interviewleitfaden wurden folgende thematische Schwerpunkte gesetzt: herausfordernde Situationen in Schule bzw. Betrieb, Umgang mit herausfordernden Situationen in Schule bzw. Betrieb.¹¹ Die Interviews wurden zwischen September und November 2019 von der Erstautorin durchgeführt und dauerten zwischen 30 und 46 Minuten. Der Ort wurde von den Interviewteilnehmenden ausgewählt.

5.2.2 Auswertung

Die Interviews wurden transkribiert (gemäss Dresing & Pehl, 2012) und im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012) mit Hilfe des Programms MAXQDA ausgewertet. Es wurden zunächst deduktive Kategorien auf der Grundlage des zentralen Erkenntnisinteresses gebildet. Diese entsprachen den thematischen Schwerpunkten des Interviewleitfadens. Im Schritt der induktiven Kategorienbildung wurden diese erweitert (um die Kategorie «unterstützende Aspekte») und ausdifferenziert.

6. Ergebnisse

6.1 Wie fallen die Leistungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik aus und wie belastet fühlen sie sich in Schule und Betrieb?

Die Ergebnisse der linearen gemischten Modelle belegen einen signifikanten Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit (unauffällige vs. grenzwertige vs. auffällige ADHS-Symptomatik) auf die schulischen Leistungen sowie das schulische Belastungserleben im *Gymnasium* (vgl. Tab. 1¹²). Schüler/-innen mit auffälligen ADHS-Symptomen geben einen tieferen Notenschnitt an und fühlen sich in der Schule belasteter als Jugendliche mit unauffälliger Symptomatik. Schüler/-innen mit grenzwertigen ADHS-Symptomen unterscheiden sich weder von den Jugendlichen mit auffälliger noch von denen mit unauffälliger Symptomatik signifikant.

⁸ Die Resultate der Analysen unterscheiden sich nicht bei dem alleinigen Einbezug der Clustervariable «Klasse» und dem Einbezug der Clustervariablen «Klasse» plus «Schule».

⁹ Es kann aus dem Fragebogen nicht mit Sicherheit bestimmt werden, ob die medizinische Diagnose für ADHS oder eine andere Beeinträchtigung gestellt wurde. Bei den Personen, die sich für die Interviews bereit erklärten, wurde deshalb nochmal spezifisch nach einer ADHS-Diagnose gefragt.

¹⁰ Die echten Namen wurden durch Pseudonyme ersetzt.

¹¹ Weitere Fragen des Interviews bezogen sich auf andere, für den Beitrag nicht relevante Themen.

¹² Effektstärken sind bei linearen gemischten Modellen schwer zu berechnen (LaHuis et al., 2014); deshalb wurde auf die Angabe verzichtet.

Tabelle 1

Gymnasium: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Anforderungsbewältigung sowie Ergebnisse der linearen gemischten Modelle

	ADHS-Symptomatik			df	F
	Unauffällig (n= 263-268)	Grenzwertig (n= 34-35)	Auffällig (n=38-40)		
Notenschnitt	4.63 (0.47) ^a	4.55 (0.46) ^{a,b}	4.44 (0.45) ^b	2;322	3.75*
Belastung Schule	2.52 (0.71) ^a	2.62 (0.71) ^{a,b}	2.84 (0.73) ^b	2;338	4.33*

Anmerkungen. ^{a, b, c}: Unterschiedliche Indizes weisen auf signifikante Unterschiede in den Post-hoc-Analysen hin (Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni); * p < .05.

Auch in der *Berufsschule* zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit auf alle schulischen und beruflichen Masse der Anforderungsbewältigung (vgl. Tab. 2). So geben Berufsschüler/-innen mit grenzwertiger oder auffälliger Symptomatik einen tieferen Notenschnitt an und fühlen sich in der Schule belasteter als Jugendliche und junge Erwachsene mit unauffälliger Symptomatik. Jugendliche mit auffälliger Symptomatik schätzen zudem ihre betrieblichen Leistungen tiefer ein als Jugendliche mit unauffälliger Symptomatik und fühlen sich im Betrieb belasteter (Schüler/-innen mit grenzwertigen ADHS-Symptomen unterscheiden sich in diesen beiden Massen nicht signifikant von den beiden anderen Gruppen).

Tabelle 2

Berufsschule: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Anforderungsbewältigung sowie Ergebnisse der linearen gemischten Modelle

	ADHS-Symptomatik			df	F
	Unauffällig (n= 341-428)	Grenzwertig (n=46-68)	Auffällig (n= 47-53)		
Note Fachkunde	5.01 (0.51) ^a	4.80 (0.64) ^b	4.74 (0.75) ^b	2;420	6.95**
Leistung Betrieb	5.00 (0.62) ^a	4.87 (0.65) ^{a, b}	4.73 (0.80) ^b	2;534	4.11*
Belastung Schule	2.24 (0.70) ^a	2.69 (0.78) ^b	2.76 (0.79) ^b	2;543	21.16***
Belastung Betrieb	2.60 (0.65) ^a	2.80 (0.67) ^{a, b}	3.03 (0.77) ^b	2;545	10.49***

Anmerkungen. ^{a, b, c}: Unterschiedliche Indizes weisen auf signifikante Unterschiede in Post-hoc-Analysen hin (Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni); * p < .05. ** p < .01. *** p < .001

6.2 Welche Faktoren und Aspekte im Kontext Schule bzw. Betrieb werden von den Jugendlichen als herausfordernd oder als unterstützend erlebt?

In allen Interviews werden ungünstige *Lern- oder Arbeitsbedingungen* in Schule und Betrieb als Herausforderung beschrieben. Bezüglich der Unterrichtsgestaltung erleben die drei befragten Jugendliche Probleme, wenn die Lehrperson im Rahmen eines Frontalunterrichts viel redet und Inhalte sehr schnell und einformig vermittelt (z.B. durch viele Folien). Im betrieblichen Setting sind es insbesondere monotone administrative Arbeiten (z.B. am Computer).

Vor allem wenn es Sachen sind wie der Computer, wo eigentlich andauernd das Gleiche zu tun ist. Man muss sitzen und sich konzentrieren. (Elena: 73)

Ein hoher Geräuschpegel oder andere ablenkende Reize führen bei den drei Jugendlichen ebenfalls zu Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit. Erleichternd wird dagegen von ihnen erlebt, wenn der Unterrichts- oder Betriebsalltag abwechslungsreich und aktivierend gestaltet wird. Auch flexible und zugleich klare Strukturen werden positiv bewertet. So hilft den Befragten beispielweise ein Rückzugsort oder die Möglichkeit, einen Einzelplatz zu nutzen oder auch zwischendurch den Raum zu wechseln beim Lernen und Arbeiten.

In den Interviews wird deutlich, dass *soziale Interaktionen* teilweise als Herausforderung erlebt werden. So kann die Anwesenheit vieler Menschen oder die Arbeit in grossen Gruppen die Konzentration der befragten

Jugendlichen massiv erschweren. Im Umgang mit Gleichaltrigen und Vorgesetzten zeigen sich häufig impulsive Reaktionen, die die Beziehungen belasten können.

Also dieser eine Konflikt mit dieser Arbeitskollegin [...] ich fahre ziemlich schnell aus mir raus und sage Sachen, die nicht gut sind. (Elena: 62)

Die Prüfungsvorbereitung ist für die befragten Jugendlichen insgesamt eine herausfordernde Situation. Im Gespräch wird ersichtlich, dass erst ein starker Prüfungsdruck dazu führt, dass sie mit dem Lernen beginnen; sie prokrastinieren und erleben teilweise Blockaden.

Also, ich versuche es immer so ein bisschen hinauszuzögern, bis dann schlussendlich der zweitletzte Tag ist [...] Wie fange ich an? Wie lange? Wie viele Pausen? So [...] dann mache ich wieder eine halbe Stunde Pause, gehe eine Zigarette rauchen, trinke einen Kaffee. Und dann fange ich wieder von Neuem an. (Elena: 78)

Auch in anderen Situationen, in denen Organisations- und Planungsfähigkeiten verlangt werden, treten bei den Befragten Schwierigkeiten auf. Beispielsweise werden (Abgabe-)Termine versäumt, Hausaufgaben oder Bücher vergessen. Entsprechend wird eine klare übergeordnete Organisation durch Schule bzw. Betrieb (z. B. Terminlisten, klare Regeln und Abläufe) von den Befragten als hilfreich erlebt.

Während die Interviewten keine grundsätzliche «Sonderbehandlung» wollen, empfinden sie eine Schul- oder Betriebskultur, die von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist, für das Lernen als hilfreich.

[...] eine Schule kann nicht auf jeden einzelnen Schüler eingehen. Und dann wäre es einfach wichtig, eine allgemeine Atmosphäre zu haben [...] Ja, das sehe ich so als das Wichtigste. (Aaron: 155)

Neben äusseren Aspekten können auch komorbide Probleme wie Motivationslosigkeit und emotionale Schwankungen die Konzentration der drei Jugendlichen zusätzlich beeinträchtigen.

Ja, ich würde sagen, das Problem an ADHS ist halt, dass es so ein bisschen einen innerlichen Kampf verursacht [...] Ich spüre sehr stark, was ich machen möchte, aber eben diese Ablenkung, die wenige Motivation und diese Sachen, die wirklich sehr typisch sind für ADHS, und das löst in mir dann immer/ oder phasenweise sehr krass so eine Aufregung aus [...] Darum würde ich sagen emotional ist es auch sehr belastend. (Aaron: 137)

Emotionalen Rückhalt finden die befragten Jugendlichen bei verschiedenen Personen (Eltern, Freunde) in ihrem Umfeld. Diese fungieren als wichtige Stütze, geben aber auch wertvolle Rückmeldungen zum Verhalten der Jugendlichen und zeigen Grenzen auf.

6.3 Wie gehen die betroffenen Jugendlichen mit den herausfordernden Situationen in Schule bzw. Betrieb um?

Die Interviewten beschreiben situative (Unterrichts-)Strategien im unmittelbaren Umgang mit den Konzentrationsschwierigkeiten. So hören sie in Situationen, in denen sie selbstständig an einer Aufgabe arbeiten und es von der Lehrperson oder dem/der Berufsbildner/-in erlaubt wird, mit Kopfhörern Musik, kauen Kaugummi, zeichnen oder fordern Pausen ein.

Ebenfalls werden einige Strategien genannt, die die Jugendlichen in Bezug auf das Lernen anwenden. Beispielsweise wird der Lernort als relevant angesehen. So berichtet Aaron davon, dass er seit Jahren nicht mehr zu Hause gelernt hat, da ihn dort viel zu viel ablenkt. Ausserdem zieht er seine Motivation für das Lernen aus der Anwesenheit von Mitschüler/-innen.

[...] mein grösster Feind in der Schule ist schon immer die Motivation gewesen, die mangelt. Und die bekomme ich eben von meinen Mitschülern. Wenn ich sehe, sie sind dran dann, sollte ich es auch sein. Und daheim habe ich dieses Konzept nicht. Und dann mache ich alles lieber als Lernen. (Aaron: 113)

Die zwei Berufsschülerinnen erzählen davon, dass sie Lehrpersonen sowie Berufsbildner/-innen mehrheitlich über ihre Symptome aufgeklärt haben und dass sie in gewissen Situationen unmittelbar ihre Schwierigkeiten ansprechen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Das Wissen über das Störungsbild und dessen Folgen schafft für die befragten Jugendlichen gemäss Selbstauskunft die Grundlagen für Verständnis und Akzeptanz.

Selbstbezogene Strategien wie Selbstreflexion und Selbstakzeptanz stellen für die Befragten wesentliche Elemente des Umgangs mit ADHS dar. Die drei Jugendlichen setzen sich gedanklich bewusst mit ihren Schwierigkeiten und dem Umgang damit auseinander. Dazu gehört, sich selbst besser kennenzulernen, eigene Lösungswege zu entwickeln, die eigenen Rückschläge zu reflektieren, sich bei Bedarf Hilfe zu holen und sich Gedanken um die Zukunft und die eigenen Ziele zu machen.

Ja, ich habe angefangen über mich selbst nachzudenken. Ich habe gemerkt, andere Leute machen es so, ich versuche es auch so. Es ging nicht. Dann habe ich nach anderen Lösungen gesucht. Das geht nicht von einem Moment auf den anderen. Zwei, drei Jahre musst du einfach versuchen, das so irgendwie hinzubekommen. (Elena: 122)

Die Interviewten schildern zudem, dass sie eine gewisse Akzeptanz für die eigenen Schwierigkeiten und Bedürfnisse entwickeln mussten, die sich erst mit dem Älterwerden einstellte.

[...] und ich selber habe dann auch gedacht, eigentlich ist es egal, wie ich bin. Ich kann so sein, wie ich bin, und muss mich nicht immer allen anpassen. Weil, ich habe mich oft so gefühlt, als würde ich nicht in die Gesellschaft gehören. Als wäre ich ein defektes Produkt [...] (Aurélia: 275)

Professionelle Hilfe wird von den Befragten nur phasenweise in Anspruch genommen. Die Jugendlichen sehen darin vor allem eine Art Absicherung bei starker Verschlechterung der Symptome. Alle drei erzählen auch von ihren Erfahrungen mit Medikamenten, haben sich aber im Laufe ihrer Entwicklung (bewusst oder aufgrund von Nebenwirkungen) dagegen entschieden, diese weiter zu nehmen.

7. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung liefert im Einklang mit anderen Studien (z. B. Frazier et al., 2007; Gordon & Fabiano, 2019) Hinweise, dass ADHS-Symptome in einem negativen Zusammenhang mit den schulischen und beruflichen Leistungen und in einem positiven Zusammenhang mit dem Belastungserleben im Jugend- und jungen Erwachsenenalter stehen. Diese Resultate deuten auf erhöhte Probleme in der Anforderungsbewältigung bei Betroffenen hin. Die Untersuchung geht über bisherige Befunde insofern hinaus, als dass sie nahelegt, dass negative Konsequenzen bereits bei Jugendlichen mit subklinischer Symptomatik auftreten können. So geben Berufsschüler/-innen mit einer grenzwertigen (subklinischen) Symptomatik sowohl schlechtere Noten als auch eine höhere schulische Belastung an als ihre Mitschüler/-innen ohne ADHS-Symptome. Dass sich Berufsschüler/-innen mit grenzwertiger Symptomatik von denen mit unauffälliger Symptomatik unterscheiden, Gymnasialschüler/-innen mit grenzwertiger Symptomatik aber nicht, könnte zum einen damit zusammenhängen, dass erstere eine signifikant stärkere ADHS-Symptomatik aufweisen als letztere¹³. Zum anderen ist jedoch auch davon auszugehen, dass Gymnasialschüler/-innen mit ADHS-Symptomen durchschnittlich über höhere kognitive Fähigkeiten verfügen als betroffene Berufsschüler/-innen und damit die negativen Auswirkungen der Symptomatik (teilweise) zu kompensieren vermögen (Baggio et al., 2020). Zudem verfügen sie möglicherweise auch über eine stärkere soziale Unterstützung aus dem familiären Umfeld, da sie häufiger aus sozial privilegierten Elternhäusern mit höherem Bildungsniveau stammen als Berufsschüler/-innen (z. B. Hupka-Brunner et al., 2016). Die Schwelle für Beeinträchtigungen aufgrund der Symptomatik liegt vermutlich je nach individuellen Ressourcen (d.h. kompensierenden Faktoren) tiefer oder höher.

Die qualitativen Ergebnisse liefern erste Hinweise auf die Frage, welche spezifischen Aspekte in Schule und Betrieb von Betroffenen als herausfordernd oder unterstützend erlebt werden. In den Interviews wurde deutlich, dass sich die grössten Schwierigkeiten für die Befragten aufgrund von ungünstigen Lernbedingungen in Schule und Betrieb ergeben (z. B. Settings, die eine hohe bzw. langanhaltende Konzentration erfordern oder viele ablenkende Reize beinhalten). Die Schwierigkeiten von ADHS-Betroffenen mit «klassischen Unterrichtsmethoden» stehen im Einklang mit Ergebnissen anderer Studien (u.a. Jansen et al., 2017; Johansson, 2021). Um die betroffenen Jugendlichen diesbezüglich zu unterstützen, wäre eine effektive Klassenführung sowie eine sinnvolle Arbeitseinteilung im Betrieb möglicherweise hilfreich. Die von den Befragten berichteten unterrichtsübergreifenden Schwierigkeiten beim Lernen und ganz generell, wenn Organisations- und Planungsfähigkeiten gefordert werden, können durch klare und zugleich flexible Strukturen reduziert werden (z.B. Abwechslung und Möglichkeiten zur aktiven Mitarbeit, Einzelarbeitsplätze oder Rückzugsmöglichkeiten; siehe auch Wiener & Daniels; 2016).

Auf übergeordneter Ebene sehen die drei Befragten eine Schulhaus- und Betriebskultur als hilfreich an, die von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist und somit Beeinträchtigungen «auffangen» kann. Denn obwohl es wichtig ist, dass Vorgesetzte und Lehrpersonen über ihre Schwierigkeiten aufgeklärt sind, wollen sie keine

¹³ Berufsschule (grenzwertig): $M = 1.10$, $SD = 0.11$; Gymnasium (grenzwertig): $M = 1.04$, $SD = 0.10$; Gruppenvergleich: $t(101) = -2.59$, $p < 0.01$.

grundsätzliche «Sonderbehandlung» (Wiener & Daniels, 2016). Das gewünschte Setting entspricht einer inklusiven Schul- bzw. Betriebskultur (Stein et al., 2016), die auf Seiten der (pädagogischen) Fachkräfte nicht nur das Wissen über Beeinträchtigungen und eine (oft auf dem Wissen basierende) offene Einstellung, sondern auch höhere Autonomie und Gestaltungsspielräume hinsichtlich der Strukturen (z.B. personelle Ressourcen, Räumlichkeiten, Aufbau von multiprofessionellen Unterstützungsnetzwerken) voraussetzt. Die verschiedenen Lernorte, Akteure und Zuständigkeiten auf Sekundarstufe II erfordern eine klare übergeordnete Organisation und Koordination, die gemäss Aussagen der Interviewteilnehmenden für ADHS-Betroffene wichtig ist.

Im Umgang mit den herausfordernden Situationen und Aspekten in Schule und Betrieb wenden die drei befragten Jugendlichen verschiedene Strategien an. Dazu gehören situative (Unterrichts-)Strategien (z. B. Musikhören), Lernstrategien, Suche nach sozialer Unterstützung, selbstbezogene Strategien sowie professionelle Hilfe und Medikamente. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Jugendlichen gewisse adaptive Bewältigungsstrategien anwenden. Im Rahmen von Unterstützungsmassnahmen, wie beispielsweise der fachkundigen individuellen Begleitung (fiB) in der EBA-Ausbildung (Hofmann & Schellenberg, 2019; Stern et al., 2018), könnte das individuelle Verhalten und Erleben der Jugendlichen mit ADHS-Symptomen fokussiert und ihre Ressourcen und Strategien zusätzlich gezielt gestärkt werden. Neben Interventionen zur Verbesserung des Selbst- und Lernmanagements (Gureasko-Moore et al., 2006; Langberg et al., 2012) wäre es auch denkbar, dass Interventionen zum Umgang mit Belastungen bzw. Stress für Jugendliche mit ADHS-Symptomen hilfreich sein könnten, da andere Untersuchungen (z. B. Barra et al., 2021; Hampel & Desman, 2006) zeigen, dass Jugendliche mit ADHS(-Symptomatik) im Umgang mit Stress häufig auch maladaptive Bewältigungsstrategien anwenden¹⁴.

Wenn eine stärkere ADHS-Symptomatik vorliegt und zusätzlich Schwierigkeiten im Umgang mit (Schul-) Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten sowie starke motivationale und emotionale Schwankungen auftreten, ist oftmals eine multimodale therapeutische Behandlung mit Psychoedukations-, Selbstmanagements- und Coaching-Elementen notwendig (Linderkamp et al., 2011; Rademacher et al., 2002). Die befragten Jugendlichen in der vorliegenden Untersuchung nahmen professionelle Hilfe nur phasenweise in Anspruch. Auch andere Untersuchungen zeigen, dass die Therapiemotivation bei Jugendlichen mit ADHS oft unzureichend ist (Bachmann et al., 2017), und dass sich zudem im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter oftmals die Problematik eines «transition gap» in Bezug auf die psychiatrische Versorgungslage (Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie; Alvarez Fischer et al., 2019) ergibt. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die therapeutischen Hilfesysteme nicht näher an die Settings der Jugendlichen heranrücken sollten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrischen Versorgungswesen und Akteuren des Bildungswesens wäre diesbezüglich hilfreich (Bylinski, 2016; Eck & Ebert, 2020).

8. Limitationen und Ausblick

Kritisch anzumerken ist, dass die Einschätzungen bezüglich der ADHS-Symptome im quantitativen Teil ausschliesslich auf Selbstauskünften beruhen – ohne eine Absicherung durch diagnostische Urteile. Dennoch erschien es legitim, sowohl bei der Herleitung der Fragestellung als auch bei der Diskussion Studien zu Betroffenen mit ADHS-Diagnosen einzubeziehen, da ADHS-Symptome kontinuierlich in der Population verteilt sind und bereits milde Symptome einschränkend wirken können (Balázs & Keresztény, 2014).

Auch die Leistungsmasse basieren auf Selbstberichten von schulischen Noten und einer globalen 1-Item-Selbsteinschätzung der Leistungen im Betrieb. Diese Herangehensweise ist mit verschiedenen Problematiken verbunden. Neben möglichen Verzerrungen aufgrund von Erinnerungsschwierigkeiten, sozialer Erwünschtheit etc., müssen die schulischen Noten nicht zwingend mit den tatsächlichen Schulleistungen übereinstimmen. Auch ist ein Vergleich von (unterschiedlichen) Noten über verschiedene Bildungssettings hinweg nicht unproblematisch. Zudem muss bemerkt werden, dass tiefe(re) schulische Noten nicht zwingendermassen als mangelnde Anforderungsbewältigung eingestuft werden müssen. Sie können beispielsweise bei einer niedrigen kognitiven Leistungsfähigkeit durchaus als Zeichen einer den Möglichkeiten entsprechenden Bewältigung von

¹⁴ Es ist davon auszugehen, dass es hauptsächlich an der methodischen Herangehensweise liegt, dass in der vorliegenden Untersuchung nur wenige maladaptive Strategien (z. B. übermässiger Cannabis-Konsum; Aurélie: 181) von den drei Jugendlichen genannt wurden. So wurde gezielt nach Strategien im Umgang mit herausfordernden Situationen gefragt. Zudem war das Ziel nicht die Erfassung von spezifischen Copingstilen.

hohen Anforderungen angesehen werden. In Kombination mit einem erhöhten individuellen Belastungsleben wurden tiefere Noten in der vorliegenden Untersuchung jedoch als «Probleme bzw. Schwierigkeiten in der Anforderungsbewältigung» gedeutet.

Insgesamt kann die vorliegende Untersuchung somit nur eine Annäherung an die tatsächlichen Leistungen in Schule und Betrieb bieten. In zukünftigen Untersuchungen sollten zusätzlich Fremdbeurteilungen durch Lehrpersonen sowie Vorgesetzte im Betrieb herangezogen werden, um die Validität der Erfassung zu erhöhen.

Die vorliegenden Querschnittdaten lassen keine Rückschlüsse auf kausale Wirkungen zu. Im Kontext von längsschnittlichen Untersuchungen, die sich mit der Thematik befassen (z. B. Scholtens et al., 2013) kann jedoch die Wirkrichtung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden. Zukünftig wären gross angelegte prospektive Längsschnittstudien von Nutzen, die die Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen in unterschiedlichen Entwicklungsstufen untersuchen.

Mit Hilfe der ergänzenden qualitativen Untersuchung wurde versucht, erste Hinweise auf die Frage zu finden, warum Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS-Symptomen erhöhte Probleme in der Anforderungsbewältigung zeigen. Dies geschieht im Beitrag noch eher in allgemeiner Weise. Weitere zukünftige Untersuchungen sollten die gefundenen Hinweise stärker verfolgen und u. a. überprüfen, inwiefern eine effektive Klassenführung sowie Arbeitseinteilung mit abwechslungsreichen und aktivierenden Elementen für Jugendliche mit ADHS(-Symptomen) hilfreich sein können. Hierzu könnten beispielsweise kontrollierte Einzelfalluntersuchungen (Jain & Spiess, 2012) durchgeführt und quantitative und qualitative Ergebnisse auf Einzelfallebene trianguliert werden.

Literatur

- Alvarez Fischer, D., Zimmermann, C., Rudolph, F. M., Bubenzer, R. H. & Kis, B. (2019). *Transition bei ADHS. Kinder- und Jugendmedizin*, 19(05), 352-357. <https://doi.org/10.1055/a-1003-0098>
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73-85. <https://doi.org/10.1177/1087054714566076>
- Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F. (2017, Mar 3). ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 141-148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Baggio, S., Hasler, R., Deiber, M.-P., Heller, P., Buadze, A., Giacomini, V., & Perroud, N. (2020). Associations of executive and functional outcomes with full-score intellectual quotient among ADHD adults. *Psychiatry Research*, 294, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113521>
- Balázs, J., & Keresztény, Á. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
- Ball, J., Lohaus, A. & Miebach, C. (2006). Psychische Anpassung und schulische Leistungen beim Wechsel von der Grundschule zur weiterführenden Schule. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38(3), 101-109. <https://doi.org/10.1026/0049-8637.38.3.101>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. A Current Overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford press.
- Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F. & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128, 981-992. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02311-5>
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Pearson.
- Burger, K., & Samuel, R. (2017). The role of perceived stress and self-efficacy in young people's life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 46, 78-90. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0608-x>
- Bylinski, U. (2016). Gestaltung individueller Entwicklungsprozesse und inklusiver Lernsettings in der beruflichen Bildung. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, 30.
- Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B., & Mette, C. (2017). ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen- Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, 85(06), 336-344. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100763>
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Hogrefe.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. & BELLA study group. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 665-673. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0634-8>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2012). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. dr dresing & pehl GmbH.
- Eck, R., & Ebert, H. (2020). Transitionen gestalten: Schnittstelle zwischen Berufsschule, Jugendhilfe und Psychiatrie. In R. Stein & H.-W. Kranert (Hrsg.), *Inklusion in der Berufsbildung im kritischen Diskurs* (Vol. 17, pp. 157-168). Frank & Timme.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Sass, H., & Zaudig, M. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, 2. korr. Auflage*. Hogrefe.

- Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In G. Oelerich & H. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (pp. 273-280). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92708-4_17
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007, Jan-Feb). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities, 40*(1), 49-65. <https://doi.org/10.1177/00222194070400010401>
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V., & Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 6*(2), 87-99. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0126-1>
- Gordon, C. T., & Fabiano, G. A. (2019). The transition of youth with adhd into the workforce: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 22*(3), 316-347. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00274-4>
- Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J., & White, G. P. (2006). The effects of self-management in general education classrooms on the organizational skills of adolescents with ADHD. *Behavior modification, 30*(2), 159-183. <https://doi.org/10.1177/002221949803100604>
- Hampel, P. & Desman, C. (2006). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55*(6), 425-443. <https://doi.org/10.25656/01:975>
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Molina, B. S., Hinshaw, S. P., & Jensen, P. S. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(11), 945-952. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>
- Hofmann, C., & Schellenberg, C. (2019). Der Übergang Schule – (Aus-)Bildung – Beschäftigung in der Schweiz. Ein Überblick mit Fokus auf die berufliche Ausbildung. In C. Lindmeier, F. Fasching, B. Lindmeier, & D. Sponholz (Hrsg.), *Inklusive Berufsorientierung und berufliche Bildung – aktuelle Entwicklungen im deutschsprachigen Raum* (pp. 194-217). Beltz Juventa.
- Hupka-Brunner, S., Samuel, R., & Bergman, M. M. (2016). Der Einfluss der sozialen Herkunft auf postobligatorische Bildungsverläufe in der Schweiz. In K. Scharenberg, S. Hupka-Brunner, T. Meyer, & M. M. Bergman (Hrsg.), *Transitionen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der Schweizer Längsschnittstudie TREE* (pp. 45-74). Seismo.
- Jain, A. & Spiess, R. (2012). Versuchspläne der experimentellen Einzelfallforschung. *Empirische Sonderpädagogik, 4*, 211-245. <https://doi.org/10.25656/01:9300>
- Jansen, D., Petry, K., Ceulemans, E., Van der Oord, S., Noens, I., & Baeyens, D. (2017). Functioning and participation problems of students with ADHD in higher education: which reasonable accommodations are effective? *European Journal of Special Needs Education, 32*(1), 35-53. <https://doi.org/10.1080/08856257.2016.1254965>
- Johansson, S. T. (2021). Looking back on compulsory school: narratives of young adults with ADHD in Sweden. *Emotional and Behavioural Difficulties, 1-13*. <https://doi.org/10.1080/13632752.2021.1930904>
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., Gnagy, E. M., Biswas, A., Babinski, D. E., & Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(3), 451-462. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9472-4>
- Krauss, A. (2022). ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 69*, 1-14. <https://doi.org/10.2378/peu2022.art07d>
- Krauss, A. & Schellenberg, C. (2022). ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults. *European Journal of Health Psychology, 29*(4), 165-174. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000104>
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., Babinski, D. E., Walther, C., Cheong, J., Yu, J., & Kent, K. M. (2013). Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(1), 27-41. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9658-z>
- LaHuis, D. M., Hartman, M. J., Hakoyama, S., & Clark, P. C. (2014). Explained variance measures for multilevel models. *Organizational Research Methods, 17*(4), 433-451. <https://doi.org/10.1177/1094428114541701>
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Becker, S. P., Girio-Herrera, E., & Vaughn, A. J. (2012). Evaluation of the homework, organization, and planning skills (HOPS) intervention for middle school students with attention deficit hyperactivity disorder as implemented by school mental health providers. *School Psychology Review, 41*(3), 342-364. <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087514>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lehmkuhl, G., & Schubert, I. (2013). Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. *Gesundheitsmonitor, 1*, 1-10.
- Linderkamp, F., Hennig, T., & Schramm, S. A. (2011). *ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA*. Beltz.
- Lohaus, A., Domsch, H. & Fridrici, M. (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*. Springer.
- Lohbeck, A., Schultheiss, J., Petermann, F. & Petermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Diagnostica, 61*(4), 222-235. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000153>
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 50*(7), 565-576. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820190067007>
- Neuenschwander, M. (2019). Übergänge in die Berufsausbildung. In B. Kracke & P. Noack (Hrsg.), *Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie* (S. 425-438). Springer.
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., Thapar, A., & Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*, 1581-1591. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01463-w>

- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39(3), 125–131.
- Rademacher, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2002). SELBST - Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert, Aktivitäts- und Affekt, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 107-118. <https://doi.org/10.1026//0942-5403.11.2.107>
- Rodriguez, A., Järvelin, M.-R., Obel, C., Taanila, A., Miettunen, J., Moilanen, I., Henriksen, T. B., Pietiläinen, K., Ebeling, H., & Kotimaa, A. J. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7(1), 327. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-327>
- Schafer, Y. & Baeriswyl, F. (2015). Erfolg in der Berufsbildung: Faktoren des objektiven Ausbildungserfolgs bei Absolventen/-innen der dualen kaufmännischen Berufsbildung. In K. Häfeli, M. P. Neuenschwander & S. Schumann (Hrsg.), *Berufliche Passagen im Lebenslauf: Berufsbildungs- und Transitionsforschung in der Schweiz* (S. 127-160). Springer VS.
- Schellenberg, C., Krauss, A., Pfiffner, M. & Georgi-Tscherry, P. (2020). Inklusive Didaktik und Nachteilsausgleich an Berufsfachschulen und Gymnasien. Ergebnisse des Forschungsprojektes „Enhanced Inclusive Learning“. *Schweizer Zeitschrift für Heilpädagogik*, 26 (7-8), 17 – 26.
- Scholten, S., Rydell, A. M., & Yang & Wallentin, E. (2013). ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 205-212. <https://doi.org/10.1111/sjop.12042>
- Schramm, S. A. (2016). Störungsbild ADHS. In K. Mackowiak & S. A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (S. 13-36). Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. & Lohaus, A. (2007). *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe.
- Stein, R., Kranert, H.-W., & Wagner, S. (2016). *Inklusion an beruflichen Schulen: Ergebnisse eines Modellversuchs in Bayern*. wbv.
- Stern, S., von Dach, A. & Thomas, R. (2018). Evaluation der fachkundigen individuellen Begleitung (fiB) in zweijährigen beruflichen Grundbildungen mit EBA. Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation.
- Wiener, J., & Daniels, L. (2016). School experiences of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), 567-581. <https://doi.org/10.1177/0022219415576973>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>

Schlagerworte: ADHS; Jugendalter; Anforderungsbewältigung; Schule; Berufsbildung

Adaptation aux exigences des adolescent·e·s et des jeunes adultes présentant des symptômes de TDAH à l'école et sur le lieu de travail

Résumé

Dans la présente étude, l'adaptation aux exigences des adolescent·e·s et des jeunes adultes présentant des symptômes de TDAH à des degrés divers a été examinée à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives. 907 adolescent·e·s et jeunes adultes âgés de 14 à 24 ans, issus d'écoles professionnelles et de baccalauréats de Suisse alémanique, ont été invités à remplir un questionnaire en classe. En outre, trois entretiens ont été menés avec des adolescent·e·s atteint·e·s de TDAH. Les résultats suggèrent que les adolescent·e·s concerné·e·s ont plus de difficultés à faire face aux exigences scolaires et professionnelles que les adolescent·e·s non concerné·e·s et que, entre autres, des conditions d'apprentissage et de travail défavorables à l'école et sur le lieu de travail peuvent avoir un effet inhibiteur sur la capacité à faire face aux exigences.

