

Vorwort

Das vorliegende Training ist aus der Zusammenarbeit mit Erwachsenen mit ADHS entstanden. Es sind Menschen, die sich im Umgang mit anderen, beim Studium, in der Schule oder im Beruf schwer tun. Sie können nicht lange bei einer Sache bleiben, sind recht unstetig in ihrer Lebensführung, reagieren rasch und unbedacht, haben einen nahezu unbegrenzten Optimismus und lernen nur wenig aus ihren Misserfolgen, sind innerlich unruhig und ständig auf dem Sprung. Daraus folgen Lebensprobleme, die zwar auch bei anderen Menschen vorkommen, bei Menschen mit ADHS aber oft regelhaft auftreten: Geldprobleme, Berufs- und Ausbildungsprobleme, Probleme mit den Eltern und Freunden, soziale Ängste und Anpassungsprobleme, die zwischen Unkonventionalität und wirklichem Unvermögen schwanken.

Diese Personen leiden an ADHS. Was heißt das aber? Aus der Zusammenarbeit mit Menschen mit ADHS haben wir gelernt, dass es um Einzelschicksale geht, bei denen einige Dinge nacheinander schief gelaufen sind: Die Schule war eher ein Hindernislauf, es fehlt an verlässlichen Freunden, der Beruf oder das Studium werden als eher langweilig empfunden, die Eltern sind keine wirkliche Unterstützung mehr und nun wird der Spielraum eng und Selbstzweifel sowie Ängste stellen sich ein. Unter dieser Perspektive ist ADHS eine allgemeine Bezeichnung für die derzeitigen Schwierigkeiten. Die Lebenswege, die dahin geführt haben, sind aber ganz unterschiedlich. Deshalb bezeichnet ADHS weniger eine bestimmte Verhaltenssymptomatik als vielmehr schwierige Lebenswege und eine insgesamt problematische soziale sowie berufliche Situation. ADHS bezeichnet gar nicht so sehr ein exaktes Störungsbild oder eine gemeinsame Störungsursache, sondern eher die Tatsache, dass die sozialen Rollen, die das Leben strukturieren und ihm Sinn geben, nur unzureichend ausgefüllt werden. Den betroffenen Personen fällt es einfach schwerer, die Rolle als Schülerin, Auszubildender, Studentin, Freundin, Familienvater, Ehefrau, Berufskollege etc. zu leben und auszufüllen.

Insofern steht der Begriff ADHS für ein gemeinsames Ziel: Den Menschen einen neuen Start zu ermöglichen, ihre Kräfte zu mobilisieren, ihre Vitalität und ihren Optimismus in Bahnen zu lenken und das nicht Gekonnte zu üben. Unter welchen Umständen kann das besser gelingen als in einer Gruppe, die sich als lernend und zukunftsorientiert begreift?

Das Manual ist mit tatkräftiger und ideenreicher Unterstützung von Kolleginnen und Studierenden zu Stande gekommen. Wir danken Frau Raven herzlich für die Organisation der Trainingskurse und die Durchführung der Eingangsgespräche. Sie hat weitreichend an der Abfassung des Kapitels zur Evaluation und an der Entwicklung der Einzeltrainings mitgewirkt, Daten analysiert, Konzeptionen erprobt und Textbeausteine redigiert. Darüber hinaus war sie in der Entwicklung und Abfassung des vorliegenden Manuals stets eine kompetente und umfassend informierte sowie inspirierende Diskussionspartnerin.

Frau Emrich war mit Engagement und exzellentem Können für die Literaturbeschaffung, die Überarbeitung der Texte und die Erstellung des Literaturverzeichnisses zuständig. Frau Heinen, Frau Ahlert und Frau Kummerfeldt haben die Protokolle zu den einzelnen Trainingssitzungen angefertigt. Ihnen gebührt Dank und Anerkennung für die außerordentlich gelungene Zusammenarbeit!

Köln, im Sommer 2008

*Gerhard W. Lauth
und Wolf-Rüdiger Minsel*

Lesehinweise

Dem unmittelbar an der Durchführung des Trainings interessierten Leser wird empfohlen, die folgenden Kapitel möglichst der Reihe nach zur Kenntnis zu nehmen:

- Kapitel 1: Erscheinungsbild,
- Kapitel 5: Diagnostik,
- Kapitel 7: Trainingskonzeption,
- Kapitel 8: Die sechs Trainingssitzungen,
- Kapitel 9: Kritische Situationen.

