Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. St. Bender

ADHS im jungen Erwachsenenalter

Langzeitverlauf der ADHS nach multimodaler Therapie: Eine 18-Jahres-Katamnese der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde
eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Janet Mandler
aus Magdeburg

promoviert am 31. August 2016

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner
2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. F. Jessen

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

- Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner
- Dr. rer. medic. St. Schürmann
- Dr. rer. medic. D. Breuer

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, 29.12.2015

_____

Janet Mandler, Dipl.-Psych.

Die Erarbeitung des Konzeptes dieser Dissertation erfolgte unter Anleitung von Universitätsprofessor Dr. M. Döpfner, Dr. Stephanie Schürmann und Dr. Dieter Breuer, die diese Langzeitstudie von der ersten Stunde an begleitet haben.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten der 18-Jahres-Katamnese wurden zum größten Teil von mir selbst in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln erhoben, erfasst und ausgewertet. Bei der Datenerhebung unterstützten mich sowohl Dipl.-Psych. Sonja Braun als auch Dr. Stephanie Schürmann sowie in einigen Fällen Dr. Christiane Rademacher und Dr. Tanja Wolff Metternich-Kaizman.

Bei der statistischen Auswertung der Daten erhielt ich Unterstützung von Dr. Dieter Breuer.

Danksagung

An erster Stelle danke ich Herrn Universitätsprofessor Dr. Manfred Döpfner für die Überlassung des Themas und die stets hilfreiche und wertschätzende Betreuung der Arbeit.

Herrn Dr. Dieter Breuer danke ich für seine freundliche Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Stephanie Schürmann, die diese Langzeitstudie seit nunmehr 25 Jahren nicht nur mit Verstand sondern auch mit Herz begleitet und die für meine Anliegen immer ein offenes Ohr hatte.

Weiterhin bedanke ich mich bei Dipl.-Psych. Sonja Braun, Dr. Christiane Rademacher und Dr. Tanja Wolff Metternich-Kaizman für die zuverlässige Unterstützung bei der Erhebung der Daten.

Und ich danke meiner Familie und meinen Freunden, die aller Stolpersteine zum Trotz beständig an den Abschluss dieser Arbeit geglaubt und mich unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung und Stand der Forschung 10

1. Symptomatik, Diagnose und Differentialdiagnostik der ADHS 12
   1.1 Symptomkriterien der ADHS 12
   1.2 Diagnose der ADHS nach ICD-10 14
   1.3 Diagnose der ADHS nach DSM-5 14
   1.4 Differenzialdiagnose und komorbide Störungen 15
   1.5 Prävalenz der ADHS 17

2. Pathogenese 18
   2.1 Biologische Faktoren 19
   2.2 Neuropsychologische Faktoren 20
   2.3 Psychosoziale Faktoren 22

3. Stabilität und klinischer Verlauf der ADHS-Symptomatik in der Lebensspanne 23
   3.1 Säuglings- und Kleinkindalter 23
   3.2 Kindergarten- und Vorschulalter 24
   3.3 Schulalter 24
   3.4 Jugendalter 25
   3.5 Erwachsenenalter 26

4. Therapie der ADHS 27
   4.1 Psychoedukation und Verhaltenstherapie 28
      4.1.1 Spieltrainings 29
      4.1.2 Selbstinstruktionstrainings 29
      4.1.3 Selbstmanagement-Methoden 30
   4.2 Pharmakotherapie 31
   4.3 Weitere Therapieansätze 32
      4.3.1 Angeleitete Selbsthilfe 32
      4.3.2 Neurofeedback 33
      4.3.3 Diät-Behandlungen 34
   4.4 Vergleich der Therapieformen und multimodale Behandlungsansätze 34
   4.5 Therapie der ADHS im Erwachsenenalter 35

5. Studienlage: ADHS Langzeitverläufe 37
5.1 Schulabschluss und berufliche Entwicklung 41
5.1.1 Schulabschluss 41
5.1.2 Berufliche Entwicklung 42
5.2 Persönliche Entwicklung und Lebenszufriedenheit 44
5.2.1 Soziale Beziehungen und familiäre Situation 44
5.2.2 Sexualkontakte 45
5.2.3 Verhalten im Straßenverkehr 45
5.2.4 Finanzielle Situation 47
5.2.5 Lebenszufriedenheit 47
5.3 ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter 48
5.4 Komorbide Symptomatik im Erwachsenenalter 50
5.4.1 Störung des Sozialverhaltens und antisoziale Persönlichkeitsstörung 54
5.4.2 Substanzmissbrauch 57
5.4.3 Weitere psychopathologische Auffälligkeiten 60
5.5 Zusammenfassung der zentralen Studienergebnisse 62

II Methodik 64

6. Studiendesign und Beschreibung der Stichprobe 64
6.1 Ergebnisse der Intensivtherapie 67
6.2 Follow-up Untersuchungen 68
6.2.1 Follow-up nach 18 Monaten 68
6.2.2 Follow-up nach 8,5 Jahren 68
6.2.3 Follow-up nach 18 Jahren 70
6.3 Fragestellung und Hypothesen des 18-Jahres-Follow-up 73

7. Erhebungsinstrumente zum 18-Jahres-Follow-up 74
7.1 Erfassung des Funktionsniveaus und der Lebenszufriedenheit 76
7.1.1 Follow-up-Interview KAMT 76
7.1.2 Fragebogen zu Partnerschaften, Sexualkontakten und Auffälligkeiten im Straßenverkehr (FB-PERS) 77
7.1.3 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) 77
7.2 Erfassung der ADHS-Symptomatik 78
7.2.1 Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter – Aktuelle Probleme (FEA-AFB und FEA-ASB) 78

7.2.2 Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter – Frühere Probleme (FEA-FFB und FEA-FSB) 80
7.2.3 Diagnosecheckliste ADHS für Erwachsene (DCL-ADHS-E) 81
7.3 Erfassung komorbider Symptomatik 82
7.3.1 Fragebogen über das Verhalten Erwachsener (ABCL) & Fragebogen für Erwachsene (ASR) 82
7.3.2 Selbstbeurteilungsbogen Störungen des Sozialverhaltens (SBB-SSV-E) 82
7.3.3 Diagnosecheckliste Störungen des Sozialverhaltens (DCL-SSV-E) 83
7.3.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: Achse I: Psychische Störungen (SKID-I) 84
7.3.5 Fragebogen aus Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) 84
7.3.6 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) 84
7.3.7 Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) 85
7.4 Angewandte Testverfahren 85
7.4.1 Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) 85
7.4.2 Hamburger Schreib-Probe (HSP 5-9) 86
7.4.3 Untertest Rechnerisches Denken aus Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE) 87

III Ergebnisse **88**

8. Drop-out-Analysen 18-Jahres-Follow-up 88
8.1 Eingeschlossene vs. nicht eingeschlossene Probanden 88
8.2 Vorliegen der Fremdbeurteilung der ADHS-Symptomatik 89
8.3 Umfang der Mitarbeit 91

9. Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit zum 18-Jahres-Follow-up 93
9.1 Schulabschluss und Berufsausbildung 93
9.2 Aktuelle berufliche Situation 95
9.3 Familiäre- und Wohnsituation 99
9.4 Straßenverkehr und Unfallträchtigkeit 100
9.5 Körperliche Gesundheit 102

9.6 Medikamentöse sowie psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen im Erwachsenenalter 103
9.7 Finanzielle Situation 104
9.8 Gesetzeswidrigkeiten, Straftaten und Verurteilungen 106
9.9 Lebenszufriedenheit 107
9.10 Klinische Beurteilungen 113
9.10.1 Häufigkeit und Art der sozialen Integration 113
9.10.2 Soziale Anpassung zum Erhebungszeitpunkt 114

10. ADHS-Symptomatik zum 18-Jahres-Follow-up 117
10.1 Aktuelle ADHS-Symptomatik im Selbst- und im Fremdurteil 117
10.1.1 FEA-AFB & FEA-ASB 117
10.1.2 ABCL & ASR: Aufmerksamkeitsskala 123
10.2 DCL-ADHS-E: Klinische Beurteilung der ADHS-Symptomatik 126
10.3 Häufigkeit der ADHS-Diagnosen 128
10.4 Klinische Endeinschätzung der ADHS-Symptomatik 129
10.5 Prognose für die ADHS-Symptomatik 130
10.6 Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik 131

11. Komorbide Symptomatik zum 18-Jahres-Follow-up 132
11.1 Störung des Sozialverhaltens 133
11.1.1 SBB-SSV-E: Selbstbeurteilung Störung des Sozialverhaltens 133
11.1.2 DCL-SSV-E: Klinische Beurteilung der Störung des Sozialverhaltens 134
11.1.3 Klinische Endeinschätzung von oppositionellem/verweigerndem und aggressivem Verhalten 135
11.1.4 Prognose Sozialverhalten 136
11.2 SKID-II: Persönlichkeitsstörungen 138
11.3 Weitere komorbide Auffälligkeiten 140
11.3.1 ABCL & ASR: Fragebogen über das Verhalten Erwachsener & Fragebogen für Erwachsene 140
11.3.2 Substanzmissbrauch 143
11.3.3 SKID I & CASCAP-D 144

12. Prognose für die Gesamtentwicklung 152

IV Diskussion und Limitationen **154**

13. Limitationen der Studie 154

14. Diskussion der Ergebnisse 157
14.1 Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit 157
14.1.1 Schulabschluss 157
14.1.2 Berufsausbildung und aktuelle berufliche Situation 157
14.1.3 Familiäre- und Wohnsituation 161
14.1.4 Straßenverkehr und Unfallträchtigkeit 163
14.1.5 Adipositas 163
14.1.6 Medikamentöse sowie psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen im Erwachsenenalter 165
14.1.7 Finanzielle Situation 166
14.1.8 Gesetzeswidrigkeiten, Straftaten und Verurteilungen 167
14.1.9 Lebenszufriedenheit 168

14.2 Aktuelle ADHS-Symptomatik 170

14.3 Komorbide Symptomatik 172

14.4 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug auf die Hypothesen 179

V Zusammenfassung und Ausblick **181**

VI Literaturverzeichnis **183**

VII Anhang **208**

Anhang 1: Anschreiben 209
Anhang 2 – 10: Erhebungsinstrumente 211
Anhang 11 – 23: Ergebnisse 240

VIII Lebenslauf **285**

I Einleitung und Stand der Forschung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter. Bei meist chronischem Verlauf hat sie psychische und soziale Beeinträchtigungen zur Folge und ist ein Risikofaktor für komorbide psychische Störungen, insbesondere für affektive Störungen, Suchterkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. ADHS tritt nicht nur, wie lange angenommen, im Kindesalter auf, sondern kann bis in das hohe Erwachsenenalter persistieren. Dabei sind drei Verlaufstypen bekannt (Bundesärztekammer, 2007):

- Remission der ADHS bis zur Adoleszenz
- Fortbestehen des klinischen Vollbildes oder einer residualen ADHS mit Abnahme der Hyperaktivität im Entwicklungsverlauf bei Persistenz der Aufmerksamkeitsstörung
- Fortbestehen der ADHS mit häufigen komorbiden psychiatrischen Störungen

Bisher gibt es in Deutschland keine Studie, die die Langzeitentwicklung von Kindern mit einer ADHS bis in das Erwachsenenalter untersucht. Im internationalen Raum gibt es inzwischen einige Untersuchungen, die aufzeigen, wie sich Kinder mit einer ADHS in ihrem Leben weiterentwickeln. Dabei interessieren u. a. folgende Fragestellungen:

- Wie entwickelt sich die ADHS im Erwachsenenalter? Haben die Betroffenen auch im Erwachsenenalter noch Symptome der Aufmerksamkeitsstörungen, motorischen Unruhe und/oder Impulsivität? Inwieweit beeinträchtigen vorhandene Symptome und inwieweit werden bei vorliegenden Symptomen Beratungs- und Therapieangebote in Anspruch genommen?
- Inwieweit werden komorbide Störungen entwickelt?
- Welche Schulabschlüsse erreichen die Betroffenen? Welche Berufe werden erlernt und wie ist die berufliche Entwicklung (z. B. Arbeitslosigkeit, Stellenwechsel, Integration in Teams, Umgang mit der Symptomatik im beruflichen Kontext)?
- Wie entwickeln sich Kinder mit einer ADHS im Erwachsenenalter persönlich weiter? Unter welchen Bedingungen leben sie? Wie werden Beziehungen wie Partnerschaften und Freundschaften gestaltet?
- Wie ist die Lebenszufriedenheit der Betroffenen?
- Gibt es körperliche bzw. gesundheitliche Auffälligkeiten? Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

- Inwieweit können Prädiktoren für den Verlauf der ADHS und eventuellen komorbiden Symptomen bis in das Erwachsenenalter ausgemacht werden?
- Und inwieweit müssen in der Konsequenz ggf. diagnostische und therapeutische Angebote entwickelt, modifiziert oder erweitert werden?

Grundlage der vorliegenden Arbeit sind die Ergebnisse des 18-Jahres-Follow-up der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT), die an der Kölner Universitätsklinik durchgeführt wurde. Deutschlandweit handelt es sich dabei um die erste Studie, die die Entwicklung von Betroffenen mit ADHS mit den o.g. Fragestellungen über einen so langen Zeitraum untersucht. Es handelt sich um eine Longitudinalstudie mit einer ursprünglichen Stichprobe von 75 Kindern, die im Grundschulalter aufgrund ihrer ADHS-Symptomatik mit und ohne eine begleitende Störung des Sozialverhaltens multimodal, d. h. psychotherapeutisch und/oder pharmakologisch, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Köln behandelt wurden.

Ziel der Dissertation ist es, die persönliche und berufliche Entwicklung der inzwischen bis zu 32-jährigen Studienteilnehmer[1)] sowie ihre aktuell vorliegende ADHS- und komorbide Symptomatik darzustellen. Nach einem theoretischen Abriss über die ADHS im Allgemeinen und die Darstellung von Erkenntnissen aus bisherigen Studien zum Verlauf der ADHS bis in das Erwachsenenalter werden das Studiendesign und die empirischen Befunde des letzten Erhebungszeitraumes, der durchschnittlich 18 Jahre nach der Behandlung der ehemaligen Patienten durchgeführt wurde, dargestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse diskutiert, insbesondere bezüglich der Fragestellungen, inwieweit sich die Entwicklungen der Studienteilnehmer von Entwicklungen junger Erwachsener in der Normalbevölkerung der BRD unterscheiden und inwieweit die Ergebnisse dieser Studie mit Befunden der ADHS-Longitudinalstudien im internationalen Raum vergleichbar sind.

[1)] Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

1. Symptomatik, Diagnose und Differentialdiagnostik der ADHS

1.1 Symptomkriterien der ADHS

Die Leitsymptome der ADHS bestehen in einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (in Form von hoher Ablenkbarkeit), in einer Beeinträchtigung der Impulskontrolle (in Form von impulsivem Verhalten) und in einer Beeinträchtigung der Aktivität (in Form von Hyperaktivität) (Döpfner et al., 2013a). Die Auffälligkeiten sind nach ICD-10 bereits vor dem Alter von 6 Jahren und nach DSM-5 (Falkai et al., 2015) vor dem 12. Lebensjahr in unterschiedlichen Situationen und Lebensbereichen, wie z. B. in der Familie, in der Schule, im Kindergarten oder auch in der Untersuchungssituation zu beobachten. Die Vergabe der Diagnose einer ADHS erfordert ein mindestens 6-monatiges Auftreten der Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulsivität. Die Symptome müssen dabei in einem Ausmaß auftreten, das zu einer Fehlanpassung des Kindes führt und das nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht (Döpfner et al., 2013a). Gemäß der beiden derzeit gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling et al., 2009, 2011) und DSM-5 (Falkai et al., 2015) gelten folgende Symptomkriterien der ADHS (Tab. 1):

Tabelle 1:
Symptomkriterien der ADHS

A) Unaufmerksamkeit	1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. 2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten). 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. 6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben). 7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). 8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1:

Symptomkriterien der ADHS

B) Hyperaktivität	1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht {häufig} in der Klasse oder anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.} (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)
C) Impulsivität	1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen). 3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein). 4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). {Im DSM-5 unter Hyperaktivität subsumiert.}

{ } nur DSM-5, ( ) nur ICD-10 (Döpfner et al., 2013a)

Um die Anwendung der Kriterien über die Lebensspanne zu erleichtern und der Beurteilung der Symptome der ADHS im Erwachsenenalter gerecht zu werden, finden sich im DSM-5 (Falkai et al., 2015) zusätzliche Beispiele zu den in Tabelle 1 aufgeführten 18 Symptomkriterien. So wird bspw. das Item „Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten“ durch den zusätzlichen Hinweis, dass sich diese Probleme auch in Form von Schwierigkeiten, während Vorlesungen, Tagungen, Unterhaltungen oder des Lesens längerer Texte fokussiert zu bleiben, zeigen können (Banaschewski & Döpfner, 2014).

Die o.g. Symptome sind meist dann zu beobachten, wenn sich die Betroffenen in Situationen befinden, die eine längere Aufmerksamkeitsspanne, Planungs- und Organisationsvermögen oder ruhiges Verhalten erfordern, wie z. B. bei den Hausaufgaben, im Unterricht, in größeren Gruppen, beim Essen oder beim Anziehen. Die Auffälligkeiten können daher in Abhängigkeit von den Anforderungen an den Betroffenen in den verschiedenen Lebensbereichen (Schule, Ausbildung, Arbeit, Freizeit, Zuhause) unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

1.2 Diagnose der ADHS nach ICD-10

Nach ICD-10 (Dilling et al., 2009, 2011) sind im Zusammenhang mit einer ADHS folgende Codierungsmöglichkeiten gegeben:

- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8 Sonstige hyperkinetische Störung
- F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
- F98.8 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

Für die Vergabe einer *einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)* nach ICD-10 müssen Störungen in der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulskontrolle vorliegen. Erfüllt der Betroffene zusätzlich zu diesen Kriterien die Diagnosekriterien einer Störung des Sozialverhaltens, erfolgt die Codierung einer *Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1)*. Andere und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen sind unter F90.8 und F90.9 zusammengefasst. Diese Codierungsmöglichkeiten können dann gewählt werden, wenn einzelne Diagnosekriterien nicht voll erfüllt sind. *Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität* werden unter der F98.8, sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, codiert.

1.3 Diagnose der ADHS nach DSM-5

Das DSM-5 (Falkai et al., 2015) unterscheidet für die ADHS folgende Erscheinungsformen („presentations“) und Diagnosemöglichkeiten:

- vorherrschend unaufmerksame Erscheinungsform
- vorherrschend hyperaktiv-impulsive Erscheinungsform
- gemischte Erscheinungsform
- ADHS, nicht näher bezeichnet
- Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome für ein Vollbild der ADHS zeigen, ist es nach DSM-5 möglich, den Zusatz „in partieller Remission“ zu ergänzen.

Für eine ADHS-Diagnose sind mindestens 6 Symptome der Kriterien für die vorwiegend unaufmerksame Erscheinungsform bzw. 6 Symptome der Kriterien für die vorwiegend hyperaktive-impulsive Erscheinungsform erforderlich. Sind sowohl die Kriterien für die vorwiegend unaufmerksame Erscheinungsform als auch die Kriterien für die

vorwiegend hyperaktive-impulsive Erscheinungsform erfüllt, erfolgt die Diagnose der kombinierten Erscheinungsform. Für die Vergabe der Diagnose ab 17 Jahren sind im Vergleich zum Kindes- und frühen Jugendalter nur 5 statt 6 erfüllte Symptomkriterien einer Erscheinungsform erforderlich.

1.4 Differenzialdiagnose und komorbide Störungen

Differentialdiagnostisch sind zum einen körperliche Ursachen für die Aufmerksamkeitsstörungen, wie z. B. Seh- oder Hörstörungen, epileptische Anfälle, mangelnder Schlaf, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie Alkohol- und Drogenkonsum auszuschließen. Zum anderen verlaufen die Grenzen zum normvarianten Verhalten nicht eindeutig. Gerade bei jüngeren Kindern erweist sich die Grenzziehung zwischen einem ausgeprägten Bewegungsdrang, der noch als altersgemäß einzustufen ist, und hyperaktivem Verhalten häufig schwierig. Differentialdiagnostisch müssen außerdem oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden: bei Kindern mit ADHS tritt oppositionelles Verhalten häufig als komorbide Störung auf, jedoch impliziert dies nicht, dass alle Kinder mit oppositionellem Verhalten auch die Kriterien einer ADHS erfüllen. Oppositionell auffällige Kinder leisten häufig auch Widerstand gegenüber Anforderungen, für deren Bewältigung Anstrengungsbereitschaft und Aufmerksamkeitsleistungen notwendig sind. Die Abneigung gegenüber solchen Anforderungen liegt jedoch nicht notwendigerweise in Störungen der Aufmerksamkeit begründet (Döpfner et al., 2013a).

Komorbide psychische Störungen werden bei bis zu 80 % der Kinder und Jugendlichen mit ADHS diagnostiziert (Jensen et al. 1997; Döpfner et al., 2013a). In Tabelle 2 sind die häufigsten komorbiden Störungen aufgeführt.

Tabelle 2:
Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

50 %	Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
30 – 50 %	Störung des Sozialverhaltens (ohne oppositionelle Verhaltensstörung)
10 – 40 %	Affektive, vor allem depressive Störungen
30 – 40 %	Angststörungen
10 – 40 %	Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
bis 30 %	Tic-Störungen

Döpfner et al. (2013a, S. 7)

In bis zu 50 % der Fälle kommt es zu einer begleitenden oppositionellen Störung des Sozialverhaltens und in 30 bis 50 % der Fälle zu stärker ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens (Döpfner et al., 2013a). Kinder und Jugendliche mit einer ADHS und einer begleitenden komorbiden Störung des Sozialverhaltens haben in der Langzeitprognose ein höheres Risiko für späteres delinquentes Verhalten, für späteren Substanzmissbrauch und für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Je früher die komorbide Störung des Sozialverhaltens dabei einsetzt, desto höher ist das Risiko für diese späteren Auffälligkeiten (August et al., 1983; Loeber et al., 1988; Mannuzza et al., 1989, 1991; Döpfner et al., 2013a). Darüber hinaus haben Kinder mit einer kombinierten Störung größere Entwicklungsrisiken als Kinder, die ausschließlich die Symptomkriterien einer ADHS erfüllen. Studien zeigten, dass sie z. B. im Durchschnitt ausgeprägtere Symptome der Hyperaktivität und der Aufmerksamkeitsproblematik vorweisen (Reeves et al., 1987; Shapiro & Garfinkel, 1986; Döpfner et al., 2013a) und eine erhöhte Rate an Teilleistungsstörungen zeigen (McGee et al., 1984; Moffitt & Silva, 1988; Döpfner et al., 2013a).

Zu komorbiden depressiven Störungen bei von ADHS Betroffenen kam es in verschiedenen Studien in 9 bis 38 % der Fälle (Anderson et al. 1987; Biederman et al., 1992; Milberger et al. 1995; Döpfner et al., 2013a). Es wird vermutet, dass die Entwicklung der depressiven Symptome als Folge der ADHS auftritt, da durch schulische und soziale Probleme dieser Kinder der Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins erschwert wird (Döpfner et al., 2013a).

Weitere häufige komorbide Störungen sind Angststörungen sowie Tic-Störungen. Tannock (2009; Döpfner et al., 2013a) fand bei 30-40 % der in einer Klinik vorgestellten Kinder mit ADHS eine begleitende Angststörung und Comings (1990; Döpfner et al., 2013a) zeigte bei 30 % der Kinder mit einer ADHS eine begleitende Tic-Störung auf. Nach Döpfner (2010; Döpfner et al., 2013a) haben Patienten mit Tourette-Syndrom in bis zu 70 % der Fälle eine ADHS, wobei sich die ADHS vor der Tic-Störung entwickelt.

In großen Feldstudien, so die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Angold et al. (1999; Steinhausen, 2010), stellen die Kombinationen von ADHS mit Depression und Angst häufige kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten dar. In der Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP) lag bei 47 % der ADHS-Fälle eine komorbide Störung vor. Bei den komorbiden Diagnosen handelte es

sich hauptsächlich um Störungen des Sozialverhaltens und Angst (Steinhausen et al., 1998; Steinhausen, 2010).

Darüber hinaus bestehen bei Kindern mit ADHS häufig umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernstörungen und Teilleistungsschwächen. Dazu gehören z. B. psychomotorische Entwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, isolierte Rechenstörungen und Lese-Rechtschreib-Störungen. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass die Intelligenzleistung von Kindern mit einer ADHS um sieben bis 15 IQ-Punkte vermindert ist (Ackerman et al., 1986; Döpfner et al., 2013a). Einer Studie von Taylor et al. (1991; Döpfner et al., 2013a) zufolge weisen Kinder mit ausschließlicher Aufmerksamkeitsstörung (ohne Hyperaktivität) diese verminderten Intelligenzwerte auf, nicht jedoch Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität. Es ist bislang noch nicht geklärt, inwieweit die Diskrepanzen in der Intelligenzleistung durch verminderte Aufmerksamkeitsleistungen in der Testsituation verursacht werden (Döpfner et al., 2013a).

Ferner wurden bei Vorliegen einer ADHS bei Kindern und Jugendlichen häufiger motorische Koordinationsstörungen (47 %), Lese-Rechtschreibstörung (40 %) und geistige Behinderung (13 %) diagnostiziert (Kadesjö & Gillberg, 2001; Steinhausen, 2010). In der MTA-Studie (siehe Kapitel 4.1; The MTA Cooperative Group, 1999a) fanden sich komorbid zur ADHS vor allem die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (40 %), Angststörungen (34 %), Störungen des Sozialverhaltens (14 %), Tic-Störungen (11 %) und affektive Störungen (4 %).

1.5 Prävalenz der ADHS

Für die ADHS werden durch internationale Studien in verschiedenen Ländern und Kulturen vergleichbare Prävalenzraten nach DSM-IV belegt (Döpfner et al., 2013a). Nach Skounti et al. (2007; Döpfner et al., 2013a) lagen die Prävalenzraten in europäischen Studien für Kinder zwischen 3,6 % und 6,7 % und für Jugendliche zwischen 2,2 % und 2,6 %. Im Erwachsenenalter liegt die Prävalenz von ADHS nach den DSM-IV-Kriterien bei 3 bis 4 % (Döpfner et al., 2013a; Fayyad et al., 2007; Kessler et al., 2006). Nach Polanczyk et al. (2007) liegt die weltweite durchschnittliche Prävalenzrate der ADHS bei 5,3 %.

2. Pathogenese

Bei der Entstehung und Entwicklung der ADHS wird von einem bio-psycho-sozialen Modell ausgegangen, bei dem die Interaktion biologischer und psychosozialer Faktoren zu dem klinischen Bild der ADHS führt. Dabei haben biologische Faktoren einen wesentlicheren Stellenwert für die Entwicklung der Symptomatik als die psychosozialen Bedingungen (Döpfner et al., 2013a), jedoch sind sie nicht allein für die Entwicklung der Symptomatik verantwortlich. Vielmehr wird von einer erhöhten biologischen Vulnerabilität ausgegangen, die mit Funktionsdefiziten z. B. auf neurobiologischer Ebene, einhergeht. Erfolgt bei dieser erhöhten biologischen Vulnerabilität eine unzureichende äußere Steuerung durch die Umgebung und befindet sich der Betroffene außerdem in einer Situation, in der Anforderungen an die Aufmerksamkeit gestellt werden, so können sich Symptome der ADHS manifestieren (vgl. Abb. 1, Döpfner et al., 2013a). Diese Faktoren wirken nicht additiv unabhängig voneinander, sondern Interaktionen zwischen ihnen scheinen sehr bedeutsam zu sein (Döpfner et al., 2013a). Bei der Entwicklung und dem Verlauf einer ADHS ist also von multifaktoriellen Ursachen und von einem Wechselspiel zwischen Umweltfaktoren, der genetischen Ausstattung des Kindes und möglichen weiteren Belastungen (z. B. während der Schwangerschaft oder der Geburt) auszugehen.

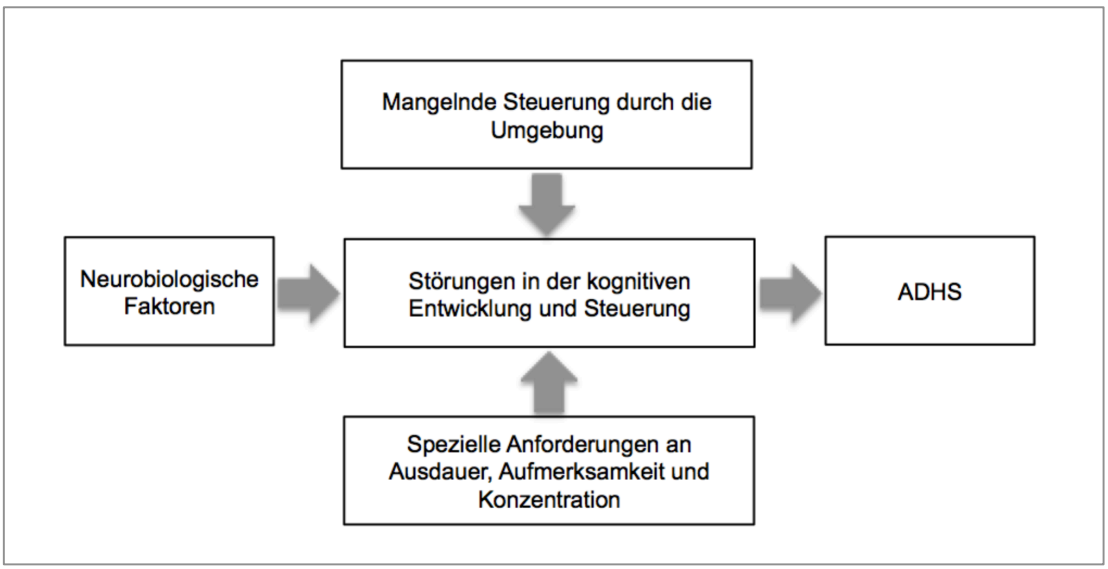


Abb. 1: Allgemeines Modell für die Entstehung von ADHS (Döpfner et al., 2013a, S. 9)

2.1 Biologische Faktoren

Zahlreichen Untersuchungsbefunden zufolge liegt bei ADHS-Patienten eine Dysfunktion des kortikalen-striatalen Netzwerkes vor. Man geht von Funktionsstörungen bestimmter neuronaler Regelkreise aus, z. B. im Striatum, im Frontalhirn und im Kleinhirn (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.). Dysfunktionen dieser Regelkreise haben ein Über- oder Unterangebot von Neurotransmittern zur Folge, wobei bei diesem Störungsbild die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin von besonderer Bedeutung sind. So sind bspw. im dopaminergen System von Betroffenen mit ADHS zu viele Transporterproteine für Dopamin in der präsynaptischen Membran vorhanden, weshalb aus dem synaptischen Spalt zu viel Dopamin in die präsynaptische Nervenzelle zurücktransportiert wird (Krause, 2008). Bei ADHS-Patienten wurde u. a. außerdem eine geringe Durchblutung des Frontallappens und des Striatums festgestellt (Dougherty et al., 1999). Die beeinträchtigten neuronalen Regelkreise haben einen wesentlichen Stellenwert für die exekutiven Funktionen und sind wesentlich daran beteiligt, das Zusammenwirken von Motivation, Emotion, Kognition und Bewegungsverhalten neuronal zu steuern (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.). Daher sind die Betroffenen bspw. nur eingeschränkt in der Lage, ihre Aufmerksamkeit gezielt zu lenken, sich selbst zu regulieren und vorausschauend zu planen.

Bezüglich der Ursachen scheinen erbliche Faktoren mit einer wahrscheinlich genetisch bedingten dysfunktionalen Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien bedeutsam zu sein, die wiederum durch Komplikationen in der Schwangerschaft, Einwirkung toxischer Substanzen, neurologische Erkrankungen oder Umwelteinflüsse mitverursacht oder verstärkt werden können (Döpfner et al., 2013a). Die bisher ermittelten biologischen Faktoren bzw. Abweichungen können die Entwicklung einer ADHS nur zu einem Teil erklären. Nach gegenwärtigem Forschungsstand wird von einem multifaktoriellen Vererbungsmuster ausgegangen, bei denen mehrere Genvarianten mit verschieden großen Effektstärken eine Rolle spielen (Döpfner et al., 2013a). Zahlreiche Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien weisen dem erblichen Faktor bei der Entwicklung einer ADHS eine zentrale Rolle zu. Zwillingsstudien zufolge weisen etwa 80 % der eineiigen und etwa 30 % der zweieiigen Zwillinge die gleiche Symptomatik auf (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.). In die hohe Heretabilität der ADHS fließen sowohl genetische Einflüsse als auch Gen-Umwelt-Interaktionen ein (Döpfner, et al. 2013a; Banaschewski, 2010).

Es konnten einzelne Regionen im menschlichen Erbgut identifiziert werden, die bei von ADHS Betroffenen typische Veränderungen aufweisen, insbesondere bei den Erbinformationen, die für die Bildung und Übertragung des Neurotransmitters Dopamin relevant sind (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.). Kandidatengene für ADHS sind demnach wichtige Modulatoren der dopaminergen und serotonergen Signalwege (Döpfner et al., 2013a). In einer großen Familienstudie wurden 51 Kandidatengene untersucht, wobei bei 18 Genen eine Assoziation mit ADHS gefunden werden konnte (Döpfner et al., 2013a, zit. n. Brookes et al., 2006). Für die Risikoallele DRD4, DRD5, SLC6A3, SNAP-25 und HTR1B bestehen signifikante Risikosteigerungen mit jeweils kleinen Effekten auf die Ausprägung des Phänotyps bei Odds Ratios zwischen 1,1 und 1,5 (Döpfner et al., 2013a). Durch die Studien gelang bisher jedoch insgesamt nur eine geringe Varianzaufklärung.

Auch Komplikationen und Belastungen während der Schwangerschaft und Geburt können Faktoren für die Entwicklung einer ADHS sein. Kriterien, die das Risiko eines Kindes, später an ADHS zu erkranken, erhöhen, sind bspw. eine hypoxische Hirnschädigung, ein geringes Geburtsgewicht sowie virale Infektionen während der Schwangerschaft (Döpfner et al., 2013a). Auch der Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Drogen begünstigt die Entwicklung einer ADHS. Diese Komplikationen führen aber nicht immer zu einer ADHS und viele Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer ADHS weisen solche Belastungen in ihrer Anamnese nicht auf (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.).

Weiterhin wurden bezüglich der Pathogenese der ADHS Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten diskutiert. So gibt es bspw. Hinweise auf eine Reduktion der ADHS-Symptomatik durch eine Eliminationsdiät. Untersuchungen ergaben jedoch keine konsistenten Ergebnisse, weshalb nach wie vor kein klinisch bedeutsamer Wirkungsmechanismus bekannt ist, durch den ADHS über Nahrungsmittel oder Nahrungsmittelzusätze ausgelöst oder verstärkt wird (Döpfner et al., 2013a).

2.2 Neuropsychologische Faktoren

Im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung werden die Bereiche Aufmerksamkeitsaktivierung (alertness), Daueraufmerksamkeit (sustained attention), selektive/fokussierte Aufmerksamkeit (selective attention) sowie geteilte Aufmerksamkeit (divided attention) unterschieden. Des Weiteren sind von ADHS Betroffene in ihrer Selbstregulation, in der Reaktionshemmung, in der Flexibilität ihres Denkens sowie in ihrer Planungs- und

Organisationsfähigkeit beeinträchtigt. Es wird ein geringeres Reaktionshemmungssystem vermutet, was zur Folge hat, dass Reaktionen, die mit Bestrafung bzw. Nichtverstärkung verbunden sind, schlechter kontrolliert werden können (Döpfner et al., 2013a, S. 14). Nach Barkley (1997; Döpfner et al., 2013a) sind für eine effektive Verhaltenshemmung neuropsychologische Prozesse erforderlich, die bei von ADHS Betroffenen jedoch gestört sind. Dies betrifft die Hemmung eines dominanten Handlungsimpulses, die Unterbrechung einer laufenden Handlung sowie die Hemmung interferierender Handlungstendenzen. Diese Prozesse der Verhaltenshemmung wiederum sind die Grundlage für die folgenden vier exekutiven Funktionen, für die bei Betroffenen mit ADHS Beeinträchtigungen nachgewiesen wurden (Barkley, 1997; Döpfner et al., 2013a, S. 15):

- das (nonverbale) Arbeitsgedächtnis (z. B. Antizipation von Verhaltenskonsequenzen, zeitliche Organisation von Verhalten)
- die Selbstregulation von Affekten, der Motivation und der Aufmerksamkeit
- die Internalisierung und Automatisierung von Sprache (z. B. durch Selbstinstruktionen oder bei der Problemlösung)
- die Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen

Diese Funktionen gehen der Ausführung von Handlungen unmittelbar voran oder begleiten diese. Eine Metaanalyse bezüglich der Störung exekutiver Funktionen bei Kindern mit ADHS belegen Beeinträchtigungen in der Reaktionshemmung, der Vigilanz, dem Arbeitsgedächtnis und bei der Erfassung von Planungsprozessen. In Bezug auf diese Auffälligkeiten ist jedoch keine Störungsspezifität gegeben und nicht alle Kinder mit einer ADHS weisen diese neuropsychologischen Auffälligkeiten auf (Willcutt et al., 2005; Döpfner et al., 2013a). Zusätzlich zu neuropsychologischen Dysfunktionen werden motivationale Faktoren betrachtet. Nach der Theorie der Verzögerungsaversion liegt die Ursache für die mangelnde Hemmung von Reaktionen nicht in einem grundlegenden Defizit, sondern in einer motivationalen Störung. Diese beinhaltet eine erhöhte Abneigung der Kinder mit einer ADHS gegenüber Belohnungsverzögerungen, weshalb die Kinder versuchen, Verzögerungen zu vermeiden (Nigg, et al., 2005; Döpfner et al., 2013a). Es wird zusammenfassend von einem Zusammenwirken aus neuropsychologischen und motivationalen Dysfunktionen ausgegangen, die mit Störungen exekutiver Funktionen einhergehen. Zusätzlich kommt psychosozialen Faktoren ein moderierender Einfluss zu (Döpfner et al., 2013a).

2.3 Psychosoziale Faktoren

Sowohl die Entwicklung als auch der Verlauf einer ADHS kann durch schulische, familiäre und andere Umweltfaktoren beeinflusst werden. Auch hier gilt, dass Umweltfaktoren nicht die ausschließliche Ursache der Störung sind. Die Stärke der ADHS-Symptomatik kann jedoch durch Umweltfaktoren beeinflusst werden. Sind z. B. Eltern eines Kindes mit ADHS selbst psychisch belastet, z. B. durch eine eigene ADHS-Symptomatik, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind unzureichende Steuerung durch die Eltern erfährt, was zu einer Verstärkung der ADHS-Symptome des Kindes führt. Folgende Bedingungen zählen zu den psychosozialen Risikofaktoren (Neurologen und Psychiater im Netz, o.J.):

- Unvollständige Familie
- Psychische Erkrankung eines Elternteils (insbesondere antisoziale Persönlichkeitsstörung des Vaters)
- Familiäre Instabilität, häufiger Streit zwischen den Eltern
- niedriger sozialer Status, sehr beengte Wohnverhältnisse
- strafender und inkonsistenter Erziehungsstil, fehlende Regeln
- schlechte soziale Einbindung, schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und Eltern

Bezüglich dieser Faktoren liegen jedoch inkonsistente Untersuchungsbefunde vor. So fanden bspw. Döpfner et al. (2008) und Scahill et al. (1999) eine Häufung von ADHS in Familien mit geringem sozioökonomischen Status – in anderen Studien konnte dieser Zusammenhang dagegen nicht gefunden werden (Döpfner et al. 2013a; Döpfner & Steinhausen, 2010). Barkley et al. (1993) und Scahill et al. (1999; Döpfner et al., 2013a) fanden engere Zusammenhänge zwischen ADHS und ungünstigen familiären Bedingungen, wie z. B. beengte Wohnverhältnisse und unvollständige Familien, sowie einer psychischen Erkrankung der Mutter.

Auch Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion stellen einen psychosozialen Risikofaktor dar. Einem wesentlichen Stellenwert kommen dabei den sog. erzwingenden Interaktionen zu, die beinhalten, dass Mütter ihren Kindern mit ADHS häufiger Aufforderungen stellen, sich häufiger negativ äußern und sich ihnen gegenüber weniger responsiv verhalten (Döpfner et al., 2013a). Barkley et al. (1985; Döpfner et al., 2013a) stellte heraus, dass sich diese negativen Mutter-Kind-Interaktionen durch eine Behandlung mit Stimulanzien reduzierten, was zu der Schlussfolgerung führte, dass das negative Verhalten der Mütter auch eine Reaktion auf die ADHS ihrer Kinder darstellte. Protekti-

ve Faktoren für eine eher remittierende Symptomatik im Entwicklungsverlauf bestehen in einer positiven Mutter-Kind-Beziehung, einer hohen Intelligenz, einer guten sozialen Integration des Kindes im Gleichaltrigenverband und einem positiven Familienklima. (Tully et al., 2004; Döpfner et al., 2013a).

Psychosoziale Bedingungen haben demnach einen moderierenden Effekt: während positive psychosoziale Bedingungen biologische Risiken kompensieren und zu einem geringeren Schweregrad der ADHS beitragen können, können negative psychosoziale Bedingungen die Entwicklung ausgeprägterer ADHS-Symptome zur Folge haben (Döpfner et al., 2013a).

3. Stabilität und klinischer Verlauf der ADHS-Symptomatik in der Lebensspanne

Lange Zeit bestand die Annahme, dass sich ADHS im Jugendalter „auswachse". Tatsächlich kann die Symptomatik jedoch bis in das Erwachsenenalter persistieren und die berufliche und persönliche Entwicklung der Betroffenen beeinflussen. Bei einem Teil der Betroffenen kommt es zur Remission von einzelnen Symptomen oder der ganzen Störung; grundsätzlich handelt es sich jedoch bei der AHDS um eine chronische und manifeste Störung, die auch im Erwachsenenalter fortbestehen kann (Steinhausen & Sobanski, 2010). Je nach Lebens- bzw. Entwicklungsalter unterliegen die Symptome der ADHS dabei einem typischen Wandel. Im Folgenden wird die Entwicklungspsychopathologie der ADHS über die Lebensspanne dargestellt.

3.1 Säuglings- und Kleinkindalter

Im Säuglings- und Kleinkindalter zeigen sich diesbezüglich uneindeutige Studienergebnisse. Zum einen wird ein sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau, zum anderen werden schwierige Temperamentsmerkmale in Zusammenhang mit der späteren Entwicklung einer ADHS gesehen, die mit Regulationsstörungen wie Schlaf- und Essproblemen, extremem Schreien oder Widerstand gegen Veränderungen in der Tagesroutine einhergehen (Döpfner et al., 2013a; Thomas et al., 1968; Steinhausen & Sobanski, 2010). Bei einigen Kindern, die im weiteren Entwicklungsverlauf eine ADHS aufwiesen, wurde bspw. retrospektiv ein entsprechend schwieriges Temperament identifiziert (Campbell, 1982; Steinhausen & Sobanski, 2010). Andere Studien zeigen jedoch keinen spezifischen Zusammenhang mit der Entwicklung einer ADHS, sondern generell einen Zusammenhang mit externalisierenden Störungen (Caspi et al., 1995; Shaw et al., 1998; Steinhausen & Sobanski, 2010). Auch wenn die o.g. Symptome ge-

nerell einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im späteren Kindesalter darstellen, wird das Risiko noch einmal durch oben beschriebene ungünstige psychosoziale Faktoren, wie z. B. psychische Störungen der Eltern, Eheprobleme, eine feindselige Einstellung zum Kind und negative, überwiegend kritisierende Interaktionen zwischen Mutter und Kind, erhöht (Döpfner et al., 2013a). „Wenn es der Hauptbezugsperson nicht gelingt, die Belastungen zu bewältigen, die durch ungünstige Temperamentsmerkmale auftreten und sich eine dauerhafte, angespannte, negative Eltern-Kind-Interaktion entwickelt, dann ist die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung psychischer Störungen im späteren Kindesalter und die Persistenz der ADHS-Symptomatik deutlich erhöht“ (Döpfner et al., 2013a, S. 20; Campbell, 1990; Earls & Jung, 1987).

3.2 Kindergarten- und Vorschulalter

Nach Schätzungen von Barkley (2006a; Steinhausen & Sobanski, 2010) zeigen etwa 50 % der späteren ADHS-Patienten bereits im Kindergarten- und Vorschulalter wesentliche Verhaltensauffälligkeiten in Form von zielloser Aktivität (Hyperaktivität) und geringer Spielintensität und -ausdauer, die häufig von oppositionellen Verhaltensweisen gegenüber Eltern und anderen Bezugspersonen, wie z. B. Erziehern, und aggressiven Verhaltensweisen gegenüber Gleichaltrigen begleitet sind (Döpfner et al., 2013a; Breuer et al., 2006). Die Hyperaktivität geht dabei häufig mit einer erhöhten Unfallgefährdung und einer mangelnden sozialen Integration in Gleichaltrigengruppen einher. Eine Abgrenzung zu einer alterstypischen Entwicklung kann mitunter jedoch sehr schwierig sein, da Symptome einer ADHS wie motorische Unruhe oder mangelnde Konzentrationsfähigkeit sowie Symptome oppositionellen Trotzverhaltens wie geringer Gehorsam und Wutanfälle im Vorschulalter häufig zu finden sind. Die Stabilität der Störung liegt in diesem Altersbereich etwa bei 50 %. Risikofaktoren für eine ungünstige Entwicklung bestehen in einer ausgeprägten und situationsübergreifenden Symptomatik, aggressiven Verhaltensweisen des Kindes, aversiven Eltern-Kind-Interaktionen, Entwicklungsdefiziten des Kindes, Partnerkonflikten sowie psychischen Erkrankungen der Eltern (Döpfner et al., 2013a; Campbell, 1990).

3.3 Schulalter

Im Schulalter fallen Kinder mit einer ADHS insbesondere durch Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit und durch Defizite in der Eigenregulation auf. Nach dem Schuleintritt werden durch veränderte Anforderungen unruhiges Verhalten und eine hohe Ablenkbarkeit im Unterricht häufig deutlicher und in mindestens 30-50 % der Fälle ist zu-

sätzlich aggressives Verhalten zu beobachten (Döpfner et al., 2013a). Häufig bestehen Lernschwierigkeiten oder Teilleistungsschwächen. In der Folge der Symptomatik kommt es häufig zu schlechteren Schulleistungen und anderen Komplikationen, wie z. B. mangelnde Motivation und Anstrengungsbereitschaft, Umschulungen oder Klassenwiederholungen, Konflikte in der Familie und mit Gleichaltrigen, soziale Ablehnung und Ausgrenzung sowie mangelnde soziale Fertigkeiten, die sich auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung der Kinder, z. B. in Form von Leistungsunsicherheit und eines geringen Selbstwertgefühls, auswirken (Döpfner et al., 2013a; Steinhausen & Sobanski, 2010). Im Alter zwischen 6 und 9 Jahren liegt die Stabilität der Störung zwischen 60 und 70 % (Döpfner at al., 2013a).

3.4 Jugendalter

Im Jugendalter erfolgt bei einem Teil der Kinder eine teil- oder vollständige Remission der Symptomatik. Zahlreiche Jugendliche weisen weiterhin Symptome der ADHS auf, wobei eine zuvor vorhandene Hyperaktivität in diesem Alter zunehmend in den Hintergrund tritt und von den Betroffenen eher als ein Gefühl der inneren Unruhe und der Unfähigkeit, sich zu entspannen, beschrieben wird. Die Aufmerksamkeitsstörungen und die Impulsivität persistieren dagegen häufig. Die Stabilität der Störung liegt im Jugendalter zwischen 30 und 70 % (Döpfner et al., 2013a, Gittelman et al., 1985; Lambert et al., 1987; Steinhausen & Sobanski, 2010). Aufgrund veränderter Anforderungen führen diese Symptome nicht selten zu ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen wie z. B. delinquentes und dissoziales Verhalten, Substanzmissbrauch, emotionale Auffälligkeiten, risikoreiche Aktivitäten einschließlich ungeschützter sexueller Kontakte mit der Folge von unerwünschten Schwangerschaften oder Geschlechtskrankheiten, Unfälle und Verletzungen, ein geringes Selbstwertgefühl, Leistungsprobleme, Probleme in Schule und Beruf, u. a. durch Defizite in der Planungs- und Organisationsfähigkeit und Konflikte mit Autoritäten, Erziehungsschwierigkeiten und familiärer Stress, Beziehungsprobleme und unzureichende soziale Integration in der Gruppe der Gleichaltrigen (Döpfner et al., 2013a; Steinhausen & Sobanski, 2010; Biederman et al., 2006). Zwar gilt zu beachten, dass viele dieser genannten Auffälligkeiten auch im Rahmen einer altersspezifischen Entwicklung von Jugendlichen ohne ADHS zu sehen sind – bspw. der Substanzmissbrauch stellt ein häufig beobachtetes Phänomen im Jugendalter dar. Jedoch ist das Risiko der Jugendlichen mit ADHS, weitere psychische Störungen zu entwickeln, signifikant erhöht (Döpfner et al., 2013a; Fischer et al., 1993; Lambert et al., 1987).

3.5 Erwachsenenalter

Verlaufsstudien beschreiben im Erwachsenenalter bei etwa 50 % (Steinhausen & Sobanski, 2010) bis zu 80 % (Ebert et al., 2003) der Betroffenen eine weiterhin bestehende ADHS bzw. eine Residualsymptomatik. Eine ausgeprägte Symptomatik und ein Vollbild der Störung sei Döpfner et al. (2013a) zufolge bei etwa 30 % der Betroffenen zu beobachten, während bei den übrigen Betroffenen zumindest noch eine Residualsymptomatik vorliege (Lehmkuhl et al., 1998; Döpfner et al., 2013a).

Die Symptome der ADHS bestehen in diesem Lebensabschnitt in einem Aufmerksamkeitsdefizit, einer (feinmotorischen) Hyperaktivität bzw. inneren Unruhe, einer Störung der Impulskontrolle, einer affektiven Dysregulation bzw. emotionalen Instabilität, einer Desorganisiertheit, z. B. in Form einer Störung der Alltags- und Selbstorganisation, sowie in assoziierten Problemen wie berufliche Instabilität, Partnerschaftskonflikte oder häufige Verkehrsunfälle (Steinhausen & Sobanski, 2010; Ebert et al., 2003). Die im Kindesalter beobachtete Hyperaktivität zeigt sich meist, wie häufig auch schon im Jugendalter, als eine innere Unruhe oder Nervosität und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Symptome motorischer Hyperaktivität zeigen sich eher in einer Unfähigkeit, lange still sitzen zu können (z. B. beim Essen am Tisch, beim Fernsehen), in einem hohen Bedürfnis nach sportlicher Aktivität sowie in einer Vermeidung von Aufgaben und Aktivitäten mit wenig Stimulation oder in dysphorischen Stimmungslagen bei Inaktivität. Entsprechend werden Berufe und sitzende Tätigkeiten mit überwiegend monotonen Anforderungen von den Betroffenen als unangenehm und überfordernd erlebt und es werden Berufe und Tätigkeiten bevorzugt, die dem hohen Aktivitätsbedürfnis eher entgegenkommen (Steinhausen & Sobanski, 2010; Bundesärztekammer 2007). Defizite in der Aufmerksamkeit zeigen sich in Leistungsproblemen in Ausbildung und Beruf. Die Betroffenen benötigen mehr Pausen, vermeiden monotone Aufgaben und sind durch äußere Reize schnell ablenkbar. Häufig ist eine geringere Schulbildung zu verzeichnen. Es bestehen Defizite im Kurzzeitgedächtnis, was dazu führt, dass die Betroffenen Termine vergessen, sich verspäten und Alltagsgegenstände verlegen oder verlieren. Im Vergleich zum Kindesalter hat das impulsive Verhalten Erwachsener z. B. in Form von impulsiven Käufen, impulsiven (Lebens)Entscheidungen und defizitärer Organisationsfähigkeit (z. B. fehlende Struktur und Ordnung, Mangel an vorausschauendem Vorgehen, unzureichende Planung und Organisation, z. B. bei der Arbeit/ in der Ausbildung/ im Haushalt, Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation, Vergesslichkeit und Unpünktlichkeit) weitreichendere Konsequenzen.

Als Sekundärsymptom der ADHS im Erwachsenenalter besteht häufig eine Affektlabilität oder affektive Dysregulation, die mit Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung, Wutausbrüchen, Unzufriedenheit, gereizt-dysphorischer Stimmung, verminderter Stress- und Frustrationstoleranz und kurzen depressiven Stimmungseinbrüchen einhergeht (Steinhausen & Sobanski, 2010, Bundesärztekammer, 2007). Die Rate dissozialer Persönlichkeitsstörungen ist erhöht: Bei etwa 15-30 % der Betroffenen sind delinquentes Verhalten und eine dissoziale Persönlichkeitsstörung zu verzeichnen (Döpfner et al., 2013a).

Gemäß den Ergebnissen verschiedener Studien, in denen psychosoziale Funktionseinschränkungen erfasst wurden, weisen erwachsene Betroffene erhebliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen auf. Beschrieben werden z. B. Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (häufige Scheidungen, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Erziehungsprobleme mit eigenen Kindern, instabile Freundschaften), sowie im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen mehr finanzielle Schwierigkeiten, mehr Auffälligkeiten im Straßenverkehr (Unfälle, Geschwindigkeitsüberschreitungen, Führerscheinentzug), Gesundheitsrisiken (exzessives Verhalten bei Essen, Trinken, Sexualität, Rauchen, Sport, Freizeit), eine höhere Arbeitslosenrate, weniger Vollzeittätigkeiten, schlechtere Bewertungen durch Arbeitgeber und häufigere Stellenwechsel (Mannuzza et al., 1993; Biederman et al., 2006; Steinhausen & Sobanski, 2010; Bundesärztekammer, 2007).

Der häufig chronische Verlauf der ADHS bringt demnach in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Symptome und Probleme mit sich. Eine kontinuierliche Fortführung der Therapie ist daher in vielen Fällen erforderlich (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Döpfner et al., 2013a).

4. Therapie der ADHS

Für die Therapie der ADHS im Kindes- und Jugendalter gibt es unterschiedliche Behandlungsansätze, von denen zum einen die Wirkung von Psychoedukation und Verhaltenstherapie und zum anderen die Wirkung medikamentöser Behandlung als wissenschaftlich gesichert gelten. Darüber hinaus bestehen weitere Therapieansätze, wie Moto- oder Ergotherapie, Entspannungsverfahren, Homöopathie, spezielle Diäten und die Gabe von Omega-3- und Omega 6-Fettsäuren sowie Neurofeedback, zu deren Wirksamkeit bisher jedoch keine oder unzureichende Studienergebnisse vorliegen.

4.1 Psychoedukation und Verhaltenstherapie

Ziel von Psychoedukation ist es, dem Patienten und seinen Bezugspersonen, wie z. B. Lehrern oder Erziehern, Wissen über die Symptomatik, das Störungsbild und den Verlauf zu vermitteln, um einen besseren Umgang mit der Symptomatik zu erzielen. Dazu gehört auch, ein individuelles Störungsbild sowie die Entstehung und die individuellen aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik zu erarbeiten. Die Psychoedukation des Patienten, der Eltern und anderer Bezugspersonen dient in niederschwelligen Angeboten als Beratung oder auch als Grundlage weiterer therapeutischer Interventionen.

Verhaltenstherapeutische Interventionsansätze zielen zum einen auf den Patienten selbst und zum anderen auf Eltern und andere Bezugspersonen wie Lehrer und Erzieher ab. Eltern- und familienzentrierte Verfahren in Form von Elterntrainings oder Eltern-Kind-Therapien haben das Ziel, die problematischen Verhaltensweisen des Kindes in der Familie zu reduzieren. Die Interventionen mit anderen Bezugspersonen wie Erziehern oder Lehrern dienen entsprechend dazu, störendes Verhalten des Patienten im Kindergarten oder in der Schule zu vermindern. Die Wirksamkeit dieser umfeldzentrierten Interventionen ist durch zahlreiche Studien mit mittleren Effektstärken zwischen d=0.47 (Median für Parallel-Kontrollgruppenstudien) und d=0.64 (Median für Eigenkontrollgruppenstudien) gut belegt (Döpfner et al., 2013a).

Bei der umfangreichen Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA; MTA Cooperative Group 1999a, 1999b, 2004) wurden insgesamt 579 Kinder mit ADHS behandelt und in den folgenden Jahren zu mehreren Follow-up-Zeitpunkten nachuntersucht. In der MTA-Studie konnte die ADHS-Symptomatik des Kindes durch patientenzentrierten Interventionen, Elterntraining und Interventionen in der Schule deutlich reduziert werden, wobei sich eine medikamentöse Therapie kurz- und mittelfristig noch wirkungsvoller zeigte (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b; Döpfner et al., 2013a). Gleichermaßen wirkungsvoll zeigten sich die verhaltenstherapeutische und die medikamentöse Behandlung dagegen bezüglich der Reduktion aggressiven und oppositionellen Verhaltens sowie von internalen Störungen und bezüglich der Verbesserung sozialer Kompetenzen der Patienten und von Eltern-Kind-Beziehungen (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b; Döpfner et al., 2013a). In den Langzeitverläufen wurden keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit der unterschiedlichen Interventionsformen gefunden.

Im Rahmen der vorliegenden Langzeitstudie und weiteren Untersuchungen wurde die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen bei 75 Kindern mit einer ADHS durch THOP, einem Therapieprogramm für Kinder mit oppositionellem und hyperkinetischem Problemverhalten (Döpfner et al., 2013b) ebenfalls belegt. 62 % (Zuhause) bzw. 49 % (in der Schule) der Kinder, die ausschließlich mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten auf ihrer individuellen Problemliste bei Behandlungsende keine bzw. nur noch minimale Verhaltensauffälligkeiten (Döpfner et al., 2004; Wolff Metternich & Döpfner, 2010).

Patientenzentrierte Interventionen setzen direkt bei dem Patienten mit ADHS an. Der Einsatz der Methoden richtet sich nach dem Entwicklungsalter des Patienten und kann in Form von Spieltrainings, Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagement-Verfahren erfolgen.

4.1.1 Spieltrainings

Spieltrainings sind für jüngere Kinder von etwa 3 bis 6 Jahren konzipiert und zielen darauf ab, intensives und ausdauerndes Spielverhalten aufzubauen. Die Wirksamkeit des Spieltrainings wurde in einem einzelfallanalytischen Vorgehen belegt, ist bisher jedoch wenig untersucht (Döpfner & Sattel, 1992; Döpfner et al., 2013a).

4.1.2 Selbstinstruktionstrainings

Durch Selbstinstruktionstrainings soll bei den Kindern mit ADHS ein reflexives Arbeitsverhalten aufgebaut werden, indem es Handlungspläne entwickelt und handlungsanleitend zu sich selbst spricht. Dadurch soll das Kind lernen, seine Aufmerksamkeit zu kanalisieren und seine impulsiven Gedanken und Handlungsimpulse besser zu kontrollieren (Döpfner et al., 2013a).

Bislang liegen keine ausreichend gesicherten Befunde zur Wirksamkeit des Selbstinstruktionstrainings vor, da, so Döpfner et al. (2013a), vermutlich der Transfer von Strategien und Verhaltensänderungen, die in der Trainingssituation erlernt würden, auf das natürliche soziale Umfeld des Kindes nicht ausreichend erfolge. So hätten einer Untersuchung von Markomichali et al. (2009; Döpfner et al., 2013a) zufolge einige kognitive Trainings zwar Veränderungen in trainierten und nicht trainierten Funktionen erzielt, jedoch konnte im realen Umfeld der Kinder eine Reduktion von ADHS-Symptomen nicht durchgängig gezeigt werden. Andere Effekte nach Einsatz von Selbstinstruktionsverfahren betrafen einen Rückgang der kognitiven Impulsivität im CPT (Continous-

Performance-Test, Abikoff, 1991; Döpfner et al., 2013a) sowie einzelne Verbesserungen von schulischen Leistungen (Cameron & Robinson, 1980; Döpfner et al., 2013a), jedoch konnte ein Transfer diese Behandlungseffekte auf Problemstellungen im Alltag der Kinder nicht nachgewiesen werden (Döpfner et al., 2013a). Erste Wirksamkeitshinweise gibt die Untersuchung von Jacobs & Petermann (2007; Döpfner et al., 2013a), die infolge des von ihnen entwickelten Trainings für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen Veränderungen im Verlauf der Therapie nachweisen konnten.

4.1.3 Selbstmanagement-Methoden

Selbstmanagement-Methoden finden bei älteren Kindern und Jugendlichen Anwendung. Ziel dieser Verfahren ist es, die Patienten zu einer eigenständigen Verhaltensänderung anzuleiten. Die Schritte des Selbstmanagements bestehen in der Selbstbeobachtung, der Selbstbewertung und der Selbstverstärkung. Der Patient soll es lernen, auf eigene Verhaltensprobleme zu achten, sich realistische Ziele bezüglich einer Verhaltensänderung zu setzen, sein Verhalten in erwünschtes Verhalten zu ändern und sich anschließend für eine erfolgreiche Verhaltensänderung selbst zu bestärken.

Ergebnisse deuten darauf hin, „dass Selbstmanagement-Methoden möglicherweise eine erfolgversprechende Interventionsform darstellen“ (Döpfner et al., 2013a, S. 27). Im Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST; Walter et al., 2007) kommen Selbstmanagement-Methoden zum Einsatz. In einer Wirksamkeitsstudie an einer Gruppe von Jugendlichen mit schulischen Leistungsstörungen konnte eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erzielt werden, wobei ein großer Teil dieser Gruppe ebenfalls eine ADHS hatte (Walter & Döpfner, 2009; Döpfner et al., 2013a). Weitere Wirksamkeitsstudien sind in Döpfner et al. (2013a) zusammengefasst: So fanden sich positive Effekte der Selbstbeobachtung auf das Arbeitsverhalten aufmerksamkeitsgestörter Kinder mit Lernbehinderung (Harris, 1986; Döpfner et al. 2013a) sowie positivere Effekte durch Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung auf die Aufmerksamkeitsleistung von Schülern mit Lernbehinderung als durch Fremdverstärkung (Bowers et al., 1985; Döpfner et al. 2013a). Weitere positive Effekte ergaben sich für den Einsatz von Selbstmanagement-Methoden in Kombination mit anderen Methoden. Dass die Kombinationsbehandlung von Stimulanzien mit Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung der alleinigen Stimulanzientherapie überlegen ist, zeigten Hinshaw et al. (1984a; 1984b; Döpfner et al., 2013a). Selbstmanagement in Kombination mit Selbstinstruktion erzielte gegenüber einer Wartephase laut

Lehrer- und Elternurteil eine Reduktion der ADHS- und der aggressiven Symptomatik 6-12-jähriger Kinder (Frölich, 1993; Döpfner et al., 2013a).

4.2 Pharmakotherapie

Wie in Kap. 2.1 beschrieben, wird bei von ADHS Betroffenen zu viel Dopamin aus dem synaptischen Spalt in die präsynaptische Nervenzelle zurücktransportiert. Durch eine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien soll sich die Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt normalisieren. Dazu werden entweder Präparate genutzt, die als Dopamin-Wiederaufnahmehemmer wirken (Methylphenidat, z. B. Medikinet®, Ritalin®) oder Präparate, die zu einer vermehrten Dopamin- und Noradrenalinausschüttung beitragen (Amphetamin, z. B. Attentin®).

Die Wirksamkeit von Psychostimulanzien wurde in zahlreichen Studien untersucht, gilt als gut belegt und es wurden Effektstärken von bis zu 1,0 erreicht (Banaschewski et al., 2006; Faraone et al., 2006b; Faraone & Buitelaar, 2009; Döpfner et al., 2013a). Es gibt einige Non-Responder, jedoch profitieren von der Stimulanzienbehandlung etwa 70 bis 85 % der behandelten Kinder und Jugendlichen (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b; Pliszka et al., 2000; Döpfner et al., 2013a), wobei die Normalisierungsraten im Verhalten bei 40 bis 50 % liegen (Banaschewski et al., 2006; Rapport et al., 1994; Döpfner et al., 2013a).

Die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien hat als Kurzzeiteffekt häufig eine Verminderung der Unaufmerksamkeit, der hyperkinetischen Symptomatik sowie des impulsiven und des störenden Verhaltens zur Folge. Durch eine Verminderung der Ablenkbarkeit kommt es zu einer Verbesserung der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit sowie der Handschrift (Döpfner et al., 2013a). Manchmal ist auch ein Rückgang des oppositionellen und aggressiven Verhaltens sowie Verbesserungen in Beziehungen sowie Verbesserungen schulischer Leistungen zu beobachten (vgl. Tab. 3).

Bei der medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS gelten Stimulanzien als Mittel der ersten Wahl. In einigen Fällen (z. B. Non-Responder auf Stimulanzien, Tic-Störung bestehend oder in der Anamnese, komorbide depressive Symptomatik) wird zur Behandlung mit Atomoxetin (Straterra®) ein weiterer Wirkstoff in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS eingesetzt. Als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer hemmt Atomoxetin selektiv den präsynaptischen Noradrenalin-Transporter und erhöht dadurch die Konzentration von Noradrena-

lin im synaptischen Spalt. Außerdem beeinflusst Atomoxetin indirekt die Dopamin-Aktivität im präfrontalen Cortex (Wolf, 2005). Die Effektstärken für die Behandlung erwiesen sich in Wirksamkeitsstudien mit 0,7 geringer als in den Wirksamkeitsstudien von Methylphenidat oder Amphetamin (Faraone et al., 2006b; Döpfner et al., 2013).

Tabelle 3:
Kurzzeiteffekte von Stimulanzienbehandlung

häufig	Verminderung der hyperkinetischen Symptomatik	• Reduktion von hyperkinetischem, störendem und impulsivem Verhalten • Verbesserung der Handschrift • Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer • Verminderung der Ablenkbarkeit
manchmal	Verminderung der oppositionellen und aggressiven Symptomatik	• Verminderung von oppositionellem Verhalten gegenüber Erwachsenen • Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen
	Verbesserung der Beziehungen	• Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehungen • Verbesserung der Lehrer-Kind-Beziehungen • Verbesserung der Beziehung zu Gleichaltrigen • Verbesserung der soziometrischen Position in der Klasse
	Verbesserung schulischer Leistungen	• Verbesserung der Genauigkeit bei Schulaufgaben • Verminderung von Flüchtigkeitsfehlern • Steigerung des Anteils vollendeter Aufgaben

Döpfner et al. (2013a, S. 30)

Längsschnittstudien zeigen, dass eine Behandlung der ADHS mit Stimulanzien kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Substanzmissbrauch zur Folge hat. Stattdessen erwies sich die Stimulanzientherapie bei Kindern und Jugendlichen als ein protektiver Effekt auf die Entwicklung eines späteren Substanzmissbrauchs (Barkley 2003; Biederman 2003; Wilens et al., 2003; Huss & Lehmkuhl, 2002; Steinhausen, 2010).

4.3 Weitere Therapieansätze

4.3.1 Angeleitete Selbsthilfe

In angeleiteten Selbsthilfe-Programmen bearbeiten Eltern von Kindern mit ADHS selbstständig ihnen zugesandte Ratgeber. Zusätzlich finden telefonische Beratungsgespräche statt, in denen die Eltern angeleitet werden, die in den Ratgebern ausgeführten Informationen auf die individuelle Problematik ihres Kindes zu beziehen und die Interventionen eigenständig umzusetzen. Aufgrund eines hohen Versorgungsbedarfes

hat die Bedeutung von Selbsthilfeprogrammen in der letzten Zeit deutlich zugenommen.

Erste Ergebnisse sprechen für eine Wirksamkeit der Interventionen. So konnten durch die Durchführung einer angeleiteten Selbsthilfe mit Eltern expansive Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder reduziert werden (Kierfeld & Döpfner, 2006). Kierfeld et al. (2013; Döpfner et al., 2013) zeigten in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie, dass sich Selbsthilfeinterventionen bezüglich externaler und internaler Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sowie bezüglich dysfunktionaler Erziehungspraktiken der Mütter als effektiv erwiesen.

4.3.2 Neurofeedback

Beim Neurofeedback handelt es sich um eine computergestützte Trainingsmethode, bei der die Patienten lernen sollen, ihre eigene Hirnaktivität, die der Steuerung und Wahrnehmung sonst nicht zugänglich sind, wahrzunehmen und sie besser zu regulieren. Ziel dieser Methode ist eine Verbesserung der Konzentrations-, der Aufmerksamkeits- und der Selbstregulationsfähigkeit des Patienten durch Ausgleich der neurophysiologischen Fehlregulationen, die bei einer AHDS vorliegen. Neurophysiologisch wurden bei von ADHS Betroffenen insbesondere im Frontalhirnbereich und über der Vertexregion ein erhöhter Anteil an Thetaaktivität sowie eine verringerte Alphagrundaktivität im Ruhe-EEG festgestellt, was für eine Untererregung des ZNS spricht (Barry et al., 2003; Döpfner et al., 2013a). Ein weiteres Kennzeichen einer Untererregung des ZNS stellt ein verringerter Anteil langsamer Hirnpotenziale dar (Banaschewski et al., 2003; Döpfner et al., 2013a). Das Vorgehen beim Neurofeedback besteht zum einen darin, die Betaaktivität zu erhöhen und die Thetaaktivität zu reduzieren (Frequenztraining), um das Gehirn zu aktivieren und somit Aufmerksamkeitsdefizite zu reduzieren. Zum anderen ist es beim SCP-Training (Slow Cortical Potentials-Training) das Ziel, langsame kortikale Hirnpotenziale zu verändern.

Randomisierte Wirksamkeitsstudien ergaben für die Behandlungsmethode des Neurofeedback mittlere Effektstärken und die Methode erwies sich gegenüber kognitiven Behandlungsverfahren in einigen Studien als wirksamer (Holtmann et al., 2009; Döpfner et al., 2013a). In nicht randomisierten Studien und unter Laborbedingungen erwiesen sich die Effektstärken auf die Impulsivität und die Aufmerksamkeitsdefizite ähnlich hoch wie bei einer Stimulanzientherapie (Arns et al., 2009; Holtmann et al., 2009; Döpfner et al., 2013a). Insgesamt ist die Studienlage aufgrund kleiner Studienteilneh-

merzahlen, nicht durchgeführten Randomisierungen und unzureichenden Kontrollgruppen sowie der Fragen nach unspezifischen Therapieeffekten allein durch die hoch strukturierte Behandlungssituation jedoch noch nicht ausreichend, um die Wirksamkeit des Neurofeedbacks abschließend zu beurteilen (Holtmann & Stadler, 2006; Döpfner et al., 2013a).

4.3.3 Diät-Behandlungen

Weitere Therapien bei ADHS betreffen Diät-Behandlungen wie Eliminationsdiäten (hypoallergene Basisdiät), Diäten ohne Nahrungsmittelzusätze (insbesondere Farbstoffe) sowie die Gabe der Spurenelemente Zink (als natürlicher Dopamin-Wiederaufnahmehemmer mit hoher selektiver Bindung an den Dopamin-Transporter), Magnesium oder spezifischer Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren. Im Einzelfall konnten Symptomreduktionen erzielt werden, jedoch konnte die Wirksamkeit von Diät-Behandlungen bei widersprüchlichen Studienergebnissen bisher nicht belegt werden (Döpfner et al., 2013a).

4.4 Vergleich der Therapieformen und multimodale Behandlungsansätze

In verschiedenen Studien wurde die Wirksamkeit multimodaler Therapien durch die Kombination von Pharmakotherapie mit verhaltenstherapeutischen Interventionen untersucht, wobei sich lediglich eine geringfügig erhöhte Wirksamkeit multimodaler Behandlungsansätze gegenüber einer ausschließlichen pharmakologischen Behandlung ergab (Döpfner et al., 2013a). Ergebnisse von Studien und Metaanalysen sprechen nach Döpfner et al. (2013a, S. 35) dafür, dass

- sich alle drei Therapieformen (Pharmako-, Verhaltens- und multimodale Therapie) bei der Reduktion von ADHS-Kernsymptomen und komorbiden Symptomen als effektiv erweisen,
- die multimodale Therapie (Pharmako- plus Verhaltenstherapie) der alleinigen Verhaltenstherapie bei der Reduktion von ADHS-Kernsymptomen meist überlegen ist,
- die multimodale Therapie (Pharmako- plus Verhaltenstherapie) im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie ebenso wirksam oder geringfügig überlegen ist.

Döpfner et al. (2013a) zeigen auf, dass sich diese Ergebnisse jedoch in einigen zentralen Studien nicht belegen ließen. So ergaben sich in der Multimodal Treatment Study (MMT-Studie, Abikoff et al., 2004; Hechtmann et al., 2004a, 2004b), in der drei Behandlungsgruppen (Methylphenidat, Verhaltenstherapie, Aufmerksamkeitskontrolle

plus Methylphenidat) miteinander verglichen wurden, keine Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Interventionsformen bei Berücksichtigung von ADHS-Symptomen, von emotionalen Auffälligkeiten, von schulischen Leistungsfähigkeiten und des sozialen Funktionsniveaus.

In der MTA-Studie wurden folgende vier Behandlungsgruppen miteinander verglichen (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b, 2004):

- MED: Medikamentöse Therapie und Beratung (optimale, dem Kind angepasste Medikation und monatliche Beratung à 30 Minuten)
- BEH: Verhaltenstherapie (eltern-, schul- und patientenzentrierte Interventionen)
- COMB: Kombination von medikamentöser Therapie und Verhaltenstherapie
- CC: Clinical Care: Standardbehandlung; gewöhnliche Grundversorgung

In allen vier Behandlungsgruppen wurde im Laufe der 14-monatigen Behandlung eine Symptomminderung festgestellt. Bei den meisten ADHS- und oppositionellen Symptomen wurden in den Gruppen COMB und MED deutlich bessere Ergebnisse erzielt als mit BEH oder CC. Im direkten Vergleich unterschieden sich COMB und MED nicht signifikant voneinander, jedoch erwies sich COMB in einigen Variablen überlegen gegenüber intensiver BEH und CC (Internalisierende Symptome, soziale Kompetenz im Lehrerurteil, Eltern-Kind-Beziehung, Leseleistung). Nach 3 Jahren erwiesen sich die Therapieeffekte als stabil. Zu diesem Zeitpunkt ergaben sich in allen Behandlungsgruppen keine signifikanten Unterschiede mehr in Bezug auf die ADHS- und die oppositionelle Symptomatik sowie das Funktionsniveau.

4.5 Therapie der ADHS im Erwachsenenalter

Ob eine ADHS behandlungsbedürftig ist, ist abhängig von der Ausprägung der Symptomatik und der Beeinträchtigung des Betroffenen. Rösler & Retz (2008) berichten dass ca. 30 bis 40 % der diagnostizierten ADHS-Fälle auch eine Behandlungsnotwendigkeit aufweisen. In der Erhebung von Kessler et al. (2005) erhielten lediglich 16 % der Erwachsenen mit klinisch gesicherten ADHS-Diagnosen eine ADHS-spezifische Behandlung. Weitere 16 % der von ADHS Betroffenen befanden sich aufgrund einer komorbiden Störung in Behandlung, ohne dass jedoch die ADHS im Fokus der Behandlung stand.

Da es für die psychotherapeutische Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter im Gegensatz zu der Behandlung im Kindesalter bisher nur wenige Wirksamkeitsstudien

gibt, richten sich die Behandlungsleitlinien nach den Forschungsergebnissen für die Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter, denen zufolge eine hohe Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer und pharmakologischer Interventionen besteht. Die leitliniengetreue Therapie der ADHS im Erwachsenenalter erfolgt daher, wie im Kindes- und Jugendalter, psychotherapeutisch und/oder medikamentös und richtet sich nach dem Ausprägungsgrad der ADHS, nach den sozialen und psychischen Beeinträchtigungen (Ausbildung/Beruf, Alltag, emotionale Anpassungsfähigkeit, familiäre Beziehungen, Sozialverhalten), nach möglichen komorbiden Störungen und deren Ausprägung sowie nach der Relevanz der Symptome im Kontext vorhandener Ressourcen (Bundesärztekammer, 2007).

Ein Hinweis auf die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze konnte bisher auch in einzelnen Studien für die Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter gegeben werden (Infoportal ADHS, 2015). Wie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen besteht eine grundlegende Intervention in der Psychoedukation des Betroffenen und seiner Angehörigen. In der Verhaltenstherapie kommen klassische verhaltenstherapeutische Verfahren zum Einsatz und es wird ein störungsspezifisches Vorgehen empfohlen, das auf eine Unterstützung bei der Strukturierung im Alltag, auf die Verbesserung der Planungs- und Selbstorganisationfähigkeiten sowie auf eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenzen abzielt, auch unter Einbezug von Familienangehörigen und Ehepartnern (Philipsen, 2010). Weitere Therapieziele bestehen darin, die Patienten anzuleiten, die Symptome ihrer ADHS besser kontrollieren zu können. Es sollen Skills vermittelt werden, mit Hilfe derer der Patient die Hauptsymptome der ADHS wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulskontrolle, desorganisiertes Verhalten und Affektstörungen regulieren kann. Darüber hinaus sollen Patienten lernen, mit negativen psychosozialen Konsequenzen, die durch die ADHS-Symptomatik z. B. am Arbeitsplatz und in sozialen Beziehungen erfolgen, besser umgehen zu können. Gesamtziel ist es dabei, eine Balance zwischen einer Akzeptanz und einer Veränderung bzw. Bewältigung der Symptomatik zu schaffen (Philipsen, 2010).

In der medikamentösen Therapie Erwachsener mit ADHS haben sich insbesondere Psychostimulanzien und Atomoxetin als wirkungsvoll bewährt, wobei bei Einsatz von Psychostimulanzien in Deutschland am häufigsten Methylphenidat in unretardierter oder retardierter Form verordnet wird (Infoportal ADHS, 2015). Zur medikamentösen

Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter ist in Deutschland seit 2011 Medikinet® adult und seit 2014 auch Ritalin® adult zugelassen.

Die Zulassung von Medikinet® adult stützte sich im Wesentlichen auf die EMMA- und die QUEMA-Studie. In der Emma-Studie erhielten zwei Drittel der Studienteilnehmer Methylphenidat und ein Drittel Placebo. Zusätzlich erhielten alle Studienteilnehmer Psychoedukation. Die Verläufe für die Methylphenidat-Gruppe erwiesen sich als deutlich positiver, insbesondere in Bezug auf die emotionale Dysregulation und die Desorganisation. In der QUEMA-Studie wurden die Ergebnisse der EMMA-Studie bestätigt (Rösler et al. 2009; Rösler et al. 2010; Retz et al. 2012).

Die Zulassung von Ritalin® adult basierte auf der Zulassungsstudie SARA, bei der sich der ADHS-Score bei über 75 % der 18 bis 60-jährigen ADHS-Patienten um 30 % gegenüber der Placebogruppe verbesserte. Außerdem war in der Verumgruppe ein Anstieg der Lebensqualität zu verzeichnen (Pharmazeutische Zeitung online, 2014).

Medikinet® adult und Ritalin® adult sind auch für eine Neueinstellung im Erwachsenenalter zugelassen, auch wenn eine seit Kindheit bestehende ADHS noch nicht behandelt wurde und psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der ADHS nicht ausreichen. Als weiteres methylphenidathaltiges Medikament ist Concerta® zugelassen, wobei dies im Erwachsenenalter nur verordnet werden kann, wenn bereits im Kindes- und Jugendalter eine Behandlung mit dem Medikament erfolgt ist (Infoportal ADHS, 2015).

5. Studienlage: ADHS Langzeitverläufe

Die in der Dissertation dargestellte KAMT-Studie ist die erste Studie in Deutschland, die die Entwicklung von Betroffenen mit ADHS über so einen langen Zeitraum untersucht. Im Folgenden sollen einzelne Ergebnisse aus anderen Longitudinalstudien näher betrachtet werden. Dabei liegt die Konzentration auf Studien, die ebenfalls einen Verlauf bis in das Erwachsenenalter beschreiben, so dass Verlaufsstudien zu ADHS in der Adoleszenz in diesem Kapitel unberücksichtigt bleiben.

Bei der Montreal Studie, der New York Studie, der Milwaukee Studie und der Schweden Studie handelt es sich um größere Longitudinalstudien, bei denen die ursprünglichen klinischen Stichproben von Kindern mit ADHS bis in das junge Erwachsenenalter verfolgt wurden. Zu den Follow-up Zeitpunkten im frühen Erwachsenenalter waren die

Teilnehmer dieser Studien inzwischen durchschnittlich Mittzwanziger. Bei der UMASS-Studie handelt es sich nicht um eine Verlaufsstudie, jedoch wurden erwachsene ADHS-Patienten mit einer anderen klinischen Stichprobe und einer Kontrollgruppe gesunder Probanden miteinander verglichen, so dass auch Ergebnisse dieser Studie mit aufgeführt werden.