Mots-clés : TDAH; adolescence; adaptation aux exigences; école; formation professionnelle

Adattamento alle esigenze di adolescenti e giovani adulti con sintomi ADHD a scuola e sul posto di lavoro

Riassunto

Nel presente studio, l'adattamento alle esigenze di adolescenti e giovani adulti con diversi gradi di sintomi ADHD è stato esaminato utilizzando metodi quantitativi e qualitativi. A 907 adolescenti e giovani adulti di età compresa tra i 14 e i 24 anni provenienti da scuole professionali e di maturità della Svizzera tedesca, è stato chiesto di compilare un questionario in classe. Inoltre, sono state condotte tre interviste con adolescenti affetti da ADHD. I risultati suggeriscono che i soggetti colpiti hanno maggiori difficoltà a far fronte alle richieste scolastiche e lavorative rispetto agli adolescenti non colpiti e che le condizioni di apprendimento e di lavoro sfavorevoli a scuola e sul posto di lavoro possono avere un effetto inibitorio sulla capacità di far fronte alle richieste.

Parole chiave: ADHD; adolescenza; adattamento alle esigenze; scuola; formazione professionale

Coping of adolescents and young adults with ADHD symptoms in school and workplace

Summary

In the present study, the ability of adolescents and young adults with varying degrees of ADHD symptoms to cope with demands was investigated with quantitative and qualitative methods. 907 adolescents and young adults between the ages of 14 and 24 years from vocational and baccalaureate schools in the German-speaking part of Switzerland were asked to fill out a questionnaire in class. In addition, three episodic interviews were conducted with adolescents affected by ADHD. The results suggest that those affected have greater difficulties in coping with academic and occupational demands than unaffected adolescents and that, among other things, unfavourable learning and working conditions at school and in the workplace can have an inhibiting effect on coping with demands.

Keywords: ADHD; adolescence; coping with demands; school; professional training

Annette Krauss, Psychologin, MSc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschung zu Prävention von psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, ADHS im Jugendalter.
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklungsförderung (IVE), Schaffhauserstrasse 239, CH-8050 Zürich
E-Mail: annette.krauss@hfh.ch

Katja Mackowiak, Prof. Dr., Dipl.-Psych., Forschung zu Lernunterstützung durch kognitive Aktivierung, Professionalisierung von pädagogischem Personal, ADHS.
Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Abteilung Sonderpädagogische Psychologie, Schlosswender Str. 1, D-30159 Hannover
E-Mail: katja.mackowiak@ifs.uni-hannover.de

7. Zusammenfassende Diskussion

Im Folgenden wird zunächst auf die ADHS-Symptomatik im engeren Sinne eingegangen. Danach werden die Resultate bezüglich des Zusammenhangs mit Wohlbefinden, Schutzfaktoren sowie Anforderungsbewältigung zusammenfassend dargelegt und diskutiert.

In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (z. B. Döpfner, Lehmkuhl, et al., 2008; Görtz-Dorten & Döpfner, 2009) zeigten sich in der vorliegenden Studie bei den jungen Männern höhere Mittelwerte in der ADHS-Symptomatik als bei jungen Frauen. Die ADHS-Symptome korrelierten zudem leicht positiv mit dem Alter. Dies steht im Widerspruch zu den Resultaten von Döpfner et al. (2015), die in der BELLA-Studie ein Rückgang der ADHS-Symptome bis ins Jugendalter gefunden haben. Allerdings beruht letztgenannte Untersuchung im Unterschied zu der vorliegenden auf Elternurteilen und geht nicht über das Alter von 19 Jahren hinaus. Dass in der vorliegenden Untersuchung kein negativer Zusammenhang zwischen der ADHS-Symptomatik und dem Alter gefunden wurde, könnte auch mit der Stichprobenzusammensetzung zusammenhängen: Da in der Regel das Gymnasium oder die Berufslehre in der Schweiz mit spätestens 19 Jahren abgeschlossen wird, befinden sich unter den über 19-Jährigen ($n = 105$) somit Personen, die aus unterschiedlichen Gründen ihren Abschluss in einem späteren Alter erlangen. Die Stichprobe der Altersgruppe ab 19 Jahren ist dementsprechend selektiv. So zeigt sich bei den über 19-Jährigen in der vorliegenden Stichprobe beispielsweise auch ein signifikant tieferer Bildungsstand der Eltern¹⁵, und ein höherer Anteil von Jugendlichen mit Migrationshintergrund¹⁶ verglichen mit Personen unter (oder gleich) dem 19. Altersjahr.

Die Antwortverteilung bezüglich ADHS-Symptome zeigt, dass 17.2 % der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen angaben, durchschnittlich ein wenig bis weitgehend von ADHS-Symptomen betroffen zu sein. Einzelne Symptome der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität wurden von bis zu knapp einem Drittel der befragten Personen als mindestens weitgehend vorhanden beschrieben. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten erlebt demnach Symptome der Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität im Alltag. Dieses Ergebnis macht die Dimensionalität der ADHS-Symptomatik deutlich. Durch die Konzeption von ADHS als dimensionale Auffälligkeit sind in der vorliegenden Untersuchung auch Aussagen zur

¹⁵ $T(122.42) = 2.79, p < 0.01$

¹⁶ $\chi^2(1) = 14.91, p < .001$

Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im subklinischen bzw. grenzwertigen Bereich möglich.

In allen untersuchten Subdimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (körperliches, emotionales und ausbildungsbezogenes Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden bezüglich Familie und Freunde/Gleichaltrige) wurden verminderte Werte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit klinisch signifikanten ADHS-Symptomen im Vergleich zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit unauffälligen Symptomen festgestellt. Betroffene mit Symptomen im subklinischen Bereich gaben in allen Subdimensionen, außer dem Wohlbefinden bezüglich Freunde/Gleichaltrige, tiefere Werte an als Jugendliche und junge Erwachsene mit unauffälligen Symptomen. Die Effektstärken des Zusammenhangs zwischen der ADHS-Symptomatik und den verschiedenen Subdimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität reichten von gering bis mittel. Die stärksten Effekte wurden bezüglich des emotionalen Wohlbefindens festgestellt, gefolgt vom körperlichen Wohlbefinden. Im Einklang mit dem gefundenen Zusammenhang zwischen der ADHS-Symptomatik und dem emotionalen Wohlbefinden zeigen andere Untersuchungen (z. B. Baumgarten et al., 2019; Meinzer, Pettit & Viswesvaran, 2014; S. Schmidt et al., 2012), dass ADHS-Symptome ein Risikofaktor für affektive Störungen wie Depressionen und Angstzustände im Jugendalter sein können. Es kann angenommen werden, dass das Risiko für komorbide emotionale Probleme in der Adoleszenz bei ADHS-Betroffenen aufgrund von ansteigenden schulischen sowie sozialen Anforderungen erhöht ist (Powell et al., 2020; S. Schmidt et al., 2012). Zudem ist bei Betroffenen von einer Kumulation von Frustrationserfahrungen über mehrere Jahre hinweg auszugehen, aufgrund von andauernden Leistungsproblemen und Problemen in sozialen Interaktionen (Dvorsky et al., 2019; Powell et al., 2020).

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung geben Hinweise darauf, dass die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptomatik auf das emotionale Wohlbefinden durch ein hohes wahrgenommenes Kompetenzerleben kompensiert und abgeschwächt werden können. Dieser Befund steht im Einklang mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (Dvorsky et al., 2019; McQuade et al., 2011; Schei, Nøvik, Thomsen, Lydersen, et al., 2015), die Aspekte einer positiven Selbstwahrnehmung als Schutzfaktor für das Wohlbefinden von Jugendlichen mit ADHS hervorheben. Die vorliegende Untersuchung legt zudem den Schluss nahe, dass das Vorhandensein emotionaler Unterstützung durch eine nahestehende Bezugsperson sowie die wahrgenommene emotionale Unterstützung durch Mitschüler und Mitschülerinnen kompensatorisch gegen die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptome auf das emotionale Wohlbefinden wirken können.

Diese Effekte fallen im Einklang mit Untersuchungen aus, die die Wichtigkeit des Vorhandenseins der emotionalen Unterstützung durch nahe Bezugsperson und Gleichaltrigen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen (z. B. Erhart et al., 2008; Ringdal et al., 2020) und spezifisch für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen (Mastoras et al., 2018; Powell et al., 2020) aufzeigen.

Die vorliegende Untersuchung gibt des Weiteren im Einklang mit anderen Untersuchungen (z. B. Frazier et al., 2007; Gordon & Fabiano, 2019) Hinweise darauf, dass ADHS-Symptome in einem negativen Zusammenhang mit der Anforderungsbewältigung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter stehen. Jugendliche und junge Erwachsene mit auffälligen ADHS-Symptomen gaben einen tieferen schulischen Notendurchschnitt an, schätzten ihre betrieblichen Leistungen als schlechter ein und fühlten sich in Schule und Betrieb stärker belastet als solche mit unauffälliger Symptomatik. Die Befunde legen zudem den Schluss nahe, dass unter den Berufsschülerinnen und Berufsschüler bereits solche mit subklinischer Symptomatik von den negativen Konsequenzen der ADHS-Symptomatik betroffen sind: sie gaben sowohl schlechtere Noten als auch eine höhere schulische Belastung an als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler mit unauffälliger Symptomatik. Es ist anzunehmen, dass sie im Gegensatz zu den Gymnasialschülern über weniger Ressourcen verfügen (z. B. bezüglich kognitiver Fähigkeiten und sozialer Unterstützung vom Elternhaus; Baggio et al., 2020; Hupka-Brunner, Samuel & Bergman, 2016), um die negativen Auswirkungen der Symptomatik zu kompensieren.

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung deuten darauf hin, dass die Bedingungen in Schule und Betrieb entscheidend für eine erfolgreiche Anforderungsbewältigung von Jugendlichen mit ADHS-Symptomen sind. So zeigte sich im Einklang mit weiteren Untersuchungen (z. B. Jansen et al., 2017; Johansson, 2021), dass sich bei den Betroffenen Schwierigkeiten aufgrund von ungünstigen Lern- und Arbeitsbedingungen in Schule und Betrieb (z. B. Settings, die eine hohe bzw. langanhaltende Konzentration erfordern oder viele ablenkende Reize beinhalten) ergeben. Auch das Lernen und, ganz generell, Anforderungen an Organisations- und Planungsfähigkeiten stellen Jugendliche mit ADHS-Symptomen gemäß Interviewaussagen vor große Herausforderungen.

Im Umgang mit den herausfordernden Situationen und Aspekten in Schule und Betrieb wenden die befragten Jugendlichen laut Selbstaussagen verschiedene Strategien an. Dazu gehören situative (Unterrichts-)Strategien (z. B. Musikhören), Lernstrategien, Suche nach sozialer Unterstützung, selbstbezogene Strategien sowie professionelle Hilfe und Medikamente.

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Untersuchung, dass das Jugend- und junge Erwachsenenalter für Betroffene von ADHS-Symptomen eine vulnerable Phase darstellen kann. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ermöglichte eine nähere Beschreibung des Gesundheitszustands von Jugendlichen, die in unterschiedlichem Ausmaß von ADHS-Symptomen betroffen sind. Die gefundenen Ergebnisse legen eine umfassende Auswirkung der ADHS-Symptomatik auf die gesundheitliche Situation im Jugend- und jungen Erwachsenenalter nahe. Die Selbsteinschätzungen der Leistungen in Schule und Betrieb geben zudem starke Hinweise darauf, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS-Symptomen größere Schwierigkeiten in der schulischen und beruflichen Anforderungsbewältigung aufweisen als unauffällige Jugendliche und möglicherweise von einer eingeschränkten Handlungs- und Funktionsfähigkeit in den alltäglichen Aufgaben betroffen sind. Die vorliegenden Resultate deuten im Einklang mit weiteren Untersuchungen (siehe Balázs & Keresztény, 2014) darauf hin, dass bereits Jugendliche mit ADHS-Symptomen im subklinischen Bereich von den negativen Auswirkungen der Symptomatik betroffen sein können.

Die gefundenen Ergebnisse verdeutlichen, dass zugeschnittene Präventions- und Unterstützungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS(-Symptomen) notwendig sind. Diese sollten die psychosozialen Bedingungen der Betroffenen in den Blick nehmen, da sie für die Ausprägung und den Verlauf der Symptomatik sowie die Entwicklung komorbider Störungen von Bedeutung sind (Döpfner et al., 2020; Frölich et al., 2014; Linderkamp et al., 2011). Im Sinne einer Verhaltens- sowie Verhältnisprävention bzw. -intervention können die individuellen Ressourcen sowie die umfeldbezogenen Bedingungen der Betroffenen gestärkt bzw. verbessert werden. Im Einklang damit empfehlen auch die S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2017) bei Jugendlichen mit ADHS eine multimodale Herangehensweise, d. h. die Kombination verschiedener unterstützender Ansätze. Beispiele davon sind Interventionen mit Psychoedukations-, Selbstmanagement- und Coachingelementen (DuPaul, Evans, Mautone, Owens & Power, 2020; Linderkamp et al., 2011; Rademacher, Walter & Döpfner, 2002; Sprich & Burbridge, 2020).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass bei Jugendlichen mit ADHS-Symptomen insbesondere das eigene Kompetenzerleben in den Blick genommen werden sollte. Das negative Selbstbild von ADHS-Betroffenen wird im Rahmen verschiedener Therapieprogramme (z. B. beim Therapieprogramm SELBST; Rademacher et al., 2002; Walter, Rademacher, Schürmann & Döpfner, 2007) zum Inhalt gemacht und es werden

Veränderungen diesbezüglich angestrebt. Wie andere Untersuchungen zeigen, kann es im Rahmen der Stärkung individueller Ressourcen auch hilfreich sein, Interventionen zur Verbesserung des Selbst- und Lernmanagements einzusetzen (Gureasko-Moore, DuPaul & White, 2006; Langberg, Epstein, Becker, Girio-Herrera & Vaughn, 2012).

Die vorliegende Untersuchung deutet weiter darauf hin, dass die emotionale Unterstützung einer nahen Bezugsperson sowie von Mitschülerinnen und Mitschülern für das emotionale Wohlbefinden von ADHS-Betroffenen relevant ist. Gerade weil Jugendliche mit ADHS-Symptomen oftmals Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen aufweisen (z. B. Murray-Close et al., 2010), sollte bei Betroffenen ein Augenmerk darauf gerichtet werden, welche emotionale Unterstützung für sie verfügbar ist und ob ggf. auch alternative Unterstützungspartnerinnen und -partner für sie gesucht werden sollten.

Weitere umfeldbezogene Maßnahmen betreffen nebst dem Elternhaus die Bedingungen in Schule und Betrieb. Die Interviews in der vorliegenden Untersuchung geben in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (z. B. Wiener & Daniels, 2016) Hinweise darauf, dass klare und zugleich flexible Strukturen (z.B. Abwechslung und Möglichkeiten zur aktiven Partizipation, Einzelarbeitsplätze oder Rückzugsmöglichkeiten) für Jugendliche mit ADHS-Symptomen hilfreich sein können. Übergeordnet ist davon auszugehen, dass betroffene Jugendliche von einer effektiven Klassenführung sowie einer sinnvollen Arbeitseinteilung im Betrieb profitieren können. Diese und weitere unterstützende Aspekte, die in den Interviews genannt wurden (z. B. eine klare übergeordnete Organisation in der Schule bzw. Betrieb) können zusammenfassend als Elemente einer inklusiven Schul- bzw. Betriebskultur (Stein, Kranert & Wagner, 2016) verstanden werden. Da sich die Resultate zu diesem Themenbereich in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich auf die ergänzenden qualitativen Interviews mit drei Jugendlichen mit ADHS beschränkten, sollten sie jedoch vorsichtig interpretiert und in den Kontext von weiteren (zukünftigen) Untersuchungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen im Kontext des schulischen und beruflichen Umfelds gestellt werden.

Das Spektrum an möglichen Unterstützungsmaßnahmen für Jugendliche mit ADHS-Symptomen ist sehr groß. Grundsätzlich sollte sich die Wahl der Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen u. a. nach dem Schweregrad der Symptomatik richten. Bei leichter Ausprägung der ADHS sind primär psychosoziale bzw. psychotherapeutische Interventionen angezeigt, und bei mittelgradiger bis schwerer ADHS eine Kombination aus Medikation und Psychotherapie (AWMF, 2017). Obwohl die verschiedenen Interventionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bisher nicht so gut untersucht wurden wie bei Kindern, gibt es doch Hinweise, die auf eine Wirksamkeit von

pharmakologischen sowie psychosozialen Behandlungsinterventionen hindeuten. Während Medikamente mit direkten Auswirkungen auf die Kernsymptome von ADHS verbunden sind, scheinen sich psychosoziale Interventionen für das Training von defizitären Kompetenzen, wie beispielsweise Selbstmanagementfähigkeiten, anzubieten (Buitelaar, 2017; Chan, Fogler & Hammerness, 2016; Evans, Owens, Wymbs & Ray, 2018).

8. Limitationen

Die vorliegende Untersuchung weist einige Einschränkungen auf, auf die nachfolgend eingegangen werden soll.

Obwohl es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine selektive handelt (es wurden gezielt Klassen ausgewählt, in denen jeweils mindestens ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche mit Nachteilsausgleich vertreten war), kann doch davon ausgegangen werden, dass es sich näherungsweise um eine repräsentative Stichprobe von Schulklassen auf Sekundarstufe II handelt.¹⁷ So befand sich unter den Gymnasialschul- und Berufsschulklassen jeweils durchschnittlich nur eine Person, die einen Nachteilsausgleich erhielt, im Großteil der Fälle (61.7 % der Nachteilsausgleichfälle) für eine Lese-Rechtschreibstörung. In die vorliegenden Analysen wurden alle Schülerinnen und Schüler der Klasse einbezogen, also auch solche mit Nachteilsausgleich. Die Ergebnisse der verschiedenen Analysen verändern sich nur unwesentlich, wenn die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Nachteilsausgleich aus den Analysen ausgeschlossen werden.

Es ist weiter anzumerken, dass die Einschätzungen bezüglich der ADHS-Symptome ausschließlich auf Selbstauskünften der Jugendlichen und jungen Erwachsenen beruhen, ohne dass eine Absicherung durch Fremdbeurteilungen oder diagnostische Urteile zum Tragen gekommen ist. Dennoch erschien es legitim, sowohl bei der Herleitung der Fragestellung der Untersuchung als auch bei der Diskussion der Ergebnisse, Studien zu Kindern und Jugendlichen mit ADHS(-Diagnose) heranzuziehen, da verschiedene Autoren (z. B. Jenni, 2017; Schmiedeler & Schneider, 2014) darauf hinweisen, dass ADHS-Symptome kontinuierlich in der Population verteilt sind und als ein Spektrum aufgefasst werden können. Zudem zeigen Untersuchungen (z. B. Balázs & Keresztény, 2014; Whalen et al., 2002), dass viele Jugendliche Einschränkungen aufweisen, auch wenn ihre ADHS-Symptome im subklinischen Bereich liegen. Dies zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Die Bestimmung von Jugendlichen mit grenzwertigen oder auffälligen ADHS-Symptomen wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand einer eigenen Einteilung in Stanine-Kategorien in Anlehnung an Döpfner und Görtz-Dorten (2017) vorgenommen.

¹⁷ Die Verteilung der Ausbildung entspricht in der vorliegenden Stichprobe ungefähr der Verteilung einer repräsentativen Kohorte auf Sekundarstufe II in der Schweiz (d.h. etwa zwei Drittel der Jugendlichen in beruflicher Ausbildung vs. knapp ein Drittel in allgemeinbildenden Ausbildungsgängen. Siehe auch: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/personen-ausbildung/sekundarstufe-II.html>

Auch wenn diese Kategorisierung mit einer gewissen Abhängigkeit von der vorliegenden Stichprobe verbunden bleibt, schien es aufgrund des verhältnismäßig großen Stichprobenumfangs legitim, diese Klassifizierung vorzunehmen. Die Autoren des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) bezeichnen dies als einen dimensionalen Ansatz (Prüfung auf Basis von Stanine-Normen). Er steht im Gegensatz zur Prüfung einer Mindestanzahl von erforderlichen Symptomen zur Erstellung einer Diagnose (kategorialer Ansatz). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Klassifizierung anhand von eigenen Stanine-Werten auf einem Vergleich der Symptomatik der jeweiligen Person mit der Symptomatik anderer Personen in der Stichprobe desselben Geschlechts beruht und an keine festen äußeren Kriterien gebunden ist.

Komorbiditäten wurden in den vorliegenden Analysen nicht berücksichtigt, obwohl ADHS-Symptome häufig mit komorbiden Störungen verbunden sind (Mohr Jensen & Steinhausen, 2015) und diese einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Anforderungsbewältigung sowie die Relevanz von Schutzfaktoren haben können.

Bezüglich der eingesetzten Messinstrumente lässt sich festhalten, dass der KINDL-R-Fragebogen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003) für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren entwickelt wurde. In der vorliegenden Studie wurde er jedoch auch bei jungen Erwachsenen im Alter von über 18 Jahren eingesetzt. Dies erschien zulässig, da es gemäß dem Wissen der Verfasserin keine spezifischen Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität junger Erwachsener gibt.

Es wurde in der vorliegenden Untersuchung gezielt auf zwei ausgewählte Schutzfaktoren (Kompetenzerleben und soziale bzw. emotionale Unterstützung) fokussiert, um ihre Relevanz beim Vorliegen von ADHS-Symptomen zu untersuchen. Die Auswahl ergab sich aufgrund einer Mehrzahl von Studienergebnisse, die die Wichtigkeit beider Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit hervorhebt (z. B. Keyes, 2013; Rueger et al., 2016; Schwarzer & Luszczynska, 2006; Vieno et al. 2007). Es erscheint jedoch wichtig, dass die gefundenen Ergebnisse in den Kontext von anderen Untersuchungen, die sich mit weiteren Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS beschäftigen (z. B. Dvorsky & Langberg 2016), gestellt werden.

Anzumerken ist weiter, dass die schulischen Leistungen (als Komponente der Anforderungsbewältigung) in der vorliegenden Untersuchung durch eine Selbstauskunft der schulischen Noten eingeholt wurden. Zum einen können damit mögliche Verzerrungen (z.B. aufgrund sozialer Erwünschtheit, Erinnerungsschwierigkeiten) nicht ausgeschlossen werden. Zum anderen müssen die schulischen Noten nicht zwingend mit den tatsächlichen Schulleistungen übereinstimmen. Trotzdem erschien die Erhebungsmethode als praktikable Annäherung an die schulischen Leistungen geeignet. Auch die betrieblichen Leistungen wurden ausschließlich durch Selbstauskünfte, und

eine globale 1-Item-Einschätzung, erhoben. In zukünftigen Untersuchungen sollten zusätzlich Fremdbeurteilungen durch Lehrpersonen sowie Vorgesetzte im Betrieb herangezogen werden, um die Validität der Erfassung der Leistungen zu erhöhen.

Im Rahmen der ergänzenden qualitativen Erhebung wurde in der vorliegenden Untersuchung exemplarisch vertiefend die konkrete schulische bzw. betriebliche Situation von drei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Diagnose untersucht. Die Interviewtranskripte wurden ausschließlich von der Verfasserin entlang des Kategoriensystems kodiert. Eine Überprüfung durch weitere Codierer (z. B. im Rahmen eines „konsensuellen Kodierens“; C. Schmidt, 2008) fand somit nicht statt. Die Erhebung und Analyse erschien als Ergänzung zu der quantitativen Haupterhebung geeignet, um exemplarisch die konkrete alltägliche Situation von betroffenen Jugendlichen zu veranschaulichen. Es muss jedoch bemerkt werden, dass die qualitativen Resultate nicht zwangsläufig auf andere Jugendliche mit ADHS(-Diagnose) übertragbar sind.

Die vorliegenden quantitativen Querschnittsdaten lassen keine Rückschlüsse auf kausale Wirkungen zu, und die Resultate bedürfen der Absicherung durch längsschnittliche Untersuchungen. Obwohl die Wirkrichtungen somit nicht untersucht werden konnten, können sie im Kontext anderer Studien, die sich mit dem Wohlbefinden (z. B. Döpfner et al., 2015), der Anforderungsbewältigung (z. B. Scholtens, Rydell & Yang-Wallentin, 2013) sowie ausgewählten Schutzfaktoren (z. B. Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson & Rebus, 2005; Rueger, Malecki & Demaray, 2010) bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen im Zeitverlauf beschäftigen, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden. Allerdings ist – insbesondere bezüglich des Wohlbefindens – festzuhalten, dass auch die umgekehrte Wirkrichtung möglich ist, d. h., dass ein vermindertes Wohlbefinden, zumindest teilweise, zu Symptomen der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität führen kann (siehe auch Alexander & Harrison, 2013). Zudem sind gerade im Hinblick auf die Untersuchung von Schutzfaktoren Längsschnittsdaten, die es ermöglichen differenzielle Effekte der einzelnen Schutzfaktoren auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen näher zu beleuchten, unabdingbar. Zukünftig wären somit großangelegte prospektive Längsschnittstudien von Nutzen, die das Wohlbefinden und die Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen in einem Gesamtmodell in unterschiedlichen Entwicklungsstufen untersuchen, um weitere protektive Faktoren für Betroffene zu identifizieren.

9. Übergeordnete Implikationen

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass das Jugend- und junge Erwachsenenalter für Betroffene von ADHS-Symptomen eine vulnerable Phase darstellen kann. Aus den Ergebnissen lassen sich übergeordnete Implikationen ableiten, die im Folgenden näher erläutert werden.

9.1 Präventive Förderung im Kindesalter

Die vorliegende Untersuchung macht deutlich, dass ADHS-Symptome negativ mit dem Wohlbefinden im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zusammenhängen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang insbesondere das emotionale Wohlbefinden, bezüglich dessen sich die stärksten Effekte zeigten. Wie an früherer Stelle bereits erwähnt, ist die Kumulation von Frustrationserfahrungen wahrscheinlich u. a. für eine depressive Symptomatik im Jugendalter bei Betroffenen verantwortlich (Dvorsky et al., 2019; Powell et al., 2020). Um dieser negativen Entwicklung bei Betroffenen bestmöglich entgegenzuwirken, bedarf es einer früh einsetzenden präventiven Förderung. Neuere mehrstufige schulische Fördersysteme (z. B. der *Response-to-Intervention-Ansatz* [RTI] oder der Ansatz des *Schoolwide Positive Behavior Support* [SW-PBS]) stehen im Einklang mit einer dimensional Perspektive von ADHS und basieren auf einem abgestuften Ansatz mit einer Kombination aus universellen, selektiven und indizierten Präventionsinterventionen, je nach Schweregrad der Symptome (z.B. Castello, 2017; Fabiano & Pyle, 2019; Hanisch et al., 2019). Damit werden auch Betroffene im subklinischen Bereich in den Blick genommen; dessen Notwendigkeit legen auch die Resultate der vorliegenden Untersuchung nahe. Da die Präventionsforschung im Hinblick auf psychische Auffälligkeiten ein relativ junges Arbeitsfeld darstellt (Junge-Hoffmeister, 2019), ist zukünftig eine Intensivierung der Studien notwendig.

9.2 Fokussierung auf das Kompetenzerleben bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomatik

Die vorliegende Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass ein spezifischer Schutzfaktor – ein hohes Kompetenzerleben – gegen die negativen Auswirkungen der ADHS-Symptomatik auf das emotionale Wohlbefinden wirken kann. Wie andere Untersuchungen zeigen, weisen ADHS-Betroffene oftmals ein tiefes Selbstwirksamkeitserleben auf (Newark, Elsässer & Stieglitz, 2012; Harpin, Mazzone, Raynaud, Kahle & Hodgkins, 2016). Dies kann mit längerfristigen negativen Konsequenzen, wie schlechter psychischer Gesundheit oder Anpassungsschwierigkeiten, verbunden sein (z. B. Orth, Robins & Meier, 2009; Boden,

Fergusson & Horwood, 2008). Es erscheint deshalb notwendig, dass bei Jugendlichen mit ADHS(-Symptomen) ein Augenmerk auf ihr Kompetenzerleben geworfen wird, um sie in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Mit Hilfe verschiedener Therapiemanuale (z. B. SELBST, Walter et al., 2007; Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter, Geissler, Vloet, Romanos, Zwanzger, Jans, 2019) kann beispielsweise, wie an früherer Stelle bereits erwähnt, gezielt auf die Selbstwertproblematik von Betroffenen eingegangen werden. Im Sinne eines multimodalen Ansatzes ist es dabei wichtig, dass Bezugspersonen, wie Eltern und Lehrpersonen, in den therapeutischen Prozess miteingebunden werden.

