



Plus im Web

R. D'Amelio W. Retz A. Philipsen M. Rösler (Hrsg.)

Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter

Manual zur Leitung von
Patienten- und Angehörigengruppen

@ G9 DFC6 9

2. Auflage



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Hinweise zum Gebrauch des Manuals	1	3.7	Therapeutische Haltungen und Strategien	38
	Roberto D'Amelio, Wolfgang Retz, Alexandra Philipsen und Mathias Rösler		3.8	Didaktische Prinzipien	39
			3.9	Struktur der Gruppensitzungen	41
			3.10	Aufbau der Gruppensitzungen	41
			3.10.1	Eröffnung	41
2	Klinischer und wissenschaftlicher Hintergrund	3	3.10.2	Aktuelles Thema	42
	Wolfgang Retz, Harald Scherk und Michael Rösler		3.10.3	Abschlussrunde	43
			3.10.4	Pause	43
2.1	Was ist ADHS?	3	3.11	Evaluation und Qualitätssicherung	45
2.1.1	Epidemiologie	3	3.12	Zu guter Letzt	45
2.1.2	Klassifikation	3	4	Manual für die Gruppenleitung: Psychoedukative Gruppe Erwachsene mit ADHS	47
2.1.3	Psychopathologie	4		Roberto D'Amelio, Wolfgang Retz, Eva Steinbach und Matthias Bender	
2.1.4	Komorbidität und soziale Schwierigkeiten	8		Sitzung 1: Kennenlernen und Organisatorisches	48
2.1.5	Ursachen der ADHS	9		Lernziele der 1. Sitzung	48
2.2	Wie wird die ADHS diagnostiziert?	14	4.1.1	Überblick über die 1. Sitzung	49
2.2.1	Schwierigkeiten bei der ADHS-Diagnostik	14	4.1.2	Durchführung der 1. Sitzung	50
2.2.2	Praktisches Vorgehen	15	4.1.3	Sitzung 2: Was ist ADHS und wie entsteht ADHS?	56
2.3	Therapie der ADHS	17	4.2	Lernziele der 2. Sitzung	56
2.3.1	Medikamentöse Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter	17	4.2.1	Überblick über die 2. Sitzung	57
2.3.2	Psychotherapie und Psychoedukation bei ADHS im Erwachsenenalter	21	4.2.2	Durchführung der 2. Sitzung	58
2.4	Was ist Psychoedukation?	23	4.2.3	Sitzung 3: Wie kann man ADHS behandeln?	62
2.5	Warum Psychoedukation bei ADHS?	25	4.3	Lernziele der 3. Sitzung	62
2.6	Ziele psychoedukativer Interventionen bei ADHS	26	4.3.1	Überblick über die 3. Sitzung	63
3	Durchführung der psychoedukativen Gruppe	29	4.3.2	Durchführung der 3. Sitzung	64
	Roberto D'Amelio und Alexandra Philipsen		4.3.3	Sitzung 4: Mein (soziales) Leben mit ADHS	68
3.1	Indikation	30	4.4	Lernziele der 4. Sitzung	68
3.2	Ziele	30	4.4.1	Überblick über die 4. Sitzung	68
3.3	Setting	32	4.4.2	Durchführung der 4. Sitzung	69
3.4	Gruppengröße, Häufigkeit und Anzahl der Sitzungen	32	4.4.3	Sitzung 5: Wie gehe ich mit mir um? – Selbstbild und Selbstwert	73
3.5	Vorbereitungen	33	4.5	Lernziele der 5. Sitzung	73
3.6	Leitung der Gruppen	36	4.5.1	Überblick über die 5. Sitzung	73
			4.5.2		

X Inhaltsverzeichnis

4.5.3	Durchführung der 5. Sitzung	74	5.8.4	Sitzung 4: Medikamente und ADHS	127	
4.6	Sitzung 6: Von Chaos und Kontrolle – (Selbst-)Organisation im Alltag	80	5.8.5	Sitzung 5: Besonderheiten der Impulskontrolle bei ADHS	127	
4.6.1	Lernziele der 6. Sitzung	80	5.8.6	Sitzung 6: Besonderheiten im Umgang mit Organisation und Stress bei ADHS	128	
4.6.2	Überblick über die 6. Sitzung	80	5.8.7	Sitzung 7: Besonderheiten der Gefühlsregulation bei ADHS	128	
4.6.3	Durchführung der 6. Sitzung	81	5.8.8	Sitzung 8: Auswirkungen auf Beziehungen	128	
4.7	Sitzung 7: Stressmanagement	88	5.8.9	Sitzung 9: Klärung offener Fragen und Abschluss	129	
4.7.1	Lernziele der 7. Sitzung	88	5.9	Zusätzliche Materialien	129	
4.7.2	Überblick über die 7. Sitzung	89				
4.7.3	Durchführung der 7. Sitzung	90				
4.8	Sitzung 8: Stimmungsregulation und Impulskontrolle	103				
4.8.1	Lernziele der 8. Sitzung	103				
4.8.2	Überblick über die 8. Sitzung	103				
4.8.3	Durchführung der 8. Sitzung	104	6	Coaching	131	
4.9	Sitzung 9: Selbstmodifikation von problematischem Verhalten	110	6.1	Begriffsbestimmung	131	
4.9.1	Lernziele der 9. Sitzung	110	6.2	Coaching bei ADHS	132	
4.9.2	Überblick über die 9. Sitzung	110	6.3	Der Coaching-Prozess bei ADHS: Ein Stufenmodell	135	
4.9.3	Durchführung der 9. Sitzung	111	6.3.1	Orientierungsphase: Klärung des Anliegens, Identifikation von Problembereichen und Auswahl des zu bearbeitenden Problems	136	
4.10	Sitzung 10: Ausklang und Verabschiedung	115	6.3.2	Identifizierung von Ressourcen	139	
4.10.1	Lernziele der 10. Sitzung	115	6.3.3	Klärung des Ist-Zustands: Problembeschreibung und Problemanalyse	141	
4.10.2	Überblick über die 10. Sitzung	116		Klärung des Soll-Zustands: Zielbestimmung	143	
4.10.3	Durchführung der 10. Sitzung	117		Strukturierung und Planung: Erarbeitung von Maßnahmen zur Zielerreichung	145	
5	Angehörigengruppe	121		Umsetzung	148	
	<i>Alexandra Philipsen und Harald Richter^t</i>			Zielerreichung	150	
5.1	Einführung	121	6.3.4	Stabilisierung des Erfolgs	151	
5.2	Überblick über die Inhalte der einzelnen Sitzungen	122	6.3.5			
5.3	Aufbau und Struktur der Angehörigengruppe	123	6.3.6	7	Literatur	153
5.4	Ablauf der einzelnen Sitzungen	123	6.3.7			
5.5	Schriftliche Arbeitsmaterialien	124	6.3.8			
5.6	Teilnehmende	124				
5.7	Gruppenleitung	125				
5.8	Inhalte der einzelnen Sitzungen der Angehörigengruppe	125				
5.8.1	Sitzung 1: Vorstellung, Vereinbarungen, Klärung	125	8	Anhang	157	
5.8.2	Sitzung 2: Neurobiologie und Krankheitsmodell der ADHS im Erwachsenenalter	126	8.1	Materialien Psychoedukation bei ADHS im Erwachsenenalter	157	
5.8.3	Sitzung 3: Komorbiditäten bei ADHS	126	8.1.1	Vordrucke	157	
			8.1.2	Folien	164	
			8.1.3	Handouts	190	

8.2	Vordrucke Psychoedukation für Angehörige von Erwachsenen mit ADHS	8.4	Nützliche Adressen für Patientinnen, Patienten und Angehörige	251
8.3	Handouts Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter	236		
		240	Register	252

LESEPROBE

2.1 Was ist ADHS?

2.1.1 Epidemiologie

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufige Erkrankung, die bereits im Kindesalter erkennbar wird. Nach Erhebungen im Rahmen des Kinder- und Jugend-Surveys des Berliner Robert-Koch-Instituts wurde für Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr eine mittlere Prävalenzrate von 3,9 % ermittelt (Huss 2004). Entgegen früheren Erwartungen konnte nachgewiesen werden, dass ADHS als Teilsymptomatik oder in voller Ausprägung bei bis zu 60 % der Betroffenen im Erwachsenenalter bestehen bleiben kann (Weiss et al. 1985; Mannuzza et al. 1993). Die in epidemiologischen Studien gefundene ADHS-Prävalenz bei Erwachsenen liegt bei 2,8 % (Fayyad et al. 2017). In einer deutschen Untersuchung wurde mit 4,7 % eine etwas höhere Prävalenz im Erwachsenenalter gefunden (de Zwaan et al. 2012). Generell ist zu beachten, dass die Prävalenzen für ADHS je nach verwendetem Klassifikationssystem unterschiedlich hoch sind. Niedriger fallen sie beispielsweise aus, wenn die Diagnose auf der Basis der ICD-10-Kriterien gestellt wird.

Die ADHS tritt unter verschiedenen soziokulturellen Bedingungen weltweit auf, d. h., sie ist keine Erkrankung, die in den westlichen Industrienationen gehäuft vorkommt. Sie beschränkt sich nicht auf bestimmte soziale Schichten oder Begabungsniveaus (Barkley und Murphy 1998). Im Kindes- und Jugendalter überwiegt das männliche gegenüber dem weiblichen Geschlecht im Verhältnis von 2–3 : 1. Bei Erwachsenen fallen die Geschlechtsunterschiede deutlich geringer aus.

2.1.2 Klassifikation

Die ADHS wurde als psychiatrische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters bereits im 19. Jahrhundert beschrieben. 1856 charakterisierte der Frankfurter Arzt H. Hoffmann in seinen noch heute populären Darstellungen des „Zappelphilipps“ und des „Hans-guck-in-die-Luft“ im Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ Kinder mit typischen Merkmalen dieser Störung. Nicht viel später legte der Psychiater W. Griesinger (1859) in seinem Lehrbuch ein Krankheitskonzept dar, wonach Kinder, „die keinen Augenblick Ruhe halten ... und gar keine Aufmerksamkeit zeigen“, eine „nervöse Konstitution“ haben und „unter einer gestörten Reaktion des Zentralorgans auf die einwirkenden Reize“ leiden.

Im Gegensatz zum Kinderarzt G. Still, der in seinen 1902 in *The Lancet* veröffentlichten Vorträgen die Störung ebenfalls beschrieb und auf ein Defizit willentlicher Hemmungen (*volitional inhibition*) oder der moralischen Kontrolle (*moral control*) zurückführte, ging Griesinger somit bereits von einer organischen Genese des Leidens aus. Obwohl mittlerweile neurobiologische Faktoren im Zusammenwirken mit Umweltfaktoren als Ursache der ADHS in vielen Untersuchungen nachgewiesen werden konnten, wirken auch Stills Überlegungen bis heute noch nach (Seidler 2004).

