

Seufert

ADHS bei Kindern und Jugendlichen

THERAPIE-BASICS



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Claire Seufert
therapie.seufert@gmail.com

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29405-8 Print
ISBN 978-3-621-29406-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Oberdorfer
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

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

Inhalt

Verzeichnis der Informations- und Arbeitsblätter	6
Vorwort	9
Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch	10

I ADHS verstehen

1 Wie äußert sich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?	12
2 Wie diagnostiziere ich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?	24
3 Welches Störungsmodell liegt ADHS zugrunde?	35
4 FAQ	41

II ADHS behandeln

5 Was sind die Therapieziele und wie plane ich die Behandlung?	48
6 Was sind die wichtigsten Interventionen und Techniken?	62
7 Fallbeispiele	115
8 Dos und Don'ts	125
9 Mein Wissen überprüfen	135
Hinweise und Lösungsvorschläge	141
10 Wo kann ich mehr erfahren?	143
Literatur	146

Verzeichnis der Informations- und Arbeitsblätter

1 Wie äußert sich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?

INFO 1	ADHS auf einen Blick	13
INFO 2	ADHS-Kernsymptome bei Kindern und Jugendlichen	14
INFO 3	Über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus	16
INFO 4	Eigenerleben und Fremdwahrnehmung bei ADHS auf einen Blick	19
INFO 5	Prognose und Verlauf	20
INFO 6	Schlafprobleme bei ADHS	21

2 Wie diagnostiziere ich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?

INFO 7	ADHS kodieren und klassifizieren	25
INFO 8	Schritte zur ADHS-Diagnose	27
INFO 9	Junges Lebensalter als diagnostische Herausforderung	30
INFO 10	Weibliches Geschlecht als diagnostische Herausforderung	31
INFO 11	Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten	33

3 Welches Störungsmodell liegt ADHS zugrunde?

INFO 12	Ätiologie	36
INFO 13	Neurobiologische Grundlagen der Reizverarbeitung	37
INFO 14	Besonderheiten der Reizverarbeitung bei ADHS	39

4 FAQ

INFO 15	FAQ: Was tue ich, wenn Eltern die Diagnostik ablehnen?	42
INFO 16	FAQ: Wie gehe ich damit um, wenn Eltern nicht an ADHS »glauben«?	43
INFO 17	FAQ: Wie plane und interpretiere ich eine Intelligenztestung?	44
INFO 18	FAQ: Können ADHS und Hochbegabung gemeinsam auftreten?	45

5 Was sind die Therapieziele und wie plane ich die Behandlung?

INFO 19	Strukturierte Behandlungsplanung auf einen Blick	50
INFO 20	Beziehungsaufbau als Basis der weiteren Behandlung	51
INFO 21	Psychoedukation als Basis der partizipativen Behandlungsplanung	52
INFO 22	Ein individuelles Störungskonzept erarbeiten	54
INFO 23	Partizipative Entscheidungsfindung	55
INFO 24	Techniken der Zieldefinition	57
INFO 25	Individuelle Zieldefinition und Auswahl der Behandlungsmethode	58
INFO 26	Praktische Tipps für die ADHS-Behandlung auf einen Blick	59
INFO 27	Übergang ins Erwachsenenalter erfolgreich begleiten	60
AB 1	Selbstreflexion: Arbeit mit ADHS	61

6 Was sind die wichtigsten Interventionen und Techniken?

INFO 28	Psychoedukation: vom Belastungsfaktor zum Empowerment	65
INFO 29	Mögliche Kompensationsstrategien bei ADHS auf einen Blick	67
INFO 30	Alltagsrelevante Kompensationsstrategien	68
INFO 31	Selbstbild: ADHS als Fluch oder Segen?	72
INFO 32	Dimensionen der Selbstwertproblematik und therapeutische Ansatzpunkte	73
AB 2	Selbstreflexion: Selbstwert und ADHS	74
INFO 33	Stärken bei ADHS	75
INFO 34	Ansatzpunkte und Evidenz der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)	77
INFO 35	Therapieprogramme der patientenzentrierten KVT	79
INFO 36	Bausteine der patientenzentrierten KVT auf einen Blick	80
INFO 37	Hilfreiche Therapietechniken ergänzend zur KVT	82
INFO 38	8 Praxistipps zur patientenzentrierten Psychotherapie	83
INFO 39	Elternzentrierte KVT durch klassisches Elterntaining	85
INFO 40	Ansatzpunkte beim Versagen klassischer Elterntainings	87
INFO 41	9 Praxistipps für die Elternarbeit	88
INFO 42	Schulzentrierte verhaltenstherapeutische Maßnahmen	90
INFO 43	ADHS im Kindergarten auf einen Blick	93
INFO 44	Basiswissen zur medikamentösen Therapie	94
INFO 45	Mythen und Sorgen zu Methylphenidat (MPH) im Faktencheck	97
INFO 46	Praxistipps zur medikamentösen Behandlung	98
INFO 47	Thema <i>Medikation</i> in der patientenzentrierten Psychotherapie	99
AB 3	Selbstreflexion: Meine Grundhaltung zur medikamentösen Therapie	100
INFO 48	Körperliche Bewegung	101
INFO 49	Ernährung, Neurofeedback und tiergestützte Behandlungen	103
INFO 50	Behandlung von Schlafproblemen	104
INFO 51	Schlafhygiene	106
INFO 52	Besonderheiten in der Behandlung von Mädchen und jungen Frauen	108
INFO 53	Behandlung einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens	110
INFO 54	Behandlung einer komorbiden Angststörung	113

