Fachhochschule Frankfurt – University of Applied Sciences
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang Soziale Arbeit (B.A.)

Bachelor Thesis
ADHS bei Erwachsenen – Ursachen, Epidemiologie und Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 1
Teil 1 Aktueller Wissensstand und Perspektiven ... 4
1 Beschreibung der Störung - veränderte Symptomatik im Erwachsenenalter ... 4
2 Epidemiologie ... 5
3 Aspekte der ADHS ... 7
3.1 Unterschiedlicher Verlauf bei Frauen und Männern ... 7
3.2 Sozioökonomischer Status ... 8
4 Diagnostik ... 9
4.1 Komorbidität und Differentialdiagnose ... 10
4.2 Diagnoseverfahren ... 12
4.3 Klassifikationsmodelle ... 13
5 Behandlungsmöglichkeiten ... 14
5.1 Medikamentöse Behandlung ... 14
5.2 Psycho-/ verhaltenstherapeutische Interventionen ... 16
5.3 Ergänzende und alternative Methoden ... 17
6 Ursachen – Erklärungsmodelle, –ansätze und Sichtweisen ... 18
6.1 (Neuro)biologische Perspektive ... 18
6.2 Psycho-soziale Perspektive ... 21
7 Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit ... 25
7.1 ADHS-spezifische Interventionsmöglichkeiten ... 26
7.1.1 Psychoedukation ... 26
7.1.2 Coaching ... 27
7.2 Systemische Beratung/ Systemische Therapie ... 29
7.3 Klinische Sozialarbeit ... 30
Teil 2 Eigene Untersuchung und Evaluation ... 33
8 Fazit ... 33
9 Diskussion ... 34
10 Konklusion und Ausblick ... 36
Literaturverzeichnis ... 38
Anhang ... 43
Abbildungen ... 43

Einleitung

Gesundheit und Krankheit – die Grenzen sind oft fließend, auch wenn sie in unserer Gesellschaft noch allzu oft als absolute Werte wahrgenommen werden. Dieser fließende Prozess findet sich besonders bei dem Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), weil die Symptomausprägungen und die damit entstehenden Beeinträchtigungen bei den Betroffenen so verschieden sein können.[1] Dieser Aspekt ist auch ein Grund für die verschiedenen Sichtweisen der Störung bio-psycho-sozialen Ursprungs. Anlass für konträre Diskussionen bieten zum einen die Ursachen, zum anderen wird diskutiert, welchen Interventionen und Therapien der Vorzug zu geben ist.

ADHS ist ein Thema, welches polarisiert, was auch teilweise an der gesellschaftlichen Verunsicherung liegt. Die in den letzten Jahren immens gestiegenen ADHS-Diagnosen werfen die Frage auf, ob dieses Syndrom medizinischer oder verstärkt auch gesellschaftlicher Natur ist. Es gibt verschiedene Aussagen darüber, ob das Problem im Wesentlichen ein medizinisches Problem darstellt, welches pädagogisch lediglich beeinflusst werden kann oder ob sich die Situation entgegengesetzt verhält. Das Thema hat besondere Relevanz, da alle Berufsgruppen, die für andere Menschen in irgendeiner Form Verantwortung tragen – wie z.B. PsychologInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen – mit dem Thema ADHS bei Erwachsenen konfrontiert werden.[2]

Geschichtlich kann das Phänomen ADHS weit zurückverfolgt werden. Bereits Dschingis Khan oder Alexander der Große sollen davon betroffen gewesen sein, woran der kreative sowie produktive Anteil dieses Phänomens sichtbar wird.[3] ADHS bei Erwachsenen wird in Deutschland seit 14 Jahren behandelt und wurde damit auch zum offiziellen Thema in der Fachwelt.[4]

Zu dem Thema „ADHS im Lebensverlauf“ wurde im vergangenen September von ADS-Mainz e.V. das „Herbstseminar 2013“ durchgeführt. Die vier wissenschaftlich anerkannten Experten Ohlmeier, Retz, Simchen und Winkler hielten zum Thema „ADHS im Lebensverlauf“ Vorträge. Die Bedeutung des Themas wird durch die Kernaussage dieses Seminars deutlich. Somit ist ADHS nicht nur als eine Störung des Kindesalters anzusehen,

[1] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 11.
[2] Vgl. Dietrich (2011): S. 1.
[3] Vgl. Rösler (2010): S. 13.
[4] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.

sondern es ist davon auszugehen, dass sie meist auch im Erwachsenenalter, dann in veränderter Form, weiterbesteht.

Die Ausführungen der vier Wissenschaftler sind schon aufgrund der Gegenwärtigkeit als der aktuellste Stand der ADHS-Forschung zu bewerten. Daher werde ich im Folgenden Beiträge aus den Vorträgen einbringen.

Die Aussagen der Experten werden auch von einer vor kurzem erschienenen amerikanischen Studie[5], die Kinder bis zum Erwachsenenalter begleitete, untermauert. Ebenfalls war hier war eine wichtige Erkenntnis der Forscher, dass ADHS bis ins Erwachsenenalter weiterbestehen kann. Es wird daher gefordert, die Krankheit als chronische Störung zu betrachten sowie die Entwicklung adäquater Therapien zu fokussieren.[6]

Die gesellschaftliche Bedeutung dieses Gegenstandes sowie der soziale Anteil der Störung zeigen, dass die Soziale Arbeit möglicherweise einen wichtigen Beitrag zum Thema ADHS leisten könnte. Die vorliegende Bachelorarbeit möchte daher die Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit erkunden.

In Teil I werden mittels Literaturrecherche wissenschaftliche Grundlagen sowie der momentane Diskussions- und Wissensstand des Themas aufgezeigt. Dies betrifft die Epidemiologie der Störung sowie die Ursachenforschung, wobei Letzteres aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet wird. Um einen Einblick in die Thematik zu erhalten, wird im ersten Kapitel zusammenfassend beschrieben, wie die Störung im Erwachsenenalter auftritt und wie sich das Störungsbild gegenüber dem Kindesalter verändert hat. Im zweiten Kapitel werden Prävalenzraten und der Verlauf anhand von Studien aufgezeigt. Kapitel drei beleuchtet zwei Aspekte der Störung genauer, die für die Soziale Arbeit von besonderem Interesse sind. Diese sind zum einen die Genderunterschiede und zum anderen soziökonomische Bezüge. Um Einblicke zu geben, inwieweit die Soziale Arbeit hier involviert werden könnte, werden im vierten Kapitel die Möglichkeiten und Herausforderungen der Diagnostik beschrieben, des Weiteren wird im fünften Kapitel auf die momentanen Behandlungsmöglichkeiten eingegangen. Im sechsten Kapitel werden die Ursachen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, um einige der teilweise konträren und teilweise sich annähernden Positionen zu darzulegen, welche es zu diesem Thema gibt. Im siebten Kapitel werden Möglichkeiten aufgezeigt, welche SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer Ausbildung haben, um sich möglicherweise in die Thematik der ADHS miteinzubringen. Da diese Arbeit den Anspruch

[5] Vgl. Barbaresi et al. (2013).
[6] Vgl. Hucklenbroich (2013).

hat, sich auch an der Praxis zu orientieren, wurden in Teil II drei ExpertInnen mit verschiedenen Hintergründen zu dem vorliegenden Thema interviewt. Eine nähere Erläuterung der hier angewendeten Methoden findet in Kapitel acht statt. Kapitel neun dient zunächst der Vorstellung der InterviewpartnerInnen, dann werden die transkribierten Interviews ausgewertet, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Interviews aus den verschiedenen Perspektiven der GesprächspartnerInnen festzustellen. Das zehnte Kapitel vergleicht den momentanen wissenschaftlichen Diskurs mit der eigenen Forschung. Dies bedeutet, mit Hilfe der Experten-Interviews wird das theoretische Wissen mit der Praxis verglichen, um das Ergebnis anschließend zu diskutieren. Das elfte und letzte Kapitel fasst schließlich die Ergebnisse der Arbeit zusammen und eröffnet Möglichkeiten für die Zukunft.

Teil 1 Aktueller Wissensstand und Perspektiven

1 Beschreibung der Störung - veränderte Symptomatik im Erwachsenenalter

Da ADHS bei Erwachsenen in Deutschland vor einigen Jahren noch eine unbekannte Diagnose war, wurden Betroffene oft mit Depressionen oder Neurotischer Selbstwertproblematik diagnostiziert. Nach heutigen Erkenntnissen leiden heute ca. 50% der als Kinder Betroffenen als Erwachsene an ADHS-Symptomen.[7] Gemäß dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), kann die Störung in drei Haupttypen aufgeteilt werden, wobei es auch Mischtypen gibt:

1, Es liegt eine Hyperaktivitätsstörung und eine Aufmerksamkeitsstörung vor.

2, Es liegt vorwiegend eine Aufmerksamkeitsstörung vor.

3, Es liegt vorwiegend eine Hyperaktivitätsstörung vor.[8]

Die Symptomatologie im Erwachsenenalter ist – wie auch im Kindesalter – gekennzeichnet durch Symptome in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität sowie Unaufmerksamkeit. Diese treten jedoch im Erwachsenenalter teilweise anders in Erscheinung. Beispielsweise werden hier Konzentrationsprobleme, Desorganisation, das Treffen von impulsiven Entscheidungen, die Schwierigkeit Aufgaben zu beginnen bzw. zu beenden und daraus resultierend häufiger Arbeitsplatzwechsel sowie Beziehungsprobleme genannt.[9] Viele Betroffene haben schlechtere Schulabschlüsse und schlechtere Ausbildungen, als es gemäß ihrer Intelligenz zu erwarten wäre.[10] Neben der veränderten Symptomatik gibt es jedoch noch weitere Unterschiede. So sind bei Kindern meist Schule und Familie der hauptsächliche Problembereich, bei Erwachsenen hingegen sind oft alle Lebensbereiche betroffen. Des Weiteren bekommen komorbide Störungen noch mehr Relevanz, da sie einerseits ein ADHS verbergen können und andererseits eine veränderte Behandlungsstrategie notwendig machen. Eine ADHS-Störung kann sich gerade im Erwachsenenalter sehr verschieden manifestieren.[11]

Die als bio-psycho-soziales Phänomen verstandene Störung kann sich auf Basis einer neurobiologischen Prädisposition und physischen Komponenten sowie den Umweltfaktoren entwickeln. Prozentuale Anteile können nicht benannt werden, jedoch sind Lebensumstände eines Menschen mitbestimmend für den Ausprägungsgrad. Auch Geburtskomplikationen

[7] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 17.
[8] Vgl. American Psychiatric Association (2013): S. 59f.
[9] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour. (2012): S. 2f.
[10] Vgl. Neuy-Bartmann (2005): S. 242.
[11] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour. (2012): S. 2f.

sowie Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft sind Risikofaktoren. Jedoch ist nach heutigen Forschungsergebnissen ADHS eine vorwiegend genetische Störung, dies wird durch Zwillingsstudien bestätigt. Die Erblichkeit liegt bei mindestens 75 %.[12] Es wird von der Mehrheit der Forscher davon ausgegangen, dass im Bereich des Stoffwechsels der chemischen Botenstoffe verschiedener Neurotransmittersysteme – Noradrenalin, Dopamin, Serotonin – eine Dysregulation besteht, was zu einer inadäquaten Reiz- und Informationsverarbeitung führt. Jedoch gibt es zu den genauen Zusammenhängen dieser Störung noch keine endgültigen Ergebnisse, daher gibt es viele laufende Studien zum Thema Ätiologie.[13]

2 Epidemiologie

Ohlmeier sagte in seinem aktuellen Vortrag, dass 4,4 % der Bevölkerung eine ADHS hätten, aber nicht alle müssten behandelt werden.[14] Diese Aussage wird beispielsweise von Stieglitz gestützt, der sich auf eine Studie von Studie von Kessler[15] bezieht. Hier wurden 3000 Erwachsene untersucht, wobei sich zeigte, dass mehr Männer als Frauen zu den Betroffenen gehören (1.6:1). Allerdings ist das Verhältnis wesentlich geringer als zwischen Jungen und Mädchen (3 bis 4:1). Die Prävalenz von 4,4 % bei Erwachsenen wird als konservative Schätzung erachtet. Auch Krause u. Krause nehmen Bezug auf diese Studie, welche auf dem DSM-IV beziehungsweise DSM-V basiert. Sie beziehen sich dabei auf die Prävalenzraten, die bei Männern 5,4 % und bei Frauen 3,2 % beträgt, wobei sich eine abnehmende Prävalenz bei zunehmendem Lebensalter nicht bestätigt. Die Rate liegt hier bei 18 bis 24 Jährigen bei 4,5 %, bei 25 bis 34 Jährigen bei 3,8 % und bei 35 bis 44 Jährigen bei 4,6 %.[16] Hierbei verweist Stieglitz auf eine Schätzung von Barkley[17], nach welcher die Prävalenz in den USA bei 5 % der Allgemeinbevölkerung liegt. Grundsätzlich stellt er fest, dass, auch wenn verschiedene diagnostische Kriterien sowie unterschiedliche Untersuchungsinstrumente zugrunde gelegt werden, ADHS eine sehr häufige und deutlich unterschätzte Störung in der Bevölkerung darstellt. Daher ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, wobei Schätzungen davon ausgehen, dass nur 25 % der ADHS-Betroffenen im Erwachsenenalter bereits im Kindesalter diagnostiziert wurden.[18] Krause und Krause beziehen sich auf Tripp[19] und weisen bezüglich

[12] Vgl. Dietrich (2011): S. 144.
[13] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 19 f.
[14] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS-Herbstseminar.
[15] Vgl. Kessler et al. (2006): S. 716-723.
[16] Vgl. Krause/Krause (2009) S. 11.
[17] Vgl. Barkley et al. (2008).
[18] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 9f.
[19] Vgl. Tripp et al. (1999): S. 156-164.

der Prävalenzraten daraufhin, dass selbstverständlich bei Zugrundelegung von DSM-Kriterien eine höhere Anzahl von Betroffenen erfasst wird als bei Zugrundelegung der ICD-Kriterien, da bei Letzterem die Gruppe der rein aufmerksamkeitsgestörten Betroffenen nicht berücksichtigt wird.[20] Edel und Vollmoeller bemerken in Bezugnahme auf die epidemiologischen Ergebnisse, dass es eine erhebliche Schwankung gibt, abhängig davon, welches Klassifikationssystem oder Erfassungsinstrument genutzt wird. Sie vermuten eine Prävalenz von 4 % über die gesamte Lebenszeit, wobei er von einer sinkenden Punktprävalenz mit steigendem Lebensalter ausgeht. Daher erhoffen sie sich eine Berücksichtigung des Lebensalters im nachfolgenden Klassifikationssystem.[21] Die Bezugnahme auf das Alter ist allerdings im DSM-V noch nicht realisiert worden. Vollmoeller bezieht sich auf eine amerikanische Studie von Murphy und Barkley[22], an der 720 Erwachsene teilnahmen und welche aufgrund der Kriterien als repräsentativ erachtet wird. Es wurde hierbei eine Gesamtprävalenz von 4,7 % festgestellt, wobei 1,3 % auf den unaufmerksamen Subtypus, 2,5 % auf den hyperaktiv-impulsiven Subtypus und 0,9 % auf den Mischtypus entfielen. Eine weitere Aussage dieser Studie ist, dass die ADHS-Häufigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Bei der Stärke der auftretenden Symptome gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, jedoch wurden retrospektiv die Symptome von Männern bezüglich der Kindheit stärker wahrgenommen. Des Weiteren wurde geschlechtsneutral eine hohe negative Korrelation zwischen retrospektiven sowie aktuellen Symptomen mit Bildungsgrad und Beschäftigungsniveau der Studienteilnehmer festgestellt.[23] Ferner beziehen sich Krause u. Krause auf eine retrospektive epidemiologische Untersuchung gemäß ICD-10 der gesetzlichen Krankenkassen in Nordbaden.[24] Hierbei ergab sich eine hohe Prävalenz im Kindesalter sowie eine minimale Prävalenz im Erwachsenenalter. Das Ergebnis war für die Fachwelt nicht überraschend, da zum Untersuchungszeitpunkt die gesetzlichen Krankenkassen keine Verpflichtung zur Kostenübernahme einer medikamentösen Behandlung im Erwachsenenalter hatten und daher die Diagnose ADHS selten bei Erwachsenen angegeben wurde. So sind auch Verlaufsstudien zu hinterfragen. So sahen sich bei der Milwaukee-Studie[25] nur noch 5% der jungen Erwachsenen, welche als Kinder ADHS-betroffen waren, als betroffen an. Hingegen lag die Schätzungsrate der Eltern bei 46 %. Daher wird auch von einer deutlichen Unterschätzung der Prävalenz im Erwachsenalter

[20] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 7.
[21] Vgl. Vollmoeller (2006): S. 27.
[22] Vgl. Murphy/Barkley (1996): S. 147-161.
[23] Vgl. Edel/Vollmoeller (2006): S. 24f.
[24] Vgl. Schlander et al. (2007): S. 430-438.
[25] Vgl. Barkley et al. (2002): S. 279-289.

ausgegangen, wenn Follow-Up-Studien auf Skalen der Selbstbefragung basieren.[26] In der amerikanischen epidemiologischen Langzeitstudie von Barbaresi et al. wurde ermittelt, dass 29 % der Erwachsenen, die als Kinder ADHS hatten, noch immer betroffen sind. 81 % hiervon leiden unter mindestens einer psychischen Störung.[27] Im neuen DSM-V wird eine Rate von 2,5 % betroffener Erwachsener angegeben, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Störung bis in das Erwachsenenalter anhalten kann.[28]

3 Aspekte der ADHS

Da geschlechtsspezifische und soziökonomische Unterschiede für die Soziale Arbeit besonders relevant sind, werden sie im Folgenden näher erläutert.