In der Montrealstudie (Weiss et al., 1985; Weiss & Hechtman, 1993) wurden von ADHS Betroffene nach 5, 10 und 15 Jahren nachuntersucht. Die Stichprobe verringerte sich dabei von ursprünglich n=104 Probanden auf n=63 zum 15-Jahres-Follow-up. Dieser hohe Stichprobenschwund relativiert daher ggf. die Ergebnisse dieser Studie. Weiss et al. (1985) merken an, dass einerseits die schwer zu kontaktierenden Probanden die psychopathologisch Auffälligeren waren. Dies lässt vermuten, dass die Probanden, deren Kontaktdaten nicht ermittelt werden konnten (n=23), ein schlechteres Outcome aufweisen. Andererseits berichten Weiss et al. (1985), dass zu einigen Probanden Kontakt aufgenommen werden konnte und sie dennoch nicht in die Follow-up-Untersuchung eingeschlossen werden konnten, weil sie zu weit entfernt wohnten (n=6), ihre Daten zu spät erhoben wurden (n=2) oder sie die Mitarbeit verweigerten (n=9). Sie gaben an, dass die Gruppe der Verweigerer eine Gruppe gesünderer Probanden darstellte, denen es gut ging und die nicht an die Vergangenheit erinnert werden wollten. Zum 15-Jahres-Follow-up waren die Studienteilnehmer zwischen 21 und 33 Jahre alt (durchschnittlich 25 Jahre) und wurden mit einer Kontrollgruppe von gesunden Probanden verglichen.

In der New York Studie (Mannuzza et al., 1989, 1990, 1993, 1998; Gittelman et al., 1985; Klein & Mannuzza, 1991) wurde eine ebenfalls relativ umfangreiche ADHS-Stichprobe von insgesamt n=207 in 2 Kohorten nach durchschnittlich 16 bzw. 17 Jahren nachuntersucht. Diese langen Verlaufszeiträume gingen mit einer relativ niedrigen Drop-out-Rate einher. Die Probanden waren zu den Erhebungszeitpunkten durchschnittlich 24 bis 26 Jahre alt. Es fand ein Vergleich zu einer parallelisierten gesunden Kontrollgruppe statt.

Die Milwaukee Studie (Barkley et al., 2002a; 2004; 2006; 2008; Fischer et al., 2002) kann eine relativ umfangreiche Stichprobe (ursprünglich n=158) mit einer relativ niedrigen Drop-out-Rate von 7 % nachweisen. Die Probanden wurden nach über 13 Jahren nachuntersucht (n=147) und waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 19 und 25 Jahre

(durchschnittlich 21 Jahre) alt. Die Ergebnisse wurden ebenfalls mit denen einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

In der Schweden Studie (Rasmussen & Gillberg, 2000) wurde eine Stichprobe von n=50 Patienten mit ADHS untersucht, bei denen z.T. eine komorbide Dyspraxie vorlag. Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen wurden per Studiendesign nicht ausgeschlossen. Die Probanden wurden im durchschnittlichen Alter von 22 Jahren mit einer Drop-out-Rate von 10 % nachuntersucht und ebenfalls mit der Entwicklung einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. In der Untersuchung nahmen zusätzlich n=5 Probanden mit einer Dyspraxie aber ohne ADHS teil. Diese Gruppe wurde bei der Darstellung der folgenden Ergebnisse unberücksichtigt gelassen.

Die UMASS Studie, die an der Universität in Massachusetts durchgeführt wurde, verglich drei Gruppen miteinander: eine Gruppe von Erwachsenen mit ADHS (n=146), eine Gruppe weiterer klinisch auffälliger Erwachsener, bei denen jedoch kein ADHS diagnostiziert wurde (n=97) und eine dritte Gruppe gesunder Erwachsener ohne ADHS aus der Allgemeinbevölkerung (n=109) (Barkley et al., 2008). Im Gegensatz zu den oben aufgeführten Studien handelt es sich hierbei um eine Querschnittstudie deren Ergebnisse von Barkley et al. (2008) in einem umfangreichen Werk den Ergebnissen der Milwaukee-Studie gegenübergestellt wurden.

Biederman et al. (2010) untersuchten die Persistenz der ADHS bei 112 Jungen bis in das junge Erwachsenenalter in einem 10-Jahres-Follow-up. Die Ergebnisse wurden mit denen einer Kontrollgruppe (n=105) verglichen. Die Probanden waren zu dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwischen 15 und 31 und durchschnittlich 22 Jahre alt. Die Dropoutrate lag in der ADHS-Gruppe bei 20 % und in der Kontrollgruppe bei 12 %. Die Dropoutanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Zu der umfangreichen MTA-Studie mit n=579 Probanden, die bereits in Kapitel 4.1 vorgestellt wurde, liegen zum aktuellen Zeitpunkt erste Ergebnisse aus dem 12-Jahres-Follow-up mit einer Drop-out-Rate von 26 % vor. Die Probanden waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 21 Jahre alt (Howard et al., 2015).

Inhaltlich wird bei der folgenden Darstellung der Studienergebnisse mit dem Fokus auf die persönliche und berufliche Entwicklung der Betroffenen sowie deren ADHS- und komorbide Symptomatik Bezug zu den Themenbereichen genommen, die auch Be-

standteil dieser empirischen Arbeit sind. Eine Übersicht über die wesentlichen Befunde zu Funktionsbeeinträchtigungen in verschiedenen Lebensfeldern der Betroffenen sowie den wichtigsten komorbiden Störungen liefern dafür einleitend Rösler & Retz (2008a) in Tabelle 4 und 5:

Tabelle 4:

Probleme in verschiedenen Lebensfeldern bei Erwachsenen mit ADHS

Lebensbereich	**Defizite, Einschränkungen**
Schulische und berufliche Ausbildung	• Mangel an qualitativ hochwertigen schulischen und beruflichen Abschlüssen • Disziplinäre Probleme bis hin zur Relegation
Arbeitsleben	• Häufiger Arbeitsplatzwechsel • Probleme mit Kollegen und Vorgesetzten
Familie und Umfeld	• Hohe Trennungs- und Scheidungsraten • Häufige Umzüge • Weitere ADHS-Betroffene in der Familie • Maternale Depressionen, parentale Alkoholprobleme • Belastungssymptome bei engen Angehörigen • Wenig enge Freunde
Sexualverhalten	• Unerwünschte Schwangerschaften bei jungen Menschen • Hohe Zahl an sexuell transmittierten Krankheiten
Unfallhäufigkeit	• Hohes Risiko für Unfallereignisse in allen Lebensbereichen
Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems	• Vermehrte Behandlungskosten für Patienten • Vermehrte Therapiekosten bei Angehörigen
Verhalten im Straßenverkehr	• Erhöhtes Unfallrisiko • Fahren unter Alkoholeinfluss • Geschwindigkeitsüberschreitungen • Führerscheinverlust
Forensische Komplikationen	• Deliktrisiko bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhöht
Therapie Pharmakotherapie Psychotherapie	• Reduktion des Suchtrisikos bei Patienten mit vorangegangener Stimulanzienbehandlung wird diskutiert • Langzeiteffekte therapeutischer Interventionen bezüglich psychosozialer Funktionen kaum untersucht

Rösler & Retz (2008a)

Tabelle 5:

Die häufigsten komorbiden Störungen bei Erwachsenen mit ADHS

Persönlichkeitsstörungen (PS): Antisoziale PS Emotional instabile PS Selbstunsichere PS Zwanghafte PS	• bis ca. 35 % (Einzeldiagnose) • Mehrfachdiagnosen sind häufig
Alkohol- und Drogensucht	• bis 60 %
Depressive Störungen Bipolare Störungen	• bis 40 %, Unsicherheit bei bipolaren Störungen wegen methodischer Probleme und Überlappung der Diagnosekriterien
Angststörungen	• ca. 20 %
Restless Legs	• Schätzung ca. 5 %
Essstörungen (Frauen)	• ca. 4 %
Verschiedene somatische internistische Leiden	• bis 50 % Muskulatur/Skelett • bis 40 % gastrointestinale Störungen • ca. 30 % metabolische S., Respiration

Aus: Rösler & Retz (2008a)

5.1 Schulabschluss und berufliche Entwicklung

5.1.1 Schulabschluss

Im Kindes- und Jugendalter leiden bis zu 30 % der Kinder und Jugendlichen mit ADHS unter Teilleistungsstörungen im Lesen, Schreiben und Rechnen. Sie weisen häufig Lernschwierigkeiten auf und nutzen häufiger Nachhilfe. Außerdem stören sie häufiger im Unterricht. Im Vergleich zu Kontrollgruppen kommt es häufiger zu Klassenwiederholungen. Jugendliche mit ADHS weisen in ihrer Schulkarriere häufiger Suspendierungen oder Schulverweise sowie insgesamt eine kürzere Schulzeit auf (Biederman 1993; Frazier, 2007; Loe et al., 2007; McGee, 1991; Parker et al., 2013; Pliszka, 1998; Weiss et al., 1971).

Bei diesen Nachteilen in der schulischen Laufbahn besteht die Frage, welche Schulabschlüsse von ADHS Betroffene erzielen und welche berufliche Entwicklung sie nehmen. Weiss & Hechtman (1993; Weiss et al. 1985) zeigten im 15-Jahres-Follow-up der Montreal-Studie im Vergleich zur Kontrollgruppe eine schlechtere Schullaufbahn auf. In der ADHS-Gruppe erzielten signifikant mehr Probanden keinen High-School-Abschluss (31 % vs. 10 %) und signifikant weniger Probanden erreichten einen Universitätsabschluss (5 % vs. 41 %). Die Ergebnisse von Mannuzza et al. (1993, 1997) weisen im

Langzeitverlauf auf einen signifikant kürzeren Schulbesuch bei hyperaktiven Jungen hin. Diese besuchten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe die Schule durchschnittlich 2,5 Jahre kürzer. So brachen in der Gruppe der von ADHS Betroffenen bspw. 24 % die High School ab; in der Kontrollgruppe waren es dagegen nur 2 %. Weiterhin erreichte fast die Hälfte der Kontrollgruppe einen Bachelor- oder höheren Abschluss, während es bei der Gruppe der Probanden mit nur 12 % signifikant weniger waren. Rasmussen & Gillberg (2000) zeigen ebenfalls, dass die ADHS-Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe die Schule signifikant kürzer besuchten. 80 % der ADHS-Gruppe aber lediglich 26 % der Kontrollgruppe wiesen einen weniger als 12-jährigen Schulbesuch auf. 38 % der ADHS-Gruppe berichteten in der Follow-up-Untersuchung, dass sie eine Schule für Kinder mit geistigen Behinderungen besucht hatten, obwohl keine Diagnose einer geistigen Behinderung vorlag. Aus der Gruppe der Probanden hatte lediglich 1 Person (2 %) eine Universität besucht, in der Kontrollgruppe waren es mit 30 % dagegen signifikant mehr. Auch Biederman et al. (2010) berichten nach Exploration ihrer ADHS-Probanden im 10-Jahres-Follow-up, dass es in ihrer Schullaufbahn im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger zu Klassenwiederholungen, Förderbeschulung, Nachhilfe, Nachsitzen, Suspendierungen und Verweisen gekommen war. In der ADHS-Gruppe gab es im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant weniger Probanden, die einen High School Abschluss vorweisen konnten. Insgesamt haben demnach von ADHS betroffene Erwachsene im Vergleich zu Gesunden häufig eine geringere Schulbildung zu verzeichnen.

5.1.2 Berufliche Entwicklung

Defizite in der Aufmerksamkeit zeigen sich auch in Leistungsproblemen in Ausbildung und Beruf. Die Betroffenen benötigen mehr Pausen, vermeiden monotone Aufgaben und sind durch äußere Reize schneller ablenkbar. Einer national repräsentativen Erhebung zur Erfassung der Prävalenz von psychischen Störungen bei Erwachsenen in englischsprachigen Haushalten in den USA zufolge liegt die AHDS-Prävalenz bei erwerbstätigen Befragten bei 4,2 % (Kessler et al., 2005).

Neben einer wie oben beschriebenen durchschnittlich geringeren Schulbildung weisen von ADHS Betroffene im Vergleich zu Gesunden im Erwachsenenalter häufig ein geringeres berufliches Leistungsvermögen auf (Steinhausen & Sobanski, 2010; Ebert et al., 2003). U. a. die Milwaukee Studie zeigte bei 19- bis 25-jährigen von ADHS Betroffenen gegenüber einer Kontrollgruppe vermehrte berufliche Probleme auf. Die berufliche Laufbahn sei insgesamt von einer erhöhten Instabilität gekennzeichnet (Stein-

hausen & Sobanski, 2010; Ebert et al., 2003), die sich durch eine höhere Arbeitslosenrate, weniger Vollzeittätigkeiten, schlechtere Bewertungen durch Arbeitgeber, häufigere Stellenwechsel, Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen und höhere Fehlzeiten zeige (Biederman et al., 2006; Kessler et al., 2005; Mannuzza et al., 1993; 1997). Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe waren von ADHS Betroffene dreimal häufiger arbeitslos (Barkley et al., 2008). Im 15-Jahres-Follow-up der Montreal-Studie (Weiss & Hechtman, 1993) hatten von ADHS Betroffene im Vergleich zur Kontrollgruppe einen niedrigeren beruflichen Status. Mannuzza (1993) fand in der Gruppe der von ADHS Betroffenen mit durchschnittlich 3,4 einen niedrigeren Sozialstatus als in der Kontrollgruppe (2,7; SES, ranking 1-5). Die UMASS-Studie zeigte sowohl in der ADHS- als auch in der klinischen Kontrollgruppe häufigere Stellenwechsel gegenüber der gesunden Kontrollgruppe auf (Barkley et al., 2008). In der UMASS Studie wurde außerdem deutlich, dass von ADHS Betroffene signifikant häufiger als die Kontrollgruppe Verhaltensprobleme bei der Arbeit zeigten (44,6 % vs. 2,4 %), ihnen signifikant häufiger gekündigt wurde (17,4 % vs. 3,7 %) und sie signifikant häufiger aufgrund von Feindseligkeiten bei der Arbeit gezwungen wurden, ihre Arbeitsstelle zu kündigen (17,3 % vs. 4,9 %), bzw. dass sie kündigten, weil ihnen die Arbeit zu langweilig wurde (32,6 % vs. 15,5 %). Außerdem wurden sie häufiger von ihren Vorgesetzten reglementiert (11,1 % vs. 0,6 %) (Barkley et al., 2008).

Mannuzza et al. (1993) zeigten in ihrer Studie ebenfalls Nachteile in der beruflichen Laufbahn von ADHS Betroffener auf: so waren zwar sowohl in der ADHS- als auch in der Kontrollgruppe zum Follow-up-Zeitpunkt etwa 90 % erwerbstätig, jedoch bekleideten ADHS-Probanden in ihrem Beruf signifikant niedrigere Positionen als die Kontrollgruppe. In der Gruppe der Probanden gab es signifikant weniger Rechtsanwälte, Wissenschaftler, Buchhalter und Börsenmakler (4 vs. 21 %). Dagegen gab es in der ADHS-Gruppe signifikant mehr Kleinunternehmer (18 vs. 5 %), die z. B. einen Fahrradladen oder eine Kfz-Werkstatt führten. Gründe für einen höheren Anteil an Kleinunternehmern könnten Mannuzza et al. (1993) zufolge darin liegen, dass Betroffene sich eher Beschäftigungen suchen, bei denen sie mehr Freiräume haben und bei denen sie weniger sitzen müssen. Möglich wäre es auch, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Symptomatik wie impulsiver oder antisozialer Verhaltensweisen keinem regulären Job nachgehen möchten oder können. In einer weiteren Studie von Mannuzza et al. (1997) ließ sich dieses Ergebnis allerdings nicht replizieren: hier erwiesen sich lediglich 10 % der ADHS-Probanden vs. 29 % der Probanden in der Kontrollgruppe als Selbstständige.

Da von ADHS Betroffene Aufgaben und Aktivitäten mit wenig Stimulation vermeiden, werden entsprechend Berufe und sitzende Tätigkeiten mit überwiegend monotonen Anforderungen von den Betroffenen häufig als unangenehm und überfordernd erlebt und es werden Berufe und Tätigkeiten bevorzugt, die dem hohen Aktivitätsbedürfnis eher entgegenkommen (Steinhausen & Sobanski, 2010; Bundesärztekammer 2007). Walker (o.J.) unterstreicht, dass Erwachsene mit ADHS auch im Beruf erfolgreich sind, wenn sie die Möglichkeit haben, ihre Stärken und Ressourcen bei der Arbeit zu nutzen. Mit der richtigen Behandlung und einem passenden Arbeitssetting könnten von ADHS Betroffene genauso produktiv sein wie Nicht-Betroffene.

5.2 Persönliche Entwicklung und Lebenszufriedenheit

5.2.1 Soziale Beziehungen und familiäre Situation

Nach Barkley et al. (2008) hatten von ADHS Betroffene im Vergleich zu einer Kontrollgruppe doppelt so häufig Probleme, Freundschaften aufrechtzuerhalten. Auch in anderen Studien werden im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen häufigere Beeinträchtigungen in zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich. Diese zeigen sich bspw. in Partnerschaftskonflikten, häufigeren Scheidungen, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Erziehungsproblemen mit eigenen Kindern und instabilen Freundschaften (Mannuzza et al., 1993; Biederman et al., 2006; Steinhausen & Sobanski, 2010; Bundesärztekammer, 2007; Ebert et al., 2003; Weiss, 1985). Die Beziehungsgestaltung der von ADHS Betroffenen ist häufig von Impulsivität geprägt. So neigen einige ADHS-Patienten bspw. dazu, ihren Gesprächspartnern ins Wort zu fallen, nicht richtig zuzuhören sowie in Gruppen Themen und Arbeitsabläufe bestimmen zu wollen (Kordon & Kahl, 2008). Dies kann sowohl bei den Gesprächspartnern und Gruppenmitgliedern als auch bei den Betroffenen zu Unverständnis führen. Daraus können Konflikte oder ein Rückzug der Betroffenen resultieren.

Diese Problematik zeigt sich ebenfalls gehäuft in Partnerschaften. Sofern stabile Partnerschaften bestehen, werden diese häufig als belastet beschrieben, was z. B. in der Desorganisiertheit, dem impulsiven Verhalten und in Affektdurchbrüche des von ADHS betroffenen Partners begründet liegen kann. In der Studie von Biederman et al. (2010) korrelierte die Persistenz der ADHS bis in das Erwachsenenalter u. a. mit stärkeren Beeinträchtigungen in zwischenmenschlicher Hinsicht. Lt. Biederman et al. (1993) und Sobanski et al. (2007) besteht bei Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen eine deutlich höhere Scheidungsrate sowie Hinweise auf eine erhöhte Rate alleinerziehender Elternteile. Auch nach Barkley et al. (2006) komme es in Fami-

lien mit ADHS Patienten zu häufigeren Umzügen und im Vergleich zu Kontrollgruppen sei die Trennungs-, Scheidungs- und Wiederverheiratungsrate erhöht. In einigen Studien ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen von ADHS Betroffenen und einer Kontrollgruppe bezüglich ihres Beziehungs- bzw. Familienstatus (single, verheiratet, geschieden) und bezüglich ihrer Wohnsituation (Wohnen bei Eltern, mit Partner, allein) (Mannuzza, 1993; Weiss, 1985).

In der Montrealstudie von Weiss et al. (1985) hatten die Probanden der ADHS-Gruppe signifikant mehr Kinder als die Kontrollgruppe. In der Milwaukee Studie, in der von ADHS Betroffene zwischen 19 und 25 Jahren (M=21 Jahre) befragt wurden, ergab sich für die ADHS-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe eine frühere Elternschaft. Bei von ADHS betroffenen Eltern komme es im Umgang mit den eigenen Kindern häufig zu zahlreichen Problemen. So seien die nicht an ADHS leidenden Elternteile häufig veranlasst, ihre Kinder vor den emotionalen Ausbrüchen des von ADHS betroffenen Elternteils zu schützen (Rösler & Retz, 2008b).

5.2.2 Sexualkontakte

Nach Rösler & Retz (2008b) nehmen von ADHS Betroffene im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne ADHS sexuelle Aktivitäten früher auf. Partnerschaften sind relativ kurzlebig, es liegt eine erhöhte Zahl an Sexualpartnern vor und es kommt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger zu unerwünschten Schwangerschaften. Bei fehlendem Schutz steigt das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten. In der Milwaukee Studie wurden für die ADHS-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe vermehrt Geschlechtskrankheiten erfasst. So hatten Barkley (2008) zufolge von ADHS Betroffene im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe vier Mal häufiger eine Geschlechtskrankheit. Biederman et al. (2010) berichten nach Exploration ihrer ADHS-Probanden im 10-Jahres-Follow-up, dass es in dieser Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger zum Geschlechtsverkehr kam, bevor die Probanden 16 Jahre alt waren (56 % vs. 17 %).

5.2.3 Verhalten im Straßenverkehr

Studienergebnisse sprechen von einer vierfach erhöhten Unfallhäufigkeit und von vierfach häufigeren Führerscheinentzügen bei Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen und es finden sich Hinweise auf ein riskanteres Fahrverhalten im Straßenverkehr wie das Fahren mit überhöhter Geschwindigkeit, ohne Sicherheitsgurt oder unter Alkohol- und Drogeneinfluss. Es komme häufiger zu – häufig

selbstverschuldeten – Unfällen und Führerscheinentzügen sowie mehr Strafen im Straßenverkehr (Barkley, 2006b; Barkley et al., 1991, 1993; 2002b; Biederman et al., 2006; Bundesärztekammer, 2007; Ebert et al., 2003; Fischer et al., 1990; Mannuzza et al., 1993; Steinhausen & Sobanski, 2010; Woodward et al., 2000).

In einer Studie von Schmidt et al. (2013) trat im Vergleich zu einer Normgruppe bei einer Gruppe von n=467 auffällig gewordenen Verkehrsteilnehmern, die sich in einer Schulungsmaßnahme zur Wiedererlangung bzw. zur Aufrechterhaltung ihrer Fahreignung befanden, eine signifikant höhere Ausprägung von per Fragebogenverfahren erfassten ADHS-Symptomen auf. Bei den substanzmittelauffälligen Verkehrsteilnehmern stieg mit der Höhe des Alkoholkonsums die Ausprägung der ADHS-Symptomatik signifikant an. Die Gruppe der Cannabiskonsumenten unterschied sich dagegen nicht von der Normgruppe bezüglich der Ausprägung ihrer ADHS-Symptomatik (Schmidt et al., 2013).

Aufgrund mangelhafter Affektkontrolle komme es bei von ADHS Betroffenen zu einer erhöhten Reizbarkeit im Straßenverkehr im Umgang mit anderen Verkehrsteilnehmern (Ebert et al., 2003). Außerdem scheinen Patienten mit ADHS ihre Fähigkeiten im Straßenverkehr zu überschätzen, wie von Knouse et al. (2005) beschrieben wurde, die die Selbsteinschätzung und die Leistung bezüglich des Fahrens im Straßenverkehr von 44 ADHS-Patienten in natürlichen und virtuellen Situationen erfassten und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Trotz gleicher Selbsteinschätzung in den beiden Gruppen wies die ADHS-Gruppe eine höhere Rate von Unfällen und Strafzetteln sowie weniger sicheres Fahrverhalten als die Kontrollgruppe auf (Knouse et al., 2005).

In einer Metaanalyse (Jerome et al., 2006) ergab sich für einen großen Teil der Studien im Selbstbericht ADHS Betroffener eine signifikant höhere Rate an Verkehrsunfällen, Verkehrsverstößen sowie Strafzetteln. Bei der Erfassung der kognitiven Fähigkeiten, die mit dem schlechteren Fahrverhalten einhergehen, erwiesen sich Unaufmerksamkeit, insbesondere visuelle Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Ablenkbarkeit, eine verlangsamte Informationsverarbeitung sowie Defizite im visuellen Gedächtnis als relevant (Jerome et al., 2006).

Das Fahrverhalten ADHS Betroffener besserte sich durch eine Behandlung mit Stimulanzien (Alm & Sobanski, 2008; Cox et al., 2000; Barkley et al. 2002b). Auch Jerome et

al. (2006) kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass Stimulanzien die Fahrleistung von ADHS Betroffener verbessern.

Auch das Unfallrisiko außerhalb des Straßenverkehrs, also am Arbeitsplatz, Zuhause und in der Freizeit, sei bei von ADHS Betroffenen deutlich erhöht (Rösler & Retz, 2008).

5.2.4 Finanzielle Situation

Im Vergleich zum Kindesalter hat das impulsive Verhalten Erwachsener z. B. in Form von impulsiven Käufen, impulsiven (Lebens)Entscheidungen und defizitärer Organisationsfähigkeit (z. B. fehlende Struktur und Ordnung, Mangel an vorausschauendem Vorgehen, unzureichende Planung und Organisation bei der Arbeit, in der Ausbildung und/oder im Haushalt, Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation, Vergesslichkeit und Unpünktlichkeit) weitreichendere Konsequenzen. In der UMASS Studie wurde deutlich, dass 67 % der Erwachsenen mit ADHS Probleme im Umgang mit Geld hatten, in der Kontrollgruppe waren es lediglich 15 % (Barkley et al., 2008). 47 % der von ADHS Betroffenen und damit signifikant mehr als die Teilnehmer der Kontrollgruppe hatten Schwierigkeiten, Geld zu sparen, um Rechnungen zu bezahlen (Barkley et al., 2008). Auch andere Studienergebnisse sprechen in ADHS-Gruppen im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen für mehr finanzielle Schwierigkeiten (Mannuzza et al., 1993; Biederman et al., 2006; Steinhausen & Sobanski, 2010; Bundesärztekammer, 2007).

5.2.5 Lebenszufriedenheit

Schmidt et al. (2010) untersuchten den Zusammenhang zwischen der allgemein empfundenen psychischen Belastung durch ADHS-Symptome und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wobei die Faktoren ausschließlich per Fragebogenverfahren in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe erhoben wurden. Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass eine ADHS im Erwachsenenalter (18 bis 65 Jahre) sowohl mit einem geringeren psychischen als auch mit einem geringeren körperlichen Wohlbefinden korreliert. Dabei sind somatische Beschwerden am höchsten ausgeprägt, gefolgt von der psychischen Befindlichkeit. Der Einfluss einer ADHS wirkte sich im Vergleich zu den psychisch-körperlichen Beschwerden weniger stark auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und die soziale Unterstützung aus. Die Ergebnisse ergaben durch ADHS eine Reduktion der sozialen Unterstützung um das 3,3-fache und eine Reduktion der wahrgenommenen allgemeinen Lebenszufriedenheit um das 4,1-fache. Die Autoren schlussfolgern, dass eine Beeinträchtigung durch ADHS-Symptome demnach nicht

zwangsläufig zu einer hohen negativen Bewertung der allgemeinen Lebenszufriedenheit oder der sozialen Unterstützung führen (Schmidt et al., 2010).

Eakin et al. (2004) verglichen das Funktionsniveau ADHS Betroffener (n=33) und ihren Ehepartnern mit Kontrollehepaaren ohne ADHS (n=26). Bei den von ADHS Betroffenen ergaben sich eine schlechtere Einstellung in Bezug auf Familie sowie mehr familiäre Probleme als in der Kontrollgruppe. Die Einstellungen deren Ehepartner zur Familie lag häufiger im klinisch auffälligen Bereich, jedoch unterschieden sie sich im Vergleich mit den Kontrollprobanden nicht signifikant. Die eheliche und familiäre Situation wurde von Betroffenen mit ADHS negativer beurteilt als von ihren Ehepartnern.

5.3 ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter

ADHS-Verlaufsstudien bis ins Erwachsenenalter beschreiben eine Persistenz einzelner Symptome bei 50 bis 80 % der Betroffenen (Wender, 1995; Weiss & Hechtman, 1993; Barkley, 2008; Biederman, 2010; Döpfner et al., 2013a), wobei etwa 30 % das Vollbild der Störung aufweisen und bei den übrigen 20 bis 50 % zumindest eine Residualsymptomatik vorliegt (Lehmkuhl et al., 1998, Döpfner et al., 2013). Eine Meta-Analyse der Verlaufsstudien legt dar, dass 15 % der eingeschlossenen Kinder mit ADHS im Alter von 25 Jahren noch eine ADHS haben, sofern das Kriterium zugrunde gelegt wird, dass alle diagnostischen Kriterien für eine ADHS erfüllt sein müssen. Wird dagegen das Kriterium für eine partielle Remission zugrunde gelegt (hier: DSM-IV), so liegt die Persistenzrate mit etwa 65 % sehr viel höher (Faraone et al., 2006a).

In der Studie von Weiss & Hechtman (1993; Weiss et al., 1985) waren 67 % der 21- bis 33-jährigen Studienteilnehmer der ADHS-Gruppe zum 15-Jahres-Follow-up durch mindestens eines der drei Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, motorische Unruhe und/oder Impulsivität beeinträchtigt. 34 % zeigten mäßige bis schwere Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität und/oder Unaufmerksamkeit. Rasmussen & Gillberg (2000) berichten, dass in ihrer Follow-up-Untersuchung 48 % ihrer durchschnittlich 22-jährigen Probanden noch deutliche Symptome der ADHS aufwiesen. Die Ergebnisse der New York Studie ergaben dagegen, dass lediglich bei 4 bis 8 % der Probanden die vollständigen Kriterien für eine ADHS-Diagnose erfüllt waren (Mannuzza et al., 1993; 1998), wobei diese Daten ausschließlich auf das Selbsturteil bezogen sind (Mannuzza, 1993). In der Studie von Barkley et al. (2008) erhielten 5 % der Studienteilnehmer zwischen 19 und 25 Jahren eine ADHS-Diagnose im Selbst- und 46 % der Studienteilnehmer eine ADHS-Diagnose im Elternurteil. Es ist daher zu vermuten, dass ausschließlich

Selbstberichte zu einer Unterschätzung der Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter führen.

Im 10-Jahres-Follow-up von Biederman et al. (2010) erfüllten 35 % der Probanden der ADHS-Gruppe die vollen Symptomkriterien einer ADHS (syndromatische Persistenz). Bei 22 % lag eine symptomatische Persistenz vor, d. h., die Probanden erfüllten mehr als 50 % der erforderlichen Symptome für eine Volldiagnose. Bei weiteren 15 % der ADHS-Gruppe lagen eine funktionale Persistenz und damit eine ausbleibende funktionelle Remission vor. 6 % zeigten weder eine syndromatische, noch eine symptomatische oder funktionale Persistenz, jedoch befanden sich diese Probanden aufgrund der ADHS in medikamentöser Behandlung. Dieser Unterteilung zufolge waren lediglich 22 % der Teilnehmer der ADHS-Gruppe in ihrer Symptomatik und Funktionseinschränkung voll remittiert. Die ADHS-Symptomatik zeigte sich ausgeprägter bei jüngeren Probanden: mit zunehmendem Alter nahmen die ADHS-Symptomatik und die Funktionsbeeinträchtigungen in der Stichprobe kontinuierlich ab. Es zeigten sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Intaktheit der Familie und dem sozioökonomischen Status, jedoch gab es in der Gruppe derer mit persistierender und remittierter ADHS im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr psychische Störungen. In der Gruppe der Teilnehmer, in der die ADHS auch im jungen Erwachsenenalter persistierte, lagen im Vergleich zur Kontrollgruppe und der Gruppe derer, deren ADHS vollständig remittiert war, außerdem signifikant häufiger komorbide Störungen wie oppositionelles Verhalten (41 %), Störung des Sozialverhaltens und antisoziale Persönlichkeitsstörung (28 %), bipolare Störung (14 %), Angststörung (12 %), Missbrauch psychoaktiver Substanzen (48 %) sowie Nikotinkonsum (38 %) vor. Die Häufigkeit depressiver Störungen unterschied sich in den Gruppen nicht signifikant voneinander (Persistierende ADHS: 13 %, remittierte ADHS: 0 %, Kontrollgruppe: 4 %).

In der n=146 starken ADHS-Gruppe der UMASS-Studie erhielten die meisten Probanden die ADHS-Diagnose nach dem kombinierten Typus (76 %) und 20 % gehörten zum vorwiegend unaufmerksamen Typus (Barkley et al., 2008). Jacob et al. (2007) fanden in ihrer n=372 großen Stichprobe einer Inanspruchnahmepopulation von Patienten zwischen 18 und 65 Jahren (M=33 Jahre, 173 Frauen, 199 Männer) mit 51 % ebenfalls am häufigsten den kombinierten Typus, gefolgt von dem vorwiegend unaufmerksamen Typus (28 %) und dem vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Typus (21 %). Dabei erwies sich die Verteilung der Subtypen bei den Geschlechtern etwa gleich. Männer erhielten etwas häufiger die Diagnose des vorwiegend unaufmerksamen Ty-

pus (24 % vs. 31 %), der Unterschied erwies sich jedoch nicht als statistisch signifikant. In der Studie von Rasmussen & Gillberg (2000) erhielten die meisten Probanden dagegen die ADHS-Diagnose des überwiegend unaufmerksamen Typus (42 %), gefolgt von dem hyperaktiv-impulsiven Typus (16 %) und dem kombinierten Typus (10 %).

Mannuzza et al. (2003) und Barkley et al. (2002a; 2008) fassen zusammen, dass die inkonsistenten Ergebnisse in den Follow-up-Studien bezüglich der Vergabe der Diagnose im Erwachsenenalter u. a. von der Art der Exploration (z. B. Selbsturteil, Beobachtung), der Dropoutrate in Langzeitstudien, den Informationsquellen (Patient, Eltern) und den Symptomkriterien zur Definition und Vergabe der Störung abhängen sowie davon, ob der Beurteiler in Bezug auf die Diagnose und die Behandlung des Probanden in der Kindheit verblindet ist oder nicht.

Bezüglich der o.g. Differenzen im Selbst- und im Fremdurteil und der Annahme, dass ausschließlich Selbsturteile zu einer Unterschätzung der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter führen, liegen ebenfalls inkonsistente Ergebnisse vor. In einer Studie von Rizzo et al. (2012) zur Beeinträchtigung Betroffener durch die ADHS-Symptomatik wurde eine kleine Stichprobe mit jeweils 28 Erwachsenen mit und ohne ADHS zwischen 19-59 Jahren (durchschnittlich 36 bis 37 Jahre), die weitgehend in das Arbeitsleben integriert waren, befragt und getestet. Erfasst wurden Aufmerksamkeitsfunktionen, exekutive Funktionsstörungen, kognitive Fehlleistungen und kleine Missgeschicke im Alltag sowie das Selbstkonzept. Die Probanden der ADHS-Gruppe nahmen sich in der Selbsteinschätzung bezüglich ihrer exekutiven Funktionen im Vergleich zur Kontrollgruppe als deutlich beeinträchtigter wahr. In diesem Fall gaben Angehörige z.T. geringere Beeinträchtigungen an als die Betroffenen selbst (Rizzo et al., 2012). Signifikante Unterschiede in der Beeinträchtigung des Selbstkonzepts sowie der kognitiven Fehlleistungen und kleinen Missgeschicke im Alltag bezogen sich auf die Leistungsfähigkeit, die allgemeine Selbstwertschätzung, die Empfindlichkeit/Gestimmtheit, die Standfestigkeit, die Wertschätzung durch Andere, die Irritierbarkeit durch Andere sowie Gefühle und Beziehungen zu Anderen (Rizzo et al., 2012).

5.4 Komorbide Symptomatik im Erwachsenenalter

Wie im Kindes- und Jugendalter ist laut Studienlage auch im Erwachsenenalter die Kombination von ADHS und komorbiden Symptomen sehr häufig zu beobachten. Zahlreiche Studien zeigen eine erhöhte Lebenszeitprävalenz für komorbide Störungen bei Vorliegen einer ADHS auf, wobei Raten bis zu fast 90 % benannt werden. Demnach

tragen von ADHS Betroffene ein höheres Risiko, im Erwachsenenalter an einer oder mehreren weiteren psychischen Störungen zu leiden.

In einer prospektiven Studie von Kindern mit einer ADHS waren von 232 Probanden im Alter von 27 bis 28 Jahren 38 % ohne psychische Beeinträchtigung. Diese Probanden erfüllten weder die Diagnosekriterien einer ADHS noch einer anderen psychischen Störung. 29 % der Probanden erfüllten im Erwachsenenalter die Diagnosekriterien einer ADHS und/oder einer anderen psychischen Störung. Dabei war die Kombination einer ADHS mit einer komorbiden Symptomatik deutlich häufiger als eine ADHS allein. Weitere 33 % der Probanden erfüllten im Erwachsenenalter die Diagnosekriterien einer ADHS nicht mehr, jedoch die einer anderen psychischen Störung. Unabhängig von einer ADHS erfüllten somit 57 % der ADHS-Gruppe, aber nur 35 % der Kontrollgruppe im Erwachsenenalter die Diagnosekriterien für eine psychische Erkrankung (signifikanter Unterschied). Zu den häufigsten Diagnosen in der ADHS-Gruppe gehörten Substanzabhängigkeit (Alkohol 26 %, andere Substanzen 16 %), dissoziale Persönlichkeitsstörungen (17 %), hypomanische Episoden (15 %), generalisierte Angststörungen (14 %) und schwere Depressionen (13 %, Barbaresi et al., 2013).

In weiteren Studien werden als die häufigsten komorbiden Störungen affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen genannt (Kessler et al., 2006; Kooij et al., 2004; Spencer et al., 2005; Jacobs & Peterman, 2007; Sobanski et al., 2007; Steinhausen, 2010). In der Milwaukee-Studie wurden bei den Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu den Kontrollgruppen häufiger depressive Episoden festgestellt (Fischer et al., 2002).

Die Prävalenz für Angststörungen als komorbide Diagnosen bei ADHS liegt in verschiedenen Studien zwischen 25 und 50 %. Dabei überwiegt mit 18 % die soziale Phobie (Alm & Sobanski, 2008). Angaben zur Komorbidität von ADHS und affektiven Störungen schwanken für die Major Depression zwischen 10 und 78 % und für bipolare affektive Störungen zwischen 3 und 14 %. Für Patienten mit ADHS und einer bipolaren Störung wurden ein früherer Krankheitsbeginn und ein schwererer Verlauf der bipolaren Störung festgestellt (Scherk, 2007; Steinhausen 2010). Sachs et al. (2000; Alm & Sobanski, 2008) fanden in einer Studie mit 56 bipolaren Patienten in einer ADHS im Kindesalter ebenfalls einen Risikofaktor für einen frühen Beginn der bipolaren Störung. Die Ergebnisse von Studien zur Prävalenz affektiver Störungen und Angststörungen als komorbide Störungen der ADHS erweisen sich als uneinheitlich. Während zahlrei-

che Studien auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer ADHS und affektiven- bzw. Angststörungen hinweisen (Biederman et al., 1986; 1991; 2006) finden andere Studien diesen Zusammenhang nicht (Mannuzza et al., 1991; 1993; Klein et al., 1990; Weiss et al., 1985; Weiss & Hechtman, 1993). Lt. Mannuzza et al. (1993) unterschieden sich die Lifetime-Raten in der Probanden- und der Kontrollgruppe für affektive Störungen (23 vs. 25 %) und Angststörungen (7 vs. 4 %) bspw. nicht. Gründe für diese unterschiedlichen Befunde könnten bspw. in der Erfassung und Beurteilung der Symptome durch Interviewer mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus oder aber am Alter der Probanden liegen; möglicherwiese werden affektive- oder Angststörungen im späteren Verlauf noch entwickelt (Mannuzza, 1993).

Insgesamt fanden die meisten Studien jedoch in den Gruppen der von ADHS Betroffenen im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen erhöhte Raten für psychiatrische Diagnosen, so auch im 15-Jahres-Follow-up der Montreal-Studie von Weiss und Hechtman (1993) und im 17-Jahres-Follow-up der New York Studie. In der New York Studie erfüllten 33 % der Probanden vs. 16 % der Kontrollgruppe (signifikant) zum Zeitpunkt des Follow-up die Diagnosekriterien für eine psychische Störung. Bei den durchschnittlich 26-jährigen Probanden ergab sich insbesondere eine erhöhte Rate von antisozialem Verhalten und Drogenkonsum (Mannuzza et al., 1993). Biederman et al. (1993) erfassten in der Gruppe Erwachsener mit ADHS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant häufiger antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch. Da dissoziales Verhalten, antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch als komorbide Störungen bei ADHS sehr häufig genannt werden, werden diese gesondert in Kap. 5.4.1 und 5.4.2 beschrieben.

In der Schweden Studie von Rasmussen & Gillberg (2000) wurde für 28 % der Probanden eine aktuelle Tic-Störung erfasst, in der Vergleichsgruppe waren es lediglich 7 % (signifikant). Weitere häufige komorbide Diagnosen ergaben sich für die ADHS-Probanden für Depressionen (26 %, vs. 17 % in der Kontrollgruppe).

In der Querschnittstudie von Jacob et al. (2007) wurde von 349 AHDS-Patienten einer Inanspruchnahmepopulation im Alter von 18 bis 65 Jahren (M=33 Jahre, 173 Frauen, 199 Männer) mit dem SKID I mögliche komorbide Diagnosen nach DSM IV erhoben. Mit einer Lifetime-Komorbidität von 45 % wurde am häufigsten die Depression erfasst. Als häufigste Angststörung erwies sich die Soziale Phobie mit 10 % Lifetime- und 8 % aktueller Komorbidität, gefolgt von Essstörungen (9 % Lifetime- und 3 % aktuelle

Komorbidität) und Somatoformen Störungen (4 % aktuelle Komorbidität). Insgesamt litten 84 % der Patienten unter mindestens einer komorbiden Störung der Achse I und fast 60 % erfüllten die Diagnosekriterien für zwei oder mehr Achse-1-Diagnosen.

Mannuzza et al. (1993) untersuchten, ob sich die Anzahl komorbider Störungen in der Gruppe der Probanden mit einer voll erfüllten ADHS-Diagnose und in der Gruppe der Probanden mit einer ADHS in Teilremission unterscheiden. Diese Analyse ergab keinen signifikanten Unterschied.

In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen wurden in der Milwaukee-Studie bei den durchschnittlich 21-jährigen Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu den Kontrollgruppen häufiger Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (Histrionisch, Antisozial, Borderline) sowie passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen festgestellt. Weitere Studienergebnisse weisen in der Entwicklung von Kindern mit ADHS auf eine erhöhte Prävalenz von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter hin. In einer Gruppe von Borderline-Patienten hatten 59 % eine ADHS in der Kindheit, in einer Kontrollgruppe waren es lediglich 6,5 % (Fossati et al., 2002; Alm & Sobanski, 2008). In der Milwaukee-Studie erfüllten 14 % der Probanden die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fischer et al., 2002, zit. in Steinhausen & Sobanski, 2010). Verschiedene Autoren (Steinhausen, 2010; Kordon & Kahl, 2003) unterstreichen die Abgrenzung der ADHS zu einer Borderline-Persönlichkeit, die eher unter dem Gesichtspunkt der Differentialdiagnostik als der Komorbidität betrachtet werden sollte. Parallelen zwischen diesen beiden Störungsbildern liegen in den Bereichen der Affektivität, des impulsiven Verhaltens und der Beziehungsgestaltung. Die Symptome der Hyperaktivität und die Aufmerksamkeitsdefizite sind dagegen Bestandteile der ADHS, während für die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung in der Regel Symptome wie selbstverletzendes und / oder suizidales Verhalten sowie Identitätsstörungen kennzeichnend sind – wobei es bei Patienten mit ADHS aufgrund der Impulsivität mitunter auch zu Selbstverletzungen kommen kann.

In der Querschnittstudie von Jacob et al. (2007) wurde bei 79 % der 349 untersuchten AHDS-Patienten einer Inanspruchnahmepopulation im Alter von 18 bis 65 Jahren (M=33 Jahre, 173 Frauen, 199 Männer) mindestens eine Persönlichkeitsstörung und bei 45 % zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. In der Follow-up-Studie von Rasmussen & Gillberg (Schweden Studie, 2000) ergab sich für insgesamt 32 % der ADHS-Probanden, dagegen nur für 7 % der Kontrollgruppe eine Persönlich-

keitsstörung und damit ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung wurde dabei am häufigsten diagnostiziert. Das Risiko war in der Gruppe der Probanden um das 8,4-fache erhöht.

5.4.1 Störung des Sozialverhaltens und antisoziale Persönlichkeitsstörung

In großen Feldstudien, so die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Angold et al. (1999; Steinhausen, 2010), stellt die Kombination von ADHS mit einer Störung des Sozialverhaltens die häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Komorbidität dar. Auch im Jugendalter zeigen sich mehr dissoziale Störungen (Weiss et al., 1971; Lambert et al., 1987). Langzeitstudien weisen darauf hin, dass sich diese Tendenz im Erwachsenenalter fortsetzt, gleichwohl mit geringerer Ausprägung. Mannuzza et al. (1993) berichten, dass die Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung im Vergleich zum vorherigen Follow-up-Messzeitpunkt, bei dem die Probanden durchschnittlich 18 Jahre alt waren, von 25 % bei den nun durchschnittlich 26-Jährigen auf 15 % gesunken war. Dies könnte darauf hindeuten, dass Verhaltensstörungen, die im durchschnittlichen Alter von 18 Jahren noch vorhanden sind, in den Mittzwanzigern remittieren. Auch andere Ergebnisse sprechen dafür, dass es zum größten Teil bei von ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen mit einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens im Erwachsenenalter zu einer Reduktion der dissozialen Symptomatik kommt. Verschiedene Studien zeigten auf, dass in maximal 25 % der Fälle auch im Erwachsenenalter delinquentes und antisoziales Verhalten auftrat. Eine Manifestation der Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter in Form einer antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter tritt demnach deutlich seltener auf als das komorbide Auftreten der ADHS und Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter (Barkley et al., 2004; Weiss & Hechtman, 1993; Mannuzza et al., 1998; Rösler et al., 2007; Steinhausen, 2010).

Auch wenn antisoziales Verhalten als komorbide Auffälligkeit zu ADHS im Erwachsenenalter weniger stark ausgeprägt ist als im Kindesalter, ergaben sich in mehreren Verlaufsstudien für die Gruppe der von ADHS Betroffenen im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen häufiger dissoziale Handlungen, Gesetzeskonflikte und Haftstrafen. Biederman et al. (2006) fanden bei einer Gruppe nordamerikanischer Patienten mit ADHS, die bei Studienbeginn zwischen 6 und 18 Jahre alt waren, im jungen Erwachsenenalter eine deutlich erhöhte Lebenszeitprävalenz für antisoziale Störungen. Auch im 17-Jahres-Follow-up der New York Studie ergab sich für die durchschnittlich 25-jährigen Probanden eine erhöhte Rate von antisozialem Verhalten. Die Probanden erfüllten am häufigsten (18 %) die Diagnosekriterien für eine antisoziale Persönlich-

keitsstörung, während die Rate in der Kontrollgruppe lediglich bei 2 % lag. Dabei ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und dem Bildungsstand sowie der beruflichen Position der Probanden (Mannuzza et al., 1993). Diese Verteilung antisozialen Verhaltens ergab sich auch in der Schweden Studie bei den durchschnittlich 22-jährigen Probanden (ADHS-Probanden 18 %, 2 %, Rasmussen & Gillberg, 2000).

In verschiedenen Studien zeigen sich erhöhte Raten dissozialer Persönlichkeitsstörungen: Bei etwa 15-30 % der Betroffenen sind delinquentes Verhalten und eine dissoziale Persönlichkeitsstörung zu verzeichnen (Döpfner et al., 2013a; Fischer et al., 2002). Die Studienergebnisse von Weiss et al. (1985; Weiss & Hechtman, 1993) weisen im Erwachsenenalter ebenfalls auf vermehrtes antisoziales Verhalten und ein häufigeres Auftreten der antisozialen Persönlichkeit hin. Nach DSM-III erfüllten 23 % der Probanden, jedoch nur 2 % der Kontrollgruppe die Diagnosekriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (signifikant) und 64 % der Probanden, jedoch nur 18 % der Kontrollgruppe zeigten antisoziales Verhalten (signifikant).

Bei diesen Auffälligkeiten liegt es nahe, dass die Betroffenen häufiger in Gesetzeskonflikte geraten. In der Studie von Barkley et al. (2004) ergab sich im Folllow-up im jungen Erwachsenenalter (20-21 Jahre) im Selbstbericht der ADHS-Gruppe ein höherer Anteil dissozialen Verhaltens, wie z. B. Diebstahl, Einbruch, Ruhestörung, Schlägereien, Brandstiftung und Waffenbesitz. In der Gruppe der von ADHS Betroffenen kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe im jungen Erwachsenenalter häufiger zu Festnahmen (mindestens einmal: 54 % vs. 37 %, mindestens zweimal: 39 % vs. 12 %, mindestens dreimal: 27 % vs. 11 %). Diese Angaben decken sich mit offiziellen Kriminalstatistiken, nach denen 27 % der ADHS Gruppe vs. 11 % der Kontrollgruppe in Haft waren, sowie mit den Ergebnissen anderer Studien, in denen eine höhere Prozentrate von dissozialem Verhalten bei Kindern mit einer ADHS, die bis ins Erwachsenenalter nachuntersucht wurden, gefunden wurde (Barkley et al., 2004, Barkley, 2006; Weiss & Hechtman 1993). Die Ergebnisse der UMASS-Studie (Barkley, 2008) zeigen auf, dass Erwachsene mit ADHS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne ADHS etwa dreimal häufiger in illegalem Drogenverkauf involviert waren (21 % vs. 6 %).

Bei einer Untersuchung von Rösler et al. (2004) wurde bei 129 eher jüngeren Inhaftierten (19,2 ± 2 Jahre) eine deutlich erhöhte Rate von ADHS festgestellt. Die untersuchten Inhaftierten erfüllten nach DSM-IV in 45 % der Fälle die Kriterien einer ADHS und

nach ICD-10 in 21,7 % der Fälle die Forschungskriterien einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. In fast allen Fällen lagen komorbide Störungen vor, wobei die häufigsten komorbiden Störungen in einer Störung des Sozialverhaltens sowie in Substanz- und Alkoholmissbrauch bestanden. Rösler & Retz (2008b) fassen zusammen, dass das überdurchschnittliche ADHS-Aufkommen unter Straftätern in der Regel mit einer Störung des Sozialverhaltens assoziiert ist. Bei Personen, die von ADHS und komorbid von einer Störung des Sozialverhaltens betroffen sind, besteht ein deutlich erhöhtes hohes Risiko für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder für anhaltendes kriminelles Verhalten im Erwachsenenalter. Bei Vorhandensein einer isolierten ADHS ist diese Entwicklung dagegen nicht zu beobachten.

Während etwa 50 % der ADHS-Patienten im Kindesalter eine komorbide Störung des Sozialverhaltens aufweisen, tritt in 20–25 % der Fälle im Erwachsenenalter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung auf. Studienergebnisse sprechen dafür, dass Straftäter mit ADHS in jüngerem Alter mit delinquenten Verhaltensstilen beginnen und dass sie häufiger als Rezidivtäter auffällig werden als Täter ohne ADHS. Dabei ist die Prävalenz von ADHS in verschiedenen Tätergruppen unterschiedlich groß. Während sie bei Betrügern und bei proaktiver Gewalttätigkeit normal ausgeprägt ist, sind in der Gruppe der Sexualstraftäter und bei Personen, die reaktive Gewalttaten verübt haben, signifikant mehr Fälle von ADHS zu finden. Auch unter Straftätern, die in Hinsicht auf das Betäubungsmittelgesetz auffällig geworden sind, findet man eine relativ hohe ADHS Prävalenz (Rösler & Retz, 2008b).

Satterfield & Schell (1997; Satterfield et al., 1982) zeigten bei ADHS-Probanden auf der Basis von offiziellen Strafregistern in Kalifornien im Vergleich zu einer Kontrollgruppe sowohl im Jugend- (46 % vs. 11 %) als auch im jungen Erwachsenenalter (21 % vs. 1 %) eine deutlich erhöhte Rate von Verhaftungen und von Inhaftierungen. In einer weiteren Follow-up-Untersuchung, bei der die Probanden bereits durchschnittlich 37 Jahre alt waren, ergaben sich für die ADHS- im Vergleich zur Kontrollgruppe weiterhin signifikant häufigere Nennungen von Inhaftierungen (26 % vs. 8 %), von Festnahmen (38-44 % vs. 13-14 %) und von Verurteilungen (17-29 % vs. 3-8 %). Als Prädiktoren für das kriminelle Verhalten im Erwachsenenalter ergaben sich das dissoziale Verhalten im Kindesalter, der sozioökonomische Status und der IQ (Satterfield et al., 2007).

Auch Weiss & Hechtman (1993) fanden zum 15-Jahres-Follow-up ihrer Studie im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr Gerichtszuweisungen. In der Schweden Studie (Rasmussen & Gillberg, 2000) berichteten 19 % der Probanden von verübten Straftaten. In der New York Studie (Mannuzza, 1993) ergaben sich bei durchschnittlich 25-jährigen Probanden im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe mit ADHS im 17-Jahres-Follow-up mehr Haftstrafen sowie schwerere Vergehen bei wiederholt auftretender Straffälligkeit. Fünf Probanden, aber keine Person der Kontrollgruppe, saß zum Zeitpunkt des Follow-up in Haft. Gründe für die Inhaftierung lagen in fahrlässiger Tötung, Diebstahl, Raub, Besitz von Drogen, Körperverletzung und Betrug. Biederman et al. (2010) berichten nach Exploration ihrer ADHS-Probanden im 10-Jahres-Follow-up ebenfalls, dass es in der ADHS-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger zu Inhaftierungen (34 % vs. 15 %) und Verurteilungen (14 % vs. 1 %) gekommen war.

5.4.2 Substanzmissbrauch

In mehreren Studien haben sich konsistent erhöhte Raten für den Konsum von Tabak, Marihuana und Alkohol, nicht jedoch für sog. harte Drogen ergeben. Der Alkohol- und Drogenmissbrauch bei von ADHS Betroffenen ist durchschnittlich drei- bis vierfach erhöht. Dabei gelten Patienten mit komorbiden Störungen des Sozialverhaltens bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen für das Auftreten von Suchterkrankungen bzw. Substanzmissbrauch besonders gefährdet (Barkley, 2004; 2006a; Elkins et al., 2007; Mannuzza et al., 1991; 1993; Weiss & Hechtman, 1993; Steinhausen & Sobanski, 2010).

U. a. in der Milwaukee-Studie (Barkley et al., 2004; 2006) ergab sich nur bei komorbider der Störung des Sozialverhaltens bzw. einer dissozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter eine erhöhte Rate von Substanzmissbrauch. Die drei häufigsten Diagnosen ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch traten häufig gemeinsam auf (Barkley et al., 2004; 2006). Auch im 12-Jahres-Follow-up der MTA-Studie (Howard et al., 2015) bestätigte sich diese Annahme: eine Verschlechterung der Symptome der Unaufmerksamkeit und des kriminellen Verhaltens sowie eine geringere Verbesserung der Hyperaktivitäts-Impulsivitätssymptome im Entwicklungsverlauf der Probanden ging mit höheren Raten von exzessiven Alkoholkonsum („binge drinking“) und Marihuana-Konsum einher. Der Alkohol- und Marihuanakonsum erwies sich in dieser Gruppe signifikant ausgeprägter als in der Gruppe der Probanden, deren

ADHS-Symptomatik und kriminelles Verhalten stabil war oder sich im Verlauf reduziert hatte.

Weiss et al. (1985; Weiss & Hechtman, 1993; Mannuzza et al., 1993) fanden zum Follow-up-Zeitpunkt bei von ADHS Betroffenen mit 68 % einen signifikant häufigeren Alkoholmissbrauch als in der Kontrollgruppe (33 %) und der Gruppe derer mit milder ADHS-Symptomatik. Die Ergebnisse von Mannuzza et al. (1993) sprechen ebenfalls für einen häufigeren Substanzmissbrauch in der Gruppe der von ADHS Betroffenen, jedoch betrifft dies nicht den Konsum von Alkohol. In der ADHS-Gruppe ergab sich für 16 % der Probanden ein Substanzmissbrauch, in der Kontrollgruppe lediglich für 4 %. Sowohl in der Probanden-, als auch in der Kontrollgruppe wurde dabei am häufigsten der Konsum von Marihuana und Kokain genannt. In der Studie von Mannuzza et al. (1993) hatten Probanden mit mindestens einem ADHS-Symptom eine sieben Mal erhöhte Wahrscheinlichkeit eines zusätzlichen Substanzmissbrauchs als Probanden mit einer remittierten ADHS. Für Alkoholmissbrauch und die antisoziale Persönlichkeitsstörung zeigte sich dies ebenfalls als Trend (nicht signifikant). Außerdem ergab sich auch hier eine hohe Komorbidität zwischen Drogenmissbrauch und antisozialem Verhalten. So erfüllten 40 % der Probanden mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung zusätzlich die Diagnose eines Substanzmissbrauchs, gegenüber 13 % der Probanden, die die Diagnosekriterien für Substanzmissbrauch, jedoch nicht für eine Persönlichkeitsstörung erfüllten. Der Substanzmissbrauch in der Kontrollgruppe lag ebenfalls bei 13 % (Mannuzza, 1993).

Bezüglich des Nikotinkonsums liegt u. a. ein Übersichtsartikel von Becker und Schmidt (2007) vor. Demnach beginnen Kinder mit ADHS früher als nicht betroffene Gleichaltrige mit dem Tabakkonsum und rauchen mehr als diese. Es gibt Hinweise darauf, dass der Konsum von Nikotin ADHS-Symptome reduziert. Nikotin bindet neuronal an die Acetylcholin-Rezeptoren und regt u. a. eine Steigerung der Dopamin-Produktion an. Dies führt bei dem Konsumenten zu einem Gefühl von Beruhigung sowie zu einer Steigerung der Aufmerksamkeitsleistungen und des Wachzustandes (DKFZ, 2014). So konnten in einer Untersuchung Symptome der Aufmerksamkeitsstörung durch eine transdermale Nikotingabe bei ADHS-Patienten gelindert werden (Levin, 1996; Brunklaus, 2006). In einer Langzeitstudie von Lambert et al. (1998) erwies sich die erfasste Lifetime-Nikotinabhängigkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten im Follow-up mit 40 % als doppelt so hoch wie in der Gruppe der Kontrollprobanden (19 %). Das Einstiegsalter für den regelmäßigen Nikotinkonsum in der ADHS Gruppe lag mit 15,4 Jahren sig-

nifikant unter dem der Kontrollgruppe mit 17,1 Jahren. Zum Erhebungszeitpunkt waren 42 % der Erwachsenen in der ADHS-Gruppe und 26 % in der Kontrollgruppe Raucher.

Weitere Studien stützen diese Ergebnisse: Frei et al. (2010) verglichen in der Schweiz eine Inanspruchnahmepopulation von 100 ADHS-Patienten, die durchschnittlich 37,7 Jahre alt waren mit einer Vergleichsstichprobe der Schweizer Wohnbevölkerung in Bezug auf ihren Substanzkonsum. Es ergab sich, dass ADHS-Patienten doppelt so häufig täglich rauchten, dass täglich rauchende ADHS-Patienten signifikant mehr Zigaretten pro Tag als täglich rauchende Personen der Schweizer Wohnbevölkerung rauchten, dass sie eine signifikant höhere Nikotinabhängigkeit aufwiesen und dass sie in einem signifikant jüngeren Alter mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen hatten. Der Anteil der Raucher bei den ADHS-Patienten erwies sich in der Stichprobe mit 55 % als hoch und war damit vergleichbar mit amerikanischen Studienergebnissen (35-40 %, Frei et al., 2010). Weitere 25 % hatten in der Vergangenheit einmal geraucht. In einer Analyse von Kollins et al. (2005) ergab sich eine lineare Beziehung zwischen der Anzahl von selbst berichteten Symptomen der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität und der Intensität des Rauchens. Frei et al. (2010) erfassten in ihrer Studie auch den Konsum von weiteren psychoaktiven Substanzen, die von 36 % der Studienteilnehmern aktuell und von 9 % der Studienteilnehmern in der Vergangenheit konsumiert wurden.

Brunklaus (2006) untersucht in seiner Arbeit retrospektiv erfasste hyperkinetische Symptome sowie Symptome einer juvenilen Störung des Sozialverhaltens bei 49 politoxikomanen Suchtpatienten mit dem Ziel, ADHS-spezifische Prädiktoren für eine spätere Drogenabhängigkeit zu identifizieren. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (n=40) war bei politoxikomanen Patienten die Prävalenz einer juvenilen ADHS und Störung des Sozialverhaltens im querschnittlichen Vergleich deutlich erhöht. Wie bereits in anderen Studien aufgezeigt, weisen auch die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass eine Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter einen stärkeren Risikofaktor für eine Drogenabhängigkeit im Erwachsenenalter darstellt als eine ADHS. Es ergaben sich Hinweise darauf, dass das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens einen früheren Erstkonsum von illegalen Substanzen begünstigt.

Es wurde außerdem untersucht, ob bestimmte Substanzen mit dem Ziel einer Selbstmedikation eingenommen werden. Khantzian et al. (1985; Brunklaus 2006) beschrieben die Möglichkeit einer Selbstmedikation bei kokainabhängigen Patienten insofern,

als dass von ADHS Betroffene zur Reduktion ihrer Symptome gezielt Stimulanzien wie Kokain konsumieren könnten. Dies ließ sich in der Untersuchung von Brunklaus (2006) weder für eine ADHS noch für eine Störung des Sozialverhaltens bestätigen. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Biederman et al. (1995) die bezüglich der Substanzwahl von 120 erwachsenen ADHS-Patienten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (n=268) ausmachen konnten. In beiden Gruppen erwies sich Marihuana als die gebräuchlichste illegale Droge, mit deutlichem Abstand vor Kokain und Stimulanzien. Gleichwohl ergab sich, außer für den Alkoholkonsum, für die Gruppe der ADHS-Patienten ein signifikant höherer Substanzmissbrauch (52 %) als für die Kontrollgruppe (27 %). Bei Lambert et al. (1998) ergab sich in einer Langzeitstudie von Kindern mit ADHS im Erwachsenenalter eine Rate von 21 % in der ADHS-Gruppe und von 10 % in der Kontrollgruppe für Kokainabhängigkeit. Auf eine potenzielle Selbstmedikation hinweisen könnte lt. Brunklaus (2006) daher die Beobachtung, dass Suchtpatienten mit einer komorbiden ADHS eher zu einem Mehrkonsum an Drogen neigten. Für Suchtpatienten, die sowohl die Diagnosekriterien einer ADHS als auch die einer Störung des Sozialverhaltens erfüllten, wurde ein früherer Drogeneinstieg, eine beschleunigte Drogenkarriere und ein ausgeprägterer Substanzkonsum erfasst.

In einer Querschnittstudie von Jacob et al. (2007) ergaben sich bei der Untersuchung von 349 AHDS-Patienten einer Inanspruchnahmepopulation im Alter von 18 bis 65 Jahren (M=33,3 Jahre, 173 Frauen, 199 Männer) Lebenszeitkomorbiditäten von 15,2 % für den Cannabismissbrauch, von 17,8 % für die Cannabisabhängigkeit und von 12,3 % für den Alkoholmissbrauch.

In der Follow-up-Studie von Rasmussen & Gillberg (2000) ergab sich für 24 % der Probanden, aber lediglich für 4 % der Vergleichsgruppe ein Alkoholmissbrauch (signifikanter Unterschied). Der Missbrauch psychoaktiver Substanzen war hier sowohl in der Probanden- als auch in der Kontrollgruppe im Vergleich zu anderen Studienergebnissen sehr gering (4 % vs. 2 %) und es ergab sich zur Vergleichsgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied.

5.4.3 Weitere psychopathologische Auffälligkeiten

Misserfolgserlebnisse im Beruf oder Konflikte in persönlichen Beziehungen ziehen häufig Frustration mit sich, was zu der Entwicklung eines geringen Selbstwertgefühls beitragen kann. Diese wiederum können zum Auslöser oder zum aufrechterhaltenden Faktor affektiver Störungen werden (Kordon & Kahl, 2003). Im Jugendalter fanden

Weiss et al. (1971) bei ADHS-Probanden ein geringeres Selbstwertgefühl. Im 15-Jahres-Follow-up der Montreal-Studie (Weiss & Hechtman, 1993) ergaben sich für die ADHS-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr Suizidversuche (10 % vs. 0 %). In der Längsschnittstudie von Barbaresi et al. (2013) zeigte sich zwischen der ADHS-Gruppe und der Kontrollgruppe bei den 27- bis 28-jährigen Erwachsenen kein statistisch signifikanter Unterschied in der Gesamtmortalität, jedoch in der Rate der Suizide. Die Rate der Suizide in der Gruppe derjenigen, die in der Kindheit die Diagnose einer ADHS erfüllten, war signifikant erhöht.

Rizzo et al. (2012) fanden bei Erwachsenen mit ADHS im Einklang mit bisherigen Studien signifikant negativere Selbstkonzepte als bei Kontrollprobanden. Die Ergebnisse von Weiss & Hechtman (1993) weisen ebenfalls auf ein geringeres Selbstwertgefühl sowie geringere Sozialfertigkeiten hin. Auch in der Milwaukee Studie wurden bei den durchschnittlich 21 Jahre alten Probanden gegenüber der Kontrollgruppe vermehrt soziale Probleme erfasst.

Als Sekundärsymptom der ADHS im Erwachsenenalter besteht häufig eine Affektlabilität oder affektive Dysregulation, die mit Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung, Wutausbrüchen, Unzufriedenheit, gereizt-dysphorischer Stimmung, verminderter Stress- und Frustrationstoleranz und kurzen depressiven Stimmungseinbrüchen einhergeht (Steinhausen & Sobanski, 2010, Bundesärztekammer, 2007).

Des Weiteren weisen verschiedene Studienergebnisse auf eine vielfach verminderte subjektive Schlafqualität bei Erwachsenen mit ADHS hin. Dabei sei der Schlaf unruhiger und weniger erholsam (Philipsen et al., 2005; Surmann et al., 2006; Alm & Sobanski, 2008; Barkley et al., 2008).

In einer Studie von Brattberg (2006) wurden langzeitkranke Probanden untersucht, die unter Burnout litten, bzw. deren Gesundheitszustand stressbedingt beeinträchtigt war. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dieser Störung bzw. Langzeiterkrankung häufig eine ADHS und/oder eine Posttraumatische Belastungsstörung zugrunde lagen. Es wird vermutet, dass das Vorliegen einer ADHS zu einer erhöhten Stressvulnerabilität führt, was zu der Entwicklung eines Burnout führen kann.

5.5 Zusammenfassung der zentralen Studienergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse aus Studien, die Langzeitverläufe von ADHS-Patienten bis in das Erwachsenenalter erfassen, können in folgenden zentralen Aussagen zusammengefasst werden:

- Die ADHS-Symptomatik remittiert in etwa 20 bis 30 % der Fälle vollständig. Etwa ein Drittel der Probanden erfüllt noch die vollständigen Symptomkriterien für eine ADHS. Der größte Teil der Probanden (bis zu 50 %) weist nicht mehr das Vollbild einer ADHS, sondern eine partielle Remission der Symptomatik auf.
- Komorbide Störungen liegen häufig vor. Von ADHS Betroffene tragen daher ein höheres Risiko, im Erwachsenenalter an einer oder mehreren weiteren psychischen Störungen zu leiden. Am häufigsten werden dissoziales Verhalten, antisoziale Persönlichkeitsstörungen sowie Substanzmissbrauch genannt, aber auch affektive Störungen wie Depression und Angst. Bezüglich der affektiven Störungen sind die Studienergebnisse uneinheitlich.
- Die Probanden haben im Erwachsenalter durchschnittlich einen geringeren Schulabschluss vorzuweisen als die Teilnehmer der Kontrollgruppen. Die Schulkarriere wird mit Klassenwiederholungen, Verweisen, Lernproblemen und/oder Schulabbrüchen häufiger als problematisch geschildert.
- Die berufliche Entwicklung ist im Durchschnitt von einer erhöhten Instabilität gekennzeichnet. Es scheint, als könnten die von ADHS Betroffenen ihr Potenzial aufgrund ihrer Symptomatik nicht voll entfalten. Es kommt zu häufigeren Stellenwechseln, häufigerer Arbeitslosigkeit, weniger einflussreichen Positionen und Konflikten am Arbeitsplatz.
- Soziale Beziehungen im Familien- und Freundeskreis werden ebenfalls häufiger instabiler und konfliktreicher beschrieben. Die familiäre Situation der Probanden unterscheidet sich gemäß der überwiegenden Studienergebnisse gegenüber Kontrollgruppen insofern, als dass die Betroffenen früher Eltern werden, sich häufiger scheiden lassen und eine geringere Zufriedenheit in der Partnerschaft besteht.
- Sexualkontakte werden von der ADHS-Gruppe im Durchschnitt früher aufgenommen. Es kommt zu häufigeren Partnerwechseln und häufiger zu Geschlechtskrankheiten.
- Im Straßenverkehr kommt es im Durchschnitt im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppe häufiger zu Fehlverhalten und in der Folge zu Strafzetteln und Unfällen.
- Die finanzielle Situation der Probanden ist häufiger problematisch, was zum einen aus beruflichen Problemen und zum anderen aus dem impulsiven Verhalten der Probanden resultieren könnte.

- ADHS-Probanden bewerten ihre Gesamtlebenszufriedenheit etwas negativer als gesunde Kontrollgruppen.

Die Befunde weisen auf weitreichende Beeinträchtigungen in zahlreichen zentralen Lebensbereichen hin, die den von ADHS Betroffenen eine erfolgreiche soziale Anpassung erschweren. In der Folge wurde in einigen Verlaufsstudien das soziale Funktionsniveau der Probanden im Vergleich zu Kontrollgruppen signifikant schlechter bewertet (Biederman et al., 1993; Weiss et al., 1985; Rasmussen & Gillberg, 2000; Jacob et al., 2007).

6. Studiendesign und Beschreibung der Stichprobe

Bei der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT, Döpfner et al., 2004) handelt es sich um eine seit 1990 laufende Langzeitstudie zur Effektivität der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung von Kindern mit ADHS. Die Stichprobe besteht aus 75 nunmehr jungen Erwachsenen, die im Alter von 6 bis 10 Jahren (M=8,3, SD=1,1; Range 6,4 bis 10,7) aufgrund einer ADHS-Symptomatik in der Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, vorgestellt und behandelt wurden. Es handelt sich um eine Inanspruchnahmepopulation von 70 Jungen und 5 Mädchen (93,3 % männlich), die zu Behandlungsbeginn die 1. bis 4. Klasse besuchten. 14,3 % der Kinder befanden sich zu Beginn der Studie in Förderschulen. Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Studie bestanden neben der Diagnose einer ADHS (basierend auf DSM-III-R-Kriterien) oder einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (basierend auf den vorläufigen ICD-10-Forschungskriterien ICD-10-PRDC) in einem nonverbalen IQ von mindestens 80, erfasst mit dem Grundintelligenztest CFT20.

Die Interventionen in der ersten Behandlungsphase bestanden in einem Beziehungsaufbau und der Psychoedukation von Eltern, Patienten und Lehrern. Es wurden Ursachen und aufrechterhaltende Bedingungen der ADHS erarbeitet, eine individuelle Problemliste für spezifische, therapierelevante Situationen Zuhause und in der Schule erstellt sowie individuelle und familiäre Stressoren identifiziert. Eltern und Lehrer erhielten eine erste Beratung bezüglich des Umgangs mit problematischen Situationen Zuhause und in der Schule, wobei zu diesem Zeitpunkt noch keine spezifischen verhaltenstherapeutischen Interventionen erarbeitet wurden. Mit den Familien wurden je nach Bedarf 6 bis 12 Stunden Psychoedukation durchgeführt (M=8,0, SD=2,85) (Döpfner et al. 2004; 2015).

Im Anschluss wurden 45 Patienten initial verhaltenstherapeutisch und 28 Patienten medikamentös mit Psychostimulanzien behandelt (2 Abbrüche). Für die medikamentöse Behandlung wurde unretardiertes Methylphenidat eingesetzt. Zunächst erfolgte eine einwöchige Placebo-Gabe, gefolgt von einer einwöchigen Gabe des Methylphenidates in geringer Dosis (0,3–0,4 mg/kg) und in der Folgewoche in hoher Dosis (0,7–0,8 mg/kg). Die Dosis variierte von 5 bis 30 mg pro Tag. Die Kinder erhielten ausschließ-

lich an Schultagen eine Einmalgabe am Morgen und die Lehrer wurden um eine tägliche Einschätzung des Verhaltens des Kindes gebeten. Begleitend fanden Sitzungen zur weiteren Psychoedukation und zum Umgang mit den Medikamenten statt.

Das Therapieprogramm THOP (Döpfner et al., 2013b) diente als Grundlage der verhaltenstherapeutischen Behandlung, wobei die Interventionen individuell auf die Bedürfnisse der Kinder und Familien abgestimmt wurden. Das Behandlungsmanual kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie für das Kind mit familien- und schulzentrierten Interventionen, die auf eine Reduktion des individuellen Problemverhaltens des Kindes in spezifischen Situationen, auf eine Verbesserung der Eltern-Kind- bzw. Lehrer-Kind-Beziehung, auf die Etablierung von klaren Regeln und Grenzen Zuhause und in der Schule, auf die Entwicklung effektiver Aufforderungen, auf die Erarbeitung positiver und negativer Konsequenzen sowie auf den Einsatz operanter Methoden (z. B. Token Economy, Response Cost, Time Out-Maßnahmen) abzielen. Sofern eine Indikation vorlag, wurden diese Interventionen durch kognitiv-verhaltenstherapeutische, kindzentrierte Interventionen, wie z. B. das Selbstinstruktionstraining, ergänzt, die ebenfalls Bestandteil des Therapieprogramms THOP sind (Döpfner et al., 2004). Während der Intensivtherapie fanden bis zu 24 Stunden der verhaltenstherapeutischen Interventionen statt (M=12,24, SD=5,53).

Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte randomisiert, sofern keine Kontraindikationen für eine der beiden Interventionsformen vorlagen. Eine Kontraindikation für die verhaltenstherapeutischen Interventionen bestand z. B. in einer sehr ausgeprägten ADHS-Symptomatik, die den weiteren Schulbesuch gefährdete. Kontraindikationen für die initiale medikamentöse Behandlungen waren Auffälligkeiten im EEG, aktuelle oder frühere Tic-Störungen bei dem Patienten oder bei Verwandten ersten Grades sowie eine ausbleibende Einwilligung bzw. mangelnde Compliance seitens der Eltern für diese Behandlungsform. Die Gruppe der randomisierten und der, aufgrund vorliegender Kontraindikationen, nicht randomisierten Kinder (42,5 %) unterschieden sich unter Berücksichtigung von IQ-Werten, TRF-Werten (Gesamtauffälligkeit, Externale Probleme, Internale Probleme, Unaufmerksamkeit), CBCL-Werten (Gesamtauffälligkeit, Externale Probleme, Internale Probleme) sowie der Symptomchecklisten für die ADHS-Symptomatik und Symptome oppositionellen/dissozialen Verhaltens sowohl im Lehrer- als auch im Elternurteil nicht statistisch signifikant (Döpfner et al., 2004).

Nach der initialen Behandlung bestand die Möglichkeit, je nach individuellem Behandlungsverlauf die bisherige Intervention mit der jeweils anderen Interventionsform zu kombinieren, so dass entsprechend der individuellen Verläufe eine multimodale Therapie (nur Verhaltenstherapie oder nur Stimulanzientherapie oder kombinierte Therapie) durchgeführt wurde. Dabei konnten während der kontrollierten Intensivtherapie insgesamt bis zu fünf Behandlungsphasen à jeweils sechs Sitzungen mit den Eltern und/oder dem Kind durchgeführt werden. Auch begleitende Lehrerkontakte fanden innerhalb dieses Therapiekontingentes statt. Von den Kindern, die nach der Phase des Beziehungsaufbaus und der Psychoedukation initial verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, erhielten in späteren Therapiephasen 26 % zusätzlich eine kombinierte Therapie (Verhaltenstherapie und Stimulanzien). Bei 82 % der Kinder, die nach der Phase des Beziehungsaufbaus und der Psychoedukation initial medikamentös behandelt wurden, wurde die Behandlung in späteren Therapiephasen durch Verhaltenstherapie ergänzt (Abb. 2).

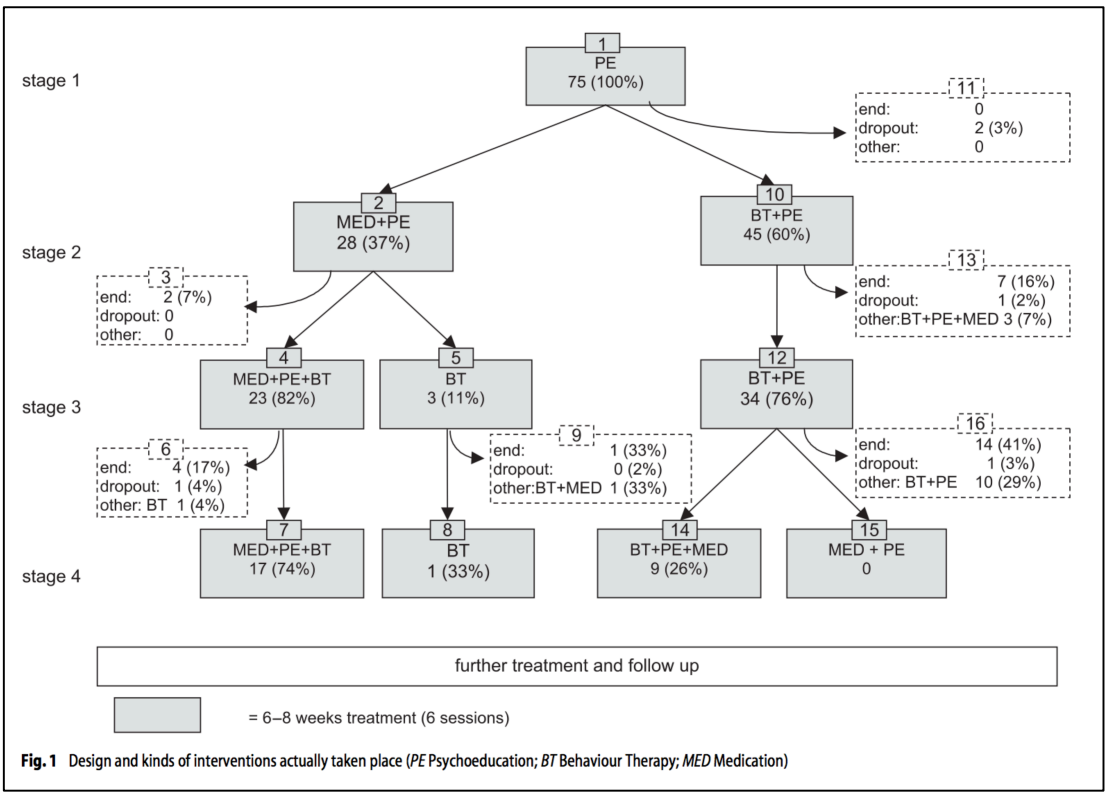


Fig. 1 Design and kinds of interventions actually taken place (*PE* Psychoeducation; *BT* Behaviour Therapy; *MED* Medication)

Abb. 2: Döpfner et al., 2004, p. I/120

Sofern bei den jungen Patienten nach dieser beschriebenen kontrollierten Intensivtherapie mit einem maximalen Behandlungsumfang von 30 Sitzungen die Symptomatik noch klinisch relevant war und somit weiterer Behandlungsbedarf bestand, wurde die

Therapie nach dem adaptiven Behandlungsansatz und mit variabler Behandlungsintensität fortgeführt.

6.1 Ergebnisse der Intensivtherapie

Die Ergebnisse bezüglich der Veränderungen während der kontrollierten individualisierten multimodalen Intensivtherapie weisen auf eine hohe Wirksamkeit der multimodalen Therapie bei einer ADHS hin. Sie wurden in Döpfner et al. (2004) zusammengefasst:

- Es bestand insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung. Die Abbrecherquote war mit 10 % gering.
- Laut Elternurteil reduzierten sich Verhaltensprobleme Zuhause (HSQ) und Probleme bei den Hausaufgaben signifikant.
- Weitere statistisch signifikante Reduktionen ergaben sich sowohl für die Elternurteile als auch für die Lehrerurteile in den folgenden Symptomen: ADHS-Symptome, oppositionelles/dissoziales Verhalten, CBCL Skala Aufmerksamkeitsprobleme, CBCL Externale Probleme, CBCL Internale Probleme, CBCL Gesamtauffälligkeit, Individuelle Problemliste.
- Bei mindestens 40 bis 50 % der Patienten wurden die Verhaltensauffälligkeiten von den Eltern bei Behandlungsende so gering eingeschätzt, dass die Kriterien für die Diagnose einer Hyperkinetischen Störung bzw. einer ADHS oder einer Störung des Sozialverhaltens bei ausschließlicher Betrachtung des Elternurteils nicht mehr erfüllt waren.
- Bei mindestens 55 bis 60 % der Patienten wurden die Verhaltensauffälligkeiten von den Lehrern bei Behandlungsende so gering eingeschätzt, dass die Kriterien für die Diagnose eine hyperkinetischen Störung oder einer Störung des Sozialverhaltens bei ausschließlicher Betrachtung des Lehrerurteils nicht mehr erfüllt waren.
- Die therapierelevanten individuellen Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie reduzierten sich im Verlauf der multimodalen Therapie laut Einschätzung der Eltern deutlich. Der Anteil der Kinder mit einer geringeren Ausprägung der Probleme stieg von 22 % bei Behandlungsbeginn auf 66 % bei Behandlungsende.
- Die therapierelevanten individuellen Verhaltensprobleme des Kindes in der Schule reduzierten sich im Verlauf der multimodalen Therapie ebenfalls deutlich. Der Anteil der Kinder mit einer geringeren Ausprägung der Probleme stieg nach Einschätzung der Lehrer von 13 % bei Behandlungsbeginn auf 77 % bei Behandlungsende.

