Oberberg
Fachklinik Fasanenkiez Berlin

ADHS über die Altersspanne

ADHS von Kindheit über Adoleszent zum Erwachsenenalter

Dr. med. Roland Burghardt
Chefarzt und Cluster Medical Lead

Oberberg
Fachklinik Fasanenkiez Berlin
Oberberg
Empfang

LG

OPEN-STAFF
MO + DO
DI + FR
FRÜHSTÜCK
MITTAGESS
ABENDESSE
1 Ash 13:30 Emma
2 Lu 13:34 Alva
3 Marie 13:38 Klara
4 Elsa 13:42 James
5 Mila 13:46 Lukas
Charlotte 13:50 Lotta
13:54 MAX
13:58 Emma
ISCHDIEN
Mila
Lukas
Felix
James
Max

Ella
Lychee
JOY
WE ALL
BLEED
THE SAME
COLOUR
You are FANTASTISCH!
Die Welt ist ELEFANTASTISCH!

ADHS über die Altersspanne

Geschichte

WJP World Journal of Psychiatry

Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder

Ref.	Year	Term
Melchior Adam Weikard[39,41]	1775	Attention Deficit ("Mangel der Aufmerksamkeit" or "Attentio Volubilis")
Alexander Crichton[46]	1798	Disease of attention
Benjamin Rush[53]	1812	A syndrome involving inability to focus attention
Charles West[55]	1848	The nervous child
Heinrich Neumann[67]	1859	Hypermetamorphosis
Désiré-Magloire Bourneville[69,70]	1885	Mental instability
Thomas Clifford Albutt[57]	1892	Unstable nervous system
Thomas Smith Clouston[63]	1899	Simple hyperexcitability
George F Still[15]	1902	Abnormal defect of moral control

Kast 2009

Oberberg

Was ist ADHS?

ADHS steht für **A**ufmerksamkeits**d**efizit- / **H**yperaktivitäts**s**törung

ADHS ist charakterisiert durch ein dauerhaftes Auftreten von folgenden Symptomen:[1]

Unaufmerksamkeit

und / oder

Hyperaktivität (motorische Unruhe) / Impulsivität

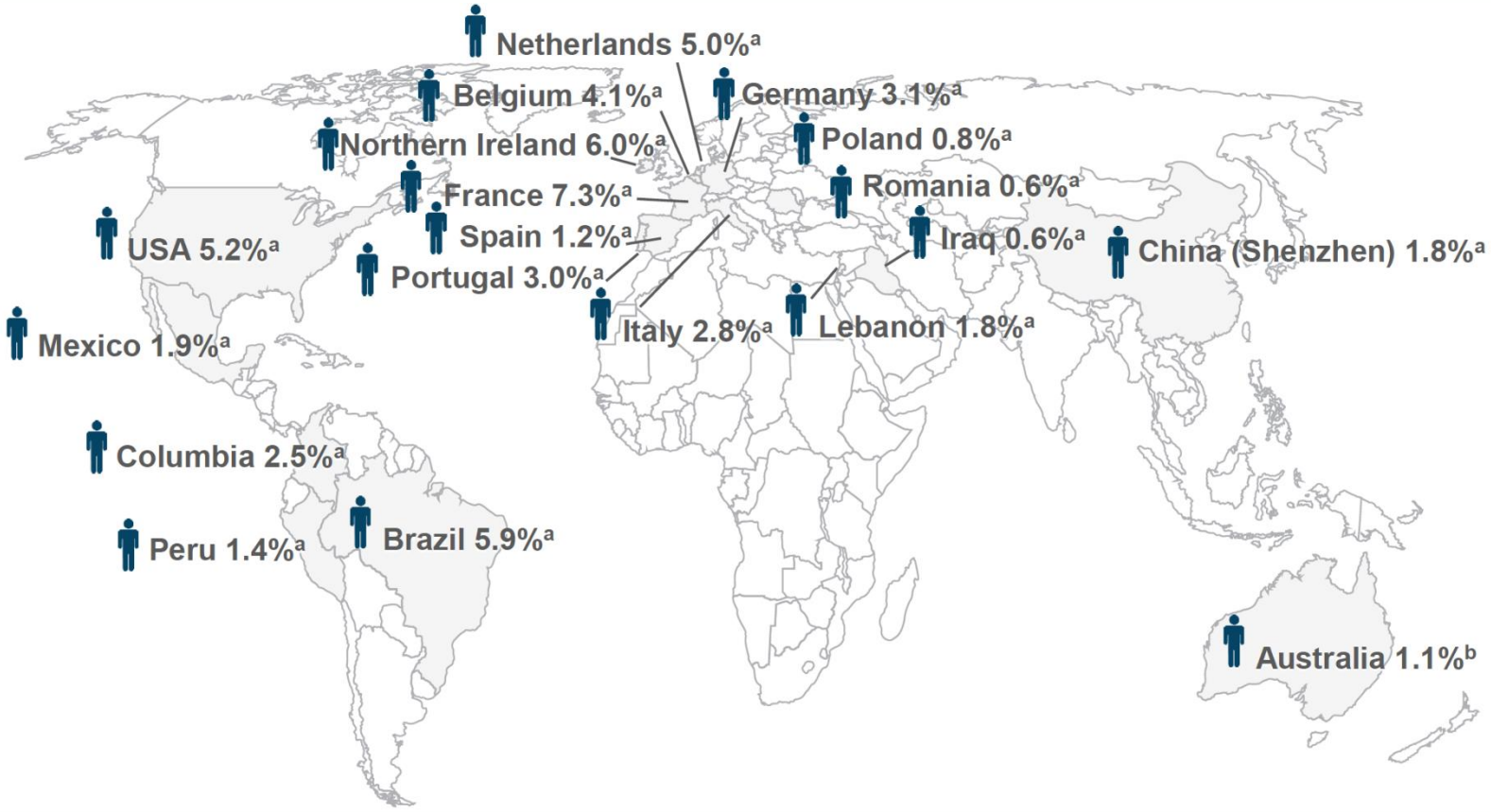
Bei Kindern mit ADHS sind diese Leitsymptome häufiger und ausgeprägter als bei gleichaltrigen gesunden Kindern.