Im Zuge der „dritten Welle“ der kognitiven Verhaltenstherapie werden in der therapeutischen Arbeit mit ADHS-Betroffenen zunehmend auch Verfahren zur Förderung der Selbstakzeptanz eingesetzt (Munawar et al., 2021). Im Einklang damit ergaben sich auch in den Interviews der vorliegenden Untersuchung Hinweise darauf, dass für die betroffenen Jugendlichen eine Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen und eine damit zusammenhängende Entwicklung von Selbstakzeptanz in ihrem Lebensverlauf von großer Wichtigkeit war.

9.3 Verbesserte Koordination von Hilfesystemen im Übergang Schule-Beruf

Die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen den Schluss nahe, dass u. a. die Bedingungen in Schule und Betrieb entscheidend für eine erfolgreiche Anforderungsbewältigung von Jugendlichen mit ADHS-Symptomen sind. Damit die pädagogischen Fachkräfte in Schule und Betrieb die betroffenen Jugendlichen gut unterstützen können, ist insbesondere der Aufbau von multiprofessionellen Unterstützungsnetzwerken im Rahmen einer inklusiven Schul- bzw. Betriebskultur zentral (Stein et al., 2016).

Verschiedene Autoren (Eck & Ebert, 2020; Philipsen & Döpfner, 2020) weisen auf die notwendige Kooperation zwischen unterschiedlichen Fachgebieten in der Transitionsphase des jungen Erwachsenenalters hin. So führen oftmals unklare Zuständigkeiten, ein fehlender Austausch zwischen den einzelnen Lebensbereichen (Schule, Familie, Ausbildung) sowie institutionell begrenzte Zuständigkeitsbereiche, mangelnde Flexibilität und Kooperation der Institutionen zu einer unzureichenden Unterstützung von Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (Eck & Ebert, 2020). Insbesondere eine engere Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrischen Versorgungswesen und Akteuren des Bildungswesens wäre diesbezüglich hilfreich (Bylinski, 2016; Eck & Ebert, 2020). Eck und Ebert (2020) schlagen in diesem Zusammenhang eine Koordinationsstelle im Sinne eines sozialpsychiatrischen Dienstes vor, der u. a. für intensive Einzelfallbearbeitungen und die Gewährleistung von

professionsübergreifenden Kooperationen zuständig ist. Obwohl in der Schweiz der schulpsychologische Dienst (SPD) bei der Erkennung und Behandlung von psychischen Problemen von Jugendlichen eine wichtige Rolle einnimmt, zeigte eine Untersuchung, dass sowohl Eltern als auch Schulbehörden und Lehrpersonen die schulpsychologischen Fachpersonen hauptsächlich in der Rolle von Diagnostikern sehen, das Bewusstsein um die Rolle von Beratenden und Koordinierenden im System Schule aber sehr gering ist (Inäbnit, 2007). Generell gibt es wenig Praxisforschung zum Stellenwert der schulpsychologischen Dienste für Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten (Baier & Schnurr, 2008; von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017).

Da die Sekundarstufe II in der Schweiz noch wenig inklusiv ausgerichtet ist (Pool Maag & Jäger, 2016; Schellenberg et al., 2020), ergibt sich zukünftig ein deutlicher Forschungs- und Handlungsbedarf bezüglich der Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomatik.

9.4 Innovative Präventions- und Behandlungsansätze

Die vorliegende Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass professionelle Hilfe von den betroffenen Jugendlichen nur phasenweise genutzt wird. Auch andere Studien zeigen, dass die Therapiemotivation bei Jugendlichen mit ADHS(-Symptomen) oft unzureichend ist (z. B. Bachmann et al., 2017) und dass verhältnismäßig wenige Betroffene im Jugendalter eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (Bachmann et al., 2017; Bussing, Zima, Mason, Porter & Garvan, 2011). Wie die vorliegende Untersuchung nahelegt, sind Betroffene (insbesondere solche mit starken Symptomen) jedoch von einem eingeschränkten Wohlbefinden und Schwierigkeiten in der Anforderungsbewältigung betroffen, weshalb eine professionelle Behandlung wichtig erscheint. Innovative Präventions- und Behandlungsansätze sind deshalb gefragt, die den spezifischen Gegebenheiten des Jugendalters angepasst sind und den Charakteristiken der Zielgruppe gerecht werden. Dabei sollten insbesondere die Motivationslosigkeit (Morsink et al., 2017) sowie die Schwierigkeiten in den Organisations- und Planungsfähigkeiten (Langberg, Dvorsky & Evans, 2013; Tischler et al., 2010) bei der Planung von neuen Angeboten berücksichtigt werden, da diese Eigenschaften die Inanspruchnahme einer therapeutischen Behandlung erschweren können. Neuere Ansätze wie beispielsweise *Digitale Health Interventions* (DHI; Lakes, Cibrian, Schuck, Nelson & Hayes, 2022), Bewegungsinterventionen (Bigelow, Gottlieb, Ogrodnik, Graham & Fenesi, 2021; Fritz & O'Connor, 2016) sowie Achtsamkeitstrainings (Linderkamp & Lüdeke, 2019; Mitchell, Zylowska & Kollins, 2015; Modesto-Lowe, Farahmand, Chaplin & Sarro, 2015) erscheinen vielversprechend und sollten zukünftig näher untersucht werden.

10. Literaturverzeichnis

- Adler, L. A. (2007). From childhood into adulthood: the changing face of ADHD. *CNS Spectrums*, 12(S23), 6-9. doi: 10.1017/S1092852900003783
- Alexander, S. J. & Harrison, A. G. (2013). Cognitive responses to stress, depression, and anxiety and their relationship to ADHD symptoms in first year psychology students. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 29-37. doi: 10.1177/1087054711413071
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-bass.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>.
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M. & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73-85. doi: 10.1177/1087054714566076
- Bachmann, C. J., Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 141-148. doi: 10.3238/arztebl.2017.0141
- Baggio, S., Hasler, R., Deiber, M.-P., Heller, P., Buadze, A., Giacomini, V. & Perroud, N. (2020). Associations of executive and functional outcomes with full-score intellectual quotient among ADHD adults. *Psychiatry Research*, 294, 113521. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113521
- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E. & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292. doi: 10.1097/00004583-200111000-00008
- Baier, F. & Schnurr, S. (2008). *Schulische und schulnahe Dienste. Angebote, Praxis und fachliche Perspektiven*. Bern: Haupt.
- Balázs, J. & Keresztény, Á. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. doi: 10.1007/s00787-013-0514-7
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M. & Romanos, M. (2017). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. A Current Overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-159 doi: 10.3238/arztebl.2017.0149
- Banaschewski, T. & Döpfner, M. (2014). DSM-5–Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(4), 271-277. doi: 10.1024/1422-4917/a000299
- Bandura, A., Freeman, W. & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158-166. doi: 10.1891/jcp.13.2
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202. doi: 10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford press.
- Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F. & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128, 981-992. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02311-5>
- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A. K. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und

- Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt– Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz*, 62(10), 1205-1214. doi: 10.1007/s00103-019-03006-9
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen-empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Das Gesundheitswesen*, 65(03), 167-172. doi: 10.1055/s-2003-38514
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816.
- Bigelow, H., Gottlieb, M. D., Ogradnik, M., Graham, J. D. & Fenesi, B. (2021). The differential impact of acute exercise and mindfulness meditation on executive functioning and psycho-emotional well-being in children and youth with ADHD. *Frontiers in Psychology*, 12, 660845. doi: 10.3389/fpsyg.2021.660845
- Bilz, L. & Melzer, W. (2008). Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten* (S. 160–189). Weinheim und München: Juventa.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2008). Does adolescent self-esteem predict later life outcomes? A test of the causal role of self-esteem. *Development and psychopathology*, 20(1), 319-339. doi: 10.1017/S0954579408000151
- Brassett-Harknett, A. & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 188-210. doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.001
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test-und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Buitelaar, J. (2017). Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise 'lost in transition' to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 448-452. doi: 10.1017/S2045796017000154
- Bullinger, M., Brutt, A. L., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Bella Study Group (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 125-132. doi: 10.1007/s00787-008-1014-z
- Burger, K. & Samuel, R. (2017). The role of perceived stress and self-efficacy in young people's life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 46, 78-90. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0608-x>
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Porter, P. C. & Garvan, C. W. (2011). Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? *Journal of Adolescent health*, 49(1), 7-14. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.08.014
- Bylinski, U. (2016). Gestaltung individueller Entwicklungsprozesse und inklusiver Lernsettings in der beruflichen Bildung. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, 30.
- Castello, A. (2017). *Schulische Inklusion bei psychischen Auffälligkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Chan, E., Fogler, J. M. & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 315(18), 1997-2008. doi: 10.1001/jama.2016.5453
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P. & Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(1), 47–54.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background*,

- Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey.* St. Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., ... Steinhausen, H.-C. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 83-105. doi: 10.1007/s00787-009-0046-3
- de Zwaan, M., Größ, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 79-86. doi: 10.1007/s00406-011-0211-9
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K. & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42(7), 691-706. doi: 10.1002/pits.20120
- Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B. & Mette, C. (2017). ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen—Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 85(06), 336-344. doi: 10.1055/s-0043-100763
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & BELLA Study Group. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample—results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 59-70. doi: 10.1007/s00787-008-1007-y
- Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. & BELLA study group. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 665-673. doi: 10.1007/s00787-014-0634-8
- Döpfner, M., Holtmann, M., Philipsen, A., Rothenberger, A. & Steinhausen, H.-C. (2020). Integrative ätiologische Modelle. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 164-170). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Lehmkuhl, G. & Görtz-Dorten, A. (2008). *DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2019). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2012). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: dr dresing & pehl GmbH.
- DuPaul, G. J., Evans, S. W., Mautone, J. A., Owens, J. S. & Power, T. J. (2020). Future directions for psychosocial interventions for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(1), 134-145. doi: 10.1080/15374416.2019.1689825
- Dvorsky, M. R. & Langberg, J. M. (2016). A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 368-391. doi: 10.1007/s10567-016-0216-z
- Dvorsky, M. R., Langberg, J. M., Becker, S. P. & Evans, S. W. (2019). Trajectories of global self-worth in adolescents with ADHD: Associations with academic, emotional, and social outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 765-780. doi: 10.1080/15374416.2018.1443460
- Eck, R. & Ebert, H. (2020). Transitionen gestalten: Schnittstelle zwischen Berufsschule, Jugendhilfe und Psychiatrie. In R. Stein & H.-W. Kranert (Hrsg.), *Inklusion in der Berufsbildung im kritischen Diskurs* (S. 157-168). Berlin: Frank & Timme.

- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen—die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 70(12), 721-729. doi: 10.1055/s-0028-1103261
- Evans, S. W., Allen, J., Moore, S. & Strauss, V. (2005). Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 695-706. doi: 10.1007/s10802-005-7648-0
- Evans, S. W., Brady, C. E., Harrison, J. R., Bunford, N., Kern, L., State, T. & Andrews, C. (2013). Measuring ADHD and ODD symptoms and impairment using high school teachers' ratings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 197-207. doi: 10.1080/15374416.2012.738456
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T. & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. doi: 10.1080/15374416.2017.1390757
- Fabiano, G. A. & Pyle, K. (2019). Best practices in school mental health for attention-deficit/hyperactivity disorder: A framework for intervention. *School Mental Health*, 11(1), 72-91. doi: 10.1007/s12310-018-9267-2
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., ... Zaudig, M. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Fingerle, M., Freytag, A. & Julius, H. (1999). Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Implikationen für die (heil) pädagogische Gestaltung von schulischen Lern- und Lebenswelten. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 50(6), 302-309.
- Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In G. Oelerich & H. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch* (S. 273-280). Wiesbaden: VS Springer.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J. & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 49-65. doi: 10.1177/00222194070400010401
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V. & Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(2), 87-99. doi: 10.1007/s12402-014-0126-1
- Fritz, K. M. & O'Connor, P. J. (2016). Acute exercise improves mood and motivation in young men with ADHD symptoms. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48(6), 1153-1160. doi: 10.1249/mss.0000000000000864
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). Gemeinde: Das Quartier als Risiko- und Schutzfaktor. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 165-181). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Frölich, J., Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2014). *ADHS in Schule und Unterricht: Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Garnezy, N., Masten, A. S. & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111. doi: 10.2307/1129837
- Geissler, J., Vloet, T. D., Romanos, M., Zwanzger, U. & Jans, T. (2019). Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter: Ein modular aufgebautes Therapieprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H. & Schlack, R. (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und

- Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 46-53. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-078
- Gordon, C. T. & Fabiano, G. A. (2019). The transition of youth with adhd into the workforce: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 316-347. doi: 10.1007/s10567-019-00274-4
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil: Eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostik-System DISYPS–II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(3), 183-194. doi: 10.1024/1422-4917.37.3.183
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2020). Fragebögen und Beurteilungsskalen im Kindes- und Jugendalter. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 255-270). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J. & White, G. P. (2006). The effects of self-management in general education classrooms on the organizational skills of adolescents with ADHD. *Behavior Modification*, 30(2), 159-183. doi: 10.1177/002221949803100604
- Häfeli, K., Neuenschwander, M. P. & Schumann, S. (2015). Transitionsforschung in der Schweiz–ein kurzer Überblick. In K. Häfeli, M. P. Neuenschwander & S. Schumann (Hrsg.), *Berufliche Passagen im Lebenslauf* (S. 9-17). Wiesbaden: Springer VS.
- Häge, A., Hohmann, S., Millenet, S. & Banaschewski, T. (2020). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Der Nervenarzt*, 91(7), 599-603. doi: 10.1007/s00115-020-00904-1
- Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72(2), 625-638. doi: 10.1111/1467-8624.00301
- Hampel, P. & Desman, C. (2006). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(6), 425-443. doi: 10.25656/01:975
- Hanisch, C., Casale, G., Volpe, R. J., Briesch, A. M., Richard, S., Meyer, H., ... Hennemann, T. (2019). Gestufte Förderung in der Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 237-241. doi: 10.1007/s11553-018-0700-z
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J. & Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295-305. doi: 10.1177/1087054713486516
- Hayward, C., Esser, G. & Schneider, A. (2013). Risiko- und Schutzfaktoren. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Störungsbilder* (S. 173-186). Göttingen: Hogrefe.
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., ... Jensen, P. S. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 945-952. doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.774
- Hinshaw, S. P. & Becker, S. P. (2020). Toward a developmental psychopathology approach for understanding, assessing, and treating ADHD in adolescents. In S. P. Becker (Hrsg.), *ADHD in adolescents: Development, assessment, and treatment* (pp. 1-18). New York: Guilford Press.
- Hölling, H., Schlack, R., Dippelhofer, A. & Kurth, B. M. (2008). Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz*, 51(6), 606-620. doi: 10.1007/s00103-008-0537-2

- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411. doi: 10.1037/0022-006x.73.3.411
- Hupka-Brunner, S., Samuel, R. & Bergman, M. M. (2016). Der Einfluss der sozialen Herkunft auf postobligatorische Bildungsverläufe in der Schweiz. In K. Scharenberg, S. Hupka-Brunner, T. Meyer & M. M. Bergman (Hrsg.), *Transitionen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der Schweizer Längsschnittstudie TREE* (S. 45-74). Zürich: Seismo.
- Hurrelmann, K. (2007). *Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (11., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Inäbnit, M. (2007). *Schulpsychologie. Das Rollenverständnis von Expertinnen und Experten im Spannungsfeld Schule*. Göttingen: Cuvillier.
- Jansen, D., Petry, K., Ceulemans, E., Van der Oord, S., Noens, I. & Baeyens, D. (2017). Functioning and participation problems of students with ADHD in higher education: which reasonable accommodations are effective? *European Journal of Special Needs Education*, 32(1), 35-53. doi: 10.1080/08856257.2016.1254965
- Jantzer, V., Haffner, J., Parzer, P., Roos, J., Steen, R. & Resch, F. (2012). Der Zusammenhang von ADHS, Verhaltensproblemen und Schulerfolg am Beispiel der Grundschulempfehlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 662-676. doi: 10.13109/prkk.2012.61.9.662
- Jenni, O. (2017). ADHS Spektrum. *Lernen und Lernstörungen*, 6, 113-121. doi: 10.1024/2235-0977/a000174
- Johansson, S. T. (2021). Looking back on compulsory school: narratives of young adults with ADHD in Sweden. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 26(2), 163-175. doi: 10.1080/13632752.2021.1930904
- Julius, H. & Prater, M. (1996). Resilienz. *Sonderpädagogik*, 26, 228-235.
- Junge-Hoffmeister, J. (2019). Prävention psychischer Störungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3* (S. 943-965). Berlin: Springer.
- Kammermann, M. & Hofmann, C. (2009). *Laufbahnstudie EBA: Arbeitsmarktfähigkeit von Lernenden einer zweijährigen beruflichen Grundbildung. Dokumentation der Erhebungsinstrumente Erstbefragung Lernende (Anlehre und zweijährige berufliche Grundbildung)*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH).
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., ... Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 451-462. doi: 10.1007/s10802-010-9472-4
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Spencer, T. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. doi: 10.1017/S0033291704002892
- Keyes, C. L. (2013). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In C. L. Keyes (Hrsg.), *Mental Well-being* (S. 3-28). Dordrecht: Springer.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Heidelberg: Springer.
- Krauss, A. (2022). ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 69, 1-14. doi: 10.2378/peu2022.art07d
- Krauss, A. & Mackowiak, K. (2023). Anforderungsbewältigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS-Symptomen. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 45(1), 40-52. <https://doi.org/10.24452/sjer.45.1.4>

- Krauss, A. & Schellenberg, C. (2022). ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults. *European Journal of Health Psychology*, 29(4), 165-174. doi: 10.1027/2512-8442/a000104
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Basel: Beltz Juventa.
- Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., ... Kent, K. M. (2013). Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 27-41. doi: 10.1007/s10802-012-9658-z
- Lakes, K. D., Cibrian, F. L., Schuck, S., Nelson, M. & Hayes, G. R. (2022). Digital health interventions for youth with ADHD: A systematic review. *Computers in Human Behavior Reports*, 100174. doi: 10.1016/j.chbr.2022.100174
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 114-133. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-016
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R. & Evans, S. W. (2013). What specific facets of executive function are associated with academic functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1145-1159. doi: 10.1007/s10802-013-9750-z
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Becker, S. P., Gario-Herrera, E. & Vaughn, A. J. (2012). Evaluation of the homework, organization, and planning skills (HOPS) intervention for middle school students with attention deficit hyperactivity disorder as implemented by school mental health providers. *School Psychology Review*, 41(3), 342-364. doi: 10.1080/02796015.2012.12087514
- Larson, R., Eccles, J. & Gootman, J. A. (2004). Features of Positive Developmental Settings. *Prevention Researcher*, 11(2), 8-13.
- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P. & Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 954-963. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x
- LaRusso, M. D., Romer, D. & Selman, R. L. (2008). Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(4), 386. doi: 10.1007/s10964-007-9212-4
- Laucht, M. (2012). Resilienz im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter - Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Frühförderung interdisziplinär*(3), 111-119. doi: 10.2378/fi_2012.art08d
- Lauth, G. W. & Mackowiak, K. (2004). Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13(3), 158-166. doi: 10.1026/0942-5403.13.3.158
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, S. S., Lahey, B. B., Owens, E. B. & Hinshaw, S. P. (2008). Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 373-383. doi: 10.1007/s10802-007-9184-6
- Lee, Y., Yang, H., Chen, V., Lee, W., Teng, M., Lin, C. & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 160-172. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.009
- Lehmkuhl, G. & Schubert, I. (2013). Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. *Gesundheitsmonitor*, 1, 1-10.
- Linderkamp, F., Hennig, T. & Schramm, S. A. (2011). *ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA*. Weinheim: Beltz.
- Linderkamp, F. & Lüdeke, S. (2019). Metaanalyse zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 28(2), 85-95. doi: 10.1026/0942-5403/a000278

- Lundervold, A. J., Meza, J. I., Hysing, M. & Hinshaw, S. P. (2017). Parent rated symptoms of inattention in childhood predict high school academic achievement across two culturally and diagnostically diverse samples. *Frontiers in Psychology*, 8, 1436. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01436
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820190067007
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227
- Masten, A. S. & Motti-Stefanidi, F. (2009). Understanding and promoting resilience in children: Promotive and protective processes in schools. In T. B. Gutkin & C. R. Reynolds (Hrsg.), *Handbook of School Psychology* (4 Aufl., S. 721-738). Hoboken NJ: Wiley.
- Masten, A. S. & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. doi: 10.1196/annals.1376.003
- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwan, V. L. & Climie, E. A. (2018). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 712-723. doi: 10.1177/1087054715611491
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*. Bern: Huber.
- McQuade, J. D., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D. & Owens, J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: a longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy*, 42(2), 170-182. doi: 10.1016/j.beth.2010.05.003
- McQuade, J. D., Vaughn, A. J., Hoza, B., Murray-Close, D., Molina, B. S., Arnold, L. E. & Hechtman, L. (2014). Perceived social acceptance and peer status differentially predict adjustment in youth with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 31-43. doi: 10.1177/1087054712437582
- Munawar, K., Choudhry, F. R., Lee, S. H., Siau, C. S., Kadri, N. B. M. & Sulong, R. M. B. (2021). Acceptance and commitment therapy for individuals having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A scoping review. *Heliyon*, 7(8), e07842. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e07842
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., ... & Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*, 22, 785 – 802. doi: 10.1017/S09 54579410000465
- Meinzer, M. C., Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Seeley, J. R., Gau, J. M., Chronis-Tuscano, A. & Waxmonsky, J. G. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood. *Depression and Anxiety*, 30(6), 546-553. doi: 10.1002/da.22082
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W. & Viswesvaran, C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 595-607. doi: 10.1016/j.cpr.2014.10.002
- Mitchell, J. T., Zylowska, L. & Kollins, S. H. (2015). Mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: Current empirical support, treatment overview, and future directions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 172-191. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.10.002

- Modesto-Lowe, V., Farahmand, P., Chaplin, M. & Sarro, L. (2015). Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? *World Journal of Psychiatry, 5*(4), 397. doi: 10.5498/wjp.v5.i4.397
- Mohr Jensen, C. & Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7*(1), 27-38. doi: 10.1007/s12402-014-0142-1
- Morsink, S., Sonuga-Barke, E., Mies, G., Glorie, N., Lemiere, J., Van der Oord, S. & Danckaerts, M. (2017). What motivates individuals with ADHD? A qualitative analysis from the adolescent's point of view. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*(8), 923-932. doi: 10.1007/s00787-017-0961-7
- Neuenschwander, M. (2019). Übergänge in die Berufsausbildung. In B. Kracke & P. Noack (Hrsg.), *Handbuch Entwicklungs-und Erziehungspsychologie* (S. 425-438). Berlin: Springer.
- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R. D. (2016). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(3), 279-290. doi: 10.1177/1087054712459561
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*(4), 255-263. doi: 10.1024/1661-4747.56.4.255
- Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 259*(2), 129-133. doi: 10.1007/s00406-009-0052-y
- Orth, Robins & Meier (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Personality Processes and Individual Differences, 97*(2), 307–321. doi: 10.1037/a0015645.
- Ostrander, R. & Herman, K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 89-98. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.89
- Patel, V. & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology, 36*(4), 703-707. doi: 10.1093/ije/dym147
- Philipp-Wiegmann, F., Rösler, M., Retz, W., Schindelbeck, K. & Retz-Junginger, P. (2015). Häufigkeiten von adulten ADHS-assoziierten Symptomen in der Normalbevölkerung – Referenzwerte der ADHS-Selbstbeurteilungsskala und des Wender-Reimherr-Interviews. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 63*(4), 267-278. doi: 10.1024/1661-4747/a000249
- Philipsen, A. & Döpfner, M. (2020). ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, 63*(7), 910-915. doi: 10.1007/s00103-020-03175-y
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Pool Maag, S. & Jäger, R. (2016). Inklusive Berufsbildung unter besonderer Berücksichtigung berufsintegrativer Kompetenzen von Auszubildenden in Lehrbetrieben des ersten Arbeitsmarkts. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online, 30*, 1-21.
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., ... Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*, 1581–1591. doi: 10.1007/s00787-019-01463-w

- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39(3), 125–131.
- Rademacher, C., Walter, D. & Döpfner, M. (2002). SELBST - Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert, Aktivitäts- und Affekt, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 107-118. doi: 10.1026//0942-5403.11.2.107
- Rajmil, L., Palacio-Vieira, J. A., Herdman, M., López-Aguilà, S., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., ... Alonso, J. (2009). Effect on health-related quality of life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-7. doi: 10.1186/1477-7525-7-103
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2003). Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen-Revidierte Form. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 184-188). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878. doi: 10.1007/s00103-007-0250-6
- Reinhardt, D. & Petermann, F. (2010). Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158(1), 14-14. doi: 10.1007/s00112-009-2113-8
- Renner, T. J., Gerlach, M., Romanos, M., Herrmann, M., Reif, A., Fallgatter, A. & Lesch, K.-P. (2008). Neurobiologie des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms. *Der Nervenarzt*, 79(7), 771-781. doi: 10.1007/s00115-008-2513-3
- Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Bjørnsen, H. N. & Moksnes, U. K. (2020). Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology*, 72(4), 313-330. doi: 10.1080/19012276.2019.1710240
- Ritter, M., Bilz, L. & Melzer, W. (2016). Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit : Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurveys "Health behaviour in school-aged children"* (S. 181-199). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rodriguez, A., Järvelin, M.-R., Obel, C., Taanila, A., Miettunen, J., Moilanen, I., ... Kotimaa, A. J. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7(1), 327. doi: 10.1186/1471-2458-7-327
- Rogers, M., Hwang, H., Toplak, M., Weiss, M. & Tannock, R. (2011). Inattention, working memory, and academic achievement in adolescents referred for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 17(5), 444-458. doi: 10.1080/09297049.2010.544648
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K. & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 47. doi: 10.1007/s10964-008-9368-6
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C. & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067. doi: 10.1037/bul0000058
- Sarubin, N., Gutt, D., Giegling, I., Bühner, M., Hilbert, S., Krähenmann, O., ... Padberg, F. (2015). Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(3), 112-122. doi: 10.1026/0943-8149/a000142

- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30167-0
- Schär, M. & Studer, A. (2013). Familie: Gelungene Balance zwischen Nähe und Distanz. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 69-81). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S. & Jozefiak, T. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry*, 15(1), 108. doi: 10.1186/s12888-015-0491-0
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Lydersen, S., Indredavik, M. S. & Jozefiak, T. (2015). What Predicts a Good Adolescent to Adult Transition in ADHD? The Role of Self-Reported Resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(6), 547-560. doi: 10.1177/1087054715604362
- Schellenberg, C., Krauss, A., Pfiffner, M. & Georgi-Tscherry, P. (2020). Inklusive Didaktik und Nachteilsausgleich an Berufsfachschulen und Gymnasien. Ergebnisse des Forschungsprojektes «Enhanced Inclusive Learning». *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 26 (7-8), 17-26.
- Schmidt, C. (2008). Erwägungsmethoden für die Auswertung qualitativer Interviews. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Suchprozesse der Seele* (S. 108-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F. & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 15-26. doi: 10.1024/1661-4747/a000094
- Schmiedeler, S. & Schneider, W. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: Diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 460-475. doi: 10.1177/1359104513489979
- Scholtens, S., Rydell, A. M. & Yang-Wallentin, F. (2013). ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 205-212. doi: 10.1111/sjop.12042
- Schramm, S. A. (2016). Störungsbild ADHS. In K. Mackowiak & S. A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (S. 13-36). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schreyer, I. & Hampel, P. (2009). ADHS bei Jungen im Kindesalter-Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 69-75. doi: 10.1024/1422-4917.37.1.69
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73-82. doi: 10.1026//0012-1924.49.2.73
- Schunk, D. H. & Meece, J. L. (2006). Self-efficacy development in adolescence. In F. Pajares & T. Urdan (Hrsg.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Bd. 5, S. 71-96). US: Greenwich: Information Age Publishing.
- Schwab, S. & Fingerle, M. (2013). Resilienz, Ressourcenorientierung und Inklusion. In S. Schwab, M. Gebhardt, E. Ederer-Fick & B. Gasteiger-Klicpera (Hrsg.), *Theorien, Konzepte und Anwendungsfelder der inklusiven Pädagogik* (S. 97-108). Wien: Facultas.wuv.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Hrsg.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (S. 139-159). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Seiffge-Krenke, I. (2015). «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 165-173. doi: 10.1024/1661-4747/a000236
- Seiffge-Krenke, I. & Lohaus, A. (2007). *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

- Sonuga-Barke, E. J., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., ... Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, 389(10078), 1539-1548. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30045-4
- Sprich, S. E. & Burbridge, J. A. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with ADHD. In S. P. Becker (Hrsg.), *ADHD in adolescents: Development, assessment, and treatment*. New York, London: The Guilford Press.
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2016). *Leitfaden für inklusiven Unterricht an beruflichen Schulen. Ergebnis zum Schulversuch „Inklusive berufliche Bildung in Bayern“ der Stiftung Bildungspakt Bayern*. München.
- Stein, R., Kranert, H.-W. & Wagner, S. (2016). *Inklusion an beruflichen Schulen: Ergebnisse eines Modellversuchs in Bayern*. Bielefeld: wbv.
- Steinebach, C. & Steinebach, U. (2013). Gleichaltrige: Peers als Ressource. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 93-109). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Steinhausen, H.-C. (2020). Definition und Klassifikation. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 17-28). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C., Döpfner, M., Holtmann, M., Philipsen, A. & Rothenberger, A. (2020). Ätiologien und Pathophysiologie. Einleitung und Überblick. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 53). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. & Sobanski, E. (2020). Klinischer Verlauf. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 173-193). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptombewandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34. doi: 10.1024/1661-4747.a000003
- Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E. & Buesching, D. P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 163-173. doi: 10.1177/108705470400700304
- Torsheim, T. & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701-713. doi: 10.1006/jado.2001.0440
- Torsheim, T., Wold, B. & Samdal, O. (2016). The Teacher and Classmate Support Scale. *School Psychology International*, 21(2), 195-212. doi: 10.1177/0143034300212006
- Tripp, G. & Wickens, J. R. (2008). Research review: dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 691-704. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01851.x
- Turgay, A., Goodman, D. W., Asherson, P., Lasser, R. A., Babcock, T. F., Pucci, M. L., ... Group, A. T. P. M. W. (2012). Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 10337. doi: 10.4088/JCP.10m06628
- Unnever, J. D. & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 129-147. doi: 10.1177/0886260502238731

- van Lier, P. A., van der Ende, J. V., Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 601-608. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01724.x
- Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D. D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 177-190. doi: 10.1007/s10464-007-9095-2
- von Wyl, A., Howard, E. C., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Walter, D., Rademacher, C., Schürmann, S. & Döpfner, M. (2007). *Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen: SELBST-Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Way, N., Reddy, R. & Rhodes, J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 40(3-4), 194-213. doi: 10.1007/s10464-007-9143-y
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Romer, G. & Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 129. doi: 10.1186/1477-7525-11-129
- Werlen, L., Puhon, M. A., Landolt, M. A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10. doi: 10.1186/s12889-020-09577-6
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 114(2), 492. doi: 10.1542/peds.114.2.492
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., Delfino, R. J. & Lozano, J. M. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child Development*, 73(1), 209-227. doi: 10.1111/1467-8624.00401
- Wiener, J. & Daniels, L. (2016). School experiences of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), 567-581. doi: 10.1177/0022219415576973
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. & Pennington, B. F. (2005). (Döpfner et al., 2020; Faraone et al., 2005). *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva.
- World Health Organization (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/>.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 192-206.
- Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Holling, H., Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLOS ONE*, 14(3), e0214412. doi: 10.1371/journal.pone.0214412

