



DP Jörg Dreher

ADHS im Erwachsenenalter

Anleitung zur Diagnostik und erste Therapieschritte

ADHS im Erwachsenenalter

Anleitung zur Diagnostik und erste Therapieschritte

DP Jörg Dreher, Koblenz
Version vom 11.12.19

- Bitte verteilen und weiter versenden -

1. Einleitung: Lernen Sie, ADHS zu diagnostizieren – es lohnt sich!

Ziel dieses Textes ist es, Psychotherapeuten und Ärzten zu helfen, sich der ADHS-Diagnostik gegenüber zu öffnen, um diese in ihrer Praxis durchführen zu können. Deshalb liegt mein Augenmerk auf einer verständlichen und alltagsrelevanten Darstellung.

Mein persönlicher Hintergrund, der auch mein Engagement erklärt, ist folgender: Ich habe ADHS in der eignen Familie erfahren und bin selbst betroffen. Was uns geholfen hat, würde ich gern weitergeben. Meine langjährige „**familiäre Fortbildung**“ mündete 2007 in den beruflichen Schwerpunkt „ADHS im Erwachsenenalter“ in meiner psychotherapeutischen Kassenpraxis (VT).

Unter meiner Klientel sind immer häufiger die **Transitionspatienten**, die schon als Kind eine Diagnose und Medikation hatten – sie sind zu 70 % männlich, häufig zwischen 18 und 25 Jahren alt, meistens in einer Krise mit der Ausbildung oder dem Studium und werden teilweise auch von Eltern „geschickt“.

Erfreulicherweise sind viele der psychiatrischen Erkrankungen, die ADHS-Patienten häufig zusätzlich haben, therapeutisch viel besser in den Griff zu bekommen, wenn eine ADHS-Behandlung durchgeführt wird. Falls der Patient bisher keine ADHS-Diagnose hatte, muss er ausführlich über ADHS aufgeklärt werden und ihm sollte Zeit gelassen werden, damit er dieses Störungsbild bei sich akzeptieren und verstehen lernen kann.

Sachgerecht durchgeführt ist die Effektivität einer ADHS-Behandlung oftmals überraschend hoch, darum gratuliere ich auch ADHS-Betroffenen, wenn ich ihnen ADHS diagnostizieren kann.¹

Einer neuen Studie in Deutschland zufolge haben viele Psychatriepatienten zusätzlich auch ADHS, diese **neue Studie kommt auf eine Komorbidität von 59 %**². Dieses neurobiologisch „andere Gehirn“ der ADHSler erzeugt im Laufe des Lebens, insbesondere in unserer Leistungsgesellschaft und unserem Wertesystem, vielfältige psychische Auffälligkeiten und psychiatrische Störungen.

Gleichzeitig treten bei günstigen familiären und schulischen Rahmenbedingungen auch weniger Folgekrankheiten und Bildungsprobleme auf. Leicht betroffene Erwachsene weisen zum Teil gute Kompensationsstrategien (wie Sport, Einsatz von Intelligenz, aber auch „Zwanghaftigkeit“) vor, die die Symptomatik und die Beeinträchtigungen im Leben weniger deutlich oder kaum hervortreten lassen. **ADHS ist eine dimensionale Störung** – das heißt, es handelt sich nicht um ein „Entweder-Oder“, sondern um ein „Mehr-oder-Weniger“. Doch bei unseren schwerer betroffenen Patienten ist es häufig leider so: Je länger ADHS unerkannt und unbehandelt bleibt, desto kränker werden die betroffenen Menschen, desto mehr Beeinträchtigungen erfahren sie in unserer Gesellschaft. Unerkanntes ADHS führt häufig langfristig zu Scheiternserfahrungen in vielen Lebensbereichen und Krankheit. Überbordende Versagensängste, ein Sich-Schämen wegen

¹ Jörg Dreher: „*Gratuliere! Sie haben ADHS – freuen Sie sich bitte!*“;
<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nzk86bSS0pfbnFXNFFCndiT2JnRzFGcDBjZHZHJMDBJ/view?usp=sharing>

² *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatry: Data on 12-month prevalence, risk factors and comorbidity* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29490380>

Siehe dazu auch Dr. Martin Winkler: *ADHS in der Allgemeinpsychiatrie*;
<https://steemit.com/deutsch/@martinwinkler/adhs-in-der-allgemeinpsychiatrie>

Unzulänglichkeiten und ein Verstecken der Schwierigkeiten vor anderen können zu psychischem Dauerstress führen.

Auch die Gesellschaft lässt sich ADHS nicht gefallen: „**The society strikes back**“ (Russel Barkley). ADHS-Betroffenen werden „**früh die Flügel gebrochen**“. Unbehandelt passen ADHSler häufig nicht in unsere Lebens- und Arbeitsformen, außer sie finden ihre Nische und wählen nur Lebens- und Arbeitsformen, die ihnen angemessen sind und sie begeistern. Sie finden zum Einstieg in die Thematik einen schönen Vortrag zu ADHS im Erwachsenenalter³, bzw. ein englisch- und ein deutschsprachiges Video zum neuesten Forschungsstand⁴. Sehr zu empfehlen ist die **Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“**⁵. Meine Schätzung ist, dass mindestens 35 % der Patienten, die tagtäglich vor Ihnen sitzen, auch ADHS haben, wie in meiner Praxis! Fangen Sie an, diese identifizieren, dazu dient dieser Text!

Die Therapie kann zu sehr guten Ergebnissen führen. Selbst komorbide Störungen wie z.B. Essstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, PTBS, Depressionen und Suchtprobleme können auf einmal therapierbar werden oder verschwinden (ab und zu) auch ganz durch die Behandlung des ADHS. Schon von der ersten Therapiestunde an sollte der Prozess der Aufklärung über ADHS beginnen, damit der oft schwierige und länger andauernde Weg zur Akzeptanz des Störungsbildes gelingt. Viele Patienten sind sehr erleichtert und erfahren sofort eine Steigerung ihres Selbstwertgefühls, wenn sie diese Diagnose bekommen und sich dadurch ihr Leben zum ersten Mal selbst erklären und die Frage beantworten können, warum ihnen trotz andauernder Anstrengungen so vieles im Leben nicht gelungen ist.

Vergessen Sie nie, dass vor ihnen ein Mensch sitzt, der etwas Unmögliches probiert hat, der eine ganze Kindheit und Jugend lang versucht hat, eine unlösbare Aufgabe zu stemmen. Er hat versucht, in Familie und Schule die Erwartungen in ihn zu erfüllen, aber sein **Gehirn ist um Jahre reifungsverzögert gewesen** und biologisch **unfähig, eine funktionierende Selbstorganisation und Emotionssteuerung hinzubekommen**. Scheitern und andere enttäuschen gehört früh zu seinem Leben. Andere, „neurotypische“ Geschwister und Mitschüler, sind an ihm vorbeigezogen; er ist deshalb nicht selten verachtet, gemobbt und herabgewürdigt worden, bis er angefangen hat, sich selbst zu verachten. Häufig wählen ADHSler in ihrer Jugend dann den Weg einer (unbemerkten) stillen Überanpassung oder der trotzigigen Opposition und Rebellion.

Das angegriffene Selbstwertgefühl⁶, die erfahrenen großen und kleinen Traumen nimmt er durch das gesamte Leben hindurch mit. Die Folgeerkrankungen und schlechten Kompensationsstrategien führen nicht selten zu einer miserablen und ständig gefährdeten Lebensbilanz. Das ganze Leben will er nichts anderes als normal und neurotypisch sein.

Niemand hat ihm bisher gesagt, dass er sich von der Mehrheitsgesellschaft (95%) unterscheidet, dass er „**anders**“ (**Alien**) ist. Darum ist diese Mitteilung, dass er eine biologische Besonderheit hat, die vieles erklärt, so wichtig: Er ist nicht schuldig! **Er ist okay!**

³ Dr. Matthias Rudolf: *Workshop Transition bei ADHS*; Koblenz, 10.11.2018; <https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nkz86bSb25UcWpUUUVB5RW5pTWZ4c3pkU3IEeDdsd2h3/view?usp=sharing>

⁴ Julie Schweitzer: *Adult ADHD: Updates on research, diagnosis and treatment*. UC Davis MIND Institute, 20.02.2017; <https://www.youtube.com/watch?v=ECEkHR-p5co&feature=youtu.be> sowie der Videovortrag *Fokus ADHS* von Prof. Dr. Andreas Reif; https://www.youtube.com/watch?v=AGhanrAlliw&t=2s&index=17&list=PLeX6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF

⁵ Siehe https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

⁶ Heiner Lachenmeier: *Selbstwahrnehmung bei ADHS im Erwachsenenalter*, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Affoltern am Albis, Switzerland; https://www.adhspedia.de/Downloads/studien/Selbstwahrnehmung_ADHS_Erwachsene.pdf

Ziel der gesamten Behandlung ist es auch, ein „**funktionierendes Selbstbild**“ beim Patienten entstehen zu lassen, damit er ein stimmiges Stärken-Schwächen-Profil bekommt, sich selbst versteht und annehmen kann. Er muss lernen, seine vielfältigen Schwächen und Handicaps wahrzunehmen und zu akzeptieren und sich deswegen nicht mehr „unwürdig“ zu fühlen oder sich anzuklagen: „Warum bin ich denn nur so?“ Da alles in der ADHS-Konstitution begründet und dementsprechend Biologie ist, hilft diese Erkenntnis, die Selbstachtung wieder zurückzugewinnen.

Gleichzeitig gilt auch, dass ADHS nur eine Erklärung ist, aber nicht (ständig) als Entschuldigung herhalten sollte. Die Verantwortung für sein Verhalten bleibt beim Patienten selbst. Dieses andere „funktionierende“ Selbstbild bleibt auch noch, wenn der Patient die Medikation schon wieder abgesetzt hat. Er hat in den vielfältigen Auseinandersetzungen mit ADHS gelernt, dass er nur „anders“, aber „durchaus okay“ ist. Zur Stärkung des Selbstwerts dient insbesondere, dem durch seinen bisherigen Lebenslauf verunsicherten und gekränkten Patienten durch Aufklärung und Psychoedukation⁷ im Therapieverlauf seine Ressourcen aufzuzeigen, die häufig reichlich vorhanden sind.⁸ Eine Irritierbarkeit und Volatilität der Selbstachtung und Selbstsicherheit wird häufig auch nach einer Therapie weiter bestehen, auch wenn man bereits Erfolge im Leben erzielt hat und niemand mehr Selbstzweifel vermutet.

2. Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen – Die Drehtür-Psychiatrie!

Die Diagnose-Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter lag im dritten Quartal 2018 in Rheinland-Pfalz in GKV bei 0,34 % bei einer allgemeinen Prävalenz von 3 bis 5 %⁹. Insofern laufen immer noch hunderttausende ADHS-Betroffene ohne Diagnose und mit vielen psychiatrischen Fehlbehandlungen herum. Das Hauptproblem - mit weitem Abstand vor den anderen - ist nicht die Überdiagnostik, sondern die Unterdiagnostik¹⁰ bei ADHS. Diagnostiker in Deutschland sehen meist die komorbiden Störungen und niemand denkt an ADHS, manchmal sogar, wenn Patienten diese direkt auf einen eigenen ADHS-Verdacht ansprechen. Selbst große psychiatrische Krankenhäuser sind häufig nicht in der Lage, dieses Störungsbild zu diagnostizieren. Bei ADHS wird zwar berechtigt von **Ausschlussdiagnostik** gesprochen; dies kann aber verwirren, weil ein unerfahrener Diagnostiker dann nur die Depression sieht. Wichtig ist die **Längsschnittperspektive**: das heißt, es sollte erkundet werden, ob ein ADHS in der Kindheit und Jugend vorgelegen hat. Die Depression kann rezidivierend durchbrechen, ist aber dem ADHS zeitlich nachgelagert. Ein mittel-gradiges oder schweres ADHS ist häufig durch „**Lebensbrüche**“ gekennzeichnet und führt zu Depressionen. Laut einer persönlichen Mitteilung von Dr. Günther Endrass (Facharzt in Grünstadt) stimme die Selbsteinschätzung von Betroffenen häufig, dies sehe ich auch so. Der Patient erkennt sein ADHS häufig, der Diagnostiker bisher leider des Öfteren noch nicht.

Gleichzeitig ist natürlich jede falsche ADHS-Diagnose auch ein Irrweg, weil falsche Behandlungen eingeleitet werden und die eigentliche Störung unbehandelt bleibt. Häufig kommen Patienten ohne eigenen ADHS-Verdacht in die Therapie und präsentieren komorbide Störungen. Der Patient berichtet über eine depressive Verstimmung, Ängste, Süchte, Ehekonflikte, Probleme am Arbeitsplatz etc. und wir Diagnostiker müssen das hintergründige, schon ein ganzes Leben lang vorhandene ADHS finden und den Patienten zur Einsicht begleiten, dass der eigentliche „Übeltäter“ ADHS heißt. Trotzdem muss natürlich z.B. eine Angsterkrankung

⁷ *Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*; Herausgeber: Roberto D'Amelio / Wolfgang Retz / Alexandra Philipsen / Michael Rösler; https://www.amazon.de/Psychoedukation-Coaching-ADHS-Erwachsenenalter-Angehörigengruppen-ebook/dp/B005DXPWHO/ref=sr_1_2?ie=UTF8&qid=1543485904&sr=8-2&keywords=adhs+damelio

⁸ Martin Winkler: *Ressourcen bei ADS / ADHS. Das Leben mit ADHS bzw. mit einem ADHS-ler ist selten langweilig*; <https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nkz86bScTYzVG8tbFZiaTQ/view?usp=sharing>

⁹ Mündliche Mitteilung von DP Sabine Maur (Präsidentin LPK RLP). Siehe auch: *Zentrale ADHS-Netz zur Prävalenz*: <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/literaturhinweise/aktuelle-wissenschaftliche-veroeffentlichungen/>

¹⁰ ADHSpedia über *Fehldiagnosen bei ADHS*: <https://www.adhspedia.de/wiki/Fehldiagnosen>

auch selbst behandelt werden, getrennt von ADHS. Nicht selten, aber nicht immer, sollte die erste Intervention auch auf die Folgeerkrankung abzielen. Das Zusammenspiel zwischen beiden sollte dem Patienten erklärt werden, weil er eigentlich zunächst nur die Folgekrankheit loswerden möchte.

Leider gehen Psychotherapie-Ausbildungsinstitute meistens nicht ausführlich auf ADHS ein. Ignoriert man die Störung jedoch, gibt es häufig den „**Drehtür-Effekt**“ der **Psychiatrie**: Die Patienten werden nicht nachhaltig gesund und kommen immer wieder zurück. Es verwundert, dass diese Störung immer noch nicht in die psychiatrische Versorgung integriert werden konnte. Welche Widerstände sind hier unterwegs? Mit dem Phänomen „Widerstände gegen neue wissenschaftlichen Erkenntnisse“ beschäftigt sich Doris Griesser in ihrem Artikel *Der Semmelweis-Reflex*¹¹.

3. Wie erkennt man ADHS im Erwachsenenalter, obwohl die Symptome unspezifisch sind?

Es gibt bis heute keinen ausreichenden und allgemeingültigen ADHS-Fragebogen-Test und es wird ihn auch nie geben! Trotz deutlich über dem Cut-off liegender Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen muss nicht unbedingt ADHS vorliegen. Gleichzeitig sind auch Werte unter dem Cut-off (z. B. bei WURS-K¹²) mit Vorsicht zu sehen, denn viele ADHSler kennen sich selbst nicht, gerade die 18- bis 25-Jährigen nicht. Die Fremdwahrnehmungsbögen werden durch Partner und Eltern manchmal verfälscht ausgefüllt, weil Eltern keine Schuldgefühle bekommen wollen oder schlicht schon ein Leben lang gegen eine ADHS-Behandlung gekämpft haben.

Fragebögen können aber viele nützliche Hinweise geben, dienen der Psychoedukation des Patienten und können als Dokumente in der Akte eine rechtliche Absicherung darstellen. Außerdem gibt es (noch) keinen biologischen Test (Biomarker), der sicher zur Diagnose ADHS führt! Psychometrische Leistungstests sollten nur bei ausreichender Kenntnis des Störungsbilds eingesetzt werden, da ansonsten bei gutem Abschneiden schnell vermutet wird, dass kein ADHS vorliegt.

Manche (unbehandelte) Betroffene kommen im Studium bis zur Promotion, die dann wegen ADHS doch nicht bewältigt werden kann. Es lohnt sich im Übrigen immer, einen Patienten einmal in einer Leistungssituation zu sehen, vielleicht auch in einem d2-TEST, wobei ich nicht primär auf das erreichte Niveau schaue, sondern eher **Verhaltensbeobachtungen** mache. Ist der Patient in der Testsituation ablenkbar? Muss er schon bei der Instruktion viermal nachfragen? Gerät er schnell unter Druck oder ist er umständlich und langsam? Sie lernen ihren Patienten kennen und können sich dann dessen Schwierigkeiten z. B. in einer Schul- und Ausbildungssituation viel besser vorstellen. Wenn Sie einen ADHSler begeistern können, ihn in eine Wettkampfstimmung bringen oder die Deadline für die Abgabe einer Arbeit kurz bevorsteht, kann er schnell auch eine positive Leistung abgeben.¹³

Nur Sie alleine diagnostizieren ADHS. Sie können anhand aller von Ihnen gesammelten Daten eine klinische Diagnose stellen, indem Sie alle diese Daten integrieren.

¹¹ In: *Der Standard*, 04.08.2014; <https://derstandard.at/2000004028051/Der-Semmelweis-Reflex>

¹² https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Diagnostik/Diagnostik_Erw/Wender_Utah_Rating_Scale_Kurzform_WURS_K.pdf

¹³ Siehe dazu *ADHD Brain: Why we think, act and feel like the way we do*, in: https://www.additudemag.com/wp-content/uploads/2018/10/10252_Understand-Conditions_secrets-of-the-adhd-brain-2018.pdf
oder gleicher Text:
<https://drive.google.com/file/d/1e96TpGoLzVSe0XvQdbLHqvcaKxxB3J9s/view?usp=sharing>

Datenquellen sind:

1. Familienanamnese: psychiatrische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS und Suchterkrankungen. Umgang in der Blutsverwandtschaft mit Alkohol, Nikotin, Koffein, THC
2. biografische Anamnese(Schwerpunkt Kindheit/Jugend) und Selbstbeurteilungsfragen zu ADHS, Depression, Ängsten, zum beruflichen, sozialen, familiären Lebens- und Leidensweg
3. Fremdanamnese: Fragen an Angehörige: Informationen über Kindheit, Jugend und gegenwärtiges Leben des Patienten (zum beruflichen, sozialen, familiären Lebens- und Leidensweg)
4. ganz zentral: strukturierte Interviews in der Praxis: z. B. Wender-Reimherr-Interview (HASE) oder DIVA 2.0 (Am besten ist es, wenn die Angehörigen dabei sind.)
5. Krankheitsanamnese: Berichtete und dokumentierte Verläufe, psychiatrische Erkrankungen im Sinne von komorbiden Störungen, z. B. wiederkehrende Depressionen, Lebensbrüche.
6. Verhaltensbeobachtung in der Stunde und psychischer Befund (beobachtete und erfragte Symptome)
7. Berichte: Arztbriefe, Grundschulzeugnisse, Zeugnisse, etc. – etwa Konsiliarberichte vom Hausarzt und von Fachärzten über somatische und psychische Krankheiten¹⁴

Im Erstgespräch kann man zu einem fundierten Verdacht zu kommen, der dann weitere differential-diagnostischen Überlegungen mit Fragebögen, strukturierten Interviews und körperliche Untersuchungen nach sich zieht. Ungeklärte somatische Fragen kann man dem Hausarzt bzw. Psychiater per *Brief* (oder per Konsiliarbericht vor der PT) stellen und die Antworten später in die Therapie integrieren.¹⁵

4. In unserer Patientenklientel befinden sich sogenannte „ADHS-Klassiker“¹⁶

Beispiel 1: Der 20-jährige, **sehr großgewachsene, schlaksige junge Mann** mit etwas unreiner Haut, ungepflegt und hippelig, blickt in der Therapiestunde sehr unkonzentriert um sich; er konsumiert größere Mengen THC, beschäftigt sich sehr häufig mit seinen PC-Spielen. Er kennt sich selbst nicht richtig und schafft es kaum, Termine einzuhalten. Wenn er nur zehn Minuten zu spät zur Sitzung kommt, ist das ein Therapieerfolg (ernst gemeint). Er erzählt seine Geschichte, bevor er sitzt, und kennt nur Niederlagen, Aggressionen, kommt aus

¹⁴ Anonymisiertes Beispiel einer ausgefüllten *Überweisung: Somatische Abklärung vor Psychotherapie. Vor der Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen:*
https://drive.google.com/file/d/1n3w9YFhAwE0uCAQO9UC-rFRt_MwK_f/view?usp=sharing

¹⁵ Siehe dazu die Liste in *Differential-Diagnostik bei ADHS im Erwachsenenalter / Praxis Jörg Dreher*, die dem Konsiliarbericht beigelegt werden kann; <https://drive.google.com/file/d/1kfcM5PQizzK18CJyAI5T7W9-rT0-79q/view?usp=sharing>

¹⁶ Siehe dazu: Jörg Dreher: *Hilfe, ich bin in der Selbsthilfegruppe ADHS!*;
<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nzk86bSc04ySIRTTGIMX0V5OWIVcDgzNTdrcHFscjVJ/view?usp=sharing>
sowie *The 'Unofficial' ADHD Test for Adults*;
https://www.youtube.com/watch?v=iozAFir3BEw&t=89s&index=41&list=PLexX6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF

einer Unterschichtsfamilie, deren Angehörige ähnliches Scheitern und ähnliche Suchtprobleme zu berichten haben. Aber er zeigt sich auch sehr dankbar für die Mühe, die sich der Therapeut macht, flippt bei Ungerechtigkeiten aus und hat deshalb schon einen Arbeitsplatz verloren. Er fängt beim Verlassen der Praxis schon im Treppenhaus an zu rauchen.

