



Maur • Schwenck

Störungsübergreifende Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen

Kompetenzen fördern mit FESKKO



BELTZ

Maur • Schwenck

Störungsübergreifende Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche

Dr. Klaus-Ulrich Oehler gewidmet

Sabine Maur • Christina Schwenck

Störungsübergreifende Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche

Kompetenzen fördern mit FESKKO

Mit Online-Materialien

BELTZ

Anschrift der Autorinnen:

Dipl.-Psych. Sabine Maur
Psychologische Psychotherapeutin
Fortbildungsinstitut für Kinder- und Jugendpsychologie (fkjp)
Kaiserstr. 29
D-55116 Mainz
E-Mail: sml@fkjp.de

Dr. Dipl.-Psych. Christina Schwenck
Goethe-Universität Frankfurt
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Deutschordenstr. 50
D-60528 Frankfurt/Main
E-Mail: christina.schwenck@kgu.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28040-2)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2013

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Uta Euler
Illustrationen: Claudia Styrsky, München
Umschlaggestaltung: Federico Luci, Köln
Umschlagbild: veer/ISP2001091
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28118-8

Inhaltsübersicht

Geleitwort	11
Teil I Grundlagen	13
1 Einleitung	14
2 Indikation/Störungsbilder	17
Teil II Training	39
3 FESKKO – Das Konzept	40
4 FESKKO – Das Manual	59
5 Fallbeispiele	170
Teil III Anhang	177
Literatur	178
Hinweise zu den Online-Materialien	185
Sachwortverzeichnis	187

Inhalt

Geleitwort	11
Teil I Grundlagen	13
1 Einleitung	14
2 Indikation/Störungsbilder	17
2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	17
2.1.1 Prävalenz, Komorbidität, Verlauf	18
2.1.2 Störungsmodelle	19
2.1.3 Störungsspezifische Therapiemaßnahmen	19
2.2 Störungen des Sozialverhaltens	21
2.2.1 Prävalenz, Komorbidität, Verlauf	22
2.2.2 Störungsmodelle	23
2.2.3 Störungsspezifische Therapiemaßnahmen	25
2.3 Angststörungen	28
2.3.1 Prävalenz, Komorbidität, Verlauf	29
2.3.2 Störungsmodelle	30
2.3.3 Störungsspezifische Therapiemaßnahmen	30
2.4 Depressive Störungen	32
2.4.1 Prävalenz, Komorbidität, Verlauf	33
2.4.2 Störungsmodelle	34
2.4.3 Störungsspezifische Therapiemaßnahmen	35
2.5 Traumafolgestörung	36
2.6 Weitere Indikationen sowie Kontraindikationen	38
Teil II Training	39
3 FESKKO – Das Konzept	40
3.1 Therapeutisches Konzept	40
3.2 Therapeutische Ziele	44
3.3 Gesprächsführung	47
3.4 Aufbau der einzelnen Stunden	48
3.5 Allgemeine Materialien	53
3.6 Auswahl der Teilnehmer im ambulanten Rahmen	56
4 FESKKO – Das Manual	59
4.1 Modul (1) Kennenlernen	59
4.1.1 Einführung	60

4.1.2	Aktuelle Interventionen	60
4.1.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	64
4.1.4	Elternarbeit	64
4.2	Modul (2) Selbstwert: Eigene Fähigkeiten	66
4.2.1	Einführung	66
4.2.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	67
4.2.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	69
4.2.4	Elternarbeit	69
4.3	Modul (2) Selbstwert: Positive Rückmeldungen von anderen	73
4.3.1	Einführung	73
4.3.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	74
4.3.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	76
4.3.4	Elternarbeit	77
4.4	Modul (2) Selbstwert: Genuss und Achtsamkeit	80
4.4.1	Einführung	80
4.4.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	81
4.4.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	83
4.4.4	Elternarbeit	83
4.5	Modul (3) Emotionen: Glücklich und traurig	86
4.5.1	Einführung	86
4.5.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	87
4.5.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	89
4.5.4	Elternarbeit	89
4.6	Modul (3) Emotionen: Ängstlich	91
4.6.1	Einführung	91
4.6.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	92
4.6.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	94
4.6.4	Elternarbeit	95
4.7	Modul (3) Emotionen: Wütend	97
4.7.1	Einführung	97
4.7.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	98
4.7.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	100
4.7.4	Elternarbeit	100
4.8	Modul (3) Emotionen: Grundemotionen/komplexere Emotionen	103
4.8.1	Einführung	103
4.8.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	104
4.8.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	106
4.8.4	Elternarbeit	106
4.9	Modul (4) Kognitionen: Funktionale und dysfunktionale Kognitionen (I)	108
4.9.1	Einführung	108
4.9.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	109

