



Döpfner • Kinnen • Halder

# THOP-Elternprogramm – Manual für Gruppenleiter

Gruppenprogramm für Eltern von Kindern  
mit ADHS-Symptomen und expansivem  
Problemverhalten



E-Book inside auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**BELTZ**

Döpfner • Kinnen • Halder

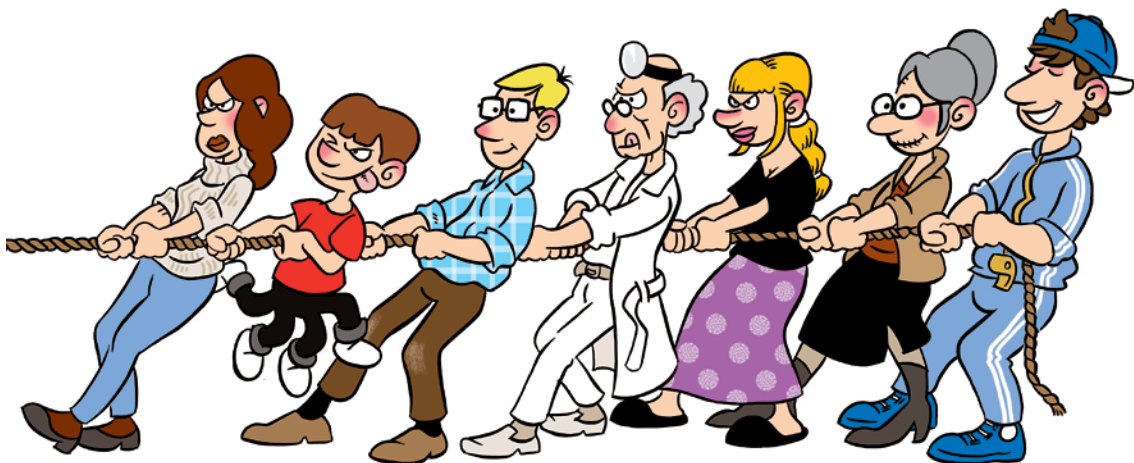
# THOP-Elternprogramm – Manual für Gruppenleiter

Manfred Döpfner • Claudia Kinnen • Joya Halder

# THOP-Elternprogramm – Manual für Gruppenleiter

Gruppenprogramm für Eltern von  
Kindern mit ADHS-Symptomen und  
expansivem Problemverhalten

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial



**BELTZ**

*Anschrift der Autoren:*

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Dr. Claudia Kinnen

Dipl.-Päd. Joya Halder

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

Robert-Koch-Str. 10

50931 Köln

Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-621-28345-8 Print

ISBN 978-3-621-28370-0 E-Book (PDF)

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

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



1. Auflage 2016

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2016

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Programm PVU Psychologie Verlags Union

<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms

Herstellung: Lelia Rehm

Illustration: Klaus Gehrman, Freiburg

Umschlagbild: Klaus Gehrman, Freiburg

Satz und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

# Inhaltsübersicht

<b>I Diagnostik und multimodale Behandlung von Kindern mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens</b>	<b>9</b>
1 Symptomatik	11
2 Pathogenese	14
3 Multimodale Diagnostik externaler Störungen	17
4 Wirksamkeit von Elterntrainings, THOP und weiterer davon abgeleiteter Interventionen	20
5 Das THOP-Elterngruppenprogramm im Rahmen einer multimodalen Therapie von Kindern mit ADHS und oppositionellen Verhaltensstörungen	26
<b>II Einführung in das THOP-Elterngruppenprogramm</b>	<b>29</b>
6 Über das THOP-Elterngruppenprogramm	31
7 Über dieses Manual	32
8 Häufige Schwierigkeiten	35
9 Materialien zur Einführung in die Gruppenarbeit	40
<b>III Gruppenstunden des THOP-Elterngruppenprogramms</b>	<b>45</b>
10 Gruppenstunde 1: ADHS – Was ist das?	47
11 Gruppenstunde 2: Wir nehmen die Probleme unter die Lupe	67
12 Gruppenstunde 3: Der Teufelskreis und der erste Schritt heraus: Sich wieder mögen lernen	80
13 Gruppenstunde 4: Sorgen Sie für klare Regeln	95
14 Gruppenstunde 5: Sparen Sie nicht mit Lob und seien Sie konsequent!	111
15 Gruppenstunde 6: Setzen Sie Punktepläne ein und fördern Sie die Stärken Ihres Kindes	133
16 Gruppenstunde 7: Gut geplant ist halb entspannt	157
17 Gruppenstunde 8: Rückblick und weitere Planung	174
<b>IV Anhang</b>	<b>189</b>