Beispiel 2: Häufig stellen sich **junge Patientinnen mit einer früheren Borderline-Diagnose** als ADHSlerinnen heraus. Jeder Diagnostiker vergibt eben nur die Diagnosen, die er kennt. Bei Borderline explore ich immer ganz genau. Es gibt aber auch die Doppeldiagnose: ADHS und Borderline zusammen sind nicht selten; gerade hier sollten dann Stimulanzien gegeben werden. Auch Borderline-Symptome können eventuell zurückgehen, weil die Behandlung der ADHS stabilisierend wirkt.¹⁷

Wenn Sie trainiert sind, kommen Sie zum Teil schnell zu einer Diagnose bzw. zu einer Verdachtsdiagnose ADHS, weil viele ADHSler sehr klassische Symptome und Beeinträchtigungen haben. Individuelle Abweichungen in Teilbereichen des Gesamtmusters ADHS sind allerdings auch häufig zu finden und verwirren den ungeübten Diagnostiker. Es heißt deshalb, dass jeder eine „individuelle ADHS“ hat.

Ein Dauer-Problem ist allerdings, dass die meisten **„ADHS-Symptome“ unspezifisch** sind, d. h. bei der gesunden Bevölkerung und bei anderen psychiatrischen Erkrankungen auch vorkommen. Entscheidend ist oft die Quantität: z. B. sehr häufige Flüchtigkeitsfehler, deutliche Stimmungsstörungen, starke motorische und innere Unruhe. Zentral ist: Sie müssen das „Gesamtsymptommuster ADHS“ kennen und erkennen. Viele - einzeln gesehen - unspezifische Symptome ergeben in der Gesamtschau erst ADHS als Störungsbild.

Da auch die **Vererbung eine bedeutende Rolle** spielt, haben Sie immer gleich einen ganzen Familienclan als mögliche Patienten vor sich, wenn Sie gerade eine Diagnose vergeben haben. Meiner Einschätzung nach hat mindestens ein Elternteil ADHS, manchmal sogar beide. Geschwister, Cousins, Tanten und Onkel können ebenfalls betroffen sein. Es kommt also zur Häufung von ADHS und psychiatrischen Erkrankungen im familiären Umfeld. Oft sind in diesen Familien auch noch Asperger-Autismus, Tic-Erkrankungen und Hochbegabungen zu finden.¹⁸

Zur Diagnostik und auch während der Behandlung können Sie die Angehörigen mit einladen. Der Fremdbeurteilung durch die Familie kommt aufgrund der manchmal **geringen Selbstwahrnehmungsfähigkeit** insbesondere junger ADHSler große Bedeutung zu, auch wenn manche Angehörige bei den Auskünften und in den Fragebögen tendenziös sind. Außerdem sollten wichtige Familienmitglieder davon überzeugt werden, dass ADHS auch wirklich vorliegt. Wenn diese Störung in der Familie nicht akzeptiert wird, blockiert der Patient eventuell lange. Auch haben Betroffene immer wieder mit Falschinformationen aus dem Fernsehen oder den Social Media zu kämpfen. Dass Ritalin kontraproduktiv oder sogar schädlich sei, wird weiterhin verbreitet, auch von Ärzten und Therapeuten.

Die ADHS-Klientel kann sehr verschieden sein

Beispiel 1: Eine gut gekleidete zwanghafte Bankerin kann ein „strukturiertes ADHS“ haben. Sie hat bisher mit viel Ehrgeiz, Ordnungsliebe und Willen das ADHS-Chaos und ihre innere Unruhe bzw. die Stimmungsstörungen im Griff gehabt. Mit einsetzenden Wechseljahren sinkt jedoch der Östrogen-Spiegel, damit auch die Dopamin-Konzentration im Gehirn. Die bisherige Kompensation reicht nicht mehr aus; die

¹⁷ Alexandra Philipsen: *Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Implikationen für die Behandlung* (S. 151 - S. 159); <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/10.-Philipsen.pdf>

¹⁸ Ich möchte hier ausdrücklich Ludger Tebartz van Elsts Publikation *Autismus und ADHS. Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit* (Verlag: Kohlhammer) empfehlen. https://www.amazon.de/Autismus-ADHS-Normvariante-Persönlichkeitsstörung-neuropsychiatrischer/dp/3170341669/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1541610555&sr=8-1&keywords=adhs+autismus

Patientin kommt in ein „Burn-out“ und die Konflikte am Arbeitsplatz sowie zu Hause nehmen zu. Sie fängt wieder an, zu rauchen und kommt in eine psychosomatische Klinik.¹⁹

Beispiel 2: Ein ehemaliger Strafgefangener kann betroffen sein; er war schon als Kind immer impulsiv und aggressiv, hat nie eine Ausbildung zu Ende gebracht, nimmt THC oder Amphetamine ein. Eine stationäre Suchtbehandlung wurde gemacht, aber eventuell abgebrochen. Eine kurze Zeit lang hat er vielleicht auch auf der Straße gelebt. Er ist verurteilt wegen Körperverletzungen, BTM-Verstößen, Diebstählen und Fahren ohne Führerschein, hat gescheiterte Beziehungen und problematische Partnerwahlen hinter sich.

Beispiel 3: Auch eine aufopferungsvolle, „brave“ 40-jährige Mutter von zwei ADHS-Kindern und einem autistischen Kind kann betroffen sein. Bei genauer Exploration stellt sich heraus, dass auch sie in der Schule Schwierigkeiten hatte, die sich aber ausgewachsen haben; ihre heftigen Stimmungsstörungen hält sie für normal; sie hat sich bisher immer wacker durchs Leben gekämpft und nie etwas anmerken lassen. Aber jeden Abend weint sie im Bett und ist verzweifelt, weil ihr ebenfalls von ADHS betroffener Mann grob und abweisend ist und keinerlei Erziehungsaufgaben übernimmt. Die Rückmeldungen aus der Schule ihrer Kinder werden zudem immer drastischer; ihr weist man dafür permanent die Schuld zu. Sie selbst ist über ihre Suizidgedanken erschrocken und wird diese nicht schnell preisgeben.

Es gibt bestimmte Berufe, die ADHSler häufig wählen

Sie sind häufig tätig als: Künstler, Musiker, Informatiker, selbständige Unternehmer, Verkäufer, Außendienstler, LKW-Fahrer, Lagerarbeiter, Rettungssanitäter, Garten- und Landschaftsbauer, Bundeswehrangehörige und Polizisten. Auch viele Freizeitmusiker finden sich unter den Patienten mit ADHS. **Musik und ADHS gehören häufig zusammen!**

Was gar nicht geht, sind langweilige Arbeitsplätze mit wenig Abwechslung und vielen Routinevorgängen. Der Betroffene wird sich sehr schnell fast körperlich-schmerzhaft unwohl fühlen und versuchen, dieser **Unterstimulation** zu entkommen. Möglich ist es, dass eine missmutig-depressive Stimmung bei ihm entsteht. Mit der ständigen Rastlosigkeit und dem Getrieben-Sein versucht der ADHSler, dieser Unterstimulation zu entkommen. Schicken Sie ihn nie in einen Erholungsurlaub mit Entspannung und Entschleunigung. Er wird Ärger machen und ihm wird soviel „Blödsinn“ einfallen, dass sich auch seine Umgebung nicht erholt.²⁰ Da er fortgesetzt „Action“ braucht, kann eine **Berentung eine Art „Todesurteil“** sein.²¹

5.0 Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

5.1. Zur Entwicklung einer guten Mustererkennung

Eine rigide Auslegung der Diagnosekriterien im klinischen Alltag ist fehl am Platze; sie mag in Forschungsprojekten einen Sinn machen. **Diagnosen sind Schlüssel zu Therapien** und der Therapeut verweigert diese, wenn er etwa bei fehlenden zwei bis drei Punkten zu einem Cut-off behauptet, dass doch kein ADHS vorliege. So kann z. B. eine Frau mit leichtem ADHS durch eine Stimulanzientherapie (MPH, *Strattera*, Amphetamine) oder ein niedrig dosiertes Antidepressivum (z.B.: *Venlafaxin retard*) stabilisiert werden, so dass ihre Ehe hält und die ADHS-Kinder besser versorgt werden können. Auf diese Weise werden eventuell eine Scheidung, finanzielles Elend und wechselnde Stiefväter vermieden.

¹⁹ Zu strukturiertem oder zwanghaft kompensiertem ADHS siehe: Lynn Weiss: *ADS im Job. Kreativ, hyperaktiv – und erfolgreich* (Brendow Praxis); https://www.amazon.de/ADS-Job-Kreativ-hyperaktiv-erfolgreich/dp/386506258X/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1544252358&sr=8-1&keywords=lynn+weiss+ads

²⁰ Ein guter Rat für Ehefrauen von ADHSlern ist, den Partner nicht zu sehr an die häusliche Routine zu binden, er braucht seinen „Freilauf“ und seine „Action“ mit vielen Hobbys.

²¹ Heiner Lachenmeier: *ADHS im Job* (PDF, 2015); https://adhs20plus.ch/media/filer_public/b8/36/b8369727-f071-4865-8b4b-245237dcda92/adhsjoblachenmeier2015.pdf

Zur Entwicklung einer guten Mustererkennung bei ADHS ist es sinnvoll, so viele Fallgeschichten zu lesen, wie Sie nur können, dazu die „Bibel“ in diesem Bereich von Johanna Krause und Klaus-Henning Krause: *ADHS im Erwachsenenalter. Symptome – Differenzialdiagnose - Therapie*²². Dieses Buch hat wesentlich zur Aufklärung über ADHS in Deutschland beigetragen !

Die ADHS-Diagnostik ist wie ein Puzzle, bei dem Sie aber nie alle Teile finden werden, vielleicht nur 70 % bis 80 %, weil z. B. die Grundschulzeugnisse verloren gegangen sind oder weil der ADHS-Betroffene teilweise ein **individuelles Symptommuster** hat, das der klassischen Ausprägung etwas widerspricht. Sie müssen dann aus den 70 % bis 80 % der Puzzleteile eine ADHS-Diagnose machen. Um im Bild des Puzzles zu bleiben: Wenn sie „Neuschwanstein“ legen wollen und nicht alle Teile haben, erkennen Sie wahrscheinlich trotzdem schon bei 30 %, dass dies „Neuschwanstein“ werden könnte. Es gibt da nur eine Voraussetzung: Sie müssen Neuschwanstein auch kennen. Auf ADHS bezogen bedeutet dies, dass Sie ein **gutes Störungsbildwissen** (Gesamtmuster) haben müssen; dann können Sie einen ADHSler gut erkennen und die unspezifischen Einzel-Symptome zum Gesamtmuster zusammenfügen, ohne sich von individuellen untypischen Puzzleteilen ablenken zu lassen.

ADHS ist auch eine **Ausschlussdiagnose**, andere Störungen sollten vorher ausgeschlossen werden; diese sind aber häufig als komorbide Störungen vorhanden. Insofern ist zu sagen: Lassen Sie sich dadurch nicht verwirren. **ADHS kommt selten alleine.**

Psychiatrische Erkrankungen, die keine Folgekrankheiten von ADHS sind, sollten unbedingt diagnostiziert und behandelt werden. Hier kann eine zweite Meinung eines Facharztes, Kollegen oder einer Institutsambulanz sehr wichtig sein. Bitte nehmen Sie Ihren Zweifel ernst, im Laufe der psychiatrischen Erfahrung und mit dem Training in der Diagnostik werden Sie sicherer werden.²³

ADHS ist auch eine **Längsschnittdiagnose**: Das gesamte Leben muss erkennbar durch ADHS beeinträchtigt sein. Bei Jungen ist dies sehr früh erkennbar, bei Mädchen eventuell erst mit zehn bis zwölf Jahren.

ADHS ist eine **„Spektrumsstörung“**, d.h. die diagnostischen Kriterien des ICD 10 und DSM-5 beschreiben bei Weitem nicht alle durch die Patienten gezeigten Symptomatiken. Spektrumsstörung bedeutet auch, dass jeder ein teilweise individuelles, untypisches Muster hat. Symptome und Ausprägungsgrade des ADHS variieren von „subklinisch“, über „leicht“ und „mittel“, bis „schwer“.

Das jeweils gezeigte Symptombild des Erwachsenen ist durch eine lebenslange Auseinandersetzung mit dem ADHS geprägt. Piero Rossi meint dazu:

„Je mehr erwachsene ADHS-Betroffene wir untersuchten und behandelten, umso deutlicher wurde, dass die ADHS-Diagnose im Sinne der gemäß DSM-IV-TR geforderten klinisch akuten Zustandsstörungen (Achse-I-Störung) nur selten vorkommt. Was uns begegnet, sind vielmehr Menschen mit chronifizierten ADHS-charakteristischen Verhaltensweisen und festgefahrenen ADHS-Persönlichkeitszügen. Wir sehen des Öfteren mehr oder weniger gut kompensierte ADHS-Kernsymptome und Vermeidungsstrategien, die von verschiedenen akuten psychopathologischen Störungsbildern wie etwa Suchtstörungen überlagert werden und die ADHS maskieren können.

Daneben begegnen uns vor allem bei Frauen sowie bei intelligenten Patientinnen und Patienten akute, ADHS-ähnliche Beschwerdebilder, welche die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme zwar nicht erfüllen, in ihrer Gesamtheit sowie nach Würdigung sämtlicher Differenzialdiagnosen einer ADHS aber sehr nahekommen. Wiederholt haben wir in diesem Zusammenhang beobachtet, dass Patientinnen und Patienten

²² Schattauer, 4. Aufl. 2003; Leseprobe auf Googlebooks:
https://books.google.de/books?id=CABEDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0-v=onepage&q&f=false

²³ Siehe dazu erneut die Liste in *Differential-Diagnostik bei ADHS im Erwachsenenalter* (Praxis Jörg Dreher);
<https://drive.google.com/file/d/1UNXc8RTJMssPTMZTJxIEWx-Q-ND8yvTA/view?usp=sharing>

mit der Begründung einer zu späten Erstmanifestation (beeinträchtigende ADHS-Symptome müssen nach DSM-IV-TR vor dem siebten Lebensjahr vorliegen) eine sich später als wirksam erweisende ADHS-Therapie vorenthalten blieb. Generell: Als Praktiker begegnen wir der ADHS in allen nur erdenkbaren Dimensionen und Schattierungen. Eine dimensionale Sichtweise der ADHS erlaubt es uns daher, in der Therapie die Einzigartigkeit jedes betroffenen Individuums zu berücksichtigen. Wir behandeln Menschen und keine Diagnosen. Mit der Bezeichnung **ADHS-Spektrum-Störung**, welche übergeordnet sowohl die ADHS gemäß DSM-IV-TR als auch atypische und subklinische Bilder umfasst, versuchen wir somit – bei aller diagnostischen Sorgfalt – auch ‚atypischen‘ ADHS-Patientinnen und -Patienten und ihren Beschwerden klinisch-therapeutische Evidenz zukommen zu lassen“.²⁴

Dr. Thomas Brown spricht in seinem neuen, sehr zu empfehlenden Buch *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise* von einem nicht entwickelten bzw. verzögert entwickelten „**Betriebssystem des Gehirns**“²⁵. Er beschreibt ADHS als eine Störung der exekutiven Funktionen, geht also weit über die ICD/DSM-Kriterien hinaus.²⁶ Schon beim Kind liegt eine neurobiologische Gehirnreifungsverzögerung vor, die bei der Selbstorganisationsfähigkeit einen Rückstand von zwei bis fünf Jahren im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern bedeuten kann. Was für ein Handicap! Das Kind sitzt in der 4. Grundschulklasse und hat eventuell eine **Reifungszögerung von zwei Jahren bei der Selbstorganisations- und Selbstregulationsfähigkeit**. Für Eltern ist dies trotzdem eine wichtige Botschaft: Es liegt nicht an der Erziehung, sondern es handelt sich um eine biologische Problematik, der man vor allen Dingen mit Verständnis und Unterstützung begegnen sollte. Man kann keine Reifung erzwingen; keiner macht einen Fehler, auch mit Gewalt und Strenge wird nichts zu erreichen sein.

Die häufig **beeinträchtigte „emotionale und soziale Intelligenz“** der ADHSler sieht Brown durch die schwachen Exekutivfunktionen verursacht. Ein fehlender Arbeitsspeicher, um sich Sachverhalte zu merken, die Unfähigkeit, fokussiert zu bleiben, und das ständige Abgelenktsein führen dazu, dass die Einfühlung in andere scheitert, sodass die Kommunikation misslingt. Fehlende und nicht ausgereifte exekutive Funktionen führen dazu, dass Emotionen nicht reguliert und Impulse nicht gebremst werden können.²⁷ Frühere Erfahrungen können nicht rechtzeitig aufgerufen werden, sodass negatives Verhalten ständig wiederholt wird, ohne dass der ADHSler aus ihnen lernt und die Konsequenzen seines Verhaltens abzuschätzen lernt.

²⁴ Piero Rossi: *Was heißt eigentlich „ADHS-Spektrumsstörung“?*
<https://adhsspektrum.wordpress.com/2012/03/25/was-heisst-eigentlich-adhs-spektrum-storung/>

²⁵ Thomas E. Brown: *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise* (Hogrefe, 2018);
https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Erwachsenen-Sichtweise/dp/345685854X/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1541330352&sr=8-1&keywords=thomas+brown+adhs
oder auf Englisch: Thomas Brown: *A New Understanding of ADHD in Children and Adults Executive Function Impairments*, New York 2013;
https://books.google.de/books?id=AeldAAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0-v=onepage&q&f=false

²⁶ Siehe dazu *The Brown Model of ADD / ADHA*;
<http://www.brownadhdclinic.com/add-adhd-model/>
sowie Dr. Gregor Bergers Vortrag *Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen – Bedeutung bei ADHS aus neurowissenschaftlicher* (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
https://phzh.ch/globalassets/phzh.ch/aktuelles/detailseite/pdfs/referat1_gregor.berger_tagung-phzh-elpos_20170614_folien.pdf
und Russel Barkleys *7 Executive Function Deficits Tied to ADHD*
<https://www.additudemaq.com/7-executive-function-deficits-linked-to-adhd/>
oder gleicher Text: <https://drive.google.com/file/d/1Xhqu5VMlCuShYmd-XHojSm9jUiHPKvI4/view?usp=sharing>

²⁷ Thomas Brown: *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise*, a.a.O., S. 149-150.

5.2. Erste Hinweise auf ADHS

Fast nur bei Kindern ist Hyperaktivität relevant, aber auch nicht immer. Gerade Erwachsene präsentieren sich oft als dauerhaft müde oder erschöpft, können ihre Leistung nicht abrufen und schleppen sich durchs Leben, haben einen **stark schwankenden Antrieb**, die Fähigkeit zur Ausdauer fehlt und die Anstrengungsbereitschaft lässt häufig schnell nach.²⁸ Bei Inaktivität entsteht Misslaune. Typischerweise verbleiben sie lange Zeit im Stand-by-Modus, bevor sie endlich aktiv und motiviert sind. Erst durch Zeitdruck und Stress kommen sie in die Arbeitsphase. Sie beobachten, dass anderen alles immer viel leichter fällt, und schätzen sich dann als dumm ein, obwohl sie häufig intelligent sind. Bei der Arbeit können sie vielleicht noch (oder teilweise) strukturiert sein, aber zu Hause versinken sie im Chaos, die Energie ist nach der Arbeit schlicht erschöpft. Sie fallen durch ihre bildhafte Sprache auf und lernen eher durch praktisch-anschauliche Aufgaben. Sie haben eine **Reizfilterschwäche** bei **starker Reizoffenheit**. Wahrnehmungen und Reize werden nicht nach wichtig und unwichtig unterschieden, so landet „Alles und Jedes“ im Bewusstsein des Betroffenen und führt zur einer kognitiven Überlastung und Handlungskonfusion. Alle Sinneseindrücke werden wie durch einen „Staubsauger“ unsortiert aufgenommen, erst eine Medikation kann hier (manchmal) helfen. Ansonsten können Nebensächlichkeiten dominieren und lange aufhalten. Auch deshalb ist ihre Lernkurve langsamer als bei **neurotypischen Menschen**, später haben sie dann häufig ein tieferes Wissen, können dadurch aber auch wieder anecken. Sie verwickeln immer viele andere in ihre Probleme und benötigen diese, um das Leben einigermaßen zu bewältigen.

Ein negatives Selbstwertgefühl wird stetig weiter ausgebaut, außerdem bekommen sie von Angehörigen negative Rückmeldungen, die im Diagnoseprozess ermittelt werden können, wie „du bringst es nie zu etwas!“ oder „du bist ein Versager.“ Verhöhnt, verachtet und gehänselt zu werden gehört zur Lebenserfahrung der ADHSler; sie sind eventuell auch jahrelang in Schule und Familie gemobbt und ausgegrenzt worden. Mit der Zeit entwickeln viele Betroffene eine Übersensibilität gegenüber Zurückweisungen und Kritik, dies kann sich bis zu einem **RSD-Syndrom („rejection-sensitive-dysphoria“)** steigern. In diesem quälenden Zustand sucht der ADHSler ständig und unablässig Signale der Ablehnung und Zurückweisung.

