

1 Einleitung¹

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufig vorkommende Erkrankung mit Prävalenzraten zwischen 3 und 5 % (Polanczyk et al., 2007, Schlack et al., 2007, 2014). Sie beginnt in der frühen Kindheit und kann sich über das Adoleszenten- bis in das Erwachsenenalter als klinisches Vollbild oder als Teilsymptomatik in unterschiedlichen Variationen und Modifikationen fortsetzen (Schmidt & Petermann, 2011; Krause & Krause, 2014).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine Erkrankung von beträchtlicher individueller und gesellschaftspolitischer respektive gesundheitspolitischer Bedeutung. Aufmerksamkeitsstörungen stellen ein ausgesprochenes Entwicklungsrisiko für die Betroffenen dar. Menschen mit dieser Diagnose haben häufig Probleme im schulischen und beruflichen Kontext sowie im Bereich sozialer Beziehungen (Sobanski et al., 2008). Sie zeigen u. a. eine erhöhte Bereitschaft zu risikoreichem Verhalten, nicht selten kommt es auch zu problematischem Suchtmittelkonsum oder zu delinquentem Verhalten (Sobanski & Alm, 2004; Schmidt & Petermann, 2011). Dies trägt – neben dem persönlichen Leid – zur Verursachung hoher Kosten insbesondere auch im Gesundheits- und Rechtssystem bei (Schlander et al., 2010).

Nachdem im letzten Jahrzehnt zunehmend auch die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter in den Fokus wissenschaftlichen Interesses rückte (Krause & Krause, 2014), wurden – in Ergänzung zu etablierten pharmakologischen Verfahren – unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen entwickelt, die in der Regel auch psychoedukative Maßnahmen umfassen. Die Psychoedukation hat ihre Wurzeln in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, korrespondierend beinhalten verhaltenstherapeutische Therapieprogramme psychoedukative Therapieelemente (Knouse et al., 2008; D’Amelio et al., 2009).

Untersuchungen weisen darauf hin, dass Psychoedukation bei Kindern und Adoleszenten mit ADHS als hilfreich bewertet wird (Lopez et al., 2005) bzw. die Behandlungcompliance verbessert (Svanborg et al., 2009). Es ist deshalb von großer Relevanz, Betroffenen möglichst frühzeitig psychoedukative und psychotherapeutische Interventionsprogramme anzubieten (D’Amelio et al., 2009; Döpfner et al., 2013).

Für Kinder und ihre Eltern sind schon länger differenzierte Elternratgeber und Selbsthilfebücher (Döpfner et al., 2007a) sowie evaluierte Therapiemanuale (Döpfner et al., 2007b) verfügbar, für Erwachsene mit ADHS wurden Psychotherapie- oder Psychoedukationsmanuale publiziert (Hesslinger et al., 2004; Safren et al., 2008; D’Amelio et al., 2009; Lauth & Minsel, 2009; Baer & Kirsch, 2010).

Für die Zielgruppe der Adoleszenten wurde zwar von Linderkamp et al. (2011) ein spezifisches Lerntraining entwickelt, das auch der adoleszenten Entwicklung Rechnung trägt, es ist aber als ein »Training« im »Einzelsetting« konzipiert. Ein strukturiertes, leicht verständliches und einfach zu handhabendes Manual zur Psychoedukation und Psychotherapie bei Adoleszenten mit ADHS ist nach unserer Kenntnis im deutschsprachigen Raum nicht bekannt. Das vorliegende Manual möchte diese Lücke schließen. Um den speziellen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz² gerecht zu werden, wurden entsprechend bei der Konzeption dieses Manuals

1 Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird für die verschiedenen Berufsgruppen, Personen und für die Patienten die maskuline Form im Sinne einer geschlechtsabstrakten Bezeichnung verwendet.

2 Mit dem Terminus »Adoleszenz« ist in diesem Buch nach Oerter und Dreher (2008) der Altersbereich zwischen 14 und 17 Jahren (»mittlere Adoleszenz«) sowie 18 und 22 Jahren (»späte Adoleszenz«) gemeint.

insbesondere auch entwicklungsspezifische Themenschwerpunkte wie zum Beispiel »risikoreiches Verhalten«, »Sexualität und Beziehungen«, »Jugendkriminalität«, »Drogen«, »Führerschein« sowie »Ausbildung und Beruf« fokussiert.

Das vorliegende Manual zur »Psychoedukation und Psychotherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS« wird aktuell im Rahmen eines stationären Settings in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Alzey evaluiert. Eine konsekutive Ausweitung auf ein teilstationäres und ambulantes Setting ist geplant.

