

Greiner
Langer · Schütz



Stress- bewältigungstraining für Erwachsene mit ADHS

Manual mit CD

Stressbewältigungstraining für Erwachsene mit ADHS

Anja Greiner
Sylvia Langer
Astrid Schütz

Stressbewältigungs- training für Erwachsene mit ADHS

Mit 4 Abbildungen und 41 Arbeitsblättern

Anja Greiner

Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Rodewisch

Sylvia Langer

Rehabilitationsklinik Göhren

Prof. Dr. Astrid Schütz

Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Ergänzendes Material zu diesem Buch finden Sie auf <http://extra.springer.com>

ISBN-13 978-3-642-25801-5

ISBN 978-3-642-25802-2 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-25802-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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 2012

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

Projektmanagement: Katrin Meissner

Lektorat: Anette Allée, Dinslaken

Projektkoordination: Michael Barton

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Mit Zeichnungen von Claudia Styrsky, München

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

Sehr lange hat es gedauert, bis die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung von der Auffassung eines rein kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildes in Deutschland eine Erweiterung auf das Erwachsenenalter erfuhr. Während die adulte ADHS im amerikanischen Raum bereits seit einigen Jahrzehnten Gegenstand der Forschung ist, besteht die gleiche Anerkennung des Störungsbildes hierzulande erst seit etwas mehr als 10 Jahren. Dabei gehört die ADHS mit einer durchschnittlichen weltweiten Prävalenz von etwa 4% zu einer der häufigsten seelischen Erkrankungen unserer Zeit, der leider im deutschsprachigen Raum noch immer eine geringe Anzahl adäquater evaluierter Interventionsprogramme sowie vielerorts mangelnde störungsspezifische Versorgungsmöglichkeiten gegenüberstehen.

Neben den bekannten zentralen Störungsmerkmalen ist in der Zusammenarbeit mit erwachsenen ADHS-Betroffenen ein weiterer zentraler Problembereich auffällig: die starke Anfälligkeit für Stress. Bei der Recherche von Forschungsergebnissen zum Umgang mit Stress in Zusammenhang mit adulter ADHS bemerkten wir sehr schnell, dass wir uns auf einem jungen, aber sehr spannenden Forschungsgebiet bewegten. So belegen aktuelle Studien, dass ADHS-Betroffene im Vergleich zu Nichtbetroffenen mehr Stress empfinden, sich besonders stark hierdurch beeinträchtigt fühlen und Belastungen aufgrund der Anwendung von meist dysadäquaten Copingstrategien häufig nur ungenügend bewältigen können. Belastende Lebensereignisse und chronischer Stress bringen das Risiko mit sich, die ADHS-Symptomatik zu verschlimmern, Störungsverläufe zu verkomplizieren und schwerwiegende Folgeerkrankungen auszulösen.

Deutlich ist aufgrund der Befundlage, dass für erwachsene ADHS-Betroffene ein großer Bedarf an stressspezifischen Interventionen besteht. Allerdings gab es bislang trotz zahlreicher Stressinterventionsangebote auf dem Buchmarkt kein Programm, das gleichzeitig auf die spezifische Zielgruppe zugeschnitten ist und andererseits die Stressproblematik umfassend behandelt. So ent-

schieden wir uns, ein Trainingsprogramm zu entwickeln, das auf bereits bewährte Strategien der Stressbewältigung aufbauen und zugleich auf die spezifischen Bedürfnisse von ADHS-Betroffenen zugeschnitten sein sollte.

Das Ergebnis dieser Überlegungen halten Sie nun in den Händen. Das übergeordnete Ziel dieses Trainings ist es, die Teilnehmer für ihre individuellen Stressauslöser und Symptome zu sensibilisieren und sie zu befähigen, ihre Bewältigungskompetenzen auf verschiedensten Ebenen auszubauen und zu stärken. Dabei legen wir bei der Entwicklung des Trainings besonderen Wert darauf, ADHS-spezifische Problembereiche wie Schwierigkeiten beim Selbstmanagement und Ordnunghalten, ungünstige Denkmuster, Selbstwertprobleme und fehlende Erholungsmöglichkeiten ausführlich zu berücksichtigen. Die Basis aller Trainingselemente bildet stets eine ressourcen- und lösungsorientierte Herangehensweise, welche die Teilnehmer bei der Entdeckung und Entfaltung ihrer Fähigkeiten und Potenziale unterstützen soll.

Das vorliegende Manual besteht aus drei Teilen. Teil I vermittelt einen Überblick über den aktuellen Erkenntnisstand zum Störungsbild der ADHS im Erwachsenenalter (► Kap. 1) sowie über Stress und Stressbewältigung (► Kap. 2). Über die konzeptionellen Grundlagen und Ziele des hier vorgestellten Trainings sowie seine Wirksamkeit gibt Teil II Aufschluss, in dem der Aufbau, der theoretische Hintergrund und damit abgeleitete Zielstellungen sowie wesentliche, sitzungsübergreifende Elemente erläutert werden. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Möglichkeiten des Umgangs mit der ADHS-Besonderheit bei einem solchen Training gelegt (► Kap. 3). ► Kap. 4 fasst die Evaluationsergebnisse der ersten Durchführungen des hier vorgestellten Trainings zusammen. Den Schwerpunkt bilden natürlich die vier Trainingsmodule, deren Inhalte und Übungen im Teil III ausführlich beschrieben werden (► Kap. 5–8). Die Module enthalten zahlreiche Arbeitsblätter, die zusätzlich auf der beiliegenden ► CD als Vorlagen bereitgestellt werden.

Wir hoffen, dass dieses Programm in Zukunft einen hilfreichen Beitrag zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen leistet und freuen uns sehr über Erfahrungsberichte, Hinweise und Anmerkungen von Trainern und Therapeuten, die das Programm durchführen. Sie erreichen uns per E-Mail unter anja.greiner@psychologie.tu-chemnitz.de oder sylvia.langer@psychologie.tu-chemnitz.de.

Noch eine Bemerkung zur sprachlichen Darstellung: Die hier vorgestellte Intervention wurde von drei Frauen konzipiert. Daher wird in diesem Manual, wenn von der das Training leitenden Person die Rede ist, das „generische Femininum“, also die Bezeichnung „(die) Trainerin“ verwendet. Zudem wird aufgrund der Tatsache, dass die Mehrzahl der ADHS-Betroffenen männlichen Geschlechts ist, in Bezug auf diese das generische Maskulinum, also die Bezeichnung „(der) Betroffene“ bzw. „(der) Trainingsteilnehmer“ verwendet. Selbstverständlich schließen diese Ausdrücke stets Personen beider Geschlechter ein. Auch sind, wenn von ADHS gesprochen wird, in der Regel beide Subtypen (un-aufmerksam bzw. hyperaktiv-impulsiv) angesprochen (wenn nicht anders gekennzeichnet). Die

Entscheidung für diese Schreibweisen beruht auf praktischen Erwägungen und dient der besseren Lesbarkeit.