Durch die Pubertät kommt es recht häufig (gerade bei Jungen) zu einem **„Symptomwandel“**, das heißt, aus einem hyperaktiven Kind wird ein jetzt nur noch *innerlich* sehr unruhiger Jugendlicher. In ihm entstehen dann viele Gedanken, Assoziationen und Bilder, die im Eiltempo durch ihn hindurchrauschen, so dass er in einem inneren nervösen Chaos gefangen ist und kaum einem Gespräch folgen kann. Diese Patienten sind innerlich und äußerlich abgelenkt.

Zentral in der Symptomatik ist der **„kreiselnde Aufmerksamkeits-Fokus“**. Stellen Sie sich unser Bewusstsein als einen Suchscheinwerfer vor, der ständig umherkreist, nicht lange bei einem Gedanken bleibt oder sich nicht lange auf eine äußere Situation konzentrieren kann. Anders ist es allerdings, wenn ein hohes Interesse da ist: In diesem Fall hat der Patient scheinbar „kein ADHS“ mehr. **Jeder ADHSler kann sich sehr gut konzentrieren, wenn er interessiert und begeistert ist.** In der trockenen Alltagssituation jedoch schafft er es nicht, bei der Sache zu bleiben, und versagt ständig; dies kann so drastisch sein, dass der Patient Sie fragen wird: „Habe ich Alzheimer?“²⁹

²⁸ Vgl. Martin Winkler: *Typische Beschwerdeschilderungen von ADHS-Patienten sind u a.,*
<https://drive.google.com/file/d/1hiok6fe80sjRyzS2X8PTewt9xCc8AKx1/view?usp=sharing>

²⁹ Siehe dazu Thomas E. Brown: *ADHD Explained. A 28-Minute Primer;*
https://www.youtube.com/watch?v=ouZrZa5pLXk&t=0s&list=PLeX6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF&index=8 sowie William Dodson: *3 Defining Features of ADHD That Everyone Overlooks;*
<https://www.additudemag.com/symptoms-of-add-hyperarousal-rejection-sensitivity/>
oder gleicher Text: <https://drive.google.com/file/d/1dRdu-WUQrqA-DhIBUOnHm2rha809-gRv/view?usp=sharing>

Von der Hyperaktivität bleibt beim Erwachsenen vielleicht nur eine Zappeligkeit der Finger, Hände, Füße, Beine sichtbar. Er wackelt mit den Beinen, die Hände suchen ständig Beschäftigung, die Füße machen kreisende Bewegungen oder trommeln hochfrequent (sogenannte „**Wender-Zeichen**“). Es bleibt der Eindruck, dass der Patient nie richtig still und ruhig sitzen könne, „irgendwie“ ständig Unruhe ausstrahle und anstrengend sei. Achten Sie in der Stunde auf diskrete Hinweise bei Händen und Füßen.

Merkliche äußere Anzeichen können bei manchen Patienten fehlen; sie zeigen kaum nervöse Motorik und haben nur eine sehr diskrete Zappeligkeit. Häufig liegt **bei Frauen ein „verträumtes, stilles ADHS“ (F98.80)** vor. Die Betroffenen schaffen eventuell die Schule, ohne negativ aufzufallen und kommen in der gewohnten Umgebung zu Hause noch zurecht. Erst der Neuanfang an einer Universität kann zu größeren Einbrüchen führen. Alles überfordert sie, sie finden keinen Kontakt, bewältigen den Studieninhalt nicht, werden manifest depressiv und suchen dann Hilfe bei einem Psychotherapeuten. Oft geht dies mit einer **emotionale Überreagibilität** - „die Hochs sind höher, die Tiefs sind tiefer“ einher. Sie sind ängstlich, sensibel und häufig dysthym. Als klassische „Spätzünder“ können sie häufig in der Gruppe der Gleichaltrigen nicht mithalten und wirken insgesamt jünger und etwas unreifer. Manche ADHSler erkennt man eher an ihren emotionalen und zwischenmenschlichen Problemen, als an nervösem Auftreten oder Leistungsdefiziten.

Nicht selten kann es zum **Skin-Picking-Syndrom** kommen: Hautunreinheiten, kleine Wunden, die Häutchen der Fingernägel, die Fingernägel selbst, Haare oder der Bart werden ständig nervös bearbeitet. Dieses Verhalten oder das Betrachten der Resultate davon (z. B. der Fingernägel) fallen in den Therapiestunden auf. Bitte nach solchen Verhaltensweisen fragen.

Je länger Sie für die Anamnese und die Testroutine brauchen, desto schwerer ist das ADHS des Patienten. Sein Chaos und seine Desorganisation kann in Windeseile Ihre Praxis erfassen. Es kann sich ein **ausgeprägtes Stress- und Hilfslosigkeitsgefühl beim Therapeuten** einstellen, wenn er in der Therapiestunde versucht strukturiert vorzugehen und der ADHS-Patient ständig diese Struktur (unbewußt) sabotiert. Er hört nicht zu, ringt ständig um Konzentration in der Stunde, spontane Einfälle von ihm können ablenken, er wird weitschweifig oder „hyperfokussiert“ bei einzelnen Themen, sagt (abwesend) immer nur zustimmend Ja und ihm fehlt die Ausdauer um länger an der Sache zu bleiben. Dieser **„induzierte Strukturierungsstress“** beim Therapeuten ist ein wichtiges Kriterium in der Verhaltensbeobachtung.

Wenn Sie allerdings nur auf Chaos und Desorganisation als Kriterium achten, kann es passieren, dass der **„strukturiert-zwanghafte“ ADHSler³⁰** als zu gesund eingeschätzt wird. Ich schätze, dass 30 % meiner Patienten eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur haben und andere mit ihrer Ordnungsliebe, Regelorientiertheit und ihrem Perfektionismus „nerven“. Wer denkt im ersten Moment bei einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur schon an ADHS? Diese Kompensationsform kann selbst zum Problem werden. Schon ADHS-Kinder können, nachdem sie nach manchmal langem Training endlich eine Routine und Struktur entwickelt haben, diese dann sehr unflexibel und ohne jede Ausnahmeregelung verteidigen.

5.3. Praktisches Vorgehen nach der Anmeldung

Ich versuche, möglichst alle neu angemeldeten Patienten einem ADHS-Screening zu unterziehen. Gegebenenfalls vertiefe ich dann die Exploration und mache eine spezifisch biografische Anamnese (mit Schwerpunkt Kindheit), auch eine Familienanamnese. Ich frage ausführlich nach, wie es den Eltern, Geschwistern, Cousins, Geschwister der Eltern etc. im Leben und insbesondere in der Kindheit ergangen ist. Waren sie in Bildungsprobleme verwickelt? Gibt es Lebensbrüche, psychiatrische Erkrankungen, Suchtprobleme, ADHS-Diagnosen?

³⁰ Am besten beschrieben wird zwanghaft-strukturiertes ADHS in Lynn Weiss' Publikation : *ADS im Job. Kreativ, hyperaktiv – und erfolgreich* (a.a.O.).

Ich lasse meine Anmeldungen in der Praxis über E-Mails laufen. Dort erfahre ich neben der Anschrift eine kurze **Einschätzung der Dringlichkeit** und Suizidalität. Viele ADHS-Betroffene stecken in Ausbildungs- und Studienkrisen; da geht es manchmal um die nächste entscheidende Klausur, die die letzte Chance für das Weiterkommen im Beruf oder Studium sein kann.

Als nächstes schicke ich an die mir zugesandte E-Mail-Adresse einige Fragebögen, insbesondere dann, wenn durch die Anmelde-Email des Patienten eine ADHS-Diagnostik schon im Raum steht.

Nach drei bis fünf Therapiestunden ist die Diagnostik in der Regel abgeschlossen. Es gibt aber einige Patienten, bei denen sich erst nach weiteren Sitzungen klären lässt, ob ADHS auch wirklich vorliegt. Es kann einmal (selten) vorkommen, dass eine ADHS-Diagnose aus der Kindheit falsch war oder dass ein Erwachsener von einem Vordiagnostiker eine nicht zutreffende ADHS-Diagnose bekommen hat.

Umgekehrt findet man häufig eine **in der Kindheit begonnene ADHS-Diagnostik**, die abgebrochen wurde; manchmal stand der Verdacht dieser Diagnose im Raum. Eventuell haben die Eltern auch die begonnene Behandlung abgebrochen, weil sie insbesondere die medikamentöse Behandlung nicht akzeptierten. Dies alles bedeutet, dass Vordiagnosen überprüft werden müssen (selbst wenn der Patient früher über längere Zeit Stimulanzien eingenommen hat). Hier gilt auch, dass die **Unterdiagnostik die Regel ist** und die Überdiagnostik (falsch-positiv) die Ausnahme.

5.4. Verhaltensbeobachtung in der Diagnostik

Sehr wichtig bei der Diagnostik ist die Verhaltensbeobachtung in der Therapiestunde selbst.³¹

Manche ADHSler können einen mit ihrem inneren und äußeren **Durcheinander** sprachlos machen. Achten Sie auf die Fragebögen, die die Patienten von zu Hause mitbringen sollen. Häufig werden diese vergessen oder unvollständig ausgefüllt oder schmutzdelig abgeliefert. Und es dauert Ewigkeiten, bis der Konsiliarbericht vorliegt. Sie können im Übrigen umso eher davon ausgehen, dass im Leben des Patienten nichts funktioniert, je mehr er behauptet, „alles im Griff“ zu haben; insbesondere bei jungen Männern in der Altersklasse zwischen 18 und 25 Jahren trifft dies zu. Durch eine „**positive Wahrnehmungsverzerrung**“³² wird trotz wiederholter Versagenserlebnisse immer wieder behauptet: „Das nächste Mal bekomme ich es aber ganz sicher hin!“ Das ist Optimismus ohne jegliche Grundlage, mit verheerenden Folgen. Diese Patienten können manchmal auch Angstgefühle nicht adäquat wahrnehmen.

Einigen ADHS-Betroffenen wird eine „**besondere Empathiefähigkeit**“ nachgesagt, auch gegenüber sozialen Reizen fehlt ihnen ein Filtersystem. Sie können empathisch-intuitiv vieles erfassen, bekommen wirklich alle emotionalen Regungen des Gegenübers mit. Gerade jüngere Betroffene können aber häufig trotzdem egozentrisch in ihrer Sichtweise gefangen bleiben. Wir haben also manchmal „**empathische Egozentriker**“ vor uns, wenn Sie so wollen. **Unausgereifte exekutive Funktionen** können die Empathiefähigkeit häufig beeinträchtigen. Dies ist gerade bei jungen Männern zwischen 18 und 21 Jahren gut zu beobachten. Wer aufgrund innerer und äußerer Ablenkbarkeit seinen Gesprächspartner nicht durchgehend wahrnimmt, der wird auch kein Verständnis für ihn entwickeln können.

Bei Jugendlichen und Kindern ist noch deutlicher zu beobachten, dass Fragen der Verantwortung externalisiert werden und sie beim Thema Ungerechtigkeit überreagieren. Dazu kommt bei manchen der starke Drang, alles selbst bewältigen zu wollen, also ein hohes Maß an Eigensinnigkeit; diese **Sturheit kann**

³¹ Siehe Jörg Dreher: *Verhaltensbeobachtung in der Praxis: ADHS kann man direkt erkennen*; in: https://drive.google.com/file/d/1OrQiH6zyD8o0VZNIKJG_5i6UzPfnRCoo/view?usp=sharing

³² Karsten Dietrich: *Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte*, Schattauer 2010; https://www.amazon.de/Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom-ADHS-Einsamkeit-unserer-Mitte/dp/3794526538/ref=sr_1_fkmr0_1?ie=UTF8&qid=1543390774&sr=8-1-fkmr0&keywords=aufmerksamkeitsdefizit-syndrom+karsten+dietrich

lebenslang anhalten. Die feinen Antennen der ADHSler „zwingen“ den Therapeuten übrigens zu einem überaus authentischen Auftreten in der Therapie. Sie können ADHSlern nichts vormachen, diese werden es mitbekommen, wenn Sie etwas nicht so meinen, wie Sie es sagen.

Außerdem können Sie den **Kompensationsstil des ADHSlers** herausfinden. Fragen Sie sich, wie sich der Patient selbst stimuliert, damit er sein unteraktiviertes Gehirn „auf Trab“ bringt? Da sind möglich: extrem hoher Konsum von Kaffee, Alkohol, Amphetaminen, Rauchen zweier Schachteln Zigaretten, Rasen mit dem Auto, sehr viel Sport, große Zwanghaftigkeit und hohe Leistungsorientierung bei Selbstständigen, „Novelty Seeking“ oder „Sensation Seeking“, exzessive Wochenendausflüge und rastlose Urlaubsreisen etc. Selbst Sexualität kann zur Kompensationsstrategie werden, wie Antje Uffmanns Vortrag *AD(H)S und Sexualität* zeigt.³³ Viele Verhaltensweisen des ADHSlers sind **Selbststimulationsversuche**. Wenn Sie in der Therapie-stunde z. B. unvorhergesehen etwas länger bei einer Notiz bleiben, die Sie in ihren PC eingeben, können Sie die Unruhe und Beschäftigungssuche Ihres Gegenübers beobachten. Patienten berichten mit Einsetzen der Medikation manchmal wie erlöst, dass sie nun einfach zu Hause bleiben und sich beim Nichtstun wohlfühlen können.

Erfahrungen mit Amphetaminen oder anderen Drogen sind darauf zurückzuführen, dass der ADHSler bei ihrer Einnahme eine paradoxe Wirkung erzielt – so ähnlich wie bei einer Medikation mit Methylphenidat. Deshalb ist bei der Diagnostik immer genau zu erfragen, ob der Patient Drogen nimmt und diese bei ihm anders wirken als bei den Mitkonsumenten.

Ein kleiner ADHS-Test für die Therapiestunde: Legen Sie einen kleinen Stressball in die Nähe Ihres Patienten und schauen Sie, ob er impulsiv danach greift und sich dadurch besser konzentrieren kann.

5.5. Wie kann ich zunächst einmal „Kinder-ADHS“ diagnostizieren?

Sie brauchen einen klaren Hinweis auf Kinder-ADHS, sonst können Sie kein Erwachsenen-ADHS diagnostizieren.³⁴ Eine früher schon gegebene Kinder-ADHS-Diagnose muss nach dem 18. Lebensjahr erneuert werden, sie verfällt quasi. Es ist möglich, dass ADHS nur noch leicht oder nicht mehr vorhanden ist. Aber bei mindestens 60 % der früheren Patienten liegt es auch im Erwachsenenalter noch vor. Deshalb sollten Sie viel Wert auf eine Exploration der Kindheit und Jugend legen. Es gilt wieder, dass durch viele Fallgeschichten ein Störungsbildwissen über Kinder-ADHS entwickelt wird und dass ADHS sehr viele verschiedenen Gesichter haben kann³⁵. Es gibt die Klassiker, die schon der Hausmeister der Grundschule „diagnostizieren“ kann: den prügelnden Außenseiter auf dem Pausenhof, der keinen Anschluss bekommt, das stille, dicke Mädchen, das ausgegrenzt und gemobbt wird, den Klassenclown mit dem traurigen Elternhaus, den dicken Sitzenbleiber, den „zerstreuten Professor“, der gute Noten schreibt, obwohl keine Aufmerksamkeit in der Stunde vorhanden ist. **Lesen Sie die Grundschulzeugnisse** oder befragen Sie die Eltern oder den Patienten selbst. Fragen sie auch, wenn möglich, nach ähnlichen Schulerfahrungen und Entwicklungs-verläufen der Eltern des Patienten. Häufig werden psychiatrische Erkrankungen in ADHS-Familien in verschiedenen Generationen

³³ Siehe Dr. Walter Beerwerths Protokoll zum Vortrag am 23.02.2005 in der ADHS-SHG Münster der EOS Klinik; <https://web.archive.org/web/20180821220205/http://ads-muenster.de/index.php/sexualitaet-adhs>

³⁴ Klaus Skrodzki (Jugend- und Kinderarzt) hat dazu einen sehr guten Vortrag gehalten: *ADHS – Welche Therapie ist die beste – Psychotherapie kontra Medikation?* Leben mit ADHS. Symposium 10.10.2013; https://www.skfbayern.de/cms/contents/skfbayern.caritas.de/medien/dokumente/dokumentationen/dr.-klaus-skrodzki/skrodzky_beitrag_adhs_2013_10_10.pdf?d=a&f=pdf

oder gleicher Text:

https://drive.google.com/file/d/165n7MycgAmHml_ACDWbSWCOV0iUtcdKm/view?usp=sharing

³⁵ Siehe dazu: Helga Simchen: *Die vielen Gesichter des ADHS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen* (Kohlhammer, 2. Überarbeitete Auflage 2007);

https://books.google.de/books?id=8qJSb_GINUOC&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

wiederholt. Die Patienten mit ADHS, die Kinder haben, werden auch häufig zur Behandlung ihrer auch betroffenen Kinder Fragen stellen und in der Therapie können quasi die **Kinder etwas „mitbehandelt“** werden.

Der **ADS-Fragebogen für Kinder** von **Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz** gibt Hinweise, worauf in der heutigen Exploration zu achten ist.³⁶ Kinder-ADHS ist im Erscheinungsbild anders als Erwachsenen-ADHS. Sehr hilfreich für die Spät-Recherche im Erwachsenenalter ist außerdem der **Fragebogen für Kinder mit Verhaltens- und Schulproblemen**³⁷ von dem **Kinderarzt und ADHS-Spezialisten Klaus Skrodzki**, der von den Eltern oder den erwachsenen Kindern gemeinsam ausgefüllt werden kann.

In der Kindheit können folgende **Auffälligkeiten** in der geistigen, motorischen oder sozialen Entwicklung vorgelegen haben:

- **Schreiben in Druckschrift**, weil die Schreibschrift nicht lesbar ist, häufig auch noch beim Erwachsenen.
- **Teilleistungsstörungen („learning disabilities“)**: Lese-Rechtschreibprobleme, Probleme mit dem schriftlichen Ausdruck (häufiger bei Jungen³⁸) oder in Mathematik. Diese können ein Leben lang anhalten³⁹ Neben Dyslexie, Dyskalkulie kann auch Dyspraxie komorbid vorliegen (oder mit ADHS verwechselt werden). Differentialdiagnostisch ist des Weiteren die auditive Wahrnehmungsstörung zu nennen.⁴⁰
- **Fehlende Freundschaften und Einsamkeit wegen des „Anders-Seins“** des ADHS-Kindes; gerade schroffes „gereizt-impulsives Verhalten wird von anderen Kindern nicht verziehen.
- **Frühe Sexualität**, Teenagerschwangerschaften und erhöhte Appetenz.
- Einnahme der **Rolle des Klassen-Clowns**: Häufig werden Kinder früh von Lehrern und Eltern sanktioniert und erinnern sich dieser Erziehungsmaßnahmen noch sehr gut. Sie entwickeln Lernblockaden bei kritischen Lehrern und verbessern die Noten plötzlich, wenn der neue Lehrer das Kind mag.
- **Unfälle im Straßenverkehr**: Sie können in der Kindheit oder auch im Erwachsenenalter gehäuft vorkommen und stellen eine immense Gefahr dar. Sie können auch nach Narben aus der Kindheit oder gehäuften Missgeschicke und Unfällen aller Art fragen. Bei manchen Jungen ist die Risikobereitschaft legendär.
- **Häufige somatische oder psychosomatische Beschwerden** und Erkrankungen (z. B. Kopfschmerzen, Bauchbeschwerden).
- **Geburt**: Typischerweise haben viele **Frühchen** ADHS ebenso wie viele adoptierte Kinder. Geschwister können manchmal Schattenkinder werden, wenn das „schwierige ADHS- Geschwister“ alle Aufmerksamkeit auf sich zieht. Aber auch diese können betroffen sein, eventuell gehören sie zum stillen Typus.

³⁶ https://praxis-neuy.de/wp-content/uploads/2017/12/ads_fragebogen_kinder.pdf

³⁷ Sehr guter Fragebogen: https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/53ec952133af614b73009cea/source/20070120223435_fragebogen-skrodzki.pdf

³⁸ Helga Simchen: *ADS. Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind* (Kohlhammer, 7. Auflage, 2009);
<https://books.google.de/books?id=YMaetqk2KZwC&printsec=copyright&hl=de#v=onepage&q&f=false>

³⁹ Zoë Kessler: *Learning Disabilities Aren't Just for Kids*;
<https://www.additudemag.com/adult-adhd-learning-disabilities-dyslexia/>
Oder gleicher Text:
<https://drive.google.com/file/d/17D44pNF5C8xVBodcqIT4ovLNDP16V35F/view?usp=sharing>

⁴⁰ Was ist AVWS? Beitrag einer SHG: <http://www.avws-selbsthilfe.de/doku/>

Mögliche Fehlentwicklungen schon in der Kindheit/Jugend:

- **„Oppositionelles Trotzverhalten, Substanzmissbrauch, PC-Spielsucht“⁴¹**: Dr. Thomas Brown sieht eine Phase des „oppositionellen Trotzverhaltens“ ab dem 12. Lebensjahr, das sechs Jahre andauern soll.⁴² Ein lebhafter und rebellischer Jugendlicher, der nicht behandelt wird, kann durch seine Verweigerungshaltung immer mehr in Konflikt mit der Gesellschaft geraten⁴³. Er nimmt eventuell schon früh (im Alter von 9 bis 13 Jahren!) THC, Nikotin, Koffein, Amphetamine etc. zu sich, weil ihm diese Stoffe im Sinne der Selbstmedikation⁴⁴ „helfen“, die Symptome des ADHS (teilweise erfolgreich) zu regulieren. Erhält der Jugendliche Stimulanzien zu Behandlung seiner Störung, so kommt es vor, dass er sie aus verschiedenen Gründen wieder absetzt und tragischerweise dann häufig zu illegalen Drogen greift. Falsche Kreise, Ärger mit der Schule, eskalierender Streit mit den Eltern (bis hin zur Heimunterbringung), Diebstähle und erster Kontakt mit der Polizei, dies alles bezeichnet man dann als Superpubertät bei ADHS. Diese Kinder und Jugendlichen können eine schwerwiegendere „Störung des Sozialverhaltens“⁴⁵ entwickeln, das durch dissoziales Verhalten gekennzeichnet ist, bis hin zur völligen Verweigerung u. a. des Schulbesuches, zu Rachsucht, Feuerlegen, körperlichen Grausamkeiten gegenüber anderen Menschen.
- **Sehr belastende Stimmungsstörungen, soziale Phobie, Dysthymie, Angststörungen, Depression, Essstörungen**: Hypoaktive Mädchen oder auch androgyn wirkende hypoaktive Jungen gehen einen anderen Weg. Sie sind extrem verletzlich und tatsächlich ihren „Gefühlen ausgeliefert“⁴⁶. Sie können lange unauffällig bleiben und leiden ängstlich-depressiv vor sich hin, sind vielleicht isoliert oder bekommen eine Essstörung, eine manifeste Dysthymie oder Depression. Hypoaktive Jungen suchen im Übrigen eher Kontakt zu Mädchen. Schulisch lavieren sie sich immer noch durch oder haben sogar gute Leistungen. Mit Intelligenz kann ADHS ebenfalls kompensiert werden. Ich kenne jedoch auch viele hochbegabte ADHS-Jugendliche, die mit der Schule nicht zurechtkommen und als „Underachiever“⁴⁷ gelten.