Kapitel 11 beschreibt Möglichkeiten zur Erweiterung des Trainings (z. B. Ärgerkontrolle, Lerntraining).

Die beigelegte CD-ROM berichtet, wie das Training mit einzelnen Patienten durchgeführt wird. Die Sitzungen werden zusammen mit den dazugehörigen Materialien so umfassend wiedergegeben, dass unmittelbar mit der Durchführung des Einzeltrainings begonnen werden kann.

Natürlich sollte sich der Anwender auch umfassend über den wissenschaftlichen Hintergrund des Trainings informieren. Das ist schon deshalb wichtig, um Rede und Antwort stehen und wis-

senchaftliche Kompetenz geltend machen zu können, beispielsweise im Gespräch mit dem Patienten, seinen Angehörigen oder mit anderen Therapeuten (Ärzten, Ergotherapeuten). Dazu ist es unabdingbar, dass auch die konzeptionellen Kapitel durchgearbeitet werden:

- Kapitel 2: Diagnosekriterien,
- Kapitel 3: Epidemiologie und Verbreitung der Störung,
- Kapitel 4: Bedingungsmodell zur ADHS im Erwachsenenalter,
- Kapitel 6: Interventionsmöglichkeiten (derzeitige Therapiemöglichkeiten und die Erfahrungen daraus auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse),
- Kapitel 10: Die wissenschaftliche Evaluation des hier vorgestellten Trainings.

Noch ein Hinweis zur Sprachwahl: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Buch meist auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung der verwendeten Begriffe, wie z. B. Patienten/innen, verzichtet. Dennoch gelten diese Begriffe im Sinne der Gleichbehandlung natürlich immer für beide Geschlechter.

Schulungsseminar zum Buch

Ausbildung zum ADHS-Trainer (Erwachsene) nach Lauth und Minsel

- Praxisnahe Aufbereitung der Inhalte zur direkten eigenen Umsetzung
- Wissenschaftlich fundierte Weiterbildung
- Akkreditierung durch Psychotherapeutenkammer
- Durchführung als zweitägige Schulung
- Zertifizierung durch Professor Lauth
- Bewerbung notwendig

Weitere Kursangebote online

Information und Anmeldung unter:

www.weiterbildung-lauth.de



Professor Lauth
Weiterbildung – Coaching – Beratung

Kontakt: E-Mail: info@weiterbildung-lauth.de | Fax: 02 21/20 42 46 06

Hinweise zur CD-ROM

Dem Buch ist eine CD-ROM mit den benötigten Materialien und Arbeitsblättern beigelegt. Auf dieser finden Sie drei Dateien:

1. Die Datei „Traineranweisung zum Einzeltraining“: Diese enthält eine genaue Anweisung für den Trainer, um mit einem einzelnen Klienten zu arbeiten. Darüber hinaus beinhaltet sie die benötigten Materialien.
2. Die Datei „Arbeitsheft zum Einzeltraining“ mit dem Arbeitsheft und den Materialien für die Therapie eines einzelnen Klienten.
3. Die Datei „Arbeitsheft zum Gruppentraining“ mit dem Arbeitsheft und den Materialien für das Training von Erwachsenen mit ADHS in Gruppen.

Das Arbeitsheft zum Einzeltraining eignet sich als Begleitmaterial für eine offene Therapie, bei der zwar andere Themen (z. B. Paarprobleme, soziale Anpassungsschwierigkeiten) im Vordergrund stehen, gleichzeitig aber auch eine ADS-Problematik vorliegt. In diesem Falle werden die Aufgaben im Arbeitsheft regelmäßig und möglichst eigenständig vom Klienten bearbeitet. Die Ergebnisse – beispielsweise die Wochenaufgaben, Tagesstrukturierungen, Analysen – werden in den Therapiesitzungen besprochen und mit den anderen Themen verknüpft.