# Inhalt

<b>I Diagnostik und multimodale Behandlung von Kindern mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens</b>	<b>9</b>
<b>1 Symptomatik</b>	<b>11</b>
1.1 ADHS	11
1.2 Störungen des Sozialverhaltens	13
1.3 Verlauf	13
<b>2 Pathogenese</b>	<b>14</b>
2.1 ADHS	14
2.2 Störungen des Sozialverhaltens	16
<b>3 Multimodale Diagnostik externaler Störungen</b>	<b>17</b>
<b>4 Wirksamkeit von Elterntrainings, THOP und weiterer davon abgeleiteter Interventionen</b>	<b>20</b>
<b>5 Das THOP-Elterngruppenprogramm im Rahmen einer multimodalen Therapie von Kindern mit ADHS und oppositionellen Verhaltensstörungen</b>	<b>26</b>
<b>II Einführung in das THOP-Elterngruppenprogramm</b>	<b>29</b>
<b>6 Über das THOP-Elterngruppenprogramm</b>	<b>31</b>
<b>7 Über dieses Manual</b>	<b>32</b>
<b>8 Häufige Schwierigkeiten</b>	<b>35</b>
8.1 Schwierigkeiten durch divergierende Störungskonzepte	35
8.2 Schwierigkeiten durch inadäquate Erwartungshaltungen der Eltern	36
8.3 Schwierigkeiten durch eigene Problematiken der Eltern	37
8.4 Gruppendynamische Schwierigkeiten	37
8.5 Schwierigkeiten bei der Durchführung	38
<b>9 Materialien zur Einführung in die Gruppenarbeit</b>	<b>40</b>
<b>III Gruppenstunden des THOP-Elterngruppenprogramms</b>	<b>45</b>
<b>10 Gruppenstunde 1: ADHS – Was ist das?</b>	<b>47</b>
10.1 Übersicht über Gruppenstunde 1	47
10.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 1	48
<b>11 Gruppenstunde 2: Wir nehmen die Probleme unter die Lupe</b>	<b>67</b>
11.1 Übersicht über Gruppenstunde 2	67
11.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 2	69
<b>12 Gruppenstunde 3: Der Teufelskreis und der erste Schritt heraus: Sich wieder mögen lernen</b>	<b>80</b>
12.1 Übersicht über Gruppenstunde 3	80
12.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 3	82

<b>13 Gruppenstunde 4: Sorgen Sie für klare Regeln</b>	<b>95</b>
13.1 Übersicht über Gruppenstunde 4	95
13.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 4	97
<b>14 Gruppenstunde 5: Sparen Sie nicht mit Lob und seien Sie konsequent!</b>	<b>111</b>
14.1 Übersicht über Gruppenstunde 5	111
14.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 5	112
<b>15 Gruppenstunde 6: Setzen Sie Punktepläne ein und fördern Sie die Stärken Ihres Kindes</b>	<b>133</b>
15.1 Übersicht über Gruppenstunde 6	133
15.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 6	135
<b>16 Gruppenstunde 7: Gut geplant ist halb entspannt</b>	<b>157</b>
16.1 Übersicht über Gruppenstunde 7	157
16.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 7	159
<b>17 Gruppenstunde 8: Rückblick und weitere Planung</b>	<b>174</b>
17.1 Übersicht über Gruppenstunde 8	174
17.2 Durchführungsanleitung zu Gruppenstunde 8	175
<b>IV Anhang</b>	<b>189</b>
Arbeitblätter	190
Literatur	194
Weiterführende Informationen	198
Hinweise zum Download der Arbeitsmaterialien	199
Sachwortverzeichnis	200

## **Diagnostik und multimodale Behandlung von Kindern mit ADHS und Störungen des Sozial- verhaltens**

- 1 Symptomatik
- 2 Pathogenese
- 3 Multimodale Diagnostik externaler Störungen
- 4 Wirksamkeit von Elterntrainings, THOP und weiterer davon abgeleiteter Interventionen
- 5 Das THOP-Elterngruppenprogramm im Rahmen einer multimodalen Therapie von Kindern mit ADHS und oppositionellen Verhaltensstörungen



# 1 Symptomatik

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Störungen des Sozialverhaltens (SSV) gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter, sie treten oft gemeinsam auf und werden unter dem Begriff der externalen oder auch expansiven Verhaltensstörungen zusammengefasst.

## 1.1 ADHS

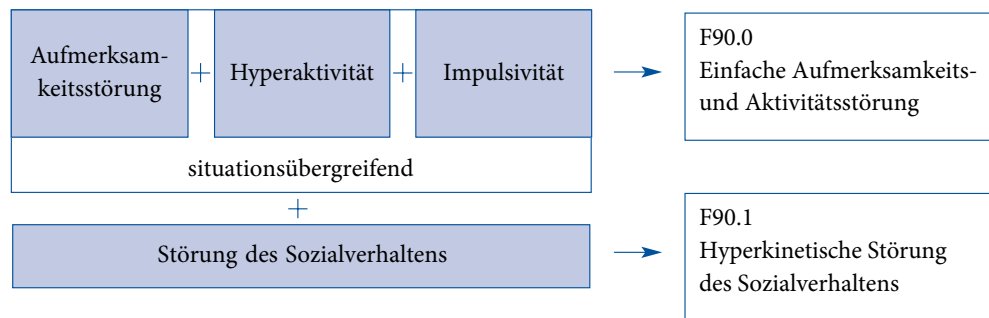
Die ADHS ist durch eine Beeinträchtigung der *Aufmerksamkeit* (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der *Impulskontrolle* (Impulsivität) und der *Aktivität* (Hyperaktivität) gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten treten bei den meisten betroffenen Kindern bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf und sind in mehreren Situationen und Lebensbereichen nachweisbar – in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder auch in der Untersuchungssituation (Döpfner et al., 2013a). Die genauen diagnostischen Kriterien lassen sich im DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) nachlesen.