⁴¹ Zu *Folgen und Komplikationen von Störungen des Sozialverhaltens* (Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen) siehe: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/stoerungen-des-sozialverhaltens/folgen-und-komplikationen/>

⁴² Siehe Thomas E. Brown: *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise* (Hogrefe, 2018), S. 137 – 139; https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Erwachsenen-Sichtweise/dp/345685854X/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1541330352&sr=8-1&keywords=thomas+brown+adhs

⁴³ Störung des Sozialverhaltens: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/stoerungen-des-sozialverhaltens/folgen-und-komplikationen/>

⁴⁴ Dazu Astrid Neuy-Lobkowicz: *ADHS und Sucht*; https://praxis-neuy.de/?page_id=499

⁴⁵ Christina Brigitte Sheikhan: *Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten im Vorschul- und Grundschulalter. Klinische und interaktionelle Aspekte*; Dissertation, Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes 2011; <https://d-nb.info/105233914X/34>

⁴⁶ In Anlehnung an den Titel *ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert* von Doris Ryffel-Rawak, Hogrefe, 4. Aktualisierte Auflage, 2017; <https://www.hogrefe.de/shop/adhs-bei-frauen-den-gefuehlen-ausgeliefert-84550.html>

⁴⁷ Prof. Dr. h. c. Hans Biegert: *Lehrergesundheit und Berufszufriedenheit: ADHS & Co. im Klassenzimmer. Entlastungsstrategien zur Reduktion von Schulstress*, Staatliches Koblenz-Kolleg 30.08.2011; <https://drive.google.com/file/d/11h1F8wLTZbEspjpfCiftOE38nHjBrB0j/view?usp=sharing>

- **Ritzen und Selbstverletzung** können in Richtung **Borderline** weisen, was es nicht immer sein muss, aber sein kann. Ab und zu zeigt sich bei Mädchen erst im Alter von zehn bis zwölf Jahren ADHS-

Bei vielen leichter betroffenen Patienten werden Sie aber diese ausgeprägten Störungen und Entwicklungen nicht in Kindheit und Jugend finden, bzw. nur in leichter oder angedeuteter Form. Erst nach dem Wegfall stützender Strukturen geraten sie in die Dekompensation.

Leider lassen sich Eltern von ADHS-Kindern, die oft selbst von der Störung betroffen sind, häufig scheiden. Erfahrene Therapeuten versuchen heutzutage deshalb, die Eltern und / oder die Geschwister mit zu behandeln. Die medikamentöse Einstellung des Vaters kann eventuell mehr Effekte haben als jene des Kindes. Gerade Institutsambulanzen sprechen immer mehr die gesamte Familie an.

Die Fremdbeurteilungsfragebögen durch Angehörige und Arztbriefe aus früheren Behandlungen verweisen auf krisenhafte Entwicklungsjahre und teilweise massive Versagenserlebnisse. Brüche in der Bildungslaufbahn findet man mitunter schon in der Grundschule und häufig ab der 6. Klasse. „Sitzenbleiben“ oder gleich eine Herabstufung auf die Realschule oder Hauptschule sind ebenfalls Hinweise. Die Frage, ob das Kind die Hausaufgaben eigenständig macht oder ob es die Eltern die Schulkinder eng betreut haben, ist immer zu erfragen. **Intensives Eltern-Coaching** ist häufig existenziell für ADHS-Kinder und kann nicht selten bis zum Alter von Mitte 20 gehen. Allerdings entsteht dadurch die Schwierigkeit für den Diagnostiker, die ADHS-Symptomatik in der Kindheit zu erfassen. War die Mutter etwa selbst Lehrerin und hat die Hausaufgaben eng betreut, ist vielleicht kein größeres Problem in der Schullaufbahn entstanden. Der Fragebogen Wurs-K aus der HASE-Batterie⁴⁸ über mögliches ADHS in der Kindheit sollte auf 30 Punkte kommen, bei stillem ADHS tut er dies aber meistens überhaupt nicht. Eventuell kann er zusätzlich von den Eltern selbst ausgefüllt werden. Wer erinnert sich noch sehr genau an seine Grundschulzeit. Der Wurs-K ist meiner Einschätzung nach nur für den gemischten ADHSler (F90.0) geeignet, nicht für stilles ADHS (F98.80). Er kann in die Irre führen.

5.6. Die Wender-Utah-Kriterien

Die etablierten Klassifikationssysteme ICD und DSM V führen die Hälfte der Symptome gar nicht auf. **Die Wender-Utah-Kriterien sind zur Schulung Ihrer Mustererkennungsfähigkeit bei ADHS besser geeignet!** Diese sind breiter angelegt, sodass Sie hier ein stimmiges Wissen über das Störungsbild entwickeln und den Patienten auch erkennen können!⁴⁹

Aufmerksamkeitsstörung: Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen, erhöhte Ablenkbarkeit (irrelevante Stimuli können nicht herausgefiltert werden), Schwierigkeiten, schriftliche Dinge zu erledigen, Vergesslichkeit, häufiges Verlieren von Alltagsgegenständen wie Auto-schlüssel, Geldbeutel oder Brieftasche.

Motorische Hyperaktivität: innere Unruhe, „Nervosität“ (im Sinne eines Unvermögens, sich entspannen zu können – eine nicht antizipatorische Ängstlichkeit); Unfähigkeit, Tätigkeiten beim Sitzen durchzuhalten (z.B. Fernsehen, Zeitung-Lesen), ein Auf-dem-Sprung-Sein; dysphorische Stimmungslagen bei Inaktivität.

Affektlabilität: gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung mit einer Dauer von einigen Minuten bis maximal einigen Tagen; die Schwankungen werden in der Regel mit klar benennbaren Ursachen reaktiv ausgelöst. Gelegentlich treten sie aber auch spontan auf. Hat das Verhalten bereits zu ernsthaften oder anhaltenden Schwierigkeiten

⁴⁸ Aus: Michael Rösler / Petra Retz-Junginger / Wolfgang Retz / Rolf-Dieter Stieglitz: *HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene*, Hogrefe 1. Auflage 2007; https://www.testzentrale.de/shop/homburger-adhs-skalen-fuer-erwachsene.html#_blank

⁴⁹ Vgl. Astrid Neuy-Bartmann: *ADHS im Erwachsenenalter*, ADHS Deutschland e. V.; <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Erwachsene/ADHS-im-Erwachsenenalter.aspx>

geführt, können sich die Stimmungswechsel ausdehnen. Die niedergeschlagene Stimmungslage wird vom Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. (Anders als bei einer *major depression* findet sich kein ausgeprägter Interessensverlust und keine somatischen Begleiterscheinungen).

Desorganisiertes Verhalten: Aktivitäten werden unzureichend geplant und organisiert. Gewöhnlich schildern die Patienten diese Desorganisation in Zusammenhang mit der Arbeit, der Haushaltsführung oder mit schulischen Aufgaben. Diese werden häufig nicht zu Ende gebracht, die Patienten wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten und lassen eine gewisse Konstanz vermissen. Unsystematische Problemstrategien liegen vor, daneben finden sich Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation (Unfähigkeit, Zeitpläne oder Termine einzuhalten).

Affektkontrolle: anhaltende Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass, verminderte Frustrations-toleranz und in der Regel kurzfristige Wutausbrüche - häufig mit nachteiliger Wirkung auf die Beziehung zu Mitmenschen; typisch ist eine erhöhte Reizbarkeit im Straßenverkehr.

Impulsivität: Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch, Ungeduld, impulsive Geldausgaben und das Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protraahieren, ohne dabei Unbehagen zu empfinden.

Emotionale Überreagibilität: überschießende emotionale Reaktionen auf alltägliche Stressoren. Die Patienten beschreiben sich selbst häufig als schnell „belästigt“ oder gestresst. Im Erwachsenenalter hat der ADHS-Betroffene wegen dieses vielfältigen „Andersseins“ häufig zahlreiche Probleme bei Interaktionen mit anderen Menschen; auch Partnerschaften sind häufig sehr belastet.⁵⁰ Andere nehmen die ständigen (heftigen) Gefühlsschwankungen (z. T. unbewusst) wahr und reagieren negativ.

Der Betroffene wird häufig falsch verstanden und versteht andere oft falsch; man spricht vom „**Syndrom der Missverständnisse**“⁵¹. Gerade bei jungen Betroffenen kann dies in eine ständige Angst vor Zurückweisung und eine gereizte, dysthyme Stimmungslage führen, in das RSD-Syndrom (rejection-sensitive dysphoria)⁵².

5.7. Die zentralen Diagnoseinstrumente: Das Wender-Reimherr-Interview (HASE) oder DIVA 2.0 — bald kommt das neue Diva 5.0 auch auf Deutsch

Die Wender-Utah-Kriterien liegen dem Wender-Reimherr-Interview (HASE) zugrunde, das ein zentraler Bestandteil der ADHS-Diagnostik ist. **Kernstück der Diagnostik ist das Wender-Reimherr-Interview** aus der HASE-Testbatterie. **Sie können die TEST-Batterie HASE erwerben; diese beinhaltet nicht nur das Wender-Reimher-Interview, sondern auch weitere gute Fragebögen.**⁵³ Ich führe dieses Interview in der zweiten

⁵⁰ ADHS und die verflixte Paarbeziehung. Nach einem Vortrag von Cordula Neuhaus in:
<http://www.ads-hyperaktivitaet.de/Erwachsene/E-Paarbeziehung/e-paarbeziehung.html>

⁵¹ Cornelia Neuhaus: *Das Syndrom der Missverständnisse*, in: *psychoscope*, 2011/09, S. 12.
https://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/aktuell/Psychoscope/2009/PSC_11-09.pdf

⁵² Martin Winkler: *ADHS - Tutorial Dysphorie und Angst vor Zurückweisung und Kritik*,
https://www.youtube.com/watch?v=6KEpCEKD98U&t=204s&index=29&list=PLeX6cbwi5X_gB8AUBGWyDiVayih2t-mTF

⁵³ Aus: Michael Rösler / Petra Retz-Junginger / Wolfgang Retz / Rolf-Dieter Stieglitz: *HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene*, Hogrefe 2007;
https://www.testzentrale.de/shop/homburger-adhs-skalen-fuer-erwachsene.html#_blank
Beispiel einer ausgefüllten Startseite mit dem ersten Fragenblock:
https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Diagnostik/Diagnostik_Erw/Wender_Reimherr_Interview_WRI.pdf

Beispiel einer ausgefüllten Ergebnisseite des WR-Interviews:
https://drive.google.com/file/d/1Fm_2STQwl88zU3bVKXzUN_5UuPL0UnCl/view?usp=sharing

Therapie-Stunde durch. ADHS sollte nicht durch einen einzigen Test diagnostiziert werden, aber das WR-Interview ist für die Patienten manchmal sehr wichtig und erhöht die Glaubwürdigkeit der Diagnose.

Das WR-Interview führe ich gerne in Anwesenheit eines Elternteils oder eines Partners durch, insbesondere bei jungen Patienten, die sich selbst noch nicht gut kennen. Dann lasse ich zuerst den Patienten antworten, anschließend die Mutter oder die Freundin. So erhalte ich zusätzlich eine Fremdeinschätzung. Im Abschlussbogen dieses Interviews kann dann die Selbsteinschätzung der Fremdeinschätzung gegenübergestellt werden: Praktisch gesehen ist ein Kreis für den Patienten und ein Viereck für die Angehörigen zu machen. Ich habe außerdem einen Fremdwahrnehmungsbogen selbst entwickelt, den die Angehörigen ausfüllen.⁵⁴

Bei diesem Interview sollten die beiden Hauptfaktoren immer die Mindestpunktzahl aufweisen, die in Klammer steht und der Zahl der Items entspricht. Bei der Aufmerksamkeit ist das die Punktzahl fünf. Bei den fünf aufgeführten Unterfaktoren sollten mindesten zwei von fünf die Mindestpunktzahl fünf erreichen. Die Antwort „leicht“ wird mit einem Punkt bewertet und die Aussage „mittel“ oder „schwer“ immer mit zwei Punkten versehen. Der Globalwert sollte immer die Zwei erreichen. Die Gesamtpunktzahl liegt bei unbehandeltem ADHS in der Regel bei 40 Punkten und mehr. Gemischtes ADHS (F90.0) hat häufig hohe Punktzahlen bei den meisten Faktoren, der Test springt hier schnell an.

Die **hypoaktiven, stillen ADHSler⁵⁵ (F98.80)** haben im Konzentrationsbereich Auffälligkeiten und nicht bei Hyperaktivität und Impulsivität. Aber Stimmungsstörungen, Hochsensibilität und emotionale Instabilität liegen bei ihnen auch vor.⁵⁶ Es kann hier vorkommen, dass sich der 2. Hauptfaktor *Überaktivität / Innere Unruhe* unter der Mindestpunktzahl von drei befindet; hier sollte genau nachgefragt werden. Möglicherweise können die Aussage von Angehörigen noch dazu genommen werden. Der Diagnostiker sollte auch nach innerer Unruhe fragen, einem Symptom, das für ADHS-Betroffene manchmal ganz normal sein kann, weil sie es nicht anders kennen. **Innere Unruhe und Stimmungsstörungen sind typisch für Frauen⁵⁷ mit ADHS** und hypoaktive Männern⁵⁸. Bei beiden kann das WR-Interview viel unauffälliger sein sowie auch der WURS-K: Letzterer ist ungeeignet für stille ADHSler.

⁵⁴ Jörg Dreher: *Angehörige beurteilen das Verhalten des Patienten*;
<https://drive.google.com/file/d/1U6L7g-fdNBjy19AmyuARsOv3NZS2zWQb/view?usp=sharing>

⁵⁵ *Inattentive ADHD Explained*; https://www.additudemag.com/slideshows/symptoms-of-inattentive-adhd/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=diagnosis
oder anderer Link zum gleichen Text: https://drive.google.com/file/d/1og3hZjPY1U6h8tjN_vUeG57q-tGLVhnR/view?usp=sharing

Dazu die Internetseite von *adhspedia*: <https://www.adhspedia.de/wiki/Hypoaktivität>
sowie jene von Andreas Müller von der AD(H)S-SHG Chemnitz: http://adhs.muellers-seiten.de/ADHS-01_Einstieg_4_Hypoaktiv.html

⁵⁶ Siehe Beispiel eines ausgefüllten *Screening-Fragebogens ADHS im Erwachsenenalter / Praxis Dreher* bei hypoaktivem ADHS; https://drive.google.com/file/d/1uEjijJNCdEIDDePNpDWU11QaOKn7_A6z/view?usp=sharing

⁵⁷ Dazu auf *adhspedia*: https://www.adhspedia.de/wiki/ADHS_bei_Frauen
sowie A. Claudia Brüggemann-Karlstedt: *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bei Mädchen und Frauen Geschlechtsspezifische Besonderheiten in Diagnose und Therapie*, Solingen 2009 https://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/PDF/2_1_ADHS_ADS/Aufmerksamkeits_Defizit_Syndrom_bei_Maedchen_und_Frauen.pdf sowie

Cordula Neuhaus: *Mädchen und Frauen mit ADHS*. Überarbeitung: Dr. Johannes Streif), *ADHS Deutschland e. V.*, März 2016; https://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/4_e_infobroschueren/Broschuere_7_20160606.pdf

⁵⁸ Helga Simchen: *Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Unaufmerksamkeit, aber ohne Hyperaktivität*,
<http://www.helga-simchen.info/ADS-ohne-Hyperaktivitaet>

Bei „**strukturiertem ADHS**“ kann auffallen, dass der Unterfaktor *Desorganisation* und *Impulsivität* unter die Mindestpunktzahl fällt. Dann sollte man den Patienten nach einer „zwanghaften Kompensation“ des ADHS fragen: „Sind Sie sehr leistungsorientiert, sehr gewissenhaft und pingelig? Versuchen Sie immer, alles in den Griff zu bekommen, koste es, was es wolle?“ Mindestens 30 % unserer ADHSler haben eine zwanghafte Kompensation.

Die **geforderte Mindestpunktzahl von 40** kann bei guter Kompensation, in ADHS-gerechten Lebenssituationen, bei bestimmten Motivationslagen oder bei bereits erfolgreicher Medikation bzw. Selbstmedikation evtl. (deutlich) nicht erreicht werden oder bei „stillem ADHS“ sogar manchmal sehr deutlich unterschritten werden. Fragen Sie im Interview deshalb danach, wie sich die Symptomatik ohne Medikation oder illegale Drogen oder in einer anderen Lebenssituation gezeigt hat. Es kann also trotzdem ADHS vorliegen. Ich dokumentierte diesen Sachverhalt in der Akte und begründe damit, warum ich trotzdem zur Diagnose ADHS gelangt bin. In diesem Kontext muss außerdem Folgendes berücksichtigt werden: Wenn sich der Patient von der ADHS-Diagnose und Ritalin die Rettung seiner Studienprobleme erhofft, gibt er im Interview eventuell Antworten mit zu hohen Punktzahlen. Wenn er ADHS als Schande erlebt und zeitlebens „kein ADHSler“ sein wollte, dissimuliert er vielleicht und gibt Antworten mit zu niedrigen Werten.

Einige Kollegen arbeiten mit dem ebenfalls guten und kostenlos downloadbaren strukturierten Interview: DIVA 2.0⁵⁹. Dieses wird gerade überarbeitet, dann kommt DIVA 5.0, dann für 10 Euro (über Paypal) zu erstehen. Das Diagnose-Instrument IDA halte ich nicht für Anfänger geeignet.

Ein von mir selbst entwickelter kurzer Test

Anbei finden Sie einen Link zu einem kurzen von mir selbst entwickelten Test, der nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zur Verlaufsdokumentation⁶⁰ angewendet werden kann. Gerade wenn die Medikamente aufdosiert werden, kann das Ergebnis dieses Tests ein Hinweis darauf sein, dass sie nicht wirken bzw. noch weiter aufdosiert werden sollten.⁶¹

Thomas Brown schreibt in seiner schon erwähnten Publikation *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise* vom „Digit-Span-Test“ und vom „Story-Memory-Test“⁶², den er in der Diagnostik neben dem auch für ihn zentralen strukturierten Interview einsetzt; eventuell sind dies aber Tests für Kinder. Den klassischen Aufmerksamkeitstest hält er für ungeeignet.

Wichtig zu wissen:

Die **klinische Diagnose ADHS** ist eine **Gesamtbewertung**, die auf allen Informationsquellen beruht. Das strukturierte Interview nimmt Ihnen die Entscheidung nicht ab. Es ist möglich, dass z. B. im WR-Interview die erforderliche Punktzahl nicht erreicht wird, die Störung aber trotzdem vorliegt. So könnte ein ADHS-Patient Kompensationsstrategien (Selbstmedikation, Medikation, hilfreiche Bezugspersonen) haben, die ihm gut helfen. Es gibt außerdem Motivationslagen, die ein strukturiertes Interview grob verfälschen können - und zwar in beide Richtungen. Die Selbstwahrnehmung kann stark defizitär sein. Die Interessens- und

⁵⁹ J. J. Kooij, M. H. Francken: DIVA 2.0. Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA), 2010; [http://www.divacenter.eu/content/downloads/german diva 2.0.pdf.pdf](http://www.divacenter.eu/content/downloads/german%20diva%202.0.pdf.pdf) sowie das neue DIVA 5.0 (kostet jetzt 10 Euro, über Paypal) <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx?id=523> <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx?id=461>

⁶⁰ Beispiel des mehrfach ausgefüllten Tests als Verlaufsdokumentation für den Bericht an den Facharzt: https://drive.google.com/file/d/1OCmbqJ6V4IE_C1w8_Qfpc7ODyWpJPFUM/view?usp=sharing

⁶¹ *Screeningfragebogen: ADHS im Erwachsenenalter / Praxis Dreher* (frei kopierbar) <https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nKz86bSZ0h1eFIQQ09vem8/view?usp=sharing>

⁶² A. a. O., S. 92. https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Erwachsenen-Sichtweise/dp/345685854X/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1548771022&sr=8-1&keywords=thomas+brown

Motivationslagen der Patienten erschließen sich manchmal erst in späteren Gesprächen und können auch durch **andere „Player“** beeinflusst sein d.h. eine Bezugsperson, ein Lehrer oder ein Arbeitgeber kann Druck machen, dass ADHS untersucht wird und der Patient ist dagegen im Widerstand oder gibt sogar schuld-bewusst Antworten, die den ADHS-Verdacht (fälschlicherweise) untermauern. Es gibt immer wieder auch Patienten die sich der Vorstellung ADHS haben zu können kategorisch und voreingenommen entgegenstellen und dann auffällig verzerrte und falsche Antworten geben, obwohl Verhaltensbeobachtung in der Stunde, Krankheits-Anamnese und Familien-Anamnese ADHS nahelegen können. Wenn ich den Eindruck haben, dass dieser **Widerstand** vorliegt, dann spreche ich ihn direkt an. Ich verweise dann auch darauf, dass bei einer dadurch entstanden „falsch-negativen“ ADHS-Diagnose bei einem selbst evtl. bei eigenen Kindern oder Enkelkindern nicht nach einem ADHS gesucht wird und dadurch diese auch geschädigt werden können.