Zu den Begriffen ADS und ADHS

ADS, ADHS, ADHD, HKS? Welche Bezeichnung ist richtig? Hinsichtlich der korrekten Störungsbezeichnung kann tatsächlich beträchtliche Verwirrung entstehen, denn es gibt verschiedene Versionen. Der wissenschaftliche Begriff lautet „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Die Bezeichnung stammt aus dem *Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)*, das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wird. Es führt die genauen Kriterien an, die bei einer Diagnose erfüllt sein müssen. Im Moment gilt das DSM-IV-TR. Die Vorgängerversionen davon hießen DSM-IV, DSM-III-R, DSM-III oder DSM-II. Die Anhänge R oder TR besagen, dass es sich um eine Revision (R) oder eine Textüberarbeitung (Textrevision – TR) handelt. Die DSM-IV-TR-Kriterien werden besonders in der Wissenschaft angewendet, weil sie so genau sind.

Abgekürzt wird die Störung als ADHS bezeichnet. Das heißt nichts anderes als **A**ufmerksamkeits**d**efizit-/**H**yperaktivitätsstörung. Manchmal findet sich auch die aus dem Englischen stammende Abkürzung ADHD (für „**A**ttention **D**eficit/**H**yperactivity **D**isorder“).

Das DSM-IV-TR unterscheidet zwischen verschiedenen Subtypen der Störung: Einem Mischtypus, bei dem sowohl Hyperaktivität/Impulsivität als auch Unaufmerksamkeit vorliegen, einem Subtypus mit vorherrschender Unaufmerksamkeit

und einem dritten Subtypus mit vorherrschender Hyperaktivität und Impulsivität. Es hat sich eingebürgert, diese Subtypen auch in der Abkürzung zum Ausdruck zu bringen. ADHS bezeichnet den Mischtypus, ADS (bzw. AD(H)S) bedeutet, dass Unaufmerksamkeit vorherrscht und keine pathologische Hyperaktivität/Impulsivität besteht; ADH(S), dass Hyperaktivität/Impulsivität besteht und keine pathologische Unaufmerksamkeit vorliegt.

Weil diese Begriffe so sperrig sind, hat sich im Deutschen der Begriff Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) eingebürgert. Meistens wird der Begriff allgemein verwendet, ohne dass ein bestimmter Subtypus gemeint ist. So ist es auch in unserem Buch.

Im *International Classification of Mental Diseases (ICD-10; WHO, 2005; deutsch Dilling, Mombour & Schmidt)* wird die Störung als hyperkinetische Störung (F90) bezeichnet, wobei verschiedene Unterformen unterschieden werden (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, sonstige hyperkinetische Störung). Weil diese Klassifikation aber die motorische Unruhe hervorhebt, die bei den Erwachsenen nicht mehr im Vordergrund steht, wird dieser Begriff nur selten für die Bezeichnung von Erwachsenen verwendet. Die dazugehörige Abkürzung lautet HKS (**H**yper**k**inetische **S**törung).

Kapitel 1

Erwachsene mit ADHS – Erscheinungsbild

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen ist durch ein Bündel von Verhaltensschwierigkeiten gekennzeichnet, die sich hauptsächlich in einer übermäßigen Unaufmerksamkeit, voreiligem Handeln (Impulsivität) und motorischer Unruhe (Hyperaktivität) bemerkbar machen. Dies zeigt sich beispielsweise in:

- Mangelnder Konzentrationsfähigkeit, geringer Ausdauer bei Aufgaben, großer Ablenkbarkeit, Flüchtigkeitsfehlern und dem Übersehen von wichtigen Details sowie darin, dass Dinge angefangen, aber nicht beendet werden (Unaufmerksamkeit).
- Vorschnellen Entscheidungen, unbedachtem Umsetzen von Ideen, wenig überlegtem Vorgehen, nicht abwarten können, in Gespräche anderer unangemessen hineinzuplatzen (Impulsivität).
- Innerer Unruhe, dem Gefühl von Spannung und Getriebensein, ständigem „Auf-Achse-Sein“ (Hyperaktivität).