3.1 Unterschiedlicher Verlauf bei Frauen und Männern

Krankheiten, die sowohl Männer als auch Frauen betreffen, können sich durch verschiedene Symptomatologie zeigen. Dies betrifft durch die verschiedenen Verläufe und besonders durch die geschlechtsspezifischen Problemhintergründe gerade auch ADHS.[29] Mädchen werden wesentlich seltener als Jungen im Kindesalter diagnostiziert, dies ändert sich jedoch im Erwachsenenalter, in dem die Zahl der betroffenen Frauen zu der der Männer weitaus weniger differiert.[30] Es gibt verschiedene Gründe, warum ADHS mehrheitlich als Störung verhaltensauffälliger Jungen erachtet wird, des „Zappelphilipps“, der nicht stillsitzen kann. Zum einen sind die Kriterien der Fragebogen mehrheitlich auf Jungen abgestimmt worden, zum anderen ist in der ICD-10 Klassifizierung, welche in großen Teilen Europas Gültigkeit hat, Hyperaktivität für eine ADHS-Diagnostizierung zwingend erforderlich. Dies im Gegensatz zur amerikanischen DSM-V Klassifizierung. Daher tritt das wesentliche Problem, die allgemeine gestörte Informationsverarbeitung nicht in den Vordergrund. Deshalb wird eine ADHS bei Mädchen oft erst viel später erkannt. Dies ist auch bei Jungen der Fall, wenn diese keine Hyperaktivität vorweisen („Hans-Guck-in-die-Luft“). Hyperaktive Jungen sind in der Tat öfter anzutreffen als hyperaktive Mädchen. Des Weiteren werden Letztere als weit weniger störend empfunden – „Pipi Langstrumpf“ fällt mehr durch originelle Ideen auf. Schwerwiegende Symptome mussten bisher zum siebten Lebensjahr aufgetreten sein, was bei Mädchen seltener der Fall ist als bei Jungen. Die Altersfrist hat sich jedoch bei DSM-V verändert, was eine häufigere Diagnostizierung von Mädchen ermöglichen könnte. Mädchen mit ADHS wirken oft verträumt, unterliegen Stimmungsschwankungen und haben durch die

[26] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 11f.
[27] Vgl. Barbaresi et al. (2013).
[28] Vgl. American Psychiatric Association (2013): S. 59 – 65.
[29] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 11f.
[30] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 33f.

Anforderungen der Schule oft aufgrund mangelnder Konzentration Probleme. Von der Umwelt werden diese Mädchen, später Frauen, oft irrtümlich als faul oder etwas dumm wahrgenommen, was wiederum zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und letztendlich oft zu Depressionen führt.[31] Viele Frauen werden wegen Depressionen behandelt, ohne dass diese als Folge einer unbehandelten ADHS erkannt wird. Auch Suchtmittelabhängigkeit sowie Angst- und Essstörungen können Begleiterkrankungen einer ADHS sein.[32] Mädchen, die diagnostiziert werden, haben dies oft dem Umstand zu verdanken, dass die Familie über das Krankheitsbild informiert ist, da ein Bruder von ADHS betroffen ist.[33] Die Tatsache, dass der Anteil der diagnostizierten Frauen jedoch gegenüber dem Anteil der diagnostizierten Mädchen hoch ist, lässt darauf schließen, dass durch den in den letzten Jahren steigenden Bekanntheitsgrad der Störung immer mehr betroffene Frauen die beschriebenen Symptome in Beziehung zu sich selbst bringen, dadurch diagnostiziert werden und Hilfe erhalten.

3.2 Sozioökonomischer Status

Gemäß Resnick wird in vielen Studien eine Beziehung zwischen ADHS und sozioökonomischem Status festgestellt. Allerdings ist dieser nicht direkt für das Auftreten der Störung verantwortlich, es sind viele Aspekte, die zusammentreffen. Beispielsweise Scheidung der Eltern, geringe Schulausbildung der Eltern. So ist ein niedriger sozioökonomischem Status oft mit weniger pränataler Fürsorge und allgemein geringerer Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten sowie Substanzmissbrauch gekoppelt, was wiederum ein Stressfaktor für die Betroffenen darstellt. Jedoch ist Stress ein großer Risikofaktor für psychische bzw. verhaltensbezogene Störungen.[34]

In einer schwedischen Studie, in welcher die Daten von 6 – 19-jährigen erfasst wurden, wurde eine höhere Prävalenzrate ermittelt, wenn die Mütter aus sozial unterprivilegierten Milieus kamen. Ein Ergebnis der Studie war, dass bei niedrigem Bildungsniveau der Mutter die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind Medikamente nimmt, 2,3-mal so hoch ist wie bei Müttern mit sehr hoher Schulbildung. Ein niedriges Bildungsniveau erklärte somit 33% der ADHS-Fälle. Besonders betroffen waren gemäß der Studie auch Kinder aus Alleinerziehendenhaushalten mit 14,4%. Allerdings bezog sich die Studie nicht auf die Menge der Diagnosen, sondern auf die Verschreibung von Medikamenten (z. B. Ritalin). Zugrunde gelegt wurden das „schwedische Medikamentenregister“ sowie sozialstatistische Daten der

[31] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 22f.
[32] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 43.
[33] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 24.
[34] Vgl. Resnick (2004): S. 37f.

Mütter.[35] Zu hinterfragen wäre hierbei, ob tatsächlich mehr Fälle von ADHS in unterprivilegierten Familien vorliegen oder ob in sozial privilegierteren Familien bei der Diagnose ADHS, weniger schnell medikamentisiert wird.

Die amerikanische epidemiologische Langzeitstudie von Barbaresi et al. ergab, dass fast 3 % der ADHS-Betroffenen zum Follow-up-Zeitpunkt in Haft waren.[36] Auch Retz führte in seinem Vortrag aus, dass ADHS-Betroffene oft individuelle und gesamtgesellschaftliche Schwierigkeiten hätten, so wechseln, gemäß Studienergebnissen[37], die Betroffenen öfter den Job und verdienen durchschnittlich weniger als Nichtbetroffene.[38]

In der Tat haben Menschen mit ADHS öfters Beziehungsprobleme sowie Probleme am Arbeitsplatz. Daraus resultieren oft eine erhöhte Scheidungsrate sowie schlechtere Einkommensverhältnisse. Des Weiteren können durch die ADHS-Symptomatik massive gesamtgesellschaftliche Probleme entstehen. Davon ausgehend, dass ADHS oft schon seit mehreren Generationen in einer Familie besteht, ist es durchaus möglich, dass sich dies letztendlich auf den sozioökonomischen Status negativ auswirkt. Daher sollte keine schnelle Beurteilung stattfinden, sondern in Bezug auf Ursache und Wirkung Vorsicht geboten sein.

4 Diagnostik

Eine Vielzahl von Erwachsenen wurde in ihrer Kindheit nicht diagnostiziert, deshalb ist eine zuverlässige Diagnosestellung im Erwachsenenalter besonders wichtig. Die Diagnostik wird jedoch durch die hohe Komorbiditätsrate sowie eine mögliche Differentialdiagnose erschwert. Zwangsstörungen oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen werden hierbei genannt, welche auch durch lebenslange Misserfolge entwickelt werden können. Es ist zudem zu beachten, dass insbesondere Erwachsene körperliche Erkrankungen haben können, beispielsweise Diabetes, welche Symptome ähnlich einer ADHS hervorrufen. Viele Betroffene haben sich auch mit den einhergehenden Beeinträchtigungen „arrangiert“, sie haben z.B. einen Beruf, in dem z. B. Strukturiertheit nicht herausragend notwendig ist, so dass die Symptome nur bedingt auffallen und somit nur schwer erfassbar sind. Auch unterliegen retrospektive Angaben immer möglichen Verfälschungen, da eine retrospektive Sichtweise oft zu Ungenauigkeiten führt. Als weiteres Problem wird der „informed bias“ erachtet, da durch den mittlerweile hohen Bekanntheitsgrad der Störung viele Klienten Vorwissen zur Untersuchung mitbringen, was wiederum die Selbstbewertung beeinflussen kann.[39] Ein weiteres Problem ist,

[35] Vgl. Hjern et al. (2010).
[36] Vgl. Barbaresi et al. (2013).
[37] Vgl. Barbaresi et al. (2013).
[38] Vgl. Retz (2013): ADHS Herbstseminar.
[39] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 53f.

dass eine Beachtung der Lebenszeitperspektive sowie die Hinzuziehung von verschiedenen Informationsquellen nötig sind – dies ist zeitaufwändig. Da die Lebenszeitperspektive hierbei als wichtiger befunden wird als die Psychopathologie, wird einer Anamnese viel Bedeutung beigemessen.[40] Als besonders wichtig wird erachtet, dass nicht nur vorliegende Symptome und die aktuelle Lebenssituation beleuchtet werden, sondern die gesamte Familiengeschichte mit Stammbaum.[41] Als problematisch sieht Retz hierbei die in der Diagnostik herrschende Unterversorgung.[42]

4.1 Komorbidität und Differentialdiagnose

Bevor eine ADHS-Diagnose gestellt werden kann, ist es sehr wichtig eine Differentialdiagnose oder komorbide Störungen medizinisch abzuklären. Daher ist es umso problematischer, dass hierzu Ärzte oft nicht genügend Zeit aufwenden.[43]

Viele Symptome, die sich bei einer ADHS zeigen, können auch Ausdruck einer anderen Störung sein. Beispielsweise können einige Kriterien für depressive Störungen gemäß DSM-V auch mit ADHS assoziiert werden. So gehen Depressionen oft mit Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration einher, einem Leitsymptom bei ADHS also. Auch bipolare affektive Störungen sind oft schwierig von ADHS abzugrenzen, da für beide Impulsivität, Überaktivität und Ablenkbarkeit charakteristisch ist. Eine Unterscheidung tritt manchmal erst aufgrund einer Medikation zutage. So reagieren ADHS-Betroffene in der Regel positiv auf Stimulanzien und Menschen mit bipolaren affektiven Störungen auf Antidepressiva. Umgekehrt angewendet zeigt sich ein geringer Respons beziehungsweise kann eine Symptomverschlechterung eintreten. Auch bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen, kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen. So sind auch hier bei beiden Impulsivität, Stressintoleranz sowie emotionale Probleme zentrale Kriterien. Wichtige Unterscheidungsmerkmale ergeben sich hier oft aus der Biografie, wobei bei Borderline-Persönlichkeiten oft Traumatisierung eine Rolle spielt. Hierbei wird ersichtlich, dass eine Differenzierung oft schwierig ist. Wichtige Abgrenzungsmerkmale sind jedoch bei allen Störungen Beginn und Verlauf. So beginnt ADHS in der Kindheit und ist chronisch persistierend. Andere psychische Störungen beginnen meist später und verlaufen episodisch.[44]

[40] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 39f.
[41] Vgl. Ryffel-Rawak (2010): S. 34.
[42] Vgl. Retz (2013): ADHS Herbstseminar.
[43] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[44] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 14ff.

ADHS bei Erwachsenen tritt nicht nur verhältnismäßig untypisch auf und ist daher schwer erkennbar, sondern oft ist sie nicht die einzige aktuelle Störung eines ADHS-Betroffenen. Im Gegenteil wird davon ausgegangen, dass die Mehrzahl der ADHS-Betroffenen auch eine weitere komorbide Diagnose hat. Edel und Vollmoeller sprechen hier von einem „Phänomen der Vielseitigkeit und des Symptomwandels“. Bei den komorbiden Störungsformen ist der Anteil von Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch am höchsten. Bei Persönlichkeitsstörungen wird heute wie auch bei ADHS von einer multifaktoriellen Vererbung, zusammenwirkend mit Umweltfaktoren, ausgegangen. Während bei Substanzmissbrauch der Selbstmedikationsversuch oft als Erklärungsmuster genannt wird, gibt es bisher in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen keine befriedigenden Erklärungsmuster.[45] Ohlmeier referierte, dass bei ADHS-Betroffenen Kokain eine beruhigende Wirkung hätte und häufig daher konsumiert werde. Um Schlaflosigkeit entgegenzuwirken werde zur Selbstmedikation oft auch Cannabis eingesetzt. Er wies darauf hin, dass eine unbehandelte ADHS daher süchtig machen könne. Ein Großteil der Süchtigen hätte auch eine ADHS. Hiervon seien 50% rauschgift- und 20% alkohol-abhängig.[46] Auch gemäß Stieglitz kann exzessiver Koffein-, Alkohol- oder Nikotinkonsum sowie anderer Substanzgebrauch ein Hinweis auf ADHS sein, da dies der Selbstmedikation dienen kann. Er bezieht sich hierbei auf Ergebnisse von Adler und Cohen, wonach gehäuft Menschen mit einer unbehandelten ADHS bereits als Jugendliche Alkohol (32 % bis 53 %) und Substanzen konsumieren (8 % bis 32 %). Sie weisen daher darauf hin, dass ADHS als Risikofaktor für einen späteren Substanzmissbrauch gelten kann. Die Komorbiditätsrate ist ebenfalls bei Lernschwierigkeiten, wie Rechtschreib- und Rechenstörungen, mit 20 % hoch.[47] Dies führt wiederum häufig zu schlechteren schulischen und beruflichen Abschlüssen. Von großer Bedeutung bei der Diagnose ist hier, in welcher Reihenfolge die Störungen aufgetreten sind, da gemäß der allgemeinen Kriterien die ADHS als erste Erkrankung auftritt. Als gesichert gilt, dass die meisten ADHS-Betroffenen in ihrem Lebensverlauf eine oder mehrere komorbide Störungen entwickeln. Allerdings herrscht noch keine Klarheit darüber, ob eine Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter der Entwicklung komorbider psychischer Störungen zuvorkommen kann. Eine komorbide Störung muss oft unabhängig behandelt werden und kann den Ablauf der verschiedenen Behandlungen bestimmen. Es sollte daher immer auch Ziel einer ADHS-Behandlung sein, komorbide Störungen zu verhindern.[48]

[45] Vgl. Edel/Vollmoeller (2006): S 82f.
[46] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[47] Vgl. Adler/Cohen (2004): S. 187-201.
[48] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 20 ff..