4.9.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	112
4.9.4	Elternarbeit	112
4.10	Modul (4) Kognitionen: Funktionale und dysfunktionale Kognitionen (II)	115
4.10.1	Einführung	115
4.10.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	116
4.10.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	118
4.10.4	Elternarbeit	119
4.11	Modul (4) Fremd- und Selbstwahrnehmung: Förderung der Fremdwahrnehmung	121
4.11.1	Einführung	121
4.11.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	122
4.11.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	123
4.11.4	Elternarbeit	123
4.12	Modul (5) Fremd- und Selbstwahrnehmung: Förderung der Selbstwahrnehmung	126
4.12.1	Einführung	126
4.12.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	127
4.12.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	128
4.12.4	Elternarbeit	129
4.13	Modul (5) Fremd- und Selbstwahrnehmung: Identität	130
4.13.1	Einführung	130
4.13.3	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	131
4.13.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	132
4.13.4	Elternarbeit	132
4.14	Modul (6) Emotionsregulation: Umgang mit Traurigkeit	136
4.14.1	Einführung	136
4.14.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	137
4.14.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	138
4.14.4	Elternarbeit	138
4.15	Modul (6) Emotionsregulation: Umgang mit Wut	142
4.15.1	Einführung	142
4.15.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	143
4.15.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	145
4.15.4	Elternarbeit	145
4.16	Modul (6) Emotionsregulation: Umgang mit Angst	147
4.16.1	Einführung	147
4.16.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	148
4.16.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	149
4.16.4	Elternarbeit	150
4.17	Modul (6) Emotionsregulation/Problemlösen: Problemlöseschema	153
4.17.1	Einführung	153

4.17.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	154
4.17.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	156
4.17.4	Elternarbeit	156
4.18	Modul (7) Familie: Meine Familie	158
4.18.1	Einführung	158
4.18.2	Aktuelle Interventionen und Übungsaufgabe	159
4.18.3	Selbsteinschätzung und Abschluss	161
4.18.4	Elternarbeit	162
4.19	Modul (8) Elternabend	163
4.19.1	Inhalte des Elternabends	163
4.19.2	Erläuterungen der Elternabend-Folien	164
5	Fallbeispiele	170
5.1	Jonas (11 Jahre): Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	170
5.2	Peter (10 Jahre): Komplexe Traumafolgestörung, ADHS	172
5.3	Tamara (11 Jahre): PTBS, familiäre Belastungssituation	173
5.4	Sophie (8 Jahre): Spezifische Phobie, mittelgradige depressive Episode	174
Teil III	Anhang	177
	Literatur	178
	Hinweise zu den Online-Materialien	185
	Sachwortverzeichnis	187

Geleitwort

Reine Störungsbilder, so wie sie in den Klassifikationssystemen vorgestellt werden, stellen idealtypische kategoriale Beschreibungen dar; komorbide Störungsbilder sind in der klinischen Praxis eher die Regel als die Ausnahme. Dazu kommt, dass die psychologischen Prozesse, durch die unterschiedliche psychische Erkrankungen entstehen und aufrechterhalten werden, viele Ähnlichkeiten aufweisen. So stellen z. B. Selbstwertprobleme oder soziale Kompetenzdefizite bei völlig unterschiedlichen Diagnosen wichtige Faktoren dar, durch die die jeweilige Erkrankung aufrechterhalten wird. In den letzten Jahren hat die Einsicht, dass unterschiedliche psychische Störungen viele Überschneidungen aufweisen, zur Formulierung eines transdiagnostischen Ansatzes geführt, der darauf abzielt, solche Kompetenzen zu stärken, die bei vielen psychischen Störungen eingeschränkt sind und deren Förderung zu einer Bewältigung der Erkrankung beitragen kann. Ansatzpunkt für die therapeutischen Interventionen sind dabei nicht die jeweiligen Diagnosen, sondern die spezifischen Defizite in zentralen Kompetenzbereichen. Transdiagnostische Therapiemanuale können somit als eine neue Generation von Anleitungen gesehen werden, die die bekannten störungsspezifischen Interventionskonzepte ergänzen.