Da sich die ADHS-Symptomatik und psychosoziale Konsequenzen nicht nur auf den Patienten selbst, sondern ebenso auf seine Familie auswirken können (D'Amelio et al., 2009), ist im Anschluss an dieses Buch geplant, auch für Angehörige ein korrespondierendes Psychoedukationsmanual zu verfassen. Den Angehörigen soll damit parallel zu den psychoedukativen Sitzungen für die Adoleszenten ein eigenes Psychoedukationssetting bzw. -forum angeboten werden.

In dem vorliegenden Buch wird in Kapitel 2 ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand des Krankheitsbildes der ADHS und die entsprechenden Therapie- und Interventionsmöglichkeiten gegeben. Wirkprinzipien, allgemeine Therapieziele und Formen einer altersadaptierten Psychoedukation werden in Kapitel 3 erörtert. In Kapitel 4 wird das Konzept des psychoedukativen und psychotherapeutischen Gruppentrainings dargestellt, wobei grundsätzliche Informationen über Zielgruppe, Indikation, Gruppenleitung, Trainingsziele, Rahmenbedingungen, Struktur und Durchführung der Gruppensitzungen gegeben werden. Zudem werden in diesem Kapitel didaktische Prinzipien und Strategien sowie Hilfsmittel beschrieben. In Kapitel 5 werden die einzelnen Sitzungen des Manuals ausführlich dargestellt.

Die Sitzungen sind so strukturiert, dass sie zunächst einen Einblick in das Erscheinungsbild und die Problematik der ADHS vermitteln. Hierzu werden Pathogenese, Diagnostik, Symptomatik und Komorbidität, Risikoverhalten und Verlauf der Störung sowie die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten der ADHS dargestellt. In den Sitzungen 6 bis 9 wird ein besonderes Augenmerk auf die Aktivierung der Ressourcen und der Selbstmanagementkompetenzen der betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gelegt.

Das Manual, das u. a. eine Powerpoint-Präsentation, einen die Folien kommentierenden Teil, Info- und Arbeitsblätter sowie Feedback-Fragebögen zur Evaluation umfasst, soll als Grundlage für die einzelnen Sitzungen dienen. Die Materialien³ können Sie unter diesem Link kostenfrei herunterladen: <http://downloads.kohlhammer.de/?isbn=978-3-17-024802-1> (Passwort: tlosvvz4).

Die Illustrationen wurden großteils von Frau Emma Schlink, Schülerin des Landeskunstgymnasiums Rheinland-Pfalz in Alzey, gezeichnet.

Bedanken möchten wir uns bei allen, die zum Gelingen dieses Manuals beigetragen haben. Dies sind insbesondere unsere Patienten, die sich uns anvertrauen. Ihre Erfahrungen, Rückmeldungen und Anregungen konnten wir in das vorliegende Psychoedukationsmanual einfließen lassen. Unseren Ehegatten Dr. Eva Stein und Hans Dieter Matthäus gilt unser besonderer Dank für das Korrekturlesen. Dem DV-Service unserer Klinik, insbesondere Herrn Illy und Herrn Habenicht, danken wir für die Unterstützung bei technischen Fragen, dem Kohlhammer Verlag für die ansprechende Ausstattung und den Lektorinnen Anita Brutler, Celestina Filbrandt und Stefanie Reutter für die exzellente Zusammenarbeit.

Alzey, Oktober 2015

Mariella Matthäus, Andreas Stein

³ Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

2 ADHS – ein Überblick

2.1 Definition und Klassifikation

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS, ADHD: Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder) bzw. Hyperkinetische Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Bei einem Teil der Betroffenen persistiert das Störungsbild in unterschiedlichen Variationen bis ins Erwachsenenalter. Kennzeichnend sind eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsdefizite, Ablenkbarkeit), der Aktivität (Hyperaktivität) und der Impulskontrolle (Impulsivität) (Döpfner et al., 2013; Ludolph & Pfalzer, 2013).

Die Störung der Aufmerksamkeit zeigt sich in einer erhöhten Ablenkbarkeit, der Tendenz, Aufgaben vorzeitig abzuberechnen, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht werden, sowie einem Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die für den Betroffenen uninteressant sind. Störung der Aufmerksamkeit

Die Hyperaktivität äußert sich in einem stärkeren Bewegungsdrang, insbesondere in Situationen, in denen normalerweise ruhiges Verhalten verlangt wird. Hyperaktivität

Impulsivität tritt als Neigung zu vorschnellem und unüberlegtem Handeln in Erscheinung. Die Betroffenen haben Probleme, ihre Bedürfnisse aufzuschieben, und Schwierigkeiten, die Folgen ihrer Handlungen zu antizipieren. Sie platzen beispielsweise mit Antworten heraus oder unterbrechen andere, oft fällt es ihnen schwer, abzuwarten, bis sie an der Reihe sind (Lehmkuhl et al., 2009; Döpfner et al., 2013). Impulsivität

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen sind in verschiedene Untergruppen unterteilt, die nach ICD-10 (Dilling et al., 2008) und nach dem aktuell überarbeiteten DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2015) anhand unterschiedlicher Kategorien verschlüsselt werden. Die Symptomkriterien werden in den beiden Klassifikationssystemen weitgehend übereinstimmend definiert. Sie unterscheiden sich allerdings in der festgelegten Anzahl und Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer ADHS vorliegen müssen.

