

Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter

Julia Geissler
Timo D. Vloet
Marcel Romanos
Ulrike Zwanzger
Thomas Jans

Ein modular aufgebautes Therapieprogramm

Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter

**Julia Geissler
Timo D. Vloet
Marcel Romanos
Ulrike Zwanzger
Thomas Jans**

Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter

Ein modular aufgebautes Therapieprogramm

Dr. Julia Geissler, geb. 1981. 2002–2008 Studium der Psychologie in Würzburg. Seit 2011 tätig an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg. 2013 Promotion.

PD Dr. Timo D. Vloet, geb. 1974. 1995–2001 Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen. 2006–2016 Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Aachen. 2012 Habilitation. 2013 Hermann-Emminghaus-Preis. 2015 Auszeichnung zum RWTH Lecturer. Seit 2016 Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Würzburg.

Prof. Dr. Marcel Romanos, geb. 1975. 1995–2002 Studium der Humanmedizin in Würzburg und Hamburg. 2004 Promotion. Seit 2008 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2009 Habilitation. Ab 2010 W2-Professur an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 2012 Lehrstuhl und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Würzburg.

Dipl.-Psych. Ulrike Zwanzger, geb. 1980. 2001–2007 Studium der Psychologie in Würzburg. 2008–2016 tätig an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg. Seit 2016 tätig an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter in Nürnberg. 2014 Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

PD Dr. Thomas Jans, geb. 1968. 1989–1995 Studium der Psychologie in Würzburg. Seit 1995 tätig an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg, seit 2012 als leitender Psychologe. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. 2001 Promotion. 2017 Habilitation.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Illustrationen: © Karla-Gerlinde Schraut, Rosenheim
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2979-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2979-4)

ISBN 978-3-8017-2979-0

<http://doi.org/10.1026/02979-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Kapitel 1: Einleitung	9
1.1 Symptomatik, Komorbidität und Verlauf	9
1.2 Diagnostik	10
1.2.1 Diagnostiksysteme ICD-10 und DSM-5	10
1.2.2 Diagnosestellung	10
1.2.3 Differenzialdiagnostik	15
Kapitel 2: Ätiologie	17
Kapitel 3: Pharmakotherapie der ADHS	18
3.1 Psychostimulanzien	18
3.2 Atomoxetin (ATX)	20
3.3 Guanfacin (GXR)	21
Kapitel 4: Forschungsstand zur Verhaltenstherapie bei ADHS	23
Kapitel 5: Konzept des Therapiemanuals	25
Kapitel 6: Manual zur Kurzzeit-Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ADHS	27
6.1 Struktur des Therapiemanuals	27
6.2 Ablauf der Therapiesitzungen	28
6.3 Kurzvorstellung der Therapieinhalte	29
6.3.1 Basis- und Abschlussmodul	29
6.3.2 Schwerpunktmodule	30
6.4 Hinweise zur Modulauswahl	32
6.5 Inhalte der einzelnen Therapieeinheiten	34
6.5.1 Basismodul: ADHS und ich	34
6.5.2 Modul A: Mit System läuft's – Verbesserung von Alltagsorganisation und -planung	39
6.5.3 Modul B: Volle Konzentration – Kampf gegen Chaos, Ablenkbarkeit und Aufschieberitis	44
6.5.4 Modul C: Think Positive – Die Macht der positiven Gedanken	48
6.5.5 Modul D: Das Emotions-Modul – Der richtige Umgang mit (negativen) Gefühlen	55
6.5.6 Modul E: Weniger Stress – mehr Zufriedenheit: Strategien zum Problemlösen und gegen Stress	60
6.5.7 Modul F: Das Medikations-Modul – Den richtigen Umgang mit der ADHS-Medikation finden	66
6.5.8 Modul G: Die Suche nach dem Kick	74

6.5.9	Modul H: Verbesserung der familiären Kommunikation (Für Jugendliche und Eltern)	80
6.5.10	Modul I: Erziehungscoaching (Für Eltern)	85
6.5.11	Modul J: Die eigene Gesundheit im Blick behalten (Für Eltern)	90
6.5.12	Abschlussmodul: Wiederholung der wichtigsten Therapieinhalte	93
Literatur		95
Anhang		100
	Übersicht über die Arbeitsblätter auf der CD-ROM	100

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (vgl. www.adobe.com/de/reader) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Warum denn das? Noch ein Manual zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)? Gibt es nicht schon genug davon?!

