

Spröder · Fischer
Brettschneider
Fegert · Grieb



SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS

Verbesserung der Aufmerksamkeit,
der Verhaltensorganisation
und Emotionsregulation

**plus
Extras
online**

SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS

Nina Spröber
Anne Brettschneider
Lilo Fischer
Jörg M. Fegert
Jasmin Grieb

SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS

Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation
und Emotionsregulation

Mit Online-Material

Dr. Nina Spröber
Praxis Dr. Spröber
Arnulfstraße 4
89231 Neu-Ulm

Anne Brettschneider
Sachsenklinik GmbH
Parkstraße 2
04651 Bad Lausick

Lilo Fischer
Universitätsklinikum Ulm,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Jasmin Grieb
Staatliches Schulamt Markdorf
Schulpsychologische Beratungsstelle Ravensburg
Goetheplatz 2
88214 Ravensburg

Die Arbeitsblätter finden Sie auf extras.springer.com
<http://extras.springer.com/978-3-642-38361-8>

ISBN 978-3-642-38361-8 ISBN 978-3-642-38362-5 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-38362-5

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Stefanie Teichert, Itzehoe
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: Yuri Arcurs – Fotolia
Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Kaum eine Störung des Kindes- und Jugendalters erfährt so viel Beachtung wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS. Sie beschäftigt nicht nur Forscher und Kliniker, auch Eltern, Lehrern und Erziehern brennt das Thema unter den Nägeln. Unzählige Forschungsarbeiten entstanden in den letzten Jahren zur Erkundung des Symptombildes, zur Diagnostik und zur Effektivitätsabschätzung pharmakologischer und psychotherapeutischer Therapien. Die meiste Forschung bezieht sich dabei auf das Kindesalter. Einige Zeit dachte man, dass sich die Symptome der ADHS mit zunehmendem Alter „auswachsen“, inzwischen ist bekannt, dass dies nicht der Fall ist. Allerdings verändert sich das Symptombild über die Lebensspanne hinweg. Komorbide Störungen differenzieren sich bis zum Erwachsenenalter hin aus. Eine besonders sensible Phase stellt das Jugendalter dar, da von Jugendlichen zum einen eine größere Selbstständigkeit in der Alltagsbewältigung verlangt wird als von Kindern – die jedoch gerade Jugendlichen mit ADHS sehr schwer fällt – und neben den störungsspezifischen Symptomen Merkmale der Pubertät hinzukommen.

Für Jugendliche mit ADHS gibt es bislang nur wenige evaluierte Therapieansätze zur Behandlung von ADHS, gleichzeitig haben Jugendliche mit ADHS oftmals eine negative Einstellung gegenüber der medikamentösen Behandlung und brechen sie daher häufig ab. Störungsspezifische Psychotherapieprogramme für dieses Alter werden demnach dringend gebraucht.

In unserem kognitiv-verhaltensorientierten Trainingsprogramm SAVE haben wir versucht, wesentliche Faktoren zu realisieren, die für eine effektive psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen mit ADHS zentral sind. Dabei war es uns wichtig, dass die Jugendlichen zunächst ein besseres Verständnis für sich, ihre Stärken/Ressourcen, die Einschränkungen durch ADHS und die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten gewinnen. Dazu eignet sich das gewählte Gruppensetting, da sich die Jugendlichen gegenseitig Rückmeldung und Unterstützung geben können. Die Bewertungen des Trainingsprogramms durch die Jugendlichen hat uns diesbezüglich recht gegeben: Gerade das Üben und Lernen in der Gemeinschaft mit

Gleichaltrigen und „Leidensgenossen“ war für viele sehr motivierend. Ein Schwerpunkt von SAVE liegt auf der Vermittlung von Fertigkeiten, wie Chaosorganisation, Verbesserung der Aufmerksamkeit und Reduktion der Ablenkbarkeit, die es den Jugendlichen ermöglichen, ihren Alltag reibungsloser, stressfreier und selbstständiger zu bewältigen. Viele der vermittelten Techniken und Strategien wurden von den Jugendlichen auch regelmäßig angewandt. Darüber hinaus haben wir eine verbesserte Emotionsregulation in den Fokus gestellt, damit die Jugendlichen ihre Stimmungen besser wahrnehmen und steuern können, um weniger impulsiv oder unüberlegt zu handeln.