11. Anhang A

Tabelle A1. Vergleich eigene (selbstgebildete) Staninewerte vs. Stanine-Werte des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) für Männer	127
Tabelle A2. Vergleich eigene (selbstgebildete) Staninewerte vs. Stanine-Werte des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) für Frauen	128
Tabelle A3. Beschreibung der drei Gruppen mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik.....	129
Tabelle A4. Interviewleitfaden.....	130
Tabelle A5 Beschreibung Interviewteilnehmende	133
Tabelle A6. Codebuch mit Beschreibung der Kategorien und Unterkategorien	134
Tabelle A7. Deskriptive Kennwerte der ADHS-Items sowie Kennwerte der Vergleichsstichprobe	138
Tabelle A8. Deskriptive Kennwerte der eingesetzten Skalen sowie Kennwerte der Vergleichsstichproben	139

Tabelle A1. Vergleich eigene (selbstgebildete) Staninewerte vs. Stanine-Werte des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) für Männer

Stanine	Prozente	Prozent-rang	Kennwerte UA		Kennwerte HI		Kennwerte ADHS	
			Eigene	Manual DISYPS-III	Eigene	Manual DISYPS-III	Eigene	Manual DISYPS-III
9	4 %	96-100	≥ 2.11	≥ 1.56	≥ 1.64	≥ 1.55	≥ 1.85	≥ 1.50
8	7 %	89-96	1.78-2.00	1.33-1.44	1.27-1.55	1.09-1.45	1.3-1.7	1.20-1.45
7	12 %	77-89	1.44-1.67	1.11-1.22	0.91-1.18	0.73-1.00	1.05-1.25	0.85-1.15
6	17 %	60-77	1.11-1.33	0.78-1.00	0.64-0.82	0.55-0.64	0.8-1	0.65-0.80
5	20 %	40-60	0.89-1	0.56-0.67	0.45-0.55	0.36-0.45	0.6-0.75	0.40-0.60
4	17 %	23-40	0.67-0.78	0.33-0.44	0.27-0.36	0.27	0.4-0.55	0.30-0.35
3	12 %	11-23	0.44-0.56	0.22	0.18	0.09-0.18	0.30-0.35	0.20-0.25
2	7 %	4 -11	0.22-0.33	0.11	0.09	0	0.15-0.25	0.05-0.15
1	4 %	0-4	0-0.11	0	0	0	0-0.10	0

Anmerkungen. UA = Unaufmerksamkeit; HI = Hyperaktivität/Impulsivität

Tabelle A2. Vergleich eigene (selbstgebildete) Staninewerte vs. Stanine-Werte des DISYPS-III-Manuals (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) für Frauen

Stanine	Prozente	Prozent-rang	Kennwerte UA		Kennwerte HI		Kennwerte ADHS	
			Eigene	Manual DISYPS-III	Eigene	Manual DISYPS-III	Eigene	Manual DISYPS-III
9	4 %	96-100	≥ 2.00	≥ 1.56	≥ 1.64	≥ 1.55	≥ 1.50	≥ 1.20
8	7 %	89-96	1.56-1.89	1.11-1.44	1.18-1.55	1.00-1.45	1.25-1.45	0.95-1.15
7	12 %	77-89	1.22-1.44	0.78-1.00	0.82-1.09	0.82-0.91	0.90-1.20	0.80-0.90
6	17 %	60-77	0.89-1.11	0.56-0.67	0.55-0.73	0.64-0.73	0.70-0.85	0.60-0.75
5	20 %	40-60	0.78	0.33-0.44	0.36-0.45	0.45-0.55	0.50-0.65	0.40-0.55
4	17 %	23-40	0.56-0.67	0.22	0.27	0.27-0.36	0.35-0.45	0.30-0.35
3	12 %	11-23	0.33-0.44	0.11	0.18	0.18	0.25-0.30	0.15-0.25
2	7 %	4 -11	0-0.22	0	0.09	0.09	0.15-0.20	0.05-0.10
1	4 %	0-4	0	0	0	0	0-0.10	0

Anmerkungen. UA = Unaufmerksamkeit; HI = Hyperaktivität/Impulsivität

Tabelle A3. Beschreibung der drei Gruppen mit unterschiedlich ausgeprägter ADHS-Symptomatik

	Unauffällige ADHS-Symptomatik	Grenzwertige bzw. subklinische ADHS-Symptomatik	Auffällige bzw. klinisch signifikante ADHS-Symptomatik
Prozentränge	Prozentrang 0-77	Prozentrang 78-89	Prozentrang 90-100
Staninewerte	Staninewerte 1-6	Staninewert 7	Staninewert 8-9
n (% der Gesamtstichprobe)	699 (77.1 %)	103 (11.4 %)	93 (10.3 %)
Geschlecht	412 (58.9 %) weiblich 287 (41.1 %) männlich	62 (60.2 %) weiblich 41 (39.8 %) männlich	54 (58.1 %) weiblich 39 (41.9 %) männlich
Ausbildungstyp	269 (38.5 %) GS 430 (61.5 %) BS	35 (34 %) GS 68 (66 %) BS	40 (43 %) GS 53 (57 %) BS
Nationalität	592 (87.1 %) CH 88 (12.9%) andere Nationalität	83 (85.6 %) CH 14 (14.4 %) andere Nationalität	70 (79.5 %) CH 18 (20.5 %) andere Nationalität
Alter	17.65 (1.63)	17.86 (1.63)	17.77 (1.78)
Bildungsstand Eltern	keine Ausbildung: 47 (6.8 %) Berufslehre: 145 (21.1 %) Matura: 41 (6 %) Berufslehre und weiterbildungen: 243 (35.3 %) Uni/FH: 212 (30.8 %)	keine Ausbildung: 8 (8 %) Berufslehre: 22 (22 %) Matura: 3 (3 %) Berufslehre und weiterbildungen: 37 (37 %) Uni/FH: 30 (30 %)	keine Ausbildung: 5 (5.7 %) Berufslehre: 19 (21.6 %) Matura: 3 (3.4 %) Berufslehre und weiterbildungen: 24 (27.3 %) Uni/FH: 37 (42 %)

Anmerkungen. GS = Gymnasialschülerinnen und -schüler; BS = Berufsschülerinnen und -schüler; CH = Schweizerinnen und Schweizer; Beim Bildungsstand der Eltern wurde der jeweils höhere beachtet in Anlehnung an Lampert et al. (2018)

Tabelle A4. Interviewleitfaden

Thema	Zentrale Fragen	Vertiefungsfragen
Allgemeiner Teil		
Einführung	<p>Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an diesem Interview teilzunehmen!</p> <p>Wir waren vor ca. einem halben Jahr in ihrer Klasse und haben eine Fragebogenerhebung zum Thema „Wohlbefinden, Anforderungsbewältigung und Unterstützungsbedarf auf der Sekundarstufe II“ gemacht. Gesamthaft haben wir ca. 900 Jugendliche befragt.</p> <p>In einem zweiten Schritt führen wir nun noch vertiefende Interviews mit ausgewählten Jugendlichen mit ADHS-Symptomen durch.</p> <p>Damit ich das Gespräch nachher transkribieren kann, würde ich es sehr gerne auf Tonband aufzeichnen. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.</p> <p>Ist die Tonbandaufnahme in Ordnung für Sie? → Tonbandaufnahme nun starten!</p> <p>Ihre Erfahrungen und Sichtweisen in Bezug auf die Ausbildung interessieren mich, deshalb werde ich nach spezifischen Situationen und Erlebnissen in den letzten Wochen fragen.</p> <p>Falls Ihnen nicht sofort ein Erlebnis in den Sinn kommt, können Sie ruhig einen Moment überlegen. Wir haben keine Eile!</p>	
Ausbildung allgemein	<p>- Es geht nun um Ihre Ausbildungssituation. Denken Sie mal an die letzten zwei Wochen: Was ist da besonders gut gelaufen? An welche Situation/ welches Erlebnis erinnern Sie sich?</p>	<p>Was haben Sie da gemacht?</p> <p>Sind Sie in diesen Situationen immer so „erfolgreich“?</p> <p>Was ist Ihre Erklärung dafür, dass Sie das so gut machen?</p> <p>Kommen öfter solche Situationen vor?</p>
Schule	<p>- Gab es ein Erlebnis/ eine Situation in den letzten zwei Wochen in der Schule, welche/s für Sie eine Herausforderung war? Bei welchem/ welcher Sie Schwierigkeiten hatten?</p>	<p>Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen? Was haben Sie unmittelbar gemacht?</p> <p>Was haben Sie später (am Abend, nächsten Tage) gemacht, um damit besser umgehen zu können?</p> <p>Kommt das öfter vor, dass diese Aufgaben/ Situationen/ Aspekte in der Schule schwierig für Sie sind?</p> <p>Verhalten Sie sich öfter so in diesen Situationen? Haben Sie</p>

		<p>noch andere Strategien im Umgang damit? Was hilft Ihnen damit umzugehen?</p> <p>Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind? Welche?</p> <p>Inwiefern können sie Ihnen helfen?</p>
Berufsalltag	<p>- Denken Sie jetzt mal an Ihren Berufsalltag. Welche Situation/ welches Erlebnis war für Sie in den letzten beiden Wochen besonders herausfordernd? In welcher Situation hatten Sie Schwierigkeiten?</p>	<p>Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen? Was haben Sie unmittelbar gemacht?</p> <p>Was haben Sie später (am Abend, nächsten Tage) gemacht, um damit besser umgehen zu können?</p> <p>Kommt das öfter vor, dass diese Aufgaben/ Situationen/ Aspekte in im Berufsalltag schwierig für Sie sind?</p> <p>Verhalten Sie sich öfter so in diesen Situationen? Haben Sie noch andere Strategien im Umgang damit? Was hilft Ihnen damit umzugehen?</p> <p>Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind? Welche? Inwiefern können sie Ihnen helfen?</p>
Spezifischer Teil		
Schule	<p>Jetzt ist es ja so, dass Sie im Fragebogen angekreuzt haben, dass Sie Mühe haben, sich zu konzentrieren und/oder ruhig zu sitzen und an einer Aufgabe fokussiert dranzubleiben. Können Sie sich an eine Situation in den letzten zwei Wochen in der Schule erinnern, in denen sich diese Schwierigkeiten zeigten? Erzählen Sie mir von dieser Situation?</p>	<p>Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen? Was haben Sie unmittelbar gemacht?</p> <p>Was haben Sie später (am Abend, nächsten Tage) gemacht, um damit besser umgehen zu können?</p> <p>Kommt das öfter vor, dass diese Aufgaben/ Situationen/ Aspekte in der Schule schwierig für Sie sind?</p> <p>Verhalten Sie sich öfter so in diesen Situationen? Haben Sie noch andere Strategien im Umgang damit? Was hilft Ihnen damit umzugehen?</p>

		Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind? Welche? Inwiefern können sie Ihnen helfen?
Berufsalltag	<ul style="list-style-type: none"> - Gab es in den letzten zwei Wochen in Ihrem Berufsalltag eine Situation, in der Sie mit diesen Konzentrationschwierigkeiten und/ oder der Unruhe Probleme hatten? Erzählen Sie mir von dieser Situation? 	<p>Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen? Was haben Sie unmittelbar gemacht?</p> <p>Was haben Sie später (am Abend, nächsten Tage) gemacht, um damit besser umgehen zu können?</p> <p>Kommt das öfter vor, dass diese Aufgaben/ Situationen/ Aspekte in der Schule schwierig für Sie sind?</p> <p>Verhalten Sie sich öfter so in diesen Situationen? Haben Sie noch andere Strategien im Umgang damit? Was hilft Ihnen damit umzugehen?</p> <p>Gibt es Personen, die in diesen Situationen oder im Umgang damit besonders wichtig sind? Welche? Inwiefern können sie Ihnen helfen?</p>
Bedeutung ADHS	<ul style="list-style-type: none"> - Was bedeutet es für Sie, diese Konzentrationsschwierigkeiten und/ oder diese Unruhe zu haben? 	
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es sonst noch etwas, dass Ihnen wichtig ist, mitzuteilen? <p>Vielen herzlichen Dank für das Gespräch!</p>	

Tabelle A5 Beschreibung Interviewteilnehmende

Interview- teilnehmende	Pseudonyme	Kurze Beschreibung der Situation der/s Befragten
18-jährige Berufsschülerin (Detailhandelsassistentin EBA)	Aurélia	Ca. ein halbes Jahr vor der Interviewanfrage wurde ihre Lehrstelle gekündigt. Sie habe ursprünglich eine EFZ-Lehre im Detailhandel angefangen mit Unterstützung der Invalidenversicherung (IV), die dann später in eine EBA-Lehre umgewandelt worden sei. In der EBA-Klasse, wie auch im Betrieb sei es anfangs sehr gut gelaufen. Insbesondere ihre ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit seien ihr zugutegekommen. Jedoch hätte sich ihre Wohnsituation sehr schwierig gestaltet. Sie hätte in einem Wohnheim mit 14 anderen Jugendlichen zusammengewohnt. Ihr habe damals ein Rückzugsort gefehlt. Da sie u. a. aufgrund von erhöhtem Stress angefangen habe Cannabis zu rauchen, sei ihr vom Betrieb die Lehrstelle gekündigt worden.
17-jährige Berufsschülerin (Fachangestellte Gesundheit EFZ)	Elena	Befand sich zum Interviewzeitpunkt im 3. Lehrjahr zur Fachangestellten Gesundheit (FaGe). Sie habe einen großen Bewegungsdrang. Zudem berichtet sie von einer starken inneren Unruhe und Konzentrationsproblemen. In der Schule sei es immer eine Herausforderung für sie; am Abend sei sie jeweils immer sehr müde. Manchmal komme es auch zu Konflikten mit Arbeitskollegen und -kolleginnen aufgrund ihrer starken Impulsivität. Sie nehme sich in ihrem Alltag sehr viel Zeit ihre eigene Situation und Schwierigkeiten zu reflektieren. Ihre Eltern können ihr hierbei helfen.
18-jähriger Gymnasialschüler (halbprivates Gymnasium)	Aaron	Befand sich zum Interviewzeitpunkt in einem Halbprivat-Gymnasium, im letzten Jahr vor der Maturität. Er hatte zur Zeit der Befragung gerade eine Prüfungsphase hinter sich, die gut gelaufen sei. Er sei immer etwas spät dran mit dem Lernen und brauche einen gewissen Druck von außen. Im Unterricht habe er oft Probleme mit der Unaufmerksamkeit. Es fehle ihm eine Art Filter, um sich auf etwas Spezifisches konzentrieren zu können. Er berichtet von einem permanenten inneren Kampf zwischen Wollen (z. B. gute Noten schreiben) und nicht Können (z. B. aufgrund von Konzentrationsmangel), der eine große emotionale Belastung für ihn darstelle. Seine Lernstrategie sei, dass er Mitschüler sucht, die den Stoff verstehen und sich mit ihm zusammensetzen würden. An seinem Schulhaus herrsche eine Schulhauskultur, die von gegenseitiger Unterstützung bezüglich des Lernens geprägt sei.

Tabelle A6. Codebuch mit Beschreibung der Kategorien und Unterkategorien

Thematische Hauptkategorien	Unterkategorien (fettgedruckt; mit Beispielstichworten darunter)	Kurze Definition	Beispiel
Herausfordernde Situationen und Aspekte in Schule und Betrieb	Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - Ablenkende Reize (z.B. ein hoher Geräuschpegel) - Frontalunterricht (viel Reden der LP; schnelle und einförmige Vermittlung des Inhalts) - Monotone administrative Arbeiten (z.B. am Computer) 	Umfasst die äußeren Kontextbedingungen in Schule und Betrieb, die von den Befragten als herausfordernd erlebt werden. Dabei geht es zum einen spezifisch um die vorherrschenden Unterrichtsverhältnisse sowie Arbeitsbedingungen, sowie auch um spezifische Unterrichts- und Arbeitsinhalte.	„Vor allem wenn es Sachen sind wie der Computer, wo eigentlich andauernd das Gleiche zu tun ist. Man muss sitzen und sich konzentrieren.“ (Elena: 73)
	Anforderungen an Organisations- und Planungsfähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Versäumnis von (Abgabe-)Terminen und Hausaufgaben - Vergessen von Materialien (z. B. Bücher) 	Umfasst Situationen bzw. Aufgaben und Aufträge, die Organisations- und Planungsfähigkeiten auf Seiten des bzw. der Jugendlichen verlangen und als Herausforderung erlebt werden. Sowie auch die Konsequenzen davon (z. B. Unterlagen vergessen etc.).	„Termine halt einfach so [...] Das Ganze halt einfach zu planen. Organisatorisch. Also beim Arbeiten ist es gut gegangen, weil das macht man dann sofort. Aber wenn es über eine längere Zeit ist und du nicht fix bei dem bist, ist es schwierig, das alles im Kopf zu haben und hinzukriegen.“ (Aurélia: 107)
	Prüfungsvorbereitung und Hausaufgaben <ul style="list-style-type: none"> - Prokrastination 	Umfasst die Herausforderung des Lernens für Prüfungen sowie des Erledigens von Hausaufgaben. Häufig wird in diesem Zusammenhang auf Prokrastination eingegangen.	„Also, ich versuche es immer so ein bisschen hinauszuzögern, bis dann schlussendlich der zweitletzte Tag ist [...] Wie fange ich an? Wie lange? Wie viele Pausen? So [...] dann mache ich wieder eine halbe Stunde Pause, gehe eine Zigarette rauchen, trinke einen Kaffee. Und dann fange ich wieder von Neuem an.“ (Elena: 78)
	Soziale Interaktionen <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Arbeitskollegen/Vorgesetzten - Anwesenheit von vielen Menschen bzw. Arbeit in großen Gruppen 	Umfasst Herausforderungen, die sich durch den Umgang mit anderen Personen (z. B. Arbeitskolleginnen	„Also dieser eine Konflikt mit dieser Arbeitskollegin [...] ich fahre ziemlich schnell aus mir raus und

		und -kollegen, Mitschülerinnen und -schüler) ergeben.	sage Sachen, die nicht gut sind.“ (Elena: 62)
	Komorbide Probleme wie Motivationslosigkeit und emotionale Schwankungen	Umfasst komorbide Symptome wie Stimmungsschwankungen, emotionale Probleme, motivationale Probleme.	„Ja, ich würde sagen, das Problem an ADHS ist halt, dass es so ein bisschen einen innerlichen Kampf verursacht [...] Ich spüre sehr stark, was ich machen möchte, aber eben diese Ablenkung, die wenige Motivation und diese Sachen, die wirklich sehr typisch sind für ADHS, und das löst in mir dann immer/ oder phasenweise sehr krass so eine Aufregung aus [...] Darum würde ich sagen emotional ist es auch sehr belastend.“ (Aaron: 137)
<i>Umgang mit herausfordernden Situationen in Schule und Betrieb</i>	Situative (Unterrichts-)Strategien - Musikhören - Kaugummi kauen - Zeichnen - Pausen einfordern bzw. Gespräch suchen - Zuvorderst oder an einem Einzelplatz sitzen	Umfasst (Unterrichts-)Strategien, die die Jugendlichen direkt in der herausfordernden Situation anwenden, um besser mit diesen Situationen bzw. den ADHS-Symptomen zurecht zu kommen.	„Wenn die Lehrer viel reden. Ich habe dann eine Strategie/ also ich male gerne währenddessen. Ich kritzle ein wenig rum. Das hilft mir dann auch hier zu bleiben, nicht weg zu gehen mit den Gedanken. Und das durfte ich dann auch tun. Als ich es Ihnen gesagt habe ist es dann auch akzeptiert worden.“ (Aurélia: 51)
	Lernstrategien - mit Mitschülerinnen und Mitschülern zusammen lernen - an der Schule lernen	Umfasst Strategien, um das Lernen für Prüfungen zu verbessern.	„Und das heißt, man findet immer ein Grüppli, das gerade etwas anderes macht. Wo man sich/ über etwas diskutieren kann oder was auch immer. Man findet aber auch immer ein Grüppli, das lernt. Und dann kann man zu denen lernen gehen.“ (Aaron: 122)
	Suche nach sozialer Unterstützung - Lehrpersonen sowie Berufsbildende über Symptome aufklären - Gespräch suchen und Schwierigkeiten ansprechen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen	Umfasst das aktive Aufsuchen von sozialer Unterstützung durch Bezugspersonen in Schule und Betrieb sowie durch Nahestehende. Dazu zählt u. a., dass diese Personen über die ADHS-Symptomatik und die daraus resultierenden Schwierigkeiten	„Das heißt die Lehrer wissen eigentlich Bescheid. Haben Sie ihnen das erklärt?“ „Ja, ich habe das erzählt. Also ich habe auch jemand in der Klasse, der es nicht erzählt, aber ich finde

		aufgeklärt werden, damit Lösungsmöglichkeiten gefunden werden können.	das mega wichtig, weil die müssen einen ja verstehen. Und ich brauche eben wie diese Pausen zwischendurch. Mehr als die anderen. Und darum sollten sie das eigentlich schon wissen. Mein Betrieb ist auch informiert. Alle.“ (Elena: 52)
	Selbstbezogene Strategien <ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion - Selbstakzeptanz 	Umfasst (längerfristige) Strategien, die die Auseinandersetzung mit der eigenen Person, den eigenen Schwächen und Stärken beinhaltet. Geht über den direkten schulischen bzw. betrieblichen Kontext hinaus.	„Ja, ich habe angefangen über mich selbst nachzudenken. Ich habe gemerkt, andere Leute machen es so, ich versuche es auch so. Es ging nicht. Dann habe ich nach anderen Lösungen gesucht. Das geht nicht von einem Moment auf den anderen. Zwei, drei Jahre musst du einfach versuchen, das so irgendwie hinzubekommen.“ (Elena: 122)
	Professionelle Hilfe und Medikamente	Umfasst die Beanspruchung von professionellen Hilfesystemen (Fachpersonen der Medizin, Psychiatrie, Psychologie etc.). Zudem die Beanspruchung von Medikation.	„Ja, ich war noch bei zwei, drei Ärzten. Dort habe ich aber schnell wieder aufgehört. Weil ich einfach gemerkt habe, das ist nicht so meins.“ (Elena: 46)
Induktiv ergänzte Hauptkategorie			
<i>Unterstützende Faktoren in Schule und Betrieb</i>	Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - Abwechslung und Aktivierung - flexible und zugleich klare Strukturen (z.B. Rückzugsort oder die Möglichkeit, einen Einzelplatz zu nutzen) 	Umfasst die äußeren Kontextbedingungen in Schule und Betrieb, die von den Befragten als unterstützend erlebt werden. Dabei geht es zum einen spezifisch um die vorherrschenden Unterrichtsverhältnisse sowie Arbeitsbedingungen, sowie auch um spezifische Unterrichts- und Arbeitsinhalte.	„Ja, es ist mit Kunden. Ich habe es ja mega gut mit Menschen. Es ist sehr abwechslungsreich [...] Es gefällt mir halt und ich brauche Abwechslung. Dann kann ich mich auch besser konzentrieren, wenn ich nicht immer das Gleiche machen muss.“ (Aurélia: 243)

	<p>Klare übergeordnete Organisation in Schule bzw. Betrieb</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terminlisten - klare Regeln und Abläufe 	<p>Umfasst eine klare übergeordnete Organisation an Schule bzw. Betrieb. D. h., übergeordnet bestehen klare Richtlinien (bzgl. wichtiger Termine und Abläufe).</p>	<p>„Ja, also ich finde [...] ein Aspekt, der vielleicht oft vernachlässigt ist, ist die Organisation und dass eine klare strukturierte Organisation gerade jemandem mit ADHS extrem helfen kann [...] Aber wenn ich weiß/ wenn ich eine klare Struktur haben von dem Tag, von der Woche, vom Monat. Wenn ich genau weiß, wann meine Prüfungsphase ist, dann kann ich mich besser drauf vorbereiten.“ (Aaron: 146)</p>
	<p>Schul- und/oder Betriebskultur, die von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist</p>	<p>Umfasst die übergeordnete Schul- bzw. Betriebskultur, die durch eine Atmosphäre der gegenseitigen Unterstützung geprägt ist.</p>	<p>„Und jetzt gerade in der Prüfungsphase helfen e alle allen. Also gerade in der ganzen Schule. Gerade also jetzt auch wieder als konkretes Beispiel. Also letzte Woche war ich drei- oder viermal gefragt wurde, ob ich irgendein Fach irgendjemanden, den ich nicht mal kennen, erklären kann.“ (Aaron: 92)</p>
	<p>Emotionaler Rückhalt (durch verschiedene Bezugspersonen) Verständnis und Akzeptanz Rückmeldungen und Aufzeigen von Grenzen</p>	<p>Umfasst das Vorhandensein emotionaler Unterstützung (durch versch. Bezugspersonen wie Lehrpersonen, Berufsbildnerinnen und -bildner, Eltern). Neben dem Erfahren von Verständnis und Akzeptanz zählen auch Rückmeldungen zum eigenen Verhalten dazu.</p>	<p>„Und dann mit der Zeit haben meine Eltern dann angefangen mit mir viel zu reden [...] haben mir Grenzen aufgezeigt und gesagt, schau, das geht gar nicht. Dann musst du jetzt einfach runterfahren, da musst du merken, dass es nicht geht.“ (Elena: 42)</p>

Tabelle A7. Deskriptive Kennwerte der ADHS-Items sowie Kennwerte der Vergleichsstichprobe

Instrumente	Item-Anzahl	Aktuelle Stichprobe								Vergleichsstichprobe ¹		
		M	SD	α	S	K	Alter (Korrelation)	Geschlecht (t-test)	Schultyp (t-test)	M	SD	α
Gesamtsymptomatik ADHS	20	0.67	0.42	0.88	1.08	1.32	.08*	m > f	n.s.	0.58	0.41	.88
Subskala Unaufmerksamkeit	9	0.86	0.51	0.82	0.85	0.63	.09**	m > f	n.s.	0.62	0.47	.81
Subskala Hyperaktivität/Impulsivität	11	0.52	0.45	0.84	1.42	2.36	.05	n.s.	n.s.	0.55	0.45	.81
Items der Unaufmerksamkeit	A01 Flüchtigkeitsfehler	1.16	0.68		0.64	0.84	.01	m > f	GS > BS	1.00	0.69	
	A02 Unaufmerksam Aufgaben	1.02	0.83		0.55	-0.15	.14***	n.s.	n.s.	0.41	0.71	
	A03 Nicht zuhören	0.75	0.82		0.90	0.13	.08*	n.s.	n.s.	0.37	0.68	
	A04 Unfertige Aufgabe	0.59	0.73		1.13	0.89	.05	m > f	n.s.	0.43	0.69	
	A05 Problem Organisation	0.59	0.75		1.19	0.94	.11**	m > f	n.s.	0.42	0.63	
	A06 Abneigung Aufgabe	0.88	0.84		0.75	-0.02	.04	n.s.	GS > BS	0.77	0.88	
	A07 Verliert Arbeitsmittel	0.61	0.82		1.26	0.81	.02	m > f	GS > BS	0.49	0.77	
	A08 Ablenkung Umgebung/Gedanken	1.26	0.85		0.42	-0.34	.06	n.s.	GS > BS	0.96	0.82	
	A09 Vergesslich	0.88	0.87		0.76	-0.12	-.01	n.s.	n.s.	0.67	0.78	
Items der Hyperaktivität/Impulsivität	B01 Zappeln: Hände, Füße	0.96	0.97		0.70	-0.54	-.04	n.s.	GS > BS	0.65	0.89	
	B02 Aufstehen	0.19	0.51		3.07	10.04	.07*	m > f	n.s.	0.08	0.32	
	B03a Permanentes Herumlaufen	0.15	0.46		3.31	11.54	.05	m > f	n.s.	0.11	0.41	
	B03b innere Unruhe	0.75	0.83		0.90	0.12	.05	n.s.	n.s.	0.50	0.72	
	B04 Nicht ruhig beschäftigen	0.46	0.69		1.48	1.90	.06	n.s.	n.s.	0.19	0.48	
	B05a Durchgängig Unruhe	0.44	0.71		1.58	1.90	.08*	n.s.	BS > GS	0.30	0.65	
	B05b Handelt angetrieben	0.58	0.77		1.24	0.94	.06	n.s.	n.s.	1.40	1.01	
	B06 Antwort vor Frage	0.54	0.75		1.35	1.36	.03	n.s.	BS > GS	0.51	0.84	
	B07 Nicht warten	0.44	0.71		1.62	2.19	.10**	n.s.	n.s.	0.59	0.79	
B08 Unterbricht, stört	0.41	0.64		1.67	2.97	-.02	m > f	n.s.	0.60	0.81		
B09 Redet viel	0.78	0.87		0.93	0.07	-.03	n.s.	n.s.	0.66	0.84		

Anmerkung. S = Schiefe; K = Exzess; GS= Gymnasialschülerinnen und Gymnasialschüler; BS= Berufsschülerinnen und Berufsschüler; ¹ DISYPS-Repräsentativstichprobe (Döpfner, Lehmkuhl et al., 2008); *p < .05;**p < .01;***p < .001.