- Emotionale Auffälligkeiten nahmen im Verlauf der multimodalen Therapie ebenfalls ab. Die Rate der nach Elternurteil unauffälligen Kinder mit T-Werten kleiner/gleich 60 auf der Skala internaler Probleme der Child Behavior Checklist (CBCL) stieg von 35 % bei Behandlungsbeginn auf 61 % bei Behandlungsende.
- Die Effektstärken lagen in den Elternurteilen zwischen 0,6 und 1,1 und in den Lehrerurteilen zwischen 0,7 und 1,2 (mittlere bis hohe Effekte) (Döpfner et al., 2004; 2014).

6.2 Follow-up Untersuchungen

6.2.1 Follow-up nach 18 Monaten

In der Folge wurde die Effektivität der Behandlung im Langzeitverlauf zu verschiedenen Follow-up-Zeitpunkten weiter untersucht. Bei einer Nachuntersuchung der Patienten 18 Monate nach der Behandlung, d. h. 18 Monate nach der Beendigung der kontrollierten Intensivtherapie, wurden die aktuelle ADHS-Symptomatik, die komorbide Symptomatik sowie das Funktionsniveau der Patienten mittels Interviews sowie Eltern- und Lehrerfragebogen erfasst. Zu diesem Zeitpunkt berichteten die Eltern im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt zum Ende der Intensivtherapie keine signifikanten Veränderungen. Im Lehrerurteil ergab sich im Vergleich zum vorherigen Erhebungszeitpunkt eine Verschlechterung der ADHS-Symptomatik bei medikamentös behandelten Kindern, was sich nach Bonferroni-Korrektur jedoch nicht als signifikant erwies. Die bedeutenden Behandlungseffekte in der individualisierten multimodalen Therapie bei Kindern mit ADHS erwiesen sich demnach auch nach 18 Monaten als stabil (Döpfner et al., 2014).

6.2.2 Follow-up nach 8,5 Jahren

Der darauffolgende Follow-up-Zeitpunkt fand durchschnittlich 8 Jahre (Range: 6 bis 12 Jahre, M=8,8 Jahre, SD=1,6) nach Beendigung der kontrollierten Intensivtherapie statt. Grundlegende Informationen konnten von der gesamten Stichprobe (n=75) erhoben werden. Die Studienteilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 15 und 22 Jahre alt. Sie wurden telefonisch kontaktiert und bezüglich grundlegender Informationen wie medikamentöser Behandlungen im Follow-up-Zeitraum, Klassenwiederholungen, Schulwechseln, Bildungsniveau und dem aktuellen beruflichen Status befragt (Döpfner et al., 2015). 83 % der ehemaligen Patienten nahmen darüber hinaus an umfangreicheren Untersuchungen teil, wobei sich diese Gruppe bezüglich Geschlecht, Alter zum Follow-up-Zeitpunkt, Intelligenz, Schultyp, medikamentöser Behandlung, Anzahl der Stunden Verhaltenstherapie während der kontrollierten Intensivtherapiephase und

Stärke der ADHS- und oppositionellen Symptomatik (Elternurteile) nicht signifikant von der Gruppe unterschied, die lediglich Auskünfte zu persönlichen Basisinformationen (s. o.) gab (Döpfner et al., 2015). Zur Erfassung der ADHS-Symptomatik, komorbider Symptome und des Funktionsniveaus wurden Interviews durchgeführt sowie Fragebogen im Eltern- und Selbsturteil eingesetzt. Darüber hinaus wurde die Intelligenz durch den differentiellen Intelligenztest K-TIM erfasst (Melchers et al., 2006; Schürmann et al., 2011; 2012; Döpfner et al., 2015).

Zu dem Zeitpunkt waren weniger als 10 % der Befragten noch in pharmakologischer bzw. psychologischer Behandlung und es war insgesamt eine positive Tendenz zu einer weiteren Verminderung der Verhaltensprobleme nachweisbar (Forschungsgruppe KAMT, o. J.). Dennoch ergab sich eine hohe Rate an Klassenwiederholungen (51 %; im Vergleich: lt. Döpfner et al. (2015) wiederholen ca. 30 % der Schüler während ihrer Schullaufbahn einmal eine Klasse), Schulabbrüchen (13 %), speziellen Förderschulen (17 %), Schulwechseln (47 %) und Verurteilungen (16 %; im Vergleich: bei 1,6 % der 14- bis 17-Jährigen und bei 3,1 % der 18- bis 20-Jährigen kommt es durchschnittlich pro Jahr zu Verurteilungen; bei einer geschätzten Verurteilungsrate von 6,4 % bei den 14- bis 17-Jährigen und von 12,4 % bei den 18- bis 20-Jährigen im Zeitraum von 4 Jahren erscheint die Rate der Verurteilten in der KAMT-Stichprobe erhöht). 72 % der Befragten hatten zum Follow-up-Zeitpunkt bereits die Schule verlassen, davon 18,5 % ohne Schulabschluss. Verglichen mit der übrigen Bevölkerung ist dieser Prozentsatz höher als erwartet: in den Jahren 2000 bis 2004 haben 9 % der Abgänger von Regelschulen keinen Schulabschluss absolviert. Darüber hinaus erwies sich der Prozentsatz der Schulabgänger mit einem Hauptschulabschluss (44,4 %; in der Bevölkerung in den Jahren 2000 bis 2004: 25,5 %) überdurchschnittlich hoch. Mit 4 % der Stichprobe war nur ein kleiner Teil der ehemaligen Patienten arbeitslos (Döpfner et al., 2015).

Im Elternurteil ergaben sich positive Effektstärken, was auf eine Reduktion der klinischen Symptomatik der ehemaligen Patienten sowohl während der Intensivtherapie als auch im Follow-up-Zeitraum schließen lässt. Signifikante Effekte für den Hauptfaktor Zeit ergaben sich dabei bezüglich der ADHS- und der oppositionellen Symptomatik sowie bezüglich der CBCL-Werte (Externale Probleme, Internale Probleme, Skala Aufmerksamkeitsprobleme und Gesamtauffälligkeit). Darüber hinaus ergaben sich nach Einschätzung der Eltern signifikante Veränderungen bezüglich der Normalisierungsraten für die ADHS-Symptomatik (Post 21 %, Follow-up 67 %), die Skala externa-

ler Probleme der CBCL (Post 31 %, Follow-up 55 %), die Skala Aufmerksamkeitsprobleme der CBCL (Post 23 %, Follow-up 50 %) und den Gesamtwert der CBCL (Post 27 %, Follow-up 57 %). Für die oppositionelle Symptomatik (Post 76 %, Follow-up 86 %) und die Skala internaler Probleme der CBCL (Post 57 %, Follow-up 63 %) ergaben sich ebenfalls Steigerungen der Normalisierungsraten, die sich jedoch nicht als statistisch signifikant erwiesen (Döpfner et al., 2015). Studienteilnehmer, die nie oder weniger als 12 Monate lang mit Methylphenidat behandelt wurden (n=31) wiesen eine höhere Normalisierungsrate sowie weniger Verhaltensauffälligkeiten auf als die Gruppe der mindestens über ein Jahr hinweg mit Methylphenidat behandelten Patienten.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine individualisierte, multimodale Behandlung bei ADHS zu positiven Langzeiteffekten führt. Dabei erscheint eine kombinierte Therapie (Verhaltenstherapie und Medikation) einer Verhaltenstherapie allein nicht überlegen (Döpfner et al., 2015).

6.2.3 Follow-up nach 18 Jahren

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Ergebnissen der Follow-up-Untersuchung, die durchschnittlich 18 Jahre (M=17,7 Jahre, Range: 13,9 bis 23,4 Jahre) nach Beendigung der kontrollierten Intensivtherapie und durchschnittlich 9 Jahre (Range: 5 bis 14,5 Jahre, M=8,9 Jahre, SD=2,3) nach dem vorherigen Follow-up-Zeitpunkt (Follow-up nach 8,5 Jahren, vgl. Kap. 6.2.2) durchgeführt wurde. Im 18-Jahres-Follow-up konnten grundlegende Informationen von 70 der 75 ehemaligen Patienten erhoben werden (93,3 %). Die Studienteilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 22 und 32 Jahre alt (M=27,3, SD=2,2, siehe).

Tabelle 6:
Stichprobenbeschreibung

Messzeitpunkt	n	männlich	Alter (M; SD)
Prä (vor Intensivtherapie)	75	93,3 %	6 bis 10 Jahre (8,3; 1,1)
Post (Ende Intensivtherapie)	75	93,3 %	6 bis 12 Jahre (9,6; 1,2)
1,5 Jahres-Follow-up	73	95,5 %	9 bis 14 Jahre (11,6; 1,1)
8,5 Jahres-Follow-up	75	93,3 %	16 bis 22 Jahre (18,2; 1,4)
18 Jahres-Follow-up	70	92,9 %	22 bis 32 Jahre (27,3; 2,2)

Zur Stichprobenrekrutierung wurde zunächst versucht, über die letzten verfügbaren Kontaktdaten telefonischen Kontakt zu den ehemaligen Patienten aufzunehmen und bereits erste wesentliche Informationen, wie z. B. den Berufsabschluss und die aktuelle Arbeitssituation, zu erfragen. Sofern eine Zustimmung für eine weitere Mitarbeit vorlag, wurde den ehemaligen Patienten ein Brief (siehe Anhang 1) mit näheren Informationen zur Studie sowie zehn Fragebogen (siehe Kapitel 7) zugeschickt, die sie zum größten Teil selbst bearbeiten, in drei Fällen aber auch von anderen Personen, wie z. B. den Eltern (z. B. bezüglich der rückblickenden Beurteilung der ADHS-Symptomatik) oder Partnern/Freunden (z. B. bezüglich der Beurteilung der aktuellen ADHS-Symptomatik) ausfüllen lassen sollten. Im Idealfall fand mit dem Studienteilnehmer im Anschluss ein drei- bis vierstündiger Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln statt, bei dem ein klinisches Interview (siehe Anhang 2) sowie einzelne Tests (siehe Kapitel 7.4) durchgeführt wurden.

Konnten die Studienteilnehmer bei der ersten Kontaktaufnahme nicht telefonisch erreicht werden, erfolgte diese schriftlich. In einigen Fällen mussten zunächst Recherchen über die zuständigen Einwohnermeldeämter erfolgen, um aktuelle Kontaktdaten in Erfahrung zu bringen. 5 der 75 Studienteilnehmer (6,7 %) konnten nicht erreicht werden, da keine Daten zum aktuellen Aufenthaltsort vorlagen; davon galt ein Studienteilnehmer laut Angaben seiner Mutter offiziell als vermisst.

Nicht alle ehemaligen Patienten, die zum aktuellen Follow-up-Zeitpunkt kontaktiert werden konnten, waren zu einer wie oben beschriebenen umfangreichen Mitarbeit bereit. Einige gaben ausschließlich am Telefon über ihre aktuelle Lebenssituation und ihren beruflichen und persönlichen Werdegang Auskunft (n=15, 20 %), wobei der Umfang der Informationen variierte, was sich in der Datenauswertung in unterschiedlich großen Stichprobenzahlen widerspiegelt. Andere (n=12, 16 %) füllten zusätzlich zu dem telefonischen Kontakt die Fragebogen aus, wobei die Zustellung jeweils auf dem Postweg erfolgte und es neben dem Telefonat zu keinem persönlichen Kontakt zwischen dem Studienteilnehmer und dem Untersucher kam. Für einige Teilnehmer, die persönlich sehr schwer zu erreichen waren, wurden zentrale Fragen aus dem Interview in einem kurzen Fragebogen zusammengefasst (siehe Anhang 2a). 43 der 75 Studienteilnehmer (57,3 %) nahmen neben dem Telefonkontakt und der Bearbeitung der Fragebogen an dem drei- bis vierstündigen Untersuchungstermin in der Uniklinik teil (siehe Abb. 3, 4 und 5).

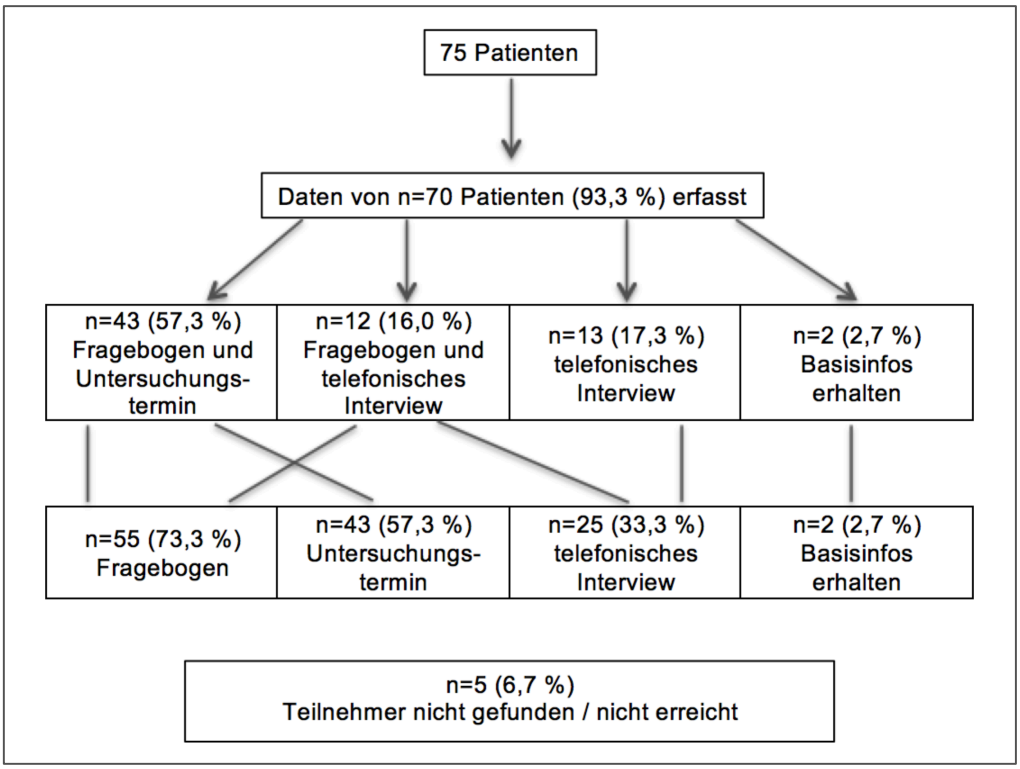


Abb. 3: Stichprobenrekrutierung

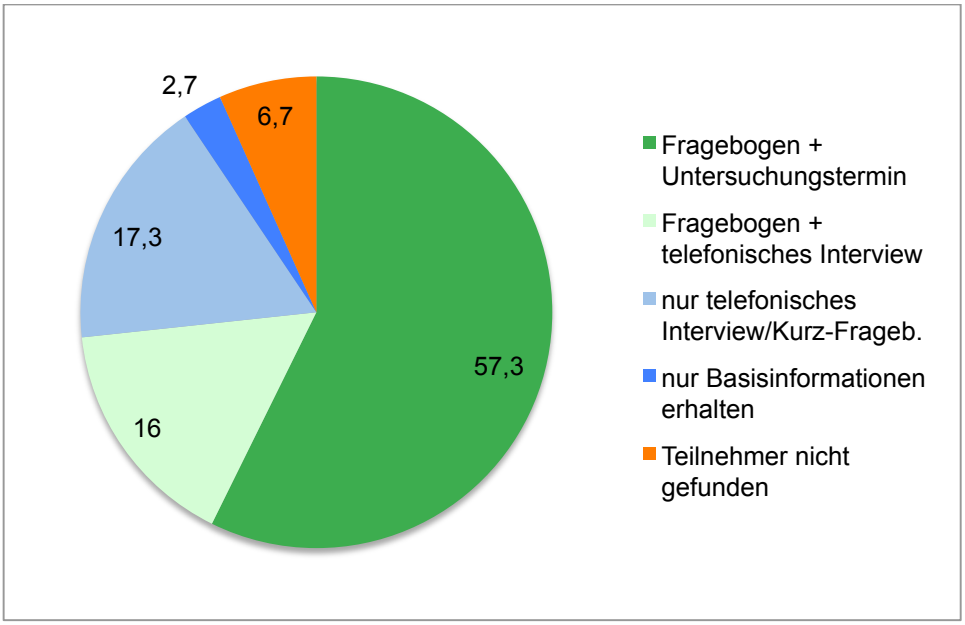


Abbildung 4: Art der Mitarbeit 1

Gültige Prozent für n=75

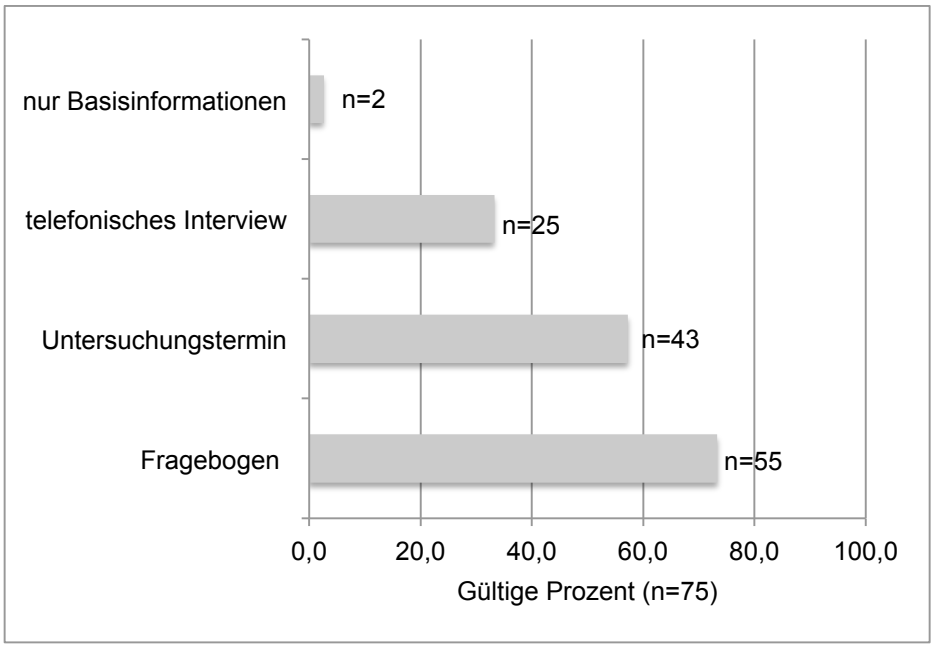


Abbildung 5: Art der Mitarbeit 2

Für die Mitarbeit beim 18-Jahres-Follow-up erhielten die Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung von bis zu 120,- Euro. Dieser Gesamtbetrag ergab sich für die komplette Mitarbeit, d. h. die Teilnahme am Untersuchungstermin (50,- Euro, zzgl. 20,- Euro Fahrtkostenpauschale) sowie die vollständige Bearbeitung aller Fragebogen (50,- Euro), und wurde bei weniger umfangreicher Mitarbeit entsprechend reduziert. Sofern bspw. mit einem Teilnehmer ausschließlich ein telefonisches Interview durchgeführt wurde, erhielt dieser, je nach zeitlichem Aufwand, eine Aufwandsentschädigung von 15,- bis 25,- Euro.

6.3 Fragestellung und Hypothesen des 18 Jahres-Follow-up

Die Untersuchung der Studienteilnehmer im jungen Erwachsenenalter erfolgte mit dem Ziel, deren persönliche und berufliche Entwicklung sowie ihre ADHS- und komorbide Symptomatik zu erfassen. Anlehnend an die im theoretischen Teil dargestellten Ergebnisse aus bisherigen Verlaufsstudien der ADHS bis in das Erwachsenenalter werden folgende Hypothesen angenommen:

- **Schulabschluss:** Bezüglich des Schulabschlusses wird erwartet, dass die Probanden häufiger als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung keinen Schulabschluss vorzuweisen haben und dass die vorhandenen Schulabschlüsse durchschnittlich eine geringere Qualifikation aufweisen.

- **Berufsausbildung:** Die Studienteilnehmer haben im Vergleich zu Gleichaltrigen in der Allgemeinbevölkerung seltener eine Berufsausbildung vorzuweisen und sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen.
- **Partnerschaft und Kinder:** Die Probanden sind im Vergleich zu Gleichaltrigen häufiger geschieden, haben mehr Kinder und sind in ihrer Partnerschaft unzufriedener.
- **Lebenszufriedenheit:** Die Probanden bewerten ihre Gesamtlebenszufriedenheit negativer als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung.
- **ADHS-Symptomatik:** Während etwa 20 bis 30 % der ehemaligen Patienten eine vollständig remittierte ADHS-Symptomatik aufweisen, erfüllt etwa ein Drittel der Probanden noch die vollständigen Symptomkriterien einer ADHS. Etwa 50 % der Studienteilnehmer weist nicht mehr das Vollbild einer ADHS, sondern eine partielle Remission der Symptomatik auf. Die Stärke der ADHS-Symptomatik nimmt im Gruppenmittelwert mit zunehmendem Alter ab.
- **Komorbide Störungen:** Komorbide Störungen treten häufiger auf als dies durch Prävalenzzahlen in der Allgemeinbevölkerung zu vermuten wäre. Es werden insbesondere dissoziales Verhalten, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und affektive Störungen wie Depression und Angst gehäuft erwartet.
- **Gesetzeswidrigkeiten:** Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung werden von den Studienteilnehmern mehr Polizeikontakte aufgrund gesetzeswidrigen Verhaltens sowie Straftaten berichtet.

7. Erhebungsinstrumente zum 18-Jahres-Follow-up

In der Tabelle 8 findet sich eine Übersicht über die Erhebungsinstrumente, die zum 18-Jahres-Follow-up zum Einsatz gekommen sind. Es erfolgte die Erfassung des Funktionsniveaus der ehemaligen Patienten unter Berücksichtigung der schulischen und beruflichen Laufbahn, der sozialen Kontakte und der Lebenszufriedenheit sowie die Erfassung der ADHS- und der komorbiden Symptomatik. Außerdem wurden Testverfahren zur Rechtschreib- und Rechenleistung sowie zur Aufmerksamkeit durchgeführt.

Tabelle 8

Erhebungsinstrumente zum 18-Jahres-Follow-up

		Beurteiler	n (%)*
Erfassung des Funktionsniveaus und der Lebenszufriedenheit			
Interview	Follow-up-Interview KAMT (siehe Anhang 2 und 2a):		
	• Interview zum persönlichen und beruflichen Werdegang	Untersucher	68 (90,7)**
	• Klinische Einschätzung des Funktionsniveaus und der Prognose für den weiteren Verlauf	Untersucher	59-63 (78,7-84,0)
FB-PERS	Fragebogen zu Partnerschaften, Sexualkontakten und Auffälligkeiten im Straßenverkehr (siehe Anhang 3)	Selbst	54 (72,0)
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al., 2000)	Selbst	55 (73,3)
Erfassung der ADHS-Symptomatik			
FEA-AFB	Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter; Aktuelle Probleme (Döpfner et al., 2006, siehe Anhang 4)	Fremd	48 (64,0)
FEA-ASB	Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter; Aktuelle Probleme (Döpfner et al., 2006, siehe Anhang 5)	Selbst	55 (73,3)
FEA-FFB	Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter; Frühere Probleme (Döpfner et al., 2006, siehe Anhang 6)	Fremd	49 (65,3)
FEA-FSB	Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter; Frühere Probleme (Döpfner et al., 2006, siehe Anhang 7)	Selbst	54 (72,0)
DCL-ADHS-E	Diagnosecheckliste ADHS für Erwachsene (Döpfner et al., 2006, siehe Anhang 8)	Klinisch	44 (58,7)
Erfassung komorbider Symptomatik			
ABCL	Fragebogen über das Verhalten Erwachsener (18-59 Jahre, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2009b)	Fremd	47 (62,7)
ASR	Fragebogen für Erwachsene (18-59 Jahre, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2009a)	Selbst	54 (72,0)
SBB-SSV-E	Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens; leicht modifiziert aus SBB-SSV (Döpfner et al., 2008; siehe Anhang 9)	Selbst	55 (73,3)

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 8

Erhebungsinstrumente zum 18-Jahres-Follow-up

DCL-SSV-E	Diagnosecheckliste Störungen des Sozialverhaltens; leicht modifiziert aus DCL-SSV (Döpfner et al., 2008)	Klinisch	45 (60,0)
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: Achse I: Psychische Störungen; Einsatz der Screeningfragen im Untersuchungstermin; bei Bedarf Durchführung zusätzlicher Sektionen aus dem SKID-I-Interview (Wittchen et al., 1999)	Klinisch	42 (56,0)
SKID-II	Fragebogen aus Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (Wittchen et al., 1999)	Selbst	54 (72,0)
SKID-II	SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (Wittchen et al., 1999)	Klinisch	41 (54,7)
CASCAP-D	Modifiziertes Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (modifiziert; Döpfner et al., 1999; siehe Anhang 10)	Klinisch	43 (57,3)
Angewandte Testverfahren			
TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung: Untertests: Go/NoGo, Flexibilität, Arbeitsgedächtnis (Zimmermann & Fimm, 2002)	Test	41 (54,7)
HSP 5-9	Hamburger Schreibprobe (May, 2010)	Test	41 (54,7)
Rechentest WIE	Untertest Rechnerisches Denken aus Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (Aster et al., 2006)	Test	41 (54,7)

* Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von n=75

** davon n=43 (57,3 %) im Untersuchungstermin vor Ort und n=25 (33,3 %) telefonisch erfasst

7.1 Erfassung des Funktionsniveaus und der Lebenszufriedenheit

7.1.1 Follow-up-Interview KAMT

Zur Erfassung des persönlichen und beruflichen Werdeganges der ehemaligen Patienten wurde ein Interview erstellt, das in der Regel bei dem Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln durchgeführt wurde. In einigen Fällen fanden auch telefonische Interviews statt. In dem Interview (siehe Anhang 2) wurden u. a. Fragen zum Schulabschluss, zur Berufsausbildung bzw. zum Studium, zur früheren und aktuellen Arbeitstätigkeit sowie zur familiären- und Wohnsituation gestellt. Darüber hinaus wurde bezüg-

lich be- und entlastender Ereignisse seit dem letzten Follow-up-Zeitraum, der finanziellen Situation, der sozialen Integration sowie möglichen Straftaten und Polizeikontakten exploriert. Außerdem wurde erfasst, inwiefern die ehemaligen Patienten im Erwachsenenalter, d. h. nach ihrem 18. Geburtstag, medikamentöse, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen haben.

Des Weiteren wurde nach den Patientenkontakten unter klinischen Gesichtspunkten im Team von zwei bis drei Diplom-Psychologinnen (davon eine Psychologische Psychotherapeutin sowie zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in fortgeschrittener Ausbildung) das Funktionsniveau der ehemaligen Patienten eingeschätzt. Eine klinische Einschätzung erfolgte selbstverständlich nur, sofern zu dem Studienteilnehmer ausreichende Informationen vorlagen. Dies traf für alle 43 Personen zu, die zu einem Untersuchungstermin in die Uniklinik Köln gekommen waren und zu denen demnach ein 3- bis 4-stündiger persönlicher Kontakt bestand. Von 16 bzw. 17 der 25 Personen, zu denen zwar kein persönlicher, jedoch telefonischer Kontakt bestand, konnten ausreichende Informationen eingeholt werden, so dass ebenfalls eine klinische Einschätzung des Funktionsniveaus vorgenommen werden konnte. Beurteilt wurden die Häufigkeit und Art der sozialen Integration in der Peergroup (n=60), die soziale Anpassung zum Erhebungszeitpunkt (n=63) sowie die Prognosen der ADHS-Symptomatik (n=59), des Sozialverhaltens (n=60), möglicher komorbider Störungen (n=59) und der Gesamtentwicklung (n=60). Die Beurteilungskriterien für die klinischen Einschätzungen sind ebenfalls dem Anhang 2 zu entnehmen.

7.1.2 Fragebogen zu Partnerschaften, Sexualkontakten und Auffälligkeiten im Straßenverkehr (FB-PERS)

Über diesen Fragebogen, der den Studienteilnehmern vor dem Untersuchungstermin ausgehändigt wurde, wurden Informationen zu Führerschein, möglichen Führerscheinverlusten, Strafzetteln und Geldbußen, Unfällen, Partnerschaften und Sexualkontakten eingeholt (siehe Anhang 3).

7.1.3 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit von Fahrenberg et al. (2000) dient der Erfassung relevanter Aspekte der Lebenszufriedenheit in den zehn Lebensbereichen Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung. Die Subskalen umfassen jeweils sieben Items,

die auf einer siebenstufigen Antwortskala beantwortet werden müssen ("sehr unzufrieden" bis "sehr zufrieden"). Neben der Bildung von Stanine-Werten für jede einzelne Skala kann die allgemeine Lebenszufriedenheit abgeschätzt werden (ebenfalls Stanine-Wert). Dieser Gesamtwert wird jedoch nur unter Berücksichtigung von sieben der zehn Skalen gebildet. Nicht berücksichtigt werden die Skalen „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“ sowie „Beziehung zu den eigenen Kindern“. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen liegt zwischen α=.82 und α=.95, was für eine hohe Reliabilität des Tests spricht. Die Validität gilt durch Faktorenanalysen und die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen als gesichert. Es liegen Normen von 2870 Personen im Alter von 14 bis 92 Jahren für die Gesamtstichprobe sowie geschlechtsspezifische Normen für sieben Altersgruppen vor. Für die Auswertung des Tests in der vorliegenden Follow-up-Untersuchung wurden die geschlechts- und altersspezifischen Normen zugrunde gelegt.

7.2 Erfassung der ADHS-Symptomatik

7.2.1 Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter – Aktuelle Probleme (FEA-AFB und FEA-ASB)

Die Fragebogen FEA-AFB und FEA-ASB (Döpfner et al., 2006) sind Bestandteil von insgesamt vier aufeinander bezogenen Fragebogenverfahren zur Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter (siehe auch FEA-FSB und FEA-FFB). Der FEA-AFB (siehe Anhang 4) dient der Fremdbeurteilung der aktuellen ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen durch Bezugspersonen wie z. B. durch die Eltern, Freunde, Partner oder Geschwister des Patienten. Im FEA-ASB (siehe Anhang 5) wird dagegen das Selbsturteil zur aktuellen ADHS-Symptomatik erhoben. Bei beiden Fragebogenverfahren beziehen sich die Items auf Diagnosekriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10 und für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV. Sie sind Adaptionen des Fremd- bzw. des Selbstbeurteilungsbogens für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS, SBB-HKS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Normen oder Grenzwerte liegen noch nicht vor. Für die Skalenkennwerte Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität sowie für die Gesamtauffälligkeit werden orientierende Bandbreiten angegeben (Zentrales adhs-netz, o. J.). Zu Gütekriterien der Fragebogen liegen erste Ergebnisse von Just (2007) vor, die eine Stichprobe von 104 Erwachsenen mit ärztlicher ADHS-Diagnose mit den Fragebogenverfahren FEA-ASB und FEA-FSB (siehe Kapitel 7.2.2) untersuchte und die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe, die aus 88 zu-

fällig ausgewählten Erwachsenen aus der Kölner Bevölkerung bestand, verglich. Es ergaben sich interne Konsistenzen im guten bis sehr guten Bereich (Cronbachs Alpha: zwischen α=.80 und α=.95). und die Trennschärfen der meisten Items lagen deutlich im positiven Bereich.

Für die Erfassung der ADHS-Symptomatik zum 18-Jahres-Follow-up der vorliegenden Studie wurden beide Fragebogenverfahren um sechs erwachsenenspezifische Items ergänzt, wie in Barkley et al. (2008, S. 192) als Diagnosekriterien für ADHS im Erwachsenenalter für die Entwicklung des DSM-5 vorgeschlagen (siehe Anhang 4 und Anhang 5, Items Nr. 21 bis 26). Diese lauten:

- Ich lasse mich oft durch äußere Reize ablenken oder schweife mit den Gedanken ab (21).
- Ich treffe häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen (22).
- Ich beginne mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören (23).
- Ich halte häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die ich anderen gegenüber gemacht habe (24).
- Ich habe häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und komme durcheinander (25).
- Ich neige häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren (26).

Darüber hinaus wurden der FEA-AFB und der FEA-ASB um jeweils zwei Items aus dem Wender-Reimherr-Interview (Rösler et al., 2008) ergänzt (siehe Anhang 4 und Anhang 5, Items Nr. 27 und 28). Dieses strukturierte Interview dient der Erfassung der ADHS-Symptomatik beim Erwachsenen. Es umfasst Merkmale aus den folgenden sieben Symptombereichen: Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität/Rastlosigkeit, Temperament, Affektlabilität, Emotionale Überreagibilität auf Belastung, Desorganisation und Impulsivität. Die Items „Macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten“ (27) und „Kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten“ (28) entstammen den Bereichen Desorganisation (Item 6.4 im Interview) bzw. Impulsivität (Item 7.3 im Interview).

Weiterhin wurde das Item 29 „Hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist" zur besseren Differenzierung der Symptomatik ergänzt.

Neben Items zur Erfassung der ADHS-Symptomatik beinhalten sowohl der FEA-AFB als auch der FEA-ASB zusätzliche Items zur Erfassung der klinischen Bedeutsamkeit und Symptomausprägung nach ICD-10 bzw. DSM-IV (siehe Anhang 4 und Anhang 5, Items A1 bis A5). Auch diese Aspekte wurden im Rahmen des 18-Jahres-Follow-up durch Itemergänzungen umfangreicher erhoben. Folgende zusätzliche Items zur Erfassung der Beeinträchtigung durch die ADHS-Symptomatik wurden Barkley et al. (2008, S. 142) entnommen (siehe Anhang 4 und Anhang 5, Items Nr. A6 bis A12):

- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen erheblich (A6).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte erheblich (A7).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in der Gestaltung meiner Partnerschaft(en) erheblich (A8).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich im Umgang mit Geld erheblich (A9).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich (A10).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei der Erledigung meiner Alltagspflichten erheblich (A11).
- Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in anderen Lebensbereichen erheblich (A12).

7.2.2 Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter – Frühere Probleme (FEA-FFB und FEA-FSB)

Die Fragebogen FEA-FFB und FEA-FSB (Döpfner et al., 2006) sind neben den oben beschriebenen Fragebogen FEA-AFB und FEA-ASB weitere Bestandteile der insgesamt vier aufeinander bezogenen Fragebogenverfahren zur Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter.

Der FEA-FFB (siehe Anhang 6) dient der Fremdbeurteilung der früheren ADHS-Symptomatik im Kindesalter durch (frühere) enge Bezugspersonen des Patienten, wie z. B. Eltern, Großeltern oder Geschwister. Der FEA-FSB (siehe Anhang 7) beinhaltet das entsprechende Selbsturteil des Patienten. Retrospektiv soll er beurteilen, wie ausgeprägt er seine ADHS-Symptomatik im Alter von etwa sechs bis zwölf Jahren erinnert. Die Items beziehen sich, wie auch im FEA-AFB und FEA-ASB, auf Diagnosekriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10 und für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV. Beide Fragebogenverfahren sind ebenso

Adaptionen der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS, SBB-HKS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ, Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Zusätzlich werden durch die Items A1 bis A5 – ebenfalls retrospektiv – die Kriterien für die (frühere) klinische Bedeutsamkeit nach ICD-10 bzw. DSM-IV erhoben (Zentrales adhs-netz, o. J.).

7.2.3 Diagnosecheckliste ADHS für Erwachsene (DCL-ADHS-E)

Die DCL-ADHS-E (siehe Anhang 8) ist eine Adaption der DCL-ADHS bzw. DCL-HKS, die wiederum Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) ist. In der revidierten Fassung, dem DISYPS-II (Döpfner & Görtz-Dorten, 2008), wurde die Checkliste DCL-HKS in DCL-ADHS (Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen) umbenannt. Die Diagnose-Checkliste dient als Hilfsmittel für den Diagnostiker bzw. Therapeuten zur Erstellung der Diagnose unter Berücksichtigung der Diagnosekriterien für die Störungsbilder Hyperkinetische Störungen nach ICD-10, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach DSM-IV sowie Überaktive Störung mit Intelligenzminderung nach ICD-10. Erfasst wird das klinische Urteil des Untersuchers auf der Basis der Exploration der Eltern, Erzieher bzw. Lehrer, des Patienten selbst und der Beobachtung des Patienten (Zentrales adhs-netz, o. J.). Für die DCL-ADHS liegen Reliabilitäts- und Validitätsanalysen anhand einer klinischen Stichprobe von n=84 Kindern (Elternexploration) und n=27 (Lehrerexploration) vor (Zentrales adhs-netz, o. J.; Hackelbörger, 2002). Bezüglich der Validität ergab sich keine eindeutige Bestätigung der a priori Faktorstruktur. Die Reliabilitätsanalysen ergaben zufriedenstellende interne Konsistenzen der Eltern- und der Lehrerexploration.

Die DCL-ADHS wurde entsprechend der Fragebogenverfahren FEA-AFB und FEA-ASB für Erwachsene modifiziert und im Rahmen des 18-Jahres-Follow-up vom Untersucher nach dem Kontakt zu dem Studienteilnehmer bearbeitet. Die klinische Einschätzung der ADHS-Symptomatik erfolgte in der Regel nur nach einem persönlichen Kontakt in der Uniklinik Köln. In einem Fall erfolgte ein sehr ausführliches Telefonat und der Studienteilnehmer war der Untersucherin noch von vorherigen Terminen bekannt, so dass einmalig ohne persönlichen Kontakt eine klinische Einschätzung der ADHS-Symptomatik vorgenommen wurde.

7.3 Erfassung komorbider Symptomatik

7.3.1 Fragebogen über das Verhalten Erwachsener (ABCL) & Fragebogen für Erwachsene (ASR)

Bei diesen Fragebogenverfahren handelt es sich um die deutschsprachigen Fassungen des Adult Self-Report for Ages 18-59 (ASR/18-59) und der Adult Behavior Checklist for Ages 18-59 (ABCL/18-59) von T. M. Achenbach (2003). Im Rahmen des 18-Jahres-Follow-up kamen die Verfahren zur Erfassung komorbider Symptome zum Einsatz. Sie ermöglichen die Erfassung und Bewertung psychischer Probleme bei Erwachsenen sowohl im Eigenurteil (ASR: Fragebogen für Erwachsene, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2009a) als auch im Fremdurteil (ABCL: Fragebogen über das Verhalten Erwachsener, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2009b). Beide Fragebogenverfahren beinhalten jeweils 126 Items zu verschiedenen Symptomen, aus denen die acht Syndromskalen Ängstlich/Depressiv, Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, Aggressives Verhalten, Regelverletzendes Verhalten und Demonstratives Verhalten sowie die drei übergeordneten Skalen externale Probleme, internale Probleme und die Gesamtauffälligkeit gebildet werden. Darüber hinaus können die Symptome auch zu den sechs DSM-orientierten Skalen Depressive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Symptome vermeidender Persönlichkeit, Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptome und Symptome antisozialer Persönlichkeit zusammengefasst werden. Diese Skalen wurden mithilfe der Einschätzungen eines Expertengremiums von 21 Psychiatern und Psychologen aus zehn unterschiedlichen Kulturen konstruiert (Achenbach & Rescorla, 2003). Zusätzlich werden der Gebrauch von Tabak, Alkohol und Drogen erfasst und auf der Skala zum Substanzgebrauch zusammengefasst. Bisher liegen für beide Verfahren lediglich amerikanische Normen vor, die für diese Studie genutzt wurden.

Bei vorherigen Follow-up-Erhebungen der Studie wurden die Kinderversionen der Achenbach-Verfahren CBCL (Fremdurteil) und YSR (Selbsturteil) verwendet, so dass eine Vergleichbarkeit der Verfahren weitgehend gegeben ist.

7.3.2 Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (SBB-SSV-E)

Der Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung der Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens ist dem Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II (DISYPS-II, Döpfner & Görtz-Dorten, 2008) entnommen. Der Fragebogen ist in seiner Ursprungsform für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre konzipiert und bezüglich Reliabilität und Validität überprüft. Die internen

Konsistenzen sind als zufriedenstellend zu erachten, das Verfahren ist inhaltlich valide und Korrelationsberechnungen weisen auf eine gute konvergente und divergente Validität des Verfahrens hin (Döpfner et al., 2008). Da der SBB-SSV bei vorherigen Messzeitpunkten im Rahmen der KAMT-Studie bereits eingesetzt wurde, fand er auch zum 18-Jahres-Follow-up Anwendung, um eine Vergleichbarkeit der erfassten Daten zu gewährleisten. Zum aktuellen Erhebungszeitpunkt wurde er für den Einsatz bei Erwachsenen leicht modifiziert (siehe Tabelle 9 und Anhang 9).

Tabelle 9:
Modifizierung des SBB-SSV

Item	SBB-SSV	SBB-SSV-E
3	Ich streite häufig mit Erwachsenen.	Ich streite häufig mit Vorgesetzten.
4	Ich widersetze mich häufig den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen.	Ich widersetze mich häufig Anweisungen oder Regeln.
11	Ich beginne mit anderen Kindern häufig Streit.	Ich beginne mit Gleichaltrigen häufig Streit.
16	Ich bleibe häufig nach Einbruch der Dunkelheit draußen, obwohl ich das nicht darf.	- entfällt -
17	Ich schwänze häufig die Schule.	Ich schwänze häufig die Arbeit/ Ausbildung.
25	Ich bin in den letzten sechs Monaten mindestens zweimal über Nacht oder einmal länger als eine Nacht weggelaufen.	- entfällt -
K10	Ich beachte Regeln, die von Erwachsenen aufgestellt sind.	Ich beachte Regeln.
K11	Ich bin bereit, etwas zu erledigen, wenn ein Erwachsener mich darum bittet.	Ich bin bereit, etwas zu erledigen, wenn mich jemand darum bittet.

7.3.3 Diagnosecheckliste Störungen des Sozialverhaltens (DCL-SSV-E)

Die DCL-SSV ist dem Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II (DISYPS-II, Döpfner et al., 2008) entnommen und wurde entsprechend dem SBB-SSV-E für Erwachsene leicht modifiziert und vom Untersucher nach dem Kontakt zu dem Studienteilnehmer bearbeitet. Die klinische Einschätzung der SSV-Symptomatik erfolgte in der Regel nur nach einem persönlichen Kontakt in der Uniklinik Köln. In zwei Fällen konnte die klinische Einschätzung der Symptomatik jedoch auch nach einem ausführlichen Telefonat mit dem Studienteilnehmer vorgenommen werden, da ausreichende Informationen vorlagen.

7.3.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV:

Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)

Bei dem SKID-I-Interview handelt es sich um ein semistrukturiertes Interview, das der Erfassung und Diagnostik psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden, dient. Es können die DSM-IV-Diagnosen Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen beurteilt werden (Wittchen et al., 1999). Zum Messzeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up der vorliegenden Studie wurden all denjenigen Studienteilnehmern, die zum Untersuchungstermin in die Uniklinik Köln kamen, die Screeningfragen des SKID-I-Interviews gestellt und nur bei Bedarf (Bejahung mindestens einer Screeningfrage) wurde die entsprechende Sektion oder wurden die entsprechenden Sektionen des SKID-I-Interviews durchgeführt. Sofern es nur telefonischen Kontakt zu den ehemaligen Patienten gab, wurden diese Daten nicht erhoben.

7.3.5 Fragebogen aus Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV:

Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

Bei dem SKID-II handelt es sich um ein Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Der SKID-II-Fragebogen (Wittchen et al., 1999) wurde den Studienteilnehmern vorab zugesandt und sie brachten diesen ausgefüllt zu dem Untersuchungstermin in der Klinik mit. Die Items des Fragebogens erheben das Selbsturteil des Patienten, repräsentieren die Kriterien für Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV und dienen als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen (Wittchen et al., 1999).

7.3.6 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV:

Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

Das nachfolgende SKID-II-Interview (Wittchen et al., 1999) konnte nur bei denjenigen Patienten durchgeführt werden, die nach Bearbeitung der Fragebogen zusätzlich einen Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln wahrnahmen. Im Interview wurden lediglich die Fragen angesprochen und deren Bedeutsamkeit für den Patienten klinisch eingeschätzt, die der Studienteilnehmer vorab bei der Bearbeitung des SKID-II-Fragebogens bejaht hatte.

7.3.7 Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D, modifiziert)

Beim CASCAP-D (siehe Anhang 10) handelt es sich um die deutsche Fassung der Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP). Bei der Entwicklung des Verfahrens dienten das AMDP-System sowie die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-III-R / DSM-IV als Orientierungsrahmen (Döpfner et al., 1999). CASCAP-D dient der Erfassung der wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, indem einzelne Symptome anhand klinischer Exploration des Patienten und der begleitenden Bezugsperson sowie anhand von Beobachtungen des Diagnostikers in der Untersuchungssituation klinisch beurteilt werden. Da das Instrument im Rahmen der Studie bereits bei vorherigen Messzeitpunkten eingesetzt wurde, fand das für Kinder und Jugendliche konzipierte Verfahren auch zum Messzeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up Anwendung. Es wurde zum Zwecke der Erhebung leicht modifiziert. So wurden die Skalen oppositionelles Verhalten und Störungen in Aufmerksamkeit und Aktivität gelöscht, da sie an anderer Stelle ausführlicher erhoben wurden. Darüber hinaus wurden, um Entwicklungsverläufe der ehemaligen Patienten gut dokumentieren zu können, alle Items danach beurteilt, ob klinische Auffälligkeiten zum aktuellen Erhebungszeitpunkt oder/und in der Lebensspanne (lifetime) auftraten. Eine klinische Einschätzung erfolgte, abweichend von der Ursprungsform des Verfahrens, ohne Exploration einer Bezugsperson und nur für diejenigen Studienteilnehmer, die an einem Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln teilnahmen. Sofern nur ein telefonischer Kontakt zu den Studienteilnehmern bestand, wurde keine klinische Einschätzung vorgenommen.

7.4 Angewandte Testverfahren

Die im Folgenden beschriebenen Testverfahren wurden nur mit den Studienteilnehmern durchgeführt, die an einem Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln teilnahmen.

7.4.1 Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)

Bei der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) von Zimmermann & Fimm (2002) handelt es sich um ein computergestütztes psychologisches Testsystem für den Einsatz in der Aufmerksamkeitsdiagnostik. Mit der TAP können unterschiedliche Teilaspekte der Aufmerksamkeit überprüft werden. In verschiedenen Untertests sollen Patienten dabei selektiv auf gut zu diskriminierende, sprachfreie Reize durch einen Tastendruck reagieren. Kriterien für die Leistungsfähigkeit sind die Reaktionszeit und

eventuell begangene Fehler. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die folgenden drei Untertests durchgeführt:

Go/NoGo: Das Ziel des Untertests ist es, eine durch externe Reize getriggerte Reaktion zugunsten einer intern kontrollierten Verhaltensweise zu unterdrücken. Der Aufmerksamkeitsfokus ist dabei auf das vorhersehbare Erscheinen von Reizen gerichtet, die eine selektive Reaktion erfordern, d. h. auf die entweder ein Tastendruck erfolgen oder ausbleiben soll. Im Rahmen der Studie wurde die einfachere Go/NoGo-Bedingung gewählt, bei der eine Testbedingung mit zwei Reizen (+ und x) bestand, von dem einer kritisch war.

Flexibilität: Bei diesem Untertest handelt es sich um eine sog. Set Shifting-Aufgabe, bei der rechts und links von der Bildschirmmitte gleichzeitig ein Buchstabe und eine Zahl (Bedingung "verbal") dargeboten wird. Für die Durchführung dieses Untertests wurde die komplexere Testbedingung mit wechselndem Zielreiz gewählt, d. h. von Trial zu Trial ist auf den jeweils komplementären Zielreiz zu reagieren (Buchstabe – Zahl – Buchstabe – Zahl usw.). Der Proband hat für diese Testbedingung zwei Tastaturen und seine Aufgabe besteht darin, die Taste jeweils auf der Seite zu betätigen, auf welcher der Zielreiz auf dem Bildschirm erscheint.

Arbeitsgedächtnis: Bei diesem Untertest wurde die Schwierigkeitsstufe 3 durchgeführt. Bei dieser wird dem Studienteilnehmer auf dem Bildschirm eine Abfolge von Zahlen dargeboten, bei der jede Zahl auf Übereinstimmung mit der vorletzten Zahl geprüft werden muss. Sobald eine Übereinstimmung vorliegt, soll ein Tastendruck erfolgen.

7.4.2 Hamburger Schreib-Probe (HSP 5-9)

Die Hamburger Schreib-Probe (May, 2010) dient der Erfassung des Rechtschreibkönnens der Studienteilnehmer. Die zu schreibenden Testwörter bzw. Testsätze werden vom Untersucher vorgelesen. Zusätzlich sind die Wörter in den Testheften anhand von Illustrationen veranschaulicht. Neben der Zahl richtig geschriebener Wörter wird im ersten Schritt der Auswertung auch die Zahl richtig geschriebener Grapheme ermittelt (Graphemtreffer). Im zweiten Schritt können anhand einer differenzierten Betrachtung richtig und falsch angewandte Rechtschreibstrategien der Studienteilnehmer bestimmt werden. Die interne Konsistenz für die Gesamtergebnisse ist als sehr gut zu erachten und die Stabilität der Gesamtergebnisse liegt zwischen rtt = .52 und rtt = .93 (May, 2010). Die Ergebnisse bezüglich der Übereinstimmungsvalidität sind ebenfalls zufrie-

denstellend. Das Verfahren wurde bundesweit für die Klassen 1 bis 9 normiert. Im Rahmen des 18-Jahres-Follow-up wurden die aktuellen Rechtschreibleistungen der ehemaligen Patienten mit den Normen der Neuntklässler verglichen.

7.4.3 Untertest Rechnerisches Denken aus Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE)

Der Gesamttest WIE (Aster et al., 2006) dient der Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten von Erwachsenen im Alter von 16 bis 89 Jahren. Zur Erfassung des IQ werden 13 Untertests vorgegeben. In der Auswertung werden IQ-Werte (Verbal-, Handlungs-, Gesamt-IQ) und Indexwerte (sprachliches Verständnis, Wahrnehmungsorganisation, Arbeitsgedächtnis, Arbeitsgeschwindigkeit) unterschieden. Die Testgütekriterien werden als teilweise bis weitgehend erfüllt angesehen (Molz et al., 2010). Für das 18-Jahres-Follow-up der vorliegenden Studie wurde lediglich der Untertest „Rechnerisches Denken“ durchgeführt.

8. Drop out-Analysen 18-Jahres-Follow-up

8.1 Eingeschlossene vs. nicht eingeschlossene Probanden

Um zu prüfen, ob die vorliegenden Daten der 70 Studienteilnehmer repräsentativ für die Gesamtstichprobe (n=75) sind, wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben zunächst untersucht, inwiefern signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Probanden bestehen, die in die aktuelle Follow-up-Untersuchung eingeschlossenen werden konnten und den Probanden, von denen keine aktuellen Daten vorliegen. Zur statistischen Auswertung dieser und aller folgenden Daten wurde das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22 verwendet.

Die Analysen (siehe Tabelle 10) ergaben keine signifikanten Unterschiede im Alter zum aktuellen Erhebungszeitpunkt und keine signifikanten Unterschiede bei Betrachtung der CBCL-Rohwerte auf der Skala internaler Probleme, der Skala externaler Probleme, der Aufmerksamkeitsskala und der Gesamtauffälligkeit bei den vorherigen Messzeitpunkten. Lediglich auf der Aufmerksamkeitsskala ist zur Post-Messung, also unmittelbar nach Ende der Intensivtherapie, mit einem p=0,094 ein Trend zu beobachten, auch wenn dieser ebenfalls nicht statistisch signifikant wird. Der Trend verweist auf eine tendenziell höhere Ausprägung der Aufmerksamkeitsprobleme zum Post-Messzeitpunkt bei der Drop-out-Gruppe im 18-Jahres-Follow-up (M=9,20) gegenüber der Gruppe der im 18-Jahres-Follow-up eingeschlossenen Studienteilnehmer (M=6,44).

Auch wenn die Analysen keine signifikanten Gruppenunterschiede ergeben, deuten Mittelwertsunterschiede der Gruppen darauf hin, dass die Gruppe der Studienteilnehmer, die zum 18-Jahres-Follow-up nicht in die Erhebung eingeschlossen werden konnten, bei allen vorherigen Messzeitpunkten durchgängig höhere Mittelwerte in den CBCL-Skalen, d. h. eine stärkere Ausprägung der internalen und externalen Symptomatik sowie der Unaufmerksamkeit, haben als die Gruppe der Studienteilnehmer, von denen zum Messzeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up Daten erhoben werden konnten. Es ist daher zu vermuten, dass die Drop-out-Gruppe relativ auffällige ehemalige Patienten beinhaltet.

Tabelle 10:

Analyse der Drop-outs 1: Eingeschlossene vs. nicht eingeschlossene Probanden

Variable		eingeschlossene Probanden (n=70); M (SD)	Drop-out (n=5); M (SD)	Gruppen-unterschiede
Alter		27.31 (2.24)	27.19 (2.31)	t = -.12, p = .907
CBCL: Prä [A)]	Gesamtauffälligkeit	58.16 (25.26)	72.80 (39.53)	t = 1.26, p = .232
	Unaufmerksamkeit	9.44 (3.61)	11.60 (3.29)	t = 1.30, p = .199
	Internale Probleme	10.19 (6.99)	17.00 (14.21)	t = 1.06, p = .346
	Externale Probleme	25.66 (11.35)	28.80 (14.58)	t = .59, p = .559
CBCL: Post [B)]	Gesamtauffälligkeit	40.30 (22.27)	51.60 (34.70)	t = .06, p = .295
	Unaufmerksamkeit	6.44 (3.40)	9.20 (5.02)	t = 1.70, p = .094 [1)]
	Internale Probleme	7.63 (7.14)	11.40 (10.16)	t = 1.11, p = .27
	Externale Probleme	18.47 (10.16)	20.80 (14.70)	t = .48, p = .632
CBCL: 8 J FU [C)]	Gesamtauffälligkeit	n=60; 29.82 (22.51)	n=4; 44.50 (28.43)	t = 1.25, p = .218
	Unaufmerksamkeit	n=60; 5.27 (4.05)	n=4; 8.75 (5.06)	t = 1.64, p = .106
	Internale Probleme	n=60; 7.22 (7.25)	n=4; 11.00 (6.58)	t = 1.02, p = .314
	Externale Probleme	n=60; 12.52 (10.25)	n=4; 19.75 (12.66)	t = 1.35, p = .182

[1)] Trend, [A)] Prä = vor Intensivtherapie, [B)] Post = unmittelbar nach Intensivtherapie, [C)] 8 J FU = 8-Jahres-Follow-up

8.2 Vorliegen der Fremdbeurteilung der ADHS-Symptomatik

Für weitere Repräsentativitätsanalysen wurde im nächsten Schritt untersucht, ob sich die Gruppe der Studienteilnehmer, von denen ein Fragebogen zur Fremdbeurteilung der aktuellen ADHS-Symptomatik (FEA-AFB) vorliegt (n=48), von der Gruppe der Studienteilnehmer, von denen dieser Fragebogen nicht vorliegt (n=27), unterscheidet. Die Analysen (t-Test für unabhängige Stichproben) ergaben keinen signifikanten Unterschied im Geschlecht, jedoch einen signifikanten Unterschied im Alter. Die ehemaligen Patienten, von denen der Fremdbeurteilungsbogen vorliegt, sind durchschnittlich 1,5 Jahre jünger. Weitere signifikante Gruppenunterschiede sind nicht auszumachen (siehe Tabelle 11).

Bei vorherigen Messzeitpunkten kam das Fragebogenverfahren T-DEFA zum Einsatz. Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen, der sowohl das Eltern- als auch das Lehrerurteil bezüglich von Symptomen der ADHS sowie oppositionellen Verhaltens

und einer Störung des Sozialverhaltens erfasst (Döpfner & Lehmkuhl, 2000; Döpfner et al., 2004; hier PSC: Parent Symptom Checklist und TSC: Teacher Symptom Checklist benannt). Bei der Betrachtung der ADHS-Symptomatik und der Sozialverhaltensauffälligkeiten über den T-DEFA ergibt sich zu Beginn der Behandlung (siehe Tabelle 11) ein Trend zu einer stärker ausgeprägten Symptomatik. Ebenso ergibt sich bei der Betrachtung der komorbiden Symptomatik der Gruppen über die CBCL-Werte ebenfalls zu Behandlungsbeginn ein Trend zu einer stärker ausgeprägten externalen Symptomatik in der Gruppe der ehemaligen Patienten, von denen der Fragebogen zum 18-Jahres-Follow-up nicht vorliegt.

Tabelle 11

Analyse der Drop-outs 2: Vorliegen der Fremdbeurteilung der ADHS-Symptomatik

Variable		**FEA-AFB vorhanden (n=48), M (SD)**	**FEA-AFB nicht vorhanden (n=27), M (SD)**	**Gruppenunterschiede**
Männlich		n=44	n=26	$\chi^2 = 0.595$, p = n.s.
Alter		26.77 (2.12)	28.24 (2.13)	t = 2.89, p = .005 *
T-DEFA Prä [A)]		1.83 (0.53)	2.07 (0.56)	t = 1.83, p = .071[1)]
T-DEFA Post [B)]		1.40 (0.42)	1.38 (0.65)	t = -.12, p = .902
T-DEFA 8 J-FU [C)]		n=42; 0.79 (0.59)	n=22; 0.73 (0.69)	t = -.34, p = .733
CBCL: Prä [A)]	Gesamtauffälligkeit	55.58 (25.76)	65.44 (26.59)	t = 1.57, p = .120
	Unaufmerksamkeit	9.42 (3.61)	9.89 (3.65)	t = .54, p = .590
	Internale Probleme	10.02 (6.84)	11.74 (9.07)	t = .93, p = .357
	Externale Probleme	24.10 (11.94)	29.00 (10.14)	t = 1.78, p = .077[1)]
CBCL: Post [B)]	Gesamtauffälligkeit	38.75 (22.53)	45.15 (24.06)	t = 1.15, p = .253
	Unaufmerksamkeit	6.25 (3.57)	7.30 (3.50)	t = 1.23, p = .224
	Internale Probleme	7.54 (7.22)	8.48 (7.67)	t = .53, p = .598
	Externale Probleme	17.56 (10.43)	20.52 (10.28)	t = 1.18, p = .240
CBCL: 8 J FU [C)]	Gesamtauffälligkeit	n=43; 29.91 (24.18)	n=21; 32.43 (20.57)	t = .41, p = .683
	Unaufmerksamkeit	n=43; 5.58 (4.29)	n=21; 5.29 (3.99)	t = -.27, p = .792
	Internale Probleme	n=43; 7.23 (7.43)	n=21; 7.90 (6.93)	t = .35, p = .729
	Externale Probleme	n=43; 12.00 (10.41)	n=21; 14.95 (10.49)	t = 1.06, p = .292

[1)] Trend, [A)] Prä = vor Intensivtherapie, [B)] Post = unmittelbar nach Intensivtherapie, [C)] 8 J FU = 8-Jahres-Follow-up

Die ehemaligen Patienten, von denen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt eine Fremdbeurteilung der ADHS-Symptomatik vorliegt, sind demnach statistisch signifikant 1,5 Jahre jünger und im Vergleich zu bisherigen Messzeitpunkten tendenziell unauffälliger in ihrer ADHS- und externalen Symptomatik.

8.3 Umfang der Mitarbeit

Eine weitere Drop-out-Analyse erfolgte ebenfalls mittels t-Test für unabhängige Stichproben und bezieht sich auf den Umfang der Mitarbeit der Probanden. Zunächst wurde für die Gesamtstichprobe untersucht, ob sich die Gruppe derer, zu denen in einem Untersuchungstermin ein persönlicher Kontakt bestand, von den übrigen Probanden unterscheidet. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied für das Alter: Studienteilnehmer, die an einem ausführlichen Untersuchungstermin mit klinischen Interviews und Tests in der Uniklinik Köln teilnahmen, waren durchschnittlich zwei Jahre jünger als die Gruppe derer, die diesen Termin nicht wahrnahmen (siehe Tabelle 12).

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die Gruppe derer, die zu einem Untersuchungstermin in die Uniklinik Köln gekommen sind und für die aufgrund des persönlichen Kontaktes klinische Beurteilungen vorgenommen und ausführlichere Daten erhoben werden konnten, von der Gruppe der Studienteilnehmer unterscheidet, von denen lediglich Fragebogen und Informationen aus Telefoninterviews und demnach weniger umfangreiche Daten sowie keine oder weniger klinische Beurteilungen vorliegen. Es zeigen sich durchweg höhere Werte, d. h. ausgeprägtere Symptome, für die Gruppe derer, die an einem Untersuchungstermin teilnahmen (Tabelle 12). Dabei ergibt sich ein signifikanter Unterschied für die Skala Unaufmerksamkeit im Selbsturteil (FEA-ASB: M=0,74 vs. M=0,37, p = .027). Für die Skala Unaufmerksamkeit im Fremdurteil (FEA-AFB) erweist sich der Gruppenunterschied nicht signifikant, jedoch ist ein Trend in die gleiche Richtung zu verzeichnen (M=0,94 vs. M=0,43, p = .063). Weitere signifikante Unterschiede ergeben sich für den Gesamtwert (M=49,13 vs. M=30,29; p = .024) und die Skala Externale Probleme (M=15,18 vs. M=9,43, p = .011) des ABCL. Im Fremdurteil, nicht jedoch im Selbsturteil, werden für Probanden, die am Untersuchungstermin teilgenommen haben, ausgeprägtere externale Symptome und eine stärkere Gesamtauffälligkeit angegeben.

Die Analyse ergab zwei weitere Trends, die ebenfalls eine stärker ausgeprägte Symptomatik bei der Gruppe der Probanden, zu denen durch die Untersucher persönlicher Kontakt bestand, vermuten lässt. Dies betrifft den Gesamtwert im ADHS-Selbsturteil

(FEA-ASB, M=0,68 vs. M=0,39, p = .056) und die im Selbsturteil angegebene Beeinträchtigung durch die ADHS-Symptomatik (M=0,47 vs. M=0,21, p = .090).

Tabelle 12

Analyse der Drop-outs 3: Umfang der Mitarbeit

Variable		**Untersuchungstermin (n=43); M (SD)**	**kein Untersuchungstermin (n=32); M (SD)**	**Gruppenunterschiede**
Alter		26.48 (1.88)	28.40 (2.20)	t = 4.08, p = .000*
Variable		**Untersuchungstermin; M (SD)**	**Fragebogen/tel. Interview; M (SD)**	**Gruppenunterschiede**
FEA-AFB	Gesamtwert	n=41; 0.81 (0.59)	n=7; 0.46 (0.47)	t = -1.45, p = .155
	Unaufmerksamkeit	n=41; 0.94 (0.69)	n=7; 0.43 (0.37)	t = -1.91, p = .063[1)]
	Hyperaktivität	n=41; 0.68 (0.73)	n=7; 0.41 (0.72)	t = -.93, p = .359
	Impulsivität	n=41; 0.71 (0.56)	n=7; 0.64 (0.48)	t = -.31, p = .755
	Erw.spezif. Items	n=41; 0.99 (0.67)	n=7; 0.66 (0.36)	t = -1.28, p = .207
	Beeinträchtigung	n=37; 0.79 (0.84)	n=6; 0.57 (0.35)	t = -1.11, p = .282
FEA-ASB	Gesamtwert	n=43; 0.68 (0.48)	n=11; 0.39 (0.25)	t = -1.95, p = .056[1)]
	Unaufmerksamkeit	n=43; 0.74 (0.52)	n=11; 0.37 (0.28)	t = -2.27, p = .027*
	Hyperaktivität	n=43; 0.55 (0.52)	n=12; 0.30 (0.31)	t = -1.60, p = .115
	Impulsivität	n=43; 0.78 (0.72)	n=12; 0.54 (0.35)	t = -1.10, p = .275
	Erw.spezif. Items	n=43; 0.87 (0.59)	n=12; 0.56 (0.42)	t = -1.67, p = .102
	Beeinträchtigung	n=42; 0.47 (0.48)	n=11; 0.21 (0.20)	t = -1.73, p = .090[1)]
ASR	Gesamtauffälligkeit	n=43; 45.98 (28.42)	n=11; 34.64 (24.30)	t = -1.21, p = .231
	Internale Probleme	n=43; 13.28 (10.07)	n=11; 9.73 (10.46)	t = -1.04, p = .305
	Externale Probleme	n=43; 13.70 (9.67)	n=11; 11,00 (7,82)	t = -.86 , p = .397
ABCL	Gesamtauffälligkeit	n=40; 49.13 (32.67)	n=7; 30.29 (14.89)	t = -2.47, p = .024*
	Internale Probleme	n=40; 11.80 (11.25)	n=7; 6.71 (6.75)	t = -1.15, p = .255
	Externale Probleme	n=40; 15.18 (10.88)	n=7; 9.43 (3.31)	t = -2.70, p = .011*

[1)] Trend

Insgesamt weisen die Drop out-Analysen darauf hin, dass

- die 5 Studienteilnehmer, die zum aktuellen Follow-up-Zeitpunkt nicht kontaktiert werden konnten, bei vorherigen Messzeitpunkten tendenziell auffälliger waren,
- die Gruppe derer, von denen eine Fremdbeurteilung zur aktuellen ADHS-

Symptomatik eingeholt werden konnte, 1,5 Jahre jünger und in ihrer externalen Symptomatik in der Tendenz weniger stark ausgeprägt waren,

- dass Studienteilnehmer, die an einem ausführlichen Untersuchungstermin mit klinischen Interviews und Tests teilnahmen, durchschnittlich zwei Jahre jünger waren als die Gruppe derer, die diesen Termin nicht wahrnahmen und
- dass Studienteilnehmer, die an einem ausführlichen Untersuchungstermin mit klinischen Interviews und Tests teilnahmen im Vergleich zu der Gruppe der Studienteilnehmer, von denen lediglich Fragebogen und Informationen aus Telefoninterviews vorliegen, ausgeprägtere Symptome der Unaufmerksamkeit und in der Tendenz in der externalen Symptomatik aufwiesen.

9. Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit zum 18-Jahres-Follow-up

9.1 Schulabschluss und Berufsausbildung

Der größte Teil der ehemaligen Patienten hat einen Hauptschulabschluss erlangt (44,9 %), gefolgt von der Gruppe derjenigen, die einen Realschulabschluss bzw. die Mittlere Reife erreicht haben (34,8 %). 13 % der Studienteilnehmer haben das Abitur oder ein Fachabitur erworben. 7,2 % der heute 22-32-Jährigen hatte keinen Schulabschluss vorzuweisen, wobei eine Person (1,4 %) zum Zeitpunkt der Erhebung einen Schulabschluss über den zweiten Bildungsweg anstrebte (siehe Tabelle 13 und Abbildung 6).

Tabelle 13:
Höchster Schulabschluss (n=69) und Berufsausbildung (n=70) der Studienteilnehmer

Schulabschluss	**n**	**Gültige Prozent**
kein Abschluss, Abgangszeugnis	4	5,8
derzeit über den 2. Bildungsweg angestrebt	1	1,4
Hauptschulabschluss A	31	44,9
Mittlere Reife, Realschulabschluss	24	34,8
Fachabitur	6	8,7
Abitur	3	4,3
Berufsausbildung		
keine Berufsausbildung	18	25,7
aktuell in Ausbildung	5	7,1
Abgeschlossene Berufsausbildung/Lehre	46	65,7
Abgeschlossenes Studium	1	1,4

Der größte Teil der Befragten hatte zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up bereits eine Berufsausbildung oder Lehre absolviert und abgeschlossen (65,7 %) und ein Studienteilnehmer hatte ein Studium absolviert (1,4 %). 7,1 % der ehemaligen Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Berufsausbildung. Ein Viertel (25,7 %) der befragten 22-32-Jährigen gab an, keinen Berufsabschluss zu haben und sich auch nicht in entsprechender Ausbildung oder Maßnahme zu befinden (siehe Tabelle 13 und Abbildung 7).

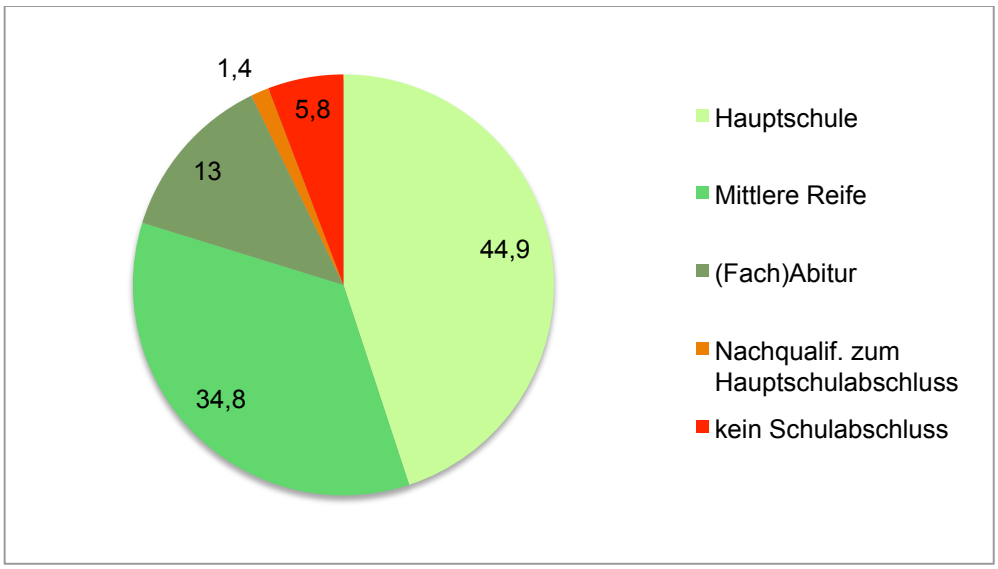


Abbildung 6: Höchster Schulabschluss der Studienteilnehmer
Gültige Prozent (n=69)

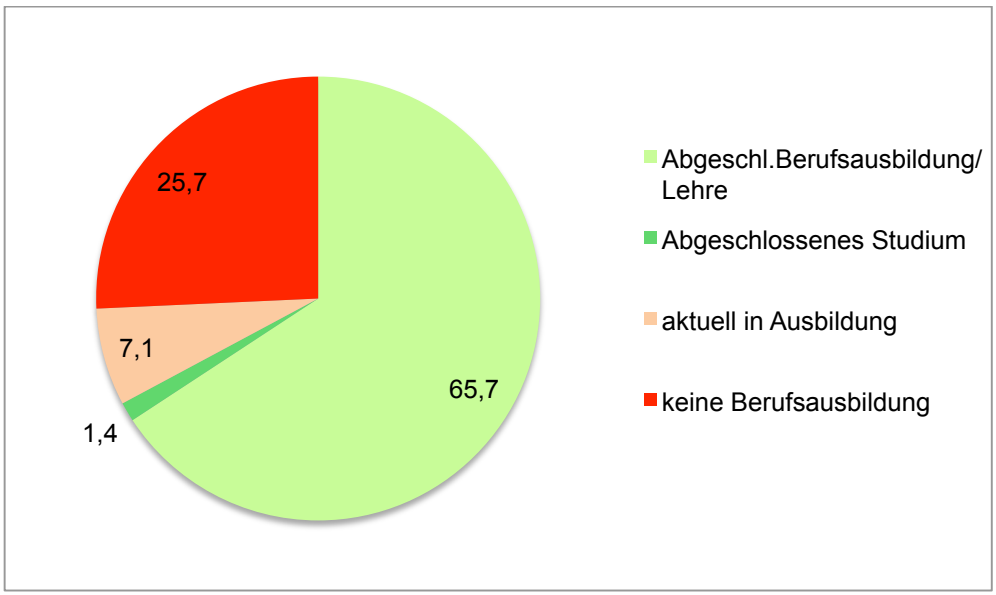


Abbildung 7: Berufsausbildung
Gültige Prozent (n=70)

Die Begründungen für fehlende Berufsabschlüsse waren individuell verschieden und ein fehlender Berufsabschluss war nicht immer mit einer problematischen beruflichen Entwicklung verbunden. Ein Studienteilnehmer musste sein Studium unterbrechen, um die Firma des Vaters zu übernehmen, der vor Kurzem verstorben war. Ein weiterer Studienteilnehmer hatte eine Berufsausbildung begonnen, diese jedoch aufgrund gesundheitlicher Probleme (Allergien) nicht abschließen können. Dieser ging jedoch in der Firma eines Verwandten ebenfalls einer geregelten Arbeitstätigkeit nach. Drei der 18 Studienteilnehmer ohne Berufsabschluss gaben an, zwar eine Ausbildung absolviert zu haben, jedoch seien sie durch die Abschlussprüfungen gefallen (n=2) bzw. hätten diese gar nicht erst angetreten (n=1). Drei weitere der Befragten hatten eine begonnene Berufsausbildung abgebrochen („Da musste ich zu viel sitzen und nachdenken.“).

Tabelle 14:

Branchen der abgeschlossenen Berufsausbildungen (n=47)

Branche	**n**	**Gültige Prozent**
Handwerk z. B. Elektriker/Elektroniker, Maler/Lackierer, Teilezurichter, Industrie-/Fertigungs-/KFZ-Mechaniker	26	55,3
Büro/Kaufmännischer Bereich z. B. Kaufmann/Kauffrau, IT-Bereich	12	25,5
Service/Verkauf z. B. Bäckerei	7	14,9
Gesundheit/Soziales z. B. Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Kinderpflegerin	2	4,3

9.2 Aktuelle berufliche Situation

Zum Erhebungszeitpunkt gingen, die Personen, die sich zum aktuellen Messzeitpunkt in der Berufsschule, in der Lehre, im Studium oder bei der Bundeswehr bzw. im Zivildienst befanden eingeschlossen, insgesamt 82,9 % der Befragten einer geregelten Beschäftigung nach. Die meisten (55,7 %) der befragten Studienteilnehmer gingen einer Tätigkeit nach abgeschlossener Berufsausbildung nach. Weitere 12,9 % gingen ebenfalls einer geregelten Tätigkeit nach, jedoch ohne eine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben (siehe Abbildung 8). Der größte Teil der Beschäftigten (75,9 %) befand sich in einem Verhältnis der Festanstellung, 13,0 % waren selbstständig. Die 58 Personen, die zum aktuellen Zeitpunkt arbeitstätig waren bzw. die eine Ausbildung

oder ein Studium absolvierten, waren zum größten Teil (60,3 %) in handwerklichen Bereichen tätig, gefolgt von büro- und kaufmännischen Tätigkeiten (19,0 %, siehe Abbildung 9 und Anhang 12). 40,9 % der befragten 22-32-Jährigen (n=66) gaben an, in ihrer beruflichen Laufbahn bereits mehrfach, d. h. mindestens drei Mal, die Arbeitsstelle gewechselt zu haben. Ein Drittel (33,3 %) berichtete von ein- bis zweimaligen Arbeitsplatzwechseln und etwa ein Fünftel (21,2 %) arbeitete noch an dem ersten Arbeitsplatz (siehe Abbildung 10 und Tabelle 15).

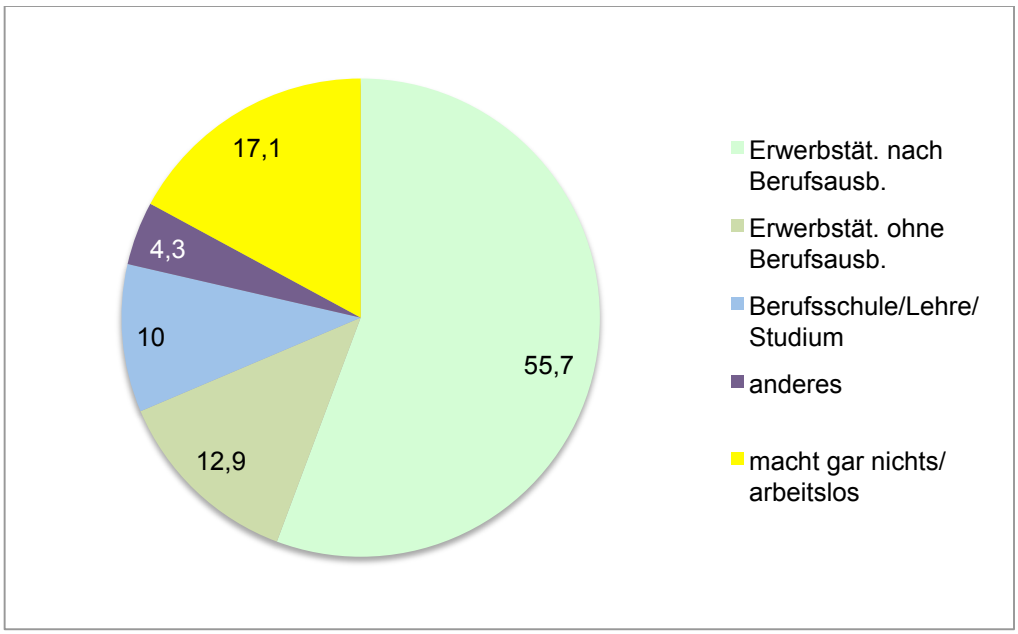


Abbildung 8: Aktuelle berufliche Situation; Gültige Prozent für n=70

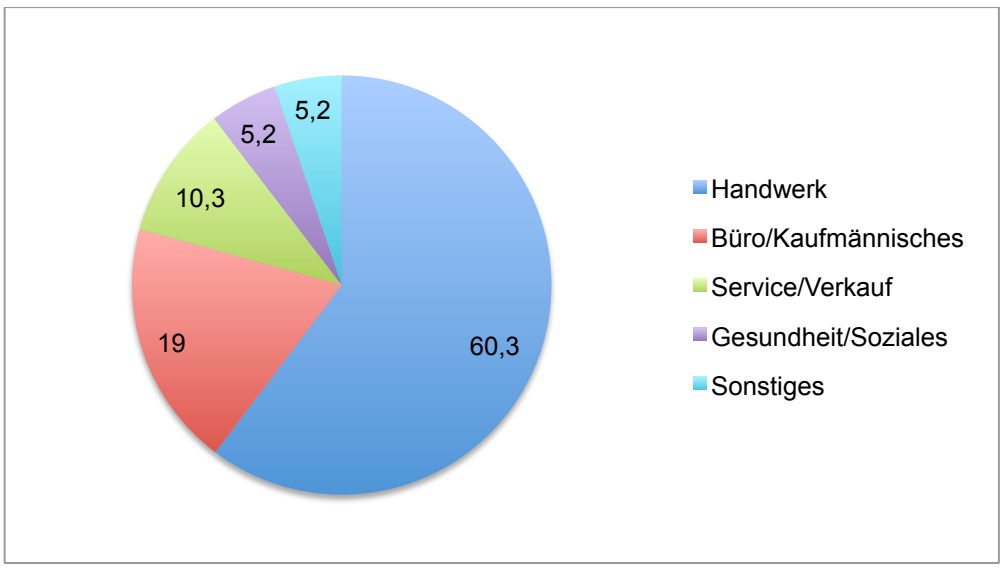


Abbildung 9: Branchen der aktuellen Beschäftigungen
Gültige Prozent für n=58, die arbeitstätig bzw. in Ausbildung/Studium sind

Tabelle 15:

Übersicht über die aktuelle berufliche Situation und Arbeitslosigkeit

	n	Gültige Prozent
Aktuell arbeitstätig (n=70)	54[1)]	77,1
Aktuell fest angestellt (n=54)	41	75,9
Aktuell selbstständig (n=54)	7	13,0
Aktuelle Tätigkeit (n=70)		
Erwerbstätigkeit nach abgeschlossener Berufsausbildung	39	55,7
Erwerbstätigkeit ohne abgeschlossene Berufsausbildung	9	12,9
Berufsschule / Lehre	4	5,7
Studium	3	4,3
Bundeswehr / Zivildienst / anderes	3	4,3
macht gar nichts – arbeitslos	12	17,1
Branchen der aktuellen Beschäftigungen (n=58)		
Handwerk	35	60,3
Büro/Kaufmännisches	11	19,0
Service/Verkauf	6	10,3
Gesundheit/Soziales	3	5,2
Sonstiges	3	5,2
Bisher wechselnde Arbeitsstellen (n=66)		
Nein	14	21,2
Ja, einmal	14	21,2
Ja, zweimal	8	12,1
Ja, mehrfach	27	40,9
noch keine Arbeitsstelle gehabt	3	4,5
Arbeitslosigkeit (n=67)		
Noch nie arbeitslos gewesen (lifetime)	32	47,8
Arbeitslosigkeit lifetime (früher und/oder aktuell)	35	52,2
Dauer bis 3 Monate	7	20,0
Dauer > 3 bis 6 Monate	6	17,1
Dauer > 6 bis 12 Monate	5	14,3
Dauer > 12 Monate	17[2)]	48,6

[1)] inkl. aller Studenten (n=3), die neben dem Studium arbeiteten

[2)] davon n=9 > 4 Jahre

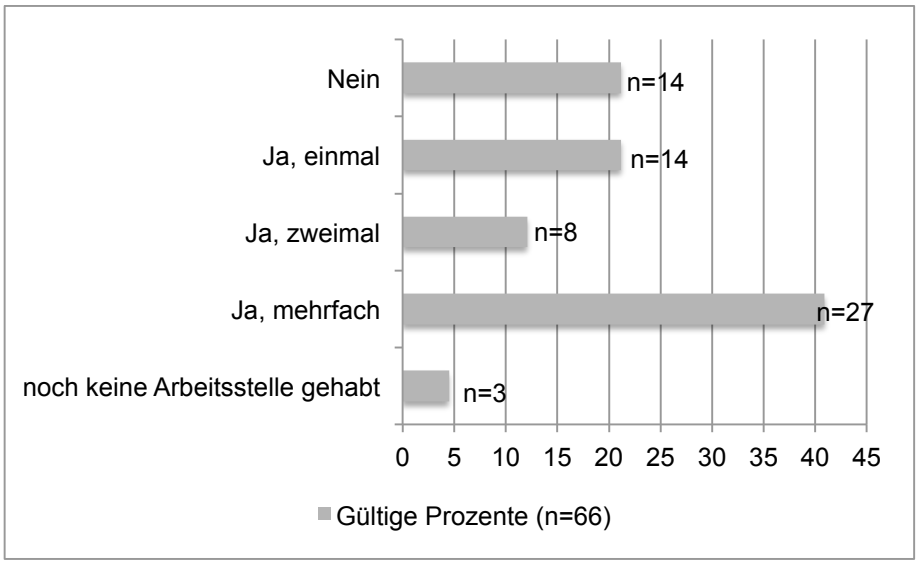


Abbildung 10: Bisher wechselnde Arbeitsstellen

17,1 % der Studienteilnehmer waren zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up arbeitslos, d. h. sie gingen weder einer Arbeitstätigkeit nach, noch befanden sie sich in einer Ausbildung (siehe Tabelle 15 und Abbildung 11). Für die gesamte Arbeitszeit erfasst (lifetime), gaben 35 Personen (52,2 %) an, mindestens einmal von Arbeitslosigkeit betroffen gewesen zu sein. Für ein Fünftel dieser Betroffenen (20,0 %) handelte es sich dabei lediglich um einen kurzen Zeitraum von bis zu 3 Monaten. Bei fast der Hälfte dieser von Arbeitslosigkeit Betroffenen (48,6 %) führte dies jedoch zu einer Langzeitarbeitslosigkeit von mehr als 12 Monaten. Darunter fielen auch 9 Personen (25,7 % der von Arbeitslosigkeit Betroffenen), die länger als 4 Jahre arbeitslos waren. Zu berücksichtigen gilt dabei, dass 4 dieser 9 Studienteilnehmer ernsthaft psychisch erkrankt und zum Erhebungszeitpunkt arbeitsunfähig waren (siehe Kapitel 11.5 zu Komorbidität).