Der Ansatz des von Sabine Maur und Christina Schwenck vorgelegten Therapiemanuals ist sehr treffend: Es geht um die Förderung der wichtigsten Kompetenzen im emotionalen, sozialen und kognitiven Bereich bei Kindern. Das Manual stellt einen gruppentherapeutischen kognitiv-behavioralen Ansatz für 7- bis 13-jährige Kinder vor; dabei nimmt die Elternarbeit aus guten Gründen einen relativ großen Raum ein. Der Indikationsbereich ist sehr breit; er umfasst die häufigsten und wichtigsten psychischen Störungen bei Grundschulkindern. In den einzelnen Modulen werden zentrale Kompetenzbereiche adressiert; das Therapieprogramm ist sehr effizient aufgebaut und umfasst insgesamt zehn bis 16 Sitzungen.

Das Manual von Maur und Schwenck weist eine ganze Reihe von besonderen Vorzügen auf, von denen einige beispielhaft genannt seien:

- ▶ Die spezifischen Interventionsziele für die verschiedenen diagnostischen Gruppen werden sehr differenziert dargestellt; hierdurch wird die Verbindung zwischen der gängigen störungsspezifischen Perspektive und einem transdiagnostischen Ansatz didaktisch geschickt und überzeugend verständlich gemacht.
- ▶ Es wird aufgezeigt, wie die wichtigsten Grundbedürfnisse der Kinder von den Therapeutinnen angesprochen werden können; damit wird die Verbindung von wissenschaftlichen Grundkonzepten und therapeutischen Interventionen in schöner Weise hergestellt.
- ▶ Zu den einzelnen Kompetenzbereichen findet sich eine sehr differenzierte Aufstellung von Lernzielen.
- ▶ Die Anleitungen zu den einzelnen Modulen sind außerordentlich konkret und praktisch und sehr gut umsetzbar. Hilfreich sind auch die 72 Arbeitsblätter für

Eltern und Kinder und die Folien, die in den Gruppensitzungen verwendet werden können. Auf diesen Folien sind z. B. sehr gut nachvollziehbare Störungsmodelle für die verschiedenen Diagnosen dargestellt.

Für mich besonders überzeugend ist der im Manual erkennbare rote Faden: Das Manual ist sehr stringent aufgebaut, von den theoretischen Grundlagen über die Interventionsprinzipien und deren praktische Realisierung in der Gruppenleitung und Stundengestaltung bis hin zur konkreten Beschreibung der einzelnen Übungen. Das Therapieprogramm ist außerdem sowohl für Eltern und Kinder sehr transparent gestaltet; hierin wird eine – aus meiner Sicht vorbildliche – wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber Eltern ebenso wie gegenüber Kindern spürbar. Beeindruckend ist für mich schließlich die Kreativität der Autorinnen, die sich in den vielen neuartigen Übungen und Interventionsvorschlägen zeigt.

Die Arbeit von Maur und Schwenck stellt somit eine ausgesprochen gelungene Verbindung von wissenschaftlicher Grundhaltung, pragmatischem Zugang, praktischer Erfahrung, und therapeutischer Sensibilität dar; mit diesem Manual haben wir eine echte Weiterentwicklung unserer therapeutischen Möglichkeiten gewonnen. Ich kann die beiden Autorinnen hierzu nur beglückwünschen!