5.8. Wichtige Differenzialdiagnosen:

Wenn Sie unsicher sind, ob nicht doch eine andere Erkrankung bei dem jeweiligen Patienten besser und alleine die Symptomatik erklären kann, dann schauen sie nochmals sehr genau in die (frühe) Kindheit des Patienten. Häufig sind psychiatrische Erkrankungen in dieser Lebensphase noch nicht vorhanden. Wenn sie sicher ein Kinder-ADHS diagnostizieren können, dann sind häufig die Erkrankungen in der späteren Jugend und im Erwachsenenalter als Folgekrankheiten (komorbid) anzusehen. **Für ADHS spricht auch immer, wenn in der Familie bei anderen ADHS vorkommt.**

Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Die Borderline-Störung, die nicht vor 16 diagnostiziert werden sollte, und ADHS verwischen im Laufe der Jugend/jungen Erwachsenenalter häufig symptomatisch, so dass die Unterscheidung Mühe macht. Die Borderline-Störung ist die **ernstere und tiefergehendere Störung** und sollte in eine spezifische DBT-Behandlung führen. Die Therapie mit Stimulanzien kann bei dem gemeinsamen Auftreten von beiden Störungen auch zu einer Reduktion der Borderline-Symptomatik führen⁶³. Die durch die Stimulanzien gestärkten exekutiven Funktionen können den Weg in eine Borderline-Therapie ebnen. Fachärzte entscheiden sich hier häufig zu einer Kombinationsbehandlung von Stimulanzien und antidepressiver Medikation. In meiner Praxis habe ich häufiger die Erfahrung gemacht, dass ADHS in früheren Behandlungen bei Borderline-Patienten nicht untersucht wurde. Nicht selten kam es auch vor, dass ich eine ADHS gefunden habe und die Borderline-Störung falsch war. Gerade in diesen Fällen führt dann die erstmals durchgeführte ADHS-Behandlung und die Stimulanzien-Therapie zu viel besseren Ergebnissen.

Autismus-Spektrum-Störung, Asperger-Syndrom (ASS)

Viele von Asperger Betroffene haben zusätzlich ADHS; und so gibt es immer Asperger-Patienten in einer ADHS-Praxis. Für mich war die Einarbeitung in die Asperger-Welt mühevoll, aber lohnenswert. Heute möchte ich sagen, dass ich diese Patienten sehr schätze. Die **Welt der Neurotypiker** wirkt etwas „absurd“, wenn man versucht, sie aus der logischen Welt der Asperger-Patienten zu verstehen. Häufig sind sie sehr intelligent und logisch-rational in allen Bereichen, stellen unendliche viele Fragen zu Sachverhalten, die einem selbst doch

⁶³ Siehe Alexandra Philipsen: *Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Implikationen für die Behandlung*;

<https://cip-medien.com/wp-content/uploads/10.-Philipsen.pdf>

Zur Unterscheidung von Borderline-Störung und ADHS siehe: *ADHS und Persönlichkeitsstörungen von Astrid Neuy-Bartmann, ADHS Deutschland e. V.*;

<http://www.adhs-deutschland.de/Home/Begleitstoerungen/Persoenlichkeitsstoerungen/ADHS-und-Persoenlichkeitsstoerungen.aspx> ;

siehe außerdem Andreas Geschwind: *ADHS oder Borderline?* Klinik Sonnenhalde, 12.03.2015 Riehen; [https://www.sonnenhalde.ch/download/S3hT_NDF78E/ADHS oder Borderline, Gschwind Andreas, Tagung 12.3.2015.pdf](https://www.sonnenhalde.ch/download/S3hT_NDF78E/ADHS%20oder%20Borderline_Gschwind%20Andreas_Tagung_12.3.2015.pdf)

so selbstverständlich erscheinen. Sie können eben ihre Kommunikation nicht durch „implizites Wissen“ gestalten, sondern müssen jeglichen Aspekt der Interaktion zuerst „explizit“ verstanden haben, bevor sie dieses Wissen dann in der jeweiligen Situation ganz gezielt und bewusst einsetzen können. Irgendwann stolpert man in der Therapie selbst über die (ständigen) Missverständnisse, die den Asperger-Patienten im Alltag stark belasten und in zusätzliche schwere psychiatrische Erkrankungen führen können. Gleichzeitig versucht der ASS-Patient sein ganzes Leben lang, die „**neurotypische Kommunikation**“ zu beherrschen, ohne in ihr wirklich „zu Hause“ zu sein. Dadurch wird die Identifizierung der ASS schwierig – der Patient versucht immer, nicht wie ein Asperger zu agieren. Gerade bei leicht autistisch strukturierten Menschen kann man lange brauchen, bis man dies wahrnimmt.

In meiner Praxis habe ich des Öfteren Patienten, die die Voll-Diagnose Asperger-Syndrom nicht erreichen.⁶⁴ Bei ihnen schreibe ich *Verdacht auf Asperger-Syndrom* oder überhaupt keine Diagnose, spreche im Brief an den Arzt aber davon. Autistisch strukturierte Menschen sehen eine Medikation kritischer oder lehnen sie ganz ab, bei ihnen muss man langsam darauf hinarbeiten, sie fühlen sich in ihrer Selbstbestimmung beeinträchtigt. Der **große Komplex der Autismus-Spektrum-Störung**, das komorbide Auftreten mit ADHS und die Schnittmengen mit ADHS können in diesem Aufsatz nicht ausführlicher dargestellt werden. Dies würde den Rahmen meiner Anleitung sprengen. Im Internet gibt es jedoch gutes Material zum Einlesen und zur Vertiefung.⁶⁵ Laut Thomas Brown soll ASS fälschlicherweise manchmal für ein ADHS-Syndrom gehalten werden.

PTBS

Die Differentialdiagnostik zwischen PTBS und ADHS wird im Vortrag *Differentiating PTSD and ADHD* von Dr. Elisabeth Risch und Dr. Melissa Hakman sehr gut aufgegriffen⁶⁶. In diesem Artikel wird zwischen gleichzeitigem Auftreten („co-occurring“) von ADHS und PTBS und einer Folgekrankheit PTBS („comorbid“) aufgrund des ADHS unterschieden, was auch für andere psychische Erkrankungen eine Unterscheidung darstellen kann. Von ADHS Betroffene sind vielfältigen Gefahren ausgesetzt, erleben häufig traumatisierenden Situationen, und können dann ein PTBS entwickeln. Eine Trauma-Exposition bedeutet aber nicht automatisch eine PTBS. Zweifellos sind ADHSler oft Zeugen schlimmer Vorkommnisse oder erleben selbst vom Babyalter an **teilweise schwerste familiäre häusliche Gewalt** (einschließlich sexueller Übergriffe); sie werden regelmäßig ausgegrenzt und „gemobbt“. Ganz gleich wie die Diagnose lautet – diese kaum zu verarbeitenden Erlebnisse sind wichtiger Teil der psychotherapeutischen Behandlung. Ich überweise Patienten mit schwerer ausgeprägten Traumata nach der ADHS-Diagnostik, Psychoedukation zu einem Trauma-Therapeuten oder empfehle eine stationäre Behandlung.

Ohne dies selbst beurteilen zu wollen: Kürzlich habe ich auf einer Fortbildung von einem Psychiatrieprofessor gehört, „**Borderline sei ADHS + PTBS**“.

⁶⁴ Vgl. Ludger Tebartz von Elst: *Autismus und ADHS. Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit*; a. a. O.;

Kristina Meyer-Estorf bespricht das Buch bei *ADHS Deutschland e. V.*;

https://www.adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-55/112_read-10146/

⁶⁵ Dr. Thomas Fangmeier: *ADHS und / oder Autismus. Autismus und / oder ADHS. Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. Berlin 28.10.2017; http://www.adhs-deutschland.de/Portaldaten/1/Resources/pdf/3_1_autismus/ASS-ADHS-Praesentation-20171028_FangmeierT.pdf

Asperger-Syndrom; <https://www.adhspedia.de/wiki/Asperger-Syndrom>

Lehnhardt, Fritz-Georg / Gawronski, Astrid / Pfeiffer, Kathleen / Kockler, Hanna / Schilbach, Leonhard / Vogeley, Kai: *Diagnostik und Differenzialdiagnose des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Int. 2013; 110(45), S. 755 – 763;

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/148614/Diagnostik-und-Differenzialdiagnose-des-Asperger-Syndroms-im-Erwachsenenalter>

⁶⁶ *Differentiating PTBS and ADHD*, Risch and Hakman

https://www.oumedicine.com/docs/ad-pediatrics-workfiles/ptsd-adhd_presentation_0902091.pdf?sfvrsn=2

Bipolare Störung/Depressive Störung

Thomas Brown sieht einige Überlappungen zwischen bipolarer Störung und ADHS,⁶⁷ auch im Bereich der exekutiven Funktionsstörungen. Er zitiert eine Studie, die bei bipolaren Störungen eine Häufigkeit von 9,5 % bei ADHS-Betroffenen ermittelte⁶⁸. Für mich selbst ist die Diagnose *bipolare Störung* in einer Klientel von ADHSlern nicht leicht zu ermitteln. Ich versuche, den Verlauf und die Symptomatik einer bipolaren Störung sehr genau zu erfragen, meist sehe ich aber die ADHS-typischen Stimmungsstörungen und den „ADHS-Blues“ (F38.1), kurze „*hypomansiche*“ Phasen sehen viele Betroffene bei sich. Kommt ein Patient in meine Praxis mit einer bipolaren Störung, bin ich bei der ADHS-Diagnostik sehr genau, weil mit ADHS nicht vertraute Diagnostiker häufig fälschlicherweise eine bipolare Erkrankung diagnostizieren. Zu dieser Thematik empfehle ich den guten Vortrag von Prof. Dr. Andreas Reif *ADHS und Bipolare Störung - Was eint sie und was trennt sie?*⁶⁹. Siehe auch hierzu einen sehr wichtigen Text (S.5): „**3. Your doctor diagnoses your ADHD as Bipolar Mood Disorder (BMD)**“⁷⁰. Dort wird u.a. aufgeführt, dass bei ADHS Stimmungsschwankungen meist reaktiv (getriggert) sind, also nicht aus dem Blauen kommen und schnell wieder verschwunden sein können, wenn Ablenkung stattfindet. Manische Phasen sind dagegen eher in der Phase durchgängig und extremer in der Ausprägung. Ob beide Störungen gleichzeitig vorliegen kann evtl. erst durch den Krankheitsverlauf ermittelt werden.

Brown berichtet außerdem, dass bei ADHS-Betroffenen Angststörungen und Depressionen sehr häufig seien und oft zusammen aufträten.⁷¹ Depression und Dysthymie seien Resultate von Verlust- und Versagenserlebnissen. Der Patient leide an „**wiederkehrenden Gedanken und Bildern düsterer Erinnerungen, dass die Hoffnung auf eine bessere Zukunft verloren geht**“ (S.134). Wie immer gilt, dass ADHS eine schon in der Kindheit vorhandene Störung sein muss und die Folgeerkrankungen in der Regel später aufgetreten sind. Dazu gilt auch, dass ein früh behandeltes ADHS natürlich auch zu weniger Verlust- und Versagenserlebnissen führt, also Frühdiagnostik und Frühbehandlung hilft wie immer !

Wie hängen ADHS mit Angststörungen und Depressionen zusammen? Zitat Thomas Brown (S.134): „Die Überlappung zwischen ADHS, Ängsten, Depressionen und/oder Reizbarkeit ergibt sich aus der Kernsymptomatik der ADHS: Der emotionalen Dysregulation. Seymour et al. (2012) belegten, dass diese emotionale Dysregulation vor der Entwicklung einer Depression bei Kindern mit ADHS eintritt. Menschen mit ADHS, die diese Störung der Emotionsregulation aufweisen, haben chronische Probleme mit dem Arbeitsgedächtnis und stark verzerrte angstgeleitete oder depressive Gedanken. Menschen mit ADHS, Ängsten und Depressionen besitzen die Tendenz, ihre Aufmerksamkeit exzessiv auf Dinge auszurichten, die sie interessieren oder beunruhigen“.

Prodromalsyndrom

Eine Abgrenzung zu einer **Prodromalphase von schizophrenen Erkrankungen** ist häufig eine Herausforderung, da die Symptome beider Störungen bei Jugendlichen sehr ähnlich sein können, was man schon an

⁶⁷ Siehe *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise*, a.a.O., S. 137.

⁶⁸ Siehe *ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise*, a.a.O., S. 136.

⁶⁹ DGBS Jahrestagung in Würzburg, 18. – 20.09.2014;

https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Jahrestagung_2014/DGBS_A_Reif_Bipolar_und_ADHD.pdf

⁷⁰ In: *ADDitude. Strategies and Support for ADHD & LD*;

https://www.additudemag.com/wp-content/uploads/2017/01/10228_Understand-Conditions_7-biggest-adhd-diagnosis-mistakes-doctors-make.pdf

⁷¹ Thomas Brown: *ADHS bei Kindern und Erwachsenen*, a.a.O, S. 134;

https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Erwachsenen-Sichtweise/dp/345685854X/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1547903998&sr=1-1&keywords=thomas+brown

den Screening-Fragebögen erkennt.⁷² Diese schwerwiegende Erkrankung zeigt sich meiner Einschätzung in der Praxis meistens erst im Verlauf, wenn die Symptomatik deutlicher wird, was (natürlich) durch ein vermehrtes Training des Diagnostikers verbessert werden sollte. Prof. Anita Riecher-Rössler hat dazu das gute E-Learning-Modul *Schizophrenie: Früherkennung von Frühintervention*⁷³ ins Netz gestellt.

Psychotische Erkrankungen stellen sich in einer ADHS-Praxis des Öfteren als „drogeninduziert“ heraus, meistens nach dem Konsum von THC, eventuell schon durch den ersten Joint. Hier ist erneut eine enge Zusammenarbeit mit dem Psychiater von Vorteil, da bei Hinweisen auf psychotisch erkrankte Familienangehörige oder auf eine unklare psychotische Symptomatik durch THC-Konsum der Facharzt mit informiert und dadurch die Verantwortung geteilt werden kann. Ich rate dann meinen Patienten bei derartigen Hinweisen ein **Früherkennungszentrum** wie das ZEBB in Bonn oder das FETZ in Köln aufzusuchen. Und für mich ist eine sorgfältige Dokumentation über diese Zusammenhänge immer eine Entlastung. Im Übrigen unterschreibt bei mir der Patient zu Beginn der Therapie eine Patientenaufklärung zu ADHS, in der ich u. a. auf die Problematik von unerkannten psychotischen Erkrankungen hinweise und auf die Notwendigkeit der Offenheit durch den Patienten.

Zur Differentialdiagnostik und komorbiden Störungen bei ADHS habe ich ein Papier erarbeitet;⁷⁴ außerdem verweise ich zur Vertiefung des Themas auf die neuen deutschen S 3 - Leitlinien, insofern sind diese bei strittigen Fragen immer dort rein und evtl. auch auf die kanadischen Leitlinien der CADDRA.⁷⁵

Zu Fehlern in der Diagnostik des ADHS im Erwachsenenalter ist William W. Dodsons Broschüre *7 Biggest ADHD Diagnosis Mistakes Doctors Make*⁷⁶ sehr aufschlussreich oder *9 Conditions Often Diagnosed with ADHD. An essential guide to symptoms and treatment for related conditions*⁷⁷.

Thomas Brown äußert sich in zu **Symptomüberschneidungen und Fehldiagnosen** folgendermaßen:
The screening tests also seek to rule out other conditions or differential diagnoses such as depression, anxiety, or substance abuse. Other diseases such as hyperthyroidism may exhibit symptoms similar to those of ADHD, and it is imperative to rule these out as well. Asperger syndrome, a condition on the autism

⁷² Siehe *Screening-Fragebogen FETZ* von der Uni-Klinik Köln zur Früherkennung von Psychosen: <https://psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/frueherkennungs-und-therapiezentrum-fetz/screening/>

⁷³ [http://www.fepsy.ch/FEPSY.material/Infomaterial Teil Fachpersonen/E-Learning-Modul Schizophrenie.pdf](http://www.fepsy.ch/FEPSY.material/Infomaterial%20Teil%20Fachpersonen/E-Learning-Modul%20Schizophrenie.pdf)
Außerdem ist Prof. M. Zinks Vortrag *Früherkennung von schizophrener Psychosen* interessant - https://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Vortr%C3%A4ge/Fr%C3%BCherkennung17032010VDBW_Zink.pdf -
sowie der Aufsatz von Claudia Mehler-Wex und Stefan A. Schriml mit dem Titel *Erste Symptome bei Kinder und Jugendlichen oft verkannt (Neurotransmitter, 1/2013)*;
http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/34_45_nt0113_fb_schizophrenie_ak+.pdf

⁷⁴ Jörg Dreher: *Differenzialdiagnostik bei ADHS im Erwachsenenalter*;
<https://drive.google.com/file/d/1UNXc8RTJMsPTMZTJxIEWx-Q-ND8yvTA/view?usp=sharing>

⁷⁵ Siehe dazu *Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“*;
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf
+ ADHD Guideline Caddra: [https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition - Feb2018.pdf](https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_Feb2018.pdf)

⁷⁶ In: *ADDitude. Strategies and Support for ADHD & LD*;
https://www.additudemag.com/wp-content/uploads/2017/01/10228_Understand-Conditions_7-biggest-adhd-diagnosis-mistakes-doctors-make.pdf

Oder anderer Link mit gleichem Text:
<https://drive.google.com/file/d/12kzaRgZVeVCApV2l7a1DWJYhOvA67REX/view?usp=sharing>

⁷⁷ Diese Buch können Sie erwerben bei Additude:
<https://www.additudemag.com/product/9-conditions-diagnosed-with-adhd/>

*spectrum, is sometimes mistaken for ADHD, due to impairments in executive functioning found in some people with Asperger syndrome.*⁷⁸

5.9. Der Abschlussbrief an den Haus- und Facharzt führt die komorbiden Störungen auf

Ich schreibe am Schluss der Diagnostik einen „Abschlussbrief“⁷⁹ an den weiterbehandelnden Psychiater; wenn ich keine ADHS diagnostizieren kann, dann schreibe ich dies und führe die anderen psychiatrischen Erkrankungen auf. Wenn ich ADHS (F90.0/F98.80) in der Kindheit und im Erwachsenenalter diagnostizieren konnte, dann kommen in meiner Praxis häufig folgende, komorbide psychiatrische Erkrankungen vor:

- a) sehr häufig: schädlicher Gebrauch von THC, Nikotin(!), Alkohol, Koffein, Amphetaminen etc. (F1x.1, o. Häufig auch Abhängigkeit F1x.2)
- b) gelegentlich: psychotische Störung durch den Gebrauch von THC oder anderen Drogen (F1x.5)
- c) sehr häufig: Dysthymie (F34.1): leicht depressives Syndrom, die Patienten funktionieren jedoch im Alltag noch
- d) häufig: rezidivierende depressive Störungen (F33.x) oder gelegentlich bipolare Störung
- e) häufig: Angststörungen
- f) häufig: Skinpicking-Syndrom (F63.9): ständiges unkontrollierbares Bearbeiten von unreinen Hautstellen und Wunden
- g) Asperger-Syndrom (F84.5). (Eher gleichzeitig nicht Folgekrankheit)
- h) Persönlichkeitsstörungen:
Frauen eher Borderline-Störung (F60.31)⁸⁰ Männer mit ADHS eher leichte bis mittlere paranoide oder und narzisstische Persönlichkeitsstörungen oder / und bei beiden Geschlechtern zwanghafte Persönlichkeit als Kompensationsstrategie
- i) häufig: „ADHS-Blues“: kurz andauernde rezidivierende Depression (F38.1): Ein- oder zweimal innerhalb von zwei bis sechs Wochen bricht bei Betroffenen eine „kurz andauernde Verstimmung“ auf. Diese kann bis zu Selbstmordgedanken gehen, ist aber meistens einen Tag später wieder vorbei.
- j) häufig: Stimmungsstörungen, die vom ADHS-Blues abzugrenzen sind; es handelt sich um die tägliche Achterbahnfahrt der Gefühle, um stündlich sich verändernde Launen, negative Gefühlslagen und Gekränktheit. Dazwischen kann ein „High“ sein. Gefühle sind eben schnell und heftig auslösbar, auch die positiven: Der Patient wirkt eventuell sogar hypomanisch. Die Stimmungsstörungen können nicht durch ICD 10 abgebildet werden, sollten aber im Brief an den Psychiater erwähnt werden, da die emotionale Labilität häufig sehr belastend ist
- k) sozialen Phobie (F 40.1) kann mit RSD verwechselt werden.
- l) PTBS (F 43.1)
- m) gelegentlich: Fibromyalgie (M 79.7) und Schmerzsyndrome
- n) gelegentlich: Binge-Eating (F50.9)
- o) gelegentlich: Adipositas
- p) Restless-Leg-Syndrom
- q) Neurodermitis oder Schuppenflechte

⁷⁸ Thomas Brown ADHD and Cooccurring Conditions: http://www.brownadhdclinic.com/wp-content/uploads/2013/05/Feb09_CooccurringConditions-1.pdf

⁷⁹ Beispielhafter Brief an den Psychiater: https://drive.google.com/file/d/1wiuGueuUBrIoYXv5viERa0AGQLEWta_v/view?usp=sharing

⁸⁰

Zur Unterscheidung von Borderline-Störung und ADHS siehe: *ADHS und Persönlichkeitsstörungen von Dr. Astrid Neuy-Bartmann, ADHS Deutschland e. V.;*

<http://www.adhs-deutschland.de/Home/Begleitstoerungen/Personlichkeitsstoerungen/ADHS-und-Persoelichkeitsstoerungen.aspx> ;

siehe außerdem Dr. Andreas Geschwind: *ADHS oder Borderline?* Klinik Sonnenhalde, 12.03.2015 Riehen; [https://www.sonnenhalde.ch/download/S3hT_NDF78E/ADHS oder Borderline, Gschwind Andreas, Tagung 12.3.2015.pdf](https://www.sonnenhalde.ch/download/S3hT_NDF78E/ADHS%20oder%20Borderline_Gschwind%20Andreas_Tagung_12.3.2015.pdf)

6. Es bleibt nur ein „Verdacht“ auf ADHS – Was nun?

Bleiben Zweifel, besteht die Möglichkeit, diese den anderen Behandlern mitzuteilen. Gemeinsam kann man zu einer Diagnose kommen und diese vertiefen.

