



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm





Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Das Selbstkonzept als Leitlinie der Therapie?

06.02.2010 ADHS-Gipfel Hamburg

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ulm





Gliederung

1. Entwicklung des Selbstkonzepts
2. Grunddimension internaler versus externer locus of control
3. Spezifische Entwicklungszusammenhänge und Beeinträchtigungen bei fortgesetzter Traumatisierung
4. Schlechte Compliance und riskantes Verhalten ist ein Charakteristikum bei fast allen jugendlichen mit chronischen Erkrankungen:
Aufgabe – Krankheitskonzept als Teil des Selbstkonzepts und der Identitätsvorstellungen



Alterspezifische Ankerpunkte

- **Frühe Kindheit (Säuglings- und Kleinkindalter)**
- **Kindheit bis zum Vorschulalter (ab dem 3. – 7. Lebensjahr)**
- **Mittlere Kindheit (ab dem 7. – 12. Lebensjahr)**
- **Jugendalter (ab dem 12. – 18. Lebensjahr)**
- **Frühes Erwachsenenalter (ab dem 18. Lebensjahr)**



Säuglings- und Kleinkindalter

Maßstab für gelungene Entwicklung:

Entwicklungsmeilensteine der motorischen und kognitiv sprachlichen Entwicklung.

Emotionale und soziale Entwicklung:

Zwei übergreifende Erregungszustände:

- Hingezogenfühlen zu wohltuenden Stimulatoren (Blickkontakt, gurren, lächeln)
- Rückzugsverhalten in unangenehmen Situationen (wegdrehen, weinen, schreien, wegstoßen und strampeln (Berk 2004))



Bindungsstile

- Klassisch erhoben in fremde Situationstests (FST von Ainsworth et al. 1978)
- Sichere Bindung (B-Kinder)
Nutzen Bezugsperson als sichere Basis (Kinder weinen häufig bei der Trennung von der Mutter, lassen sich durch fremde Personen nicht vollständig trösten, freuen sich bei der Wiederkehr der Bezugsperson und suchen aktiv deren Nähe)
- Unsicher vermeidende Bindung (A-Kinder)
Erscheinen durch Trennung wenig verunsichert, zeigen kaum Kummer
- Unsicher, ambivalente Bindung (C-Kinder)
Zeigen Nähe suchen und gleichzeitig auch Abwehr und Widerstandsverhalten, wenig Exploration, Mittelpunktstrebigkeit
- Desorganisierter Bindungstyp (D-Kinder)
(Main u. Solomon 1990) Bizarre Bindungsmuster, häufig bei Kindern mit Handlungserfahrung, Vernachlässigung (Main u. Cassidy 1988).



Frühe Kindheit 3 – 6/7 Jahre (Kindergartenalter)

- Motorische und körperliche Entwicklung: Neue Bewegungsvielfalt, Dreiradfahren, hüpfen auf einem Bein, Schere benutzen, erste Personenzeichnungen (häufig Kopffüßler). Allmählich im Kindergartenalter Benutzen von Gabel, später auch Messer.
- Kognitive Entwicklung: „Als-Ob-Spiel“ wird weniger selbstbezogen, komplexere Handlungen, zunehmend gelingende Perspektivenübernahme.
- Entwicklung der Kausalität: Vorherrschende magische Vorstellungen 3 – 4 Jahre (Feen, Zauberer, Räuber) werden zunehmend durch ein Grundverständnis von Kausalität ersetzt (5 – 6 Jahre).



Frühe Kindheit 3 – 6/7 Jahre (Kindergartenalter)

- Sprachliche Entwicklung:
 - Ende des 4. Lebensjahres passiver Wortschatz von 3.000 Wörtern, aktiv 1.200.
 - Ende des 7. Lebensjahres 27.000 Wörter, aktiv 5.000.
- Anpassung der Sprache an Alter, Geschlecht und sozialen Status des Gegenübers, z. B. mehr Befehle beim Spiel einer männlichen Rolle, z. B. Arzt oder Lehrer.
- Emotionale und soziale Entwicklung: Zu Beginn des Kindergartenalters können Kinder sich mit Hilfe zahlreicher, konkret wahrnehmbarer Merkmale (Namen, Aussehen, Besitz, Alltagsverhalten) beschreiben.
- **Selbstkonzept und Selbstwertgefühl entsteht (Tendenz zu Überschätzung eigener Fähigkeiten bei gleichzeitiger Neigung schnell aufzugeben und entmutigt zu werden (geringe Frustrationstoleranz). Emotionen wie Verlegenheit, Scham Schuld, Eifersucht, Stolz entwickeln sich weiter.**



Frühe Kindheit 3 – 6/7 Jahre (Kindergartenalter)

- Beziehungen zu Gleichaltrigen: Soziales Spielverhalten nimmt zu. Symbolspiel und Konstruktionspiel in Zweierbeziehungen und Kleingruppen. In individualistischen Gesellschaften steht Lernaspekt im Spiel im Vordergrund, in kollektivistischen Gesellschaften stärker Kooperationsverhalten in sozialen Gruppen, auch abhängig von frühen Betreuungserfahrungen. Freundschaften haben oft nur eine kurz- bis mittelfristige Bedeutung.
- **Selbständigkeit: Steigende Kompetenz bei der Selbstpflege, eigenständiges Anziehen, Essen, Zähne putzen etc. Stärkere eigene Impuls- und Selbstkontrolle.**



Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

- Motorische und körperliche Entwicklung: Schriftspracherwerb, rasche Verbesserung der Fertigkeiten, auch der Grobmotorik bei Laufen, Fangen, Kicken, Dribbeln etc. Risiken für Gesundheitsprobleme, Adipositas, Bewegungsmangel und Medienkonsum sowie Fehlernährung häufig kombiniert.
- Kognitive Entwicklung: Denken flexibler, organisierter und vermehrt durch Logik gekennzeichnet. Interesse an Gruppenbildung, Klassifikation, z. B. Dinge sammeln, sortieren, Fußballspielerkarten etc. Vermehrte Steuerung der Aufmerksamkeit, deshalb werden Aufmerksamkeitsstörungen meist im Grundschulalter diagnostiziert.
- Sprachliche Entwicklung: Ende der Grundschulzeit Wortschatz ca. 40.000 Wörter. Verbesserte Gesprächsstrategien zur Durchsetzung eigener Bedürfnisse.



Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

- Emotionale und soziale Entwicklung
 - **Veränderung des Selbstkonzept durch multiple neue Erfahrungen in verschiedenen Lebensumwelten und Interaktionen mit einer Vielzahl von Personen wie Lehrern oder in Vereinen etc.**
 - **Vergleiche mit Gleichaltrigen dienen der Selbstbeschreibung und Selbstdefinition**
- vgl. in drei Selbstkonzeptbereichen:
- **Akademisches** (lesen, rechnen, Schulfächer)
 - **Soziales** - Beziehungen zu Gleichaltrigen, zu Eltern (Achtung: Beginn von Bullying und Ausgrenzung)
 - **Physisches Selbstkonzept** (Sportlichkeit, Aussehen ect.)
 - In der Regel Abfall des Selbstwertgefühls während des Schulalters bis zur Pubertät, Kleinkind hat keine Trennung von **Idealselbst und Realselbst**
- im Schulalter zunehmende Wahrnehmung eines Auseinanderklaffens von Erwartungen und Realität





Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

Gemischte Gefühle

Ab der Grundschulzeit können Kinder realisieren, dass sie mehr als ein Gefühl gleichzeitig haben können (Winter u. Vallance 1994). Es wird gelernt einen andere Gefühlsausdruck zu zeigen, der nicht unbedingt den real empfundenen Gefühlen entspricht, sondern sozialen Erwartungen.

Gleichzeitig steigt die Fähigkeit Gefühle bei anderen zu interpretieren, nicht nur durch Gesagtes, Gesichtsausdruck sondern auch durch Kontext.

Ab dem 10. Lebensjahr nochmals deutliche Verbesserung der Strategien zur Emotionsregulation:

- **Strategien sozialer Unterstützung**
- **Konkrete funktionale Problemlösestrategien**
- **Problemvermeidungsstrategien**

Ziel: Emotionale Selbstwirksamkeit





Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

Höheres Ausmaß an Perspektivübernahmefähigkeiten

- Sozialinformationale Perspektivenübernahme:
Kinder können verstehen, dass Eltern unterschiedliche Sichtweisen haben.
- Sie können sich in unterschiedliche Elternstandpunkte hinein versetzen und Gedanken und Gefühle und Verhaltensweisen aus der jeweiligen Sicht betrachten.
- Abhängig von der sozialen Entwicklung und der Emotionsregulation. Impulsiv aggressive Kinder haben große Schwierigkeiten sich Gedanken und Gefühle anderer vorzustellen
- Selbständigkeit
- Größere Selbstpflegekompetenzen, auch elementare Kompetenzen in der Nahrungszubereitung
- Stärkere moralische Kompetenzen, höhere Absprachefähigkeit, kleine Einkaufsaufträge in der näheren Umgebung können Selbständig erledigt werden etc.



Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

Bereich Familie

Elterliches Erziehungsverhalten muss **von Supervision** (Kleinkindalter/Vorschulalter) übergehen zu einer Phase der **Ko-Regulation**, d. h. Kind kann unter Aufsicht alltäglich anfallende Entscheidungen selbst treffen.

Wichtig für den Erwerb der **Selbstwirksamkeit**.

Distributive Gerechtigkeit wird als normative Ebene wichtig.

Wer bekommt wie viel Taschengeld?

Wer muss wann ins Bett gehen?

Wer darf was im Fernsehen sehen?

Andere Kinder müssen nicht jedes Wochenende ...



Mittlere Kindheit 6/7 – 11/12 Jahre (Grundschulalter)

Bedeutung von Beziehung:

- Höhere Bedeutung von Geschwisterbeziehungen aber auch von Geschwisterrivalität.
- Stärkere Bedeutung von Freundschaften und Peer-Beziehungen z. B. in der Schule oder im Verein



Jugendalter (12 – 18 Jahre)