4.2 Diagnoseverfahren

Empfohlen wird eine „multimodale Diagnostik“, welche in verschiedene „Verfahrensgruppen“ untergliedert ist. Diagnostische Interviews sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren werden als besonders wichtig erachtet. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Verfahren - darunter jedoch viele, welche noch nicht in deutscher Übersetzung vorliegen. Eine bekannte Ratingskala, welche sich am DSM-IV orientiert, ist die Wender Skala.[49] Des Weiteren finden Skalen von Conner und Brown in inoffiziellen deutschen Versionen Anwendung. Der Unterschied der Skalen ist, dass ihr Fokus jeweils auf verschiedenen Bereichen liegt. So ist beispielsweise der Bereich „Probleme des Selbstkonzeptes/ Selbstvertrauens“ bei Conners konzeptualisiert, bei Brown und Wender jedoch nicht. Hierbei wird ersichtlich, dass es keine genau festgelegte Vorgehensweise für eine Diagnostik gibt, sondern Empfehlungen.[50]

Fremdbeurteilungsverfahren sind ein wichtiges Diagnosemittel und bieten unterschiedliche retrospektive Erfassungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten Störungen und deren Ausprägungen zu erfassen. Um Diagnosefehler zu vermeiden sind Interviews sinnvoll, in welchen festgelegte Fragen bezugnehmend auf die verschiedenen diagnostischen Kriterien gestellt werden. So ist es möglich, ADHS oder eine andere komorbide Störung zu diagnostizieren. In deutscher Sprache gibt es speziell für ADHS bisher nur das Wender-Reimherr-Interview (WIR), das sich jedoch nicht an den DSM-IV Kriterien orientiert. Dieses strukturierte Interview wird empfohlen, damit komorbide Störungen nicht unerkannt bleiben, was bei freien klinischen Interviews passieren kann. Ein Mittelding zwischen beiden Verfahren bilden die Checklisten geleiteten Interviews (CL), welche auch bei Zeitmangel oder mangelnder Erfahrung des Untersuchers empfohlen werden.[51]

Der Vorteil von Selbstbeurteilungsverfahren wird darin begründet, dass sie „zeitökonomisch“ sind, der Nachteil ist, dass Beurteilungsfehler auftreten können. Auch Motivation sowie kognitive Aspekte spielen hier eine Rolle. Es liegen verschiedene Selbstbeurteilungsverfahren mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor. Beispiel hierfür sind der WHO-Screener Adult-ADHD-Self-Report-Scale (ASRS), welcher sich am DSM-IV orientiert, sowie die Wender Utah Rating Scale (WURS).[52]

[49] Vgl. Bsp. im Anhang.
[50] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012) S. 22 ff..
[51] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012) S. 24 ff..
[52] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 26f.

Neuropsychologische Verfahren können lediglich zur Ergänzung der Diagnostik verwendet werden, da individuelle Verhaltensmuster für eine Diagnose unumgänglich sind.[53]

Neben den aufgeführten klinischen Untersuchungsverfahren gibt es noch andere wichtige diagnostische Hilfsmittel. So beinhalten die Anamneseschemata beispielsweise Familienanamnese, schulischen und beruflichen Werdegang sowie eine medizinische Anamnese (aktuelle und frühere Erkrankungen, Medikation). Besonders auf die Bedeutung der (früh)kindlichen Entwicklung wird hierbei hingewiesen. Sehr wichtig sind auch Schulzeugnisse, die eine retrospektive Diagnosestellung ermöglichen. Gerade die das Verhalten beschreibenden Kopfnoten sind hier von großer Bedeutung. Des Weiteren können Arbeitszeugnisse auf Verhaltensauffälligkeiten hinweisen. Durch Verhaltensbeobachtung während des Gesprächs kann eine motorische Unruhe möglicherweise festgestellt werden, jedoch sind bei einem Beratungsgespräch in der Regel nur Teilaspekte ersichtlich. Daher wird der Verhaltensbeobachtung durch Menschen aus dem Umfeld des Klienten ein größeres Gewicht beigemessen. Die üblichen Fremdbeurteilungsverfahren basieren deshalb auf dem beobachteten Alltagsverhalten durch Dritte.[54]

4.3 Klassifikationsmodelle

Viele Instrumente zur Diagnostik orientieren sich an den DSM-IV-Kriterien, jedoch ist die Übertragung auf den Erwachsenenbereich problematisch. So gibt es oft keine autorisierten deutschen Übersetzungen, auch fehlen Studien zur Validierung betreffend deutscher Populationen. Kein alleiniges Verfahren ermöglicht eine Diagnosestellung. Außerdem gibt es keinen diagnostischen Standard. Die Klassifikationssysteme DSM und ICD stimmen betreffend der Operationalisierung, d. h. mit welchen Indikatoren die Störung gemessen werden soll, nicht überein. Kürzlich erschien der DSM-V und es wird davon ausgegangen, dass, wenn der ICD-11 erscheint, dieser sich am DSM-V orientieren wird.[55] Von vielen Wissenschaftlern wurde die Forderung erhoben, speziell für die adulte ADHS diagnostische Kriterien zu entwickeln. Begründet ist dies dadurch, dass Erwachsene nicht nur an den im DSM benannten klassischen Symptomen leiden, sondern auch an emotionalen Störungen wie vermindertem Selbstwertgefühl sowie Desorganisation im allgemeinen Tagesablauf.[56]

In der DSM-IV-Klassifizierung wurden jeweils neun Symptome in den Bereichen Unaufmerksamkeit bzw. Hyperaktivität/Impulsivität aufgelistet. Für eine mögliche Diagnose mussten mindestens zweidrittel der beschriebenen Symptome während der letzten sechs

[53] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 28.
[54] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 28f.
[55] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 52.
[56] Vgl. Rösler et al. (2010): S. 64.

Monate in auffälligem Ausmaß aufgetreten und hierdurch ernsthafte Probleme in mindestens zwei Lebensbereichen eingetreten sein. Chronizität sowie Persistenz der Symptome, welche nicht durch andere psychische Störungen hinreichender erklärt werden können, waren Voraussetzung. Letzteres wurde auch im DSM-V übernommen, des Weiteren wurde explizit darauf hingewiesen, dass ADHS nicht ab einem gewissen Alter verschwindet. Die notwendige Anzahl der Kriterien für eine Diagnosestellung wurden im DSM-V herabgesetzt und das Alter, in dem die Symptome erstmalig aufgetreten sein müssen, auf zwölf Jahre erhöht. Eine Kriterienänderung – wie vielfach gefordert – fand nicht statt. Jedoch wurden Beispiele eingefügt, die helfen sollen, die Symptome in den Lebensphasen zu erkennen.[57]

Retz prognostizierte in seinem Vortrag, dass es mehr Diagnosen in der Zukunft geben wird, da nun weniger Kriterien für eine ADHS-Diagnose ausreichten. Er ist allerdings der Meinung, dass im Grunde fünf Kriterien genauso einschränken wie sechs Kriterien. Jedoch würden Kriterien fehlen, die das „Innere" beschreiben. Außerdem sei eine Diagnose immer schwer, da ein Patient beim Arzt fast immer konzentriert sei aufgrund der für ihn spannenden Situation – daher sei dies keine reale Situation. Des Weiteren sei die Grenze, was eine Störung ist und was nicht, bei den Kriterien willkürlich.[58]

5 Behandlungsmöglichkeiten

Gemäß den deutschsprachigen Leitlinien zur ADHS bei Erwachsenen wird eine multimodale Therapie empfohlen. Hierunter ist die Kombination mehrerer Therapieelemente zu verstehen – oft Pharmakotherapie und Psychotherapie –, welche die Behandlung effektiver gestalten sollen.[59] [60]

5.1 Medikamentöse Behandlung

Gleichermaßen wie bei Kindern wird auch im Erwachsenenalter die Behandlung mit Stimulanzien vorrangig empfohlen. Jedoch ist die Einstellung der erforderlichen Dosis schwieriger als bei Kindern, auch ist ein Erfolg des Medikaments oft nicht unmittelbar erkennbar.[61]Als Mittel „erster Wahl" gilt Methylphenidat (MPH), bekannt unter dem Namen Ritalin, welches zu den Stimulanzien zählt und das bei ADHS-Betroffenen zu verbesserter Konzentration, verminderter innerer Unruhe sowie zu reduzierter motorischer Hyperaktivität führen kann. Hierdurch soll die Organisation des Alltags wesentlich erleichtert werden. Dabei wird darauf hingewiesen, dass viele positive Auswirkungen im Kontext mit der sozialen

[57] Vgl. American Psychiatric Association (2013): S. 59 – 65.
[58] Vgl. Retz (2013): ADHS Herbstseminar.
[59] Vgl. Edel/Vollmoeller (2006): S 64.
[60] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 60.
[61] Vgl. Edel/Vollmoeller (2006): S 43.

Umwelt erst nach längerfristiger Einnahme auftreten, wenn kontinuierliche Verhaltensänderungen einsetzen. Auch wenn es zum einen viele mögliche Nebenwirkungen gibt - z. B. Kopfschmerzen, erhöhter Blutdruck, Appetitlosigkeit - und zum anderen die Einnahme des Präparates zu einer Verschlechterung komorbider Erkrankungen führen kann, wird es als sehr gut verträglich eingestuft. Des Weiteren wird auf einen möglichen Rebound-Effekt hingewiesen, so sind gegen Abend stärkere Unruhe sowie Konzentrationsmangel möglich. Daher ist eine genaue Einstellung der Einnahmedosis, welche variiert, notwendig sowie regelmäßige ärztliche Kontrolle der Herzfunktion etc.. Seit 2011 ist Methylphenidat für Erwachsene auf dem Markt offiziell erhältlich, unterliegt jedoch dem Betäubungsmittelgesetz. Allerdings wird in der Fachliteratur weitestgehend davon ausgegangen, dass kein Risiko für die Abhängigkeit von Stimulanzien besteht, dem gegenüber aber eine unbehandelte ADHS Abhängigkeitspotential bietet. Da bei Menschen, die nicht von ADHS betroffen sind, kurz nach der Einnahme von Methylphenidat Effekte wie erhöhte Konzentration und Wachheit auftreten, wird es häufig missbräuchlich zur Leistungssteigerung verwendet.[62] Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit befragte daher das HIS-Institut für Hochschulforschung Studierende zu leistungssteigernden Mitteln mit dem Ergebnis, dass Hirndoping durch Ritalin weniger verbreitet ist als angenommen. Gemäß der Studie gaben nur 5% der Befragten an, jemals Medikamente, Amphetamine, Kokain etc. zur Leistungssteigerung genommen zu haben, 1% entfiel davon auf Methylphenidat. An der Befragung nahmen jedoch nur 31% der geladenen Studierenden teil.[63]

Ohlmeier führte aus, dass Methylphenidat eine Art von Speed sei. Methylphenidat gleiche den Dopaminmangel eines ADHS-Betroffenen aus, deshalb werde dieser ruhiger. Hingegen seien Menschen ohne ADHS nach Einnahme von Methylphenidat aufgedreht. Die Halbwertzeit dieses Medikamentes sei kurz, weshalb die Dosis gesteuert werden müsse. So brauche der Wirkungseintritt 20 bis 30 Minuten, jedoch käme nach drei bis vier Stunden der alte Effekt wieder und nach vier bis fünf Stunden sei der ursprüngliche Stand endgültig erreicht.[64]

Ein weiteres herausgestelltes Medikament ist Atomoxetin, welches unter die Substanzgruppe der Selektiven Noradrenalinwiederaufnahmehemmer fällt. Es wirkt positiv auf die Kernbereiche der ADHS, jedoch mit geringerer Wirkung als Methylphenidat. Vorteil dieses Präparates ist sein durchgehender Effekt, außerdem ist es vorteilhaft bei komorbiden Störungen. Die Nebenwirkungen sind ähnlich wie bei MPH, jedoch können darüber hinaus sexuelle Dysfunktionen auftreten. Regelmäßige ärztliche Kontrolle ist auch hier wichtig. Von

[62] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 64ff.
[63] Vgl. Middendorf et al. (2012).
[64] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.

großem Vorteil ist, dass Atomoxetin nicht unter dem Verdacht von Abhängigkeit und Missbrauch steht und daher auch nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt.[65] Seit 2013 ist nun auch ein Behandlungsbeginn im Erwachsenenalter offiziell möglich.[66]

Bei beiden Präparaten ist es wichtig vor Beginn der Behandlung Depressionen auszuschließen. Sonst müssen zunächst diese vorrangig behandelt werden und erst nachrangig die ADHS, da sonst Suizidhandlungen nicht ausgeschlossen werden können.[67] Selbstverständlich gibt es noch weitere ADHS-Präparate, die soeben beschriebenen scheinen jedoch besonders relevant.

5.2 Psycho-/ verhaltenstherapeutische Interventionen

Nicht medikamentöse Behandlung kann „präventiv-kurativ, unterstützend kompetenzsteigernd oder umfeldbeeinflussend“ sein. Des Weiteren kann sie ein primäres Behandlungsmittel oder eine Ergänzung zu einer medikamentösen Therapie darstellen.[68]

Ein möglicher Grund für eine psychotherapeutische Behandlung ist, dass Betroffene oft keine medikamentöse Behandlung wollen, sondern stattdessen eine Psychotherapie vorziehen. Auch wünschen oft Betroffene, die einer medikamentösen Behandlung zustimmen, ergänzend eine Psychotherapie. Des Weiteren weisen Erwachsene mit ADHS oft zusätzlich komorbide Störungen wie Depressionen sowie psychosoziale Schwierigkeiten wie Partnerschafts- und Arbeitsplatzprobleme aufgrund der ADHS-Symptomatik auf und begeben sich oft schon deshalb in psychotherapeutische Betreuung.[69]

Durch eine Verhaltenstherapie können ADHS-Betroffene die in vielen Jahren entwickelten Vermeidungsstrategien abbauen und Strukturen entwickeln, welche ihr Leben vereinfachen. Sie kann Betroffenen, die aufgrund ihres unangepassten Verhaltens in ständiger Konfrontation mit ihrer Umwelt leben, Hilfestellung für ein besseres Selbstmanagement bzw. zur Verhaltensänderung geben.[70] Entsprechend heutiger Behandlungsempfehlungen werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze den Vorzug gegeben. Hervorgehoben werden hierbei verschiedene Therapieprogramme, sogenannte manualisierte Therapien. In deutscher Sprache gibt es beispielsweise das Therapieprogramm von Hesslinger, welches ein symptomorientiertes und störungsspezifisches Konzept für Gruppentherapie mit Erwachsenen mit ADHS beschreibt.[71] Der Unterschied dieser Programme liegt darin, auf welchen

[65] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 66ff.
[66] Vgl. Lily-Pharma (2013).
[67] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 69.
[68] Vgl. Dietrich (2011): S. 180f.
[69] Vgl. Edel/Vollmoeller (2006): S. 64.
[70] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 231.
[71] Vgl. Hesslinger/Philipsen/Richter (2004): S. 11.

Problembereich der Schwerpunkt gelegt wurde. Medikamentöse Behandlung sowie Psychoedukation sind jedoch feste Bestandteile jedes Programms.[72]

Letztere spielt heute im Kontext mit ADHS eine wichtige Rolle. Ebenso als Baustein von Therapieprogrammen wie als eigenständiges Therapieangebot. So entwickelte D'Amelio ein Programm, welches Psychoedukation mit kognitiv-behavioralen Therapieelementen verbindet. Auch Coaching gewinnt in diesem Zusammenhang immer mehr an Relevanz, wobei es hierbei oft Überschneidungen zur Psychotherapie gibt. [73] [74]

Psychoanalyse wird heute weniger oft eingesetzt, da viele ADHS-Betroffene zum einen Probleme beim freien Assoziieren haben und zum anderen Probleme haben, sich jemandem anzuvertrauen, der gemäß dem analytischen Setting „als Mensch verborgen bleibt". Des Weiteren werden sich viele Betroffene aufgrund der Analyse ihrer vorhandenen Probleme verstärkt bewusst, was oft nicht zum positiven Therapieverlauf beiträgt.[75] Als verhaltenstherapeutische Intervention wird Neurofeedback eingeordnet, wobei auch spezifische und unspezifische Wirkfaktoren von Bedeutung sein können.[76] Ein bewusstes Beeinflussen der Gehirnströme kann durch Neurofeedback gelernt werden. Hierbei verändert der Patient EEG-Signale und erhält eine Rückmeldung auf dem Bildschirm. Auch wenn Studien im Erwachsenenbereich hierzu noch fehlen, wird Neurofeedback als interessanter therapeutischer Ansatz erachtet.[77]

5.3 Ergänzende und alternative Methoden

Sportliche Aktivitäten können zur Entspannung und erhöhter Konzentrationsfähigkeit beitragen. Gemäß Ohlmeier steigt beim Joggen der Dopaminspiegel.[78] So hilft regelmäßiges Joggen Menschen, die in ihrer Kindheit unter Hyperaktivität litten. Bei Fibromyalgie können durch Training in medizinisch betreuten Fitnesscentern die Muskelschmerzen verringert werden. Hierbei wird jedoch darauf hingewiesen, dass hyperaktive Erwachsene oft extrem intensiv Sport betreiben, was wiederum Suchtcharakter haben kann und daher als „misslungene Selbstbehandlung" gilt.[79] Meditation, Autogenes Training und Yoga können ebenfalls die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit positiv beeinflussen.[80]

[72] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 70.
[73] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 73.
[74] Vgl. D'Amelio et al. (2009).
[75] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 232.
[76] Vgl. Drechsler (2010): S. 160.
[77] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 104.
[78] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[79] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 249.
[80] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 104.