Bei einigen wenigen Patienten bleibt trotzdem schlussendlich **nur einen Verdacht auf ADHS**. Dann frage ich den Psychiater, ob er eventuell einen zeitlich auf vier Wochen befristeten „Ritalin-Test“ mit dem Patienten machen kann. Wenn die Stimulanzien wirken, dann kann mit viel Vorsicht geschlussfolgert werden, dass doch ADHS vorliegen könnte.

Beim Facharzt argumentiere ich so, dass bei einer nicht gegebenen Diagnose (falsch-negativ) langfristig ein größerer Schaden entstände als umgekehrt. Meiner Erfahrung nach hat in manchen Fällen der Kinderarzt festgestellt: „Da liegt kein ADHS vor!“, obwohl die Kinder doch betroffen gewesen sind. Häufig kommen diese Patienten dann mit circa 20 Jahren, mit vielen komorbiden Störungen belastet, in meine Praxis. Bei einer **frühzeitigen Diagnose** hätte eine Therapie schon viel früher starten können. In dem seltenen Fall, in dem die Evidenz für die Diagnose nicht ausreicht, aber doch deutliche Verdachtsmomente vorhanden sind, muss eben doch der „Ritalin-Test“ gemacht werden.

Ansonsten sollten Sie sich lieber viel Zeit für die Diagnostik nehmen, weil der Patient sonst beim ersten gescheiterten Medikationsversuch sofort wieder an der Glaubwürdigkeit der Diagnose zu zweifeln beginnt. Der beste Weg ist immer, wenn ADHS sowohl für den Therapeuten also auch den Patienten glaubwürdig feststeht. Dann kann man auch einen vielleicht sehr langen **Weg der Medikationsfindung** gemeinsam durchhalten.

7. Von der Diagnose zu ersten Therapieschritten - Vorgehen in der eigenen Praxis

Generell sollte man schon vor der Diagnostik ADHS erklären, damit die Patienten erst einmal zwei Wochen Zeit zur Selbstbeobachtung haben, in denen sie dann eventuell erstaunt feststellen, dass ihre Füße und Hände ständig herumzappelten.

In den ersten drei bis vier Stunden sollten alle relevanten Diagnosen, also nicht nur in Bezug auf ADHS, gestellt werden. Diese werden dann dem Patienten in der *Individuellen Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11)*⁸⁵ mitgeteilt. Der Psychiater oder Hausarzt wird in einem **Abschlussbrief über die Diagnosen** aufgeklärt und eine Therapie mit Stimulanzien kann empfohlen werden. Befunde und Testresultate sollten dem Brief an den Facharzt in Kurzform als Kopie beigelegt werden.⁸⁶

Ich erkläre meinen Patienten bei der Aufnahme der biografischen Anamnese immer, was ich im Diagnoseprozess gerade tue. Dieses „laute Denken“ führt dazu, dass ich den Patienten „mitnehme“, denn seine eigene Diagnose ist noch wichtiger als diejenige des Experten. Ich stelle eine Pro- und Contra-Liste auf und zeige ihm, was in die ADHS-Diagnose passt und was dagegen spricht. Gerade nicht passende Symptome sind dabei sehr wichtig, weil diese die **Glaubwürdigkeit des Diagnoseverfahrens erhöhen** und mögliche Einwände ausräumen helfen. Am Schluss sitze ich dann mit dem Patienten vor diesem Diagnose-Puzzle und erkläre ihm,

⁸⁵ Beispiel einer ausgefüllten PTV 11 siehe:
https://drive.google.com/file/d/1RqZ_Y8YXxWfCz99L9sXzOO7sz6KiYa0J/view?usp=sharing

⁸⁶ Beispiel eines Briefs an den Psychiater siehe:
https://drive.google.com/file/d/1wiuGueuUBrIoYXv5viERa0AGQLEWta_v/view?usp=sharing

dass wir 70 % passende Teile gefunden haben, 20 % der Teile nicht zu ermitteln sind (z. B. aus der Kindheit) und 10 % nicht zu der ADHS-Diagnose passen. Untypisch wäre zum Beispiel, wenn der Patient keinerlei Einschlafstörungen hätte, denn viele ADHSler brauchen 0,5 - 2 Stunden, bis sie eingeschlafen sind. Es gibt aber auch ADHS-Betroffene, die diese typischen Einschlafprobleme nicht haben. Wie Sie wissen, findet man nie alle Puzzleteile und einige passen auch nicht. Aber „Neuschwanstein“ muss erkennbar werden.

Es ist wichtig, dem Patienten Zeit zu lassen und die eigene Einschätzung etwas zurückzuhalten, damit er genügend Zeit bekommt, selbst zu merken, dass er viele Anteile hat, die für diese Störung sprechen. Dazu kommt, dass ADHSler entscheidungsschwach sind und immer an allem „herumzweifeln“. So versteht bzw. akzeptiert der Betroffene häufig die eigene Diagnose über eine lange Zeit in der Therapie nicht, manchmal sogar dann noch nicht, wenn er schon ein halbes Jahr lang Ritalin nimmt und eine Besserung spürbar von allen wahrgenommen wird - außer dem Patienten selbst. Deshalb sollte man bei der Einschätzung des Therapieerfolges immer auch die Angehörigen mit befragen. Selbst eine erfolgreiche Medikation wird manchmal abgesetzt oder verändert, wenn der Betroffene selbst die Wirkung nicht wahrnimmt. So landet er dann in einer **Unterdosierung**, obwohl er schon die optimale Doseinstellung hatte, die meistens von der **Überdosierung** minimal entfernt ist. Der schwer betroffene ADHSler „kann alles vergessen“, selbst eine frühere erfolgreiche Therapie. Ich fordere meine Patienten immer wieder dazu auf, mir zu sagen, wie hoch die **Glaubwürdigkeit der ADHS-Diagnose** in Prozent ist. Ich höre mir ihre Argumente an und entkräufte diese, auch kritische Einwände von Angehörigen muss man ernst nehmen. Eine „Glaubwürdigkeitskrise“ ist immer möglich, insbesondere wenn die erste Einstellung auf ein Medikament (Präparat oder Dosierung) nicht gleich ein durchschlagender Erfolg ist. Hier kann eine Ritalin-Pause manchmal Wunder bewirken, wenn die Wirkung ausbleibt und man wieder „verschusselt“ und „verpeilt“ durchs Leben eilt.

8.0. Wie kann ich den Patienten in der Therapie halten?

Von ADHS schwer Betroffene oder Patienten mit mehreren psychiatrischen Erkrankungen sind z. T. nicht in der Lage, Termine wahrzunehmen, Rezepte zu besorgen oder Medikation regelmäßig einnehmen, einfach weil sie stark desorganisiert, extrem vergesslich und chaotisch sind oder in großem Elend leben, keinerlei Ordnung haben und andere kranke Familienangehörige das Durcheinander noch vergrößern.

Da der ADHS-Patient häufig scheitert, wird dies natürlich auch vor der Therapiestunde keinen Halt machen. Sie können ihm nicht einmal böse sein, wenn er den Termin versäumt hat, weil er ja gerade deswegen zu Ihnen kommt und Hilfe sucht. Kleinere Verspätungen (10 – 20 Minuten) sind unvermeidlich und kommen in ADHS-Praxen ständig vor. Manchmal hilft es schon, wenn nur Nachmittagstermine vergeben werden, weil einige ADHSler morgens (extrem) schwer aus dem Bett kommen. Wenn Sie den Wochenplan „leicht überbuchen“, können Sie im Übrigen Fehlstunden ausgleichen. Der Verdienst bleibt dann gesichert, d.h. Sie planen Ausfälle ein. Die Terminplanung wird in einer **ADHS-Praxis dynamisch**; ein „Mitschwimmen“ ist hilfreich und kann sogar Spaß machen, wenn die Komik in der gescheiterten Zeitplanung des ADHSlers entdeckt wird.

ADHSler haben in Gruppen eine **zentrifugale Tendenz**, sie fliegen aus Familien, Partnerschaften, Arbeitsplätzen, Schulklassen und Vereinen schnell heraus oder sie gehen selbst, weil sie die **Routine nach einer gewissen Zeit als unterstimulierend** erleben oder sich in Konflikte verwickeln, meist sind sie bei diesen dann mitten im „Schlachtfeld“ und kriegen auch nicht selten die meisten „Prügel“ ab. Auch eine Therapiestunde kann bald unterstimulierend sein und deshalb schnell langweilig werden. Insofern sollte nach der Anfangsphase der Diagnostik eine erste Psychoedukation und eventuell auch eine Krisenintervention stattfinden, aber dann sollte **keine kontinuierliche „Dauertherapie“ versucht werden**.

Nach den ersten fünf Wochen mit mehreren Treffen kann man dann z. B. eine vierwöchige Pause einlegen, um die ersten Schritte der Medikation wirken zu lassen. Später kann sogar eine zwei bis drei Monate dauernde Pause eingelegt werden - immer mit der Versicherung an den Patienten, dass er jederzeit einen Termin vorziehen kann, wenn „etwas passiert“ ist. Diese „lange Leine“ hat sich bewährt, die Therapie wird

nicht wegen Langeweile oder weil sie mühevoll ist, abgebrochen. In Krisenzeiten kann wieder intensiv behandelt werden. Diese „**Rufbereitschaft**“ ist ungewohnt für ein **klassisches Therapiesetting**. Hilfreich in meiner Praxis ist auch, dass ich mehr als 10 Minuten Abstand zwischen den Therapiestunden habe und eine sehr lange Mittagspause; so können die Verspätungen etwas kompensiert werden und Stunden z. T. auch bei Verkürzung der Mittagspause nachgeholt werden. Gelegentlich genügen 25 Minuten bei einer Akutbehandlung. In der Sprechstundenphase können auch drei bis vier 25-minütige Blöcke einen Sinn machen, wenn etwa die Angehörigen zur Psychoedukation eingeladen werden und das WR-Interview durchgeführt wird.

Bei Therapieabschluss sollten Sie vermitteln, dass der Patient zurückkommen kann – und sei es in ein bis zwei Jahren. ADHSler purzeln manchmal durchs Leben, da stellt sich die nächste Krise in Form einer Trennung und eines erneuten Arbeitsplatzverlustes „unerwartet“ ein. In solch einer Situation ist wieder **mehr Bereitschaft für Therapie und Medikationseinnahme** vorhanden.

Es kann zu Auseinandersetzungen mit Patienten kommen, da ADHSler unter „**emotionaler Impulsivität**“ leiden, d.h. negative wie positive Gefühle immer heftig und schnell zustande kommen. Deshalb wird auch häufiger geweint. Hier gilt ebenfalls: Deswegen kommt der Patient in die Praxis, deshalb ist er im Leben so häufig gescheitert! Also seien Sie nicht nachtragend.

ADHS-Patienten bedürfen der besonderen Pflege, damit sie in der Therapie bleiben. Sie gedeihen nur, wenn Sie sich auf sie einstellen und auch Nachsicht zeigen können. Wenn Sie aber „alles durchwinken“, werden Sie sehr häufig alleine in der Stunde sitzen. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, für ein **Zeitfenster** zu sorgen, in dem wenigstens einige Therapiesprache möglich sind. Dabei kann die Anmeldung, die eventuell durch Angehörige erledigt wird (bitte dies akzeptieren) eine erste Chance sein, indem sie den Angehörigen gleich mit zum Erstgespräch einladen, damit es auch tatsächlich stattfindet. Ich arbeite gern mit Handy, SMS, E-Mail etc. und verständige die Problempatienten einen Tag oder manchmal auch ein paar Stunden vor der Therapiestunde.

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn der Patient bei den Therapiestunden völlig „ausfädelt“, ganz gleich aus welchem Grund. Das „Ausfädeln“ muss immer verhindert werden, sonst verschwindet der Patient auf Nimmerwiedersehen. Sie sollten sich überwinden, dem Patienten „hinterherzutelefonieren“, sonst sehen Sie ihn vielleicht erst einmal nicht wieder. Ich versuche auch, die **Kommunikation mit den Patienten** über E-Mail herzustellen. Sie bekommen den vereinbarten Termin immer zusätzlich als Mail zugesendet, auch zur Dokumentation, damit hinterher nicht behauptet werden kann, dass kein Termin vereinbart worden sei. Ich verlange Ausfallhonorare für nicht rechtzeitig abgesagte Termine, mache diese aber von den finanziellen Möglichkeiten des Patienten abhängig.

Ein anderes System scheint mir noch praktikabler. Bei der Anmeldung frage ich meine Patienten, ob sie per SMS oder E-Mail schnell erreichbar sind. Dann biete ich auf der **Warteliste Supersprint** an: d.h. wenn ein Patient kurzfristig absagt, rufe ich schnell einen anderen auf *Supersprint* an und dieser kann dann die Stunde wahrnehmen. Des Öfteren erscheinen bei mir Patienten, die zum entsprechenden Zeitpunkt gar keinen Termin haben; diese kann ich dann einschieben. - ADHSler muss man therapieren, wenn sie (gerade) da sind.

Gerade junge ADHSler, zwischen 18 und 25 Jahren, die von den Eltern in die Therapie gebracht werden, sind nicht für eine längerfristige Therapie zu gewinnen. Sie verfügen vielleicht nur über ein Zeitfenster von drei bis acht Stunden; in dieser Zeit muss die Diagnostik und Therapie stattfinden, sodass dem Hausarzt oder Psychiater ein Brief geschrieben und wenigstens eine Therapie mit Stimulanzien eingeleitet werden kann. Gerade in diesem Alter (aber nicht nur in diesem) sind viele ADHSler sehr auf Selbstbestimmung und Eigensinn gepolt. Sie wollen alles selbst bewältigen und fühlen sich fremd in der Therapiesituation. Die Psychoedukation sollte deshalb kompakt sein und eventuell aus Aufklärungsvideos über ADHS bestehen,⁸⁷

⁸⁷ Siehe dazu Beiträge auf meinem Youtube-Kanal:
https://www.youtube.com/playlist?reload=9&list=PLEx6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF

da viele Betroffene kaum länger konzentriert lesen können. Außerdem gebe ich Patienten des Öfteren den kurzen Text **ADHS eine besondere Art zu sein** von Astrid Neuy-Bartmann⁸⁸ zum Einstieg; sie sollen ihn lesen, wichtige Stellen markieren und auch kommentieren.

Fallstricke in der Therapie können auch andere ADHS-Probleme werden, wenn z. B. in der Therapiestunde nicht richtig zugehört und immer nur mit „ja“ geantwortet wird. Der Patient meint, dass ich ein Ja erwartet habe, und bestätigt dann nichtzutreffende Sachverhalte. Eventuell wirkt die ADHS-Medikation erst am Ende der Stunde, und das Gespräch wird auf einmal besser.

Soziotherapie, privat bezahlte ADHS-Coaches oder Angehörige in der **Coaching-Rolle** können die Rettung sein, wenn es nur darum geht, Termine einzuhalten, Rezepte abzuholen oder einmal am Tag eine Tablette zu schlucken. Ergo: ADHS kann die ADHS-Behandlung völlig sabotieren und Sie als Therapeut brauchen kreative Lösungsideen. Häufig haben Betroffene einen Coach gefunden, fragen Sie deshalb immer nach dem Coach: wer coacht sie durch den Alltag? **Laden Sie diesen Coach auch zur Therapiestunde ein**, er wird dann meist mit dem Notizblock dabei sitzen und im Zweifel bekommen Sie dort die kompetenteren Antworten. Ein ADHS-Betroffener ganz ohne Coach ist meist ein Problempatient. Gleichzeitig muss immer, wie in der Pflegesituation von alten Menschen, eine Auge auf die psychische Gesundheit des Coaches gerichtet werden. Wer ADHS-Betroffene sehr lange coacht kann selbst zum „Psychiatriefall“ werden und in Depressionen und Suchtprobleme geraten. Nicht nur bei Eltern als Coaches ist in der Therapiestunde immer die Frage zu thematisieren, was kann der Betroffene alleine, wo muss der Coach helfen? Häufig ist es so, dass sich der Coach erst ab der Medikationseinstellung zurückziehen kann. Es könnten sich auch Selbsthilfegruppen gründen, in denen sich nur die „**ausgebeuteten**“ Coaches von ADHS-Betroffenen treffen, um Abgrenzung und Selbstfürsorge zu lernen. Ohne dieses „**Outsourcing**“ von eigenen (nicht entwickelten) kognitiven Funktionen wären aber viele ADHSler verloren, der Präfrontale Cortex (als Ort der exekutiven Funktionen) des Coaches wird hilfsweise verwendet.

Junge Erwachsene in der Phase der Transition

Besonderes sollte auf junge Erwachsene in der **Transitionsphase** aufgepasst werden. Sie sind bis zum 18. Lebensjahr eng und fürsorglich vom Kinderarzt betreut worden, der sie ja von klein auf kannte. Sofern sie überhaupt einen Facharzt finden, weht ihnen plötzlich der raue Wind der Erwachsenen-Psychiatrie entgegen. Jetzt, in der Ausbildung oder dem Studium, brauchen aber viele dringend Stimulanzien und therapeutische Führung. Leider werden diese schwierigen, weil unorganisierten, unpünktlichen und unreif-eigensinnigen, Patienten manchmal schnell wieder vor die Türe gesetzt. In der „Papa-“, „Mama-“ oder „Coach-Rolle“ fühlen sich einige Psychiater und Psychotherapeuten noch nicht richtig zu Hause.

Häufig setzen Jugendliche auch im Alter von 14 oder 15 Jahren die Medikation ab, erinnern sich dann aber in einer Krise wieder an ihre Diagnose. **ADHS verschwindet nicht mit dem 18. Geburtstag**, obwohl die Statistik der Krankenkassen dies glauben machen möchte. Irgendwann erscheinen die ADHSler wieder in der psychiatrischen Versorgung; dann sollte ihr ADHS weiterbehandelt werden. Am besten wäre natürlich die Transition ohne Unterbrechung!⁸⁹

Es lohnt wirklich, sich um Transitionspatienten zu kümmern: Jetzt, da die ADHSler 18 oder 20 Jahre alt sind, kann eventuell noch eine **Drogen- und Psychiatriekarriere** verhindert oder wieder beendet werden. Das

Für die Psychoedukation ist folgendes Doku-Video von Pepe Fellbach besonders interessant: *ADHS - ein Leben lang? ADHS tritt nicht nur im Kindesalter auf* (2018)

https://www.youtube.com/watch?v=EsocEfMtDdo&list=PLex6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF

⁸⁸ <https://adhs-muenchen.net/adhs-bei-erwachsenen/besondere-art-zu-sein/>

⁸⁹ Dazu gibt es einen sehr schönen Vortrag von Sabine Maur: *ADHS wird erwachsen – Herausforderungen und Chancen der Transitionstherapie*;

https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user_upload/transition_maur_fachtagung_2016_handout.pdf

Verhalten des Patienten in der Behandlungssituation kann für einen Therapieerfolg sehr hinderlich sein; das Gehirn des der jungen Patienten leidet schließlich unter Reifungsverzögerung von zwei bis fünf Jahren. Sie dürfen ihn nicht wie einen 18-Jährigen behandeln, sondern eher wie einen 14- bis 15-Jährigen. Wir müssen uns auf unsere Patienten einstellen; dies ist eine neue Patientenklientel mit „besonderen Bedürfnissen“, da das **noch nicht entwickelte Gehirn** Konflikte mit der Erwachsenenwelt provoziert. Die Hoffnung (insbesondere der Eltern) richtet sich immer auf das 25. Lebensjahr, bis dahin hat die Gehirnreifung immer noch Zeit, einen erwachseneren Menschen zu „erzeugen“. Laut Russel Barkley soll die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung erst im Alter von Anfang 30 schwinden!

9.0. Die Medikationseinstellung

Studien zeigen⁹⁰ – und das ist auch meine eigene langjährige Erfahrung -, dass eine **medikamentöse Behandlung** sehr häufig **notwendig** ist, nämlich bei mittlerer oder schwerer Ausprägung. Diese sollte dem Patienten gegenüber gut begründet und erklärt werden, so dass er die Therapie mit Stimulanzien nicht nach dem ersten Nichtansprechen auf ein erstes Medikament abbricht.