7 Fallbeispiele

INFO 55	Kindgerechte Psychoedukation: Beispieldialog	116
INFO 56	Wertschätzend über Medikation sprechen: Fallbeispiel	118
INFO 57	ADHS von der Grundschule bis ins Erwachsenenalter: Fallbeispiel eines Längsschnittverlaufs	119
INFO 58	Warum sollte es diesmal funktionieren? Fallbeispiel	121
INFO 59	Der Klassiker eines »Zappelphilipps« mit Selbstwertproblematik	122
INFO 60	Destabilisierung im Jugendalter: Fallbeispiel	123

8 Dos und Don'ts

INFO 61	Dos und Don'ts: Interdisziplinäre Zusammenarbeit	126
INFO 62	Dos und Don'ts: Medikamentöse Behandlung	127
INFO 63	Dos und Don'ts: ADHS-Behandlung in der Pubertät	129
INFO 64	Dos und Don'ts: Elternarbeit in der Pubertät	130
INFO 65	Dos und Don'ts: Internet und Soziale Medien als Informationsquelle	131
INFO 66	Dos und Don'ts: ADHS und Mediennutzung	132

9 Mein Wissen überprüfen

AB 4	Wissensüberprüfung: Diagnostik bei ADHS	136
AB 5	Wissensüberprüfung: Fall nach dem SPZ-Modell einordnen	137
AB 6	Wissensüberprüfung: Behandlungsplanung und Behandlung	138
AB 7	Wissensüberprüfung: ADHS und Schlafprobleme	140

10 Wo kann ich mehr erfahren?

INFO 67	Literaturempfehlungen zu Hintergründen und patientenzentrierter Therapie	144
INFO 68	Literaturempfehlungen zur Elternarbeit und für Betroffene	145

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

ADHS ist im Kindes- und Jugendalter eine häufige Diagnose und kann erfreulicherweise sehr effektiv behandelt werden. Gelingt es uns als Behandler:innen, Betroffene durch zielgerichtete Hilfen gut dabei zu unterstützen, ihre Stärken zu erkennen und zu nutzen, sowie Risikokonstellationen und Fehlanpassungen zu umschiffen, bereitet die Behandlung große Freude.

Doch die Umsetzung ist im Detail gar nicht so einfach. In der Diagnostik und Behandlung ergeben sich immer wieder zahlreiche Herausforderungen. Im Zusammenhang mit ADHS treten häufig Komorbiditäten auf. Die Situation ist durch eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichem Vorwissen und Überzeugungen oft sehr komplex. Ergänzend kann die Behandlung durch vermehrte Impulsivität und planerische Schwierigkeiten im gesamten Familiensystem erschwert werden. Zudem kursieren rund um das Thema ADHS vielerlei Informationen unterschiedlichster Qualität. Es ist mit einem großen Zeitaufwand verbunden, wissenschaftlich fundiertes und gleichzeitig praxisrelevantes Wissen zu erlangen.