Die drei Kardinalsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität können in verschiedenen Ausprägungsformen auftreten. Die Symptome müssen mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen. Die Störung (ICD-10) bzw. einige Symptome der Störung (DSM-5) müssen schon vor dem 6. Lebensjahr (nach DSM-5 vor dem 12. Lebensjahr) in verschiedenen Lebensbereichen nachweisbar sein und zu einer Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus führen (Remschmidt et al., 2006; Dilling et al., 2008; American Psychiatric Association, 2013, 2015). Die ICD-10 berücksichtigt eine »Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung« (F90.0) und, falls auch die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens vorliegen, eine »Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens« (F90.1) (Dilling et al., 2008). Diagnosekriterien

Demgegenüber sind im DSM-5 drei Subtypen spezifiziert (American Psychiatric Association, 2013, 2015): Subtypen

- Das gemischte Erscheinungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, bei dem wie bei der ICD-10 alle Kernsymptome auftreten.
- Der vorherrschend unaufmerksame Subtypus, der sich durch ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen auszeichnet, während Hyperaktivität und Impulsivität weniger auffällig sind.
- Das vorwiegend hyperaktiv-impulsive Erscheinungsbild, das durch ausgeprägte Hyperaktivität und Impulsivität charakterisiert ist, während Aufmerksamkeitsstörungen weniger stark ausgebildet sind.

Ausschlusskriterien Zu den Ausschlusskriterien zählen nach ICD-10 und DSM-5 die Diagnosen einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung. Die ICD-10 führt zusätzlich noch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, eine affektive Störung oder eine Angststörung als Ausschlusskriterium an (Döpfner et al., 2013). Die Praxis zeigt jedoch, dass für 20 bis 50 % der Kinder mit ADHS auch die Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung vorliegen (Rommelse et al., 2010), so dass in der 5. Revision des DSM das Ausschlusskriterium der tiefgreifenden Entwicklungsstörung wegfiel (American Psychiatric Association, 2013, 2015).

2.2 Epidemiologie

»Modediagnose ADHS«? Immer wieder wird in der Presse von der zu schnell und unkritisch gestellten »Modediagnose ADHS« gesprochen. Jahrelange klinische Erfahrungen zeigen aber, dass die Erkrankung zwar nicht häufiger auftritt, jedoch unter den Lebensbedingungen der heutigen Zeit immer mehr Betroffene auffallen (Neuhaus, 2013).

veränderte Anforderungen an Kinder und Jugendliche Die Anforderungen, die die schulische und gesellschaftliche Realität an Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Zeiten von Heinrich Hoffmanns »Zappelphilipp« heute etwa im Hinblick auf längeres Stillsitzen oder auditive und visuelle Reizverarbeitung stellt, haben erheblich zugenommen. Schulische Leistungen sind wichtiger geworden, die praktische Mithilfe der Kinder und Jugendlichen als Beitrag zum Lebensunterhalt der Familie hat an Bedeutung abgenommen, familiäre Strukturen haben sich geändert. Kinder und Jugendliche bewegen sich zu wenig, um innere Spannungen abzubauen, die Beschäftigung mit Medien wie Fernsehen, Computer (PC-Spiele, Chats etc.) nimmt einen Großteil der Freizeitaktivitäten ein (Trost, 2005; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2012).

Prävalenz In den einzelnen epidemiologischen Untersuchungen ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden erheblich schwankende Prävalenzraten zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Unter Berücksichtigung von Daten aus weltweit 170.000 Probanden, die anhand unterschiedlicher Kriterien untersucht wurden, fanden Polanczyk et al. (2007) eine Prävalenz von 5,29 % von ADHS betroffener Kinder und Jugendlicher. Für Deutschland konnte in einer großen repräsentativen Erhebung (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) zur ADHS eine Prävalenzrate von 4,8 % bei Mädchen und Jungen zwischen 3 und 17 Jahren ermittelt werden. Dabei wurde bei Jungen ADHS um den Faktor 4,3 häufiger diagnostiziert als bei Mädchen (Schlack et al., 2007). In einer Folgerhebung betrug die Prävalenz nahezu unverändert 5 % (Schlack et al., 2014).