Der diagnostische Begriff der „Aufmerksamkeitsstörungen“ wurde erstmals in der dritten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* verwendet. Vor allem unter dem Einfluss der Arbeiten von P. Wender (1995) wurden frühere Konzeptionen wie die minimale zerebrale Dysfunktion (MCD), das psychoorganische Syndrom (POS), die Hyperkinesie oder das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters in eine neue Sichtweise integriert. Über DSM-III-R zu DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) entstand schließlich das Konzept der „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS). Seit 2013 liegt nun das DSM-5 vor, in dem die ADHS unter die „Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“ eingeordnet ist. Seit 2022 liegt auch die 11. überarbeitete Version der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD)* vor, von der es aber noch keine offizielle deutschsprachige Übersetzung gibt. In der ICD-11 erfolgte eine weitgehende Anpassung des ADHS-Konzeptes an das des DSM-5. Zuvor geforderte Veränderungen und Erweiterungen der diagnostischen Kriterien für die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter wurden weder bei der Entwicklung der DSM-5 noch der ICD-11 umgesetzt. Allerdings wurden einige Kriterien umformuliert und so für deren Anwendbarkeit bei erwachsenen Patienten verbessert. In > Tab. 2.1 sind die drei aktuellen Konzeptualisierungen der ADHS einander gegenübergestellt.

Obwohl die ICD-10 bislang das für die deutschsprachige Psychiatrie verbindliche Klassifikationsmodell darstellt, sei hier darauf hingewiesen, dass sie den Erfordernissen der Diagnostik in der praktischen Anwendung bei Erwachsenen weniger gerecht zu werden scheint als das DSM-5, da es an einer ausreichenden diagnostischen Differenzierung und z.T. auch an einer ausführlichen klinischen Beschreibung mangelt. Mit der ICD-11 werden die gegenüber der ICD-10 immer wieder geäußerten Kritikpunkte nun weitgehend beseitigt. Allerdings versteht sich die ICD-11 als Leitlinie und hält keinen diagnostischen Algorithmus vor, sodass für eine operationalisierte Diagnostik auch zukünftig das DSM-5 herangezogen werden muss.

2.1.3 Psychopathologie

Die zentrale Symptomatik der ADHS besteht in allen Lebensaltern aus folgenden Symptombereichen:

- Aufmerksamkeitsstörungen,
- motorische Überaktivität und
- Impulsivität.

Tab. 2.1 ADHS im Erwachsenenalter nach ICD-10, DSM-5 und ICD-11

	ICD-10 (Forschungskriterien)	DSM-5	ICD-11
Bezeichnung	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	6A06 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Beginn und Dauer	Mind. 6 Monate persistierendes Muster, Beginn vor dem 7. Lebensjahr	Mind. 6 Monate persistierendes Muster, Beginn vor dem 12. Lebensjahr	Mind. 6 Monate persistierendes Muster, Beginn vor dem 12. Lebensjahr
Symptombereiche	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität
Auftreten	Situationsübergreifend (mehrere Situationen)	In mind. 2 verschiedenen Lebensbereichen	Manifestation über verschiedene Situationen/Lebensbereiche hinweg
Funktionelle Einschränkungen	Deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit	Einschränkungen des akademischen, beruflichen und sozialen Funktionsniveaus	Einschränkungen des akademischen, beruflichen und sozialen Funktionsniveaus
Spezifizierungen	Keine Restkategorien: F90.8 Sonstige hyperkinetische Störung F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung	Verschiedene Erscheinungsbilder F90.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild F90.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild F90.2 Gemischtes Erscheinungsbild Möglichkeit der Schweregrad-einteilung Kennzeichnung „teilremittiert“	„Specifier“ zur Bezeichnung des im Vordergrund stehenden Erscheinungsbildes 6A06.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild 6A06.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild 6A06.2 Gemischtes Erscheinungsbild
Diagnostische Vorgaben	Mind. 6/9 Kriterien der Unaufmerksamkeit <i>und</i> 3/5 der Hyperaktivität <i>und</i> 2/4 der Impulsivität Keine Vorgabe der Ausprägung der einzelnen Symptome	Bei Erwachsenen (> 17 J.) mind. 5 Kriterien der Unaufmerksamkeit <i>oder</i> der Hyperaktivität/ Impulsivität Keine Vorgabe der Ausprägung der Symptome	Keine Vorgabe für Anzahl und Ausprägung der Symptome

In den beiden anerkannten diagnostischen Systemen ICD-10 und DSM-5 werden diese Symptombereiche in weitgehender Übereinstimmung berücksichtigt. Deckungsgleich sind die 18 diagnostischen Kriterien, mit denen die verschiedenen Präsentationen der ADHS nach DSM-5 und die korrespondierenden Diagnosen der ICD-10 definiert sind. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Reliabilität und Validität dieser diagnostischen Konzepte durch die Expertengruppen der WHO und der American Psychiatric Association in Feldstudien allerdings bislang nur für Kinder gesichert wurden. Studien, die die Validität der diagnostischen Kriterien auch bei Erwachsenen belegen, liegen noch nicht in ausreichendem Maße vor. Die Aufteilung der ADHS-Psychopathologie in die beiden großen Faktoren Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität wird aber generell auch für den Bereich der Erwachsenen als valide angesehen (Woo und Rey 2005).

In [Tab. 2.2](#) sind die 18 DSM-5-Merkmale zur Diagnose der ADHS, aufgeteilt auf die beiden Symptomkomplexe „Aufmerksamkeitsstörungen“ und „Hyperaktivität/Impulsivität“, zusammengestellt.

Sieht man sich die 18 DSM-5-Merkmale genauer an ([Tab. 2.2](#)), erkennt man schnell, dass es sich überwiegend um Verhaltensmerkmale handelt, die leicht von außen zu beobachten sind. Für ihre Beurteilung braucht man keine Kenntnisse des Erlebens der Betroffenen. Im Bereich der Kinderpsychiatrie mag dies sinnvoll sein, weil Kinder ihr Erleben entwicklungsbedingt nur mit Einschränkungen phänomenologisch zu beschreiben wissen. Bereits im Jugendalter ist mit anderen Bedingungen zu rechnen, und spätestens im Erwachsenenalter kann im Bereich der Psychopathologie nicht auf das Erleben der Betroffenen, das ihren Selbstschilderungen entnommen werden muss, verzichtet werden. Die zusätzliche Berücksichtigung spezieller psychopathologischer Merkmale für die Diagnostik der ADHS bei Erwachsenen über den Einsatz der DSM-5-Kriterien hinaus scheint daher sachlich angemessen zu sein.

Wie dies auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen der Fall ist, unterliegt die ADHS-Symptomatik entwicklungspsychopathologischen Veränderungen. Bei einer im Erwachsenenalter persistierenden ADHS finden sich wie im Kindesalter vor allem die zentralen Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsleistungen, während das impulsiv-hyperkinetische Verhalten – anders als bei Kindern mit ADHS – oft nicht mehr unmittelbar erkennbar ist. Dabei sind nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Veränderungen zu registrieren: Die motorische Unruhe der Kinder und Jugendlichen weicht bei Erwachsenen vielfach einer „inneren Unruhe“, und auch die Impulsivität Erwachsener hat ihre eigenen Ausdrucksformen. So werden beispielsweise lange Theaterbesuche, Lesen anspruchsvoller Literatur, Schlange stehen etc. vermieden. Im DSM-5 und in der ICD-11 wurden daher entsprechende Anpassungen der diagnostischen Kriterien vorgenommen und damit auch ihre Anwendbarkeit bei Erwachsenen verbessert.

Tab. 2.2 18 DSM-5-Merkmale zur Diagnose der ADHS

Aufmerksamkeitsstörungen	Hyperaktivität/Impulsivität
Keine Details beachten, Flüchtigkeitsfehler	Nicht still sitzen können, Zappeln, auf dem Stuhl hin und her rutschen
Verkürzte Aufmerksamkeitsspanne	Nicht sitzen bleiben können
Nicht zuhören können, wenn mit ihnen gesprochen wird	Herumrennen, obwohl unpassend
Instruktionen nicht befolgen, begonnene Aufgaben nicht fertigstellen können	Sich nicht ruhig beschäftigen können
Probleme beim selbstständigen Planen von Aktivitäten	Gefühl, von einem inneren Motor angetrieben zu werden
Vermeiden längerer geistiger Anstrengungen	Übermäßig viel sprechen
Gegenstände verlieren	Antworten, bevor Frage vollendet wurde, Sätze anderer vervollständigen
Leicht ablenkbar, äußere Reize nicht ausblenden können	Nicht warten können, bis man an der Reihe ist
Alltagsvergesslichkeit	Unterbrechen von Gesprächen oder Aktivitäten anderer

Um den Besonderheiten der adulten Symptomatik gerecht zu werden, sind deshalb erwachsenenspezifische psychopathologische Kriterien ausgearbeitet worden. Welche Psychopathologie die ADHS im Erwachsenenalter zusätzlich charakterisiert, wird allerdings unterschiedlich beurteilt. Besonders bekannt sind die Utah-Kriterien für die Diagnostik der adulten ADHS (► Tab. 2.3; Wender 1995). Als wesentliche Ergänzung der Diagnostik kommen zu den traditionellen Syndromen der Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität noch die Syndrome Desorganisation, Affektlabilität, emotionale Überreagibilität, Stressintoleranz und spezielle Temperamentseigenschaften hinzu.

M E M O

In der Konzeption von Brown (2001) wird die adulte ADHS-Symptomatik in fünf Störungsbereiche exekutiver Funktionen eingeteilt:

1. Aktivierung zur und Organisation von Arbeit
2. Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit und Konzentration
3. Aufrechterhaltung von Energie und Leistung
4. Umgang mit affektiven Interferenzen
5. Arbeitsgedächtnis und Erinnerungsvermögen

Tab. 2.3 Utah-Kriterien der adulten ADHS (nach Wender 1995)

Symptombereich	Psychopathologie
1) Aufmerksamkeitsstörung (Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit)	Verminderte Konzentrationsfähigkeit, v.a. bei fehlendem Interesse, „Hyperfokussierung“ der Aufmerksamkeit bei entsprechendem Interesse und/oder ausreichender Stimulation (z.B. unter Zeitdruck). Verkürzte Aufmerksamkeitsspanne oder Vermeidung von Tätigkeiten, die Durchhaltevermögen verlangen. „Lesefaulheit“. Bei Gesprächen nicht richtig zuhören, nicht bei der Sache bleiben. „Kommunikationsstörung“ in der Partnerschaft oder in der Gruppe. Starke Ablenkbarkeit. Mit den Gedanken ständig woanders ein. Empfindlichkeit gegenüber Außenreizen. Vergesslichkeit, alles notieren müssen, Gegenstände verlegen.
2) Hyperaktivität	Bewegungsdrang, Zappeligkeit, Nervosität, innere Unruhe, Ungeduld und Unbehagen bei sitzenden Tätigkeiten. Drang, öfters aufzustehen, herumzulaufen. Allgemeines Bedürfnis nach Tätigkeiten. Bewegungsfreiheit. Sich nicht entspannen können, sich immer wie „aufgezogen“ fühlen.
3) Affektlabilität (Stimmungsschwankungen)	Häufig wechselnde Stimmung. Kurze Phasen mit Niedergeschlagenheit, Missmutigkeit, aber auch Übererregtheit, Getriebenheit von wenigen Stunden bis Tagen. Starke Emotionalität.
4) Desorganisation	Probleme, das Leben in den kleinen und großen Bereichen zu organisieren. Schwierigkeiten, Termine und Vorgaben einzuhalten. Keine Prioritäten setzen können. Sprunghaftigkeit, Planlosigkeit. Verlegen von Gegenständen, Vergesslichkeit.
5) Verminderte Affektkontrolle (explosives, hitziges Gemüt)	Kurz dauernde Wutausbrüche, aber kein dauerhafter Groll und kein Aufstauen von Zorn. „Niedriger Siedepunkt“.
6) Impulsivität	Handeln und entscheiden, ohne lange nachzudenken. Gespräche anderer unterbrechen, anderen ins Wort fallen, Sätze anderer zu Ende sprechen. Unüberlegte Spontaneinkäufe. Probleme, Geld zusammenzuhalten. Risikofreudigkeit.
7) Emotionale Überreagibilität (geringe Stresstoleranz)	Chronisch „dünnnes Fell“. Sich bei Belastung leicht aus der Ruhe bringen lassen, durcheinandergeraten, schnell nervös werden, sich bedrängt fühlen.