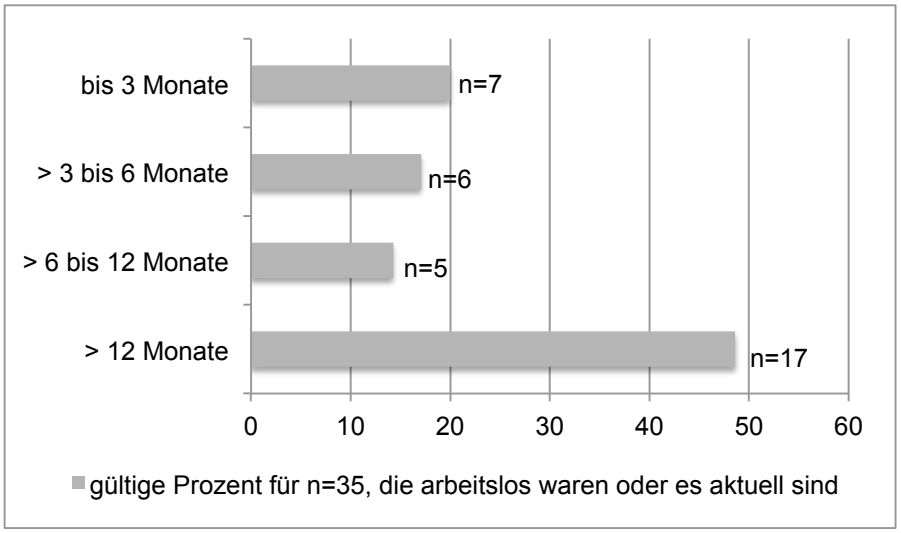


Abbildung 11: Dauer der aktuellen und/oder früheren Arbeitslosigkeit (lifetime)

9.3 Familiäre- und Wohnsituation

Zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up lebten 20,6 % der ehemaligen Patienten mit mindestens einem Elternteil in einer häuslichen Gemeinschaft (10,3 % mit ihrer Mutter und weitere 10,3 % mit der Mutter und dem (Stief)Vater). Der größte Teil der Befragten (79,4 %) wohnte nicht mehr bei den Eltern, sondern in Ehe bzw. Partnerschaft (36,8 %), allein (32,4 %) oder in einer Wohngemeinschaft (7,4 %). Zwei Studienteilnehmer (2,9 %) lebten aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Reha- oder Therapieeinrichtung (siehe Tabelle 16 und Abbildung 12).

12,7 % der Befragten waren bereits verheiratet und 15,6 % (n=10) hatten eigene Kinder. Das Alter der eigenen Kinder belief sich auf 5 Monate bis 5 Jahre (M=32,6 Monate). Drei Studienteilnehmer waren zum Erhebungszeitpunkt kurz davor, Vater zu werden und weitere zwei Teilnehmer lebten mit einem Stiefkind zusammen. Etwa zwei Drittel (62,5 %) der Befragten gab an, eine feste partnerschaftliche Beziehung zu führen, wobei die Einschätzung der Stabilität der Beziehung auf der subjektiven Beurteilung der Studienteilnehmer beruht (siehe Tabelle 16).

18 von 58 Studienteilnehmern (31,0 %) gaben an, dass es in ihrer engeren oder weiteren Familie (Partner, Eltern, Geschwister, Kinder) Verhaltensauffälligkeiten gebe. Am häufigsten wurde dabei der Alkohol- und Drogenkonsum genannt (19,0 %), gefolgt von ADHS (8,6 %) und Depression (5,2 %; siehe Tabelle 16)

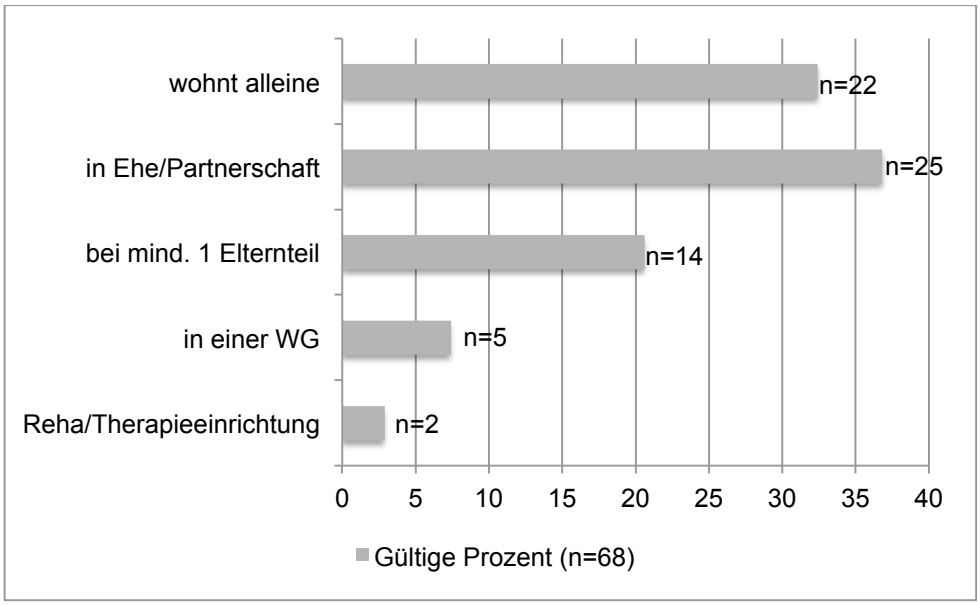


Abbildung 12: Wohnsituation der Studienteilnehmer

Tabelle 16:

Partnerschaften sowie Wohn- und familiäre Situation

	n	Gültige Prozent
Wohnsituation (n=68)		
in Ehe/Partnerschaft	25	36,8
alleine	22	32,4
bei mindestens einem Elternteil	14	20,6
in einer WG	5	7,4
in Reha-/Therapieeinrichtung	2	2,9
Familiäre Situation		
hat feste Beziehung (n=64)	40	62,5
ist verheiratet (n=63)	8	12,7
hat eigene Kinder (n=64)	10	15,6
Partnerschaften (n=54)		
Überwiegend kurze Beziehungen?	18	33,3
Häufig wechselnde Sexualpartner?	13	24,1
Häufig ungeschützter Geschlechtsverkehr?	16	29,6
Bereits ungewollte Schwangerschaften?	10	18,5
Bereits Geschlechtskrankheiten?	4	7,4
Verhaltensauffälligkeiten in der Familie (n=58) [1)]	18	31,0
Alkohol & Drogen	11	19,0
ADHS	5	8,6
Depression	3	5,2
Sonstige	7	12,1

[1)] Mehrfachnennungen möglich

9.4 Straßenverkehr und Unfallträchtigkeit

Von den 33 ehemaligen Patienten, die bereits einen Führerschein hatten, gaben etwas mehr als ein Viertel (27,3 %) an, dass die Probezeit ihres Führerscheins verlängert wurde bzw. dass eine Nachprüfung erforderlich war. Knapp drei Viertel (72,7 %) berichteten, im Zusammenhang ihrer aktiven Teilnahme im Straßenverkehr in mindestens einen Unfall mit Blechschäden und 6,1 % berichteten, in mindestens einen Unfall mit Personenschäden involviert gewesen zu sein. 39,4 % der Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up in Besitz eines Führerscheins waren, gaben an, bereits mehr als fünf Strafzettel erhalten zu haben (siehe Tabelle 17).

Bei Betrachtung des Items „Neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem

Auto zu fahren“ aus den Fragebogen FEA-ASB und FEA-AFB sowie der DCL-ADHS-E ergaben sich Mittelwerte von 0,93 im Fremdurteil, von 1,03 im Selbsturteil und von 1,04 im klinischen Urteil. Im Selbsturteil gaben 27,3 % der Personen mit Führerschein an, dass dieses Kriterium „weitgehend“ oder „besonders“ für sie zutreffe. Im Fremdurteil waren es 28,6 % und in der klinischen Einschätzung 33,4 %. Keiner der Studienteilnehmer erfüllte im Selbsturteil das Kriterium für eine Beeinträchtigung durch diese Symptomatik. 33 % der Probanden gaben an, sich lediglich „ein wenig“ davon beeinträchtigt zu fühlen. Im Fremdurteil gaben 8,7 % an, dass sie aufgrund der Symptomatik bei den Betroffenen eine weitgehende bis besondere Beeinträchtigung im Straßenverkehr erlebten (13 % „ein wenig“, siehe Tabelle 27 sowie Anhang 14 und 15 in Kapitel 10.1.1).

Tabelle 17:
Auffälligkeiten im Straßenverkehr

	n	Häufigkeit der Ja-Antworten	Gültige Prozent
Bereits einen Führerschein?	54	33	61,1
Probezeit verlängert oder Nachprüfung erforderlich? (n=21 logisch nicht möglich)	33	9	27,3
Unfälle Personenschäden	33	2	6,1
Unfälle Blechschäden (mind. 1 Unfall)	33	24	72,7
0-1		22	66,7
2-3		8	24,2
4-6		3	9,1
Anzahl Strafzettel			
0-2		12	36,4
3-5		8	24,2
6-10		7	21,2
>10		6	18,2
Anzahl Strafzettel >40 €			
0-1		23	71,9
2-3		6	18,7
5-7		3	9,3
Anzahl andere Unfälle (außerhalb des Straßenverkehrs)			
0-1		11	61,2
2-3		2	11,2
5-6		4	22,2
>20		1	5,6

9.5 Körperliche Gesundheit

Ein Drittel der ehemaligen Patienten gab zum Zeitpunkt des 18-Jahres-Follw up an, unter gesundheitlichen Problemen zu leiden. In diesem Zusammenhang wurden Rückenprobleme und Einschränkungen im Bewegungsapparat (z. B. Gelenkschmerzen) mit 13,6 % am häufigsten genannt. 6,8 % der befragten 22-32-Jährigen litten unter Bluthochdruck, 5,1 % an einer Schilddrüsenunterfunktion. Weitere Erkrankungen sind der Tabelle 18 zu entnehmen.

Bezüglich des Gewichts der ehemaligen Patienten ergab sich ein BMI-Mittelwert von 25,9 kg/m² (SD=4,7). Bei etwas mehr als der Hälfte der Studienteilnehmer (55,6 %) lag das Gewicht im Normalbereich (BMI=18,5-24,9 kg/m²). Bei 44,4 % der 22-32-Jährigen lag der BMI im Bereich des Übergewichts (31,7 % - BMI=25,0-29,9 kg/m²) bzw. der Adipositas (12,7 % - BMI ≥ 30,0 kg/m²; siehe Tabelle 18). Die Gewichts- und Größenangaben beruhen auf der Selbstauskunft der ehemaligen Patienten.

Tabelle 18:
Gesundheitsprobleme und BMI

	n	ja	Gültige Prozent
Gesundheitsprobleme [1) 2)]	59	20	33,9
Bluthochdruck		4	6,8
Schilddrüsenunterfunktion		3	5,1
Migräne		2	3,4
Verfaulte Zähne		2	3,4
Tinnitus/Hörsturz		2	3,4
Asthma		2	3,4
Weitere Erkrankungen		8	13,6
Größere Erkrankungen	58	7	12,1
BMI (kg/m²)[1)]		**n**	**Gültige Prozent** [3)]
Normalgewicht	18,5-24,9	35	55,6
Übergewicht + Adipositas	≥ 25,0	28	44,4
Übergewicht	25,0-29,9	20	31,7
Adipositas	≥ 30,0	8	12,7
Adipositas Grad 1	30,0–34,9	5	7,9
Adipositas Grad 2	35,0–39,9	2	3,2
Adipositas Grad 3	≥ 40,0	1	1,6

[1)] Selbstauskunft der Probanden, [2)] Mehrfachnennungen möglich, [3)] n=63

9.6 Medikamentöse sowie psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen im Erwachsenenalter

An dieser Stelle wurde untersucht, inwiefern die Studienteilnehmer im Erwachsenenalter ambulante und/oder stationäre Behandlungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen sowie medikamentöse Behandlungen wahrgenommen haben. Diesbezüglich liegen Daten von n=66 Probanden vor. In der Auflistung enthalten sind sowohl aktuelle Behandlungen als auch Behandlungen, die bereits abgeschlossen waren, die jedoch im Erwachsenenalter, d. h. nach dem 18. Geburtstag, durchgeführt wurden.

Die von den Probanden angegebenen Medikamente lassen sich grob in eine Gruppe der Psychopharmaka und eine Gruppe der Nicht-Psychopharmaka unterteilen (siehe Tabelle 19). Die Nicht-Psychopharmaka betreffen Medikamente für körperliche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, die eine dauerhafte Einnahme von Medikamenten erforderlich machen. 13,6 % der Befragten (n=9) gaben an, regelmäßig Medikamente aus dieser Gruppe einzunehmen. Am häufigsten wurden an dieser Stelle mit n=3 (4,5 %) Schilddrüsenpräparate zur Regulation einer Schilddrüsenunterfunktion genannt. Sonstige Nennungen beziehen sich mit jeweils n=2 (3,0 %) auf Antihistaminika, Medikamente gegen Bluthochdruck sowie erforderliche Medikamente bei Asthma.

Psychopharmaka wurden in 16,7 % der Fälle (n=11) eingenommen. Diese Medikamente wurden in verschiedenen Untergruppen zusammengefasst. Mit Stimulanzien wurden noch n=2 Personen (3,0 %) behandelt. Weitere zwei ehemalige Patienten (3,0 %) nahmen aktuell oder zu einem anderen Zeitpunkt im Erwachsenenalter ein Antidepressivum ein. Neuroleptika und Antiepileptika wurden häufig kombiniert eingenommen, so dass diese Medikamente in einer Gruppe zusammengefasst wurden. Sieben Studienteilnehmer (10,6 %) gaben an, aktuell Neuroleptika und/oder Antiepileptika einzunehmen oder im Erwachsenenalter bereits eingenommen zu haben.

Weiterhin wurde erfragt, inwiefern die ehemaligen Patienten erneut das Angebot von ambulanten, teilstationären und/oder stationären psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsangeboten wahrgenommen haben. Ausschließlich ambulante Behandlungsangebote wurden von drei Teilnehmern (4,5 %) genutzt. Als Gründe wurden hier Suizidgedanken, ADHS, sowie eine vom Gericht auferlegte Behandlung aufgrund von Drogenkonsum benannt. Deutlich mehr Patienten gaben an, sich in stationärer Behandlung zu befinden oder befunden zu haben. Die häufigsten Gründe sind hier Psychosen (n=4, 6,1 %, siehe Kapitel 11) sowie ein erforderlicher Alkohol- und/oder

Drogenentzug. Ein weiterer Grund für eine stationäre Behandlung war eine akute Krise nach Trennung von der Partnerin. Ein weiterer Studienteilnehmer befand sich in einer Maßnahme des therapeutischen Wohnens (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19:
Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen im Erwachsenenalter (n=66)

	n (Gültige Prozent)	**Häufigste Nennungen** (Mehrfachnennungen möglich)
Medikamentöse Behandlung		
Psychopharmaka	11 (16,7)	
Stimulanzien	2 (3,0)	
Neuroleptika & Antiepileptika	7 (10,6)	
Antidepressiva	2 (3,0)	
Nicht-Psychopharmaka	9 (13,6)	Schilddrüsenpräparate (n=3), Antihistaminikum (n=2), Insulin (1), Med. gg. Bluthochdruck (n=2) und Asthma (n=2), Schmerzmittel (n=1)
Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen		
ausschließlich ambulant	3 (4,5)	
stationär (und ambulant)	9 (13,6)	Häufigste Gründe für eine stationäre Behandlung: Psychosen n=4 (6,1 %), Alkohol-/Drogenentzug n=3 (4,5 %)

9.7 Finanzielle Situation

Bezüglich ihrer finanziellen Situation konnten Informationen von 65 Studienteilnehmern eingeholt werden. Etwa ein Viertel (n=15; 23,1 %) gab an, finanzielle Probleme zu haben, wobei diese Angaben die subjektiven Einschätzungen der Befragten widerspiegeln. Darüber hinaus wurde erfragt, inwieweit es den ehemaligen Patienten gelingt, mit dem Geld auszukommen, das ihnen zur Verfügung steht (siehe Tabelle 20). Etwa drei Viertel (72,3 %) gaben an, gut mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld auszukommen, wobei dies davon 24,6 % deshalb gelang, weil sie sich bewusst kontrollierten bzw. kontrollieren ließen. So gaben einige Studienteilnehmer an, in der Vergangenheit insbesondere aufgrund impulsiver Käufe Geldprobleme gehabt zu haben, dass nun jedoch eine Partnerin das Geld kontrolliere, weshalb das finanzielle Auskommen nun besser als in der Vergangenheit gelinge. Ein Fünftel der Befragten (20,0 %) gab an, häufig das Konto zu überziehen oder sich Geld zu leihen („Wenn ich Geld habe, gebe ich es aus.“).

Bei Betrachtung des Items 28 aus dem FEA-ASB (Selbstbeurteilung, siehe Anhang 14) und FEA-AFB (Fremdbeurteilung, siehe Anhang 15) „Er/sie kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten“, war das Kriterium in der Fremdbeurteilung in 31,3 % der Fälle (n=48) und in der Selbstbeurteilung in 21,8 % der Fälle (n=55) erfüllt. D. h., dass ca. ein Fünftel bis ein Drittel der Befragten finanzielle Probleme angab, wobei das Fremdurteil mit 10 Prozentpunkten höher ausfällt.

Tabelle 20:
Finanzielles Auskommen

Schaffen Sie es, mit Ihrem zur Verfügung stehenden Geld auszukommen? (n=65)	**n: Zustimmungen**	**Gültige Prozent**
Ja, ich komme gut mit meinem Geld aus.	31	47,7
Ja, aber ich kontrolliere mich / lasse mich kontrollieren.	16	24,6
Ich überziehe nur selten mein Konto oder leihe mir Geld.	5	7,7
Ich überziehe häufig mein Konto oder leihe mir Geld	13	20,0
Unüberlegte und voreilige Käufe; Probleme, das Geld zusammen zu halten (Item 28) [1)]	**Gültige Prozent für Kriterium erfüllt** [2)]	
Fremdbeurteilung: FEA-AFB (n=48)	31,3	
Selbstbeurteilung: FEA-ASB (n=55)	21,8	

Gültige Prozent für n=48-65, [1)] Fragebogen zur aktuellen ADHS-Symptomatik, [2)] Kriterium erfüllt: Antworten weitgehend/ besonders

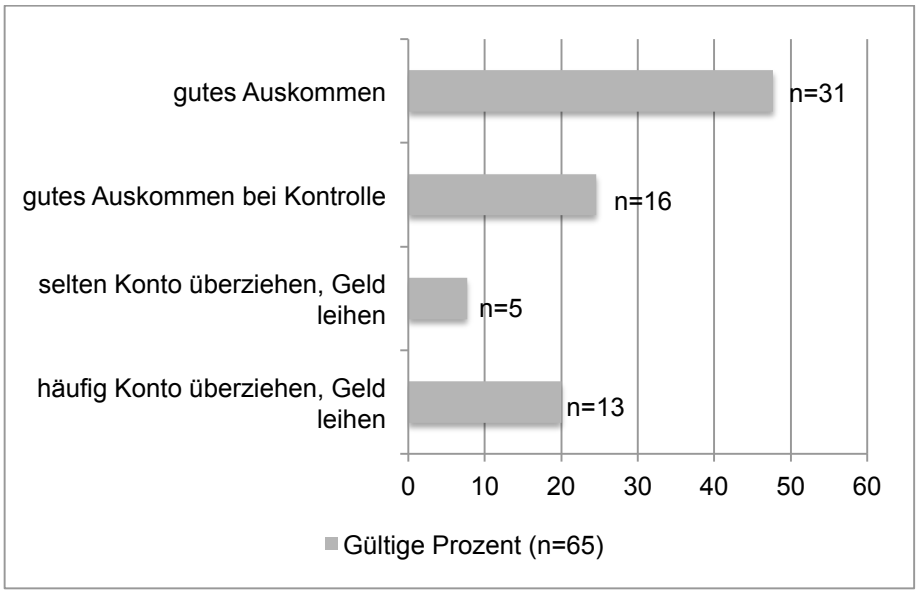


Abbildung 13: Finanzielles Auskommen

9.8 Gesetzeswidrigkeiten, Straftaten und Verurteilungen

Die ehemaligen Patienten wurden befragt, inwiefern diese im Jugend- und Erwachsenenalter (liftime) mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind. Die Angaben beruhen auf den Auskünften der Studienteilnehmer und wurden nicht durch objektive Daten verifiziert. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gab an, keinerlei Kontakte zur Polizei gehabt zu haben. Bei insgesamt 13 % der Befragten kam es aufgrund von gesetzeswidrigem Verhalten zu einem bis mehreren Polizeikontakten, die jedoch weder einen Gerichtstermin noch eine Verurteilung zur Folge hatten. Bei einem Viertel der befragten Studienteilnehmer (24,6 %) kam es in der Geschichte zu Gerichtsterminen und Verurteilungen wie Bußgeldzahlungen oder das Leisten von Sozialstunden. Weitere 7,2 % der ehemaligen Patienten hatten bereits Hafterfahrungen. Das heißt, dass insgesamt fast ein Drittel (31,8 %) der ehemaligen Patienten Straftaten ausgeübt hat, die zu Verurteilungen geführt haben (siehe Tabelle 21 und Abbildung 14).

Von den insgesamt 31 ehemaligen Patienten, die davon berichteten, mit dem Gesetz in Konflikt geraten zu sein, gab etwa die Hälfte (51,6 %) an, aufgrund von Körperverletzungen und/oder Schlägereien auffällig geworden zu sein. Weitere häufige Nennungen betrafen Diebstahl (38,7 %), Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (38,7 %) sowie gegen die Straßenverkehrsordnung (29,0 %), wie z. B. das Fahren von getunten Fahrzeugen oder ohne Führerschein.

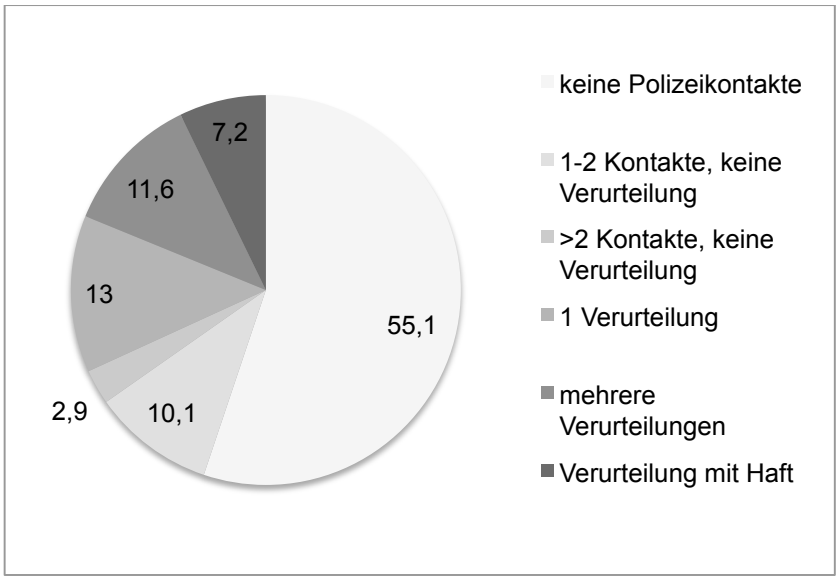


Abbildung 14: Polizeikontakte und Verurteilungen, Gültige Prozent für n=69

Tabelle 21:

Gesetzeswidrigkeiten, Polizeikontakte und Verurteilungen

Polizeikontakte und Verurteilungen (n=69)	**n (%)**		
keine	38 (55,1)		
einen Kontakt mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin	6 (8,7)	Polizeikontakte ohne Verurteilung 9 (13,0)	
zwei Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin	1 (1,4)		
mehrere Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin	2 (2,9)		
eine Verurteilung / Gerichtstermin (Bußgeld, Akteneintrag, Sozialstunden)	9 (13,0)	Verurteilungen ohne Haft 17 (24,6)	Straftaten, die zu Verurteilungen geführt haben 22 (31,8)
≥ zwei Verurteilungen / Gerichtstermine	8 (11,6)		
Verurteilung mit Haft	5 (7,2)	Verurteilungen mit Haft 5 (7,2)	

Art der Gesetzeswidrigkeiten (n=31) [1)]	**n (%)**
Körperverletzung, Schlägereien (1x Vergewaltigung, 1x Bedrohung/Erpressung)	16 (51,6)
Diebstahl (auch: Kreditkartenbetrug)	12 (38,7)
BTMG	12 (38,7)
STVO (z. B. Tunen, Fahren ohne Führerschein)	9 (29,0)
Häufiges Schwarzfahren	3 (9,7)
Sachbeschädigung	2 (6,5)
Waffengesetz	1 (3,2)

[1)] Probanden, die auffällig geworden sind; Mehrfachnennungen möglich

9.9 Lebenszufriedenheit

Über den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg et al., 2000; siehe Anhang 13) wurde erfasst, wie zufrieden die ehemaligen Patienten zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up in verschiedenen Lebensbereichen waren. Der Fragebogen wurde von 55 Personen ausgefüllt. 8 Studienteilnehmer konnten die Skala „Eigene Kinder“ beantworten. 29 Personen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in einer Partnerschaft und bearbeiteten die entsprechende Skala. 52 Personen konnten Angaben auf der Skala „Arbeit und Beruf“ machen. Die übrigen Skalen sowie die Gesamtskala konnten für alle der 55 Studienteilnehmer berechnet werden. In Tabelle 22 sind die Verteilungen auf die Stanine-Normen dargestellt. Während Stanine-Werte zwi-

schen 3 und 7 im Normbereich liegen, sprechen Stanine-Werte von 1 und 2 für eine unterdurchschnittliche und Stanine-Werte von 8 und 9 für eine überdurchschnittliche Zufriedenheit in den jeweiligen Bereichen. Bei Stanine-Normen werden anhand der Werteverteilung neun Abschnitte mit Häufigkeiten von 4 %, 7 %, 12 %, 17 %, 20 %, 17 %, 12 %, 7 % und 4 % gebildet. Von einer Normalverteilung ausgehend, liegen demnach in der Normstichprobe 11 % der Ergebnisse im unterdurchschnittlichen Bereich (Stanine 1+2), 78 % im Normalbereich (Stanine 3+4+5+6+7) und 11 % im überdurchschnittlichen Bereich (Stanine 8+9, siehe Tabelle 22) .

Tabelle 22:
Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer

	n	SN 1-2	SN 3-7	SN 8-9
Erwartung lt. Normalverteilung →		**11 %**	**78 %**	**11 %**
Gesundheit	55	32,7	63,7	3,6
Arbeit/Beruf	52	21,2	75,0	3,8
Finanzen	55	7,3	83,7	9,1
Freizeit	55	14,6	74,6	10,9
Ehe/Partnerschaft	29	6,8	82,6	10,3
Eigene Kinder	8	25,0	62,5	12,5
Eigene Person	55	36,4	56,4	7,2
Sexualität	55	14,6	80,1	5,4
Bekannte/Verwandte	55	16,3	76,4	7,2
Wohnung	55	3,6	78,2	18,2
Gesamt [1)]	55	29,1	61,7	9,1

Gültige Prozent für n=55, [1)] Bildung des Gesamtwertes ohne Einschluss der Skalen Arbeit/Beruf, Ehe/Partnerschaft, Eigene Kinder

Skala Gesundheit: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, ihrer seelischen und körperlichen Verfassung, ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft gegen Krankheit zufrieden. Dies schließt auch eventuell vorgekommene Schmerzen und Krankheiten ein. Etwa zwei Drittel der ehemaligen Patienten (67,3 %) gaben an, mit ihrem Gesundheitszustand durchschnittlich bis überdurchschnittlich zufrieden zu sein, etwa ein Drittel (32,7 %) und damit deutlich mehr als in der Normstichprobe (11 %) erwies sich dagegen als unterdurchschnittlich zufrieden.

Skala Arbeit und Beruf: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit ihrer beruflichen Position, mit ihren Erfolgen und Aufstiegsmöglichkeiten zufrieden. Sie bewerten die Sicherheit ihrer beruflichen Zukunft und das Betriebsklima positiv und sind außerdem mit dem Ausmaß ihrer beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie mit der beruflichen Abwechslung zufrieden. Während die meisten Befragten (78,8 %) angaben, in diesem Bereich durchschnittlich bis überdurchschnittlich zufrieden zu sein, erwiesen sich 21,2 % der Studienteilnehmer als unterdurchschnittlich zufrieden und damit 10 % mehr als in der Normstichprobe (11 %). Am häufigsten wurden die Aufstiegsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (M=4,4, SD=1,86), die Sicherheit der beruflichen Zukunft (M=4,4, SD=1,64) sowie das Ausmaß der beruflichen Anforderungen und Belastungen (M=4,6, SD=1,66) bemängelt (siehe Anhang 13).

Skala Finanzielle Lage: Personen mit einem hohen Skalenwert sehen ihr Einkommen, ihren Besitz und ihren Lebensstandard als zufriedenstellend an. Dies gilt auch für ihre Existenzsicherung, die künftigen Verdienstmöglichkeiten und die Alterssicherung. Dementsprechend sind sie mit den finanziellen Möglichkeiten für ihre Familie zufrieden. Ein großer Teil der Studienteilnehmer (92,8 %) gab bei Betrachtung der Normwerte an, mit seiner oder ihrer finanziellen Lage zufrieden zu sein. Auf Itemebene lassen sich jedoch auch Sorgen um die voraussichtliche finanzielle Alterssicherung oder die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz ausmachen (siehe Anhang 13).

Skala Freizeit: Personen mit einem hohen Skalenwert sind sowohl mit der Länge als auch mit dem Erholungswert ihres Feierabends und ihres Jahresurlaubs zufrieden. Die für Hobbys und für nahestehende Personen verfügbare Zeit und insgesamt die Abwechslung in der Freizeit werden positiv bewertet. 85,5 % der ehemaligen Patienten, und damit etwa genauso viele Personen wie in der Normstichprobe (89 %), lagen im durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich.

Skala Ehe und Partnerschaft: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit wesentlichen Aspekten ihrer Ehe bzw. ihrer Partnerschaft, wie mit den Anforderungen, den gemeinsamen Unternehmungen, der Offenheit, dem Verständnis und der Hilfsbereitschaft des Partners sowie mit der Zärtlichkeit und Geborgenheit zufrieden. Auch die Ergebnisse dieser Skala, die von 29 Probanden bearbeitet wurde, sind vergleichbar mit der Verteilung in der Normstichprobe: 82,6 % der Studienteilnehmer (78 % Normstichprobe) zeigten eine durchschnittliche und 10,3 % der Studienteilnehmer (11 % Norm-

stichprobe) zeigten eine überdurchschnittliche Zufriedenheit mit ihrer Ehe bzw. Partnerschaft.

Skala Beziehung zu den eigenen Kindern: Personen mit einem hohen Skalenwert bewerten die Beziehungen zu den eigenen Kindern insgesamt positiv, wenn sie an ihr Auskommen und ihre Freude mit den Kindern, an deren schulisches und berufliches Fortkommen, aber auch an die Mühen und Kosten denken. Sie sind zufrieden mit dem Einfluss auf ihre Kinder, mit den gemeinsamen Unternehmungen und mit der Anerkennung, welche die Kinder ihnen entgegenbringen. Die meisten der 8 Personen, die diese Skala bearbeiteten, erzielten Stanine-Werte im durchschnittlichen (62,5 %) und überdurchschnittlichen (12,5 %) Bereich. Ein Viertel der Befragten (25,0 %) gab dagegen an, mit der Beziehung zu den eigenen Kindern unterdurchschnittlich zufrieden zu sein. D. h., dass die Beziehung zu den eigenen Kindern von den Probanden im Durchschnitt negativer beurteilt wird als in der Normstichprobe, nach der 11 % der Ergebnisse im unterdurchschnittlichen Bereich zu erwarten wären. Auf der Itemebene zeichnen sich insbesondere Mühen und Kosten, die für die Kinder aufgebracht werden mussten, sowie der Einfluss, den die Studienteilnehmer auf ihre Kinder haben, negativ ab (siehe Anhang 13). Allerdings ist zu beachten, dass die Stichprobe für diese Skala mit n=8 sehr klein ist.

Skala Eigene Person: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit vielen Aspekten ihrer Person zufrieden: mit ihrer äußeren Erscheinung, ihren Fähigkeiten, ihrer charakterlichen Eigenart, ihrer Vitalität und ihrem Selbstvertrauen. Dazu gehören auch die Einschätzung, wie das Leben bisher gelebt wurde und das Auskommen mit anderen Menschen. Über ein Drittel der Befragten (36,4 %), und damit deutlich mehr als in der Normstichprobe (11 %), erzielte auf dieser Skala einen unterdurchschnittlichen Stanine-Wert von 1 oder 2. Auf der Itemebene wurde insbesondere die eigene Zufriedenheit mit dem Selbstvertrauen und der Selbstsicherheit sowie mit der Art, wie das eigene Leben bisher gelebt wurde, häufig negativ bewertet. Etwa zwei Drittel der ehemaligen Patienten gab an, mit sich selbst durchschnittlich (56,4 %) bis überdurchschnittlich (7,2 %) zufrieden zu sein.

Skala Sexualität: Personen mit einem hohen Skalenwert bewerten ihre körperliche Attraktivität positiv und sind mit ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit, ihren sexuellen Kontakten und ihren sexuellen Reaktionen zufrieden. Dies schließt die Möglichkeit, unbefangen über den sexuellen Bereich sprechen zu können, und allgemein die sexuelle

Harmonie mit dem Partner ein. Bei den meisten Befragten lassen sich durchschnittliche (80,1 %) und überdurchschnittliche (5,4 %) Werte ausmachen; 14,6 % liegen im unterdurchschnittlichen Bereich. Hier zeigen sich nur geringe Abweichungen von der Verteilung in der Normstichprobe.

Skala Freunde, Bekannte, Verwandte: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit ihren sozialen Beziehungen zufrieden: mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, mit ihren Verwandten und mit den Kontakten zu Nachbarn. Die soziale Unterstützung, die sozialen Aktivitäten sowie das gesellschaftliche Engagement und allgemein die Häufigkeit des Umgangs mit anderen werden positiv bewertet. Der größte Teil der Befragten ist den Normwerten zufolge mit den sozialen Beziehungen zufrieden (83,6 %), was mit der Verteilung in der Normstichprobe vergleichbar ist.

Skala Wohnung: Personen mit einem hohen Skalenwert sind mit ihren Wohnbedingungen wie Größe, Zustand, Lage, Kosten sowie allgemein mit dem Standard ihrer Wohnung sowie mit der Anbindung an Verkehrsmittel und der möglichen Lärmbelastung zufrieden. Fast alle ehemaligen Patienten, und damit etwas mehr Personen als in der Normstichprobe, gaben eine durchschnittliche (78,2 %; Normstichprobe: 78 %) bis überdurchschnittliche (18,2 %; Normstichprobe: 11 %) Zufriedenheit mit ihrer Wohnbedingung an.

Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit (Gesamtwert): Personen mit einem hohen Skalenwert sind in vielen Lebensbereichen wie Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Sexualität, Wohnungsstandard sowie Freundes- und Bekanntenkreis zufrieden. Sofern es in einzelnen Bereichen Anlass zu Unzufriedenheit gibt, wird dies durch die Zufriedenheit in anderen Bereichen kompensiert. Die Skalen „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“ sowie „Beziehung zu den eigenen Kindern“, die viele Personen nicht betreffen, bleiben bei der Bildung des Gesamtwertes unberücksichtigt. Insgesamt ergab sich bei knapp einem Drittel der ehemaligen Patienten (29,1 %), und damit deutlich mehr als in der Normstichprobe (11 %) eine unterdurchschnittliche Lebenszufriedenheit. Über zwei Drittel der Befragten erzielten dagegen bei der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit durchschnittliche (61,7 %; Normstichprobe: 78 %) bis überdurchschnittliche (9,1 %; Normstichprobe: 11 %) Werte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mehrere Werte für eine unterdurchschnittliche Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer sprechen. Von einer Normal-

verteilung ausgehend, würden auf den einzelnen Skalen 11 % der Probanden mit einem unterdurchschnittlichen Stanine-Wert von 1 oder 2 erwartet. Auf den folgenden Skalen ergaben sich dagegen deutlich mehr unterdurchschnittliche Ergebnisse (siehe Abbildung 15):

- Eigene Person (36,4 %)
- Gesundheit (32,7 %)
- Eigene Kinder (25,0 %)
- Arbeit und Beruf (21,2 %)
- Gesamtskala (29,1 %)

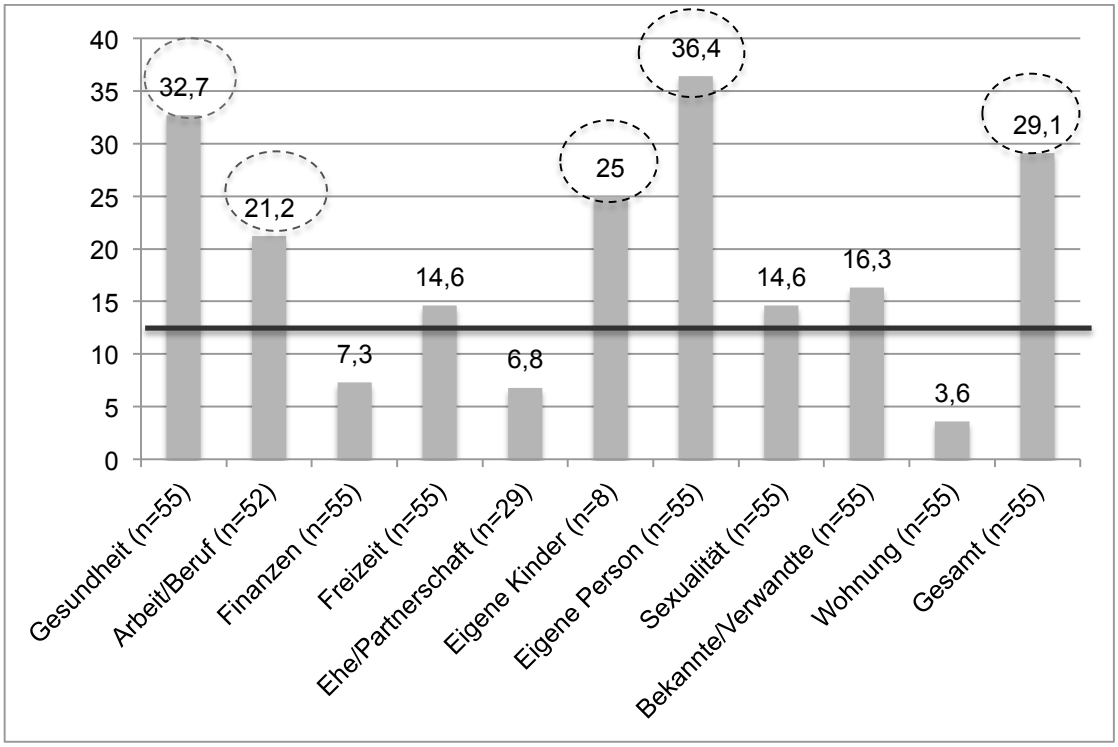


Abbildung 15: Lebenszufriedenheit; Darstellung der unterdurchschnittlichen Stanine-Werte von 1-2; Gültige Prozent für n=55

9.10 Klinische Beurteilungen

9.10.1 Häufigkeit und Art der sozialen Integration

Die meisten ehemaligen Patienten berichteten von regelmäßigen bis häufigen sozialen Kontakten, so dass diese in 80,6 % der Fälle (n=62) als altersangemessen beurteilt werden konnten. 16,1 % hatten nur wenige soziale Kontakte und ein kleiner Teil 3,2 % (n=2) war in Bezug auf seine Sozialkontakte deutlich isoliert (siehe Tabelle 23 und Abbildung 16). Knapp drei Viertel der sozialen Integration erfolgte in unauffälligen Peergroups. Diese Befragten berichteten von einem Freundeskreis, der sich aus Personen zusammensetzte, die den Berichten der Studienteilnehmer zufolge gut in die Gesellschaft integriert waren. Aus klinischer Sicht waren weitere 16,7 % der ehemaligen Patienten zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up in weitgehend unauffälligen Peergroups integriert, in denen einer geregelten Tätigkeit nachgegangen und gelegentlich leichtere Drogen, wie z. B. Marihuana, konsumiert wurden. Die übrigen 10 % der Befragten waren ihren Berichten und der klinischen Beurteilung zufolge in Randgruppen integriert, die sich dadurch auszeichneten, dass diese zwar weitgehend geregelten Tätigkeiten nachgingen, dass jedoch auch leichter Drogenkonsum wie Ecstasy und/oder kleinere Diebstähle erfolgten. Zum Zeitpunkt der Befragung befand sich den Selbstberichten zufolge kein Studienteilnehmer in einer delinquent auffälligen Peergroup, in der Straftaten verübt oder härtere Drogen konsumiert wurden.

Tabelle 23

Häufigkeit und Art der sozialen Integration (n=60-62)

Häufigkeit der sozialen Integration (n=62)	**n (%)**
regelmäßige bis häufige soziale Integration, altersangemessen	50 (80,6)
kaum soziale Integration; wenige Kontakte zu anderen	10 (16,1)
fast keine soziale Integration, deutlich isoliert	2 (3,2)
Art der sozialen Integration (n=60) [1)]	
Unauffällige Peergroup	44 (73,3)
Soziale Integration bei jungen Erwachsenen, die gelegentlich „kiffen“ o. ä (keine harten Drogen), gehen aber geregelter Tätigkeit nach und sind gut in die Gesellschaft integriert.	10 (16,7)
Soziale Integration bei „Randgruppen“ (weitgehend geregelte Tätigkeiten, aber auch leichter Drogenkonsum wie Ecstasy, Auffälligkeit im gewissen Rahmen, kleinere Diebstähle etc.)	6 (10,0)

[1)] Angaben für n=60, die sozial integriert sind

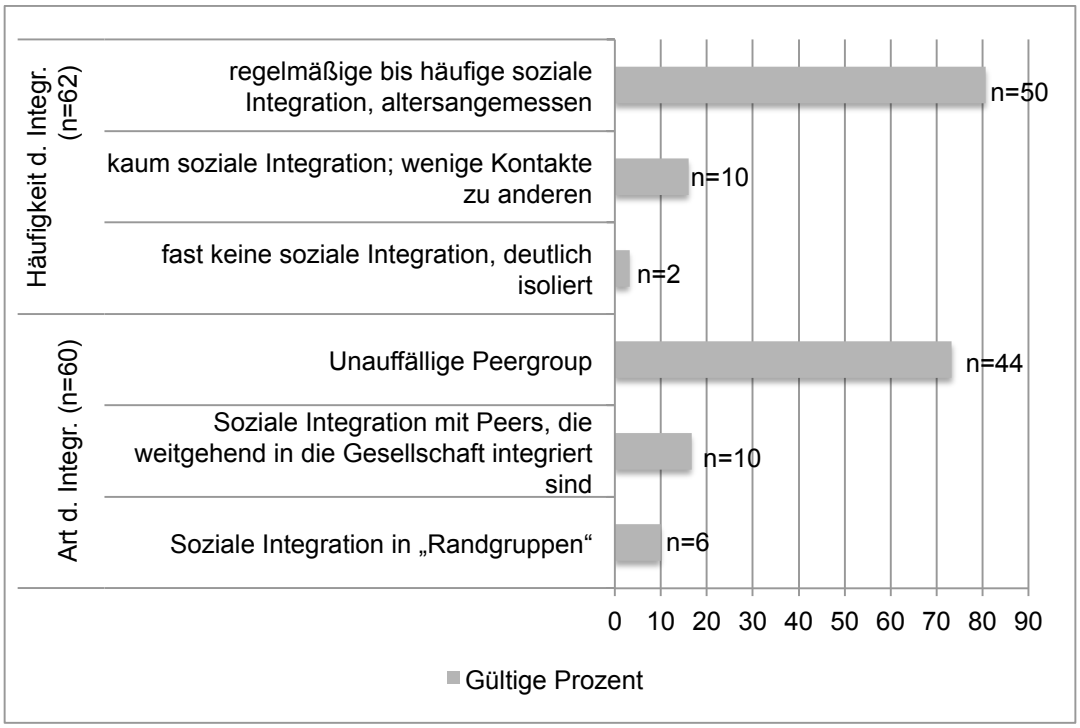


Abbildung 16: Häufigkeit und Art der sozialen Integration

9.10.2 Soziale Anpassung zum Erhebungszeitpunkt

Die Einschätzung zur sozialen Anpassung zum Erhebungszeitpunkt erfolgte durch ein klinisches Urteil. Der größte Teil der ehemaligen Patienten war zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up auf allen Gebieten gut bis hervorragend angepasst (42,9 %). Das heißt, dass diese Gruppe gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und anderen Personen außerhalb der Familie, wie z. B. Vorgesetzten und Kollegen, unterhielt und dass verschiedene soziale Situationen, wie Familie, Beruf und Freizeit, erfolgreich bewältigt wurden. Zählt man die Gruppe der Studienteilnehmer hinzu, deren soziale Anpassung als befriedigend eingeschätzt wurde (25,4 %), da sie, abweichend von der ersten Gruppe, vorübergehende oder geringgradige Schwierigkeiten in einem oder zwei Bereichen hatten, sind in der sozialen Anpassung ca. zwei Drittel der Befragten (68,3 %) als unauffällig zu beurteilen. Die soziale Anpassung von 9,5 % der ehemaligen Patienten erwies sich als leicht beeinträchtigt. Diese Personen zeigten zwar eine adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, jedoch leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten oder Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit Familienmitgliedern oder Personen außerhalb der Familie sowie einer ineffektiven Bewältigung von sozialen Situationen zeigen konnten. Bei insgesamt 15,8 % der Befragten (n=10) wurde die soziale Anpas-

sung als deutlich bis übergreifend beeinträchtigt beurteilt. Dazu gehörte u. a. ein ausgeprägter Mangel an Freunden oder/und die Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen. Keiner der befragten ehemaligen Patienten musste dauerhaft oder in großem Umfang betreut werden (siehe Abbildung 17 und Tabelle 24).

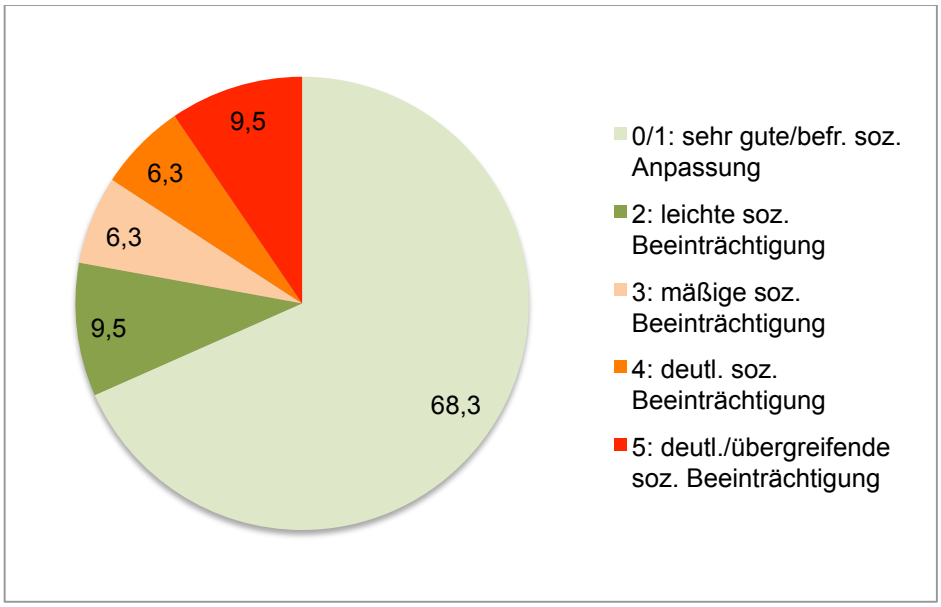


Abbildung 17: Soziale Anpassung zum Erhebungszeitpunkt; Gültige Prozent für n=63

Tabelle 24:

Soziale Anpassung zum Erhebungszeitpunkt (n=63)

		n (%)	
0	Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.	27 (42,9)	43 (68,3)
1	Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.	16 (25,4)	
2	Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten, Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.	6 (9,5)	
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.	4 (6,3)	
4	Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen.	4 (6,3)	
5	Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.	6 (9,5)	
6	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung/ Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, alleine zurechtzukommen.	-	
7	Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung/Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.	-	
8	Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und/ oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.	-	

10. ADHS-Symptomatik zum 18-Jahres-Follow-up

Die aktuelle ADHS-Symptomatik der ehemaligen Patienten und die wahrgenommene Beeinträchtigung durch diese wurden im Selbsturteil über den FEA-ASB (n=55), im Fremdurteil über den FEA-AFB (n=48) und im klinischen Urteil über die DCL-ADHS-E (n=44) erfasst. Die klinische Einschätzung erfolgte, wie in Kap. 6.2.3 beschrieben, in der Regel nach einem Untersuchungstermin in der Uniklinik Köln. Zusätzlich werden für diese Fragestellung die Aufmerksamkeitsskalen des ABCL (n=47, Fremdurteil) und des ASR (n=54, Selbsturteil) hinzugezogen. Außerdem liegt eine vom Untersucherteam der Studie vorgenommene Gesamtbeurteilung der Störung des jungen Erwachsenen zum Follow-up-Zeitpunkt in Bezug auf die ADHS-Symptomatik vor. Diese klinische Endeinschätzung wurde auch nach ausführlicheren Telefoninterviews, also auch ohne persönlichen Kontakt in der Uniklinik Köln, vorgenommen und umfasst n=59 für den familiären sowie n=55 für den beruflichen Kontext. Darüber hinaus wurde die retrospektive Beurteilung der erinnerten ADHS-Symptomatik im Alter zwischen 6 und 12 Jahren durch den FEA-FFB (n=49, Fremdurteil) und den FEA-FSB (n=54, Selbsturteil) erfasst.

10.1 Aktuelle ADHS-Symptomatik im Selbst- und im Fremdurteil

10.1.1 FEA-AFB & FEA-ASB

Tabelle 25 veranschaulicht die Skalenmittelwerte der Fragebogenverfahren FEA-AFB (Fremdurteil) und FEA-ASB (Selbsturteil). Dargestellt sind die Skalenmittelwerte für die Skalen Aufmerksamkeit (Items 1 bis 9), Hyperaktivität (Items 10-16) und Impulsivität (Items 17-20), der Skalenmittelwert der ergänzten, erwachsenenspezifischen Items und der Skalenmittelwert der Items, die die Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen durch die ADHS-Symptomatik erfassen. Da 40 % (FEA-ASB) bzw. 41,7 % (FEA-AFB) der befragten ehemaligen Patienten zum Messzeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up noch keinen Führerschein besaßen, konnten die Items 26 (Er/sie neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren) und A10 (Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich) nur von einer kleinen Gruppe beantwortet werden, weshalb diese Items nicht in die Berechnungen der Skalenmittelwerte einflossen. Auch das Item A12 (Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie in anderen Lebensbereichen erheblich) wurde bei der Berechnung des Skalenmittelwertes der Beeinträchtigung durch die ADHS-Symptomatik nicht berücksichtigt, da es nur von sehr wenigen Studienteilnehmern bzw. deren Fremdbeurteilern bearbeitet wurde.

Das Fremdurteil über die ehemaligen Patienten bezüglich der aktuellen ADHS-Symptomatik erfolgte zum größten Teil durch die Mütter (n=30, 62,5 %) und durch den Partner oder die Partnerin (n=15, 31,3 %). In jeweils einem Fall wurde der FEA-AFB von der Oma, der Schwester und einem Freund ausgefüllt. Die höchsten Skalenmittelwerte ergeben sich für die ergänzten erwachsenenspezifischen Items mit 0,94 im Fremd- und 0,79 im Selbsturteil.

Da die ADHS-Symptome und Beeinträchtigungen durch diese im Fremdurteil überwiegend stärker ausgeprägt erscheinen als im Selbsturteil, wurde mittels t-Test für abhängige Stichproben geprüft, inwiefern zwischen dem Selbst- und dem Fremdurteil signifikante Gruppenunterschiede bestehen. Demnach gaben Personen im Fremdurteil signifikant ausgeprägtere Aufmerksamkeitsprobleme sowie signifikant stärkere Beeinträchtigungen durch die ADHS-Symptomatik an als im Selbsturteil. Außerdem ergeben sich für die Skala Hyperaktivität, für die Skala der erwachsenenspezifischen Items sowie für den Gesamtwert jeweils Trends in die gleiche Richtung: die Fremdurteiler schätzten die Symptomatik tendenziell ausgeprägter ein als die Studienteilnehmer selbst (siehe Tabelle 25 und Abbildung 18).

Tabelle 25:
Vergleich der Skalenmittelwerte von FEA-AFB und FEA-ASB

		FEA-AFB Fremdurteil		**FEA-ASB Selbsturteil**		**Gruppenunterschiede**
Skala	**Items**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	
Aufmerksamkeit	1-9	47	0.88 (0,68)	47	0.67 (0,50)	t = 2.36, p = .022 *
Hyperaktivität	10-16	48	0.64 (0,73)	48	0.50 (0,50)	t = 1.95, p = .058 [3)]
Impulsivität	17-20	48	0.70 (0,54)	48	0.74 (0,68)	t = -.455, p = .651
Erwachsenen-spezifische Items	21-25, 27-29[1)]	48	0.94 (0,64)	48	0.79 (0,57)	t = 1.87, p = .067 [3)]
Beeinträchtigung	A1-A9, A11[2)]	41	0.74 (0,80)	41	0.50 (0,52)	t = 2.68, p = .011 *
Gesamtwert	Σ	47	0.76 (0.59)	47	0.63 (0,47)	t = 1.99, p = .052 [3)]

[1)] ohne Item 26 (KFZ), da häufig Missing: 40 % (FEA-ASB) bzw. 41,7 % (FEA-AFB) haben keinen Führerschein, [2)] ohne Items A10 (KFZ, siehe [1)]) und A12 (häufig Missing), [3)] = Trend

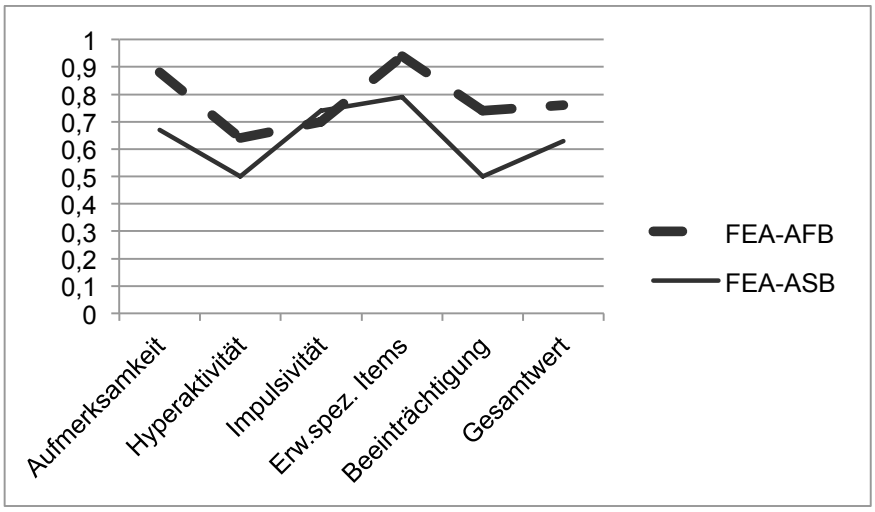


Abbildung 18: Vergleich der Skalenmittelwerte von FEA-AFB und FEA-ASB

Tabelle 26 veranschaulicht Kennwerte der aufgeführten Skalen der Fragebogenverfahren FEA-AFB und FEA-ASB. Bei den Kennwerten handelt es sich um die Summe der skalenspezifischen Items durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala, ebenfalls ausgenommen die Items 26, A10 und A12 (siehe oben). Es wird davon ausgegangen, dass alle Kennwerte, die kleiner als 1 sind, als unauffällig und alle Kennwerte, die größer oder gleich 1,5 sind, als klinisch auffällig beurteilt werden können. Demnach werden im Fremdurteil die häufigsten klinischen und subklinischen Symptome mit Kennwerten größer als 1 in der Aufmerksamkeit (47,9 %), der Impulsivität (45,8 %) und in den erwachsenenspezifischen Items (43,7 %) gesehen. Im Selbsturteil mit weniger ausgeprägten Symptomen ergeben sich die häufigsten klinischen und subklinischen Symptome mit Kennwerten größer als 1 für die Skala der erwachsenenspezifischen Items (38,2 %), der Impulsivität (32,7) und der Aufmerksamkeit (23,6 %).

Tabelle 26

Häufigkeiten der Kennwerte von FEA-AFB und FEA-ASB (Gültige Prozent)

		Kennwert FEA-AFB Fremdurteil			**Kennwert FEA-ASB Selbsturteil**		
Skala	**Items**	**n**	**% < 1**	**% < 1,5**	**n**	**% < 1**	**% < 1,5**
Aufmerksamkeit	1-9	48	52,1	85,4	55	76,4	92,7
Hyperaktivität	10-16	48	77,1	85,4	55	80,0	94,5
Impulsivität	17-20	48	54,2	87,5	55	67,3	85,5
Erwachsenenspezifische Items	21-25, 27-29[1)]	48	56,3	81,3	55	61,8	87,3
Beeinträchtigung	A1-A9, A11[2)]	43	69,8	83,7	53	90,6	94,3

[1)] ohne Item 26 (KFZ), da häufig Missing: 40 % (FEA-ASB) bzw. 41,7 % (FEA-AFB) haben keinen Führerschein, [2)] ohne Items A10 (KFZ, siehe [1)]) und A12 (häufig unbearbeitet)

Für die Skala *Aufmerksamkeit* ergaben sich sowohl in der Fremd- (FEA-AFB) als auch in der Selbstbeurteilung (FEA-ASB) auf Itemebene (siehe Tabelle 27 sowie Anhang 14 und Anhang 15) im Mittelwert die höchsten Symptomausprägungen für leichte Ablenkbarkeit (Item 8, AFB: M=1,25, SD=0,81, ASB: M=1,31, SD=0,84) sowie Vergesslichkeit im Alltag (Item 9, AFB: M=1,10, SD=0,91, ASD: M=0,93, SD=0,87). 31,2 % der Fremdurteiler und 36,4 % der Studienteilnehmer selbst gaben an, dass das Kriterium der Ablenkbarkeit weitgehend bzw. besonders zutreffe. Bezüglich der Vergesslichkeit erfolgte dies in 25,0 % der Fälle im Fremd- und in 18,5 % der Fälle im Selbsturteil. Darüber hinaus wurde häufig angegeben, dass es den ehemaligen Patienten oft schwerfalle, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler, z. B. bei Schreibarbeiten oder anderen Tätigkeiten in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz, zu vermeiden (Item 1, AFB: M=1,02, SD=0,98, ASB: M=0,87, SD=0,70). 25,0 % gaben im Fremdurteil an, dass dies auf die Studienteilnehmer weitgehend bzw. besonders zutreffe (Selbsturteil: 14,9 %).

Auf der Skala *Hyperaktivität* ergaben sich im Fremd- und im Selbsturteil die höchsten Mittelwerte für motorische Unruhe (Item 10, AFB: M=1,02, SD=1,16, ASD: M=0,73, SD=0,99). 29,2 % gaben im Fremdurteil und 16,4 % gaben im Selbsturteil an, dass das Kriterium, dass Hände und Füße ständig in Bewegung seien und die Person nicht stillsitzen könne, weitgehend bzw. besonders zutreffe. Mit 29,1 % gab knapp ein Drittel der Studienteilnehmer (Fremdurteil: 27,1) an, dass sie häufig „auf Achse“ seien (Item 16, AFB: M=0,92, SD=0,99, ASB: M=1,04, SD=0,96). Außerdem gab ein großer Teil der Befragten (23,6 %) im Selbsturteil an, dass sie sich oft unruhig und nervös fühlten (Fremdurteil: 18,7 %).

Weder im Fremd- noch im Selbsturteil ergab sich für eines der Items auf der Skala *Impulsivität* ein Mittelwert größer 1. Die höchsten Mittelwerte ergaben sich für die Items 18 (AFB: M=0,81, SD=0,89, ASB: M=0,84, SD=1,01), bei dem 21,8 % (Selbsturteil) bzw. 23,0 % (Fremdurteil) angaben, dass das Abwarten, z. B. in einer Warteschlange oder in Gruppen, weitgehend bis besonders schwierig sei. 18,8 % der Fremdurteiler (Selbsturteil: 12,8 %) stimmten dem Item 17 mit der Aussage, dass der Beurteilte häufig mit Antworten herausplatze, bevor Fragen zu Ende gestellt seien, mit „weitgehend“ zu (AFB: M=0,75, SD=0,76, ASD: M=0,75, SD=0,82).

Auf der Skala, die aus den *ergänzten, erwachsenenspezifischen Items* gebildet wurde, ergaben sich sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil mehrere Items mit hohen Aus-

prägungen der Mittelwerte, wobei, wie oben beschrieben, die Auffälligkeiten in der Fremdeinschätzung ausgeprägter erscheinen. Es wurde besonders häufig angegeben, dass die ehemaligen Patienten häufig alles in letzter Minute machten und Schwierigkeiten hätten, Termine einzuhalten (Item 27, AFB: M=1,23, SD=0,97, ASB: M=1,00, SD=0,94). 43,7 % der Fremdurteiler und 25,5 % der Studienteilnehmer selbst gaben an, dass dieses Item weitgehend bzw. besonders zutreffe. Darüber hinaus begännen die ehemaligen Patienten häufig mit Aufgaben, ohne Anweisungen sorgfältig zu lesen oder Instruktionen genau zuzuhören (Item 23, AFB: M=1,12, SD=0,98, ASD: M=0,89, SD=0,74). 29,2 % der Fremdurteiler (Selbsturteil: 18,2 %) stimmten diesem Kriterium mit „weitgehend“ oder „besonders“ zu. Es wurde mit Zustimmung von 23,4 % im Fremd- und 25,5 % im Selbsturteil weiterhin häufig angegeben, dass sich die Studienteilnehmer oft durch äußere Reize ablenken ließen oder mit den Gedanken abschweiften (Item 21, AFB: M=1,04, SD=0,83, ASD: M=1,13, SD=0,86) und dass sie unüberlegt und voreilig Sachen kauften und Probleme hätten, das Geld zusammen zu halten (Item 28, AFB: M=1,04, SD=1,05, ASD: M=0,80, SD=0,87). Letzterem stimmten knapp ein Drittel (31,3 %) im Fremd- und 21,8 % im Selbsturteil mit „weitgehend“ bzw. „besonders“ zu. Des Weiteren ergaben sich durch Zustimmung von 31,3 % im Fremdurteil und 25,5 % im Selbsturteil höhere Itemmittelwerte für Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn dies erforderlich sei (Item 29, AFB: M=1,00, SD=0,85, ASD: M=0,95, SD=0,89) und es wurde im Selbst- (20,9 %) und im Fremdurteil (20,0 %) häufig angegeben, dass die Studienteilnehmer plötzliche bzw. impulsive Entscheidungen träfen (Item 22, AFB: M=0,96, SD=0,85, ASD: M=0,89, SD=0,94) sowie dass sie, sofern ein Führerschein vorlag, recht häufig dazu neigten, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren (Item 26, AFB: M=0,93, SD=1,12, ASD: 1,03, SD: 0,88). Letzterem stimmten 28,6 % der Fremdurteiler und 27,3 % der Studienteilnehmer selbst mit „weitgehend“ oder „besonders“ zu.

In Bezug auf die wahrgenommene *Beeinträchtigung* durch die ADHS-Symptomatik ergab sich für keines der Items ein größerer Mittelwert als 1. Die häufigsten Beeinträchtigungen wurden in den folgenden Bereichen gesehen: im Umgang mit Geld (Item A9, AFB: M=0,95, SD=1,09, ASB: M=0,58, SD=0,82), bei der Erledigung in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen (Item A6, AFB: M=0,88, SD=1,03, ASD: M=0,53, SD=0,89), bei der Erledigung von Alltagspflichten (Item A11, AFB: M=0,88, SD=0,98, ASB: M=0,60, SD=0,74) und beim Lernen bzw. Aneignen neuer Lerninhalte (Item A7, AFB: M=0,81, SD=0,93, ASB: M=0,68, SD=0,75).

Tabelle 27:

FEA-AFB und FEA-ASB

	FEA-AFB		FEA-ASB	
		M (SD)		M (SD)
Aufmerksamkeit	n		n	
08. leicht ablenkbar	48	1,25 (0,81)	55	1,31 (0,84)
09. im Alltag häufig vergesslich	48	1,10 (0,91)	54	0,93 (0,87)
01. fällt schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z. B. bei Schreibarbeiten o.a. Tätigkeiten in der Ausbildung/am Arbeitsplatz	46	1,02 (0,98)	54	0,87 (0,70)
Hyperaktivität				
10. Hände und Füße sind ständig in Bewegung, kann nicht ruhig sitzen bleiben	48	1,02 (1,16)	55	0,73 (0,99)
16. ist häufig „auf Achse“	48	0,92 (0,99)	55	1,04 (0,96)
Impulsivität				
18. kann häufig nur schwer warten, an der Reihe zu sein (z. B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe)	48	0,81 (0,89)	55	0,84 (1,01)
17. platzt häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind	48	0,75 (0,76)	55	0,75 (0,82)
Zusätzliche erwachsenenspezifische Items				
27. macht alles in letzter Minute, Schwierigkeiten, Termine einzuhalten	48	1,23 (0,97)	55	1,00 (0,94)
23. beginnt mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören	48	1,12 (0,98)	55	0,89 (0,74)
21. lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab	47	1,04 (0,83)	55	1,13 (0,86)
28. kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten	48	1,04 (1,05)	55	0,80 (0,87)
29. hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn erforderlich	48	1,00 (0,85)	55	0,95 (0,89)
22. trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	48	0,96 (0,85)	55	0,89 (0,94)
26. neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren. (n=20: kein Führerschein)	28	0,93 (1,12)	33	1,03 (0,88)
Beeinträchtigung				
A9. Erhebliche Beeinträchtigung im Umgang mit Geld	43	0,95 (1,09)	53	0,58 (0,82)
A6. Erhebliche Beeinträchtigung bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen	43	0,88 (1,03)	53	0,53 (0,89)
A11. Erhebliche Beeinträchtigung bei der Erledigung von Alltagspflichten	43	0,88 (0,98)	53	0,60 (0,74)
A7. Erhebliche Beeinträchtigung beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte	43	0,81 (0,93)	53	0,68 (0,75)

Das Item A12 (sonstige Beeinträchtigungen) wurde nur von wenigen Personen bearbeitet. Sofern es bearbeitet wurde, wurden in der Fremdbeurteilung weitere Probleme wie Beeinträchtigungen in Beziehungen und Freundschaften, mangelnde Organisation im Leben, Schwierigkeiten bei Anforderungen oder mangelnde Selbstständigkeit genannt. Manche Studienteilnehmer zweifelten nach Angaben ihrer Beurteiler an sich selbst oder wirkten unglücklich.

Es wurden insgesamt stärkere Beeinträchtigungen im Fremdurteil als im Selbsturteil deutlich. 27,9 % der Fremdurteiler gaben an, dass die Studienteilnehmer durch ADHS-Symptome weitreichend oder besonders bei der Erledigung ihrer Alltagspflichten beeinträchtigt seien. In dem Ausmaß bestätigten dies nur 7,6 % der Studienteilnehmer selbst. Weitgehende bzw. besonders ausgeprägte Beeinträchtigungen bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen wurden im Fremdurteil von 23,2 % (Selbsturteil 15,1 %) wahrgenommen. Weitere häufig genannte Beeinträchtigungen im Fremdurteil betrafen den Umgang mit Geld (28,0 %, Selbsturteil: 13,2 %) sowie das Aneignen neuer Lerninhalte (21,0 %, Selbsturteil 13,2 %).

10.1.2 ABCL & ASR: Aufmerksamkeitsskala

Der Fragebogen über das Verhalten Erwachsener (ABCL/18-59) wurde von 47 Personen im Fremdurteil ausgefüllt. In der Regel handelte es sich bei dem Beurteiler um die Mutter (n=29, 61,7 %) oder um den Partner/die Partnerin der ehemaligen Patienten (n=14, 29,8 %). In zwei Fällen wurde der ABCL von einem guten Freund oder einer guten Freundin und in je einem Fall von der Schwester und der Oma bearbeitet. Im Selbsturteil liegt der Fragebogen für Erwachsene (ASR/18-59) von 54 ehemaligen Patienten vor. Zur weiteren Beurteilung der aktuellen ADHS-Symptomatik der Studienteilnehmer sollen an dieser Stelle die Ergebnisse für die Syndromskala *Aufmerksamkeitsprobleme* dargestellt werden. Die Gesamtauswertung unter Berücksichtigung der übrigen Skalen erfolgt im Rahmen der Beschreibung der komorbiden Symptomatik (siehe Kapitel 11.3.1).

Die Skala Aufmerksamkeitsprobleme der Fragebogenverfahren ASR und ABCL beinhaltet u. a. Items zu Vergesslichkeit, Konzentrationsfähigkeit, Zerstreutheit, Tagträumereien, Organisationsfähigkeit und Pünktlichkeit der ehemaligen Patienten im Selbst- und im Fremdurteil. Es liegen amerikanische Normen vor, bei denen Subskalenwerte bis zur 92. Perzentile und bis zu einem T-Wert von 64 im Normalbereich liegen. Werte zwischen der 93. und der 97. Perzentile (T-Werte zwischen 65 und 69) liegen im

Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit. Werte über der 98. Perzentile bzw. ab einem T-Wert von 70 sind als klinisch auffällig zu beurteilen (Achenbach & Rescorla, 2003). Die Interpretation dieser Werte wird im deutschen Sprachraum anders gehandhabt: hier gelten Werte bis zur 84. Perzentile, d. h. bis zu einem T-Wert von 59, als durchschnittliche Ausprägung. Werte zwischen der 85. und der 97. Perzentile (T-Wert 60 bis 69) werden als überdurchschnittlich und Werte ab der 98. Perzentile (T-Wert >70) als weit überdurchschnittlich interpretiert. D. h., dass Ergebnisse, die mit einem T-Wert zwischen 60 und 64 sonst bereits als überdurchschnittlich ausgeprägt interpretiert werden, nach den Auswertekriterien für die Subskalen (die übergeordneten Skalen werden wie üblich interpretiert) von Achenbach und Rescorla noch als durchschnittlich eingestuft werden. Der Übersicht und besseren Vergleichbarkeit halber sind daher in der Tabelle 28 die Ergebnisse nach den von Achenbach und Rescorla vorgeschlagenen Auswertekriterien dargestellt, zusätzlich werden aber alle Ergebnisse aufgeführt, die nach dem sonst üblichen Interpretationsschema mit einem T-Wert kleiner als 60 im unauffälligen Bereich liegen würden.

Tabelle 28:
Skala Aufmerksamkeitsprobleme aus ABCL und ASR (Gültige Prozent)

Skala Aufmerksamkeits-probleme	**n**	**M (SD)**	**T<60**	**T < 65 Normal-bereich**	**T 65-69 Border-line**	**T > 69 klinisch auffällig**
			n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
ASR (T-Wert)	54	56,19 (6,12)	41 (75,9)	51 (94,4)	1 (1,9)	2 (3,7)
ABCL (T-Wert)	47	58,11 (6,57)	28 (59,6)	38 (80,9)	8 (17,0)	1 (2,1)

Geht man davon aus, dass alle Ergebnisse mit einem T<60 im Normalbereich liegen, ergeben sich auf der Aufmerksamkeitsskala im Selbsturteil für knapp ein Viertel (24,1 %) und im Fremdurteil für 40,4 % der Studienteilnehmer überdurchschnittliche Ergebnisse (bezogen auf US-amerikanische Normen). Die Häufigkeit der Auffälligkeiten reduziert sich entsprechend bei der Annahme, dass erst T-Werte ab 65 als grenzwertig auffällig beurteilt werden. Demnach würden die Aufmerksamkeitsprobleme der Befragten bei 5,6 % im Selbsturteil (n=1 Grenzbereich, n=2 klinisch auffällig) und bei 19,1 % im Fremdurteil (n=8 Grenzbereich, n=1 klinisch auffällig) als überdurchschnittlich bewertet.

Zusätzlich zu den Syndromskalen werden in der Auswertung der Fragebogenverfahren ABCL und ASR die DSM-orientierten Skalen, darunter eine Skala zu Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptomen, aufgeführt. Die Skala Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsprobleme (AD/H Problems) wird zur Differenzierung der Erscheinungsformen in die Subskalen *Unaufmerksamkeit* und *Hyperaktivität-Impulsivität* unterteilt (siehe Tabelle 29). Die Interpretation der Werte erfolgt analog zu den Syndromskalen: Werte bis zur 92. Perzentile liegen im Normbereich, Werte zwischen der 93. und der 97. Perzentile liegen im Grenzbereich zur Auffälligkeit und Werte ab der 98. Perzentile werden als klinisch auffällig klassifiziert. Auch an dieser Stelle wurden der Übersicht und besseren Vergleichbarkeit halber die Häufigkeit der Werte bis zur 84. Perzentile, dem sonst üblichen Normalbereich, dargestellt. Bei der Annahme, dass alle Werte bis zur 84. Perzentile im unauffälligen Bereich liegen, lägen im Fremdurteil bei 40,4 % der Studienteilnehmer überdurchschnittliche Probleme in der Aufmerksamkeitsleistung und bei 29,8 % im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität vor. Im Selbsturteil wären die Einschätzungen bei 25,9 % (Aufmerksamkeit) bzw. 20,4 % (Hyperaktivität/Impulsivität) dem überdurchschnittlichen Bereich zuzuordnen. Bei Zugrundelegung des Kriteriums, dass alle Werte bis zur 92. Perzentile als unauffällig bewertet werden, sind im Fremdurteil in Bezug auf die Subskala Unaufmerksamkeit 25,5 % der Ergebnisse als auffällig einzustufen (Selbsturteil: 13,0 %), wobei davon mit 19,1 % (Selbsturteil: 11,1 %) der größte Teil im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit liegt. Auf der Subskala Hyperaktivität/Impulsivität lassen sich bei 10,6 % (Selbsturteil) bis 14,8 % (Fremdurteil) der Studienteilnehmer überdurchschnittliche Probleme ausmachen.

Tabelle 29:

DSM-orientierte Skala AD/H aus ABCL und ASR (Gültige Prozent)

DSM-Orientierte Skala: AD/H Problems		**n**	**M (SD) Perzentile**	**Perzentile <85**	**Perzentile < 93 Normal-bereich**	**Perzentile 93-97 Border-line**	**Perzentile > 97 klinisch auffällig**
				n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Inattention	ABCL	47	76,28 (17,31)	28 (59,6)	35 (74,5)	9 (19,1)	3 (6,4)
	ASR	54	74,57 (15,07)	40 (74,1)	47 (87,0)	6 (11,1)	1 (1,9)
Hyperactivity-Impulsivity	ABCL	47	67,91 (18,08)	33 (70,2)	42 (89,4)	2 (4,3)	3 (6,4)
	ASR	54	66,74 (17,30)	43 (79,6)	46 (85,2)	5 (9,3)	3 (5,6)

10.2 DCL-ADHS-E: Klinische Beurteilung der ADHS-Symptomatik

Die DCL-ADHS-E umfasst das klinische Urteil des Untersuchers bezüglich der aktuellen ADHS-Symptomatik der ehemaligen Patienten. Die vollständigen Werte sind dem Anhang 16 zu entnehmen. Für die Auswertung erfolgte eine Dichotomisierung der 4-stufigen Antwortskala mit Antwortmöglichkeiten zwischen 0 und 3. Die Antwortmöglichkeiten 2 und 3 erfüllen mit einer deutlichen bis sehr starken Ausprägung des jeweiligen Items die Symptomkriterien. Nach dem klinischen Urteil trafen die Items in 4,6 % bis 45,5 % der Fälle zu. Tabelle 30 stellt die Items dar, bei denen laut klinischem Urteil die Kriterien in der Stichprobe am häufigsten erfüllt waren.

Für den Bereich der *Aufmerksamkeitsstörung* lassen sich besonders häufig eine hohe Ablenkbarkeit durch äußere Reize (45,5 %) sowie eine Vermeidung von bzw. Abneigung gegenüber Aufgaben, die eine länger andauernde geistige Anstrengung erfordern (43,2 %), ausmachen. Etwa ein Drittel der Studienteilnehmer hatte der klinischen Einschätzung zufolge oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten (34,1 %). Dazu gehörten beispielsweise Kriterien wie das Zuhören bei einer Unterhaltung, in der Ausbildung, bei der Arbeit, bei Vorträgen, Konferenzen oder ähnlichem sowie das aufmerksame und inhaltserfassende Lesen. Ein weiteres Drittel der Befragten (34,0 %) war der klinischen Einschätzung zufolge bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich und vergaß z. B. Anrufe oder Verabredungen. Darüber hinaus ergaben sich in 27,2 % der Fälle Schwierigkeiten beim Beachten von Einzelheiten oder es kam häufig zu Flüchtigkeitsfehlern. Einige ehemalige Patienten gaben hier zum Beispiel an, dass sie ihre Arbeit zu schnell und zu oberflächlich erledigten und dabei Details vergaßen. Ein Viertel der Befragten (25,0 %) verlor häufig erforderliche Gegenstände wie zum Beispiel Schlüssel oder Geldbörsen.

Im Bereich der *Hyperaktivität* traf mit 36,3 % am häufigsten das Item motorische Unruhe zu, das bei den Studienteilnehmern mit häufigem „auf Achse“ sein, innerlicher Ruhelosigkeit oder Übererregung verbunden war. 22,7 % beschrieben ein subjektives Unruhegefühl oder motorische Unruhe in unpassenden Situationen (z. B. Fernsehen, Essen), wobei in der überwiegenden Zahl das subjektive Gefühl der Unruhe überwog.

Nach klinischem Eindruck traf das Kriterium der *Impulsivität* nur bei dem Item *Abwarten* mit 27,2 % häufig zu, was bei den ehemaligen Patienten mit Ungeduld verbunden war.

Tabelle 30

DCL-ADHS-E, erfüllte Kriterien (Gültige Prozent, n=44)

DCL-ADHS-E	**deutlich/sehr stark ausgeprägt/Krit. erfüllt**	
A: Aufmerksamkeitsstörung	**M (SD)**	**%**
8. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken.	1,45 (0,85)	45,5
6. Vermeidet häufig/hat eine Abneigung gegen/beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern.	1,23 (0,99)	43,2
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.	1,07 (0,85)	34,1
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.	1,23 (0,77)	34,0
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.	1,11 (0,78)	27,2
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0,77 (0,89)	25,0
B: Hyperaktivität		
13 Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.	1,16 (0,91)	36,3
11a Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist. (Bei Jugendlichen/Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)	0,75 (0,92)	22,7
C: Impulsivität		
18. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder bei Gruppensituationen].	0,91 (0,91)	27,2
D: Zusätzliche erwachsenenspezifische Items		
28. Kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten.	1,14 (1,05)	38,7
21. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab.	1,32 (0,74)	38,6
22. Trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	1,05 (1,01)	34,1
26. Neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren. (n=20: kein Führerschein)	1,04 (0,91)	33,4
27. Macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	1,02 (0,90)	31,8
29. Hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	0,95 (0,83)	27,3

Die meisten der *zusätzlichen erwachsenenbezogenen Items* trafen auf die Studienteilnehmer häufig zu. Laut klinischem Urteil kauften 38,7 % der Befragten unüberlegt und voreilig Sachen und hatten Probleme, das Geld zusammen zu halten. 38,6 % ließen sich durch äußere Reize schnell ablenken oder schweiften mit den Gedanken ab. Etwa je ein Drittel der ehemaligen Patienten neigte dazu, impulsive Entscheidungen zu treffen (34,1 %), mit überhöhter Geschwindigkeit mit dem Auto zu fahren, sofern ein Führerschein vorhanden war (33,4 %) und hatte Schwierigkeiten, Termine einzuhalten (31,8 %). Nach klinischem Eindruck hatten weitere 27,3 % der Befragten Schwierigkeiten damit, angenehme und interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn dies erforderlich war.