Bei ADHS handelt es sich nicht um eine auf die Kindheit oder Adoleszenz begrenzte Erkrankung. Bei einem Großteil der Betroffenen persistiert die ADHS als klinisches Vollbild oder Residualsymptomatik (insbesondere als Aufmerksamkeitsstörung) bis ins Erwachsenenalter (Biederman et al., 2000; Wilens et al., 2002; Schmidt & Petermann, 2011; Paslakis et al., 2013). In einer Metaanalyse relevanter epidemiologischer Untersuchungen wurde für die ADHS im Erwachsenenalter eine mittlere Prävalenzrate von 2,5 % gefunden (Simon et al., 2009), einer neueren epidemiologischen Untersuchung zufolge wurde die Prävalenz der ADHS bei Erwachsenen in Deutschland sogar auf 4,7 % geschätzt (De Zwaan et al., 2012).

Im Adoleszenten- und Erwachsenenalter ist die ADHS oft mit anderen psychischen Erkrankungen assoziiert. Nicht selten werden erwachsene Betroffene mit ADHS zunächst aufgrund des komorbiden Störungsbildes behandelt (Fayyad et al., 2007; Paslakis et al., 2013).

2.3 Ätiologie

multifaktorielles Entstehungsmodell Bei der Pathogenese der ADHS geht man von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus. Das Auftreten der ADHS wird durch mehrere unterschiedliche Faktoren begünstigt. Es handelt

sich dabei um genetische, psychosoziale, toxische und ernährungsbedingte Faktoren (Huss, 2010; Döpfner et al., 2013).

2.3.1 Genetische Faktoren

In Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien wurde nachgewiesen, dass bei der Entstehung der ADHS genetische Faktoren eine zentrale Rolle spielen (Banaschewski, in Steinhausen et al., 2010). Molekularbiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass mehrere Genvarianten (Polymorphismen) vornehmlich des Dopaminsystems, aber auch anderer Neurotransmittersysteme für einen Teil der betroffenen Kinder mit ADHS ursächlich relevant sind. Aufgrund neuer Forschungsergebnisse geht man zudem von Gen-Umwelt-Interaktionen aus, wobei offensichtlich genetische Dispositionen unter bestimmten Umweltkonstellationen aktiviert werden (Renner et al., 2008; Wankerl et al., 2014).

zentrale Rolle von genetischen Faktoren

2.3.2 Prä-, peri- und postnatale Schädigung des Zentralnervensystems

Niedriges Geburtsgewicht und Geburtskomplikationen sowie eine postnatal erworbene Hirnschädigung sind Risikofaktoren, später an einer ADHS zu erkranken (Mick et al., 2002; Max et al., 2005; Huss, 2010).

2.3.3 Toxische Faktoren

Neben den genetischen Dispositionen stellen ungünstige Umwelteinflüsse weitere Risikofaktoren zur Ausbildung einer ADHS dar. Ein bedeutendes Risiko für die Entstehung einer ADHS wird einer pränatalen Alkohol- und Nikotin-Exposition beigemessen. Das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft geht mit signifikant erhöhtem Risiko für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern einher, vor allem auch im Hinblick auf eine ADHS (Mick et al., 2002; Huss, 2010).

ungünstige Umweltfaktoren

Andere Umweltgifte, wie beispielsweise erhöhte Bleiwerte im Trinkwasser oder eine Quecksilber-Exposition, konnten ebenso als Risikofaktoren für die Entwicklung einer ADHS identifiziert werden, spielen aber im Gegensatz zu Nikotin und Alkohol eine untergeordnete Rolle (Huss, 2010; Steinhausen, 2010). Bouchard et al. (2010) sahen einen Zusammenhang zwischen ADHS und der Exposition gegenüber Organophosphatpestiziden.

McCann et al. (2007) zeigten, dass Nahrungsmittelfarbstoffe oder Natriumbenzoat eine vermehrte Hyperaktivität bei Dreijährigen und bei Acht- und Neunjährigen in der Allgemeinbevölkerung bewirken können. In einer Übersichtsarbeit von Nigg et al. (2012) wird entsprechend postuliert, dass Lebensmittelfarbstoffe bei einem kleineren Teil von Kindern mit ADHS mitverantwortlich für das Störungsbild sind. Annahmen, dass Nahrungsmittelzusätze wie Salizylate, Phosphate und bestimmte Zucker ätiopathogenetisch für die Manifestation einer ADHS relevant sind, konnten in anderen Studien nicht überzeugend nachgewiesen werden (Steinhausen, 2010).