Während der Entstehung des Manuals haben wir von zahlreichen Menschen Hilfe und Unterstützung erfahren. Besonderer Dank gilt den Teilnehmern der ersten Trainingsdurchführungen für ihr Mitwirken, ihr Interesse und ihre Offenheit. Bei Herrn Dr. Thomas Bauer und Frau Anja Peters bedanken wir uns herzlich dafür, dass sie die Durchführung der Trainings ermöglicht und begleitet sowie Feedback und wertvolle Anregungen gegeben haben. Herrn Dr. Dr. Helmut Niederhofer sowie Frau Luise Bartholdt möchten wir sehr für ihre hilfreichen Hinweise zum Manuskript danken. Und schließlich danken wir unseren Familien und Freunden für die große Unterstützung sowie für das Verständnis und den Rückhalt, den sie uns – gerade in stressreichen Zeiten – geben.

Rodewisch, Göhren und Bamberg,
im August 2011

Anja Greiner, Sylvia Langer und Astrid Schütz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	V
I Theoretischer Teil	1
1 ADHS im Erwachsenenalter	3
1.1 Begriff und Subtypen	4
1.2 Ursachen	4
1.3 Häufigkeit und Verlauf	7
1.4 Symptome und Charakteristik	8
1.4.1 Symptomatik	8
1.4.2 Fokus: Stresserleben, Stressbewältigung und Entspannung	10
1.4.3 Typische Ressourcen bei Menschen mit ADHS	11
1.5 Komorbidität und assoziierte Probleme	12
1.5.1 Komorbide Störungen	12
1.5.2 Soziale Risikofaktoren	13
1.5.3 Bindungserfahrungen	13
1.6 Diagnostik	14
1.7 Therapie	15
2 Grundlagen zur Stressentstehung, Stressreaktion und Stressbewältigung	17
2.1 Stressoren	18
2.2 Transaktionales Stressmodell	19
2.3 Stressreaktion	20
2.3.1 Vier Ebenen der Stressreaktion	20
2.3.2 Spezifität der Stressreaktion	22
2.4 Zwei Seiten von Stress	22
2.4.1 Positive Folgen von Stress	23
2.4.2 Schädliche Auswirkungen von Dauerstress	23
2.5 Coping	24
2.5.1 Copingstile	25
2.5.2 Unterstützende Faktoren für eine erfolgreiche Bewältigung	25
2.6 Begleitdiagnostik	28
II Stressbewältigungstraining: Konzeption und Wirksamkeit	31
3 Konzeption des Stressbewältigungstrainings für Erwachsene mit ADHS	33
3.1 Allgemeiner Aufbau und Konzeption	34
3.1.1 Trainingsinhalte und Ziele	34
3.1.2 Grundprinzipien	35
3.2 Anwendungsbereiche	37
3.3 Rahmenbedingungen	37
3.3.1 Setting	37
3.3.2 Kurs- und Sitzungsdauer	38
3.3.3 Räumliche Voraussetzungen	38

3.3.4	Verhalten des Kursleiters	38
3.4	Struktur und Gestaltung des Trainings	39
3.4.1	Modulübergreifende Elemente und Prinzipien	39
3.4.2	Materialien	41
3.5	Umgang mit der ADHS-Besonderheit	42
3.6	Minimierung unerwünschter Wirkungen und Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten	43
4	Evaluation und Wirksamkeitsuntersuchung	45
4.1	Fragestellungen	46
4.2	Durchführung	46
4.3	Ergebnisse	47
4.4	Schlussfolgerungen	48
III	Trainingsmodule	49
5	Modul 1: Einführung und Grundlagen	51
5.1	Ziele und theoretischer Hintergrund	52
5.2	Überblick und Materialien	53
5.3	Praktisches Vorgehen	53
5.4	Anhang	62
5.4.1	Arbeitsblätter	62
6	Modul 2: Zeit- und Selbstmanagement	67
6.1	Ziele und theoretischer Hintergrund	68
6.2	Überblick und Materialien	69
6.3	Praktisches Vorgehen	70
6.4	Anhang	84
6.4.1	Arbeitsblätter	84
6.4.2	Persönliche Projekte	95
7	Modul 3: Kognitives und emotionales Stressmanagement	105
7.1	Ziele und theoretischer Hintergrund	106
7.2	Überblick und Materialien	107
7.3	Praktisches Vorgehen	108
7.4	Anhang	124
7.4.1	Arbeitsblätter	124
7.4.2	Persönliche Projekte	132
8	Modul 4: Erholungs- und Regenerationstechniken	137
8.1	Ziele und theoretischer Hintergrund	138
8.2	Überblick und Materialien	139
8.3	Praktisches Vorgehen	140
8.4	Anhang	153
8.4.1	Arbeitsblätter	153
8.4.2	Persönliche Projekte	162
	Literatur	170
	Stichwortverzeichnis	178

Theoretischer Teil

Kapitel 1 ADHS im Erwachsenenalter – 3

Kapitel 2 Grundlagen zur Stressentstehung,
Stressreaktion und Stressbewältigung – 17

ADHS im Erwachsenenalter

- 1.1 **Begriff und Subtypen** – 4
- 1.2 **Ursachen** – 4
- 1.3 **Häufigkeit und Verlauf** – 7
- 1.4 **Symptome und Charakteristik** – 8
 - 1.4.1 Symptomatik – 8
 - 1.4.2 Fokus: Stresserleben, Stressbewältigung und Entspannung – 10
 - 1.4.3 Typische Ressourcen bei Menschen mit ADHS – 11
- 1.5 **Komorbidität und assoziierte Probleme** – 12
 - 1.5.1 Komorbide Störungen – 12
 - 1.5.2 Soziale Risikofaktoren – 13
 - 1.5.3 Bindungserfahrungen – 13
- 1.6 **Diagnostik** – 14
- 1.7 **Therapie** – 15

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur ADHS im Erwachsenenalter. Dabei werden Klinik, Verlauf, Diagnostik und Therapie der Störung auf Grundlage der Forschungsliteratur beschrieben.

1.1 Begriff und Subtypen

Die aktuelle wissenschaftliche Bezeichnung „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ stammt aus dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV, Nr. 314, American Psychiatric Association 2000). Darin werden die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen der Störung aufgeführt und verschiedene Subtypen unterschieden. Die Diagnosekriterien nach dem DSM-IV sind in [Abb. 1.1](#) dargestellt.

Die häufigste Form ist der so genannte Mischtypus, bei dem sowohl deutliche Hyperaktivität/Impulsivität als auch Aufmerksamkeitsprobleme vorliegen (314.01). Davon unterscheidet man einen zweiten Subtypus mit vorherrschender Unaufmerksamkeit („Hans guck in die Luft“, 314.00) und einen dritten mit vorherrschender Hyperaktivität und Impulsivität („Zappelphilipp“, 314.01).