Unser Trainingsprogramm zeichnet sich durch verschiedene Besonderheiten aus: Wir haben aufgrund der langjährigen Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen mit ADHS der Durchführung des Trainingsprogramms einen Rahmen gegeben, der es überhaupt erst möglich macht, zwei Stunden intensiv mit ihnen zu arbeiten. Zu denken ist hierbei an das Regel- und Verstärkersystem, aber auch an Übungen zur Wahrnehmung und Veränderung von innerer oder äußerer Unruhe. Um den Alltagstransfer der im Trainingsprogramm erarbeiteten Strategien zu maximieren und gleichzeitig das Bedürfnis von Jugendlichen nach Autonomie zu respektieren, haben die Jugendlichen die Möglichkeit, eine Vertrauensperson, den sog. „Trainingscoach“ in das Training einzubeziehen. Zusätzlich lernen die Jugendlichen, zielorientiert zu arbeiten und individuelle Konzentrationsübungen im Alltag anzuwenden.

Die Entwicklung und Evaluation des Trainingsprogramms erfolgte im wissenschaftlichen Rahmen an der Ulmer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit den Ergebnissen und Erfahrungen, die durch die Anfertigung von Diplom- und Doktorarbeiten erlangt wurden, konnte das Programm schrittweise überarbeitet und spezifisch auf die Zielgruppe angepasst werden. Im Vorfeld zur Publikation dieses Therapiemanuals wurden das Thema und das Programm daher schon in anderen Kontexten aufgegriffen. Es ergeben sich somit in diesem Werk einzelne Überschneidungen zu den Texten aus dem Zeitschriftenartikel *SAVE – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppen-therapieprogramm für Jugendliche mit ADHS: Eine*

*Pilotstudie*¹ sowie dem Buchbeitrag *KVT bei hyperkinetischen Störungen*².

Zahlreiche Personen haben uns tatkräftig unterstützt, denen wir an dieser Stelle danken wollen. Zu nennen sind hier Theresia Jung, Dr. Elisabeth und Dr. Gerhard Libal, das Team um PD Dr. Angelika Schlarb der Universität Tübingen und Prof. Dr. Ferdinand Keller. Die Zusammenarbeit mit Frau Renate Schulz und Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag und der Lektorin Frau Stefanie Teichert hat uns große Freude bereitet. Unser besonderer Dank gilt den Jugendlichen und deren Bezugspersonen, die es durch ihre Begeisterung und ihre konstruktiven Rückmeldungen ermöglicht haben, dass wir das Therapiemanual kontinuierlich weiterentwickeln konnten.

Wir wünschen allen, die mit diesem Therapiemanual arbeiten, viel Freude und Erfolg!

Für die Autoren:

Jasmin Grieb
Nina Spröber
Anne Brettschneider

Ulm, im Mai 2013

-
- 1 Spröber N, Grieb J, Ludolph A, Hautzinger M, Fegert JM (2010) SAVE – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit ADHS: Eine Pilotstudie. *Nervenheilkunde* 29: 44–51.
 - 2 Spröber N, Grieb J (2012) KVT bei hyperkinetischen Störungen. In: Schlarb AA (Hrsg) *Praxisbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen – Störungsspezifische Strategien und Leitfäden*. Beltz, Weinheim, S 57–100.