Dieses Buch schließt die Lücke zwischen Forschung und Praxis. Es leitet aus dem aktuellen Forschungsstand konkrete Implikationen für die praktische Arbeit ab. Kombiniert wird dies mit Erfahrungswissen aus meiner langjährigen ärztlich-therapeutischen Arbeit mit ADHS-Patient:innen im Kindes- und Jugendalter. Kompakt und praxisnah wird das Wissen aus über 200 hochrelevanten Studien sowie bedeutenden Leitlinien und Manualen für den Einsatz in der praktischen Arbeit dargestellt. In diesem Buch finden Sie für die häufigsten praktischen Anwendungsfälle und Fragen, die mir in Supervisionen und Fortbildungen immer wieder gestellt werden, zielgerichtete sowie an anschaulichen Beispielen aufbereitete Handlungsempfehlungen. Die Therapie-Basics ADHS bieten Ihnen neben fundiertem Basiswissen ein Werkzeug für den alltäglichen Gebrauch in der beruflichen Praxis. Sie können sich umfassend in das Thema einarbeiten, indem Sie das Buch als Ganzes lesen. Sie können aber auch gezielt für die jeweilige Therapiesituation relevante Informationsblätter auswählen, sich zeiteffektiv informieren und gleich mit der Umsetzung starten.

Über Ihr Feedback zum Buch freue ich mich, gerne dürfen Sie mir dies unter therapie.seufert@gmail.com zukommen lassen. Ich wünsche Ihnen nun viel Spaß beim Lesen und insbesondere auch beim Übertragen der Inhalte in Ihre praktische Arbeit mit den Patient:innen.

Freiburg, im September 2025

Claire Seufert







Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch

Zur Reihe »Therapie-Basics«

Die Reihe »Therapie-Basics« besteht aus Einzelbänden, die sich jeweils mit einem Krankheitsbild, einer Therapieform, einem Setting oder einer Technik beschäftigen. Sie bietet durch das kompakte Darstellen der Inhalte auf einzelnen Informationsblättern einen klaren Überblick über die einzelnen Themenbereiche und ermöglicht ein schnelles Nachschlagen, Wiederfinden und Aneignen der Inhalte.

Zu den Icons

Alle Informations- und Arbeitsblätter sind mit verschiedenen Icons ausgestattet, die zur Orientierung auf den Materialien dienen. Folgende Icons begegnen Ihnen in diesem Buch:

-  **Verstehen:** Auf Informationsblättern mit diesem Icon werden Hintergründe und grundlegende Informationen zu den einzelnen Themen angeboten.
-  **Einsetzen:** Wenn es auf einem gesamten Informationsblatt um die konkrete Umsetzung in die Praxis geht, ist es mit diesem Icon gekennzeichnet.
-  **Reflektieren:** An diesem Icon erkennen Sie Arbeitsblätter, die zur therapeutischen Selbstreflexion eingesetzt werden können.
-  **Überprüfen:** Ob Sie sich mit dem Wissen ausreichend vertraut machen konnten, überprüfen Sie mit den Arbeitsblättern, die dieses Icon tragen.
-  **In der Praxis:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Abschnitte illustrieren die direkte Übertragung von Wissen in die therapeutische Praxis.
-  **Im Gespräch bleiben:** Dieses Icon weist auf beispielhafte Therapiedialoge hin.



ADHS verstehen

- 1 Wie äußert sich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?
- 2 Wie diagnostiziere ich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?
- 3 Welches Störungsmodell liegt ADHS zugrunde?
- 4 FAQ

1 Wie äußert sich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?

ADHS ist ein häufig auftretendes Störungsbild, über das auch außerhalb des ärztlich-therapeutischen Bereiches viel diskutiert wird. Der öffentliche Diskurs ist geprägt von polarisierenden Meinungen und Mythen. In diesem Kapitel wird fachlich fundiert dargelegt, wie sich ADHS bei Kindern und Jugendlichen symptomatisch äußern kann. Dabei werden zunächst die Kernsymptome entsprechend der medizinischen Klassifikationssysteme dargestellt. Darüber hinaus werden Symptome aufgeführt, für die es einen breiten fachlichen Konsens und empirische Belege gibt. Bei ADHS handelt es sich um ein heterogenes Störungsbild: Es bestehen also interindividuelle Unterschiede bezüglich der Symptomatik. Zudem verändern sich die Symptome über die Lebensspanne. In diesem Kapitel wird auf das gesamte Spektrum möglicher Symptomausprägungen eingegangen. Eine Unterteilung nach Subtypen findet sich in Kapitel 2.

ADHS-Merkmale können auch bei Gesunden vorkommen. Diagnoseentscheidend ist eine nicht dem Entwicklungsalter entsprechende Intensität. ADHS wird heute als Extremvariante eines normalverteilten Verhaltensspektrums verstanden.

Informationsmaterial dieses Kapitels

INFO 1 ADHS auf einen Blick

Auf diesem Informationsblatt findet sich ein Überblick über Kernsymptomatik, Epidemiologie, Komorbiditäten und Subtypen.