10.3 Häufigkeit der ADHS-Diagnosen

Die Diagnosen wurden auf der Grundlage der Skalen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität der DCL-ADHS-E vergeben. Demnach erfüllen 22,7 % der eingeschätzten Personen noch die Kriterien für eine ADHS nach DSM-IV, davon 15,9 % vom vorherrschend unaufmerksamen Typus, 4,5 % vom vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typus und 2,3 % vom Mischtypus. 8 Personen (18,2 %) erhielten keine Diagnose. Die übrigen Studienteilnehmer (59,1 %) bildeten die größte Gruppe derer, die zwar nicht mehr alle notwendigen Kriterien für eine ADHS-Diagnose erfüllten, bei denen jedoch noch partielle ADHS-Symptome bestanden. Nach DSM kann bei Jugendlichen und Erwachsenen, die die vollen Kriterien einer ADHS nicht mehr zeigen, die ADHS-Diagnose durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden.

Im DSM-5 wurden die Kriterien für die Vergabe der ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter insofern geändert, als dass ab 17 Jahren nur 5 statt 6 erfüllte Symptomkriterien einer Erscheinungsform (bisherige Bezeichnung im DSM-IV: (Sub)Typus), erforderlich sind. Daher wird die Verteilung der Diagnosen nach DSM-5 im Folgenden zusätzlich dargestellt. Demnach erhalten weiterhin 18,2 % der Studienteilnehmer keine ADHS-Diagnose. Die vollständigen Kriterien für die Diagnose erfüllen nun zwei Personen mehr (je 1x unaufmerksame Erscheinungsform und gemischte Erscheinungsform) und damit insgesamt 27,2 % der Probanden. Die Anzahl der Probanden mit einer ADHS in partieller Remission reduziert sich entsprechend (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31:

ADHS-Diagnosen nach DSM-IV und DSM-5 (Gültige Prozent für n=44)

	%		Unaufmerksam [1] n (%)		Hyperaktiv-Impulsiv [2] n (%)		gemischt [3] n (%)	
	DSM-IV	DSM-5	DSM-IV	DSM-5	DSM-IV	DSM-5	DSM-IV	DSM-5
Keine ADHS-Diagnose	18,2	18,2	-	-	-	-	-	-
ADHS-Diagnose	22,7	27,2	7 (15,9)	8 (18,2)	2 (4,5)	2 (4,5)	1 (2,3)	2 (4,5)
ADHS in partieller Remission	59,1	54,5	8 (18,2)	8 (18,2)	3 (6,8)	3 (6,8)	15 (34,1)	13 (29,5)

[1] Unaufmerksamer Typus (DSM-IV) bzw. unaufmerksame Erscheinungsform (DSM-5)

[2] Hyperaktiv-Impulsiver Typus (DSM-IV) bzw. hyperaktiv-impulsive Erscheinungsform (DSM-5)

[3] Mischtypus (DSM-IV) bzw. gemischte Erscheinungsform

10.4 Klinische Endeinschätzung der ADHS-Symptomatik

Sowohl nach ausführlicheren Telefoninterviews als auch nach persönlichen Kontakten bei Untersuchungsterminen erfolgte durch das Untersucherteam der Studie im Rahmen der Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten der ehemaligen Patienten zum Follow-up-Zeitpunkt eine klinische Beurteilung der ADHS-Symptomatik für das Verhalten im familiären und im beruflichen Kontext. Die Problemstärke wurde auf einer Skala von 0 bis 4 beurteilt, wobei 0 für keine Symptomatik und 4 für eine sehr ausgeprägte Symptomatik steht. In der Tabelle 32 sind die Problemstärken 1 und 2 als leichte bis mittlere Symptomatik und die Problemstärken 3 und 4 als starke bis sehr starke Symptomatik zusammengefasst. Demnach zeigten ein Viertel der Befragten (25,4 %) im familiären Kontext und knapp die Hälfte der Befragten (47,3 %) im beruflichen Kontext keinerlei Symptome der Unruhe, Aufmerksamkeit oder Impulsivität. Ein hoher Anteil der Befragten zeigte noch leichte bis mittlere (64,4 % in der Familie, 45,4 % im Beruf) und ein kleinerer Teil starke bis sehr starke (10,2 % in der Familie, 7,3 % im Beruf) ADHS-Symptome.

Tabelle 32:

Klinische Endeinschätzung der ADHS-Symptomatik (Gültige Prozent)

Unruhe, Aufmerksamkeits-schwäche und Impulsivität	n	M (SD)	Problemstärke [1] 0	1-2	3-4
In der Familie	59	1,22 (0,98)	25,4	64,4	10,2
Im Beruf	55	0,78 (0,92)	47,3	45,4	7,3

[1] 0=keine Symptomatik, 1-2=leichte-mittlere Symptomatik, 3-4=starke-sehr starke Symptomatik

10.5 Prognose für die ADHS-Symptomatik

Die Einschätzung der Prognose für die ADHS-Symptomatik erfolgte ebenfalls über ein klinisches Urteil durch das Untersucherteam der Studie. Demnach ist davon auszugehen, dass die meisten der ehemaligen Patienten (79,6 %) keine weitere Behandlung in Bezug auf die ADHS-Symptomatik benötigen, da entweder wahrscheinlich keinerlei Symptome auftreten werden (25,4 %) oder Symptome lediglich im Grenzbereich zur Auffälligkeit liegen (54,2 %).

Tabelle 33:

Prognose der ADHS-Symptomatik (Gültige Prozent, n=59)

		n (%)	
1	Symptomatik/Folgesymptomatik wird wahrscheinlich nicht mehr auftreten, auch nicht als Normvariante.	15 (25,4)	47 (79,6)
2	Symptome/Folgesymptome, die eine Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich nicht mehr auftreten, jedoch ist das Auftreten oder Weiterbestehen von Symptomen/ Folgesymptomen im Grenzbereich zur Auffälligkeit wahrscheinlich.	32 (54,2)	
3	Symptome/Folgesymptome mit klinischer Wertigkeit, die eine gelegentliche stützende Maßnahme, jedoch keine intensive Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiterhin bestehen.	8 (13,6)	
4	Behandlungsbedürftige Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiter bestehen.	4 (6,8)	
5	Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich in einem Ausmaß erneut auftreten oder weiter bestehen, das intensive Interventionen erforderlich machen wird.	-	

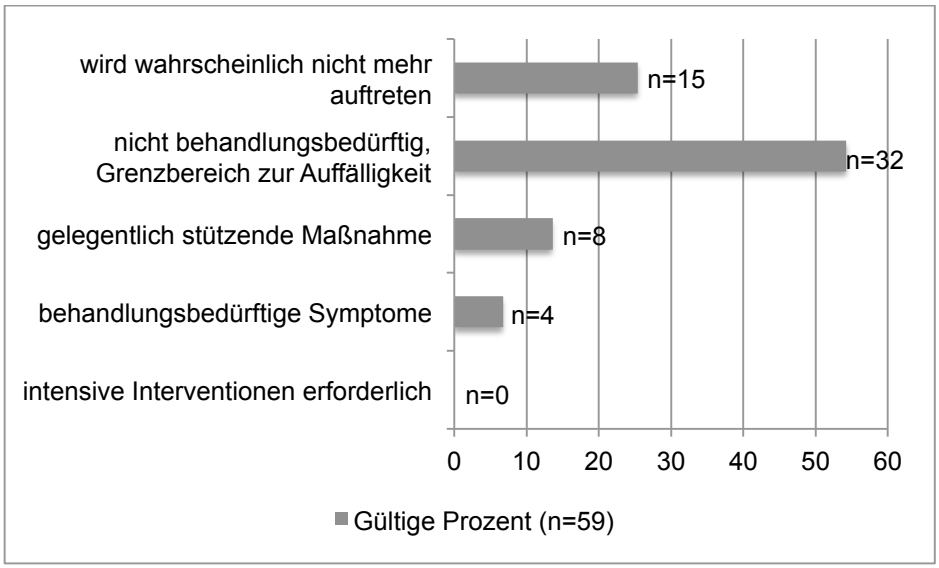


Abbildung 19: Prognose der ADHS-Symptomatik

Insgesamt 20,4 % der befragten ehemaligen Patienten benötigen aufgrund bestehender ADHS-Symptome dem klinischen Urteil zufolge noch eine weitere Behandlung, wobei davon ausgegangen wird, dass davon bei 13,6 % eine gelegentlich stützende Maßnahme ausreichend und bei 6,8 % eine intensivere Behandlung notwendig wäre (siehe Tabelle 33 und Abbildung 19).

10.6 Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik

In der Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik über alle Erhebungszeitpunkte der Untersuchung mittels multivariater Varianzanalyse ergibt sich eine signifikante Reduktion der Mittelwerte in den Fragebogenverfahren T-DEFA und FEA-AFB (siehe Tabelle 34 und Abbildung 20). Die ADHS-Symptomatik nimmt demnach erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter der Probanden ab, wobei eine deutliche Reduktion bis in das Jugend- bzw. junge Erwachsenenalter (beim 8-Jahres-Follow-up waren die Studienteilnehmer zwischen 16 und 22 Jahre und durchschnittlich 18,2 Jahre alt) erfolgte. Dies spiegelt sich auch in den Normalisierungsraten wider: Während vor Beginn der Intensivtherapie (Prä) lediglich 4,8% der ehemaligen Patienten im Fragebogen zur Erfassung der ADHS-Symptomatik einen unauffälligen Kennwert kleiner 1 hatten, waren es zum Ende der Intensivtherapie (Post) 11,9 %, nach durchschnittlich 8 Jahren (8 J FU) 66,7 % und zum aktuellen Follow-up-Zeitpunkt (18 J FU) 71,4 % (siehe Abbildung 21).

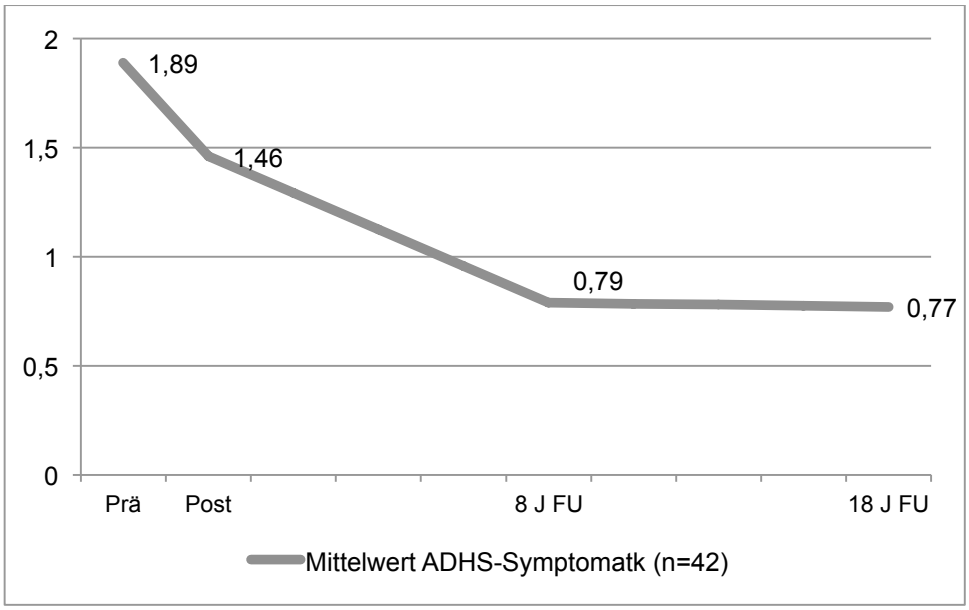


Abbildung 20: Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik

Tabelle 34:

Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik (n=42)

Messzeitpunkt	Verfahren	M (SD)	F
Prä [A)]	T-DEFA	1.89 (0.52)	F=49.7; df=38.00; p =.000 *
Post [B)]	T-DEFA	1.46 (0.40)	
8 J FU [C)]	T-DEFA	0.79 (0.59)	
18 J FU [D)]	FEA-AFB	0.77 (0.58)	

[A)] Prä = vor Intensivtherapie, [B)] Post = unmittelbar nach Intensivtherapie,
[C)] 8 J FU = 8-Jahres-Follow-up, [D)] 18 J FU = 18-Jahres-Follow-up

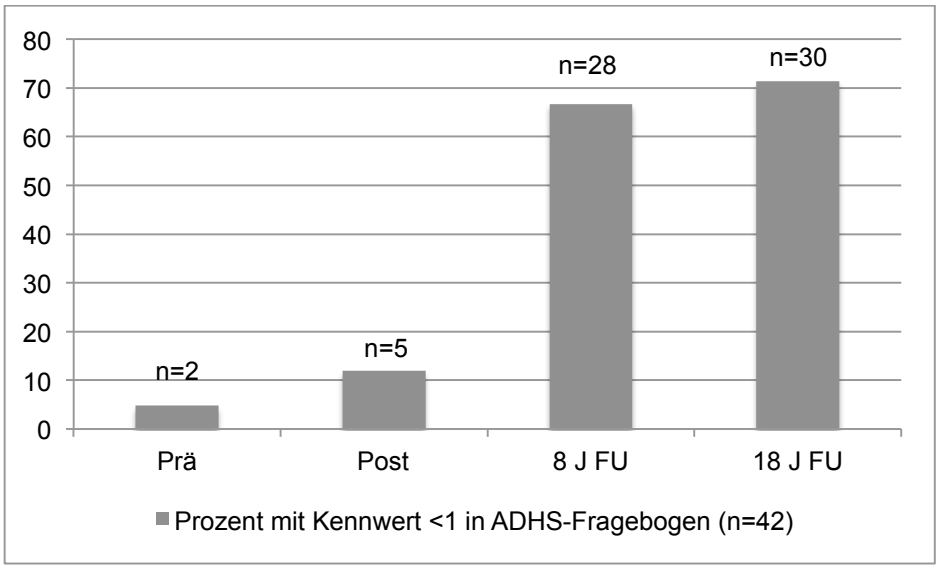


Abbildung 21: Normalisierungsraten der ADHS-Symptomatik

Prä = vor Intensivtherapie, Post = unmittelbar nach Intensivtherapie,
8 J FU = 8-Jahres-Follow-up, 18 J FU = 18-Jahres-Follow-up

11. Komorbide Symptomatik zum 18-Jahres-Follow-up

Die Erfassung der komorbiden Symptomatik der ehemaligen Patienten erfolgte durch die Breitbandverfahren ABCL/18-59 (n=47, Fremdurteil), ASR/18-59 (n=54, Selbsturteil) und CASCAP-D (n=43, klinisches Urteil). Zusätzlich wurden der Screeningbogen und bei Bedarf einzelne Sektionen des SKID-I (n=42) zur Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden, sowie Fragebogen (n=54, Selbsturteil) und Interview (n=41, klinisches Urteil) des SKID-II zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (Achse II) durchgeführt. SBB-SSV-E (n=55, Selbst-

urteil) und DCL-SSV-E (n=45, klinisches Urteil) dienten, aufgrund der hohen Komorbidität im Kindesalter und entsprechenden Erhebungen zu den letzten Messzeitpunkten, der spezifischen Erfassung der Auffälligkeiten im Sozialverhalten.

Außerdem liegt eine vom Untersucherteam der Studie vorgenommene Gesamtbeurteilung der Störung des jungen Erwachsenen zum Follow-up-Zeitpunkt in Bezug auf komorbides oppositionell/verweigerndes sowie komorbides aggressives Verhalten vor. Diese klinische Endeinschätzung wurde auch nach ausführlicheren Telefoninterviews, also auch ohne persönlichen Kontakt in der Uniklinik Köln, vorgenommen und umfasst Beurteilungen von ehemaligen Patienten bezüglich oppositionell-verweigernden Verhaltens im familiären (n=59) und beruflichen (n=58) Kontext sowie bezüglich aggressiven Verhaltens gegenüber Eltern oder Partnern (n=62), gegenüber anderen Familienmitgliedern (n=62) und gegenüber Arbeitgebern (n=58).

11.1 Störung des Sozialverhaltens

11.1.1 SBB-SSV-E: Selbstbeurteilung Störung des Sozialverhaltens

Der Fragebogen wurde von 55 Studienteilnehmern bearbeitet (siehe Anhang 17). Bei einer Antwortskala von 0 (gar nicht) bis 3 (besonders) ergeben sich die höchsten Mittelwerte zwischen 0,55 und 0,58 für die Items 2 (Ich werde schnell wütend), 7 (Ich bin leicht reizbar oder lasse mich von anderen leicht ärgern) und 8 (Ich bin häufig zornig und ärgere mich schnell). Diesen Items stimmten die Teilnehmer in 9,1 % bis 12,8 % der Fälle durch Ankreuzen der Antwortmöglichkeiten *weitgehend* und *besonders* am häufigsten zu (siehe Tabelle 35). Bezieht man auch die weniger ausgeprägten Zustimmungen zu den Fragebogenitems mit ein („ein wenig“), ergeben sich für die oben genannten Items Zustimmungen von 36,4 % bis 47,3 %. Diese Antwortkategorie eingeschlossen, ergeben sich für weitere Items häufige Nennungen, auch wenn es sich hier zum größten Teil nicht um Ausprägungen im klinischen Bereich handelt. 38,1 % der Studienteilnehmer gaben an, zumindest „ein wenig“ häufigere oder stärkere Wutausbrüche als Gleichaltrige zu haben und knapp ein Drittel (30,9 %) der Befragten widersetze sich eigenen Angaben zufolge, zumindest hin und wieder, Anweisungen und Regeln.

Tabelle 35:

Selbstbeurteilung Störung des Sozialverhaltens für Erwachsene (SBB-SSV-E, Gültige Prozent)

	n	M	SD	weitgehend/ besonders	ein wenig bis besonders
08. Ich bin häufig zornig und ärgere mich schnell.	55	0,55	0,86	12,8	36,4
02. Ich werde schnell wütend.	55	0,58	0,69	10,9	47,3
07. Ich bin leicht reizbar oder lasse mich von anderen leicht ärgern.	55	0,56	0,76	9,1	43,6
04. Ich widersetze mich häufig Anweisungen oder Regeln.	55	0,42	0,71	9,1	30,9
05. Ich ärgere andere häufig absichtlich.	55	0,42	0,76	9,1	29,1
14. Ich lüge oft, um etwas zu bekommen, um einen Vorteil zu haben oder um Verpflichtungen zu entgehen.	54	0,43	0,79	7,5	29,7
03. Ich streite häufig mit Vorgesetzten.	55	0,33	0,58	5,5	27,3
01. Ich habe häufiger oder stärkere Wutausbrüche als andere in meinem Alter.	55	0,45	0,66	5,4	38,1

11.1.2 DCL-SSV-E: Klinische Beurteilung der Störung des Sozialverhaltens

Nach klinischem Urteil erfüllten auf der Skala oppositionell-aggressiven Verhaltens ein Fünftel der ehemaligen Patienten das Kriterium für erhöhte Reizbarkeit (Item 6) und je 17,8 % erfüllten die Kriterien für häufige Wutausbrüche (Item 1) sowie häufige emotionale Reaktionen wie Zorn und Ärger (Item 7) (siehe Tabelle 36 und Anhang 18). Dissoziales Verhalten liegt nach Angaben der ehemaligen Patienten im Interview und im Selbstbeurteilungsbogen SSV-E sowie nach klinischem Eindruck seltener vor. 13,3 % der ehemaligen Patienten erfüllten das Kriterium für häufiges Lügen, um sich Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen und 8,9 % der Teilnehmer hatten im Laufe der letzten 6 Monate von einer Waffe Gebrauch gemacht, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen kann.

Analog der Auswertekriterien der DCL-SSV ergibt die Auswertung der DCL-SSV-E für sechs (DSM-IV) bzw. sieben (ICD 10) der 45 Personen (13,3 % bis 15,6 %), für die die DCL-SSV-E bearbeitet werden konnte, die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (siehe Tabelle 37).

Tabelle 36:

DCL-SSV-E, dichotomisiert (Gültige Prozent, n=45)

	M	SD	Krit. nicht erfüllt [1)]	Krit. erfüllt [2)]
06. Ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.	0,73	0,78	80,0	20,0
01. Hat für das Entwicklungsalter ungewöhnlich häufige/schwere Wutausbrüche. Wird schnell wütend.	0,82	0,78	82,2	17,8
07. Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.	0,67	0,77	82,2	17,8
03. Widersetzt sich häufig aktiv Anweisungen oder Regeln.	0,51	0,84	86,7	13,3
02. Streitet häufig mit Vorgesetzten.	0,42	0,75	88,9	11,1
11. Lügt oft, um sich Güter/Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen.	0,42	0,84	86,7	13,3
3. Hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (1x).	0,22	0,74	91,1	8,9

[1)] nicht / leicht vorhanden, [2)] deutlich / sehr stark ausgeprägt

Tabelle 37: SSV-Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV

Diagnose nach ICD 10			Diagnose nach DSM-IV		
	n	Gültige Prozent		n	Gültige Prozent
keine SSV	38	84,4	Keine SSV	39	86,7
F91.2	1	2,2	F91.3	4	8,9
F91.3	5	11,1	F91.8	2	4,4
F90.1	1	2,2			

11.1.3 Klinische Endeinschätzung von oppositionellem/verweigerndem und aggressivem Verhalten

Sowohl nach ausführlicheren Telefoninterviews als auch nach persönlichen Kontakten bei Untersuchungsterminen in der Uniklinik Köln erfolgte durch das Untersucherteam der Studie im Rahmen der Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten der ehemaligen Patienten zum Follow-up-Zeitpunkt eine klinische Beurteilung der oppositionell/verweigernden und aggressiven Symptomatik der ehemaligen Patienten. Die Problemstärke wurde auf einer Skala von 0 bis 4 beurteilt, wobei 0 für keine Symptomatik

und 4 für eine sehr ausgeprägte Symptomatik steht. In der Tabelle 38 sind die Problemstärken 1 und 2 als leichte bis mittlere Symptomatik und die Problemstärken 3 und 4 als starke bis sehr starke Symptomatik zusammengefasst. Demnach zeigten 78,0 % der Befragten im familiären Kontext und 81,0 % der Befragten im beruflichen Kontext keinerlei Symptome oppositionellen bzw. verweigernden Verhaltens. Etwa ein Fünftel der ehemaligen Patienten zeigte dagegen in der Familie leicht bis mittel (20,4 %) ausgeprägte oppositionell-verweigernde Symptome. Im Beruf fielen nach klinischem Urteil insgesamt 18,9 % der Studienteilnehmer durch oppositionell-verweigerndes Verhalten auf, davon 13,8 % mit leichter bis mittlerer Symptomatik und 5,1 % mit starker bis sehr starker Symptomatik.

Aggressives Verhalten in der Familie und im Beruf fiel nur sehr wenig ins Gewicht (1,7 % bis 6,4 % leichte bis mittlere Symptomatik). Gegenüber anderen Personen zeigten dagegen 16,1 % der Befragten aggressives Verhalten. Die meisten von ihnen (14,5 %) wurden diesbezüglich dem Bereich der leichten bis mittleren Problemstärke zugeordnet (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Klinische Endeinschätzung der komorbiden oppositionell-verweigernden und aggressiven Symptomatik (Gültige Prozent)

				Problemstärke [1)]		
	n	**M**	**SD**	**0**	**1-2**	**3-4**
oppositionell/verweigerndes Verhalten						
In der Familie	59	0,32	0,68	78,0	20,4	1,7
Im Beruf	58	0,31	0,80	81,0	13,8	5,1
Aggressives Verhalten						
In der Familie ggü. Eltern / Partnern	62	0,08	0,33	93,5	6,4	-
In der Familie ggü. anderen Familienmitgliedern	62	0,05	0,28	96,8	3,2	-
Im Beruf ggü. Arbeitgebern	58	0,02	0,13	98,3	1,7	-
ggü. Anderen	62	0,29	0,71	83,9	14,5	1,6

[1)] 0=keine Symptomatik, 1-2=leichte-mittlere Symptomatik, 3-4=starke-sehr starke Symptomatik

11.1.4 Prognose Sozialverhalten

Die Einschätzung der Prognose für Auffälligkeiten im Sozialverhalten erfolgte ebenfalls über ein klinisches Urteil durch das Untersucherteam der Studie. Demnach ist davon auszugehen, dass die meisten der ehemaligen Patienten (90,0 %) keine Behandlung in Bezug auf Sozialverhaltensstörungen benötigen, da entweder wahrscheinlich keinerlei Symptome auftreten werden (73,2 %) oder Symptome lediglich im Grenzbereich zur

Auffälligkeit liegen (16,7 %). Insgesamt 10,0 % der Studienteilnehmer benötigen aufgrund bestehender Auffälligkeiten im Sozialverhalten dem klinischen Urteil zufolge eine weitere Behandlung, wobei davon ausgegangen wird, dass davon bei 8,3 % eine gelegentlich stützende Maßnahme ausreichend und bei 1,7 % eine intensivere Behandlung notwendig wäre (siehe Tabelle 39 und Abbildung 22).

Tabelle 39:

Prognose Sozialverhalten (Gültige Prozent, n=60)

		n (%)	
1	Symptomatik/Folgesymptomatik wird wahrscheinlich nicht mehr auftreten, auch nicht als Normvariante.	44 (73,3)	54 (90,0)
2	Symptome/Folgesymptome, die eine Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich nicht mehr auftreten, jedoch ist das Auftreten oder Weiterbestehen von Symptomen/ Folgesymptomen im Grenzbereich zur Auffälligkeit wahrscheinlich.	10 (16,7)	
3	Symptome/Folgesymptome mit klinischer Wertigkeit, die eine gelegentliche stützende Maßnahme, jedoch keine intensive Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiterhin bestehen.	5 (8,3)	
4	Behandlungsbedürftige Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiter bestehen.	1 (1,7)	
5	Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich in einem Ausmaß erneut auftreten oder weiter bestehen, das intensive Interventionen erforderlich machen wird.	0	

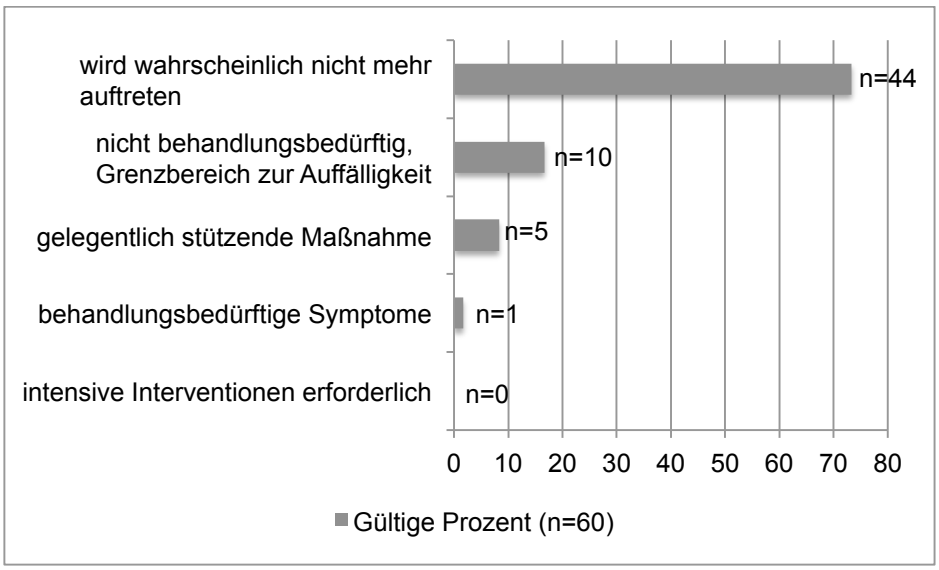


Abbildung 22: Prognose Sozialverhalten

11.2 SKID-II: Persönlichkeitsstörungen

Der SKID-II Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen liegt von 54 Personen vor. Eine klinische Einschätzung dieser Selbstbeurteilungen erfolgte ausschließlich im persönlichen Kontakt in der Uniklinik Köln und konnte bei 41 Studienteilnehmern erfolgen. Im Interview wurden lediglich die Fragen besprochen, die durch die Studienteilnehmer im Fragebogen bejaht wurden und es wurde eingeschätzt, ob diese Zustimmung zu den Items auch aus klinischer Sicht erfolgen sollte. Es ist zu beachten, dass die klinischen Beurteilungen und Auswertungen des Interviews sowie die Prüfung, inwieweit die Cut-off-Werte für die Erfüllung der Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erreicht wurden, auf der alleinigen Exploration der Studienteilnehmer und nach nur einem, wenn auch mit 3 bis 4 Stunden recht ausführlichen, persönlichen Kontakt erfolgte.

Tabelle 40

SKID-II Fragebogen (Selbsturteil)

Item Nr.	Item	n	M*	SD
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung				
5	Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?	54	0,44	0,50
Dependente Persönlichkeitsstörung				
12	Übernehmen Sie oft freiwillig unangenehme Aufgaben?	54	0,31	0,47
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung				
24	Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?	54	0,59	0,50
21	Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Dinge nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?	54	0,52	0,50
23	Sind Sie sich oft so sicher, recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?	54	0,43	0,50
19	Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?	53	0,40	0,49
16	Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt?	54	0,39	0,49
Negativistische Persönlichkeitsstörung				
26	Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu "vergessen"?	54	0,44	0,50
27	Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?	54	0,41	0,50
29	Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?	54	0,37	0,49

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 40

SKID-II Fragebogen (Selbsturteil)

Depressive Persönlichkeitsstörung				
	Kein Item mit M ≥ 0,30			
Paranoide Persönlichkeitsstörung				
43	Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?	54	0,39	0,49
Schizotypische Persönlichkeitsstörung				
58	Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?	54	0,48	0,50
Schizoide Persönlichkeitsstörung				
64	Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?	54	0,43	0,50
Histrionische Persönlichkeitsstörung				
72	Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?	54	0,41	0,50
67	Flirten Sie oft?	54	0,39	0,49
66	Stehen Sie gern im Mittelpunkt?	54	0,39	0,49
Narzisstische Persönlichkeitsstörung				
73	Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?	54	0,31	0,47
Borderline Persönlichkeitsstörung				
97	Sind Sie launisch?	54	0,43	0,50
89	Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?	53	0,38	0,49
91	Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen u. Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?	54	0,37	0,49
94	Handeln Sie oft impulsiv?	54	0,30	0,46
Antisoziale Persönlichkeitsstörung (SSV) vor dem 15. Lebensjahr				
114	Haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?	54	0,63	0,49
113	Haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?	54	0,50	0,51
104	Haben Sie Schlägereien angefangen?	54	0,44	0,50
103	Haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?	54	0,39	0,49
111	Haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?	54	0,31	0,47
110	Haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?	54	0,31	0,47
106	Haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?	54	0,31	0,47

* Ja (1) - Nein (0) - Antworten

In Tabelle 40 sind alle Items mit einem Mittelwert größer 0,30 dargestellt, d. h. Items, die im Selbsturteil (Fragebogen) bei einer dichotomen Antwortmöglichkeit von Ja (=1) und Nein (=0) von den Studienteilnehmern häufig bejaht wurden. Eine ausführliche Darstellung aller Fragebogenitems findet sich im Anhang 19. Die detaillierten klinischen Einschätzungen (Interview) der Kriterien für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind dem Anhang 20 und eine Übersicht der erfassten Persönlichkeitsstörungen in der Stichprobe ist der Tabelle 41 zu entnehmen. Demnach hätten 41,5 % der ehemaligen Patienten die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr erfüllt (z. B. Stehlen im Kaufhaus, Lügen/Betrügen, Schlägereien). Nach aktueller Symptomatik erfüllen 12,2 % der ehemaligen Patienten die Kriterien für eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung. In 7,3 % der Fälle erfüllten die Studienteilnehmer die Kriterien für eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (z. B. Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?) und in 4,9 % der Fälle für die Paranoide Persönlichkeitsstörung. Diesbezüglich gaben die ehemaligen Patienten beispielsweise häufiger an, sich nur zögernd anderen Menschen anzuvertrauen, aus ungerechtfertigter Angst, die Informationen könnten in böswilliger Weise gegen sie verwendet werden. Die übrigen Persönlichkeitsstörungen waren in der Stichprobe mit 0 % bis 2,4 % nicht oder nur sehr selten vertreten.

Tabelle 41:
SKID II – Klinische Einschätzung (n=41, Gültige Prozent)

	Cut-off erfüllt
Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. (13.) Lebensjahr	41,5 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörung (nach dem 15. Lebensjahr)	12,2 %
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	7,3 %
Paranoide Persönlichkeitsstörung	4,9 %
Depressive Persönlichkeitsstörung	2,4 %
Schizoide Persönlichkeitsstörung	2,4 %
Borderline, Dependente, Histrionische, Narzisstische, Negativistische, Schizotypische, Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	0 %

11.3 Weitere komorbide Auffälligkeiten

11.3.1 ABCL & ASR: Fragebogen über das Verhalten Erwachsener & Fragebogen für Erwachsene

Wie oben beschrieben, liegen für beide Fragebogenverfahren ausschließlich amerikanische Normen vor, auf die sich im Folgenden die Ergebnisse beziehen. Entgegen der

Interpretation der Subskalenwerte, die nach Achenbach & Rescorla (2003) bis zur 92. Perzentile und bis zu einem T-Wert von 64 im Normalbereich, zwischen der 93. und der 97. Perzentile (T-Werte zwischen 65 und 69) im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit und über der 98. Perzentile bzw. ab einem T-Wert von 70 im klinisch auffälligen Bereich liegen, werden die übergeordneten Skalen internale Probleme, externale Probleme und die Gesamtauffälligkeit nach den gängigen Kriterien beurteilt. Demnach liegen Werte bis zu einem T-Wert von 59 im Durchschnittsbereich. T-Werte zwischen 60 bis 63 liegen im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit und T-Werte ab 64 werden als klinisch auffällig interpretiert. An dieser Stelle soll insbesondere auf die Auswertung der übergeordneten Skalen der internalen Probleme (INT), der externalen Probleme (EXT) und der Gesamtauffälligkeit (TOT) sowie auf die Subskala zum Substanzmissbrauch eingegangen werden. Die für die spezifische Fragestellung der Studie relevante Aufmerksamkeitsskala wurde bereits ausführlich in Kapitel 10.1.2 besprochen. Die Ergebnisse der weiteren Subskalen sind dem Anhang 21 und dem Anhang 22 zu entnehmen. Der Übersicht und besseren Vergleichbarkeit halber sind die Ergebnisse dort, ebenso wie im Kapitel 10.1.2 beschrieben, nach den von Achenbach und Rescorla vorgeschlagenen Auswertekriterien für die Subskalen dargestellt, zusätzlich werden jedoch alle Ergebnisse aufgeführt, die nach dem sonst üblichen Interpretationsschema mit einem T-Wert kleiner als 60 im unauffälligen Bereich liegen würden.

Tabelle 42 stellt die Ergebnisse der übergeordneten Skalen der Fragebogenverfahren ABCL und ASR dar. In den Mittelwerten ergeben sich keine Auffälligkeiten. Etwa ein Fünftel bis ein Drittel (20,4 % bis 34 %) der ehemaligen Patienten weist jedoch leicht bis weit überdurchschnittliche Werte in den Skalen auf. Es zeigen sich durchgängig auffälligere Beurteilungen in der Fremd- als in der Selbstbeurteilung. Die höchsten Auffälligkeiten zeigen sich im Fremdurteil auf der Skala internaler Probleme. Knapp ein Viertel (23,4 %) der ehemaligen Patienten liegt hier mit einem T-Wert größer als 63 im klinisch auffälligen Bereich. Auch im Selbsturteil ergeben sich mit 18,5 % auf der Skala internaler Probleme die meisten Auffälligkeiten. Schließt man die Studienteilnehmer mit ein, deren T-Werte im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit (Borderline Clinical Range) liegen, ergeben sich für die Skala internaler Probleme insgesamt überdurchschnittliche Werte von 34 % im Fremdurteil und 25,9 % im Selbsturteil. Die Skala internaler Probleme setzt sich aus den Ergebnissen der Skalen Ängstlich/Depressiv, Sozialer Rückzug und Somatische Beschwerden zusammen. Die meisten Werte mit klinischer Auffälligkeit ergeben sich sowohl im Selbst- (11,1 %) als auch im Fremdurteil (10,6 %) für die Subskala Sozialer Rückzug – dies unter der Annahme, dass erst T-

Werte ab 70 als klinisch auffällig zu beurteilen sind. Schließt man die Studienteilnehmer mit Werten im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit (hier: T-Wert 65-69) mit ein, ergeben sich auffällige Werte von 20,4 % im Selbsturteil bzw. 23,4 % im Fremdurteil. Auch für die Skala Ängstlich/Depressiv (Fremdurteil: 19,2 %, Selbsturteil 11,1 %) ergeben sich, inklusive der Ergebnisse im Grenzbereich zu klinischen Auffälligkeit, häufige Symptomnennungen der Studienteilnehmer bzw. deren Beurteiler.

Tabelle 42:
Ergebnisse der übergeordneten Skalen von ASR und ACBL (Gültige Prozent)

	M (SD) T-Wert		**T < 60 Normal-bereich n (%)**		**T 60-63 Border-line n (%)**		**T > 63 klinisch auffällig n (%)**	
	ASR	**ABCL**	**ASR**	**ABCL**	**ASR**	**ABCL**	**ASR**	**ABCL**
	n=54	n=47	n=54	n=47	n=54	n=47	n=54	n=47
Internale Probleme (INT)	50,91 (11,67)	54,02 (13,37)	40 (74,1)	31 (66,0)	4 (7,4)	5 (10,6)	10 (18,5)	11 (23,4)
Externale Probleme (EXT)	53,63 (9,48)	55,64 (7,91)	43 (79,6)	33 (70,2)	4 (7,4)	6 (12,8)	7 (13,0)	8 (17,0)
Gesamtauffälligkeit (TOT)	50,33 (9,96)	54,34 (9,13)	43 (79,6)	33 (70,2)	5 (9,3)	8 (17,0)	6 (11,1)	6 (12,8)

Auf der Skala externaler Probleme ergeben sich bei 20,4 % bis 29,8 % leicht bis weit überdurchschnittliche Werte, wobei davon im Selbsturteil 13,0 % und im Fremdurteil 17,0 % im klinisch auffälligen Bereich liegen. Die Skala externaler Probleme setzt sich aus den Skalen Aggressives Verhalten, Regelverletzendes Verhalten und Demonstratives Verhalten zusammen. Bei Betrachtung dieser Subskalen ergeben sich, bei der Annahme, dass erst T-Werte ab 65 als überdurchschnittlich zu beurteilen sind, die höchsten Auffälligkeiten für die Skalen Regelverletzendes Verhalten im Selbst- (16,7 %) und im Fremdurteil (12,7 %) sowie für die Skala Aggressives Verhalten im Fremdurteil (12,8 %).

Für die Gesamtskala ergeben sich für 20,4 % bis 29,8 % der Studienteilnehmer leicht bis weit überdurchschnittliche Werte, wobei davon im Selbsturteil 11,1 % und im Fremdurteil 12,8 % der Probanden im klinisch auffälligen Bereich liegen.

11.3.2 Substanzmissbrauch

Die Fragebogenverfahren ABCL und ASR erfassen u. a. den Konsum von Alkohol, Drogen und Zigaretten, welcher auf der Skala zum Substanzmissbrauch zusammengefasst wird. Ebenso wie bei den anderen Subskalen wird davon ausgegangen, dass Werte bis zur 92. Perzentile und bis zu einem T-Wert von 64 im Normalbereich, Werte zwischen der 93. und der 97. Perzentile (T-Werte zwischen 65 und 69) im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit und Werte über der 98. Perzentile bzw. ab einem T-Wert von 70 im klinisch auffälligen Bereich liegen. Über alle drei Subskalen des Substanzmissbrauchs hinweg liegen demnach zwischen 12,2 % und 20,0 % der Befragten mit einem T-Wert über 65 im überdurchschnittlichen bis weit überdurchschnittlichen Bereich (siehe Tabelle 43). Läge der Cut-off für auffällige Werte bei einem T-Wert von 60, befänden sich entsprechend 14,6 % bis 42,5 % der Studienteilnehmer bezüglich ihres Substanzkonsums im überdurchschnittlichen Bereich. Bei Annahme der strengeren Kriterien (T>65) ergeben sich die meisten Auffälligkeiten für den Konsum von Zigaretten mit 17,6 % im Selbst- und 20,0 % im Fremdurteil, gefolgt von Drogen (15,1 % Selbsturteil, 12,1 % Fremdurteil) und Alkohol (13,1 % Selbsturteil, 12,5 % Fremdurteil). Der durchschnittliche Substanzgebrauch liegt im Selbsturteil in 22,0 % der Fälle und im Fremdurteil mit 18,9 % der Fälle im überdurchschnittlichen bis weit überdurchschnittlichen Bereich.

Tabelle 43:
Skala Substanzmissbrauch aus ABCL und ASR (Gültige Prozent)

	n		M (SD) T-Wert		T<60 n (%)		T < 65 Normalbereich n (%)		T 65-69 Borderline n (%)		T > 69 klinisch auffällig n (%)	
	ASR	ABCL	ASR	ABCL	ASR	ABCL	ASR	ABCL	ASR	ABCL	ASR	ABCL
Zigaretten	51	40	57,61 (8,08)	58,58 (9,81)	35 (68,6)	23 (57,5)	42 (82,4)	32 (80,0)	4 (7,8)	2 (5,0)	5 (9,8)	6 (15,0)
Alkohol	53	40	55,26 (6,37)	56,28 (7,84)	41 (77,4)	26 (65,0)	46 (86,8)	35 (87,5)	5 (9,4)	2 (5,0)	2 (3,7)	3 (7,5)
Drogen	53	41	57,87 (15,73)	55,95 (14,57)	39 (73,6)	35 (85,4)	45 (84,9)	36 (87,8)	0 (-)	0 (-)	8 (15,1)	5 (12,2)
durchschn. Substanzgebrauch	50	37	57,72 (7,28)	58,70 (7,30)	32 (64,0)	22 (59,5)	39 (78,0)	30 (81,1)	4 (8,0)	3 (8,1)	7 (14,0)	4 (10,8)

Bei der Erfassung des psychopathologischen Befundes und der komorbiden Symptomatik über das modifizierte CASCAP-D (siehe Kapitel 11.3.3, Tabelle 44 und Abbildung 23) fielen über die Lebensspanne der Studienteilnehmer insbesondere der Konsum von Drogen und Alkohol ins Gewicht. 24,4 % (Alkohol) und 46,5 % (Drogen) der Patienten gaben an, dass ihr Drogen- und Alkoholkonsum im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter deutlich bis stark ausgeprägt gewesen sei. Zum Follow-up-Zeitpunkt wurde eine deutliche bis starke Ausprägung des Konsums noch für 9,4 % (Alkohol) bzw. 20,9 % (Drogen) beurteilt. Bezieht man auch leichten Konsum in die Auswertung mit ein, ergeben sich für die aktuelle Symptomatik 28 % (Alkohol) bis 32,5 % (Drogen) und für die Lifetimesymptomatik 39 % (Alkohol) bis 55,8 % (Drogen). Bezüglich des Substanzkonsums wurde meist der Konsum von Cannabis genannt. Die Häufigkeitsangaben variierten von gelegentlich bis täglich. Auch lifetime wurde den Angaben der Studienteilnehmer zufolge am häufigsten Cannabis konsumiert, aber auch Stimulanzien wie Amphetamine, Speed und Ecstasy. Einige ehemalige Patienten berichteten von Phasen mit sehr ausgeprägtem Drogenkonsum in ihrer Lebensgeschichte, ohne dass sie aktuell überhaupt Drogen bzw. nicht mehr in diesem Ausmaß konsumierten.

11.3.3 SKID I & CASCAP-D

Das Psychopathologische Befund-System (CASCAP-D) wurde, wie in Kapitel 7.3.7 beschrieben, in modifizierter Form eingesetzt, da es ursprünglich für die Erfassung des psychopathologischen Befundes für Kinder und Jugendliche konzipiert wurde. Der Befund konnte für 33 bis 43 Studienteilnehmer bezüglich der aktuellen und der Lifetimesymptomatik erhoben werden (siehe Anhang 23, Tabelle 44 und Abbildung 23). In die Bewertung der komorbiden Symptomatik flossen außerdem Informationen aus der weiteren Exploration anhand des SKID I ein (n=42). Darüber hinaus war es nach einigen ausführlichen Telefonaten ebenfalls möglich, komorbide Symptome zu erfassen, so dass das Vorliegen komorbider Auffälligkeiten und Diagnosen insgesamt für 61 Probanden beurteilt werden konnte.

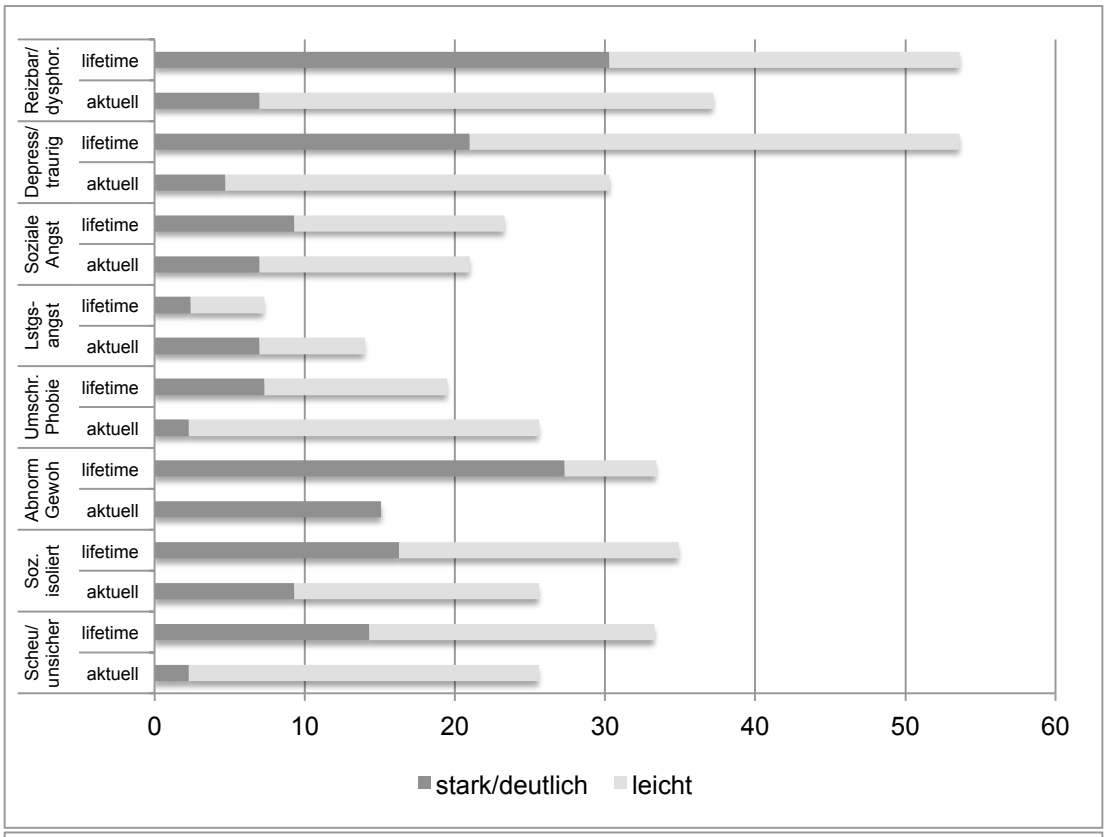
Im CASCAP-D zeigte sich, dass bei den ehemaligen Patienten nur wenige oder keine Auffälligkeiten bspw. bezüglich des Essverhaltens, bezüglich Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, bezüglich selbstverletzenden Verhaltens oder bezüglich Tics zu explorieren waren. Die häufigsten Auffälligkeiten sind in Tabelle 44 dargestellt und beziehen sich in Bezug auf die Skala Interaktion auf Scheue oder Unsicherheit in Sozialkontakten (aktuell 2,3 bis 25,6 %, liftetime 14,3 bis 33,3 %) sowie Zurückgezogenheit und soziale Isolation (aktuell 9,3 bis 25,6 %, liftetime 16,3 bis 34,9 %).

Tabelle 44:

Modifiziertes Psychopathologisches Befund-System CASCAP-D (Gültige Prozent)

		aktuell					lifetime				
			Ausprägungsgrad*					Ausprägungsgrad*			
		n	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1.2	Scheu/unsicher	43	2,3	-	23,3	74,4	42	-	14,3	19,0	66,7
1.3	Sozial zurückgezogen/isoliert	43	2,3	7,0	16,3	74,4	43	2,3	14,0	18,6	65,1
2.8	Störung schulischer Fertigkeiten	43	-	2,3	11,6	86,0	39	2,6	12,8	15,4	69,2
3.4	Abnorme Gewohnheiten (z. B. Nägelbeißen)	33	3,0	12,1	-	84,8	33	12,1	15,2	6,1	66,7
4.2	Umschriebene Phobie	43	-	2,3	23,3	74,4	41	2,4	4,9	12,2	80,5
4.3	Leistungsangst	43	-	7,0	7,0	86,0	41	-	2,4	4,9	92,7
4.4	Soziale Angst	43	-	7,0	14,0	79,1	43	-	9,3	14,0	76,7
6.1	Depressiv/traurig	43	-	4,7	25,6	69,8	43	4,7	16,3	32,6	46,5
6.2	Reizbar/dysphorisch	43	-	7,0	30,2	62,8	43	4,7	25,6	23,3	46,5
6.4	Mangelndes Selbstvertrauen	43	-	16,3	18,6	65,1	41	2,4	17,1	24,4	56,1
6.5	Hoffnungslosigkeit/ Verzweiflung	43	-	2,3	18,6	79,1	43	4,7	7,0	14,0	74,4
6.9	Affektlabil	43	-	4,7	20,9	74,4	42	2,4	14,3	7,1	76,2
6.10	Innere Unruhe/getrieben	43	2,3	25,6	20,9	51,2	42	4,8	42,9	9,5	42,9
8.6	Schlafprobleme	43	7,0	16,3	14,0	62,8	43	4,7	16,3	14,0	65,1
8.9	Schmerzen	42	-	7,1	19,0	73,8	42	-	-	4,8	95,2
9.5	Grübeln	43	-	7,0	14,0	79,1	42	-	7,1	4,8	88,1
11.4	Suizidgedanken	43	-	-	-	100	43	-	11,6	7,0	81,4
11.5	Suizidale Handlungen	43	-	-	-	100	42	-	4,8	2,4	92,9
11.6	Alkoholmissbrauch	43	4,7	4,7	18,6	72,1	41	14,6	9,8	14,6	61,0
11.7	Drogenmissbrauch	43	9,3	11,6	11,6	67,4	43	30,2	16,3	9,3	44,2

*Ausprägungsgrad: 3=stark, 2=deutlich, 1=leicht, 0=nicht vorhanden



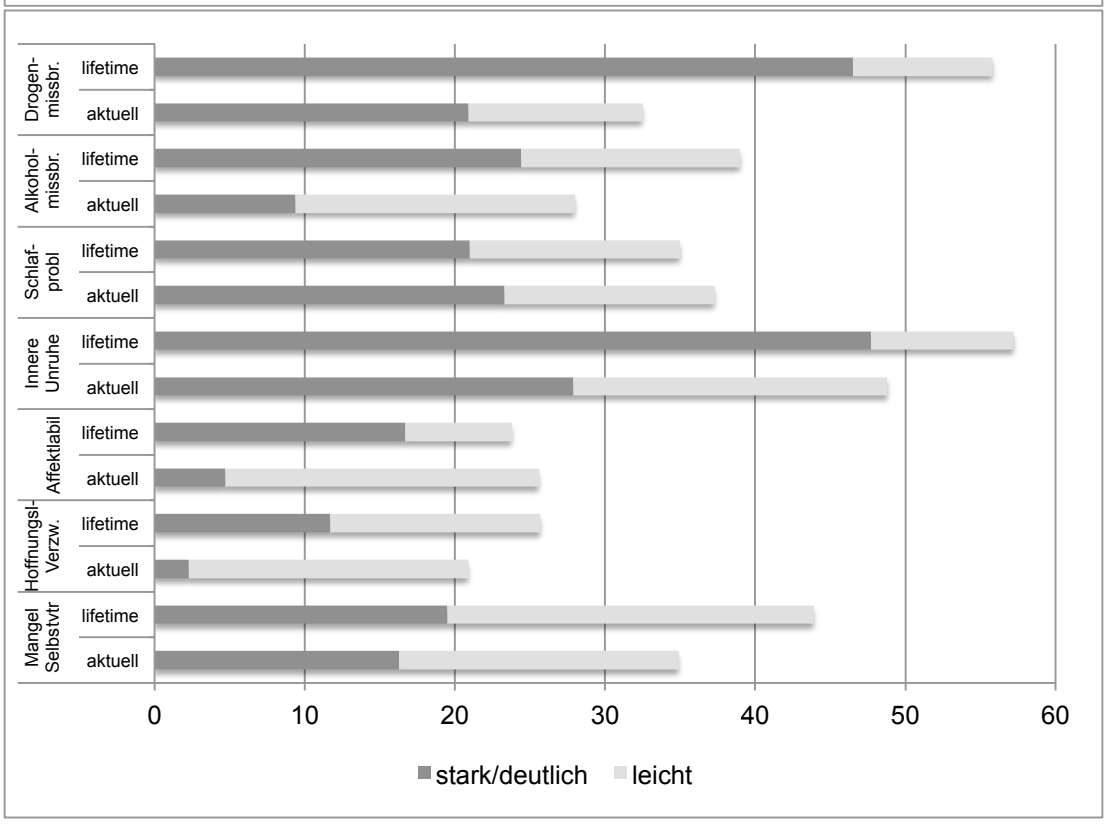


Abbildung 23: Häufigste Auffälligkeiten aus CASCAP-D; Gültige Prozent, n=33-43

Einige Studienteilnehmer berichteten, nur wenige Freunde zu haben oder sich in Sozialkontakten aus Angst vor Ablehnung durch andere unsicher zu fühlen bzw. (lifetime) gefühlt zu haben. Die häufigsten aktuellen Auffälligkeiten betrafen Symptome wie innere Unruhe und Getriebenheit zwischen 27,9 % (deutliche bis starke Ausprägung) und 48,8 % (alle Ausprägungsgrade, auch leichte) sowie Schlafprobleme zwischen 23,3 % und 37,3 %. An dieser Stelle nannten die ehemaligen Patienten häufig Einschlafprobleme (n=7) und in einigen Fällen auch Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus (n=2). Über die Lebensspanne war das Gefühl der inneren Unruhe und der Getriebenheit in bis zu 57,2 % der Fälle und Schlafprobleme waren in bis zu 35 % der Fälle zu eruieren.

Unter Berücksichtigung auch leichter Symptomausprägungen ergaben sich auf der Skala Stimmung und Affekt die häufigsten Auffälligkeiten. 20,9 % bis 37,2 % der ehemaligen Patienten berichteten von Symptomen wie Depressivität oder Traurigkeit, leichte Reizbarkeit oder Dysphorie, mangelndem Selbstvertrauen, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung sowie Affektlabilität. Betrachtet man nur deutliche bis starke Ausprägungsgrade, so fällt das Item Mangelndes Selbstvertrauen mit 16,3 % der aktuellen Symptomatik am stärksten ins Gewicht. Über die Lebensspanne betrachtet, berichteten die ehemaligen Patienten häufig (34,9 % bis 43,9 %), unter mangelndem Selbstvertrauen gelitten zu haben. Auch Depressivität/Traurigkeit (21 % bis 53,6 %) sowie Reizbarkeit/Dysphorie (30,3 % bis 53,6 %) waren in der Lebensspanne häufig relevant. 21,0 % der ehemaligen Patienten berichteten, auch in leichter Ausprägung, von aktuellen Symptomen sozialer Angst. Deutliche bis starke soziale Ängste waren in 7 % der Fälle zu eruieren. Umschriebene Phobien wie z. B. Höhenangst (n=4), Flugangst (n=3) und Tierphobien (n=2) waren aktuell in einem Viertel der Fälle auszumachen, wobei der überwiegende Teil nur leicht ausgeprägt war und die ehemaligen Patienten wenig beeinträchtigten. Bis zu 14 % der Befragten benannten darüber hinaus Leistungsängste, insbesondere Prüfungsängste, die jedoch nicht immer im klinisch auffälligen Bereich lagen.

Bezüglich der Fragestellung, inwieweit die komorbiden Auffälligkeiten im klinisch auffälligen Bereich liegen, wurde zunächst die Verteilung der subklinischen und klinisch auffälligen komorbiden Symptome, d. h. unabhängig von ADHS, SSV und Persönlichkeitsstörungen, in der Stichprobe geprüft. Während 32,8 % der Personen keinerlei komorbide Symptome berichten, können bei 14,8 % der Studienteilnehmer komorbide Symptome im subklinischen und bei 52,5 % im klinischen Bereich exploriert werden (Abbildung 24). Diese Ergebnisse betreffen die lifetime-Angaben der Probanden, d.h.

sowohl Symptome, die aktuell bestehen, als auch Auffälligkeiten, die nur in der Vergangenheit bestanden.

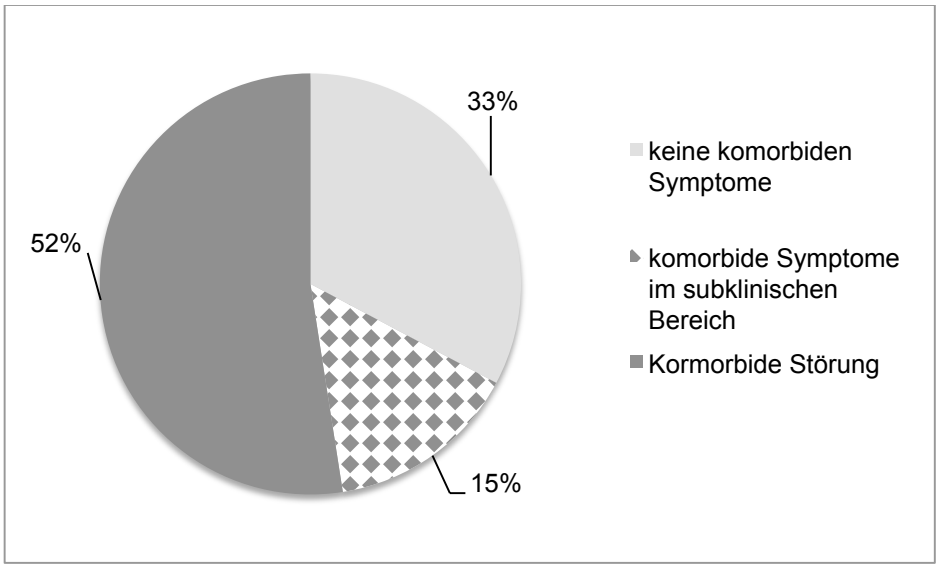


Abbildung 24: Häufigkeiten komorbider Störungen in der Stichprobe (lifetime); Gültige Prozent für n=61

Die häufigsten komorbiden Auffälligkeiten bestanden im klinischen Bereich im Konsum von illegalen Substanzen (34,4% Drogen) und von Alkohol (13,1%). Mit 8,2 % wurde weiterer Substanzkonsum im subklinischen Bereich exploriert. Am häufigsten wurde der Konsum von Cannabis genannt. 21,3 % der befragten Studienteilnehmer berichteten im subklinischen Bereich von Ängsten, fast 50 % davon benannten soziale Ängste und soziale Unsicherheiten sowie die Sorgen, von Anderen abgelehnt zu werden. Im klinisch auffälligen Bereich benannten zusätzlich 6,6 % der Probanden Ängste (Soziale Phobie, Agoraphobie, Spezifische Phobie). Vier der untersuchten ehemaligen Patienten waren an einer Psychose erkrankt. Weitere komorbide Auffälligkeiten bestanden in Schlafstörungen (4,9 % klinisch auffällig) sowie Depression und Dysthymie (je 3,3 % klinisch und subklinisch). Unter „Sonstige“ sind im klinisch auffälligen Bereich eine berichtete Fremddiagnose eines Asperger Syndroms sowie die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung und im subklinischen Bereich Essanfälle sowie eine zwanghaft anmutende Symptomatik zusammengefasst (siehe Abbildung 25).

Bei Differenzierung der komorbiden Störungen und Auffälligkeiten nach deren Auftreten wird deutlich, dass lifetime insbesondere der Drogenkonsum der ehemaligen Patienten ins Gewicht fiel (24,6 %), sich dieser aber im Laufe des jungen Erwachsenenalters auf etwa die Hälfte reduzierte (11,5 %). Zum Zeitpunkt des Follow-up wurden die

meisten komorbiden Auffälligkeiten neben dem Substanzmissbrauch im Alkoholmissbrauch deutlich. Die Prävalenz für Psychosen von 6,6 % in der Stichprobe ist ungewöhnlich hoch, wobei alle Betroffenen in ihrer Vorgeschichte von vorangegangenem Drogenkonsum berichteten. In Tabelle 45 sind die Häufigkeiten der Störungsbilder sowohl für die aktuelle- als auch für die Lifetimesymptomatik dargestellt. Zusätzlich wurden an dieser Stelle die subklinischen Symptome aufgeführt, die auf ein gehäuftes Auftreten von Ängsten hinweisen. Auf die Darstellung der subklinischen komorbiden Auffälligkeiten wurde in der Abbildung 26 verzichtet.

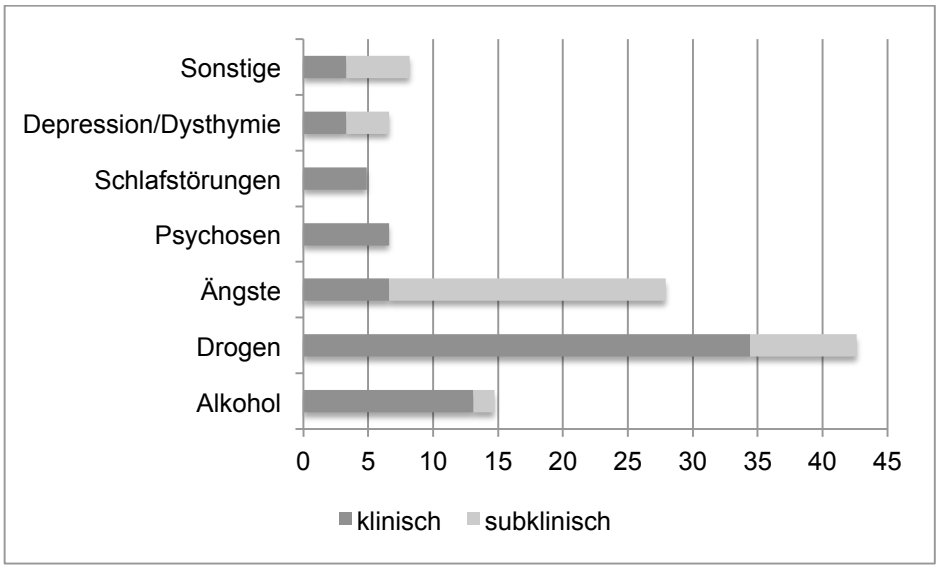


Abbildung 25: Komorbide Auffälligkeiten im klinischen und im subklinischen Bereich; Gültige Prozent für n=61; Mehrfachnennungen möglich

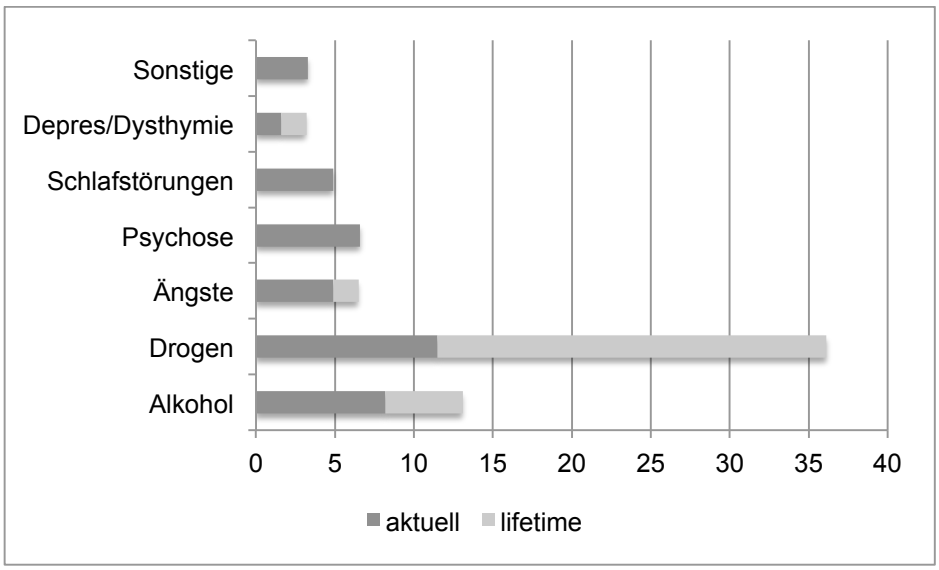


Abbildung 26: Komorbide Symptomatik lifetime und zum Zeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up; Gültige Prozent für n=61, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 45:
Differenzierung der komorbiden Auffälligkeiten im klinischen und subklinischen Bereich: aktuell und lifetime (Gültige Prozent, n=61, Mehrfachnennungen möglich)

		aktuell n (%)	lifetime n (%)
Alkohol	klinisch	5 (8,2)	3 (4,9)
	subklinisch	-	-
Drogen	klinisch	7 (11,5)	15 (24,6)
	subklinisch	1 (1,6)	1 (1,6)
Ängste	klinisch	3 (4,9)	1 (1,6)
	subklinisch	6 (9,8)	-
Psychose	klinisch	4 (6,6)	-
	subklinisch	-	-
Schlafstörungen	klinisch	3 (4,9)	-
	subklinisch	-	-
Depression/Dysthymie	klinisch	1 (1,6)	1 (1,6)
	subklinisch	-	2 (3,3)
Sonstige	klinisch	2 (3,3)	-
	subklinisch	2 (3,3)	1 (1,6)

Prognose andere komorbide Störung

Die Einschätzung der Prognose für die komorbide Symptomatik (ohne Störung des Sozialverhaltens) erfolgte ebenfalls über ein klinisches Urteil durch das Untersucherteam der Studie. Demnach ist davon auszugehen, dass die meisten der ehemaligen Patienten (71,2 %) keine Behandlung bezüglich komorbider Symptome benötigen, da entweder keine komorbide Symptomatik vorhanden ist (67,8 %) oder komorbide Symptome lediglich im Grenzbereich zur Auffälligkeit liegen (3,4 %). Insgesamt 28,9 % der befragten ehemaligen Patienten benötigen aufgrund bestehender komorbider Symptome dem klinischen Urteil zufolge eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung, wobei davon ausgegangen wird, dass davon bei 15,3 % eine gelegentlich stützende Maßnahme ausreichend und bei 13,6 % eine intensivere Behandlung notwendig wäre (siehe Tabelle 46 und Abbildung 27).

Tabelle 46:

Prognose andere komorbide Störung (ohne SSV) (Gültige Prozent, n=59)

		n (%)	
1	Keine Symptomatik vorhanden	40 (67,8)	
2	Symptome/Folgesymptome, die eine Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich nicht mehr auftreten, jedoch ist das Auftreten oder Weiterbestehen von Symptomen/ Folgesymptomen im Grenzbereich zur Auffälligkeit wahrscheinlich.	2 (3,4)	42 (71,2)
3	Symptome/Folgesymptome mit klinischer Wertigkeit, die eine gelegentliche stützende Maßnahme, jedoch keine intensive Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiterhin bestehen.	9 (15,3)	
4	Behandlungsbedürftige Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiter bestehen.	7 (11,9)	
5	Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich in einem Ausmaß erneut auftreten oder weiter bestehen, das intensive Interventionen erforderlich machen wird.	1 (1,7)	

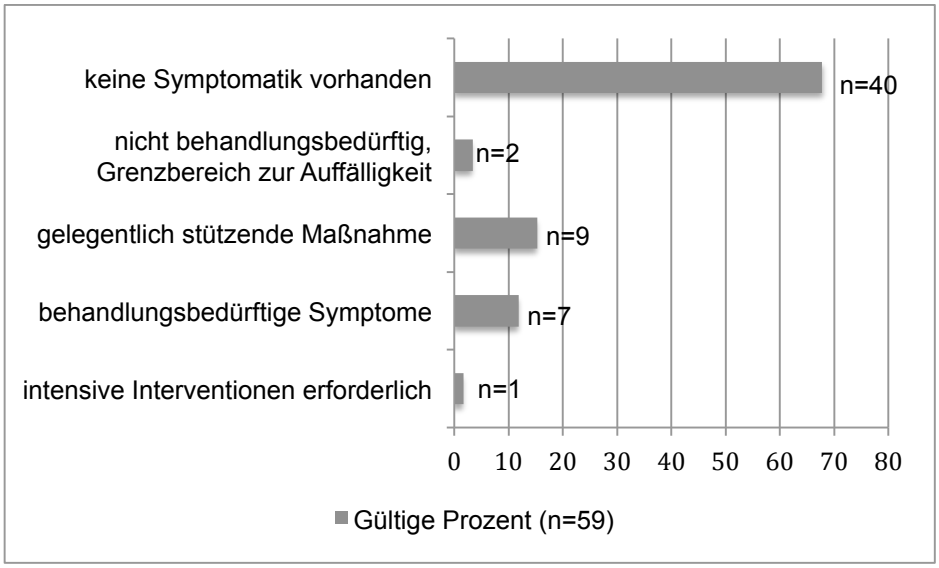


Abbildung 27: Prognose andere komorbide Störung (ohne SSV)

12. Prognose für die Gesamtentwicklung

Auch die Einschätzung der Prognose für die Gesamtentwicklung der Befragten, d. h. die klinische Endeinschätzung, erfolgte über ein klinisches Urteil durch das Untersucherteam der Studie. Demnach ist davon auszugehen, dass mit etwa zwei Drittel die meisten der ehemaligen Patienten eine weitgehend unproblematische (33,3 %) bis sehr gute (31,7 %) Entwicklung auf allen Gebieten nehmen werden. Nach dem aktuellen Kenntnisstand ist zu vermuten, dass diese Gruppe der Studienteilnehmer im häuslichen, schulischen bzw. beruflichen und sozialen Kontext in der Zukunft keine oder nur gelegentliche Schwierigkeiten, die keine professionelle Hilfe erfordern, aufweisen werden. Bei einem Viertel der ehemaligen Patienten tritt nach dieser Einschätzung in Zukunft wahrscheinlich eine Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mindestens einem Gebiet auf, die jedoch durch zeitlich begrenzte professionelle Hilfe bewältigt werden kann. Insgesamt 10,0 % der Studienteilnehmer werden in ihrer weiteren Entwicklung dem klinischen Urteil zufolge deutlich (6,7 %) bis erheblich (3,3 %) beeinträchtigt sein und intensive professionelle Hilfe benötigen. Demnach wird angenommen, dass bei insgesamt 35 % der ehemaligen Patienten in Zukunft eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen wird (siehe Tabelle 47 und Abbildung 28).

Tabelle 47

Prognose für die Gesamtentwicklung (Gültige Prozent, n=60)

		n (%)	
1	Wahrscheinlich sehr gute Entwicklung auf allen Gebieten (zu Hause, in der Schule und mit Gleichaltrigen).	19 (31,7)	39 (65,0)
2	Wahrscheinlich weitgehend unproblematische Gesamtentwicklung mit gelegentlichen Schwierigkeiten, die keine professionelle Hilfe erfordern.	20 (33,3)	
3	Wahrscheinlich Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mindestens einem Gebiet, die durch zeitlich begrenzte professionelle Hilfe bewältigt werden kann.	15 (25,0)	
4	Wahrscheinlich deutliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mindestens einem Gebiet, die sich allenfalls durch intensive professionelle Hilfe vermindern lässt, aber eine dauerhafte Sonderbetreuung noch nicht zwingend erfordert.	4 (6,7)	
5	Wahrscheinlich erhebliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mehreren Gebieten, die eine dauerhafte pädagogisch-therapeutische Betreuung, beispielsweise in einem Heim, einer Wohngruppe, einer beschützenden Werkstätte oder in der Familie erfordern wird.	2 (3,3)	

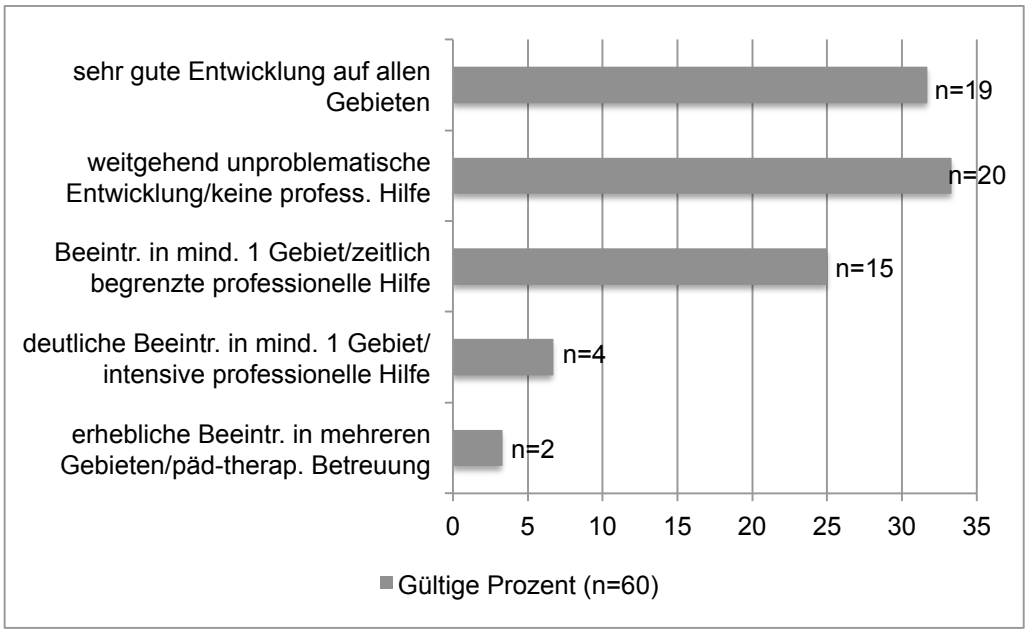


Abbildung 28: Prognose für die Gesamtentwicklung

Die Ergebnisse des 18-Jahres-Follow-up der KAMT-Studie zeigen auf, dass der größte Teil der ehemaligen Patienten, die im durchschnittlichen Alter von 8 Jahren in der Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, aufgrund einer ADHS mit z. T. begleitender komorbiden Störung des Sozialverhaltens behandelt wurden, im Alter von durchschnittlich 27 Jahren einen insgesamt positiven Entwicklungsverlauf aufweisen. Im Folgenden sollen die Limitationen der Studie aufgezeigt werden. Im Anschluss erfolgt die Diskussion der vorliegenden Ergebnisse unter Berücksichtigung von Vergleichswerten aus anderen ADHS-Longitudinalstudien sowie aus der Allgemeinbevölkerung der BRD.

13. Limitation der Studie

Die größte Limitation der Studie besteht darin, dass keine Kontrollgruppe vorhanden ist. Auf diese wurde im Studiendesign verzichtet, da die Fragestellung der Studie im Jahr 1990 nicht darin bestand, die bereits belegten Effekte der unterschiedlichen Behandlungsmethoden, sondern die Verhaltensänderungen der Patienten in unterschiedlichen Behandlungsphasen der individuell adaptiven Therapie zu untersuchen (Döpfner et al., 2004). Zum aktuellen Zeitpunkt und mit dem Untersuchungsschwerpunkt der Entwicklung der ehemaligen Patienten im Langzeitverlauf erschwert die fehlende Kontrollgruppe jedoch die Vergleichbarkeit der zum 18-Jahres-Follow-up erfassten Daten.

Mit 75 Probanden ist die Stichprobe relativ klein, jedoch in ihrer Größe annährend vergleichbar mit anderen ADHS-Longitudinalstudien. Die Einschlusskriterien in Bezug auf die ADHS-Symptomatik bezogen sich, da zum Zeitpunkt des Studienbeginns weder das DSM-IV noch die finale Version der ICD-10 vorlagen, noch auf das DSM-III-R und die vorläufigen Forschungskriterien der ICD-10. Diese Kriterien stimmen jedoch zum einen weitestgehend mit den Kriterien der finalen Versionen von DSM-IV und ICD-10 überein (Döpfner et al., 2004) und zum anderen musste auch in anderen Longitudinalstudien, die die Entwicklung ihrer Probanden über so einen langen Zeitraum untersuchten, diesen Gegebenheiten Rechnung getragen werden.

In der Ursprungsstichprobe von 1990 befand sich mit 14,3 % ein hoher Prozentsatz an Förderschülern. Vergleichsdaten zufolge wurden im Schuljahr 1998/1999 4,6 % aller Schüler in NRW in Förderschulen beschult (Tresselt, 2015) und dies mit steigender

Tendenz bis zu 5,3 % im Schuljahr 2002/2003. Dies lässt vermuten, dass in 1990 in der BRD höchstens 5 % aller Schüler die Förderschule besuchten und es sich bei der KAMT-Stichprobe mit einem Anteil von 14,3 % um eine relativ auffällige Stichprobe handelt. Studienbefunde belegen jedoch auch die häufig problematischen Schulkarrieren der Kinder mit ADHS, die auch Ein- oder Umschulungen in Förderschulen zur Folge haben können, so dass dieser hohe Anteil an Förderschülern möglicherweise auch repräsentativ für eine Stichprobe von Kindern mit ADHS mit und ohne Störung des Sozialverhaltens ist.

Geht man davon aus, dass Jungen von ADHS bis zu viermal häufiger betroffen sind, besteht eine weitere Limitation der Studie darin, dass Mädchen mit nur 6,7 % in der Ursprungsstichprobe unterrepräsentiert sind.

Die Drop-out-Analysen ergaben, dass die Probanden, zu denen Kontakt aufgenommen werden konnte und von denen zumindest grundlegende Daten vorliegen, in Bezug auf das Alter repräsentativ für die Gesamtstichprobe sind. Bezüglich der Symptomatik besteht die Tendenz, dass die Probanden, zu denen kein Kontakt aufgenommen werden konnte, in der Vergangenheit insgesamt eine stärkere Ausprägung in der internalen und externalen Symptomatik sowie der Unaufmerksamkeit aufwiesen. Da es sich bei der Gruppe der fünf nicht eingeschlossenen Studienteilnehmer nicht um Personen handelt, die zum aktuellen Erhebungszeitpunkt die Mitarbeit verweigerten, sondern deren Kontaktdaten, trotz intensiver Recherchen, nicht ausfindig gemacht werden konnten, ist anzunehmen, dass es sich hier eher um eine Gruppe von „Unsteten“ handelt, die aufgrund mehrerer Umzüge und Ortswechsel nicht gefunden werden konnten. Dies lässt vermuten, dass die Drop-out-Gruppe relativ auffällige ehemalige Patienten beinhaltet. In der Konsequenz lässt sich für die vorliegenden Ergebnisse schlussfolgern, dass die Beurteilung der Gesamtgruppe der ehemaligen Patienten tendenziell besser ausfällt als dies unter Einschluss der fehlenden Studienteilnehmer erfolgt wäre. Da sich diese Gruppenunterschiede jedoch nicht als statistisch signifikant erweisen, ist davon auszugehen, dass die erhobenen Daten weitgehend repräsentativ für die Gesamtstichprobe sind.

Fremdurteile zur ADHS-Symptomatik liegen von durchschnittlich 1,5 Jahre jüngeren Probanden vor. Dies könnte darin begründet liegen, dass jüngere Patienten noch häufiger Zuhause wohnen, was eine bessere Erreichbarkeit der Eltern, bzw. der Mütter, die den Fragebogen zum größten Teil ausfüllten, gewährleistete. Im Vergleich zu bisheri-

gen Messzeitpunkten erwiesen sich diese Probanden tendenziell unauffälliger in ihrer ADHS- und externalen Symptomatik als die Studienteilnehmer, von denen kein Fremdurteil zur ADHS-Symptomatik eingeholt werden konnte. Bis auf den Altersunterschied ergeben sich jedoch auch hier keine signifikanten Gruppenunterschiede und es ist zu vermuten, dass sich die ADHS-Symptomatik zwischen durchschnittlich 26,8 Jahren und 28,2 Jahren nicht wesentlich verändert, weshalb auch diesbezüglich davon ausgegangen werden kann, dass die erhobenen Fremdurteile (weitgehend) repräsentativ für die Gesamtstichprobe sind.

Studienteilnehmer, die an einem ausführlichen Untersuchungstermin mit klinischen Interviews und Tests in der Uniklinik Köln teilnahmen, waren durchschnittlich zwei Jahre jünger als die Gruppe derer, die diesen Termin nicht wahrnahmen. Sie schätzten sich im Selbsturteil als unaufmerksamer (Fremdurteil: Trend) ein und wiesen lt. Fremdurteil ausgeprägtere externale Symptome und eine stärkere Gesamtauffälligkeit auf als die Studienteilnehmer, von denen lediglich Fragebogen und Informationen aus Telefoninterviews und demnach weniger umfangreiche Daten sowie keine oder weniger klinische Beurteilungen vorliegen. Dies lässt darauf schließen, dass die klinische Einschätzung der ADHS- und der externalen Symptomatik etwas positiver ausgefallen wäre, wenn alle aktiven Teilnehmer des Follow-ups einen persönlichen Untersuchungstermin wahrgenommen hätten. Da nach ausführlichen Interviews jedoch z. T. auch klinische Einschätzungen erfolgten und Studien gezeigt haben, dass Telefon- und Face-to-Face-Interviews vergleichbare diagnostische Daten liefern (zusammengefasst in Mannuzza, 2003), ist zu erwarten, dass dieser Gruppenunterschied keinen essentiellen Einfluss hat.

