

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)  
<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](http://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*<sup>1</sup> sowie dem Buchbeitrag *KVT bei hyperkinetischen Störungen*<sup>2</sup>.

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

<b>1</b>	<b>Grundlagen</b> .....	3
1.1	<b>Beschreibung des Störungsbildes</b> .....	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	<b>Epidemiologie und Komorbiditäten</b> .....	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	<b>Ätiologie</b> .....	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	<b>Diagnostik</b> .....	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	<b>Behandlung von ADHS bei Jugendlichen</b> .....	15
1.5.1	Interventionsformen .....	15
1.5.2	Behandlungsplan .....	16
1.5.3	Pharmakotherapie .....	16
1.5.4	Psychotherapeutische Ansätze .....	17
	Literatur .....	18
<b>2</b>	<b>Entwicklung und Grundprinzipien von SAVE</b> .....	21
2.1	<b>Entwicklung von SAVE</b> .....	22
2.2	<b>Rahmenbedingungen</b> .....	22
2.3	<b>Ziele und Durchführung von SAVE</b> .....	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	<b>Evaluation des Trainingsprogramms SAVE</b> .....	28
2.5	<b>Allgemeines zur Durchführung der Sitzungen</b> .....	29
	Literatur .....	30

## II Praktischer Teil

<b>3</b>	<b>Sitzung 1: Kennenlernen</b> .....	33
3.1	Schwerpunkthemen .....	34
3.2	Ablauf .....	34
3.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 1</b> .....	39
<b>4</b>	<b>Sitzung 2: Mein Weg</b> .....	49
4.1	Schwerpunkthemen .....	50
4.2	Ablauf .....	50
4.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 2</b> .....	53
<b>5</b>	<b>Sitzung mit den Trainingscoaches: Die Rolle der Trainingscoaches</b> .....	59
5.1	Schwerpunkthemen .....	60
5.2	Ablauf .....	60
5.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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
<b>6</b>	<b>Sitzung 3: Problemlösen und Chaosorganisation Teil 1</b> .....	63
6.1	Schwerpunkthemen .....	64
6.2	Ablauf .....	64
6.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 3</b> .....	67
<b>7</b>	<b>Sitzung 4: Chaosorganisation Teil 2</b> .....	73
7.1	Schwerpunkthemen .....	74
7.2	Ablauf .....	74



7.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 4</b> .....	77
<b>8</b>	<b>Sitzung 5: Chaosorganisation Teil 3 und Bergfest</b> .....	83
8.1	<b>Schwerpunkthemen</b> .....	84
8.2	<b>Ablauf</b> .....	84
8.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 4</b> .....	86
<b>9</b>	<b>Sitzung 6: Aufmerksamkeit Teil 1</b> .....	89
9.1	<b>Schwerpunkthemen</b> .....	90
9.2	<b>Ablauf</b> .....	90
9.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 6</b> .....	92
<b>10</b>	<b>Sitzung 7: Aufmerksamkeit Teil 2</b> .....	97
10.1	<b>Schwerpunkthemen</b> .....	98
10.2	<b>Ablauf</b> .....	98
10.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 7</b> .....	100
<b>11</b>	<b>Sitzung 8: Emotionsregulation Teil 1</b> .....	103
11.1	<b>Schwerpunkthemen</b> .....	104
11.2	<b>Ablauf</b> .....	104
11.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 8</b> .....	106
<b>12</b>	<b>Sitzung 9: Emotionsregulation Teil 2</b> .....	111
12.1	<b>Schwerpunktthemen</b> .....	112
12.2	<b>Ablauf</b> .....	112
12.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 9</b> .....	115
<b>13</b>	<b>Sitzung 10: Selbstmanagement</b> .....	123
13.1	<b>Schwerpunktthemen</b> .....	124
13.2	<b>Ablauf</b> .....	124
13.3	<b>Themen der Sitzung</b> .....	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	<b>Handouts für Sitzung 10</b> .....	126
<b>III</b>	<b>Zusatzmaterial</b>	
<b>14</b>	<b>Konzentrationsübungen, Actionspiele, Blitzlicht</b> .....	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
<b>15</b>	<b>Weiteres Schulungsmaterial</b> .....	149
15.1	Feedbackbogen .....	150
15.2	Folien zur Durchführung des Trainingsprogramms .....	150
	<b>Serviceteil</b> .....	177
	Stichwortverzeichnis .....	178