Für mich gilt der Grundsatz: **„Bei ADHS steht und fällt alles mit der Medikationseinstellung.“** Fehler hierbei sind aber eher die Regel, es gibt auf diesem Gebiet noch wenige erfahrene Experten; Unerfahrenheit und Ängste stehen häufig einer guten Behandlung im Wege. Meiner Einschätzung nach weigern sich 50% der niedergelassenen Fachärzte außerdem vollständig, ADHSler überhaupt aufzunehmen, was den Behandlungsnotstand weiter verschärft. Meistens ist die Ursache für einen Abbruch der Therapie eine nicht professionell durchgeführte Medikation. *ADHD Medication & Treatment. Everything you need to know about medication options, minimizing side effects, alternative therapies, and more*⁹¹ von ADDitude ist dazu eine sehr gute Broschüre. Auch andere Therapieverfahren werden hier dargestellt und bewertet.

Erst durch eine z. T. sehr mühevolle über lange **Monate des Ausprobierens** gefundene Medikationseinstellung wird die Grundlage für eine vertiefte Psychoedukation gelegt, ein Skill-Training der ADHSler in der Gruppe, ein erfolgreiches ADHS-Coaching oder eine Psychotherapie der komorbiden Störungen. Selbst somatische Erkrankungen können besser werden, weil der Patient vereinbarte Therapiestrategien konsequenter und längerfristiger durchhalten kann (z. B. bei Diabetes Typ 2).

Da der Facharzt oft weniger Zeit für den Patienten hat als der Psychotherapeut, sollte letzterer selbst viel Zeit für die Phase der Medikationseinstellung und Aufdosierung der Stimulanzien verwenden. Eine **enge und gute**

⁹⁰ Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (2018); https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

Vortrag Dr. Lam: ADHS im Erwachsenenalter: https://hans-prinzhorn-klinik.de/downloads/fachvortraege/ADHS_Dortmund_2017_Diagnostik_Therapie_finalVersion_short_pub.pdf

⁹¹ http://winnebago-countycasa.org/file_download/0ca3bbf3-904f-4700-8cb8-6e4f94f91204

Kooperation zwischen Facharzt und Psychotherapeuten ist dafür absolut notwendig. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass dies funktioniert, und nenne sie das „**Koblenzer Modell**“. Der Facharzt kann dem Psychotherapeuten die erste grundlegende Diagnostik und ADHS-Abklärung überlassen und beide arbeiten eng bei der Medikationseinstellung und der ADHS-Behandlung zusammen. Nötig ist eine intensive Kommunikation in Form von Briefen und Telefonaten, sodass ein transparentes und kooperatives Handeln entsteht. Die Behandlung findet im Dreieck Patient, Arzt und Therapeut statt. Der Arzt verschreibt die Medikamente und nimmt Veränderungen bei der Medikation vor; er hat die alleinige Verantwortung dafür! Darauf sollten die Patienten (manche von ihnen in jeder Therapiestunde) regelmäßig hingewiesen werden und auch darauf, dass dessen Anweisungen strikt einzuhalten sind. Die Beobachtungen und Vorschläge des Patienten und des Psychotherapeuten können aber dem Arzt für die Entscheidungsfindung wesentliche Hinweise geben und gegebenenfalls zu einer veränderten Medikationseinstellung führen. Für mich selbst ist es hilfreich den guten Kontakt zu Fachärzten zu nutzen, wenn ich selbst bei einer Medikationsfrage unsicher bin, dann schreibe ich eine E-Mail und frage nach. Die erste Zeit der Einnahme von Stimulanzien kann (bei manchen nicht allen) schwierig sein. Der Patient gerät manchmal in den ersten Wochen in eine **leichte Verstimmung („Blues“)** und muss sich erst langsam an seinen „**neuen Kopf**“ gewöhnen, ähnlich die Angehörigen, die jetzt eventuell einen viel ruhigeren, besonneneren und manchmal auch **durchsetzungsstärkeren Menschen** in der Familie haben. Die Wahrnehmung der Gefühle verändert sich auch. Wer länger fokussieren kann, kann dies auch mit negativen Gefühlen machen. Das flippige ADHSler-Gehirn konnte so manches Malheur durch Ablenkung und Überaktivität „verdrängen“.

Durch die Medikation nehmen manche ADHSler ihre Gefühle (z. T. auch auf Dauer) undeutlicher wahr und spüren sich selbst weniger; oder ihnen fehlt die assoziative Kreativität. Erst mit der Zeit zeigt sich dann die vielfältige Besserung: Die Stimmung kann stabiler und positiver werden; mehr Antrieb, mehr Motivation, bessere Konzentration und Produktivität zeigen sich. Die Angehörigen atmen auf, wenn die Impulsivität und Unruhe abnimmt und sie nicht an alles und jedes mitdenken müssen.

Betreuen Sie den Patienten eng in der schwierigen Phase der Medikationseinstellung in genauester Abstimmung mit dem Facharzt. Gerade das Management der Medikamente nimmt im ersten halben Jahr sehr viel Zeit in Anspruch und sollte von Seiten des Therapeuten immer wieder in den Mittelpunkt gestellt werden. Ohne eine funktionierende Medikationseinstellung⁹² und -einnahme kommen mittelmäßig bis schwer beeinträchtigte ADHSler mit keinem Lebensbereich klar. Von der Krankenkasse (GKV) bezahlte Medikamente sind bisher *Medikinet Adult*, *Ritalin-Adult* und auch *Strattera*. Langfristig werden sich wohl die wirkungsvolleren und bis zu 13 Stunden wirkenden Amphetamin-Präparate im Erwachsenenbereich durchsetzen, wie z. B. *Elvanse*, das jetzt ab 1.5.19 für erwachsene GKV-Patienten zugelassen wurde und erstattet wird. Guanfacin (*Intuniv*) ist kein Stimulans und im Moment bei Erwachsenen im Off-Label-Use. Es kann bei ADHS eingesetzt werden und bei komorbid auftretenden Angststörungen, Tic-Störungen und der Rejection Sensitiv Dysphoria.

Ziel sollte eine regelmäßige Einnahme der Stimulanzien sein, erst bei einer kontinuierlichen Einnahme über mehrere Monate kann sich die Wirkung von MPH oder Amphetaminen langsam entfalten. Patienten sollte von einer Bedarfsmedikation abgeraten werden. Hilfreich kann die My-Therapy-App⁹³ sein, die an die Medikationseinnahme erinnert; oder der Patient lernt gleich die Vorteile eines Bullet-Journals⁹⁵ kennen.

⁹² Dazu *10 Things Your Doctor May Not Have Told You About ADHD Medication* von ADDitude;
<https://www.additudemag.com/slideshows/adhd-medications-optimizing-treatment/>

oder anderer Link für gleichen Text:

<https://drive.google.com/file/d/1RO68fDXEQV9I0K2cUh9xjQcMsTl23Tf/view?usp=sharing>

⁹³ <https://www.mytherapyapp.com/de>

⁹⁵ Was ist ein Bulletjournal ? <http://www.montagslaecheln.de/2016-08-03/bullet-journal-erklaerung-deutsch/>

Der Leitfaden zur Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter in der neuro-psychiatrischen Praxis des Psychiaters Dr. Günter Endrass stellt eine gute Kurzanleitung nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zur Medikationseinstellung dar.⁹⁶

Zu beachten ist, dass bei stillem ADHS meist geringere Dosierungen wirken als bei kombiniertem (lautem) ADHS⁹⁷. Es muss so lange in kleinen Schritten aufdosiert werden, bis eine Überdosis erreicht ist; dann wird wieder ein Schritt zurückgegangen; dies ist die beste Methode, zur richtigen Dosis zu kommen. Bitte keine Wirkung verschenken, sondern konsequent aufdosieren. Bei **kombiniertem ADHS (F90.0)** können z. B. 30 mg *Medikinet Adult* morgens und 20 mg mittags hilfreich sein; manche Fachärzte sagen, dass eventuell sogar noch nachmittags eine weitere Einnahme einen Sinn macht, damit das Zusammensein mit der Familie am Abend gelingt oder der Studenten noch lernen kann. Der Abstand zwischen den Einnahmen sollte individuell ermittelt werden. Nicht selten werden die ADHSler durch den Rebound an die vergessene 2. Einnahme erinnert.

Die Psychoedukation zur Medikation fällt dem Psychotherapeuten häufig zu, weil der Psychiater diese nicht macht bzw. sich selbst erst einarbeitet. Hören Sie auf Ihre Patienten, denn die Wirkung der Medikamente ist individuell sehr verschieden. **„Der Patient hat immer Recht!“** Die Wirkung der Medikamente bei den einzelnen ist die „Wirklichkeit“, man sollte also nicht von gewünschten Wirkungen ausgehen, sondern immer genau nachfragen, wie welche Dosis gewirkt hat und ob nicht die vorherige besser gewesen wäre. Im Zweifel muss getestet werden, ob mit einer weiteren Aufdosierung eine noch bessere Wirkung erreicht werden kann. Bei 20-jährigen jungen Männern, die sich selbst wenig kennen, kann dies ein monatelanges Hin und Her bei der Wahl des Medikaments, der Dosierungshöhe und eventuell der Kombinationsbehandlung mit einem antidepressiven Medikament bedeuten. Und immer wieder sind auch die Angehörigen zu befragen und in die Behandlung zu integrieren: **„Bringen Sie doch ihre Freundin (Eltern) noch einmal mit!“**

Bei der **Eindosierung** verträgt der Patient zuerst keine hohe Dosis, sondern muss z. B. mit 10 mg *Medikinet Adult* beginnen und sollte dann nach einer Woche auf 15 oder 20 mg gehen. Durch die langsame Aufdosierung werden höhere Dosen vertragen; die Nebenwirkungen treten dann in der Regel nur sehr kurz auf, außer wenn der Patient wirklich schon „überdosiert“ ist. Ist dies der Fall, wird er nach der Einnahme müde, bekommt vielleicht Herzklopfen oder leichten Schwindel und hat das markante leichte „Schwipsgefühl“ („Matschgefühl“) im Kopf. Er ist also in der Überdosierung deutlich unkonzentrierter und wieder unmotivierter. Dieser Zustand ist ungefährlich, außer der Patient fährt gerade Auto oder bedient ein Gerät, mit dem er sich verletzen kann. Ich hatte schon (allerdings selten) Patienten, die mit beispielsweise 5 mg *Medikinet Adult* überdosiert waren und nur die Hälfte davon vertragen haben. Und **bei Angststörungen** sollten die Stimulanzien sowieso sehr vorsichtig aufdosiert werden, weil sonst Angstsymptome angeschoben werden können. Da die Wirkdauer zwischen 4,5 und 6 Stunden liegt (meiner Einschätzung nach selten die versprochenen 8 Stunden), braucht der Patient im Laufe der Medikationseinstellung eine 2. eventuell 3. Dosis, um den Tag abzudecken. Sollte *Medikinet Adult* nicht richtig wirken, kann ein Wechsel zu *Ritalin Adult* einen Sinn machen, bzw. umgekehrt. Bei beiden ist der Wirkstoff Methylphenidat (MPH), aber die Medikamente wirken etwas verschieden. Bei **hypoaktivem ADHS (F98.80)** wirkt meiner Erfahrung nach MPH in einigen Fällen schlechter oder gar nicht, dann haben diese Patienten unter Amphetamin-Präparaten eine 2. Chance.

Manchmal kommt es auch zu einer **„Notwendigkeitskrise“**, d.h. der Sinn einer Medikationseinnahme wird bestritten. Ich rate dann, erst nach einer Testphase mit dem Medikament zu entscheiden, ob es weiter genommen wird oder nicht, weil viele Patienten auf diese Weise erfahren, dass es tatsächlich neben-

96

<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nKz86bSQWxYUmNpcFgwUWk3Mmxsak91aHhBUFJmTXNJ/view?usp=sharing>

⁹⁷ Helga Simchen: Management zur Reduzierung der Nebenwirkungen von Methylphenidat bei der Therapie des ADHS. :<https://drive.google.com/file/d/1A9CAH4OSirtyKtovLnL0Cs54KwpZHv8/view?usp=sharing>

wirkungsarm und eben auch sehr hilfreich ist.⁹⁸ Natürlich gilt wie immer, diesen Schritt von der Zustimmung des Facharztes abhängig machen.

Erklärt werden sollte außerdem der **Rebound**: Nach einer Wirkdauer von z. B. fünf Stunden kommt eine „Minikrise“, die man Rebound nennt. Der Patient kann dann für 20 Minuten oder länger sehr müde sein, sehr unkonzentriert oder gereizt-launisch. Dies geht wieder vorbei, der Patient sollte aber den Zusammenhang kennen, um nicht gerade in dieser Phase ein wichtiges Ehegespräch zu führen. Um den Rebound zu vermeiden, kann kurz vor dem Auslaufen der Wirkung eine weitere Dosis eingenommen werden, so dass im Idealfall der Rebound in der Nacht im Schlaf erfolgt. Kommt der Rebound direkt in der Einschlafphase, kann er das Einschlafen erschweren. Umgekehrt legen sich frühere Einschlafstörungen, wenn der Patient noch etwas MPH im Blut hat. Zusätzlich hilft die Einnahme eines Melatonin-Präparats eine Stunde vor dem Einschlafen.⁹⁹

Eine Stunde vor der Medikationseinnahme und eine danach sollte der Patient kein Vitamin C zu sich nehmen, da dadurch die Wirkstoffaufnahme in den Körper behindert werden kann.

Es ist gut, wenn der Facharzt für Psychiatrie dem Patienten in einem gewissen Rahmen erlaubt, mit der Medikation zu „experimentieren“. Er ist aber der Chef des Geschehens und sollte jeden Schritt, den Sie dem Patienten in der Medikationsfrage vorschlagen, befürworten. Es kann sich die Situation ergeben, dass der Facharzt sich bei **BTM-Rezepten** recht unsicher ist und sich gerade in die Therapie mit Stimulanzien einarbeitet. Falls Sie als Psychotherapeut schon erfahrener sind (oder der Patient), ist eine geschickte Kommunikation mit ihm gefordert, da er rechtlich die Verantwortung übernehmen muss, wenn etwas schiefgeht. Ich teile ihm per *Brief* meine Vorstellungen zur Medikation mit und berichte ihm auch über die Wirkung, mache dann eventuell Veränderungsvorschläge. Solange zweifelsfrei klar ist, dass der Facharzt entscheidet, kann dies klappen; das muss dem Patienten vermittelt werden.

In mit ADHS vertrauten Kliniken werden jetzt leicht- bis mittelgradige Depressionen immer häufiger mit Stimulanzien behandelt anstatt mit antidepressiven Medikamenten, natürlich nur sofern ADHS vorliegt. Viele ADHSler wünschen sich, langfristig nur mit Stimulanzien behandelt zu werden. Johanna und Klaus-Henning Krause weisen in *ADHS im Erwachsenenalter. Symptome – Differenzialdiagnose – Therapie* auf die schon erwähnte **Kombinationsbehandlung** mit antidepressiven Medikamenten bei Patienten mit heftigen Stimmungs-, Angst- und Depressionsstörungen hin.¹⁰⁰ Einige Fachärzte geben in solchen Fällen niedrig dosiertes *Venlafaxin (Retard)*, d. h. 37,5 oder 75 mg.

Wichtig scheint mir die Rückmeldemöglichkeit per Email in der ersten Phase der Medikationseinstellung zu sein: Eventuell ist der Patient über eine fehlende Wirkung, Überdosierung, einen Rebound oder kurzfristige Nebenwirkungen irritiert. Kurze Erklärungen können ihm da weiterhelfen.

Für eine Behandlung **zu empfehlende Kliniken** oder Ambulanzen wären bei Erwachsenen u. a. die Schön-Klinik in Bad Bramstedt, ADHS-Transitionsambulanz der Universitätsklinik Mainz, die Universitätsklinik (und Institutsambulanz) Bonn oder die Mittelrhein-Klinik in Bad Salzig (stationäre Behandlung über DRV). Bei Suchtproblemen (Alkohol) kann ich die Klinik Wilhelmsheim in Oppenweiler empfehlen.

⁹⁸ Zu Adhärenzproblemen siehe Anthony L. Rostain: *How to Improve Medication Adherence in Adults and Teens with ADHD*; <https://www.additudemag.com/add-medication-adherence/?tos=accepted> oder anderer Link zu gleichem Text:

<https://drive.google.com/file/d/1VSx9BCMkHdsE5yGkGCRgSk6Sh5FnLkwE/view?usp=sharing>

⁹⁹ Supertipp: Hilfreich ist z. B. das pflanzliche Mittel „*Schneller einschlafen*“ von Greendoc (erhältlich bei DM etc.).

¹⁰⁰ Schattauer, 4. Aufl. 2003, S. 288; Leseprobe auf Googlebooks:

https://books.google.de/books?id=CABEDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0-v=onepage&q&f=false

Meine Äußerungen und Hinweise zur Medikationseinnahme kommen aus meiner täglichen Arbeit mit ADHS-Patienten. **Da ich selbst Diplompsychologe bin und kein Arzt kann ich keine (rechtlich) verbindlich-en Empfehlungen zur Medikationseinnahme geben!** Ich fordere deshalb Sie als Leser auf - so wie ich dies auch bei meinen Patienten täglich mache-, die von mir hier geäußerte Meinung im konkreten Fall immer durch den Facharzt überprüft werden sollte.

Medikamente, aber nicht nur!

Bei den unkomplizierten Fällen von ADHS kann eine einfache Behandlungsstrategie, die primär auf Psychoedukation und Gabe von Stimulanzien beruht, erfolgreich sein und manchmal schon nach wenigen Stunden abgeschlossen werden.

Aber neben den oft zu findenden Fällen, in denen Diagnostik und Therapie unkompliziert sind, gibt es zugegebenermaßen auch einige zähe Verläufe, die viel Geduld erfordern und bei denen der Diagnostikprozess und die Behandlung länger dauern und nichts überstürzt werden sollte. Bei sehr **komplexen psychiatrischen Krankheitsbildern** wird eine ausschließlich medikamentöse Einstellung mit einer einfachen Psychoedukation scheitern. Eine breit aufgestellte Strategie ist hier nötig, die alles anbietet, was eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bieten kann. Stationäre Einrichtungen sind teilweise schon vorhanden, die ADHS auch innerhalb einer komplexen Erkrankung behandeln können

10. Weitere Therapien und Interventionen

Es sollte keine ADHS-Therapie ohne Sport geben; **Sport ist „das 2. Medikament“**. Bei Sportlern ist es allerdings häufig auch so, dass sie in eine Krise kommen, wenn sie mit dem Training aufhören; dies kann in einen schädlicheren Stimulationsversuch mit Substanzen führen.

Ebenfalls sehr wichtig und unverzichtbar ist die **Integration des Patienten in eine Selbsthilfegruppe**. Hier kann der Betroffene erstaunt feststellen, dass die anderen ähnliche Probleme haben und ADHS eine erfolgreich behandelbare Störung ist. Auch die **Lotsenfunktion durch den Mediziner-Dschungel** wird durch die Vereine geleistet. Über Beratungstelefone und Treffen in der Gruppe werden Psychoedukation und Aufklärung betrieben, die unersetzlich sind. Nicht selten werden Fehlinformationen durch Behandler und Experten korrigiert. Es besteht ein großer, selbst erarbeiteter Wissenspool bei den Aktiven in der SHG-Bewegung. Zu nennen sind u. a. *ADHS Deutschland e. V.*¹⁰¹ sowie *Juvenus. Vereinigung zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungsschwächen e. V.*¹⁰².

Psychoedukation, psychotherapeutische Verfahren, Coaching: Um ADHS und die komorbiden Störungen vertieft angehen zu können, sollten außerdem psychotherapeutische Verfahren angewendet werden, die meiner Einschätzung nach meistens zuerst einen Aufbau der exekutiven Fähigkeiten durch eine Therapie mit Stimulanzien benötigen. Von der vorherigen Medikationseinstellung profitieren außerdem Gruppentherapien, Coachings oder Skill-Trainings wesentlich. Einen besonders gelungenen Vortrag zu Psycho-

¹⁰¹ Selbsthilfverein ADHS-Deutschland: <http://www.adhs-deutschland.de/Home.aspx>

¹⁰² Selbsthilfverein Juvenus: <https://www.juvenus.de/start.html>

edukation und Coaching finden Sie in R. D' Amelios und E. Steinbachs *Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter*¹⁰³.

Problematischer, aber umso notwendiger ist die Therapie im Suchtbereich, da die Substanzen als Selbstmedikation zur (teilweise erfolgreichen) Selbsttherapie eingesetzt werden. Es gibt aber erfolgreiche Konzepte, wie sie z. B. im *Psychiatrischen Krankenhaus Rickling* durchgeführt oder von Monika Riedinger in ihrem Buch *ADHS und Sucht im Erwachsenenalter (Sucht: Risiken - Formen - Interventionen)* vorgestellt werden¹⁰⁴. Auch der Vortrag *ADHS bei Suchterkrankungen – Diagnose und Behandlung* von Prof. Dr. Martin Ohlmeier vom Klinikum Kassel ist dazu sehr aufschlussreich¹⁰⁵.

Während der Therapie ist es zur Steigerung des Selbstwerts wichtig, immer wieder zu betonen, **welch faszinierenden Seiten ADHSler haben**. Es sind häufig die Junggebliebenen, die kreativ-künstlerisch Veranlagten (Künstler, Musiker etc.), die Neugierig-Intelligenten, die immer Suchenden, die sich für andere manchmal zu viel und trotz eigener Schicksalsschläge) einsetzen, die anderen - bei den Problemen erfolgreich helfen, bei denen sie selbst häufig scheitern.