Tabelle A8. Deskriptive Kennwerte der eingesetzten Skalen sowie Kennwerte der Vergleichsstichproben

Aktuelle Stichprobe										Vergleichsstichprobe ¹		
Instrumente	Item-Anzahl	M	SD	α	S	K	Alter (Korrelation)	Geschlecht (t-test)	Schultyp (t-test)	M	SD	α
Wohlbefinden (KINDL-R)												
Körperliches WB	4	3.25	0.80	0.70	-0.14	-0.66	-0.05	m > f	n.s.	3.82	0.68	.62
Psychisches WB	4	3.90	0.69	0.63	-0.73	0.14	-0.08*	m > f	n.s.	4.26	0.51	.58
Selbstwert	4	3.39	0.77	0.72	-0.49	0.20	-0.04	m > f	n.s.	3.32	0.74	.70
Familiäres WB	4	4.25	0.78	0.84	-1.34	1.66	-0.06	m > f	n.s.	4.29	0.62	.73
WB Freunde	4	3.85	0.65	0.59	-0.66	0.80	-0.05	m > f	n.s.	4.11	0.59	.54
WB Ausbildung	4	3.50	0.64	0.48	-0.17	-0.40	-0.13***	m > f	n.s.	3.67	0.67	.54
verbessert	3	3.47	0.79	.56	-0.19	-0.62	-0.13***	m > f	n.s.			
WB Gesamtskala	24	3.69	0.50	0.86	-0.47	-0.06	-0.10**	m > f	n.s.	3.91	0.41	.82
Leistung												
Notenschnitt BS	2	4.86	0.51	-	-0.55	0.50	-.07	f > m	-	-		
Notenschnitt GS	3	4.60	0.47	-	0.27	-0.20	-.29***	f > m	-	-		
Arbeit im Betrieb	1	4.95	0.65	-	-0.48	1.14	0.01	f > m	-	-		
Belastung												
Schulische Belastung	5	2.43	0.74	0.79	0.31	-0.07	0.09*	f > m	GS > BS	2.27	0.31	0.80
Belastung Betrieb	5	2.67	0.68	0.77	0.39	0.44	0.14***	m > f	-	2.71	0.58	0.71
Kompetenzerleben												
Kompetenzerleben	10	2.79	0.54	0.82	-0.46	0.46	-0.08*	m > f	n.s.	3.07	0.50	.84
Emotionale Unterstützung												
Bezugspersonen	4	3.59	0.54	0.87	-1.53	2.61	-0.07*	f > m	n.s.	3.53	0.72	.83
LP	3	11.50	2.08	0.80	-0.49	0.56	0.07*	m > f	BS > GS	11.40	2.60	.74
Mitschülerinnen und Mitschüler	4	12.12	1.97	0.80	-0.94	1.75	-0.16***	n.s.	GS > BS	12.20	2.10	.66

Anmerkung. S = Schiefe; K = Exzess; WB = Wohlbefinden; GS= Gymnasialschülerinnen und Gymnasialschüler; BS= Berufsschülerinnen und Berufsschüler; ¹ Für KINDL-R: Bullinger et al. (2008), für Belastungsskalen: Kammermann und Hofmann (2009), für Kompetenzerleben: Sarubin et al. (2015); für emotionale Unterstützung Bezugspersonen: Schulz und Schwarzer (2003); für emotionale Unterstützung Mitschülerinnen und Mitschüler: Ritter et al. (2016); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

12. Anhang B

Anhang B1: Codiertes Interviewtranskript Berufsschülerin 1 (Aurélia).....	141
Anhang B2: Codiertes Interviewtranskript Berufsschülerin 2 (Elena).....	158
Anhang B3: Codiertes Interviewtranskript Gymnasialschüler (Aaron).....	170

Anhang B1: Codiertes Interviewtranskript Berufsschülerin 1 (Aurélia)

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen



- 1 **I: Ich frage nach Erlebnissen, nach Situationen in der Ausbildung, zum einen in der Schule, zum anderem im Beruf. Und im Prinzip, wenn Sie jetzt noch in der gleichen Ausbildung wären, würde ich immer fragen, wenn Sie so an die letzten zwei, drei Wochen denken. Bei Ihnen ist es jetzt ein bisschen anders, weil Sie nicht mehr dort sind. Seit wann sind Sie nicht mehr dort? Können Sie sich noch ein bisschen erinnern an diese Situationen?**
- 2 B: Ja, ja. Sehr gut ja.
- 3 **I: Seit wann sind Sie nicht mehr dort?**
- 4 B: Seit dem 8.2. Also, es ist schon eine Weile her.
- 5 **I: Es ist trotzdem so, dass ich Sie jetzt bitten würde, also bei den Fragen so an den letzten Monat, als Sie noch dort waren, zu denken. Und nachher können wir dann schon noch zum Jetzt kommen. Aber einfach vielleicht zuerst so, wie das gewesen ist.**
- 6 B: Ja.
- 7 **I: Super. Sie haben welchen Beruf gelernt?**
- 8 B: Detailhandel.
- 9 **I: Ok.**
- 10 **Wenn Sie jetzt so an die ganze Ausbildung denken, Schule und berufliche Seite, und zwar an den letzten Monat: was sind Sachen, die bei Ihnen besonders gut gelaufen sind. Wenn Sie einfach so frei sagen würden, was besonders gut gelaufen ist?**
- 11 B: Also am Anfang ist die Schule nicht gut gelaufen, ich bin ja im Dings gewesen, also im EFZ. Dann im EBA ist es sehr gut gelaufen, als die Klasse kleiner geworden ist. Und der Lehrer auch viel besser erklärt hat und auch mehr mit uns gemacht hat. Das ist sehr gut gelaufen. Und ich habe die Lehrlingssprecher-Position gehabt, das ist auch sehr gut gelaufen/
- 12 **I: Wie heisst das?**
- 13 B: Lehrlingssprecherin. Wir waren 20 Lehrlinge.
- 14 **I: Ah ok.**
- 15 B: Und ich war zuständig für alle gewesen.
- 16 **I: Also Sie waren die Sprecherin und haben dort so/**
- 17 B: Probleme gelöst. Angeschaut, was los ist. Lösungen gesucht. Mit den Chefen geredet.
- 18 **I: Ah ok.**
- 19 **Und das hat Ihnen Spass gemacht?**
- 20 B: Ja sehr.
- 21 **I: Schön.**
- 22 **Wann konnten Sie auf die EBA-Ausbildung wechseln? Schon**

1/17

„Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen“



ziemlich früh oder später?

23 B: Nach dem ersten Jahr schon. Im zweiten Semester.

24 **I: Dann haben Sie eine komplett neue Klasse bekommen?**

25 B: Genau. Ja.

26 **I: Und ein bisschen eine kleinere haben Sie gesagt?**

27 B: Eine kleinere, ja, einiges kleiner. Und ruhiger halt durch das auch. Weil es weniger sind.

28 **I: Alles klar.**

29 **Und Lehrlingssprecher ist etwas, was man im Betrieb ist und weniger in der Schule oder?**

30 B: Ja, das stimmt.

31 **I: Und Sie haben das jetzt im Betrieb gemacht? Sie konnten mit den Vorgesetzten reden, und mit den Lehrlingen/**

32 B: Genau. Wenn die Lehrlinge Probleme hatten. Weil wir waren ja von der IV. Eigentlich alle. Und dadurch haben viele halt auch Probleme gehabt sich zu äussern und mit den Chefen zu reden. Und weil ich mit dem halt voll gut klargekommen bin, haben sie mich dann in diese Position genommen.

33 **I: Das heisst, Sie machen das gerne, so wie Gespräche suchen, Kommunikation. Das ist etwas, was Sie gerne machen?**

34 B: Genau. Ja. Sehr.

35 **I: Heisst das/ also Sie wurden von der IV begleitet. War das eine geschützte Institution, wo Sie die Lehre gemacht haben?**

36 B: Es war eine geschützte ja.

37 **I: Gibt es noch andere Sachen, die Sie besonders gern und gut gemacht haben?**

38 B: Kundenberatung. Mit Kunden umgehen. An der Kasse habe ich auch sehr gern gearbeitet und das ist natürlich auch super gut gegangen. Weil dort arbeitet man fix alleine. Und bist eigentlich ständig dran und so. Und dann läuft es mit der Konzentration natürlich sehr gut.

39 **I: Ah cool. Ok. Was haben Sie ganz genau/ also war es ein Laden?**

40 B: Wir haben Migros also Migros-Partner. Also dort habe ich gearbeitet.

41 **I: Ok. Das heisst, Sie konnten an der Kasse sein und gleichzeitig auch Leute beraten?**

42 B: Ja. Also man arbeitet ja nicht immer an der Kasse. Also so eine fixe Zeit, wo man an der Kasse arbeitet. Und sonst im Laden ist.

„Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen“



..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

43 **I: Welche Sachen, wenn wir mal an die Schule denken, und vielleicht jetzt an den letzten Monat, also nicht an den Anfang in der EFZ, sondern nachher in der EBA. Was waren Herausforderungen für Sie oder Schwierigkeiten in der Schule?**

44 **B: Wir haben einen neuen Lehrer bekommen. In Geschichte und Gesellschaft. Er war ein Neuling und hat halt versucht alles, was er gelernt hat, auch uns beizubringen. Und hat nur geredet. Und wenn jemand so viel redet, kann ich mich kaum konzentrieren und dann bin ich nicht mehr draus gekommen. Das war sehr, sehr schwierig (unv.). Man hat halt gemerkt, dass er da noch nicht so Erfahrungen hatte. Das war sehr schwer.**

..Suche nach sozialer Unterstützung

45 **I: Haben Sie da irgendetwas gmeacht? Also mit dieser Situation?**

46 **B: Wir haben mit unserem Klassenlehrer geredet und er hat uns dann einfach angeboten, dass wir einen Test haben oder so, dass wir vorher noch zu ihm kommen. Wir haben manchmal auch am Schluss vom Deutschunterricht ihm das nochmal sagen können, wir haben dann einen Test, ob er das uns schnell erklären kann. Er war halt ein super Lehrer. Bei ihm hat man das sofort verstehen können und alles. So konnte er uns dann helfen.**

47 **I: Ah ok. Das heisst, es waren nicht nur Sie, die Probleme damit hatten?**

48 **B: Nein, es war die ganze Klasse.**

49 **I: Ok, ja.**

50 **Hat es sonst noch Herausforderungen gegeben? Situationen in der Schule, wo Sie sagen, das waren jetzt besonders schwierige Situationen für Sie?**

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingur

..Situative (Unterrichts-)Strategien

51 **B: Wenn die Lehrer viel reden. Ich habe dann eine Strategie/ also ich male gerne währenddessen. Ich kritzle ein wenig rum. Das hilft mir dann auch hier zu bleiben, nicht weg zu gehen mit den Gedanken. Und das durfte ich dann auch tun. Als ich es Ihnen gesagt habe ist es dann auch akzeptiert worden.**

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

52 **I: Sie haben das den Lehrer offen gesagt, dass Sie sich nicht so gut konzentrieren können?**

53 **B:Also Sie haben es mal angesprochen gehabt und dann konnte ich das sagen.**

54 **I: Ja. Also ist es den Lehrer auch aufgefallen, dass Sie manchmal abschweifen?**

55 **B: Ja, weil ich eben auch immer zeichne...**

56 **I: Ah dann haben Sie erklärt, warum...**

57 **B: Ja genau.**

58 **I: Mhm (bestätigend).**

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

59 **B: Ja und wenn die Klasse unruhig ist, selber ruhig zu bleiben, ist sehr sehr schwierig.**

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

60 **I: Ist das viel vorgekommen, dass die Klasse unruhig ist?**

61 B: Ja, es hat Tage gegeben, wo es unruhiger war und dann Tage, wo es weniger unruhig war. Das Problem ist, wenn ganz viel Geräusche waren im Raum, oder jemandem etwas runterfällt. Das lenkt halt alles sehr ab.

62 **I: Konnten Sie in diesen Situationen irgendetwas machen? Oder mussten Sie das einfach so wie hinnehmen?**

63 B: Also die Lehrer haben uns Musik hören lassen zum Teil. Dann ist jeder für sich. Das ist auch sehr super. Weil dann verhindert man eigentlich, dass sie reden.

64 **I: Also mit den Kopfhörer kann jeder Musik hören?**

65 B: Ja, eigene Musik ja.

66 **I: Also Ihnen hat das jetzt geholfen?**

..Situative (Unterrichts-)Strategien

67 B: Ja, schon. Ich finde, das ist eine super Idee.

68 **I: Ja. Ich stelle mir so vor - also wenn man Musik hört und man hat etwas, bei dem man sich mega konzentrieren muss - geht das trotzdem gut für Sie?**

69 B: Wenn man Musik hört, die man schon kennt, dann kennt man das ja schon und dann läuft das so im Hintergrund und bringt dich eigentlich dazu dich zu konzentrieren weil einfach das läuft, das du kennst. Dann kannst du dich auf die Arbeit konzentrieren. Du hörst nicht nur die Rede und die Rede und dort fällt etwas runter. Und dort blättert wieder jemand um.

70 **I: Ok. Alles klar.**

71 **Also in dem Fall waren es vor allem Situationen in der Schule, in denen viel um Sie herum passiert ist. Geräusche oder dass jemand viel redet. Gibt es sonst noch Situationen die schwierig waren?**

72 B: Wenn man keine Lust hat. Dann ist auch die Gefahr, dass man abschweift.

73 **I: Ist das viel vorgekommen?**

..Komborbid Probleme (z.B. Motivationslosigl

74 B: Ja mir passiert das gerne und ich merke das auch nicht immer sofort. Ich bin dann auf einmal so weg und denke plötzlich, mist ich muss ja aufpassen. Und dann habe ich schon einen Teil verpasst ja.

75 **I: Also ist jetzt das so, wenn Sie sich zum Beispiel fürs Fach nicht grad super begeistern könnten? So meinen Sie? Wenn die Motivation nicht so da ist?**

76 B: Ja, mhm (bestätigend).

77 Dann fällt es schwer mich zu konzentrieren.

78 **I: Jetzt so diese Situationen - wenn ich Sie jetzt nochmal frage,**

4/17

..Lernstrategien

wie Sie damit umgegangen sind - also Sie haben so gewisse Strategien wie malen. Gibt es noch andere Sachen, die für Sie sehr wichtig sind um mit diesen Sachen umzugehen? Oder dazumal. Personen, die wichtig sind? oder Strategien sonst, die wichtig sind?

79 B: Also ich finde eben, wenn man sich nicht so gut konzentrieren kann, ist halt wichtig, dass man seine Konzentration jetzt z.B. nur in die Schule steckt. Zum Beispiel dass man, wenn man jetzt sagt man hat ein Test, passt man lieber auch gut auf. Dann musst du nachher zu hause nicht mehr so viel machen, weil du dann alles mitbekommen hast. Das hat mir sehr geholfen. Früher in der Schulzeit habe ich halt nicht immer gut aufgepasst. Und dann musste ich zu hause lernen. Und dass ist dann in der Berufsschule - dann habe ich angefangen aufzupassen - dann habe ich gemerkt, ja eigentlich muss ich dann nicht mehr so viel lernen. Denn wenn man aufpasst, dann weiss man das.

80 I: Stimmt. Und das konnten Sie dann auch so? Also manchmal hat man ja auch so wie Vorsätze und dann ist es trotzdem schwierig. Aber Sie haben das so gekommt?

81 B: Ja, nur eben bei diesem Lehrer war es echt schwierig.

82 I: Bei dem einen Lehrer?

83 B: Ja. Aber sonst ist es eigentlich gut gegangen?

84 I: Ok. Gut ja.

85 Gab es wichtige Personen, wo Sie jetzt diese spezifische Schwierigkeiten mit dem Nicht-Können-Konzentrieren, die jetzt für Sie wichtig waren?

86 Personen, wo Sie sagen, das war jetzt wichtig für mich, dass ich mit dem drüber reden konnte oder der Sie unterstützt hat auf irgendeine Art?

87 B: Also ich konnte mit meinen Chef gut reden. Bei der Arbeit. Also es ist halt, wenn man 20 Lehrlinge sind, und der Laden ist nicht besonders gross, dann sitzt man aufeinander. Und dann ist halt die Konzentration echt, echt sehr eine Herausforderung. Vor allem wenn man in Gruppen arbeitet. Sie haben dann halt auch mehr geschaut. Und man konnte auch bereden und so. Und dann hat man geschaut, dass ich auch alleine arbeiten kann.

88 I: War der Chef auch ihr Berufsbildner gewesen gleichzeitig? Wahrscheinlich schon oder?

89 B: Es war einfach der Chef. Wir hatten einen Rayonleiter und den Chef. Der Chef war v.a. zuständig gewesen und der Rayonleiter hat einfach für die Rayonabteile und der war dann einfach für die Lehrlinge zuständig, die grad in seinem Abteil waren.

90 I: Ja, und mit beiden hatten Sie es gut?

91 B: Mit allen. Es waren ja mehrere Rayonleiter.

92 I: Mit den Leuten hatten Sie es eigentlich gut, in dem Fall?

..Soziale Interaktionen

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedi

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedi

..Soziale Interaktionen
..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingur



..Soziale Interaktionen



..Anforderungen an Organisations- und Plan



- 93 B: Ja, es war eigentlich super gut gelaufen im Geschäft. Wir haben uns alle super verstanden. Wir haben auch viel daran gearbeitet. Wir mussten. Weil wir so viel waren.
- 94 **I: Wie haben Sie daran gearbeitet?**
- 95 B: Ja mit Konflikten, eben diese zu lösen. Weil ich bin sehr eine neutrale Person. Also wenn zwei Leute streiten, dann sage ich nicht, ja du hast recht. und die andere ja, dann schaue ich diese Seite an und versuche es zu klären. Und es hat auch gut geklappt. Sie sind auch immer zu mir gekommen. Also sie haben es auch wirklich ernst genommen, dass ich Lehrlingssprecherin bin. Und durch das habe ich auch viel mit dem Chef anschauen können.
- 96 **I: Sie sind wahrscheinlich sehr gut im (...) als Mediator. Zwischen zwei.**
- 97 B: Ja.
- 98 **I: Ok. Schön. Wenn wir jetzt grad mal zum Berufsalltag gehen. Was waren dort die Herausforderungen für Sie? Falls es überhaupt grosse Herausforderungen gegeben hat?**
- 99 B: Konzentriert mit den anderen zu arbeiten. Das war schwierig. Oder halt einfach an den Leuten vorbeizugehen ohne zu reden. Oder auch mal zu sagen, hey ich kann jetzt nicht reden, ich muss arbeiten. Ich bin so ein Mensch, wenn jemand mit mir redet. Ich gehe super gern auf Gespräche ein. Das war halt dann schwierig auch sagen zu können, nein, ich kann jetzt nicht reden. Ich muss arbeiten. Das Problem ist, du läufst einmal durch den Laden, läufst du an zehn Lernenden vorbei. Das ist echt schwierig gewesen.
- 100 **I: Das heisst ihre eigentliche Stärke ist Ihnen da etwas in den Weg gekommen?**
- 101 B: Ja genau.
- 102 **I: Sind Sie da dann auch darauf angesprochen worden oder haben Sie das mit dem Chef besprechen können?**
- 103 B: Ja, ja. Der Chef hat schon gefunden, ich rede zu viel. Das ist klar, das ist sehr aufgefallen auch.
- 104 **I: Und dann haben Sie einfach ab und zu versucht, mehr daran zu denken oder was waren noch Strategien?**
- 105 B: Oder eben, wenn es jetzt wirklich um was gehen würde, wo ich als Lehrlingssprecher das wissen müsste, dass ich es dann auch einfach sagen kann. Und sonst halt auch einfach, dies in den Pausen machen.
- 106 **I: Andere Situationen, die für Sie/ oder Aspekte von ihrem beruflichen Alltag, die Sie als Herausforderung erlebt haben oder als Schwierigkeit?**
- 107 B: Termine halt einfach so. Wenn man noch nebenei Termine hat. Das Ganze halt einfach zu planen. Organisatorisch. Also beim

Arbeiten ist es gut gegangen, weil das macht man dann sofort. Aber wenn es über eine längere Zeit ist und du nicht fix bei dem bist, ist es schwierig, das alles im Kopf zu haben und hinzukriegen.

108 **I: Also mehr jetzt beruflich die Termine oder mehr Freizeit?**

109 B: Alles ein bisschen.

110 **I: Hat Ihnen da irgendetwas geholfen bei dem?**

111 B: Ja bei dem bin ich heute noch dran.

112 **I: Und gibt es irgendetwas, das Ihnen hilft?**

113 B: Also meine Mum hilft mir sehr.

114 **I: Ihre Mutter?**

115 B: Ja, sie sagt, ich könne meine Termin hier im Kalender eintragen. Und dann erinnert sie mich auch daran. Bei Handys kann man ja Funktionen heutzutage einstellen. Das ist auch eine Hilfe. Wenn man den Wecker stellt, dass es dann läutet. Und dann sieht man, ja genau, ich habe noch einen Termin. Man muss halt einfach ein bisschen herausfinden, was einem hilft.

116 **I: Genau. Ist wahrscheinlich individuell.**

117 B: Ja je nachdem. Aber ich finde, also Handy ist sicher eine gute Lösung. Vor allem bei der heutigen Jugend ist das ja ein Riesenthema.

118 **I: Das heisst, in Ihrem Berufsalltag hat es Ihnen eigentlich mehrheitlich gefallen?**

119 B: Ja, es war nicht immer einfach. Es war anstrengend gewesen. Aber es ist sehr auch toll gewesen. Ich habe es gut mit allen gehabt. Das ist halt schön. Wenn du auch mit dem Chef so reden kannst. Ist nicht überall...

120 **I: Auf jedenfall. Das ist sehr viel Wert. Ja.**

121 **Und wenn wir nochmal zurück zur Schule kommen. Sind Sie einen Tag pro Woche oder zwei Tage pro Woche?**

122 B: Einmal pro Woche.

123 **I: Ok. Also schulisch war es auch gut?**

124 B: In der EBA ja. Der Lehrer, der wir da hatten war echt ein super Lehrer.

125 **I: War das der Hauptlehrer?**

126 B: Der Hauptlehrer genau.

127 **I: Und mit ihm konnten Sie reden? Oder warum war er so gut?**

128 B: Er konnte sehr gut mit Schüler umgehen. Er hat eigentlich den interessantesten Unterricht gemacht eigentlich. Ausprobiert und

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

uns auch gefragt nach Feedback. War es gut so? Er ging wirklich auf die Schüler ein. Das hast du halt nicht so oft, dass die Lehrer wirklich auf die Schüler eingehen. Und das ist halt super. Das ist sehr unterstützend.

129 **I: Welche Fächer hat er denn gegeben? Oder wie oft haben Sie ihn gesehen?**

130 B: Wir hatten Deutsch bei ihm. Zwei Lektionen.

131 **I: Aber er war trotzdem wie so der Hauptlehrer?**

132 B: Ja, er war für unsere Klasse zuständig.

133 **I: Und Sie haben vorher gesagt, er sei auf Sie eingegangen. Also hat er wirklich auch jeden persönlich gekannt und welche Schwächen und Stärken jemand hat?**

134 B: Ja, er ist auf jeden eingegangen. Wirklich geschaut. Und seine Tests hat man auch super verstanden. Also er hat wirklich geschaut, man hat gemerkt, ihm ist es wichtig, dass seine Schüler durchkommen und es trotzdem lernen.

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

135 **I: Schön ja. Das ist ja wahrscheinlich wirklich nicht der Normalfall immer. Bei Lehrern, die ihre Schüler auch nicht so oft sehen.**

136 B: Er hat auch nicht so eine Grenze gezogen. Ich bin Lehrer, ihr seid Schüler. Er war wirklich mit uns super ausgekommen, hat mit uns Spässe gemacht. Ja, es war super.

137 **I: Inwiefern ist er auf Sie persönlich eingegangen?**

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

138 B: Also Gespräche. Oder auch wegen der Konzentration, das ich malen kann. Er hat gesagt, dass sei super. Das dürfe ich machen. Und er sage das auch den anderen Lehrern, dass ich das machen darf. Und er hat mir auch geholfen/ (unv.) also ich habe Legasthenie. Das muss man ja alles beantragen und so.

139 **I: Sie meinen einen Nachteilsausgleich?**

140 B: Ja. Das muss man ja beantragen. Hinschicken und wieder zurück bekommen. Dann wieder dort hin. Da hat er mir auch geholfen. Da habe ich mit ihm über das gesprochen und er hat mir gesagt, wie das geht und ja...

141 **I: Ok. super. Sie haben für die Legasthenie einen Nachteilsausgleich bekommen. Für ADHS nicht oder?**

142 B: Nein. Für das gibt es gar keinen glaubs.

143 **I: Es ist recht unterschiedlich. Ich glaube in Basel nicht/Es gibt schon Kantone, die da Sachen aussprechen. Aber ich habe auch schon gehört, dass Kanton Basel irgendwie da/**

144 B: Ja, ich habe nachgefragt gehabt wegen dem. Und das ist/ nein.

145 **I: Ok.**

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen

..Anforderungen an Organisations- und Planung

..Soziale Interaktionen

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen

- 146 **Das heisst Sie haben einen super Lehrer gehabt, der Sie auch unterstützt hat.**
- 147 **Notentechnisch sind Sie auch einigermaßen durchgekommen?**
- 148 **B: Ja, also im EBA hatte ich sehr gute Noten. Das ist eben, weil im EFZ hat man ja so viel Stoff aufs mal. Sie drücken dir sofort alles rein. Und beim EBA da nimmt man es mehr auseinander. Also, schaut es wirklich an und gehst drauf ein. Das ist einfach viel einfacher, wenn du nicht extra noch zu hause das machen musst. So dass es der Lehrer mit dir anschaut.**
- 149 **I: Das heisst, Sie hatten auch weniger Aufgaben zu hause machen oder?**
- 150 **B: Ja, das auch. Weil wir einfach viel mehr Zeit in der Schule hatten.**
- 151 **I: Wie sind sonst die Hausaufgaben bei Ihnen gegangen?**
- 152 **B: Sie gingen oft vergessen. Da denkt man nicht gerne dran.**
- 153 **I: Ja, ok. Sie hatten es einfach nicht auf dem Radar? Oder Sie haben es zwar aufgeschrieben und wieder/**
- 154 **B: Es geht voll verloren. Ich habe ja noch in einer WG gewohnt mit 14 Jugendlichen.**
- 155 **I: Mit 14?**
- 156 **B: Ja. Und das ist dann halt wieder ein/ diese Betreuung war auch von der IV. (unv). Und die Polizei kam manchmal auch. Es ist viel los gewesen.**
- 157 **I: Also war es auch chaotisch manchmal?**
- 158 **B: Ja, das war richtig anstrengend. Ich hatte ein Doppelzimmer mit einer, die immer Panikattacken uns so gehabt hat und da vergisst man so vieles...**
- 159 **I: Haben Sie da manchmal Probleme bekommen in der Schule wegen dem?**
- 160 **B: Ja, ich hatte viele Probleme wegen dem bekommen. Ich konnte nicht schlafen in der Nacht weil sie hat geschrien in der Nacht. Dann habe ich manchmal den Wecker nicht gehört und war viel zu müde. Und dann war halt konzentrieren auch wieder schwerer gefallen.**
- 161 **I: Und die Lehrer haben das so verstanden? Also der Hauptlehrer?**
- 162 **B: Also in der Schule ist es noch gegangen. Weil da konnte man auch noch eher/ dort waren auch nicht so viele Jugendliche. Aber wenn du halt auf der Arbeit auch wieder 20 Jugendliche hast ist es dann halt je nachdem zu viel Tumult. Und ich brauche halt - eben weil ich auch sehr sensibel bin auf Gefühle von anderen und ADHS, also schwer runterkomme. Wenn andere da sind, kann ich**

9/17



nicht nicht runterholen. Brauche ich eigentlich mein Rückziehort. Ein Zimmer alleine. Das ist sehr wichtig, dass ich mich zurückziehen kann. Und das habe ich halt einfach nicht gehabt. Und das ist mir dann halt alles über den Kopf gewachsen.

163 **I: Also Sie hätten das eigentlich bei der Arbeit gebraucht? Und in der Schule? Oder v.a. bei der Arbeit? Oder zu hause auch natürlich?**

164 B: Also bei der Arbeit konntest du eigentlich/ also wenn du eine Einzelarbeit gehabt hast. Bei der Arbeit war es eigntlich super gewesen. Auch in der Schule. Aber dann noch in der WG so viele Jugendliche, das ist zu viel, da braucht man wie noch einen Ort, wo man einfach abschalten kann.

165 **I: In der WG hatten Sie auch keinen solchen Ort gehabt, wo Sie mal alleine/**

166 B: Nein. Ich habe es versucht alles, ich habe geredet/ Aber sie haben gesagt nein

167 **I: Ok. Ja, das verstehe ich, dass man das so braucht ab und zu bei so vielen**

168 **Das heisst - nur dass ich es nochmal richtig verstehe - beim Arbeiten gab es Momente, wo Sie sich zurückziehen konnten?**

169 B: Mhm (bestätigend). Ja.

170 **I: Und in der Schule eigentlich auch?**

171 B: Ja, wenn du so deine eigene Arbeit gemacht hast. Dann konzentriert sich jeder ja auf seine Arbeit.

172 **I: Das ist für Sie dann schon wie genug Zurückziehen?**

173 B: Das reicht dann für den Moment. Ich brauche dann schon/ also es ist halt auf der Arbeit und in der Schule geht das. Das ist ja Arbeitszeit. Und wenn du dann in der Freizeit halt gar nicht kannst/ das ist dann/

174 **I: Und nach hause konnten Sie in dieser Zeit nicht so viel? Weil es zu weit war oder/?**

175 B: Ja, ich durfte nur am Wochenende. Manchmal wurde auch das Wochenende gesperrt. Je nach dem, was in der WG los war. Und ich habe auch nicht so viel "mögen" (Kraft und Energie gehabt, Anmerkund d.T.). Das Wochenende war für mich zum Durchschlafen. Da hole ich den Schlaf nach.

176 **I: Das heisst, es war wie so ein bisschen ein Stress, alles zusammen?**

177 B: Ja, sehr.

178 **I: Haben Sie darum nachher abbrechen müssen?**

179 B: Nein, es wurde abgebrochen.

180 **I: Ah, ok.**

181 B: Weil ich angefangen habe Cannabis zu rauchen. Weil das holt mich sehr runter. Das ist natürlich das Einzige gewesen, das mir noch geblieben ist. So in dem Sinn. Und das duldet die IV nicht.

182 **I: Und das war einmal und dann sind Sie/**

183 B: Nein, das war nicht einmal. Aber sie haben dann eben wöchentlich eine UP von mir verlangt. Und einmal habe ich es nicht abgegeben weil ich habe geschlafen.

184 **I: Ist das eine Urinprobe?**

185 B: Ja eine Urinprobe. Irgendein Wochenende bin ich einmal eingeschlafen, ich habe nicht mehr drangedacht. Dann haben sie die einfach als positiv/ also als verweigert gezählt. Und haben das dann einfach als positiv gezählt.

186 **I: Ok. Und das heisst, sie haben dann grad den Vertrag aufgelöst. So dass Sie eigentlich die Lehre nicht mehr weitermachen können. Und auch nicht mehr in die Schule/**

187 B: Sie haben mir das Angebot gegeben, dass ich weiterhin in die Schule könnte. Und dann die Ladenprüfung im Laden machen könnte. Aber weil sich ja im Laden ständig viel verändert, und eine Stunde vorher vor der Ladenprüfung reicht nicht um den ganzen Laden wieder im Kopf zu haben. Von dem her könnte ich jetzt die Prüfung machen aber ich schaffe es wahrscheinlich nicht/

188 **I: Ok. Dann haben Sie gesagt lösen wir es auf. Und dann sind Sie auch nicht mehr in die Schule in dem Fall?**

189 B: Ja, dann bin ich nicht mehr in die Schule. (unv) mit der Lehre anfangen. Dann kann ich das auch besser wieder/ ja es wäre blöd jetzt einfach nur auf Glück hoffen.

190 **I: Wie weit sind Sie/ also Sie waren jetzt im zweiten Jahr gewesen?**

191 B: Ja, es war drei Monate vor den Abschlussprüfungen.

192 **I: Ah, Mist. Ok.**

193 **Wie sehen Sie das so im Rückblick? Finden Sie, Sie wurden ungerecht behandelt oder finden Sie Sie hätten sich anders sollen verhalten? Oder was haben Sie so für eine Meinung?**

194 B: Ich finde, also wegen der WG, ich finde ich war gar nicht in einer passenden WG. Es haben/ es war echt nichts für meinen Typ. Es war ein Riesenproblem. Und in der Lehre. Es ist jetzt gegangen. Es wäre natürlich optimal gewesen mit weniger. Aber es war ok. Aber die WG das war gar nicht gegangen.

195 **I: Also Sie haben ja dort, nehme ich an, so Ansprechpersonen gehabt. Die sind aber nicht auf das eingegangen, haben Sie gesagt?**

196 B: Nein. Ich habe heulend Ihnen schon gesagt, dass ich wirklich

..Professionelle Hilfe und Medikamente

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingun

..Professionelle Hilfe und Medikamente

nicht mehr mag und so, aber sie haben halt auch keine Zimmer frei gehabt. Und/ sie konnten auch nicht viel machen. Das Problem ist, du kannst nicht einfach/ Sie stecken dich nicht einfach in eine andere WG.