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil

1	Grundlagen	3
1.1	Beschreibung des Störungsbildes	4
1.1.1	Unaufmerksamkeit	4
1.1.2	Hyperaktivität	4
1.1.3	Impulsivität	4
1.1.4	Situationsspezifische Ausprägung der Symptomatik	5
1.1.5	Internationale Klassifikationssysteme	5
1.2	Epidemiologie und Komorbiditäten	8
1.2.1	Geschlechtsspezifische Prävalenz	8
1.2.2	Störungen des Sozialverhaltens	8
1.2.3	Affektive Störungen	8
1.2.4	Weitere Beeinträchtigungen	9
1.3	Ätiologie	10
1.3.1	Genetische Faktoren	10
1.3.2	Neurobiologische Prozesse	10
1.3.3	Psychosoziale Bedingungen	11
1.3.4	Integrative Modelle	11
1.4	Diagnostik	12
1.4.1	Exploration und Anamnese	12
1.4.2	Verhaltensbeobachtung und Arbeitsproben	14
1.4.3	Sichtung von Schul- bzw. Arbeitszeugnissen	14
1.4.4	Störungsspezifische Fragebogenverfahren	14
1.4.5	Testpsychologische Verfahren	15
1.4.6	Körperliche und neurologische Untersuchung	15
1.5	Behandlung von ADHS bei Jugendlichen	15
1.5.1	Interventionsformen	15
1.5.2	Behandlungsplan	16
1.5.3	Pharmakotherapie	16
1.5.4	Psychotherapeutische Ansätze	17
	Literatur	18
2	Entwicklung und Grundprinzipien von SAVE	21
2.1	Entwicklung von SAVE	22
2.2	Rahmenbedingungen	22
2.3	Ziele und Durchführung von SAVE	23
2.3.1	Sitzungsablauf	23
2.3.2	Basiselemente zur Umsetzung der Trainingsinhalte in den Alltag	26
2.3.3	Allgemeine Empfehlungen zur Trainingsgestaltung	27
2.3.4	Therapeutische Arbeit mit Jugendlichen	28
2.4	Evaluation des Trainingsprogramms SAVE	28
2.5	Allgemeines zur Durchführung der Sitzungen	29
	Literatur	30

II Praktischer Teil

3	Sitzung 1: Kennenlernen	33
3.1	Schwerpunkthemen	34
3.2	Ablauf	34
3.3	Themen der Sitzung	34
3.3.1	Thema 1: Kennenlernen	34
3.3.2	Thema 2: Psychoedukation – Was ist ADHS?	34
3.3.3	Thema 3: Vorstellung der allgemeinen Sitzungsstruktur	35
3.3.4	Thema 4: Konzentrationsübung	37
3.3.5	Thema 5: Trainings- und Gruppenvereinbarungen	37
3.3.6	Thema 6: Der Trainingscoach	38
3.3.7	Thema 7: Abschluss	38
3.4	Handouts für Sitzung 1	39
4	Sitzung 2: Mein Weg	49
4.1	Schwerpunkthemen	50
4.2	Ablauf	50
4.3	Themen der Sitzung	50
4.3.1	Thema 1: Beginn	50
4.3.2	Thema 2: Vertiefen des Wissens über ADHS	50
4.3.3	Thema 3: Zielplanung Teil 1	51
4.3.4	Thema 4: Zielplanung Teil 2	52
4.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	53
4.3.6	Thema 6: Abschluss	53
4.4	Handouts für Sitzung 2	53
5	Sitzung mit den Trainingscoaches: Die Rolle der Trainingscoaches	59
5.1	Schwerpunkthemen	60
5.2	Ablauf	60
5.3	Themen der Sitzung	60
5.3.1	Thema 1: Beginn	60
5.3.2	Thema 2: Problemlösen und Problemlöseschritte	60
5.3.3	Thema 3: Unterstützungsmöglichkeiten durch die Trainingscoaches	61
5.3.4	Thema 4: Abschluss	62
6	Sitzung 3: Problemlösen und Chaosorganisation Teil 1	63
6.1	Schwerpunkthemen	64
6.2	Ablauf	64
6.3	Themen der Sitzung	64
6.3.1	Thema 1: Beginn	64
6.3.2	Thema 2: Zielplanung Teil 3 – Problemlösestrategie	64
6.3.3	Thema 3: Actionspiel	65
6.3.4	Thema 4: Chaosorganisation Teil 1 – Einsatz eines Terminkalenders und Notizbuches	66
6.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	66
6.3.6	Thema 6: Bergfestplanung Teil 1	66
6.3.7	Thema 7: Abschluss	66
6.4	Handouts für Sitzung 3	67
7	Sitzung 4: Chaosorganisation Teil 2	73
7.1	Schwerpunkthemen	74
7.2	Ablauf	74