Motorische und körperliche Entwicklung

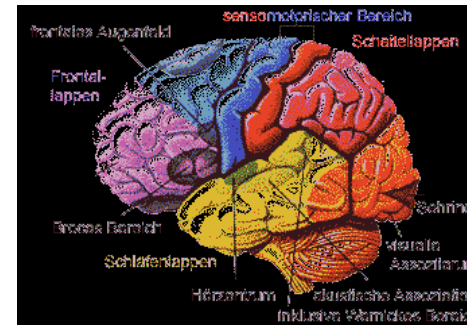
- Umfassende körperliche hormonelle Veränderungen
- Beginnende sexuelle Reife
- Pubertät bei Mädchen 2 Jahre früher (10. – 12. Lebensjahr)
mit ca. 14 Jahren haben Jungs Entwicklungsvorsprung der
Mädchen in der Regel eingeholt.
- Ende des Wachstums
bei Mädchen 16 – 17 Jahre
bei Jungs ca. 18 Jahre
- Schlafdauer, Schlafbedürfnis sinkt von 10 Stunden (Kindheit)
auf 7,5 – 8 Stunden



Jugendalter (12 – 18 Jahre)

Kognitive Entwicklung

- Hypothetisch deduktives Denken
- Problemlösungen von Allgemeinprinzipien, Allgemeintheorien her
- Jugendliche sind besser in der Lage ihre Aufmerksamkeit auf relevante Informationen und Problemlösungsprozesse zu konzentrieren.
- Ihre Strategien zur Informationsaufnahmeverarbeitung und Wiedergabe verbessert sich.
- Vermehrt Entwicklung von Metakognitionen
- Entwicklung der Jugendsprache - dient der Abgrenzung von Erwachsenen und Steigerung des Zusammengehörigkeitsgefühls



- Körper ist anders!
- Gehirn wird umgebaut
- Sexualität wird wichtig
- Das Denken verändert sich!
 - Hypothetisches Denken
 - Perspektivenübernahme
 - unterscheiden zwischen dem, was man ist und was man sein könnte
 - Noch nicht ganz ausgereift, in abstrakten Begriffen zu denken, es kann deshalb zu Übergeneralisierungen kommen



Jugendalter (12 – 18 Jahre)

Emotionale und soziale Entwicklung

- **Zentrale Aufgabe: Identitätsbildung (Ericson 1968)**
- **Differenzierungen im Selbstwertgefühl:
neue Beziehungsqualitäten wie romantische Beziehung,
erste erotische Beziehungen**
- **Stufen der Identitätsentwicklung:**
 - **diffuse Identität**
 - **Moratorium**
 - **übernommene Identität**
 - **erarbeitete Identität**
- **Entwicklungskonflikte und Entwicklungsaufgaben im
Jugendalter**
- **Trennungsschuld versus Abhängigkeitsscham**
- **Autonomie**
- **Vulnerable Phase für die Entwicklung und das Erstauftreten
schwerer psychischer Erkrankungen – Depression, Psychosen,
Persönlichkeitsstörungen, erhöhte Rate von Suizidgedanken, erhöhte
Suizidalität, Gefährdung im Straßenverkehr, Risikoverhalten**





Jugendalter (12 – 18 Jahre)

Freizeitverhalten

- Hohe Bedeutung der Freizeit und Freizeitgestaltung
cave ausschließlicher Computer- und Medienkonsum
- Ausgehen, Parties, Sport, Motorfahrzeuge, Computertechnik
- Kulturelle und politische Fragen (schichtabhängig)



Der Statusfatalismus der Unterschicht

Die deutsche Gesellschaft ist keineswegs aus einem Guss. Die Unterschiede zwischen den Schichten wachsen – in materieller wie in bildungspolitischer Hinsicht.

Von Professor Renate Köcher

Nichts unterscheidet die Menschen in dieser Gesellschaft nach Meinung der großen Mehrheit mehr als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht und ihre Eckpunkte Einkommen, Besitz und Bildung. 74 Prozent der Bevölkerung sind überzeugt, dass es die Schichtzugehörigkeit ist, welche die wesentlichen Gegensätze in der Gesellschaft markiert, weitaus mehr als Alter, politische Überzeugungen, Religion, regionale Herkunft oder Lebensmaximen.

Tatsächlich unterscheiden sich die sozialen Schichten in Deutschland gravierend, weit über ihre materielle Ausstattung und Zufriedenheit hinaus. Die Unterschiede sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten keineswegs geringer geworden, sondern größer, materiell wie in Bezug auf Weltbilder und Mentalität. Wird die Bevölkerung anhand von Einkommen, Bildung und Beruf in drei Schichten geteilt, von denen die obere und die untere Schicht jeweils gut 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen, so ist die Diskrepanz mit Blick auf die Zufriedenheit mit den eigenen Lebensverhältnissen und der eigenen wirtschaftlichen Lage heute größer als in der Mitte der neunziger Jahre. Während die Zufriedenheit der Oberschicht weitgehend stabil geblieben ist, sind Mittel- und Unterschicht heute augenfällig weniger mit ihren materiellen Verhältnissen zufrieden als damals. Mitte der neunziger Jahre bewerteten gut zwei Drittel der Oberschicht ihre materielle Lage als (sehr) gut, ebenso knapp die Hälfte der Mittelschicht und 30 Prozent der unteren Sozialschichten. Heute sind nur weniger als ein Fünftel der unteren Sozialschichten und gut ein Drittel der Mittelschicht mit ihren materiellen Verhältnissen zufrieden.

Auch die objektiven finanziellen Spielräume haben sich auseinanderentwickelt. Während die oberen Sozialschichten zunehmend von Vermögens Einkünften

und Erbschaften profitieren und sich damit allmählich von der Entwicklung der Löhne und Gehälter abkoppeln, stagniert das frei verfügbare Einkommen, das nach Begleichen der notwendigen Lebenshaltungskosten bleibt, in der Mittelschicht; es ist in den unteren Schichten heute sogar real niedriger als in der Mitte der neunziger Jahre.