Die unterschiedlichen Subtypen werden oft auch in der Abkürzung zum Ausdruck gebracht. So bezeichnet ADHS den Mischtypus, während ADS die Abkürzung für den unaufmerksamen Typus ohne Hyperaktivität ist. Im Deutschen hat sich demgegenüber der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ eingebürgert, der allgemein verwendet wird, ohne dass damit ein bestimmter Subtypus gemeint ist (Hesslinger et al. 2004). In vorliegendem Manual sind, wenn die Abkürzung ADHS verwendet wird, somit alle Subtypen mit eingeschlossen.

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, World Health Organization 1992) wird das Syndrom als „hyperkinetische Störung (HKS)“ (F90) bezeichnet. Auch hier differenziert man zwischen verschiedenen Unterformen. So wird die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) von der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) sowie sonstigen hyperkinetischen Störungen (F90.8 und F90.9) abgegrenzt. Durch die Hervorhebung der Hyperaktivität, die die ICD-10 als Diagnosekriterium voraussetzt, wird der vorwiegend unaufmerksame Typus hier nicht mit eingeschlossen. In [Abb. 1.2](#) sind die Diagnosekriterien nach ICD-10 aufgeführt.

Die früher weit verbreitete Ansicht, dass sich die Störung mit zunehmender Reifung des Individuums „auswächst“, ist heute überholt (Bundesärztekammer 2005). Bedingt durch den Symptomenwandel in der Adoleszenz zeigt sich die ADHS-Problematik oft in auf den ersten

Blick weniger auffälligen Verhaltensweisen (Rudolph 2006), wie beispielsweise:

- Tagträumerei, Flüchtigkeitsfehler,
- Handeln ohne nachzudenken,
- Erledigung von Arbeitsaufgaben nur unter Termindruck,
- zu hastiger oder zu langsamer Arbeitsstil,
- schlechte Zeiteinschätzung und -einteilung
- Desorganisation, Verzetteln und chaotisches Planen,
- Verlegen und Verlieren von Dingen.

Für Jugendliche und Erwachsene hat sich demnach die Einteilung des DSM-IV – verglichen mit der der ICD-10 – bewährt, da durch reifungsbedingte Veränderungen in der Adoleszenz das impulsiv-hyperkinetische Verhalten häufig nicht mehr unmittelbar erkennbar ist. Dies führt im Entwicklungsverlauf dazu, dass bei einem Großteil der erwachsenen Betroffenen auf den ersten Blick eher die Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund steht (Ryffel-Rawak 2003). Ferner mangelt es in der ICD-10 an einer ausreichenden diagnostischen Differenzierung und zum Teil auch an einer ausführlichen Beschreibung (D’Amelio et al. 2009). Zu beachten ist jedoch, dass nach DSM-IV die Diagnose häufiger vergeben wird (mindestens sechs Kriterien notwendig) als nach ICD-10 (mindestens zehn Kriterien notwendig).

Generell ist kritisch anzumerken, dass in beiden Diagnosesystemen die Kriterien für die kindliche Form der ADHS unverändert für die ADHS im Erwachsenenalter angewandt werden. Durch die oben beschriebenen entwicklungspsychopathologischen Veränderungen sind die Kriterien für die ADHS im Kindesalter nicht ohne Weiteres auf das Erwachsenenalter übertragbar. Der Wandel im Symptomenausdruck sowie die Problematik der Komorbidität ([► Abschn. 1.5](#)) tragen dazu bei, dass die ADHS im Erwachsenenalter bisher noch häufig übersehen und damit zu selten diagnostiziert wird (Hesslinger et al. 2004; Rudolph 2006). Rudolph (2006) betont, dass sich eine zugrunde liegende ADHS nach dem „Eisberg-Prinzip“ oft erst im Zuge einer eingehenden Diagnostik findet. Erschwerend können organische Symptome, wie beispielsweise Herzbeschwerden oder Tinnitus unter starker Stressbelastung, hinzukommen (Rudolph 2006).

1.2 Ursachen

Wie bei zahlreichen psychiatrischen Erkrankungen mit einem potenziell sehr starken subjektiven und objektiven Beeinträchtigungsbild fehlen auch bei der ADHS bislang spezifische mit der Störung in Verbindung stehende biologische Marker, die die Diagnose zusätzlich stützen. Die Vermutung, dass neurobiologische Faktoren bei der Ver-

Diagnosekriterien einer Aufmerksamkeits-/Defizitstörung nach DSM-IV

— A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

- (1) Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von **Unaufmerksamkeit** sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit

- a) Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
 - b) Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
 - c) Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
 - d) Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten)
 - e) Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
 - f) Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
 - g) Verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
 - h) Lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken
 - i) Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich
- (2) Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der **Hyperaktivität** und **Impulsivität** sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- a) Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- b) Steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- c) Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- d) Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- e) Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
- f) Redet häufig übermäßig viel

Impulsivität

- g) Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- h) Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- i) Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

- B. Einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von 7 Jahren auf.
- C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).
- D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.
- E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung).

Kodierung je nach Subtypen:

- 314.01 **Mischtypus**: liegt vor, wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten 6 Monate erfüllt waren.
- 314.00 **Vorwiegend unaufmerksam Typus**: liegt vor, wenn Kriterium A1, nicht aber A2 während der letzten 6 Monate erfüllt war.
- 314.01 **Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus**: liegt vor, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten 6 Monate erfüllt war.

Diagnosekriterien einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10

- **G1. Unaufmerksamkeit:** mindestens sechs der folgenden Symptome bestanden mindestens 6 Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:
 1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten
 2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten
 3. scheinen oft nicht auf das zu hören, was zu 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 können)
 5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
 6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern
 7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Tätigkeiten wichtig sind, z. B. Unterrichtsmaterialien, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge
 8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt
 9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich
- **G2. Überaktivität:** mindestens drei der folgenden Symptome bestanden mindestens 6 Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:
 1. zappeln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen
 2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen erwartet wird, dass sie auf ihrem Platz bleiben
 3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem möglicherweise nur ein Unruhegefühl)
 4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten, sich ruhig mit Freizeitbeschäftigungen zu befassen
 5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch die soziale Umgebung oder Vorschriften nicht durchgreifend beeinflussbar sind
- **G3. Impulsivität:** mindestens eins der folgenden Symptome bestand mindestens 6 Monate lang in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:
 1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
 2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten nicht, 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
- **G4. Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr.**
- **G5. Symptomausprägung:** Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein, z. B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z. B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind meist unzureichend.)
- **G6. Die Symptome von G1. bis G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.**
- **G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine Angststörung (F41).**

ursachung der Störung eine wichtige Rolle spielen, wurde bereits 1902 von Still geäußert (Krause u. Krause 2009). Seitdem wurde eine große Zahl verschiedenster Einflussfaktoren beschrieben und untersucht, die jedoch bisher insgesamt keine eindeutige Befundlage ergaben.

Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass ADHS durch Beteiligung einer Vielzahl genetischer und umweltbedingter Risikofaktoren entsteht.

■ Genetische Faktoren

So stützen die derzeit gefundenen Faktoren die Annahme eines biopsychosozialen Modells der Entstehung einer ADHS (Döpfner et al. 2010). Darin werden als Grundlage genetisch bedingte Auslöser diskutiert, eine Annahme, die durch molekulargenetische Ansätze und Familienstudien gestützt werden konnte. Verschiedene weitere Befunde, die u. a. auf Genomscans basieren, sprechen für einen polygenen Erbgang. Das heißt, dass das Zusammenspiel verschiedener Gene zur Entstehung der ungleichen ADHS-Subtypen, dem breiten Spektrum an möglichen Komorbiditäten sowie dem auffällig diversen Ansprechen auf Medikation führt (zusammenfassend siehe Faraone et al. 2005).

■ Zerebrale Veränderungen

Aufgrund der genetisch bedingten Vulnerabilität sind des Weiteren zerebrale Beeinträchtigungen häufig, jedoch ist die Befundlage diesbezüglich sehr heterogen. So konnten bei manchen Kindern mit ADHS sowohl verminderte kortikale und subkortikale Aktivierungen im Frontallhirn, in der Parietalregion und im Caudatum als auch Volumenverminderungen (frontal, subkortikal, zerebellär) nachgewiesen werden (Schmidt 2002).

■ Beteiligung von Neurotransmittern

Insgesamt konnte das pathophysiologische Profil von Personen mit ADHS noch nicht vollständig geklärt werden. Aufgrund zahlreicher biochemischer und pharmakologischer Studien wird jedoch von einer Beteiligung monoaminerger Transmittersysteme (hierbei hauptsächlich das dopaminerge und noradrenerge System) ausgegangen (Huber et al. 2007). Im Detail konnte in mehreren Studien eine deutlich erhöhte striatale Dopamintransporterdichte bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS nachgewiesen werden (für einen Überblick siehe Huber et al. 2007). Die dadurch bedingte Unausgewogenheit im dopaminergen System führt u. a. zu einem verminderten Dopaminstoffwechsel, der in den genannten zerebralen Bereichen das Arbeitsgedächtnis, die Reizhemmung, die Aufmerksamkeit und die exekutiven Funktionen zur Organisation von Handlungssequenzen beeinträchtigt. Auch die Beteiligung des serotonergen Systems wird diskutiert

(Lehmkühl et al. 2009). Bildgebende Verfahren verweisen zudem übereinstimmend auf eine Dysfunktion im frontosubkortikalen Bereich des Gehirns (Biedermann 2005; Huber et al. 2007). Weitere Befunde deuten auf allgemein verlangsamte Hemmungsprozesse und spezifisch auf geringe Hemmung in Antwortprozessen hin (Tannock 1998).

Zusammenfassung

Neurobiologischen Faktoren kann also eine primäre ätiologische Bedeutung zugemessen werden. Psychosoziale Ursachen sind demgegenüber in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion etwas in den Hintergrund getreten, beeinflussen jedoch offensichtlich den Schweregrad der hyperkinetischen Symptomatik, das Risiko für die Entwicklung komorbider und sekundärer Störungen sowie die mögliche Entstehung eines negativen Selbstbildes (Krause et al. 2000). Im Hinblick auf das therapeutische Handeln in der Praxis kommt dem Einfluss psychosozialer Risiko-, aber auch Schutzfaktoren weiterhin erhebliche Bedeutung zu.

Insgesamt schlägt Sonuga-Barke (2005) zur Integration der Befunde vor dem Hintergrund der offensichtlichen Unmöglichkeit, eindeutige, gemeinsame, verursachende Faktoren bei der klinisch sehr heterogenen Störung identifizieren zu können, den so genannten **Multiple-pathway-Ansatz** vor. Danach führt nicht nur ein Weg im Sinne eines „unausweichbaren Schicksals“ zur Ausprägung einer behandlungsbedürftigen ADHS. Vielmehr können mehrere mögliche Entwicklungspfade dazu führen, dass sich aus der Kern- oder Sekundärsymptomatik der ADHS im Laufe des Lebens der Bedarf einer psychodiagnostischen Abklärung bzw. Behandlung ergibt. Dieser Ansatz kann eine Vielzahl neuropathologischer und psychosozialer Befunde, die als Ursachen und Einflussfaktoren diskutiert werden, integrieren. Die beschriebenen biopsychosozialen Besonderheiten werden als Auslöser für die eingeschränkte Selbststeuerung der Aktivierung und Hemmung sowie die daraus resultierenden Kernsymptome Aufmerksamkeitschwäche, Impulsivität und Hyperaktivität gesehen (Barkley 1997a, b; Quay 1997).

1.3 Häufigkeit und Verlauf

Die weltweite Prävalenz der ADHS im Kindes- und Jugendalter liegt Metaanalysen aller verfügbaren internationalen Studien zufolge bei einem Mittelwert von 5,3% (Polanczyk et al. 2007). Die ADHS mit ihren verschiedenen Subtypen und Sekundärsymptomen stellt damit die häufigste kinderpsychiatrische Störung dar (Cantwell 1996). Erst in neuester Zeit sind hinreichend große epidemiologische Studien an Erwachsenen durchgeführt worden. Danach liegt bei Verwendung der DSM-IV-Kriterien die Prävalenz bei Erwachsenen international im Mittel

bei 3,4% bzw. in den USA bei 4,4% (Kessler et al. 2006; Fayyad et al. 2007). Für Deutschland wurde eine mittlere Prävalenzrate von 3,1% gefunden (Fayyad et al. 2007).

Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der im Kindesalter Betroffenen im Laufe der Adoleszenz keine Remission zeigt oder zumindest auch im Erwachsenenalter noch bedeutsame Residualsymptome aufweist (Steinhausen u. Sobanski 2010). Darüber hinaus nimmt die Gefahr von Komplikationen mit dem Alter stetig zu. Geschätzt wird, dass das Vollbild der ADHS bei bis zu 30% der Patienten auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt (Steinhausen u. Sobanski 2010). Definiert man lediglich subsyndromale Ausprägungen beeinträchtigender Kernsymptome als Kriterium, so sind diese bei bis zu 60% der Betroffenen noch im Erwachsenenalter zu finden (Retz et al. 2003). Des Weiteren tritt die ADHS weltweit unter verschiedenen soziokulturellen Bedingungen auf, ist also nicht auf die westlichen Industrienationen oder bestimmte soziale Schichten beschränkt (Barkley u. Murphy 1998). Insgesamt scheinen Männer häufiger betroffen zu sein als Frauen, wobei das Verhältnis von Männern zu Frauen im Erwachsenenalter mit 4,1:2,7 angegeben wird (Fayyad et al. 2007). Schweregrad, Komorbidität und Verlauf der Störung werden von vielfältigen psychosozialen Risikofaktoren beeinflusst (Lehmkuhl et al. 2009). Besonders ungünstige Verläufe zeigen sich, wenn eine ausgeprägte Hyperaktivität und Impulsivität sowie eine insgesamt breite Störungssymptomatik vorliegt (Kessler et al. 2006).