INFO 2 ADHS-Kernsymptome bei Kindern und Jugendlichen

Das Informationsblatt bietet eine Übersicht über mögliche Ausprägungen der Kernsymptomatik sowie Informationen zur situationsabhängigen Symptomvariabilität.

INFO 3 Über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus

ADHS kann sich vielfältiger äußern als in den klassischen Symptomen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Hier werden weitere Symptome beschrieben, die mit ADHS in Verbindung gebracht werden. Dieses Informationsblatt bildet eine wichtige Grundlage, um das Erleben der Patient:innen besser verstehen zu können.

INFO 4 Eigenerleben und Fremdwahrnehmung bei ADHS auf einen Blick

Dieses Informationsblatt gibt eine Übersicht über das innere Erleben von Patient:innen im Kontrast zur Außenwahrnehmung und Bewertung durch die Umwelt.

INFO 5 Prognose und Verlauf

Wie verändert sich die Symptomatik im Entwicklungsverlauf und welche Risiken bestehen? Das Informationsblatt gibt Antworten auf diese Frage.

INFO 6 Schlafprobleme bei ADHS

Schlafprobleme sind bei ADHS weit verbreitet und ein häufiger Behandlungs- und Beratungsanlass. Dieses Informationsblatt führt die wichtigsten Zusammenhänge zwischen ADHS und Schlaf auf.

ADHS auf einen Blick

Kernsymptome und ihre klassische Schilderung

Unaufmerksamkeit

- ▶ leicht ablenkbar
 - durch äußere Reize
 - durch eigene Gedanken
- ▶ schafft es nicht, gut strukturiert an Aufgaben heranzugehen
- ▶ Aufgaben werden begonnen, aber nicht beendet
- ▶ verliert ständig Dinge
- ▶ unordentlich und unorganisiert

Hyperaktivität und Impulsivität

- ▶ ist ungeduldig
- ▶ redet viel und fällt anderen ins Wort
- ▶ zappelt ständig und kann nicht ruhig sitzen bleiben
- ▶ fühlt sich selbst innerlich unruhig

Komorbiditäten

In der Mehrzahl der Fälle tritt ADHS nicht isoliert, sondern in Kombination mit einer (75 %) oder mehreren Komorbiditäten (50 %) auf (vgl. Döpfner & Banaschewski, 2024).

Häufigste Komorbiditäten:

- ▶ Störung des Sozialverhaltens (SSV)
- ▶ Umschriebene Entwicklungsstörungen
- ▶ Angsterkrankungen
- ▶ Tic-Störungen

Seltener sind:

- ▶ Autismus
- ▶ Depressionen
- ▶ Substanzabusus
- ▶ Persönlichkeitsstörungen

■ Übersicht • Epidemiologie

- ▶ Prävalenz weltweit 5 bis 7 % im Kindes- und Jugendalter
- ▶ ♂ 2–3:1 ♀
- ▶ einer der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellungsanlässe
- ▶ Abnahme der Prävalenz mit steigendem Lebensalter

vgl. Döpfner & Banaschewski (2024)

ADHS-Kernsymptome bei Kindern und Jugendlichen

Es ist wichtig zu beachten, dass die Symptomausprägung stark situationsabhängig ist. Intraindividuelle Schwankungen im Verhalten sind typisch für das Störungsbild. Folgende Faktoren führen meist zu einer Verstärkung der Symptomatik:

- ▶ fremdbestimmte und unlustbetonte Aufgaben, die nicht den eigenen Interessen entsprechen
- ▶ Aufgaben ohne unmittelbare Belohnung
- ▶ Situationen, die längere kognitive Anstrengung erfordern
- ▶ eine Umgebung mit vielen Reizen (z. B. eine laute oder unruhige Schulklasse)
- ▶ Erschöpfung der Kompensationsmechanismen (z. B. Zunahme der Symptomatik am Nachmittag nach einem anstrengenden Schultag)
- ▶ ein emotional sicheres Umfeld (Insbesondere stark angepasste Kinder zeigen Symptome am frühesten und deutlichsten in einem geschützten Rahmen wie beispielsweise der Kernfamilie. So können die Ressourcen ggf. noch am Schulvormittag für eine Kompensation ausreichen, zu Hause kann diese dann aber nicht mehr aufrechterhalten werden.)

■ Tipp

Stärkere Symptome zu Hause sollten nicht leichtfertig als mangelnde elterliche Erziehungskompetenzen gewertet werden. Sie können auch Zeichen einer hohen Kompensationsleistung und erschöpfter Ressourcen bei einer stabilen Eltern-Kind-Bindung sein.

