

Kirsch • Haible-Baer

THERAPIE-TOOLS



ADHS im Erwachsenenalter



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ

Kirsch • Haible-Baer

Therapie-Tools

ADHS im Erwachsenenalter

Peter Kirsch • Nina Haible-Baer

Therapie-Tools

ADHS im Erwachsenenalter

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Prof. Dr. Peter Kirsch
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
E-Mail: peter.kirsch@zi-mannheim.de

Dr. Nina Haible-Baer
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
am Uniklinikum Gießen und Marburg
Klinikstr. 36
35385 Gießen
E-Mail: nina.haible-baer@psychiat.med.uni-giessen.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28708-1 Print
ISBN 978-3-621-28709-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2021

© 2021 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Lina-Maire Oberdorfer
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	10
1 Ein paar grundlegende Überlegungen	12
2 Diagnostik	17
3 Störungsspezifisches Wissen und Psychoedukation	58
4 Impulsivität oder die mangelnde Hemmung von Impulsen	85
5 Emotionsregulation	114
6 Kognitive Interventionen	151
7 Achtsamkeit	175
8 Verbesserung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten	195
9 Zeitmanagement	224
10 Organisationstechniken und Mittel gegen Vergesslichkeit	241
11 Prokrastination	265
Literatur	278

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Ein paar grundlegende Überlegungen

INFO 1	Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit ADHS-Betroffenen	15
INFO 2	Online-Quellen	16

2 Diagnostik

INFO 3	Diagnostische Kriterien und typische Symptome	21
INFO 4	Subtypen der ADHS	23
INFO 5	Utah-Kriterien	24
AB 1	Alltagsprobleme der Betroffenen	25
INFO 6	Diagnostische Verfahren zur Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter	26
AB 2	Adult Self Report Scale (ASRS)	27
INFO 7	Adult Self Report Scale (ASRS) – Auswertung	29
AB 3	Diagnostisches Interview	30
INFO 8	Neuropsychologische Testverfahren bei ADHS	49
AB 4	Defizite exekutiver Funktionen – Selbstbeschreibungsskala (DexFuSS)	50
INFO 9	Defizite exekutiver Funktionen – Selbstbeschreibungsskala (DexFuSS) – Auswertung	55
INFO 10	Differenzialdiagnostik	56
AB 5	Diagnose bei ADHS im Erwachsenenalter – Checkliste	57

3 Störungsspezifisches Wissen und Psychoedukation

INFO 11	Störungsmodell	62
INFO 12	Genetik der ADHS	63
INFO 13	Gehirnauffälligkeiten bei ADHS	65
AB 6	Meine Exekutivfunktionen und ich	67
AB 7	Meine Exekutivfunktionen, meine Symptome und ich	69
AB 8	Meine Symptome, meine Exekutivfunktionen und ich	71
INFO 14	Komorbidität bei ADHS	73
INFO 15	Störungsmodell zu Folgeproblemen und Komorbidität	74
INFO 16	Alltagsprobleme bei ADHS	75
INFO 17	Mindmap – Wissenswertes zu ADHS	76
INFO 18	Entscheidungsbaum zur Therapieplanung	77
INFO 19	Pharmakologische Behandlung von ADHS	78
INFO 20	Psychotherapie bei ADHS	80
INFO 21	Ernährungsbasierte Interventionen	82
INFO 22	Neurofeedback zur Behandlung von ADHS	84

4 Impulsivität oder die mangelnde Hemmung von Impulsen

INFO 23	Die Theorie hinter der Impulskontrolle	90
AB 9	Identifizieren Sie Ihre Impuls-Problembereiche	91
AB 10	Selbstinstruktion und Selbstverbalisation	92
AB 11	Reaktionsverzögerung	93
AB 12	Vor- und Nachteile abwägen – Liste	94

AB 13	Vor- und Nachteile abwägen – 4-Felder-Schema	95
AB 14	Stimuluskontrolle	96
AB 15	Control the Urges	97
AB 16	Übung: Visualisieren Sie Ihren Erfolg	98
INFO 24	Impulskontrolle mit dem Stopp-Prinzip	99
AB 17	Aufsteller Stopp-Signal	101
AB 18	Zahlenfolgen bilden Wörter 1	103
AB 19	Zahlenfolgen bilden Wörter 2	104
AB 20	Wo geht es lang?	105
AB 21	Wörter finden	106
AB 22	Zahlen finden	107
AB 23	Musterfinden waagrecht	108
AB 24	Zählaufgabe	109
AB 25	Übersetzungs-Prüfungsaufgabe	110
AB 26	Spiegelung horizontal	111
AB 27	Spiegelung vertikal	112
AB 28	Verhalten verändern mit dem Stopp-Prinzip	113

5 Emotionsregulation

INFO 25	Gefühle verstehen	118
AB 29	Gefühlsprotokoll A	123
AB 30	Gefühlsprotokoll B	124
AB 31	Gefühle-Alphabet	125
AB 32	Gefühlsstern selbst erarbeiten	126
AB 33	Begleitfaktoren von Gefühlen	127
INFO 26	Kurze Entspannungsübungen	128
AB 34	Entspannung lang- und kurzfristig	129
AB 35	Gefühlsbeeinflussung durch Musik	130
AB 36	Verbales Stopp-Signal wählen	131
AB 37	Gedankenexperiment	132
AB 38	Einsatz meines Stopp-Signals	133
AB 39	Gefühle abschwächen mit dem Hilfs-Skill	136
AB 40	Gefühlszwiebel	138
INFO 27	Radikale Akzeptanz	140
AB 41	Gefühle akzeptieren	141
AB 42	Emotional ausgelaut	142
AB 43	ABC Gesund	143
AB 44	Liste angenehmer Aktivitäten	144
INFO 28	Wut und Ärger regulieren	146
AB 45	Ärger- und Wut-Protokoll	147
AB 46	Was, wenn der Angriff fehlt?	148
AB 47	Warnzeichen für aufkommende Wut	149
AB 48	Wiedergutmachung	150

6 Kognitive Interventionen

AB 49	Fallkonzept	154
AB 50	Situationsanalysen	155
INFO 29	Kognitive Umstrukturierung	156

AB 51	Unter der Lupe	158
AB 52	A und B machen das C	159
AB 53	Was muss, das muss – oder auch nicht?	162
AB 54	Funktionales Denken aufbauen	163
AB 55	Vor- und Nachteile abwägen	164
INFO 30	Realitätstest	165
INFO 31	Reattribution	166
INFO 32	Alternative Erklärungen	167
AB 56	Alternative Erklärungen suchen	168
INFO 33	Entkatastrophisieren	169
AB 57	Denkfehler	170
AB 58	Meine Stärken	173
AB 59	Mit den Augen eines Freundes/einer Freundin	174