Es gibt noch eine Vielzahl alternativer Behandlungsmethoden, beispielsweise in Form von speziellen Diäten oder Nahrungsergänzungsmitteln. Derzeit sind hier die Omega-3-Fettsäuren hervorzuheben. Die bisherigen Untersuchungen zur Wirksamkeit beziehen sich jedoch auf Kinder.[81]

6 Ursachen – Erklärungsmodelle, –ansätze und Sichtweisen

Zur ADHS im Erwachsenenalter gibt es keine allgemeinen Entwicklungs- und Erklärungsmodelle. Daher werden meist die Modelle aus dem Kindesalter modifiziert. Hervorgehoben wird das Modell von Döpfner, welches biologische und psycho-soziale Aspekte vereint und somit den aktuellen Wissensstand wiedergibt.[82] Ein Modell, dass den Aspekt der „Lebensspannenerkrankung" berücksichtigt ist das „Entwicklungspsychopathologische Modell" von Schmidt und Petermann.[83] Hier wird aufgezeigt, dass Symptome, die in der Kindheit von Bedeutung sind, beim Erwachsenen erkennbar bleiben, sich jedoch in oft veränderter Form manifestieren. Das bekannteste psychotherapeutische Modell ist das „Kognitiv-behaviorale Modell der Entwicklung der ADHS im Erwachsenenalter" von Safren et al..[84] Es wird von bereits in der Kindheit bestehenden neuropsychiatrischen Beeinträchtigungen ausgegangen, wodurch Betroffene nur bedingt Copingstrategien entwickeln können und dadurch in verschiedenen Lebensbereichen Misserfolge erleben, was zu dysfunktionalen Kognitionen führt. Diese wiederum können z. B. Vermeidungsverhalten und Depressionen auslösen, wodurch ein Kreislauf von negativen Erfahrungen entsteht. Die neurobiologischen Modelle gehen von einer hohen genetischen Determination, strukturellen und funktionellen Hirnauffälligkeiten sowie Zusammenhänge in der Funktionsweise der Neurotransmittern aus.[85]

6.1 (Neuro)biologische Perspektive

Auch wenn WissenschaftlerInnen die Genetik als Hauptursache erachten, beziehen sie meist trotzdem die psycho-sozialen Aspekte mit ein. Ein Beispiel hierfür ist Simchen, deren neurobiologische Ausführung der Ursachen im Folgenden näher erläutert wird. Ihre Ergänzungen aus dem ADHS-Herbstseminar in Mainz, welche im Anschluss ausgeführt werden, zeigen jedoch in der Tat auch Parallelen zu Türckes Sichtweise. Der Unterschied der verschiedenen Sichtweisen liegt in der Praxis letztendlich oft in der Einschätzung der Höhe

[81] Vgl. Krause/Krause (2009): S. 249.
[82] Vgl. Abb. 1 im Anhang/Döpfner et al. (2000).
[83] Vgl. Abb. 2 im Anhang/Schmidt/Petermann (2008).
[84] Vgl. Abb. 3 im Anhang/Safren et al. (2005).
[85] Vgl. Stieglitz/Nyberg/Hofecker-Fallahpour (2012): S. 31-39.

des genetischen bzw. Umwelt- Anteils an dieser Störung sowie den Möglichkeiten diese zu behandeln.

Das Wissen in den vergangen Jahren über ADHS wurde dadurch vorangebracht, dass die biologische Komponente erkannt wurde.[86]

Simchen kritisiert, dass heute viel über das Thema ADHS gesprochen wird, aber nur einige wissen, was sich hinter der Störung verbirgt. Diskussionen sollten auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basieren und nicht auf Vermutungen. Den Betroffenen wird durch die verschiedenen Anschauungen und die damit verbundene Verunsicherung geschadet, denn dadurch bleibt die notwendige Behandlung oft aus, Zeit geht verloren und die Betroffenen bleiben in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zurück. Daher sollte denen vertraut werden, die aufgrund ihrer Ausbildung urteilsfähig sind. Durch alternative Therapieformen können nur einzelne Symptome – und oft nur unzureichend – behandelt werden. Bei einer ausgeprägten Symptomatik ist dies jedoch nicht ausreichend. Wichtig ist es nicht, die Symptome zu behandeln, sondern die Ursache. Dies muss erkannt werden und dafür ist ein Perspektivwechsel in Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik notwendig. Wie aus der Praxis ersichtlich wird, müssen diese Berufsgruppen für eine therapeutische Tätigkeit wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über ADHS haben. Ein Zusammenhang zwischen ADHS und vielen psychischen Störungen gilt als gesichert, was gerade im Erwachsenenbereich einen „Perspektivwechsel mit Wissenszuwachs“ in Psychotherapie und Psychologie sehr wichtig macht. Als Basis hierfür sollten die neurologischen Forschungsergebnisse dienen. Trotzdem ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise wichtig, die auch die Entwicklung des Menschen und sein soziales Umfeld mit einschließt, da ADHS eine erbliche neuro-psycho-soziale Störung ist. Simchen fordert bei Diagnostik und Therapie, die neurobiologischen Ursachen stärker zu berücksichtigen und nicht nur die Symptomatik zu fokussieren, da die Forschung heute in der Lage ist, durch bildgebende Verfahren den Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und den einzelnen Gehirnabschnitten zu erkennen. So könnten Verhaltensauffälligkeit, Konzentrationsprobleme und Auffälligkeiten der Motorik sowie der Impulssteuerung bereits im Ansatz neurobiologisch bewertet werden. Ohne den Aspekt der Hyperaktivität wird die Störung oft zu spät diagnostiziert, da die Diagnostik/ Therapie komplizierter ist als mit diesem Aspekt. Als Folge findet sie in der Forschung weniger Berücksichtigung. Problematisch sind auch die zahlreichen Zwischenstufen zwischen den beiden Formen (ADHS und ADS). Keine AD(H)S ist wie die andere, selbst in einer einzelnen Familie kann sie verschiedene Erscheinungsbilder haben.

[86] Vgl. Hallowell (2011): S. 399.

Bisher sind ca. 20 Gene gefunden worden, die das Erscheinungsbild der Störung prägen und eine additive Wirkungsweise haben, d. h. die ADHS-Symptomatik ist umso ausgeprägter, je mehr Gene betroffen sind. Jedoch weist Simchen darauf hin, dass individuelle Belastungen sowie das soziale Umfeld eine annähernd große Bedeutung haben.

Simchen erläutert die Zusammenhänge aus neurobiologischer Sicht so, wie sie dem derzeitigen Erkenntnisstand der Forschung weitestgehend entsprechen: Demgemäß ist ADHS eine hirnorganisch bedingte Störung. Eine Transporterstörung der Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin verursachen die Störung, wobei eine Beteiligung anderer Botenstoffe sehr wahrscheinlich ist. Nach dem „Prinzip der doppelten Sicherung" überlappen sich Botenstoffe, welche unterschiedliche Bereiche wie beispielsweise Gefühle und Impulssteuerung regulieren. ADHS ist demnach eine angeborene Funktionsstörung im Stirnhirnbereich. Die Wahrnehmungsverarbeitung ist beeinträchtigt durch Reizüberflutung in den neuronalen Netzwerken sowie eine veränderte Steuerungsdynamik. Es handelt sich neurobiologisch um eine Unterfunktion des Stirnhirns, was durch spezielle Computerverfahren nachgewiesen werden kann. Gemäß Simchen kann diese genetisch bedingte Unterfunktion mit Stimulanzien ausgeglichen und der Beweis hierfür durch bildgebende Verfahren erbracht werden.

ADHS wird vererbt, jedoch können Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft die Symptomatik bedeutend verstärken und damit die Störung zum Ausdruck bringen. Diese negativen Einflüsse sind jedoch nicht ursächlich. Dasselbe gilt für strukturlose Erziehung und erhöhten Medienkonsum. Zigaretten und Alkohol werden oft zur Selbstmedikamention des Dopamin-, Serotonin und Noradrenalinmangels konsumiert, wobei bei einer Schwangerschaft die genetische sowie die toxische Schädigung sich genetisch summieren können.[87]

Simchen, die im Herbstseminar zum Thema „Symptom- und Lebensalter bedingte Besonderheiten der medikamentösen ADHS Therapie" sprach, erklärte, Methylphenidat sei kein Psychopharmaka, sondern ein Stimulanz. Es helfe den Betroffenen Informationen zu reduzieren, jedoch sei die Mitarbeit der Patienten ausschlaggebend. Je mehr eigene Mitarbeit, desto weniger Medikamente seien notwendig. Es müsse gelernt werden, Prioritäten zu setzen, denn wer sich nicht entscheiden könne, wäre hierzu auch nicht in der Lage. Dem Gehirn müsse „gesagt" werden, auf was es sich konzentrieren soll. Wiederholungen seien dabei sehr wichtig. Sie prognostizierte, dass ADHS - aufgrund der zunehmenden Reize, welche das Gehirn beeinflussen - sich ausweiten werde. Besonders erwähnenswert waren für sie hierbei

[87] Vgl. Simchen (2013).

Handys. Sie empfiehlt daher eine konsequente Erziehung, beispielsweise das Lernen von Ordnung sowie das Einhalten von Verträgen.[88]

Moll und Rothenberger sehen die genetischen Dispositionen aus evolutionärer Perspektive, da diese ein Erklärungsmuster bietet, wie und warum sich manche Gene entwickelt haben. Demnach sind die Kernsymptome der ADHS in der Steinzeit überlebenswichtig gewesen. Die Gene wandelten sich jedoch weniger schnell, als die Umweltbedingungen. Allerdings sind die „Jäger-Gene" in der heutigen Lebenswelt, in der es hauptsächlich um „reflexive Problemlösungsfähigkeiten" geht, eher von Nachteil – heute geht es um Anpassung. Die Autoren kritisieren, dass heute somit ein gesellschaftliches Scheitern eines Menschen durch Unangepasstheit, dem Betroffenen selbst zugeschrieben wird, da die Notwendigkeit der Anpassung an die moderne Lebenswelt als Tatsache angesehen wird. Dem Gedanken einer Anpassung der Lebenswelt an die Bedürfnisse des Menschen werde hierbei keine Relevanz beigemessen.[89]

Bei der ADHS-Therapie geht es nicht nur um bessere Lebensqualität, sondern um Lebensbewältigung. Durch eine medikamentöse Therapie kann keine Heilung erfolgen, doch kann dadurch die Strukturierung des Alltags verbessert und das Leben besser organisiert werden. Daher kann meistens nach ein bis drei Jahren auf die Medikamente verzichtet werden. Mit einer medikamentösen Therapie sollte immer eine Psychotherapie einhergehen, auch ein Coaching sollte nach Möglichkeit erfolgen. Zur gegenseitigen Unterstützung sind auch Selbsthilfegruppen empfehlenswert. Auch wenn vielen Patienten durch eine entsprechende Behandlung sehr geholfen werden kann, muss ein ADHS-Betroffener stets bemüht sein, zwischen Wunsch und Realisierung zu unterscheiden. Die medikamentöse Therapie soll hierfür sozusagen als Brille dienen, „die den Blick dafür schärfen kann".[90]

6.2 Psycho-soziale Perspektive

Für Türcke ist es nicht ausreichend, lediglich genetische oder funktionelle „Schaltfehler" anzuführen, aber dann ADHS als Krankheit zu bezeichnen. Das plötzlich gehäufte Auftreten dieser „sogenannten Krankheit" kann für ihn dadurch nicht erklärt werden. Er stimmt darin überein, dass der Ablauf im Gehirn eines konzentrationsfähigen Menschen anders ist, als bei einem konzentrationsunfähigen, jedoch spricht er von einer Kulturstörung, nicht von einer Hirnstörung.[91] Die Funktionsweise des Gehirns entspricht bei immer mehr Menschen nicht mehr den „traditionellen Kulturstandards", jedoch durchaus neuen Standards, womit deren

[88] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[89] Vgl. Moll/Rothenberger (2001): 9f.
[90] Vgl. Ryffel-Rawak (2007): S. 153ff.
[91] Vgl. Türcke (2012): S. 40f.

Verhalten wegweisend ist. Zwei gegensätzliche Wiederholungskulturen treffen hier aufeinander. Der Mangel an Wiederholung bewirkt einen Mangel an Stabilität der synaptischen Verschaltungszusammenhänge, was jedoch beispielweise Bildgebungsverfahren nicht aufzeichnen.[92] Der immer häufigere Wechsel der Einstellungen sowie der ständige Lichtwechsel beim Fernsehen wirken wie ein „optischer Ruck", der eine Stimulation der Aufmerksamkeit herbeiführt und sie dadurch letztendlich zermürbt. Da der Bildschirm auch Teil des Computers ist, ist auch das Arbeitsleben davon betroffen. Die Aufmerksamkeit des Menschen ist einer Dauerüberforderung ausgesetzt – und stumpft dadurch ab. Auch Zeitungen werden immer mehr bebildert und die Texte kürzer, um ausreichend Leser zu finden. Kaum jemand hat noch die Konzentration einen langen Text von Anfang bis Ende zu lesen. Als prägnantes Beispiel beschreibt Türcke eine 90-minütige Einführungsveranstaltung über Sozialpsychologie an der Frankfurter Universität. In diesen Veranstaltungen fand ein sogenannter Medien-Mix zwischen Vortrag, Power-Point-Präsentation und Diskussion statt. Im Sommersemester 2011 hatte die Evaluation der Veranstaltung ergeben, dass mehr als 10 % der Befragten Unterbrechungen durch zwei Pausen anregten mit der Begründung, dass für sie eine so lange Konzentrationsspanne nicht möglich sei.[93]

Multitasking, dieses Wort wurde in den letzten Jahren regelrecht zum Modewort. Vieles gleichzeitig tun, um Zeit zu sparen und vielseitig zu sein – Türcke spricht von einer „Kulturtechnik". Hierbei wird die Aufmerksamkeit eines Menschen auf verschiedene Gegenstände aufgeteilt. Jedoch kann niemand jedem Reiz zu gleichen Teilen gerecht werden, auch wenn bei Multitasking von der Möglichkeit ausgegangen wird, dies durch Training zu erreichen. Allerdings ist dies nur bedingt möglich, möglich ist lediglich ein schnellerer Wechsel der Aufmerksamkeit – eine Vervielfältigung führt zur Diffusion.[94] Türcke sieht ADHS nicht als „Krankheit in gesunder Umgebung", im Gegenteil gebe es nur dort ADHS, wo bereits eine „Aufmerksamkeitsdefizitkultur" bestünde.[95] Die Tatsache, dass Zeitungen immer mehr zu Illustrierten werden und Studenten nur noch fähig sind, mit Bildern angereicherten Vorlesungen zu folgen, sieht er als Beweis dafür, dass sich Vorstellungen immer mehr den Wahrnehmungen anlehnen. Durch I-Pads etc. sind immer sofort Bilder parat, damit sich das Gegenüber etwas „vorstellen" kann. Der Mensch neigt immer mehr dazu, jede Vorstellung sofort auf eine Wahrnehmung zu stützen.[96]

[92] Vgl. Türcke (2012): S. 44f.
[93] Vgl. Türcke (2012): S. 28ff.
[94] Vgl. Türcke (2012): S. 55f.
[95] Vgl. Türcke (2012): S. 70.
[96] Vgl. Türcke (2012): S. 75.