Dazu lässt sich Folgendes sagen: Ja, es wird genug Manuale geben, wenn es noch dieses eine Manual gibt! Dieses Manual hat ein Alleinstellungsmerkmal und füllt so eine Lücke im „Werkzeugkasten Psychotherapie ADHS“.

Was ist also das Besondere an diesem Manual? Es ist spezifisch auf das Jugendalter zugeschnitten! Es ist voll bewährter, evaluierter verhaltenstherapeutischer Therapiesystematik und doch erlauben die übersichtlichen zehn Module und eine Fülle von Arbeitsvorlagen ein auf den einzelnen Patienten individuell zugeschnittenes Behandeln. Es gibt viele Arbeitsblätter – diese dienen jedoch nicht der Belehrung, wovon Jugendliche mit ADHS oft schon längst „die Nase voll haben“. Es sind Arbeitsblätter zum Selbstverständnis und zur Stärkung von Selbstwirksamkeit, so dass der jugendliche Patient Klarheit und Kompetenzen gewinnt, was zur Selbstwertentwicklung beiträgt und Bewältigungsspielräume öffnet: Was ist mein eigenes Anliegen, und welches sind meine mir selbst gegebenen Begabungen und familiären und gesellschaftlichen Ressourcen zur besseren Lebensbewältigung? Der Patient steuert so – allerdings mit vorgegebener evaluierter therapeutischer Systematik und in professioneller Obhut – selbst aktiv die Entwicklung von Störungsbewusstsein und -verständnis sowie von Therapiemotivation mit und ist mitgestaltend bei inhaltlichen Therapieschritten im Rahmen der Module.

Mit der Offenheit für eine individuelle Anpassung therapeutischer Maßnahmen entgeht das Manual dem üblichen Vorwurf an manualisierte Therapien, dass nämlich dem Patienten, weil er vornehmlich wie auf der Schulbank standardisiert vorgegebenes „ohne Rücksicht auf Verluste“ (Drop-out ist „non-compliance“, eben „Pech gehabt und selber schuld“) zu lernen hätte, Lernpflichten auferlegt würden, die an seinem spezifischen Hilfebedarf und Begabungsprofil der Selbsthilfe u. U. rücksichtslos vorbeigehen und langweilen.

Natürlich gilt im Manual das Augenmerk zunächst den Kernsymptomen von ADHS (Abgelenktheit, Impulskontrollschwäche und Hyperaktivität, die im Jugendalter oft das geringere Problem ist), sonst wäre das Manual nicht störungsspezifisch. Aber es ist eben auch alters- bzw. entwicklungsangepasst, „handwerklich“ auf das alltägliche Problemfeld und den Handlungsspielraum des jeweiligen Jugendlichen zugeschnitten. ADHS beinhaltet bei Jugendlichen andere altersspezifische Symptomausprägungen als etwa bei Kleinkind und Kind, andere Begleitstörungen (Komorbidität: Depression, Angststörung), Fragestellungen (Selbstwert, Freundschaftsbeziehungen), Gefährdungen (Dissozialität, Suchtmittelkonsum, Schulversagen, Risikoverhalten) und somit auch altersspezifische individuelle Anliegen. Andererseits verfügt zugleich der Jugendliche über andere, gegenüber dem früheren Kindesalter wesentlich erweiterte und erweiterbare Handlungsspielräume zur Selbsthilfe (Selbständigkeit, kognitive Reife). Darauf nimmt das Manual entscheidend Rücksicht, was ihm ein weiteres Alleinstellungsmerkmal gibt.

