



Einführung

ADHS ist ein Störungsbild der Lebensspanne, das im Kindesalter seine Wurzeln hat und auch im Jugend- und Erwachsenenalter zu deutlichen Beeinträchtigungen führen kann (Schmidt et al., 2012). Im Kindesalter zeigt sich die Störung durch die typischen Symptomkonstellationen aus Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Oft lassen sich damit verknüpfte Verhaltensweisen schon im Vorschulalter feststellen (so z. B. eine erhöhte Ablenkbarkeit oder starke Schwierigkeiten, konzentriert dabei zu bleiben). Gerade in der Grundschule kommen dann aber weitere Belastungen dazu, die sich aus den neuen Anforderungen an die Kinder ergeben (Schmidt & Petermann, 2008; Zenglein et al., 2013). Darüber hinaus werden Beeinträchtigungen sichtbar, die sich als weitere Folgen der Störung beschreiben lassen. Viele ADHS-betroffene Kinder leiden an weiteren psychischen Störungen, wie z. B. Angststörungen oder Depressionen. In Abhängigkeit des Verlaufs der Störung über die Lebensspanne kann es im Jugendalter zu einem Anstieg aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen kommen (Mordre et al., 2011) und auch Substanzmittelkonsum tritt häufiger auf (McCabe et al., 2016; Schmidt & Petermann, 2008).

Die Jugendlichen, die schon frühzeitig schulische Probleme aufweisen, erreichen oft niedrigere Bildungsabschlüsse als diejenigen ohne ADHS, was wiederum einen negativen Einfluss auf die beruflichen Möglichkeiten ausüben kann (Brod et al., 2012). Auch im Erwachsenenalter kann ADHS zu verschiedenen Beeinträchtigungen führen (z. B. Schwierigkeiten in der Alltagsstrukturierung), die Probleme in Haushalt und bei der Arbeit nach sich ziehen können. Psychische Probleme zeigen sich beispielsweise in einem ebenfalls erhöhten Auftreten von Depressionen oder auch aggressivem Verhalten. Zudem weisen Studien, die sich mit dem gesundheitsökonomischen Einfluss der ADHS beschäftigen, auf eine signifikant höhere Kostenbelastung im Gesundheitswesen durch die Störung hin (Chorozoglou et al., 2015). Neben den durch die Störung verursachten Kosten, die durch medizinische und psychotherapeutische Behandlung entstehen, sind dabei auch Kosten relevant, die sich aus krankheitsbedingten Arbeits- oder auch Produktionsausfällen ergeben.

Dieser bewusst negativ dargestellte Verlauf zeigt vor allem eines:



Die Diagnose einer ADHS führt in allen Altersgruppen gleichermaßen zu deutlichen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. ADHS belastet nicht nur die Betroffenen und ihr familiäres und soziales Umfeld selbst, sondern wirkt sich ebenfalls auf weitere Bereiche des Gesundheitswesens aus.

Für die Praxis ergibt sich damit die Notwendigkeit eines möglichst frühen Eingriffs in einen solchen Verlauf und dabei soll das vorliegende Tools-Buch helfen.

Inhalte des Tools-Buches

Mit diesen Materialien in dem vorliegenden Tools-Buch verfolgen wir das Ziel, einen soliden Werkzeugkoffer für die praktische Arbeit mit ADHS-betroffenen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zusammenzustellen. Der Aufbau des Buches ist an den diagnostischen und therapeutischen Prozess angelehnt, wie er in der Praxis in der Regel erfolgt.

- (1) Diagnostik
- (2) Exploration von Eltern, Jugendlichen und Lehrkräften
- (3) Therapieziele und Therapiemotivation
- (4) Psychoedukation
- (5) ADHS und Schule
- (6) Pharmakotherapie bei ADHS

- (7) Ressourcen
- (8) Selbstinstruktionen
- (9) Emotionsregulation
- (10) Soziale Kompetenz
- (11) Motivationshilfen
- (12) ADHS und Bewegung
- (13) ADHS und Exekutivfunktionen
- (14) Eltern- und Familienarbeit

Die Inhalte der Arbeitsblätter berücksichtigen die folgenden Sichtweisen:

- ▶ **Konkrete Hilfestellung.** Die Therapie-Tools basieren auf einem praxisnahen Ansatz, mit welchem wir insbesondere solche Inhalte anführen, die sich aus unserer Sicht in der Behandlung von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen bewährt haben. Dabei wird weniger auf eine ganz konkrete therapeutische Richtung abgezielt als vielmehr auf die Frage, was gut funktioniert.
- ▶ **Vielfalt und Aktualität.** Es gibt eine Vielzahl etablierter Methoden und Strategien zur Behandlung der ADHS in der Lebensspanne. Wir greifen dazu auf bekannte Ansätze zurück und versuchen, auch neue und vielleicht noch nicht so etablierte Methoden einzubeziehen (so z. B. der Blick auf exekutive Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen mit ADHS).
- ▶ **Eltern- und Familienarbeit.** ADHS zeigt sich weniger in der 1 : 1-Betreuung und der Einzeltherapie eines Kindes mit ADHS. ADHS wird im Zusammenleben ein Problem! Häufig entsteht gerade durch die Beeinträchtigungen in der Familie oder der Schule der größte Leidensdruck. Materialien zur Eltern- und Familienarbeit räumen wir daher einen großen Stellenwert ein.

ADHS in der Lebensspanne

ADHS ist ein komplexes Störungsbild, welches sich aus Beeinträchtigungen in den Bereichen biologischer, psychologischer und sozialer Systeme zusammensetzt. In etwa 60 bis 70 Prozent der Fälle wird ADHS vererbt, sodass das Risiko bei Kindern, sofern sie aus einer ADHS-belasteten Familie kommen, größer ist. Dieses »genetische Risiko« schließt weiter biologische Aspekte mit ein. So stehen bestimmte Neurotransmitter, die für eine Vielzahl verschiedener Aufmerksamkeitsprozesse elementar sind, im Ungleichgewicht. Darauf baut die Psychopharmakotherapie einer ADHS auf (s. INFO 8 *Pharmakotherapie bei ADHS – Was man wissen sollte!*). Diese biologische Komponente einer ADHS führt dazu, dass es den ADHS-Betroffenen viel schwerer fällt, den alltäglichen Anforderungen im Kindergarten, in der Schule oder dem Beruf gerecht zu werden. Eine erhöhte Ablenkbarkeit (Impulsivität), Schwierigkeiten, konzentriert an einer Aufgabe zu arbeiten (Aufmerksamkeit), oder aber eine starke (innere) Unruhe sind dann die typischen Kernelemente der Störung, die sich bei den Betroffenen unterschiedlich stark (und in einem unterschiedlichen »Mischungsverhältnis«) auswirken. Im Alltag ist dies oft problematisch und belastet das soziale System der Betroffenen. Schwierigkeiten im Umgang mit Freunden und Bekannten, Ärger innerhalb der Familie – das sind überaus häufig benannte Probleme bei ADHS-Betroffenen. Daraus entsteht ein erheblicher Leidensdruck (psychologische Komponente), der in mehreren Lebensbereichen seinen Ausdruck findet.

Wenngleich sich dieses Modell auf alle Altersgruppen der ADHS-Betroffenen übertragen lässt, so sind die Kernsymptome sehr stark an das Alter geknüpft.

Vorschul-/Grundschulalter

Im Vorschul-/Grundschulalter kommt es oft zu Beeinträchtigungen dahingehend, dass Spiele nicht zu Ende gespielt werden, eine erhebliche motorische Unruhe vorliegt oder Verhaltensprobleme bei Gemeinschaftsaufgaben auftreten (Kindergarten). In der Grundschule werden die Anforderungen an die Aufmerksamkeit dann noch einmal erhöht, indem leises und konzentriertes Arbeiten und die Konfrontation mit zum Teil unbeliebten Aufgaben hinzukommen. Zu Hause wird dann insbesondere die Hausaufgabensituation als besonders belastend

erlebt. Im Falle einer Komorbidität mit weiteren Lernstörungen, wie z. B. der Lese- und Rechtschreibschwäche (vgl. Karande et al., 2007), ist das Vorhandensein von Symptomen einer ADHS dann noch einmal als besonders belastend hervorzuheben. Zudem kommt es in dieser Altersgruppe häufig zu einer Entwicklung von schul- und leistungsbezogenen Ängsten. Das Vorhandensein dieser Ängste erhöht gleichermaßen das Risiko für depressive Störungen, was sich im Verlauf zum Jugendalter weiterhin ungünstig auswirken kann (Elia et al., 2008).