7 Achtsamkeit

INFO 34	Achtsamkeit	178
INFO 35	Achtsam-Sein geht zu Beginn nur schwer allein	179
INFO 36	Sie schweifen bei Achtsamkeitsübungen ab?	180
AB 60	Achtsam mit den fünf Sinnen	181
AB 61	Achtsam sehen (und beschreiben oder zählen)	182
AB 62	3-2-1-Übung	183
AB 63	Body-Scan	184
AB 64	Achtsam eine Rosine essen	185
AB 65	3-Minuten-Atemraum	186
AB 66	Fingertreppe	187
AB 67	Aktive Achtsamkeitsübungen	188
AB 68	Zählen, Bewegen, Erinnern	189
AB 69	Im Kreis atmen	190
AB 70	Fingerspitzen tippen	191
AB 71	Angespanntes XOXO	192
AB 72	Achtsamkeit für unterwegs	193
AB 73	Persönliche Erfahrungen mit Achtsamkeitsübungen	194

8 Verbesserung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten

AB 74	Soziale Situationen, die mir Schwierigkeiten bereiten	198
AB 75	Protokoll sozialer Situationen	200
AB 76	Reaktionsverzögerung in Konfliktsituationen	201
AB 77	Das Stopp-Prinzip in sozialen Situationen	202
INFO 37	Wie verhalte ich mich in Konfliktgesprächen?	204
AB 78	Analyse von Konfliktgesprächen	207
AB 79	Ich-Botschaften	209
AB 80	Rollenspielsituationen – Beziehungen	211
AB 81	Reflexion der Rollenspiele	214
AB 82	Unterscheidung selbstsicher und aggressiv	215
INFO 38	Wie ich um Sympathie für mich werbe	217
AB 83	Rollenspielsituationen – Um Sympathie werben	218
INFO 39	Feedback	221

AB 84	Persönliche Erfahrungen mit Feedback	222
AB 85	Entschuldigung	223

9 Zeitmanagement

INFO 40	Zeitwahrnehmung und Zeitaufwand	227
AB 86	Zeiterfassungsbogen	228
AB 87	Tätigkeitenliste	229
INFO 41	Zeit einteilen und planen	230
AB 88	Tagesplan	231
AB 89	To-do-Liste (nach Wichtigkeit)	232
AB 90	Wochenplan	233
AB 91	Zeitfresser	234
AB 92	Zeitfresser abbauen	236
AB 93	Reflexion über die Gegenmaßnahmen	237
INFO 42	Ideensammlung gegen Zeitfresser	238
AB 94	Nie wieder Termine verpassen	240

10 Organisationstechniken und Mittel gegen Vergesslichkeit

INFO 43	Rituale	244
AB 95	An Rituale andocken	246
AB 96	Neue Rituale aufbauen	247
INFO 44	Automatisierung von Handlungen	248
AB 97	Handlungen automatisieren	249
INFO 45	Visuelle Erinnerungshilfen	250
AB 98	Visuelle Erinnerungshilfen	251
INFO 46	Checklisten oder To-do-Listen	252
AB 99	Checkliste zum Thema	253
AB 100	To-do-Liste (nach Fälligkeit)	254
INFO 47	Komplexität der Aufgabe verringern	255
AB 101	Salamitaktik	256
INFO 48	Rund um das Einkaufen	257
INFO 49	Rund um die Papiere	258
AB 102	Ablage	259
INFO 50	Abspeichern und Abrufen von Gedächtnisinhalten	260
AB 103	Abrufstrategien	261
AB 104	Einspeicherhilfen	262
AB 105	(Arbeits-)Umfeld organisieren	264

11 Prokrastination

AB 106	Erfassung der Prokrastinationsprobleme	268
AB 107	Zeiten-Erfassungsbogen für Aufschiebeverhalten	269
AB 108	Situationsanalyse Aufschiebeverhalten	270
INFO 51	Störungsmodell zum Aufschiebeverhalten	273
AB 109	Arbeitsregeln zur Vermeidung von Aufschiebeverhalten	274
AB 110	Hilfe beim Anfangen	275
AB 111	Hilfe beim Planen	276
AB 112	Tagebuch meines Aufschiebeverhaltens	277

Vorwort

Es ist inzwischen klar, dass ADHS auch im Erwachsenenalter als eine eher häufige psychische Störung angesehen werden kann. Trotzdem sind psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung der Störung eher rar gesät, was zum einen daran liegen mag, dass eine wirksame pharmakologische Behandlung vorhanden ist, zum anderen aber erstaunt, da die Nachfrage nach psychotherapeutischer Unterstützung bei Betroffenen nach unserer Wahrnehmung erstaunlich groß ist.

Mit dem vorliegenden Therapie-Tools-Band möchten wir diesem Mangel ein Stück weit begegnen und den Behandelnden eine Reihe von Materialien an die Hand geben, die hilfreich sein können, nicht nur die Kernsymptome, sondern auch die vielfältigen Probleme, die ADHS-Betroffene im Alltag aufgrund ihrer Symptome erleben, zu adressieren.

Die Idee der Therapie-Tools-Reihe ist es ja, Therapeutinnen und Therapeuten eine gewisse Vielfalt von praktischen Materialien zur Verfügung zu stellen. Im vorliegenden Buch verstehen wir diese Breite insbesondere im Hinblick auf die Problembereiche, die wir adressieren möchten, und weniger im Hinblick auf die therapeutischen Techniken, die zum Einsatz kommen. Zwar finden sich Kapitel zu kognitiven Verfahren (Kap. 6) oder zur Achtsamkeit (Kap. 7), aber zentral in der Behandlung der ADHS ist in unseren Augen eine Mechanismus-zentrierte Behandlung der Impulsstörung. Daher ziehen sich die Ansätze zur Impulskontrolle wie ein roter Faden durch die Kapitel des Buchs und es ist dringend anzuraten, das Thema »Mangelnde Hemmung von Impulsen« (Kap. 3) mit den Betroffenen prioritär zu bearbeiten.

Dass wir zu einer Mechanismus-zentrierten Behandlung raten, liegt sicher in nicht unerheblichem Maße daran, dass unser störungsspezifisches Wissen über die neurobiologischen Mechanismen der ADHS inzwischen ziemlich breit ist. Deswegen haben wir ein recht umfangreiches Kapitel zur Psychoedukation (Kap. 2) aufgenommen und empfehlen, dieses mit den Patientinnen und Patienten zu bearbeiten und sie damit auf die Behandlung ihrer Störung vorzubereiten.

Ansonsten haben wir in diesem Buch, auch dies folgt ja der Tradition der Reihe, versucht, die thematischen Einführungen eher kurz zu halten und spezifische Informationen und theoretische Hintergründe in Infoblättern darzustellen, die sich dann in erster Linie an die Therapeutinnen und Therapeuten richten. Daneben finden sich aber auch etliche Infoblätter, die behandlungsspezifisches Wissen für die Patientinnen und Patienten aufbereiten und damit den Betroffenen die Möglichkeit geben, das Behandlungsrational besser zu verstehen. Insgesamt finden sich also drei Arten von Infoblättern im Buch, solche, die mit einem »T« markiert sind und die insbesondere Ihr störungs- und behandlungsspezifisches Wissen erweitern sollen, die Sie aber durchaus mit entsprechend interessierten und differenzierten Patientinnen und Patienten teilen können, solche, die mit »T« und »P« markiert sind, bei denen wir dazu raten, sie gemeinsam mit den Patientinnen oder Patienten zu studieren, und solche, die mit »P« markiert sind und den Betroffenen nötiges Wissen für Übungen vermitteln und zur Lektüre mitgegeben werden können. Analog finden Sie auch Arbeitsblätter, die mit »P« und »T« markiert sind, hier empfehlen wir die gemeinsame Bearbeitung in der Sitzung, und solche, die nur mit »P« markiert sind und die sich entsprechend gut als Hausaufgabe eignen.