Zehn Module und eine stattliche Anzahl von Arbeitsvorlagen ergeben – einem reichlich und professionell ausgestatteten Werkzeugkasten gleich – eine kompetente Handreichung, die auf evaluierten Prinzipien kognitiver Verhaltenstherapie gründet. Besonderes Qualitätsmerkmal ist dazu die Erfahrung der Autorengruppe: Sie hat langjähriges Praxiswissen in Diagnostik und Behandlung von Patienten mit ADHS angehäuft. Darüber hinaus hat sie aber noch aus begleitenden wissenschaftlich anspruchsvollen Therapiestudien zu ADHS

im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (Klinische Forschergruppe ADHS, Multicenter Therapiestudie ADHS) in auch international begutachteter Schule gelernt, therapeutisch „die Spreu vom Weizen zu trennen“, Wichtiges und Wirksames der Therapie zuzuführen und Nebensächlichkeiten bei Seite zu lassen und systemische wie auch psychopharmakologische Aspekte in der Psychotherapie nicht zu vernachlässigen. Denn, obwohl oder gerade weil es ein verhaltenstherapeutisches Konzept ist – ein psychotherapeutisches also – fehlt es in dem Manual nicht an Anleitung, die psychoedukativen und therapeutischen Ressourcen von Elternarbeit und medikamentöser Behandlung von ADHS im Jugendalter zu thematisieren. Das Manual spielt pädagogische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsansätze nicht gegeneinander aus, vielmehr sind sie den gerade erschienenen S3-Leitlinien ADHS entsprechend in Beziehung gebracht.

Die Module geben jeder Sitzung eine klare inhaltliche, zeitliche, materielle (Arbeitsblätter) und organisatorische Struktur. Die Arbeitsblätter sind aufgabenorientiert, textlich knapp und durchaus nicht unbedingt immer leicht verdauliche Lektüre – eben dem Jugendalter angepasst –, sehr klar in den Anweisungen zur Selbsthilfe, zugleich aber mit Bildern, Schemata und Materialien attraktiv ausgestattet. Inhaltlich befassen sich die Module u. a. mit Störungsbewusstsein, Selbstorganisation, Strategien der Emotions- und Stressregulation, der Selbstwirksamkeit und Compliance bei Medikation.

Der Jugendliche lebt nicht im Labor. Familie, Schule und Freizeitbereiche, Facebook und das Internet überhaupt, die Follower bei Instagram, oder auch Auslandsreisen sind mehr oder weniger seine Welt. Bei all dieser Außenbestimmtheit gibt es aber die reflektierte intime subjektive Welt des Jugendlichen, vielleicht die stille und doch mächtige Sehnsucht, nach viel Versagenserleben und einer „Marathonstrecke“ von „nicht richtig und nur Sorge und Ärger sein“, Liebe und Wertschätzung erfahren zu dürfen; vielleicht bestimmen Schuldgefühle und Versagensängste und eine unbeantwortete Sinnfrage inneres Leiden.

Die systemischen Aspekte und die subjektiven Erlebensweisen haben in den Modulen ihren Platz oder die Module geben Freiräume dazu. So sind beispielsweise neben den Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen auch Eltern-Kind-Module obligatorisch. Selbstfürsorge und das Leben mit selbst kranken Eltern sind nicht nur Stichworte, sondern Behandlungsgegenstand.

Complianceprobleme sind in der Therapie der ADHS gleichsam störungsspezifisch, insbesondere bei Jugendlichen. Die Zeit ist nicht nur bei den Eltern und außerfamiliären Bezugspersonen, sie ist auch bei den Jugendlichen knapp bemessen. Termine sind regelhaft sehr flexibel einzusetzen. Das modulare System des Manuals gibt dazu die Möglichkeit. Jedes Modul verteilt sich auf zwei einstündige Sitzungen, die sich flexibel dem „Tempo“ des Patienten anpassen lassen. Unterbrechungen durch Krankheit oder Ferienabwesenheit sind kein grundsätzliches Complianceproblem.

Kurz: Das Manual empfiehlt sich dringend für die Handbibliothek jedweder Berufsgruppe, die sich der Psychotherapie von Jugendlichen mit ADHS widmet. Es ist ein „professioneller therapeutischer Werkzeugkasten“, es enthält dazu eine praxisbewährte, wissenschaftlich fundierte Gebrauchsanweisung, auf das Jugendalter bezogene Leitlinien. Therapeutische Arbeit soll lösungsrelevant wirksam sein, sie möge dazu Patient und Therapeuten wechselseitig zu einer Beziehung verhelfen, zu Klarheit auch, die wechselseitig zu Orientierung, Lösungskompetenz und Wertschätzung verhilft und die bei aller Mühsal der therapeutischen Zusammenarbeit Freude und manches Lachen nicht nur zulässt, sondern auch fördert. Das Manual dient diesem Anliegen. Und so möge das Manual reichlich Freunde und Verwendung finden.