Wie auch Türcke sieht Ahrbeck eine Verbindung zwischen den gehäuften Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen einerseits und der Reizüberflutung und Zeitverknappung andererseits. Des Weiteren durch die stetige Beschleunigung der Lebensverhältnisse, welche durch ein schnelles Wechseln der verschiedenen Reize gekennzeichnet sind. In der heutigen Gesellschaft verlieren diejenigen, die langsam sind. Gerade Kinder reagieren mit Sensibilität, oft sogar pathologisch, auf diesen Umstand. Deshalb sind bei der Ursachenforschung von ADHS kulturtheoretische und gesellschaftliche Überlegungen zu verankern. Jedoch ist eine direkte Ableitung von kulturellen und gesellschaftlichen Aspekten auf den Menschen nicht möglich, da jedes Individuum Erfahrungen auf seine eigene Art verarbeitet. Dennoch ist es wichtig, Wechselwirkungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, um so die Kluft zwischen Verhaltensstörungen und Kultur zu verringern.[97] Heute steht „Sensation" als Synonym für etwas Aufsehenerregendes, jedoch bedeutet das Wort ursprünglich Empfindung bzw. „mit den Sinnen wahrnehmen". Heute geht alles, was kein Aufsehen erregt, in der allgemeinen Informationsflut unter, was bedeutet, dass nur noch wahrgenommen wird, was aufsehenerregend ist. Letztendlich wird das Wahrnehmen von Aufsehenerregendem zur „Wahrnehmung überhaupt". Für diese Entwicklung scheint auch der „globale wirtschaftliche Konkurrenzdruck", der sich besonders im „Nachrichten-Hochdruck" zeigt, verantwortlich.[98]

Brandl führt aus, dass die Ursachen von ADHS heute als „systemimmanent", also im Individuum liegend, erachtet werden. Gerade während problematischen gesellschaftlichen Entwicklungen ist dieses Erklärungsangebot einfach und dadurch attraktiv. Medikamente bieten eine rasche Lösung - soziale Aspekte können dadurch weiter ausgeblendet, Veränderungen müssen somit nicht angestrebt werden. Diskussionen über weitere Ursachen und Verantwortlichkeiten werden demgemäß hinfällig.[99] Trotz Forschungslücken in den organischen Verursachungstheorien gibt es wenige psychoanalytische oder kulturtheoretische Ansätze. Da die Hirnentwicklung von den Erfahrungen der frühen Umwelt abhängt und daher auch die gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen bzw. ihre Folgen mit einzubeziehen sind, sollte die strikte Gegensätzlichkeit von Natur einerseits und Kultur andererseits aufgelöst werden.[100]

Auch für Matusall sind die Begründungen der ADHS nicht so eindeutig, „wie es dem Laienpublikum gern glaubhaft gemacht wird".[101] Matusall spricht von einem Paradigmenwechsel, von einer organischen Störung hin zu einer Funktionsstörung. Seit

[97] Vgl. Ahrbeck (2007): S. 7f.
[98] Vgl. Türcke 2002): S. 18.
[99] Vgl. Brandl (2007): S. 110.
[100] Vgl Ahrbeck (2007): S. 15.
[101] Vgl. Matusall (2012): S. 20.

Anfang der 1980er Jahre gilt die Störung aufgrund der Verschiebung von physiologischen Auffälligkeiten zu „Messwerten und statistischen Abweichungen von einem Normalzustand“ als neurologisches Problem. Dieser Paradigmenwechsel manifestierte sich für Matusall mit den diagnostischen Kriterien des DSM-III. Es entstand eine Verschiebung weg von der motorischen Impulsivität hin zum Aufmerksamkeitsdefizit. Somit begann für Matusall eine Verlagerung der Störung in den Kopf. Außerdem konnte nach den neuen Diagnosekriterien ADHS diagnostiziert werden, wenn beispielsweise Eltern und Lehrer ausreichend schwere Auffälligkeiten feststellten, selbst wenn Kinder sich bei der ärztlichen Untersuchung unauffällig verhielten. Ätiologische Faktoren traten dadurch in den Hintergrund.[102] Er weist darauf hin, dass die Symptomkriterien in der Regel mit „oft“ oder „häufig“ verknüpft sind, was bei der Diagnosestellung einen großen Ermessungsspielraumraum bietet und die Übergänge zum „normalen“ Verhalten fließend gestaltet.[103] Er führt weiter aus, dass Kritiker daher eine „Veränderung des Menschenbildes“ beobachten und dadurch eine Reduzierung des Menschen auf genetische und neurobiologische Prozesse stattfindet. Dadurch könnte menschliches Verhalten - auch durch Psychopharmaka - letztendlich steuerbar gemacht werden.[104] Im (neuro-)biologischen Sinn ist normal, wer anpassungsfähig ist. Vernunftgesteuertes und rationales Verhalten wird als normal eingestuft, ab einem gewissen Grad der Abweichung wird von einer pathologischen Wahrnehmungsverarbeitung gesprochen. Jedoch sind „normal“ und „abweichend“ lediglich Relationen, keine tatsächlichen Eigenschaften. Verhaltensbesonderheiten werden bei dieser Sichtweise der Sinn abgesprochen, der Mensch wird zur „quantifizierbaren Größe“.[105] Für Rose ist der steigende Konsum von Psychopharmaka ein Anzeichen für eine Veränderung der Selbstwahrnehmung, vor allem in westlichen Gesellschaften. Durch die Veränderung in eine „neurochemische Selbstwahrnehmung“ werden „normal“ und „abweichend“ zunehmend in Graden der Gehirnaktivität berechnet.[106] Auch Rose sieht hier einen Paradigmenwechsel. Psychische Erkrankungen werden zunehmend mit Funktionsstörungen des Gehirns erklärt. Soziale und biographische sowie Umwelteinflüsse sind nur insofern bedeutsam, als sie auf das Gehirn einwirken.[107] Es wird davon ausgegangen, dass die immer häufiger verwendeten Medikamente – beispielsweise Kopfschmerz- oder Beruhigungsmittel – bereits einen Lerneffekt bei Kindern auslösen. Schon Kinder spüren schnell, dass Medikamente z. B. der

[102] Vgl. Matusall (2012): S. 13f.
[103] Vgl. Matusall (2012): S. 15f.
[104] Vgl. Matusall (2012): S. 28f.
[105] Vgl. Mattner (2001): S. 26.
[106] Vgl. Rose (2003): S. 46.
[107] Vgl. Rose (2003): S. 57.

Stressbewältigung dienen können. Andere Möglichkeiten werden nicht mehr als notwendig erachtet – zum stressabbauenden Fußballspiel mit Freunden ist oft keine Zeit mehr. Der Leistungsdruck ist in den letzten Jahren bereits auf Kinder immer höher geworden, wodurch diese immer früher unter Krankheiten wie Migräne oder Depressionen leiden, welche eigentlich als Krankheiten von Erwachsenen gelten. Es werden immer mehr Medikamente für Kinder verschrieben, am häufigsten Methylphenidat. Dabei ist zu bedenken, dass Medikamente zwar sozial anerkannter als verbotene Rauschmittel sind, jedoch auch in eine Sucht führen können.[108] Des Weiteren ist die wirtschaftliche Seite bedenklich. Ärzte unterliegen einem immer höheren Druck, kostengünstig und schnell zu behandeln. Das Ausstellen eines Rezeptes nimmt weitaus weniger Zeit in Anspruch, als längere Gespräche, die der Ursachenforschung dienen.[109] ADHS ist eine Krankheit, die auch eine soziale, nicht nur eine medizinische Entität ist. Es wird weniger die Existenz der Krankheit bestritten, es geht vielmehr um ihre Ätiologie und damit um ihre Behandlung. Hierbei geht es um „Menschenbilder und Weltanschauungen“.[110]

7 Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

Maßnahmen, die gezielt eingesetzt werden, um Veränderungen zu erwirken und denen meist ein theoretisches Konzept zugrunde liegt, werden als Interventionen bezeichnet. Hierdurch können soziale Systeme verändert werden.[111]

Ohlmeier führte in seinem Vortrag aus, dass die Versorgung von ADHS-Betroffenen so schwierig sei, da ein niedergelassener Psychiater sich in der Regel keine drei Stunden Zeit für seinen Patienten nähme – und diese sei eigentlich für eine ordentliche Diagnose notwendig. Ohnehin habe die Zahl der Psychiater abgenommen, da diese, wegen des höheren Stundensatzes pro Klient, es vorzögen als Psychotherapeuten zu arbeiten. Als weiteren Grund führte er die langwierige ADHS-Diagnostik sowie den Ärger mit den Krankenkassen an. Milde Formen der ADHS seien mit Psychotherapie, Paartherapie oder Ähnlichem behandelbar und Medikamente nicht empfehlenswert.[112] Simchen wies während ihres Vortrages daraufhin, dass ADHS immer mehr als „Coach-Erkrankung“ anerkannt werde, dies sei aber noch „Zukunftsmusik“.[113]

[108] Vgl. Glaeske/Rumke 2000: S. 45f.
[109] Vgl. Diller (1996): S. 14.
[110] Vgl. Schneider (2012): S. 44f.
[111] Vgl. Migge (2005): S. 358.
[112] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[113] Vgl. Simchen (2013): ADHS Herbstseminar.

Sowohl die Vorträge des ADHS-Herbstseminars als auch die Interviewergebnisse weisen auf fehlende Beratungsmöglichkeiten im Bereich der ADHS bei Erwachsenen hin. Internetforen werden daher oft ausschließlich zur Informationsgewinnung genutzt. Auch gibt es für Betroffene in größeren Städten Selbsthilfegruppen. Wenn diese jedoch nicht professionell durch ÄrztInnen, PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen geleitet werden, ist das Risiko groß, dass sich die Selbsthilfegruppen wieder auflösen, da das Interesse bei den Betroffenen stark nachgelassen hat. Dies kann besonders bei ADHS-Gruppen zum Tragen kommen, da anfängliche Begeisterung, die in Interesselosigkeit umschlägt, ein Merkmal der Störung ist. Des Weiteren fällt bei Internetrecherchen auf, dass es viele private Praxen und Kliniken gibt, die Therapien für ADHS-Betroffene anbieten. Dies bedeutet, dass es für Betroffene mit dem nötigen finanziellen Hintergrund durchaus Beratungs- und Therapiemöglichkeiten gibt, dies gilt jedoch nicht für wirtschaftlich schlechter gestellte Menschen. Schon daher sollte die Soziale Arbeit hier intervenieren, um Beratung für alle anzubieten. Im Folgenden werden geeignete Methoden und Disziplinen der Sozialen Arbeit erläutert.

7.1 ADHS-spezifische Interventionsmöglichkeiten

7.1.1 Psychoedukation

Psychoedukation findet oft im Gruppensetting statt, wobei es eine TherapeutIn (z. B. PsychiaterIn) und eine KotherapeutIn (z. B. SozialarbeiterIn) geben sollte.[114] Psychoedukation ist eine Intervention, die auf kognitiver Verhaltenstherapie basiert und die nie nur auf die Krankheit bezogenes Wissen vermitteln soll. Vom Therapeuten wird eine ressourcenorientierte Grundhaltung erwartet. Es sollen die Erfahrungen der Betroffenen mit eingebunden und deren „Fähigkeit zur Selbsthilfe“ unterstützt werden.[115] Psychoedukation wird im Allgemeinen bei chronischen Krankheiten genutzt, wobei ein wichtiger Aspekt ist, dass der Verlauf der Krankheit durch eine entsprechende Lebensweise positiv beeinflussbar ist. Diese Merkmale gelten bei ADHS als erfüllt, einer Störung die bis ins Erwachsenenalter reichen kann und mit psychischen und psychosozialen Folgen einhergeht. Jedoch ist bei geringem Selbstwertgefühl sowie Schwierigkeiten in der Partnerschaft und am Arbeitsplatz eine (rein) medikamentöse Behandlung nicht zielführend, hier ist es wichtig, dass der Betroffene aktiv an der Behandlung beteiligt ist. Durch Psychoedukation werden die Selbstakzeptanz und vor allem die Selbstwirksamkeitsüberzeugung gestärkt. Letzteres ist bei einer Pharmakotherapie problematisch, da hierbei der Betroffene glaubt, dass lediglich die Medikamente und nicht er selbst zu einer Verbesserung der Lebenssituation beigetragen hat.

[114] Vgl. D’Amelio et al. (2009): S. 29.
[115] Vgl. D‘Amelio et al. (2009): S. 23ff.

„Das Zurückbleiben hinter den eigenen Möglichkeiten“ ist ein wesentliches Thema von ADHS-Betroffenen. Die daraus resultierenden Selbstzweifel und Versagensängste können Depressionen verursachen. Viele Betroffene fühlen sich bereits ihr ganzes Leben „anders“ als andere, wissen aber nicht, dass es sich um ein Störungsmuster handelt, welches – in gewissem Rahmen – therapierbar ist. Psychoedukation kann hier den Betroffenen zum einen die notwendigen Informationen geben und zum anderen ihnen helfen damit umzugehen.[116]

Psychoedukation soll helfen, die Lebensqualität von Angehörigen und Patienten zu verbessern. Der Patient und auch die Angehörigen sollen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Krankheit und die daraus möglicherweise entstehenden Probleme im Alltag sowie über Möglichkeiten der Behandlung informiert, Bewältigungsstrategien für den Alltag sollen erarbeitet sowie Stärken und Schwächen analysiert werden. Persönlichkeitseigenschaften, die es häufig bei ADHS-Betroffenen gibt, z. B. Kreativität, gilt es zu fördern. Der kommunikative Austausch von Betroffenen ist wichtig, um die Kompetenz im Umgang mit der Störung zu steigern. Hierbei sollen die Angehörigen mit einbezogen werden, um ihnen emotionale Unterstützung zu geben.[117]

7.1.2 Coaching

Coaching hat sich mittlerweile im sozialen Bereich etabliert, im Kontext mit ADHS findet es im Einzelsetting statt. Es wird als Baustein in der multimodalen Therapie des ADHS verstanden, gewinnt immer mehr an Bedeutung und soll den Betroffenen bei der Selbstorganisation sowie der Strukturierung des Alltags unterstützen. Es ist zeitlich limitiert, erstreckt sich zwar über mehrere Sitzungen, dabei ist jedoch das Ziel des Coaches, für seine KlientInnen entbehrlich zu werden. Zu Beginn der Sitzungen werden Regeln vereinbart, dabei sind Coach und KlientIn „auf Augenhöhe“. Der Unterschied zur Psychotherapie besteht darin, dass keine „Störungen mit Krankheitswert“ behandelt werden, auch wenn oft die Methoden von Therapieverfahren genutzt werden. Sie ist individuell und hilft dem Klienten im Alltag, beruflich und privat zur Steigerung der Lebensqualität.[118] Migge erachtet diese Unterscheidung als problematisch, da, was als behandlungsbedürftige Krankheit gilt, immer wieder „rechtlich, medizinisch, ökonomisch“ sowie „verbandspolitisch“ definiert wird. „Was eine Krankheit ist, wird in unserer Gesellschaft zurzeit von ökonomisch orientierten Gremien festgelegt und ist in der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO definiert (ICD der WHO).“ Coaching ist eine Möglichkeit, durch welche KlientInnen mehr Bewältigungs- und Handlungskompetenz erlangen können. Coaching selbst ist keine

[116] Vgl. D‘Amelio et al. (2009): S. 23ff.
[117] Vgl. D‘Amelio et al. (2009): S. 26ff.
[118] Vgl. D’Amelio et al. (2009): S. 130.