197 **I: Und eben von zu hause war gar keine Option?**

198 B: Nein, das ist zwei Stunden Arbeitsweg. Hier fährt der erste Bus am zehn vor Sechs. Und du fängst am halb sieben an arbeiten.

199 **I: Und allein wohnen war auch keine Option?**

200 B: Nein, das wäre ein bisschen viel. Ich bin noch nicht dazu bereit. Ich muss zuerst noch vieles lernen. Organisatorisches, das wäre dann viel Druck gewesen.

201 **I: Ja, klar.**

202 **Haben Sie noch therapeutische Unterstützung bekommen?**

203 B: Habe ich gehabt, ja, das musste ich.

204 **I: Von der IV aus?**

205 B: Ja, genau, von der IV aus.

206 **I: Psychologe?**

207 B: Ja, Psychiater.

208 **I: Hat Ihnen das geholfen?**

209 B: Ja, ich konnte über diese Sachen reden aber so wirklich etwas ändern hat sie in dieser Situation auch nicht gekonnt. Es wäre halt eben wichtig gewesen, dass ich Rückzug/ (unv) als Kind kommst du ja sonst nicht runter. Das geht nicht mit einem ADHS. Das schaffst du nicht.

210 **I: Haben Sie Medikament bekommen?**

211 B: Ja ich habe Concerta gehabt. Also seit ich zu hause bin, nehme ich es grad im Moment nicht mehr.

212 **I: Auch von dieser Psychiaterin oder schon früher?**

213 B: Ich habe das noch vom Kinderarzt gehabt. Also ich habe das seit ich sechs bin.

214 **I: Ah,ok.**

215 **Hat Ihnen das geholfen?**

216 B: Ja, es war ein sehr starkes. Es hat mich aber jeweils auch mitgenommen . Es war fast ein bisschen zu stark. Ich habe ja zu wenig geschlafen und dann habe ich ein starkes gebraucht. Es hat mir geholfen, ja, aber ich habe es nicht gern genommen. Man merkt halt einfach/ ich habe am morgen jeweils eins gegessen, auf leeren Magen. Das "tätscht" schon richtig rein.

217 **I: Also so/ wie muss man sich das vorstellen, dass man so**

12/17

..Professionelle Hilfe und Medikamente

aufgeputscht ist?

218 B: Es ist (...) das Problem ist, du hast dann wirklich so den Drang/ als du musst dich auf etwas konzentrieren. Sonst drehst du voll durch. Also die Pupillen sind auch grösser geworden. Mir wurde auch manchmal schlecht. Weil ich so viel auf leeren Magen genommen habe. Am Morgen konnte ich nichts essen.

219 **I: Ok. Das heisst Sie haben es nicht so gern genommen.**

220 B: Nein, gar nicht. Ich bin jetzt auch am Überlegen mit meiner Mum, ob ich es mit CBD-Tröpfchen probieren soll. Weil das hilft ja auch anscheinend gegen ADHS. Und das ist halt einfach/ es wirkt anders, ist nicht so aggressiv.

221 **I: Das beruhig wahrscheinlich.**

222 B: Ja, also CBD ist beruhigend. Sehr.

223 **I: Ok.**

224 B: Ich habe ja früher auch CBD-Zigis geraucht. Auch als ich nicht schlafen konnte. Wenn ich zu fest aufgekratzt war. Das war so das einzigste, was mir noch geblieben ist.

..Professionelle Hilfe und Medikamente

225 **I: Ja. Ok. Und Sie sind jetzt nicht mehr bei der Psychiaterin?**

226 B: Nein. Weil einen Teil hat die IV übernommen und jetzt müssten wir alles selber zahlen. Und so viel hat es ja nie gebracht.

227 **I: Es sind schon vorallem die Unaufmerksamkeitsprobleme gewesen und weniger die Hyperaktivität?**

228 B: Also früher war es so aussen und jetzt ist es so innen. Wie wenn eine mega Unruhe entsteht. Dass du innerlich auch mega unruhig/ Dann kannst du aufgedreht sein. Dann redest du viel. Ohne Punkt und Komma. Ich renne nicht unbedingt mehr rum, ich habe immer noch viel Energie. Aber ist halt eher die innere Unruhe, wo du kaum noch runter kommst.

229 **I: Also dass hat sich so verändert mit den Jahren.**

230 B: Ja, ich glaube das ist normal. (unv) liegst auch gerne im Bett rum und bist auch nicht mehr so getrieben. Dann ist es mehr so innere Unruhe.

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingur

231 **I: An der Schule war es nicht so, dass/ oder doch, Sie haben gesagt, wenn jemand viel geredet hat, also so wie wenn man lang auch zuhören muss, dann war es auch schwierig.**

232 B: Ja, wenn ein Lehrer ganz, ganz viel redet, ja.

..Situative (Unterrichts-)Strategien

233 **I: Ja. Ok.**

234 **Und mussten Sie dann auch raus?**

235 B: Ich habe gemalt. Gekritzelt.

236 **I: Haben Sie schon eine Idee, was Sie nachher machen möchten?**

13/17

237 B: Also ich suche weiter eine Lehre. Ich möchte eine Lehre fertig machen.

238 **I: Wieder im Detailhandel?**

239 B: Ja.

240 **I: Können Sie vielleicht ins zweite Jahr einsteigen?**

241 B: Ja, ich hoffe es. Wäre natürlich super.

242 **I: Das heisst, der Beruf an sich gefällt Ihnen eigentlich gut?**

243 B: Ja, es ist mit Kunden. Ich habe es ja mega gut mit Menschen. Es ist sehr abwechslungsreich. Man unterschätzt den Beruf gerne. Es gefällt mir halt und ich brauche Abwechslung. Dann kann ich mich auch besser konzentrieren, wenn ich nicht immer das Gleiche machen muss. Es gibt halt Arbeiten, wo man abschalten kann, Regale einräumen, da kann man für sich sein, seine Gedanken machen und muss nicht voll da sein. Und das ist eigentlich super.

244 **I: Ok.**

245 **Wenn Sie jetzt einfach so - eine total offene Frage, die vielleicht schwierig ist - aber wenn ich Sie jetzt fragen würde, was bedeutet das für Sie dieses ADHS zu haben. Was würden Sie mir da sagen?**

246 B: Also es ist sehr schwierig in der Gesellschaft. Als Kind halt auch wenn du so aufgedreht bist und so. Und es gibt auch Leute, die verstehen das nicht. Also meine Mum hat sehr darunter leiden müssen/

247 **I: Ihre Mutter oder wer?**

248 B: Ja, weil ich habe nicht zugehört bin rumgerannt, habe nur Scheiss gemacht und dann die Leute, die das nicht kennen geben dann den Erziehung Schuld. Es gibt Leute, die sagen, das ist Erziehungssache. Und das ist dann halt nicht lustig, das ist gar nicht lustig und dann halt auch den Nachteil, sich nicht immer konzentrieren zu können. Und dass halt nicht jeder gleich Verständnis hat dafür.

249 **I: Was wäre wichtig, wenn man jetzt so/ Was ist wichtig, wie soll man mit dem umgehen?**

250 B: Ich finde, man sollte es erstens mal nicht als Krankheit anschauen sondern als Eigenschaft. Ich meine früher auf dem Feld und so wäre das ja nicht aufgefallen. Und ich finde einfach auch, wenn man sagt, es ist eine Krankheit, dann fühlt man sich schnell so "ich pass nicht in die Gesellschaft, ich bin krank und so". Das ist halt einfach nur eine Eigenschaft, die anders ist. Dann muss man das halt einfach/ also dass es auch bekannter ist. Das nicht jeder so anschaut "ah du hast ADHS, jetzt kannst du dich voll nicht konzentrieren und so", weil es ist ja unterschiedlich. Es

..Selbstbezogene Strategien	251	I:Ja. Und wie könnten die Leute, die mit den Kindern oder Jugendlichen direkt arbeiten, in der Schule zum Beispiel, wie könnten die es besser machen? Was würde helfen?
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	252	B: Gut auf die Schüler eingehen. Also zum Beispiel schauen, was könnte ihnen helfen, wenn sie sich mal gar nicht konzentrieren können. Vielleicht mal in einen anderen Raum tun...Es ist mir auch schon passiert, ich konnte mich mit einer Kollegin zusimmen nicht konzentrieren, dass die Lehrerin uns in einen anderen Raum tut. "Geht dorthin, lenkt die anderen nicht ab! Macht das was ihr wollte." Oder Momente, in denen man Musik hören darf, das würde ich sehr empfehlen. Das kommt jetzt langsam auch auf, das gibt es immer mehr, und ich finde, das sollte man unterstützen. Und Kaugummi hilft auch mega.
..Situative (Unterrichts-)Strategien	253	I: Das habe ich auch schon gehört.
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	254	B: Ich weiss, das hat man nicht gern wegen den Schulbänken und so...Also mir hilft es sehr. Ich habe oft heimlich Kaugummi gekaut.
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	255	I: Alles klar.
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	256	B: Und halt einfach auf die Schüler eingehen. Schauen, ob man mal Einzelarbeit machen kann oder in einen anderen Raum.
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	257	I: Also die Flexibilität auch nehmen, die jemand vielleicht auch braucht oder andere Formen von Unterricht.
..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen	258	B: Ja, nicht einfach jeder Schüler muss..man muss schon ein bisschen schauen, nicht grad jemanden zusammenstauchen und eine Strafe geben, wenn er sich nicht konzentrieren kann. Dann fühlt man sich einfach schlecht. Sondern einfach schauen, vielleicht einen anderen Raum einrichten, wo man sagt, für die dich sich nicht konzentrieren können.
	259	I: Mhm. Ich denke, am Anfang steht ja mal das Verständnis, dass die Leute verstehen, was es ist. Dass man nicht einfach annimmt, da ist jemand unkonzentriert, weil er oder sie kein Bock hat oder so. Sondern dass es etwas anderes ist, und durch das dann auch eingehen kann...genau.
	260	Gibt es sonst noch irgendetwas, das jetzt nicht zur Sprache gekommen ist, das Sie noch wichtig finden?
	261	B: Gute Frage. Ich habe schon viel gesagt nun/
	262	I: Ja, das stimmt. Sie haben viel erklärt. Das ist gut.
	263	B: Ja, ich habe mir viele Gedanken gemacht über das Thema. Weil ich finde es schon...es gibt auch so viele Talente, die auch ADHS-Kinder haben und ich finde einfach, die dürfen nicht untergehen. Wenn du schulisch nicht gut bist, bist du irgendwo anders gut.

264 **I: Und es muss ja auch nicht jeder genau gleich ticken.**

265 B: Ja, das wäre langweilig. Mir ist einfach wichtig, dass man nicht immer einfach nur bestraft, wenn jemand unruhig ist, weil dann fühlt man sich schlecht. Das löst eher negative Sachen aus. Dann macht man nur noch Scheiss und denkt, egal was ich mache, bin ja e niemand (unv.?), werde immer bestraft.

266 **I: Haben Sie das so früher erlebt in der Primarschule?**

267 B: Also in der Primar, ja ich wurde oft vor die Tür gestellt und ganz am anfang konnte ich nicht lesen. Und war nicht immer konzentriert. Und die Lehrerin hat gefunden, sie wolle auch noch Tabletten bei sich haben und hat mir dann manchmal einfach nochmal eine gegeben. Und dann hat sie mich halt lesen lassen und gesagt, du musst das nicht machen, du schaffst das e nicht. Klar habe ich dann nichts gelernt. Dann habe ich die Schule gewechselt und dann hat es eigentlich/ habe ich es dann gelernt. Aber eben, dass man halt das nicht einfach so, es ist eben sehr kompliziert, ich war ja auch schon verurteilt worden wegen dem. Es haben mich mal zwei Lehrer zurückbehalten wegen dem. Und haben mich zusammengeschissen und gesagt, ich nehme das (die Tabletten, A.d.T.) weil ich abnehmen wolle. Und meine Mum hat mir nie gesagt, dass es sein könnte, dass das passiert.

268 **I: Also das Medikament?**

269 B: Ja, es kann den Hunger nehmen. Die Lehrer haben mir unterstellt, ich nehme es nur weil ich abnehmen wolle. Dann dachte ich so "scheisse", weil ich habe das gar nicht gewusst. Sie haben mich wirklich fertig gemacht mit dem. Und ich finde einfach so Sachen dürfen nicht passieren.

270 **I: Ja, das ist kein echtes Verständnis da.**

271 B: Nein, überhaupt nicht. Sie sagen, die Tabletten braucht sie ja eigentlich gar nicht, und es gibt solche, die sind gegen die Tabletten und es sind solche, die sind extrem dafür. Es ist echt/

272 **I: Was ich noch spannend finde, bei Ihnen habe ich das Gefühl, dass Sie eine grosse Stärke in ihrer Sozialkompetenz, was auch nicht unbedingt/ Also es ist natürlich jeder anders, der ein ADHS hat. Aber viele haben im Sozialen gewisse Schwierigkeiten und haben es in der Klasse auch nicht immer super. Und ich sehe, dass es bei Ihnen sehr eine Stärke ist...**

273 B: Das war früher aber auch nicht immer so. Das hat erst in der 8. hat das angefangen. Dann habe ich mich persönlich sehr geändert.

274 **I: Wie haben Sie sich persönlich verändert?**

275 B: Also ich war am Anfang nicht so selbstbewusst und als ich dann die Schule gewechselt hatte, hatte es Menschen gegeben, die haben mir Komplimente gemacht und mich auch gestärkt, und ich selber habe ich dann auch gedacht, eigentlich ist es egal wie ich bin. Ich kann so sein wie ich bin und muss mich nicht immer allen anpassen. Weil ich habe mich oft so gefühlt, als würde ich nicht in

<p>..Selbstbezogene Strategien</p>	<p>276</p>	<p>die Gesellschaft gehören. Als wäre ich ein defektes Produkt und muss die Tabletten nehmen. Mit dem habe ich mich anfangs auch nicht gut verstanden. Und/</p> <p>I: Dann konnten Sie das mit der Zeit etwas verändern, das Selbstbild, das viele auch haben. Also, waren es Kollegen in der Schule, die Ihnen/</p>
<p>..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende</p>	<p>277</p>	<p>B: Ja, sie haben mir einfach Komplimente immer wieder gemacht. Und dann die Kolleginnen, die ich jetzt fix habe. Wenn du halt einfach Leute hinter dir hast, die hinter dir stehen, dann musst du vor nichts mehr Angst haben. Dann kann jeder gegen dich sein, dann hast du ja deine Freunde.</p> <p>278</p> <p>I: Ja, spannend, ich denke, ich habe das Wichtigste erfahren. Herzlichen Dank.</p>

Anhang B2: Codiertes Interviewtranskript Berufsschülerin 2 (Elena)

	1	I: Was machen Sie für eine Lehre?
	2	B: Ich bin jetzt FaGe. Im 3. Lehrjahr.
	3	I: Also mir geht es eigentlich darum, zu verstehen, was Sie für Situationen erleben, die gut gelingen und solche, die herausfordernd sind. Im Betrieb und der Schule, wie schon erwähnt. Vielleicht können Sie an die letzten zwei, drei Wochen denken als Referenz. Wenn ich nach diesen Situationen frage.
	4	Meine erste Frage ist, wenn Sie so an die letzten zwei, drei Wochen denken, was ist Ihnen besonders gut gelaufen in der Ausbildung? Jetzt egal ob Schule oder im Beruf. Einfach, was ist besonders gut gelaufen?
..Anforderungen an Organisations- und Plan	5	B: Gut gelaufen ist auf jedenfall, dass ich mich in den letzten drei Wochen sehr konzentriert habe, dass ich mich mein Zeug mache, regelmässig abgebe, was immer ein bisschen ein Problem war bei mir. Und dass ich auch wirklich dran bleibe mit der Konzentration, mit der Motivation. Das ist mir nun besonders gut gelungen. Dies hat mir meine Berufsbildnerin so auch zurückgemeldet.
	6	I: Wie ist Ihnen das gelungen? Was haben Sie gemacht, dass das nun so gut funktioniert hat?
..Selbstbezogene Strategien	7	B: Ich habe mir immer wieder Gedanken gemacht für die Zukunft. Und auch immer wieder meine Rückschläge angeschaut. Was ich für Rückschläge hatte und von dem aus halt eben das gezogen.
	8	I: Also wie so Kraft daraus gezogen?
	9	B: Genau ja.
	10	I: Gibt es sonst noch etwas ganz Spezifisches, also es kann wirklich alles sein, das Ihnen gut gelaufen ist? Auch im beruflichen Alltag, oder in der Schule? Situationen? Es muss auch gar nichts mit dem ADHS zu tun haben.
..Soziale Interaktionen	11	B: Bei mir ist es immer so ein Problem gewesen, dass ich mich zu schnell aufgereggt habe. Und jetzt habe ich letzte Woche so eine Situation gehabt, wo ich in einen Streit gekommen bin mit einer Kollegin. Und dort konnte ich mich auch (unv.), gut runterfahren, ein bisschen in mich zu gehen und mich zu konzentrieren, dass ich nicht etwas sagen, dass ich nicht sagen sollte. Und das ist mir sehr gut gelungen.
..Selbstbezogene Strategien	12	I: Cool, ok. Haben Sie Erklärungen, warum das so gut gelungen ist?
	13	B: Ich habe mir einfach gut Gedanken gemacht, im Vornhinein, bevor ich etwas gesagt habe. Gewartet, überlegt und dann erst geredet.
	14	I: Ok, ja. Alles klar.
	15	Wenn Sie jetzt nochmal an diesen Zeitraum denken, also die letzten 2-3 Wochen und an die Schule. Gehen Sie einmal oder zweimal pro Woche in die Schule?

1/12

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingur

..Situative (Unterrichts-)Strategien

..Situative (Unterrichts-)Strategien

16 B: Einmal.

17 I: Einmal. Ok. Was ist in der Schule für Sie eine besondere Herausforderung gewesen?

18 B: Der Grund dafür, warum ich überhaupt FaGe gemacht habe, ist ja weil ich so einen Bewegungsdrang habe. Und etwas brauche, um mich zu bewegen. Bei mir ist das halt dementsprechen in der Schule sehr schwer mich zu konzentrieren, sitzen zu bleiben, zum dranbleiben. Ja, das ist in der Schule eine mega Herausforderung für mich. Ich bin am Ende des Tages auch mega müde. Weil ich einfach mehr brauche um mich zu konzentrieren. Um mich zusammen zu reissen.

19 I: Gibt es da in der Schule einzelne Stunden, die schwieriger sind oder ist es ein bisschen immer in der Schule, also über alle Stunden hinweg dass es schwierig ist für Sie, oder gibt es Unterschiede?

20 B: Nein, es gibt keine Unterschiede.

21 I: Also jede Stunde ist eigentlich eine Herausforderung für Sie.

22 B: Ja, vor allem merkt man es bei mir so gegen den Nachmittag. Am Morgen geht es wirklich noch. Aber am Nachmittag ist es wirklich sehr schlimm. Dann muss ich manchmal raus und sagen, ich brauche jetzt schnell Zeit für mich.

23 I: Können Sie das so machen, wenn Sie das sagen?

24 B: Ja, das kann ich machen.

25 I: Müssen Sie es dann den Lehrern sagen oder gehen Sie eher in den Pausen?

26 B: Ich sage es eher den Lehrern und die wissen eigentlich warum.

27 I: Ok. Sie haben gesagt einen grossen Bewegungsdrang. Ist es wie eine innere Unruhe, die Sie haben und kombiniert mit auch nicht konzentrieren können oder die beiden Sachen. Wie ist das bei Ihnen? Es kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein.

28 B: Bei mir ist es sehr die innere Unruhe. Ich versuche das dann mit dem Bewegen etwas zu überspielen, sozusagen. Und dann merkt man auch extrem die Konzentration und dann mache ich mich selber auch Gedanken, weil ich mich nicht konzentrieren kann. Und dann versuche ich mich eben zu konzentrieren und das wird dann eben schwierig.

29 I: Klar, ja. Wenn Sie jetzt diese Situationen in der Schule so haben, wie gehen Sie damit um. Also Sie versuchen rauszugehen. Gibt es noch andere Sachen, wie Sie damit umgehen?

30 B: Ich höre viel Musik. Das beruhigt mich sehr, bringt mich wieder runter.

31 I: Das dürfen Sie auch?

2/12

..Situative (Unterrichts-)Strategien	 	32	B: Während der Lektion nicht, aber während selbstständige Arbeiten, dort kann ich dann gut Musik hören. Und dann klappt es eigentlich immer. Aber sobald ich halt wirklich zuhören muss, oder es darum geht, dass/ also ich konzentriere mich auf etwas und dann passiert im Hintergrund etwas, dann konzentriere ich mich schnell auf dasjenige und nicht auf das, was ich machen sollte. Ich lasse mich schnell ablenken, sozusagen.
..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingur	 	33	I: Ok, das heisst Sie versuchen Musik zu hören oder raus zu gehen. Gibt es noch andere Sachen, die Sie machen können? Die Ihnen helfen?
..Professionelle Hilfe und Medikamente	 	34	B: Früher habe ich - also ich nehme jetzt kein Ritalin mehr - dann immer Ritalin genommen oder geschaut, dass wenn es schlechter wurde, dass ich nochmal eine Dosis genommen habe. Mit dem habe ich aufgehört.
		35	I: Warum haben Sie aufgehört, wenn ich fragen darf?
		36	B: Ich habe gelernt mit diesen Situationen, eben mit dem umzugehen. Und als Kind ist es eher noch etwas schlimmer. Man kann damit nicht umgehen, weil man kann es nicht nachvollziehen. Und jetzt habe ich wie gelernt damit umzugehen. Jetzt ist es schon viel besser, aber man merkt es eben halt/ vor allem in der Schule ist eben manchmal extern schwierig.
		37	I: Jetzt nimmt es mich sehr wunder, weil was Sie sagen ist sehr spannend. Dass Sie gelernt haben damit umzugehen. Können Sie mir dies noch etwas genauer erklären, das wäre sehr interessant zu wissen, was das für Sie bedeutet.
..Suche nach sozialer Unterstützung	 	38	B: Ich habe immer weniger Ritalin genommen, habe immer versucht mit meiner Mutter viel zu reden. Ich habe mit meinen Eltern ein gutes Verhältnis und wir haben viel geredet. Dann haben wir eben so Zeugs festgelegt, wie zum Beispiel Musik hören oder Zeit für mich nehmen, rausgehen, wenn es wirklich nicht geht. Ich hatte dann aber auch einmal wieder einen Rückschlag gehabt, dann ist es gar nicht gegangen, so ein halbes Jahr war es ganz schlimm. Und dann habe ich wieder Ritalin genommen und dann wieder aufgehört.
..Situative (Unterrichts-)Strategien	 		
..Professionelle Hilfe und Medikam	 		
		39	I: Ok, das heisst, Sie haben sich wie so Strategien zugelegt?
		40	B: Ja, und man muss sich selber auch mega gut kennen, so wenn man anfängt zu merken, oh jetzt werde ich unruhig. Da muss man sich wirklich gut kennen.
		41	I: Sie haben gesagt, Sie konnten gut mit ihren Angehörigen reden. Wie konnten die Ihnen vor allem helfen? War es mehr ein Reden, also dass man das auch teilen kann oder wie war das?
		42	B: Also am Anfang war es schwierig. Als ich noch sehr klein war, so sieben oder acht. Dort hat man gemerkt, meine Eltern sind halt auch komplett überfordert, die Lehrer sind komplett überfordert gewesen. Haben es auch wie nicht verstanden. Und dann mit der Zeit haben meine Eltern dann angefangen mit mir viel zu reden. Sagen, du schau wenn/ haben mir Grenzen aufgezeigt und gesagt,
..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende	 		

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

schau, das geht gar nicht. Dann musst du jetzt einfach runterfahren, da musst du merken, dass es nicht geht. Und haben mir eigentlich so diese Wege gegeben, so ein bisschen diese Strategien. So ein bisschen probiert. Das eine ist nicht gegangen, das andere ist gegangen.

43 **I: Ah super. Schön. Das ist sehr wertvoll.**

44 B: Ja, sehr.

..Professionelle Hilfe und Medikamente

45 **I: Haben Sie noch von jemand anderem Hilfe gehabt dann?**

46 B: Ja, ich war noch bei zwei, drei Ärzten. Dort habe ich aber schnell wieder aufgehört. Weil ich einfach gemerkt habe, das ist nicht so meins. Die beste Kollegin hat auch viel Verständnis gezeigt, das ist auch immer wieder etwas, weil die erlebt das ja mega nahe. Die hat auch viel Verständnis gezeigt.

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

47 **I: Haben Sie jetzt noch irgendein Psychologe oder/?**

48 B: Nein. Gar nicht.

49 **I: In der Schule sonst Überstützung. Bekommen Sie irgendetwas?**

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

50 B: Ja, also die Lehrer führen mit mir öfters ein bisschen Gespräche. Wie ist es diese Woche gegangen? Wenn Sie merken, dass es viele Prüfungen gegeben hat, haben Sie gefragt "geht das für Sie?. Haben Sie genug Zeit um zu lernen? Zum Konzentrieren? Und auch während der Prüfung wenn es mal gar nicht geht, dann kann ich auch sagen, ich möchte kurz eine Pause.

51 **I: Das heisst die Lehrer wissen eigentlich Bescheid. Haben Sie ihnen das erklärt?**

..Suche nach sozialer Unterstützung

52 B: Ja, ich habe das erzählt. Also ich habe auch jemand in der Klasse, der es nicht erzählt, aber ich finde das mega wichtig, weil die müssen einen ja verstehen. Und ich brauche eben wie diese Pausen zwischendurch. Mehr als die anderen. Und darum sollten sie das eigentlich schon wissen. Mein Betrieb ist auch informiert. Alle.

53 **I: Sie haben mehrere Lehrer nehme ich an? Es gibt nicht einfach nur einen Lehrer?**

54 B: Wir haben mehrere Lehrer. Da merkt man auch, dass ein paar nicht so Verständnis haben dafür. Und ein paar haben sehr viel Verständnis.

55 **I: Gibt es so etwas wie ein Haptlehrer, der so am meisten mit Ihnen redet oder gibt es das nicht?**

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

56 B: Nein, gibts nicht. Aber mit einer rede ich sehr gern. Weil sie arbeitet in der Psychiatrie und hat ein bisschen Ahnung. Darum rede ich mit ihr eigentlich oft.

..Suche nach sozialer Unterstützung

57 **I: Und inwiefern kann sie Ihnen helfen?**

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende)

..Suche nach sozialer Unterstützung



58

B: Eben wenn ich sage, es geht für mich nicht, dann zeigt sie mir verschiedene Lösungsstrategien, die ich dann meistens probiere. Aber die gehen dann meistens nicht, weil ich muss so meine eigenen "Lösungen" so rausfinden. Aber sie unterstützt mich sehr indem sie mit mir redet. Ich finde es wichtig, dass sie mich versteht. Dass sie auch sagen kann, wo die Grenzen sind und sagen kann, "schauen Sie, das hätten Sie jetzt so machen können oder so".

59

I: Wenn Sie jetzt an ihren Berufsalltag denken. Arbeiten Sie in der Pflege? In einem Spital oder Altersheim?

60

B: In einem Altersheim.

61

I: Wenn Sie jetzt auch an die letzten zwei, drei Wochen denken: Was war dort für Sie eine Herausforderung? Gibt es Herausforderungen für Sie?

62

B: Also dieser eine Konflikt mit dieser Arbeitskollegin. Das ist immer so ein bisschen...ich fahre ziemlich schnell aus mir raus und sage Sachen, die nicht gut sind. Und eben dort konnte ich mich dann gut zurückhalten. Aber sonst gibt es nichts, das schwierig ist. Manchmal, also ich habe vor zwei Wochen Lernbegleitung gehabt, das ist so ein Tag bei dem der Berufsbildner den ganzen Tag zuschaut. Am Schluss wird dann auch ein Gespräch geführt und dort merke ich halt einfach die Konzentration lässt gegen den Nachmittag extrem nach. Also, sie kann mit mir am Nachmittag nicht noch irgendwie Spritzen machen oder so das Thema, weil das viel zu kompliziert ist und zu viel ist. Dann sagt sie manchmal auch am Nachmittag, du kannst selbständig arbeiten, kannst ein bisschen lernen. Und am Morgen machen wir halt wirklich extrem vorwärts machen.

63

Aber so im Alltag gibt es bei mir eigentlich nichts so...es ist sehr abwechslungsreich und das ist ja gut für mich.

64

I: Und Sie haben vorher von Ihrer Berufsbegleiterin, Berufsbildnerin gesprochen. Also Sie weiss es auch und kann Sie unterstützen? Haben Sie es gut mit ihr?

65

B: Ja, genau.

66

I: Das heisst diese Konzentrationsschwierigkeiten oder die Unruhe ist eigentlich in Ihrem Job kein Problem in diesem Sinne?

67

B: Nein, eben wenn ich halt merke, dass ich administrative Sachen machen muss, zum Beispiel Medikamente richten, mit dem tue ich mich mega schwer. Da mache ich auch viele Fehler. Dort sieht man auch.

68

I: Ok, also das ist etwas schwierig aber ok so?

69

B: Ja, man versucht halt mich wenig einzuteilen dort, dass es nicht zu viele Fehler gibt. Auch für die anderen nicht mehr Arbeit gibt.

70

I: Was ist genau das schwierige für Sie jetzt bei diesem Teil der Arbeit ganz genau? Wenn Sie mir das erklären müssten?

..Soziale Interaktionen



..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingun

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingun



..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen



..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingun

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingun



..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

71 B: Also bei meinem Job?

72 **I: Ja, also jetzt das Administrative. Was ist genau dort sehr schwierig für Sie?**

73 B: Zum Beispiel wenn ich jetzt am Computer sitzen muss. Und dann eine Kollegin reinkommt, die mit einer anderen Kollegin anfängt zu reden, dann ist es für mich sehr schwierig, mich zurück zu halten. So an meiner Arbeit zu bleiben. Vor allem wenn es Sachen sind wie der Computer, wo eigentlich andauernd das gleiche zu tun ist. Man muss sitzen und sich konzentrieren.

74 **I: Dann ist es also wieder schwieriger für Sie.**

75 B: Ja.

76 **I: Ok.**

77 **Also (zusammenfassend...A.d.T.) es ist vor allem schulisch für Sie eine Herausforderung. Wie ist es mit Hausaufgaben? Geht das gut oder haben Sie das gar nicht so viel?**

78 B: Also wir haben gar keine Hausaufgaben. Aber wir haben von der Berufsbildnerin aus Aufträge. Wie zum Beispiel Dokumentationen schreiben. Wie ist der Monat gelaufen? Oder eben lernen für eine Prüfung. Das ist bei mir auch immer so ein bisschen ein Problem. Also ich versuche es immer so ein bisschen herauszuzögern bis dann schlussendlich der zweitletzte Tag ist. Und dann geht es bei mir immer so ein bisschen darum: wie fange ich an? Wie lange? Wie viele Pausen? So. Mache ich eine Zusammenfassung? Wenn ich eine Zusammenfassung mache, dann geht es mir zu lange. Und darum lerne ich immer so, dass ich lese. Und dann streiche ich mir alles an, dann mache ich wieder eine halbe Stunde Pause, gehe eins rauchen, trinke einen Kaffee. Und dann fange ich wieder von neuem an.