Zusammenfassung

Die relativ hohe Prävalenz und der starke Leidensdruck der Betroffenen führen zu starker Nachfrage an Interventionsansätzen. Die Erforschung des Störungsbildes, auch und gerade im Erwachsenenalter, sowie die Entwicklung adäquater Diagnose- und Therapieverfahren rücken seither zunehmend ins Zentrum wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses (Hesslinger et al. 2004).

1.4 Symptome und Charakteristik

Im Folgenden werden zunächst die Symptome ADHS-Betroffener und die damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben. Anschließend wird insbesondere auf das Stresserleben, Copingverhalten und die häufig berichteten Probleme bei der Durchführung von Entspannungsverfahren eingegangen. Zu guter Letzt stehen personale Ressourcen von ADHS-Betroffenen im Mittelpunkt.

1.4.1 Symptomatik

Die zentrale Symptomatik besteht in allen Altersstufen aus den drei Kernsymptomen Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität. Sie unterliegt jedoch, wie dies auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen der Fall ist, entwicklungspsychopathologischen Veränderungen. Hier spielen neben Copingstrategien auch Erziehungs- und Umgebungseinflüsse sowie die aktive Anpassung an eine Umwelt, in der zahlreiche syndromspezifische Verhaltensweisen sanktioniert werden, eine Rolle (Kahl 2007a). Um den Besonderheiten der Symptomatik bei Erwachsenen gerecht zu werden, hat Wender (1995) erwachsenenspezifische, psychopathologische Kriterien ausgearbeitet. Ihm zufolge stehen im Erwachsenenalter neben den bereits im Kindesalter nachweisbaren Kernsymptomen zusätzliche Funktionsbeeinträchtigungen im Vordergrund, zu denen auch die erhöhte Stressreagibilität zählt. Auf Letztere soll wegen ihrer Relevanz für das vorliegende Manual besonders ausführlich eingegangen werden.

Bereits die Kernsymptome der ADHS können in enger Beziehung zur Stressproblematik gesehen werden. Diese, so lässt sich vermuten, beeinflussen einerseits das Stresserleben, zum anderen liegt nahe, dass die Ausprägung der Kernsymptomatik wiederum durch Stress verstärkt wird. Im Folgenden sollen sämtliche von Wender (1995) postulierten Merkmale betrachtet und mögliche Konsequenzen für das Stresserleben abgeleitet werden.

■ Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit

Bei einer im Erwachsenenalter persistierenden ADHS dominieren die zentralen Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsleistungen. Die Betroffenen haben vor allem bei subjektiv weniger interessanten Tätigkeiten Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Der zum Teil chaotische Arbeitsstil erschwert die Planung und Durchführung von alltäglichen Aufgabenstellungen in Beruf und Privatleben. Zusätzliche Belastungen entstehen dadurch, dass Personen mit ADHS durch ihre starke Ablenkbarkeit zu Vergesslichkeit und zum Verlegen von Gegenständen neigen. Es lässt sich vermuten, dass dies die Entstehung belastender Situationen fördert.

Die verminderte Aufmerksamkeitsspanne wirkt sich auch auf zwischenmenschliche Beziehungen aus. So kann es zu Kommunikationsstörungen kommen, da die Betroffenen bei Gesprächen nicht bei der Sache bleiben und nicht zuzuhören scheinen. Die so entstehenden Missverständnisse und zwischenmenschlichen Konflikte können sich für sie und ihre Angehörigen zu einem weiteren Stressfaktor entwickeln.

■ Impulsivität

Konfliktpotenzial entsteht auch durch die zumindest situativ teils stark beeinträchtigte Selbstbeherrschung ADHS-Betroffener. Häufig handeln und entscheiden Menschen mit ADHS impulsiv und ohne langes Nachdenken. So kann es vorkommen, dass sie die Gespräche anderer unterbrechen, ihnen ins Wort fallen oder deren Sätze zu Ende sprechen. In Konfliktsituationen kommt es oft zu plötzlichen Wutausbrüchen oder übermäßigem Ärger. Allgemein wechseln erwachsene ADHS-Betroffene scheinbar unvorhersehbar und sprunghaft zwischen Plänen und Abläufen und stürzen sich unüberlegt in Projekte, deren Verfolgung sie auf lange Sicht nicht durchhalten können, was wiederum zu einem erhöhten Stresslevel führen kann. Hinzu kommen Probleme im Umgang mit Geld sowie eine erhöhte Risikofreudigkeit, die sich in der Suche nach Herausforderungen und Gefahren äußern kann (z. B. Krause u. Krause 2009). Sozial unangemessenes Verhalten führt zudem vermehrt zu Streitigkeiten und zieht eine Reihe von Problemen im familiären und beruflichen Bereich nach sich, die sich bei schlechter Passung mit dem sozialen Umfeld bis hin zu massiven Verhaltensauffälligkeiten entwickeln können. Im Sinne einer Abwärtsspirale führt der damit in Zusammenhang stehende Verlust einer stabilen Selbstwertschätzung bei ungünstigen Verläufen oft zu massiven Konflikten mit dem sozialen Umfeld und/oder dem Gesetz (Delinquenz, offen ausagierte Aggressivität).

■ Hyperaktivität

Die motorische Hyperaktivität, welche ein Kernsymptom des Erscheinungsbildes im Kindesalter ist, weicht bei Erwachsenen häufig einer „inneren Unruhe“. Anders als Kinder fallen die Betroffenen nicht mehr dadurch auf, dass sie im Zimmer herumlaufen oder über Tische und Bänke klettern, was sich durch neuronale Reifungsprozesse sowie die psychosoziale Adaptation und die Aneignung entsprechender Copingstrategien erklären lässt (Lehmkuhl et al. 2009). Vielmehr zeigen sich weniger offensichtliche Anzeichen der Hyperaktivität – die so genannten „Wender-Zeichen“ (Wender 1995): Erwachsene mit ADHS gestikulieren häufig stark und verändern im Sitzen vielfach ihre Position. Auch das Spielen mit kleinen Gegenständen sowie das Nägelkauen sind subtile Anzeichen innerer Unruhe.

Das Erleben von Nervosität und Rastlosigkeit stellt eine große Belastung für die Betroffenen dar, vor allem in Situationen, in denen Stillsitzen und Abwarten verlangt wird. Die Hyperaktivität ist jedoch nicht nur ein Stressfaktor, sondern verhindert darüber hinaus Möglichkeiten angemessener Erholung – reduziert also auch Ressourcen. Häufig berichten die Betroffenen, sich wie „aufgezogen“ zu fühlen und nicht entspannen zu können. Durch die

fehlenden Ruhezeiten stellt sich in den Abendstunden zwar eine starke Müdigkeit ein, doch der nicht enden wollende Gedankenfluss verursacht vielfach Einschlafprobleme, so dass die erhoffte Erholung ausbleibt (Dodson u. Zhan 1999; Schredl et al. 2006; vgl. auch Brown u. McMullen 2001; Rothenberger 2010).