7.3	Themen der Sitzung	74
7.3.1	Thema 1: Beginn	74
7.3.2	Thema 2: Psychoedukation – Gehirn und Medikamente	74
7.3.3	Thema 3: Actionspiel	75
7.3.4	Thema 4: Chaosorganisation Teil 2 – Aufgabenliste, ABC-Einteilung	75
7.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	76
7.3.6	Thema 6: Bergfestplanung Teil 2	76
7.3.7	Thema 7: Abschluss	76
7.4	Handouts für Sitzung 4	77
8	Sitzung 5: Chaosorganisation Teil 3 und Bergfest	83
8.1	Schwerpunkthemen	84
8.2	Ablauf	84
8.3	Themen der Sitzung	84
8.3.1	Thema 1: Beginn	84
8.3.2	Thema 2: Chaosorganisation Teil 3 – Entwicklung eines Ablagesystems	84
8.3.3	Thema 3: Bergfest	85
8.3.4	Thema 4: Abschluss	85
8.4	Handouts für Sitzung 4	86
9	Sitzung 6: Aufmerksamkeit Teil 1	89
9.1	Schwerpunkthemen	90
9.2	Ablauf	90
9.3	Themen der Sitzung	90
9.3.1	Thema 1: Beginn	90
9.3.2	Thema 2: Die Aufmerksamkeitsspanne	90
9.3.3	Thema 3: Actionspiel	91
9.3.4	Thema 4: Verzögerung der Ablenkung	92
9.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	92
9.3.6	Thema 6: Abschluss	92
9.4	Handouts für Sitzung 6	92
10	Sitzung 7: Aufmerksamkeit Teil 2	97
10.1	Schwerpunkthemen	98
10.2	Ablauf	98
10.3	Themen der Sitzung	98
10.3.1	Thema 1: Beginn	98
10.3.2	Thema 2: Veränderung der Umgebung	98
10.3.3	Thema 3: Actionspiel	99
10.3.4	Thema 4: Techniken zur Reduzierung der Ablenkbarkeit	99
10.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	100
10.3.6	Thema 6: Abschluss	100
10.4	Handouts für Sitzung 7	100
11	Sitzung 8: Emotionsregulation Teil 1	103
11.1	Schwerpunkthemen	104
11.2	Ablauf	104
11.3	Themen der Sitzung	104
11.3.1	Thema 1: Beginn	104
11.3.2	Thema 2: Wie gelassen bin ich?	104
11.3.3	Thema 3: Actionspiel	105
11.3.4	Thema 4: Grundlagen der Gelassenheit	105

11.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	106
11.3.6	Thema 6: Abschluss	106
11.4	Handouts für Sitzung 8	106
12	Sitzung 9: Emotionsregulation Teil 2	111
12.1	Schwerpunktthemen	112
12.2	Ablauf	112
12.3	Themen der Sitzung	112
12.3.1	Thema 1: Beginn	112
12.3.2	Thema 2: Gelassenheitsübungen Teil 1	112
12.3.3	Thema 3: Actionspiel	113
12.3.4	Thema 4: Gelassenheitsübungen Teil 2	114
12.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	114
12.3.6	Thema 6: Abschluss	114
12.4	Handouts für Sitzung 9	115
13	Sitzung 10: Selbstmanagement	123
13.1	Schwerpunktthemen	124
13.2	Ablauf	124
13.3	Themen der Sitzung	124
13.3.1	Thema 1: Beginn	124
13.3.2	Thema 2: Anwendung der erlernten Techniken	124
13.3.3	Thema 3: Zielerreichung	124
13.3.4	Thema 4: Ausblick – Brief an sich selbst	125
13.3.5	Thema 5: Selbstmanagement	125
13.3.6	Thema 6: Konzentrationsübung	125
13.3.7	Thema 7: Auswertung	126
13.3.8	Thema 8: Abschluss	126
13.4	Handouts für Sitzung 10	126
III	Zusatzmaterial	
14	Konzentrationsübungen, Actionspiele, Blitzlicht	135
14.1	Ideen zur Durchführung des Blitzlichts	136
14.2	Kategoriale Zuordnung der einzelnen Übungen	136
14.3	Detaillierte Beschreibung der einzelnen Übungen	136
	Literatur	148
15	Weiteres Schulungsmaterial	149
15.1	Feedbackbogen	150
15.2	Folien zur Durchführung des Trainingsprogramms	150
	Serviceteil	177
	Stichwortverzeichnis	178

Autorenverzeichnis

Brettschneider, Anne

Sachsenklinik GmbH
Parkstraße 2
04651 Bad Lausick
E Mail: anne.brettschneider@gmx.de

Fegert, Jörg M., Prof. Dr.