Würzburg, im Frühjahr 2019

Andreas Warnke

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Symptomatik, Komorbidität und Verlauf

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt mit einer Prävalenz von 3–6 % die häufigste psychiatrische Störung des Kinder- und Jugendalters dar und zeigt eine hohe Persistenz ins Erwachsenenalter (30–85 %; Biederman, Petty, Evans, Small & Faraone, 2010; Dalsgaard, 2013). Die ADHS weist eine deutliche Geschlechterwendigkeit auf. Jungen sind etwa 3 bis 9 Mal so häufig betroffen wie Mädchen (Polanczyk, de Lima, Horta, Biedermann & Rohde, 2007), wobei derzeit noch unklar ist, ob die aktuellen Klassifikationskriterien beziehungsweise der auf Fremdbeurteilungen gestützte Diagnoseprozess die ADHS-Symptomatik bei Mädchen adäquat abbilden (Biederman, Mick et al., 2002; Nussbaum, 2012; Milenet et al., 2018).

Expansive Symptome mit Einschränkungen der Aufmerksamkeit sowie impulsives bzw. hyperaktives Verhalten sind eine häufige Problematik in der kindlichen Entwicklung. Dennoch erfüllt nur ein Teil der betroffenen Kinder die Diagnosekriterien einer ADHS. Diese sind gekennzeichnet durch ein situationsübergreifendes Verhaltensmuster in mindestens einem von drei Kernbereichen: 1) altersunangemessene motorische Unruhe, 2) Unaufmerksamkeit mit mangelnder Ausdauer und Organisationsfähigkeit und 3) maladaptive Impulsivität, die insgesamt mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereich (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006) und hohen sozioökonomischen Kosten (Schlander, Trott & Schwarz, 2010a, b) einhergehen.

Es ist zumeist eine frühe Manifestation der Symptomatik (vor dem 6. Lebensjahr) zu beobachten. Im Kindesalter imponieren im Alltag neben dem starken Bewegungsdrang eine niedrige Frustrationstoleranz sowie eine ausgeprägte Sprunghaftigkeit (verminder-

tes Durchhaltevermögen, schnelles Gelangweilt-Sein von Tätigkeiten) und ein wenig sorgfältiger, oberflächlicher Arbeitsstil. Diese Symptome wirken sich deutlich negativ bei strukturierten Abläufen und Aufgaben aus, welche vor allem im schulischen Kontext gefordert werden, und führen häufig zu Leistungsproblemen. Bei etwa 60 % der Kinder wird zusätzlich eine oppositionelle Verhaltensstörung diagnostiziert.

Mit steigendem Lebensalter tritt die motorische Symptomatik meist in den Hintergrund und Defizite in der Emotionsregulation sowie komorbide Erkrankungen und eine oft ausgeprägte Selbstwertproblematik gewinnen an Bedeutung. Adoleszenten Patienten¹ fällt es sehr schwer, die mit zunehmendem Alter steigenden Anforderungen nach einer selbstständigen Strukturierung des Lebensalltages zu erfüllen. Neben dem geringen Durchhaltevermögen bereiten ihnen oft auch ausgeprägte Gefühlsschwankungen und defizitäre Emotionsregulationsfähigkeiten, eine leichte Beeinflussbarkeit sowie eine Neigung zu Risikoverhalten Schwierigkeiten (Vloet, Konrad & Herpertz-Dahlmann, 2009). Infolgedessen weisen die Patienten ohne Behandlung eine hohe Zahl an Misserfolgserlebnissen auf, was im Entwicklungsverlauf häufig starke Selbstwertprobleme und eine hohe Misserfolgserwartung nach sich zieht. Vor diesem Hintergrund entwickelt ein Teil der Patienten im Verlauf eine manifeste Angst- oder depressive Störung (Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura & Mattos, 2009; Segenreich et al., 2015). Im Jugendalter zeigen sich bei knapp der Hälfte der ADHS-Patienten zusätzlich auch dissoziale Verhaltensstörungen (Kohn & Esser, 2008), wobei die Kombination von ADHS und Störung des Sozialverhaltens mit einem erhöhten Risiko für Suchtmittelmissbrauch einhergeht (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990).