2 Klinischer und wissenschaftlicher Hintergrund

In diesen Konzepten der adulten ADHS werden nicht die DSM-5-Phänomene der Hyperaktivität und Impulsivität als obligatorisch für die ADHS angesehen, sondern ein breites Spektrum von kognitiven Einschränkungen bis hin zu besonderen Einschränkungen des Arbeitsgedächtnisses.

Auffälligkeiten in der Stimmungsregulation und der Umgang mit affektiven Interferenzen sind sowohl in der ADD-Konzeption von Brown (2001) als auch im psychopathologischen ADHS-Spektrum der Conners-Skalen für Erwachsene (CAARS, Conners et al. 1999) enthalten. Sie fallen unter den Begriff der emotionalen Labilität. Die CAARS nehmen ferner Bezug auf Probleme, die viele Betroffene mit ihrem Selbstkonzept haben. Die Berücksichtigung der emotionalen Symptomatik bei Brown (2001) und Conners et al. (1999) beruht letztlich auf den Vorarbeiten von Wender (1995), der Stimmungsschwankungen, emotionale Überreagibilität und überschießendes Temperament neben dem desorganisierten Verhalten als typische psychopathologische Phänomene bei Erwachsenen mit ADHS bezeichnet hat. Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen vor, welche die Bedeutung von Störungen der Emotionsregulation bei Erwachsenen mit ADHS gut belegen (Retz et al. 2012)

2.1.4 Komorbidität und soziale Schwierigkeiten

Für die Diagnostik und Therapie der adulten ADHS ist von spezieller Bedeutung, dass sie vor allem in klinischen Populationen nur selten als isolierte Störung auftritt. Bereits bei Kindern mit ADHS sind häufig weitere psychiatrische Störungen vorhanden (Übersichten bei Biederman 2004; Spencer 2006). Mehr als zwei Drittel der erwachsenen Patienten haben weitere psychische Leiden; die häufigsten sind > Kasten 2.1 zu entnehmen.

Kasten 2.1

Komorbiditäten bei Erwachsenen mit ADHS

- Drogenmissbrauch und Alkoholismus (bis 80 %),
- antisoziale Persönlichkeitsstörungen (25 %) und
- emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (20 %),
- daneben Angststörungen (ca. 30 %) und
- affektive Erkrankungen (bis 40 %).

Verlaufsuntersuchungen von Kindern mit ADHS bis ins Jugendlichen- und Erwachsenenalter sowie verschiedene epidemiologische Projekte haben gezeigt, dass eine Reihe von Einschränkungen mit der ADHS einhergehen können, die für den Prozess der sozialen Adaptation von erheblicher Bedeutung sind (Übersicht bei Rösler 2006).

M E M O

- Im Vergleich zu Kontrollpersonen erreichen Personen mit ADHS, gemessen am Begabungsniveau, weniger qualitativ hochwertige Schul- und Berufsabschlüsse, und sie verlieren bzw. wechseln häufiger ihren Arbeitsplatz.

- Die Zahl unerwünschter Schwangerschaften und das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten sind signifikant erhöht, ebenso die Scheidungsraten.
- Personen mit ADHS weisen ein höheres Risiko für alle Arten von Unfällen in Schule, Beruf, Freizeit und Straßenverkehr auf, wo auch eine vermehrte Neigung zu Regelverstößen registriert wird.
- Insbesondere die Spielart der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens ist auch mit sozialen Adaptationsschwierigkeiten vor allem in der Legalbewährung assoziiert, und es wurde gezeigt, dass die Syndromkonstellation Impulsivität/Hyperaktivität/Konzentrationsstörungen im Kindesalter ein valider Prädiktor für spätere Aggressivität und Gewalttätigkeit ist (Farrington und West 1990).

2.1.5 Ursachen der ADHS

Die Ursachen der ADHS sind bis heute nicht bekannt. Es existieren aber verschiedene, durch neuropsychologische Untersuchungen unterschiedlich gut abgesicherte Modelle, mit denen die Symptome der ADHS erklärt werden können (Übersicht bei Döpfner und Lehmkuhl 2005). Diese umfassen das Verhaltenshemmungs-/aktivierungs-Modell nach Quay (1993), das Modell der Störungen exekutiver Funktionen nach Pennington und Ozonoff (1996), das Modell der mangelnden Reaktionsinhibition nach Barkley (1997), das kognitiv-energetische Modell nach Sergeant (2000) und das Modell der Verzögerungsaversion bzw. das duale Modell inhibitorischer und motivationaler Dysfunktionen nach Sonuga-Barke (2002). All diesen – sich zum Teil überschneidenden – Modellen gemeinsam ist die Annahme, dass den neuropsychologischen Störungen neurologische Substrate zugrunde liegen, die zu Störungen im Bereich der Hemmung oder Verzögerung von Reaktionen, der exekutiven Funktionen sowie der Motivationsregulation führen.

Neurobiologie der ADHS

Nach den derzeitigen Vorstellungen ist die ADHS-Symptomatik vor allem auf eine Dysfunktion frontostriataler Regelkreise zurückzuführen, wobei den Katecholaminen Dopamin und Noradrenalin eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass diese Transmittersysteme durch andere Neurotransmitter (z.B. Serotonin, Glutamat und Acetylcholin) moduliert werden und man insofern eher von einer Multitransmitterstörung ausgehen muss. Es ist durchaus denkbar, dass Störungen in unterschiedlichen Transmittersystemen und auf unterschiedlichen funktionell-anatomischen Ebenen zum klinischen Bild der ADHS führen können. Störungen der katecholaminergen Neurotransmission könnten demnach auch sekundäre Phänomene darstellen. Sowohl die klinische Heterogenität der ADHS als auch die individuellen Unterschiede hinsichtlich der pharmakotherapeutischen Responsivität von ADHS-Patienten wären hiermit gut erklärbar (Übersicht bei Rösler und Retz 2006).

Roberto D'Amelio und Alexandra Philipsen

Durchführung der psychoedukativen Gruppe

Die folgenden Abschnitte beinhalten allgemeine Informationen zur Organisation und Durchführung der psychoedukativen Gruppe für Erwachsene mit einer ADHS. Des Weiteren sollen grundsätzliche Überlegungen zu Zielen, Leistungsstil, psychotherapeutischen Strategien und methodisch-didaktischen Prinzipien angestellt und Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung vorgestellt werden.

► Tab. 3.1 gibt stichwortartig eine Übersicht über relevante Eckpunkte der psychoedukativen Gruppe, die in den folgenden Abschnitten aufgegriffen und näher erläutert werden.

Da Psychoedukation adaptiv ist, sollten bei der Umsetzung des hier dargestellten Konzepts selbstverständlich immer die Besonderheiten und Erfordernisse vor Ort Berücksichtigung finden und in die Planung und Gestaltung der Intervention einfließen.

Tab. 3.1 Übersicht über die Struktur der psychoedukativen Gruppe für Patientinnen und Patienten mit einer ADHS im Erwachsenenalter

Indikation	<ul style="list-style-type: none">• ADHS im Erwachsenenalter
Ziele	<ul style="list-style-type: none">• Aufklärung und Information zum Störungskomplex ADHS und mögliche Komorbiditäten• Vermittlung von Einstellungen, Strategien und Fertigkeiten zur Selbstregulation, um (mehr) Kontrolle über die ADHS zu erlangen• Motivierung zu einer kontinuierlichen Behandlung der ADHS und eventuell vorhandener Komorbiditäten• Interaktion mit anderen Betroffenen zum Austausch von störungsbezogenen Informationen, zur Unterstützung bei der Lösung ADHS-assozierter Probleme und zur gegenseitigen emotionalen Entlastung
Anzahl	<ul style="list-style-type: none">• 10 Sitzungen und 1 Nachtermin
Dauer	<ul style="list-style-type: none">• 120 Minuten pro Sitzung inklusive Pause(-n)
Frequenz	<ul style="list-style-type: none">• 1 × pro Woche
Setting	<ul style="list-style-type: none">• (Möglichst) geschlossene Gruppe• Stationär, teilstationär, ambulant
Größe	<ul style="list-style-type: none">• 5–10 Patientinnen/Patienten
Gruppenleitung/ Ko-Gruppenleitung	<ul style="list-style-type: none">• Dipl. Psychologin/Dipl.-Psychologe mit klinischer Erfahrung, Ärztin oder Arzt mit psychiatrischer Erfahrung• Therapeutisch und in der Leitung von Gruppen erfahrene Berufsgruppen (Sozialpädagogik, Ergotherapie, Fachpflegekräfte)

M E M O

Insgesamt ist diese störungsspezifische psychoedukative Intervention im Sinne eines gestuften Vorgehens (*stepped care*) als Instrument zur psychotherapeutischen „Basisversorgung“ konzipiert, das sich bei Bedarf mit anderen bewährten Bausteinen einer multimodalen Therapie der ADHS im Erwachsenenalter (Psychotherapie z.B. nach dem „Freiburger Konzept“ von Hesslinger et al. 2004), mit Psychopharmakologie und Coaching kombinieren lässt.

3.1 Indikation

3

Diese psychoedukative Intervention wendet sich an Betroffene mit einer ADHS im Erwachsenenalter, wobei ADHS-assoziierte Komorbiditäten keine prinzipielle Kontraindikation zum Besuch der Gruppe darstellen. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnehmenden über genügend intellektuelle Fähigkeiten, Sprachverständnis und psychische Stabilität verfügen, um dem Gruppengeschehen folgen bzw. sich aktiv daran beteiligen zu können. In > Kasten 3.1 sind idealtypische Voraussetzungen zum Besuch der psychoedukativen Gruppe aufgeführt.