'ADHS' wird durch das "*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association (2013)" definiert.

'Hyperkinetische Störungen' (HKS) werden durch die Kriterien der "International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)" definiert. Das ICD-11 ist erstmals 2018 veröffentlicht aber noch nicht in Anwendung

ADHS und HKS bezeichnen **dieselbe Störung**.

Weltweite Prävalenz der ADHS



Fayyad et al., 2017

Oberberg

Prävalenz von ADHS

Weltweite Prävalenz von ADHS:

Die Prävalenz von ADHS variiert sehr stark.

Geschätztes Verhältnis in der Prävalenz beim männlichen und weiblichen Geschlecht:

2♂ : 1♀ bis 9♂ : 1♀

Bei ungefähr 60 - 85% der Kinder mit ADHS bestehen die Symptome auch noch in der Jugend.

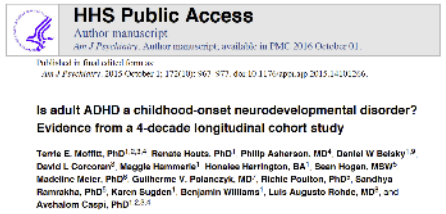
ADHS bei Erwachsenen

ADHS bei Kindern: 3.4%, ADHS bei Erwachsenen: 2.5%

Männer-Frauen-Ratio: 3–4:1 (epidemiologisch); 7-8:1 (klinisch)

Worldwide meta-regression analysis (n=14,081 adults with ADHD): ratio of male:female adults aged ≥19 years with ADHD diagnosis[1]

- Male and female adults with ADHD can present **with similar numbers and clusters of ADHD symptoms** of inattention, impulsivity and hyperactivity[2]



HHS Public Access

Author manuscript

Am J Psychiatry. Author manuscript, available in PMC 2016 October 01.

Published in final edited form as:

Am J Psychiatry. 2015 October 1; 172(10): 967–977. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14010206.

Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a 4-decade longitudinal cohort study

Terrie E. Moffitt, PhD[1,2,3,4], Renate Houts, PhD[1], Philip Asherson, MD[4], Daniel W Belsky[1,9], David L. Corcoran[2], Maggie Hammerle[1], Honalee Harrington, BA[1], Sean Hogan, MSW[2], Madeline Meier, PhD[6], Guilherme V. Polanczyk, MD[7], Richie Poulton, PhD[3], Sandhya Ramrakha, PhD[3], Karen Sugden[1], Benjamin Williams[1], Luis Augusto Rohde, MD[8], and Avshalom Caspi, PhD[1,2,5,4]

BieWillcutt et al., 2012; dermann 2005; Simon 2009; Moffitt 2015; Polanczyk 2015

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

Gemäß DSM-V zeigt ein Kind mit ADHS Symptome aus einigen oder allen drei Leitsymptomkategorien.

Bei Kindern mit ADHS sind diese Leitsymptome häufiger und ausgeprägter als bei gleichaltrigen gesunden Kindern und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus. Sie sind darüber hinaus nicht Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseeligkeit oder Unfähigkeit

Die Symptome bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (zu Hause, Schule/Arbeit, Freunde, Aktivitäten)

Mehrere Symptome treten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf (DSM-IV war noch < 7J)

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

Man unterscheidet (im DSM-V) den aktuellen Schweregrad:

- Leicht: wenige oder keine Symptome als die zur Diagnosestellung erforderlichen, führen nicht zu mehr als geringfügigen Beeinträchtigungen
- Mittel: Ausprägung der Symptome und Beeinträchtigungen liegt zwischen leicht und schwer
- Schwer: die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderlichen, Symptome sind besonders stark ausgeprägt, führen zu erheblichen Funktionseinschränkungen

Teilremission: wenn früher Kriterien vollständig erfüllt worden sind

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (z.B. beginnt Aufgaben, verliert aber schnell den Fokus)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

- Eltern und Lehrer beschreiben Kinder mit ADHS möglicherweise durch deren Symptome der Unaufmerksamkeit:

"Scheint nicht zuzuhören"
"Kann angewiesene Aufgaben nicht zu Ende bringen"
"Tagträumer"
"Verliert häufig seine/ihre Sachen"
"Kann sich nicht konzentrieren"
"Lässt sich leicht ablenken"
"Vermeidet es, Hausaufgaben zu machen"
"Hat Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren"
"Geht von einer nicht zu Ende gebrachten Aufgabe weiter zu einer anderen"
"Macht Flüchtigkeitsfehler"

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

- Kinder mit ADHS haben Schwierigkeiten zu kontrollieren, was sie tun oder sagen:
  - Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
  - Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
  - Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)
- Dieses Verhalten kann durch medizinische Laien als Unreife oder mangelnde Selbstkontrolle interpretiert werden:

"Ungeduldig"
"Unterbricht andere"
"Lässt andere nicht ausreden"
"Spielt den Clown"

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit **Impulsivität** **Hyperaktivität (motorische Unruhe)**

- Kinder mit ADHS haben Probleme, das Ausmaß körperlicher Aktivität der jeweiligen Situation anzupassen.
  - zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
  - steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
  - läuft häufig herum und klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
  - hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich bei Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
  - ist häufig "auf dem Sprung" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben„ redet häufig übermäßig viel

Symptome von ADHS

3 Leitsymptome von ADHS:

Unaufmerksamkeit Impulsivität Hyperaktivität

- Eltern und Lehrer beschreiben Kinder mit ADHS möglicherweise durch deren Symptome der motorischen Unruhe:

"Immer auf Achse"
"Verhält sich wie aufgedreht"
"Turnt übermäßig herum"
"Kann nicht still sitzen"
"Redet, ohne Luft zu holen"
"Ist aus der Tür heraus, bevor der Mantel angezogen ist"

Symptome von ADHS

Diagnosen zu ADHS:

DSM-V ICD-10 ICD-11

ADHS vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild (ADHD-PI)

ADHS vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild (ADHS-PHI)

Gemischtes Erscheinungsbild (unaufmerksam und hyperaktiv-impulsiv) (ADHD-C)

Symptome von ADHS

Diagnosen zu ADHS:

DSM-V ICD-10 ICD-11

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
Aufmerksamkeitsdefizit bei hyperaktivem Syndrom / Hyperaktivitätsstörung / Störung mit Hyperaktivität
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
Hyperkinetische Störung verbunden mit Störung des Sozialverhaltens
F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
Hyperkinetische Reaktion der Kindheit oder des Jugendalters o.n.A. / Hyperkinetisches Syndrom o.n.A.
F98.8(0) Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