Universitätsklinikum Ulm,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Fischer, Lilo

Universitätsklinikum Ulm,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E Mail: lilo.fischer@uniklinik-ulm.de

Grieb, Jasmin

Staatliches Schulamt Markdorf
Schulpsychologische Beratungsstelle Ravensburg
Goetheplatz 2
88214 Ravensburg
E Mail: jasmin.grieb@rvb.ssa-mak.kv.bwl.de

Spröber, Nina, Dr.

Praxis Dr. Spröber
Arnulfstraße 4
89231 Neu-Ulm
E Mail: nina.sproeber@gmx.de

Theoretischer Teil

Kapitel 1 Grundlagen – 3

Kapitel 2 Entwicklung und Grundprinzipien von SAVE – 21

Grundlagen

- 1.1 Beschreibung des Störungsbildes – 4**
 - 1.1.1 Unaufmerksamkeit – 4
 - 1.1.2 Hyperaktivität – 4
 - 1.1.3 Impulsivität – 4
 - 1.1.4 Situationsspezifische Ausprägung der Symptomatik – 5
 - 1.1.5 Internationale Klassifikationssysteme – 5
- 1.2 Epidemiologie und Komorbiditäten – 8**
 - 1.2.1 Geschlechtsspezifische Prävalenz – 8
 - 1.2.2 Störungen des Sozialverhaltens – 8
 - 1.2.3 Affektive Störungen – 8
 - 1.2.4 Weitere Beeinträchtigungen – 9
- 1.3 Ätiologie – 10**
 - 1.3.1 Genetische Faktoren – 10
 - 1.3.2 Neurobiologische Prozesse – 10
 - 1.3.3 Psychosoziale Bedingungen – 11
 - 1.3.4 Integrative Modelle – 11
- 1.4 Diagnostik – 12**
 - 1.4.1 Exploration und Anamnese – 12
 - 1.4.2 Verhaltensbeobachtung und Arbeitsproben – 14
 - 1.4.3 Sichtung von Schul- bzw. Arbeitszeugnissen – 14
 - 1.4.4 Störungsspezifische Fragebogenverfahren – 14
 - 1.4.5 Testpsychologische Verfahren – 15
 - 1.4.6 Körperliche und neurologische Untersuchung – 15
- 1.5 Behandlung von ADHS bei Jugendlichen – 15**
 - 1.5.1 Interventionsformen – 15
 - 1.5.2 Behandlungsplan – 16
 - 1.5.3 Pharmakotherapie – 16
 - 1.5.4 Psychotherapeutische Ansätze – 17
- Literatur – 18**

1.1 Beschreibung des Störungsbildes

Störungen der Aufmerksamkeit bedeuten für Kinder und Jugendliche erhebliche Einschränkungen im Alltag. Das Bild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. der hyperkinetischen Störung ist durch die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet. Aufgrund von biologischer Reifung, deren Einfluss auf die Neuropsychologie der Störung, Lernprozessen im Laufe der Entwicklung sowie den Anforderungen altersspezifischer Entwicklungsaufgaben wandeln bzw. verschieben sich die Kernsymptome vom Kindes- bis zum Jugendalter (Tischler et al. 2010). Im Folgenden werden die drei Kernsymptome jeweils im Übergang vom Kindes- zum Jugendalter näher beschrieben.

1.1.1 Unaufmerksamkeit

➤ Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich in einer mangelnden Aufmerksamkeitsorientierung und Zielgerichtetheit des Verhaltens.

Im Kindesalter zeichnet sich die Unaufmerksamkeit besonders durch eine geringe Konzentrationsfähigkeit, hohe Ablenkbarkeit, Tagträume sowie Vergesslichkeit bei Alltagsangelegenheiten aus (Kohn u. Esser 2008).

Im Jugendalter treten Probleme beim Aufrechterhalten von Ordnungsstrukturen sowie eine chaotische Organisation mit gravierenden Planungs- und Durchführungsproblemen in verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund. Tätigkeiten werden schnell gewechselt, ohne diese vorher abgeschlossen zu haben, die Arbeitsweise ist oft ineffizient, und es unterlaufen viele Flüchtigkeitsfehler (Kohn u. Esser 2008). Oft nehmen sich Jugendliche mit ADHS wenig Zeit, Aufgaben zu verstehen oder Lösungen systematisch abzuleiten, überwachen bzw. überprüfen ihr Vorgehen nicht.