Kasten 3.1**Individuelle Voraussetzungen zur Besuch der psychoedukativen Gruppe**

- Erfolgte Mitteilung der Diagnose „ADHS im Erwachsenenalter“
- Freiwillige Teilnahme
- Gute Erreichbarkeit der Institution
- Bereitschaft und Möglichkeit, an allen 10 Sitzungen teilzunehmen
- Intellektuelle Funktionen im Normbereich
- Ausreichende Sprachkenntnisse, um sich aktiv an der Gruppe beteiligen zu können
- Weitgehende psychische Stabilität in Bezug auf die ADHS und die vorhandenen komorbidien psychischen Störungen

3.2 Ziele

In der psychoedukativen Gruppe werden wissenschaftlich fundierte Informationen zur Störung ADHS (Diagnostik, Ätiologie, Symptomatik und Verlauf), zu pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsoptionen und zu ADHS-assoziierten Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen vermittelt. Des Weiteren sollen Therapieverständnis und Therapiecompliance erhöht und die Teilnehmenden zu einer konsequenten Behandlung der ADHS und mit ihrer assoziierten Komorbiditäten und Folgeerkrankungen ermutigt werden. Ferner soll besprochen werden, wie man durch geeignete Selbstmanagement- bzw.

Selbstregulationsfertigkeiten auch *mit* ADHS zu größerer Selbstakzeptanz und zufriedenstellender Lebensgestaltung gelangen kann. Auf diesem Wege soll ein Zuwachs an Selbstzuversicht, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit gefördert werden. Dies ist umso wichtiger, als viele der Patientinnen und Patienten ein eher negatives Selbstbild und ein geringes Selbstwertgefühl aufweisen.

Die Betroffenen berichten in diesem Zusammenhang häufig, dass sie bereits seit der Kindheit mit vielen frustrierten bzw. entmutigenden Ereignissen konfrontiert wurden. So konnten beispielsweise (subjektiv) wichtige Ziele in Schule, Ausbildung, Studium oder Arbeitsleben nicht erreicht werden, was von den Betroffenen selbst bzw. von Personen in ihrem sozialen Umfeld häufig auf „mangelnden Willen“ oder „Faulheit“ zurückgeführt wurde. Dies wiederum hat bei den Betroffenen nicht selten den Eindruck hinterlassen, permanent „selbstverschuldet“ hinter den eigenen Möglichkeiten zurückzubleiben und deshalb im Leben (bislang) mehr oder weniger gescheitert zu sein.

Ferner haben viele Betroffene den Eindruck, dass sie mit ihrem „Anderssein“ anecken, auf Unverständnis stoßen und ausgegrenzt werden. Verschärft wird dieses Gefühl einer bisweilen existenziell anmutenden Einsamkeit häufig noch von der Überzeugung, diesen „Defekt“ als Einzige(r) aufzuweisen. Umso wichtiger ist der Kontakt und Austausch mit anderen Betroffenen, um ein „Wir“ bzw. „Ich-bin-nicht-allein“-Gefühl auszubilden, sich im Gespräch mit anderen wiederzuerkennen, emotional zu entlasten und sich gegenseitig bei der Lösung von ADHS-assoziierten Problemen zu unterstützen. Die psychoedukative Gruppe kann einen solchen „Lern- und Begegnungsraum“ darstellen, in dem die Teilnehmenden (als eigentliche Expertinnen und Experten ihrer Erkrankung) unter fachkundiger Anleitung zusammenkommen, um sich gegenseitig zu unterstützen und voneinander zu profitieren.

Eine Zusammenfassung der Ziele der psychoedukativen Intervention findet sich in > Kasten 3.2.

Kasten 3.2

Interventionsziele der psychoedukativen Gruppe für Patientinnen und Patienten mit einer ADHS im Erwachsenenalter

- **Information:** Die Teilnehmenden sollen ausführlich über Ätiologie, Symptomatik, Verlauf, Auswirkung (-en) und Behandlungsoptionen der ADHS, des Weiteren über ADHS-assoziierte Komorbiditäten und Folgeerkrankungen informiert werden.
- **Coping:** Bei den Teilnehmenden sollen Selbstmanagement- und Selbstregulationsfertigkeiten angestoßen und (re-)aktiviert werden, die ihnen mehr Kontrolle über die ADHS ermöglichen und ihre Selbstachtung und Lebenszufriedenheit vergrößern.
- **Compliance:** Die Teilnehmenden sollen zu einer weiterführenden, kontinuierlichen und konsequenter Behandlung der ADHS und eventuell vorhandenen Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen motiviert werden.
- **Interaktion:** Die Teilnehmenden sollen sich im Gespräch mit anderen Betroffenen emotional entlasten und über bewährte Möglichkeiten der Alltags- oder Krankheitsbewältigung austauschen.

Selbstverständlich sind die oben genannten Ziele zu individualisieren, d. h. auf die Wünsche, Bedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Teilnehmenden abzustimmen. Um unnötige Missverständnisse und Enttäuschungen zu vermeiden, sollte allerdings auch klar ausgesprochen werden, was sicherlich *nicht* erreicht werden kann: **ADHS als „neurobiologische Besonderheit“ kann nicht „geheilt“ im Sinne von ursächlich beseitigt werden. Möglich und wünschenswert ist vielmehr ein einvernehmliches Leben mit ADHS.** Die Betroffenen können lernen, die ADHS (besser) unter Kontrolle zu halten, anstatt von ihr wie bisher mehr oder weniger stark kontrolliert zu werden.

Die psychoedukative Gruppe kann eine weitere Etappe auf dem Weg zu diesem Ziel darstellen.

3.3 Setting

In diesem Manual wird ein Konzept zur Durchführung einer diagnosespezifischen Intervention im Gruppensetting beschrieben. Diese psychoedukative Gruppe lässt sich im Sinne eines psychotherapeutischen „Basisinstruments“ gleichermaßen in einem stationären, teilstationären oder auch ambulanten Setting umsetzen.

Damit sich zwischen den Teilnehmenden vertrauensvolle Beziehungen und eine gute Arbeitsatmosphäre ausbilden können, sollte die Gruppe im Idealfall in geschlossener Form durchgeführt werden. Diese Organisationsform kommt auch der erhöhten Ablenkbarkeit bzw. Irritierbarkeit von Betroffenen mit ADHS entgegen, die durch einen häufigen Wechsel in der Gruppenzusammensetzung (zumindest während der Sitzungen) noch weiter zunehmen könnte. Falls sich eine geschlossene Gruppe nicht mit den Gegebenheiten vor Ort vereinbaren lässt, sollten die Termine zur Aufnahme neuer Mitglieder im Voraus geplant und allen Beteiligten rechtzeitig mitgeteilt werden. Ferner ist darauf zu achten, dass die neuen Mitglieder gut in die Gruppe integriert werden können. Bei Durchführung der Psychoedukation im stationären Setting sollte den Betroffenen ermöglicht werden, „ihre“ Gruppe auch nach der Entlassung in einem ambulanten Status weiter zu besuchen.

Selbstverständlich kann dieses Manual auch zur Durchführung einer diagnosespezifischen Psychoedukation im Einzelsetting genutzt werden. Des Weiteren können Inhalte und Materialien der einzelnen Sitzungen auch selektiv eingesetzt werden, um beispielsweise bestimmte Fertigkeiten im Rahmen eines Coachings (► Kap. 6) zu verbessern.

3.4 Gruppengröße, Häufigkeit und Anzahl der Sitzungen

In diesem Manual (► Kap. 4) sind Materialien zur Gestaltung von 10 Sitzungen und einem Nachtermin à 120 min, inkl. jeweils ca. 15 min Pause,

mit einmal wöchentlicher Frequenz dargestellt. Selbstverständlich kann das Programm durch die jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten modifiziert und um zusätzliche Sitzungen aufgestockt werden, falls beispielsweise bestimmte Themen vertieft werden sollen.

Im stationären Kontext mit entsprechendem Druck bezüglich der „Liegezeiten“ von Patientinnen und Patienten könnte dieses Programm auch in der erhöhten Frequenz von zweimal pro Woche angeboten werden.

Um eine fruchtbare Arbeitsatmosphäre herzustellen und die positiven Effekte einer therapeutischen Gruppe zu nutzen, sollten mindestens 5 und höchstens 10 Personen an der Gruppe teilnehmen. Damit ist am ehesten gewährleistet, dass die Gruppe für die Betroffenen wie auch für die Therapeutinnen und Therapeuten überschaubar bleibt und sich somit alle Beteiligten aktiv einbringen können bzw. niemand übersehen wird.

3.5 Vorbereitungen

Die Gruppenleitung sollte auf das Angebot einer psychoedukativen Gruppe für Betroffene mit ADHS im Erwachsenenalter in ihrer Institution oder Praxis mittels Aushang, Informationsveranstaltungen oder gezielter „Mund-zu-Mund-Propaganda“ im Kollegenkreis, bei Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen rechtzeitig aufmerksam machen. Entsprechende Vordrucke mit dem Titel der psychoedukativen Gruppe, den therapeutischen Ansprechpersonen, dem Ort und den Terminen der Sitzungen können den Bekanntheitsgrad dieses therapeutischen Angebots zusätzlich steigern.

Falls diese Gruppe regelmäßig wiederholt werden soll, erleichtern fixe Anfangstermine (z. B. jeder 1. Dienstag alle 3 Monate) für alle Beteiligten die Planbarkeit. Im stationären Setting sollten die einzelnen Stationsleitungen sowie die Stationsärztinnen- und -ärzte ein entsprechendes Informationsblatt mit den relevanten Daten (Namen der Teilnehmenden, Angaben zu Ort, Datum und Uhrzeit aller 10 Sitzungen + Nachtermin) der Gruppe bekommen, damit Gruppentermine nicht mit Untersuchungen, Ausflügen, den verschiedenen sozialen und therapeutischen Aktivitäten kollidieren.

Des Weiteren ist für einen Gruppenraum zu sorgen, der möglichst für alle Sitzungen zur Verfügung steht, während der Gruppensitzungen ungestört nutzbar ist, mindestens mit einer Tafel oder einem Flipchart ausgerüstet ist und über genügend viele Sitzgelegenheiten verfügt. Darüber hinaus sollte man mehrere beschriftete Flipchartblätter an den Wänden anbringen können. Falls auch die Präsentation von Folien beabsichtigt ist (s. Materialien in > Kap. 8), muss ein Overhead-Projektor oder Beamer zur Verfügung stehen.

Mit den Interessenten für die ADHS-Gruppe sollte in einem Vorgespräch geklärt werden, ob die beabsichtigte **Terminabfolge** der einzelnen Sitzungen auch eingehalten werden kann. Um spätere Therapieabbrüche auf ein Minimum zu begrenzen, sollte in diesem Zusammenhang unbedingt auch darauf hingewiesen werden, dass zwischen den einzelnen Sitzungen (therapeutische) „Hausaufgaben“ zu erledigen sind. Dies ist umso wichtiger, als

dieser Begriff bei vielen Betroffenen noch aus Schulzeiten aversiv besetzt ist. Da das Nichterscheinen zu den Terminen genauso wie das Nichtbearbeiten von Hausaufgaben prinzipiell als „therapiegefährdendes Verhalten“ zu werten ist, sollte eine Patientin oder ein Patient erst in die Gruppe aufgenommen werden, nachdem sie oder er die Einhaltung der oben genannten Punkte zugesichert hat.