2.3.4 Neurobiologie

Dopamin spielt bei der Regulation von Aufmerksamkeitsprozessen, Feinmotorik und des Motivationssystems eine wesentliche Rolle. Dem dopaminergen und noradrenergen (katecholaminergen) System kommt die größte Bedeutung bei der Entstehung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zu. Die »Dopaminmangelhypothese« geht davon aus, dass bei der ADHS aus einer erhöhten Verfügbarkeit des präsynaptischen Dopamintransporters ein relativer Dopaminmangel im synaptischen Spalt resultiert. Für die Dopaminmangelhypothese spricht auch die therapeutische Wirkung von Methylphenidat und Amphetamin, die durch die selektive Blockade des dopaminergen Transportmoleküls und die Beeinflussung der neuronalen Dopaminfreisetzung den postulierten Dopaminmangel ausgleichen (Banaschewski et al., 2004; Wilens, 2006; Döpfner et al., 2013).

Dopaminmangelhypothese

morphologische Auffälligkeiten Bildgebende morphometrische und funktionelle Untersuchungen zeigen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS strukturelle Veränderungen, wobei die Datenlage uneinheitlich ist und methodenbedingt kritisch hinterfragt werden muss (Steinmann et al., 2012; Wankerl et al., 2014). Die bei Patienten mit ADHS beobachteten Auffälligkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen (mit u. a. Störung des Arbeitsgedächtnisses, der Aufmerksamkeitslenkung und Informationsverarbeitung, der willentlichen Handlungsplanung und -kontrolle sowie der motorischen Steuerung) werden mit morphologischen Veränderungen und abweichenden neuronalen Aktivierungsmustern im Bereich des präfrontalen Kortex, der Basalganglien, des Corpus callosum (Balken) und des Kleinhirns in Verbindung gebracht (Castellanos, 2002; Dickstein et al., 2006; Valera et al., 2007; Renner et al., 2008, Steinmann et al., 2012). Untersuchungen der weißen Substanz (Leitungsbahnen) des zentralen Nervensystems weisen ebenfalls auf Abnormitäten hin, die für die Pathophysiologie der ADHS eine Rolle spielen könnten (Wankerl et al., 2014).

2.3.5 Neuropsychologie

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung geht häufig mit Störungen im Bereich der exekutiven Funktionen einher. In einer Metaanalyse von 83 Studien fanden Willcutt et al. (2005) bei der ADHS Defizite im Bereich der Antworthemmung, Vigilanz, antizipierenden Planung und des Arbeitsgedächtnisses.

Störung komplexer kognitiver und motivationaler Funktionsabläufe ADHS kann auch als motivationale Störung mit Abneigung gegen Belohnungsverzögerung betrachtet werden. Zudem bestehen oft Schwierigkeiten bei der Zeitwahrnehmung und der Einschätzung des eigenen Verhaltens. Zusammengefasst scheinen komplexe kognitive und motivationale Funktionsabläufe gestört zu sein (Häßler et al., 2009b; Krause & Krause, 2014).

emotionale Regulationsprobleme Mittlerweile stehen nicht nur kognitive, motivationale und verhaltensorientierte Problemstellungen, sondern auch die emotionalen Regulationsprozesse bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS im Fokus der Forschung (Schmitt et al., 2012; Krause & Krause, 2014). In einer aktuellen Untersuchung konnten Schmitt et al. (2012) zeigen, dass von ADHS betroffene Kinder seltener funktionale Emotionsregulationsstrategien zur Verbesserung von Belastungssituationen einsetzen. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit ADHS, die unter einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens leiden, neigen zu einer ungünstigeren Regulation negativer Emotionen und zu dysfunktionalen Stressverarbeitungsstrategien (Hampel & Desman, 2006).

Emotionale Impulsivität respektive emotionale Regulationsprobleme wie persistierende Reizbarkeit, Wutausbrüche, Jähzorn, plötzliche, unvorhersagbare Stimmungsschwankungen und gehäuftes Auftreten negativer Emotionen wie Ärger, Missstimmung und Traurigkeit stellen nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen mit ADHS ein häufiges klinisches Problem dar. Sie tragen bei ADHS-Betroffenen auch wesentlich zum Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung und der Lebensqualität bei (Hampel & Desman, 2006; Barkley & Fischer, 2010; Krause & Krause, 2014).

2.4 Symptome und Verlauf der ADHS

Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität repräsentieren die Kardinal- oder Achsensymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Die Ausprägung der Symptomatik und der Verlauf der ADHS ist u. a. auch abhängig von psychosozialen Einflüssen (Lehmkuhl et al., 2009; Linderkamp et al., 2011; Döpfner et al., 2013).

Schlaf- und Essprobleme im Säuglingsalter Säuglinge, bei denen später eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert wurde, imponieren häufig als unausgeglichen und wenig angepasst (»Schreikinder«, Schlaf- und Essprobleme, gereizte Stimmung, Bewegungsunruhe) (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V., 2007; Döpfner et al., 2013).