Symptome von ADHS

Diagnosen zu ADHS:

DSM-V ICD-10 **ICD-11**

Neurodevelopmental disorders

6A05.0 Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive presentation

6A05.1 predominantly hyperactive-impulsive presentation

6A05.2 combined presentation

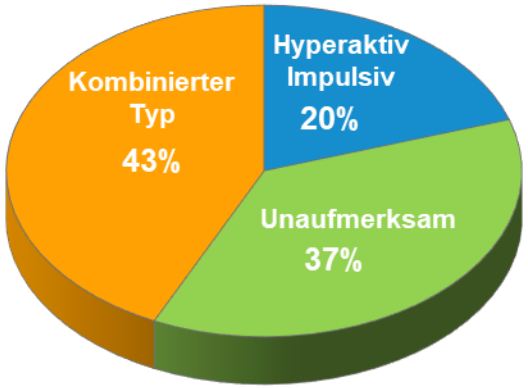
6A05.Y other specified presentation

6A05.Z presentation unspecified

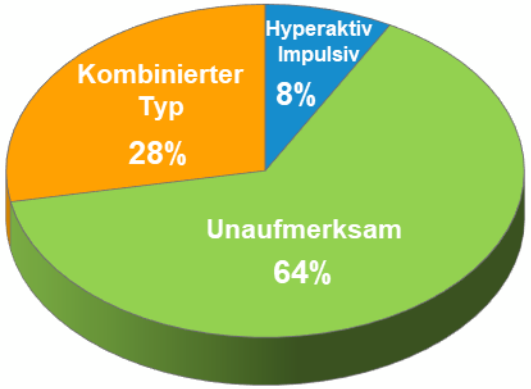
ADHS über die Altersspanne

Verteilung der ADHS-Subtypen vom Kindesalter zum Jugendalter

Kindesalter
retrospektiv, Ø 5,5 Jahre zum Zeitpunkt der Erstdiagnose



Jugendalter
16 - 18 Jahre



- Die Prävalenz des unaufmerksamen Subtyps steigt deutlich an, die Subtypen hyperaktiv-impulsiv und kombiniert nehmen ab[1]

1. Modifiziert nach Hurtig T et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(12) 1605 - 1613

Wender-Utah-Kriterien

Kriterium	Symptome
Aufmerksamkeitsstörung	Unvermögen, Gesprächen zu folgen; Ablenkbarkeit; Schwierigkeiten, sich auf Schriftliches zu konzentrieren; Vergesslichkeit; häufiges Verlieren von Gegenständen
Motorische Hyperaktivität	Gefühl innerer Unruhe; Unfähigkeit, sich zu entspannen, oder sitzende Tätigkeiten durchzuhalten; dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität
Affektlabilität	Häufige und schnelle Stimmungswechsel innerhalb von Stunden und Tagen
Desorganisiertes Verhalten	Unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten im Bereich Arbeit, Schule oder Haushalt; planloses Wechseln von einer Aufgabe zur nächsten ohne, dass eine Aufgabe tatsächlich abgeschlossen wurde; Probleme beim Zeitmanagement
Affektkontrolle	Permanente Reizbarkeit; geringe Frustrationstoleranz; Wutausbrüche
Impulsivität	Dazwischenreden; Ungeduld; kaum überdachte Handlungen
Emotionale Überreagibilität	Kein adäquater Umgang mit alltäglichen Stressoren; überschießende oder ängstliche Reaktion

- **Die Diagnose wird nach den Utah-Kriterien gestellt wenn: 1. und 2. plus zwei Kriterien aus 3. bis 7. erfüllt sind.**
- **Stärkere Berücksichtigung der Stimmungsschwankungen**
- **Beschreibung an Symptomatik im Erwachsenenalter orientert**