TIPP

„Überredungsversuche“ sind strikt zu vermeiden. Vielmehr sollten die Betroffenen beim Aufbau einer **intrinsischen Therapiemotivation** unterstützt werden, gemäß der Aussage: „*Lack of motivation is not a fault which to blame your clients: It is a challenge for your therapeutic skills.*“ (Miller und Rollnick 1991)

Um einen Anhaltspunkt zu gewinnen, in welchem Stadium der Therapiemotivation sich der Patient oder die Patientin gerade befindet, kann man sich an dem zu diesem Zweck *modifizierten* Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1983) orientieren (► Abb. 3.1).

Im ersten Stadium der **Absichtslosigkeit** denken die Betroffenen nicht über den Beginn einer Therapie nach. Die Ursache dafür könnte beispielsweise durch ein Informationsdefizit begründet sein, d.h., es besteht Unkenntnis darüber, dass eine geeignete diagnosespezifische therapeutische Intervention existiert oder vor Ort angeboten wird. Die aktuell nicht vorhandene Therapiemotivation kann auch auf negative Vorerfahrungen mit therapeutischen Interaktionspartnern zurückzuführen sein. Des Weiteren könnte etwa eine Patientin eine Therapie ablehnen, weil sie insgesamt entmutigt ist

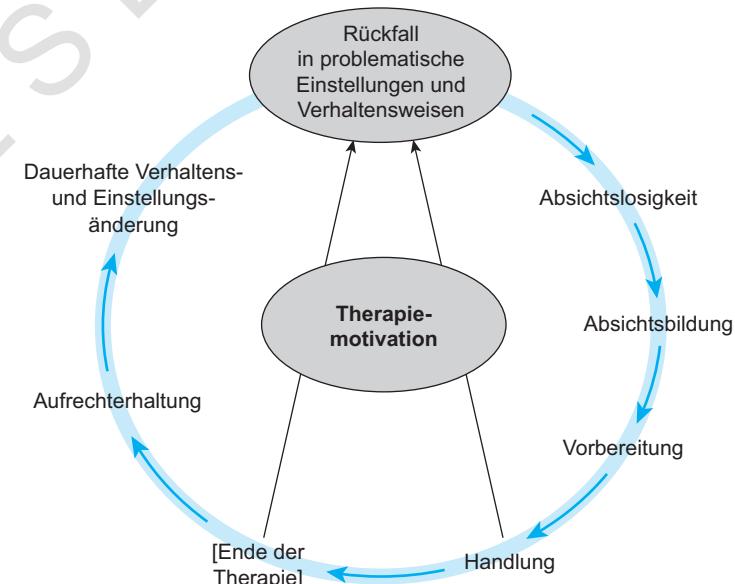


Abb. 3.1 Modifiziertes Kreismodell der Stadien der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (1983) [L143]

Manual für die Gruppenleitung: Psychoedukative Gruppe Erwachsene mit ADHS

In Kapitel 4 werden in den Abschnitten 4.1 bis 4.10 Anregungen und Materialien zur Gestaltung und Durchführung von insgesamt 10 Sitzungen der „Psychoedukativen Gruppe für Patientinnen und Patienten mit ADHS im Erwachsenenalter“ vorgestellt.

TIPP

Selbstverständlich können die Materialien auch für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten im Einzelsetting verwendet werden.

➤ Tab. 4.1 gibt einen Überblick über die Themenschwerpunkte der einzelnen Sitzungen. Vor Beginn der Intervention empfiehlt es sich, interessierten Personen einen Vordruck mit Informationen zur psychoedukativen Gruppe für Patientinnen und Patienten mit ADHS zukommen zu lassen (➤ Vordruck V1 austeilen).

Tab. 4.1 Übersicht über die Themenschwerpunkte der Sitzungen 1–10 der psychoedukativen Gruppe ADHS im Erwachsenenalter

Sitzung	Thema	Inhalte
1	Kennenlernen und Organisatorisches	<ul style="list-style-type: none">• Vorstellung der Teilnehmenden• Organisatorisches und Terminabsprache• „Regeln für eine gute Zusammenarbeit“• Individuelle Therapieziele• ADHS-Wissensfragebogen
2	Was ist ADHS und wie entsteht ADHS?	<ul style="list-style-type: none">• Symptome der ADHS• Neurobiologische Grundlagen der ADHS• ADHS-assoziierte Komorbiditäten
3	Wie kann man ADHS behandeln?	<ul style="list-style-type: none">• Pharmakologische und psychologische Behandlungsmöglichkeiten bei ADHS• Pharmakologische und psychologische Möglichkeiten zur Behandlung ADHS-assozierter Komorbiditäten
4	Mein (soziales) Leben mit ADHS	<ul style="list-style-type: none">• Besonderes Potenzial von Menschen mit ADHS• Problematische und positive Anteile meiner ADHS• ADHS in sozialen Interaktionen• Besprechung der Anteile der ADHS, die sozial als problematisch erachtet werden

Tab. 4.1 Übersicht über die Themenschwerpunkte der Sitzungen 1–10 der psychoedukativen Gruppe ADHS im Erwachsenenalter (Forts.)

Sitzung	Thema	Inhalte
5	Wie gehe ich mit mir um? Selbstbild und Selbstwert	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehe ich mit mir um? Der innere Trainer • Diskussion: Optimist oder Pessimist? • Individuelle Stärken und Kompetenzen
6	Von Chaos und Kontrolle – (Selbst-) Organisation im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> • Chaosstifter und Ordnungshalter • Strategien und Techniken zur Alltagsstrukturierung • „Jäger und Bauer“-Metapher
7	Stressmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosomatische Grundlagen von Stress und Stressreaktion • Externe und interne Stressoren • Methoden für Stressprophylaxe, Stressmanagement und Regeneration
8	Stimmungsregulation und Impulskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Das Stimmungsbarometer • (Mehr) Selbstkontrolle bei Wut und Ärger • Stimmungsregulierende Maßnahmen
9	Selbstmodifikation von problematischem Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Selbstmodifikation • Schema zur Analyse und zur Veränderung von problematischem Verhalten • Subjektive Akzeptanz der ADHS-spezifischen Medikation
10	Ausklang und Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> • Rückblick und Würdigung • Vereinbarung des 1. Nachtreffens • Evtl. Überführung in eine Selbsthilfegruppe • Durchführung des ADHS-Wissensfragebogens • Verabschiedung der Teilnehmenden

4.1 Sitzung 1: Kennenlernen und Organisorisches

4.1.1 Lernziele der 1. Sitzung

In der ersten Sitzung soll ein solider Grundstock für eine gute und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung im Rahmen der psychoedukativen Gruppe für Patientinnen und Patienten mit ADHS im Erwachsenenalter hergestellt werden. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Teilnehmende und Gruppenleitung einander (besser) kennenlernen und sich verbindlich auf Regeln für eine gute Zusammenarbeit einigen. Des Weiteren sollen die Teilnehmenden über den Ablauf und Inhalt der Gruppensitzungen informiert werden und die Möglichkeit bekommen, ihre Wünsche und Erwartungen hinsichtlich ihrer Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe zu äußern. Darüber hinaus kann mit den Teilnehmenden ein ADHS-Wissensfragebogen im Multiple-Choice-Verfahren ausgefüllt werden. Durch Wiederholung dieses Tests in der letzten Sitzung kann ein entsprechender Wissenszuwachs „schwarz auf weiß“ überprüft bzw. nachgewiesen werden.

4.1.2 Überblick über die 1. Sitzung

Tab. 4.2 Benötigte Materialien

Vordrucke	V2	• Teilnehmerliste
	V3	• Terminplanung
	V4	• Kontaktadressen der Teilnehmenden und der Gruppenleitung
	V5	• Rückmeldebogen zur Sitzung
Folien	1.1	• Ziele und Inhalte der 1. Sitzung
	1.2	• Allgemeine Ziele
	1.3	• Überblick über die Sitzungen 1 bis 10
	1.4	• Persönliche Therapieziele
	1.5	• Hilfreiche Regeln für eine gute Zusammenarbeit
Handouts	1.1	• Überblick über die Sitzungen 1 bis 10
	1.2	• Persönliche Therapieziele
	1.3	• Hilfreiche Regeln für eine gute Zusammenarbeit
	1.4	• Der ADHS-Wissensfragebogen
	1.5	• Alltagssituationen und Symptome der ADHS
Sonstiges Material	Din-A4-Ringmappen	
Geräte	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stell- oder Pinwand • Overhead-Projektor 	

Ablauf der 1. Sitzung

- Begrüßung der Gruppenteilnehmenden und Teilnahmedokumentation (➢ Vordruck V2 austeilen)
- Darstellung der Ziele und Inhalte dieser Sitzung (➢ Folie 1.1 auflegen) und Vorstellungsrunde
- Organisatorische Hinweise und Klärung organisatorischer Fragen (➢ Vordruck V3 austeilen)
- Erläuterung der allgemeinen Ziele der psychoedukativen Gruppe (➢ Folie 1.2 auflegen)
- Überblick über die Themenschwerpunkte der Sitzungen 1 bis 10 (➢ Folie 1.3 auflegen, ➢ Handout 1.1 austeilen)
- Sammlung von Fragen und Erwartungen der Teilnehmenden
- Diskussion: Meine persönlichen Therapieziele (➢ Folie 1.4 auflegen, ➢ Handout 1.2 austeilen)
- Erläuterung der Gruppenregeln (➢ Folie 1.5 auflegen, ➢ Handout 1.3 austeilen)
- **Hausaufgabe:** Alltagssituationen und Symptome der ADHS (➢ Handout 1.5 austeilen)
- Rekapitulation der wichtigsten Punkte dieser Sitzung
- Ausfüllen des ADHS-Wissensfragebogens (➢ Handout 1.4 austeilen)
- Abschlussrunde und Verabschiedung (➢ Vordruck V5 austeilen)

4.1.3 Durchführung der 1. Sitzung

Begrüßung und Dokumentation der Gruppenteilnahme

Die Teilnehmenden werden durch die Gruppenleitung begrüßt und gebeten, sich in die ausliegende Teilnehmerliste einzutragen (➤ Vordruck V2 austellen).

Darstellung der Ziele und Inhalte der heutigen Sitzung und Vorstellungsrunde

Die erste Sitzung startet mit der Begrüßung der Teilnehmenden durch die Gruppenleitung. Danach stellt die Gruppenleitung die Ziele dieser Sitzung (➤ Folie 1.1 auflegen) und anschließend (↔ Modelfunktion) sich selbst unter Erwähnung ihrer Berufsgruppe, Arbeitsschwerpunkte, Funktion in der Institution, ADHS-spezifischer Erfahrungen und persönlicher Motivation zur Durchführung der Gruppe vor.

Eine wesentliche Aufgabe der Gruppenleitung ist es, für eine gute Arbeitsatmosphäre zu sorgen. Darüber hinaus bedarf es aktiver Teilnehmender, um eine Gruppe „lebendig“ und damit für alle zufriedenstellend zu gestalten. Deshalb sollten die Teilnehmenden ermutigt werden, ihre eigenen Erlebnisse, Wünsche und Bedürfnisse einzubringen und damit den einzelnen Sitzungen eine „persönliche Note“ zu geben.

TIPP

Frontalunterricht ist nach Möglichkeit zu vermeiden, stattdessen sollte Wissen gemeinsam erarbeitet werden.