■ Desorganisation

Menschen mit ADHS haben oft Schwierigkeiten, Termine und Zeitvorgaben einzuhalten. Auch können sie nur schwer Prioritäten setzen und besonders unter Druck kaum noch eigene Bedürfnisse mit denen der Mitmenschen in Einklang bringen. Dies wiederum führt oft zu Konflikten, beispielsweise der tatsächlichen (d. h. objektiven) und der „vom Betroffenen wahrgenommenen“ Wichtigkeit und Dringlichkeit alltäglicher Anforderungen. Häufig herrschen unsystematische Problemlösestrategien vor, und die Betroffenen wechseln sprunghaft zwischen verschiedenen Aktivitäten, ohne Angefangenes zu Ende zu bringen. Die mangelhafte Selbststrukturierung resultiert im Wesentlichen aus der starken Ablenkbarkeit, die in Verbindung mit Impulsivität die Entstehung von effektiven Selbstinstruktionen und Mustern behindert (Krause u. Krause 2009). Bei mangelnder Planungskompetenz ist selbst das Ausführen von vergleichsweise einfachen Arbeiten erschwert, weil es den Betroffenen an Struktur mangelt. Aufgrund dessen ist Menschen mit ADHS, vor allem bei beeinträchtigter Selbstwertschätzung (vgl. dazu auch Schütz 2005), eine realistische Zielsetzung erschwert. Diese zu entwickeln wäre letztendlich jedoch eine wichtige Voraussetzung für effizientes Arbeiten und realitätsnahe Kontroll- und Prüfprozesse. Es ist nachvollziehbar, dass das daraus entstehende Überforderungsgefühl in direktem Zusammenhang zum Stresserleben steht.

■ Stimmungsschwankungen

Aufgrund der starken emotionalen Reagibilität und der zumeist recht niedrigen Frustrationstoleranz schwankt die Stimmung ADHS-Betroffener häufig. So wechseln sich, wie bereits im Kindesalter, kurze Phasen der Niedergeschlagenheit mit Zeiten der Übererregtheit und Agitiertheit ab. Hier können schon kleine Anlässe zu rapiden Stimmungswechseln führen, wobei die affektiven Reaktionen durch die oben beschriebene Impulsivität intensiv und für das soziale Umfeld in der Folge oft problematisch sind (Hesslinger et al. 2004). Mit zunehmendem Alter scheint die Affektstabilität sogar noch intensiver zu werden. Durch die Häufung von persönlichen Misserfolgen und sozialen Frustrationen stellt sich vielfach ein Defizitgefühl mit reduziertem Selbstwert ein (Ryffel-Rawak 2003).

■ Explosives, hitziges Temperament

Die Betroffenen neigen zu kurzen, aber intensiven Wutausbrüchen und scheinen durch die oft geringe Frustrationstoleranz und hohe Impulsivität einen „niedrigeren Siedepunkt“ als andere Personen zu haben. Hier spielt im Verlauf auch das in der Adoleszenz häufig schon stark beeinträchtigte Selbstwerterleben der Betroffenen eine Rolle (Krause u. Krause 2009). Dessen langfristige Stabilisierung im Rahmen therapeutischer Interventionen sollte ein wichtiges Ziel sein.

■ Stressintoleranz

Die für das Kindesalter charakteristische allgemein geringe Toleranz gegenüber Belastungen und Frustrationen besteht auch im Erwachsenenalter fort und lässt sich ferner aus theoretischen Modellen der ADHS, die eine Störung exekutiver Funktionen postulieren, ableiten (Barkley 1997a; für einen Überblick siehe Lackschewitz 2008). Wender (1995) führt die geringe Stressintoleranz, die auch als „emotionale Überreagibilität“ bezeichnet wird, daher als eigenes Kriterium für die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter an. Hiernach haben ADHS-Betroffene Probleme, adäquat mit Stressoren umzugehen und zeigen in Belastungssituationen oft extreme emotionale Reaktionen. Diese können sich einerseits in übertriebener Ängstlichkeit, aber auch in überschießendem und aufbrausendem Verhalten äußern (Baer u. Kirsch 2010). Die Patienten beschreiben sich selbst häufig als gestresst (Ebert et al. 2003).

1.4.2 Fokus: Stresserleben, Stressbewältigung und Entspannung

Aufgrund der Bedeutsamkeit der Stressproblematik für das vorliegende Manual soll nun ausführlicher auf diese eingegangen werden.

In Bezug auf ADHS-Betroffene wird in klinischen Fallberichten häufig betont, dass sie sich bei Belastung leicht aus der Ruhe bringen lassen, durcheinander geraten und nervös werden (Krause u. Krause 2009). Oftmals bestehen zudem Probleme mit der Selbstkontrolle, so dass impulsive Aus- oder Zusammenbrüche unter Stress keine Seltenheit sind. Aufgrund ihrer großen Begeisterungsfähigkeit für Neues neigen Personen mit ADHS außerdem dazu, sich zu viele Aufgaben auf einmal vorzunehmen. Da ihnen dann vermehrt der Überblick fehlt, sind die begonnenen Projekte oftmals nicht mehr zu koordinieren – sie werden dann ignoriert und aufgeschoben. Die ungelösten Aufgaben führen in Verbindung mit der ohnehin geringen Frustrationstoleranz zu einem Überforderungs- und Ohnmachtsgefühl. Nicht selten werden schließlich Substanzen wie Nikotin, Koffein, aber auch Alkohol und

Drogen zur Selbstmedikation genutzt (Krause u. Krause 2009). Neben dem Substanzmissbrauch können auch das Burnout-Syndrom und depressive Störungen Folgen der langfristigen Überforderung und Selbstschädigung sein (Kahl 2007a).