Diese Symptomkriterien weichen nur unwesentlich von den Kriterien des etwas älteren ICD-10 ab (Dilling et al., 2011, 2015). Die Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulskontrolle müssen sowohl nach DSM-5 als auch nach ICD-10 über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist und das zu deutlichen Beeinträchtigungen des sozialen oder schulischen Funktionsniveaus führt. Die Symptome müssen zudem in mehreren Lebensbereichen auftreten. ICD-10 setzt voraus, dass die Symptomatik bereits vor dem Alter von sechs Jahren aufgetreten sein muss, während DSM-5 verlangt, dass die Symptome vor dem Alter von zwölf Jahren auftreten. In der Regel ist jedoch ein Symptombeginn bereits vor der Einschulung zu beobachten, wobei bei weniger stark ausgeprägten Fällen eine relevante Symptomatik erst in den Grundschuljahren beobachtet werden kann. Wenn die ersten Grundschuljahre jedoch völlig symptomfrei durchlaufen wurden und die Symptomatik erst im vierten oder fünften Schuljahr einsetzt, sollten differenzialdiagnostisch andere psychische Störungen in Betracht gezogen werden.

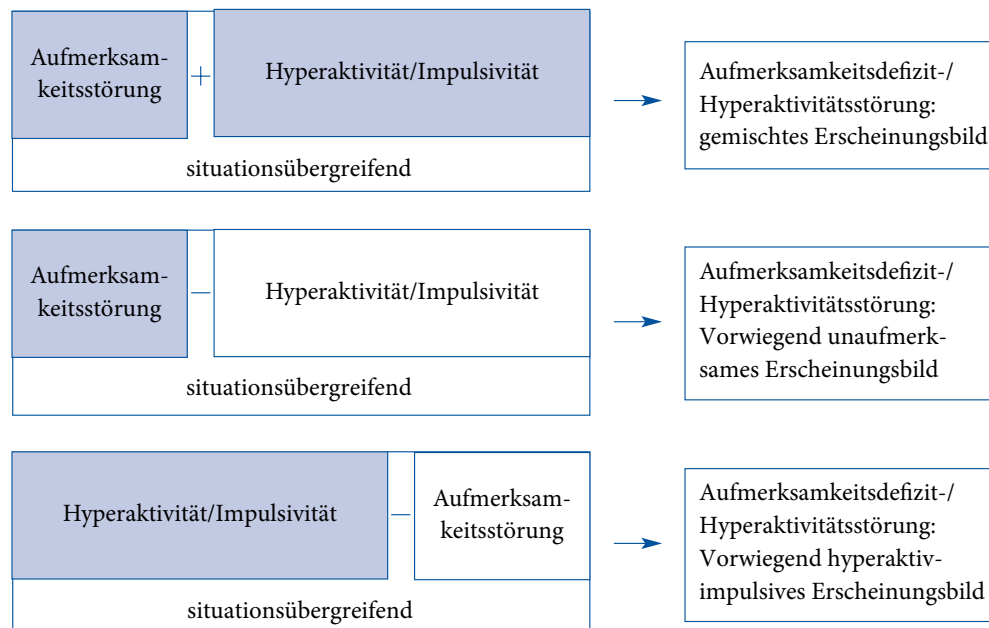
Beide Diagnosesysteme unterscheiden sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien, wohl aber in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer ADHS vorliegen müssen. Wie Abbildung 1.1 zeigt, fordert das ICD-10, dass sowohl Störungen der Aufmerksamkeit als auch Störungen der Impulskontrolle und Störungen der Aktivität für die Diagnose einer **einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung** (F90.0) vorhanden sein müssen. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, dann wird eine **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens** (F90.1) diagnostiziert. Demgegenüber unterscheidet das DSM-5 zwischen:

- ▶ **dem gemischten Erscheinungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**, bei dem wie beim ICD-10 alle Kernsymptome auftreten, wenn mindestens sechs Kriterien (ab dem Alter von 17 Jahren fünf Kriterien) für Unaufmerksamkeit und mindestens sechs (ab dem Alter von 17 Jahren fünf Kriterien) Kriterien für Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sind
- ▶ **dem vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild**, wenn mindestens sechs (ab 17 Jahre fünf) Kriterien für Unaufmerksamkeit, aber weniger als sechs (ab 17 Jahre fünf) Kriterien für Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sind
- ▶ **dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Erscheinungsbild**, wenn mindestens sechs (ab 17 Jahre fünf) Kriterien für Hyperaktivität/Impulsivität, aber weniger als sechs (ab 17 Jahre fünf) Kriterien für Unaufmerksamkeit erfüllt sind