Eine erste Möglichkeit für die Teilnehmenden, im Rahmen dieser Gruppe selbst aktiv zu werden, liegt darin, sich den anderen vorzustellen. Die Fragen in ➤ Beispiel 4.1 (auf Flipchart schreiben) können als „Orientierungshilfe“ für die persönliche Vorstellungsrunde der Teilnehmenden dienen.

B E I S P I E L 4 . 1

Persönliche Vorstellung der Teilnehmenden

- Wie heißen Sie?
- Wo wohnen Sie?
- Wie ist Ihr aktuelles Befinden?
- Haben Sie bestimmte Vorlieben oder Hobbys?
- Was würden Sie tun, wenn Sie heute nicht hier wären?
- Wie und von wem haben Sie von dieser Gruppe erfahren?
- Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme an dieser Gruppe?

Bei Bedarf – z. B. bei stockendem Redefluss – sollte die Gruppenleitung durch gezieltes Nachfragen oder durch das Anbieten passender Formulierungen (unter-)stützend auf die Patientin einwirken. Allerdings gilt, dass jeder nur so

viel äußert, wie er will und kann (aktive Teilnahme kann sich auch über Zuhören äußern). Des Weiteren sollte die Gruppenleitung darauf achten, dass alle angemessen zu Wort kommen. Um dies umzusetzen, muss ab und zu regulierend auf den Redefluss eingewirkt oder dafür gesorgt werden, dass die Teilnehmenden in Diskussionen „zentriert“ bleiben (z. B. „Mir fällt gerade auf, dass wir uns vom eigentlichen Diskussionsthema weg bewegen. Lassen Sie uns deshalb den roten Faden nochmals aufgreifen und uns auf unser ursprüngliches Thema konzentrieren“). Selbstverständlich sind diese strukturierenden Maßnahmen durch die Gruppenleitung nur so lange vorgesehen, bis diesbezüglich die Selbstregulationsmechanismen der Gruppenteilnehmenden greifen.

Organisatorische Hinweise und Klärung organisatorischer Fragen

Des Weiteren werden die Teilnehmenden über organisatorische Sachverhalte informiert, wobei folgende Punkte bearbeitet werden sollten:

- Wie viele Sitzungen sind vorgesehen?
- An welchem Wochentag, an welchem Datum, zu welcher Uhrzeit finden die Sitzungen statt?
- In welchen Räumlichkeiten finden die Sitzungen statt?
- Wem muss ich Bescheid sagen, wenn ich einen Termin nicht einhalten kann?

Es empfiehlt sich, den Teilnehmenden als Erinnerungshilfe einen Vordruck mit entsprechenden Eckdaten der psychoedukativen Gruppe zukommen zu lassen (> Vordruck V3 austeilen). Ferner wird auf die Wichtigkeit der regelmäßigen Teilnahme hingewiesen: Insofern sollte mit den Teilnehmenden vorab besprochen werden, ob bereits feststehende Termine (bspw. Urlaub, arbeitsbezogene Verpflichtungen, Behandlungen usw.) dies unwahrscheinlich machen, und Hilfe bei der Klärung dieser Terminschwierigkeiten angeboten werden. Im Idealfall sollten die Teilnehmenden selbst darauf achten, dass zu den Gruppenzeiten keine anderen (Behandlungs-)Termine stattfinden. Verbindlich für alle ist eine – rechtzeitige telefonische oder persönliche – Abmeldung, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann. Außerdem sollte mit den Teilnehmenden besprochen werden, wie sie zuverlässig (z. B. Termine in das Handy einprogrammieren; Hinweisschild mit den Terminen an die Innenseite der Haustür; Erinnerung an die Termine durch Bezugspersonen) und rechtzeitig (z. B. Berechnung der Anfahrtsdauer unter Berücksichtigung des Verkehrsaufkommens; Einplanen eines Zeitpolsters; Verabredung bzw. gemeinsame Anfahrt mit anderen Teilnehmenden) zu den jeweiligen Sitzungen erscheinen können. Um die Kontaktaufnahme mit den anderen Teilnehmenden zu erleichtern (z. B. zur Bildung von Fahrtgemeinschaften oder zum Informationsaustausch), kann > Vordruck V4 (Kontaktadressen der Teilnehmenden und der Gruppenleitung) ausgeteilt werden.

Da die Teilnehmenden im Laufe der 10 Sitzungen weitere Unterlagen bzw. Handouts erhalten werden, hat es sich bewährt, passende Arbeitsmappen (Din-A4-Ringmappen) auszuteilen. Die Teilnehmenden sollten die Ringmappe zu jeder Sitzung mitführen und nach und nach mit Arbeitsunterlagen und eigenen Notizen füllen.

5

Alexandra Philipsen und Harald Richter[†]

Angehörigengruppe

5.1 Einführung

Angehörige beschreiben das Zusammenleben mit ADHS-Patientinnen und -Patienten oftmals als kurzweilig und interessant. Andererseits leiden sie im Alltag häufig erheblich unter der ADHS-Symptomatik des betroffenen Familienmitglieds und/oder den psychosozialen Konsequenzen, die sich meist nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf ihre Angehörigen und deren seelische Gesundheit auswirken.

Daher erscheint es sinnvoll, auch den Angehörigen Unterstützung anzubieten und ihnen ausführliche Informationen über die Ursachen der ADHS, Behandlungsmöglichkeiten sowie Fertigkeiten zum eigenen Umgang mit der ADHS-Symptomatik zu vermitteln. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Wirksamkeit eines Elterntrainings auf den Behandlungsverlauf ihrer Kinder mit ADHS gut belegt (van den Hoofdakker et al. 2007). Empirische Belege zur Wirksamkeit eines Angehörigentrainings auf den Behandlungsverlauf von Erwachsenen mit ADHS liegen bislang jedoch noch nicht vor. Im klinischen Alltag zeigt sich aber, dass sich eine Unterstützung der Angehörigen nicht nur positiv auf deren Befinden auswirken kann, sondern auch den Behandlungsverlauf der erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ADHS positiv beeinflussen kann. Dabei kann z. B. ein psychoedukatives Gruppenkonzept hilfreich sein, wie es im Folgenden vorgestellt werden soll. Das Konzept stützt sich auf Anregungen und Empfehlungen von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie auf die Erfahrungen der Autoren.

MEMO

Aufgrund der Basissymptomatik der ADHS und der häufig im Vordergrund stehenden psychosozialen Folgen und Komorbiditäten benötigen oftmals auch die Angehörigen der Betroffenen Informationen und Unterstützung zum Umgang mit der ADHS-Symptomatik.

Das hier vorgestellte psychoedukative Gruppenkonzept für Angehörige verfolgt folgende Ziele:

- Vermittlung von Informationen zu den bekannten Ursachen und Auswirkungen der ADHS im Erwachsenenalter (z. B. Komorbiditäten, psychosoziale Folgen)
- Vermittlung von Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten der ADHS im Erwachsenenalter

- Vermittlung von Fertigkeiten zum Umgang der Angehörigen mit der ADHS-Symptomatik des Betroffenen
- Aktivierung und Stärkung der Ressourcen von Angehörigen

5.2 Überblick über die Inhalte der einzelnen Sitzungen

Es wird ein Vorgehen im Rahmen verschiedener, sich ergänzender Module vorgeschlagen, die in Abhängigkeit von den Interessen und Bedürfnissen der Angehörigengruppe in ihrer Abfolge und ihren Inhalten individuell kombiniert werden können (> Tab. 5.1).

Interessierte Angehörige sollten vor Beginn des Programms einen Vordruck mit Informationen zum Gruppenkonzept sowie zu geplanten Terminen erhalten (> Vordruck VA1).

Tab. 5.1 Inhalte der Gruppensitzungen mit Angehörigen

1	Vorstellung, Vereinbarungen, Klärung	Vorstellung der Gruppenleitung und Teilnehmenden, Klärung von Erwartungen und Grenzen, Organisatorisches, Terminabsprachen, „Schweigepflicht“
2	Neurobiologie und Krankheitsmodell der ADHS im Erwachsenenalter	Symptomatik und diagnostische Kriterien der ADHS im Erwachsenenalter, Subtypen (ADHS/ADS), Neurobiologie und Krankheitsmodell, Vor- und Nachteile von ADHS
3	Komorbiditäten bei ADHS	Besprechung von Sucht, Depression und Angststörungen als häufigste Komorbiditäten bei ADHS
4	Medikamente und ADHS	Darstellung medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten der ADHS und deren Komorbiditäten; Information über örtliche Anlaufstellen
5	Besonderheiten der Impulskontrolle bei ADHS	Definition von Impulsivität und Impulskontrolle, Darstellung der Störung der Impulskontrolle als häufiges Symptom bei ADHS, Besprechung von Möglichkeiten des eigenen Umgangs damit
6	Besonderheiten im Umgang mit Organisation und Stress bei ADHS	Thematisierung des Problems der Unter- und Überstimulation bei ADHS unter Einbeziehung der Aktivierungs-Leistungskurve, Besprechung von Organisations- und Strukturierungshilfen für Erwachsene mit ADHS
7	Besonderheiten der Gefühlsregulation bei ADHS	Darstellung der Primäremotionen und deren Funktionen (v.a. Wut und Ärger) und Verbindung zur Impulsivität bei ADHS
8	Auswirkungen der ADHS auf Beziehungen	Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden zur Auswirkung der ADHS auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen; Aktivierung eigener Ressourcen
9	Klärung offener Fragen und Abschluss	Besprechung offen gebliebener Fragen, Rückmeldung und Verbesserungsvorschläge, mögliche Überführung in Selbsthilfegruppe, Abschied
(10)	Nachtreffen	Rückmeldung der Teilnehmenden zu Verlauf und Befindlichkeit seit Beendigung der Gruppe und ggf. zum Verlauf der Selbsthilfegruppe, Klärung von zwischenzeitlich neu aufgetretenen Fragen

5.3 Aufbau und Struktur der Angehörigengruppe

Das hier vorgestellte Angehörigengruppenkonzept wurde primär für eine geschlossene Gruppe konzipiert, d. h., alle Teilnehmenden absolvieren gemeinsam einen Durchlauf. Das Konzept kann aber z. B. im stationären Rahmen auch in einem halboffenen oder offenen Rahmen angeboten werden.

Die Gruppengröße liegt aus Sicht der Autoren sinnvollerweise zwischen 6 und 12 Teilnehmenden. Das Programm ist für die Dauer von neun zweistündigen Sitzungen angelegt, die idealerweise im wöchentlichen bis 14-tägigen Rhythmus stattfinden sollten. Abhängig vom Bedürfnis der Teilnehmenden nach individuellem Austausch kann die Dauer der Angehörigengruppe individuell auch verlängert werden. Bei der zeitlichen Planung sollten feiertags- und urlaubsbedingte Unterbrechungen frühzeitig berücksichtigt werden.

Alternativ können statt der zweistündigen Sitzungen auch Blockveranstaltungen in Form von halb- oder ganztägigen Informationsseminaren oder Angehörigenworkshops durchgeführt werden. Dabei bietet es sich an, z. B. die Inhalte der Sitzungen 2–4 (Informationen zu ADHS, Komorbiditäten, Medikamente) im Rahmen einer halbtägigen Informationsveranstaltung auch größeren Gruppen zu vermitteln und die übrigen Themen im Rahmen der jeweiligen kleineren Angehörigengruppen zu besprechen.