Auch im sozialen Bereich manifestiert sich die Aufmerksamkeitsstörung: Kindern und Jugendlichen mit ADHS fällt es schwer, zuzuhören oder soziale Situationen vollständig zu erfassen. Diese Schwierigkeiten kollidieren stark mit dem im Jugendalter zunehmenden Autonomiebestreben und dem Wunsch nach Eigenverantwortung, sodass die Jugendlichen in ihrem Alltag häufig Misserfolge erleben.

1.1.2 Hyperaktivität

➤ Die Hyperaktivität ist durch eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität gekennzeichnet.

Diese Symptome zeigen sich insbesondere in strukturierten und organisierten Situationen, welche Ruhe oder ein deutliches Maß an eigener Verhaltenskontrolle verlangen (Döpfner et al. 2008a).

Bei Kindern äußert sich dies vorwiegend durch eine motorische Unruhe und Zappeligkeit (z. B. nicht still sitzen können, exzessives Rennen oder Klettern, übermäßiges Reden; Tischler et al. 2010).

Bei den meisten Jugendlichen ergibt sich eine Verschiebung der äußeren Hyperaktivität hin zu einer persistierenden inneren Unruhe und dem Gefühl, nicht entspannen zu können. Die Jugendlichen finden sozial verträglichere Formen, um mit ihrer motorischen Unruhe umzugehen, wie Wippen auf einem Stuhl, wiederholtes Klicken eines Kugelschreibers, das rhythmische Bewegen eines Beines. Auch Techniken zur Selbststimulation, wie das Benutzen eines MP3-Players oder das Herumspielen am Handy, werden zum Ausgleich der Hyperaktivität herangezogen (Weiss et al. 2002). Sehr häufig wählen Jugendliche Freizeitaktivitäten und Ausbildungsberufe, die ihr Bedürfnis nach Bewegung befriedigen und dem Vermeiden von Gleichförmigkeit/Ruhe dienen (z. B. risikoreiche Extremsportarten, freiberufliche Tätigkeiten).

1.1.3 Impulsivität

➤ Die Verhaltenshemmung ist bei Kindern/Jugendlichen mit ADHS eingeschränkt (kognitive oder emotionale Impulsivität), dies äußert sich vorwiegend in einem unreflektierten und vorschnellen Verhalten.

Kinder mit ADHS platzen häufig mit Antworten heraus, können nicht abwarten, bis sie an der Reihe sind, und stören bzw. unterbrechen andere Personen bei deren Tätigkeiten und Gesprächen. Sie haben Schwierigkeiten, ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen und für eine begrenzte Zeit aufzuschieben (Döpfner et al. 2000).

Bei Jugendlichen mit ADHS äußert sich die Impulsivität häufig in einer extrem niedrigen Frustrationstoleranz, überschießenden Emotionen, plötzlichen Wutausbrüchen, Sprunghaftigkeit und ausgeprägter Ungeduld. Entscheidungen werden getroffen, ohne vorher über die Konsequenzen nachzudenken. Solche impulsiven Entscheidungen führen oft zu einem unsteten Lebensstil und Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen (Adam et al. 2002; Kohn u. Esser 2008; Tischler et al. 2010; Wilens u. Dodson 2004).

1.1.4 Situationsspezifische Ausprägung der Symptomatik

Die beschriebenen Kernsymptome treten bei Kindern/Jugendlichen mit ADHS in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation auf. Sie verstärken sich typischerweise, wenn Aufgaben eine längere Aufmerksamkeitsspanne erfordern, gleichförmig sind oder mit einem mittleren, gleichbleibendem Konzentrationsniveau ausgeführt werden müssen. In Situationen hingegen, in denen die Kinder/Jugendlichen spannenden, abwechslungsreichen Aufgaben nachgehen (z. B. bei Computerspielen) oder durch andere Personen in ihrem Tun angeleitet und gesteuert werden, können die Symptome auch nur in geringem Maße ausgeprägt sein (Döpfner et al. 2000).