..Prüfungsvorbereitung und Hausaufgaben

79 **I: Also Sie haben auch/ also es ist so, dass Sie nicht stundenlang dransitzen können? Sie brauchen Pausen, machen anders zwischendurch?**

80 B: Ja. Was ich jetzt auch die letzten paar Wochen angefangen habe, ist viel früher anzufangen. Jeden Abend eine Stunde. Dann klappt jetzt eigentlich schon sehr gut.

81 **I: Ok. super. Ja.**

82 **Und Ihre Noten sind ja eigentlich nicht schlecht? So wie ich es jetzt gesehen habe kurz noch. Also Ihre Noten sind eigentlich gut oder?**

83 B: Ja, ich habe jetzt einen Fünfer-Schnitt. Das ist eigentlich ok. Ich bin sehr zufrieden. Für das, dass ich eine G-Schülerin war.

84 **I: Wie ist das gemeint?**

85 B: Es gibt Sek und Real und ich war im schlechteren. Bei uns war es E und G. Und das ist eigentlich ein E-Beruf. Für mich ist es eigentlich sehr gut, dass ich ein Fünfer-Schnitt habe. Auch meine Eltern sind voll zufrieden. Meine Berufsbildner ist zufrieden. Man

..Anforderungen an Organisations- und

..Kombidi Probleme (z.B. Motivationsl

..Prüfungsvorbereitung und Hausaufgab

..Selbstbezogene Strategien

..Emotionaler Rückhalt (durch nahestehende

merkt halt bei mir sobald ich wieder so ein 4.5-er habe, mache ich mir einen extremen Druck und Stress.

86 **I: Also Sie wollen gut sein?**

87 B: Mhm (bestätigend).

88 **I: Haben Sie schon mal/ also sind Sie schon mal unter den Fünfer gerutscht?**

89 B: Diese Phase habe ich gerade jetzt. Jetzt fehlt mir sehr die Motivation. Das Dranbleiben. In der Schule vor allem merkt man es. Ich vergesse meine Bücher. So Zeugs.

90 **I: Warum haben Sie das Gefühl, dass Sie im Moment gerade keine Motivation mehr haben? Ist es weil es gegen das Ende geht?**

91 B: Ich glaube, ich will mir noch nicht ganz vornehmen, dass jetzt dann die LAP kommt. Ich bin das so ein bisschen am Rauszögern. Aber ja...

92 **I: Ja. Ok.**

93 B: Aber das ist immer bei mir so eine Phase von zwei, drei Wochen und dann ist das wieder gut.

94 **I: Ja. Das verstehe ich.**

95 **Also bei meiner Arbeit geht es darum, dass ich eigentlich wie so rausfinden möchte, was wirklich hilft den Jugendlichen, die diese spezifischen Probleme haben - Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten - und ich habe eigentlich Leute ausgewählt, die im Prinzip im Vergleich zum Schnitt von den Leuten, die diese Symptome haben, ein bisschen bessere Leistungen haben und sich eigentlich auch sowie Wohl fühlen in der Schule. Und ich verspreche mir, dass ich so wie ein bisschen rausfinden kann, was Sie machen oder wie Sie damit umgehen, damit dass bei Ihnen so gut funktioniert. Weil das ja wirklich nicht unbedingt selbstverständlich ist. Und dass es auch eine Herausforderung ist. Wenn Sie jetzt einfach frei sagen müssten, wenn ich jetzt die Frage hätte, was hilft Jugendlichen, die diese Symptomatik haben, dass sie ihre Leistung erbringen können und sich wohlfühlen. Hätten Sie da eine Antwort darauf?**

96 B: Also das Wichtigste ist einfach, Zeit für sich nehmen. Zeit. Es selber respektieren, wenn man mal nicht mehr kann. Selber mal sagen, gut, jetzt brauche ich eine Pause. Und am Abend - was ich immer mache - ist, zu reflektieren, wie der Tag gewesen ist, was man besser hätte machen können. Wo man jetzt was hätte machen können. Zum Beispiel schreibe ich auch jeden Abend so ein kleines Tagebuch. Was gut gelaufen ist, was nicht so gut gelaufen ist. Ja.

97 **I: Haben Sie das selber so rausgefunden für sich oder gibt es Leute, die Ihnen da helfen konnten?**

98 B: Hier hat mir jetzt meine Lehrerin geholfen. Sie hat mir gesagt, ich soll ein Tagebuch schreiben. Und was mir wirklich auch mega

7/12

..Selbstbezogene Strategien



gehoffen hat, das ist/ früher habe ich mir nie so viele Gedanken gemacht und jetzt wie so die Krankheit nicht so akzeptiert so ein bisschen, aber jetzt geht es eigentlich relativ gut. Vor allem ich nehme einfach viel Zeit für mich. (unv.). Egal was jemand sagt, ich gehe jetzt.

99 **I: Ich finde das super. Ich stelle mir es manchmal schwierig vor, je nachdem, wer einem gegenüber ist. Weil zuerst muss ja wie das Verständnis da sein von ihm auch oder? Gibt es auch Situationen, in den Sie es auch erklären müssen? Und sich das dann wirklich nehmen, diese Zeit und sagen/**

100 B: Ja. Also zum Beispiel in meinem Betrieb gibt es auch Leute, die das nicht verstehen. Und dann habe ich auch schon gesagt, ich muss jetzt schnell raus. Und dann haben sie auch gesagt, ja nein, das geht jetzt nicht momentan. Warum? Und dann habe ich eben gesagt, ich kann mich nicht konzentrieren. Nein, du kannst nicht einfach rauslaufen. Und ja, da muss ich mich halt einfach erklären.

..Suche nach sozialer Unterstützung

101 **I: Was machen Sie dann, in einer solchen Situation zum Beispiel?**

102 B: Ich sage dann/ ich gehe dann zu meiner Berufsbildnerin und sage ihr, "was soll ich machen?" Sie hilft mir wirklich sehr. Ich sage ihr "wie soll ich es erklären? Was soll ich machen?". Und dann geht es meistens so, dass ich ihnen das erkläre und dann sagen sie "ah ja. Ist gut. Dann kannst du scho raus", und so.

103 **I: Das heisst, Sie bekommen ein bisschen Rückendeckung?**

104 B: Genau. Ich bin halt noch in der Rolle der Lernenden. Also, das ist halt mega ein Unterschied. Ich kann nicht einfach machen, was ich will. Ich muss mich halt schon ein bisschen erklären. Das verstehe ich auch.

105 **I: Ok. Ja. Gibt es noch andere Sachen, die wichtig sind? Also, Rückzugsort oder -möglichkeiten. Gibt es noch andere Sachen, bei denen Sie gemerkt haben, dass sie ganz wichtig für Sie sind?**

..Professionelle Hilfe und Medikamente

106 B: Also, was ich mir vielleicht für andere Personen vorstellen könnte, eben sich professionelle Hilfe zu suchen. Was für mich eben nichts ist. Ich bin gerne in meinem Umkreis, vertraue Leute nicht so schnell. Aber das könnte sicher auch gut sein. Ich habe auch eine Kollegin, die hat es so probiert und bei ihr ist es so sehr gut gegangen. Also regelmässig. Gespräche zu führen.

107 **I: In der Klasse geht es sonst auch gut? Wissen Ihre Mitschüler, dass Sie so gewisse Probleme haben mit dem Konzentrieren? Ist es etwas, dass Sie dort offengelegt haben oder ist das weniger ein Thema für Sie?**

108 B: Ich habe meiner Klasse nichts gesagt. Aber auch aus dem Grund, weil/ ich habe immer so das Gefühl bei den Jungen, dass wenn man es ihnen sagt, man wird/ sie wissen es, aber sie verstehen es nicht. Ich habe es eben zum Beispiel jemanden auch schon gesagt und dann habe ich sie im Freundschaftskreis gehabt und die hat dann das komplett nicht verstanden. Ich habe irgendwie wie Angst davor, dass ich es sage und es wird einfach

8/12

nicht verstanden.

109 **I: Sie denken darum, dass Sie es gar nicht zu einem Thema machen wollen oder dass es ok so ist eigentlich?**

110 B: Ja. Was eben noch ist, ich stehe gar nicht gern im Mittelpunkt. Darum will ich das auch gar nicht erwähnen oder sagen. Wenn sie mich fragen, dann kann ich es ihnen schon erklären.

111 **I: Ok, ja.**

112 **Hat sich es für Sie verändert? Also Sie haben vorher gesagt, früher ist es für Sie schwieriger, das zu haben. Ist das so? Weil Sie dort Ihre Strategien noch nicht hatten?**

113 B: Ja und auch, weil ich eben auch die Krankheit selber nicht so erkennt habe. Ich habe nicht richtig gewusst, was es ist. Es wurde schon oft darüber geredet aber/ dann hat es auch immer so geheissen, es ist mal rumgegangen, ja ADHS, jedes zweite Kind sagt man, hat ADHS. Das haben Sie vielleicht auch schon gehört und dann habe ich irgendwie auch so wollen wahrnehmen (unv?) und dann habe ich mit der Situation noch nicht/ ich habe noch keine Tagebücher geschrieben, ich habe mit niemandem darüber geredet. Wenn ich gemerkt habe, ich kann mich nicht konzentrieren, habe ich mich wie so versucht weiterzubringen. So "nein, du musst dich jetzt konzentrieren". Und das geht einfach nicht.

114 **I: Also diesen Druck aufgebaut?**

115 B: Ja.

116 **I: Wenn Sie jetzt einfach so frei sagen müssten, was es für Sie bedeutet ein ADHS zu haben, was würden Sie mir erklären. Was das für Sie bedeutet?**

117 B: Es ist etwas, das einem sehr verunsichert in gewissen Situationen. Weil man halt einfach merkt - das war vor allem früher extrem schlimm gewesen- man merkt, man ist anders als andere. Egal, wenn man Medikamente nimmt, wenn man keine nimmt. Man ist einfach anders. Man merkt, man ist impulsiver, man ist/ man redet viel mehr. Man ist einfach sehr unruhig. Das ist einfach etwas, das einem extrem verunsichert. Und für mich ist einfach ADHS/ ich habe jetzt gelernt, damit umzugehen und das ist auch wirklich etwas, das mich einfach prägt. Es ist eine Erfahrung. Es ist auch etwas, das du in anderen Situationen gut nutzen kannst. Also ich meine so, in einer Diskussion, da wird jeder mal ein bisschen aufbauschender und ich kann mich dann eher mal versuchen zurückzufahren und mich darauf zu konzentrieren, wie es ausgeht. Denn anderen zuerst zuzuhören und dann reagieren.

118 **I: Weil Sie das gelernt haben?**

119 B: Ja, genau. Und ich glaube, hier habe ich schon ein bisschen den Vorteil manchmal, dass ich das gelernt habe und andere nicht.

120 **I: Genau, ja.**

121 **Es ist mir sehr wichtig, dass noch einmal ganz genau zu**

9/12

..Selbstbezogene Strategien

verstehen, wie haben Sie das gelernt? Waren es diese Gespräche mit den Eltern, bei denen Sie sich ziemlich reflektiert haben, habe ich das Gefühl, oder? Haben Sie es wirklich dort gespürt?

122 B: Ja, ich habe angefangen über mich selbst nachzudenken. Ich habe gemerkt, andere Leute machen es so, ich versuche es auch so. Es ging nicht. Dann habe ich nach andere Lösungen gesucht. Das geht nicht von einem Moment auf den anderen. Zwei, drei Jahre musst du einfach versuchen, das so irgendwie hinzubekommen. Weil du merkst, es geht weiter. Die Lehre kommt. Die Lehre ist eine sehr strenge Zeit. Eben die Konzentration, das Lernen.

123 **I: Schön, dass sie das so herausgefunden haben.**

124 **Was sind Ihre Wünsche für die Zukunft? Haben Sie da Wünsche?**

125 B: Meine Wünsche sind, dass irgendwann mit der Konzentration - das ist das, was mich am meisten stört - dass ich das mit der Konzentration irgendwann hinbekomme. Weil du eben merkst, andere sind konzentriert und du selber kannst dich einfach nicht konzentrieren. Du siehst alle am arbeiten, also in der Schule zum Beispiel, alle am arbeiten und du selber bist am rumschauen und nicht auf dein Blatt am schauen. Das ist das, was ich mich wirklich erhoffe, dass sich das ändert. Dass ich auch so zielstrebig, also so motiviert dranbleiben kann. Das ist etwas, dass ich mir am meisten stört. Ja.

126 **I: Und haben Sie das Gefühl, dass Sie das schaffen können? Und wenn wie?**

127 B: (überlegt).

128 **I: Also, das ist vielleicht eine schwierige Frage.**

129 B: Ich habe/ ich habe das Gefühl, ich kann das schaffen, weil es in den letzten paar Monaten wirklich viel besser gegangen ist. Weil man erwachsener wird. Weil man mehr versteht, man sollte sich konzentrieren. Wie weiss ich ehrlich gesagt noch nicht ganz. Also eben wie gesagt, ich werde es auf mich zukommen lassen, ich versuche mich hier nicht zu stressen. Ich versuche es so zu machen und reflektiere dann, ok so ist es nicht gegangen. Anderer Weg.

..Selbstbezogene Strategien

130 **I: Was mich noch Wunder nehmen würde ist/ so ein bisschen die Frage nach dem Wollen und Können. Das ist immer so eine schwierige Frage. Sie haben vorher gesagt, manchmal haben Sie dann/ also wie soll ich jetzt das erklären, das ist noch schwierig. Also wenn ich Sie fragen würde, können Sie sich konzentrieren, ist es eine Frage von Ihrem Willen, würden Sie ja wahrscheinlich nicht einfach sagen, ja nehme ich an. Weil es ist ja nicht so, dass Leute mit ADHS einfach zu wenig Willen haben. Welcher Aspekt ist der Willen und die Motivation? Welcher Teil vom Ganzen ist die Motivation und welcher Teil ist wirklich etwas, dass Sie einfach nicht können auch wenn sie probieren?**

131 B: Bei Themen, bei denen ich merke, die habe ich extrem gern, in

10/12

..Professionelle Hilfe und Medikamente

..Suche nach sozialer Unterstützung

..Suche nach sozialer Unterstützung

der Schule zum Beispiel, dort ist die Konzentration eigentlich sehr hoch. Und auch dort merke ich, dass es manchmal nicht funktioniert. Also logisch hat es extrem etwas miteinander zu tun. Also, wenn die Motivation nicht da ist, dann kann man gar nichts gebrauchen. Wenn die Motivation da ist, gibt es aber auch Situationen, wo es wirklich nicht geht.

132 **I: Also es nicht alles die Motivation?**

133 B: Nein auf jeden Fall nicht.

134 **I: Ja. Ich glaube, das ist auch wichtig auch für die Mitmenschen zum verstehen. Weil das ist nicht einfach so klar.**

135 B: Man wird auch immer so angestempelt, "ja man hat keine Lust". Und dann sage ich so "Sie das ist mein Lieblingsfach, aber es geht momentan nicht".

136 **I: Gibt es noch irgendetwas Wichtiges? Das jetzt noch fehlt im ganzen Puzzle. Warum Sie das so gut hinbekommen? Gibt es noch irgendeine Person, irgendein Erlebnis? Irgendeine Strategie?**

137 B: Also etwas, das ich auf jedenfall jedem empfehlen würde, ist/ also ich habe ja schon ganz jung erfahren, dass ich ADHS habe, so mit Sieben. Und dann hat man gerade angefangen mit Medikamenten vollpumpen. Das war wirklich sehr schlimm. Und was ich allen anraten würde, ist einfach versuchen, aufhören mit diesen Medikamenten. Weil die Medikamenten haben vor allem bei mir extrem viele Nebenwirkungen gehabt. Also ich bin wirklich ein andere Mensch gewesen. Gar nicht mehr ich selber. Ich habe angenommen. Ich habe nichts mehr gegessen. Und wichtig ist einfach/ ich habe gemerkt mit diesen Medikamenten bin ich nicht mehr derselbe Mensch. Und dann habe ich mit 13, 14 angefangen aufzuhören. Dort hat man gemerkt, dort war ich wirklich wieder ich selber. Und einfach probieren, auch wenn es nicht geht, wieder anzufangen aufzuhören. Man muss einfach auch bereit dafür sein. Und ich finde auch, man sollte wirklich sich gut über diese Krankheit informieren. Mit anderen Leute, die vielleicht auch ADHS haben darüber reden. Mir hat zum Beispiel auch geholfen/ ich habe auch mit einer Kollegin, die jetzt eine gute Kollegin ist, habe ich darüber geredet und wir haben gemerkt, da sind wir anders. Dort sind wir gleich. Haben auch ein bisschen verglichen.

138 **I: Wie könnten die Schulen besser damit umgehen? Die Lehrer? Wie könnte man besser/**

139 B: Ich finde die Lehrer sollten sich besser informieren. Es gibt viele Lehrer, denen ich gesagt habe, ich habe ADHS, und sie haben kein Verständnis gezeigt. Oder sie haben es nicht beachtet. Weil ich wollte mit ihnen darüber reden. Es hat sie wie nicht interessiert. Also sie haben wie keine Beachtung, Aufmerksamkeit geschenkt, das ich mit ihnen über das reden will.

140 **I: Sie haben Ihnen kein Raum gegeben für das?**

..Suche nach sozialer Unterstützung



141

B: Nein. Es gibt halt solche Lehrer, es gibt aber auch andere Lehrer, die einfach mega lieb sind und einfühlsam.

142

I: Und so im Setting? Also in den Klassenstunden. Müsste sich da etwas ändern, damit die Jugendlichen mit ADHS klar kämen?

143

B: Nein. Bei uns in der Schule ist es vor allem sehr gut, weil wir viel selbständig haben, dann wieder zuhören, selbständig...Das ist wirklich sehr gut. Ich finde nicht, dass sie es besser machen könnten.

144

Weil ich finde auch - von wegen im Mittelpunkt- , dass es wichtig ist, dass es für die anderen in der Klasse auch gut ist. Nicht dass man es voll übertreibt.

145

I: Genau. Es muss so ein Mass sein.

146

B: Genau. Ich finde bei uns machen sie es eigentlich sehr gut.

147

I: Ja, super.

148

Ich danke Ihnen vielmals!

..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen



Anhang B3: Codiertes Interviewtranskript Gymnasialschüler (Aaron)

1	I: Also es ist eigentlich so, dass mich vor allem so deine Erfahrungen interessieren in der Schule in deinem Fall, ich habe manchmal auch Berufsschüler, die dann so beide Kontexte haben, Betrieb und Schule. In deinem Fall eigentlich einfach die Schule. Und so ein bisschen wie du mit gewissen Situationen umgehst. Was schwierig ist, was gut ist für dich und so weiter.
2	So vom Zeitrahmen her ist es gut, wenn du wie so an die letzten zwei, drei Wochen könntest denken. Ich weiss jetzt gar nicht, du bist/ in welcher Stufe bist du?
3	B: In der letzten. Prima.
4	I: Also nächsten Sommer hast du die Abschlussprüfungen. Also das oberste ist bei euch Prima, genau.
5	Und jetzt hast du regulär Unterricht oder ist jetzt schon etwas speziell wegen der Matur?
6	B: Jetzt haben wir gerade normalen Unterricht aber dann nächstes Semester wird es ein bisschen geändert.
7	I: Ok. Dann ist nicht schlecht, wenn du nun noch normaler Unterricht hast, um meine Fragen darauf zu beziehen. Und wenn du jetzt so an die letzten zwei Wochen denkst, was ist etwas was bei dir besonders gut gelaufen ist, und diese Fragen müssen jetzt nichts mit ADHS zu tun haben, einfach regulär. Was gibt es für Sachen, die bei dir gut gelaufen sind in der Schule? Kann alles sein.
8	B: Also was wahrscheinlich noch wichtig zu erwähnen ist, ist, dass wir hier in der Schule ein Prüfungsphasensystem haben, das heisst, wir haben nur einmal pro Quartal gerade alle Prüfungen. Und das war jetzt gerade letzte Woche. Das heisst, es/
9	I: Also am Ende eines Quartals habt ihr dann/
10	B: Genau.
11	I: Und wie viele dann?
12	B: Einfach jedes Fach hat eine Prüfung. Das heisst, jetzt haben wir acht gehabt letzte Woche. Das ist jetzt fertig. Darum sind es gerade ein bisschen Sonderwochen, die letzten Wochen.
13	I: Ok. Macht nichts. Du kannst trotzdem an die letzten zwei denken. Es ist eigentlich auch ok, wenn du jetzt diese Prüfungen gehabt hast.
14	Gibt es Sachen, die dir besonders gut gelaufen sind?
15	B: Was gut gelaufen ist/
16	(überlegt)
17	I: Lass dir ruhig Zeit. Manchmal muss man ja auch kurz überlegen. Du kannst dir auch wirklich Zeit lassen.
18	B: Also ja, gut grundsätzlich, kann ich schon mal sagen, die Prüfungen sind gut gelaufen. Das ist für mich noch eine Überraschung gewesen. Ich habe drum relativ spät erst

1/14

angefangen mich vorzubereiten. Das hat aber nachher eben doch überraschend gut geklappt. Ich habe zum Beispiel, jetzt was mit den Kollegen angeht, auch recht gut geklappt, das wir uns miteinander absprechen konnten für das Lernen. Da ich zum Beispiel jemand bin, der nicht alleine lernen kann, ich muss in einem Lerngrüppi sein. Und das hat auch gut geklappt. Und ja, ich würde sagen in den Tests mehrheitlich so Timemanagement so Zeugs hat auch recht gut geklappt.

19 **I: Schön. Das tönt gut.**

20 B: Ja grundsätzlich war es gut, ja.

21 **I: Cool. Hast du schon/ also ist das jetzt mehr dein Gefühl oder hast du auch schon Rückmeldungen bekommen.**

22 B: Ich habe auch schon Rückmeldungen bekommen.

23 **I: Und das passt so überein? Also dein Gefühl und wie es gelaufen ist?**

24 B: Genau, ja. Vor allem eben auch, wie gesagt, dass ich sehr spät habe angefangen. Es hat Fächer, die habe ich am Abend vorher zum ersten Mal wirklich angeschaut habe. Und ich habe nur irgendwie eine ungenügende zurückbekommen. Und alles andere war recht gut.

25 **I: Ist das bei dir immer so gewesen durch das Gymi durch, das so gut geschafft hast oder gab es da auch andere Momente, wo das nicht so war?**

26 B: Ja, also grad in meinem ersten Semester habe ich ein PG bekommen.

27 **I: Also ein "provisorisch"?**

28 B: Ja genau. Und das ist einfach für mich so ein bisschen gewesen, weil ich noch viel zu fest daran gewöhnt war, also quasi gar nichts für die Schule zu machen. Aber seit dann hat es immer, ich sage jetzt relativ locker geklappt. Ich bin halt wirklich so ein Mensch, ich mache alles so ein bisschen auf die letzte Minute. Und somit ist es natürlich, ich komme jetzt nicht mit weiss-nicht-wievielen Pluspunkten durch. Aber wenn ich schaue, wie fest ich mich anstrenge für die Note, die ich bekomme/

29 **I: ...dann ist es ein guter Output?**

30 B: Ja es ist relativ vorteilhaft.

31 **I: Was war jetzt die letzten zwei Wochen, also dass es so gut geklappt hat - obwohl du manchmal das Zeug sehr kurzfristig angeschaut hast - hast du eine Erklärung dafür, warum das es jetzt so gut gekommen ist?**

32 B: Ja, also ich würde sagen, ein grosses Thema ist, dass ich immer gut schaue, was lerne ich mit wem. Also ich suche mir immer Leute aus, die ein Thema schon beherrschen und somit habe ich das Gefühl, lerne ich extrem viel produktiver als andere. Weil ich

..Lemstrategien

kenne Leute, die hocken stundenlang alleine vor einem Thema und können am Schluss weniger weil sie es sich selber probieren beizubringen. Und das finde ich halt ein bisschen sinnlos. Vor allem wenn es eben gerade Leute hätte, die es ja können. Das ist auf jedenfall etwas Grosses. Und nachher halt auch ein bisschen die Einstellung den Prüfungen gegenüber. Ich werde nicht irgendwie gross nervös oder so. Dann kann ich auch ein bisschen klarer denken.

33 **I: Diese Strategie mit dem/ dass man sich so Leute sucht. Hast du die schon jetzt länger so für dich rausgefunden?**

34 B: Ja. Das ist schon seit eben dann, als ich nur provisorisch durchgekommen bin, habe ich angefangen, dies zu machen. Und eigentlich seit dem machen ich das so.

35 **I: Sind das vor allem Leute von deiner Klasse oder auch andere?**

..Lemstrategien

36 B: Es kann alles sein. Ich habe jetzt zum Beispiel letzte Woche für das Mathe-Lernen, habe ich einen Kolleg, der letztes Jahr die Matur gemacht hat. Habe ihm angerufen und gefragt, ob er Zeit hat. Also es kann wirklich irgendetwas sein.

37 **I: Und deine Einstellung, also dass du das sehr locker nimmst. Ist das typabhängig oder hat sich das bei dir verändert?**

38 B: Also, es ist wie/ also früher habe ich die Schule viel zu locker genommen. Ich habe wie gar nicht verstanden, für was ich mich anstrengen sollte. Und jetzt würde ich sagen, habe ich wie das umformen können, so dass ich die Schule ernst nehme, aber trotzdem so ein bisschen diese Gelassenheit behalten kann. Weil ich finde halt, schlussendlich gibt es viel zu viele Schüler, die sich ein viel zu grosser Stress machen. Für etwas, das ja schlussendlich recht machbar sein sollte.

39 **I: Wie ist es gekommen, dass du es trotzdem so ein bisschen angefangen hast, ernster zu nehmen? Was sind da Gründe? Hätte ja auch sein können, dass du jetzt immer noch sehr, also wie soll ich sagen/ also du hast gemeint, du hast dich ein bisschen verändert in Richtung 'ein bisschen ernster nehmen'. Gibt es da Gründe?**

40 B: Ja. Also ich würde sagen eine grosse Sache ist, halt wenn man in einer Klasse ist und sieht, dass es andere Leute ernst nehmen. Was früher noch nicht der Fall war. Ich meine bei jüngeren Kinder ist ja/ kannst du nie wirklich erwarten, dass sie so etwas ernst nehmen. Aber als ich nachher so in der Terzia, Sekunda, so im zweiten und dritten Gymijahr haben es die Leute auch wirklich angefangen ernst zu nehmen. Und dann hat sich auch für mich so etwas umgeschaltet. Und allgemein halt auch: es ist nicht schön immer schlechte Noten heimzubringen. Und so habe ich auch überlegt, ja, es bräuchte wirklich nicht viel und dann wäre es schon ein Stück besser.

41 **I: Gibt es noch andere Strategien, die du so angewendet hast. Oder sind es vor allem diese zwei, die dir in den Sinn kommen?**

..Lemstrategien

42 B: Ich würde sagen, es ist vor allem das. Aber halt auch/ man

3/14

muss sich auch ein wenig relativieren, was kommt wirklich im Test. Also weil gerade wenn man das System hat wie bei uns, wo man wirklich ein ganzes Quartal lang Stoff hat und das kommt nachher in einer 60-Minuten-Prüfung oder einer 90-Minuten-Prüfung, muss man halt wirklich auch überlegen, was ist meinem Lehrer sicher wichtig. Was wird er sicher wollen von uns hören? Und das ist halt nicht für alle gleich einfach, aber ich finde, wenn man das ein bisschen abschätzen kann, hat man schon mal einen riesen Vorteil. Eben einfach welche Themen liegen diesem Lehrer oder dieser Lehrerin wirklich am Herzen?

43 **I: Dann kannst du das in dem Fall/ also ich denke eben auch, das ist wahrscheinlich nicht immer unbedingt einfach eben für alle. Es klingt so, als dass du das so könntest?**

44 B: Je nach Lehrperson. Wir haben halt Lehrer, die ganz klar zeigen, was sie wirklich fasziniert. Und dann ist ja klar, werden sie das auch fragen. Aber daneben gibt es natürlich auch Lehrer, denen merkt man gar nichts an.

45 **I: Ok.**

46 **Wenn wir jetzt nochmal an die letzten zwei, drei Wochen denken: was ist vor allem eine Herausforderung gewesen? Also ich nehme an, das Lernen auch, oder gibt es sonst Sachen/ es können auch ganz spezifische Sachen sein. Was war vor allem für dich eine Herausforderung gewesen?**

47 B: Also eine riese Sachen ist gewesen für mich, dass ich/ wir haben wirklich eine grosse Franz-Prüfung gehabt, und dort habe ich gerade von anfang an ein Blackout gehabt. Und das ist etwas, das ist mir erst einmal oder zweimal in meiner Schulkarriere passiert ist. Und das ist echt unangenehm gewesen.

48 **I: Also während der Prüfung?**

49 B: Genau. Ich hätte nicht das einfachste Verb konjugieren können oder so. Und das hat mich ein bisschen fertig gemacht weil ich bin nachher einfach so hilflos dort gesessen. Das war eine grosse Sache für mich. Eine andere war gewesen, dass in der ersten Woche, in der ich anfangen wollte zu lernen, habe ich auch das einfach nicht hingebracht. Bin vor meinem Schulmaterial gesessen und habe nichts mit dem anfangen können. Das war recht mühsam.

50 **I: War das wie so eine Blockade?**

51 B: Genau, ja. Ich bin einfach ständig/ habe ständig etwas anderes gemacht. Das war für mich recht mühsam. Es hat halt für mich noch der Stress gefehlt, aber/

52 **I: Also noch mehr Druck hättest du gebraucht?**

53 B: Ja, obwohl ich ja eigentlich schon dann Druck gehabt hätte. Aber ich habe das wie nicht genug realisiert für über diese Blockade hinweg zu kkommen.

54 **I:Ok.**

55 **Nochmal schnell zu der ersten Herausforderung zurück. Also**

dieses Blackout: was hast du/ du hast gesagt, das ist dir noch nicht so oft passiert eigentlich. Was hast du dann gemacht?

56 B: Nichts. Ich habe ausgefüllt, was ich konnte. Aber nachher habe ich halt einfach abgegeben. Also ich habe auch gewusst/ ich habe dann noch keine Noten zurückgehabt, aber ich habe gewusst, dass ich mir im Franz eine relativ schlechte Noten leisten kann. Und das ist eben zwar auch wieder nicht ein schönes Gefühl, aber ich kann ja nichts machen. Und habe das halt einfach bisschen/

57 **I: ...hinnehmen müssen?**

58 B: Ja genau. So ein bisschen einstecken.

59 **I: Und diese Blockade beim Lernen. Hast du dort irgendetwas gemacht oder war das auch etwas, dass sich dann selber wieder aufgelöst hat. Oder hast du aktiv irgendetwas gemacht?**

60 B: Das ist einfach eine Frage der Zeit gewesen. Desto näher die Prüfungen kamen, desto besser ist es dann gegangen.

61 Aber was mir gerade noch einfällt, das hat nachher auch noch ein bisschen damit zu tun gehabt, mit wem dass ich lerne. Weil auch während dieser Zeit, in der ich nicht gut lernen konnte, wenn ich dann jeweils mit Leuten zusammengesessen bin und gelernt haben, dann habe ich trotzdem ab und zu etwas mitbekommen. Es war nur nicht so ein aktives Lernen, ab so ein bisschen ein passives in diesem Sinn.