Diese Symptomvariabilität führt oft zu Missverständnissen: Laien gehen häufig davon aus, dass ein Kind kein ADHS haben kann, wenn es sich beispielsweise stundenlang ins Basteln vertiefen kann. Ein solch interessenabhängiger Fokus schließt ADHS jedoch nicht aus. ADHS ist nicht mit einer generellen Unfähigkeit, sich länger auf eine Sache zu konzentrieren, gleichzusetzen. Patient:innen wird gelegentlich vorgeworfen, sich nur nicht genug anzustrengen. Exekutivfunktionen unterliegen jedoch nicht der willentlichen Kontrolle (Brown, 2018). Für das Umfeld ist oft schwer zu verstehen, warum ein Kind etwa ausdauernd die tollsten Dinge mit Bausteinen erschafft, bei den Hausaufgaben aber keine fünf Minuten ruhig sitzen kann.

■ Übersicht • Binnenklassifikation

alt (ICD-10)

Hyperkinetische Störung

- ▶ Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)
- ▶ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ADHS + SSV)

Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS)

neu (ICD-11, DSM-5)

Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung

- ▶ gemischter Typ
- ▶ vorwiegend unaufmerksamer Typ
- ▶ vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Keine Kombinationsdiagnose: Eine Störung des Sozialverhaltens wird getrennt verschlüsselt.

ADHS-Kernsymptome bei Kindern und Jugendlichen

Die ADHS-Kernsymptome werden in zwei Gruppen unterteilt: Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität und Impulsivität.

Unaufmerksamkeit kann sich folgendermaßen äußern:

- ▶ hat Schwierigkeiten, bei einer Sache zu bleiben, lässt sich leicht von äußeren Reizen ablenken
- ▶ wirkt häufig verträumt und in eigene Gedanken versunken
- ▶ arbeitet chaotisch, schafft es nicht gut, sich selbst zu strukturieren und den Überblick zu behalten
- ▶ springt schnell von einer Aufgabe zur nächsten, bringt einzelne Aufgaben nicht zu Ende
- ▶ findet Dinge nicht mehr
- ▶ mangelnde Ordnung; geht mit Materialien oft wenig sorgsam um
- ▶ bekommt häufig etwas Wichtiges nicht mit
- ▶ »versehentliches« Fehlverhalten, wenn Anweisung oder Regel überhört wurde
- ▶ wirkt vergesslich, insbesondere wenn mehrere Aufträge gleichzeitig erteilt werden
- ▶ neigt vermehrt zu Unfällen

Hyperaktivität und Impulsivität kann sich folgendermaßen äußern:

- ▶ redet sehr viel, andere sind häufig davon genervt
- ▶ kann nicht abwarten und fällt anderen ins Wort oder drängelt sich vor
- ▶ hat Schwierigkeiten, ruhig sitzen zu bleiben, ist ständig in Bewegung und zappelt
- ▶ schildert ein Gefühl der inneren Unruhe
- ▶ handelt, ohne vorher über die Konsequenzen nachzudenken
- ▶ zeigt ein rasches Arbeitstempo und schnelles Antworten mit Flüchtigkeitsfehlern

Bezüglich der Hyperaktivität wird davon ausgegangen, dass mit dem Jugendalter die von außen sichtbare motorische Unruhe deutlich abnimmt (Döpfner & Banaschewski, 2024). Die erlebte innerliche Unruhe nimmt hingegen oft zu. Zudem findet man im Jugendalter häufiger motivationale Probleme, eine Aggravation der Selbstwertproblematik sowie risikoreiche Verhaltensweisen.

Unabhängig vom Lebensalter können Unaufmerksamkeit und Impulsivität zu unangepasstem Sozialverhalten führen, was es Betroffenen erschweren kann, stabile soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen. Ab dem Schulalter kommt es typischerweise zu »Dramen« in Bezug auf die Erledigung von Hausaufgaben.

■ Wichtig

Die genannten Symptome an sich sind nicht spezifisch für ADHS. Die Symptome können sowohl bei anderen Erkrankungen auftreten als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen. Fast jedem kommen einige Symptome bekannt vor, da sie Teil eines normalen Verhaltensspektrums sind. ADHS ist eine Extremausprägung dieses Verhaltensspektrums. Hierbei treten die Symptome in einem für den Entwicklungsstand untypischen Maß auf, sind situationsübergreifend und führen zu funktionellen Beeinträchtigungen.