11. Take-Home-Message

Folgende Hindernisse in der ADHS-Diagnostik habe ich vermutet und will diese durch die Anleitung überwinden helfen:

- a) Sie sind untrainiert, haben keine Mustererkennung der Grundsymptomatik. Die ADHSler sitzen alle vor einem und man sollte jetzt den grünen Frosch unter den grünen Fröschen erkennen.
- b) Die einzelnen ADHS-Symptome sind unspezifisch und kommen auch in der Normalbevölkerung vor oder bei anderen Erkrankungen.
- c) Völlig verschiedene Persönlichkeitstypen können ADHS haben. ADHS zeigt sich in diesen Menschen also sehr verschieden und dies verwirrt.
- d) ADHS-Symptome sind extrem situationsvariabel und können unter bestimmten Bedingungen „verschwinden“ oder stärker hervortreten, je nach Situation oder Lebensphase.
- e) Bisher hatte man keine Zeit oder Motivation gehabt, sich mit der ADHS-Diagnostik auseinanderzusetzen.
- f) Die routinierten Handlungsabläufe in der Diagnostik waren unklar.

¹⁰³ Neurozentrum des Universitätsklinikums des Saarlandes, Homburg / Saar; http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/WorkshopPsychoedukationCoachingADHS.pdf

Eine Publikation zu Selbsthilfestrategien und Skills ist folgender Titel: Roberto D'Amelio / Wolfgang Retz / Alexandra Philipsen / Michael Rösler: *ADHS im Erwachsenenalter: Strategien und Hilfen für die Alltagsbewältigung*, Kohlhammer 2016 https://www.amazon.de/ADHS-Erwachsenenalter-Strategien-Hilfen-Alltagsbewältigung/dp/3170211714/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1542538664&sr=8-1&keywords=retz+adhs

Auch Lidia Zylowska und Daniel Siegel (Vorwort) beschäftigen sich mit dem Thema: *The Mindfulness Prescription for Adult ADHD: An 8-Step Program for Strengthening Attention, Managing Emotions, and Achieving Your Goals*

https://www.amazon.de/Mindfulness-Prescription-Adult-ADHD-Strengthening/dp/1590308476/ref=sr_1_fkmr0_1?ie=UTF8&qid=1542660828&sr=8-1-fkmr0&keywords=mindfulness+prescription+adhd

¹⁰⁴ Monika Riedinger: *ADHS und Sucht im Erwachsenenalter*, Kohlhammer 2016; https://www.amazon.de/ADHS-Sucht-Erwachsenenalter-Risiken-Interventionen/dp/3170239384/ref=sr_1_fkmr1_1?ie=UTF8&qid=1548771892&sr=8-1-fkmr1&keywords=riedinger+sucht+adhs

¹⁰⁵ Vortrag vom 27.09.2017, Therapiehof Sottershausen;

http://www.therapie-hof.de/images/therapiehof/downloads/pdf/ADHS_bei_Sucht_Ohlmeier.pdf

Ein **Paradigmenwechsel** verwirrt: Eine neurobiologische Entwicklungsstörung¹⁰⁶ aus der Kindheit soll tatsächlich bei 59 % der Psychatriepatienten vorliegen?¹⁰⁷ Jahrzehnte lang wurde in die bisherige Psychotherapierichtung (z.B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Therapie oder systemische Therapie) „investiert“, nun soll man sich mit exekutiven Funktionen, Neurobiologie und Medikamenten beschäftigen. Psychotherapeuten fühlen sich in ihrem Selbstverständnis angegriffen, wenn sie jetzt Pillen unter die Leute bringen sollen, aber auf sprechende Methoden und Verhaltensänderung trainiert wurden.

Für uns Psychotherapeuten ist es sehr ungewohnt, gezielt auf eine medikamentöse Behandlung hinzuwirken, weil wir lange Jahre mit dem Spruch sozialisiert wurden: „**Psychotherapie statt Pillen**“ oder auch „**Pills make no Skills**“.

Im ADHS-Bereich sollte die therapeutische Beziehung und der gesamte Therapieprozess auf die **regelmäßige und häufig langjährige Einnahme** von Stimulanzien abzielen, zumindest bei mittlerer bis schwerer Ausprägung und starken Beeinträchtigungen. Dazu kommt es aber nur, wenn der Patient individuell über sein ADHS aufgeklärt wird und man ihn vorsichtig zu Akzeptanz und Verständnis seines ADHS führt. Schon die Akzeptanz setzt Kräfte frei: Der Patient kann sich selbst schon etwas anders steuern und der Selbstwert nimmt zu, weil er nicht versagt hat, er hat sich ADHS ja nicht ausgesucht. Kernsymptome werden aber nur medikamentös erreicht. Die Brille wirkt, solange man sie auf der Nase hat.

Die **therapeutische Beziehung** ist auch im ADHS-Bereich zentral. Zuerst ist etwas Zurückhaltung gefordert, der Patient soll sich verstanden fühlen und auch mit seiner Interpretation seines Lebens in Therapie kommen können. In den ersten drei Stunden sollte der Therapeut nicht zu sehr auf die Diagnose ADHS pochen; der Patient braucht Zeit, um die Störung überhaupt zu verstehen und bei sich selbst zu akzeptieren. Wichtig ist aber, dass der Therapeut nach einigen Stunden Festigkeit und Sicherheit vermittelt. Die ADHS-Patienten sind häufig unschlüssig, ambivalent, hinterfragen alles und jedes, sind leicht durch Gegeninformationen zu beeinflussen und kommen nie zu einer Entscheidung.

Wenn Sie selbst unsicher darüber sind, ob ADHS vorliegt, dann stehen Sie dazu (authentisch sein hilft immer bei ADHSlern) und entwickeln mit dem Patienten eine gemeinsame Strategie, um mehr Diagnose-Sicherheit zu bekommen, z. B. indem Sie alles erneut aufrollen, Angehörige befragen, alte Zeugnisse noch einmal lesen und indem der Patient Aufklärungsvideos ansieht, zur Selbsthilfegruppe geht usw. Man kann auch zusätzlich eine Institutsambulanz einschalten und eine 2. Meinung einholen. Das Verwerfen der Diagnose aus Unsicherheit heraus kann großen Schaden anrichten; die Patienten bleiben dann in der Drehtürpsychiatrie gefangen.

Steht die Diagnose fest, so ist es wichtig, dass Sie ab einem bestimmten Zeitpunkt sicher vertreten, dass ADHS vorliegt und eine Therapie mit Stimulanzien hilfreich, nebenwirkungsarm und zentral ist. Der unsichere Patient braucht Ihre Sicherheit zur Orientierung! Der ewig nach Struktur Suchende braucht ihre führende Hand, dazu noch (manchmal) den Vater oder die Mutter, der bzw. die auch einmal ein Auge zudrückt und aus der Patsche hilft!

Kommt es zu keinem Therapieerfolg, liegt es meistens an einer unprofessionellen Medikationseinstellung; oder der Patient erfährt keine kluge Aufklärung, zweifelt an der Diagnose und nimmt nur widerstrebend Medikamente ein. Es gehört sehr **viel psychotherapeutisches Geschick** dazu, den Patienten so zu begleiten, sodass er zu einer selbstbestimmten Therapieentscheidung kommt (*informed consent*), was auch immer heißen kann, dass er (jetzt) auf eine Medikation verzichtet!

¹⁰⁶ Neurobiologie der ADHS:
<https://psychscenehub.com/psychinsights/neurobiology-of-adhd/?fbclid=IwARONWposlUAu06FbeuAJGI9gtqLvnN83qm3omSTttrsCBUWoVYo9QBYIiTU>

¹⁰⁷ Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatry: Data on 12-month prevalence, risk factors and comorbidity, PubMed 2018 (deutsche Studie) 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29490380>

Wenn die Behandlung jedoch richtig angegangen wird, gibt es große Erfolge, wie Sie es als Therapeut oder Arzt sonst in der Psychiatrie und Psychotherapie nicht gewohnt sind. Meiner Einschätzung nach wird ADHS die psychiatrischen Behandlungen stark verändern und nachhaltig verbessern.

Wie weiter oben schon ausgeführt, helfen die Stimulanzien Betroffenen erfolgreicher, am gesamten Leben teilzunehmen und dadurch ein **halbwegs stabiles Selbstwertgefühl** zu bekommen. Wenn es nur um die Konzentrationsprobleme ginge, könnte man ADHS irgendwie „aushalten“, aber der gesamte Mensch ist in allen Lebensbereichen „anders“, gerade die emotionale Selbstregulation ist schwierig, dadurch sind Beziehungen häufig belastet und gefährdet. Die Pille ist häufig der einzige Weg zurück ins Leben, d. h. zu einem angemessenen Maß an Selbstregulation und Selbstachtung. Ich würde deshalb eher von einer „**Selbstachtungs-Pille**“ sprechen und nicht von einer „Lern- und Leistungspille“.

Resümee: Bitte nicht verunsichern lassen: **Bei allem Bemühen in der Differentialdiagnostik** – häufig liegt bei unseren Patienten ADHS auch tatsächlich (zusätzlich) vor, die hohe Prävalenz legt dies schon nahe. Denken Sie an die 59 % aus der Deister-Studie. Das Hauptproblem ist die **Unterdiagnostik**, Patienten haben ein Recht auf eine Behandlung nach dem neuesten Stand der Forschung, die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis ändert sich, die Drehtürpsychiatrie wird seltener!

Durch die hier dargestellte ADHS-Diagnostik lässt sich in **95 % der Fälle** sicher entscheiden, ob ADHS vorliegt, oder nicht! Allenfalls vergisst man einmal eine komorbide Störung zu diagnostizieren, die sich dann aber zwei Stunden später bemerkbar macht. Meiner Einschätzung nach ist die Behandlung etwas schwieriger: Bei 40 % der Fälle ist sie relativ unkompliziert, bei 20 % der Patienten gibt es keinen Therapieerfolg und beim Rest ist die Behandlung kompliziert (mit Mühe kann aber doch ein Therapieerfolg erzielt werden, gerade, wenn schwere komorbide Störungen zusätzlich vorliegen. Zuerst muss die Akzeptanz des Störungsbildes entwickelt werden – bis zur Bereitwilligkeit zu einer Stimulanzien-Therapie kann es dauern.

Wichtig ist der **häufig sukzessive und eher niederfrequente Behandlungsverlauf**: Die Türe sollte immer offenbleiben, gerade auch bei krisenhaften Zuspitzungen sollte der Therapeut schnell verfügbar sein, auch wenn das letzte Gespräch schon ein halbes Jahr zurück liegt. Auch wenn ein erster Behandlungsanlauf ganz scheitert – viele klopfen dann doch später wieder an die Therapeuten-Türe.

Was nicht zu vergessen ist, **dem Behandler selbst tut ADHS auch sehr gut**: Wenn man Abends die Praxis abschließt nimmt man ein befriedigendes Gefühl mit nach Hause, wenn die Therapien gut gelaufen sind.

Ich versuchte, diese Anleitung aus meiner eigenen Erfahrung heraus zu entwickeln. Ich bitte Sie um **Rückmeldungen und Hilfe bei der Fehleranalyse** zu dieser Anleitung, damit die nächste Version des Textes überarbeitet und verbessert werden kann. Hilfreiche Links und Texte zur vertiefenden Lektüre werden auch gerne aufgenommen.

Schicken Sie bitte Rückmeldungen an folgende E-Mail-Adresse: joerg.dreher@googlemail.com

Im Netzforum des DPTV und im Coliquio-Forum (<https://www.coliquio.de/>) kann gern diskutiert und ge-fragt werden. Wer Interesse und Zeit für Diskussionen und Fallbesprechungen hat und dafür eine Online-Plattform - z. B. eine Facebook-Gruppe - gründen möchte, darf sich gern bei mir melden; ich würde mit-machen.

DP Jörg Dreher

Dr. phil. Gabriele Köhl-Dreher

Sofern Sie diese Anleitung als hilfreich erleben, würden wir uns über eine Spende an die ADHS Selbsthilfevereine von z. B. 10 Euro freuen. Verwendungszweck: Spende/Anleitung.

a) ADHS-Deutschland:

<http://www.adhs-deutschland.de/Home/Ueber-uns/Spende/Ihre-Spende.aspx>

b) Juvemus e.V.:

<https://www.juvenus.de/spendenkonto.html>

Buchempfehlungen:

ADHS – heimtückisch bei Frauen. Besonders zu empfehlen !

<https://www.adhs-riedstadt.de/media/71748a84-795b-44f0-b90e-4bcdc2a46da4.pdf>

Das Buch, das ich zur Zeit am meisten empfehle, ist „ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise“ von Thomas Brown:

hier die deutsche Übersetzung:

https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Erwachsenen-Sichtweise/dp/345685854X/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1541171597&sr=8-1&keywords=adhs+thomas+brown

Hier Googlebooks für die US-Version:

https://books.google.de/books?id=AeIdAAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Russel Barkley (2018) Überarbeitetes großes „Handbook ADHD“:

https://www.amazon.com/Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-Fourth-Diagnosis/dp/1462538878/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1546767300&sr=8-1&keywords=russell+barkley+adhd

Hier als Leseprobe verfügbar :

https://books.google.de/books?id=uB5rDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

von Cordula Neuhaus kommt ein Klassiker unter den ADHS-Fachbüchern, kurz und treffend gehalten:

https://www.amazon.de/ADHS-bei-Kindern-Jugendlichen-Erwachsenen/dp/3170305271/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1547220269&sr=8-1&keywords=neuhaus+adhs

Beste US-Broschüre („Must have“) ADHD, Medication and Treatment:

http://winnebagocountycasa.org/file_download/0ca3bbf3-904f-4700-8cb8-6e4f94f91204

S. Groß, C. Figge, S. Matthies, Alexandra Philipsen: *ADHS im Erwachsenenalter Diagnostik und Therapie*:

https://www.karl-jaspers-klinik.de/Bildarchiv/Mediathek/s00115-015-4328-3_Alexandra-Philipsen@karl-jaspers-klinik-de.pdf#_blank

Neuerscheinung (31.3.19): Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung von [Hans-Christoph Steinhausen](#) (Herausgeber), [Manfred Döpfner](#) (Herausgeber), [Martin Holtmann](#) (Herausgeber), [Alexandra Philipsen](#) (Herausgeber), [Aribert Rothenberger](#) (Herausgeber):

https://www.amazon.de/dp/3170348663/ref=cm_sw_r_cp_tai_KGgrCbSAYD4WE

Therapiemanuale:

https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Therapie/Therapie_Erw/Therapiemanuale_Erw.pdf

Hilfreiche Fragebögen und strukturierte Interviews:

DIVA 2.0 Strukturiertes Interview ADHS im Erwachsenenalter (Kostenloser Download)

<http://www.divacenter.eu/content/downloads/german%20diva%202.0.pdf.pdf>

Bald kommt für 10 Euro Diva 5.0: <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx?id=523>

HASE: Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene: (+Wender-Reimherr-Interview)

<https://www.testzentrale.de/shop/homburger-adhs-skalen-fuer-erwachsene.html>

Fragebogen zum Screening Borderline:

https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/DGBS_Materialien/DGBS_Fragebogen.pdf

FETZ: Screening Fragebogen zur Früherkennung von Psychosen (Uni-Köln)

<https://psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/frueherkennungs-und-therapiezentrum-fetz/screening/>

Selbsttest: Psychosefrüherkennung der ZEEB in Bonn:

<http://www.psychose-frueherkennung.de/selbsttest/>

Psychometrische Verfahren:

https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/für_therapeuten/Diagnostik/Deutsche_Diagnostikverfahren.pdf

Beliebter Screening-Kurz-TEST ADHS im Erwachsenenalter: ASRS-V1.1

https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/adhd/6Q_German_final.pdf

Langversion: ASRS-V1.1

http://www.sucht-news.at/content/docs/WHO_adult_ADHD_screener.pdf

Fragebogen über ADHS in der Kindheit: Von den Eltern der erwachsenen Patienten sollte auch ausgefüllt werden (sehr wichtiger Diagnostik-Fragebogen):

<https://www.ag-adhs.de/files/frageboegen/fragebogen-fuer-kinder-mit-verhaltens-und-oder-schulproblemen.pdf>

Screeningfragebogen Praxis Dreher (Diagnostik und Verlaufsdocumentation)

https://drive.google.com/file/d/1zdV3HazclW-JTD4hs1M90leePGUZAmw_/view?usp=drivesdk

Screeningfragebogen bipolare Störung:

https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/DGBS_Materialien/DGBS_Fragebogen.pdf

Hilfreiche Infos Praxisarbeit:

Erklärungsmodelle für Patienten: Aufdosierung der Stimulanzien und Rebound

https://drive.google.com/file/d/1RXJN2kxRiXgL9_OdPyyLs4amyZv_GSIs/view?usp=sharing

<https://drive.google.com/file/d/1CgaHkZLrKWxByNPvjbfPJ7uiOcf0aOU/view?usp=sharing>

<https://drive.google.com/file/d/1gnu-18jaSVL0xqPL4B3cYb1ZpeumdQ7p/view?usp=sharing>

Somatische Abklärung bei ADHS-Abklärung:

https://drive.google.com/file/d/1n3w9YFhAwE0uCAQO9UC_-rFRt_MwK_f-/view?usp=sharing

Umrechnungstabelle Stimulanzien untereinander

https://www.adhspedia.de/wiki/Umrechnungstabelle_Medikamente

Patientenaufklärung ADHS in meiner Praxis:

<https://drive.google.com/file/d/1b2w8tbt4o4QilAwRSwQhwjDcSRPrvA2k/view?usp=sharing>

Beispiel auffällige Grundschulzeugnisse:

<https://drive.google.com/file/d/1ar9m2tJc0LdRyR2YB7qv15wMS9F1Rff8/view?usp=sharing>

Paradoxe Medikamentenwirkung bei ADHS (Ärzteblatt- Info)

[https://www.aerzteblatt.de/archiv/100940/Paradoxe-Reaktion-bei-ADHSNebenwirkungen bei Stimulanzientherapie \(Dr. Helga Simchen\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/100940/Paradoxe-Reaktion-bei-ADHSNebenwirkungen-bei-Stimulanzientherapie-(Dr.-Helga-Simchen))

<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nkz86bSamhYtlotWV94RTA/view?usp=sharing>

KV-Info: Wer darf Stimulanzien verordnen: Wann darf Hausarzt verschreiben ?

<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nkz86bSRFhTRXBFT2Z0dHc/view?usp=sharing>

Fehler in der ADHS-Diagnostik:

https://www.additudemag.com/wp-content/uploads/2017/01/10228_Understand-Conditions_7-biggest-adhd-diagnosis-mistakes-doctors-make.pdf

Leitfaden zur Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter in der neuropsychiatrischen Praxis (als Kopie dem Abschlußbrief der Diagnostik an unerfahrene Ärzte beilegen)

<https://drive.google.com/file/d/0B2aF5nkz86bSQWxYUmNpcFgwUWk3Mmxsak91aHhBUFJmTXNJ/view?usp=sharing>

Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen; Herausgeber: Roberto D'Amelio / Wolfgang Retz / Alexandra Philipsen / Michael Rösler;

https://www.amazon.de/Psychoedukation-Coaching-ADHS-Erwachsenenalter-Angehörigengruppen-ebook/dp/B005DXPWH0/ref=sr_1_2?ie=UTF8&qid=1543485904&sr=8-2&keywords=adhs+damelio

Transitionsbögen (Vordrucke) helfen Kinderärzten die Überweisung zum Erwachsenen-Psychiater einzuleiten:

<https://drive.google.com/file/d/1nNEheef9XBjhoN2CGHwPrdEyzVYuDdx2/view?usp=sharing>

Hilfreiche Links und Portale:

Webinar mit Thomas Brown:

<https://www.additudemag.com/webinar/accurate-adhd-evaluation-diagnosis/>

ADHS-Buch von Piero Rossi:

https://www.adhspedia.de/Downloads/Dokumente/Piero_Rossi_ADHS.pdf

Was ist ADHS ? Videos aus dem Diva-Center:

<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx?id=508>

https://youtu.be/f8yW6HN_ZTM#_blankhttps://youtu.be/hpaC6kqJ1Ao%23_blank

Facebook-Seite: „ADHS Dokumente zum nachschlagen“

<https://www.facebook.com/groups/582440798462322/>

ADHSpedia: Ein Wiki rund um ADHS – sehr zu empfehlen !

<https://www.adhspedia.de/wiki/Hauptseite>

Beste ADHS-Zeitschrift weltweit, auch für Fachleute:

<https://www.additudemag.com/>

Zentrales ADHS-Netz (Forschungsverbund, Regionale Netzwerke)

<https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/forschung.html>

Europaweites ADHS-Netzwerk(Forschung) (Mind the Gap)
<https://mind-the-gap.live/>

ADHS-Ausweis von ADHSpedia:
<https://www.adhspedia.de/wiki/ADHS-Ausweis>

Informationen aus dem Youtube-kanal zu ADHS aus meiner Praxis:

a) Youtube-Kanal Praxis Dreher

https://www.youtube.com/playlist?list=PLeX6cbwi5X_gB8AUBGWyDjVayjh2t-mTF#_blank

Haftungsausschluss

Die Richtigkeit der von mir verlinkten Vorträge und Videos kann ich nicht garantieren und lehne deshalb eine mögliche Haftung ab. Die Angaben zur medikamentösen Behandlung erfolgen aufgrund persönlicher Erfahrungen und den Informationen von Krause und Krause in "ADHS im Erwachsenenalter: Symptome, Differentialdiagnose, Therapie", aktuelle Auflage. Sie haben keinen rechtlichen Empfehlungscharakter. **Die medikamentöse Behandlung kann nur durch einen Arzt mit psychiatrischer Behandlungskompetenz erfolgen**, entsprechend den Arzneimittelrichtlinien (AM-RL) bei Stimulantienverordnung.