Insgesamt kann demnach davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Ergebnisse repräsentativ sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die Entwicklung ehemaliger ADHS-Patienten sind.

14. Diskussion der Ergebnisse

14.1 Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit

14.1.1 Schulabschluss

Der größte Teil der ehemaligen Patienten hat einen Schulabschluss erlangt. 7,2 % der Probanden haben (noch) keinen Schulabschluss vorzuweisen. Vergleicht man diesen Anteil mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung, zeigt sich, dass dieser Wert in etwa im durchschnittlichen Bereich liegt. So lag der Anteil der Schulabgänger ohne Schulabschluss im Jahr 2009 in NRW bei 6,5 % und deutschlandweit bei 7 % (Bertelsmann-Stiftung, 2014). Im Jahr 2010 lag der Bundesdurchschnitt bei 6,5 % (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2012). Auffällig ist jedoch, dass der Anteil derjenigen, die einen Hauptschulabschluss erlangt haben, in der Stichprobe überdurchschnittlich hoch ist. In der Allgemeinbevölkerung hatten im Jahr 2011 19,5 % der 25- bis 29-Jährigen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2013) einen Hauptschulabschluss. In der vorliegenden Stichprobe sind es jedoch 44,9 % und damit mehr als doppelt so viele. Der Anteil der Personen mit einem Realschulabschluss liegt mit 34,8 % im selben Bereich wie in der Allgemeinbevölkerung. Hier hatten im Jahr 2011 31,6 % der 25- bis 29- Jährigen einen solchen Abschluss vorzuweisen. Der Anteil derjenigen, die die Schule mit dem Fachabitur oder dem Abitur verlassen, war dagegen mit 13,0 % in der Stichprobe deutlich geringer als in der Allgemeinbevölkerung, in der im Jahr 2011 44,8 % der 25- bis 29-Jährigen eine Fachhochschul- oder Hochschulreife erlangten (Bundeszentrale für politische Bildung, 2013). Dies unterstützt Forschungsergebnisse, nach denen von ADHS Betroffene einen geringeren Schulabschluss als gleichaltrige Nicht-Betroffene erzielen (Biederman et al., 2010; Mannuzza et al. 1993, 1997; Rasmussen & Gillberg, 2000; Weiss & Hechtman, 1993; Weiss et al. 1985).

14.1.2 Berufsausbildung und aktuelle berufliche Situation

Während 65,7 % der Stichprobe eine abgeschlossene Berufsausbildung/Lehre sowie 1,4 % ein absolviertes Studium vorzuweisen hatten und sich 7,1 % der Stichprobe zum Erhebungszeitpunkt in der Ausbildung befand, gab ein Viertel (25,7 %) der Stichprobe an, keine Berufsausbildung zu haben. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist der Anteil derjenigen ohne Berufsausbildung in der Stichprobe erhöht. Die Zahl der jungen Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren ohne Berufsabschluss lag in Deutschland im Jahr 2012 zwischen 13,1 % (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2015) und 14,9 % (DGB, 2014) und damit mehr als 10 Prozentpunkte unter den Werten der Stichprobe. Auf Länderebene betrachtet, liegt der Anteil der jungen Erwachsenen (ebf.

20- bis 29-Jährige) ohne abgeschlossene Berufsausbildung in Nordrhein Westfalen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt verhältnismäßig hoch. Hier konnten im Jahr 2012 19,0 % dieser Altersgruppe keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Dieser Wert schwankte in NRW in den Jahren 2009 bis 2013 zwischen 17,7 % und 22,2 % und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt (DGB, 2014). Bis auf wenige Ausnahmen lebten die Studienteilnehmer in NRW, so dass ein Vergleich auf Landesebene repräsentativer erscheint. Dennoch liegt der Anteil der Studienteilnehmer ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit 3 bis 8 Prozentpunkten noch immer über dem Anteil in der NRW-Allgemeinbevölkerung.

Laut Adamy (2013) lag der Anteil der 25- bis 29-Jährigen mit einem Fachschulabschluss im Jahr 2010 bei 5,5 % (Männer) bzw. 6,2 % (Frauen). Einen Hochschulabschluss hatten im Jahr 2010 in dieser Altersgruppe 14,2 % der Männer und 19,0 % der Frauen vorzuweisen. In der Stichprobe wurde dagegen mit nur 1,4 % ein deutlich geringerer Anteil von Studienabschlüssen erfasst.

Fehlende Berufsabschlüsse waren in der Stichprobe nicht immer mit ungünstigen Verläufen verbunden. Einigen Studienteilnehmern war es gelungen, auch ohne Berufsausbildung beruflich Fuß zu fassen und sie gingen einer geregelten Tätigkeit nach. Dennoch sind bei fehlenden Berufsabschlüssen im Allgemeinen auch ungünstigere Verläufe zu erwarten, da berufliche Chancen mit fehlender Ausbildung in der BRD über die letzten Jahre abgenommen haben. Eine fehlende Ausbildung geht mit einem hohen Arbeitslosigkeitsrisiko und häufiger Langzeitarbeitslosigkeit einher (Kurz, 2014). In 2009 lag die Arbeitslosenquote unter ungelernten Erwerbspersonen in Deutschland bei 21,9 % und damit deutlich über der Arbeitslosenquote der Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung (6,6 %). Ungelernte Angestellte unterliegen neben dem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko einem erhöhten Risiko, keine mit Entwicklungsperspektiven verbundene Arbeitstätigkeit ausüben zu können (Braun et al., 2012).

In der Stichprobe war ein erhöhter Anteil an Personen auszumachen, die eine Ausbildung im Handwerk absolviert hatten oder die einer handwerklichen Arbeitstätigkeit nachgingen. Laut Zentralverband des Deutschen Handwerks (2015) arbeiten 12,6 Prozent aller Erwerbstätigen Deutschlands in Handwerksberufen und 27,3 % aller Auszubildenden in Deutschland sind im Handwerk tätig. Der Anteil der im Handwerk Arbeitenden war demnach in der Stichprobe mit 60 % um das 4,8-fache und der Anteil derer, die eine Ausbildung in einem Handwerksberuf absolviert hatte, war in der Stich-

probe mit 55 % um das 2-fache erhöht. Dies spricht dafür, dass von ADHS Betroffene Berufe wählen, bei denen langes Sitzen und monotones Arbeiten nicht erforderlich ist und bei denen sie stattdessen körperlich aktiv sein können, um ihrem erhöhten Bewegungs- und Stimulationsbedürfnis gerecht zu werden.

Im Jahr 2008 waren in NRW 10 % der Erwerbstätigen selbstständig (Kalleter, 2010). Zwischen 2010 und 2011 lag die Selbstständigenquote deutschlandweit um 11 % (Mai & Marder-Puch, 2013) mit einem höheren Anteil der Männer (13,3 %; Frauen: 7,5 %, Institut für Mittelstandsforschung, 2015). Der größte Teil der Selbstständigen ist zwischen 35 und 55 Jahre alt. Im Jahr 2009 waren 13,9 % der selbstständig Tätigen unter 34 Jahre alt (Fritsch et al., 2012). In der Stichprobe waren 13 % der Untersuchungsteilnehmer selbstständig. Im Vergleich zum Gesamtanteil der Selbstständigen unter den Erwerbstätigen in Deutschland liegen demnach annähernd gleiche Werte vor. Geht man von einem Anteil der Selbstständigen unter allen Erwerbstätigen von 10 % aus, von denen 13,9 % unter 34 Jahre alt sind, wäre in der Stichprobe ein Selbstständigenanteil von 1,4 % zu erwarten. Differenziert nach Alter betrachtet, ist der Anteil der Selbstständigen demnach erhöht. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Mannuzza et al. (1993), die in der Gruppe der von ADHS Betroffenen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen erhöhten Anteil an Selbstständigen vermerken konnten. Von ADHS Betroffene werden zum einen häufig als impulsiver und risikofreudiger beschrieben, was im Berufsleben zu einer erhöhten Selbstständigkeitsrate führen könnte. Zum anderen könnte ein selbstständiges Arbeiten von den Betroffenen bevorzugt werden, weil keine oder eine geringere Anpassung an gegebene Arbeitsstrukturen erforderlich ist und sie ihrer häufig hohen Kreativität mehr Raum geben und ihren Arbeitsplatz mehr nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten können.

Wechselnde Arbeitsstellen in der Stichprobe werden häufig genannt. 53 % der Probanden hatten ihren Arbeitsplatz bereits mindestens zweimal gewechselt, 41 % auch häufiger. In Anbetracht des Alters der Probanden erscheinen diese Zahlen zunächst hoch, jedoch ist bei jüngeren Arbeitnehmern in Deutschland, unabhängig davon, ob Arbeitnehmer von ADHS betroffen sind oder nicht, die Stabilität der Beschäftigung gesunken. Im Vergleich zu den Geburtsjahrgängen 1961/62 ging die durchschnittliche Dauer betrieblicher Beschäftigungsverhältnisse für Personen, die 1978 und 1979 geboren wurden, um etwa 22 % zurück und die erste Phase des Erwerbslebens scheint instabiler und schwieriger geworden zu sein. Dabei weisen Personen ohne Ausbildung mit Abstand die niedrigsten Beschäftigungsdauern an einer Arbeitsstelle auf (Rhein &

Stüber, 2014). Einer Studie der IG Metall zufolge verlieren junge Arbeitnehmer sechsmal häufiger ihren Arbeitsplatz als Erwerbspersonen, die älter als 35 Jahre sind. 37 % der jungen Erwerbstätigen mussten ihrem Arbeitsplatz bereits ungewollt wechseln (Langhoff et al., 2010). In Anbetracht der Instabilität in der beruflichen Entwicklung junger Erwachsener in der Allgemeinbevölkerung ist ein Vergleich der Arbeitsstellenwechsel der Studienteilnehmer daher schwierig.

Die Arbeitslosenquote in der Stichprobe lag zum Erhebungszeitpunkt bei 17 %. Dies erscheint im Vergleich zur Arbeitslosenrate in NRW zunächst hoch, denn in den Jahren 2010 bis 2014 lag diese zwischen 8,1 und 8,7 % (Statista, 2015a) und damit etwas über dem gesamtdeutschen Mittelwert (2010 bis 2014: 6,6 bis 7,7 %, Statista, 2015b). Die Arbeitslosenquote unter den jungen Erwachsenen liegt jedoch deutlich über dem gesamtdeutschen Mittelwert. So waren in 2011 14 % der 20- bis 24-Jährigen und 17 % der 25- bis 29-Jährigen von Arbeitslosigkeit betroffen, wobei in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen mehr als die Hälfte der Personen nicht aktiv auf der Suche nach einer Erwerbstätigkeit war (Eichhorst & Thode, 2011). Einer Studie der IG Metall zufolge waren 32 % der jungen Arbeitnehmer bis 35 Jahre bereits mehr als sechs Monate arbeitslos. In der KAMT-Stichprobe waren 32,8 % der Befragten von einer mindestens 6-monatigen Arbeitslosigkeit betroffen (Langhoff et al., 2010). Die Ergebnisse der Studie sind demnach mit der Arbeitslosenrate junger Erwachsener in Deutschland vergleichbar.

Laut Langhoff et al. (2010) sei der Arbeitsmarkt für Jüngere zwar schnelllebiger als für ältere Arbeitnehmer und für sie bestünde ein doppelt so hohes Risiko, arbeitslos zu werden, jedoch sei die Dauer der Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen deutlich kürzer als bei älteren Erwerbspersonen. Bei Betrachtung der Dauer der Arbeitslosigkeit fällt jedoch auf, dass unter den Studienteilnehmern viele Langzeitarbeitslose zu finden sind. Für 48,6 % der von Arbeitslosigkeit Betroffenen wurde eine Dauer der Arbeitslosigkeit von mindestens 12 Monaten, für 25,7 % sogar von mindestens 4 Jahren erfasst. Etwa die Hälfte davon war zum Erhebungszeitpunkt ernsthaft psychisch erkrankt und arbeitsunfähig. Laut Statistiken für die Gruppe der Arbeitslosen konnte sich im Jahr 2011 in Deutschland fast die Hälfte der Arbeitslosen (44,9 %) innerhalb von 3 Monaten wieder in den Arbeitsmarkt integrieren (siehe Tabelle 48). Bei der Berechnung der Arbeitslosendauer wird in eine abgeschlossene Dauer und eine bisherige Dauer differenziert. Die abgeschlossene Dauer umfasst den Zeitraum zwischen Beginn und Abgang aus der Arbeitslosigkeit. Die bisherige Dauer beinhaltet für den Bestand an Arbeitslo-

sen die Zeitspanne vom Beginn der Arbeitslosigkeit bis zum jeweiligen Zähltag (Bundesagentur für Arbeit, 2014). Es zeigt sich, dass im Jahr 2011 der größte Teil der Arbeitslosen innerhalb eines Jahres seine Arbeitslosigkeit beenden konnte. Eine solche Darstellung der Arbeitslosendauer konnte leider nicht differenziert nach Altersgruppen gefunden werden. Analysen zufolge ist die Dauer der Arbeitslosigkeit jedoch umso kürzer, je jünger die Person ist (Heining & Lingens, 2006). Unter dieser Voraussetzung erweist sich der Anteil der Langzeitarbeitslosen in der Stichprobe mit 48,6 % als überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 48:
Abgeschlossene und bisherige Arbeitslosigkeitsdauer im Jahr 2011 (Bundesagentur für Arbeit, 2014) im Vergleich zur lifetime Arbeitslosigkeitsdauer in der Stichprobe, Angaben in Prozent

	Abgeschlossene Dauer	**Bisherige Arbeitslosigkeitsdauer**	**KAMT Arbeitslosigkeit lifetime**
bis zu 3 Monate	44,9	28,5	20,0
3 bis 6 Monate	18,9	16,8	17,1
6 bis 12 Monate	16,6	19,3	14,3
12 Monate und mehr	19,5	35,4	48,6

Insgesamt kann für die berufliche Situation der Studienteilnehmer festgehalten werden, dass überdurchschnittlich viele Personen keinen Berufsabschluss vorweisen können und dass sie weniger qualifizierte Abschlüsse als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung erlangen. Die Arbeitslosenquote ist im Vergleich zu Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht, jedoch der Anteil an Langzeitarbeitslosen. Die Studienteilnehmer waren demnach nicht häufiger, jedoch länger von Arbeitslosigkeit betroffen. Des Weiteren zeigte sich ein erhöhter Anteil von beruflich Selbstständigen und von Personen, die im Handwerk tätig waren. Trotz einiger guter und sehr guter Verläufe in Bezug auf die Integration in den Arbeitsmarkt bestätigen sich daher für die Stichprobe Studienergebnisse aus dem internationalen Raum, nach denen von ADHS Betroffene im Durchschnitt eine negativere berufliche Entwicklung aufweisen (Barkley et al., 2008; Biederman et al., 2006; Kessler et al., 2005; Mannuzza et al., 1993; 1997; Weiss & Hechtman, 1993).

14.1.3 Familiäre- und Wohnsituation

In der Stichprobe lebten 20,6 % der ehemaligen Patienten mit mindestens einem Elternteil in einer häuslichen Gemeinschaft. In der Allgemeinbevölkerung lebten im Jahr 2010 38 % der 25-Jährigen Männer und 21 % der 25-Jährigen Frauen bei ihren Eltern

(Statistisches Bundesamt, 2011). Da die KAMT-Stichprobe mit 93 % überwiegend Männer beinhaltet, erscheint der Anteil derer, die noch bei den Eltern leben, zunächst verringert. Jedoch handelt es sich bei der Stichprobe um durchschnittlich 27-Jährige und je älter die Kinder werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie das Elternhaus verlassen. In der Tabelle 49 sind die Anteile der ledigen Männer und Frauen aufgeführt, die im Jahr 2004 noch bei ihren Eltern lebten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004) und dem Anteil der Probanden aus der KAMT-Stichprobe (gesamt) gegenübergestellt, der allerdings auch verheiratete Personen beinhaltet. Insgesamt kann daher davon ausgegangen werden, dass in der Wohnsituation der Studienteilnehmer keine Unterschiede zu Gleichaltrigen in der Allgemeinbevölkerung bestehen.

Tabelle 49:
Ledige Kinder bei Eltern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004) im Vergleich zur KAMT-Stichprobe (gesamt), Angaben in Prozent

Altersgruppe	**Frauen West-deutschland**	**Männer West-deutschland**	**KAMT-Stichprobe gesamt**
18-24 Jahre	56,1	71,9	
25-29 Jahre	12,5	27,0	20,6
30-34 Jahre	3,5	9,9	

Tabelle 50 bietet eine weitere Übersicht der Lebensformen junger Erwachsener, der die Ergebnisse der KAMT-Stichprobe gegenübergestellt werden. Es gilt zu beachten, dass sich die Prozentangaben der Quelle (Information und Technik NRW, 2014) auf 18- bis 30-jährige Männer und Frauen beziehen und dass die KAMT-Stichprobe mit durchschnittlich 27 Jahren im oberen Viertel dieser Altersgruppe anzusiedeln ist. Im Jahr 2013 lag der Bundesdurchschnitt für die Geburt des ersten Kindes bei 29,3 Jahren, und Personen im Alter zwischen 26 und 35 Jahren hatten im Durchschnitt 1,6 Kinder (Statistisches Bundesamt, 2013a). In der KAMT-Stichprobe waren 15,6 % der männlichen Probanden Eltern, sie lebten jedoch nicht immer mit ihren Kindern zusammen. Die Ergebnisse scheinen demnach alle im vergleichbaren Bereich zu liegen. Dies widerspricht u. a. Studienergebnissen, nach denen von ADHS Betroffene eher als Gleichaltrige Kinder bekommen (Weiss et al., 1985; Barkley et al., 2008). Der Anteil der Stieffamilien lag im Jahr 2011 in Deutschland bei 10 % (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013) und 2 % der Befragten in der Stichprobe lebte mit Stiefkindern zusammen. Auch dieser Anteil liegt im durchschnittlichen Bereich. Im Jahr 2010 lag das Heiratsalter im Bundesdurchschnitt bei den Männern bei 33,2 Jahren und

bei den Frauen bei 30,3 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2015). Nach Altersgruppen differenzierte Vergleichswerte sind kaum zu finden. Ein Anhalt bietet eine Statistik über in Baden-Württemberg lebende Menschen: im Jahr 2011 waren von den 25- bis 30-Jährigen deutschen Einwohnern 22 % verheiratet und 1 % war geschieden (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014). In der Stichprobe waren 12,7 % der Probanden verheiratet und noch niemand geschieden. Bei der Annahme, dass die Heiratsrate junger Erwachsener in Baden-Württemberg auch repräsentativ für Nordrhein-Westfalen ist, ist auch hier, entgegen der Studienergebnisse von Barkley et al. (2006), nicht von einer erhöhten Verheiratungs- und Scheidungsrate auszugehen.

Tabelle 50:
Lebensformen junger Erwachsener zwischen 18 und 30 Jahren in NRW 2012 (Information und Technik NRW, 2014) im Vergleich zur KAMT-Stichprobe (gesamt), Angaben in Prozent

	Männer	**Frauen**	**KAMT-Stichprobe gesamt**
Im Haushalt mit Eltern	52,2	38,0	20,6
alleinstehend	27,5	24,8	32,4
Paar ohne Kind	13,6	20,4	36,8
Paar mit Kind(ern)	6,6	13,1	
alleinerziehend	-	3,6	-

14.1.4 Straßenverkehr und Unfallträchtigkeit

Bei 27,3 % der 33 Probanden, die bereits einen Führerschein erlangt hatten, wurde die Probezeit aufgrund von Verkehrsverstößen verlängert. In der Allgemeinbevölkerung ist dies in der Regel bei unter 20 Prozent der Fahranfänger der Fall (Fahrtipps, 2009), so dass in der Stichprobe eine Tendenz zu häufigeren Führerscheinnachprüfungen besteht. Dass fast drei Viertel der Probanden im Zusammenhang ihrer aktiven Teilnahme im Straßenverkehr von mindestens einem Unfall mit Blechschäden und fast 40 % von mehr als fünf Strafzetteln berichten, lässt eine überdurchschnittlich hohe Unfallträchtigkeit und Verstöße im Straßenverkehr vermuten, jedoch konnten in Bezug auf die Häufigkeit von Unfällen und Strafzetteln spezifisch für diese Altersgruppe keine adäquaten Vergleichsdaten gefunden werden.

14.1.5 Adipositas

In der Stichprobe wurde mit 44,4 % ein hoher Anteil an übergewichtigen und adipösen Probanden erfasst. Diese Angaben relativieren sich bei Betrachtung der BMI-Werte in der Allgemeinbevölkerung, denn über die Hälfte der deutschen Erwachsenen ist über-

gewichtig und fast ein Viertel ist adipös (Robert-Koch-Institut, 2012). Laut der DEGS-Studie des Robert-Koch-Instituts weisen 67 % der Männer und 53 % der Frauen mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 25 kg/qm Übergewicht auf. Einen BMI über 30 kg/qm haben 23 % der Männer und 24 % der Frauen und liegen damit im Bereich der Adipositas. Die größte Zunahme an Adipositas in den letzten Jahren zeigte dabei die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (Robert-Koch-Institut, 2012). Der BMI-Mittelwert für Männer zwischen 18 und 29 Jahren liegt bei 24,5 kg/qm (Mensink et al., 2013) und damit leicht unter dem BMI-Mittelwert der KAMT-Stichprobe von 25,9 kg/m². Betrachtet man die altersspezifischen BMI-Werte fällt auf, dass die Werte der KAMT-Stichprobe zwar in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Durchschnittsbereich liegen, im Vergleich zur Altersgruppe jedoch überdurchschnittlich hoch sind. Übergewicht und Adipositas weisen in der Allgemeinbevölkerung zwischen 18 und 29 Jahren 30 % der Frauen und 35 % der Männer auf. In der KAMT-Stichprobe liegt der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen 9 (Männer) bzw. 14 (Frauen) Prozentpunkte höher (siehe Tabelle 51).

Tabelle 51:
Prävalenz für Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei 18- bis 29-jährigen deutschen Erwachsenen (DEGS1, Mensink et al., 2013) im Vergleich zur KAMT-Stichprobe, Angaben: Gültige Prozent

BMI (kg/m²)	**DEGS-Studie Frauen (18-29 J)**	**DEGS-Studie Männer (18-29 J)**	**KAMT-Studie Gesamt**
Normalgewicht (18,5-24,9)	65,5	62,0	55,6
Übergewicht + Adipositas (≥ 25,0)	30,0	35,3	44,4
Übergewicht (25,0-29,9)	20,4	26,7	31,7
Adipositas (≥ 30,0)	9,6	8,6	12,7
Adipositas Grad 1 (30,0–34,9)	6,9	6,6	7,9
Adipositas Grad 2 (35,0–39,9)	1,8	1,6	3,2
Adipositas Grad 3 (≥ 40,0)	0,9	0,4	1,6

In der Literatur finden sich zunehmend Studien, die eine erhöhte Prävalenz von Essstörungen unter von ADHS Betroffenen betonen. Fleming et al. (2005) fanden bei stark übergewichtigen Frauen signifikant mehr aktuelle und retrospektiv berichtete ADHS-Symptome als in der Normstichprobe. Dabei wurden Symptome der Unaufmerksamkeit, nicht jedoch der Hyperaktivität häufig berichtet. Auch andere Forschungsergebnisse legen nahe, dass übergewichtige oder adipöse Erwachsene häufig unter einer ADHS leiden. Mögliche Ursachen liegen in einem impulsiven und desorganisierten

Essverhalten (Gruß et al., 2010), aber auch ein möglicherweise gleicher Entstehungsweg beider Erkrankungen, denn das Dopaminrezeptorgen DRD4 ist sowohl mit ADHS als auch mit Adipositas verknüpft. Der Dopaminmangel führt zu unzureichender Befriedigung durch Belohnung. Dieser Belohnungsbedarf kann durch Input an Informationen wie z. B. Risikoverhalten, Substanzmissbrauch sowie abnormales Ess- und Trinkverhalten befriedigt werden. Diese Verhaltensweisen können sowohl im Rahmen der ADHS als auch der Adipositas beobachtet werden (Bergmann, 2014). Fernández-Aranda et al. (2013) untersuchten in Ihrer Studie Zusammenhänge zwischen ADHS und verschiedenen Essstörungen und fanden Parallelen zu Bulimie, nicht näher bezeichneten Esststörungen sowie Binge-Eating-Subtypen. Weniger Parallelen fanden sich dagegen zur Anorexie. In der KAMT-Studie wurden keine komorbiden Essstörungen diagnostiziert, jedoch Essanfälle im subklinischen Bereich. Die BMI-Unterschiede zwischen den 18-29-Jährigen der DEGS-Studie und den 22- bis 32-Jährigen der KAMT-Studie scheinen die Annahme zu unterstützen, dass ADHS-Patienten häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind.

14.1.6 Medikamentöse sowie psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen im Erwachsenenalter

Von den Studienteilnehmern wurden ambulante und stationäre Behandlungen erfragt, die im Erwachsenenalter, d. h. nach dem 18. Geburtstag, wahrgenommen wurden. In der Allgemeinbevölkerung befanden sich im Jahr 2011 in der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen 1,8 % aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (ICD10: F00-F99) in stationärer Behandlung (Statista, 2015c). In ambulanter Behandlung befanden sich im Jahr 2009 in der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen 20,4 % (Statista, 2015d). In der KAMT-Stichprobe wurden von 4,5 % der Studienteilnehmer ausschließlich ambulante und von 13,6 % sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungsangebote wahrgenommen. Demnach sind die ambulanten Behandlungen in der Stichprobe vergleichbar mit der Behandlungshäufigkeit in der Allgemeinbevölkerung. Stationäre Behandlungsangebote wurden dagegen von den Studienteilnehmern deutlich häufiger wahrgenommen. Dies kann angenommen werden, obwohl die Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung mit 15 bis 45 Jahren sehr weit gefasst ist und nicht genau der Altersgruppe der KAMT-Stichprobe entspricht. Gründe für die erforderlichen stationären Behandlungen liegen insbesondere in der Behandlung von Störungen des Substanzmissbrauchs sowie Psychosen, die in der Stichprobe überrepräsentiert sind.

In der Allgemeinbevölkerung ist in den letzten 10 Jahren eine allgemeine Zunahme der Verordnungen von Psychopharmaka zu verzeichnen. Im Jahr 2009 wurden 6,7 % der

Frauen und 4,6 % der Männer im Alter von 25 bis 34 Jahren, die in der BKK versichert waren, Psychopharmaka verordnet (Diakonie, 2012). In der KAMT-Stichprobe wurden in 16,7 % der Fälle Psychopharmaka eingenommen, so dass der Anteil derer, die psychopharmakologisch behandelt wurden, etwa um das 3,5-fache erhöht ist. Wider Erwarten wurden nur in 3 % der Fälle Stimulanzien, die bei der medikamentösen Behandlung der ADHS als Mittel der ersten Wahl gelten, eingenommen, obwohl 27 % der Studienteilnehmer nach DSM-5 die vollen Kriterien für eine ADHS erfüllten (siehe Kapitel 14.2). Zwar hat das Vorliegen einer ADHS-Diagnose nicht zwangsläufig eine medikamentöse Behandlung zur Folge, jedoch wurden auch Studienteilnehmer mit ADHS-Diagnose und hohem Beeinträchtigungsgrad nicht adäquat behandelt und sie zeigten in den meisten Fällen auch keine Behandlungsmotivation. Dies betraf nicht nur die medikamentöse, sondern auch die psychotherapeutische Behandlung. Patienten, die sich aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten in ambulanter und/oder stationärer Behandlung befanden, wurden in nur 3 % der Fälle ADHS-spezifisch behandelt. Dies deckt sich tendenziell mit Ergebnissen von Kessler et al. (2005), nach denen sich 16 % der von ADHS Betroffenen in Behandlung befanden, ohne dass die ADHS im Fokus der Behandlung stand, wobei in der KAMT-Stichprobe noch weniger ADHS-spezifisch behandelt wurde (KAMT: 3 %, Kessler: 16 %). Laut Rösler & Retz (2008) weisen in der Regel 30 bis 40 % der diagnostizierten ADHS-Fälle eine Behandlungsnotwendigkeit auf. Dies deckt sich weitestgehend mit Ergebnissen dieser Studie, denen zufolge 20 % der Stichprobe aufgrund bestehender ADHS-Symptome, 10 % der Stichprobe aufgrund bestehender Auffälligkeiten im Sozialverhalten und 29 % der Stichprobe aufgrund komorbider Auffälligkeiten dem klinischen Urteil zufolge noch eine weitere Behandlung mit unterschiedlicher Intensität benötigen.

14.1.7 Finanzielle Situation

Bezüglich der finanziellen Situation der Studienteilnehmer ist es ebenfalls schwierig, adäquate Vergleichsdaten zu recherchieren. Bei jungen Erwachsenen besteht der allgemeine Trend für Überschuldungen durch Arbeitslosigkeit, unwirtschaftliche Haushaltsführung, gepaart mit wenig Erfahrung im Umgang mit Geld und Nichtbeachtung von Einkommen und Konsumverhältnis (Barry, 2014). Im Jahr 2013 waren 17 bis 19 % der Schuldner von Kreditinstituten, Inkassobüros und Telekommunikationsunternehmen unter 25 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2013b). Die meisten Schuldner im Jahr 2013 waren alleinstehende Männer (Statistisches Bundesamt, 2014). Bezogen auf die Altersgruppe der jungen Erwachsenen waren im Jahr 2013 7 % der in Schuldnerberatungsstellen beratenden Personen (10 % der Gesamtbevölkerung) 18 bis 24

Jahre alt und 27 % der beratenden Personen (15 % der Gesamtbevölkerung) 25 bis 34 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2014). In der KAMT-Stichprobe berichteten knapp ein Viertel (23 %) der Befragten von aktuellen finanziellen Problemen. Weiteren 25 % der Studienteilnehmer gelang ein Auskommen mit ihren finanziellen Mitteln, weil sie sich, aufgrund früherer negativer Erfahrungen mit impulsivem Kaufverhalten, bewusst kontrollierten bzw. kontrollieren ließen. Zudem wurden von etwa einem Drittel der Fremdurteiler und von einem Fünftel der Probanden selbst im FEA-AFB und FEA-ASB finanzielle Probleme angegeben. Allerdings handelte es sich im größten Teil der KAMT-Fälle nicht um eine Überschuldung, sondern lediglich um Verschuldung, weshalb die Zahlen nicht unmittelbar zu vergleichen sind. Außerdem gaben im Fragebogen für Lebenszufriedenheit 93 % der Studienteilnehmer an, mit ihrer finanziellen Lage zufrieden zu sein, so dass im Vergleich zu den Werten der Allgemeinbevölkerung keine überdurchschnittlichen finanziellen Probleme angenommen werden.

14.1.8 Gesetzeswidrigkeiten, Straftaten und Verurteilungen

Die Gesetzeswidrigkeiten und Straftaten der ehemaligen Patienten wurden für die Lebenszeit erfasst. Kriminalstatistiken können Auskunft geben, inwieweit die Häufigkeit und das Ausmaß der Gesetzeswidrigkeiten mit Vorfällen bei Gleichaltrigen in der Normalbevölkerung vergleichbar sind. Allerdings gilt zu beachten, dass Kriminalstatistiken auf objektiven, die Aussagen in der KAMT-Stichprobe jedoch auf subjektiven Angaben beruhen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Nach klinischem Eindruck berichteten die Studienteilnehmer jedoch sehr offen von Vorfällen gesetzeswidrigen Verhaltens. Im Jahr 2013 handelte es sich deutschlandweit bei 9,1 % aller Tatverdächtigen um Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahre, bei 9,0 % aller Tatverdächtigen um Heranwachsende zwischen 18 und 21 Jahre und bei 25,4 % aller Tatverdächtigen um junge Erwachsene zwischen 21 und 30 Jahren (Bundesministerium des Innern, 2014). Kriminologen zufolge begehen Jugendliche und Heranwachsende deutlich mehr Straftaten als Erwachsene. Jugendkriminalität bis zu einem Alter von 20 Jahren ist in allen sozialen Schichten und bei einer Vielzahl junger Menschen im Laufe ihres Reifungsprozesses zu beobachten. Im Jahr 2013 betrug der prozentuale Anteil der tatverdächtigen Jugendlichen sowie Heranwachsenden zwischen 18 und 20 Jahren in Niedersachsen jeweils etwa 10 %, gleichwohl machte deren Anteil an der Wohnbevölkerung lediglich 3 bis 4 % aus. Nach kriminologischen Erkenntnissen sei strafbares Verhalten von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden in der Regel ein vorübergehendes Phänomen, das statistisch gesehen ab dem Alter von 10 bis 12 Jahren beginnt, sich im Jugendalter steigert und im Alter von 17 bis 18 Jahren ihren Höhepunkt erreicht. Die Kriminalitätsrate nimmt mit der weiteren Entwicklung und mit dem Über-

gang junger Menschen in Ausbildung, Beruf und Partnerschaft deutlich ab (Niedersächsisches Justizministerium, o. J.).

Eine Abnahme von Polizeikontakten und dissozialen Verhaltens ist auch in der KAMT-Stichprobe mit zunehmendem Alter zu beobachten. Über die Lebensspanne konnte aufgrund dissozialen Verhaltens bei 44,9 % der ehemaligen Patienten mindestens ein Polizeikontakt, einschließlich der Polizeikontakte, die keinen Gerichtstermin und keine Verurteilung zur Folge hatten (13 %), erfasst werden. Der größte Teil der Probanden berichtete zum Erhebungszeitpunkt des 18-Jahres-Follow-up kein aktuell gezeigtes kriminelles Verhalten.

In Bezug auf die Häufigkeit der Polizeikontakte ohne und mit Verurteilungen sowie ohne und mit Haftstrafen konnten für die KAMT-spezifische Altersgruppe leider keine adäquaten Vergleichsdaten aus der Allgemeinbevölkerungen eruiert werden. Die in Punkt 5.4.1 dargestellte Studienlage verdeutlicht, dass von ADHS Betroffene im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen häufiger in Gesetzeskonflikte geraten. In der KAMT-Stichprobe bezogen sich die häufigsten Gesetzeskonflikte auf Körperverletzungen und/oder Schlägereien (51,6 %), Diebstähle (38,7 %) und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (38,7 %). Insgesamt hatten 31,8 % der ehemaligen Patienten Straftaten ausgeübt, die eine Verurteilung zur Folge hatten (7,2 % Haft, 24,6 % Bußgeldzahlungen und Sozialstunden). Der Anteil der auffällig gewordenen Probanden erscheint hoch, jedoch kann keine verlässliche Aussage darüber getroffen werden, wie dieser Anteil im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung beurteilt werden kann.

14.1.9 Lebenszufriedenheit

Die Aussagen zur Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer konnten mit den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten des Fragebogenverfahrens verglichen werden. Es zeigte sich auf mehreren Subskalen eine unterdurchschnittliche Lebenszufriedenheit der Gruppe der ehemaligen Patienten. Dies bezog sich z.B. auf die eigene Person (36,4 %), was Studienbefunden entspricht, die in der Entwicklung von ADHS Betroffener häufiger ein negatives Selbstwertgefühl erfassten (Kordon & Kahl, 2003). Tatsächlich waren Befragte häufig unzufrieden mit ihrem Selbstvertrauen und ihrer Selbstsicherheit sowie mit der Art, wie sie das eigene Leben bisher gelebt haben. Langzeitstudien zufolge haben von ADHS Betroffene durchschnittlich mehr Schwierigkeiten, Anforderungen des Lebens zu meistern, was zu Misserfolgserlebnissen und in der Folge zu einem geringeren Selbstwertgefühl und einem geringen Vertrauen in die

eigenen Fähigkeiten führen kann. Dem gegenüber stehen jedoch auch 63,6 % der Probanden, die mit ihrer eigenen Person durchschnittlich (56,4 %) bis überdurchschnittlich (7,2 %) zufrieden waren.

Ebenfalls überdurchschnittlich viele Studienteilnehmer gaben an, mit ihrer Gesundheit (32,7 %), mit den eigenen Kindern (25,0 %) und mit ihrer Arbeit bzw. ihrem Beruf (21,2 %) unzufrieden zu sein. Die berufliche Entwicklung wurde bereits in Kapitel 14.1.2 diskutiert und es zeigten sich im Durchschnitt weniger qualifizierte Abschlüsse, verbunden mit eingeschränkten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, sowie ein erhöhter Teil an Langzeitarbeitslosen. Entsprechend wurden am häufigsten die Aufstiegsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, die Sicherheit der beruflichen Zukunft sowie das Ausmaß der beruflichen Anforderungen und Belastungen bemängelt.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Elternschaft konnten nur acht Probanden Auskunft erteilen, so dass dieses Ergebnis nur vorsichtig interpretiert werden kann. Dennoch zeigt sich hier eine Tendenz hin zu anderen Studienbefunden, die häufig belastete Eltern-Kind-Beziehungen bei von ADHS Betroffenen Elternteilen betonen (Mannuzza et al., 1993; Biederman et al., 2006; Ebert et al., 2003; Weiss, 1985). 75 % der Studienteilnehmer sind mit dem Kontakt zu ihren Kindern durchschnittlich bis überdurchschnittlich zufrieden. Mit einem Anteil von 25 % sind jedoch auch überdurchschnittlich viele Probanden unzufrieden und bewerten insbesondere die Mühen und Kosten, die für die Kinder aufgebracht werden müssen, sowie ihren Einfluss auf die eigenen Kinder negativ.

Entgegen anderer Studienbefunde (z.B. Eakin et al., 2004) erwiesen sich die Probanden der Stichprobe in Bezug auf ihre Ehe oder Partnerschaft sowie in Bezug auf ihre weiteren sozialen Kontakte (Freunde, Bekannte, Verwandte) als durchschnittlich zufrieden. Die eheliche oder partnerschaftliche Situation wurde von Betroffenen mit ADHS nicht negativer beurteilt als von der Normstichprobe. Auch in Bezug auf den Freundes- und Bekanntenkreis, die soziale Unterstützung und die sozialen Aktivitäten waren die Angaben der Studienteilnehmer mit denen der Normstichprobe vergleichbar. Es ergibt sich insgesamt eine unterdurchschnittliche Lebenszufriedenheit der Gruppe der Probanden. Knapp 30 %, und damit überdurchschnittlich viele Personen, erzielen im Gesamtwert des Fragebogens für Lebenszufriedenheit einen unterdurchschnittlichen Wert. Dem gegenüber stehen jedoch auch 70 % der ehemaligen Patienten, die mit ihrem Leben zum Erhebungszeitpunkt zufrieden waren.

14.2 Aktuelle ADHS-Symptomatik

ADHS-Verlaufsstudien bis in das Erwachsenenalter beschreiben bei etwa 30 % der Probanden das Vollbild der ADHS und bei 20 bis 50 % zumindest eine Residualsymptomatik (Wender, 1995; Weiss & Hechtman, 1993; Barkley, 2008; Biederman, 2010; Döpfner et al., 2013a, Lehmkuhl et al., 1998, Döpfner et al., 2013). Der Meta-Analyse von Faraone et al. (2006a) zufolge haben im Alter von 25 Jahren noch 15 % der ADHS-Probanden eine ADHS-Diagnose und weitere 50 % eine ADHS in partieller Remission. Die Ergebnisse der KAMT-Studie zeigen bei 23 % (DSM-IV) bis 27 % (DSM-5) das Vollbild einer ADHS auf und weitere 59 % (DSM-IV) bzw. 55 % (DSM-5) erfüllen die Kriterien einer ADHS in partieller Remission. Die Ergebnisse sind daher mit den Ergebnissen anderer Verlaufsstudien vergleichbar. Erwartungsgemäß übersteigt der Anteil der von ADHS Betroffenen in der Stichprobe die in der Allgemeinbevölkerung gültige Prävalenz von 1 bis 4 % der ADHS im Erwachsenenalter.

Sofern das Vollbild der Diagnose erfüllt ist, überwiegt in der Stichprobe der unaufmerksame Typus (16 %) bzw. die unaufmerksame Erscheinungsform (18 %). Liegt eine Residualsymptomatik vor, ist am häufigsten der Mischtypus (34 %) bzw. die gemischte Erscheinungsform (30 %) und in zweiter Linie der unaufmerksame Typus (18 %) bzw. die unaufmerksame Erscheinungsform (18 %) zu erfassen. Diesbezüglich liegen unterschiedliche Studienergebnisse vor. Bei Barkley et al. (2008) und Jacob et al. (2007) überwog der kombinierte Typus, gefolgt vom unaufmerksamen Typus, bei Rasmussen & Gillberg (2000) überwog, wie auch in der KAMT-Studie, der überwiegend unaufmerksamen Typus.

In der Verlaufsanalyse der ADHS-Symptomatik über die verschiedenen Messzeitpunkte der Follow-up-Untersuchungen ergab sich erwartungsgemäß eine Reduktion der Symptomatik, was sich auch in den Normalisierungsraten widerspiegelt. Beim aktuellen Erhebungszeitpunkt hatten 71 % der Studienteilnehmer einen Kennwert unter 1 und damit eine ADHS-Symptomatik im (weitgehend) unauffälligen Bereich. Dies unterstreicht, dass sich die ADHS-Symptomatik im Jugend- und frühen Erwachsenenalter bei dem größten Teil der Betroffenen deutlich reduziert.

Unterschiedliche Angaben bezüglich der Ausprägung der ADHS-Symptomatik im Selbst- und im Fremdurteil zeigten sich auch in der KAMT-Studie insofern, als dass die Symptomatik der Unaufmerksamkeit und die Beeinträchtigung durch die ADHS-Symptomatik im Fremdurteil signifikant ausgeprägter berichtet wurde. Für die Hyperak-

tivität der Probanden und die Skala der erwachsenenspezifischen Items der FEA-AFB und FEA-ASB bestehen im Signifikanztest jeweils Trends in die gleiche Richtung. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Barkley et al. (2008), nach denen die Annahme besteht, dass ausschließlich Selbsturteile zu einer Unterschätzung der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter führen. Dies unterstreicht die Relevanz einer Fremdanamnese, so dass in eine ADHS-spezifische Diagnostik sowohl Selbst-, als auch Fremd-, als auch klinisches Urteil integriert werden sollten.

In Bezug auf die Symptome der Unaufmerksamkeit geben die Probanden und deren Beurteiler am häufigsten eine leichte Ablenkbarkeit sowie Vergesslichkeit im Alltag an. In Bezug auf die Symptome der Hyperaktivität wird berichtet, dass Personen nicht lange stillsitzen könnten und dass sie häufig „auf Achse“ seien. Viele fühlten sich oft unruhig und nervös, was dem in der Literatur beschriebenen Entwicklungsverlauf der ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter entspricht: eine von außen zu beobachtende Hyperaktivität weicht häufig einer inneren Unruhe und Nervosität. In Bezug auf das impulsive Verhalten wird angegeben, dass das Abwarten schwer falle. Die im FEA-AFB und FEA-ASB ergänzten Items erwiesen sich als sinnvoll und wichtig, um die erwachsenenspezifische ADHS-Symptomatik differenzierter zu erfassen. So wurde für einen großen Teil der ehemaligen Patienten bspw. angegeben, dass sie alles in letzter Minute machten, Schwierigkeiten hätten, Termine einzuhalten, durch äußere Reize ablenkbar seien, unüberlegt und voreilig Sachen kauften und Probleme hätten, das Geld zusammen zu halten. Die wahrgenommene Beeinträchtigung durch die ADHS-Symptomatik fiel dagegen weniger ausgeprägt aus. Es zeigten sich aber Beeinträchtigungen im Umgang mit Geld, bei der Erledigung in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen, bei der Erledigung von Alltagspflichten und beim Lernen bzw. Aneignen neuer Lerninhalte. Diesbezüglich wäre von Interesse, in einer der nächsten Analysen nach der Stärke der ADHS-Symptomatik zu differenzieren, anstatt die Werte für die Gesamtstichprobe zu berechnen.

Laut klinischer Endeinschätzung der ADHS-Symptomatik wiesen 25 % der Befragten im familiären und 47 % der Befragten im beruflichen Kontext keine Symptome der Unruhe, Unaufmerksamkeit oder Impulsivität auf. Ein hoher Anteil der Studienteilnehmer zeigte noch leichte bis mittlere (64,4 % in der Familie, 45,4 % im Beruf) und ein kleinerer Teil starke bis sehr starke (10,2 % in der Familie, 7,3 % im Beruf) ADHS-Symptome. Die Symptome in der Familie erwiesen sich dabei meist als ausgeprägter, weil in diesem Kontext z. B. organisatorische Aufgaben erforderlich waren. Im berufli-

chen Kontext hatte ein großer Teil der Probanden entweder eine adäquate Nische gefunden, die seinen Bedürfnissen entsprach, oder es gelang ihnen, Defizite zu kompensieren, indem sie sich z. B. Arbeitsschritte aufschrieben oder bewusst kontrollierten.

Nach klinischer Einschätzung wird prognostiziert, dass noch 20 % der ehemaligen Patienten aufgrund bestehender ADHS-Symptome eine weitere Behandlung benötigen, wobei nur bei etwa 7 % eine intensivere Behandlung notwendig wäre, während bei den übrigen Probanden gelegentlich stützende Maßnahmen als ausreichend erachtet werden.

14.3 Komorbide Symptomatik

Bezüglich der erfassten komorbiden Symptomatik wurde nach klinischer Einschätzung prognostiziert, dass 29 % der Studienteilnehmer eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung benötigen. Es wird davon ausgegangen, dass davon bei knapp 14 % eine intensivere Behandlung notwendig sein wird, während für 15 % der Probanden eine gelegentlich stützende Maßnahme ausreichend erscheint. Die Störung des Sozialverhaltens als mögliche komorbide Störung wurde separat erfasst und ein klinisches Urteil gebildet. Demnach benötigen 10 % der Studienteilnehmer aufgrund bestehender Auffälligkeiten im Sozialverhalten eine weitere Behandlung, wobei lediglich bei 2 % eine intensivere Behandlung notwendig wäre und bei 8 % eine gelegentlich stützende Maßnahme ausreichend erscheint.

In ADHS-Langzeitstudien werden konsistent erhöhte Lebenszeitprävalenzen für komorbide Störungen angegeben und dabei Raten bis zu fast 90 % benannt. Prävalenzen in dieser Höhe sind in der KAMT-Stichprobe nicht zu finden, jedoch wurden für 52 % der Probanden über die Lebensspanne komorbide Störungen und für 15 % der Probanden komorbide Symptome im subklinischen Bereich erfasst. Die häufigsten komorbiden Störungen im klinisch auffälligen Bereich bestanden im Konsum von illegalen Substanzen (34 % Drogen) und Alkohol (13 %), in Ängsten und Phobien (6,6 %), Psychosen (6,6 %), Schlafstörungen (4,9 %) sowie Depression und Dysthymie (3,3 %). Ein ehemaliger Patient (1,6 %) berichtete von der Fremddiagnose eines Asperger Syndroms und ein weiterer Studienteilnehmer (1,6 %) litt unter einer Geschlechtsidentitätsstörung. Im subklinischen Bereich berichteten 21 % der befragten Studienteilnehmer von Ängsten, davon 50 % von sozial phobischen Symptomen, verbunden mit sozialer Unsicherheit und der Sorge, von Anderen abgelehnt zu werden. Ein weiterer Teil berichtete von Leistungs- bzw. Prüfungsängsten. Weiterer Substanzkonsum im subkli-

nischen Bereich wurde bei 8 % der Studienteilnehmer exploriert. Darüber hinaus bestanden auch im subklinischen Bereich in 3,3 % der Fälle depressive Verstimmungen bzw. Dysthymie, in 3,3 % der Fälle Essanfälle sowie eine zwanghaft anmutende Symptomatik (1,6 %) in der lifetime-Exploration.

Bei Differenzierung der komorbiden Störungen und Auffälligkeiten nach deren Auftreten wird deutlich, dass der Drogenkonsum in der Lebensspanne der ehemaligen Patienten am deutlichsten ins Gewicht fiel (24,6 %), dass sich dieser jedoch im Laufe des jungen Erwachsenenalters bis zum Follow-up-Zeitpunkt auf etwa die Hälfte reduzierte (11,5 %). Der Alkoholkonsum wurde in geringerem Maße als der Drogenkonsum erfasst, jedoch wird auch hier deutlich, dass sich dieser bereits reduziert hatte.

Der aktuelle Konsum von Alkohol, Drogen und Zigaretten wurde u. a. über die Fragebogenverfahren ABCL und ASR erfasst. Werte bis zur 92. Perzentile und bis zu einem T-Wert von 64 liegen im Normalbereich. Gemäß Normalverteilung wäre zu erwarten, dass 92 % der Studienteilnehmer auf der Skala zum Substanzmissbrauch einen T-Wert von 64 oder kleiner erreichen. Die Abbildung 29 verdeutlicht, dass der Konsum aller erfassten Substanzen in der Stichprobe erhöht ist. Dies ergibt sich insbesondere für den Zigarettenkonsum und für die Skala des durchschnittlichen Substanzmissbrauchs (Gesamt). Bei Anliegen des strengen Kriteriums, dass erst T-Werte über 69 als klinisch auffällig beurteilt werden, wird deutlich, dass ein überdurchschnittlich hoher Teil der Probanden in klinisch relevantem Ausmaß Substanzen konsumiert. Auch bei diesem Vergleich wird die Normalverteilung zugrunde gelegt, nach der davon ausgegangen wird, dass 2,3 % der Probanden einen T-Wert von 70 oder höher erreichen (siehe Abbildung 30). Der Konsum von Zigaretten (9,8 % bis 15 % im klinisch auffälligen Bereich) und Drogen (15,1 % bzw. 12,2 % im klinisch auffälligen Bereich) fallen dabei besonders ins Gewicht.

Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, die konsistent erhöhte Raten für den Konsum von Substanzen wie Zigaretten, Drogen und Alkohol erfassten (Barkley, 2004; 2006a; Elkins et al., 2007; Mannuzza et al., 1991; 1993; Weiss & Hechtman, 1993). Der Alkohol- und Drogenmissbrauch bei von ADHS Betroffenen sei durchschnittlich drei- bis vierfach erhöht. Dies kann durch die KAMT-Studienergebnisse bestätigt werden, wobei sich bezüglich des Drogenkonsums sogar fünf- (Fremdurteil) bis sechs Mal (Selbsturteil) häufiger Probanden im klinisch auffälligen Bereich befanden und zusätzlich der Nikotinkonsum der Probanden im Vergleich zur (amerikanischen) Normie-

rungsstichprobe vier- (Selbsturteil) bis sechs Mal (Fremdurteil) häufiger im klinisch auffälligen Bereich angesiedelt war.

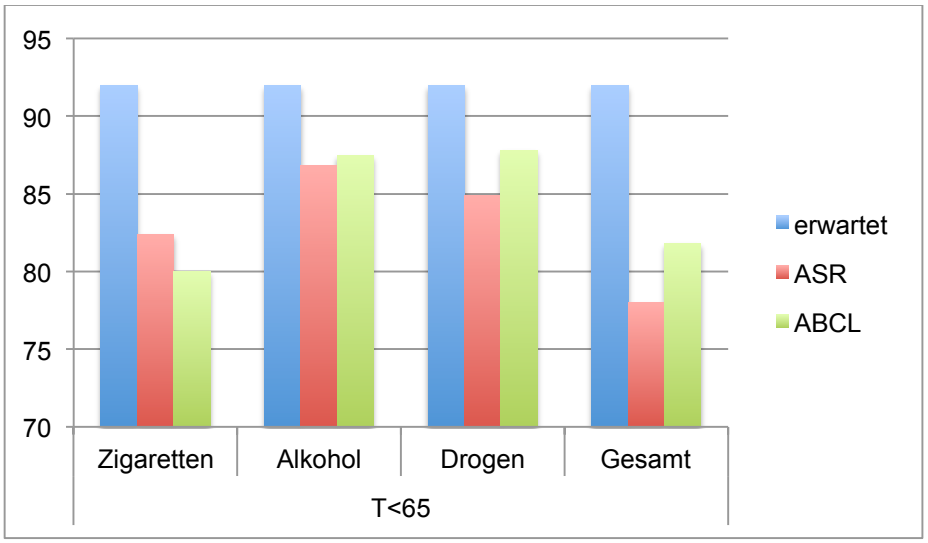


Abbildung 29: T<65 (Normalbereich) in ABCL und ASR, Skala Substanzmissbrauch, erwartete und tatsächliche Werte, Gültige Prozent

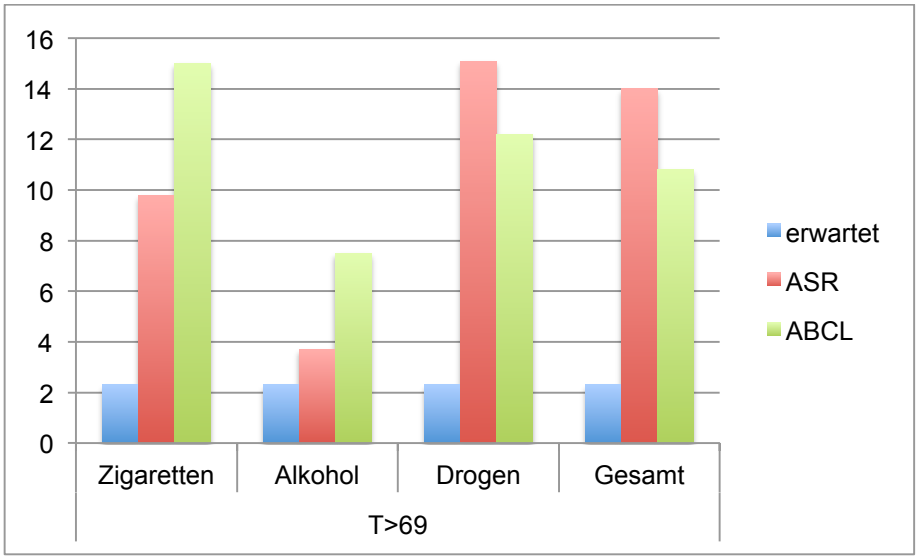


Abbildung 30: T>69 (klinisch auffälliger Bereich) in ABCL und ASR, Skala Substanzmissbrauch, erwartete und tatsächliche Werte, Gültige Prozent

Diese Ergebnisse gehen konform mit Studienergebnissen von Becker & Schmidt (2007), Lambert et al. (1998) und Frei et al. (2010), nach denen der Nikotinkonsum unter von ADHS Betroffenen erhöht ist. Aussagen der Studienteilnehmer in der Untersuchungssituation, wie „Ich nehme keine Tablette, da rauch ich mir lieber eine“, legen

nahe, dass Substanzen tatsächlich im Sinne einer Selbstmedikation konsumiert werden. In Untersuchungen von Brunklaus (2006) und Biederman et al. (1995) ergaben sich zwar keine signifikanten Unterschiede in der Substanzwahl der ADHS- im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, auf eine potenzielle Selbstmedikation hinweisen könnte jedoch die Tatsche, dass von ADHS Betroffene zu einem Mehrkonsum an Drogen neigen.

Auch die Werte der übergeordneten Skalen der Fragebogenverfahren ABCL und ASR machen deutlich, dass die ehemaligen Patienten überdurchschnittlich häufig klinisch auffällige Werte erzielen. Bei den übergeordneten Skalen Internalisierende Skala (INT), Externalisierende Skala (EXT) und der Gesamtskala (TOT) werden T-Werte unter 60 dem Normalbereich und T-Werte über 63 dem klinisch auffälligen Bereich zugeordnet. Von einer Normalverteilung in der Normierungsstichprobe ausgehend, würden unter einem T-Wert von 60 84 % und über einem T-Wert von 63 8 % der Probanden erwartet. Abbildung 31 stellt dar, dass sich im Normalbereich für alle übergeordneten Skalen weniger Studienteilnehmer als erwartet finden lassen. Die deutlichste Diskrepanz ergibt sich dabei auf der internalen Skala im Fremdurteil. Abbildung 32 stellt die erwarteten und tatsächlichen T-Werte über 63 der übergeordneten Skalen dar. Gemäß Normalverteilung würde erwartet, dass die Werte von 8 % der Probanden im klinisch auffälligen Bereich liegen. Tatsächlich zeigen sich jedoch im Fremdurteil auf der internalen Skala 23 % und auf der externalen Skala 17 % und damit deutlich mehr als erwartet. Im Selbsturteil sind die Diskrepanzen zwischen den erwarteten und den tatsächlichen Werten weniger ausgeprägt als im Fremdurteil, jedoch zeigt sich für alle Skalen eine deutliche Tendenz, dass sich in der KAMT-Stichprobe mehr internal und external Auffällige befinden als in der Allgemeinbevölkerung. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich bei den Normwerten um amerikanische Normen handelt, die an dieser Stelle genutzt wurden, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.

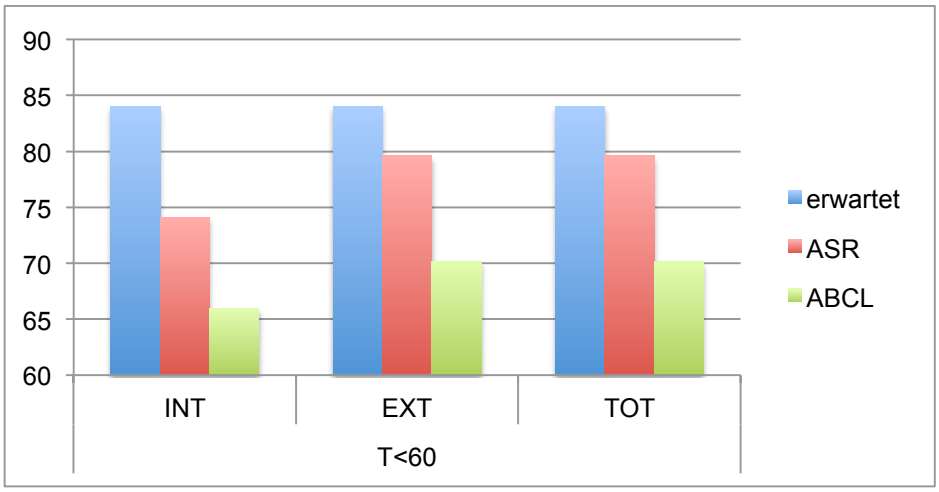


Abbildung 31: T<60 (Normalbereich) in ABCL und ASR, erwartete und tatsächliche Werte, Gültige Prozent

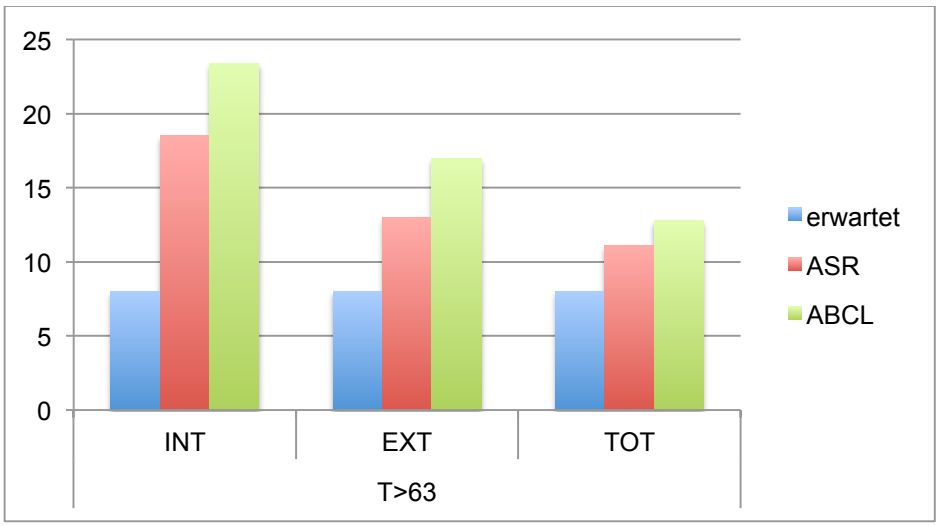


Abbildung 32: T>63 (klinisch auffälliger Bereich) in ABCL und ASR, erwartete und tatsächliche Werte, Gültige Prozent

Im SKID-II erfüllten 41,5 % der ehemaligen Patienten die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr. In Bezug auf die aktuelle Symptomatik ergab sich für 12,2 % der Fälle eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung, in 7,3 % der Fälle eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, in 4,9 % der Fälle eine Paranoide Persönlichkeitsstörung und in je 2,4 % der Fälle eine Depressive und eine Schizoide Persönlichkeitsstörung. Die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllten nach ICD-10 noch 15,6 % und nach DSM-IV noch 13,3 % der Probanden. Die Tendenz, dass eine Störung des Sozialverhaltens komorbid zu einer ADHS auftritt, setze sich

Langzeitstudien zufolge im Erwachsenenalter zwar fort, jedoch mit geringerer Ausprägung.

Während laut Rösler & Retz (2008b) etwa 50 % der ADHS-Patienten im Kindesalter eine komorbide Störung des Sozialverhaltens aufweisen, tritt in 20–25 % der Fälle im Erwachsenenalter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung auf. Bei Mannuzza et al. (1993) ergab sich für durchschnittlich 26-Jährige eine Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung von 15 %. Bei Biederman et al. (2006) und Rasmussen & Gillberg (2000) lagen die Raten bei 18 %. In der KAMT-Studie liegt die Prävalenz der Antisozialen Persönlichkeitsstörung mit 12,2 % unter den von Rösler & Retz (2008b) genannten Werten, jedoch ist sie mit den Studienergebnissen von Mannuzza et al. (1993) vergleichbar.

Wie oben beschrieben, sind die Prävalenzraten für den in der KAMT-Studie erfassten Substanzmissbrauch deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ängste und Phobien treten unter 4 % bis 10 % der Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung auf, wobei die höchste Prävalenz mit etwa 10 % für die soziale Phobie besteht. In der KAMT-Studie gilt demnach mit einer Prävalenzrate von 6,6 % für Ängste und Phobien ein Auftreten im durchschnittlichen Bereich. Auffällig waren jedoch die zahlreichen Ängste der Probanden, die im subklinischen Bereich benannt wurden und die insbesondere mit Unsicherheiten in sozialen Situationen und in Leistungssituationen einhergingen. In anderen ADHS-Longitudinalstudien lassen sich bezüglich komorbider Angststörungen unterschiedliche Ergebnisse finden. Nach Alm & Sobanski (2008) liegt die Prävalenz für Angststörungen als komorbide Diagnosen bei ADHS in verschiedenen Studien zwischen 25 und 50 %, wobei mit 18 % die soziale Phobie überwiegt. Barbaresi et al. (2013) fanden in 14 % der Fälle generalisierte Angststörungen. In der Studie von Mannuzza et al. (1993) unterschieden sich die Prävalenzraten für Angststörungen in der Probanden- und der Kontrollgruppe dagegen nicht. Der KAMT-Studie kann keine Kontrollgruppe gegenübergestellt werden, so dass auf die Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung zurückgegriffen werden muss. Demnach besteht keine erhöhte Prävalenzrate für Angststörungen im klinischen Bereich.

In Bezug auf depressive Störungen wurden in der KAMT-Studie ebenfalls keine erhöhten Prävalenzraten erfasst. Ausgehend von einer Prävalenzrate von etwa 10 % in der Allgemeinbevölkerung wurden in der vorliegenden Stichprobe mit 3,3 % weniger depressive Episoden erfasst als erwartet. Diese Ergebnisse sind nicht konform zu den

meisten anderen Studienergebnissen. Demnach war die Prävalenzrate für Depressionen und andere affektive Störungen in den ADHS-Gruppen fast durchgängig höher als in den Kontrollgruppen (Barbaresi et al., 2013; Biederman et al., 1986; 1991; 2006; Fischer et al., 2002; Jacob et al., 2007). In der Studie von Mannuzza et al. (1993) fanden sich zwar in der Probanden- und der Kontrollgruppe keine unterschiedlichen Prävalenzraten für affektive Störungen, jedoch lagen die Prävalenzraten mit 23 % und 25 % deutlich höher als in der KAMT-Stichprobe.

Die Prävalenz für Psychosen von 6,6 % in der Stichprobe ist ungewöhnlich hoch. Alle Betroffenen berichteten in ihrer Vorgeschichte von vorangegangenem Drogenkonsum, was die Vermutung nahe legt, dass es sich um substanzinduzierte Psychosen handelte. Trotzdem auch in anderen Studien ein erhöhter Substanzkonsum unter den von ADHS Betroffenen erfasst wurde, konnten in der Literatur keine vergleichbar hohen Prävalenzraten für Psychosen recherchiert werden. In der Studie von Rasmussen & Gillberg (2000) hatten 2 % der ADHS-Probanden eine Schizophrenie (vs. 0% in der Kontrollgruppe). Weiss et al. (1985) erfassten keine Unterschiede zwischen der Prävalenz von Schizophrenie in der ADHS- (3,3 %) und in der Kontrollgruppe (2,4 %). In einer Studie von Menkes et al. (1967) wurde eine kleine Stichprobe von 18 Psychiatriepatienten in einem Follow-up nach durchschnittlich 24 Jahren nachuntersucht. Es handelte sich dabei um eine Stichprobe von ehemaligen Patienten mit einem IQ über 70, die aufgrund von Hyperaktivität und kurzer Aufmerksamkeitsspanne behandelt wurden. Alle Probanden zeigten neurologische Auffälligkeiten wie eine schlechte Koordination, visuell-motorische Dysfunktionen oder Sprachstörungen. Bei der Follow-up-Untersuchung waren vier der Probanden, und damit 22,2 %, psychotisch. Es scheint sich bei diesem Patientenkollektiv zum einen um eine sehr auffällige Stichprobe zu handeln und zum anderen kann aufgrund des Alters der Studie von methodischen Schwächen im Vergleich zum heutigen Standard der Diagnostik ausgegangen werden. Studien, die eine erhöhte Korrelation zwischen dem Auftreten von ADHS und Psychosen benennen, sind nicht bekannt. Es gibt lediglich Hinweise darauf, dass Patienten, bei denen beide Störungen komorbid auftreten, eine schlechtere Prognose aufweisen. Zudem erschwert das Vorliegen einer Psychose die Diagnostik und Behandlung der ADHS (Gantert, 2009; Franck, 2003).

14.4 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug auf die Hypothesen

Schulabschluss: Bezüglich des Schulabschlusses wird erwartet, dass die Probanden häufiger als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung keinen Schulabschluss vorzuweisen haben und dass die vorhandenen Schulabschlüsse durchschnittlich eine geringere Qualifikation aufweisen.
Diese Hypothese kann durch die vorliegenden Befunde teilweise bestätigt werden. In der Stichprobe liegen deutlich mehr Hauptschulabschlüsse vor, dagegen haben die Studienteilnehmer seltener das Abitur erlangt. Der Anteil der Studienteilnehmer ohne Schulabschluss ist jedoch vergleichbar mit dem Anteil der Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung, die keinen Schulabschluss erlangt haben.

Berufsausbildung: Die Studienteilnehmer haben im Vergleich zu Gleichaltrigen in der Allgemeinbevölkerung seltener eine Berufsausbildung vorzuweisen und sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen.
Diese Hypothese kann durch die vorliegenden Befunde teilweise bestätigt werden. Die Probanden hatten häufiger keine Berufsausbildung vorzuweisen als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung. Sie waren zwar nicht häufiger als Gleichaltrige von Arbeitslosigkeit betroffen, jedoch waren sie überdurchschnittlich lange arbeitslos. Unter den Studienteilnehmer gab es im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Langzeitarbeitslose.

Partnerschaft und Kinder: Die Probanden sind im Vergleich zu Gleichaltrigen häufiger geschieden, haben mehr Kinder und sind in ihrer Partnerschaft unzufriedener.
Diese Hypothese kann nicht bestätigt werden. Im Vergleich zur Normstichprobe erwiesen sich die Studienteilnehmer mit ihren Partnerschaften nicht unzufriedener. Keiner der Probanden war geschieden. Laut Statistiken erwies sich die Anzahl der Kinder im durchschnittlichen Bereich.

Lebenszufriedenheit: Die Probanden bewerten ihre Gesamtlebenszufriedenheit negativer als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung.
Diese Hypothese kann bestätigt werden. Im Vergleich zur Normstichprobe erzielten die Probanden in ihrer Gesamtlebenszufriedenheit häufiger unterdurchschnittliche Werte.

ADHS-Symptomatik: Während etwa 20 bis 30 % der ehemaligen Patienten eine vollständig remittierte ADHS-Symptomatik aufweisen, erfüllt etwa ein Drittel der Probanden noch die vollständigen Symptomkriterien einer ADHS. Etwa 50 % der Studienteilnehmer weist nicht mehr das Vollbild einer ADHS, sondern eine partielle Remission der Symptomatik auf. Die Stärke der ADHS-Symptomatik nimmt im Gruppenmittelwert mit zunehmendem Alter ab.

Diese Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Das Vollbild einer ADHS erfüllten nicht 33 %, sondern 23 % der Probanden nach DSM-IV und 27 % der Probanden nach DSM-5. 55 % (DSM-5) bis 59 % (DSM-IV), und damit etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer, weisen eine ADHS in partieller Remission auf. Wie erwartet, nahm die Ausprägung der ADHS-Symptomatik im Gesamtverlauf auf.

Komorbide Störungen: Komorbide Störungen treten häufiger auf als dies durch Prävalenzzahlen in der Allgemeinbevölkerung zu vermuten wäre. Es werden insbesondere dissoziales Verhalten, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und affektive Störungen wie Depression und Angst gehäuft erwartet.

Diese Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch treten häufiger auf, affektive Störungen dagegen nicht. In Bezug auf Ängste wurden häufiger Symptome im subklinischen Bereich erfasst. Insgesamt ergeben sich mehr internale und externale Auffälligkeiten. Wider Erwarten ergab sich eine erhöhte Prävalenzrate für Psychosen, was jedoch auf den erhöhten Substanzmittelmissbrauch in der Stichprobe zurückgeführt werden könnte.

Gesetzeswidrigkeiten: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung werden von den Studienteilnehmern mehr Polizeikontakte aufgrund gesetzeswidrigen Verhaltens sowie Straftaten berichtet.

Der Anteil der Studienteilnehmer, die von dissozialem Verhalten, Polizeikontakten und Verurteilungen in ihrer Lebensgeschichte berichten, erscheint erhöht. Aufgrund fehlender Vergleichsdaten für die KAMT-spezifische Altersgruppe kann jedoch keine verlässliche Aussage darüber getroffen werden, wie dieser Anteil im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beurteilt werden kann.

V Zusammenfassung und Ausblick

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um das 18-Jahres-Follow-up der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT), die die Langzeitentwicklung von Kindern mit einer ADHS bis in das Erwachsenenalter untersucht. Die ursprünglich 75 Probanden dieser Longitudinalstudie wurden im Grundschulalter aufgrund ihrer ADHS-Symptomatik mit und ohne eine begleitende Störung des Sozialverhaltens multimodal, d. h. psychotherapeutisch und/oder pharmakologisch, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Köln behandelt und nun im Alter von 22 bis 32 Jahren (M=27,3; SD=2,2) hinsichtlich ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung sowie ihrer aktuell vorliegenden ADHS- und komorbiden Symptomatik nachuntersucht. Zum aktuellen Erhebungszeitpunkt konnten Daten von 93 % der Probanden erfasst werden, die repräsentativ für die Gesamtstichprobe erscheinen. Die Arbeit beinhaltet einen theoretischen Abriss über die ADHS im Allgemeinen sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse internationaler ADHS-Verlaufsstudien. Nach der Darstellung des KAMT-Studiendesigns und der empirischen Befunde der 18-Jahres-Katamnese bezieht sich die Diskussion der Ergebnisse hauptsächlich auf die Fragestellung, inwieweit sich die Entwicklungen der Studienteilnehmer von Entwicklungen junger Erwachsener in der Normalbevölkerung der BRD unterscheiden und inwieweit die Ergebnisse dieser Studie mit Befunden der ADHS-Longitudinalstudien im internationalen Raum vergleichbar sind. Bei den Studienteilnehmern zeigen sich überwiegend gute Verläufe in Bezug auf ihre persönliche und berufliche Entwicklung sowie eine Reduktion der ADHS-Symptome und der komorbiden Auffälligkeiten. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ergeben sich jedoch, internationalen Studienergebnissen entsprechend, überdurchschnittlich häufig problematischere Verläufe. Nach klinischer Einschätzung wiesen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt noch 20 % der Studienteilnehmer eine behandlungsbedürftige ADHS- und 29 % eine behandlungsbedürftige komorbide Symptomatik auf. Insgesamt zeigte sich bei 16 % der Probanden eine deutliche bis übermäßige soziale Beeinträchtigung und bei insgesamt 35 % eine Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung, die professionelle Hilfe erfordert. Auch im Erwachsenenalter bedarf ein großer Teil (ehemals) ADHS Betroffener demnach kompetente fachliche Unterstützung. Demgegenüber nahmen jedoch nur sehr wenige der ehemaligen Patienten psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote in Anspruch. Es wäre daher wünschenswert, dass ADHS-Patienten aufgrund ihres höheren Potentials einer eher problematischen Entwicklung eine langfristige therapeutische Begleitung angeboten werden könnte.

Aufgrund der umfangreichen Datenmenge sind in dieser Arbeit einige Befunde und Fragestellungen unberücksichtigt geblieben und sollen in weiterführenden Arbeiten analysiert werden. Dies betrifft bspw. die Auswertung der erhobenen Testbefunde (TAP, HSP 5-9, Rechentest), die Erfassung der retrospektiv erfassten ADHS-Symptome im Selbst- und im Fremdurteil (FEA-FSB, FEA-FFB) sowie den Einfluss belastender und entlastender Ereignisse auf die Entwicklung und die aktuelle Symptomatik der Studienteilnehmer. Außerdem wäre es sinnvoll zu untersuchen, inwiefern für die Entwicklung der ehemaligen Patienten prognostische Faktoren identifiziert werden können. So ergab sich bspw. bei Kessler et al. (2006) dass sich allein die Schwere und die Behandlung der ADHS-Symptomatik im Kindesalter als Prädiktoren bzgl. der Persistenz der ADHS bis in das Erwachsenenalter erwiesen. Die Identifikation möglichst früh erkennbarer Risikofaktoren für eine Chronifizierung der ADHS könnte dazu beitragen, entsprechende Interventionen für die Patienten zu etablieren.

VI Literaturverzeichnis

1. Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: less to it than meets the eye. Journal of Learning Disabilities, 24, 205-209.
2. Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R.G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D. & Pollack, S. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 820-829.
3. Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
4. Ackerman, P.T., Anhalt, J.M., Dykman, R.A. & Holcomb, P.J. (1986). Effortful processing deficits in children wih reading and/or attention disorders. Brain and Cognition, 5, 22-40.
5. Adamy, W. (2013). Arbeitsmarktprobleme junger Erwachsener ohne Berufsabschluss verschärfen sich. Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand. Abgerufen am 06.07.2015:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ibQWjFov8wEJ:www.dgb.de/themen/%2B%2Bco%2B%2B31010386-706d-11e2-83e8-00188b4dc422+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de.
6. Alm, B. & Sobanski, E. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. In: Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. Kapitel 64, S. 923-946.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 85S-121S.
8. Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large community sample. Archives of General Psychiatry, 44, 69-76.
9. Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. Journal of Child Psychology and Psychiatry 40(1): 57-87.
10. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2009a): ASR/18-59. Fragebogen für Erwachsene. Deutschsprachige Fassung des US-Originals von T.M. Achenbach von 2003. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD).

11. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2009b): ABCL/18-59. Fragebogen über das Verhalten Erwachsener. Deutschsprachige Fassung des US-Originals von T.M. Achenbach von 2003. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD).
12. Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. & Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effect on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. EEG and Clinical Neuroscience, 40, 3, 180-189.
13. Aster, M. von, Neubauer, A.C. & Horn, R. (Hrsg.) (2006). Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS–III von David Wechsler (2., korrigierte Auflage). Frankfurt: Pearson Assessment.
14. August, G.J., Stewart, M.A. & Holmes, C.S. (1983). A four-year follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. The British Journal of Psychiatry, 143, 192-198.
15. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012). Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. Abgerufen am 28.06.2015: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Bildung Deutschland5210001129004.pdf?__ blob=publicationFile.
16. Banaschewski, T. (2010). Genetik. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. S. 113-127. Stuttgart: Kohlhammer.
17. Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E. & Rothenberger, A. (2003). Association of ADHD and conduct disorder-brain electrical evidence fort he existence of a distinct subtype. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 356-376.
18. Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J. Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S.V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E.J.S. & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. European Child & Adolescent Psychiatry, 15, 476-495.
19. Banaschewski, T. & Döpfner, M. (2014). DSM-5 – Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42 (4), 2014, 271–277.

20. Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Voigt, R.G., Kilian, J.M. & Katusic, K. (2013). Mortality, ADHD, and Psychosocial Adversity in Adults With Childhood ADHD: A Prospective Study. Pediatrics. 131: 637–644.
21. Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 65-94.
22. Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 63: 10–15.
23. Barkley R.A. (2006a). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
24. Barkley, R.A. (2006b). Driving Risks in Adults with ADHD: Yet More Evidence and a Personal Story. The ADHD Report, 14(5): 1-9.
25. Barkley R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2002a). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. Journal of Abnorm Psychology 111(2): 279-289.
26. Barkley R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2003). Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. Pediatrics 111(1): 97-109.
27. Barkley R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45(2): 195-211.
28. Barkley R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 45(2): 192-202.
29. Barkley, R.A., Karlsson, J., Pollard, S. & Murphy, J.V. (1985). Developmental changes in mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 26, 705-715.
30. Barkley R.A., Murphy, K.R., Dupaul, G.J. & Bush, T. (2002b). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. Journal of the International Neuropsychological Society. 8(5): 655-672.
31. Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). ADHD in Adults. What the science says. New York: Guilford.

32. Barry, D. (2014). Die Einstellung zu Geld bei jungen Erwachsenen: Eine Grundlegung aus wirtschaftspädagogischer Sicht. Wiesbaden: Springer VS.
33. Barry, R.J., Clarke, A.R. & Johnstone, S.J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. Clinical Neurophysiology, 114, 171-183.
34. Becker, K. & Schmidt, M.H. (2007). ADHS und Substanzmissbrauch, einschließlich Nikotin. In: C.M. Freitag & W. Retz (Hrsg.), ADHS und komorbide Erkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 142-154.
35. Bergmann, Kristina (2014). AD(H)S und Ernährung. Mythen, Fakten, Zusammenhänge. Hamburg: Disserta Verlag.
36. Bertelsmann-Stiftung (2014). Anteile der Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss in den Bundesländern, 2008 und 2009. Abgerufen am 30.06.2015: http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_33249_33250_2.pdf.
37. Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B. & Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperativity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. Archives of General Psychiatry, 49, 728-738.
38. Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R., Tsuang, M.T. (1991). Familial association between attention-deficit disorder and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry. 148: 251-256.
39. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey K.A., Mick, E., Lehman, B.K. & Doyle A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry, 150(12): 1792-1798.
40. Biederman, J., Mick, E. & Faraone S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. American Journal of Psychiatry. 157 (5), 816-818.
41. Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Silva J.M., Snyder, L.E. & Faraone, S.V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. Psychological Medicine, 36(2): 167-179.

42. Biederman, J., Munir, K., Knee, D., Habelow, W., Armentano, M., Autor, S., Hoge, S.K., Waternaux, C. (1986). A family study of patients with attention-deficit disorder and normal controls. Journal of Psychiatry Research, 20: 263-274.
43. Biederman, J., Newcom, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. American Journal of Psychiatry, 148(5): 564-577.
44. Biederman, J., Petty, C.R., Evans, M., Small, J. & Faraone, S.V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. Psychiatry Research, 177(3): 299–304.
45. Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J. & Faraone, S.V. (1995). Psychoactive Substance Use Disorders in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity. American Journal of Psychiatry, 152(11), 1652-1658.
46. Bowers, D.S., Clement, P.W., Fantuzzo, J.W. & Soren, D.A. (1985). Effects of teacher-administered and self-administered reinforces on learning disabled children. Behavior Therapy, 16, 357-369.
47. Brattberg, G. (2006). PTSD and ADHD: underlying factors in many cases of burnout. Stress and Health, 22: 305–313.
48. Braun, U., Bremser, F., Schöngen, K. & Weller, S. (2012). Erwerbstätigkeit ohn Berufsabschluss – Welche Wege stehen offen? BIBB Report. Forschungs- und Arbeitsergebnisse aus dem Bundesinstitut für Berufsbildung. Heft 17. Abgerufen am 21.02.2015: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/BIBBreport_17_12_def.pdf.
49. Breuer, D. & Döpfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 357-365.
50. Brookes, K.J., Xu, X., Chen, W., Zhou, K., Neale, B., Loew, N. et al. (2006). The analysis of 51 genes in DSM-IV combindes type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. Molecular Psychiatry, 11, 934-953.
51. Brunklaus, A. (2006). Vergleich von Symptomen des Hyperkinetischen Syndroms bei politoxikomanen Patienten in Suchtbehandlung und gesunden Kontrollprobanden. Dissertation. Abgerufen am 25.02.2015: http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/brunklaus-andreas-2006-01-20/PDF/brunklaus.pdf.