### Diagnosen nach ICD-10



### Diagnosen nach DSM-5



**Abbildung 1.1** Diagnosen einer Hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach DSM-5

Sowohl für die Zusammenfassung von Hyperaktivität und Impulsivität in eine Dimension, wie vom DSM-5 vorgeschlagen, als auch für ihre getrennte Betrachtung (sensu ICD-10) ließen sich empirische Belege finden (Breuer et al., 2009; Döpfner et al., 2008a; Erhart et al., 2008). Bei Jugendlichen, die nicht mehr alle für eine Diagnose notwendigen Symptome zeigen, kann nach DSM-5 die Diagnose durch den Zusatz »teilremitiert« spezifiziert werden. Vermutlich wird sich das in Vorbereitung befindliche ICD-11 der Einteilung von DSM-5 anschließen. Allerdings lassen sich auch mit dem ICD-10 Patienten mit einem vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild unter F98.8 oder auch F90.8 abbilden.

### Komorbidität

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ohne zusätzliche – komorbide – psychische Störungen sind eher die Ausnahme (Pliszka, 1998). Bei bis zu 80 Prozent der Kinder mit ADHS werden komorbide Störungen diagnostiziert, welche die Prognose der ADHS maßgeblich negativ beeinflussen können (Biederman & Faraone, 2005; Yoshimasu et al., 2012). Am häufigsten treten oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50 %), stärker ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens (30-50 %), affektive, vor allem depressive Störungen (15-20 %), Angststörungen (20-25 %) und umschriebene Lernstörungen (10-25 %) auf. Darüber hinaus werden gehäuft Tic-Störungen sowie Sprech- und Sprachstörungen, aber auch Stö-

rungen der motorischen Funktionen beobachtet (vgl. Döpfner et al., 2013a). In epidemiologischen Studien werden teilweise noch höhere Komorbiditätsraten gefunden. Jensen et al. (1997) schlussfolgern nach einer Übersicht über entsprechende Studien, dass die Komorbiditätsraten in epidemiologischen Stichproben für Störungen des Sozialverhaltens einschließlich oppositioneller Verhaltensstörungen zwischen 43 und 93 Prozent liegen und für internalisierende Störungen (Angststörungen, depressive Störungen) zwischen 13 und 51 Prozent. Neben diesen komorbiden Störungen treten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS vermehrt zusätzliche Probleme und Belastungen auf. Die betroffenen Kinder wiederholen häufiger eine Klasse, haben schlechtere Schulnoten und erreichen geringere Leistungen in Sprach-, Lese-, Rechtschreib- und Rechentests. Die Kinder haben eine geringere soziometrische Position in der Gleichaltrigen-Gruppe und die Eltern-Kind- sowie die Lehrer-Kind-Beziehungen sind durch ein hohes Maß an negativen, bestrafenden und kontrollierenden Interaktionen gekennzeichnet.

## 1.2 Störungen des Sozialverhaltens

Die Störungen des Sozialverhaltens zeichnen sich im Kindesalter vor allem durch oppositionelle Verhaltensweisen gegenüber Erwachsenen und durch aggressives Verhalten hauptsächlich gegenüber Gleichaltrigen auf (Petermann et al., 2016). Die genauen Kriterien lassen sich im DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) nachlesen. Diese Diagnose beschreibt ein mindestens sechs Monate lang anhaltendes Muster von ärgerlicher/gereizter Stimmung, streitsüchtigem/trotzigem Verhalten oder Rachsucht, nachgewiesen über mindestens vier der im DSM-5 aufgelisteten Symptome, die sich in der Interaktionen mit mindestens einer Person zeigt, die kein Geschwister ist.

Diese Symptomkriterien weichen nur unwesentlich von den Kriterien des ICD-10 für eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ab (Dilling et al., 2011, 2015).

DSM-5 verlangt zudem, dass die Verhaltensstörung mit Leidensdruck für die Person selbst oder für andere Personen im unmittelbarem sozialen Umfeld (z. B. Familie, Gleichaltrigen-Gruppe) verbunden ist oder dass sie negative Auswirkungen auf soziale, pädagogische, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche hat. Im Gegensatz zu ADHS müssen die Symptome einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nicht in mehreren Lebensbereichen auftreten. Eine Generalisierung der Symptomatik über mehrere Lebensbereiche weist jedoch auf einen höheren Schweregrad hin. Störungen des Sozialverhaltens können im Kindesalter isoliert oder in Kombination mit anderen psychischen Störungen auftreten, vor allem mit ADHS und mit emotionalen Störungen (Ängsten und Depressionen).

## 1.3 Verlauf

Bei ADHS vermindert sich in vielen Fällen im Jugendalter die motorische Unruhe, während Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen und damit meist auch Beeinträchtigungen im schulischen Bereich sich oft fortsetzen (Faraone et al., 2006). Mitunter treten koexistierende Störungen und Probleme (z. B. aggressives Verhalten) in den Vordergrund der Gesamtproblematik. Bei Betroffenen mit günstigem Verlauf der Problematik sind dagegen oft keine Unterschiede mehr zu Gleichaltrigen festzustellen. Die Symptomatik kann bei einem Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter hinein fortbestehen, bei anderen vermindern sich die Probleme in der Spätadoleszenz und mit Eintritt in das Erwachsenenalter weiter. Verlaufsuntersuchungen an klinischen Stichproben zeigen, dass bei 40 bis 80 Prozent der Kinder mit der Diagnose ADHS die Störung bis ins junge Erwachsenenalter fortbesteht (Döpfner et al., 2013a). Bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens kann ebenfalls im Laufe der weiteren Entwicklung eine Verminderung von Wutausbrüchen und impulsivem Verhalten beobachtet werden, doch können auch dissoziale Verhaltensweisen zusätzlich auftreten und sich die Symptomatik insgesamt verschärfen.