Marburg, im Januar 2013

Prof. Dr. Fritz Mattejat

Teil I

Grundlagen

1 Einleitung

Dieses Buch ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Gruppenpsychotherapiemanual zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter (FESKKO). Gefördert werden sollen

- ▶ die De- und Enkodierung von Emotionen, der funktionale Umgang mit negativen Emotionen (Emotionsregulation), Perspektivenübernahme und Empathie;
- ▶ die Identifikation und Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungsmuster (Selbst- und Fremdwahrnehmung) und Kognitionen;
- ▶ selbstsicheres und prosoziales Verhalten bzw. soziale Fertigkeiten;
- ▶ Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit;
- ▶ Handlungskontrolle und Problemlösefähigkeiten.

Zielgruppe sind 7- bis 13-jährige Kinder mit externalisierenden und internalisierenden Problemen sowie Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung, die in stationären und ambulanten Einrichtungen der Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie und der Jugendhilfe sowie in Beratungsstellen behandelt werden.

Der Grund für die breite Indikationsstellung liegt darin, dass viele Kinder zwar Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die eher einen externalisierenden oder internalisierenden Schwerpunkt haben, aber fast immer auch Auffälligkeiten aus dem jeweils anderen Störungsspektrum zu beobachten sind. Einige Kinder zeigen solche Überschneidungen in einem Ausmaß, dass man von »kombinierten Störungen« oder von Komorbidität spricht. Für die Mehrzahl der Kinder aber sind die strengen ICD-10-Kriterien für eine zweite Störung nicht erfüllt – dennoch beobachten wir subklinische Auffälligkeiten, die häufig therapeutisch nicht oder nicht ausreichend beachtet werden. So kämpfen viele hyperaktiv-aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit Versagens- und Leistungsängsten und einem schwankenden Selbstbewusstsein, viele dissoziale Kinder mit einem zu ausgeprägten Selbstbewusstsein und wenig Empathie, viele ängstliche und depressive Kinder mit Wutanfällen und oppositionellem Verhalten im familiären Bereich. Die Kombination der Auffälligkeiten lässt bei einigen dieser Kinder ein unsicheres Bindungsmuster und/oder die frühe und wiederholte Verletzung elementarer menschlicher Grundbedürfnisse wie Kontrolle, Lust, Bindung und Selbstwerterhöhung vermuten (Grawe, 2004). Kommen frühe traumatisierende Erfahrungen hinzu, so ist bei diesen Kindern aufgrund der Qualität und Quantität der Verhaltensschwierigkeiten eine komplexe Traumafolgestörung zu vermuten (Van der Kolk et al., 2009; Schmid et al., 2010) bis hin zu einer Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz (vgl. Adam & Peters, 2003).

Hinzu kommt, dass sich Behandler (zumindest im stationären Bereich) ihre Patienten nur selten »aussuchen« können und zudem oft nicht über die erforderlichen zeitlichen Ressourcen verfügen – ganz pragmatisch muss man also sehr voneinander verschiedene Kinder in *einer* Gruppe behandeln. Zur Förderung von Ressourcen und

Kompetenzen der Kinder scheint uns aber die *komplementäre* Besetzung von therapeutischen Gruppen im Kinderbereich besonders geeignet und wichtig: Aus den Studien zum Modelllernen wissen wir, dass Menschen von Modellen, die ihnen ähnlich sind, am besten lernen. So sind optimale Modelle für Kinder andere Kinder und nicht Erwachsene. In homogen besetzten Gruppen zeigt sich entsprechend manchmal der Effekt der Verstärkung negativer Verhaltensweisen (z. B. Devianztraining), oder die Therapeuten müssen selbst als Modell dienen, da die Kinder einheitlich Defizite in bestimmten Kompetenzbereichen haben. Hier ist der Vorteil einer heterogenen Gruppenzusammensetzung, dass die Kinder, gesteuert durch die Therapeuten, in komplementären Bereichen Modell für die anderen Kinder sein können. Ein extravertiertes Kind kann so zum Beispiel Rollenmodell für ein sozial ängstliches Kind sein, weil es sich traut, an einem Rollenspiel teilzunehmen. Gleichzeitig kann das extravertierte Kind von dem sozial ängstlichen Kind lernen, sich zu melden, bevor es etwas sagt.

Tabelle 1.1 gibt einen ersten, zusammenfassenden Überblick über das vorliegende Gruppentherapiemanual FESKKO.