Gleichzeitig kann sich die überwältigende Mehrheit der unteren Sozialschichten nicht vorstellen, dass sich ihre materielle Lage mittel- und langfristigenfalls nennenswert verbessert. Nur 14 Prozent der Unterschicht erwarten, dass es ihnen in zehn Jahren besser gehen wird. Auch die Aussichten der eigenen Kinder werden überwiegend skeptisch gesehen. Zwar wünschen sich 73 Prozent der Eltern aus den unteren sozialen Schichten, dass es ihren Kindern einmal besser geht als ihnen selbst; nur 30 Prozent sind jedoch zuversichtlich, dass dies tatsächlich der Fall sein wird.

Dieser Statusfatalismus ist ein Eckstein der derzeitigen Bewusstseinslage der unteren Sozialschichten. Die Mehrheit von ihnen hält die sozialen Schichten für festgefügt und kaum durchlässig. Die Aufstiegschancen werden eher in der Mittel- und Oberschicht angesiedelt als in der Schicht, für die der Aufstieg wirklich eine völlige Veränderung ihrer Lebenslage und Aussichten bedeutete. Nur 26 Prozent der unteren Sozialschichten glauben, dass Aufstieg in allen sozialen Schichten möglich ist, während knapp zwei Drittel auch die Aufstiegsmöglichkeiten in erster Linie als Vorrecht der mittleren und oberen Schichten sehen. Die Mehrheit der unteren 20 Prozent hält die sozialen Schichten für zementiert; nur 31 Prozent glauben an die Möglichkeit, durch Leistung die eigene Lage zu verbessern.

Weder die Ober- noch die Mittelschicht schließen sich mehrheitlich diesem kritischen Befund an. Es fällt jedoch auf, dass in der Mittelschicht ebenfalls die Zweifel an der Durchlässigkeit der deutschen Gesellschaft weit verbreitet sind. International vergleichende Untersuchungen belegen, dass Deutschland auf diesem Feld tatsächlich einigen Nachholbedarf hat. Der Bildungsweg und die schulischen Erfolge von Kindern hängen in Deutschland auffallend eng mit der Schichtzugehörigkeit und dem Bildungshintergrund des Elternhauses zusammen. Von den Kindern aus Arbeiterfamilien besuchen nur 14 Prozent eine höhere Schule, ein weit unterdurchschnittli-





Internaler vs. Externaler Locus of control

Essentialistische Lagentheorien

- Selbstwirksamkeit
- Sozialer Determinismus
- Metaphysischer Determinismus



Traumatische Ereignisse oder Ereignisse, die ein Trauma hervorrufen können:

- aktuelle oder drohende Gefahr von Tod oder schwerer Verletzung oder Bedrohung der eigenen physischen Integrität oder der anderer
- Ereignis wird von der betroffenen Person als hinreichend bedrohlich erlebt (intensive Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen),
Bewältigungsstrategien versagen
(American Psychiatric Association, 1994;
Scheeringa & Gaensbauer, 2000)



Traumatypen nach Terr (1991)

Typ - I - Trauma

- Einzelnes, unerwartetes traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer
- z.B. Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Vergewaltigung im Erwachsenenalter, Naturkatastrophen
- Öffentlich

Symptome:

- meist klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen
→ Vollbild der PTSD
- eher gute Behandlungsprognose