Da sich ADHS in der Regel auch auf die Partnerschaft und andere zwischenmenschliche Beziehungen auswirkt und damit eine besondere Belastung für Angehörige und Partnerinnen bzw. Partnern darstellen kann, ist es eine wichtige Aufgabe der Gruppenleitung, in der Angehörigengruppe die Grenze zwischen Psychoedukation und individueller Paar-/Familientherapie zu definieren. Bei Bedarf sollte daher frühzeitig auf die Möglichkeit fortführender Therapieangebote (z. B. Paartherapie) hingewiesen werden.

5.4 Ablauf der einzelnen Sitzungen

Es bietet sich an, die Sitzungen in zwei Abschnitte zu gliedern. In der ersten Sitzungshälfte sollte den Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, unabhängig vom vorgesehenen Thema auch aktuell zu klärende andere Anliegen zu äußern. Dabei sollte die Gruppenleitung versuchen, einen Bezug zum vorgesehenen Thema der Sitzung oder den Inhalten der noch folgenden Sitzungen herzustellen, auf die dann unter Umständen verwiesen werden kann. Daran anschließend können sich die Angehörigen über den Verlauf seit der letzten Sitzung austauschen, und es können noch offene Fragen zum Thema der vergangenen Sitzung besprochen werden. Danach führt die Gruppenleitung in das Thema der aktuellen Sitzung ein. Nach einer 15- bis 20-minütigen Pause, die den individuellen Bedürfnissen der Gruppenteilnehmenden angepasst werden kann, besteht die Möglichkeit, das Thema der aktuellen Sitzung weiter

zu vertiefen. Im Rahmen einer Abschlussrunde haben die Teilnehmenden dann die Möglichkeit, noch offen gebliebene Fragen anzusprechen, die entweder noch kurz geklärt werden können oder auf die nächste Sitzung vertagt werden.

Bei Abschluss jeder Sitzung ist es sinnvoll, dass die Gruppenleitung den Angehörigen immer wieder vermittelt, wie sehr sie das Engagement schätzt, das die Angehörigen den Betroffenen durch die Teilnahme an dieser Gruppe entgegenbringen, und ihnen dafür danken.

5.5 Schriftliche Arbeitsmaterialien

In > Kapitel 8 dieses Buches finden sich Informationsblätter für die Teilnehmenden der Angehörigengruppe. Diese können den Angehörigen einzeln oder im Ganzen ausgehändigt werden. Wann immer inhaltlich sinnvoll und vom Ablauf her möglich, sollten den Angehörigen auch die Materialien, die für die psychoedukative Gruppe für Patientinnen und Patienten gedacht sind, zur Information ausgehändigt werden. Es ist sinnvoll, dass die Gruppenleitung diese Materialien durch Informationen über regionale Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfeorganisationen ergänzt.

5.6 Teilnehmende

An der Gruppe teilnehmen können alle den Patientinnen und Patienten nahestehenden Personen. Da bei der Vermittlung der Inhalte Wert auf Verständlichkeit gelegt wird, ist davon auszugehen, dass durchaus auch ältere Kinder von Betroffenen – sinnvollerweise jedoch in Begleitung anderer Erwachsener – an der Gruppe teilnehmen können. Ansonsten kommen Partner, Eltern, Geschwister, Verwandte, Freundinnen und Freunde, aber auch Angehörige helfender Berufsgruppen, die mit den Betroffenen längerfristig zu tun haben, in Frage. Bei einer Angehörigengruppe zu ADHS besonders zu berücksichtigen ist der Umstand der hohen Erblichkeit des Krankheitsbildes. Aus diesem Grund ist im Rahmen von Angehörigengruppen immer damit zu rechnen, dass sich im Laufe der Sitzungen entweder bei der Gruppenleitung oder bei den Teilnehmenden die Erkenntnis einstellt, dass Gruppenteilnehmende als Verwandte ersten Grades ebenfalls betroffen sind. Diesem Umstand sollte nach Möglichkeit vor Beginn der Gruppe Rechnung getragen werden. Da dies jedoch nicht immer möglich sein wird, ist es sinnvoll, dass die Gruppenleitung darauf vorbereitet und dazu in der Lage ist, Teilnehmende ggf. auf diesen Umstand anzusprechen, entsprechende Hilfsangebote über die Angehörigengruppe hinaus zu vermitteln und ihnen diese Angebote alternativ zur weiteren Teilnahme an der Angehörigengruppe nahe zu legen. Eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Gruppe sollte sein, dass die jeweils betroffene

nen Patientinnen und Patienten über die Teilnahme ihrer Bezugspersonen an der Gruppe informiert sind und eingewilligt haben.

5.7 Gruppenleitung

Es empfiehlt sich, die Gruppe mit zwei Gruppenleitern durchzuführen. Die Anforderungen sind ähnlich wie bei der Durchführung von Patientengruppen. Dass gute Fachkenntnissen hinsichtlich ADHS vorhanden sein müssen, versteht sich von selbst. Weiterhin sollten Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit den im Rahmen des Programms besprochenen Komorbiditäten vorliegen.

Die größte Anforderung an die Gruppenleitung liegt sicherlich im Ausbalancieren der unterschiedlichen Bedürfnisse der Teilnehmenden, was ihren Kontakt zu den ADHS-Patientinnen und Patienten betrifft. Das gilt vor allen für die Bereiche, in denen es um Erfahrungsaustausch und Hilfestellung beim Umgang mit Betroffenen geht. Hinsichtlich der Art der Beziehung, in der die Teilnehmenden zu den Betroffenen stehen, kann nicht immer von einer hohen Gruppenhomogenität ausgegangen werden. Die unterschiedlichen Beziehungen der Gruppenteilnehmenden zu ADHS-Patientinnen und - Patienten können Gruppendiskussionen jedoch umgekehrt auch dadurch bereichern, dass verschiedene Facetten von ADHS in verschiedenen Lebenssituationen dargestellt und besprochen werden können.

5.8 Inhalte der einzelnen Sitzungen der Angehörigengruppe

5.8.1 Sitzung 1: Vorstellung, Vereinbarungen, Klärung

In der ersten Sitzung stellt sich zunächst die Gruppenleitung vor und gibt einen Überblick über das Gruppenkonzept. Bereits hier werden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass die Voraussetzung zur Teilnahme ist, dass sie sich dazu verpflichten, alle Informationen über andere Teilnehmende, Patientinnen und Patienten und andere Personen während und nach Beendigung der Gruppe vertraulich zu behandeln. Dies kann auch schriftlich bekräftigt werden. In einer folgenden Vorstellungsrunde können sich die Gruppenteilnehmenden näher kennenlernen. Dabei können nachstehende Fragen gestellt werden (> Vordruck VA2):

- Wie heißen Sie?
- Wo wohnen Sie?
- Was machen Sie beruflich?
- Wer von Ihren Angehörigen ist von ADHS betroffen?
- Wie geht es diesen Angehörigen? Wie ist ihre aktuelle Situation?

6

Roberto D'Amelio
Coaching

In diesem Kapitel soll mit dem Thema Coaching ein weiterer Baustein in der multimodalen Therapie der ADHS dargestellt werden, der zunehmend an Bedeutung gewinnt und den Betroffenen in einer (besseren) Selbst- und Alltagsorganisation unterstützen möchte.

6.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff Coaching leitet sich aus dem englischen Wort *coach* (= Kutsche) ab. Dem *coachman* (= Kutscher) fiel in den vergangenen nicht-motorisierten Zeiten eine wichtige Aufgabe zu: Er hatte zu gewährleisten, dass seine *coachees* (= Fahrgäste) ihr Ziel in der geschützten Umgebung seiner Kutsche sicher und in angemessener Zeit erreichen. Oder anders ausgedrückt „*eine Person mittels Beförderungsmittel von da, wo sie ist, dorthin zu bringen, wo sie hin will*“ (frei nach Webster's Dictionary). Diese Bedeutung von *coaching* als „Reisebegleitung“ ist im übertragenen Sinne immer noch aktuell.

Coaching bezeichnet im heutigen Sprachgebrauch einen **zielgerichteten interaktiven, personenzentrierten und kontextbezogenen Beratungs- und Begleitungsprozess** (Rauen 2002).

Ein Coach hilft dem Klienten bei der Umsetzung von beruflichen oder privaten Zielen, um dessen Lebensgestaltung und Lebensqualität zu optimieren (Migge 2007). Gemäß dem Leitsatz „*Man kann einen Menschen nichts lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich zu entdecken*“ (Galileo Galilei), werden dabei vom Coach keine Patentrezepte gegeben oder Ratschläge erteilt. Vielmehr soll der Klient im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ dazu befähigt werden, eigene Lösungswege zu beschreiten. Insofern ist Coaching ressourcenorientiert und basiert auf der Annahme, dass der Klient Fertigkeiten (re-)aktivieren oder neu erlernen kann, um die notwendigen Veränderungen in seinem Leben zu vollziehen. Dies bedeutet, dass die auf ein bestimmtes Ziel bezogene Frage „*WAS ist WANN WIE* (mit WEM) zu TUN?“ nach Möglichkeit vom Coachee *selbst* beantwortet wird. Der Coach wirkt dabei als Katalysator und fördert, unterstützt und begleitet die erstrebten Veränderungen. Insgesamt zielt Coaching auf die Optimierung der Selbstmanagement-Fähigkeiten des Klienten ab: Dieser soll sein Leben selbstregulierend, d. h. ohne externe professionelle Hilfe gestalten und seine Ziele mit seinem tatsächlichen Leben bzw. sein tatsächliches Leben mit

seinen Zielen in Einklang bringen (Kanfer et al. 2000). Aus diesem Grund erstreckt sich Coaching zwar über mehrere Sitzungen, ist aber dennoch ein zeitlich limitierter Prozess: Der Coach will für den Klienten entbehrlich werden und richtet sein Handeln konsequent danach aus. Der Klient soll in Zukunft – ohne Coach – weitere „Reiseziele“ selbstständig erreichen können, gemäß dem chinesischen Sprichwort „Wenn du einem Mann einen Fisch gibst, ernährst du ihn einen Tag. Wenn du ihm das Fischen beibringst, ernährst du ihn sein ganzes Leben“. Bis dahin arbeiten Coach und Klient im Rahmen von zuvor vereinbarten Spielregeln auf „gleicher Augenhöhe“ miteinander. Coaching findet sowohl im Einzelsetting als auch in Gruppen bzw. Teams statt und ist heutzutage nicht mehr auf die Sektoren Wirtschaft oder Sport beschränkt, sondern hat sich auch im Bildungs- und Sozialbereich etabliert (Rauen 2002). Im Gegensatz zur Psychotherapie werden beim Coaching keine Störungen mit Krankheitswert behandelt, auch wenn die eingesetzten Strategien und Techniken durchaus verschiedenen Therapieverfahren bzw. Therapieschulen entliehen sind (Rauen 2003). Aus diesem Grund richtet sich Coaching prinzipiell an Personen, die ihre Probleme zwar auch alleine lösen bzw. ihre Ziele selbstständig angehen könnten, dies aber mit professioneller Unterstützung schneller oder effektiver tun möchten (Migge 2007).