■ Stresserleben und Coping

Einige der oben beschriebenen Zusammenhänge wurden bereits mittels verschiedener Studien zum Stresserleben und Bewältigungsverhalten von ADHS-Betroffenen überprüft. Beispielsweise führten Lackschewitz und Kollegen (2008) eine simultane Untersuchung von subjektivem Stresserleben und physiologischen Indikatoren der Stressreaktion an 18 erwachsenen ADHS-Patienten im Vergleich zu 18 gesunden Kontrollprobanden durch. Hierbei wurde der „Trier Social Stress Test“ (TSST; Kirschbaum et al. 1993) eingesetzt, bei dem die Studienteilnehmer mit einem standardisierten psychosozialen Stressor konfrontiert werden. Als abhängige Variablen erfassten Lackschewitz und Kollegen die subjektiv wahrgenommene aktuelle Beanspruchung und zusätzlich als autonome Maße den Cortisolspiegel im Speichel, die Herzrate sowie die Herzratenvariabilität unter verschiedenen Bedingungen (Ruhe, Stressantizipation, Stress, zwei Erholungsphasen). Während beide Gruppen bei der anfänglichen Ruhemesung vergleichbar waren, gab die Patientengruppe während der folgenden Phasen ein höheres Maß an subjektiv empfundenem Stress an. Dieses Beanspruchungsgefühl war nicht nur auf die eigentliche Konfrontation mit dem Stressor beschränkt, sondern zeigte sich bereits bei dessen Antizipation und blieb während der Erholungsphase weiter bestehen. In Bezug auf die autonomen Maße ergaben sich jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede. Tendenziell erwiesen sich Herzratenaktivität und Cortisolspiegel in der Patientengruppe sogar als niedriger. Auch wenn diese Befunde aufgrund der kleinen Stichprobe und des Laborcharakters nicht ohne Weiteres generalisiert werden können, geben sie doch erste empirische Hinweise darauf, dass ADHS-Patienten auf die gleichen Stressauslöser mit einem höheren Belastungserleben reagieren als Nichtbetroffene.

Zieht man Befunde aus alltagsnäheren Studien hinzu, so ergibt sich ein ähnliches Bild: Hirvikoski und Kollegen (2009) verglichen ADHS-betroffene Erwachsene mit gesunden Kontrollprobanden bezüglich des subjektiven Stresserlebens, der Menge der erlebten Stressoren im Alltag, des Cortisolspiegels im Urin unter Alltagsbedingungen sowie des Cortisolspiegels im Speichel unter Laborbedingungen. Die Gruppen waren bezüglich des Cortisolspiegels im Alltag sowie nach der Stressexposition im Labor vergleichbar. Bezüglich der psychologischen Maße zeigten sich jedoch auch hier ein signifikant höheres subjektives Stresserleben sowie ein höheres Maß an berichte-

ten Stressoren bei den ADHS-Patienten. Hirvikoski und Kollegen fordern auf Grundlage dieser Befunde eine stärkere Berücksichtigung des erhöhten Stresserlebens bei der Zusammenarbeit mit ADHS-Betroffenen.

Das Bewältigungsverhalten Erwachsener mit ADHS wurde erstmals von Young (2005) untersucht. Sie verglich die Copingstrategien ADHS-Betroffener mit denen gesunder Kontrollprobanden anhand der „Ways of Coping Scale“ (WCS; Lazarus u. Folkman 1984). Die ADHS-Gruppe nutzte häufiger als die Vergleichsgruppe maladaptive Copingstrategien wie Konfrontation, Flucht oder Vermeidung und verfolgte seltener konstruktive Strategien wie planvolles Problemlösen. Allerdings zeigte sich auch, dass ADHS-Betroffene in bestimmten Kontexten in der Lage sind, belastende Situationen in positiver Weise umzubewerten. Diese Fähigkeit deutet Young als wichtigen protektiven Faktor, der in klinischen Interventionen berücksichtigt werden sollte. Gleichzeitig fordert sie, die spezifischen Copingdefizite der Betroffenen weiter zu untersuchen und ein umfassendes Repertoire an Bewältigungsfähigkeiten, wie beispielsweise bezüglich der Selbstbeobachtung und Problemlösekompetenz, zu trainieren.

Lackschewitz und Kröner-Herwig untersuchten in einer weiteren, bisher unveröffentlichten Studie das reicherspezifische Stresserleben und Coping im Alltag an einer Stichprobe von 27 erwachsenen ADHS-Patienten im Vergleich zu 27 gesunden Kontrollprobanden. Zunächst wurde das subjektive Stresserleben mit dem „Trierer Inventar zum chronischen Stress“ (TICS; Schulz et al. 2004) erhoben. Hier fanden sich, analog zu den oben genannten Befunden, bei den ADHS-Betroffenen höhere Werte bezüglich des generellen Stresserlebens sowie spezifischer chronischer Alltagsstressoren. Die ADHS-Gruppe fühlte sich besonders durch starken Erfolgsdruck, Mangel an sozialer Anerkennung und chronische Besorgnis belastet. Zudem wurden mit dem „Stressverarbeitungsfragebogen“ (SVF120; Erdmann u. Janke 1997) Copingstrategien der Teilnehmer erfasst. Hier gaben die ADHS-Betroffenen an, über weniger funktionale, d. h. emotionsfokussierte und aktiv problemlösende Copingstrategien zu verfügen und zudem die vorhandenen Strategien selten zu verwenden. Stattdessen schienen sie eher zu dysfunktionalen Strategien zu neigen, deren Nutzung aber mit höherem Stresserleben verbunden ist. Während zwischen funktionalen Copingstrategien und Lebensqualität ein positiver Zusammenhang erkennbar war, ergab sich für jene Betroffene, die spezifische dysfunktionale Copingstrategien anwendeten, eine Verminderung der Lebensqualität.

■ Probleme mit Entspannung

Die Wirkung von Entspannungsverfahren auf ADHS-Betroffene wurde bisher kaum systematisch untersucht, jedoch finden sich in der Literatur vereinzelt Hinweise auf

große Wirkunterschiede (Petermann u. Petermann 2008; Petermann 2007; Petermann u. Menzel 2000; Schmid 2007). So „gehen Einschätzungen bezüglich Anwendbarkeit und Effektivität bei dieser Zielgruppe weit auseinander, häufig wird sogar von einer Kontraindikation von Entspannungsübungen bei ADHS gesprochen“ (Schmid 2007, S. 61). Bei Betroffenen mit einer neuronalen Unterstimulation sind sogar paradoxe Reaktionen auf Entspannungsverfahren möglich (Petermann u. Petermann 2008; Saile 2004). Solche Nebenwirkungen können von einer Verstärkung der inneren Unruhe bis hin zu Angstzuständen und nicht definierbaren Bedrohungszuständen reichen (Petermann 2007). Saile (2004) fordert eine empirische Abklärung hinsichtlich der Frage, ob und inwieweit Entspannungsverfahren bestehende Bausteine der ADHS-Therapie ergänzen und diese in deren Wirkung unterstützen können.

Zusammenfassung

Festzuhalten ist, dass die ADHS im Erwachsenenalter ein vielschichtiges Störungsbild mit komplexen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Symptombereichen ist. Das erhöhte Stresserleben dieser Zielgruppe sollte insofern im Kontext der übrigen Symptome gesehen werden. Eine Intervention zur Stressbewältigung bei ADHS-Betroffenen kann idealerweise der ADHS-spezifischen Symptomatik Rechnung tragen, indem sie nicht nur die Stressintoleranz, sondern auch die Rolle der übrigen Symptome wie Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität bei der Entstehung der Stressproblematik berücksichtigt.