Heute geht man davon aus, dass die neuropsychologischen Störungsschwerpunkte zwischen den Individuen unterschiedlich ausgeprägt sind (Steinhausen et al., 2024). Klinisch zeigen sich daher unterschiedliche Symptome und Symptomkombinationen. Man spricht von einer Heterogenität.

Über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus

Im Folgenden findet sich eine Auflistung typischer Symptome, die bei ADHS in Ergänzung zur Kernsymptomatik (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) auftreten können und für die es einen breiten fachlichen Konsens gibt.

Hyperfokus. ADHS ist keine generelle Unfähigkeit, sich zu konzentrieren. Die Konzentrationsfähigkeit ist stark situationsabhängig und bei intrinsischer Motivation generell höher. In diesem Zusammenhang gibt es sogar Situationen, in denen sich Patient:innen besonders gut fokussieren können (Hupfeld et al., 2019). Dafür wird häufig der Begriff Hyperfokus verwendet. Der Hyperfokus kann sehr positiv erlebt werden. Andererseits besteht das Risiko einer Überschreitung eigener Leistungsgrenzen, reaktiver Erschöpfung und emotionaler Dysbalance.

Negativer Hyperfokus. Es kann zu einer übermäßigen Konzentration auf negative Aspekte kommen, wobei das Gesamtbild aus den Augen verloren wird.

Selbstwertproblematik. Selbstzweifel, negative Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstabwertung finden sich gehäuft bei ADHS-Patient:innen. Ursächlich kann ein negativer Hyperfokus sein, der Misserfolgserleben übermäßig gewichtet und die objektiv positive Gesamtbilanz aus dem Auge verliert (Lachenmeier, 2014). Die Problematik kann jedoch auch durch übermäßige Misserfolge und ein Underachievement vermittelt werden.

- ▶ **Empfindlichkeit gegenüber Kritik.** Basierend auf den Mechanismen des negativen Hyperfokus und der Selbstwertproblematik reagieren Betroffene oft sehr sensibel auf Kritik, fühlen sich schnell zurückgewiesen und massiv in ihrem Selbstwert angegriffen. Vor diesem Hintergrund kann es zu impulsiver Gegenwehr auf Kritik kommen, aber auch zu einer Erduldung mit erheblichen Stimmungseinbrüchen (Lachenmeier, 2014).
- ▶ **Rejection-Sensitivity.** Der Begriff beschreibt eine höhere Sensitivität gegenüber sozialer Zurückweisung (Babinski et al., 2019). Manche Autoren bezeichnen Stimmungstiefs in Folge von subjektiv erlebter Kritik oder Zurückweisung als *Rejection Sensitivity Dysphoria* (Dodson et al., 2024). Hierfür fehlen jedoch bislang breite empirische Belege.
- ▶ **Maladaptive Versuche zur Selbstwertstabilisierung.** Die meisten Betroffenen entwickeln in der Folge Strategien, um emotionale Verletzungen zu minimieren. In der Praxis sieht man beispielsweise Perfektionismus, scheinbare Indifferenz sowie eine ungünstige Überbetonung spezifischer Stärken (z. B. in einer Rolle als Klassenclown).

Kontextabhängige Variabilität der kognitiven Leistungsfähigkeit. Bei ADHS zeigen sich teils stärkere intraindividuelle Schwankungen im Verhalten als bei Nichtbetroffenen (Steinhausen et al., 2024). In zahlreichen neuropsychologischen Tests, beispielsweise Tests der Reaktionszeit, können größere tagesabhängige Schwankungen nachgewiesen werden (Castellanos et al., 2006). Im Alltag wird die eigene Leistungsfähigkeit zuweilen als wenig verlässlich erlebt.

Probleme mit Unterstimulation. Insgesamt scheint das Management des »Energielevels« schwierig zu sein, was zu Zuständen der Unter- oder auch Überstimulation führen kann (Sergeant, 2000). Unterstimulation wird als unangenehm erlebt und löst oft starke Handlungsimpulse aus. Hyperaktivität und Sensation-Seeking gelten als mögliche Kompensationsmechanismen (Geissler et al., 2014a). Auch ängstliche Gedanken werden als mögliche Kompensation diskutiert (Carl et al., 2022).

Motorische Ungeschicklichkeit. Bei Kindern mit ADHS wird häufig eine motorische Ungeschicklichkeit beschrieben. Diese gilt als Risikofaktor für sozialen Ausschluss und Mobbing Erfahrungen und ist damit von hoher praktischer Relevanz (Bejerot et al., 2022).