Tabelle 1.1 FESKKO im Überblick

Rationale	<ul style="list-style-type: none"> ▶ kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Manual einer Gruppenpsychotherapie für Kinder mit internalisierenden und externalisierenden Störungen ▶ einsetzbar im stationären und ambulanten Bereich, als geschlossene oder offene Gruppe ▶ optional mit engem Einbezug der Eltern (bzw. der Betreuer)
Altersbereich	▶ 7 bis 13 Jahre (7–10 und 11–13 Jahre)
Indikation/ Störungsbilder	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kinder mit Defiziten in den sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen ▶ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ▶ Störungen des Sozialverhaltens ▶ Angststörungen ▶ Depressive Störungen ▶ Traumafolgestörung
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Modularartig aufgebaut mit 8 Bausteinen: <ul style="list-style-type: none"> – Modul 1 »Kennenlernen« – Modul 2 »Selbstwert« – Modul 3 »Emotionen« – Modul 4 »Kognitionen« – Modul 5 »Selbst- und Fremdwahrnehmung« – Modul 6 »Emotionsregulation«/»Problemlösen«

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

	<ul style="list-style-type: none"> – Modul 7 »Familie« – Modul 8 »Elternabend« ▶ Dauer je Einheit: 60 Minuten, ein- bis zweimal wöchentlich ▶ Elternarbeit: ein Elternabend (90 Minuten); einmal wöchentlich 30 Minuten ▶ Gesamtumfang zwischen 10 und 16 Sitzungen
Inhalte/Ziele Kinder	<p>Verbesserung und Förderung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ der De- und Enkodierung von Emotionen, des funktionalen Umgangs mit negativen Emotionen (Emotionsregulation), der Perspektivenübernahme und der Empathiefähigkeit ▶ der Identifikation und Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungsmuster (Selbst- und Fremdwahrnehmung) und Kognitionen ▶ selbstsicheren und prosozialen Verhaltens bzw. der sozialen Fertigkeiten ▶ von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit ▶ von Handlungskontrolle und Problemlösefähigkeiten
Inhalte/Ziele Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ▶ intensive Psychoedukation ▶ aktive Unterstützung des Kindes ▶ Förderung von Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion ▶ Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung ▶ Stärkung der Erziehungskompetenz mit dem Ziel des Selbstmanagements ▶ Austausch und Reflexion der Eltern innerhalb der Gruppe
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ primär kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden wie Rollenspiele, differenzielles und korrekatives Feedback, Lernen am Modell, Prompting, graduelle Exposition, Kontingenzmanagement, Gruppenarbeit, wöchentliche Hausaufgaben, kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktionen, Förderung korrektiver emotionaler Erfahrungen, Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten ▶ Voraussetzungen: gute therapeutische Beziehung, professionelle therapeutische Haltung, detailliertes störungsspezifisches Wissen, Einbettung in ein multimodales therapeutisches Gesamtkonzept

2 Indikation/Störungsbilder

Indikation für die Teilnahme an einer FESKKO-Gruppentherapie sind Defizite in den sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen. Solche Defizite können in leichter bzw. subklinischer Ausprägung vorliegen, ohne dass die Kriterien für ein kinderpsychiatrisches Störungsbild erfüllt sein müssen. Die Defizite können aber auch Teil eines Störungsbildes sein. Im Folgenden wollen wir in kurzen Zusammenfassungen die für dieses Gruppenprogramm wichtigsten kinderpsychiatrischen Störungsbilder darstellen, wie sie in ICD-10 (Dilling et al., 2011) bzw. DSM-IV-TR definiert werden. Grundlegende Kenntnisse bzgl. der Störungsbilder einschließlich der Diagnostik setzen wir voraus.