6.2 Coaching bei ADHS

„Coaching assists clients with AD/HD to stay focused on their goals, face obstacles, address core ADD-related issues like time management, organization, and self-esteem, gain clarity and function more effectively.“

(Ratey et al. 2002)

ADHS-Coaching bezeichnet einen individualisierten und maßgeschneiderten Beratungs- und Begleitprozess im Einzelsetting, mit dem Ziel, die ADHS-Betroffenen bei der Strukturierung des Alltags und (besseren) Bewältigung von Aufgaben im privaten oder beruflichen Kontext zu unterstützen, um damit (mittelfristig) ein Mehr an Selbstbestimmung bzw. Selbstwirksamkeit und Lebensqualität zu erlangen.

Im übertragenen Sinne sollen die Betroffenen mittels Coaching lernen, sich realistische bzw. angemessene Ziele zu setzen und diese auch konsequent und beharrlich zu realisieren. Darüber hinaus sollen sie ihre Problemanalysefähigkeiten schulen, ihre Problemlösefertigkeiten verbessern und die Generierung bzw. Umsetzung von Lösungsstrategien üben. Dies alles lässt sich am besten anhand eines konkreten **Anliegens** (= Veränderungsprojekt) umsetzen, bei dem die oben genannten Fähigkeiten und Fertigkeiten auch praxisrelevant bzw. anwendungsbezogen geübt und optimiert werden können. Dabei soll die Klientin mittels **Handlung** einen als problematisch erlebten Zustand so lange verändern, bis ein bestimmter (vorher definierter) wünschenswerter Ziel-Zustand hergestellt ist.

Dies erfordert ein aufeinander abgestimmtes Wechselspiel von Aktion ↔ Überprüfung der Wirkung der durchgeführten Handlungsweisen, wie es beispielsweise im „T-O-T-E“-Modell („Test-Operate-Test-Exit“, vgl. Miller et al. 1976) beschrieben wurde. Damit ist gemeint, dass jedes zielstrebige Verhalten aus einer hierarchischen Anordnung von Prüfphasen- (= „Test“, d. h. Vergleich eines aktuellen Ist-Zustands mit einem angestrebten Soll-Wert) und Handlungsphasen (= „Operate“) besteht, die im Sinne eines Rückkopplungskreises so lange abwechselnd durchlaufen werden, bis ein zuvor definiertes Ziel bzw. der Soll-Wert erreicht wurde (= „Exit“). Damit überhaupt zielgerichtetes Handeln möglich ist, müssen allerdings zunächst entsprechende Maßnahmen zur Erreichung des gewünschten Soll-Zustands entwickelt bzw. gefunden werden, was eine sorgfältige **Planung** voraussetzt. Die geplanten Maßnahmen sind dann bei Bedarf so lange zu modifizieren und zu optimieren, bis Ist- und Soll-Wert endlich übereinstimmen. Durch **Reflexion** kann sich die Klientin dann bewusst machen, *wie* (d. h. durch welche Vorgehensweisen und unter Einsatz welcher Ressourcen, Strategien und Handlungsweisen) sie letztendlich ihren Zielpunkt bzw. ihr aktuelles Etappenziel (*Meilenstein*) im Rahmen ihres Veränderungsprojekts erreichen konnte. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die Klientin „an ihren Lösungen wachsen kann“ und somit in der Lage ist, die angewendeten Maßnahmen auch zur Lösung weiterer Probleme bzw. zur Erreichung weiterer (Teil-)Ziele im Rahmen eines „Veränderungsprojekts“ zu verwenden. Dies wird als **Generalisierung** bezeichnet und sollte aus den genannten Gründen fester Bestandteil eines jeden ADHS-Coaching sein.

In > Abb. 6.1 ist das zirkuläre Zusammenspiel der beschriebenen Elemente **Planung**, **Handlung**, **Reflexion** und **Generalisierung** (sog. „P-H-R-G“-Problemlösekreislauf) im Rahmen eines ADHS-Coachings dargestellt:

Um sich nicht zu verzetteln und um die Erfolgsaussichten eines Veränderungsprojekts zu maximieren, empfiehlt es sich, „nicht auf zu vielen Hochzeiten auf einmal zu tanzen“ oder mit „zu vielen Bällen auf einmal zu jonglieren“, d. h. strikt **sequenziell** vorzugehen und mit der Klientin im Rahmen des ADHS-Coachings nicht mehr als *einen* Problembereich gleichzeitig zu bearbeiten. Der ADHS-Coach unterstützt seine Klientin bei der Erreichung von relevanten Zielen im privaten oder beruflichen Kontext, indem er sie „.... berät, Taktiken vermittelt, anleitet, anfeuert, Rückmeldung gibt, lobt“

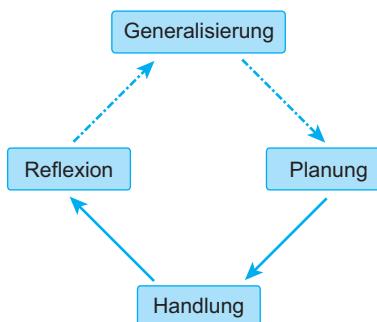


Abb. 6.1 „P-H-R-G“ -Problemlösekreislauf im Rahmen eines ADHS-Coachings [L143]

(Hesslinger et al. 2004: 71). Um dies leisten zu können sollte ein ADHS-Coach profunde Kenntnisse in den Bereichen Strukturierung, Motivierung, Problemanalyse und Problemlösung besitzen, am besten in Kombination mit einer Weiterbildung in einem handlungsbezogenen und lösungszentrierten therapeutischen Verfahren.

Zusammenfassend zielt ADHS-Coaching darauf ab, die **Betroffenen bei der Strukturierung ihres Alltags und der Erreichung ihrer Ziele im privaten oder beruflichen Kontext unter Verwendung von bereits vorhandenen oder dem bedarfsgerechten Vermitteln von neuen Ressourcen zu unterstützen** (Ratey et al. 2002; Ryffel-Rawak 2003; Migge 2007).

In **> Kasten 6.1** sind die wichtigsten Merkmale eines ADHS-Coachings im Überblick dargestellt.

Kasten 6.1

Merkmale eines ADHS-Coachings

- **Fokus auf Veränderung:**

- Zielgerichtetes, lösungszentriertes und ressourcenorientiertes Vorgehen
- Unter Einsatz der Elemente: Planung, Handlung, Reflexion und Generalisierung (sog. „P-H-R-G“ Problemlöse-Kreislauf)

- **Sequenzielles anstatt paralleles (Be-)Arbeiten:**

- Immer nur ein Veränderungsprojekt zur selben Zeit bearbeiten bzw. erfolgreich zum Abschluss bringen, bevor ein neues angegangen wird.

- **Graduiertes Vorgehen:**

- Beständige Zielannäherung durch sukzessive Abarbeitung von machbaren Teilschritten bis hin zur Erreichung eines vorher definierten Soll-Zustands.

- **Nachhaltige Hilfe zur Selbsthilfe:**

- Verzicht auf „Ratschläge“, stattdessen Motivierung, Beratung und Unterstützung durch den ADHS-Coach
- Schulung bzw. (Re-)Aktivierung von Analyse-, Strukturierungs- und Problemlösefähigkeiten
- Darauf achten, dass die Klientin ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärkt, indem sie Erfolg(-e) internal attribuiert und damit an ihren Problemlösungen „wachsen“ kann.
- Regelmäßige Überprüfung, ob die Hilfestellung durch den ADHS-Coach noch indiziert ist oder ob die Klientin ihr nächstes „Veränderungsprojekt“ bereits selbstständig umsetzen kann.

Da bislang noch keine expliziten Kriterien formuliert worden sind, wie ein Coaching-Prozess bei Betroffenen im Erwachsenenalter mit ADHS zu strukturieren bzw. umzusetzen ist (vgl. dazu Ratey 2002, Ryffel-Rawak 2003), wird

im Folgenden (► **Kap. 6.3**) ein Vorschlag zum Ablauf und zu den Inhalten eines ADHS-Coachings skizziert.

6.3 Der Coaching-Prozess bei ADHS: Ein Stufenmodell

ADHS-Coaching kann als Problemlösungsprozess aufgefasst werden, der verschiedene aufeinander abgestimmte Phasen bzw. Stufen (► Abb. 6.2) umfasst, die im Sinne einer „Erfolgsleiter“ bis zum Erreichen eines zuvor definierten Ziels sukzessive durchlaufen werden.

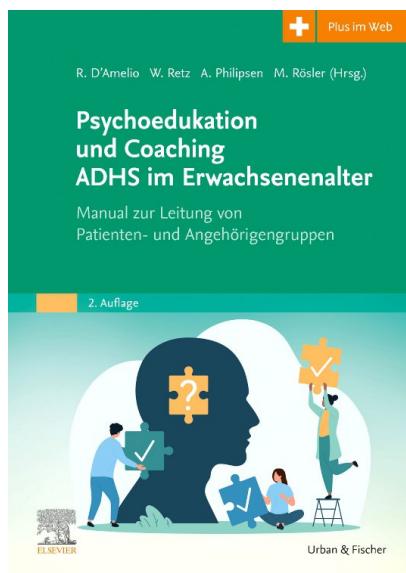
Nach diesem Verständnis stellt ADHS-Coaching einen stetig fortschreitenden Zielannäherungsprozess im Rahmen eines vom Klienten gewollten (und vom Coach unterstützten) Veränderungsprojekts dar. Das Vorgehen ist dabei strikt lösungszentriert und ressourcenorientiert. In den folgenden Abschnitten sollen nun die acht Stufen eines ADHS-Coachings näher beschrieben werden.



Abb. 6.2 Die 8 Stufen des ADHS-Coachings [L143/J787]

Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter

Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen



ADHS-Patienten- und Angehörigengruppen kompetent und effizient leiten

Dieses Buch vermittelt das nötige Fachwissen:

- Klinischer und wissenschaftlicher Hintergrund
- Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Durchführung der Gruppen
- Strukturiertes psychoedukatives Behandlungsprogramm für Erwachsene mit ADHS
- Lösungsvorschläge für Probleme, die während der Gruppensitzungen auftreten können
- Grundlagen des Coaching bei erwachsenen Patienten mit ADHS
- Adressen zu Information und Selbsthilfe
- Alle Arbeitsmaterialien (Folien, Vordrucke und Handouts) zum Download – zur Präsentation oder zum Ausfüllen!

Neu in der 2. Auflage

- Klassifikation der ADHS in der ICD-10, ICD-11 und DSM 5
- Medikamentöse Therapie: neue, für die Therapie bei Erwachsenen zugelassene und empfohlene Medikamente gemäß aktueller S3-Leitlinie
- Psychotherapie: empfohlenes mehrstufiges Vorgehen und kognitive Verhaltenstherapie gemäß aktueller S3-Leitlinie

Dieses Buch richtet sich an:

Fachärztinnen und Fachärzte und Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten

- für Psychiatrie und Psychotherapie
- für Psychosomatik und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Fachkräfte aus den Bereichen Beratung und Coaching, dem Gesundheits- und Sozialwesen

Stand: Mai-25, Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.



ELSEVIER

else4.de/buchhandel