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die parallele Verwendung von weiblichen und männlichen Formen verzichtet. Selbstverständlich sind Frauen und Männer bzw. Mädchen und Jungen immer gleichberechtigt gemeint.

Entgegen früherer Annahmen ist von einer erheblichen Persistenz der Symptomatik über die Adoleszenz hinaus auszugehen. Bis Ende der Neunzigerjahre ist angenommen worden, dass die ADHS im Erwachsenenalter überhaupt nicht auftritt. Heute ist hingegen gut belegt, dass gerade die Aufmerksamkeitsstörung bei vielen betroffenen Erwachsenen das Krankheitsbild dominiert, während hingegen die Ausprägung motorischer Hyperaktivität meist abnimmt. Oft ist bei betroffenen Erwachsenen neben der Aufmerksamkeitsstörung noch ein risikosuchendes Verhalten zu beobachten (Vloet, Konrad & Herpertz-Dahlmann, 2009).

Angesichts der sich verändernden individuellen Schwierigkeiten sind Behandlungsangebote notwendig, welche die Bedürfnisse und Ressourcen der verschiedenen Altersbereiche in Betracht ziehen. Zentral ist es außerdem, in der Behandlung nicht nur die Kernsymptomatik der ADHS zu fokussieren, sondern auch komorbide Schwierigkeiten und assoziierte Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

1.2 Diagnostik

1.2.1 Diagnostiksysteme ICD-10 und DSM-5

Die Symptome der ADHS sind in verschiedenen Ausprägungen auch in der psychiatrisch gesunden Allgemeinbevölkerung zu finden und stellen ein Kontinuum dar. Betroffene mit ADHS unterscheiden sich von der Allgemeinbevölkerung vor allem durch Schweregrad und Grad der Beeinträchtigung durch die Symptomatik.

Die „International Classification of Diseases, 10th Revision“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) beschreibt unter der Kategorie der Hyperkinetischen Störungen (F90.-) die *Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* (F90.0), die *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (F90.1) bei gleichzeitigem Vorliegen der Symptome einer ADHS sowie einer Störung des Sozialverhaltens, die *Sonstigen hyperkinetischen Störungen* (F90.8) und die *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* (F90.9). Die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität findet in der ICD-10 Eingang als *Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (F98.8).

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition“ (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA, 2013, 2018) beinhaltet die Diagnose der *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-*

störung. Hier wird zusätzlich Bezug genommen auf die aktuelle Erscheinungsform – vorwiegend unauffälliges, vorwiegend hyperaktiv-impulsives oder gemischtes Erscheinungsbild – als zusätzliches deskriptives Merkmal. Der Hauptunterschied zur ICD-10 besteht im Heraufsetzen des Ersterkrankungsalters von bisher 7 auf nun 12 Jahre sowie der Absenkung der erforderlichen Mindestanzahl erfüllter Kriterien in den Bereichen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität von 6 auf 5 ab einem Alter von 17 Jahren, um der entwicklungsbedingten Teilremission vor allem hyperaktiv-impulsiver Symptome Rechnung zu tragen.

Während in der ICD-10 die Symptomatik vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben muss, wurde im DSM-5 diese Altersgrenze auf 12 Jahre erhöht. Dies sowie das im DSM-5 breiter gefasste Verhaltensspektrum im Vergleich zur ICD-10 wird zukünftig wahrscheinlich mit einer tendenziellen Erhöhung der Prävalenzraten einhergehen (Dalsgaard, 2013). Darüber hinaus unterscheidet das DSM-5 inzwischen drei Subtypen, wodurch ihre Heterogenität reduziert wird.

Einschränkungen in Bezug auf die Eignung der Diagnosekriterien ergeben sich sowohl in Bezug auf die Abbildung der erwachsenen Manifestation der ADHS als auch der Erfassung des klinischen Bildes bei weiblichen Patienten. Diese Einschränkungen bestehen auch im DSM-5 fort, wobei im Gegensatz zum DSM-IV auch Beispiele für Verhaltensauffälligkeiten im Erwachsenenalter gegeben werden.

Einen Vergleich der Diagnosekriterien der ADHS in den weltweit gebräuchlichsten Diagnostiksystemen ICD-10 und DSM-5 ist in Tabelle 1 zu finden.