## 2 Pathogenese

### 2.1 ADHS

Bei ADHS wird generell eine Interaktion psychosozialer und biologischer Faktoren vermutet, die letztlich zum klinischen Bild der ADHS führt. Allerdings weisen die Studien eindeutig darauf hin, dass psychosoziale Faktoren eine geringere Rolle und biologischen Faktoren ein großer Stellenwert für die Entstehung von ADHS eingeräumt werden muss, wobei die ausschließliche Betrachtung biologischer Faktoren nur zu einem begrenzten Teil die Entwicklung von ADHS erklären kann.

#### Neurobiologische und neuropsychologische Ebene

Auf der neurobiologischen und neuropsychologischen Ebene lässt sich die Vielzahl der Untersuchungsbefunde dahingehend zusammenfassen, dass bei Patienten mit ADHS eine grundlegende Dysfunktion des kortikalen-striatalen Netzwerkes vorliegt. Hierbei scheinen erbliche Faktoren eine bedeutende Rolle zu spielen mit einer wahrscheinlich genetisch bedingten dysfunktionalen Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien. Zwillingsstudien belegen eine hohe Heritabilität der ADHS zwischen 60 und 90 Prozent, wobei in diese sowohl genetische Einflüsse als auch Gen-Umwelt-Interaktionen einfließen. Die dysfunktionale Informationsverarbeitung kann möglicherweise auch durch Komplikationen in der Schwangerschaft, durch Exposition gegenüber toxischen Substanzen (Alkohol, Nikotin) oder durch neurologische Erkrankungen und durch Einflüsse der psychosozialen Umwelt mitverursacht oder verstärkt werden. Neurophysiologische und neuroanatomische Befunde belegen sowohl morphologische als auch funktionelle Besonderheiten. Neuropsychologische Studien weisen auf Störungen der Aufmerksamkeit, der Selbstregulation, der Flexibilität im Denken, der Reaktionshemmung, des Zeitmanagements, des Arbeitsgedächtnisses, des Planens und Organisierens von Verhalten hin. Auf motivationaler Ebene wurde eine spezifisch erhöhte Abneigung gegen Belohnungsverzögerungen identifiziert (vgl. Döpfner et al., 2013a).

#### Psychosoziale Ebene

Auf der psychosozialen Ebene ist eine Häufung von ADHS in Familien mit geringerem sozioökonomischem Status in mehreren Studien nachgewiesen (z. B. Döpfner et al., 2008a). Zahlreiche Befunde belegen, dass ADHS auch in einem Zusammenhang mit speziellen Eltern-Kind-Beziehungsmustern steht. Dabei spielen die sog. erzwingenden Interaktionen eine besondere Rolle. Mütter von Kindern mit ADHS stellen häufiger Aufforderungen an diese, äußern sich häufiger in negativer Weise und verhalten sich weniger responsiv gegenüber ihren Kindern (z. B. DuPaul et al., 2001; Johnston, 1996; Keown & Woodward, 2002). Diese Befunde stehen in Übereinstimmung mit dem Konzept der gegenseitig erzwingenden (coerciven) Interaktionen, das Patterson (1982) ursprünglich für Kinder mit aggressiven Verhaltensauffälligkeiten beschrieben hat.

Abbildung 2.1 gibt ein biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS wieder, das die weitgehend gesicherten Befunde zu den ätiologischen Faktoren von ADHS integriert (vgl. Döpfner et al., 2013a). Dieses Modell berücksichtigt als primär kausale Elemente *genetische Faktoren* und *epigenetische Vorgänge* bei der Hirnentwicklung, *Schädigungen des Zentralnervensystems* durch metabolische Störungen, Traumen usw. inklusive zentralnervöser Einflüsse von Toxinen bzw. Nahrungsmittelbestandteilen sowie psychosoziale Faktoren. Als vermittelnde Elemente werden *neurobiologische* (neuroanatomische, neurochemische und neurophysiologische) und neuropsychologische Auffälligkeiten und Prozesse angesehen, die schließlich auf der *Verhaltensebene* ADHS sowie koexistierende Störungen und Auffälligkeiten auslösen. Die neurobiologischen und neuropsychologischen Mediatoren lassen sich als sog. Endophänotypen verstehen, d. h. Brücken zwischen Genetik und Verhalten, die genetische und epigenetische Auswirkungen auf das Verhalten unmittelbar reflektieren. Insgesamt scheinen genetische Faktoren den Hauptanteil bei

der Verursachung von ADHS auszumachen, während erworbene biologische Faktoren und psychosoziale Faktoren eher eine untergeordnete Rolle spielen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese primären Faktoren nicht unabhängig voneinander additiv wirken, sondern dass Interaktionen zwischen ihnen vermutlich sehr bedeutsam sind.