52. Bundesagentur für Arbeit (2014). Statistik. Dauer der Arbeitslosigkeit. Abgerufen am 07.07.2015: https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_274122/Statischer-Content/ Grundlagen/ Glossare/AST-Glossar/Arbeitslosigkeitsdauer.html.
53. Bundesärztekammer (2007). Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) - Langfassung. 7. ADHS im Erwachsenenalter. Stand: 26.02.2007. Abgerufen am 18.02.2015: http://www.bundesaerztekammer.de/ page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3169.
54. Bundesministerium des Innern (2014). Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. Abgerufen am 29.06.2015: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/ Broschueren/ 2014/PKS2013.pdf?__blob=publicationFile.
55. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015). Ausbildungslage für junge Menschen hat sich leicht verbessert. Pressemitteilung 047/2015. Abgerufen am 28.06.2015 unter: http://www.bmbf.de/press/3775.php.
56. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Gender Datenreport. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/ genderreport/4-Familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern/4-3-Die-phase-des-erwachsenwerdens/4-3-1-auszug-aus-dem-elternhaus-und-lebensformen-junger-frauen-und-maenner.html.
57. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013). Stief- und Patchworkfamilien in Deutschland. Ausgabe 31. Abgerufen am 28.06.2015: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Familienforschung-Ausgabe-31,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
58. Bundeszentrale für politische Bildung (2013). Datenreport 2013. Bildungsniveau der Bevölkerung. Abgerufen am 28.06.2015: http://www.bpb.de/nachschlagen/ datenreport-2013/bildung/173153/bildungsniveau-der-bevoelkerung.
59. Cameron, M.E. & Robinson, V.M.J. (1980). Effects of cognitive training on academic and on-task-behavior of hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 8, 405-420.
60. Campbell, S.B. (1982). Peer relations in young children with behavior problems. In: K.H. Rubin & H.S. Ross (Hrsg.), Peer Relationships and Social Skills in Childhood. New York: Springer. 323-353.
61. Campbell, S.B. (1990). Behavior problems in preschool children. New York: Guilford.

62. Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three to age fifteen. Child Development 66 (1): 55-68.
63. Comings, D.E. (1990). Tourette syndrome and human behavior. Duarte, CA, Hope Press.
64. Cox, D.J., Merkel, R.L., Kovatchev, B. & Seward, R. (2000). Effect on stimulant medication on driving performance of young adults with attention deficit hyperactivity disorder: a preliminary double-blind placebo controlled trial. The Journal of Nervous and Mental Disease. 188: 230–234.
65. DGB (2014). Bildungsgipfel-Bilanz 2014. Die Umsetzung der Ziele des Dresdner Bildungsgipfels vom 22. Oktober 2008. Abgerufen am 06.07.2015: http://docs.dpaq.de/8423-f_brosch_re_bildungsgipfel-bilanz_2014.pdf.
66. Diakonie (2012). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Diakonie. Dokumentation der Arbeitstagung am 3. Februar 2012 in Berlin. Abgerufen am 29.06.2015: http://www.beb-ev.de/files/pdf/2012/09/2012-09-22_DokuTagungBetriebliche Gesundheitsfoerderung.pdf.
67. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (7. Aufl.). Bern: Huber.
68. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (5. Aufl.). Bern: Huber.
69. DKFZ (2014). Wirkungsweise des Nikotins. Pharmakologische Wirkung von Nikotin. Abgerufen am 11.04.2015: https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/ Nikotin_Wirkung.html.
70. Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (1999). Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Göttingen: Hogrefe.
71. Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff Metternich, T., Rademacher, C. & Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. European Child and Adolescent Psychiatry, 13, Suppl 1, I117-129.
72. Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Bella Study Group (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent based preva-

lence rates in a national sample – results of the BELLA study. European Child and Adolescent Psychiatry, 17, 59-70.

73. Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013a). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe.
74. Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D. & Goletz, H. (2008). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Bern: Huber.
75. Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2015). Long-term effects of adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit-/ Hyperactivity Disorder: Results of a follow-up 6 to 12 Years after treatment. Submitted for publication.
76. Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2014). Adaptive Multimodal Treatment for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: an 18 Month Follow-Up. Child Psychiatry & Human Development, 45 (2), DOI 10.1007/s10578-014-0452-8.
77. Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ), 2. korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
78. Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (2006). Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Göttingen: Hogrefe.
79. Döpfner, M., Roessner, V., Woitecki, K. & Rothenberger, A. (2010). Tic-Störungen. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 13). Göttingen: Hogrefe.
80. Döpfner, M. & Sattel, H. (1992). Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 19, 254-262.
81. Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013b). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), 5th edn. Weinheim: Beltz.
82. Dougherty, D.D., Bonab, A.A., Spencer, T.J., Rauch, S.L., Madras, B.K. & Fischman, A.J. (1999). Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. Lancet, 354(9196): 2132–2133.
83. Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B. & Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. Journal of Attention Disorders, 8, 1–10.

84. Earls, F. & Jung, K.G. (1987). Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 491-198.
85. Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (Hrsg.) (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. Der Nervenarzt 10. Abgerufen 26.01.2015: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/leitlinien-adhs-erwachsenenalter.pdf.
86. Eichhorst, W. & Thode, E. (2011). Erwerbstätigkeit im Lebenszyklus. IZA Research Report No. 34. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.iza.org/en/webcontent/publications/reports/report_pdfs/iza_report_34.pdf.
87. Elkins, I.J., McGue, M. & Iacono, W.G. (2007). Prospective Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Sex on Adolescent Substance Use and Abuse. Archives of General Psychiatry, 64(10), 1145-1152.
88. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000): FLZ. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
89. Fahrtipps (2009). Abgerufen am 07.07.2015: http://www.fahrtipps.de/ fuehrerschein/probezeit.php
90. Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5® Göttingen: Hogrefe.
91. Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006a). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychological Medicine 36(2): 159-165.
92. Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T.J. & Aleardi, M. (2006b). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. Medscape General Medicine, 8, 4-10.
93. Faraone, S.V. & Buitelaar, J. (2009). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 8 (4), 4.
94. Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J.M., Karam, E.G., Lara, C., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A.M. & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. The British Journal of Psychiatry, 190, 402-409.

95. Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Castro, R., Jiménez-Murcia, S., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Fagundo, A.B., Granero, R., Penelo, E., Claes, L., Sánchez, I., Riesco, N., Casas, M. & Menchon, J.M. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? BMC Psychiatry, 13: 166.
96. Fischer, M., Barkley, R.A., Fletcher, K. & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: III. predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 324-332.
97. Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L. & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorder, comorbidity and the role of childhood conduct problems and teen CD. Journal of Abnorm Child Psychology 30(5): 463-475.
98. Fleming, J.P., Levy, L.D. & Levitan, R.D. (2005). Symptoms of attention deficit hyperactivity dirsorder in severely obese women. Eat Weight disorder, 10(1): e10-3.
99. Forschungsgruppe KAMT (o.J.). Langzeiteffekte der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie bei Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. Abgerufen am 21.06.2014: http://akip.uk-koeln.de/forschung-publikation/forschungsprojekte/fg _kamt_05_2014.pdf.
100. Fossati, A., Novella, L. & Donati, D., Donini, M. & Maffei, C. (2002). History of childhood attention defcit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. Comprehensive Psychiatry 43: 369– 377.
101. Franck, E.-M. (2003). Hyperaktivität und Schizophrenie - eine explorative Studie. Inaugural-Dissertation. Ruhr-Universität Bochum. Abgerufen am 09.07.2015: http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/FranckEvaMaria/diss.pdf.
102. Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Glutting, J.J. & Watkins, M.W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. Journal of Learning Disabilities. 40(1): 49–65.
103. Frei, A., Hornung, R. & Eich, D. (2010). Tabakkonsum bei Erwachsenen mit ADHS. Der Nervenarzt, 7, 860–866.
104. Fritsch, M., Kritikos, A. & Rusakova, L. (2012). Selbständigkeit in Deutschland. Der Trend zeigt seit langem nach oben. DIW Wochenbericht Nr. 4. Abgerufen am

28.06.2015: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.391980.de/12-4-1.pdf.

105. Frölich, J. (1993). Möglichkeiten des pädagogischen Umgangs mit hyperkinetischen Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens im Alter von 6-12 Jahren. Dissertation, Universität Bonn.
106. Gantert, D.M. (2009). Zur Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen mit schizophrenen Psychosen. Dissertations-Kurzfassung. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Medizinische Fakultät Mannheim. Abgerufen am 09.07.2015: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/9358/1/diss09_083.pdf.
107. Gittelman, R., Mannuzza, S., Henker, R. & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up: I. psychiatric status. Archives of General Psychiatry, 42, 937-947.
108. Gruß, B., Müller, A. & de Zwaan, M. (2010). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitässtörung und Adipositas. Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie, Vol. 4(3): 143-148.
109. Hackelbörger, S. (2000). Empirische Untersuchung der Checkliste Hyperkinetische Störung an einer Klinikstichprobe der Schwerpunktambulanz hyperkinetischer Störungen an der Universitätsklinik Köln. Diplomarbeit, Universität zu Köln.
110. Harris, K.R. (1986). Self-monitoring of attentional behavior versus self-monitoring of productivity: effects on task-behavior and academic response rate among learning disabled children. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 417-423.
111. Hechtman, I. (1985). Adolescent outcome of hyperactive children treated with stimulants in childhood: a review. Psychopharmacology bulletin 21(2): 178-191.
112. Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R.G., Greenfield, B., Etcovitch, J., Cousins, L., Fleiss, K., Weiss, M. & Pollack, S. (2004b). Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: impact on parental practices. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 830-838.
113. Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R.G., Weiss, G., Respitz, C., Kouri, J., Blum, C., Greenfield, B., Etcovitch, J., Fleiss, K. & Pollack, S. (2004a). Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 812-819.

114. Heining, J. & Lingens, J. (2006). Determinanten der Verweildauer in Arbeitslosigkeit in Deutschland. Wirtschaftsdienst. DOI: 10.1007/s10273-006-0478-z. Abgerufen am 07.07.2015: www.wirtschaftsdienst.eu/downloads/getfile.php?id=55.
115. Hinshaw, W., Henker, B. & Whalen, C. (1984a). Cognitive behavioural interventions for hyperactive boys: comparative and combined effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 739-749.
116. Hinshaw, W., Henker, B. & Whalen, C. (1984b). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: effects of cognitive behavioural training and of methylphenidate. Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 55-77.
117. Holtmann, M., Grasmann, D., Cionek-Szpak, E., Hager, V., Panzner, N., Beyer, A., Postka, F. & Stadler, C. (2009). Spezifische Wirksamkeit von Neurofeedback auf die Impulsivität bei ADHS. Kindheit und Entwicklung, 18, 95-104.
118. Holtmann, M. & Stadler, Ch. (2006). Electroencephalographic biofeedback for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and adolescence. Expert Review of Neurotherapeutics, 6, 533-540.
119. Howard, A.L., Molina, B.S.G., Swanson, J.M., Hinshaw, S.P., Belendiuk, K.A., Harty, S.C., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Hechtman, L., Stehli, A., Greenhill, L.L., Newcorn, J.H. & Wigal, T. (2015). Developmental progression to early adult binge drinking and marijuana use from worsening versus stable trajectories of adolescent attention deficit/hyperactivity disorder and delinquency. Addiction, 110, 784–795.
120. Huss, M. & Lehmkuhl, U. (2002). Methylphenidate and substance abuse: a review of pharmacology, animal and clinical studies. Journal of Attention Disorders 6 (Suppl 1): 65-71.
121. Infoportal ADHS (2015): Abgerufen am 18.02.15: http://www.adhs.info/fuer-erwachsene/adhs-im-erwachsenenalter-welche-hilfen-gibt-es/medikamentoese-therapie/2-welche-medikamente-gibt-es-zur-behandlung-der-adhs-im-erwachsenenalter.html.
122. Information und Technik NRW (2014). Lebenslage junger Erwachsener. Sozialberichterstattung NRW. Kurzanalyse 01/2014. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.mais.nrw.de/sozialberichte/sozialberichterstattung_nrw/kurzanalysen/Kurzanalyse1_2014_Lebenslage_junger_Erwachsener.pdf.
123. Institut für Mittelstandsforschung (2015). Statistiken Selbstständige/Freie Berufe. Abgerufen am 06.07.2015: http://www.ifm-bonn.org/statistiken/selbststaendige freie-berufe/#accordion=0&tab=0.

124. Jacob, C.P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S. et al. (2007). Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257: 309-317.
125. Jacobs, C. & Petermann, F. (2007). Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern. Langzeiteffekte des neuropsychologischen Gruppenprogramms ATTENTIONER. Kindheit und Entwicklung 16: 40-49.
126. Jensen, P.S., Martin, D. & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36, 1065-1079.
127. Jerome, L., Segal, A., Habinski, L. (2006). What We Know About ADHD and Driving Risk: A Literature Review, Meta-Analysis and Critique. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15(3): 105-125.
128. Just, B. (2007). ADHS im Erwachsenenalter: Empirische Überprüfung der psychometrischen Qualität der Fragebögen zur Selbsteinschätzung (A/S und F/S) des ADHS-Fragebogens für Erwachsene auf der Basis von DSM-IV und ICD-10 (ADHS-E). Diplomarbeit. Universität zu Köln.
129. Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. Journal of Child Psychology and Psychiatry 42(4): 487-492.
130. Kalleter, K. (2010). Selbstständige in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Abgerufen am 06.07.2015: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/SelbststaendigeDeutschland.pdf?__blob=publicationFile.
131. Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R.A., Birnbaum, H., Greenberg, P., Johnston, J.A., Spencer, T., Üstün, T.B. (2005). The Prevalence and Effects of Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on Work Performance in a Nationally Representative Sample of Workers. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47(6), 565-572.
132. Kessler R.C., Adler, L., Barkley, R.A., Biederman, J., Conners C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 163: 716-723.

133. Khantzian, E.J., Gawin, F., Kleber, H.D. & Riordan C.E. (1984). Methylphenidate (Ritalin) treatment for cocaine dependence: a preliminary report. Journal of Substance Abuse Treatment, 1(2), 107-112.
134. Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 377-386.
135. Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry. 22(9): 553-65
136. Klein, R.G., Mannuzza, S. (1990). Psychiatric family history in ADHD. Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; October 26, Chicago, III.
137. Knouse, L.E., Bagwell, C., Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2005). Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD: Evidence from a driving study. Journal of Attention Disorders, 8, 221–234.
138. Kollins, S.H., McClernon, F.J. & Fuemmeler, B.F. (2005). Association Between Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in a Population-Based Sample of Young Adults. Archives of General Psychiatry, 62, 1142-1147.
139. Kooij, J.J., Burger, H., Boonstra, A.M., Van der Linden, P.D., Kalma, L.E. & Buitelaar, J.K. (2004), Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit hyperactivity dirsorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. Psychological Medicine 34(6): 973-982.
140. Kordon, A. & Kahl, K.G. (2003). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Thieme E-Journals. Abgerufen am 11.06.2014: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.10.
141. Krause, J. (2008). SPECT and PET of the dopamine transporter in attention-deficit/hyperactivity disorder. Expert Review of Neurotherapeutics 8(4): 611-625.
142. Kurz, K. (2014). Bildungsarmut und Ausbildungslosigkeit. Jahrestagung der bag arbeit. Berlin, 11. November 2014. Abgerufen am 28.06.2015: http://www.bagarbeit.de/data/Veranstaltungen/2-Kurz-Bildungsarmut-Ausbildungslosigkeit.pdf.
143. Lambert, N.M., Hartsough, C.S. (1998). Prospective Study of Tobacco Smoking and Substance Dependencies Among Samples of ADHD and Non-ADHD Participants. Journal of Learning Disabilities, 31(6), 533-544.

144. Lambert, N.M., Hartwough, C.S., Sassone, C. & Sandoval, J. (1987). Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 22-23.
145. Langhoff, T., Krietsch, I. & Starke, C. (2010). Der Erwerbseinstieg junger Erwachsener: unsicher, ungleich, ungesund. WSI Mitteilungen 7/2010. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.boeckler.de/wsimit_2010_07_langhoff.pdf
146. Lauth, G.W. & Raven, H. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review. Psychotherapeutenjournal 1. 17-30.
147. Lehmkuhl, G., Adam, C. & Döpfner, M. (1998). Impulskontrollgestörte Kinder und ihre weitere Entwicklung. In J. Klosterkötter (Hrsg.), Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. S. 97-121. Berlin: Springer.
148. Levin, E.D., Conners, C.K., Sparrow, E., Hinton, S.C., Erhardt, D., Meck, W.H., Rose, J.E. & March, J. (1996). Nicotine effects on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychopharmacology, 123(1), 55-63.
149. Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. Journal of Pediatric Psychology. 32(6): 643–654.
150. Loeber, R., Brinthaupt, V.P. & Green, S.M. (1988). Attention deficits, impulsivity, and hyperactivity with or without conduct problems: relationship to delinquency and unique contextual factors. In R.J. MacMahon & R.D. Peters (Eds.), Behavior Disorders of Adolescence: Research, Intervention, and Policy in Clinical and School Settings (pp. 39-61). New York: Plenum.
151. Mai, C.-M. & Marder-Puch, K. (2013). Selbstständigkeit in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Abgerufen am 06.07.15: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/SelbststaendigkeitDeutschland_72013.pdf?__blob=publicationFile.
152. Mannuzza, S., Klein, R.G., Addalli, K.A. (1991). Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 30: 743-751.
153. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. & Hynes, M.E. (1997). Educational and Occupational Outcome of Hyperactive Boys Grown Up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36(9), 1222-1227.
154. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. Archives of General Psychiatry 50(7): 565-576.

155. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. American Journal of Psychiatry 155(4): 493-498.
156. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T. L. & Addalli, K.A. (1991). Hyperactive boys almost grown up, V: replication of psychiatric status. Archives of General Psychiatry, 48, 77-83.
157. Mannuzza, S., Klein, R.G., Konig, P.H. & Giampino, T.L. (1989). Hyperactive boys almost grown up. IV: criminality and its relationship of psychiatric status. Archives of General Psychiatry, 46, 1073-1079.
158. Mannuzza, S., Klein, R.G. & Moulton, J.L. (2003). Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into adulthood: What have we learned from the prospective follow-up studies? Journal of Attention Disorders, 7(2), 93-100.
159. Markomichali, P., Donnelly, N. & Sonuga-Barke, E. (2009). Cognitive training for attention, inhibition, and working memory deficits: a potential treatment for ADHD? Advances in ADHD, 3, 89-98.
160. May, P. (2010): Hamburger Schreibprobe. HSP5-9. Stuttgart: Ernst Klett.
161. McGee, R., Partridge, F., Williams, S. & Silva, P.A. (1991). A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30(2): 224–232.
162. McGee, R., Williams, S. & Silva, P.A. (1984). Behavioral and developmental characteristics of aggressive, hyperactive, and aggressive-hyperactive boys. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 23, 270-279.
163. Melchers, P., Schürmann, S. & Scholten, S. (2006). K-TIM. Kaufman - Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.
164. Menkes, M.M., Rowe, J.S. & Menkes, J.H. (1967). A twenty-five year follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. Pediatrics 39(3): 393-399.
165. Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M., Lampert, T., Ziese, T. & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 5/6. Abgerufen am 07.07.2015: http://edoc.rki.de/oa/articles/rec5l0tIFMfd2/PDF/23JuqX9byg62Q.pdf.
166. Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Murphy, J. & Tsuang, M.T. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. American Journal of Psychiatry, 152, 1793-1799.

167. Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1988). Self-reported deliquency, neuropsychological deficit, and history of attention deficit disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 553-569.
168. Molz, G., Schulze, R., Schroeders, U. & Wilhelm, O. (2010). TBS-TK Rezension: Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler. report psychologie, Jg. 36, Heft 9, Seite 369-371 (unter http://www.bdp-verband.de/psychologie/ testrezensionen/ WIE.pdf (Stand: 02.08.2014).
169. MTA Cooperative Group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity dirsorder. Archives of General Psychiatry, 56, 1073-1086.
170. MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity dirsorder. Archives of General Psychiatry, 56, 1088-1096.
171. MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatmennt Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 113, 754-761.
172. Neurologen und Psychiater im Netz (o.J.). Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. Abgerufen am 01.02.2015: http://www.neuro-logen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugendpsychiatrie/ erkrankungen/ aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaetsstoerung-adhs/ursachen/.
173. Niedersächsisches Justizministerium (o. J.). Jugendkriminalität. Abgerufen am 08.07.2015: http://www.mj.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=3794 & article_id=10654&_psmand=13.
174. Nigg, J.T., Willcutt, E.G., Doyle, A.E. & Sonuga-Barke, E.J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuropsychologically impaired subtypes? Biological Psychiatry, 57, 1224-1230.
175. Parker, J., Wales, G., Chalhoub, N. & Harpin, V. (2013). The long-term outcomes of interventions for the management of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. Psychology Research and Behavior Management, 6: 87–99.
176. Pharmazeutische Zeitung online (2014). Ritalin jetzt auch für Erwachsene. 05.06.2014. Abgerufen am 14.03.2015: http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id= 52570.
177. Philipsen, A., Feige, B., Hesslinger, B., Ebert, D., Carl, C., Hornyak, M., Lieb, K., Voderholzer, U. & Riemann, D. (2005). Sleep in adults with attention-deficit at-

tention/hyperactivity disorder: a controlled polysomnographic study including spectral analysis of the sleep EEG. Sleep 28: 738–745.

178. Philipsen, A., Richter, H., Matthies, S. & Hesslinger, B. (2010). Psychotherapy in Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Retz, W. & Klein, R.G. (Hrsg.): Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. Key Issues in Mental Health. Basel: Karger: 159–173.
179. Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatry disorder: an overview. Journal of Clinical Psychiatry, 59(7): 50–58.
180. Pliszka, S.R., Greenhill, L.L., Crismon, M.L., Sedillo, A., Carlson, C., Conners, C.K., McCracken, J.T., Swansen, J.M., Hughes, C.W., Llana, M.E., Lopez, M. & Toprac, M.G. (2000). The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 908-919.
181. Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, 164, 942-948.
182. Rapport, M.D., Denney, C., DuPaul, G.J. & Gardner, M.J. (1994). Attention deficit disorder and methylphenidate: normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 882-893.
183. Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000). Natural Outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(11), 1424-1431.
184. Reeves, J.C., Werry, J.S., Elkind, G.S. & Zametkin, A. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children. II: clinical characteristics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 144-155.
185. Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Thome, J., Pajonk, F.G., Salahi-Disfan, A., Rees, O., Wender, P.H. & Rösler, M. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 254: 201–208 .

186. Retz, W., Rösler, M., Ose, C., Scherag, A., Alm, B., Philipsen, A., Fischer, R. & Ammer, R. (2012). Multiscale assessment of treatment efficacy in adults with ADHD: A randomized placebo-controlled, multi-centre study with extended-release Methylphenidate. The World Journal of Biological Psychiatry. 13(1): 48-59.
187. Rhein, T. & Stüber, H. (2014). Beschäftigungsdauer im Zeitvergleich. Bei Jüngeren ist die Stabilität der Beschäftigung gesunken. IAB Kurzbericht. 3. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg. Abgerufen am 06.07.2015: http://doku.iab.de/kurzber/2014/kb0314.pdf.
188. Rizzo, P., Steinhausen, H.-C. & Drechsler, R. (2012). Selbst- und Fremdwahrnehmung von Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen bei Erwachsenen mit ADHS. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60(2), 131-143.
189. Robert-Koch-Institut (2012). DEGS. Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.rki.de/DE/Content/ Gesundheitsmonitoring/Studien/ Degs/degs_w1/degs_info_broschuere.pdf?__blob= publicationFile.
190. Rösler, M., Fischer, R., Ammer, R., Ose, C. & Retz, W. (2009). A randomised, placebo-controlled, 24-week, study of low-dose extended-release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 259(2): 120-9.
191. Rösler, M. & Retz, W. (2008a). Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Psychotherapie, 13(2), 175-183.
192. Rösler, M. & Retz, W. (2008b). ADHS, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Delinquenz. Welche Zusammenhänge sind erkennbar? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56(2), 121–132.
193. Rösler, M., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Deckert, J., Philipsen, A., Herpertz, S. & Ammer, R. (2010). Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. The World Journal of Biological Psychiatry.11(5): 709-18.
194. Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P. & Thome, J. (2004). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in male young adult prison inmates. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254, 365-371.

195. Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.
196. Sachs, G.S., Baldassano, C.F. & Truman, C.J. (2000). Comorbidity of attention deficit disorder with early- and late-onset bipolar disorder. American Journal of Psychiatry 157: 466–468.
197. Satterfield, J.H., Hoppe, C.M. & Schell, A.M. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. American Journal of Psychiatry, 139(6): 795-798.
198. Satterfield, J.H., Faller, K.J., Crinella, F.M., Schell, A.M., Swanson, J.M. & Homer, L.D. (2007). A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(5): 601-610.
199. Satterfield, J.H. & Schell, A. (1997). A Prospective Study of Hyperactive Boys With Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(12): 1726-1735.
200. Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K.R., Leckman, J.F., Zhang, H. & Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 976-984.
201. Scherk, H. (2007). ADHS und affektive Erkrankungen im Erwachsenenalter. In: C.M. Freitag & W. Retz (Hrsg.), ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer. 119-129.
202. Schmidt, S., Petermann, F., Kollra, H.-G. & Brieler, P. (2013). Zum Zusammenhang von ADHS und Alkoholdelikten im Straßenverkehr. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 61(1), 2013, 45-49.
203. Schmidt, S., Waldmann, H.-C., Petermann, F. & Brähler, E. (2010). Wie stark sind Erwachsene mit ADHS und komorbiden Störungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58(1), 2010, 9-21.
204. Schürmann, S., Breuer, D., Metternich-Kaizman, T. W. & Döpfner, M. (2011). Die Entwicklung intellektueller Fähigkeiten bei Kindern mit ADHS im Langzeitverlauf - Ergebnisse der 8,5 Jahre-Katamnese der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT). Zeitschrift für Neuropsychologie, 22, 7-20.

205. Schürmann, S., Breuer, D., Wolff Metternich-Kaizman, T. & Döpfner, M. (2012). Intellektuelle Fähigkeiten bei Jugendlichen mit früherer ADHS-Diagnose. Zusammenhänge zu aktuellen ADHS-Symptomen, Komorbidität und früherer Medikation: Ergebnisse der 8,5-Jahre-Katamnese der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40, 51-60.
206. Shapiro, S.K. & Garfinkel, C.D. (1986). The occurence of behavior disorders in children: the interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25, 809-819.
207. Skounti, M., Philalithis, A. & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. European Journal of Pediatrics, 166, 117-123.
208. Shaw, D.S., Winslow, E.B., Owens, E.B., Vondra, J.I., Cohn, J.F. & Bell R.Q. (1998). The development of early externalizing problems among children from low-income families: a transformational perspective. Journal of Abnormal Child Psychology 26(2), 95-107.
209. Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M. & Schubert, T. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 257(7): 371-377.
210. Sobanski, E., Sabljic, D., Alm, B., Skopp, G., Kettler, N., Mattern, R. & Strohbeck-Kühner, P. (2008) Driving-related risks and impact of methylphenidate treatment on driving in adults with ADHD. Journal of Neural Transmission 115(2): 347-356.
211. Spencer, T.J., Biederman, J., Madras B.K., Faraone, S.V., Dougherty, D.D., Bonab A.A. & Fischman A.J. (2005). In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: a focus on the dopamine transporter. Biological Psychiatry 57(11): 1293-1300.
212. Statista (2015a). Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitslosenquote in Nordrhein-Westfalen von 1999 bis 2014. Abgerufen am 07.07.2015: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2513/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-nordrhein-westfalen-seit-1999/.
213. Statista (2015b). Arbeitslosenquote in Deutschland im Jahresdurchschnitt von 1995 bis 2015. Abgerufen am 22.02.2015: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1224 /umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-seit-1995/.

214. Statista (2015c). Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach Altersgruppen von 2000 bis 2013. Abgerufen am 29.06.2015: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/182868/umfrage/ behandlungen-aufgrund-psychischer-und-verhaltensstoerungen-seit-2000/.
215. Statista (2015d). Ambulante Diagnoseraten psychischer Störungen bei jungen Erwerbspersonen im Alter von 20-34 Jahren in Deutschland im Jahr 2009. Abgerufen am 29.06.2015: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/195899/umfrage/ambulante-diagnoseraten-psychischer-stoerungen-bei-jungen-erwerbspersonen/
216. Statistisches Bundesamt (2011). Wie leben Kinder in Deutschland? Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 3. August 2011 in Berlin. Abgerufen am 28.06.2015: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2011/Mikro_Kinder/pressebroschuere_kinder.pdf?__blob=publicationFile.
217. Statistisches Bundesamt (2013a). Geburten. Abgerufen am 28.06.2015: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html.
218. Statistisches Bundesamt (2013b). Arbeitslosigkeit Hauptauslöser für private Überschuldung 2011. Pressemitteilung vom 17. Januar 2013 – 21/13. Abgerufen am 29.06.2015: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_021_635pdf.pdf?__blob=publicationFile.
219. Statistisches Bundesamt (2014). Überschuldung: mehr als ein gesellschaftliches Randphänomen. Abgerufen am 08.07.15: https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/STATmagazin/WirtschaftsrechnungenZeitbudget/2014_06/EinkommenKonsumLebensbedingungen2014_06.html.
220. Statistisches Bundesamt (2015). Eheschließungen. Abgerufen am 28.06.2015: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Eheschliessungen/Tabellen/EheschliessungenHeiratsalter.html.
221. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014). Zensus 2011: Über die Hälfte der Volljährigen in Baden-Württemberg ist verheiratet. Abgerufen am 07.07.2015: http://www.statistik-bw.de/Pressemitt/2014124.asp.
222. Steinhausen, H.-C. (1995). Verlauf hyperkinetischer Störungen. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. S. 225-236. Stuttgart: Kohlhammer.

223. Steinhausen, H.C., Metzke, C.W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. Acta Psychiatrica Scandinavica 98(4): 262-271.
224. Steinhausen, H.C., Drechsler, R., Foldenvi, M., Imhof, K. & Brandeis, D. (2003). Clinical course of attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 42(9): 1085-1092.
225. Steinhausen, H.-C. & Sobanski, E. (2010). Klinischer Verlauf. In: H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. S. 152-171. Stuttgart: Kohlhammer.
226. Steinhausen, H.-C. (2010). Komorbiditäten und assoziierte Probleme. In: H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. S. 172-185. Stuttgart: Kohlhammer.
227. Surman, C.B., Thomas, R.J. & Aleardi, M., Pagano, C. & Biederman, J. (2006). Adults with ADHD and sleep complaints: a pilot study identifying sleep-disordered breathing using polysomnography and sleep quality assessment. Journal of Attention Disorders 9: 550–555.
228. Tannock, R. (2009). ADHD with anxiety disorders. In T.E. Brown (Ed.), ADHD Comorbidities. Handbook for ADHD Complications in Children and Adults (pp. 131-155). Washington: American Psychiatric Publishing.
229. Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, C. & Giles, G. (1991). The Epidemiology of Childhood Hyperactivity. New York: Oxford University Press.
230. Thomas, A. & Chess, S. (1968). Temperament and Behavior Disorders in Children. New York: New York University Press.
231. Tresselt (2015). Abgerufen am 30.06.2015: http://www.tresselt.de/zahlen.htm.
232. Tully, L.A., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Morgan, J. (2004). Does maternal warmth moderate the effects of birth weight on twins' attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and low IQ? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 218-226.
233. Walker, L. (o.J.). ADHD in the Workplace: Still Much to Do. Attention Deficit Disorder Association. Abgerufen am 26.02.2015: http://www.add.org/?page=ADHDwork-place.

234. Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Leistungsprobleme im Jugendalter. SELBST - Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert., Leistungs- und Beziehungsstörungen, Band 2. Göttingen: Hogrefe.
235. Walter, D., Rademacher, C., Schürmann, S. & Döpfner, M. (2007). Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen: SELBST - Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. Band 1. Göttingen: Hogrefe.
236. Weiss, G. & Hechtman, L.T. (1993). Hyperactive Children grown up. ADHD in Children, Adolescents, and Adults. New York: Guilford Press.
237. Weiss, G., Hechtman, L.T., Milroy, T. & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 24: 211-220.
238. Wender, P.H. (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York. Oxford University Press.
239. Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J. & Gunawardene S. (2003). Does stimulant therapy of ettention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics 111: 179-185.
240. Willcut, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V. & Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Biological Psychiatry, 57, 1336-1346.
241. Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1999). SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen / Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
242. Wolf, E. (2005). Atomoxetin gegen ADHS. Pharmazeutische Zeitung online. 14/2005. Abgerufen am 17.02.2015: http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id= pharm2_14_2005.
243. Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2010). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger & M. Döpfner (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. S. 335-350. Stuttgart: Kohlhammer.
244. Woodward, L.J., Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2000). Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 39(5): 627-634.

245. Zentrales adhs-netz (o.J.). Diagnostik bei Erwachsenen. abgerufen am 31.07.2014: http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/materialien/ diagnostik-erw.html.
246. Zentralverband des deutschen Handwerks (2015). Wirtschaftlicher Stellenwert des Handwerks. Abgerufen am 06.07.2015: http://www.zdh.de/daten-und-fakten/das-handwerk/kennzahlen-des-handwerks.html.
247. Zimmermann, P. & Fimm, B. (2002). Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung – TAP. Version 2.0. Herzogenrath: Psytest.

Anhang 1:
Anschreiben

UNIKLINIK KÖLN
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

kjppköln

Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner
Dipl.-Psych.

Sekretariat Frau Dahm
Telefon: (0221) 478-6271
Telefax: (0221) 478-3962

manfred.doepfner@uk-koeln.de
www.akip.de
www.kjp-uni-koeln.de

Uniklinik Köln | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters |
Gebäude 53, Robert-Koch-Str.10, 50931 Köln

Anhang 1: Anschreiben

Köln, den xxxxxx

Betreff: **Forschungs-Studie zur weiteren Entwicklung von ehemaligen Patienten, die mit Aufmerksamkeitsproblemen im Grundschulalter vorgestellt wurden**

Sehr geehrte/r Frau/Herr xxxx,

zunächst möchten wir uns herzlich dafür bedanken, dass Sie bereit sind, an der Forschungsstudie teilzunehmen.

Es gibt bisher kaum Untersuchungen, die aufzeigen, wie sich Kinder, die früher Schwierigkeiten mit der Konzentration, Impulsivität und / oder motorischen Unruhe hatten (ADHS Symptomatik), in ihrem Leben weiterentwickeln. In Deutschland führen wir an der Kölner Universitätsklinik die einzige Studie durch, die über einen so langen Zeitraum die Entwicklung dieser Kinder untersucht.

Viele wissenschaftliche Fragen sind daher noch unbeantwortet:

- Wie entwickeln sich die Kinder im Erwachsenenalter weiter?
- Welche Schulabschlüsse erreichen sie?
- Welche Ausbildungen / Berufe ergreifen sie? Wie ist die berufliche Entwicklung?
- Wie ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben?
- Gibt es auch heute noch Probleme wie Konzentrationsschwächen, motorische-innere Unruhe oder Impulsivität und Ungeduld?
- Gibt es andere Probleme wie Ängste, Stimmungsschwankungen, Zwänge, soziale Probleme?
- Unter welchen Bedingungen leben sie? Wie sehen Partnerschaft / Beziehungen aus?
- Wie ist die gesundheitliche Entwicklung? Werden Medikamente genommen?

Diese Fragen versuchen wir mit der Studie zu beantworten.

Daher schicken wir Ihnen anbei einige Fragebogen, die ganz verschiedene Bereiche des Lebens abdecken. Es werden sicherlich sehr viele Fragen dabei sein, die Sie für sich als völlig unzutreffend beurteilen. Bitte beantworten Sie trotzdem alle Fragen. Es werden auch sehr persönliche Fragen zu Krankheiten, Persönlichkeit und Partnerschaft gestellt.

Die meisten Fragebogen sind für Sie persönlich bestimmt (Selbstbeurteilung). Andere Fragebogen sollten bitte von Ihren Eltern und/oder von anderen Ihnen vertrauten Personen, die Sie gut kennen, ausgefüllt werden (Fremdbeurteilung).

Unser Ziel ist es zu schauen, ob und welche Probleme eventuell bei Ihnen bestehen, ob diese Ihr Leben und Ihre Zufriedenheit beeinträchtigen und ob diese Schwierigkeiten im „normalen" Rahmen junger Erwachsener zu sehen sind oder ob sie darüber hinausgehen.

Unsere Untersuchung besteht im Groben aus zwei Teilen:

1. Die Fragebogen, **die Sie bitte vollständig ausgefüllt zu unserem Termin mitbringen**.

2. Dem Untersuchungstermin, an dem wir sowohl ein klinisches Interview als auch kurze Tests (z.B. Konzentrationstest) mit Ihnen durchführen. Bei diesem Termin müssen Sie mit einer Dauer von ca. 3-4 Stunden rechnen.

Als Aufwandentschädigung erhalten Sie von uns:

- 50,- € für die vollständig ausgefüllten Fragebogen
- 50,- € für den Untersuchungstermin
- 20,- € Pauschal für die Fahrtkosten

→ 120,- € insgesamt

Das Geld werden wir Ihnen am Untersuchungstag auszahlen.

Wie telefonisch vereinbart, findet unser Termin statt:

am _____

Ich werde Sie zu dieser Zeit **im Eingangsbereich** der Kinder- und Jugendpsychiatrie abholen.

Adresse:
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Köln
Gebäude 53
Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln

Bitte bringen Sie zu dem Termin die vollständig ausgefüllten Fragebogen mit. Falls Sie eine Brille benötigen, bringen Sie diese bitte ebenfalls mit.

Sollten Sie vor dem Termin noch Fragen haben, erreichen Sie mich unter janet.mandler@uk-koeln.de oder X X X X X.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Janet Mandler
Dipl.-Psychologin

Anhang 2 – 10:
Erhebungsinstrumente

KAMT-Studie Messzeitpunkt 2009 (2009-11-09) Datum: _____

Follow-up Interview

ID-Nr.:_____

Name des Patienten:_____

Geb.Datum: _____

Alter am Untersuchungstag (Jahre, Monate): _____

Aktuelle Adresse Tel.nr:_____

Adresse Eltern Tel.nr:_____

E-Mail-Adressen: _____

_____

Beurteiler:_____

1.Gesamtbeurteilung der Störung des jungen Erwachsenen zum Follow-up-Zeitpunkt **(klinische Endeinschätzung)**

(Familie/Bezugsperson)		Problemstärke						
1.1	Unruhe/Aufmerk.schwäche/Impulsivität	0	1	2	3	4	9	
1.2	oppositionell/verweigerndes Verhalten	0	1	2	3	4	9	
1.3	aggressives Verhalten ggü. Eltern / Partnern	0	1	2	3	4	9	
1.4	aggressives Verhalten ggü. anderen Fam.mitg.	0	1	2	3	4	9	
(Beruf)		Problemstärke						
1.1	Unruhe/Aufmerk.schwäche/Impulsivität	0	1	2	3	4	8	9
1.2	oppositionell/verweigerndes Verhalten	0	1	2	3	4	8	9
1.3	aggressives Verhalten ggü. Arbeitgebern	0	1	2	3	4	8	9
1.8	aggressives Verhalten ggü. anderen	0	1	2	3	4	9	
1.9	andere:_____	0	1	2	3	4	9	
1.10	andere:_____	0	1	2	3	4	9	
1.11	andere:_____	0	1	2	3	4	9	

Berufliche Situation:

2.1 derzeit besuchte Schulart / Tätigkeit / Arbeit

1	Grundschule
2	Sonderschule-L
3	Sonderschule-E
4	Andere Sonderschule
5	Hauptschule
6	Realschule
7	Gymnasium
8	Gesamtschule
9	Andere Schule: _____
10	(frühere Kodierung für keine Schule)

11	Berufsschule / Lehre – welche: _____
12	Weiterführende Schule, die nicht zum Abitur führt (z.B. für Hauptschulabschluss), weitergehender Bildungsgang: _____
13	Berufsgrundschuljahr / Berufsorientierungsjahr
14	Studium (Fachhochschule / Universität)
15	Bundeswehr / Zivildienst
16	Erwerbstätigkeit ohne weitere Ausbildung: _____
17	Erwerbstätigkeit nach abgeschlossener (Berufs-)Ausbildung: _____
18	Anderes: _____
19	„macht gar nichts“ – arbeitslos
20	Hausfrau / Hausmann

Allgemein:

Arbeitstätigkeit? 1 - Ja, seit wann?: _____ 2 - Nein

Arbeitsumfang (h/Woche): _____

Festanstellung? 1 - Ja 2 - Nein

Bisher **wechselnde** Arbeitsstellen? 1 - Nein 2 - Ja, einmal
3 - Ja, zweimal
4 - Ja, mehrfach
5 - bisher noch keine Arbeitsstelle gehabt

Arbeitslosigkeit aktuell? 1 - Nein 2 - Ja – wann? _____

Arbeitslosigkeit früher? 1 - Nein 2 - Ja – wann? _____

Beschreibe (Arbeitstätigkeit und Verlauf):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.2 Schulabschluss (getrennt nach Schul- und Berufsausbildung fragen)

nur Schulabschluss
1 trifft noch nicht zu
2 kein Abschluss, Abgangszeugnis
3 Hauptschulabschluss (Abschluss A)
4 Fachschulreife / mittlere Reife (Realschulabschluss, Hauptschulabschluss B)
5 Fachabitur (nach 12.Klasse)
6 Abitur
nur Berufsabschluss
7 Abgeschlossene Berufsausbildung / Lehre: _____
8 Abgeschlossenes Studium: _____
9 keine Berufsausbildung

Explorierte familiäre Situation

3.0 junger Erwachsener wohnt bei….

1. Mutter	**2. Vater**	**3. andere, nicht unter 1 / 2 erfasste Wohnsituation**
1 leibliche Mutter	1 leiblichem Vater	8 trifft nicht zu
2 Stiefmutter	2 Stiefvater	1 stationäre Jugendhilfe
3 Adoptivmutter	3 Adoptivvater	2 Reha-/Therapieeinrichtung
4 Pflegemutter	4 Pflegevater	**3 wohnt alleine**
5 Großmutter	5 Großvater	**4 in Ehe / mit Partner(in)**
6 Verwandten, sonst. Ersatzmutter	6 Verwandten, sonst. Ersatzvater	5 Notunterkunft (z.B.Frauenhaus)
8 keiner Mutter	8 keinem Vater	6 kein fester Wohnsitz
9 unbekannt	9 unbekannt	**10 Wohngemeinschaft (WG)**
		11 inhaftiert / Gefängnis
		9 unbekannt

Feste Beziehung?	1 - Nein	2 – Ja	3 – zurzeit nicht, wieder getrennt
Verheiratet?	1 - Nein	2 – Ja	3 – wieder geschieden / getrennt

Aktuelle Partnerschaft: seit wann? _____

Vorherige Partnerschaften: wie viele? wie lang? Dauer der längsten Partnerschaft?

_____

_____

Kinder? 1 - Nein 2 - Ja: _____, Alter: _____ Schule/Kiga: _____

_____, Alter: _____ Schule/Kiga: _____

_____, Alter: _____ Schule/Kiga: _____

3.1 Todesfälle in der engeren Familie/Freundeskreis?

1 - Nein 2 - Ja beschreibe: _____

3.2 Eigene Gesundheitsprobleme?

1 - Nein 2 - Ja beschreibe: _____

Hatten Sie bereits größere Erkrankungen?

1 - Nein 2 - Ja Welche?: _____

_____

_____

3.3 Verhaltensprobleme in der Familie (bei Eltern, Partner, eigenen Kindern)?

1 - Nein 2 - Ja beschreibe: _____

3.4 Finanzielle Probleme?

1 - Nein 2 - Ja beschreibe: _____

Schaffen Sie es, mit Ihrem zur Verfügung stehenden Geld auszukommen?

O Ja, ich komme gut mit meinem Geld aus

O Ja, aber ich kontrolliere mich bzw. lasse mich kontrollieren.

O Ich überziehe nur selten mein Konto oder leihe mir Geld

O Ich überziehe häufig mein Konto oder leihe mir Geld

3.5 Belastende Ereignisse in der Follow-up Phase (0=keine. 4=massiv belastend)

a.	In der Familie: _____	0	1	2	3	4
b.	Beim Arbeitsplatz: _____	0	1	2	3	4
c.	Andere: _____	0	1	2	3	4

3.6 Entlastende Ereignisse in der Follow-up Phase (0=keine. 4=massiv entlastend)

a.	In der Familie: _____	0	1	2	3	4
b.	Beim Arbeitsplatz: _____	0	1	2	3	4
c.	Andere: _____	0	1	2	3	4

Weitere freie Exploration:
(Partnerschaft? / Partnerschaftsprobleme? Probleme mit Freunden und Verwandten etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4.1 **Körpergewicht** (in kg): _____ kg

4.2 **Körpergröße** (in cm): _____ cm

4.3.1 **Stimulanziengabe <u>aktuell</u>?** 1 ja 2 nein

Wenn ja - was? _____

welche Dosierung? _____

seit wann? _____

4.3.2 **Stimulanziengabe <u>früher</u> – im Erwachsenenalter, d.h. nach dem 18.Lbj.** ?

1 ja 2 nein

Wenn ja - was? _____

welche Dosierung? _____

wie lange? _____

4.3.3. andere **Medikation <u>aktuell</u>**? 1 ja 2 nein

Wenn ja - was? _____

welche Dosierung? _____

seit wann? _____

4.3.4 andere **Medikation <u>früher</u> – im Erwachsenenalter, d.h. nach dem 18.Lbj.** ?

1 ja 2 nein

Wenn ja - was? _____

welche Dosierung? _____

wie lange? _____

5. <u>aktuelle</u> Psychotherapeutische / Psychiatrische Interventionen?

1 ja 2 nein

Wenn ja - warum? _____

was? _____

welche Intensität? _____

seit wann? _____

6. <u>frühere</u> Psychotherapeutische / Psychiatrische Interventionen <u>seit 18.Lbj.</u>?

1 ja 2 nein

Wenn ja - warum? _____

was? _____

welche Intensität? _____

seit wann? _____

7.1 Häufigkeit der sozialen Integration in „Peergroup“

1 regelmäßige bis häufige soziale Integration, altersangemessen

2 kaum soziale Integration; wenige Kontakte zu anderen

3 fast keine soziale Integration, deutlich isoliert

9 nicht beurteilbar

7.2 Art der sozialen Integration in „Peergroup“

1 unauffällige „Peergroup“

2 Soziale Integration bei jungen Erwachsenen, die gelegentlich „kiffen“ o.ä (<u>keine</u> harten Drogen), gehen aber geregelter Tätigkeit nach und sind gut in die Gesellschaft integriert.

3 Soziale Integration bei „Randgruppen“ (weitgehend geregelte Tätigkeiten, aber auch leichter Drogenkonsum wie Ecstasy, Auffälligkeit im gewissen Rahmen, kleinere Diebstähle etc.)

4 soziale Integration bei delinquent auffälligen Gruppen (meinst keine geregelte Tätigkeit, Straftaten, nehmen „härtere“ Drogen)

5 nicht beurteilbar

7.3 „Straftaten“ / Kontakte zur Polizei

(Mehrfachnennungen möglich)

Exploriere: _____

_____

_____

_____

1 keine

2 einen Kontakt mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin

3 zwei Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin

4 mehrere Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin

5 eine Verurteilung / Gerichtstermin (Bußgeld, Akteneintrag, Sozialstunden.)

6 zwei oder mehr Verurteilungen / Gerichtstermine

5 Verurteilung mit Haft

8.1 Prognose für die Symptomatik (klinische Endeinschätzung)

1. ADHS _____
2. Störung des Sozialverhaltens: _____
3. andere Störung, _____ : _____

1	Symptomatik/Folgesymptomatik wird wahrscheinlich nicht mehr auftreten, auch nicht als Normvariante.
2	Symptome/Folgesymptome, die eine Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich nicht mehr auftreten, jedoch ist das Auftreten oder Weiterbestehen von Symptomen/ Folgesymptomen im Grenzbereich zur Auffälligkeit wahrscheinlich.
3	Symptome/Folgesymptome mit klinischer Wertigkeit, die eine gelegentliche stützende Maßnahme, jedoch keine intensive Behandlung erfordern, werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiterhin bestehen.
4	Behandlungsbedürftige Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich erneut auftreten oder weiter bestehen.
5	Symptome/Folgesymptome werden wahrscheinlich in einem Ausmaß erneut auftreten oder weiter bestehen, das intensive Interventionen erforderlich machen wird.
9	Prognose für die Symptomatik nicht einschätzbar.

8.2 Prognose für die Gesamtentwicklung (klinische Endeinschätzung)

(bitte ankreuzen)

1	Wahrscheinlich sehr gute Entwicklung auf allen Gebieten (zu Hause, in der Schule und mit Gleichaltrigen).
2	Wahrscheinlich weitgehend unproblematische Gesamtentwicklung mit gelegentlichen Schwierigkeiten, die keine professionelle Hilfe erfordern.
3	Wahrscheinlich Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mindestens einem Gebiet, die durch zeitlich begrenzte professionelle Hilfe bewältigt werden kann.
4	Wahrscheinlich deutliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mindestens einem Gebiet, die sich allenfalls durch intensive professionelle Hilfe vermindern lässt, aber eine dauerhafte Sonderbetreuung noch nicht zwingend erfordert.
5	Wahrscheinlich erhebliche Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung in mehreren Gebieten, die eine dauerhafte pädagogisch-therapeutische Betreuung, beispielsweise in einem Heim, einer Wohngruppe, einer beschützenden Werkstätte oder in der Familie erfordern wird.
9	Prognose für die Gesamtentwicklung nicht einschätzbar.

9. Soziale Anpassung zum jetzigen Zeitpunkt (klinische Endeinschätzung)

(bitte ankreuzen)

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum **Zeitpunkt des Follow-up**. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- Schulische bzw. berufliche Anpassung;
- Interessen und Freizeitaktivitäten.

0	Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
1	Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
2	Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z.B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten, Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
4	Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich, wie z.B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen.
5	Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
6	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung/Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, alleine zurechtzukommen.
7	Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung/Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
8	Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und/ oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
9	Information fehlt.

Anhang 2a: Interview / Fragebogen

Datum: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse(n): _____

Ihre aktuelle berufliche Situation (bitte ankreuzen):

O Berufsschule / Lehre – welche: _____
O Weiterführende Schule, die nicht zum Abitur führt (z.B. für Hauptschulabschluss), weitergehender Bildungsgang: _____
O Berufsgrundschuljahr / Berufsorientierungsjahr
O Studium (Fachhochschule / Universität)
O Bundeswehr / Zivildienst
O Erwerbstätigkeit ohne weitere Ausbildung: _____
O Erwerbstätigkeit nach abgeschlossener (Berufs-)Ausbildung: _____
O Anderes: _____
O arbeitslos
O Hausfrau / Hausmann

Sind Sie aktuell berufstätig? O Nein O Ja, seit wann?: _____

Arbeitsumfang (h/Woche): _____

Festanstellung? O Nein O Ja

Bisher **wechselnde** Arbeitsstellen? O Nein O Ja, einmal
O Ja, zweimal
O Ja, mehrfach
O bisher keine Arbeitsstelle gehabt

Arbeitslosigkeit aktuell? O Nein O Ja, seit wann?: _____

Arbeitslosigkeit früher? O Nein O Ja, wann/wie lange?: _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Arbeitstätigkeit und Ihren beruflichen Werdegang:

_____

_____

_____

_____

Welchen Schulabschluss haben Sie? (Bitte ankreuzen)

O kein Abschluss, Abgangszeugnis
O Hauptschulabschluss (Abschluss A)
O Fachschulreife / mittlere Reife (Realschulabschluss, Hauptschulabschluss B)
O Fachabitur (nach 12. Klasse)
O Abitur

Welchen Berufsabschluss haben Sie? (Bitte ankreuzen)

O Abgeschlossene Berufsausbildung / Lehre als: _____
O Abgeschlossenes Studium in: _____
O keine Berufsausbildung

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation? Ich wohne....

O Allein
O Mit Partner
O in einer WG
O Bei den Eltern
O Andere Wohnsituation: _____

Schaffen Sie es, mit Ihrem zur Verfügung stehenden Geld auszukommen?

O Ja, ich komme gut mit meinem Geld aus.
O Ja, aber ich kontrolliere mich bzw. lasse mich kontrollieren.
O Ich überziehe nur selten mein Konto oder leihe mir Geld.
O Ich überziehe häufig mein Konto oder leihe mir Geld.

Körpergewicht: _____ kg **Körpergröße** : _____ cm

Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente ein?

O nein O ja, welche:_____

Nahmen sie früher (nach dem 18. Lebensjahr) regelmäßig Medikamente ein?

O nein O ja, welche:_____

Sind Sie nach Ihrem 18. Lebensjahr in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung gewesen?

O nein O ja, welche:_____

Hatten Sie bisher Kontakte zur Polizei?

O nein O ja, welche/warum?: _____

_____

_____

_____

(bitte ankreuzen)

O einen Kontakt mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin
O zwei Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin
O mehrere Kontakte mit der Polizei ohne Verurteilung / Gerichtstermin
O eine Verurteilung / Gerichtstermin (Bußgeld, Akteneintrag, Sozialstunden.)
O zwei oder mehr Verurteilungen / Gerichtstermine
O Verurteilung mit Haft

Anhang 3: FB-PERS

FB-PERS

Lieber Studien-Teilnehmer!

Da uns die Entwicklung unserer ehemaligen ADHS-Patienten in allen Lebensbereichen interessiert, möchten wir Ihnen an dieser Stelle **sehr persönliche Fragen** auch nach Autofahren, Unfällen, Partnerschaft und Sexualität stellen, da sie ein wichtiger Bestandteil im Leben sind. Die Auswertung der Fragen erfolgt anschließend anonym und dient nur der Gruppenanalyse, die Daten werden also *streng vertraulich* behandelt.
Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns daher Auskunft über folgende Fragen geben würden!

ID-Nummer: _____

1. Haben Sie bereits den Führerschein? 1 – Ja 2 – Nein

Wenn ja:

- Wurde die Probezeit des Führerscheins verlängert oder mussten Sie in die Nachprüfung? 1 – Ja 2 – Nein
- Wie viele Unfälle mit Blechschäden hatten Sie bereits? _____
- Wie viele Unfälle mit Personenschäden hatten Sie bereits? _____
- Wie viele Strafzettel haben Sie bisher erhalten? (bitte ankreuzen)

  O 0-2 O 3-5 O 6-10 O mehr als 10
- wie viele Strafzettel hatten Sie bisher mit Geldbußen über 40 €? _____

2. Hatten Sie bereits allgemeine Unfälle, die ärztlich versorgt werden mussten?

   1 – Ja 2 – Nein

   Wenn ja, wie viele?: _____

   welche?: _____

3. Haben Sie aktuell einen festen Partner / Partnerin? 1 – Ja 2 – Nein
4. Haben Sie schon einen festen Partner/in gehabt? 1 – Ja 2 – Nein
5. Haben Sie überwiegend kurze Beziehungen gehabt? 1 – Ja 2 – Nein
6. Haben Sie häufig wechselnde Sexualpartner? 1 – Ja 2 – Nein
7. Haben Sie häufig ungeschützten / unverhüteten Geschlechtsverkehr?

   1 – Ja 2 – Nein
8. Ist es schon zu ungewollten Schwangerschaft gekommen? 1 – Ja 2 – Nein
9. Haben Sie schon Geschlechtskrankheiten gehabt? 1 – Ja 2 – Nein

Vielen herzlichen Dank für die Informationen

Anhang 4: Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter Aktuelle Probleme, Fremdbeurteilung (FEA-AFB)

Name der beurteilten Person: Alter: Datum:	
Berufsausbildung: Gegenwärtige Tätigkeit:	
Ausgefüllt von: Art der Beziehung zur beurteilten Person (z.B. Ehefrau, Eltern):_____ Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für _____ ist, bezogen auf die letzten sechs Monate. Wie zutreffend sind die folgenden Beschreibungen?	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
01. Es fällt ihm / ihr oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schreibarbeiten oder bei anderen Tätigkeiten in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz.	0 1 2 3
02. Es fällt ihm / ihr oft schwer, sich bei beruflichen Aufgaben oder bei Hobbies dauerhaft zu konzentrieren.	0 1 2 3
03. Er / sie kann häufig nicht richtig zuhören, wenn er / sie direkt angesprochen wird.	0 1 2 3
04. Er / sie hat oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu folgen und Arbeiten zu Ende zu bringen.	0 1 2 3
05. Er / sie hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	0 1 2 3
06. Er / sie vermeidet oft Aufgaben, bei denen er / sie sich länger konzentrieren und anstrengen muss oder er / sie macht sie nur widerwillig.	0 1 2 3
07. Er / sie verliert oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z.B. Schlüssel, Arbeitsunterlagen, Bücher oder Werkzeug).	0 1 2 3
08. Er / sie ist leicht ablenkbar.	0 1 2 3
09. Er / sie ist im Alltag häufig vergesslich.	0 1 2 3
10. Seine / ihre Hände und Füße sind ständig in Bewegung und er / sie kann nicht ruhig sitzen bleiben.	0 1 2 3
11. Er / sie steht oft in Situationen auf, in denen es unpassend ist.	0 1 2 3
12. Es fällt ihm / ihr schwer, sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0 1 2 3
13. Er / sie springt häufig auf und läuft herum, wenn es unpassend ist.	0 1 2 3
14. Er / sie fühlt sich oft unruhig und nervös.	0 1 2 3
15. Er / sie ist ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und kann darin kaum durch andere Personen begrenzt werden.	0 1 2 3
16. Er / sie ist häufig ‘‘auf Achse’’.	0 1 2 3
17. Er / sie platzt häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0 1 2 3
18. Er / sie kann häufig nur schwer warten, bis er / sie an der Reihe ist (z.B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe).	0 1 2 3

	gar nicht	ein wenig		weitge-
19. Er / sie unterbricht oder stört andere häufig (z.B. im Gespräch).	0	1	2	3
20. Er / sie redet häufig übermäßig viel.	0	1	2	3
21. Er / sie lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab.	0	1	2	3
22. Er / sie trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	0	1	2	3
23. Er / sie beginnt mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.	0	1	2	3
24. Er / sie hält häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die er / sie anderen gegenüber gemacht hat.	0	1	2	3
25. Er / sie hat häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und kommt durcheinander.	0	1	2	3
26. Er / sie neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren.	0	1	2	3
27. Er / sie macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	0	1	2	3
28. Er / sie kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten.	0	1	2	3
29. Er / sie hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	0	1	2	3
Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der vorab beschriebenen Verhaltensprobleme für ihn / sie zutrifft.				
A1. Die beschriebenen Probleme sind für ihn / sie insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine / ihre Leistungsfähigkeit in der Ausbildung oder bei der Arbeit erheblich.	0	1	2	3
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine / ihre Beziehungen zu Vorgesetzten oder Lehrern erheblich.	0	1	2	3
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine / ihre Beziehungen zu Partnern, Eltern, Freunden oder Arbeitskollegen erheblich.	0	1	2	3
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie in der Freizeit oder bei seinen / ihren Hobbies erheblich.	0	1	2	3
A6. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen erheblich.	0	1	2	3
A7. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte erheblich.	0	1	2	3
A8. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie in der Gestaltung seiner / ihrer Partnerschaft(en) erheblich.	0	1	2	3
A9. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie im Umgang mit Geld erheblich.	0	1	2	3
A10. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich.	0	1	2	3
A11. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie bei der Erledigung seiner / ihrer Alltagspflichten erheblich.	0	1	2	3

A12. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn / sie in anderen Lebensbereichen erheblich. *bitte kurz beschreiben:*	0 1 2 3

Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Bitte wenden

Anhang 5: ADHS-Fragebogen für Erwachsene
Aktuelle Probleme, Selbstbeurteilung (FEA-ASB)

Name: Alter: Datum:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?
Berufsausbildung: Gegenwärtige Tätigkeit:	
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für Sie ist, bezogen auf die letzten sechs Monate.	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
01. Es fällt mir oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schreibarbeiten oder bei anderen Tätigkeiten in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz.	0 1 2 3
02. Es fällt mir oft schwer, mich bei beruflichen Aufgaben oder bei Hobbies dauerhaft zu konzentrieren.	0 1 2 3
03. Ich kann häufig nicht richtig zuhören, wenn ich direkt angesprochen werde.	0 1 2 3
04. Ich habe oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu folgen und Arbeiten zu Ende zu bringen.	0 1 2 3
05. Ich habe oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	0 1 2 3
06. Ich vermeide oft Aufgaben, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen muss oder ich mache sie nur widerwillig.	0 1 2 3
07. Ich verliere oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z.B. Schlüssel, Arbeitsunterlagen, Bücher oder Werkzeug).	0 1 2 3
08. Ich bin leicht ablenkbar.	0 1 2 3
09. Ich bin im Alltag häufig vergesslich.	0 1 2 3
10. Meine Hände und Füße sind ständig in Bewegung und ich kann nicht ruhig sitzen bleiben.	0 1 2 3
11. Ich stehe oft in Situationen auf, in denen es unpassend ist.	0 1 2 3
12. Es fällt mir schwer, mich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0 1 2 3
13. Ich springe häufig auf und laufe herum, wenn es unpassend ist.	0 1 2 3
14. Ich fühle mich oft unruhig und nervös.	0 1 2 3
15. Ich bin ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und kann darin kaum durch andere begrenzt werden.	0 1 2 3
16. Ich bin häufig ''auf Achse''.	0 1 2 3
17. Ich platze häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0 1 2 3
18. Ich kann häufig nur schwer warten, bis ich an der Reihe bin (z.B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe).	0 1 2 3
19. Ich unterbreche oder störe andere häufig (z.B. im Gespräch).	0 1 2 3
20. Ich rede häufig übermäßig viel.	0 1 2 3

	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
21. Ich lasse mich oft durch äußere Reize ablenken oder schweife mit den Gedanken ab.	0	1	2	3
22. Ich treffe häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	0	1	2	3
23. Ich beginne mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.	0	1	2	3
24. Ich halte häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die ich anderen gegenüber gemacht habe.	0	1	2	3
25. Ich habe häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und komme durcheinander.	0	1	2	3
26. Ich neige häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren.	0	1	2	3
27. Ich mache alles in letzter Minute und habe Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	0	1	2	3
28. Ich kaufe unüberlegt und voreilig Sachen und habe Probleme, mein Geld zusammen zu halten.	0	1	2	3
29. Ich habe häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	0	1	2	3
Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der vorab beschriebenen Verhaltensprobleme für Sie zutrifft.				
A1. Die beschriebenen Probleme sind für mich insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Leistungsfähigkeit in der Ausbildung oder bei der Arbeit erheblich.	0	1	2	3
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Beziehungen zu Vorgesetzten oder Lehrern erheblich.	0	1	2	3
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Beziehungen zu Partnern, Eltern, Freunden oder Arbeitskollegen erheblich.	0	1	2	3
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in der Freizeit oder bei meinen Hobbies erheblich.	0	1	2	3
A6. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen erheblich.	0	1	2	3
A7. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte erheblich.	0	1	2	3
A8. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in der Gestaltung meiner Partnerschaft(en) erheblich.	0	1	2	3
A9. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich im Umgang mit Geld erheblich.	0	1	2	3
A10. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich.	0	1	2	3
A11. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei der Erledigung meiner Alltagspflichten erheblich.	0	1	2	3

A12. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in anderen Lebensbereichen erheblich. *bitte kurz beschreiben:*	0 1 2 3

Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

ADHS-Fragebogen für Erwachsene auf der Basis von DSM-IV und ICD-10. © by M. Döpfner, G. Lehmkuhl & H.-C. Steinhausen, Köln und Zürich 2001. Publiziert in: Döpfner et al. (2005): Kinder-Diagnostik-System KIDS, Band 1 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Anhang 6: ADHS-Fragebogen für Erwachsene
Frühere Probleme, Fremdbeurteilung (FEA-FBB)

Name der beurteilten Person: Alter: Datum:	
Berufsausbildung: Gegenwärtige Tätigkeit:	
Ausgefüllt von: Art der Beziehung zur beurteilten Person (z.B. Vater, Mutter):_____ Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für _____ war, als die Person etwa sechs bis zwölf Jahre alt war (etwa in der Grundschulzeit)	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
01. Es fiel ihr / ihm oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten.	0 1 2 3
02. Es fiel ihr / ihm oft schwer, sich bei Aufgaben oder beim Spiel dauerhaft zu konzentrieren.	0 1 2 3
03. Sie / er konnte häufig nicht richtig zuhören, wenn sie /er direkt angesprochen wurde.	0 1 2 3
04. Sie / er hatte oft Schwierigkeiten, Aufträge von anderen vollständig durchzuführen und Schularbeiten oder andere Arbeiten zu Ende zu bringen	0 1 2 3
05. Sie / er hatte oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	0 1 2 3
06. Sie / er hatte oft Aufgaben vermieden, bei denen sie /er sich länger konzentrieren und anstrengen musste oder sie / er hat sie nur widerwillig gemacht.	0 1 2 3
07. Sie / er hat oft Gegenstände verloren, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig waren (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Schlüssel oder Bücher).	0 1 2 3
08. Sie / er war leicht ablenkbar.	0 1 2 3
09. Sie / er war im Alltag häufig vergesslich.	0 1 2 3
10. Ihre / seine Hände und Füße waren ständig in Bewegung und sie / er konnte nicht ruhig sitzen bleiben.	0 1 2 3
11. Sie / er stand oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen es unpassend war.	0 1 2 3
12. Es fiel ihr / ihm schwer, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0 1 2 3
13. Sie / er ist häufig aufgesprungen und herumgelaufen, wenn es unpassend war.	0 1 2 3
14. Sie / er fühlte sich oft unruhig und nervös.	0 1 2 3
15. Sie / er war ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und konnte darin auch kaum durch andere begrenzt werden.	0 1 2 3
16. Sie / er war häufig ‘‘auf Achse’’.	0 1 2 3
17. Sie / er platzte häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt waren.	0 1 2 3
18. Sie / er konnte häufig nur schwer warten, bis sie / er an der Reihe war (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0 1 2 3

Bitte wenden

19. Sie / er unterbrach oder störte andere häufig (z.B. beim Spiel oder im Gespräch).	0 1 2 3
20. Sie / er redete häufig übermäßig viel.	0 1 2 3
Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der ersten Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für die Person im Alter von sechs bis zwölf Jahren zutraf.	Wie zutreffend war die Beschreibung?
	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
A1. Die beschriebenen Probleme waren damals für sie / ihn insgesamt sehr belastend.	0 1 2 3
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals ihre / seine Leistungsfähigkeit in der Schule erheblich.	0 1 2 3
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals ihre / seine Beziehungen zu Lehrern erheblich.	0 1 2 3
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals ihre /seine Beziehungen zu Eltern, Freunden oder Klassenkameraden erheblich.	0 1 2 3
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten sie / ihn in der Freizeit oder bei ihren / seinen Hobbys erheblich.	0 1 2 3
Bemerkungen	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

ADHS-Fragebogen für Erwachsene auf der Basis von DSM-IV und ICD-10. © by M. Döpfner, G. Lehmkuhl & H.-C. Steinhausen, Köln und Zürich 2001. Publiziert in: Döpfner et al. (2005): Kinder-Diagnostik-System KIDS, Band 1 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Anhang 7: ADHS-Fragebogen für Erwachsene
Frühere Probleme, Selbstbeurteilung (FEA-FSB)

Name: Alter: Datum:	Wie zutreffend war die Beschreibung?
Berufsausbildung: Gegenwärtige Tätigkeit:	
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für Sie war, als Sie etwa sechs bis zwölf Jahre alt waren (etwa in der Grundschulzeit).	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
01. Es fiel mit oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten.	0 1 2 3
02. Es fiel mit oft schwer, mich bei Aufgaben oder beim Spiel dauerhaft zu konzentrieren.	0 1 2 3
03. Ich konnte häufig nicht richtig zuhören, wenn ich direkt angesprochen wurde.	0 1 2 3
04. Ich hatte oft Schwierigkeiten, Aufträge von anderen vollständig durchzuführen und Schularbeiten oder andere Arbeiten zu Ende zu bringen	0 1 2 3
05. Ich hatte oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	0 1 2 3
06. Ich habe oft Aufgaben vermieden, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen musste oder ich habe sie nur widerwillig gemacht.	0 1 2 3
07. Ich habe oft Gegenstände verloren, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig waren (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Schlüssel oder Bücher).	0 1 2 3
08. Ich war leicht ablenkbar.	0 1 2 3
09. Ich war im Alltag häufig vergesslich.	0 1 2 3
10. Meine Hände und Füße waren ständig in Bewegung und ich konnte nicht ruhig sitzen bleiben.	0 1 2 3
11. Ich stand oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen es unpassend war.	0 1 2 3
12. Es fiel mir schwer, ruhig zu spielen oder mich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0 1 2 3
13. Ich bin häufig aufgesprungen und herumgelaufen, wenn es unpassend war.	0 1 2 3
14. Ich fühlte mich oft unruhig und nervös.	0 1 2 3
15. Ich war ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und konnte darin auch kaum durch andere begrenzt werden.	0 1 2 3
16. Ich war häufig ‘‘auf Achse’’.	0 1 2 3
17. Ich platzte häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt waren.	0 1 2 3
18. Ich konnte häufig nur schwer warten, bis ich an der Reihe war (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0 1 2 3
19. Ich unterbrach oder störte andere häufig (z.B. beim Spiel oder im Gespräch).	0 1 2 3
20. Ich redete häufig übermäßig viel.	0 1 2 3

Bitte wenden

Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der ersten Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für Sie im Alter von sechs bis zwölf Jahren zutraf.	Wie zutreffend war die Beschreibung?
	gar nicht / ein wenig / weitgehend / besonders
A1. Die beschriebenen Probleme waren damals für mich insgesamt sehr belastend.	0 1 2 3
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals meine Leistungsfähigkeit in der Schule erheblich.	0 1 2 3
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals meine Beziehungen zu Lehrern erheblich.	0 1 2 3
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten damals meine Beziehungen zu Eltern, Freunden oder Klassenkameraden erheblich.	0 1 2 3
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigten mich in der Freizeit oder bei meinen Hobbys erheblich.	0 1 2 3

Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

ADHS-Fragebogen für Erwachsene auf der Basis von DSM-IV und ICD-10. © by M. Döpfner, G. Lehmkuhl & H.-C. Steinhausen, Köln und Zürich 2001. Publiziert in: Döpfner et al. (2005): Kinder-Diagnostik-System KIDS, Band 1 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Anhang 8: DCL-ADHS-E

KAMT 2009

DCL-ADHS erweitert für Erwachsene

A: Aufmerksamkeitsstörung

1. **Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten** **0 1 2 3**
   Machen Sie Ihre Arbeit zu schnell und oberflächlich?
   Vergessen Sie dabei Details?
   Hatten Sie Schwierigkeiten wegen Ihres chaotischen Arbeitsstils?

2. **Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten** **0 1 2 3**
   Haben Sie Schwierigkeiten bei einer Unterhaltung zuzuhören?
   Haben Sie Probleme, wenn Sie lange zuhören müssen (Ausbildung, Arbeit, Kirche, Vorträge, Konferenzen…)?
   Müssen sie häufig noch einmal nachlesen, weil ihre Gedanken abschweifen?
   Haben Sie Probleme aufzupassen, wenn Sie Nachrichten ansehen?

3. **Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen** **0 1 2 3**
   Beschweren sich andere, dass Sie nicht zuhören, wenn sie mit Ihnen sprechen?

4. **Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund opp. Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten)** **0 1 2 3**
   Springen Sie von einer Arbeit zur nächsten, ohne dass das Begonnene abgeschlossen ist?
   Haben Sie Probleme, etwas beharrlich und konsequent durchzuhalten?
   Haben Sie Schwierigkeiten, angefangene Arbeiten zu Ende zu führen?

5. **Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren** **0 1 2 3**
   Haben Sie Organisationsschwierigkeiten zu Hause oder am Arbeits- oder Ausbildungsplatz?
   Haben Sie Probleme, Ihre Zeit einzuteilen, Arbeiten zu planen oder sich an ein Zeitschema zu halten?
   Fällt es Ihnen schwer, die Zeit zum Lernen, für Arbeitsaufträge bzw. häusliche Aufgaben einzuteilen?

6. **Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z.B. im Unterricht, Hausaufgaben)** **0 1 2 3**
   Vermeiden Sie zu lesen, wenn kein spezielles Interesse vorliegt?

7. **Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, HA-Hefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)** **0 1 2 3**
   Verlegen Sie Sachen wie Schlüssel, Geldbörse, Brieftasche oder andere Sachen aus Haus oder Beruf?

8. **Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken** **0 1 2 3**

9. **Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich** **0 1 2 3**
   Vergessen Sie Anrufe oder Verabredungen?

B: Überaktivität

10. **Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum** **0 1 2 3**
    Können Sie schlecht stillsitzen?
    Trommeln Sie mit den Fingern?
    Wippen Sie mit den Füßen?
    Wechseln Sie ständig die Körperposition?
    Haben Sie immer etwas in der Hand?

11. **Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird** **0 1 2 3**
    Fällt es Ihnen schwer, am Schreibtisch zu arbeiten? Können Sie nicht sitzen bleiben, müssen Sie aufstehen und herumlaufen?
    Können Sie im Kino oder beim Fernsehen nicht gut lange sitzen bleiben?

11a Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben) **0 1 2 3**

12. **Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen** **0 1 2 3**
    Haben Sie Probleme Zeit für wichtige persönliche Dinge zu bewahren (wie Beziehung, Hobbys…) und diese mit der nötigen Ruhe durchzuführen?

13. **[Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.]**
    {Ist häufig „auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben"} **0 1 2 3**
    Fühlen Sie sich innerlich ruhelos?
    Fühlen Sie sich angetrieben oder übererregt?
    Können Sie sich schlecht entspannen?

C: Impulsivität

17. **Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist** **0 1 2 3**
    Unterbrechen Sie andere?
    Sprechen Sie die Sätze der anderen zu Ende?
    Sagen Sie Dinge ohne nachzudenken oder platzen aus sich heraus?

18. **Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder bei Gruppensituationen]** **0 1 2 3**
    Sind Sie ungeduldig?
    Können Sie nicht abwarten?
    Werden Sie von Ihren Freunden oder Ihrer Familie für ungeduldig gehalten?

19. **Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).** **0 1 2 3**
Sind Sie schon mal in Schwierigkeiten wegen Dingen geraten, die Sie gesagt haben?

20. **Redet häufig übermäßig viel {ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren}** **0 1 2 3**
Haben Sie Phasen, in denen Sie zuviel reden?
Sagen andere Menschen über Sie, dass Sie oft zu viel reden und sie selbst nicht zu Wort bei Ihnen kommen?

D: Barkley-Items (1-6) / HASE (7/8)

21. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab.
0 1 2 3

22. Trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.
0 1 2 3

23. Beginnt mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.
0 1 2 3

24. Hält häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die er / sie anderen gegenüber gemacht hat.
0 1 2 3

25. Hat häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und kommt durcheinander.
0 1 2 3

26. Neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren.
0 1 2 3

27. Macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.
0 1 2 3

28. Kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten.
0 1 2 3

29. Hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.
0 1 2 3

Anhang 9: DISYPS-II
Beurteilungsbogen für Erwachsene / Selbstbeurteilung (SBB-SSV-E)

Name: Alter: Datum:

Berufsausbildung: Gegenwärtige Tätigkeit:

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für Sie ist.

	Wie zutreffend ist die Beschreibung? gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
01. Ich habe häufiger oder stärkere Wutausbrüche als andere in meinem Alter.	0	1	2	3
02. Ich werde schnell wütend.	0	1	2	3
03. Ich streite häufig mit Vorgesetzten.	0	1	2	3
04. Ich widersetze mich häufig Anweisungen oder Regeln.	0	1	2	3
05. Ich ärgere andere häufig absichtlich.	0	1	2	3
06. Wenn ich etwas falsch gemacht habe, dann schiebe ich häufig die Schuld auf andere.	0	1	2	3
07. Ich bin leicht reizbar oder lasse mich von anderen leicht ärgern.	0	1	2	3
08. Ich bin häufig zornig und ärgere mich schnell.	0	1	2	3
09. Ich bin häufig richtig boshaft oder rachsüchtig.	0	1	2	3
10. Ich beginne mit meinen Geschwistern häufig Streit. (Wenn keine Geschwister, bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
11. Ich beginne mit Gleichaltrigen häufig Streit.	0	1	2	3
12. Ich bedrohe, schikaniere oder schüchtere andere ein.	0	1	2	3
13. Ich quäle Tiere.	0	1	2	3
14. Ich lüge oft, um etwas zu bekommen, um einen Vorteil zu haben oder um Verpflichtungen zu entgehen.	0	1	2	3
15. Ich stehle heimlich Geld oder Wertgegenstände.	0	1	2	3
16. (entfällt)				
17. Ich schwänze häufig die Arbeit/Ausbildung.	0	1	2	3
18. Ich habe in den letzten sechs Monaten eine Waffe benutzt, die andere schwer verletzen kann (z.B. ein Messer oder einen Schlagstock).	0	1	2	3
19. Ich war in den letzten sechs Monaten körperlich grausam zu Menschen (z.B. habe ich jemanden gefesselt oder durch Feuer oder mit einem Messer verletzt).	0	1	2	3
20. Ich habe jemanden in den letzten sechs Wochen in dessen Anwesenheit bestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung).	0	1	2	3

Bitte wenden

	Wie zutreffend ist die Beschreibung? gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
21. Ich habe andere in den letzten sechs Monaten zu sexuellen Aktivitäten gezwungen.	0	1	2	3
22. Ich habe in den letzten sechs Monaten vorsätzlich Feuer gelegt, mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten.	0	1	2	3
23. Ich habe in den letzten sechs Monaten absichtlich fremdes Eigentum zerstört (außer durch Feuerlegen).	0	1	2	3
24. Ich bin in den letzten sechs Monaten in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos eingebrochen.	0	1	2	3

Bitte umkreisen Sie jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche Sie als besonders belastend erleben!

Bitte beantworten Sie abschließend noch folgende Fragen.