62 **I: Und du hast ja dann gleich/ also das aktive war ja, dass du auch auf jemand zugehst und mit ihm lernst.**

63 B: Genau, und halt mitschreiben, mitdenken. Das ist eher noch so ein zuhören war. Das ja auch etwas bringt schlussendlich, aber halt nicht auf dem gleichen Niveau so.

64 **I: Ok.**

65 **Wenn wir jetzt trotzdem noch etwas spezifischer zu den ADHS-Symptomen kommen. Also ist es bei dir vor allem die Unaufmerksamkeit? Ist es auch Hyperaktivität? Oder wie würdest du selber beschreiben, welche Symptome du erlebst?**

66 B: Ich würde sagen die Unaufmerksamkeit ist das eine, aber auch einfach so ein bisschen der Wahrnehmungssinn, der bei mir nicht so/ nicht so gut ist. Es sind für mich jeweils zu viele Sachen, die ich gleichzeitig probiere zu verstehen. Oder überhaupt zu hören. Und dann bleibt mir am Schluss nichts davon. Das ist zum Beispiel im Unterricht manchmal auch ein Problem für mich, das ich dabei bin bei einem Thema. Und dann fünf Minuten später merke ich, dass ich die letzten fünf Minuten eben doch nicht zugehört habe.

67 **I: Und du meinst es ist/ dass du dich auf zu viele verschiedene Sachen konzentrieren möchtest? Oder wie hast du das gemeint mit verschiedenen Wahrnehmungen?**

68 B: Es fehlt mir wie der Filter, dass ich mich nur gerade auf das Wichtige konzentrieren kann. Und es geht phasenweise. Weil das ist halt auch etwas, das ich mir seit langem selber versuche

beizubringen. Und es geht besser als je zuvor eigentlich, aber halt manchmal trotzdem/ ja.

69 **I: Das ist sehr spannend, dass du sagst, es gehe besser als je zuvor. Das heisst, du hast eine Veränderung gemerkt? Es gibt eine kleine Veränderung? Oder hat gegeben.**

70 B: Es ist auf jedenfall eine Veränderung vorhanden. Wenn ich schaue, wie ich im ersten Gymijahr gewesen bin, so im Vergleich zu jetzt. Sind das Welten.

71 **I: Was war es, das dir geholfen hat? Was ist es, was du gemacht hast?**

72 B: Also, für mich ist es vor allem eine grosse Entscheidung gewesen, die das altles ausgelöst hat. Und zwar, als ich überhaupt/ also als ich überhaupt abgeklärt wurde, dass ich ein ADHS habe. Hat man mir natürlich Ritalin und Concerta und all das Zeug auftischen und ich habe das abgelehnt und habe auch mit einem Arzt darüber geredet, bei dem ich lange in der Behandlung gewesen war. Er hat mir eigentlich gesagt - ich habe bei dem auch einen langen IQ-Test gemacht und alles mögliche - und er hat mir gesagt, das Gymi ist für mich ohne Ritalin auch machbar. Aber ich müsste mich einfach viel mehr anstrengen als mit. Und laut seiner Schätzung viermal mehr oder was/ Und dann musste ich halt aktiv entscheiden, gehe ich jetzt auf das ein und ziehe ich das durch ohni und muss mir dafür ein bisschen Mühe geben oder nimme ich jetzt halt das Ritalin und mache es auf diese Art. Und für mich war eigentlich von Anfang an klar gewesen, ich bemühe mich lieber ein bisschen mehr und mache es so.

73 **I: In welchem Alter war dann das, als du diese Entscheidung treffen musstest?**

74 B: Das war mit/ also das war das erste Mal mit vielleicht etwa 15, 16 oder so.

75 **I: Und das erste Mal weil du dann nachher wie irgendwann nochmal musstest einen Entscheidung treffen in diese Richtung?**

76 ,
77 B: Ja, das war eigentlich das, dass ich eben in diesem ersten Gymijahr wie noch nicht diesen Schritt gemacht habe oder noch nicht ganz verstanden habe, was das heisst. Und nachher musste ich halt noch einmal entscheiden. Natürlich als ich provisorisch nur durchgekommen bin, hat der Arzt natürlich als erstes gerade gesagt "ah eben und genau das wäre nicht passiert, hättest du jetzt Ritalin". Und das war dann, als ich nochmal aktiv sagen müssen, doch ich kann das wenden, ich kann das ändern.

78 **I: Das heisst, es ist nicht/ also in meiner Auffassung gibt es Sachen, die man selber ändern kann und Sachen, die schwieriger sind zu verändern. Und ich habe mit vielen Jugendlichen geredet, die sich sehr hilflos demgegenüber fühlen. Also es ist jetzt nicht: ich erlebe diese Unkonzentriertheit und ich mache das und nachher ist es super. Sondern eher so "ich kann es nicht ändern". Oder also manchmal gibt es auch**

..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen

..Situative (Unterrichts-)Strategien

..Suche nach sozialer Unterstützung

diese Stimmen: ich kann das nicht ändern, das ist so. Darum nimmt mich es mich sehr wunder, was dass du das Gefühl hast, wo du trotzdem ein bisschen eine Änderung reinbringen konntest. War es einfach dein Willen oder gab es noch andere Sachen, die du wie/ Wie würdest du das erklären?

79 B: Also ich würde sagen/ also das Gefühl von dem Hilflosen verstehe ich auch sehr gut. Das habe ich in anderen Lebensbereichen, habe ich das dafür umso stärker manchmal. Aber ich würde sagen, jetzt rein schulisch, war es für mich wie klar - und ob das jetzt am Willen liegt oder nicht weiss ich nicht- aber es war klar, entweder genügende Noten und ich komme durch oder ungenügende und dann falle ich raus. Und das war für mich genug Druck um etwas auszulösen. Und ja also zum Beispiel meiner Mutter nach lerne ich ja immer noch zu wenig. Und ich könnte noch viel bessere Noten haben, würde ich mehr lernen. Das ist klar. Dort mangelt es mir dann an Willen. Aber rein für das Durchkommen ist es nicht gross/ also schon eine aktive Entscheidung, es ist einfach klar, ich muss durchkommen.

80 I: Ok, ja.

81 **Manchmal drifte ich vom Leitfaden ab und dann muss ich wieder zurückkommen. Was gut wäre, wenn wir nochmal bei einer ganz konkreten Situation sind, bei der du sagst/ also im Unterricht/ Falls du dich zurückerinnern kannst eben so kürzlich, als du mal im Unterricht nicht konzentrieren konntest. Was machst du dann? Kannst du irgendetwas machen, ganz konkret in dieser Situation oder wie gehst du dann mit dem um?**

82 B: Ja, also gerade ein konkretes Beispiel wäre in Mathe. Dort haben wir ein Lehrperson, bei der es wirklich wahnsinnig schwierig ist dabeizubleiben.

83 I: Warum?

84 B: Weil er auf einem sehr hohen Niveau unterrichtet und er erwartet von uns auch, dass wir sehr schnell mitkommen. Und das ist einfach nicht machbar. Also auch für die anderen Leute in der Klasse. Die sagen alle auch, es ist einfach nicht machbar. Und dort hängt es natürlich bei mir extrem schnell ab. Und ich überlege mir dann immer, ah das bringe ich mir selber dann bei nach der Schule mit Kollegen oder so. Und jetzt das Semester habe ich mehr/ also das Quartal habe ich bis jetzt mehr Mühe gehabt da etwas aktiv dabegeben zu machen aber letztes Jahr zum Beispiel weiss ich, habe ich oft, wenn ich (unv.) in dieser Situation, habe ich geschaut, dass ich auf die nächste Lektion in die vorderste Reihe hocke. Oder mehr Fragen stelle. Es sind halt so ein bisschen die klassischen/ genau das, was ein Lehrer einem auch sagen würde, was man machen sollte. Und ich weiss, dass es für viele Leute auch nicht unbedingt etwas bringt aber ich weiss halt, es macht einen Unterschied. Hocke ich jetzt zuhinderst, wo ich weiss, ich habe mir es jetzt erlauben, das Handy nach vorne zu nehmen und etwas anderes zu machen oder mache ich mir es aktiv ein bisschen schwieriger, rein damit das andere ein bisschen einfacher geht. Oder auch einfach mal dem Lehrer sagen "ich komme wirklich gar nicht draus, könnten Sie mir einfach eine ganz einfache Aufgabe geben?" oder irgendsowas. Das ist auch für

7/14

<p>..Suche nach sozialer Unterstützung</p>		<p>viele Leute unangenehm. Aber schlussendlich spätestens wenn der Lehrer oder die Lehrerin die Probe in der Hand hat, wissen sie ja ob du draus kommst oder nicht. Und dann sagst du es lieber ein bisschen frühzeitiger.</p>
	85	<p>I: Gibt es denn im Unterricht für dich Unterschiede? Also ich nehme an, ihr habt jetzt nicht die ganze Zeit nur Frontalunterricht, bei dem ihr zuhören müsst sondern auch noch andere Arten? Gibt es da für dich Unterschiede, was für dich gut ist und was schwieriger?</p>
<p>..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingungen</p>	86	<p>B: Ja, also mein Problem an Frontalunterricht ist, dass ich sehr oft, nicht mal wachbleiben kann. Also ich hatte auch schon Lektionen, bei denen ich einfach durchgeschlafen habe. Und das ist ja/ das ist nachher das Einschlafen aber auch wenn ich wach bin ist es einfach extern schwierig dabei zu bleiben. Es kommt natürlich sehr auf das Thema, es kommt sehr auf die Lehrperson an. Aber für mich ist klar, dass eine Stunde lang oder zwei Stunden lang irgendein Powerpoint vor sich haben und einfach zuhören hat für mich noch nie etwas gebracht.</p>
	87	<p>I: Was gibt es für Unterrichtsformen, die für dich gut sind? Gibt es da andere Sachen, die ihr habt und/</p>
<p>..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingungen</p>	88	<p>B: Es ist eben schwierig zu sagen. Ich muss sagen bei uns ist fast nur Frontalunterricht. Aber die Frage ist, wie das der Lehrer macht. Und da gibt es krasse Gegensätze hier an der Schule. Es gibt Lehrer, die haben eine Power-Point, klicken sich durch diese durch und haben irgendein Monolog. Und dann gibt es Lehrer, die haben vielleicht fünf Slides für eine Lektion und gehen von der einen zur anderen und gehen dann auch noch in die Details und stellen fragen und teilen etwas aus und sagen, so jetzt sitzt ihr in Gruppen und so. Und das ist natürlich klar, da ist man viel aktiver dabei. Wenn an mir irgendwie 100 Slides in 10 Minuten vorbeiflashen dann passiert bei mir nichts mehr/</p>
<p>..Ungünstige Lern- und Arbeitsbedingun</p>		
<p>..Lernstrategien</p>	89	<p>I: Das heisst, es kommt auch wie auf die Lehrpersonen drauf an, wie sie mit euch interagieren? Mit dir interagieren?</p>
<p>..Förderliche Lern- und Arbeitsbedingun</p>	90	<p>B: Auf jeden fall. Ja. Und ich persönlich finde ja, manchmal lerne ich viel besser von den Mitschülern als von den Lehrern. Die können das ganz anders erklären. Und somit finde ich eigentlich als Lehrer sollte man auch schauen, dass man möglichst viel/ oder möglich oft auch die Klasse miteinander arbeiten lassen kann. Rein weil eben - wie man auch an meiner Lernstrategie sieht - ich gehe e davon aus, dass meine Mitmenschen, meine Mitschüler das erklären können.</p>
	91	<p>I: Ja, das ist spannend, dass du das für dich so gefunden hast. Hast du auch eine gute Klasse in dem Fall? Also es klingt so, als kämst du gut mit deinen Mitschülern zu recht? Das ist auch nicht immer für jeden der Fall, gerade mit ADHS, ist nicht immer/ wie soll ich sagen, so ganz einfach in der Klasse mit den anderen. Bei dir klingt es, als könntest du sehr gut/ als wärt ihr eine gute Klasse. Das klingt auf jeden fall so.</p>
	92	<p>B: (leicht zögernd) ja. Ja. Ich würde jetzt nicht behaupten, dass wir</p>

...Schul- und Betriebskultur, die von geg. Unt

eine besonders gute Klasse sind. Wir haben auch viel Drama in der Klasse. Aber, das ist auch wieder ein bisschen eine Frage der Haltung würde ich sagen. Weil ich probiere möglichst sachlich zu bleiben und auch bei so Klassendramas bin ich nie drin involviert. Aber ich/ und eben ich habe es auch gut mit jedem in der Klasse. Es gibt jetzt niemand, mit dem ich nicht gut auskomme. Und man weiss halt, wer kann was gut. Und jetzt gerade in der Prüfungsphase helfen e alle allen. Also gerade in der ganzen Schule. Gerade also jetzt auch wieder als konkretes Beispiel. Also letzte Woche war ich drei- oder viermal gefragt wurde, ob ich irgendein Fach irgendjemanden, den ich nicht mal kennen erklären kann.

93 **I: Das ist wie ein bisschen eine Schulhauskultur hier?**

94 B: Ja.

95 **I: Das ist cool. Das ist glaubs nicht immer überall so.**

96 B: Ja, das ist hier/ Also ich kennen auch Leute, die nicht hier an der Schule sind, die hierher kommen um von dem zu profitieren.

97 **I: Also punktuell?**

98 B: Ja, es ist einfach/ gerade wenn diese Prüfungsphasen sind, weiss man einfach, dass ab zwei Wochen vorher sind hier immer Leute. Also fast 24/7 ist irgendjemand hier am Lernen. Und man kann immer Fragen stellen. Und gerade eben für mich ist das ideal. Dann finde ich immer jemand, der es kann.

99 **I: In den unteren Klassenstufen, als du noch nicht im Gymi warst, hast du das weniger gemacht und hast es wahrscheinlich auch weniger nötig gehabt? Weil du dort durchgekommen bist ohne solche "Kooperationen"? Oder hast du das dort schon so gemacht?**

100 B: Nein, ich habe es dort noch nicht gemacht. Aber es war bei mir auch ein bisschen eine Sondersituation gewesen. Weil ich bin erst mit 12 in die Schweiz gezogen. Von Amerika. Und die ersten paar Jahre hier habe ich das Schulsystem nicht mal verstanden. Ich habe nicht gewusst, was eine Lehre ist oder was das Gymi ist. Das habe ich alles nicht gekannt. Somit habe ich auch genau gar keinen Grund gesehen, warum ich mich in der Schule anstrengen soll. Ich habe nicht gewusst, was das Ziel ist. Und das habe ich nachher erst vielleicht mit 14 überhaupt mal verstanden. Und dann sind ja schon die ersten Leute/ gehen ja schon mit 14 in die Lehre. Und dann war es wie noch/ dann hat es plötzlich geheissen, jetzt musst du dich entscheiden. Und dann war eben dieser Druck und dann hat es ein bisschen mit dem angefangen/ aber ich würde sagen bis ins Gymi habe ich mir nie wirklich Zeit genommen für die Schule.

101 **I: Aber du bist trotzdem gut durchgekommen? Oder einfach durchgekommen?**

102 B: Ja, ich bin durchgekommen. Als es geheissen hat, jetzt muss ich mich anstrengen, damit ich überhaupt in das Gymi kann, dann bin ich wieder ein bisschen besser durchgekommen. Das ist aber

...Lernstrategien

9/14

daran erleben, dass ich im Unterricht ein wenig mehr gemacht habe. Aber sonst bin ich halt immer einfach gerade so durchgekommen, dass es geht.

103 **I: In der Schule sind also diese Momente schwierig im Frontalunterricht mit dem Konzentrieren, wenn ich dich richtig verstanden habe?**

104 B: Genau.

105 **I: Gibt es andere Situationen oder Sachen, Aspekte in der Schule, die in der Schule für dich schwierig sind wegen gewissen Symptomen von dir oder ist es vor allem das?**

106 B: Es ist schon vor allem das. Jetzt muss ich gerade selber überlegen.

107 (überlegt). Ja, ich würde sagen, es liegt schon vor allem an der Konzentration. Die anderen Symptome sind für mich meistens ein bisschen gedämpfter.

108 **I: Also die Hyperaktivität oder meinst du noch etwas anderes?**

109 B: Jetzt zum Beispiel die Hyperaktivität ist für mich e etwas, das ich nicht so ganz spüre oder wenn dann habe ich meine eigenen Strategien damit umzugehen. Darum ist es wirklich nur die Konzentration, die manchmal ein bisschen mangelt.

110 **I: Was mich noch Wunder nehmen würde, wäre, wie du das so machst beim Lernen. Vielleicht auch zu hause. Also ich nehme an, dort gibt es dann, wie du gesagt hast, auch die schwierigen Momente, wo du vielleicht dort sitzt und vielleicht alle 10 Minuten wieder aufstehst um etwas anderes zu machen - also so stelle ich es mir zumindest vor oder so habe ich es schon gehört. Ist es bei dir auch so, dass das Lernen zu hause für eine Prüfung auch eine Herausforderung ist?**

111 B: Ich habe seit Jahren nicht mehr zu hause gelernt. Also das habe ich extrem schnell gemerkt, dass geht gar nicht.

112 **I: Weil zu hause/ warum? Kannst du mir erklären, warum?**

113 B: Dort hat es/ also erstmal ist niemand dort, der es auch macht. Der mich dazu motiviert das zu machen. Es sind natürlich noch x-mal mehr Ablenkungen dort als hier. Und ja also mein grösster Feind in der Schule ist schon immer die Motivation gewesen, die mangelt. Und die bekomme ich eben von meinen Mitschülern. Wenn ich sehe, sie sind dran dann sollte ich es auch sein. Und daheim habe ich dieses Konzept nicht. Und dann mache ich alles lieber als lernen.

114 **I: Das heisst, du bist in der Prüfungsphase eigentlich die ganze Zeit hier?**

115 B: Ja.

116 **I: Aber übernachten tust du nicht hier? Weil es ist ja auch ein Internat hier, richtig?**

..Prüfungsvorbereitung und Hausaufgab

..Lernstrategien

..Lernstrategien

..Lernstrategien

- 117 B: Da hat es ein Internat genau.
118 Also ich bin oft bis um 10 Uhr hier. Und gehe dann nach hause und bin dann für die Prüfung um 8 wieder da.
- 119 I: Und hier ist es dann eben ein bisschen einfacher oder hast du hier auch diese Momente, bei denen du dich dann nicht mehr konzentrieren kannst? Also das hat ja jeder auch. Das kennt ja jeder. Aber hier kannst du besser damit umgehen? Es sind andere Leute, die dich/
- 120 B: Genau und die Sache ist eben/ man muss sich vorstellen, wenn jemand hier lernt/ also die meisten Schüler sind nach der Schule um die 5 Uhr hier und bleiben eben bis um 9, 10 Uhr.
121 I: Also regulär ist das eigentlich so euer/
122 B: Genau. Und das heisst, in dieser Zeit sind vielleicht/ bei den Konzentriertesten sind vielleicht zwei Stunden produktiv und bei den meisten eine, eineinhalb. Und das heisst, man findet immer ein Grüppli, das gerade etwas anderes macht. Wo man sich/ über etwas diskutieren kann oder was auch immer. Man findet aber auch immer ein Grüppli, das lernt. Und dann kann man zu denen lernen gehen. Und somit/ es braucht viel Disziplin, aber eben, wenn die Prüfungsphase gerade um die Ecke ist, dann ist die Disziplin auch da. Und dann kann man wirklich dann, wenn man gerade eine Ablenkung braucht in dem Sinn. Denn es ist ja eine Phantasiewelt, wenn man das Gefühl hat, man könne immer lernen. Dann kann mich sich die auch holen. Wenn man sich wieder konzentrieren muss, findet man das auch. Also das ist für mich/ also dahingehend muss ich sagen, liegt es wirklich an der Schule und am System hier, dass ich gut durchkomme.
- 123 I: Ja.
124 Also nochmal kurz zu den Leuten. In dem Fall sind für dich Mit/ also Kollegen, Mitschüler wichtig, dass du deine Leistung erbringen kannst und so weiter. Gibt es noch andere Personen, die für dich/ irgendwelche andere Personen, die für dich sehr wichtig sind auch mit diesen Herausforderungen umzugehen?
- 125 B: Ja, also grundsätzlich jeder Mensch, der mir das Gefühl gibt, dass ich sollte/ - also es klingt vielleicht blöd, aber - ich sollte mich verbessern. Gerade zum Beispiel meine Freundin geht in ein anderes Gymi. Und sie strengt sich für die Schule gar nicht an und kommt mit nur 5.5-er und 6-er durch. Und dann/ ich bin jemand, der sich immer an anderen Leuten misst. Und das ist für mich auch schon eine Motivation mehr zu machen. Es ist nicht so schön, wenn man die eigenen 4.5-er bis 5-er an 6-er misst. Das ist zum Beispiel etwas, das erwähnenswert ist. Oder eben auch gerade meine Eltern. Ich meine, das ist ja eine halb-Privatschule. Das heisst, sie zahlen auch für das, dass ich hierher kann. Und dann will ich ihnen ja auch zeigen, dass ich es ernst nehme. Und eben diese Sachen motivieren mich phasenweise. Aber das ist eben das, was bei mir das grosse Problem ist, dass diese Motivation nicht immer lange hält. Und darum könnte ich nicht der 5.5, 6-er Schüler sein, schon rein weil es mir nicht genug lange/

..Lernstrategien

..Schul- und Betriebskultur, die von geg.

..Komorbide Probleme (z.B. Motivationslosigl)

..Kombiride Probleme (z.B. Motivationslosigl)

126 **I: Ist es so wie eine Motivation für etwas, die dann dich so trägt und dann klingt es wieder ab. Oder mit was hängt es zusammen, dass deine Motivation/ also hängt das mit irgendetwas fix zusammen? Wenn deine Motivation hoch geht und wann wieder runter?**

127 B: Es ist eine Frage von/ es ist eine Frage von Durchhaltevermögen würde ich sagen. Weil ich/ mir werden die Sachen viel zu schnell langweilig. Schon als ich klein war, habe ich nie irgendwie mit einem Spielzeug spielen können, weil es mir viel zu schnell einfach verleidet ist. Und das ist mit der Schule genauso. Dass ich mir Mühe geben kann eine Zeit lang und dann verleidet es mir.

128 **I: Und dann möchtest du wieder etwas neues?**

129 B: Genau. Oder auch im Sport: jetzt wechsele ich auch immer. Ich gebe mir bei etwas Mühe habe Erf/ ein bisschen Erfolg oder so und nachher ist es mir wieder/ ja.

130 **I: Hast du irgendwann mal therapeutische Unterstützung gehabt oder nicht?**

131 B: Weiterhin.

132 **I: Ist es ein Psychologe oder ein Arzt?**

133 B: Das ist ein Jugend- und Erwachsenenpsychiater.

134 **I: Ok. Und kann er dir auch helfen in Bezug auf das oder ist das nicht so im Vordergrund für dich?**

..Professionelle Hilfe und Medikamente

135 B: Er ist wie/ ich würde ihn jetzt sehen als Absicherung. Im Sinne von: ich bespreche mit ihm, wie es mir in der Schule geht, meine Noten und so. Und wenn jetzt etwas falsch laufen würde, dann schaut er das mit mir an. Aber wenn es gut läuft, dann ist er halt einfach da für anderes. Aber das ist ja auch/ viele Leute, die ja ADHS haben oder ADS haben ja oft auch emotional so ein bisschen Schwankungen oder so, kann es ja geben. Und ich finde diese zu beherrschen ist genauso wichtig für die Schule und das Lernen wie die direkten Symptome von Ablenkungen und so. Und dort ist es dann eine umso grössere Herausforderung.

136 **I: Also würdest du bei dir sagen, dass dein ADHS emotional auch/ also es ist manchmal auch schwierig zu sagen, was ist was? Also hast du das Gefühl, du hast noch andere Symptome von dieser Störung oder wie man es auch nennen möchte.**

..Kombiride Probleme (z.B. Motivationslosigl)

137 B: Ja, ich würde sagen, das Problem an ADHS ist halt das es so ein bisschen ein innerlicher Kampf verursacht. Auf jedenfall bei mir. Ich spüre sehr stark, was ich machen möchte, aber eben diese Ablenkung, die wenige Motivation und diese Sachen, die wirklich sehr typisch sind für ADHS und das löst in mir dann immer/ oder phasenweise sehr krass so eine Aufregung aus. Dass ich etwas/ ich würde sehr gern mich für die Schule anstrengen und gute Noten heimbringen, aber wenn es nachher dazukommt, bin ich abgelenkt. Und mag nicht. Und dies und das. Darum würde ich

12/14



sagen emotional ist es auch sehr belastend.

138

I: Weil du dann nachher auch so Gefühle erlebst, wie zum Beispiel Enttäuschung von dir selber oder solche Sachen?

139

B: Ja genau. Frust und so. Genau.

140

I: Ok. Jetzt muss ich mal schnell auf die Uhr schauen.

141

Was nun noch eine Frage für mich wäre, einfach sehr eine offene Frage, die vielleicht schwierig ist, aber mega spannend, ist, was das für dich bedeutet, diese Symptome zu haben. Und das kann ich auch sein, dass du nicht das Gefühl hast "ich habe etwas". Aber einfach so/ was bedeutet das für dich? Du hast schon ein bisschen gesagt, innerer Kampf. Wenn du mir jetzt das erklären müsstest, was das für dich ist. Was wäre deine Antwort?

142

B: Ist eine spannende Frage. Ich bin halt in einer Familie aufgewachsen in der jeder ADHS hat ausser mein Vater. Ich habe zwei Brüder. Das heisst von fünf Leuten haben vier ein ADHS. Für mich ist es nie/ ja im Vergleich zu meinem ältesten Bruder zum Beispiel, bin ich der Mensch, der sich am besten konzentrieren kann auf der Welt. Weil er ist noch viel extremer als ich. Darum habe ich immer wie sehen können, dass "ja ich habe ein ADHS, nein ich habe nicht ein starkes". Ich habe zum Beispiel meinen Bruder gesehen, der ein starkes hat. Und habe gemerkt, das ist eben schon ein Unterschied. Und ich muss sagen, es hat sich auch sehr entwickelt. Früher habe ich immer gedacht ADHS ist wie ein/ einfach ein Charaktermerkmal, das die Leute halt als Störung bezeichnen obwohl es halt einfach zu jemanden gehört. Aber je älter, dass ich werde, desto mehr ich damit ein bisschen kämpfe in dem Sinn, desto mehr merke ich, dass es schon eine Herausforderung ist. Ja, eben dieser innerliche Kampf ist für mich ein sehr grosses Thema. Gerade in letzter Zeit. Ist etwas, an dem ich sehr stark am arbeiten bin. Aber schlussendlich, ich meine das hat ja jeder Mensch zu einem gewissen Mass. Und von demher, ich würde jetzt einfach behaupten, das ADHS ist einfach noch wie ...halt einfach wie etwas Weiteres, das man überwinden muss, wenn man es hat. Ist halt sehr schwierig an etwas zu messen, da ich ja nicht weiss, wie es ist, das nicht zu haben.

143

I: Genau, ja. Das ist schon komplex. Was ist jetzt was. Das meinst du oder? Was bin einfach ich, was sind Eigenschaften? Was ist/

144

B: Genau. Inwiefern kann ich mich jetzt wegen dem ADHS nicht konzentrieren und inwiefern ist es, weil der Unterricht jetzt einfach langweilig ist zum Beispiel.

145

I: Ok. Und noch die allerletzte Frage. Was würdest du sagen - jetzt vielleicht auch in Bezug auf die Schule - wie könnte man Jugendliche, die diese Probleme und Auffälligkeiten haben, wie könnte man denen gerecht werden, ihnen helfen, sie unterstützen oder/ Was bräuchte es da an den Schulen? Vielleicht findest du auch es ist alles super, wie es ist?

146

B: Ja, also ich finde jetzt/ ich finde ein Aspekt, der vielleicht oft vernachlässigt ist, ist die Organisation und dass eine klare strukturierte Organisation gerade jemandem mit ADHS extrem

..Klare übergeordnete Organisation an Schul



13/14

..Anforderungen an Organisations- und

..Klare übergeordnete Organisation an S

..Klare übergeordnete Organisation an Schul

..Schul- und Betriebskultur, die von geg. Unt

helfen kann. Ich bin immer verplant und habe jetzt immer zwei Termine gleichzeitig, weil ich es falsch gesehen habe oder so. Das sind Sachen, die es wahnsinnig schwierig machen. Aber wenn ich weiss/ wenn ich eine klare Struktur haben von dem Tag, von der Woche, vom Monat. Wenn ich genau weiss, wann meine Prüfungsphase ist, dann kann ich mich besser drauf vorbereiten. Darum finde ich die Organisation ist ein riesiger Faktor. Und wenn eine Schule das wie nicht im Griff hat, die eigenen Organisation, dann macht es das noch so viel schwieriger.

147 **I: Das heisst, dass man das von aussen wie ein bisschen besser/ also die Rahmenbedingen?**

148 B: Genau. Halt einfach, dass halt viel - ich würde jetzt behaupten obwohl ich das jetzt ja nicht wirklich sagen kann - aber ich behaupte mal, dass Zeitdruck für jemand mit ADHS sehr viel bringen kann. Halt rein, weil man halt weiss, ich muss das jetzt kurz überwinden, dann kann das auch funktionieren. Kommt natürlich drauf an, wie stark dass man es hat und so, aber für viele. Und somit, wenn man weiss, ob man im Stress sein sollte oder nicht, kann man auch überhaupt den Zeitdruck haben. Weil wenn ich jetzt komplett vergesse, dass ich morgen überhaupt eine Prüfung habe, dann spüre ich auch den Zeitdruck nicht.

149 **I: Ist das bei dir so gewesen, dass deine Lehrer/ also eure Lehrer wissen recht gut Bescheid über euch Schüler, also was ihr so habt und gehen auch auf euch ein/ oder mehr oder weniger?**

150 B: Jein. Es gibt halt den Nachteilsausgleich eben. Der hat bei mir sehr selten geklappt.

151 **I: Also geklappt, dass du ihn bekommen hast, gesprochen bekommen hast?**

152 B: Genau. Das hat sehr selten so funktioniert, wie es hätte sollen. Ich habe in meiner ganzen Gymi-Karriere vielleicht dreimal/

153 **I: Ja. Eine Zeitverlängerung einfach oder?**

154 B: Genau. Das heisst, das ist eigentlich die einzige Unterstützung in dem Sinn und die ist nicht perfekt aber es geht ja/ Also ich finde jetzt eine Schule kann ja nicht/ also eine Privatschule noch mehr als eine andere, aber eine Schule kann nicht auf jeden einzelnen Schüelr eingehen. Und dann wäre es einfach wichtig, eine allgemeine Atmosphäre zu haben. Gerade eben das, was ich ja vorher beschrieben habe, während den Prüfungsphasen, wie es da an der Schule ist. Ich kann mir vorstellen, dass das auch Leute, die andere Problematiken haben, hilft. Das ADHS ist ja da nur eine von vielen.

155 Ja, das sehe ich so als das Wichtigste. Wo man am meisten einen Einfluss haben kann. Wenn man einen Raum bietet, wo die Schüler lernen können, dann werden sie es auch machen. Aber wenn sie nicht einmal diesen Raum haben, dann ja/

156 **I: Ok, ja.**

157 **Vielen, vielen Dank!**

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe.

Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Winterthur, 05.03.2023

A handwritten signature in blue ink that reads "Annette Kraus". The signature is written in a cursive style and is centered within a light gray rectangular box.