Die primären *Ursachen* wirken sich auch auf weitere neurobiologische sowie neuropsychologische Prozesse aus. So sind auf der neurobiologischen Ebene bei Kindern mit ADHS zahlreiche *strukturelle und funktionelle zerebrale Auffälligkeiten* nachweisbar, wie beispielsweise eine Störung im Dopamin-Stoffwechsel. Auf der *neuropsychologischen Ebene* lassen sich Störungen der Selbstregulation in verschiedenen Funktionsbereichen finden. Die *klinische Symptomatik* von ADHS kann somit als eine Resultante dieser primär kausalen neurobiologischen Faktorenkette mit Moderation durch psychosoziale Faktoren betrachtet werden. *Psychosoziale Faktoren* können die Ausprägung der Symptomatik, die Entwicklung komorbider Störungen und den Verlauf der Symptomatik im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei neurobiologisch vulnerablen Personen beeinflussen. Der Schweregrad der ADHS-Symptomatik und der längerfristige Verlauf sowie die Komorbidität mit anderen Störungen gehen mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen einher. Die ADHS-Symptome bewirken wiederum eine Zunahme an negativen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen (Eltern, Erzieher, Lehrer, Geschwister, Gleichaltrige). Ungünstige Bedingungen in Familie und Schule (z. B. psychische Belastungen der Bezugspersonen, inkompetentes Erziehungsverhalten, große Klassen), aber auch in der Gleichaltrigengruppe (z. B. andere auffällige Kinder) unterstützen die weitere Entwicklung solcher ungünstigen Interaktionen. Diese bewirken ihrerseits wiederum eine Zunahme der ADHS-Symptomatik und der Störungen im Selbstregulationsprozess und sie unterstützen die Entwicklung weiterer komorbider Symptome.

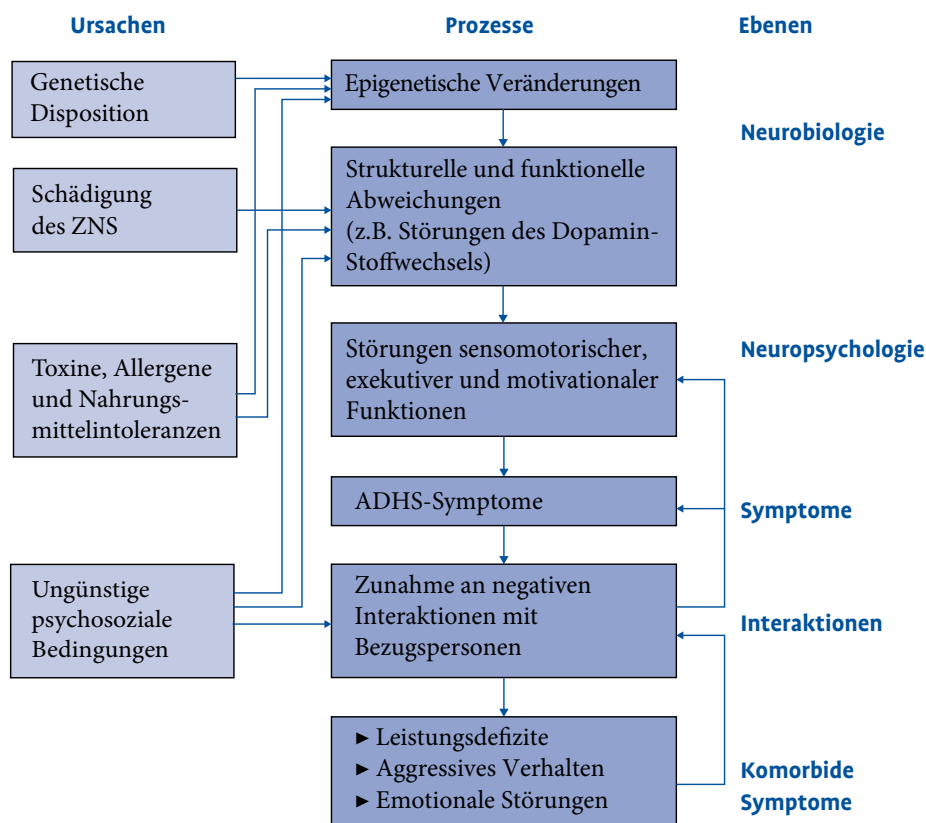


Abbildung 2.1 Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS

## 2.2 Störungen des Sozialverhaltens

Bei Störungen des Sozialverhaltens spielen unabhängig von ADHS Temperamentsmerkmale, die mit Problemen in der Emotionsregulation in Zusammenhang stehen (z. B. ausgeprägte emotionale Reaktivität, niedrige Frustrationstoleranz), für die Entstehung der Störung eine Rolle. Die für ADHS beschriebenen psychosozialen Faktoren lassen sich ebenfalls und meist noch deutlicher auch für Störungen des Sozialverhaltens belegen. Sehr strenge, inkonsistente oder vernachlässigende Erziehungsmethoden sind häufig in Familien von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten anzutreffen und diese Erziehungspraktiken spielen in vielen Theorien zu den Ursachen der Störung eine wesentliche Rolle. Für Patterson et al. (1989) sind Hauptursachen für die Entwicklung oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen in der frühen Kindheit inkonsistente Erziehung und mangelnde Kontrolle, verbunden mit mangelnder Wärme und verminderter Aufmerksamkeit für angemessene prosoziale Verhaltensansätze der Kinder.