Jugendalter

Eine große Aufgabe ist das Meistern der Pubertät mit ADHS. Klassische Entwicklungsaufgaben, wie z. B. die Ablösung vom Elternhaus oder auch die besondere Bedeutung der Identitätsentwicklung, sind von ADHS beeinflusst und belasten Jugendliche mit der Störung in besonderem Ausmaß (Merkt & Petermann, 2015). An dieser Stelle ist auch auf den Einfluss von Familienmitgliedern und Gleichaltrigen hinzuweisen: Eine gegebenenfalls ablehnende Haltung erhöht das Risiko einer affektiven Störung (Fogleman et al., 2016; Humphreys et al., 2013), was vor dem Hintergrund der Aktivierung von Ressourcen innerhalb der Familie relevant ist. Gleichaltrige können Jugendliche mit ADHS so beeinflussen, dass stark ausgeprägte externalisierende Verhaltensstörungen (z. B. Aggressivität, dissoziales Verhalten) und Substanzmissbrauch auftreten. Diese sind in der Regel allerdings auch mit dem frühen Auftreten von Verhaltensstörungen verknüpft und selten kausal auf ADHS zurückzuführen (Lahey et al., 2005), was wiederum für eine frühe Intervention bei Kindern spricht.

Erwachsenenalter

Wenngleich nicht Teil dieses Tools-Buchs, so sollte dennoch die Prognose der ADHS im Erwachsenenalter kurz angesprochen werden. Hier sind zwei Perspektiven einzunehmen:

- (1) Da eine genetisch-biologische Disposition einen wesentlichen Anteil an der ADHS ausmacht, ist es auch denkbar, dass ein Elternteil des Kindes ebenfalls von ADHS betroffen ist. Dies ist für die Arbeit mit den ADHS-betroffenen Familien zu berücksichtigen.
- (2) Gerade Jugendliche mit ADHS zeigen im Übergang zum Erwachsenenalter oft sehr ähnliche Beeinträchtigungen wie Erwachsene mit ADHS, sodass es aus unserer Sicht notwendig ist, einschlägige Symptome und Problemfelder von Erwachsenen mit ADHS zu kennen.

Im Erwachsenenalter lässt sich ein großes Problemfeld schon durch Schwierigkeiten im Meistern typischer alltäglicher Anforderungen aufzeigen. Auch hier sind Probleme bei der Erledigung beruflicher Anforderungen oder familiäre Konflikte elementar. Dabei ist ein starker Zusammenhang mit desorganisiertem Verhalten hervorzuheben, der sich auf die Alltags- und Aufgabenstrukturierung auswirken kann. Auch führen impulsives Verhalten sowie Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation zu Beeinträchtigungen in Beruf und Familie.

In der Gesamtschau psychosozialer und umgebungsbedingter Faktoren wird deutlich, dass bestimmte Gesichtspunkte der Störung in konkreten Lebensabschnitten besonders wesentlich sind. Wenngleich die Kenntnis dieser Risiken für die Arbeit mit den Betroffenen relevant ist, so ist es gerade für die therapeutische Arbeit elementar, Ressourcen zu finden, zu aktivieren und einzubinden. So ist das Ausmaß einer ADHS auch davon abhängig, ob und wie den negativen Auswirkungen der Störung kompensatorisch entgegengetreten werden kann. Gelingt es, dass aufgrund vorhandener Ressourcen die Auswirkungen der Störung abgemildert oder kompensiert werden können, so ist bereits ein ganz wesentliches Ziel im therapeutischen Prozess erreicht.

Gestaltung und Einsatz der Tools-Arbeitsmaterialien

Um sich im Tools-Buch schnell und effektiv zurechtzufinden, sind auf allen Arbeits- und Infoblättern Icons abgebildet. Anhand dieser Icons können Sie direkt sehen, für wen das vorliegende Arbeitsblatt gedacht ist und wie es gehandhabt werden soll. Die folgenden Icons werden Ihnen auf den verschiedenen Arbeitsblättern begegnen:

T **Therapeut/in:** Dieses Icon verdeutlicht, dass das Arbeitsblatt von den Therapeuten selbst verwendet werden soll.