Im Kindergarten- und Vorschulalter fallen Kinder mit ADHS insbesondere durch unangepasstes Rennen und Herumtoben, ziellose Aktivitäten, geringe Spielintensität und -dauer, defizitäres Erfahrungslernen sowie oppositionelles Verhalten auf. Hieraus erwachsen häufig eine erhöhte Unfallgefährdung und eine mangelnde soziale Integration (Lehmkuhl et al., 2009; von Gontard, 2014).

unzureichende soziale Integration im Kindergartenalter

Im Schulalter und den damit verbundenen gesteigerten Anforderungen an die Arbeits- und Selbststeuerungsfähigkeit stehen die Aufmerksamkeitsschwäche und die kognitive Impulsivität im Mittelpunkt (Döpfner et al., 2013).

Aufmerksamkeitschwäche im Schulalter

Bei der Übernahme der altersspezifischen und normativen Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise der Identitätsfindung, der Ablösung vom Elternhaus und der Neudefinition sozialer Beziehungen, kommt es für den Adoleszenten mit ADHS häufiger zu massiven Auseinandersetzungen mit Autoritäten und zu riskanten Aktivitäten, wie z. B. zu ungeschützten sexuellen Kontakten (Lehmkuhl et al., 2009; Linderkamp et al., 2011).

Untersuchungen zum Langzeitverlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen verdeutlichen, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt, die bei einem nicht geringen Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter reicht. Im Jugend- und Erwachsenenalter kann die Hyperaktivität, die im Verlauf der Pubertät in der Regel abnimmt, in ein Gefühl der inneren Unruhe und Nervosität übergehen. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie unzureichende Impulskontrolle, Reizoffenheit, Desorganisation, emotionale Regulationsprobleme und Stressintoleranz können auch bei Erwachsenen mit ADHS in unterschiedlichen Variationen beobachtet werden (Krause & Krause, 2014). Betroffene junge Erwachsene berichten über Probleme bei planvollem, antizipierendem Handeln, von der Neigung, sich zu verzetteln, von Unpünktlichkeit, Vergesslichkeit, chaotischem oder ineffizientem Arbeitsstil, Tagträumereien und Schwierigkeiten, sich zu entspannen (Lehmkuhl et al., 2009; Linderkamp et al., 2011).

Abnahme der motorischen Unruhe, teilweise Persistenz der Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität im Jugend- und Erwachsenenalter

Die persistierende ADHS-Symptomatik kann zu einem deutlich geringeren sozialen Funktionsniveau mit unbefriedigenden sozialen Beziehungen sowie unzureichenden Leistungen in Schule bzw. Ausbildung führen. Selbstwertprobleme, aggressive und dissoziale Symptome mit Drogenmissbrauch und Delinquenz können zudem evident werden. Die Betroffenen verfügen in vielen Fällen über eine geringere Schulbildung; Klassenwiederholung, Schulabsentismus und Ausbildungsabbrüche sind häufiger. Bei Erwachsenen mit ADHS sind Trennungs- und Scheidungsraten höher, Unfälle im Straßenverkehr und in anderen Lebensbereichen sowie ungewünschte Schwangerschaften werden öfter beobachtet (Barkley et al., 2006; Sobanski et al., 2008; Retz, 2014). Zudem besteht eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für forensische Probleme (Rösler et al., 2004; Häßler, 2008; Rösler, 2014).

Verlauf

Für Verlauf und Prognose scheint bedeutend zu sein, ob die ADHS rechtzeitig diagnostiziert und behandelt wurde (Lehmkuhl et al., 2009; Döpfner et al., 2013; Krause & Krause, 2014). Demnach zählen eine früh einsetzende Therapie, aber auch günstige Sozialkontakte zu den protektiven Einflüssen für den Verlauf der ADHS (Huss, 2008).

Prognostische Faktoren

Prognostisch ungünstig ist eine ausgeprägte, mit erhöhtem Risikoverhalten, Neigung zu aggressivem Verhalten und sozialen Konflikten einhergehende Impulsivität (Huss, 2010). Für einen ungünstigen Verlauf sprechen auch eine niedrige Intelligenz, früh einsetzende oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen, schlechte soziale Einbindung, niedriger sozioökonomischer Status, psychische Störung bei den Eltern, familiäre Instabilität und strafender, inkonsistenter Erziehungsstil (Lehmkuhl et al., 2009; Döpfner et al., 2013). Prädiktoren für einen weniger guten Verlauf waren in neueren Arbeiten von Biederman et al. (2011, 2012) bei Jungen die Schwere der Beeinträchtigung, psychiatrische Komorbiditäten und psychische Störungen bei der Mutter, bei Mädchen die psychosoziale Belastung und komorbide Störungen.