### 3 Multimodale Diagnostik externaler Störungen

Die spezifische Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie von Störungen des Sozialverhaltens baut auf einer allgemeinen multimodalen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen auf, wie sie im Leitfaden zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Döpfner & Petermann, 2012) beschrieben ist. Ausführliche Anleitungen zur spezifischen Diagnostik von ADHS und von Störungen des Sozialverhaltens sowie eine Zusammenstellung der diagnostischen Materialien finden sich:

- ▶ im Leitfaden zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner et al., 2013a)
- ▶ im Kinder-Diagnostik-Systems KIDS zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner et al., 2006)
- ▶ im Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)
- ▶ in den Leitfäden zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner et al., 2013b) und zu Störungen des Sozialverhaltens (Petermann et al., 2016)

Tabelle 3.1 gibt eine Übersicht über hilfreiche Verfahren der störungsübergreifenden und der störungsspezifischen multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik.

#### Exploration

Im Rahmen der multimodalen diagnostischen Abklärung einer ADHS und der Störung des Sozialverhaltens steht die Exploration der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Erzieher/Lehrer im Zentrum der Diagnostik. Ohne Informationen sowohl von den Eltern als auch von dem Kind/Jugendlichen und von Erziehern/Lehrern ist die Diagnose einer ADHS nicht möglich und auch für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens sollten die Urteile von Eltern und Lehrern einbezogen werden, da die Symptomatik in verschiedenen Lebensbereichen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Die Exploration des Kindes/Jugendlichen bezieht auch die Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen während der Exploration und während anderer Untersuchungen (z. B. testpsychologische Untersuchung) sowie seine psychopathologische Beurteilung mit ein. Alle anderen diagnostischen Maßnahmen sind optional, aber häufig indiziert (vgl. Döpfner et al., 2013a):

- ▶ *Standardisierte Fragebögen* für die Eltern, für das Kind/den Jugendlichen und für den Erzieher/Lehrer können die Exploration ergänzen und erleichtern. Falls eine Exploration der Erzieher/Lehrer nicht möglich ist, können Fragebögen diese auch ersetzen. Häufig erleichtern Fragebögen die Exploration, wenn sie vor der Exploration beantwortet werden. Der Untersucher kann dann die Informationen aus den Fragebögen zur gezielten weiterführenden Exploration nutzen.
- ▶ Eine *testpsychologische Untersuchung* der Intelligenz oder des Entwicklungsstandes bzw. der schulischen Leistungsfähigkeit oder der Aufmerksamkeitsleistung und Impulsivität kann unter bestimmten Bedingungen indiziert sein. Eine grundlegende kurze Prüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit ist jedoch meist indiziert. Neuropsychologische Tests beispielsweise der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle oder des Kurzzeitgedächtnisses können ergänzend hilfreich sein.
- ▶ Eine orientierende *körperliche und neurologische Untersuchungen* mit weitergehenden somatischen Abklärungen bei Indikation ist vor allem zur differenzialdiagnostischen Abklärung und zur Erfassung komorbider somatischer Erkrankungen notwendig und sie ist auch Bestandteil der Überprüfung der Indikation für eine Pharmakotherapie.

**Tabelle 3.1** Verfahren der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik von ADHS und oppositionellem Verhalten

Stufe	Klinisches Urteil	Elternurteil	Erzieher-/Lehrerurteil	Selbsturteil (ab 11 J.)
Störungsübergreifende Diagnostik	EPSKI CASCAP-D DCL-SCREEN ILF-SCREEN	3-5 J.: VBV-EL 3-5 J.: CBCL1½ -5 CBCL6-18R FBB-SCREEN	3-5 J.: VBV-ER 3-5 J.: CTRF1½ -5 TRF6-18R FBB-SCREEN	YSR11-18R SBB-SCREEN
Störungsspezifische Diagnostik	ES-HOV DCL-ADHS DCL-SSV ILF-EXTERNAL EI-PF VWU	3-5 J.: FBB-ADHS-V FBB-ADHS FBB-SSV EF-PF FAVK-F	3-5 J.: FBB-ADHS-V FBB-ADHS FBB-SSV FAVK-F	SBB-ADHS SBB-SSV FAVK-S