Bei Erwachsenen tritt die motorische Unruhe in den Hintergrund. So haben Barkley, Murphy und Fischer (2008, S. 49) ermittelt, wie oft bei Erwachsenen mit ADHS eine Störung mit Hyperaktivität vorliegt und wie oft Unaufmerksamkeit vorherrscht. Von 146 Erwachsenen mit ADHS waren 47 % vorherrschend unaufmerksam, 42 % gehörten dem Mischtyp an, 7 % Prozent waren vorherrschend hyperaktiv und 5 % wiesen nur eine Restsymptomatik auf. Demnach herrscht bei Erwachsenen mit ADHS ein unaufmerksamer und motorisch unruhiger/impulsiver Verhaltensstil vor, der durch Vergesslichkeit, unzureichende Aufmerksamkeit, mangelnde Konzentration, hohe Ablenkbarkeit, geringe Ausdauer sowie durch fehlerhaftes und flüchtiges Arbeiten gekennzeichnet ist. Termine werden vergessen, Absprachen nicht eingehalten, Details übersehen oder Dinge verlegt. Der Betroffene ist irgendwie „schusselig“, fahrig, unkonzentriert und nicht recht bei der Sache. Wenn es um Sorgfalt und genaue Planung geht, erschöpfen sich die Geduld und Ausdauer meistens recht schnell. Vieles wird angefangen, aber selten etwas zu Ende gebracht. Außerdem

werden wichtige Aufgaben wieder und wieder aufgeschoben.

Auch ist ein impulsives, sprunghaftes und risikoreiches Verhalten zu beobachten. Die Betroffenen kürzen aus Ungeduld, aber auch aus Blauäugigkeit, Planungen ab, vertrauen darauf, „dass es schon gut gehen wird“ und neigen zu raschen Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“. Sie gehen unbedacht vor, nehmen große Risiken auf sich und handeln sich Schwierigkeiten ein, die eigentlich leicht vorherzusehen gewesen wären (z. B. werden Termine nicht eingehalten, das Vorhaben scheitert wegen Anfängerfehlern, die teure Anschaffung war überflüssig, beim Autofahren kommt es immer wieder zu brenzligen Situationen). Teilweise liegt das auch an der mangelnden Vorerfahrung und dem übergroßen Optimismus dieser Menschen.

Die Beeinträchtigung hat auch Anteile von motorischer Unruhe. Jedoch steht nicht mehr die offene Bewegungsunruhe im Vordergrund, sondern die innere Ungeduld und Anspannung. Das Zuhören fällt schwer, das Stillsitzen in Konferenzen wird zur Tortur, die vertiefte Auseinandersetzung mit einer Sache führt zu Gereiztheit, das Einhalten einer vorgeschriebenen Routine löst Unwillen aus, Abwarten weckt Ärger und Gereiztheit und Stillstand führt zu heftiger innerer Anspannung. Die eigenen Wünsche und Ziele sollen möglichst umgehend erfüllt werden, ständig soll etwas Neues passieren. Den Freunden, Lebenspartnern und Bezugspersonen im Alltag fällt die Rastlosigkeit, Umtriebigkeit und eigenwillige Selbstbezogenheit auf.

Weil die Ergebnisse dieses Handelns oft unangemessen, unzureichend und ungenau sind, kommt es zu schulischen, beruflichen und sozialen Schwierigkeiten. Angehörige, Partner, Lehrer und Vorgesetzte erleben die Betroffenen als unzuverlässig und wenig belastbar. Sie sehen sich zu vermehrter Aufsicht und Kontrolle gezwungen. Außerdem entwickeln sie nur geringes Vertrauen in die Fähigkeiten des Betroffenen und meiden die Zusammenarbeit.

Im sozialen Bereich gelten Menschen mit ADHS als höchst individualistisch, eigenwillig oder sogar egozentrisch. Der Umgang mit ihnen ist häufig wenig ertragreich, meistens sogar schwierig, weil sie sich kaum an die sozialen Spielregeln halten, eher unzuverlässig sind (z. B. Termine nicht einhalten), anderen wenig einfühlsam begegnen und es ihnen teilweise an sozialer Geschicklichkeit fehlt. Sie leben eher ihr eigenes Leben mit einer oft höchst eigenen Tagesstruktur (z. B. spät zu Bett gehen, spät aufstehen, nachts arbeiten). Deshalb fällt es ihnen oft schwer am sozialen Leben ihrer Umgebung teilzunehmen, was ihre Selbstbezogenheit und Eigenwilligkeit vermehrt. Viele ziehen sich auch aus dem sozialen Leben zurück und leiden unter dem Alleinsein. Ihr Leben ist sehr auf die eigene Person bezogen. Selten aber wird dieser Lebensstil freiwillig gewählt, sondern ergibt sich meistens aufgrund mangelnder sozialer Kompetenzen und der großen Eigenwilligkeit im Lebenswandel. Auch die Kontakte mit der Herkunftsfamilie und engen Verwandten sind oft unbefriedigend, weil es in der Vergangenheit bereits vielfältige Auseinandersetzungen und Konflikte um Leistungen (Schule, Berufsausbildung, Studium) und das Zusammenleben (Verantwortlichkeit, Erwachsenwerden) gab. Eines der Hauptprobleme besteht dann auch darin, dass die Betroffenen keine soziale Einbettung haben, die regulierend wirkt. Niemand teilt den Tag. Selten, dass jemand zur Verfügung steht, der ermutigt, motiviert, unterstützt und mit Hinweisen hilft. Der typische Erwachsene mit ADHS lebt eher für sich.