## Autorenverzeichnis

---

### **Brettschneider, Anne**

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

### Symptomkriterien der hyperkinetischen Störungen nach ICD-10 (Dilling et al. 2005)

- **Unaufmerksamkeit** (mindestens 6 Monate lang mindestens 6 der folgenden Symptome):
  1. Sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten.
  2. Sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten.
  3. Hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird.
  4. Können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden).
  5. Sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.
  6. Vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die häufig geistiges Durchhaltevermögen erfordern.
  7. Verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind (z. B. für Schularbeiten), wie Bleistifte, Bücher Spielsachen und Werkzeuge.
  8. Werden häufig von externen Stimuli abgelenkt.
  9. Sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.
- **Überaktivität** (mindestens 6 Monate lang mindestens 3 der folgenden Symptome):
  1. Fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen.
  2. Verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen ein Sitzenbleiben erwartet wird.
  3. Laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl).
  4. Sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen; zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.
- **Impulsivität** (mindestens 6 Monate lang mindestens 1 der folgenden Symptome):
  1. Platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist.

2. Können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen.
3. Unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein).
4. Reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

Übereinstimmend fordern beide Klassifikationen einen Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr, Beeinträchtigungen durch die Symptome in mindestens zwei oder mehr Lebensbereichen sowie Hinweise auf deutliches Leiden bzw. eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit. Als Ausschlusskriterien werden gleichermaßen die Diagnosen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung benannt. Inhaltlich konform dürfen die Symptome nicht durch eine andere psychische Störung erklärbar sein, wie eine affektive Störung, eine Angststörung, eine dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung.

Die beiden Systeme unterscheiden sich in der Kombination der Symptomkriterien. Für die Diagnose einer einfachen Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) müssen im ICD-10 Symptome der Unaufmerksamkeit, der Hyperaktivität und der Impulsivität vorhanden sein. Bei zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens wird die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) vergeben. Im DSM-IV-TR werden in solchen Fällen Mehrfachdiagnosen vergeben.

#### ■ **Entwicklungen der Klassifikation mit speziellem Blick auf das Jugendalter**

Die Aufmerksamkeitsstörung fand relativ spät Eingang in die Klassifikationssysteme: 1968 wurde sie zum ersten Mal im DSM-II (1974 im ICD-8) beschrieben. Man ging davon aus, dass es sich um ein Störungsbild handelt, das fast ausschließlich im Kindesalter auftritt. Es wurde explizit beschrieben, dass sich die Symptome im Verlauf des Jugendalters reduzieren würden. Eine exponentielle Abnahme der Symptomatik durch die Entwicklung wurde lange Zeit vermutet (Hill u. Schoener 1996). Die Symptomkriterien (s. o.), wie sie auch heute genutzt werden, sind deshalb v. a. für den Kinderbereich passend formuliert. Die Symptomatik ändert sich jedoch im Laufe der Entwicklung (► Abschn. 1.1), Jugendliche und Erwachsene finden sich in den Kriterien oft nur teilweise wieder.

So wird die Reliabilität und Validität der Subtypen nach DSM-IV-TR seit längerer Zeit hinterfragt. Diskutiert wird das Vorhandensein weiterer Subtypen. Es zeigte sich, dass



Tab. 1.1 Gegenüberstellung der Klassifikationen nach ICD-10 (Dilling et al. 2005) und DSM-IV-TR (Saß et al. 2003)

ICD-10		DSM-IV-TR	
F90– F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	–	Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens
F90	Hyperkinetische Störungen	314.xx	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	314.01	Mischtypus
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	314.01	Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen	–	Keine entsprechende Diagnose vorhanden
F90.9	Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung	314.9	Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, dazugehöriger Begriff: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität	314.00	Vorwiegend unaufmerksamer Typus

die Diagnose einer ADHS recht stabil ist, sich die Ausprägung der Symptome über den Lebensverlauf allerdings ändert, sodass die Kinder bzw. Jugendlichen mit zunehmendem Alter zwischen den verschiedenen Subtypen wechseln (Bell 2011).

Die Unaufmerksamkeit scheint das stabilere Symptom zu sein, das auch deutlich noch bei Erwachsenen vorherrschend ist (Thorell u. Bohlin 2009). In den Vordergrund rücken Probleme im Priorisieren von Arbeit, Vorausplanen, Ungeduld, Sprunghaftigkeit (Kessler et al. 2010).