Wissenschaft, jedoch eine handlungsorientierte und somit hilfreiche Interaktion. Viele Lebensbereiche können hierdurch abgedeckt werden – beispielsweise Familie, Partnerschaft und Beruf. Migge spricht von oft fließenden Grenzen zwischen Psychotherapie und Coaching. So sei ein frühzeitig eingesetztes Coaching möglicherweise in der Lage, eine psychotherapeutische Behandlung zu vermeiden. Darüber hinaus seien viele Psychotherapien eigentlich auch Beratung und Coaching.[119] Coaching kann als wichtiger Teil einer multimodalen Behandlung bei ADHS im Erwachsenenalter angesehen werden, wobei eine Evaluation durch wissenschaftliche Studien wichtig wäre, um genauer festzustellen in welchem Maß und in welchen Bereichen Betroffene durch ADHS-Coaching profitieren können.[120] ADHS-Coaching kann als individueller Beratungsprozess definiert werden. Die vom Klienten gewünschten Veränderungen, werden vom Coach unterstützt und begleitet, was auch in der Lebensumwelt der KlientIn geschehen kann. Wichtig beim Coaching ist die „Anleitung zur Selbsthilfe“, das bedeutet, dass das Selbstmanagement der KlientInnen gefördert werden soll, so dass sie es ohne professionelle Hilfe gestalten können. ADHS-Coaching wird als „Problemlösungsprozess“ verstanden, welcher verschiedene Phasen umfasst. Die Vorgehensweise ist ressourcen- und lösungsorientiert und daher als systemisch zu bezeichnen. D’Amelio hat ein Stufenmodell des Coaching-Prozesses bei ADHS entwickelt. So wird zunächst das Anliegen des Klienten geklärt, dann die Ressourcen identifiziert, der Ist- sowie der Sollzustand ermittelt und Maßnahmen erarbeitet. Danach erfolgen Umsetzung, Zielerreichung sowie die Erfolgsstabilisierung.[121] [122]

Um den Optimierungsprozess der KlientInnen optimal unterstützen zu können, sollte ein ADHS-Coach umfassende Fachkenntnisse im Bereich ADHS haben, Kenntnisse im Bereich Ressourcen-Aktivierung und Problemanalyse sowie eine Weiterbildung in einem lösungsorientierten therapeutischen Verfahren haben. Jedoch ist der Titel ADHS-Coach nicht gesetzlich geschützt, es gibt keine verbindlichen Kriterien, wodurch es weder national noch international festgelegte Richtlinien für eine ADHS-Coaching-Ausbildung gibt.[123] Im Gegensatz zu Deutschland ist in Amerika ADHS-Coaching bereits sehr verbreitet[124] [125]

[119] Vgl. Migge (2005): S 22ff.
[120] Vgl. D’Amelio et al. (2010): S. 7.
[121] Vgl. D‘Amelio et al. (2009): S. 132.
[122] Vgl. Abb. 4/D‘Amelio et al. (2009): S. 133.
[123] Vgl. D’Amelio et al. (2010): S. 1 f..
[124] Vgl. D’Amelio et al. (2009): S. 23
[125] Vgl. ADHD Coaches Organization (2013).

7.2 Systemische Beratung/ Systemische Therapie

Die Begriffe Beratung und Coaching sind im systemischen Bereich nicht wirklich trennbar. Jedoch kann Coaching als „Prozessberatung“ und Beratung als „Fachberatung“ oder „Expertenberatung“ definiert werden, wobei auch von einem Coach Fachwissen erwartet wird. Eine andere Auslegung ist, dass ein Berater eine Lösung für das Problem der KlientIn hat, ein Coach weiß, dass die KlientIn die Lösung „in sich trägt“. Ein klassischer Coach arbeitet immer zukunftsorientiert, es geht ausschließlich um die Lösung eines Problems, nicht um dessen Ursachen. Dies ist bei der (systemischen) Beratung ähnlich. [126] Hier geht es um die Alltagsrealität. Die Termine können von den Klienten einzeln festgelegt werden. Im Gegensatz hierzu werden bei der Therapie von Beginn an mehrere Termine vereinbart, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Es geht hier um Beziehungsmuster, den Mehrgenerationenaspekt sowie weitere psychische Aspekte.[127] Ein Merkmal der systemischen Methode ist, dass sie viele Ausdrucksformen hat, da sie auf einer Vielzahl von geistigen Strömungen basiert.[128] Gemäß Rotthaus von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) baut die Systemische Beratung/ Therapie auf den modernen Konzepten der systemtheoretischen Wissenschaft auf. Der Mensch ist immer gleichzeitig als biologisches und soziales Wesen zu sehen. Die systemische Sichtweise fokussiert daher die dynamische Wechselwirkung „zwischen den biologischen und psychischen Eigenschaften einerseits und den sozialen Bedingungen des Lebens andererseits“. Psychische Krankheiten werden hier als „Störung der Systemumweltpassung“ definiert. Individuelle Symptome werden als Symptome von krankheiterzeugenden bzw. krankheitsaufrechterhaltenden Beziehungsmustern gesehen. Deshalb werden Bezugspersonen der KlientInnen gerne in den therapeutischen Prozess mit einbezogen, jedoch ist dies nicht unbedingt erforderlich.[129] Der Wunsch nach „Nichtveränderung“ zu respektieren ist ein zentraler Aspekt in der Systemischen Beratung, aber auch ein wichtiger bei ADHS-betroffenen Erwachsenen. Diese haben sich oft mit vielen ihrer Eigenschaften arrangiert oder bewerten Symptome der ADHS positiv. Das bedeutet, sie selbst und auch ihr Umfeld möchten vieles gar nicht verändern. So sind die Betroffenen beispielsweise aufgrund der querschießenden Gedanken besonders erfolgreich in ihrem kreativen Beruf. Jedoch möchten sie vielleicht ein bestimmtes Symptom, beispielsweise die Neigung zu Wutausbrüchen, besser

[126] Vgl. Migge (2005): S. 29.
[127] Vgl. Systeam Münster (2013).
[128] Vgl. Migge (2005): S. 29.
[129] Vgl. Rotthaus (2013).

kontrollieren können. In der systemischen Arbeitsweise gibt es kein bestimmtes Therapieziel. Das Ziel wird vom Klienten bestimmt.[130]

Diese Therapieform ist ein weltweit verbreitetes und anerkanntes Verfahren, wobei der soziale Kontext im Mittelpunkt steht. In Deutschland gilt sie jedoch noch nicht als Richtlinienverfahren, was dazu führt, dass bisher von den gesetzlichen Krankenversicherungen noch keine Kostenübernahme erfolgt. Jedoch hat die Systemische Therapie eine hohe Langzeitwirkung, so zeigten sich bei Kontrolluntersuchungen zwei bis vier Jahre nach Abschluss der Therapie gehäuft bessere Ergebnisse als bei anderen Therapiearten. Sie ist hierbei nicht sehr kostenintensiv, da oft wenige Sitzungen in größeren Zeitabständen ausreichen. Dies wäre eigentlich ein Grund für die Krankenkassen, diese Therapieform anzuerkennen. Systemische Therapie ist lösungsfokussiert, Ziel ist Ressourcenaktivierung und Empowerment. Als wichtig wird hierbei die gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychotherapeuten etc. erachtet. Systemische Therapie kann bei allen Störungsbildern gemäß ICD-10 angewendet werden. Dadurch, dass hier mit einem flexiblen Setting und einer geringeren Sitzungsanzahl gearbeitet wird, kann sie wesentlich dazu beitragen, die Wartezeiten auf Therapieplätze zu verringern.[131]

7.3 Klinische Sozialarbeit

Pauls führt aus, dass die klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik Störungen wie beispielsweise ADHS im sozialen Kontext wahrnehmen kann. Durch die psychosoziale Diagnostik sind Indikationen möglich, welche nicht nur durch Psychiater gestellt werden könnten. Er betont hierbei, dass je schneller die Soziale Arbeit eine eigene klinische Diagnostik umsetzen kann, desto weniger werden die sozialen Zusammenhänge im Wechselspiel von Verhalten und sozialen Problemen durch das Zurückgreifen auf psychiatrische Diagnosen verborgen.[132]

Klinische Sozialarbeit wird als gesundheitsspezifische Fachsozialarbeit definiert, wobei klinisch für behandelnd steht. Ziel ist hierbei, soziale bzw. psycho-soziale Faktoren in eine (sozio)-therapeutische Behandlung sowie Beratung mit einzubeziehen. Der Fokus liegt hierbei auf der Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) und dies im bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit.[133] Klinische Sozialarbeit soll eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnehmen mit Schwerpunkt auf der psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung. KlientInnen und PatientInnen soll durch „methodisch geleitete Einflussnahme“ geholfen werden. Als Besonderheit wird die Indikation der Klinischen

[130] Vgl. Schwing/Fryszer: S. 35f.
[131] Vgl. DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (2013): S. 1-4.
[132] Vgl. Hahn/Pauls (2008): S.26f.
[133] Vgl. ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (2013).

Sozialarbeit hervorgehoben, z.B. schwer zugängliche Menschen. Klinische Sozialarbeit kann bspw. in der Psychiatrie, in Beratungsstellen, Einrichtungen der Straffälligenhilfe oder einer Soziotherapeutischen Praxis stattfinden.[134] Während die Klinische Sozialarbeit in Deutschland Profilierungsprobleme hat, stellt sich ihre Situation in den USA anders dar. Dort haben sich viele Sozialarbeiter meist in Form eines Master-Abschlusses als „Clinical Social Worker" qualifiziert. Durch diese Ausbildung sind sie zum einen qualifiziert und zum anderen anerkannt zur Ausführung einer Behandlung unter dem Aspekt eines „biopsychosozialen Störungs- und Behandlungsverständnisses". Clinical Social Work (CSW) hat seine Ursprünge im Case Work, welches besonders durch Richmond entwickelt und bekannt wurde. Sie erkannte, dass soziale Faktoren Probleme erzeugen können und sich dabei gegenseitig beeinflussen. Basis ihrer Interventionen war die „psychosoziale Diagnose", welche den hilfebedürftigen Menschen im Kontext seiner Umgebung betrachtete. Hierbei wurden soziale und individuelle Merkmale aufgezeichnet. Die Ansätze der klinischen Sozialarbeit orientierten sich an der Medizin, was schon durch das Wort „diagnosis" bemerkbar wird. Jedoch war Richmond auch der Meinung, dass Ärzte eine geringe Befähigung dazu haben, die Ursachen von Krankheit und Problemen mit dem sozialen Umfeld ihrer Patienten in Verbindung zu bringen.[135] Dies ist möglicherweise auch auf das Thema ADHS zu übertragen, bei welchem Ärzte, oft schon aus Zeitgründen, zu selten das soziale Umfeld ihrer Patienten hinterfragen und einbeziehen. Seit den 1930er Jahren beeinflusste die Psychoanalyse die Klinische Sozialarbeit in USA. Dies lag einerseits an den verschiedenen Vortragsreisen Freuds und Jungs, andererseits an den vielen emigrierten „Freudianern", deren Abschlüsse nicht in Amerika anerkannt wurden, weshalb sie oft als Sozialarbeiter tätig waren oder als Ausbilder im Bereich der Psychoanalyse. Seit den 1960er Jahren führten in den USA politische und gesellschaftliche Entwicklungen zu einem veränderten Verständnis von Störungen – soziale Bedingungen wurden mit einbezogen und die „Clinical Social Work" trat mehr in den Vordergrund. Seit Gründung der „National Federation of Societies for Clinical Social Work" wird an Richtlinien etc. gearbeitet. Die Konzentration auf traditionelle Psychotherapiekonzepte in Diagnose und Therapie wurden als nicht ausreichend erachtet, da sie zu sehr die „intrapersonellen Aspekte" fokussierten.[136]

[134] Vgl. DGSA Sektion Klinische Sozialarbeit (2013).
[135] Vgl. Hahn/Pauls (2008): S.22f.
[136] Vgl. Hahn/Pauls (2008): S.23 f..

Roll/ Amberger nennen Soziotherapie als eine Therapiemöglichkeit bei ADHS.[137] In Folge der psychiatrischen Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich von Persönlichkeitsstörungen können hier Komorbiditäten und Differentialdiagnosen erkannt werden.

Soziotherapie ist gemäß § 37 a SGB V[138] beispielsweise bei affektiven, wahnhaften oder schizophrenen Störungen eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Die Indikation ist bei entsprechender ICD-Einstufung gegeben. Dies bei gleichzeitigen Fähigkeitsstörungen (gemäß GAF-Skala) wie z. B. Konzentrationsstörungen, Belastbarkeitsstörung, Strukturlosigkeit. Bei dem klassischen Klienten der Soziotherapie kommt eine mangelnde Krankheitseinsicht hinzu. Wichtig für die Indikation ist, dass die Klienten aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche Maßnahmen selbstständig wahrzunehmen. Ziel ist es Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Im Allgemeinen sind die Krankheitsbilder im Bereich schwerer psychischer Erkrankungen mit Störungen im Bereich der Willensbildung zu finden, besonders häufig bei einer diagnostizierten Schizophrenie. Hier wird in der Regel Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V verordnet. Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen etc. kommen in der Regel verschiedene ambulante Leistungen, jedoch nicht die gem. § 37 a SGB V in Betracht.[139] Interessant – auch für den Bereich ADHS - sind jedoch einige der Leistungsinhalte der Soziotherapie. Beispielsweise sollen hier Konfliktlösungsstrategien und tagesstrukturierende Maßnahmen erarbeitet werden, die soziale Situation im häuslichen sowie im beruflichen Bereich soll analysiert und Belastbarkeit und Ausdauer gefördert werden.[140] Zweifelsohne ist die Indikation bei ADHS für eine klassische Soziotherapie nicht gegeben, jedoch könnte der Ansatz der Soziotherapie in abgewandelter Form für Interventionen im Bereich der ADHS eine Möglichkeit darstellen.

[137] Vgl. Roll/Amberger (2010): S. 425.
[138] Vgl. § 37 a SGB V.
[139] Vgl. Frieboes (2005): S. 28.
[140] Vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2001).

Teil 2 Eigene Untersuchung und Evaluation

Hier interviewte ich drei Personen, die auf verschiedene Weise mit dem Thema zu tun haben. Eine direkt Betroffene, den Leiter einer Suchtberatungsstelle sowie den Vater eines Betroffenen. Aus Datenschutzgründen möchte ich die Interviews nicht veröffentlichen, jedoch das Fazit.

8 Fazit

Auch wenn Einigkeit darüber herrschte, dass ADHS eine bio-psycho-soziale Störung ist, so wurden doch verschiedene Schwerpunkte auf die Ursachen gelegt. So setzte Interviewpartnerin 1, welche von der Störung betroffen ist, den Fokus in erster Linie auf den genetischen Blickwinkel und nachrangig auf den steigenden Medienkonsum. Interviewpartner 3 spricht aus persönlicher Sicht medizinische Aspekte an, sieht aber aus allgemeiner Perspektive beziehungsweise aus Perspektive eines Lehrers, gesellschaftliche Aspekte, wie Arbeitsverdichtung, neue Kommunikationsmittel sowie psychosoziale Erklärungsansätze als ursächlich für die Störungen beziehungsweise deren Aufdeckung. Er verweist auf Erikson und dessen „Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung“[141]. In der Stufe der Adoleszenz geht es dabei um Identitätsdiffusion, die er im Kontext zu ADHS sieht. Interviewpartner 2 zieht hingegen in der Eigenschaft als Suchtberater Parallelen zum Suchtbereich, in welchem es ebenfalls „Glaubenskriege“ über die Ursachen gebe und die Entwicklung jetzt auch zur Annahme vieler Faktoren ginge. Unterschiede bestanden auch in der Einschätzung von Medikamenten und Rauschmitteln. Ingo J. steht diesen eher kritisch gegenüber, denn Ziel solle es sein, jemanden hiervon unabhängig zu machen. Dabei jedoch mit der Einschränkung, dass Medikamente manchmal „letzte oder auch erste Hilfe“ darstellen. Doris L. spricht sich im Allgemeinen gegen eine zu schnelle Verschreibung von Medikamenten aus. Für sich selbst befürwortet sie Ritalin, welches sie nach Bedarf nehmen und dadurch ihr Leben besser organisieren könne. Klaus T. wiederum ist gegen Ritalin sowie Beruhigungsmittel sehr kritisch eingestellt, aber sieht den Cannabis-Konsum als wenig problematisch.