In der Folge stellen sich auch Probleme am Arbeitsplatz, Partnerschaftsprobleme und finanzielle Schwierigkeiten ein, was die soziale Anpassung erschwert. Die Erwachsenen sind weniger gut in der Lage, ihrer sozialen Rolle beispielsweise als Ehepartner, Arbeitskollege, Vereinsfreund, Vater, Mutter etc. zu genügen. Das liegt teils daran, dass ihnen diese Rollen nicht zusagen und sie diese als beengend und veraltet sowie allzu konventionell und bindend empfinden, aber auch daran, dass ihnen diese Rollen seltener angetragen werden.

In der Schule erreichen Menschen mit ADHS meist schlechtere Noten und Schulabschlüsse, das Lernen macht ihnen weniger Freude und ihr Begabungsselbstbild ist gering. Aufgrund dieser ungünstigeren Ausgangsbedingungen stellen sich dann oft auch Folgeprobleme in der Berufsaus-

bildung, dem Studium oder Beruf ein: Sie brechen im Vergleich zu anderen die Schule, Ausbildung oder das Studium weit öfter ab, ihr Arbeitsverhältnis wird öfter beendet (Barkley et al., 1990; 1991; Heiligenstein et al., 1999; Weyandt & DuPaul, 2006). Mit der Zeit stellen sich bei einem kleineren Teil der Betroffenen weitere Probleme ein. Zusätzlich zu den ADHS-Symptomen entwickeln sich Suchterkrankungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Laufkötter et al., 2005; Ohlmeier et al., 2005) sowie bei manchen dissoziales und delinquentes Verhalten (Schmidt et al., 1991; Satterfield, Satterfield & Schell, 1987).

Die Alltagsprobleme unterscheiden sich aber oft von Person zu Person: Der eine schiebt die Dinge lange auf; der andere fängt fröhlich und optimistisch an, lässt die begonnene Aufgabe aber bald unerledigt liegen. Abbildung 1 zeigt die Belastungsprofile von zwei Erwachsenen (siehe Fragebogen zum Funktionsniveau, S. 55 ff.):

- Sabine (24 Jahre, Studentin, Deutsch und Musik im Lehramt) fällt es schwer, die Dinge einzuordnen (Ordnen), ihnen ihren Stellenwert zu geben (Planen). Ihre Probleme sind aber nur darauf begrenzt. Ihre Stärke ist, dass sie gut mit Menschen umgehen kann und mehrere gute Freunde hat.
- Frank (30 Jahre, angehender Börsenmakler) tut sich schwer beim Lernen (Erkennen), kann Dinge schlecht behalten (Gedächtnis), plant überaus sorgfältig und macht sich viele Gedanken über seine Vorhaben (Planen), setzt sie aber nicht um (Anfangen) und kann schließlich die Dinge nicht nach ihrem wirklichen Stellenwert einordnen (Ordnen). Im Umgang mit seinen Mitmenschen fühlt er sich schnell unsicher und unwohl (Soziales).

Insofern ist immer mit einer gewissen Bandbreite an Alltagsproblemen zu rechnen. Daraus ergibt sich, dass diese Probleme in der Diagnostik genau erfasst und im Training möglichst gezielt behandelt werden müssen.