Ein paar grundlegende Gedanken zur Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit ADHS und Hinweise zur Benutzung dieses Buchs finden Sie auch noch mal im Kapitel 1.

Dieses Buch ist das Ergebnis unserer langjährigen Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit ADHS, die vor mehr als zehn Jahren mit dem Erscheinen unseres Gruppenmanuals *TADSE* erste Früchte getragen hat. Die Weiterentwicklung unserer Erfahrungen mit diesem Behandlungsansatz ist jetzt maßgeblich in dieses Buch geflossen und daher sind wir insbesondere unseren Patientinnen und Patienten zu großem Dank verpflichtet, die uns diese Erfahrungen ermöglicht haben und uns zum einen manchmal die Grenzen unserer Ideen aufzeigen, auf der anderen Seite aber auch durch ihr positives

und konstruktives Feedback in unserer Arbeit ermutigen. Den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, die im Rahmen von Workshops schon einmal Materialien ausprobiert und uns kritische Rückmeldung gegeben haben, sind wir ebenfalls zu Dank verpflichtet. Danken möchten wir auch unserer Lektorin Karin Ohms vom Beltz Verlag, die uns immer wieder auf die Spur gebracht hat, was nicht so einfach war, gerade wenn die Fertigstellung des Buchs in die Zeit einer Pandemie fällt, die uns viele neue Erfahrungen und unerwartete Aufgaben abverlangt hat. Ellen Schmucker danken wir für die Unterstützung beim Korrekturlesen.

Schlussendlich müssen wir natürlich auch unseren Familien und Partnern danken, die mit Nachsicht und Ermutigung den Entstehungsprozess begleitet haben und sich mit uns freuen, dass wir nun das fertige Werk vor uns haben.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danken wir, dass Sie das Buch zur Hand genommen und im (für uns und den Verlag) besten Fall sogar gekauft haben und wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre und Erfolg bei der Anwendung der Therapie-Tools.

Mannheim und Gießen, im Februar 2021

*Peter Kirsch
Nina Haible-Baer*

1 Ein paar grundlegende Überlegungen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters ist in vielerlei Hinsicht ein besonderes Störungsbild. Lange Zeit galt die Störung als ein rein kinder- und jugendpsychiatrisches Problem, die Betroffenen wurden von Kinder- und Jugendpsychiater*innen und Pädiater*innen behandelt, seltener auch von Psychotherapeut*innen des Kindes- und Jugendalters, wenn sie denn Kapazitäten hatten. Aber auch diese Kinder wurden irgendwann erwachsen und mittlerweile wissen wir, dass ca. 2/3 der Betroffenen auch als Erwachsene noch mit ADHS-assoziierten Problemen zu kämpfen haben. Und das ist dann eine Herausforderung auch für Psychotherapeut*innen.

Eine andere Besonderheit der Störung ist, dass es kein anderes Störungsbild im Bereich psychischer Erkrankungen gibt, bei dem eine so wirksame und spezifische medikamentöse Behandlung zur Verfügung steht wie bei ADHS. Trotzdem gibt es eine große Nachfrage nach einer psychotherapeutischen Behandlung. Und dies gilt nicht nur für die Kinder, sondern ganz besonders auch für die Erwachsenen mit ADHS. Viele der betroffenen Erwachsenen suchen nach nachhaltiger Veränderung. Sie wünschen sich Strategien und Vorgehensweisen, die ihnen helfen, ihre besondere Art auszugleichen. Eine alleinige medikamentöse Behandlung wird diesen Wünschen häufig nicht gerecht. Dazu zeigt sich bei vielen Betroffenen eine Komorbidität etwa mit Depressionen und Ängsten, die eine Psychotherapie mit dem Fokus auf eine Rückfallprophylaxe erfordern. Betroffene müssen lernen, sich selbst und ihre Kräfte und Ressourcen richtig einzuschätzen. Mit viel Kraftaufwand können sie oft einiges ausgleichen und sich einige Zeit in einer Welt zurechtfinden, die, wie es einmal einer unserer Patient*innen ausdrückte, »für anders tickende Menschen gemacht ist«. Diese Anpassungsleistung bringt die Betroffenen aber regelhaft an den Rand ihrer Kräfte und teilweise darüber hinaus. Als Therapeut*in muss man dabei immer beachten, dass die Betroffenen ihren eigenen Weg finden müssen. Für sie ist es keine Kleinigkeit, den Alltag zu managen, alle Termine zu erinnern und pünktlich zu sein. Die Organisation des Alltags und die Koordination von banalen Dingen, wie z.B. noch etwas zu essen im Haus zu haben und das Hemd für den wichtigen Termin einige Tage vorher schon zur Reinigung zu bringen, stellt für sie regelhaft eine hohe Hürde und Herausforderung dar. Was für einen Menschen ohne ADHS im Normalfall gut gelingt, erfordert von ADHS-Betroffenen eine Menge bewusstes Vorausdenken und somit aktives, bedachtes, auf die Zukunft ausgerichtetes Handeln.

ADHS hat eine hohe genetische Komponente, in der Regel findet man in Familien über die Generationen hinweg mehrere Betroffene. Damit ist ADHS auch eine Familienstörung. So ist es nicht erstaunlich, dass viele Betroffene, die erst im Erwachsenenalter eine Diagnose erhalten haben, durch das Wiedererkennen der eigenen Probleme in den Problemen ihrer Kinder darauf gestoßen wurden, dass sie vielleicht auch eine ADHS haben. Sind mehrere Personen einer Familie betroffen, wird es für die Mitglieder der Familie umso schwieriger, ausgleichend zu wirken und ein regelrechtes Chaos in der Familie zu verhindern. Zudem fehlt es dann häufig auch an guten Modellen für ein strukturiertes Vorgehen. Hier sind dann auch Sie als Therapeut*in gefragt, alltagsnahe Hilfen zu geben und dabei durchaus auch mal direktiv vorzugehen.