In allen Interviews gab es hingegen Übereinstimmung darüber, dass Ärzte zu wenig Zeit hätten, um die notwendigen Gespräche für eine gute ADHS-Diagnose zu führen. Interviewpartner 2 sah darin den Grund für vorschnelle Medikation, Interviewpartnerin 1 schilderte ihre persönlichen negativen Erfahrungen mit Ärzten, die sich durch ungenügende Beratung auszeichneten und Interviewpartner 3 wies ergänzend auf die

[141] Vgl. Erikson (1971): S. 150f.

Abrechnungsmechanismen hin. Gemeinsamkeiten fanden sich auch beim Verlauf einer spät diagnostizierten ADHS von Doris L. beziehungsweise einer möglicherweise nicht diagnostizierten ADHS bei dem Sohn von Klaus T.. Beide haben bzw. hatten Beziehungsprobleme, arbeitsplatzbezogene Probleme sowie Depressionen und verschiedene Differentialdiagnosen. Auch holten beide ihren Mittleren Bildungsabschluss in der Erwachsenenbildung nach. Der weitere Lebensverlauf gestaltete sich bei der diagnostizierten Betroffenen jedoch weitaus positiver. Übereinstimmung herrschte über die Wirksamkeit Systemischer Beratung aufgrund ihrer Lösungs- und Ressourcenorientiertheit zwischen den InterviewpartnerInnen 1 und 2. Zwischen allen Befragten herrschte Einigkeit darüber, dass eine Intervention der Sozialen Arbeit durch Beratungsstellen ein guter Weg ist, sowohl beim Erstkontakt als auch beim Coaching. Der Leiter der Suchtberatungsstelle sieht hierbei einen Vorteil darin, wenn eine Institution dies übernimmt, da diese sich nicht finanzieren müsse. Die von ADHS Betroffene bietet nun selbst Beratung an und hätte gerne die Möglichkeit einer Beratungsstelle genutzt, wenn es diese gegeben hätte, und Interviewpartner 3 ließ sich, auch wenn sein Sohn schon erwachsen ist, in einer Erziehungsberatungsstelle beraten und fände eine Beratungsstelle für Erwachsene daher sehr sinnvoll.

9 Diskussion

Im Folgenden wird der theoretische Teil mit den Ergebnissen der empirischen Untersuchung verschränkt.

Die in der Literatur diskutierten Ursachen für ADHS wurden größtenteils auch in den Interviews genannt. So wurden die genetischen als auch die allgemein medizinischen Aspekte angesprochen. Ebenfalls psychosoziale Gesichtspunkte, wie die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der steigende Medienkonsum. Auch die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Epidemiologie spiegelte sich in den Interviews wider. Ebenso ist festzustellen, dass der Verlauf der Störung bei meiner Interviewpartnerin ähnlich in der Literatur als typischer Verlauf bei Frauen beschrieben wird. In der Wissenschaft gibt es viele verschiedene Ansätze zur Diagnostik, diese sind jedoch nicht einheitlich. Die Interviews zeigten, dass in der Praxis wesentlich weniger Zeit für Diagnosestellung und Psychoedukation verwendet wird als in der Literatur vorgesehen. Sowohl die Vorträge der Fachmediziner als auch die Interviews erklärten diesen kritischen Zustand mit Zeitdruck und mangelnder monetärer Leistungen der Krankenkassen. Dabei zeigten die Interviews auch, wie wichtig eine frühzeitige, umfangreiche und genaue Diagnose

für betroffene Menschen und ihre soziale Umwelt ist. Jedoch stimmen die Erfahrungen aus der eigenen Forschung mit dem Großteil der wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Literatur überein, dass hier eine „Unterversorgung“ vorliegt. Des Weiteren wird in der Literatur im Kontext mit ADHS vermehrt auf die systemische Herangehensweise eingegangen, welche auch in den Interviews favorisiert wurde.

So, wie es in der Wissenschaft verschiedene Ansätze zu den Ursachen der bio-psycho-sozialen Störung gibt, ist die Sichtweise der InterviewpartnerInnen von den verschiedenen Lebenslagen und Perspektiven geprägt. Gleichermaßen gilt dies für die Medikamentisierung. Forschung und Wissenschaft ergaben außerdem, dass für die Diagnostik, besonders um Differentialdiagnosen und Komorbidität zu erfassen, Ärzte notwendig sind. Die Interviews zeigten jedoch auch, wie wichtig es hierbei ist, dass diese zum einen genügend Zeit aufwenden und zum anderen mit dem Thema ADHS vertraut sind. Studien, die eine Korrelation zwischen ADHS und Straftaten herstellen, waren - auch wenn Beratungen in der Justizvollzugsanstalt stattfinden - in der Suchtberatungsstelle nicht bekannt. Eine Wechselseitigkeit wurde aber als durchaus möglich erachtet. Hingegen wurde die Komorbidität zwischen Suchtverhalten und ADHS durch die Interviews bestätigt. Dies führt zu der Überlegung, ob nicht die Frage nach ADHS während eines Beratungsgesprächs in der Suchtberatungsstelle beziehungsweise in der Justizvollzugsanstalt zur Standardfrage werden sollte.

Wie Ohlmeier in seinem Vortrag ausführte, wirkt Methylphenidat wie Speed.[142] Jedoch ist dieses Präparat zur Medikamentisierung, wenn auch reglementiert, freigegeben. Der Sohn von Interviewpartner 3 wird aufgrund von abendlichen Cannabis-Gebrauch zur Selbstmedikation in der Gesellschaft ausgegrenzt, was ihn wiederum psychisch belastet. „Weniger die Drogen, als vielmehr die prohibitionistische Drogenpolitik produziert die Probleme der Menschen im Umgang mit verbotenen Substanzen.“[143] Über eine mögliche Legalisierung von Cannabis wäre nachzudenken.

Das Interview mit der ADHS-Betroffenen verdeutlichte, wie wichtig die Forderung von Retz ist, den Bereich Diagnostik und Forschung weiter auszubauen.[144] Ohlmeier fügte hinzu, dass das Thema ADHS in Deutschland erst seit 2000 offiziell sei und dass es seitdem einige Forschungsprojekte gäbe. Seit nunmehr vierzehn Jahren würden Erwachsene behandelt, trotzdem sei die ambulante Versorgung schlecht. Krankenkassen hätten jahrelang – aufgrund der Kosten – Diagnosen verhindert. Oft würden Komorbiditätserkrankungen behandelt. Hinzu

[142] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[143] Stöver/Gerlach (2012): S. 105.
[144] Vgl. Retz (2013): ADHS Herbstseminar.

kämen gesellschaftspolitische Diskussionen.[145] Die Forschungsprojekte, die es in Deutschland gibt, werden oft durch die Pharmaindustrie finanziert, da es zu wenige staatliche Fördergelder für diesen Bereich gibt. Es wäre wichtig und richtungweisend, wenn von staatlicher Seite mehr in den Bereich der ADHS-Forschung investiert würde, einerseits in die Ursachenforschung und andererseits, um weitere Therapiemöglichkeiten zu erforschen.

10 Konklusion und Ausblick

Die bio-psycho-soziale Störung ADHS ist ein Gebiet, in dem weitere Forschung nötig sein wird, um größere Klarheit zu erzielen. Auch wenn die Ursache als weitgehend genetisch erachtet wird, wird der soziale Aspekt immer deutlicher hervorgehoben. Die ADHS-Diagnosen steigen voraussichtlich weiter, insbesondere dann, wenn sich der ICD-11 am DSM-V anlehnen wird.

Bereits heute gibt es zu wenige Beratungsmöglichkeiten für Erwachsene. Inwieweit die Soziale Arbeit bereits in die Diagnostik mit eingebunden werden kann, bleibt abzuklären. In jedem Fall könnten Selbstbeurteilungsbögen in Beratungsstellen bearbeitet und erste Gespräche geführt werden, wenn die MitarbeiterInnen entsprechende Kenntnisse aufgrund von Weiterbildungen hätten. Gemäß D'Amelio haben SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer Ausbildung die Möglichkeit als Co-Trainer bei der Psychoedukation mitzuarbeiten.[146] Für den Bereich des Coachings ist die Soziale Arbeit geradezu prädestiniert, da es hier um die Bewältigung des Alltags geht. Die Systemische Beratung/ Therapie bietet hierfür eine gute Basis und wird als Weiterbildung auf Grundlage eines Studiums der Sozialen Arbeit angeboten. Dies bedeutet, es gäbe Interventionsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit – ob im institutionellen Bereich oder in Form einer Praxisgemeinschaft.

Jedoch mangelt es der Sozialen Arbeit zum einen an Selbstvertrauen und zum anderen an professioneller Profilierung. Lüssi beschreibt das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit als widersprüchlich, da zum einen das Berufsfeld sehr groß ist – „grundsätzlich ist der Sozialarbeiter für alles zuständig". Zum anderen ist jedoch der Aufgabenbereich, für den die Soziale Arbeit alleine und anerkannt zuständig ist, sehr gering. Viele Aufgaben, die in der Sozialen Arbeit wahrgenommen werden, werden durch andere Berufsgruppen – wie Lehrer,

[145] Vgl. Ohlmeier (2013): ADHS Herbstseminar.
[146] Vgl. D'Amelio et al. (2009): S. 29.

Juristen, Psychologen – immer wieder im Hinblick auf fachliche und sachliche Zuständigkeiten „streitig“ gemacht.[147]

Allerdings werden die Probleme gerade im psychosozialen Kontext immer drängender und eine Kooperation zwischen Ärzten, Psychologen und SozialarbeiterInnen im Bereich der ADHS ist daher als besonders wichtig zu erachten – eine Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Die Soziale Arbeit hat die Möglichkeit in diesem Bereich zu intervenieren – m. E. besteht hierfür eine Notwendigkeit. Jedoch muss sie sich ihrer sozialen Kompetenzen und Stärken bewusst werden und diese auch selbstbewusst zum Ausdruck zu bringen, um sie zum Wohle der Gesellschaft einzusetzen.

[147] Vgl. Lüssi (2001): S. 24.

Literaturverzeichnis

ADHD COACHES ORGANIZATION (2013): Online im Internet unter: www.adhdcoaches.org [Stand: 26.11.2013].

ADS-MAINZ e. V. (2013): ADHS im Lebensverlauf. Vier Vorträge – ein Thema: ADHS. Herbstseminar 2013. Online im Internet unter: http://www.ads-mainz.de/ [Stand: 26.11.2013].

ADLER L./COHEN, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics of North America 27 (2), 187-201.

AHRBECK, Bernd (2007): Hyperaktivität – Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

BARBARESI, William (2013): Mortality, ADHD, and Psychosocial Adversity in Adults With Childhood ADHD: A Prospective. In: Pediatrics. Online im Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/02/26/peds.2012-2354.full.pdf+html [Stand: 08.10.2013].

BARKLEY Russel A. et al. (2002): The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. Journal of Abnormal Psychology, 111 (2): 279-289.

BARKLEY Russel A. et al. (2008): ADHD in adults: What the science says. New. York: Guilford.

BOGNER, Alexander et al. (2009): Experteninterviews – Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (3. Auflage), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BRANDL, Sarah Y. (2007): Einmal bitte Öl wechseln und die Schaltung reparieren. Sprache und metaphorische Wahrnehmungen zur kindlichen Verhaltensbeschreibung. In: Ahrbeck, Bernd (Hg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 107-123.

BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN (2001): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Online im Internet unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-5/RL_Soziotherapie_2001-08-23.pdf? [Stand: 26.11.2013].

D'AMELIO, Roberto et al. (2009): Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.

D'AMELIO et al. (2010): Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter – ein strukturierter Ansatz. ADHS Report, Ausgabe 37 (11) 5-9. Online im Internet unter: http://www.uniklinikum-

saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/ADHSCoachingARTIKEL.pdf [Stand: 26.11.2013].

DGSA Sektion Klinische Sozialarbeit (2013): Online im Internet unter: www.dgsainfo.de/sektionen/klinische_Sozialarbeit/inhalt.html [Stand: 26.11.2013].

DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (2013): Essentials Systemischer Therapie. Online im Internet unter: http://www.dgsf.org/service/download-bereich/Essentials%20Systemischer%20Therapie%2022-05-2013%20final.pdf [Stand: 26.11.2013].

DIETRICH, Karsten (2011): Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte, Stuttgart: Schattauer GmbH.

DILLER, Lawrence H. (1996): The Run on Ritalin. Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. Hastings Center Report 26 (2), 27-50.

DÖPFNER, M. et al. (2000). Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe.

DRECHSLER, Renate (2010): Neurofeedbacktraining bei ADHS. In: Rösler, Michael et al. (Hg.): Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 156-160.

EDEL, Marc-Andreas/VOLLMOELLER, Wolfgang. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperkaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.

ERIKSON, Erik H. (1971): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, Frankfurt/ Main: Suhrkamp Verlag.

FRIEBOES, Ralf-Michael (2005): Grundlagen und Praxis der Soziotherapie. Richtlinien, Begutachtung, Behandlungskonzepte, Fallbeispiele, Antragsformulare, Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

GLAESKE, Gerd/RUMKE, Ruth (2000): Schule und Arzneimittel – ohne Pillen geht es auch! Zum Arzneimittelgebrauch und –missbrauch bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter. In: Voss, Reinhard (Hg.): Verhaltensauffällige Kinder in Schule und Familie: Neue Lösungen oder alte Rezepte? Neuwind: Luchterhand, 39-49.

HAHN, Gernot/PAULS, Helmut (2008): Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

HALLOWELL, Edward M., RATEY, J. (2011): Zwanghaft zerstreut. Oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

HESSLINGER, Bernd/PHILIPSEN, Alexandra/RICHTER, Harald (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

HJERN, A., WEITOFT, G. AND LINDBLAD, F. (2010), SOCIAL ADVERSITY PREDICTS ADHD-MEDICATION IN SCHOOL CHILDREN – A NATIONAL COHORT STUDY. ACTA PAEDIATRICA, 99: 920–924. DOI: 10.1111/J.1651-2227.2009.01638.X

HUCKLENBROICH, CHRISTINA (2013): In: Frankfurter Allgemeine Wissen. Online im Internet: http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/adhs-studie-ist-der-zappelphilipp-eine-chronische-stoerung-12134309.html [Stand: 26.11.2013].

KESSLER, R. C. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Pychiatry, 163 (4), 716-723.

KRAUSE, Johanna/KRAUSE, Klaus-Henning (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (3. Auflage), Stuttgart: Schattauer GmbH.

KROMREY, Helmut (2006): Empirische Sozialforschung (11. Auflage), Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

LILLY DEUTSCHLAND GMBH (2013): ADHS-Medikament erhält Zulassung für den Behandlungsbeginn bei Erwachsenen. Online im Internet unter: http://www.lilly-pharma.de/presse/unternehmensnachrichten/aktuelle-meldungen/adhs-medikament-erhaelt-zulassung-fuer-den-behandlungsbeginn-bei-erwachsenen.html [Stand: 26.11.2013].

LÜSSI, Peter (2001): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung (5. Auflage), Bern: Verlag Paul Haupt.

MATUSALL, Svenja (2012): Risiken und Nebenwirkungen einer Diagnose. In: Netzwerk Entresol (Hg.): ADHS - Eine Krankheit wird erwachsen, Zürich: Verlag Sphères, 7-40.

MATTNER, Dieter (2001): Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In; Amft, Hartmut et al. (Hg.). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie, Stuttgart: Kohlhammer, 7-36.

MEUSER, Michael/NAGEL, Ulrike (1991): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In. D. Garz und K. Kraimer (Hg.), Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen. 441-471.

MIDDENDORF, Elke et al. (2012): Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenverbrauch. In: HIS: Forum Hochschule. Online im Internet unter: http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201201.pdf [Stand: 26.11.2013].

MIGGE, Björn (2005): Handbuch Coaching und Beratung, Weinheim: Beltz Verlag.