Die Beschreibung des Erscheinungsbildes der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wäre unvollständig, ließe man die ausgesprochenen *Stärken* der Betroffenen außer Acht: Sie sind neugierig, beharrlich in ihrem Streben, nicht nachtragend, oft kreativ und innovativ. Sie können sich rasch umstellen und viele sind zum

Beispiele für die Alltagsprobleme von Erwachsenen mit ADHS (Studierende aus einem Trainingskurs)

Bei fast allen Teilnehmern fanden sich ähnliche Schwierigkeiten:

- Es fehlt eine feste Tagesstruktur, der Tag wird teilweise durch eine Fülle von Vorhaben überfrachtet und entgleitet oft bereits beim Aufstehen.
- Unangenehme Aufgaben werden häufig extrem lange aufgeschoben („procrastination“). Oft rücken Nebensächlichkeiten (Küche aufräumen, etwas im Internet klären) so in den Vordergrund, dass alles andere darüber vergessen wird.
- Viele verschiedene Dinge werden angefangen und zunächst mit großem Eifer betrieben, doch bei den ersten Schwierigkeiten wieder aufgegeben.
- Eine Aufgabe oder ein Projekt wird zwar sorgfältig geplant, aber es wird kein verbindlicher Vorgehensplan dafür festgelegt, sondern mehrere, quasi beliebige Szenarien erstellt. Wenn die Aufgabe dann angegangen wird, steht einfach nicht fest, wie sie gelöst werden soll und worauf es ankommt.
- Es besteht wenig Selbstvertrauen und der ADHS-Patient hat sich „ständig irgendwie selbst in Verdacht“. Er beobachtet sich und seine Arbeitsfortschritte argwöhnisch, was seine Ablenkbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten verstärkt.
- Es besteht meistens nur wenig Kontakt zu anderen Menschen. Die Betroffenen leben weitgehend sozial isoliert. Viele leiden unter sozialen Ängsten oder zeigen ein deutlich unangemessenes Sozialverhalten (z. B. Widerspruch nicht ertragen können, Jähzorn, „Ausflippen“).
- Die Betroffenen haben häufiger Streit oder Missverständnisse mit Angehörigen und Freunden. Auch fühlen sie sich oft unverstanden.
- Die eigenen Schwierigkeiten stehen den Betroffenen sehr deutlich vor Augen und sie denken sehr stark an die Dinge, die sie eigentlich erledigen sollten und aufgeschoben haben.
- Aus der eigentlichen ADHS-Problematik resultieren weitere Probleme, wie heftige Stimmungsschwankungen, Alltagsprobleme (z. B. ein unorganisierter Haushalt), soziale Ängste. Oft entlasten sich die Betroffenen durch ablenkende Tätigkeiten (Fernsehen, Internet, Wegräumen) oder Drogenkonsum (Alkohol, Zigaretten, Haschisch).