Dadurch, dass unser Wissen über die Störung, erst im Kindes- und Jugendalter, aber später dann auch im Erwachsenenalter, enorm zugenommen hat, erhalten heute deutlich mehr Menschen mit dem Störungsbild eine Diagnose. Das hat in der Folge zu dem schwierigen Begriff der »Modediagnose« geführt. Natürlich führt eine erhöhte Sensibilität für ein Störungsbild immer auch zu einem gewissen Anstieg falsch positiver Diagnosen, dies ist bei ADHS aus unserer klinischen Erfahrung aber erheblich seltener der Fall, als es immer wieder in der Öffentlichkeit suggeriert wird. Und man sollte sich immer bewusst sein, dass Menschen, die unter ihrer Symptomatik leiden, durch solche Begrifflichkeiten das Gefühl bekommen, dass ihre Probleme bagatellisiert und nicht ernst genommen werden. Damit verstärkt sich das Leid der Betroffenen, die häufig schon seit ihrer Kindheit, egal ob bereits als ADHS-

Betroffene diagnostiziert oder nicht, Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung gemacht haben. Und es sind nicht selten die psychischen Konsequenzen dieser Lebenserfahrungen, die eine psychotherapeutische Behandlung, neben der Behandlung der Kernsymptomatik, sinnvoll und wichtig machen.

Wenn Sie sich dieses Tools-Buch gekauft haben, dann gehören Sie zu der Gruppe der Kolleg*innen, die einer psychotherapeutischen Behandlung von ADHS-Betroffenen positiv und aufgeschlossen gegenübersteht. Das ist großartig, schließlich finden wir eine substanzielle Unterversorgung der Betroffenen in unserem Gesundheitssystem und viele Kolleg*innen bevorzugen die Behandlung anderer Störungsbilder. Das kann man verstehen, wenn man an die Psychopathologie der ADHS, also z.B. die Impulsivität, aber auch die Desorganisation denkt, was sowohl organisatorisch als auch interaktionell zu Schwierigkeiten führen kann. Wir erleben aber, dass es Spaß macht und auch außerordentlich befriedigend sein kann, mit ADHS-Betroffenen therapeutisch zu arbeiten. Gerade im Kontrast zu depressiven Patient*innen wirkt die Offenheit für Neues, die Begeisterungsfähigkeit, die Aktivität, die Unvoreingenommenheit dafür, einfach einmal Dinge auszuprobieren und loszulegen, sehr erfrischend und belebend. Man muss nur ein paar grundsätzliche Aspekte berücksichtigen, die hilfreich sind, um in der Behandlung erfolgreich zu sein.

Wichtig

Dieses Buch stellt kein einheitliches Therapiemanual dar, sondern lädt ein, für verschiedene Patient*innen unterschiedliche Methoden und Ansätze zu wählen. Trotzdem ist es unsere nachdrückliche Empfehlung, dass Sie, egal welche Schwerpunkte Sie in der Behandlung Ihrer Patient*innen wählen, immer die **Hemmung des dominanten Handlungsimpulses** üben. In diesem Bereich finden sich die Kerndefizite der Störung und diese Fähigkeit ist so zentral, dass sie in verschiedenen Themenbereichen und unterschiedlichen Varianten immer wieder auftaucht. Eingeführt wird sie in Kapitel 4 zur Impulskontrolle. Dies ist die zentrale Basisfähigkeit für ADHS-Betroffene. Sich zu stoppen und zielgerichtet Schritt für Schritt vorzugehen wird in angepasster Form auch in Kapitel 5 zur Emotionsregulation und Kapitel 8 zu den sozialen Kompetenzen genutzt.

Immer wieder werden im therapeutischen Prozess die Symptome zu Schwierigkeiten in der gemeinsamen Arbeit führen. Hausaufgaben und Materialien werden vergessen, Termine verpasst. Dies ist ein Ausdruck der Symptomatik und Anlass für die Behandlungsmotivation der Betroffenen. Seien Sie hier also nachsichtig und verständnisvoll. Suchen Sie gemeinsam nach Lösungen und bauen Sie planvolles Handeln mit Ihren Patient*innen Stück für Stück auf. Und denken Sie dabei immer an eins der elf Gesetze der Selbstmanagement-Therapie, dass man den Betroffenen nicht den Ast absägen sollte, auf dem sie sitzen, bevor man eine Leiter gebaut hat, auf der sie hinabsteigen können.

Dieses Buch gibt Ihnen Materialien an die Hand, die Ihnen helfen, diese Prinzipien in Ihrer Behandlung anzuwenden.

Zur besseren Orientierung sind die Arbeits- und Informationsblätter mit verschiedenen Icons ausgestattet. Hierdurch können Sie sofort erkennen, für wen die Materialien vorgesehen sind und wie sie eingesetzt werden sollen. Folgende Icons finden sich im Buch wieder:

 **Therapeut*in:** Das Icon bezeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für den/die Therapeut*in vorgesehen sind.

 **Patient*in:** Das Icon bezeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für die Patient*innen vorgesehen sind.

 **Hier passiert etwas:** An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen gegeben.

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

 **Input fürs Köpfchen:** Hier werden Informationen zum tieferen Verständnis und zum Weiterdenken vermittelt.

 **Glöckchen:** An dieser Stelle ist es sinnvoll, dass während der Übung ein Klang ertönt.

Arbeits- und Informationsmaterialien

INFO 1 Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit ADHS-Betroffenen

Auf diesem Informationsblatt finden Sie ein paar grundlegende Hinweise für die Therapie mit ADHS Betroffenen, die bei der Arbeit mit ihnen besonders wichtig sind.

INFO 2 Online-Quellen

Auf dem Infoblatt finden Sie weitere Links zu Online-Ressourcen, die für Therapeut*innen und Patient*innen hilfreich sein könnten.



- (1) ADHS-Therapie braucht Struktur. Strukturieren Sie die Sitzung gut. Halten Sie eine bestimmte Reihenfolge in jeder Sitzung immer wieder ein. Greifen Sie strukturierend ein, wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihr/Ihre Patient*in den Faden verliert.
- (2) Psychoedukation ist unerlässlich. Es hilft den Betroffenen, sich selbst besser zu verstehen und Ihr Behandlungsrational nachzuvollziehen. Das ist wichtig, weil ADHS-Therapie viel Üben bedeutet und oft anstrengend ist. Damit müssen sowohl Sie als auch Ihre Patient*innen Expert*innen für die Störung werden.
- (3) Legen Sie besonderen Wert auf eine gute therapeutische Beziehung, seien Sie besonders wertschätzend und geben Sie häufig positive verbale Verstärkung. ADHS-Betroffene haben in ihrem Leben viele Erfahrungen mit Ablehnung und Ausgrenzung gemacht, sie haben häufig ein reduziertes Selbstwirksamkeitserleben und ein geringes Selbstwertgefühl bzw. ein negatives Selbstbild. Eine empathische und wertschätzende Haltung und damit korrigierende Beziehungserfahrungen erhöhen die Compliance der Betroffenen erheblich und sind damit ein wichtiger Faktor für die Wirksamkeit Ihrer Behandlung.
- (4) Seien Sie konsequent und handeln Sie für den/die Patient*in vorhersehbar.
- (5) Wählen Sie ein schrittweises Vorgehen. Brechen Sie komplexe Sachverhalte auf wenige, übersichtliche Punkte herunter. Üben Sie mit den Betroffenen das Extrahieren von Einzelschritten aus komplexen Handlungsketten. Erinnern Sie sie regelmäßig daran, dass der letzte Schritt nicht vor dem ersten gegangen werden kann.
- (6) Unterstützen Sie die Therapie mit visualisierenden Methoden, halten Sie Ergebnisse fest, dokumentieren Sie für Ihre Patient*innen wichtige Erkenntnisse oder abgeleitete Handlungsabsichten.
- (7) Trauen Sie sich, wo es sich anbietet, direktiv zu sein. Vermitteln Sie Wissen über Copingstrategien und lassen Sie die Betroffenen nicht jede neue Strategie selbst erarbeiten. Das ist ermüdend und zeitraubend. Ermutigen Sie aber auch dazu, selbst ein »Detektiv« zu sein und einmal genau hinzuschauen, wie andere die Alltagsorganisation hinkommen, welche Strategien sie anwenden.
- (8) Bedenken Sie die reduzierte Fähigkeit zum Belohnungsaufschub und die schnelle Abwertung zukünftiger Verstärker bei ADHS-Betroffenen. Arbeiten Sie daher mit viel direktem Lob und unmittelbaren Konsequenzen von Verhalten.
- (9) Verdeutlichen Sie Konsequenzen von Verhalten und Aussagen. Fragen Sie nach, ob die jeweilige Konsequenz gewollt war/ist. So wird die Wichtigkeit verdeutlicht, schon vor einer Handlung zu überlegen, ob sie wirklich das gewünschte Ziel bringt.
- (10) Seien Sie selbst Vorbild. Verbalisieren Sie gelegentlich modellhaft Gedanken, um einen Problemlöseprozess zu verdeutlichen. Sollen die Betroffenen z. B. lernen, sich Termine aufzuschreiben, lassen Sie sie beobachten, dass es auch für Sie selbstverständlich ist, auf Hilfsmittel zurückzugreifen, um besser durch den Alltag zu kommen.