2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Fallbeispiel

ADHS

Der 8-jährige Klaus hat in der Schule große Schwierigkeiten mit der Konzentration. Immer wieder lässt er sich durch Kleinigkeiten leicht ablenken und sorgt mit seiner Unruhe dafür, dass sich auch die anderen Kinder nicht gut konzentrieren können. Das hat zur Folge, dass niemand mehr neben ihm sitzen möchte. Klaus ist ein sehr aktives Kind, ruhige oder über einen längeren Zeitraum andauernde Beschäftigungen liegen ihm nicht, weshalb es bei den Hausaufgaben immer wieder zum Streit zwischen ihm und seiner Mutter kommt. Beim Fußballspielen oder am Computer kann er dagegen sehr ausdauernd sein. Obwohl der Junge den Schulstoff eigentlich ganz gut beherrscht, werden seine Noten zunehmend schlechter. Die Lehrerin meint, dass Klaus zu schnell arbeite und nicht richtig nachdenke, bevor er eine Lösung aufschreibe. Das führe dann zu vielen Leichtsinnfehlern, die eigentlich vermeidbar wären. Klaus ist dann oft enttäuscht über die schlechten Noten und verliert langsam die Motivation. So richtig glücklich wirkt er nur, wenn er draußen toben und spielen kann.

Die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90.0) besteht aus drei Leitsymptomen:

- (1) Hyperaktivität
- (2) Impulsivität
- (3) gestörte Aufmerksamkeit/Konzentration

Die Aufmerksamkeitsdefizite zeigen sich in einer erhöhten Ablenkbarkeit insbesondere bei kognitiv anspruchsvollen Aufgaben, in Flüchtigkeitsfehlern, geringer Ausdauer, Vergesslichkeit und Unorganisiertheit. In Situationen, die Ruhe verlangen,

zeigen die Kinder motorische Überaktivität und Ruhelosigkeit. Schließlich zeigt sich die Impulsivität durch vorschnelles und wenig überlegtes Handeln und der mangelnden Berücksichtigung von Handlungskonsequenzen. Entscheidend für die Diagnose sind die Erfüllung der Kriterien des frühen (i. d. R. bereits vor dem 7. Lebensjahr), bereichs- und situationsübergreifenden Auftretens der Kardinalsymptome. Die Ausprägung der Symptome muss in einem für den Entwicklungsstand des Kindes abnormen Ausmaß vorliegen und eine bedeutsame Beeinträchtigung von schulischen, sozialen und/oder familiären Funktionen zur Folge haben.

Es lassen sich verschiedene Subtypen unterscheiden: neben dem gemischten Typus, der alle drei Leitsymptome erfüllt, gibt es – wenn auch seltener – den vorherrschend unaufmerksamen Typ. Diese Kinder sind nicht unruhig oder impulsiv, dafür aber stark beeinträchtigt in ihrer Konzentrationsfähigkeit, Selbstorganisation und/oder ihrem Arbeitstempo. Sie neigen zusätzlich verstärkt zu emotionalen Problemen und einem geringen Selbstwertgefühl. Da ihr Verhalten weniger »auffällig« und »störend« ist, wird die Diagnose ADS (ohne Hyperaktivität) häufig später im Entwicklungsverlauf gestellt.

Neben den genannten Leitsymptomen wird die ADHS/ADS häufig von weiteren Merkmalen begleitet, die für die Diagnose nicht zwingend sind, jedoch von vielen Eltern berichtet werden. Dazu gehören Lern- und Leistungsstörungen, Stimmungs labilität (vgl. Sobanski et al., 2010), Probleme in der Fein- und Grobmotorik, Schlafprobleme, eine verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung, Probleme in der sozialen Interaktion und Integration sowie bzgl. Perspektivenübernahme und Empathie (Schwenck et al., 2011). Das Ausmaß der Beeinträchtigungen führt bei mindestens 80 Prozent der von ADHS betroffenen Familien zu einer »deutlichen bis massiven« Belastung (GEK-Report von Gebhardt et al., 2008) bzw. erheblichen negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität (Danckaerts et al., 2010). Sekundär kommt es zu mehr familiären Konflikten, einer belasteten Eltern-Kind-Beziehung, vermehrten ehelichen Problemen und zu Konflikten mit Erzieherinnen und Lehrpersonen.