E **Eltern:** Diese Arbeitsblätter werden den Eltern ausgehändigt oder im Zuge von Elterntrainings mit ihnen bearbeitet. Idealerweise werden solche Arbeitsblätter von beiden Elternteilen unabhängig bearbeitet.

K **Kind:** Dieses Icon zeigt an, dass das Arbeitsblatt von den Kindern selbst verwendet werden soll.

J **Jugendliche:** Diese Arbeitsblätter enthalten Aufgaben, die für Jugendliche spezifische Anforderungen und Kompetenzen berücksichtigen.

L **Lehrer/in:** Diese Arbeitsblätter sind zur Bearbeitung durch Lehrkräfte gedacht.



Ran an den Stift: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift in die Hand zu nehmen und sich Antworten bzw. Überlegungen zu notieren.



Hier passiert was: An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen vergeben.



Wie sag ich's? Dieses Icon signalisiert, dass der Therapeut dem Patienten Fragen des jeweiligen Arbeitsblattes vorliest und deren Antworten notiert.



Input fürs Köpfchen: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben.

AB Arbeitsblätter stellen in der Regel Grundlagen für Übungen dar.

INFO Informationsblätter fassen Informationen zu einem bestimmten Therapiethema zusammen.

3 Therapieziele und Therapiemotivation

Eine genaue Abklärung der Therapieziele mit allen Beteiligten ist sowohl im Kontext der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch im Rahmen der Eltern- und Familienarbeit vonnöten. Die folgenden Arbeitsblätter klären einerseits in spielerischer Form den Schweregrad der ADHS aus der Kindperspektive ab (AB 15 *Warum bist du bei mir?*) und andererseits werden die Therapieziele spezifiziert (AB 16 *Das will ich schaffen – meine Ziele für die Therapie!*). Ferner sollen aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen die Ziele nach ihrer Bedeutsamkeit geordnet werden (AB 17 *Mein Ziel von allen Seiten*). Da in manchen Fällen die Behandlung der ADHS sehr zeitintensiv ist, sollten schon zu Therapiebeginn Zwischenziele und Stolpersteine auf dem Weg zur Zielerreichung (aus der Kindperspektive) erfragt werden (AB 18 *Mein wichtigstes Ziel in vier Schritten*). Dies ist vor allem bei Familien (Eltern und Kindern gleichermaßen) wichtig, die bereits eine ADHS-Behandlung im Vorfeld in Anspruch nahmen.

Arbeitsblatt 19 *Eltern-Wünsche und Eltern-Mithilfe* klärt anhand von elf Fragen Therapieoptionen (Psychopharmakotherapie, Teilnahme an einer Elterngruppe, Einbezug der Schule etc.) und das Ausmaß der Elternbeteiligung ab. Mit Arbeitsblatt 20 *Unser Ziel: ADHS in den Griff bekommen* werden die Erwartungen an die Entwicklung des Kindes aus Elternperspektive für den Zeitraum der nächsten zwölf Monate erfragt.

Übersicht über die Arbeitsblätter des Kapitels

- AB 15** *Warum bist du bei mir?*
- AB 16** *Das will ich schaffen – meine Ziele für die Therapie!*
- AB 17** *Mein Ziel von allen Seiten*
- AB 18** *Mein wichtigstes Ziel in vier Schritten*
- AB 19** *Eltern-Wünsche und Eltern-Mithilfe*
- AB 20** *Unser Ziel: ADHS in den Griff bekommen*

 Schau mal auf die Bilder.

(1) Wie oft passiert es dir, dass du nicht zuhörst, weil gerade etwas Spannendes passiert?



Nie

Fast nie

Manchmal

Häufig

Immer

Bitte nenne mir zwei Beispiele:

(1)

(2)

(2) Wie oft passiert es dir, dass du träumst und mit den Gedanken ganz woanders bist?



Nie

Fast nie

Manchmal

Häufig

Immer

Bitte nenne mir zwei Beispiele:

(1)

(2)

(3) Wie oft passiert es dir, dass du vergisst, wo du deine Sachen (z. B. Spielzeug) hingelegt hast?



Nie

Fast nie

Manchmal

Häufig

Immer

Bitte nenne mir zwei Beispiele:

(1)

(2)