1.4.3 Typische Ressourcen bei Menschen mit ADHS

Im Hinblick auf das oben beschriebene Krankheitsbild der ADHS muss beachtet werden, dass die Betroffenen häufig im Laufe ihres Lebens Kompensationsstrategien entwickeln. Zudem unterliegen die syndromspezifischen Einschränkungen in Abhängigkeit vom Reifegrad des Individuums deutlichen Schwankungen. Auch der situationale Kontext beeinflusst den Ausprägungsgrad der Kernsymptomatik (Brown 2000, 2004; Brown u. McMullen 2001), so dass die Störung als „chronisch, aber nicht allgegenwärtig“ beschrieben wird (Brown 2000, S. 132). In diesem Zusammenhang postulieren einige Autoren, dass ADHS sich nicht in einem generalisierten Defizit an Aufmerksamkeit äußert, sondern dass lediglich die Kontrolle der Betroffenen über ihr Aufmerksamkeitssystem eingeschränkt ist. Dies gilt umso mehr, wenn ihnen etwas subjektiv nicht interessant oder motivierend erscheint. Jedoch wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich Menschen mit ADHS bei starker Stimulation, bei

spielsweise durch Zeitdruck oder großes Interesse an einer Sache, offenbar extrem gut und dauerhaft konzentrieren können (Brown 2000, 2004; Hesslinger et al. 2004; Krause u. Krause 2009; Nadeau 1996). Auch scheinen die auf den ersten Blick zur Desorganisation neigenden ADHS-Betroffenen erstaunliche Fähigkeiten zu beweisen, wenn es darum geht, anderen Personen Hinweise für Strukturierung und effektives Verhalten zu vermitteln (Hesslinger et al. 2003; Bohus 2002, zit. nach Neuhaus 2005).

Es darf also nicht übersehen werden, dass ADHS-Betroffene oft auch über wichtige Kompetenzen und andere interne Ressourcen verfügen. Hinzu kommen, wie bei allen anderen Menschen auch, externe Faktoren, die sich im Verlauf des Stressgeschehens positiv auf das Bewältigungsverhalten auswirken und so die negativen Folgen chronischer und akuter Belastungen mindern (vgl. auch Salutogenesekonzept, Antonovsky 1987; ► Kap. 2). Diese ressourcenorientierte Sichtweise der ADHS wird von zahlreichen Autoren unterstützt (z. B. Droll 2004; Hartmann 1997; Neuhaus 2005), die beispielsweise betonen, „dass Menschen mit ADHS auch viele Eigenschaften und Talente haben ... , die sie gegenüber Menschen ohne ADHS auszeichnen und die ihnen auch viele Vorteile bringen können“ (Hesslinger et al. 2004, S. 15). So wird häufig beschrieben, dass Menschen mit ADHS neugierig, phantasievoll und risikobereit sind und sich durch eine rasche Auffassungsgabe, Flexibilität und Unkonventionalität auszeichnen (z. B. Neuhaus 2005; Hesslinger et al. 2004; Hallowell u. Ratey 1994). Neuhaus (2005) beschreibt ADHS-Betroffene zudem in vielen sozialen Situationen als besonders empathisch, offen, begeisterungsfähig und hilfsbereit.

Zur Systematisierung der vorhandenen Ressourcen (vgl. Hesslinger et al. 2004; Scholl 2008) eignet sich die in der folgenden ► Übersicht dargestellte Einteilung.

Typische Ressourcen ADHS-Betroffener

- Kognitive Besonderheiten
 - Häufige (Teilleistungs-)Hochbegabung
 - Kreativität, Fähigkeit, Probleme neu zu definieren
 - Rasche Auffassungsgabe, oftmals originell und phantasievoll durch vieldimensionale Wahrnehmung, Reizoffenheit, Flexibilität im Denken
 - Spontaneität und Fähigkeit zur Improvisation
- Emotionale und motivationale Besonderheiten
 - Offenheit, Humor, Spontaneität
 - Hyperfokussierung ermöglicht zielgerichtetes, konsequentes, kreatives Angehen einer Aufgabe
 - Begeisterungsfähigkeit
 - Oft Fähigkeit zu sportlichen Höchstleistungen

- Besondere Persönlichkeitsmerkmale
 - Stark ausgeprägter Gerechtigkeitsinn
 - Oft sozial sensibles, hilfsberechtigtes Verhalten
 - Schnelles Vergeben und Verzeihen
 - Offenes, freundliches, herzliches Gemüt
 - Liebe zu Tieren und der Natur

Auch wenn sich der umfassende empirische Nachweis der verschiedenen Ressourcen als schwierig erweist und dieser daher noch weitgehend aussteht, scheint ein ressourcenorientierter Ansatz für die therapeutische Arbeit mit ADHS-Betroffenen (Hesslinger et al. 2003; Monastra 2008) gerade auch im Rahmen eines Stressbewältigungstrainings vielsprechend (Eppel 2007). Die oben genannten Kompetenzen sollten sich dann entsprechend auch auf den Umgang mit Belastungssituationen anwenden lassen und im Rahmen des Stressbewältigungstrainings aktiviert werden. Diesbezüglich argumentiert auch Lackschewitz (2008), dass ADHS-Betroffene **kein allgemeines Copingdefizit** aufweisen, sondern teilweise über hilfreiche Bewältigungsformen wie Schuldabwehr, Ersatzbefriedigung und Trivialisierung verfügen. Auch wenn hier Verzerrungen durch den Selbstbericht nicht ausgeschlossen werden können, unterstreicht Lackschewitz, dass ADHS-Betroffene durchaus funktionale Strategien entwickelt haben mögen, diese aber offenbar lediglich weniger nutzen. Folgt man hierbei dem Ansatz der neuronalen Plastizität (Hebb 1949; vgl. auch Hüther 2010; Spitzer 2008), entsteht aus den genannten Ressourcen und bestehenden positiven Bewältigungsansätzen ein großes Potenzial für das Erlernen, Vertiefen und zukünftige Anwenden von Bewältigungsstrategien.

1.5 Komorbidität und assoziierte Probleme

1.5.1 Komorbide Störungen

Für die Diagnostik und Therapie der adulten ADHS ist von besonderer Bedeutung, dass sie, vor allem in klinischen Populationen, nur in seltenen Fällen als isolierte Störung auftritt (Freitag u. Retz 2007). Dies führt in Verbindung mit der mangelnden Kenntnis der vielgestaltigen Symptomatik dieses Krankheitsbildes häufig dazu, dass lediglich die komorbide Störung, nicht aber die ADHS erkannt und behandelt wird. Ein derartiges Vorgehen hat für die Betroffenen gravierende Folgen, da so eine effektive Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik sowie gleichzeitiger Sekundärsymptome ausbleibt (Krause u. Krause 2009). Dies kann letztlich zu einer Abwärtsspirale führen, die es den Betroffenen im Verlauf