Während bei Kindern diese Notwendigkeit von externer Steuerung bei Alltagsaufgaben toleriert (z. B. helfen viele Eltern ihren Kindern bei der Erledigung der Hausaufgaben, führen Terminkalender für ihre Kinder) und auch die Schwierigkeiten beim Durchhalten von gleichförmigen Aufgaben (z. B. Unlust/Unruhe, wenn ein Kind seinen Kleiderschrank aufräumen soll) bis zu einem gewissen Grade akzeptiert werden, erwartet die Umwelt von Jugendlichen eine höhere Selbstständigkeit und Anpassungsfähigkeit an Alltagssituationen und die Fähigkeit zur Selbststeuerung.

Diese Erwartungen – die auch die Jugendlichen meist an sich selbst haben – stehen jedoch häufig im Widerspruch zu den erlernten Fertigkeiten. Gerade durch die oben geschilderte Variabilität der Ausprägung der Symptomatik, je nach Anforderung der Situation, entsteht bei Bezugspersonen häufig die Überzeugung, der Jugendliche könnte sich konzentrieren, planvoll und organisiert handeln, bedacht reagieren – wenn er nur wollte. Konflikte mit Eltern/Bezugspersonen (Neuhaus 2005), in der Schule und am Arbeitsplatz sind häufige Folgen. Die vielfältigen Misserfolgserlebnisse in verschiedenen Lebensbereichen führen bei vielen Jugendlichen zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und geringem Selbstvertrauen (Murphy 2005). Als ungünstige Bewältigungsmechanismen entwickeln sich teilweise oppositionelle Verhaltensweisen (z. B. Regelbrüche, um sich Anforderungen nicht stellen zu müssen) oder ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (z. B. Abbruch der Ausbildung, geht nicht mehr in den Fußballverein).

1.1.5 Internationale Klassifikationssysteme

Die Klassifikation des geschilderten Störungsbildes der hyperkinetischen Störung bzw. der ADHS wird derzeit mit der aktuell laufenden Veröffentlichung des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen, Auf-

lage V (DSM-V) weiter an die beschriebenen Symptomveränderungen über die Lebensspanne hinweg angepasst. Da die grundlegende Einteilung der Symptombereiche weiterhin übernommen wurde, in der jetzigen Übergangsphase die Textversion noch nicht vollständig zugänglich ist und der vollständige Einzug in und die damit verbundenen Konsequenzen für die Praxis noch abzuwarten sind, wird im Folgenden die bisherige Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10 näher dargestellt sowie die Entwicklung hin zum DSM-V kurz aufgezeigt.

Die Bezeichnung des geschilderten Störungsbildes der hyperkinetischen Störung bzw. der ADHS orientierte sich bisher an den beiden gängigen internationalen Klassifikationssystemen: der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Auflage 10 (ICD-10; Dilling et al. 2005), welche europaweit als Klassifikationsgrundlage dient, und dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen, Auflage IV, Textrevision (DSM-IV-TR; Saß et al. 2003), das hauptsächlich in den USA bis zur Veröffentlichung des DSM-V zur Klassifikation psychischer Störungen angewendet wird.

ICD-10 Die ICD-10 nimmt unter den hyperkinetischen Störungen (F90) die Einteilung in eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8) und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen (F90.9) vor.

DSM-IV-TR Das DSM-IV-TR unterteilt die Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens unter der Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314.xx) in drei Subtypen: den Mischtypus (314.01), den vorwiegend unaufmerksamen Typus (314.00) und den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus (314.01). Weiterhin kann hier die Diagnose einer nicht näher bezeichneten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314.9) vergeben werden.

■ Vergleich der Klassifikationssysteme

Die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, die dem DSM-IV-TR Subtyp vorwiegend unaufmerksamer Typus (314.00) entspricht, wird im ICD-10 unter „anderen Verhaltens- und emotionale Störungen bei den sonstigen näher bezeichneten Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8)“ kodiert. ■ **Tabelle 1.1** zeigt eine Gegenüberstellung der Klassifikationen der beiden Diagnosesysteme.

Beide Systeme differieren nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien, in folgender Übersicht sind die Kriterien nach dem ICD-10 dargestellt.