Inhalt	Link
S3-Leitlinien für ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html
Bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS	https://www.zentrales-adhs-netz.de/
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS	http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Erwachsene.aspx
Umfassendes WIKI zum Thema ADHS	https://www.adhspedia.de/wiki/Hauptseite
Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA)	http://www.divacenter.eu/
Selbsttest der Hochschulambulanz der Uni Münster für Prokrastination, Depressivität und ADHS-Symptomatik	http://ww3.unipark.de/uc/Selbsttest_Prokrastination/

2 Diagnostik

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist eine komplexe klinische Diagnose, für die eine umfassende Anamnese und Exploration unerlässlich ist. Dies gilt bei Erwachsenen insbesondere dann, wenn keine Vordiagnose aus dem Kindesalter vorhanden ist. Dies kommt auch heute noch häufig vor, allerdings eher bei älteren Erwachsenen, da das Wissen und die Erkennung der kindlichen ADHS in den letzten 20 Jahren massiv zugenommen hat, sodass es immer seltener wird, dass die Symptomatik im Kindesalter nicht erkannt und diagnostiziert wurde. Gemäß den 2017 publizierten S3-Leitlinien zu ADHS im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter kann die Diagnose bei Erwachsenen von Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeut*innen sowie von Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, für Neurologie oder für Psychosomatische Medizin gestellt werden. Die Diagnostik setzt sich aus den nachfolgend beschriebenen Bestandteilen zusammen.

Diagnostisches Gespräch

In einem ausführlichen ersten Gespräch werden Symptome erfasst und mögliche Differenzialdiagnosen ausgeschlossen. Neben dem allgemeinen Entwicklungsverlauf sollte hier auch der Verlauf der ADHS-Symptomatik und deren Auswirkung auf unterschiedliche Lebensbereiche erfasst werden. Zum diagnostischen Gespräch gehört auch eine biografische Anamnese, die v. a. den schulischen und beruflichen Werdegang betrachtet, um die Auswirkungen der Symptome und die psychosozialen Folgen zu erfassen.

Klinisches Bild. Auch wenn sich die diagnostischen Kriterien der ADHS des Erwachsenenalters nicht von denen des Kindesalters unterscheiden, ist das klinische Bild doch häufig unterschiedlich. So sind einzelne Merkmale nicht mehr so akzentuiert und generell scheint die Hyperaktivität an Bedeutung zu verlieren. Sie verlagert sich von gut sichtbarem Verhalten zu sehr vielen kleinen Bewegungen, erhöhtem Bewegungsdrang und innerer Unruhe. Die Diagnose der adulten ADHS erfordert daher zum einen, dass man die Symptome ein Stück weit übersetzt, zum anderen, dass man möglicherweise andere Akzente bei der Beschreibung und Bewertung der Symptome im Erwachsenenalter setzt. Als einer der ersten hat Paul Wender bereits im Jahre 1995 spezifische Kriterien für das Auftreten von ADHS im Erwachsenenalter vorgelegt. Diese sind in den sog. »Utah«-Kriterien zusammengefasst, die in der Beschreibung und Diagnostik der adulten ADHS bis heute eine wichtige Rolle spielen.

Auch wenn in der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter die Kernsymptomatik im Mittelpunkt stehen sollte, nehmen Folgeprobleme, die durch diese Kernsymptome entstehen und den Alltag der Betroffenen häufig belasten, erfahrungsgemäß eine nicht unerhebliche Zeit in der Therapie in Anspruch. Aus der Literatur sind insbesondere Probleme im Berufsalltag, in der Partnerschaft, im Straßenverkehr und mit Delinquenz bekannt. Es ist daher wichtig, diese Probleme zu erfassen und mit den Betroffenen zu adressieren. Manche Probleme lassen sich durch einfache, Coaching-artige Interventionen angehen, was für die Therapiemotivation und Compliance überaus hilfreich sein kann.

Standardisierte Verfahren

Standardisierte Interviews oder Fragebögen sollten die Symptomerfassung unterstützen. Dabei können Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt werden. Darüber hinaus muss bei fehlender Diagnostik aus dem Kindes- oder Jugendalter eine retrospektive Erfassung der Kindheitssymptome erfolgen. Eine umfassende Sammlung von diagnostischen Verfahren, die im Erwachsenenalter angewendet werden können, finden sich in den *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene* (HASE; Rösler et al., 2008).

Neuropsychologische Diagnostik

Die neuropsychologische Diagnostik liefert keine hinreichenden Informationen zur Diagnosestellung. Es ist weder hinreichend für die Diagnose einer ADHS, wenn Patient*innen unterdurchschnittliche Werte in einem neuropsychologischen Verfahren zur Testung der Aufmerksamkeit aufweisen, noch kann beim Fehlen von Auffälligkeiten in einer neuropsychologischen Testung die Diagnose ausgeschlossen werden. Häufig können die Betroffenen in einer zeitlich überschaubaren Testdauer ihre Defizite durch zusätzliche Anstrengung kompensieren, sodass erst eine deutliche Testverlängerung Defizite sichtbar machen würde.