Es wurden u. a. weitere Differenzierungen für die Subtypen vorgeschlagen (Desman u. Petermann 2005): Für den vorwiegend unaufmerksamen Typus (314.00) wurde eine Unterscheidung zwischen unaufmerksamem Typ mit kognitiver Verlangsamung und einem unaufmerksamen Typ ohne kognitive Verlangsamung mit wenigen, aber nachweisbaren hyperaktiv-impulsiven Symptomen als sinnvoll diskutiert. Milich et al. (2001) schlugen vor, den vorwiegend unaufmerksamen Typus unter den Lernstörungen oder Störungen mit internalisierenden Symptomen zu kategorisieren.

Die Diagnosekriterien des neu erschienenen DSM-V (Mai 2013) beziehen nun die beschriebenen Symptomverschiebungen und -veränderungen über die Lebensspanne hinweg mit ein (APA 2013 a, b). Wie im DSM-IV werden die Symptome unter den beiden Kategorien Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität aufgeführt. Daneben werden Beispiele für typische Verhaltensweisen für unterschiedliche Lebensalter mit angeführt. Das Onset-Alter der Symptome wurde auf ein Alter von 12 Jahren angehoben. Ab 17 Jahren sind für eine Diagnosevergabe nur noch jeweils 5 Symptomkriterien zu erfüllen. Die Diagnose

einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung gilt nicht mehr als Ausschlusskriterium.

#### ■ Exkurs: Nur Defizite oder auch Ressourcen?

Die Diagnosestellung erfolgt in der Fachwelt anhand der beschriebenen Diagnosekriterien. Es handelt sich dabei um einen defizitorientierten Ansatz, d. h., dass eine Fachperson die Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen bezüglich bestimmter Kompetenzbereiche beurteilt und erfasst, in welchen Bereichen das Kind/der Jugendliche Schwierigkeiten hat, um es/ihn dann gezielt durch eine adäquate Behandlung zu fördern (diagnostisches Vorgehen ► Abschn. 1.4).

Gerade im Zusammenhang mit ADHS wird häufig diskutiert, ob Patienten mit diesem Störungsbild allgemein nicht auch ganz bestimmte „besondere“ Eigenschaften besitzen (z. B. Annahme der Hochbegabung, Patienten mit ADHS seien in der Entwicklung der Gesellschaft voraus). Solche Annahmen können in der wissenschaftlichen Literatur nicht bestätigt werden (Zentall 2006). Und dennoch ist es natürlich wichtig, neben den Defiziten auch die speziellen Stärken und Ressourcen jeder einzelnen Person zu erfassen. Verschiedene Verhaltensweisen, die in ► Abschn. 1.1 geschildert wurden, haben positives Potenzial: Wer unruhig ist, erlebt sich oft auch voller Energie; wer schnell entscheidet, ist oft auch risikofreudig.

👉 In der Behandlung geht es darum, Verhaltensweisen so an Situationen und Umstände zu adaptieren, dass ein Patient mit ADHS möglichst wenige Einschränkungen erfährt und gleichzeitig sein Potenzial ausschöpfen kann.

## 1.2 Epidemiologie und Komorbiditäten

ADHS zählt zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Es handelt sich – wenn unbehandelt – um ein relativ stabiles Krankheitsbild. Hyperkinetische Störungen persistieren zu 30–85 % bis ins Jugendalter (Döpfner et al. 2008a; Ihle u. Esser 2002). In einer Längsschnittstudie über einen Zeitraum von 10 Jahren wurden speziell für Jungen Persistenzraten von 35 % (bei vollständiger Erfüllung der Diagnosekriterien des DSM-IV-TR) gefunden (Biederman et al. 2010). Zusätzlich zeigte sich, dass bei 78 % der untersuchten Personen die meisten Symptome über den genannten 10-Jahres-Zeitraum bestehen blieben, sie jedoch die Diagnosekriterien des DSM-IV-TR nicht mehr vollständig erfüllten. Als Prädiktoren für eine Persistenz des Störungsbildes bis ins Jugendalter werden in der Literatur familiäres Auftreten von ADHS, psychosoziale Belastungen, das Vorhandensein einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens sowie einer affektiven Störung und/oder Angststörung berichtet (Adam et al. 2002).

Eine Untersuchung aus den USA ermittelte eine kumulative Prävalenz von 4,1 % für Jugendliche im Alter von 16 Jahren (Costello et al. 2003). Weitere Studien zeigen Prävalenzen im späten Jugendalter (18–19 Jahre) zwischen 1,5 % (Cuffe et al. 2001) und 7,4 % (Barbaresi et al. 2002) unter der Voraussetzung voll erfüllter DSM-III-R- bzw. DSM-IV-Diagnosen. Für Deutschland fand sich im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS; Schlack et al. 2007) eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz von 4,8 % für ADHS. Die hier dargestellten Schwankungen bezüglich des Vorkommens von ADHS sind auf methodische Probleme (z. B. verwendete Diagnoseinstrumente in den Studien, Zusammensetzung der Studienstichprobe) zurückzuführen.