K1. Ich bin anderen gegenüber freundlich und zuvorkommend.	0	1	2	3
K2. Ich kann Konflikte bewältigen, ohne aggressiv zu werden.	0	1	2	3
K3. Ich tue niemandem etwas zu Leide.	0	1	2	3
K4. Ich respektiere andere.	0	1	2	3
K5. Ich nehme Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche anderer.	0	1	2	3
K6. Ich bin anderen gegenüber aufrichtig.	0	1	2	3
K7. Ich halte, was ich versprochen habe.	0	1	2	3
K8. Ich kenne den Unterschied zwischen mein und dein.	0	1	2	3
K9. Ich gehe mit den Sachen anderer vorsichtig um.	0	1	2	3
K10. Ich beachte Regeln.	0	1	2	3
K11. Ich bin bereit, etwas zu erledigen, wenn mich jemand darum bittet.	0	1	2	3
K12. Ich kann mich gut wieder vertragen.	0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 10: PSYCHOPATHOLOGISCHES BEFUND-SYSTEM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE CASCAP-D

KAMT 2009-Version: ohne oppositionelles Verhalten und Störungen in Aufmerksamkeit und Aktivität

CASCAP KODIERUNG: Ausprägungsgrad 3 = stark 1 = leicht 9 = nicht bekannt 2 = deutlich 0 = nicht vorhanden		**aktuell**					**lifetime**				
1	**INTERAKTION**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Überangepasst	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Scheu/unsicher	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Sozial zurückgezogen/isoliert	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Sprechverweigerung/Mutismus	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Demonstrativ	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Distanzgemindert/enthemmt	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Verminderte Empathie	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/Kommunikation	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	**ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Intelligenzminderung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Artikulationsstörung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Expressive Sprachstörung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Rezeptive Sprachstörung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Stottern/Poltern	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Störung der Motorik	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Spielstörung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Störung schulischer Fertigkeiten	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	**PSYCHOMOTORIK**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Motorische Tics	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Vokale Tics	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Manierismen/Stereotypien	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Abnorme Gewohnheiten (z.B. Nägelbeißen)	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	**ANGST**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Trennungsangst	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Umschriebene Phobie (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Leistungsangst	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Soziale Angst	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Agoraphobie	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Panikattacken	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Generalisierte Angst	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	**ZWANG**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Zwangsgedanken	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Zwangshandlungen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	**STIMMUNG UND AFFEKT**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Depressiv/traurig	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Reizbar/dysphorisch	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Anhedonie	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Mangelndes Selbstvertrauen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Schuldgefühle/Selbstanklage	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Affektarm	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Interesselosigkeit/Apathie	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
9	Affektlabil	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
10	Innere Unruhe/getrieben	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
11	Gesteigertes Selbstwertgefühl/euphorisch	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9

CASCAP KODIERUNG: Ausprägungsgrad 3 = stark 1 = leicht 9 = nicht bekannt 2 = deutlich 0 = nicht vorhanden		**aktuell**					**lifetime**				
7	**ESSVERHALTEN**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Verminderte/auffällig kontrollierte Nahrungsaufnahme	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Heißhunger- und Essattacken	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Erhöhte Nahrungsaufnahme	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Rumination	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Pica	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	**KÖRPERLICHE BESCHWERDEN**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Appetitverlust	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Erbrechen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Einnässen (tagsüber)	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Bettnässen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Einkoten	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Schlafprobleme (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Dissoziation/Konversion (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Autonome Dysfunktion (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
9	Schmerzen (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
10	Fatigue	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
11	Hypochondrie	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
9	**DENKEN UND WAHRNEHMUNG**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Gehemmt/verlangsamt	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Umständlich/weitschweifig	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Eingeengt	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Perseverationen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Grübeln	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Ideenflucht	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Inkohärenz/Zerfahrenheit/Paralogik	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Gedankenlautwerden/-entzug/-eingebung -ausbreitung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
9	Sensitiv/ misstrauisch	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
10	Derealisation/Depersonalisation	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
11	Illusionäre Verkennung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
12	Halluzination	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
13	Wahn	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
10	**GEDÄCHTNIS, ORIENTIERUNG UND BEWUSSTSEIN**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Orientierungsstörungen	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Störungen der Wachheit/des Bewusstseins	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
11	**ANDERE**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**	**3**	**2**	**1**	**0**	**9**
1	Abnorme Bindung an Objekte (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
2	Abnorme Vorlieben/ Interessen (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
3	Selbstverletzendes Verhalten (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
4	Suizidgedanken (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
5	Suizidale Handlungen (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
6	Alkoholmissbrauch	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
7	Drogenmissbrauch (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
8	Medikamentenmissbrauch (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
9	Körperschemastörung	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
10	Geschlechtsidentitäts-/sexuelle Störungen (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
11	Sexualisiertes Verhalten (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
12	Nicht anderorts beschrieben (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9
13	Nicht anderorts beschrieben (beschreibe):	3	2	1	0	9	3	2	1	0	9

Anhang 11 – 23:
Ergebnisse

Anhang 11: Übersicht über die Berufsabschlüsse der Studienteilnehmer

Handwerk	
Elektriker/Elektroniker (5)	Energieelektroniker
	Energieelektroniker
	Elektriker
	Elektroniker
	KFZ-Elektriker
Maler/Lackierer (3)	Maler & Lackierer
	Maler und Lackierer
	Maler/Lackierer
Industrie-/Fertigungs-/KFZ-Mechaniker (5)	Industriemechaniker
	Industriemechaniker
	Industriemechaniker
	Fertigungsmechaniker, techn. Fachwirt
	KFZ-Mechaniker
Dachdecker(meister) (2)	Dachdecker
	Dachdeckermeister
Zierpflanzenbau (2)	Zierpflanzenbau
	Zierpflanzenbaugärtner
Teilezurichter (2)	Teilezurichter
	Teilezurichter
Sonstige (7)	Hochbaufachwerker
	Kanalbauer
	Chemikant
	Gas-Wasser-Installateur
	Metallbauer
	Stuckateur
	Augenoptiker
Gesundheit/Soziales	
Sonstiges (2)	Sozialarbeit/Sozialpädagogik
	Kinderpflegerin

Service/Verkauf	
Bäckerei (3)	Bäckereifachverkäuferin
	Bäckergeselle
	Bäckergeselle
Sonstiges (4)	Fachkraft für Sicherheit und Werkschutz
	Friseurin
	Koch
	Verkäufer
Büro/Kfm.	
Kfm/Kfr. (9)	Bankkfm.
	Bürokfm.
	Kfm. für Bürokommunikation
	Einzehandelskfm.
	Einzelhandelskfm, Finanzberater
	Einzelhandelskfm.
	Industriekfm
	Versicherungskfm.
	Kfm für Verkehrswesen (DB)
IT (2)	Informationstechnischer Assistent
	IT Systemelektroniker (RWE)
Sonstiges (1)	Fotomedienlaborantin

Anhang 12: Übersicht über die Branchen der aktuellen Beschäftigungen der Studienteilnehmer*

Handwerk (n=35, 60,3 %)

- Augenoptiker, zstl. Meister (i.A.)
- Bäckergeselle
- Bäckergeselle
- Chemikant
- Dachdecker
- Dachdecker/Anlagetechniker
- Dachdeckermeister
- Elektriker
- Elektroniker
- Energieelektroniker
- Energieelektroniker
- Fabrikarbeiter
- Fertigungsmechaniker
- Gärtner
- Dachdecker
- Gerüstbauer
- Industriekfm.
- Industriemechaniker
- Industriemechaniker
- Industriemechaniker
- Lagerarbeiter, Teilezurichter
- Maler und Lackierer
- Maler/Lackierer
- Malerhelfer
- Metallbauer, Schlüsseldienst
- Produktionshelfer
- Event & Messebau, Bodenleger
- Stuckateur
- Teilezurichter
- Teilezurichter
- Wagenwäscher
- 3. Lehrjahr Elektriker für Anlagentechnik
- Ausbldg zum Maler/Lackierer
- Studium Elektrotechnik
- Arbeit bei Autohersteller

Büro/Kaufmännisches (n=11, 19,0 %)

- Einzelhandelskfm
- Versicherungskfm.
- Kfm. für Bürokommunikation
- Kfm. für Verkehrswesen
- PC/Internet/Homepages
- selbstständiger Personalvermittler
- Versicherungskfm, Einzelhandelskfm
- Studium Informatik & Mathematik, zstzl. studentische Hilfskraft
- Banklehre
- BWL Studium
- Berufskolleg mit informationstechn. Ausbildung

Gesundheit/Soziales (n=3, 5,2 %)

- Kinderpflegerin
- Sozialarbeiter/-pädagoge
- Sprechstundengehilfin beim Arzt

Sonstiges (n=3, 5,2 %)

- Behindertenwerkstatt
- Berufssoldat
- Bundeswehr/Zeitsoldat

* Prozentangaben beziehen sich auf n=58, die arbeitstätig bzw. in Ausbildung/Studium sind

Anhang 13: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Gesundheit										
Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich...	55	5,09	1,58	n=1 (1,8)	n=3 (5,5)	n=7 (12,7)	n=6 (10,9)	n=10 (18,2)	n=18 (32,7)	n=10 (18,2)
Mit meiner seelischen Verfassung bin ich...	55	5,11	1,45	n=0 (-)	n=3 (5,5)	n=7 (12,7)	n=6 (10,9)	n=13 (23,6)	n=17 (30,9)	n=9 (16,4)
Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich...	55	5,02	1,51	n=0 (-)	n=5 (9,1)	n=5 (9,1)	n=9 (16,4)	n=8 (14,5)	n=21 (38,2)	n=7 (12,7)
Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich...	55	5,22	1,36	n=0 (-)	n=3 (5,5)	n=5 (9,1)	n=5 (9,1)	n=13 (23,6)	n=22 (40,0)	n=7 (12,7)
Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich...	55	5,60	1,51	n=0 (-)	n=4 (7,3)	n=2 (3,6)	n=5 (9,1)	n=10 (18,2)	n=14 (25,5)	n=20 (36,4)
Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich...	54	5,04	1,64	n=2 (3,7)	n=1 (1,9)	n=7 (13,0)	n=11 (20,4)	n=7 (13,0)	n=14 (25,9)	n=12 (22,2)
Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich...	55	5,38	1,64	n=2 (3,6)	n=1 (1,8)	n=4 (7,3)	n=10 (18,2)	n=6 (10,9)	n=14 (25,5)	n=18 (32,7)
Arbeit und Beruf										
Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich...	52	4,79	1,66	n=2 (3,8)	n=4 (7,7)	n=6 (11,5)	n=8 (15,4)	n=10 (19,2)	n=15 (28,8)	n=7 (13,5)
Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, dann bin ich...	52	4,42	1,64	n=5 (9,6)	n=3 (5,8)	n=4 (7,7)	n=9 (17,3)	n=18 (34,6)	n=10 (19,2)	n=3 (5,8)
Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich...	52	4,81	1,73	n=4 (7,7)	n=3 (5,8)	n=2 (3,8)	n=11 (21,2)	n=9 (17,3)	n=16 (30,8)	n=7 (13,5)
Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich...	51	4,39	1,86	n=4 (7,8)	n=5 (9,8)	n=8 (15,7)	n=9 (17,6)	n=8 (15,7)	n=9 (17,6)	n=8 (15,7)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich...	50	5,12	1,69	n=2 (4,0)	n=3 (6,0)	n=4 (8,0)	n=6 (12,0)	n=9 (18,0)	n=15 (30,0)	n=11 (22,0)
Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich...	51	4,59	1,66	n=3 (5,9)	n=4 (7,8)	n=6 (11,8)	n=9 (17,6)	n=8 (15,7)	n=18 (35,3)	n=3 (5,9)
Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich...	52	5,04	1,79	n=5 (9,6)	n=1 (1,9)	n=3 (5,8)	n=5 (9,6)	n=13 (25,0)	n=14 (26,9)	n=11 (21,2)
Finanzen										
Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich...	55	4,15	1,65	n=4 (7,3)	n=4 (7,3)	n=15 (27,3)	n=6 (10,9)	n=11 (20,0)	n=13 (23,6)	n=2 (3,6)
Mit dem, was ich besitze, bin ich...	55	5,25	1,43	n=2 (3,6)	n=0 (-)	n=5 (9,1)	n=7 (12,7)	n=10 (18,2)	n=23 (41,8)	n=8 (14,5)
Mit meinem Lebensstandard bin ich...	55	4,93	1,37	n=1 (1,8)	n=2 (3,6)	n=6 (10,9)	n=9 (16,4)	n=14 (25,5)	n=19 (34,5)	n=4 (7,3)
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich...	55	4,40	1,51	n=1 (1,8)	n=5 (9,1)	n=11 (20,0)	n=11 (20,0)	n=12 (21,8)	n=11 (20,0)	n=4 (7,3)
Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich...	55	4,75	1,60	n=2 (3,6)	n=3 (5,5)	n=7 (12,7)	n=12 (21,8)	n=9 (16,4)	n=15 (27,3)	n=7 (12,7)
Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich...	55	4,18	1,42	n=1 (1,8)	n=7 (12,7)	n=8 (14,5)	n=17 (30,9)	n=11 (20,0)	n=9 (16,4)	n=2 (3,6)
Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich...	55	3,78	1,60	n=6 (10,9)	n=6 (10,9)	n=11 (20,0)	n=13 (23,6)	n=10 (18,2)	n=8 (14,5)	n=1 (1,8)
Freizeit										
Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich...	55	4,73	1,65	n=3 (5,5)	n=3 (5,5)	n=3 (5,5)	n=16 (29,1)	n=12 (21,8)	n=8 (14,5)	n=10 (18,2)
Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich...	55	4,78	1,67	n=3 (5,5)	n=2 (3,6)	n=6 (10,9)	n=15 27,3	n=4 (7,3)	n=17 (30,9)	n=8 (14,5)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich...	55	4,89	1,36	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=4 (7,3)	n=19 (34,5)	n=8 (14,5)	n=16 (29,1)	n=6 (10,9)
Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich...	55	4,69	1,51	n=3 (5,5)	n=0 (-)	n=8 (14,5)	n=14 (25,5)	n=10 (18,2)	n=15 (27,3)	n=5 (9,1)
Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbies zur Verfügung habe, bin ich...	55	5,07	1,67	n=3 (5,5)	n=2 (3,6)	n=4 (7,3)	n=8 (14,5)	n=11 (20,0)	n=16 (29,1)	n=11 (20,0)
Mit der Zeit, die ich den mir nahestehenden Personen widmen kann, bin ich...	55	4,87	1,56	n=2 (3,6)	n=2 (3,6)	n=9 (16,4)	n=7 (12,7)	n=7 (12,7)	n=24 (43,6)	n=4 (7,3)
Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich...	55	4,91	1,31	n=1 (1,8)	n=0 (-)	n=7 (12,7)	n=12 (21,8)	n=16 (29,1)	n=13 (23,6)	n=6 (10,9)
Ehe/Partnerschaft										
Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich...	29	5,59	1,05	n=0 (-)	n=0 (-)	n=1 (3,4)	n=3 (10,3)	n=9 (31,0)	n=10 (34,5)	n=6 (20,7)
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich...	29	5,28	1,19	n=0 (-)	n=0 (-)	n=3 (10,3)	n=4 (13,8)	n=8 (27,6)	n=10 (34,5)	n=4 (13,8)
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines/meiner (Ehe-)Partners/ Partnerin bin ich...	29	6,10	1,01	n=0 (-)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=3 (10,3)	n=4 (13,8)	n=9 (31,0)	n=13 (44,8)
Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-)Partner(in) entgegenbringt, bin ich...	29	5,62	1,32	n=0 (-)	n=1 (3,4)	n=2 (6,9)	n=1 (3,4)	n=7 (24,1)	n=10 (34,5)	n=8 (27,6)
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein(e) (Ehe-)Partner(in) entgegenbringt, bin ich...	29	5,62	1,68	n=1 (3,4)	n=1 (3,4)	n=2 (6,9)	n=1 (3,4)	n=7 (24,1)	n=4 (13,8)	n=13 (44,8)
Mit der Geborgenheit, die mir mein(e) (Ehe-)Partner(in) gibt, bin ich...	29	6,10	1,45	n=1 (3,4)	n=0 (-)	n=1 (3,4)	n=1 (3,4)	n=4 (13,8)	n=5 (17,2)	n=17 (58,6)
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein(e) (Ehe-)Partner(in) entgegen-bringt, bin ich...	29	6,03	1,21	n=0 (-)	n=1 (3,4)	n=0 (-)	n=2 (6,9)	n=4 (13,8)	n=9 (31,0)	n=13 (44,8)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Eigene Kinder										
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich...	8	5,50	2,00	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=2 (25,0)	n=2 (25,0)	n=3 (37,5)
Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich...	8	4,38	1,69	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=4 (50,0)	n=0 (-)	n=3 (37,5)	n=0 (-)
Wenn ich daran denke, wieviel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich...	8	5,63	1,85	n=0 (-)	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=1 (12,5)	n=1 (12,5)	n=1 (12,5)	n=4 (50,0)
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich...	8	4,50	2,20	n=2 (25,0)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=2 (25,0)	n=4 (50,0)	n=0 (-)
Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe, bin ich...	8	4,62	2,39	n=2 (25,0)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=4 (50,0)	n=1 (12,5)
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegen bringen, bin ich...	8	5,50	2,07	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=1 (12,5)	n=0 (-)	n=3 (37,5)	n=3 (37,5)
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich...	8	5,13	1,46	n=0 (-)	n=0 (-)	n=1 (12,5)	n=2 (25,0)	n=2 (25,0)	n=1 (12,5)	n=2 (25,0)
Eigene Person										
Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich...	55	5,35	1,21	n=0 (-)	n=1 (1,8)	n=6 (10,9)	n=2 (3,6)	n=17 (30,9)	n=22 (40,0)	n=7 (12,7)
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich...	55	4,60	1,57	n=0 (-)	n=6 (10,9)	n=12 (21,8)	n=4 (7,3)	n=15 (27,3)	n=12 (21,8)	n=6 (10,9)
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich...	55	4,87	1,50	n=1 (1,8)	n=3 (5,5)	n=8 (14,5)	n=7 (12,7)	n=13 (23,6)	n=17 (30,9)	n=6 (10,9)
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich...	55	4,73	1,84	n=2 (3,6)	n=6 (10,9)	n=10 (18,2)	n=4 (7,3)	n=9 (16,4)	n=13 (23,6)	n=11 (20,0)
Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich...	55	5,31	1,45	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=5 (9,1)	n=8 (14,5)	n=10 (18,2)	n=18 (32,7)	n=12 (21,8)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und Lebenskraft) bin ich...	55	4,96	1,56	n=1 (1,8)	n=2 (3,6)	n=9 (16,4)	n=8 (14,5)	n=11 (20,0)	n=14 (25,5)	n=10 (18,2)
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich...	55	5,51	1,32	n=0 (-)	n=2 (3,6)	n=4 (7,3)	n=4 (7,3)	n=11 (20,0)	n=22 (40,0)	n=12 (21,8)
Sexualität										
Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich...	55	4,78	1,46	n=0 (-)	n=5 (9,1)	n=7 (12,7)	n=8 (14,5)	n=16 (29,1)	n=13 (23,6)	n=6 (10,9)
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich...	55	5,38	1,52	n=2 (3,6)	n=1 (1,8)	n=4 (7,3)	n=6 (10,9)	n=8 (14,5)	n=22 (40,0)	n=12 (21,8)
Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich...	55	4,42	1,86	n=7 (12,7)	n=3 (5,5)	n=6 (10,9)	n=9 (16,4)	n=8 (14,5)	n=18 (32,7)	n=4 (7,3)
Mit der Häufigkeit, mit der mein(e) (Ehe-)Partner(in) sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt) bin ich...	55	4,78	1,63	n=3 (5,5)	n=1 (1,8)	n=4 (7,3)	n=21 (38,2)	n=4 (7,3)	n=12 (21,8)	n=10 (18,2)
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich...	55	5,27	1,08	n=0 (-)	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=12 (21,8)	n=14 (25,5)	n=22 (40,0)	n=5 (9,1)
Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich...	55	5,47	1,25	n=0 (-)	n=0 (-)	n=4 (7,3)	n=10 (18,2)	n=10 (18,2)	n=18 (32,7)	n=13 (23,6)
Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich...	55	5,13	1,35	n=1 (1,8)	n=0 (-)	n=2 (3,6)	n=21 (38,2)	n=4 (7,3)	n=18 (32,7)	n=9 (16,4)
Bekannte/Verwandte										
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich...	55	5,40	1,40	n=0 (-)	n=2 (3,6)	n=6 (10,9)	n=4 (7,3)	n=11 (20,0)	n=20 (36,4)	n=12 (21,8)
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich...	55	4,76	1,44	n=1 (1,8)	n=2 (3,6)	n=10 (18,2)	n=9 (16,4)	n=10 (18,2)	n=20 (36,4)	n=3 (5,5)
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich...	55	4,71	1,21	n=0 (-)	n=3 (5,5)	n=1 (1,8)	n=24 (43,6)	n=13 (23,6)	n=9 (16,4)	n=5 (9,1)

				sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	n	**M**	**SD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich...	55	5,84	1,14	n=1 (1,8)	n=0 (-)	n=0 (-)	n=4 (7,3)	n=13 (23,6)	n=20 (36,4)	n=17 (30,9)
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich...	55	4,69	1,25	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=3 (5,5)	n=24 (43,6)	n=10 (18,2)	n=12 (21,8)	n=4 (7,3)
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich...	55	4,84	1,10	n=0 (-)	n=0 (-)	n=3 (5,5)	n=24 (43,6)	n=12 (21,8)	n=11 (20,0)	n=5 (9,1)
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich...	55	5,00	1,55	n=1 (1,8)	n=3 (5,5)	n=7 (12,7)	n=8 (14,5)	n=9 (16,4)	n=19 (34,5)	n=8 (14,5)
Wohnung										
Mit der Größe meiner Wohnung bin ich...	55	4,93	1,89	n=4 (7,3)	n=4 (7,3)	n=6 (10,9)	n=4 (7,3)	n=10 (18,2)	n=14 (25,5)	n=13 (23,6)
Mit dem Zustande meiner Wohnung bin ich...	55	4,95	1,72	n=2 (3,6)	n=4 (7,3)	n=6 (10,9)	n=9 (16,4)	n=6 (10,9)	n=18 (32,7)	n=10 (18,2)
Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich...	55	4,91	1,66	n=3 (5,5)	n=2 (3,6)	n=5 (9,1)	n=10 (18,2)	n=12 (21,8)	n=13 (23,6)	n=10 (18,2)
Mit der Lage meiner Wohnung bin ich...	55	5,76	1,29	n=0 (-)	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=8 (14,5)	n=13 (23,6)	n=9 (16,4)	n=23 (41,8)
Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich...	55	5,73	1,47	n=1 (1,8)	n=1 (1,8)	n=3 (5,5)	n=5 (9,1)	n=10 (18,2)	n=12 (21,8)	n=23 (41,8)
Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung...	55	5,69	1,43	n=1 (1,8)	n=0 (-)	n=4 (7,3)	n=6 (10,9)	n=9 (16,4)	n=14 (25,5)	n=21 (38,2)
Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich...	55	5,40	1,37	n=0 (-)	n=2 (3,6)	n=4 (7,3)	n=8 (14,5)	n=9 (16,4)	n=20 (36,4)	n=12 (21,8)

Angaben in Klammern: Gültige Prozent

Anhang 14:

Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, Aktuelle Probleme, Selbstbeurteilung (FEA-ASB)

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
01. Es fällt mir oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schreibarbeiten o.a. Tätigkeiten in der Ausbildung/am Arbeitsplatz.	54	0,87	0,70	29,6	55,6	13,0	1,9
02. Es fällt mir oft schwer, mich bei beruflichen Aufgaben oder bei Hobbies dauerhaft zu konzentrieren.	54	0,61	0,69	50,0	38,9	11,1	-
03. Ich kann häufig nicht richtig zuhören, wenn ich direkt angesprochen werde.	55	0,42	0,71	69,1	21,8	7,3	1,8
04. Ich habe oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu folgen und Arbeiten zu Ende zu bringen.	55	0,38	0,62	69,1	23,6	7,3	-
05. Ich habe oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	55	0,53	0,66	54,5	40,0	3,6	1,8
06. Ich vermeide oft Aufgaben, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen muss oder ich mache sie nur widerwillig.	54	0,59	0,71	51,9	38,9	7,4	1,9
07. Ich verliere oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z.B. Schlüssel, Arbeitsunterlagen, Bücher oder Werkzeug).	55	0,35	0,73	76,4	16,4	3,6	3,6
08. Ich bin leicht ablenkbar.	55	1,31	0,84	14,5	49,1	27,3	9,1
09. Ich bin im Alltag häufig vergesslich.	54	0,93	0,87	33,3	48,1	11,1	7,4
10. Meine Hände und Füße sind ständig in Bewegung und ich kann nicht ruhig sitzen bleiben.	55	0,73	0,99	54,5	29,1	5,5	10,9

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
11. Ich stehe oft in Situationen auf, in denen es unpassend ist.	55	0,13	0,43	90,9	5,5	3,6	-
12. Es fällt mir schwer, mich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	55	0,36	0,65	72,7	18,2	9,1	-
13. Ich springe häufig auf und laufe herum, wenn es unpassend ist.	55	0,18	0,55	87,3	9,1	1,8	1,8
14. Ich fühle mich oft unruhig und nervös.	55	0,71	0,83	52,7	23,6	23,6	-
15. Ich bin ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und kann darin kaum durch andere begrenzt werden.	55	0,33	0,58	72,7	21,8	5,5	-
16. Ich bin häufig ‘’auf Achse’’.	55	1,04	0,96	34,5	36,4	20,0	9,1
17. Ich platze häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	55	0,75	0,82	43,6	43,6	7,3	5,5
18. Ich kann häufig nur schwer warten, bis ich an der Reihe bin (z.B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe).	55	0,84	1,01	49,1	29,1	10,9	10,9
19. Ich unterbreche oder störe andere häufig (z.B. im Gespräch).	55	0,62	0,76	52,7	34,5	10,9	1,8
20. Ich rede häufig übermäßig viel.	55	0,71	0,90	50,9	34,5	7,3	7,3
21. Ich lasse mich oft durch äußere Reize ablenken oder schweife mit den Gedanken ab.	55	1,13	0,86	21,8	52,7	16,4	9,1

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
22. Ich treffe häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	55	0,89	0,94	40,0	40,0	10,9	9,1
23. Ich beginne mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.	55	0,89	0,74	30,9	50,9	16,4	1,8
24. Ich halte häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die ich anderen gegenüber gemacht habe.	55	0,35	0,58	69,1	29,1	-	1,8
25. Ich habe häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und komme durcheinander.	55	0,40	0,66	67,3	27,3	3,6	1,8
26. Ich neige häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren. (n=22: kein Führerschein)	33	1,03	0,88	30,3	42,4	21,2	6,1
27. Ich mache alles in letzter Minute und habe Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	55	1,00	0,94	34,5	40,0	16,4	9,1
28. Ich kaufe unüberlegt und voreilig Sachen und habe Probleme, mein Geld zusammen zu halten.	55	0,80	0,87	45,5	32,7	18,2	3,6
29. Ich habe häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	55	0,95	0,89	36,4	38,2	20,0	5,5
A1. Die beschriebenen Probleme sind für mich insgesamt sehr belastend.	53	0,57	0,72	54,7	35,8	7,5	1,9
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Leistungsfähigkeit in der Ausbildung oder bei der Arbeit erheblich.	53	0,42	0,66	66,0	28,3	3,8	1,9
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Beziehungen zu Vorgesetzten oder Lehrern erheblich.	52	0,19	0,49	84,6	11,5	3,8	-

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen meine Beziehungen zu Partnern, Eltern, Freunden oder Arbeitskollegen erheblich.	53	0,36	0,56	67,9	28,3	3,8	-
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in der Freizeit oder bei meinen Hobbies erheblich.	53	0,28	0,66	81,1	11,3	5,7	1,9
A6. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen erheblich.	53	0,53	0,89	67,9	17,0	9,4	5,7
A7. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte erheblich.	53	0,68	0,75	47,2	39,6	11,3	1,9
A8. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in der Gestaltung meiner Partnerschaft(en) erheblich.	53	0,30	0,54	73,6	22,6	3,8	-
A9. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich im Umgang mit Geld erheblich.	53	0,58	0,82	58,5	28,3	9,4	3,8
A10. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich. (n=22: kein Führerschein)	33	0,33	0,48	66,7	33,3	-	-
A11. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich bei der Erledigung meiner Alltagspflichten erheblich.	53	0,60	0,74	50,9	41,5	3,8	3,8
A12. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen mich in anderen Lebensbereichen erheblich. *bitte kurz beschreiben: -*	53	0,09	0,41	94,3	1,9	3,8	-

Anhang 15:

Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, Aktuelle Probleme, Fremdbeurteilung (FEA-AFB)

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
01. Es fällt ihm/ihr oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z.B. bei Schreibarbeiten o.a. Tätigkeiten in der Ausbildung/am Arbeitsplatz.	46	1,02	0,98	32,6	45,7	8,7	13,0
02. Es fällt ihm/ihr oft schwer, sich bei beruflichen Aufgaben oder bei Hobbies dauerhaft zu konzentrieren.	48	0,83	0,91	43,8	35,4	14,6	6,3
03. Er/sie kann häufig nicht richtig zuhören, wenn er/sie direkt angesprochen wird.	48	0,71	0,87	52,1	29,2	14,6	4,2
04. Er/sie hat oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu folgen und Arbeiten zu Ende zu bringen.	48	0,77	0,97	52,1	27,1	12,5	8,3
05. Er/sie hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.	48	0,65	0,84	56,3	25,0	16,7	2,1
06. Er/sie vermeidet oft Aufgaben, bei denen er/sie sich länger konzentrieren und anstrengen muss oder er/sie macht sie nur widerwillig.	48	0,79	0,87	47,9	27,1	22,9	2,1
07. Er/sie verliert oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z.B. Schlüssel, Arbeitsunterlagen, Bücher oder Werkzeug).	47	0,68	0,98	59,6	21,3	10,6	8,5
08. Er/sie ist leicht ablenkbar.	48	1,25	0,81	14,6	54,2	22,9	8,3
09. Er/sie ist im Alltag häufig vergesslich.	48	1,10	0,91	25,0	50,0	14,6	10,4
10. Seine/ihre Hände und Füße sind ständig in Bewegung und er/sie kann nicht ruhig sitzen bleiben.	48	1,02	1,16	45,8	25,0	10,4	18,8

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
11. Er/sie steht oft in Situationen auf, in denen es unpassend ist.	47	0,51	0,91	70,2	14,9	8,5	6,4
12. Es fällt ihm/ihr schwer, sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	48	0,44	0,82	72,9	14,6	8,3	4,2
13. Er/sie springt häufig auf und läuft herum, wenn es unpassend ist.	47	0,36	0,71	74,5	17,0	6,4	2,1
14. Er/sie fühlt sich oft unruhig und nervös.	48	0,77	0,95	50,0	31,3	10,4	8,3
15. Er/sie ist ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und kann darin kaum durch andere Personen begrenzt werden.	47	0,43	0,80	72,3	17,0	6,4	4,3
16. Er/sie ist häufig ‘’auf Achse’’.	48	0,92	0,99	43,8	29,2	18,8	8,3
17. Er/sie platzt häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	48	0,75	0,76	43,8	37,5	18,8	-
18. Er/sie kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (z.B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe).	48	0,81	0,89	45,8	31,3	18,8	4,2
19. Er/sie unterbricht oder stört andere häufig (z.B. im Gespräch).	48	0,63	0,73	50,0	39,6	8,3	2,1
20. Er/sie redet häufig übermäßig viel.	48	0,63	0,79	54,2	31,3	12,5	2,1
21. Er/sie lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab.	47	1,04	0,83	25,5	51,1	17,0	6,4

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
22. Er/sie trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	48	0,96	0,85	31,3	47,9	14,6	6,3
23. Er/sie beginnt mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.	48	1,12	0,98	29,2	41,7	16,7	12,5
24. Er/sie hält häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die er/sie anderen gegenüber gemacht hat.	48	0,69	0,85	52,1	31,3	12,5	4,2
25. Er/sie hat häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und kommt durcheinander.	48	0,48	0,69	60,4	33,3	4,2	2,1
26. Er/sie neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren. (n=20: kein Führerschein)	28	0,93	1,12	50,0	21,4	14,3	14,3
27. Er/sie macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	48	1,23	0,97	29,2	27,1	35,4	8,3
28. Er/sie kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten.	48	1,04	1,05	39,6	29,2	18,8	12,5
29. Er/sie hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	48	1,00	0,85	33,3	35,4	29,2	2,1
A1. Die beschriebenen Probleme sind für ihn/sie insgesamt sehr belastend.	42	0,76	1,01	54,8	23,8	11,9	9,5
A2. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine/ihre Leistungsfähigkeit in der Ausbildung oder bei der Arbeit erheblich.	43	0,77	0,97	51,2	30,2	9,3	9,3
A3. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine/ihre Beziehungen zu Vorgesetzten oder Lehrern erheblich.	43	0,56	0,91	65,1	20,9	7,0	7,0

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
A4. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen seine/ihre Beziehungen zu Partnern, Eltern, Freunden oder Arbeitskollegen erheblich.	43	0,74	0,85	46,5	37,2	11,6	4,7
A5. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie in der Freizeit oder bei seinen/ihren Hobbies erheblich.	43	0,47	0,88	72,1	16,3	4,7	7,0
A6. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie bei Erledigungen in Behörden, Ämtern, Banken oder Versicherungen erheblich.	43	0,88	1,03	46,5	30,2	11,6	11,6
A7. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie beim Lernen / beim Aneignen neuer Lerninhalte erheblich.	43	0,81	0,93	46,5	32,6	14,0	7,0
A8. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie in der Gestaltung seiner/ihrer Partnerschaft(en) erheblich.	42	0,67	0,82	52,4	31,0	14,3	2,4
A9. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie im Umgang mit Geld erheblich.	43	0,95	1,09	46,5	25,6	14,0	14,0
A10. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie beim Fahren von Kraftfahrzeugen erheblich. (n=20: kein Führerschein)	23	0,30	0,64	78,3	13,0	8,7	-
A11. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie bei der Erledigung seiner/ihrer Alltagspflichten erheblich.	43	0,88	0,98	46,5	25,6	20,9	7,0
A12. Die beschriebenen Probleme beeinträchtigen ihn/sie in anderen Lebensbereichen erheblich. *bitte kurz beschreiben: Beziehungen, Freundschaften, zweifelt an sich; mangelnde Organisation im Leben, Anforderungen schwierig, Spannung zwischen ihm und Eltern; wirkt unglücklich; Zukunft und Selbstständigkeit*	39	0,44	0,97	79,5	7,7	2,6	10,3

Anhang 16:

DCL-ADHS erweitert für Erwachsene (dichotomisiert)

	n	M	SD	nicht/leicht vorhanden, Krit. nicht erfüllt	deutlich/sehr stark ausgeprägt/Krit. erfüllt
A: Aufmerksamkeitsstörung					
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.	44	1,11	0,78	72,8	27,2
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.	44	1,07	0,85	65,9	34,1
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.	44	0,64	0,75	84,1	15,9
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund opp.Verh.).	44	0,70	0,88	81,8	18,1
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	44	0,80	0,88	79,6	20,4
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z.B. im Unterricht).	44	1,23	0,99	56,8	43,2
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, HA-Hefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	44	0,77	0,89	75,0	25,0
8. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken.	44	1,45	0,85	54,6	45,5
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.	44	1,23	0,77	65,9	34,0

	n	M	SD	nicht/leicht vorhanden, Krit. nicht erfüllt	deutlich/sehr stark ausgeprägt/Krit. erfüllt
B: Überaktivität					
10. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.	44	0,84	0,86	79,5	20,4
11. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	44	0,34	0,61	93,2	6,8
11a Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist. (Bei Jugendlichen/Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)	44	0,75	0,92	77,3	22,7
12 Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	44	0,50	0,82	79,6	20,5
13 [Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Anforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.] {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.}	44	1,16	0,91	63,7	36,3
C: Impulsivität					
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.	44	0,75	0,75	81,8	18,2
18. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder bei Gruppensituationen].	44	0,91	0,91	72,7	27,2
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	44	0,61	0,72	86,4	13,6
20. Redet häufig übermäßig viel {ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren}.	44	0,66	0,83	86,4	13,6

	n	M	SD	nicht/leicht vorhanden, Krit. nicht erfüllt	deutlich/sehr stark ausgeprägt/Krit. erfüllt
D: Barkley-Items (1-6) / HASE (7/8)					
21. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken oder schweift mit den Gedanken ab.	44	1,32	0,74	61,4	38,6
22. Trifft häufig plötzliche / impulsive Entscheidungen.	44	1,05	1,01	65,9	34,1
23. Beginnt mit einer Aufgabe ohne die Anweisungen sorgfältig zu lesen oder den Instruktionen genau zuzuhören.	44	1,07	0,70	77,3	22,8
24. Hält häufiger Versprechen und Vereinbarungen nicht ein, die er / sie anderen gegenüber gemacht hat.	44	0,48	0,66	95,5	4,6
25. Hat häufig Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten in der richtigen Reihenfolge durchzuführen und kommt durcheinander.	44	0,48	0,66	90,9	9,1
26. Neigt häufig dazu, wesentlich schneller als andere mit dem Auto zu fahren. (n=20: kein Führerschein)	24	1,04	0,91	66,6	33,4
27. Macht alles in letzter Minute und hat Schwierigkeiten, Termine einzuhalten.	44	1,02	0,90	68,2	31,8
28. Kauft unüberlegt und voreilig Sachen und hat Probleme, das Geld zusammen zu halten.	44	1,14	1,05	61,4	38,7
29. Hat häufig Schwierigkeiten, angenehme/interessante Aktivitäten zu unterbrechen, wenn es erforderlich ist.	44	0,95	0,83	72,7	27,3

Gültige Prozente für n=44

Anhang 17: DISYPS-II
Beurteilungsbogen für Erwachsene / Selbstbeurteilung (SBB-SSV-E)

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
01. Ich habe häufiger oder stärkere Wut-ausbrüche als andere in meinem Alter.	55	0,45	0,66	61,8	32,7	3,6	1,8
02. Ich werde schnell wütend.	55	0,58	0,69	52,7	36,4	10,9	-
03. Ich streite häufig mit Vorgesetzten.	55	0,33	0,58	72,7	21,8	5,5	0
04. Ich widersetze mich häufig Anweisungen oder Regeln.	55	0,42	0,71	69,1	21,8	7,3	1,8
05. Ich ärgere andere häufig absichtlich.	55	0,42	0,76	70,9	20,0	5,5	3,6
06. Wenn ich etwas falsch gemacht habe, dann schiebe ich häufig die Schuld auf andere.	55	0,24	0,47	78,2	20,0	1,8	0
07. Ich bin leicht reizbar oder lasse mich von anderen leicht ärgern.	55	0,56	0,76	56,4	34,5	5,5	3,6
08. Ich bin häufig zornig und ärgere mich schnell.	55	0,55	0,86	63,6	23,6	7,3	5,5
09. Ich bin häufig richtig boshaft oder rachsüchtig.	55	0,20	0,45	81,8	16,4	1,8	0
10. Ich beginne mit meinen Geschwistern häufig Streit. (keine Geschwister = 0)	55	0,25	0,48	76,4	21,8	1,8	0
11. Ich beginne mit Gleichaltrigen häufig Streit.	55	0,13	0,39	89,1	9,1	1,8	0
12. Ich bedrohe, schikaniere oder schüchtere andere ein.	55	0,09	0,29	90,9	9,1	0	0
13. Ich quäle Tiere.	55	0,00	0,00	100	0	0	0
14. Ich lüge oft, um etwas zu bekommen, um einen Vorteil zu haben oder um Verpflichtungen zu entgehen.	54	0,43	0,79	70,4	22,2	1,9	5,6
15. Ich stehle heimlich Geld oder Wertgegenstände.	55	0,02	0,14	98,2	1,8	0	0
16. (entfällt)							
17. Ich schwänze häufig die Arbeit/Ausbildung.	55	0,16	0,54	89,1	7,3	1,8	1,8
18. Ich habe in den letzten sechs Monaten eine Waffe benutzt, die andere schwer verletzen kann (z.B. ein Messer oder einen Schlagstock).	55	0,15	0,56	92,7	1,8	3,6	1,8

	n	M	SD	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
19. Ich war in den letzten sechs Monaten körperlich grausam zu Menschen (z.B. habe ich jemanden gefesselt od. durch Feuer oder mit einem Messer verletzt).	55	0,07	0,33	94,5	3,6	1,8	0
20. Ich habe jemanden in den letzten sechs Wochen in dessen Anwesenheit bestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung).	55	0,05	0,30	96,4	1,8	1,8	0
21. Ich habe andere in den letzten sechs Monaten zu sexuellen Aktivitäten gezwungen.	53	0,00	0,00	100	0	0	0
22. Ich habe in den letzten sechs Monaten vorsätzlich Feuer gelegt, mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten.	53	0,04	0,28	98,1	0	1,9	0
23. Ich habe in den letzten sechs Monaten absichtlich fremdes Eigentum zerstört (außer durch Feuerlegen).	53	0,06	0,23	94,3	5,7	0	0
24. Ich bin in den letzten sechs Monaten in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos eingebrochen.	53	0,04	0,19	96,2	3,8	0	0
K1. Ich bin anderen gegenüber freundlich und zuvorkommend.	53	2,19	0,59	0	9,4	62,3	28,3
K2. Ich kann Konflikte bewältigen, ohne aggressiv zu werden.	53	2,00	0,71	0	24,5	50,9	24,5
K3. Ich tue niemandem etwas zu Leide.	53	2,02	1,08	15,1	11,3	30,2	43,4
K4. Ich respektiere andere.	53	2,28	0,72	1,9	9,4	47,2	41,5
K5. Ich nehme Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche anderer.	53	1,98	0,67	0	22,6	56,6	20,8
K6. Ich bin anderen gegenüber aufrichtig.	53	2,13	0,76	3,8	11,3	52,8	32,1
K7. Ich halte, was ich versprochen habe.	53	2,32	0,67	1,9	5,7	50,9	41,5
K8. Ich kenne den Unterschied zwischen mein und dein.	53	2,70	0,61	1,9	1,9	20,8	75,5
K9. Ich gehe mit den Sachen anderer vorsichtig um.	53	2,53	0,67	0	9,4	28,3	62,3
K10. Ich beachte Regeln.	52	2,21	0,72	1,9	11,5	50,0	36,5
K11. Ich bin bereit, etwas zu erledigen, wenn mich jemand darum bittet.	52	2,31	0,64	0	9,6	50,0	40,4
K12. Ich kann mich gut wieder vertragen.	53	2,28	0,69	0	13,2	45,3	41,5

Anhang 18: DCL-SSV-E: Diagnosecheckliste Störung des Sozialverhaltens für Erwachsene

	n	M	SD	nicht vorhanden	leicht/Krit. nicht erfüllt	deutlich/ Krit. erfüllt	sehr stark ausgeprägt
A: Oppositionell-aggressives Verhalten							
01. Hat für das Entwicklungsalter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche. Wird schnell wütend.	45	0,82	0,78	37,8	44,4	15,6	2,2
02. Streitet häufig mit Vorgesetzten.	45	0,42	0,75	71,1	17,8	8,9	2,2
03. Widersetzt sich häufig aktiv Anweisungen oder Regeln.	45	0,51	0,84	66,7	20,0	8,9	4,4
04. Ärgert andere häufig absichtlich.	45	0,18	0,39	82,2	17,8	-	-
05. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.	45	0,29	0,51	73,3	24,4	2,2	-
06. Ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.	45	0,73	0,78	46,7	33,3	20,0	-
07. Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.	45	0,67	0,77	51,1	31,1	17,8	-
08. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.	45	0,16	0,48	88,9	6,7	4,4	-

	n	M	SD	nicht vorhanden	leicht/Krit. nicht erfüllt	deutlich/ Krit. erfüllt	sehr stark ausgeprägt
B: Dissozial-aggressives Verhalten							
1. Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere häufig ein.	45	0,20	0,55	86,7	6,7	6,7	-
2. Beginnt häufig körperliche Auseinander-setzungen (nicht mit Geschwistern).	45	0,24	0,57	82,2	11,1	6,7	-
3. Hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (1x).	45	0,22	0,74	91,1	-	4,4	4,4
4. Ist körperlich grausam zu Menschen (1x).	45	0,02	0,15	97,8	2,2	-	-
5. Quält Tiere.	45	0,00	0,00	100	-	-	-
6. Stiehlt in Konfrontation mit dem Opfer (1x).	45	0,04	0,30	97,8	-	2,2	-
7. Zwingt andere zu sexuellen Aktivitäten (1x).	45	0,00	0,00	100	-	-	-
8. Begeht vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten (1x).	45	0,02	0,15	97,8	2,2	-	-
9. Zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum (nicht durch Brandstiftung).	45	0,11	0,49	93,3	4,4	-	2,2
10. Bricht in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein.	45	0,09	0,47	95,6	2,2	-	2,2
11. Lügt oft, um sich Güter/Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen.	45	0,42	0,84	75,6	11,1	8,9	4,4
12. Stiehlt Wertgegenstände ohne Konfrontation mit dem Opfer.	45	0,13	0,55	93,3	2,2	2,2	2,2
15. Schwänzt häufig die Arbeit/Ausbildung.	45	0,20	0,63	88,9	4,4	4,4	2,2

Anhang 19: SKID-II Fragebogen (Selbsturteil)

	Item Nr.	Item	n	M*	SD
Selbstunsicher	5	**Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?**	54	**0,44**	0,50
	4	Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?	54	0,28	0,45
	3	Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?	54	0,26	0,44
	7	Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?	54	0,17	0,38
	6	Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?	54	0,17	0,38
	2	Meiden Sie Kontakt mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen?	54	0,17	0,38
	1	Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?	54	0,13	0,34
Dependent	12	**Übernehmen Sie oft freiwillig unangenehme Aufgaben?**	54	**0,31**	0,47
	14	Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?	54	0,26	0,44
	13	Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie allein sind?	54	0,20	0,41
	9	Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z.B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags, von anderen Personen abhängig?	54	0,20	0,41
	15	Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?	54	0,15	0,36
	11	Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?	54	0,15	0,36
	10	Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind?	54	0,11	0,32
	8	Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z.B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?	54	0,09	0,29
Zwanghaft	24	**Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?**	54	**0,59**	0,50
	21	**Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Dinge nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?**	54	**0,52**	0,50
	23	**Sind Sie sich oft so sicher, recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?**	54	**0,43**	0,50
	19	**Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?**	53	**0,40**	0,49
	16	**Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt?**	54	**0,39**	0,49
	18	Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit (mit der Schule) oft so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügen bleibt?	54	0,26	0,44

	Item Nr.	Item	n	M	SD
	Fortführung Items zwanghaft:				
	17	Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?	54	0,22	0,42
	20	Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuwerfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?	54	0,22	0,42
	22	Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?	54	0,04	0,19
Negativistisch	26	**Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu "vergessen"?**	54	**0,44**	0,50
	27	**Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?**	54	**0,41**	0,50
	29	**Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?**	54	**0,37**	0,49
	25	Wenn jemand Sie um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar "ja", arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?	54	0,20	0,41
	30	Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie?	54	0,19	0,39
	32	Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, was der andere will, um es wiedergutzumachen?	54	0,19	0,39
	28	Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?	53	0,17	0,38
	31	Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?	54	0,13	0,34
Depressiv	39	Befürchten Sie fast immer das Schlimmste?	54	0,26	0,44
	36	Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?	53	0,25	0,43
	37	Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an ihnen auszusetzen?	53	0,23	0,42
	38	Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?	53	0,21	0,41
	33	Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich oder ohne Lebensfreude?	54	0,20	0,41
	35	Machen Sie sich selbst oft schlecht?	54	0,20	0,41
	34	Halten Sie sich im Grunde für minderwertig oder haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?	54	0,17	0,38
	40	Haben Sie oft Schuldgefühle, weil Sie etwas getan oder etwas unterlassen haben?	54	0,15	0,36
Paranoid	43	**Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?**	54	**0,39**	0,49
	47	Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?	53	0,28	0,46

	Item Nr.	Item	n	M	SD
	Fortführung Items paranoid:				
	44	Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?	54	0,28	0,45
	42	Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?	53	0,23	0,42
	45	Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?	54	0,20	0,41
	41	Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?	54	0,20	0,41
	46	Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?	54	0,15	0,36
	48	Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Ehegatte oder Partner sei Ihnen untreu?	53	0,09	0,30
Schizotypisch	58	**Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?**	54	**0,48**	0,50
	59	Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?	54	0,17	0,38
	53	Haben Sie persönlich Erfahrung mit übernatürlichen Dingen?	54	0,15	0,36
	52	Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie sich es wünschen oder daran denken?	54	0,13	0,34
	49	Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet?	54	0,13	0,34
	54	Glauben Sie, einen "sechsten Sinn" zu haben, so dass Sie - im Gegensatz zu anderen - Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?	54	0,11	0,32
	51	Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?	54	0,09	0,29
	50	Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?	54	0,09	0,29
	55	Haben Sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere, oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?	54	0,07	0,26
	56	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen konnten?	54	0,06	0,23
	57	Sehen Sie oft die Aura oder die Energiefelder von anderen Menschen?	54	0,00	0,00
Schizoid	64	**Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?**	54	**0,43**	0,50
	60	Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, aus-kommen?	54	0,24	0,43
	63	Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude bereiten?	54	0,22	0,42

	Item Nr.	Item	n	M	SD
	Fortsetzung Items schizoid				
	62	Könnten Sie ohne sexuelle Beziehung zufrieden sein?	53	0,21	0,41
	65	Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?	54	0,13	0,34
	61	Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?	52	0,12	0,32
Histrionisch	72	**Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?**	54	**0,41**	0,50
	67	**Flirten Sie oft?**	54	**0,39**	0,49
	66	**Stehen Sie gern im Mittelpunkt?**	54	**0,39**	0,49
	68	Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?	54	0,20	0,41
	69	Versuchen Sie, durch äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?	54	0,17	0,38
	71	Sind Sie oft unsicher in Ihrer Meinung und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?	54	0,13	0,34
	70	Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?	54	0,09	0,29
Narzisstisch	73	**Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?**	54	**0,31**	0,47
	80	Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten Regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?	54	0,28	0,45
	76	Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?	54	0,28	0,45
	79	Ist es Ihnen wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?	54	0,26	0,44
	82	Mussten Sie schon einmal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?	54	0,22	0,42
	83	Sind Ihnen ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die der anderen?	53	0,21	0,41
	88	Glauben Sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?	54	0,17	0,38
	75	Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?	54	0,17	0,38
	87	Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?	54	0,15	0,36
	78	Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?	53	0,13	0,34
	84	Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollen?	54	0,13	0,34
	74	Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?	54	0,13	0,34
	85	Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinanderzusetzen?	53	0,11	0,32

	Item Nr.	Item	n	M	SD
	Fortsetzung Items narzisstisch				
	77	Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?	53	0,08	0,27
	81	Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?	54	0,07	0,26
	86	Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?	54	0,06	0,23
Borderline	97	**Sind Sie launisch?**	54	**0,43**	0,50
	89	**Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?**	53	**0,38**	0,49
	91	**Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?**	54	**0,37**	0,49
	94	**Handeln Sie oft impulsiv?**	54	**0,30**	0,46
	101	Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?	54	0,28	0,45
	98	Fühlen Sie sich oft innerlich leer?	54	0,26	0,44
	92	Erleben Sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?	53	0,19	0,40
	90	Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?	54	0,19	0,39
	102	Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?	54	0,17	0,38
	96	Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?	54	0,13	0,34
	95	Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?	54	0,13	0,34
	93	Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und ähnliches?	54	0,11	0,32
	100	Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?	53	0,06	0,23
	99	Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?	54	0,02	0,14
Antisozial vor 15. LJ	114	**Haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?**	54	**0,63**	0,49
	113	**Haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?**	54	**0,50**	0,51
	104	**Haben Sie Schlägereien angefangen?**	54	**0,44**	0,50
	103	**Haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?**	54	**0,39**	0,49
	111	**Haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?**	54	**0,31**	0,47

Item Nr.	Item	n	M	SD
Fortsetzung Items antisozial vor 15. LJ				
110	**Haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?**	54	**0,31**	0,47
106	**Haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?**	54	**0,31**	0,47
115	Sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen oder über Nacht weggeblieben?	54	0,26	0,44
112	Sind Sie irgendwo eingebrochen (z.B. Wohnung, Haus, Auto)?	54	0,24	0,43
116	vor 13. LJ: Sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen als Sie durften?	54	0,22	0,42
117	vor 13. LJ: Haben Sie oft die Schule geschwänzt?	54	0,22	0,42
107	Haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält?	54	0,19	0,39
105	Haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt, wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?	54	0,19	0,39
108	Haben Sie jemals einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?	54	0,15	0,36
109	Haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?	54	0,06	0,23

*Ja (1) - Nein (0) – Antworten

Anhang 20: SKID II – Klinische Einschätzung

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung				
Vermeidet berufliche Aktivitäten, bei denen Kontakt mit anderen eine wichtige Rolle spielt, aus Angst vor Kritik, Ablehnung oder Zurückweisung.	41	80,5	14,6	4,9
Lässt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, gemocht zu werden.	41	85,4	2,4	12,2
Ist in engen Beziehungen gehemmt aus Angst, sich zu blamieren oder ausgelacht zu werden.	41	78,0	7,3	14,6
Ist in sozialen Situationen stark davon eingenommen, kritisiert oder abgelehnt zu werden.	41	68,3	17,1	14,6
Ist in zwischenmenschlichen Situationen mit unbekannten Menschen gehemmt, weil er/sie sich minderwertig fühlt.	41	65,9	24,4	9,8
Empfindet sich selbst als unbeholfen, unattraktiv oder anderen unterlegen.	41	82,9	14,6	2,4
Ist fast nie dazu bereit, persönliche Risiken einzugehen oder sich an neue Aktivitäten heranzuwagen, weil er/sie sich dabei blamieren könnte.	41	92,7	2,4	4,9
Selbstunsicher cutoff erfüllt: 7,3%				
Dependente Persönlichkeitsstörung				
Hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen allein zu treffen; benötigt übermäßig viele Ratschläge und Bestätigung durch andere.	41	92,7	0,0	7,3
Braucht andere, die die Verantwortung für fast alle wichtigen Bereiche seines/ihres Lebens übernehmen.	41	92,7	4,9	2,4
Hat Schwierigkeiten, anderen zu widersprechen aus Angst, Unterstützung, Rückhalt oder Anerkennung zu verlieren.	41	95,1	4,9	0,0
Hat Schwierigkeiten damit, Unternehmungen allein zu beginnen, eher auf Grund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilsfähigkeit oder die eigenen Fähigkeiten, als aus mangelnder Motivation oder Tatkraft.	41	97,6	0,0	2,4
Tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten.	41	97,6	0,0	2,4
Fühlt sich unwohl oder hilflos, wenn er/sie allein ist, aus übersteigerter Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können.	41	97,6	0,0	2,4
Sucht dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet.	41	90,2	2,4	7,3
Unrealistische Angst, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen.	41	92,7	7,3	0,0
Dependent cutoff erfüllt: 0,0%				

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung				
Übermäßige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Zeitplänen, so dass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität verlorengeht.	41	97,6	2,4	0,0
Perfektionismus, der die Vollendung von Arbeiten verhindert	41	90,2	9,8	0,0
Arbeit und Produktivität werden über Freizeitaktivitäten und zwischenmenschliche Beziehungen gestellt.	41	92,7	4,9	2,4
Überhöhte Gewissenhaftigkeit, Skrupel und starre Ansichten zu Moral, Ethik oder Werten.	41	97,6	0,0	2,4
Unfähigkeit, kaputte oder wertlose Gegenstände auszusortieren, auch wenn sie keinen persönlichen Erinnerungswert besitzen.	41	95,1	4,9	0,0
Ist nur widerwillig bereit, Aufgaben zu delegieren oder mit anderen zusammenzuarbeiten, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen.	41	82,9	7,3	9,8
Geizig gegenüber sich selbst und anderen; Geld muss für künftige Katastrophen gehortet werden.	41	100	0,0	0,0
Rigidität und Sturheit	41	51,2	29,3	19,5
Zwanghaft cutoff erfüllt? 0,0%				
Negativistische Persönlichkeitsstörung				
Weigert sich passiv, alltägliche soziale oder berufliche Aktivitäten auszuführen.	41	68,3	26,8	4,9
Beklagt sich darüber, von anderen nicht verstanden und nicht genügend geschätzt zu werden.	41	80,5	4,9	14,6
Ist missmutig und streitsüchtig.	41	90,2	9,8	0,0
Reagiert mit übermäßiger Kritik oder Verachtung auf Autoritätspersonen.	41	82,9	7,3	9,8
Reagiert mit Neid und Missgunst auf andere, die anscheinend begünstigter sind.	41	97,6	2,4	0,0
Äußert ständig übertriebene Klage über persönliches Unglück.	41	90,2	7,3	2,4
Schwankt zwischen aggressiver Trotzhaltung und Reue.	41	95,1	4,9	0,0
Negativistisch cutoff erfüllt: 0,0%				
Depressive Persönlichkeitsstörung				
Stimmung ist in der Regel durch Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Freudlosigkeit und Unglücklichsein beherrscht.	41	78,0	17,1	4,9
Sieht sich selbst als unzulänglich und wertlos; geringes Selbstwertgefühl.	41	85,4	7,3	7,3
Ist kritisch, anklagend und herabsetzend gegen sich selbst.	41	85,4	7,3	7,3

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Grübelt in ständiger Besorgnis.	41	78,0	9,8	12,2
Ist anderen gegenüber negativistisch, kritisch und verurteilend.	41	80,5	7,3	12,2
Ist pessimistisch.	41	78,0	9,8	12,2
Neigt zu Schuld- und Reuegefühlen.	41	92,7	4,9	2,4
Depressiv cutoff erfüllt: 2,4%				
Paranoide Persönlichkeitsstörung				
Verdächtigt andere ohne hinreichenden Grund ihn/sie auszunutzen, zu schädigen oder zu täuschen.	41	85,4	14,6	0,0
Ist in überhöhtem Maße mit Zweifeln an der Loyalität oder Vertrauenswürdigkeit von Freunden oder Kollegen beschäftigt.	41	78,0	17,1	4,9
Vertraut sich nur zögernd anderen Menschen an, aus ungerechtfertigter Angst, die Informationen könnten in böswilliger Weise gegen ihn/sie verwendet werden.	41	78,0	4,9	17,1
Interpretiert verborgene, ihn/sie abwertende oder bedrohende Bedeutung in harmlose Bemerkungen/Ereignisse hinein.	41	85,4	9,8	4,9
Ist extrem nachtragend, verzeiht Beleidigungen, Verletzungen oder Kränkungen nicht.	41	87,8	4,9	7,3
Wahrnehmung von Angriffen gegen die eigene Person, die anderen nicht ersichtlich sind; reagiert sehr schnell zornig oder mit Gegenangriffen.	41	78,0	12,2	9,8
Verdächtigt Partner(in) wiederholt grundlos, untreu zu sein.	39	97,4	0,0	2,6
Paranoid cutoff erfüllt: 4,9%				
Schizotypische Persönlichkeitsstörung				
Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn)	41	97,6	2,4	0,0
Seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, welche das Verhalten beeinflussen und nicht mit Normen kultureller Untergruppen vereinbar sind.	41	90,2	7,3	2,4
Ungewöhnliche Sinneswahrnehmungen einschließlich körperlicher Illusionen	41	100	0.0	0,0
Hat keine guten Freunde oder vertraute Personen außer Verwandten ersten Grades.	41	80,5	4,9	14,6
Übertriebene soziale Angst, die sich auch mit zunehmender Vertrautheit nicht verringert und im allgemeinen eher mit paranoiden Ängsten einhergeht als mit einer negativen Bewertung der eigenen Person.	41	95,1	2,4	2,4
ungewöhnliche Denk- und Redeweise	41	97,6	2,4	0,0

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Argwohn oder paranoide Vorstellungen	41	100	0,0	0,0
Unangemessener oder eingeschränkter Affekt	41	100	0,0	0,0
Verhalten oder Erscheinungsbild wirkt seltsam, befremdlich oder exzentrisch	41	97,6	2,4	0,0
Schizotypisch cutoff erfüllt: 0%				
Schizoide Persönlichkeitsstörung				
Hat weder den Wunsch nach engen Beziehungen noch Freude an solchen.	41	92,7	2,4	4,9
Sucht fast immer Aktivitäten, die er/sie allein ausführen kann.	41	90,2	7,3	2,4
Hat, wenn überhaupt, nur geringes Interesse an sexuellen Kontakten.	40	92,5	2,5	5
Empfindet, wenn überhaupt, nur bei sehr wenigen Dingen Freude.	41	82,9	12,2	4,9
Hat keine engen Freunde oder vertraute Personen außer Verwandte ersten Grades.	41	92,7	0	7,3
Gleichgültigkeit gegenüber Lob oder Kritik.	41	90,2	2,4	7,3
Zeigt Gefühlskälte, Distanziertheit oder eingeschränkten Affekt.	41	95,1	4,9	0
Schizoid cutoff erfüllt: 2,4%				
Histrionische Persönlichkeitsstörung				
Fühlt sich nicht wohl, wenn er/sie nicht im Mittelpunkt steht.	41	73,2	14,6	12,2
Verhält sich in Sozialkontakten unangemessen aufreizend bzw. sexuell provokativ.	41	87,8	9,8	2,4
Oberflächlicher und schnell wechselnder Ausdruck von Gefühlen.	41	100	0	0
Nutzt ständig äußeres Erscheinungsbild, um Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.	41	97,6	2,4	0
Übertrieben impressionistischer Sprachstil, der keine Details kennt.	41	100	0	0
Setzt sich gern in Szene, ist theatralisch, zeigt Gefühle übertrieben überschwänglich.	41	95,1	4,9	0
Ist von anderen Menschen oder Situationen leicht zu beeinflussen.	41	92,7	7,3	0
Nimmt Beziehungen als wesentlich enger wahr, als sie tatsächlich sind.	41	90,2	2,4	7,3
Histrionisch cutoff erfüllt: 0%				

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Narzisstische Persönlichkeitsstörung				
Übertriebenes Selbstwertgefühl	41	92,7	2,4	4,9
Denken ist beherrscht von Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Brillianz, Schönheit und vollkommene Liebe.	41	92,7	7,3	0
Glaubt von sich, besonders und einzigartig zu sein und nur von Leuten verstanden zu werden bzw. nur mit Leuten zu tun haben zu können, die ebenfalls etwas Besonderes sind (...).	41	97,6	2,4	0
Verlangt nach übermäßiger Bewunderung	41	92,7	4,9	2,4
Anspruchsdenken, d.h. übertriebene Erwartung von bevorzugter Behandlung oder automatische Erfüllung eigener Erwartungen.	41	87,8	9,8	2,4
Nutzt zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer die eigenen Ziele zu erreichen.	41	87,8	9,8	2,4
Mangelndes Einfühlungsvermögen; ist nicht bereit, sich auf die Gefühle und Bedürfnisse anderer einzulassen.	41	95,1	4,9	0
Ist oft auf andere neidisch oder glaubt, dass andere sie/ihn beneiden.	41	95,1	4,9	0
Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen und Einstellungen.	41	92,7	4,9	2,4
Narzisstisch cutoff erfüllt: 0%				
Borderline Persönlichkeitsstörung				
Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden	41	95,1	4,9	0
Muster von instabilen/intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung/Abwertung gekennzeichnet sind.	41	90,2	4,9	4,9
Identitätsstörung: auffällig und durchgängig instabiles Selbstbild oder Selbstwahrnehmung	41	90,2	7,3	2,4
Impulsives Verhalten bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Handlungen	41	80,5	9,8	9,8
Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten	41	92,7	4,9	2,4
Affektive Instabilität, die auf eine sehr ausgeprägte Reaktion auf Stimmungen zurückzuführen ist.	41	68,3	22,0	9,8
Chronisches Gefühl der inneren Leere	41	75,6	12,2	12,2
Unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren.	41	80,5	17,1	2,4
Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder eindeutige dissoziative Symptome	41	95,1	2,4	2,4
Borderline cutoff erfüllt: 0%				

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. (13.) Lebensjahr)				
Schikanierte und bedrohte häufig andere oder schüchterte sie ein.	41	63,4	9,8	26,8
Begann oft Schlägereien.	41	61,0	9,8	29,3
Benutzte Waffen, die andere schwer verletzen konnten.	41	85,4	0	14,6
Physische Gewalt gegen Menschen	41	75,6	9,8	14,6
Physische Gewalt gegen Tiere	41	90,2	4,9	4,9
Hat Personen in deren Anwesenheit bestohlen.	41	87,8	7,3	4,9
Zwang andere zu sexuellen Handlungen.	41	100	0	0
Hat mit Zerstörungsabsichten vorsätzlich Feuer gelegt.	41	78,0	4,9	17,1
Hat vorsätzlich fremdes Eigentum beschädigt.	41	73,2	2,4	24,4
Brach in Wohnungen, Häuser, Gebäude oder Autos ein.	41	85,4	0	14,6
Log, um Dinge oder die Gunst anderer zu erhalten oder um Pflichten aus dem Weg zu gehen.	41	48,8	12,2	39,0
Hat Dinge von nicht unerheblichem Wert gestohlen, jedoch ohne dass due Betroffenen anwesend waren.	41	65,9	9,8	24,4
Ist mindestens zweimal von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben, als er/sie noch bei Eltern oder Pflegeeltern wohnte	41	73,2	4,9	22,0
Blieb vor dem 13. Lebensjahr trotz elterlichen Verbots abends oft lange aus.	41	82,9	0	17,1
Schwänzte vor dem 13. Lebensjahr häufig die Schule.	41	75,6	2,4	22,0
Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit/Adoleszenz cutoff erfüllt: 41,5%				
Antisoziale Persönlichkeitsstörung (nach dem 15. Lebensjahr)				
Ist unfähig, sich gesellschaftlichen Normen im Sinne von gesetzestreuen Verhaltensweisen zu unterwerfen; führte (...) Handlungen aus, die Grund für eine Verhaftung gewesen wären.	41	70,7	4,9	24,4
Neigung zu Falschheit, lügt oft, benutzt falsche Namen oder betrügt andere, um persönlichen Gewinn oder Genuss zu erzielen.	41	85,4	4,9	9,8
Impulsives Handeln oder Unfähigkeit, vorauszuplanen	41	73,2	19,5	7,3
Ist reizbar und aggressiv; war wiederholt in Schlägereien verwickelt; Körperverletzung	41	82,9	9,8	7,3

	n	Krit. nicht erfüllt	Krit. teil-weise erfüllt	Krit. erfüllt
Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer	41	87,8	2,4	9,8
Ist unfähig, Verantwortung zu übernehmen, d.h. ist unfähig, regelmäßig zu arbeiten oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.	41	80,5	12,2	7,3
Zeigt keine Reue; steht der Tatsache, andere verletzt, misshandelt oder bestohlen zu haben, gleichgültig gegenüber oder rationalisiert es.	41	97,6	0	2,4
Antisozial Erwachsenalter cutoff erfüllt: 12,2%				

Anhang 21:

ABCL/18-19: Fragebogen über das Verhalten Erwachsener (Fremdurteil)

	n	M (SD) T-Wert			T < 60 Normal-bereich	T 60-63 Border-line	T > 63 klinisch auffällig
					n (%)	n (%)	n (%)
Internalizing Problems	47	54,02 (13,37)			31 (66,0)	5 (10,6)	11 (23,4)
Externalizing Problems	47	55,64 (7,91)			33 (70,2)	6 (12,8)	8 (17,0)
Total Problems	47	54,34 (9,13)			33 (70,2)	8 (17,0)	6 (12,8)
Adaptive Functioning Scales	n	M (SD) T-Wert	T>40		T > 35 Normal-bereich	T 31-35 Border-line	T < 31 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Friends	44	49,07 (9,45)	36 (81,8)		38 (86,4)	4 (9,1)	2 (4,5)
Partner	22	45,91 (10,02)	14 (63,6)		19 (86,4)	2 (9,1)	1 (4,5)
Syndrome Scale & Critical Items	n	M (SD) T-Wert	T<60		T < 65 Normal-bereich	T 65-69 Border-line	T > 69 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Critical Items	47	57,19 (7,58)	31(66,0)		39 (83,0)	5 (10,6)	3 (6,4)
Anxious/Depressed	47	57,30 (8,91)	33 (70,2)		38 (80,9)	6 (12,8)	3 (6,4)
Withdrawn	47	57,79 (8,75)	31 (66,0)		36 (76,6)	6 (12,8)	5 (10,6)
Somatic Complaints	47	55,38 (7,92)	36 (76,6)		42 (89,4)	1 (2,1)	4 (8,5)
Thought Problems	47	53,96 (7,33)	40 (85,1)		41 (87,2)	4 (8,5)	2 (4,3)
Attention Problems	47	58,11 (6,57)	28 (59,6)		38 (80,9)	8 (17,0)	1 (2,1)
Aggressive Behavior	47	56,23 (6,72)	32 (68,1)		41 (87,2)	3 (6,4)	3 (6,4)
Rule-Breaking Behavior	47	58,89 (5,23)	29 (61,7)		41 (87,2)	5 (10,6)	1 (2,1)
Intrusive	47	54,28 (4,99)	39 (83,0)		44 (93,6)	2 (4,3)	1 (2,1)
Substance Use Scale	n	M (SD) T-Wert	T<60		T < 65 Normal-bereich	T 65-69 Border-line	T > 69 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Tobacco	40	58,58 (9,81)	23 (57,5)		32 (80,0)	2 (5,0)	6 (15,0)
Alcohol	40	56,28 (7,84)	26 (65,0)		35 (87,5)	2 (5,0)	3 (7,5)
Drugs	41	55,95 (14,57)	35 (85,4)		36 (87,8)	0 (-)	5 (12,2)
Mean Substance Use	37	58,70 (7,30)	22 (59,5)		30 (81,1)	3 (8,1)	4 (10,8)

DSM-Oriented Scales	n	M (SD) T-Wert	T<60		T < 65 Normal-bereich	T 65-69 Border-line	T > 69 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Depressive Problems	47	57,02 (8,09)	31 (66,0)		38 (80,9)	6 (12,8)	3 (6,4)
Anxiety Problems	47	53,96 (5,58)	41 (87,2)		42 (89,4)	3 (6,4)	2 (4,3)
Somatic Problems	47	55,55 (8,09)	33 (70,2)		40 (85,1)	4 (8,5)	3 (6,4)
Avoidant Personality Problems	47	57,74 (8,92)	29 (61,7)		38 (80,9)	4 (8,5)	5 (10,6)
AD/H Problems	47	58,53 (8,89)	28 (59,6)		37 (78,7)	5 (10,6)	5 (10,6)
Antisocial Personality Problems	47	57,70 (5,39)	32 (68,1)		43 (91,5)	2 (4,3)	2 (4,3)
AD/H Problems	n	M (SD) Perzentile	Perzentile T<85		Perzentile < 93 Normal-bereich	Perzentile 93-97 Border-line	Perzentile > 97 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Inattention	47	76,28 (17,31)	28 (59,6)		35 (74,5)	9 (19,1)	3 (6,4)
Hyperactivity-Impulsivity	47	67,91 (18,08)	33 (70,2)		42 (89,4)	2 (4,3)	3 (6,4)

(Gültige Prozent)

Anhang 22:

ASR/18-59: Fragebogen für Erwachsene (Selbsturteil)

	n	M (SD) T-Wert			T < 60 Normal-bereich	T 60-63 Border-line	T > 63 klinisch auffällig
					n (%)	n (%)	n (%)
Internalizing Problems	54	50,91 (11,67)			40 (74,1)	4 (7,4)	10 (18,5)
Externalizing Problems	54	53,63 (9,48)			43 (79,6)	4 (7,4)	7 (13,0)
Total Problems	54	50,33 (9,96)			43 (79,6)	5 (9,3)	6 (11,1)
Adaptive Functioning Scale	n	M (SD) T-Wert	T>40		T > 35 Normal-bereich	T 31-35 Borderline	T < 31 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Friends	54	47,06 (10,42)	37 (68,5)		48 (88,9)	3 (5,6)	3 (5,6)
Partner	27	43,78 (7,30)	18 (66,7)		24 (88,9)	3 (11,1)	0 (-)
Family	54	46,63 (9,74)	40 (74,1)		47 (87,0)	4 (7,4)	3 (5,6)
Job	41	47,37 (7,01)	37 (90,2)		39 (95,1)	1 (2,4)	1 (2,4)
Education	9	48,11 (8,30)	8 (88,9)		9 (100,0)	0 (-)	0 (-)
Mean Adaptive	54	44,93 (8,92)	38 (70,4)		46 (85,2)	4 (7,4)	4 (7,4)
Syndrome Scale & Critical Items	n	M (SD) T-Wert	T<60		T < 65 Normal-bereich	T 65-69 Border-line	T > 69 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Critical Items	54	56,48 (7,29)	38 (70,4)		45 (83,3)	7 (13,0)	2 (3,7)
Anxious/Depressed	54	55,06 (6,40)	38 (70,4)		48 (88,9)	4 (7,4)	2 (3,7)
Withdrawn	54	55,50 (8,44)	39 (72,2)		43 (79,6)	5 (9,3)	6 (11,1)
Somatic Complaints	54	55,43 (8,08)	42 (77,8)		47 (87,0)	2 (3,7)	5 (9,3)
Thought Problems	54	53,41 (5,53)	48 (88,9)		51 (94,4)	1 (1,9)	2 (3,7)
Attention Problems	54	56,19 (6,12)	41 (75,9)		51 (94,4)	1 (1,9)	2 (3,7)
Aggressive Behavior	54	55,44 (6,63)	38 (70,4)		51 (94,4)	1 (1,9)	2 (3,7)
Rule-Breaking Behavior	54	56,41 (7,38)	43 (79,6)		45 (83,3)	4 (7,4)	5 (9,3)
Intrusive	54	54,57 (6,24)	42 (77,8)		49 (90,7)	2 (3,7)	3 (5,6)

Substance Use Scale	n	M (SD) T-Wert	T<60		T < 65 Normal-bereich	T 65-69 Border-line	T > 69 klinisch auffällig
			n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Tobacco	51	57,61 (8,08)	35 (68,6)		42 (82,4)	4 (7,8)	5 (9,8)
Alcohol	53	55,26 (6,37)	41 (77,4)		46 (86,8)	5 (9,4)	2 (3,7)
Drugs	53	57,87 (15,73)	39 (73,6)		45 (84,9)	0 (-)	8 (15,1)
Mean Substance Use	50	57,72 (7,28)	32 (64,0)		39 (78,0)	4 (8,0)	7 (14,0)
DSM-Oriented Scales	**n**	**M (SD) T-Wert**	**T<60**		**T < 65 Normal-bereich**	**T 65-69 Border-line**	**T > 69 klinisch auffällig**
			n (%)		**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Depressive Problems	54	54,98 (7,20)	43 (79,6)		48 (88,9)	4 (7,4)	2 (3,7)
Anxiety Problems	54	53,33 (4,21)	45 (83,3)		54 (100,0)	0 (-)	0 (-)
Somatic Problems	54	55,31 (7,73)	40 (74,1)		45 (83,3)	6 (11,1)	3 (5,6)
Avoidant Personality Problems	54	55,50 (8,48)	42 (77,8)		46 (85,2)	3 (5,6)	5 (9,3)
AD/H Problems	54	57,41 (6,55)	33 (61,1)		47 (87,0)	3 (5,6)	4 (7,4)
Antisocial Personality Problems	54	56,48 (7,70)	41 (75,9)		45 (83,3)	3 (5,6)	6 (11,1)
AD/H Problems	**n**	**M (SD) Perzentile**	**Perzentile T<85**		**Perzentile < 93 Normal-bereich**	**Perzentile 93-97 Border-line**	**Perzentile > 97 klinisch auffällig**
			n (%)		**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Inattention	54	74,57 (15,07)	40 (74,1)		47 (87,0)	6 (11,1)	1 (1,9)
Hyperactivity-Impulsivity	54	66,74 (17,30)	43 (79,6)		46 (85,2)	5 (9,3)	3 (5,6)

(Gültige Prozent)

Anhang 23: CASCAP-D: Psychopathologisches Befund-System – modifiziert (KAMT-Version)

ohne oppositionelles Verhalten und Störungen in Aufmerksamkeit und Aktivität

		aktuell					lifetime				
		Ausprägungsgrad*					Ausprägungsgrad*				
1	**INTERAKTION**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Überangepasst	43	-	2,3	2,3	95,3	43	2,3	2,3	7,0	88,4
2	Scheu/unsicher	43	2,3	-	23,3	74,4	42	-	14,3	19,0	66,7
3	Sozial zurückgezogen/isoliert	43	2,3	7,0	16,3	74,4	43	2,3	14,0	18,6	65,1
4	Sprechverweigerung/Mutismus	43	-	-	-	100	43	-	-	2,3	97,7
5	Demonstrativ	43	-	-	7,0	93,0	40	2,5	2,5	7,5	87,5
6	Distanzgemindert/enthemmt	43	-	-	4,7	95,3	42	2,4	2,4	2,4	92,9
7	Verminderte Empathie	42	-	-	2,4	97,6	42	-	-	2,4	97,6
8	Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/ Kommunikation	42	-	-	-	100	42	-	-	-	100
2	**ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Intelligenzminderung	43	-	-	-	100	41	-	-	-	100
2	Artikulationsstörung	43	-	-	2,3	97,7	36	-	-	2,8	97,2
3	Expressive Sprachstörung	43	-	-	-	100	36	-	-	-	100
4	Rezeptive Sprachstörung	43	-	-	-	100	36	-	-	-	100
5	Stottern/Poltern	43	-	-	-	100	36	-	-	2,8	97,2
6	Störung der Motorik	43	-	-	2,3	97,7	36	-	-	2,8	97,2
7	Spielstörung	42	-	-	-	100	36	-	-	-	100
8	Störung schulischer Fertigkeiten	43	-	2,3	11,6	86,0	39	2,6	12,8	15,4	69,2
3	**PSYCHOMOTORIK**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**		**3**	**2**	**1**	**0**
1	Motorische Tics	43	-	-	2,3	97,7	42	-	4,8	7,1	88,1
2	Vokale Tics	43	-	-	-	100	43	-	-	2,3	97,7
3	Manierismen/Stereotypien	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
4	Abnorme Gewohnheiten (z.B. Nägelbeißen)	33	3,0	12,1	-	84,8	33	12,1	15,2	6,1	66,7
4	**ANGST**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**		**3**	**2**	**1**	**0**
1	Trennungsangst	43	-	-	-	100	42	-	-	2,4	97,6
2	Umschriebene Phobie	43	-	2,3	23,3	74,4	41	2,4	4,9	12,2	80,5
3	Leistungsangst	43	-	7,0	7,0	86,0	41	-	2,4	4,9	92,7
4	Soziale Angst	43	-	7,0	14,0	79,1	43	-	9,3	14,0	76,7
5	Agoraphobie	43	-	2,3	4,7	93,0	42	-	7,1	4,8	88,1
6	Panikattacken	43	-	-	-	100	43	-	-	2,3	97,7
7	Generalisierte Angst	43	-	-	2,3	97,7	43	-	-	-	100

		aktuell					lifetime				
		Ausprägungsgrad*					Ausprägungsgrad*				
5	**ZWANG**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**		**3**	**2**	**1**	**0**
1	Zwangsgedanken	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
2	Zwangshandlungen	43	-	-	-	100	43	-	-	2,3	97,7
6	**STIMMUNG UND AFFEKT**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**		**3**	**2**	**1**	**0**
1	Depressiv/traurig	43	-	4,7	25,6	69,8	43	4,7	16,3	32,6	46,5
2	Reizbar/dysphorisch	43	-	7,0	30,2	62,8	43	4,7	25,6	23,3	46,5
3	Anhedonie	43	-	-	7,0	93,0	43	-	2,3	9,3	88,4
4	Mangelndes Selbstvertrauen	43	-	16,3	18,6	65,1	41	2,4	17,1	24,4	56,1
5	Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung	43	-	2,3	18,6	79,1	43	4,7	7,0	14,0	74,4
6	Schuldgefühle/Selbstanklage	43	-	2,3	9,3	88,4	43	-	9,3	4,7	86,0
7	Affektarm	43	-	-	9,3	90,7	42	-	4,8	4,8	90,5
8	Interesselosigkeit/Apathie	43	-	2,3	7,0	90,7	42	2,4	7,1	2,4	88,1
9	Affektlabil	43	-	4,7	20,9	74,4	42	2,4	14,3	7,1	76,2
10	Innere Unruhe/getrieben	43	2,3	25,6	20,9	51,2	42	4,8	42,9	9,5	42,9
11	Gesteigertes Selbstwertgefühl/ euphorisch	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
7	**ESSVERHALTEN**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Selbst herbeigeführter Gewichts-verlust	43	-	-	-	100	43	-	-	4,7	95,3
2	Verminderte/auffällig kontrollierte Nahrungsaufnahme	43	-	2,3	2,3	95,3	42	-	-	2,4	97,6
3	Heißhunger- und Essattacken	43	-	2,3	4,7	93,0	42	-	2,4	2,4	95,2
4	Erhöhte Nahrungsaufnahme	43	-	4,7	2,3	93,0	42	-	2,4	2,4	95,2
5	Rumination	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
6	Pica	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
8	**KÖRPERLICHE BESCHWERDEN**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Appetitverlust	43	-	-	7,0	93,0	43	2,3	7,0	4,7	86,0
2	Erbrechen	43	-	2,3	4,7	93,0	43	-	2,3	2,3	95,3
3	Einnässen (tagsüber)	42	-	-	-	100	42	-	-	-	100
4	Bettnässen	42	-	-	-	100	42	-	2,4	2,4	95,2
5	Einkoten	42	-	-	-	100	42	-	-	-	100
6	Schlafprobleme	43	7,0	16,3	14,0	62,8	43	4,7	16,3	14,0	65,1
7	Dissoziation/Konversion	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
8	Autonome Dysfunktion	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
9	Schmerzen	42	-	7,1	19,0	73,8	42	-	-	4,8	95,2
10	Fatigue	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
11	Hypochondrie	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100

		aktuell					lifetime				
		Ausprägungsgrad*					Ausprägungsgrad*				
9	**DENKEN UND WAHRNEHMUNG**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Gehemmt/verlangsamt	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
2	Umständlich/weitschweifig	43	-	2,3	2,3	95,3	42	-	-	-	100
3	Eingeengt	43	-	-	2,3	97,7	42	-	-	-	100
4	Perseverationen	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
5	Grübeln	43	-	7,0	14,0	79,1	42	-	7,1	4,8	88,1
6	Ideenflucht	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
7	Inkohärenz/Zerfahrenheit/Paralogik	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
8	Gedankenlautwerden/-entzug/-eingebung/ -ausbreitung	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
9	Sensitiv/misstrauisch	43	2,3	2,3	4,7	90,7	42	-	2,4	4,8	92,9
10	Derealisation/Depersonalisation	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
11	Illusionäre Verkennung	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
12	Halluzination	43	-	2,3	-	97,7	42	2,4	-	-	97,6
13	Wahn	43	-	-	2,3	97,7	42	2,4	-	-	97,6
10	**GEDÄCHTNIS, ORIENTIERUNG UND BEWUSSTSEIN**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen	43	-	2,3	-	97,7	42	-	2,4	-	97,6
2	Orientierungsstörungen	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
3	Störungen der Wachheit/des Bewusstseins	43	-	-	-	100	42	-	-	-	100
11	**ANDERE**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**	**n**	**3**	**2**	**1**	**0**
1	Abnorme Bindung an Objekte	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
2	Abnorme Vorlieben/ Interessen	43	-	-	2,3	97,7	43	-	-	-	100
3	Selbstverletzendes Verhalten	43	-	-	2,3	97,7	43	-	-	7,0	93,0
4	Suizidgedanken	43	-	-	-	100	43	-	11,6	7,0	81,4
5	Suizidale Handlungen	43	-	-	-	100	42	-	4,8	2,4	92,9
6	Alkoholmissbrauch	43	4,7	4,7	18,6	72,1	41	14,6	9,8	14,6	61,0
7	Drogenmissbrauch	43	9,3	11,6	11,6	67,4	43	30,2	16,3	9,3	44,2
8	Medikamentenmissbrauch	43	-	-	-	100	43	-	-	4,7	95,3
9	Körperschemastörung	43	-	-	2,3	97,7	42	-	-	2,4	97,6
10	Geschlechtsidentitäts-/sexuelle Störungen	43	2,3	-	-	97,7	43	2,3	-	-	97,7
11	Sexualisiertes Verhalten	43	-	-	-	100	43	-	-	-	100
12	Nicht anderorts beschrieben: Glücksspiel	43	-	2,3	2,3	95,3	43	-	-	-	100
13	Nicht anderorts beschrieben (beschreibe): V.a. Restless Legs	43	-	2,3	-	97,7	43	-	-	-	100

*Ausprägungsgrad: 3 = stark, 2 = deutlich, 1 = leicht, 0 = nicht vorhanden; Gültige Prozent

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.