Trotzdem hat die Testung kognitiver Funktionen einen eigenständigen Wert in der Diagnostik der ADHS des Erwachsenenalters. Dabei sind drei Aspekte wichtig:

- (1) Die neuropsychologische Testung erlaubt es, ein spezifisches Muster möglicher neuropsychologischer Defizite zu identifizieren.
- (2) Die Verhaltensbeobachtung während der Durchführung neuropsychologischer Tests kann wichtige Informationen liefern und den Betroffenen auch ein besseres Verständnis ihrer kognitiven Probleme erlauben.
- (3) Neuropsychologische Diagnostik kann für die Verlaufsbeobachtung und die Einschätzung des Therapieerfolgs hilfreich sein.

Für Punkt (1) sollten normierte neuropsychologische Verfahren zum Einsatz kommen.

Neben neuropsychologischen Testverfahren kann ein Selbstrating exekutiver Dysfunktionen eventuell ebenfalls hilfreiche Informationen liefern und damit eine neuropsychologische Diagnostik ergänzen (Kamradt et al., 2014).

Differenzialdiagnose und Abklärung körperlicher Ursachen

Zur Stellung von Differenzialdiagnosen sollte auch eine umfassende psychiatrisch-psychologische Untersuchung erfolgen. Darüber hinaus müssen körperliche Ursachen, die zu den Symptomen führen können, ebenfalls abgeklärt werden, wozu eine körperliche Untersuchung durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgen muss. Eine genaue Anamnese von Gebrauch oder Missbrauch von Medikamenten, Alkohol und sonstigen Substanzen ist zudem unerlässlich (s. INFO 7 »Adult Self Report Scale (ASRS) – Auswertung«).

Weitere Informationsquellen

Idealerweise wird der diagnostische Prozess auch durch die Erhebung von Fremdbeurteilungen der ADHS-Symptome unterstützt. Wichtige Hinweise auf die aktuelle Symptomatik können Lebenspartner*innen, Angehörige oder nahe Freund*innen geben. Außerdem besteht die Möglichkeit, eine standardisierte Fremdbeurteilung durch den/die Diagnostiker*in durchführen zu lassen (z. B. mit der ADHS-DC aus dem HASE). Allerdings birgt dies die Gefahr, dass zu sehr auf die Aussagen der Betroffenen zurückgegriffen werden muss. Die Fremdbeurteilung durch Behandler*innen sollte eigentlich nur nach einer längeren Beobachtungs- oder Behandlungszeit durchgeführt werden. Auch die retrospektive Erhebung der Symptomatik aus der Kindheit kann durch die Fremdbeurteilung der Eltern ergänzt werden. Besonders hilfreich sind häufig auch Grundschulzeugnisse, in denen eine deskriptive Leistungsbeurteilung erfolgt ist. Hier lassen sich oft Beschreibungen finden, die helfen, die Symptomatik in der Kindheit einzuschätzen.

Wichtig

Voraussetzungen für die Diagnose sind folgende Kriterien, die zusätzlich zu den spezifischen Symptomen erfüllt sein müssen:

- ▶ Störungs- bzw. Symptombeginn in der Kindheit (vor dem 12. Lebensjahr)
- ▶ Symptome müssen situationsübergreifend auftreten (z. B. zu Hause und am Arbeitsplatz).
- ▶ Aus ihnen resultieren Beeinträchtigungen in der Lebensführung bzw. deutliche Funktionseinschränkungen.
- ▶ Andere Erkrankungen (körperlich und psychisch) müssen als Ursache für die Symptomatik ausgeschlossen werden können.

Um sicherzustellen, dass im diagnostischen Prozess nichts vergessen wird, kann der/die Therapeut*in die Checkliste zur Diagnose bei ADHS im Erwachsenenalter (AB 5) benutzen.

Arbeits- und Informationsmaterialien

INFO 3 Diagnostische Kriterien und typische Symptome

Dieses Informationsblatt stellt die DSM-5- bzw. ICD-10/11-Kriterien typischen Symptomäußerungen gegenüber, die von den Betroffenen gezeigt werden.

INFO 4 Subtypen der ADHS

Dieses Infoblatt zeigt die Diagnosen für die Subtypen nach DSM-5 und ICD-11.

INFO 5 Utah-Kriterien

Auf diesem Infoblatt werden die Utah-Kriterien vorgestellt, mit denen eine ADHS im Erwachsenenalter diagnostiziert werden kann.

AB 1 Alltagsprobleme der Betroffenen

Mit diesem Arbeitsblatt werden die bekanntesten Alltagsprobleme der Betroffenen erfasst.

INFO 6 Diagnostische Verfahren zur Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter

Das Infoblatt zeigt einen Überblick der vorhandenen diagnostischen Verfahren.

AB 2 Adult Self Report Scale (ASRS)

Das Arbeitsblatt enthält ein Fragebogen-Screeningverfahren, die von der WHO entwickelte *Adult Self Rating Scale* (ASRS).

INFO 7 Adult Self Report Scale (ASRS) – Auswertung

Auf diesem Infoblatt finden sich die Auswertungskriterien für die *Adult Self Report Scale* von Arbeitsblatt 2.

AB 3 Diagnostisches Interview

Das Arbeitsblatt enthält ein strukturiertes Interview, das sowohl Vorhandensein als auch Ausprägung der Symptomatik gegenwärtig und retrospektiv erfasst.

INFO 8 Neuropsychologische Testverfahren bei ADHS

Das Infoblatt zeigt eine Übersicht unterschiedlicher kognitiver Domänen und neuropsychologischer Testverfahren, um diese zu erfassen.

AB 4 Defizite exekutiver Funktionen – Selbstbeschreibungsskala (DexFuSS)

Dieses Arbeitsblatt enthält eine Selbstbeschreibungsskala für exekutive Dysfunktionen, die hilfreich sein kann, um exekutive Funktionseinschränkungen Betroffener zu erfassen und zu beschreiben.

INFO 9 Defizite exekutiver Funktionen – Selbstbeschreibungsskala (DexFuSS) – Auswertung

Auf diesem Infoblatt finden sich die Auswertungskriterien für den *DexFuSS* (AB 4).

INFO 10 Differenzialdiagnostik

Dieses Infoblatt stellt die möglichen Differenzialdiagnosen vor.

AB 5 Diagnose bei ADHS im Erwachsenenalter – Checkliste

Mit diesem Arbeitsblatt können Therapeut*innen überprüfen, ob sie im diagnostischen Prozess nichts vergessen haben.



Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10/11	Typische Symptome im Erwachsenenalter
(A) Aufmerksamkeitsstörung	
(1) Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.	Schwierigkeiten beim Aufnehmen und Ausführen von Arbeitsanweisungen. Unvollständige Handlungsausführung, z. B. werden Teile einer Aufgabe nicht erledigt, weil entweder die Hälfte der Anweisung vergessen wurde oder bei der Ausführung Teile nicht mehr erinnert werden.
(2) Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.	Erhöhte Ablenkbarkeit bei Routinetätigkeiten oder im Straßenverkehr. Probleme bei Aufgaben, die monoton und lästig sind, eine lange Ausführungsspanne benötigen oder komplexe Handlungsabfolgen beinhalten.
(3) Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.	Probleme, Gesprächen adäquat zu folgen und Gesagtes zu verarbeiten und zu erinnern. Betroffene scheinen z. B. nicht zuzuhören oder senden verwirrende nonverbale Signale. Sie schweifen gedanklich ab und »verträumen« weitere Gesprächsinhalte.
(4) Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.	Aufnehmen neuer Tätigkeit vor dem Abschluss der aktuell ausgeführten. Wiederholter Wechsel zwischen mehreren Tätigkeiten. Gefühl der Überforderung bei komplexen Arbeitsanweisungen.
(5) Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	Schwierigkeit beim Planen von Handlungsabläufen, beim Organisieren von Tätigkeiten und der Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen Aspekten. Manche Betroffenen planen gar nicht und verzetteln sich auf dem Weg der Ausführung, andere versuchen zu planen und »verlieren sich« dabei.
(6) Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern.	Vermeidungsverhalten bei kognitiv anstrengenden Aufgaben. Gefühl der Überforderung. Oft ausgeprägtes Prokrastinieren.
(7) Verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden.	Regelmäßiges Verlegen und Vergessen von benötigten Gegenständen, wie z. B. Arbeitsmaterialien, Schlüssel, Brille oder auch z. B. wo das Auto geparkt wurde.
(8) Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.	Häufiger Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus. Externe und interne Reize können zu einem Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus führen.



Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10/11	Typische Symptome im Erwachsenenalter
(9) Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.	Oftmals inadäquate Automatismen, die nicht zu zielführenden Handlungen führen. Fehlender Überblick über Gesamtbild, sodass Teile unerledigt und unbedacht bleiben. Gefühl des Kontrollverlustes wegen kleinster Änderungen.
(B) Hyperaktivität	
(1) Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.	Motorische Unruhe, viele Positionswechsel, Nesteln, Wippen der Füße, Trommeln der Finger.
(2) Steht in der Klasse oder in Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf.	Starkes Gefühl der inneren Unruhe und des Unwohlseins in Situationen, in denen Ruhe nötig ist (z. B. Theaterbesuch, Meeting, Vortrag). Diese Situationen werden wegen des aversiven Erlebens oft gemieden.
(3) Läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)	Aufsuchen von reizstarken und abwechslungsreichen Umgebungen
(4) Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	Risiko- oder bewegungsreiche Sport- und Freizeitaktivitäten
(5) Ist häufig »auf dem Sprung« oder handelt oftmals, als wäre er/sie »getrieben«.	Anzeichen großer Hektik, wirkt auf andere ruhelos ständig in Aktion, kann ruhige Beschäftigungen kaum ertragen, hat generell Probleme, sich zu entspannen.
(6) Redet häufig übermäßig viel.	Dominante Gesprächsführung ohne Rücksicht auf Gesprächspartner und Gesprächsinhalt. Probleme beim Zuhören.
(C) Impulsivität	
(1) Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.	Ergänzung von noch nicht Ausgesprochenem. Häufig werden kleinste Gesprächslücken des Gegenübers genutzt, um etwas einzufügen.
(2) Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist.	Warten-Müssen (z. B. beim Arzt, Schlange stehen oder Stau) führen zu Aggression, ungeduldig, wenn andere eine Aufgabe ausführen.
(3) Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).	Ungefragtes Einmischen in Gespräche anderer. Übernahme von Tätigkeiten, wenn andere nicht schnell genug sind.

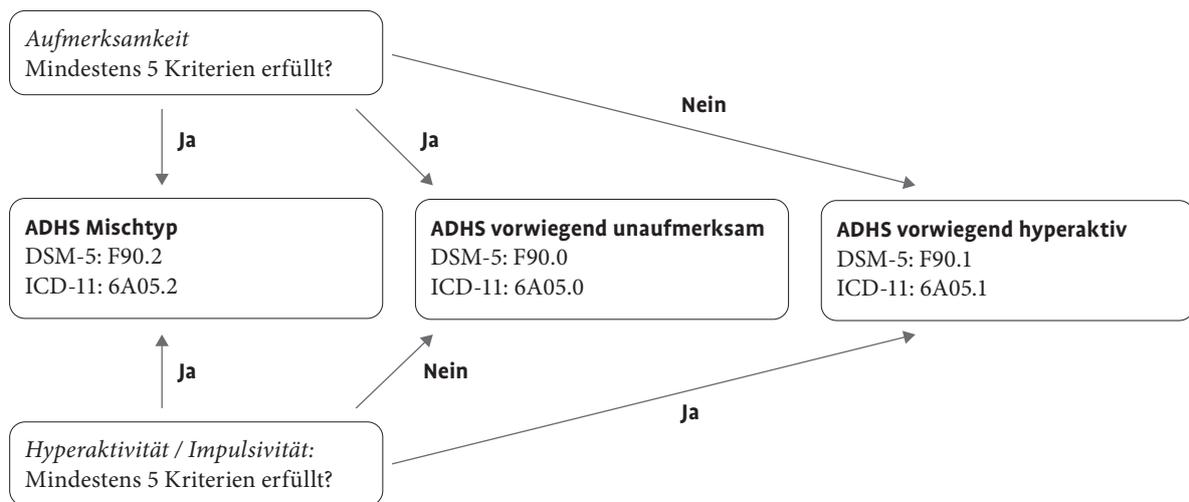


Während die ICD-10 in erster Linie das kombinierte Auftreten von Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität/Impulsivität voraussetzt (F90 *Hyperkinetische Störung* bzw. F90.0 *einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung*), unterscheidet das DSM-5 zwischen den Subtypen des *Mischtyps* (F90.2), des *vorwiegend unaufmerksamen Typs* (F90.0) und des *vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typs* (F90.1). Der vorwiegend unaufmerksame Subtyp ist in der ICD-10 als Variante der Restkategorie F98.8 *Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend – Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität* verzeichnet, die sich streng genommen nicht zur Diagnose im Erwachsenenalter eignet.

Im klinischen Alltag hat sich die Subtypen-Einteilung des DSM-5 durchgesetzt und es empfiehlt sich, diese auch in Bezug auf die Therapieplanung zu verwenden. Darüber hinaus hat das DSM-5 der Tatsache Rechnung getragen, dass die Symptome im Erwachsenenalter geringer werden, und verlangt für Betroffene über 17 Jahre nur fünf Symptome pro Subtyp, um eine Diagnose stellen zu können. Bei Kindern müssen sechs Symptome erfüllt sein.

In der ICD-11 werden ebenfalls die Subtypen beschrieben und die Hyperkinetische Störung wird von der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (6A05) mit den Subtypen

- .0 – vorwiegend unaufmerksames,
- .1 – vorwiegend hyperaktiv-impulsives und
- .2 – kombiniertes Auftreten abgelöst.