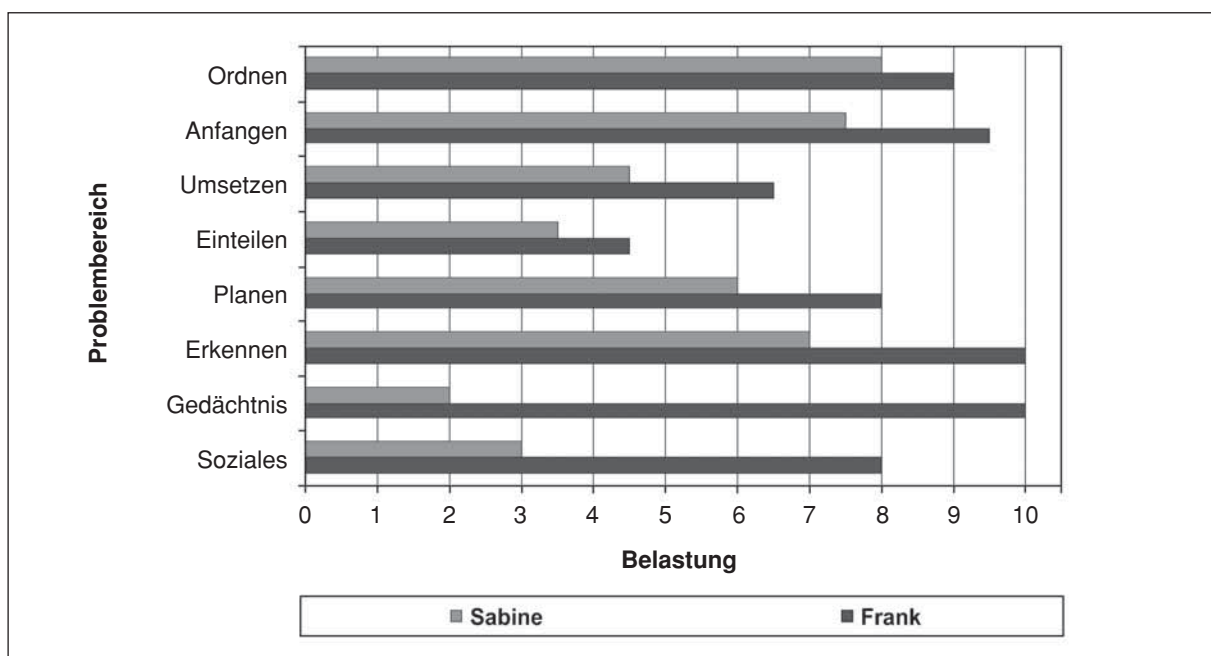


Abbildung 1: Exemplarische Belastungsprofile von zwei Erwachsenen mit ADHS

„Multitasking“ (mehrere Aufgaben parallel bearbeiten) in der Lage. In vielen Tätigkeitsbereichen ist das von ausgesprochenem Vorteil (z. B. in der Rezeption bei einer Messe, als Kellner, im Verkauf, im Mutter sein, bei Haushaltstätigkeiten, als Politiker).

Die Betroffenen besitzen oft sogar eine beträchtliche Leistungsfähigkeit, gepaart mit Vitalität, Neugier und Innovationsfähigkeit. Wenn es die Möglichkeit gibt, wählen viele von ihnen Tätigkeiten und Berufe, in denen sie selbstständig arbeiten können und einen größeren Spielraum haben: Künstlerische und schauspielerische Tä-

tigkeiten oder handwerkliche Berufe, die den Aufenthalt im Freien beinhalten und mit größerer körperlicher Beanspruchung einhergehen (etwa Dachdecker, Gärtner). Die vorliegenden Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass diese Personen dann ihre Stärken oft besser zur Geltung bringen können und zu zuverlässigen und belastbaren Arbeitskollegen werden. Geradezu legendär ist der Gerechtigkeitssinn, der Personen mit ADHS bescheinigt wird. Und in der Tat: Sie setzen sich oft für Schwächere ein und haben einen ausgeprägten Sinn für Fairness und Wertschätzung.

Kapitel 2

Klassifikation und Diagnosekriterien

ADHS wird durch Merkmale von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität definiert. Was darunter zu verstehen ist und wie die Störung im Genauen bestimmt wird, wird im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR) genau beschrieben.

Die derzeitigen Leitlinien sehen für die Diagnosestellung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung folgende Maßnahmen vor:

1. Ein Interview mit dem Patienten über seine derzeitige Lebenssituation.
2. Eine Prüfung, ob die Kriterien einer ADHS sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter vorlagen und vorliegen. Hierzu werden in aller Regel Fragebögen eingesetzt, die die Symptome in der Kindheit und zum jetzigen Zeitpunkt abfragen (z. B. Wender Utah Rating Scale; Symptomliste nach DSM-IV-TR).
3. Die Feststellung möglicher komorbider Störungen (u. a. Depression, Angststörungen, Sucht).
4. Eine testpsychologische Untersuchung, die aus einem mehrdimensionalen Intelligenztest (z. B. dem Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene; HAWIE) oder einem speziellen Aufmerksamkeitsstest (z. B. der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung; TAP) und einem Leistungstestverfahren (z. B. Continuous Performance Test, CPT) besteht.

Wie üblich, sind organische Verursachungen der Störungen (z. B. Hirntumore) bei Verdacht anhand einer internistischen oder neurologischen Untersuchung auszuschließen. Ferner wird ein Interview mit den wichtigen Vertrauenspersonen des Betroffenen empfohlen (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003).

Die Störung wird bei Erwachsenen diagnostiziert, wenn *sowohl* im Kindesalter *als auch* aktuell eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung festgestellt wird.