MOLL, Gunther H./ROTHENBERGER, A. (2001): Neurobiologische Grundlagen. Ein pathophysiologisches Erklärungsmodell der ADHD. Kinderärztliche Praxis, Sonderheft. Unaufmerksam und hyperaktiv, 9-15.

MURPHY Kevin R./BARKLEY Russel A. (1996): Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. J Attention Disord; 1: 147-161.

NETZWERK ENTRESOL (Hg.) (2012): ADHS – Eine Krankheit wird erwachsen, CH-Zürich: Verlag Sphères.

NEUY-BARTMANN, Astrid (2005): ADS Erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder, Stuttgart: Klett-Cota.

POLANCZYK, G./ROHDE, L. A. (2007): Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry 20(4):386-392.

RESNICK, Robert J. (2004): Die verborgene Störung – ADHS bei Erwachsenen. Aus dem Amerikanischen von Aribert Rothenberger, Stuttgart: Klett-Cota.

RÖSLER, Michael u. a. (2010): Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene, Stuttgart: Kohlhammer.

ROLL Sibylle/AMBERGER Stephanie (2010). Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag KG.

ROSE, Nikolas (2003): Neurochemical Selves. Society 41 (1), 46-60.

ROTTHAUS, Wilhelm (2013): Was heißt systemisch? In: DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie. Online im Internet unter: http://www.dgsf.org/themen/was-heisst-systemisch [Stand: 26.11.2013].

RYFFEL-RAWAK, Doris (2007): ADHS bei Erwachsenen – Betroffene berichten aus ihrem Leben (2. Auflage), Bern: Huber.

RYFFEL-RAWAK, Doris (2010): ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert (3. Auflage), Bern: Huber.

SAFREN, S. A., et al. (2005): Cognitive-behavioral therapiy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behaviour Research and Therapy, 43 (7), 831-842.

SCHLANDER, M. et al. (2007): Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. Eur Child Adolesc Psychiatry 2007; 16: 430-438.

SCHMIDT, S.; Petermann, F. (2008): Entwicklungspsychopathologie der ADHS. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56 (4), 265-274.

SCHNEIDER, Peter (2012): Ist ADHS wirklich eine Krankheit? Oder Was gibt es beim Kampf ums Ritalin eigentlich zu gewinnen? In: Netzwerk Entresol (Hg.): ADHS - Eine Krankheit wird erwachsen, Zürich: Verlag Sphères, 41-59.

SCHRAG, Peter/DIVOKY, Diana (1981): The Myth of the Hyperactive Child And Other Means of Child Control. Harmondsworth: Penguin.

SCHWING, Rainer/FRYSZER Andreas (2012): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis (5. Auflage), Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

SIMCHEN, Helga (2007): Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln (2. überarbeitete und erweiterte Auflage), Stuttgart: Kohlhammer.

SIMCHEN, Helga (2013): Thesen zu ADS (I). Was bedeutet AD(H)S)? Online im Internet unter: http://helga-simchen.info/Thesen-zu-ADS/1,000000606507,8,1 [Stand: 26.11.2013].

STIEGLITZ, Rolf-Dieter/NYBERG, Elisabeth/HOFECKER-FALLAHPOUR, Maria (2012): ADHS im Erwachsenenalter. Fortschritte der Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

STÖVER, Heino/GERLACH, Ralf (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino (Hg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt: Fachhochschulverlag Frankfurt, 95-110.

SYSTEAM Münster (2013): Der Unterschied zwischen Beratung und Therapie. Online im Internet unter: http://www.systeam-ausbildungen.de/muenster/beratung-b.htm [Stand: 26.11.2013].

TRIPP G. Luk SL, Schaughency EA, Singh R. DSM-IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and hyperkenetic disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 156-164.

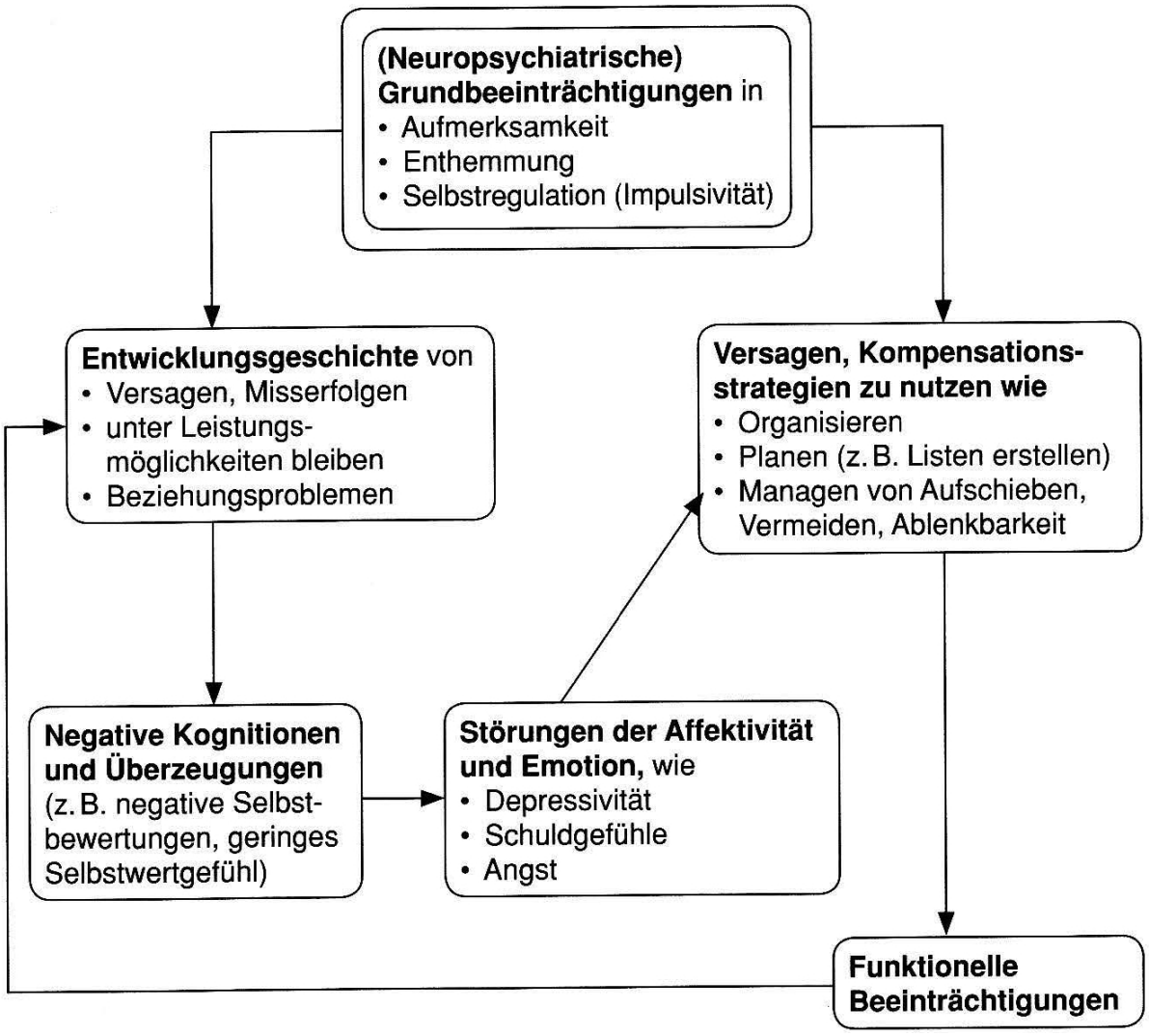
TÜRCKE, Christoph (2012): Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur, München: C. H. Beck oHG.

ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (2013): Online im Internet unter: www.klinische Sozialarbeit.de [Stand: 26.11.2013].

Anhang

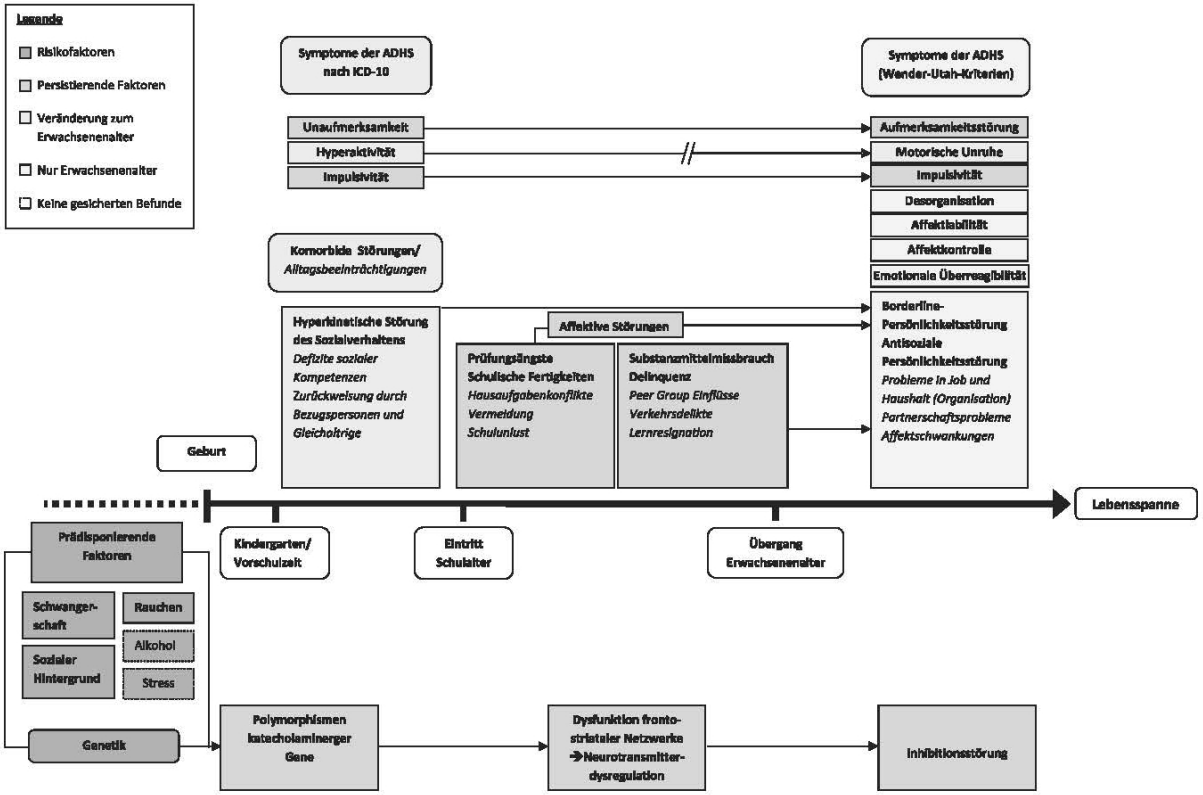
Abbildungen

Abbildung 1: Erklärungsmodell der ADHS



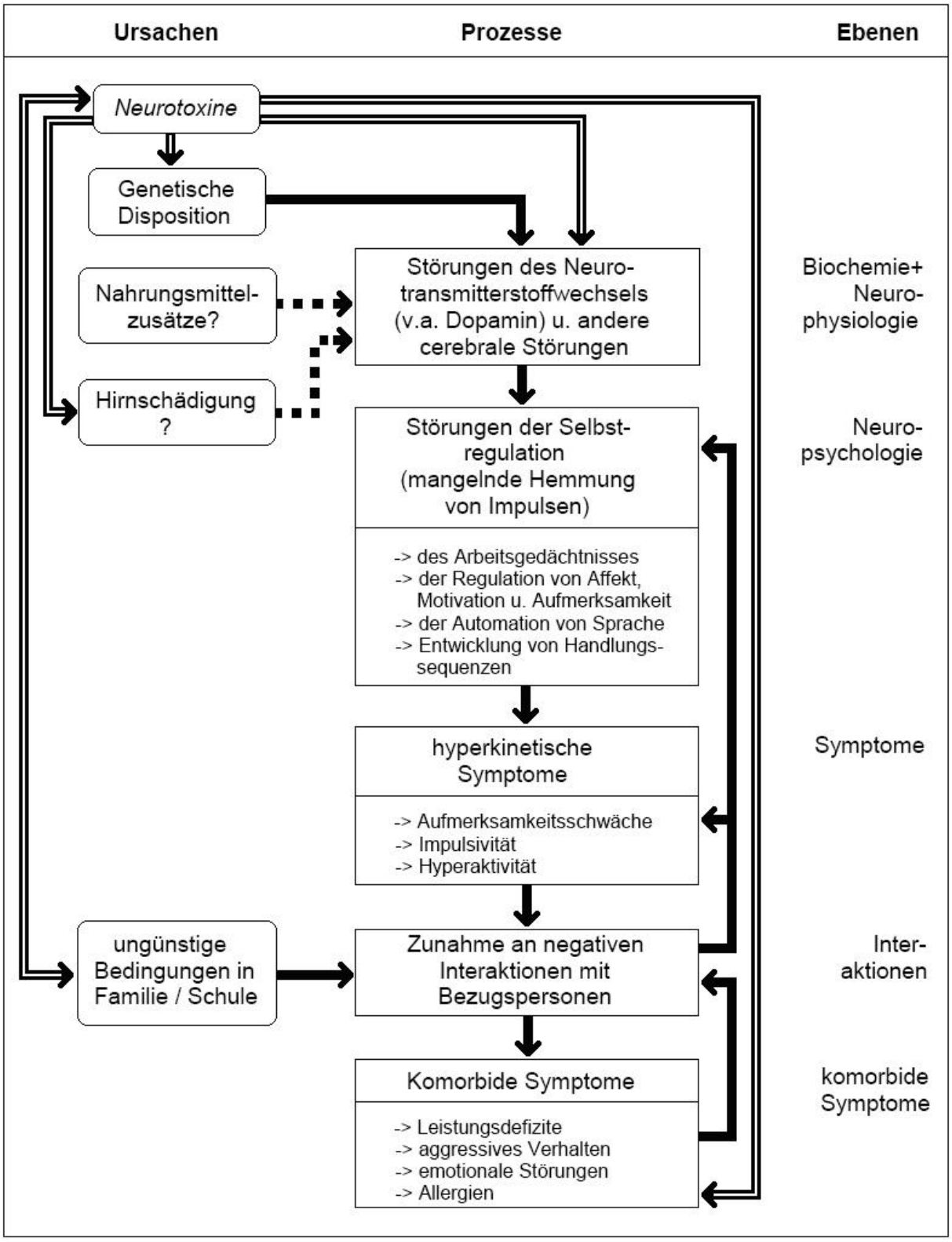
Quelle: Döpfner et al. (2000)

Abbildung 2: Entwicklungspsychopathologisches Modell der ADHS über die Lebensspanne



Quelle: Schmidt/Petermann (2008): S. 270

Abbildung 3: Kognitiv-behaviorales Modell der Entwicklung der ADHS im Erwachsenenalter



Quelle: Safren et al. (2005)

Abbildung 4: Die 8 Stufen des ADHS-Coaching

Quelle: D'Amelio et al. (2009): S. 133, Abbildung 7.2

Wender-Utah-Rating Scale

WURS-K
Wender Utah Rating Scale Kurzform

HASE

Patienten-Nr. I__I__I__I

Datum I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Alter (in Jahren) I__I__I

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Schwierigkeiten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und entscheiden Sie jeweils, ob und wie stark diese Verhaltensweise, diese Eigenschaft oder dieses Problem bei Ihnen als Kind **im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren, als sie in die Grundschule gingen,** ausgeprägt war. Dabei stehen Ihnen 5 verschiedene Antwortalternativen zur Verfügung.

trifft nicht zu	gering ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
⓪	①	②	③	④

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar. ⓪ ① ② ⊗ ④

In diesem Fall ist die 3 („in deutlicher Ausprägung") angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie als Kind im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren deutlich ausgeprägte Konzentrationsprobleme hatten.

WURS-K Summenwert: ☐

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG · Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten · Best.-Nr. 01 369 03

Quelle: http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/Fuer_Therapeuten/Materialien/Diagnostik_Erw/Wender_Utah_Rating_Scale_Kurzform_WURS_K.pdf