Für den Übergang zum Erwachsenenalter „belegen Studien eine Persistenz der Verhaltensprobleme in 40 bis 60 Prozent der Fälle und geben Prävalenzraten von ein bis vier Prozent an“ (Schmidt u. Petermann 2008, S. 268). In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2009 wurde eine Prävalenzrate von 2,5 % für ADHS im Erwachsenenalter nachgewiesen (Tischler et al. 2010). Geschlechtseffekte scheinen im Erwachsenenalter nicht so ausgeprägt zu sein wie im Kindes- und Jugendalter.

### 1.2.1 Geschlechtsspezifische Prävalenz

Die Störung tritt sowohl im Kindes- wie auch im Jugendalter bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen. Jungen erfüllen laut KiGGS im Jugendalter bis zu siebenmal häufiger die Diagnosekriterien als Mädchen (Costello et al. 2003; Schlack et al. 2007).

Jugendliche mit ADHS weisen häufig eine Vielzahl komorbider Störungen auf, die den Entwicklungsverlauf von Jugendlichen mit ADHS zusätzlich erschweren und deren psychosoziales Funktionsniveau weiter einschränken (ADORE Study Group; Biederman et al. 2011).

Längs- und Querschnittsstudien zeigen für das Jugendalter ein häufig komorbides Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens, affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Ticstörungen, Schlafstörungen sowie Lernstörungen (Tischler et al. 2010). Die aus klinischer Erfahrung bedeutsamsten komorbiden Störungsbilder für das Jugendalter werden im Folgenden kurz beschrieben.

### 1.2.2 Störungen des Sozialverhaltens

Es handelt sich hierbei um das am häufigsten komorbid auftretende Störungsbild bei Jugendlichen mit ADHS (Auftrittswahrscheinlichkeit von 43 %; Kohn u. Esser 2008). Es zeigte sich, dass Jugendliche mit ADHS und zusätzlichem aggressivem oder sozial auffälligem Verhalten dazu neigen, früher psychoaktive Substanzen (besonders Zigaretten, Marihuana und Alkohol) zu konsumieren (u. a. Barkley et al. 1990). Darüber hinaus ist ihre Entwicklung deutlich beeinträchtigt, da vielfältige Probleme mit Bezugspersonen, Gleichaltrigen und deviantes Verhalten ihren Alltag sowie das Erreichen wichtiger Entwicklungsziele (z. B. Erwerben eines Schulabschlusses) erschweren.

### 1.2.3 Affektive Störungen

Komorbid affektive Störungen konnten v. a. für das späte Jugend- und frühe Erwachsenenalter nachgewiesen werden. Affektive Störungsbilder folgen meist mit einem Abstand von wenigen Jahren auf das Auftreten einer ADHS. Dafür verantwortlich scheinen die vielfältigen Probleme zu sein, welche mit einer ADHS einhergehen (z. B. Schulversagen, Beziehungsprobleme, häufige Konflikte mit den Eltern). Häufig erlebte Misserfolge können die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins verhindern und die Entwicklung depressiver Störungen fördern (Döpfner et al. 2000). Mit zunehmendem Alter können sich emotionale Labilität sowie starke und schnell aufeinanderfolgende Stimmungsschwankungen zeigen (Kohn u. Esser 2008).

Eine anhaltende Debatte findet sich in der Literatur ebenfalls über die Symptomüberschneidungen der jugendlichen bipolaren Störungen zur ADHS: So weisen etwa 57–100 % der Kinder mit einer jugendlichen bipolaren Depression komorbid eine ADHS auf (Kent u. Craddock 2003). Eine Differenzialdiagnose fällt hier besonders schwer, da

beiden Störungen gesteigerte Impulsivität, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit gemein sind (Compton et al. 2006).

#### ■ Angststörungen

Für das Erwachsenenalter wurden bisher für das zusätzliche Auftreten von Angststörungen Lebenszeitprävalenzen von ca. 50 % gefunden (Biederman 2005). Ursächlich hierfür scheinen über die Zeit hinweg entwickelte dysfunktionale Strategien zu sein, um angstbesetzte Situationen zu vermeiden. So können ein erhöhtes allgemeines Erregungsniveau und eine Tendenz zur Hyperfokussierung das Auftreten von Angststörungen begünstigen (Schmidt u. Petermann 2008).