- CASCAP-D: Psychopathologisches Befund-System bei Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 1999)  
 CBCL 11/2–5: Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002a)  
 CBCL 6–18R: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 2014)  
 CTRF: Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002b)  
 DCL-ADHS: Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 DCL-SCREEN: Diagnose-Checkliste zum Screening psychischer Störungen (Döpfner Görtz-Dorten, 2016)  
 DCL-SSV: Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 EF-PF: Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (Döpfner et al., 2006, 2013b)  
 EI-PF: Elterninterview über Problemsituationen in der Familie (Döpfner et al., 2006, 2013b)  
 EPSKI: Explorationsschema für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Döpfner & Petermann, 2012; Döpfner & Steinhausen, 2012)  
 ES-HOV: Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen (Döpfner et al., 2006, 2013b)  
 FAVK: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010).  
 FBB-ADHS: Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 FBB-ADHS-V: Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 FBB-SCREEN: Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 FBB-SSV: Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 ILF-EXTERNAL: Interview-Leitfaden für Externale Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 ILF-SCREEN: Interview-Leitfaden zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 SBB-ADHS: Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 SBB-SCREEN: Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 SBB-SSV: Selbstbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)  
 TRF/6-18R: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 2014)  
 VBV-EL: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Elternfragebogen (Döpfner et al., 2016)  
 VBV-ER: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Erzieherfragebogen (Döpfner et al., 2016)  
 VWU: Beurteilungsbogen: Verhalten während der Untersuchung (Döpfner et al., 2013b)  
 YSR/11-18R: Fragebogen für Jugendliche (Döpfner et al., 2014)

Ausführliche Hinweise zur Exploration der Eltern und der Erzieher oder Lehrer werden im Leitfaden zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner et al., 2013a) gegeben sowie im Rahmen des *Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (Döpfner et al., 2013b). Hilfreich für eine klinische Exploration sind das *Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen* (ES-HOV; Döpfner et al., 2013a,b, 2006) und die *Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen DCL-ADHS* bzw. für Störungen

des Sozialverhaltens (FBB-SSV) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2016). Anhand der Diagnose-Checkliste lassen sich die einzelnen Kriterien für die Diagnose einer ADHS nach ICD-10 und nach DSM-5 im Rahmen einer niedrig strukturierten klinischen Exploration bewerten. Das DISYPS-III enthält zudem einen Interviewleitfaden für externe Störungen (ILF-External), der ergänzend eingesetzt werden kann, um eine höher strukturierte Exploration entsprechend den Kriterien eines strukturierten Interviews durchzuführen. Zur Festlegung der Ansatzpunkte von Interventionen im Rahmen eines Elterntrainings hat sich das *Elterninterview über Problemsituationen in der Familie*, EI-PF (Döpfner et al., 2006, 2013b) erwiesen.

### Standardisierte Fragebögen

Standardisierte Fragebögen für Eltern, für ältere Kinder/Jugendliche und für Erzieher/Lehrer zur Erfassung der ADHS-Symptomatik und komorbider Symptome und Probleme können ausgesprochen nützlich sein. Bei der Erfassung der ADHS- und der oppositionell-aggressiven Symptome sind Eltern- und Erzieher-/Lehrerfragebögen im Allgemeinen valider als Selbstbeurteilungsverfahren. Bei der Erfassung komorbider emotionaler Symptome können Selbstbeurteilungsverfahren sensitiver sein.

**Basisverfahren.** Als Basisverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten haben sich die in Tabelle 3.1 aufgelisteten Verfahren bewährt. Im Rahmen der störungsspezifischen Diagnostik können der *Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS)* und der *Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)* eingesetzt werden, die sowohl von den Eltern als auch von den Erziehern/Lehrern beurteilt werden können. Diese Fragebögen sind Bestandteil des umfassenden *Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche, DISYPS-III* (Döpfner & Görtz-Dorten, 2016). Die Bögen enthalten die Diagnosekriterien für ADHS und für Störungen des Sozialverhaltens. Wenn die Bögen vor der Exploration der Eltern oder der Erzieher bzw. Lehrer ausgefüllt werden, dann kann die Exploration sehr gezielt erfolgen und der Untersucher kann sich sein eigenes Urteil durch Nachfragen bilden, das er dann auf den entsprechenden Diagnose-Checklisten dokumentieren kann. Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren wurde der *Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Vorschulalter (FBB-ADHS-V)* entwickelt, der die spezifische Ausprägung der ADHS-Symptomatik bei Vorschulkindern erfasst. Er ist sowohl für das Erzieherurteil als auch das Elternurteil normiert.

Im *Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie*, EF-PF (s. Döpfner et al., 2013b, 2006) schätzen die Eltern ein, wie problematisch sie das Verhalten des Kindes in 16 alltäglichen familiären Situationen erleben. Der Fragebogen ist parallel zum *Elterninterview über Problemsituationen, EI-PF* (Döpfner et al., 2006, 2013b) aufgebaut. Wenn der Fragebogen vor dem Elterninterview ausgefüllt wird, kann dieses Interview zielgerichteter und schneller durchgeführt werden. Zur Erfassung aggressiver und oppositioneller Verhaltensweisen hat sich vor allem der *Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern (FAVK, Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)* bewährt, der zwischen gleichaltrigenbezogener Aggression und erwachsenenbezogener Aggression sowie zwischen verschiedenen störungsaufrechterhaltenden Faktoren unterscheidet. Er liegt sowohl im Fremdurteil als auch im Selbsturteil vor.