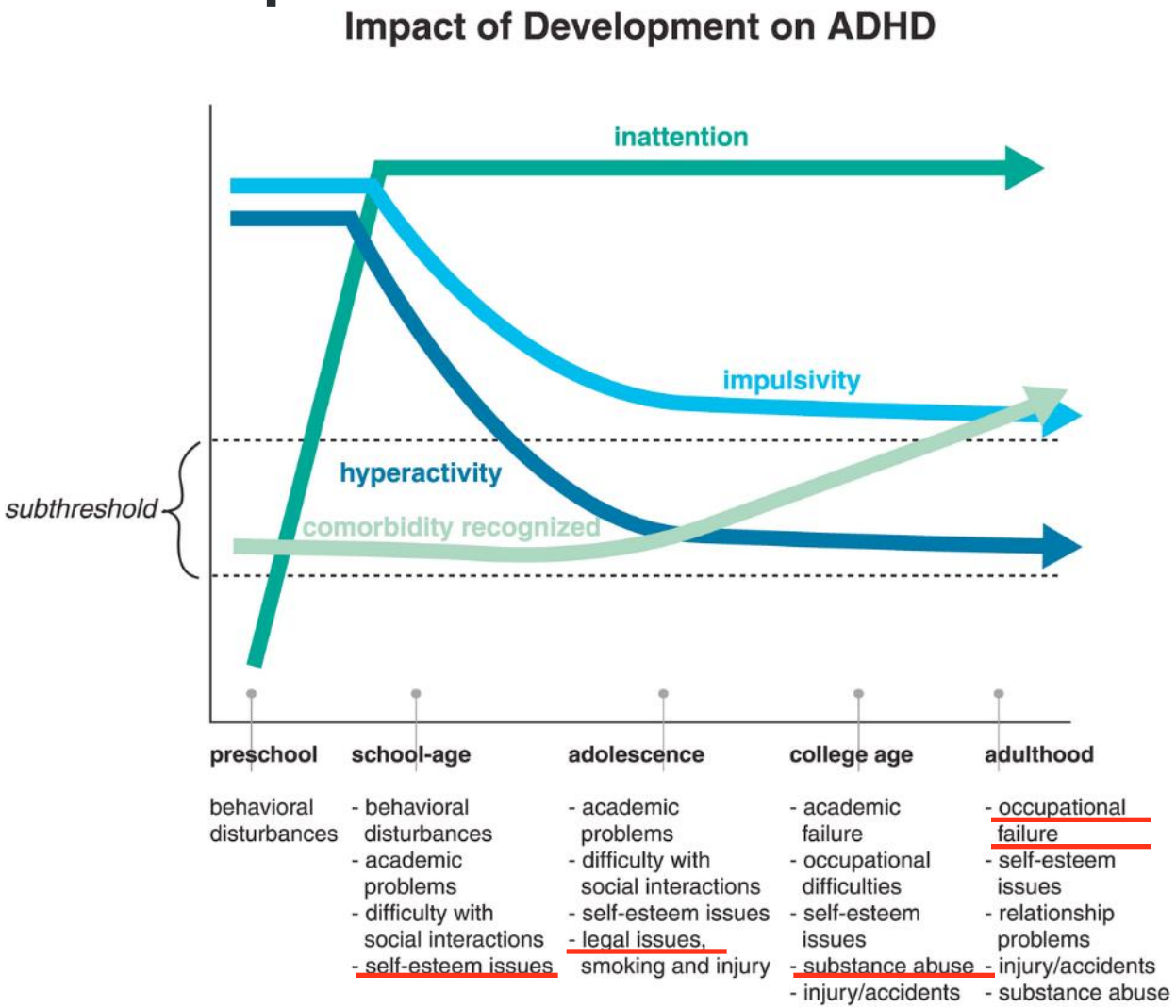
Groß 2015; Wender 1995

Symptomatik – Unterschiede über die Lebensspanne

	Childhood	Adulthood
Inattention	Difficulty sustaining attention	Difficulty sustaining attention
	Fails to pay attention to details	Makes careless errors
	Appears not to listen	Easily distracted/forgetful
	Lacks follow through	Poor concentration
	Cannot organize	Hard to finish tasks
	Loses important items	Disorganized/misplaces items
Hyperactivity	Squirming, fidgeting	Inefficiencies at work
	Cannot stay seated	Internal restlessness
	Cannot wait turn	Difficulty sitting through meetings
	Runs/climbs excessively	Works more than one job
	"On the go"/driven by motor	Self-selects very active job
	Talks excessively	Overwhelmed/talks excessively
Impulsivity	Blurts out answers	Impulsive job changes
	Cannot wait in line	Drives too fast
	Intrudes/interrupts others	Interrupts other/easily frustrated