2.5 Ressourcen

Neben den genannten Beeinträchtigungen und Risiken sind für Menschen mit einer ADHS auch eine Vielzahl von Ressourcen und positiven Eigenschaften nicht untypisch (Neuhaus, 2007, 2013):

- Leistungsfähigkeit bei hoher Motivation und großem Interesse an einer Sache
- Hyperfokussieren, »Last-minute-Arbeiter« mit Durchzieherqualitäten
- Fantasie, Neugierde, Kreativität und Erfindungsreichtum
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, spontane Hilfsbereitschaft
- zuverlässige Reaktion in schwierigen Situationen
- Fürsorglichkeit
- Anpassungsfähigkeit
- Zähigkeit (»Stehaufmännchen«)

2.6 Komorbide Störungen

Kinder und Jugendliche Bei bis zu zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen mit ADHS treten neben der Kernsymptomatik zusätzlich komorbide Störungen auf (Häßler et al., 2009b; Rommelse et al., 2010; Döpfner et al., 2013):

- oppositionelle Störung des Sozialverhaltens (50 %)
- Störung des Sozialverhaltens ohne oppositionelle Verhaltensstörung (30–50 %)
- affektive (depressive) Störung (10–40 %)
- Angststörung (30–40 %)
- Einschlafstörung (50 %)
- Tic-Störung (bis 30 %)
- Alkoholmissbrauch (17–45 %)
- Drogenmissbrauch (9–30 %)
- Nikotinmissbrauch (15–19 %)
- Lern- und Teilleistungsstörung (10–40 %)
- Autismus-Spektrum-Störung (20–50 %)

Erwachsene Auch bei Erwachsenen mit ADHS sind komorbide Störungen weit verbreitet (Sobanski et al., 2008; Philipsen et al., 2008; Häßler et al., 2009b; Paslakis et al., 2010, 2013):

- affektive (depressive) Störung (35–50 %)
- Angststörung (40–60 %)
- Schlafstörung (> 70 %)
- Alkoholmissbrauch (25–52 %)
- Drogenmissbrauch (30–38 %)
- Nikotinmissbrauch (40 %)
- dissoziale Persönlichkeitsstörung (18–23 %)
- emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (16 %)

2.7 Diagnostik/Differenzialdiagnostik

**multiaxiale
Diagnostik**

Es existieren bislang keine neuropsychologischen Testverfahren und keine neurobiologischen Marker, die mit hinreichender Sensitivität und Spezifität die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sichern können (Huss, 2010). Mittels Exploration eigen- und fremdanamnestischer Daten müssen die klinische ADHS-Symptomatik und ihr Verlauf in verschiedenen Lebensbereichen sowie komorbide Störungen erfasst werden. Üblich ist bei Kindern und Jugendlichen eine multiaxiale Diagnostik mit Abbildung des Störungsbildes auf 6 verschiedenen Achsen (Remschmidt et al., 2006).

Multiaxiale Klassifikation

- Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie)
- Achse 3: Intelligenzniveau (psychologische Intelligenz- und Leistungsdiagnostik)
- Achse 4: Körperliche Symptomatik (Ausschluss organischer Ursachen)
- Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Anpassung/Beeinträchtigung) (Remschmidt et al., 2006)

Standardisierte Fragebögen können den diagnostischen Prozess unterstützen (Döpfner u. Petermann, 2008; Döpfner et al., 2008, 2013). Eine Auswahl von Fragebogenverfahren umfasst:

SDQ	(Fragebogen über Stärken oder Schwächen [Goodman, 1997; Becker et al., 2004])
DCL-ADHS	(Diagnose-Checkliste für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Eltern und Jugendliche [Döpfner et al., 2008])
SBB-ADHS	(Selbstbeurteilungsbogen-ADHS, Jugendliche [Döpfner et al., 2008])
FBB-ADHS	(Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Eltern und Lehrer [Döpfner et al., 2008])
YSR	(Fragebogen für Jugendliche [Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998b])
CBCL 4-18	(Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen [Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998a])
TRF	(Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen [Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1993])

Im Weiteren sollten eine Überprüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und – bei entsprechenden Hinweisen – Testuntersuchungen zu umschriebenen Entwicklungsstörungen (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie) erfolgen (Blanz et al., 2005). Wichtig ist zudem eine organische Diagnostik (körperliche, einschließlich neurologische Untersuchung, Labordiagnostik, ggf. EEG, EKG, bildgebende Verfahren) (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007).

Auch bei Adoleszenten und Erwachsenen ist die Erhebung eigen- oder fremdanamnestischer Angaben zur klinischen Symptomatik der ADHS und komorbider psychiatrischer Störungen entscheidend. Spezielle Fragebögen untermauern die diagnostische Entscheidungsfindung (Sobanski & Alm, 2004; Retz et al., 2013).