Über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus

Kognitive Überforderung durch hohe Datenlast. ADHS wird auch als Reizfilterschwäche bezeichnet. Wird weniger gefiltert, müssen deutlich mehr Reize verarbeitet werden. Auf jeden eingehenden Reiz folgen zudem assoziative Gedanken, die sich immer weiter verästeln. Bei ADHS können nicht nur die Reize, sondern auch die reizassoziierten Gedanken schlechter gefiltert und priorisiert werden. Durch die größere »Datenlast« kann es zu Überforderungssituationen kommen. Dies kann sich in unterschiedlichen Formen zeigen. Typische Beispiele sind: impulsives Verhalten, Entscheidungsprobleme, Unsicherheit und Ängstlichkeit in neuen Situationen und Schwierigkeiten in Übergangssituationen (Lachenmeier, 2014).

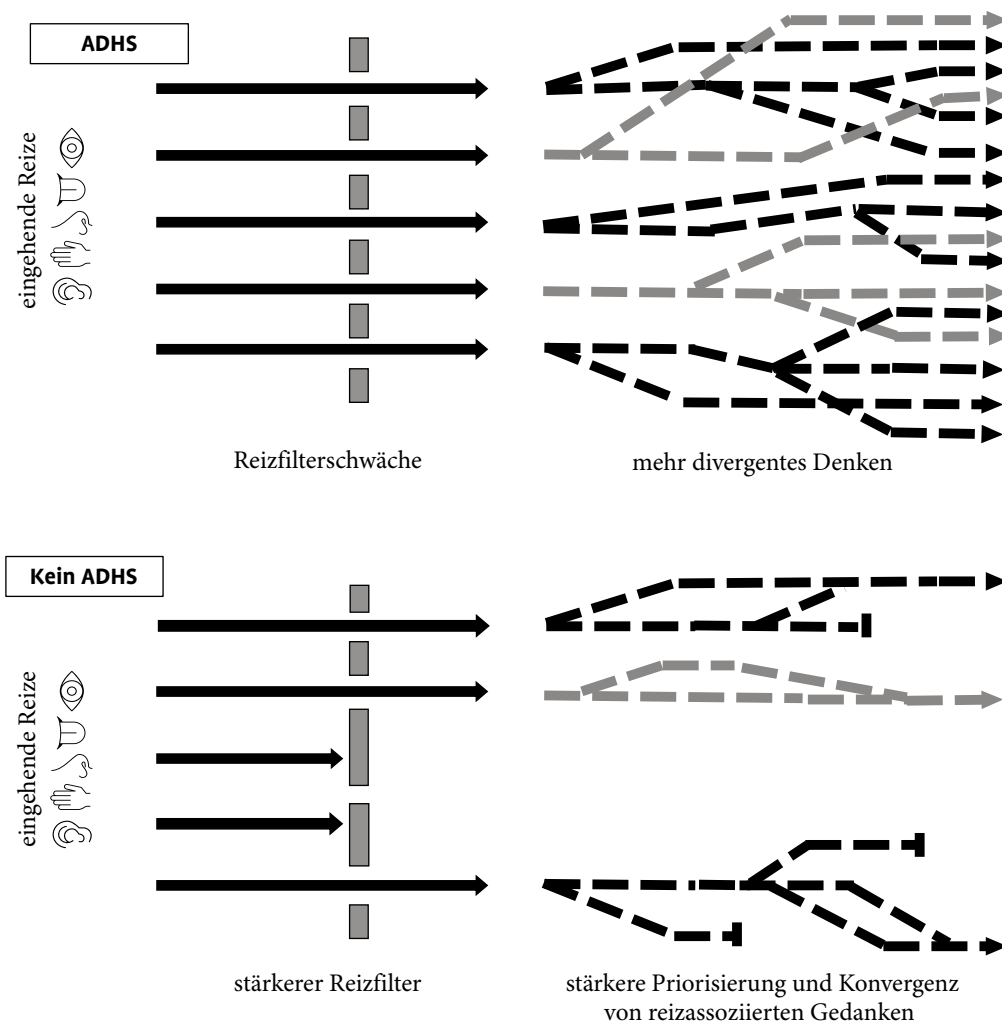


Abbildung Schematische Darstellung der Reizfilter und Konvergenz reizassoziiierter Gedanken mit und ohne ADHS

2 Wie diagnostiziere ich ADHS bei Kindern und Jugendlichen?

Eine ADHS-Diagnose wird klinisch gestellt. Die Diagnose fußt auf einer Verhaltensbeobachtung sowie einer gründlichen Anamnese, die mehrere Quellen einbezieht und das Verhalten in unterschiedlichen Kontexten erfasst. Die Anamnese sollte dabei sowohl die aktuelle Situation als auch die Entwicklung erfassen. Das verwendete medizinische Klassifikationssystem legt im Detail fest, welche spezifischen Symptome in welcher Anzahl, Dauer und Ausprägung erfüllt sein müssen. Insgesamt geht man davon aus, dass ADHS-Merkmale in der Bevölkerung normalverteilt sind. ADHS stellt eine Extremvariante dieser Merkmale dar (Döpfner & Banaschewski, 2024). Für die Diagnosestellung und damit die Zuschreibung eines Krankheitswertes müssen die Symptome in einem für den Entwicklungsstand untypischen Maße ausgeprägt sein und zu Funktionseinschränkungen führen.