Typ - II - Trauma

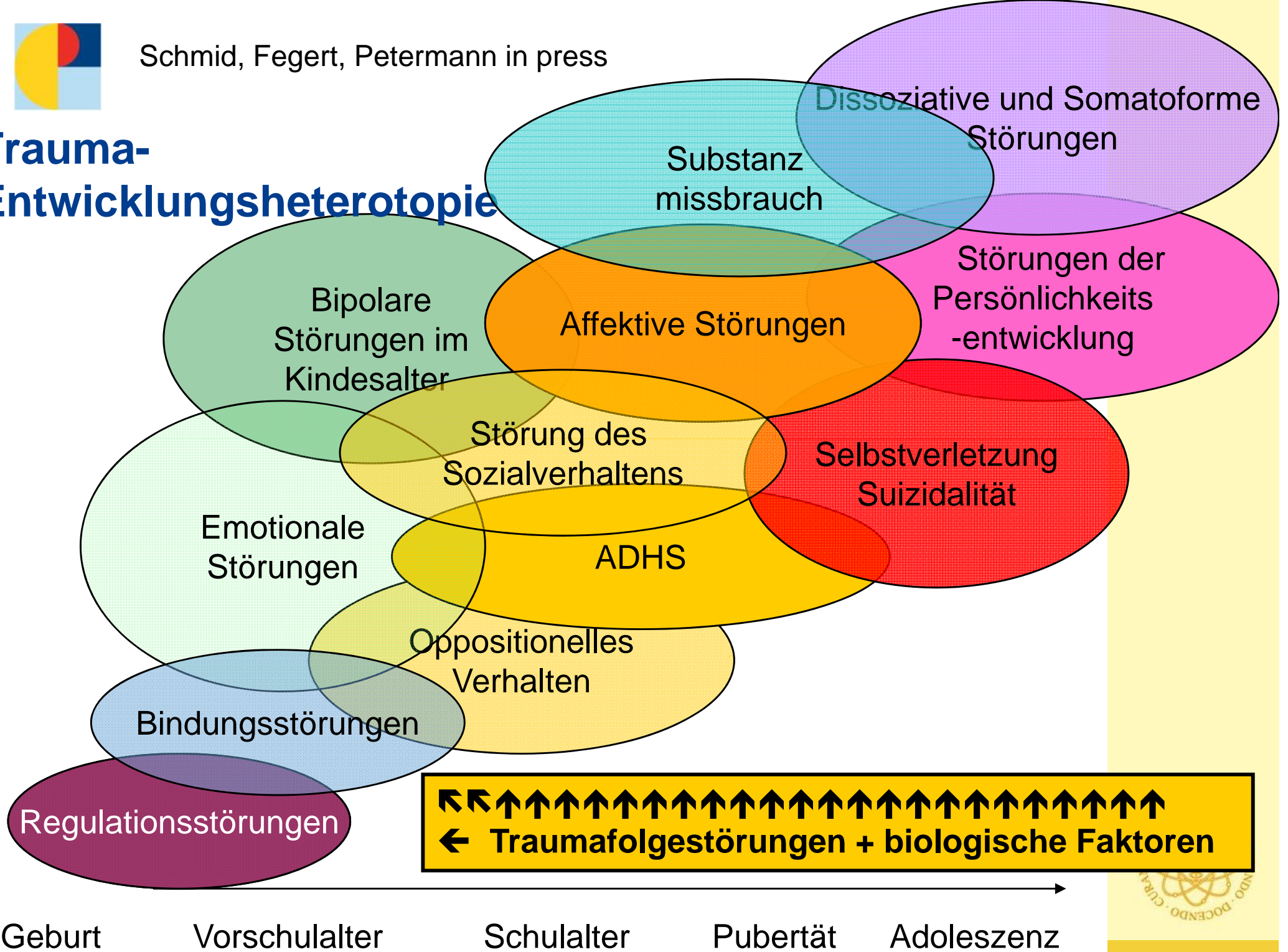
- Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse
- z.B. körperliche sexuelle Misshandlungen in der Kindheit, überdauernde zwischenmenschliche Gewalterfahrungen
- Oft heimlich - nicht öffentlich

Symptome:

- nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationstendenz, Bindungsstörungen
- schwerer zu behandeln
- erhöhte Entwicklungsrisiken



Trauma- Entwicklungsheterotopie





„Adoleszenzkrise“ aus entwicklungspsychologischer und psychiatrischer Sicht

Jörg M. Fegert, Nina Spröber, Annette Streeck-Fischer, Harald J. Freyberger

Schlüsselwörter

Adoleszenzkrise, psychische Störungen im Jugendalter, Entwicklungsaufgaben, Anpassungsstörung, Psychopathologie

Zusammenfassung

Betrachtet man problematisches Verhalten in der Adoleszenz, wird häufig primär auf Aggression und Gewalt abgehoben. Allerdings verändert sich in der Adoleszenz auch die psychiatrische Morbidität, Probleme in der Persönlichkeitsentwicklung spitzen sich zu, und die großen psychiatrischen Erkrankungen, z. B. Depression, Bipolare Störung, Schizophrenie, beginnen in dieser Altersstufe ihren Verlauf. Häufig werden diese Veränderungen zunächst als Krisen in einer normalen Entwicklung wahrgenommen – nicht selten fälschlicher Weise – bagatellisiert. Gerade jüngste Ereignisse, so genannte „Amokläufe“ in Schulen, verweisen auf die Notwendigkeit der Wahrnehmung eher stiller, zurückgezogener Jugendlicher, welche sich in der Adoleszenz merklich verändern. In der vorliegenden Übersicht werden zunächst die biologischen und neurobiologischen Veränderungen in der Adoleszenz dargestellt und das Konzept der Krise eingeführt. Anschließend wird überprüft, ob sich psychopathologisch sinnvoll eine Adoleszenzkrise einerseits von normalen Veränderungen in der Adoleszenz und andererseits von den Frühformen schwerer psychischer Störungen diagnostisch abgrenzen lässt. Störungen der Identitätsentwicklung und spezifische adoleszenztypische Probleme mit Entwicklungsaufgaben werden beschrieben. Adoleszenzkrise werden als spezifische Form der Anpassungsstörung beschrieben, bei denen

Keywords

Crisis in adolescence, mental health problems in adolescence, developmental tasks, adjustment disorder, psychopathology

Summary

Violence and aggression are often primarily addressed if regarding problematic behaviour in adolescence. Furthermore, psychiatric morbidity changes in adolescence, problems in personality development grow more acute, and severe psychiatric disorders, e.g. depression, bipolar disorder, schizophrenia begin. These changes are often considered as a crisis in normal development and are – by mistake – frequently trivialized. Actual occurrences, so-called rampages in schools, refer to the need of noticing calm, socially withdrawn youths that tend to change distinctly during adolescence. At first, our overview displays a description of biological and neurobiological changes in adolescence and familiarizes the concept of “crisis”. Afterwards, we examine whether the psychopathology of crises in adolescence differs diagnostically on the one hand from normal changes in adolescence and on the other from the early stages of severe psychiatric disorders. Disorders of the development of identity and specific and typical adolescent problems in coping with developmental tasks are described. Crises in adolescence are considered as specific forms of adjustment disorders; the following aspects have to be accounted for: 1. developmental time phase, 2. a typical trigger for an adolescence crisis, which bars youths from coping with their developmental tasks, 3. exclusion of a severe psychiatric de-compensation, respectively dis-