1.2.2 Diagnosestellung

Einen aktuellen Überblick über die diagnostische Strategie gibt die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2017).

Die Diagnose einer ADHS sollte im Kindes- und Jugendalter in jedem Fall von einem Psychotherapeuten oder Facharzt gestellt werden:

- im Kindes- und Jugendalter durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendmedizin,
- im Erwachsenenalter durch einen Psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie oder psychosomatische Medizin

Tabelle 1: Diagnosekriterien der ADHS in ICD-10 und DSM-5

	Hyperkinetische Störungen (F90) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis nach ICD-10²	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Diagnostische Kriterien nach DSM-5³
Unaufmerksamkeit	<p>G1. <i>Unaufmerksamkeit</i>: Mindestens sechs Monate lang bestanden mindestens sechs der folgenden Symptome in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden können) 5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren 6. vermeiden 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. 	<p>A. Ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität, wie in (1) und/oder (2) beschrieben, welches das Funktionsniveau oder die Entwicklung beeinträchtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unaufmerksamkeit⁴: Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus: <p>Beachte: Die Symptome sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder der Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z.B.: übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau). b. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten (z.B.: hat während Unterricht, Vorträgen, Unterhaltungen oder längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben). c. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen (z.B.: scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkungen). d. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende (z.B.: beginnt mit Aufgaben, verliert jedoch schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt). e. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z.B.: hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein).

2 Abdruck erfolgt aus Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort (2016)

3 Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe, 2. Aufl.: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

4 Kriterium A1

Tabelle 1: Fortsetzung

	Hyperkinetische Störungen (F90) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis nach ICD-10 ²	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Diagnostische Kriterien nach DSM-5 ³
Unaufmerksamkeit		<ul style="list-style-type: none"> f. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z.B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Ausarbeiten von Berichten, Ausfüllen von Formularen, Bearbeiten längerer Texte). g. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug, Geldbörsen, Schlüssel, Arbeitspapiere, Brillen, Mobiltelefone). h. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken (bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen können auch mit der aktuellen Situation nicht in Zusammenhang stehende Gedanken gemeint sein). i. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen umfasst das Vergessen auch Telefonrückrufe zu tätigen, Rechnungen zu bezahlen, Verabredungen einzuhalten).
Überaktivität	<p>G2. Überaktivität: Mindestens sechs Monate lang bestanden mindestens drei der folgenden Symptome in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Sitzenbleiben erwartet wird 3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder 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. 	<p>2. Hyperaktivität und Impulsivität⁵: Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:</p> <p>Beachte: Die Symptome sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. b. Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z.B.: verlässt eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderem Arbeitsplatz oder in anderen Situationen, die erfordern, am Platz zu bleiben). c. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Beachte: Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.) d. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.

5 Kriterium A2

Tabelle 1: Fortsetzung

	Hyperkinetische Störungen (F90) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis nach ICD-10 ²	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Diagnostische Kriterien nach DSM-5 ³
Überaktivität		<p>e. Ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie „getrieben“ (z.B.: kann nicht über eine längere Zeit hinweg ruhig an einem Platz bleiben bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z.B. in Restaurants, bei Besprechungen; dies kann von anderen als Ruhelosigkeit oder als Schwierigkeit erlebt werden, mit dem Betreffenden Schritt zu halten).</p> <p>f. Redet häufig übermäßig viel.</p>
Impulsivität	<p>G3. Impulsivität: Mindestens sechs Monate lang bestand mindestens eines der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>g. Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist (z.B.: beendet die Sätze anderer; kann in Unterhaltungen nicht abwarten bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist).</p> <p>h. Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z. B. beim Warten in einer Schlange).</p> <p>i. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B.: platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).</p>
Zusätzliche Kriterien	<p>G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.</p> <p>G5. <i>Symptomausprägung</i>: Die Kriterien sollen 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 z.B. meist unzureichend.)</p> <p>G6. Die Symptome G1.–G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.</p> <p>G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine Angststörung (F41).</p>	<p>B. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität treten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf.</p> <p>C. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (z.B. zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit; mit Freunden oder Verwandten; bei anderen Aktivitäten).</p> <p>D. Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren.</p> <p>E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder -entzug).</p>