Informationsmaterial dieses Kapitels

INFO 7 ADHS kodieren und klassifizieren

Dieses Informationsblatt gibt eine vergleichende Übersicht über die Klassifikationssysteme ICD-10, ICD-11 und DSM-5. Neuerungen werden herausgearbeitet und die aktuelle Binnenklassifikation wird dargestellt.

INFO 8 Schritte zur ADHS-Diagnose

Hier werden die Bausteine einer validen ADHS-Diagnostik dargestellt. Es erfolgt eine Einteilung in obligate, fakultative und wenig hilfreiche Methoden.

INFO 9 Junges Lebensalter als diagnostische Herausforderung

Ab welchem Alter kann eine Diagnose valide gestellt werden? Das Informationsblatt zeigt Herangehensweisen zum diagnostischen Vorgehen bei jüngeren Kindern auf.

INFO 10 Weibliches Geschlecht als diagnostische Herausforderung

Das Informationsblatt stellt die diagnostischen Herausforderungen bei Mädchen und jungen Frauen dar. Typische Symptompräsentationen werden beschrieben und Implikationen für die praktische Arbeit aus dem aktuellen Forschungsstand abgeleitet.

INFO 11 Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten

Das Informationsblatt bietet eine Übersicht über die wichtigsten somatischen und psychiatrischen Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten bei ADHS. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden berücksichtigt und Tipps für die klinische Praxis vermittelt.

3 Welches Störungsmodell liegt ADHS zugrunde?

ADHS ist weder ätiologisch noch neuropsychologisch ein einheitliches Störungsbild (Steinhausen et al., 2024). Es handelt sich um ein heterogenes Störungsbild, das sich in unterschiedlichen Symptomkombinationen zeigen kann und dem vermutlich keine äquivalente Ätiologie zugrunde liegt. Bislang ist es nicht gelungen, valide Subtypen basierend auf genetischen, neurobiologischen oder neuropsychologischen Grundlagen zu erfassen. Es handelt sich um ein dynamisches Forschungsfeld mit zahlreichen Einzelbefunden und Hypothesen, jedoch keinem allgemein anerkannten und gesicherten Gesamtbild. In diesem Kapitel werden die aktuell am besten empirisch abgesicherten Befunde zusammengestellt. Die Auswahl der neurobiologischen Befunde orientiert sich zusätzlich an der Nützlichkeit für die praktische Arbeit. Die Informationsblätter helfen Ihnen dabei, ein tiefergehendes Verständnis zu entwickeln, das die therapeutische Arbeit erleichtert und Ihnen eine gute Wissensgrundlage für die fundierte Psychoedukation Ihrer Patient:innen bietet.

Informationsmaterial dieses Kapitels

INFO 12 Ätiologie

Dieses Informationsblatt stellt den aktuellen Wissensstand zur Ätiologie von ADHS dar.

INFO 13 Neurobiologische Grundlagen der Reizverarbeitung

Das Informationsblatt erläutert wichtige Mechanismen wie Reizfilter, Bottom-up- und Top-down-Regulation. Zudem wird das Default-Mode-Network näher erläutert. Die Informationen bilden eine wichtige Grundlage, um mit ADHS einhergehende Besonderheiten der Reizverarbeitung zu verstehen. Diese werden in einer Übersichtsgrafik veranschaulicht und auf **INFO 14** weiter vertieft.

INFO 14 Besonderheiten der Reizverarbeitung bei ADHS

Hier wird näher auf die Phänomene Reizfilterschwäche, innere Ablenkung, vermehrte Aktivität des Default-Mode-Networks sowie einen möglichen Hyperfokus eingegangen. Diese neurobiologischen Phänomene werden mit klinischen Präsentationsformen in Verbindung gebracht. Damit bildet dieses Informationsblatt eine Erweiterung von **INFO 13** »Neurobiologische Grundlagen der Reizverarbeitung«.