Gegenüberstellung „krisenhafter“ und „normaler“ Verhaltensweisen in der Adoleszenz

Krisenhaft	Normal
Zeitweiliger Gebrauch bzw. Missbrauch von Drogen oder Alkohol als primärer Organisator von Identität und zentraler Regulator von Wohlbefinden und Selbstbetrachtung	Gelegentliche Experimente mit Drogen in Verbindung mit Gleichaltrigenaktivitäten
Zeitweilige promiskuoöse sexuelle Beziehungen oder mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen	Sexuelle Experimente mit gleichaltrigen Jungen oder Mädchen, Gefühle von Schüchternheit und Unsicherheit im Umgang mit anderen
Zeitweilige Schulverweigerung oder Verlust von Interesse an schulischen oder außerschulischen Aktivitäten	Geringe Fluktuation der Interessen
Eltern hassen und basale gesellschaftliche Werte und Regeln vorübergehend bekämpfen	Auseinandersetzungen über Musik, Kleidung, Freizeit
Ungeordnetes Denken, Suizidgedanken	Eltern provozieren durch überzogenes Verhalten; Individualitätssuche



Problem „Übergabe der Verantwortung von Behandlungsentscheidungen von Eltern in die Hände der Jugendlichen selbst

Grundproblem:

- Externalisierende Störungen werden von der Umwelt stärker wahrgenommen als von den Jugendlichen selbst
- Internalisierende Probleme werden im Jugendalter Eltern kaum mehr gezeigt

Es sind häufig internalisierende Folgen aus Ablehnung, Scheitern etc. welche wichtige Grundlagen für eine Behandlungsmotivation darstellen, welche überhört werden, weil man zu sehr auf die Klagen der Umwelt starrt

(vgl. Referat Spröber

vgl. MTA-Studie „Starke Komorbidität mit emotionaler Belastung etc.)



Verhältnis externalisierende – internalisierte Problematik bei Jugendlichen mit ADHD (und Störung des Sozialverhaltens)

Reine Hyperaktivität und Impulsivität bei gutem Selbstwert kann im Jugendalter leichter durch ordnende und fordernde Aktivität wie Ausdauersport, Mannschaftssport, Kampfsport etc. günstig beeinflusst werden. Teil des Selbstkonzepts ist oft das Gefühl sehr viel Energie zu haben, häufig auch die Suche nach dem „Kick“ sog . „Sensation Seeker“.

Kombination von externalisierender und internalisierender Problematik

- Deutlich schwierigere Prognose
- Geringer Selbstwert
- Jugendliche fühlen sich als Opfer, deshalb berechtigt zuzuschlagen
- Frage Verhaltenssteuerung, Empathie und Moralentwicklung



Empathie

Neuropsychologisch zwei Anteile

1. Emotionserkennung (vielfach untersucht zum Beispiel bei Autisten, aber auch Jugendlichen mit externalisierenden Störungen, bei Psychopathen, Kriminellen etc.)
2. Handlungsebene mit Gefühlen, trösten, Verständnis zeigen, Affect Attunement



Selbstkonzept „Krank oder Gesund“

Keine einfache Frage in Bezug auf viele Bereiche:

- Auto fahren
- Arbeitsintegration
- Sport
- Musterung Bundeswehr
- Riskantes Verhalten
- Delinquenz



Ist das die Lösung?





Bedeutung des Berufswahlprozesses

Die Wahl des zukünftigen Berufes stellt nach wie vor einen elementaren Schritt im Leben eines Menschen dar.

Berufliche Tätigkeit ist in der Regel nicht nur Haupterwerbsquelle (Lebensunterhalt), sondern eines der zentralen Identifikationskriterien.

Heute: Berufswahl hat nicht mehr die für das zukünftige Leben weichenstellende Bedeutung, aber entscheidend richtungsweisend.

Berufswahl legt Grundstock für Art und Dauer der Ausbildung, den späteren Tätigkeitsbereich, Beschäftigungsperspektiven, den gesellschaftlichen Stellenwert, berufliche und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, die finanzielle Situation und persönliche Erfüllung und Zufriedenheit





Nervenheilkunde 2010; 29: 1-92 - ISSN 0722-1541 - E 1278

Nervenheilkunde

ZEITSCHRIFT FÜR INTERDISZIPLINÄRE FORTBILDUNG 1-2 | 2010




Schriftleitung

D. Soyka, Kiel
A. Ceballos-Baumann, München
M. Spitzer, Ulm
H. Walter, Bonn

 **Schattauer**

www.nervenheilkunde-online.de
www.schattauer.de

ADHS des Erwachsenenalters

 Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e.V.