Zu einer Auswahl zählen:

WURS	(Wender-Utah-Rating-Scale zur retrospektiven Erfassung der Symptomatik im Kindesalter [Ward et al., 1993])
CAARS	(Connors Adult ADHD Rating Scale zur Erhebung der aktuellen Symptomatik [Connors et al., 1999])
ASRS	(Adult-ADHD-Self-Report-Scale, von WHO autorisierter Fragenkatalog zur Erfassung der ADHS im Erwachsenenalter [Kessler et al., 2005, 2007]; ASRS-V1.1, deutsche Version als Kurzscreening mit 6 Fragen)
HASE	(Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene [Rösler et al., 2008])
KATE	(Kölner ADHS Test für Erwachsene nach DSM-IV-TR, Selbstbeurteilung [Lauth & Minsel, 2009])
DIVA	(Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen [Kooij & Franken, 2010])
IDA	(Integrierte Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter [Retz et al., 2012])

2.8 Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen einen multimodalen Behandlungsalgorithmus, der im Wesentlichen auf den Säulen Psychoedukation, Psychotherapie und Pharmakotherapie beruht (Chronis et al., 2006; Pliszka, 2007; Döpfner et al., 2013).

2.8.1 Psychoedukation

Aufklärung und
Beratung der
Betroffenen und
deren
Bezugspersonen

Psychoedukative Interventionen umfassen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) die störungsbezogene Aufklärung und Beratung der Betroffenen und deren Bezugspersonen (z. B. Eltern, Erzieher, Lehrer). Eine Aufklärung und Beratung des Kindes kann ab dem Schulalter in altersadäquater Form durchgeführt werden.

In einigen Studien, bei denen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS entweder die Kinder und ihre Eltern, die Eltern alleine oder Lehrer an einer Psychoedukation teilnahmen, konnte eine positive Wirkung auf die ADHS-Achsensymptomatik und komorbide Symptome gefunden werden (Lopez et al., 2005; Murphy, 2005; Montoya et al., 2011).

Auch im Erwachsenenalter ist die Psychoedukation Grundlage der Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Jacob et al., 2008). In einer Untersuchung zur Psychoedukation bei Erwachsenen ergaben sich für einige ADHS-Parameter positive Effekte (Wiggins et al., 1999, zit. nach Lauth & Minsal, 2009, 68).

Die Psychoedukation beinhaltet u. a. (Jacob et al., 2008; D'Amelio et al., 2009; Schürmann & Döpfner, 2010; Linderkamp et al., 2011):

- Informationen zur Symptomatik, Pathogenese, Diagnostik, zum Krankheitsverlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten
- Beratung zu pädagogischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (Tagesstrukturierung, Möglichkeiten der erzieherischen Einflussnahme etc.)
- Sensibilisierung der Patienten für eigene Stärken und Ressourcen
- Tipps und Anregungen zum Erwerb von Selbstmanagementkompetenzen

2.8.2 Psychotherapie

Psychotherapie bei
ADHS

Im Kontext eines multimodalen Behandlungsplans haben psychotherapeutische (vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische) Interventionen mit beispielsweise operanten Verfahren (z. B. Kontingenzmanagement), einem Selbstinstruktionstraining oder Selbstmanagementstrategien einen hohen Stellenwert (Walter et al., 2007; Walter & Döpfner, 2009; Esser, 2011; Kanfer et al., 2012). Für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung liegen ebenso zum Teil modular aufgebaute oder manualisierte Behandlungsprogramme sowohl bei Kindern ab dem Schulalter (Geber-von Müller et al., 2009; Lauth & Schlottke, 2009) als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen (Hesslinger et al., 2004; Safren et al., 2008; Lauth & Minsal, 2009; D'Amelio et al., 2009; Baer & Kirsch, 2010) als Einzel- oder Gruppentherapie vor.

Familientherapeutische Interventionen und verhaltenstherapeutisch orientierte Elterntrainings zielen insbesondere auf die Verminderung der ADHS-assoziierten Symptomatik im familiären Kontext (Salbach et al., 2005; Montoya et al., 2011).

Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen konnte in einigen Untersuchungen nicht nur bei Kindern (Gerber-von Müller et al., 2009; Schmidt et al., 2012), sondern auch bei Erwachsenen (Weiss et al., 2008; Philipsen et al., 2007, 2010; Knouse & Safren, 2010; Elsässer et al., 2010; Linderkamp & Lauth, 2011) gezeigt werden, wobei positive Effekte zum Teil auch noch nach einem längeren Zeitraum nachweisbar waren (Salakari et al., 2010).

Während im Kindesalter familien- und auch schulzentrierte Interventionen zur Besserung der ADHS-Symptomatik eine bedeutsame Rolle spielen, rücken mit zunehmendem Alter die Betroffenen selbst in den Fokus psychotherapeutischer Interventionen. Unterschiede zur Psy-