2.1 Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche

Im Folgenden werden die Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche aus dem DSM-IV-TR aufgeführt. Dort wird die Störung als „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; Nr. 314)“ bezeichnet und anhand folgender Merkmale erfasst:

- Durch charakteristische Verhaltensmerkmale für Unaufmerksamkeit (etwa: Unaufmerksamkeit gegenüber Details, häufige Sorgfaltsfehler, geringe Ausdauer), Überaktivität (etwa: fuchtelt mit Händen und Füßen herum, verlässt den Platz im Klassenraum, läuft in unpassenden Situationen herum oder klettert extensiv, ist beim Spielen unnötig laut) und Impulsivität (etwa: platzt häufig mit der Antwort heraus, kann nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist, stört und unterbricht andere häufig).
- Diese Verhaltensmerkmale müssen seit mindestens sechs Monaten beobachtet worden sein.
- Die „Verhaltensprobleme“ sollen vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben. (Bei Vorschulkindern soll nur eine extreme Ausprägung der oben genannten Verhaltensmerkmale zur Diagnose führen.)
- Die Verhaltensprobleme müssen gemessen am Alter und Entwicklungsstand des Kindes abnorm ausgeprägt, also deutlich unangemessen und abweichend sein.
- Die Merkmale der Unaufmerksamkeit und der Hyperaktivität müssen in mehr als nur einem Lebensbereich registriert werden, also beispielsweise sowohl zu Hause als auch im Klassenraum oder beim Spielen oder in der Klinik.
- Die genannten Verhaltensmerkmale müssen darüber hinaus so beschaffen sein, dass sie ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursachen.

Ausschlusskriterien

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist hingegen auszuschließen, wenn anderweitige klinische Auffälligkeiten wie Affektive Störungen (ICD-10: F30–F39), Angststörungen (ICD-10: F40–F43), Schizophrenie (ICD-10: F20) oder tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84) vorliegen. Ferner ist ein plötzlich einsetzendes hyperaktives Verhalten (bei Kindern im Vorschulalter) eher als reaktiv bedingt zu sehen und führt deshalb nicht zur Diagnose.

Aufgrund der Tatsache, dass die oben genannten Kardinalsymptome (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) unabhängig voneinander auftreten können, ergeben sich verschiedene Störungskombinationen. Sie werden als Subtypen der Störung bezeichnet. Man unterscheidet folgende Störungsformen: Ein Mischtypus, bei dem sowohl Merkmale der Unaufmerksamkeit als auch solche der Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen; ein vorherrschend unaufmerksamer Typus, bei dem nur die Merkmale der Unaufmerksamkeit erfüllt sind, während Hyperaktivität/Impulsivität fehlen und zuletzt ein vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus, bei dem ausschließlich die Merkmale von motorischer Unruhe und Impulsivität anzutreffen sind, nicht aber die der Unaufmerksamkeit. Der vorwiegend unaufmerksame Typus tritt bereits bei Kindern am häufigsten auf, für Erwachsene trifft das noch verstärkt zu.

Außerdem wird im DSM-IV-TR eine teilremitierte Form der Störung erfasst, bei der die oben

genannten Störungsmerkmale nicht zur Gänze vorhanden sind, aber noch einzelne Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszumachen sind. Dies ist besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen zu finden.

2.2 Diagnosekriterien für Erwachsene

Es gibt laut DSM-IV-TR und ICD-10 keine gesonderten Kriterien für das Vorliegen der Störung im Erwachsenenalter. Kriterium ist hier, dass in der Symptomskala (z. B. Fragebogen „Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR“, siehe S. 57 ff.) mindestens 6 Verhaltenssymptome einer Kategorie (Unaufmerksamkeit oder Impulsivität) angekreuzt sind und die Störung nicht besser durch eine andere psychische Beeinträchtigung erklärt werden kann (z. B. Schizophrenie; ICD-10: F20).

Eine ADHS im Erwachsenenalter wird dann diagnostiziert, wenn sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch aktuell eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung belegt werden kann. Das Vorliegen der Störung im Kindes- und Jugendalter kann entweder durch eine in der Vergangenheit erstellte Diagnose oder durch eine rückblickende Befragung mit der Wender Utah Rating Scale (Rösler et al., 2008; siehe. S. 45 ff.) untermauert werden.