 DEUTSCHE
MIGRÄNE- UND
KOPFSCHMERZ-
GESELLSCHAFT



ÖSTERREICHISCHE
KOPFSCHMERZGESELLSCHAFT





Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Sport, Pharmakotherapie und Leistungs- sport

P. Plener; D. Brummer; M. Allroggen; N. Spröber; M. Kölich; J. M. Fegert; A. Ludolph
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Schlüsselwörter

ADHS, Sport, Psychostimulanzien, Leistungs-
sport, Wettkampfteilnahme, World Anti-Dop-
ing Agency

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-
störung (ADHS) besteht bei ca. einem Drittel
der Betroffenen noch in der Adoleszenz und
im jungen Erwachsenenalter fort. Im Kindes-
und frühen Jugendalter macht sich oft neben
der motorischen Hyperaktivität auch eine ge-
wisse Ungeschicklichkeit bemerkbar. Daher
sind sportliche Aktivitäten, die die motori-
schen Fähigkeiten fördern können, für Kinder,
Jugendliche und Erwachsene mit ADHS be-
sonders zu unterstützen. Gehen sportliche Ak-
tivities in Richtung Leistungssport, bringt eine
Medikation für ADHS-Patienten das Pro-
blem mit sich, dass Psychostimulanzien auf
der Liste der verbotenen Substanzen der
World Anti-Doping Agency stehen. Hier kön-
nen nach ärztlicher Begutachtung Ausnahmere-
gelungen in Kraft treten, die die Einnahme
von Psychostimulanzien zu Trainingszeiten,
allerdings nicht im Wettkampf erlauben.
Dieser Übersichtsartikel will zum einen die Re-
levanz sportlicher Aktivitäten als sinnvollen
Baustein in der Therapie der ADHS verdeut-
lichen und zum zweiten die Vorgehensweisen
und Möglichkeiten aufzeigen, wie für medi-
zierte ADHS-Patienten Leistungssport und
Wettkampfteilnahme möglich sind.

Korrespondenzadresse

Prk.-Doz. Dr. med. Andrea G. Ludolph
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Steinhilberstr. 5, 89075 Ulm
Tel. 0731/50061-601; Fax -602
andrea.ludolph@uni-ulm.de

Keywords

ADHD, sports, psychostimulants, competitive
sport, contest attendance, World Anti-Doping
Agency

Summary

Attention deficit hyperactivity disorder
(ADHD) will be symptomatic in at least a third
of the patients during adolescence and young
adulthood. During childhood and early ado-
lescence, patients often show certain clumsi-
ness aside the typical motor hyperactivity.
Therefore children, adolescents and adults
with ADHD should be encouraged to get exer-
cise which can meliorate motor abilities. If
athletic activities shape to competitive sport,
medication with psychostimulants might be
problematic because they are listed as for-
bidden substances by the World Anti-Doping
Agency. An expert certificate might lead to an
exemption for the training; during competi-
tion psychostimulants invariably are for-
bidden. This brief review elucidates the rele-
vance of exercise as a useful module in the
ADHD therapy. Secondly, it points out the pro-
cedures and modalities how ADHD patients
treated with psychostimulants are able to par-
ticipate in contests.

Attention deficit hyperactivity disorder and sports, psychotherapy and competitive sport

Nervenheilkunde 2010; 29: 14–20
Eingegangen am: 28. August 2009;
angenommen am: 31. August 2009

Fallbeispiel

Michael lernte von seinen älteren Schwestern
schwimmen, als er sieben Jahre alt war. Obwohl
er es zunächst hasste, wenn sein Gesicht nass
wurde, wurde dies schnell zu einer großen Pas-
sion. In der Schule kam er dahingegen über-
haupt nicht zurecht. Sein größtes Problem war
ein massives Aufmerksamkeitsdefizit. Er konn-
te sich in der Schule nicht konzentrieren, hatte
Probleme mit dem Lesen und dem Rechnen,
störte den Unterricht und bekam Ärger mit
Mitschülern. Im Alter von neun Jahren wurde
bei Michael eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hy-
peraktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert
und eine Psychostimulanzientherapie begon-
nen. Im Schwimmtraining entwickelte er eine
ausgesprochen gute Selbstdisziplin. Seine Fru-
strationstoleranz bei Niederlagen war extrem
gering, mitunter kam es zu unkontrollierten
Impulsdurchbrüchen. Trotz dieser Probleme
wollte der Junge im Alter von knapp zwölf Jah-
ren die medikamentöse Therapie beenden. Sein
enger Trainingsplan gab ihm so viel äußere
Struktur, dass er im weiteren Verlauf ohne psy-
chopharmakologische Unterstützung auskam.

Natürlich ist die Rede von Michael Phelps,
sechsfacher Goldmedaillengewinner bei den
Olympischen Spielen 2004 in Athen. 2008 in
Beijing gewann er acht Goldmedaillen, viele
halten es nicht für möglich, dass dies ohne
Doping erfolgte.