- (1) **Aufmerksamkeitsstörung.** Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich bei den Betroffenen z. B. in Schwierigkeiten, längeren Gesprächen zu folgen oder längere schriftliche Arbeiten zu erledigen. Auch Erwachsene mit ADHS sind extrem leicht ablenkbar, da es ihnen oftmals nicht gelingt, irrelevante Reize in der Umgebung auszublenden. Die Aufmerksamkeitsstörung führt auch dazu, dass Termine vergessen und Alltagsgegenstände verlegt werden.
- (2) **Motorische Hyperaktivität.** Die motorische Hyperaktivität äußert sich bei Erwachsenen mit ADHS eher in einer inneren Unruhe oder Nervosität sowie ihrer Unfähigkeit, sich effektiv zu entspannen. Die Betroffenen haben meist das Gefühl, wie »auf dem Sprung« zu sein. Phasen der Ruhe und Inaktivität können sie dabei nur schwer ertragen, was sich auch darin äußert, dass es ihnen oft schwerfällt, sitzende Tätigkeiten auszuüben, Zeitung zu lesen oder ins Kino zu gehen.
- (3) **Affektlabilität.** Die Affektlabilität Erwachsener mit ADHS zeigt sich häufig in einer leichten Erregbarkeit und dem häufigen Wechsel zwischen normaler Stimmung und Niedergeschlagenheit, der sowohl plötzlich als auch reaktiv erfolgen kann. Im Gegensatz zu Patient*innen mit Depression zeigen sich allerdings bei den Betroffenen mit ADHS auch in Zeiten niedergeschlagener Stimmung weder ein genereller Interessensverlust noch somatische Begleiterscheinungen.
- (4) **Desorganisiertes Verhalten.** Das desorganisierte Verhalten lässt sich bei von ADHS betroffenen Erwachsenen in verschiedenen Lebensbereichen, sowohl zu Hause als auch im Beruf, beobachten. Typischerweise gelingt es ihnen nicht, ihre Aktivitäten hinreichend gründlich zu planen. Oft werden Aufgaben begonnen, aber nicht zu Ende gebracht, weil die Betroffenen stattdessen zur nächsten Aufgabe wechseln. Die eingesetzten Problemlösestrategien sind oftmals unzureichend bzw. unsystematisch. Dadurch sind auch die zeitliche Organisation und das Einhalten von Terminen für die Betroffenen ausgesprochen schwierig.
- (5) **Affektkontrolle.** Die Affektkontrolle bzw. ihre Störung scheint ein besonders relevantes Merkmal von Erwachsenen mit ADHS darzustellen. Typischerweise berichten sie oder ihre Angehörigen von einer regelmäßig erhöhten Reizbarkeit, von häufigen Wutausbrüchen und einer generell verminderten Frustrationstoleranz im Alltag.



Probleme im Aufrechterhalten von Partnerschaften

- höhere Scheidungsraten
- kaum Freund*innen, erhöhte soziale Isolation
- sonstige Partnerschaftsprobleme:
 -
 -
 -

Probleme im Arbeitsleben

- häufige Arbeitsplatzwechsel
- erhöhtes Risiko von Schul- und Ausbildungsabbruch
- niedrigeren beruflichen Status
- mehr Fehltage bei der Arbeit
- sonstige Probleme im Arbeitsleben:
 -
 -
 -

Probleme im Straßenverkehr

- erhöhte Unfallgefahr
- mehr Ordnungswidrigkeiten
- höhere Schadenssummen
- sonstige Probleme im Straßenverkehr:
 -
 -
 -

Konflikte mit dem Gesetz

-

Sonstige Probleme

-
-
-



Verfahren	Art des Urteils	Bemerkung
<i>ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)</i>	Fragebogen zur Selbstbeschreibung der ADHS-Symptome nach DSM/ICD	Teil der <i>Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE; Rösler et al., 2008)</i>
<i>ADHS-Diagnostische Checkliste (ADHS-DC)</i>	Checkliste zur Fremdbeschreibung der ADHS-Symptome nach DSM/ICD	Teil von HASE
<i>Wender Utah Rating Scale – deutsche Kurzform (WURS-K)</i>	Fragebogen zur retrospektiven Beurteilung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen	Teil von HASE
<i>Wender-Reimer Interview</i>	Strukturiertes Interview zur Beurteilung von typischen ADHS-Symptomen des Erwachsenenalters	Teil von HASE
<i>ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E)</i>	Fragebogen zur Erfassung der Symptome gemäß Leitlinien	Es liegt eine Kurz- und eine Langform vor (Schmidt & Petermann, 2013).
<i>Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA)</i>	Semi-strukturiertes Interview zur Erhebung der Symptomatik nach DSM (gegenwärtig und in der Kindheit)	Es ist sowohl eine Paper- und Pencil- als auch eine App-Version verfügbar (Kooij et al., 2019; online unter www.divacenter.eu)
<i>Adult ADHD Selfreport Scale (ASRS)</i>	Screeningfragebogen zur Selbstbeurteilung der ADHS-Symptomatik	Arbeitsblatt 2, Informationsblatt 7
<i>Diagnose-Interview für ADHS im Erwachsenenalter</i>	Strukturiertes Interview und Fremdbeurteilungs-Skala zur Bewertung der Symptomatik derzeit und im Kindesalter	Arbeitsblatt 3



Bitte beantworten Sie folgende Fragen, in dem Sie sich selbst auf der neben den Fragen abgebildeten Skala einschätzen. Zur Beantwortung der Fragen umkreisen Sie bitte die Nummer, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie den beantworteten Fragebogen an die zuständige Person zurück, die ihn mit Ihnen bespricht.



Name:

Datum:

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
(1) Wie oft unterlaufen Ihnen Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie einer langweiligen oder schwierigen Tätigkeit nachgehen?	0	1	2	3	4
(2) Wie oft haben Sie Probleme, Ihre Aufmerksamkeit aufrecht zu halten, wenn Sie einer langweiligen oder sich wiederholenden Tätigkeit nachgehen?	0	1	2	3	4
(3) Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das zu konzentrieren, was andere sagen, selbst wenn diese Sie direkt ansprechen?	0	1	2	3	4
(4) Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, ein Projekt abzuschließen, wenn die interessanten Teile schon erledigt sind?	0	1	2	3	4
(5) Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Tätigkeiten zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe zu erledigen haben, die Organisation erfordert?	0	1	2	3	4
(6) Wenn Ihnen eine Aufgabe gestellt wird, die viel Nachdenken erfordert, wie oft vermeiden oder verzögern Sie es, damit zu beginnen?	0	1	2	3	4
(7) Wie oft verlegen oder verlieren Sie Dinge zu Hause oder bei der Arbeit?	0	1	2	3	4
(8) Wie oft werden Sie durch Aktivitäten oder Lärm um Sie herum abgelenkt?	0	1	2	3	4
(9) Wie oft haben Sie Probleme, sich an Verabredungen oder Verpflichtungen zu erinnern?	0	1	2	3	4
(10) Wie oft zappeln Sie mit Ihren Händen oder Füßen oder winden sich, wenn Sie lange Zeit still sitzen müssen?	0	1	2	3	4
(11) Wie oft haben Sie Ihren Platz in Sitzungen oder Situationen verlassen, in denen von Ihnen erwartet wurde, still zu sitzen?	0	1	2	3	4
(12) Wie oft fühlen Sie sich ruhelos oder zappelig?	0	1	2	3	4