#### ■ Persönlichkeitsstörungen

**Antisoziale Persönlichkeitsstörung** Das Auftreten komorbider Persönlichkeitsstörungen betreffend scheint besonders die antisoziale Persönlichkeitsstörung eine große Rolle bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu spielen. Die Symptome äußern sich oft als aggressives Verhalten im Straßenverkehr in Verbindung mit rücksichtslosem Autofahren, Substanzmittel- und Alkoholmissbrauch sowie Delinquenz. Der Delinquenz scheint eine besondere Rolle zuzukommen, da sie vielfach in Studien als komorbide Problematik bei Betroffenen mit ADHS nachgewiesen werden konnte (Schmidt u. Petermann 2008).

Genauso wie bei der Entwicklung komorbiden Substanzmissbrauchs scheint das Vorhandensein einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens im Kindes- oder Jugendalter einen bedeutenden Einfluss zu haben. So zeigten Koglin u. Petermann (2007), dass die Kombination aus ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens das Risiko für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erhöht.

Aus diesem Ergebnis lassen sich wichtige Rückschlüsse für die klinische Praxis herleiten: Da Persönlichkeitsstörungen für Betroffene mit großem und andauerndem Leiden sowie einer Minderung der Anpassungsfähigkeit und des Wohlbefindens einhergehen, ist es v. a. wichtig, diese frühzeitig zu erkennen und – wenn möglich – deren Ausbildung zu verhindern.

- **Auf Patienten mit komorbider Störung des Sozialverhaltens ist ein besonderer Augenmerk zu richten, damit durch frühzeitige Interventionen der Ausbildung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung entgegengewirkt werden kann.**

**Borderline-Persönlichkeitsstörung** Miller et al. (2007) konnten einen deutlichen Zusammenhang zwischen ADHS und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung feststellen. Aufgrund der großen Über-

schncheidung der Symptomkriterien eröffnen sich hier große diagnostische Schwierigkeiten. Im klinischen Alltag sollte also die zusätzliche Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit besonderer Sorgfalt eruiert werden.

#### ■ Lernstörungen

Es zeigte sich, dass schulische Probleme bei Jugendlichen weniger als Folge funktionaler Beeinträchtigung durch die Symptome einer ADHS auftreten, sondern vielmehr auf komorbid existierende umschriebene Lernstörungen zurückzuführen sind (Harrison et al. 2011). Laut Döpfner et al. (2008a) gehen umschriebene Lernstörungen bei etwa 10–25 % der Patienten mit einer ADHS einher.

### 1.2.4 Weitere Beeinträchtigungen

Jugendliche mit ADHS erleben häufig aufgrund der situationsübergreifend vorherrschenden Symptomatik sowie den oftmals vorhandenen komorbiden Störungen zahlreiche Beeinträchtigungen in ihrem Alltag. Diese äußern sich in vielfältiger Art und Weise und erstrecken sich über verschiedene Funktionsbereiche.

- **Ausgeprägte Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität stehen v. a. in Verbindung mit sozialen Problemen, Symptome der Unaufmerksamkeit mit internalisierenden Problemen (z. B. schlechte schulische Leistungen, geringes Selbstbewusstsein).**

Die für das Jugendalter relevantesten Problematiken werden im Weiteren kurz skizziert.

#### ■ Konflikte in der Beziehung zu Gleichaltrigen und in der Familie

Diese werden im Jugendalter besonders offensichtlich, da Jugendliche mehr Zeit außerhalb der Familie verbringen und die Beziehungen zu Gleichaltrigen neue Wichtigkeit erlangen (Wolraich et al. 2005). Häufig erleben sich die Jugendlichen selbst als „anders“ und bekommen zudem, z. B. aufgrund impulsiven oder unruhigen Verhaltens, negative Rückmeldungen von Gleichaltrigen (Neuhaus 2005). Sie haben meist wenige enge Freunde und können Freundschaften schwer aufrechterhalten (Barkley et al. 2006).

Durch die Akzentuierung oppositioneller Verhaltensweisen, aber auch durch ein chaotisches Planungsverhalten, Ungeduld, Unruhe, Unstetigkeit, eine geringe Frustrationstoleranz, unüberlegtes Handeln sind Beziehungen zwischen Eltern und Jugendlichen mit ADHS häufig von gegenseitigem Unverständnis bis hin zu Feindseligkeiten geprägt (Neuhaus 2005).