Solche Ausnahmehleten sind extrem sel-
ten und unter ADHS-Patienten noch rarer.
Da die ADHS mit Prävalenzraten von 3 bis
5% als eine der häufigsten kinder- und jug-
endpsychiatrischen Störungen auftritt, wird
jeder behandelnde Arzt auch mit Patienten in
Kontakt kommen, die trotz – oder vielleicht
auch wegen ihrer Störung – (Hoch)Leis-
tungssport betreiben. Es werden verschiede-
ne Kategorien der sportlichen Betätigung un-
terschieden (13). Während im Breitensport
die Freude an der Bewegung oder der Grup-



SAVE – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit ADHS

Eine Pilotstudie

N. Spröder¹; J. Grieb¹; A. Ludolph¹; M. Hautzinger²; J. M. Fegert¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm;

²Abteilung für Klinische und Entwicklungspsychologie, Universität Tübingen

Schlüsselwörter

ADHS, Jugendliche, kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenintervention

Zusammenfassung

Gegenstand und Ziel: Ziel der Pilotstudie war die Entwicklung und die Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms für Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Unsere Hypothese war, dass sich durch das Trainingsprogramm „SAVE“ spezifische Veränderungen ergeben z. B. Reduktion ADHS-Symptomatik, Verbesserung Störungswissen, Medikamentencompliance, Lebenszufriedenheit. **Material und Methoden:** Ein Prä-post-Testdesign ohne Kontrollgruppe wurde durchgeführt. Es nahmen zwölf Jugendliche mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Alter zwischen 13 und 18 Jahren an dem Trainingsprogramm teil. Die einzelnen Sitzungen wurden wöchentlich evaluiert, Veränderungen anhand von Selbst- und Elterneinschätzungen erfasst. **Ergebnisse:** Die Akzeptanz und Durchführbarkeit von SAVE wird positiv eingeschätzt. Nur für die ADHS-Symptomatik wird in den Selbsteinschätzungen eine signifikante Reduktion angegeben. **Diskussion und klinische Relevanz:** Mit dieser Pilotstudie konnte eine hohe Akzeptanz bzw. Durchführbarkeit von SAVE belegt werden; es erwies sich als effektiv zur Reduktion der ADHS-Symptomatik.

Korrespondenzadresse
Dr. Nina Spröder
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Steinhilberstr. 5, 89075 Ulm
Tel. 0731/500-61601; fax +61602
nina.sproeder@uniklinik-ulm.de

Keywords

ADHD, youths, cognitive-behavioural group intervention

Summary

Objective: Aim of the pilot study was the development and evaluation of a cognitive behavioural training program for adolescent ADHD patients. Furthermore, specific improvements were assumed after exposure to the program "SAVE" (reduction of ADHD-symptoms, improvement of knowledge about ADHD, compliance for medication and quality of life). **Material and methods:** A pre-/post-test design without a control group was chosen for this study. Participants were n = 12 psychiatric ADHD patients at the age of 13 to 18 years. Sessions were evaluated weekly, changes were assessed by using self- and parents' ratings. **Results:** Results showed high acceptance and a satisfying practicability and feasibility. Adolescent ADHD patients reported a significant reduction of ADHD symptoms. **Discussion and clinical relevance:** This pilot study shows a high acceptance and good feasibility and practicability of the program "SAVE"; ADHD symptoms were reduced.

SAVE – A cognitive-behavioural group therapy intervention for youths with ADHD: A pilot study
Nervenheilkunde 2010; 29: 44–51
Eingegangen am: 21. September 2009;
angenommen am: 23. September 2009

Die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) gehört zu den häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer Metaanalyse über Langzeitverläufe von Kindern mit ADHS zeigten, dass 15% der Untersuchten im Alter von 25 Jahren immer noch alle Kriterien einer ADHS nach DSM-IV erfüllten, während bei 65% noch die Kriterien einer teilremittierten ADHS zutrafen (15). In einer finnischen Studie, in der die Geburtenkohorte von 1986 (n = 6622) untersucht wurde, fanden sich im Alter von 16 bis 18 Jahren Prävalenzraten von 8,5% für das Vorliegen von ADHS und eine Lebenszeitprävalenz von 18,2% (31). Diese Prävalenzahlen entsprechen anderen Studien (5, 9). Im Jugendalter verändert sich im Vergleich zum Kindesalter meist das Symptombild. Aufgrund der mangelnden Handlungsorganisation und der eingeschränkten Verhaltenssteuerung (Null-Bock-Haltung bei langweiligen Aufgaben, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten) gelingt es Jugendlichen mit ADHS oft nur unzureichend, den Alltag zu bewältigen (1). Die Hypermotorik reduziert sich meist mit zunehmendem Alter (26, 36), bzw. wird in „unauffälligere“ Formen umgewandelt (z. B. rhythmisches Wippen mit den Knien, Nagelkauen). Es bleibt bei den meisten Patienten eine Rastlosigkeit sowie die Unfähigkeit zur Entspannung (1) bestehen. Die in der Kindheit beginnende Impulsivität äußert sich im Jugend- und jungen Erwachsenenalter in einer extrem niedrigen Frustrationstoleranz, überschießenden Emotionen, Sprunghaftigkeit und ausgeprägter Ungeduld. Häufige Streitsituationen und Regelverletzungen sind die Folge (1, 36).

Durch die persistierenden Symptome der ADHS und die häufigen komorbiden Störungen (Depression, Ängste, auffälliges Sozialverhalten) sind die meisten Jugendlichen und



FAZIT: Prüffrage für Patienten

Was bringt mir mein Krankheitskonzept

- Verständnis oder Unverständnis
- Beeinträchtigung bei meiner
Persönlichkeitsentfaltung oder Unterstützung
- Vermeidung von Risiken oder
Selbststigmatisierungsrisiko
- Ausrede?

Medikamentöse Behandlung verstanden als:

Normalisierung

Enhancement, Doping

Behandlung (spricht jemand von
methylphenidatpflichtiger ADHS?)



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