2.1.1 Prävalenz, Komorbidität, Verlauf

Die Prävalenz beträgt im Kindesalter zwischen 3 und 6 Prozent, im Durchschnitt liegt sie weltweit bei etwa 5 Prozent (Polanczyk et al., 2007). Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen wird dabei in Normalpopulationen mit etwa 3 : 1, in klinischen Stichproben mit etwa 6–9 : 1 beziffert. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Häufigkeit komorbider Störungen bei ADHS sehr hoch ist. So erfüllen bis zu 87 Prozent die Kriterien für mindestens eine weitere und 67 Prozent für zwei oder mehr weitere kinderpsychiatrische Störungen (Kadesjö & Gillberg, 2001). Häufigste komorbide Störung ist die des Sozialverhaltens (s. Abschn. 2.2) mit entsprechend ungünstigerer Prognose. Durch die hohe Frequenz an negativen Rückmeldungen ist bei vielen betroffenen Kindern die Entwicklung eines negativen Selbstbildes und geringen Selbstwertgefühls zu beobachten. Folgen davon können sowohl internalisierende Auffällig-

keiten wie eine depressive Verstimmung oder erhöhte Ängstlichkeit als auch externalisierende Probleme wie erhöhte Aggressivität oder geringe Frustrationstoleranz sein (Barkley, 2006). In den letzten Jahren wurde allerdings deutlich, dass die früheren äußerst negativen Prognosen (z. B. Drogensucht, Delinquenz) für die ADHS nur dann gelten, wenn komorbid noch eine ausgeprägte Störung des Sozialverhaltens vorliegt (s. Abschn. 2.2).

Verlauf. In der Mehrzahl der Fälle bleibt die ADHS auch im Erwachsenenalter bestehen, wie häufig auch deutlich bei mindestens einem Elternteil der betroffenen Kinder zu beobachten ist; dies muss bei entsprechenden Interventionen für die Familie Beachtung finden (z. B. Neuhaus et al., 2009).

2.1.2 Störungsmodelle

Es wird davon ausgegangen, dass die ADHS multifaktoriell bedingt ist, wobei biologische Faktoren bei diesem Störungsbild einen deutlich stärkeren Einfluss haben als psychosoziale. Wesentlicher Genesefaktor ist die hohe Erblichkeit der ADHS; hier können Heritabilitätskoeffizienten von durchschnittlich 77 Prozent als gesichert gelten (Biederman, 2005). Inzwischen gibt es auch erste Studien zur Rolle der Epigenetik bei ADHS (Wermter et al., 2010). Neurobiologisch zeigen sich u. a. Imbalancen in bestimmten Transmittersystemen (insb. Dopamin und Noradrenalin) in verschiedenen Hirnarealen. In der Bildgebung finden sich Hinweise auf strukturelle und funktionelle Veränderungen in den Bereichen des präfrontalen Kortex (der vor allem für die Exekutivfunktionen entscheidend ist), der Basalganglien und des Kleinhirns (Häßler & Fegert, 2012) sowie Hinweise auf eine deutlich verzögerte Hirnreifung (Shaw et al., 2007). Weiterhin kann der Einfluss pränataler Noxen als biologische Ursache für die ADHS als gesichert gelten (z. B. Rauchen).

Als neuropsychologische Korrelate werden vor allem Störungen der Exekutivfunktionen sowie motivationale Störungen (z. B. verminderte Fähigkeit zum Belohnungsaufschub) als relevant diskutiert (z. B. Barkley, 2006; Sonuga-Barke et al., 2010). Zu den betroffenen Exekutivfunktionen zählen (Brown, 2009):

- ▶ Organisieren, Prioritäten setzen, Aufgaben anfangen
- ▶ Fokussieren, Aufmerksamkeit aufrechterhalten
- ▶ Regulieren von Wachheit, Anstrengung und Arbeitsgeschwindigkeit
- ▶ Frustrationen bewältigen und Emotionen regulieren
- ▶ Arbeitsgedächtnis, Gedächtnisabruf
- ▶ Handlungen planen, überwachen und regulieren

2.1.3 Störungsspezifische Therapiemaßnahmen

Insgesamt ist bei einer ADHS eine multimodale, langfristig angelegte Kombinationstherapie indiziert, die sowohl eine medikamentöse Behandlung als auch die verhaltenstherapeutische Beratung und Behandlung des Kindes und seiner Bezugspersonen umfasst.