aus Stahl online, 2016

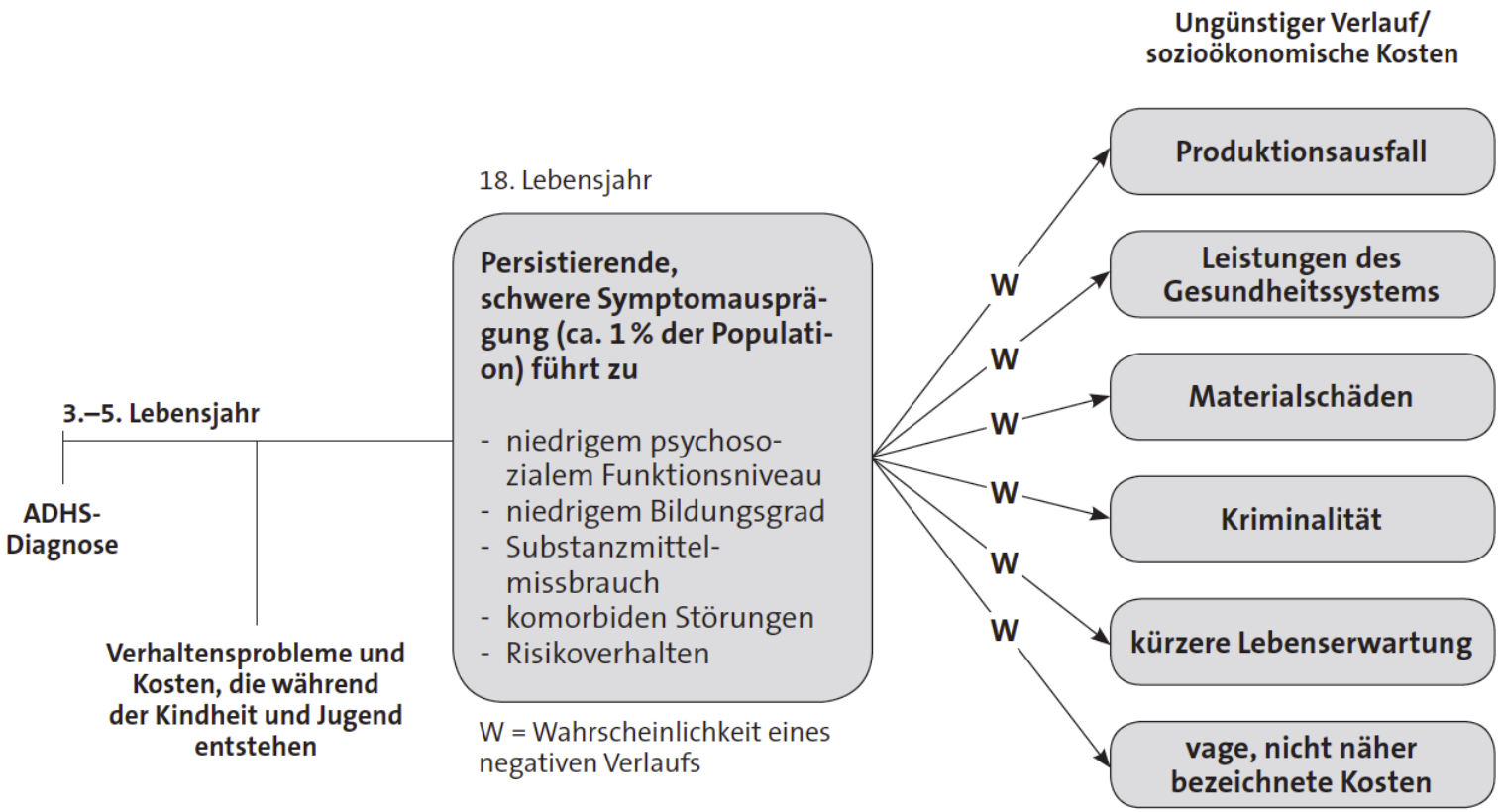
Symptomatik – Unterschiede über die Lebensspanne



Stahl online, 2016

Oberberg

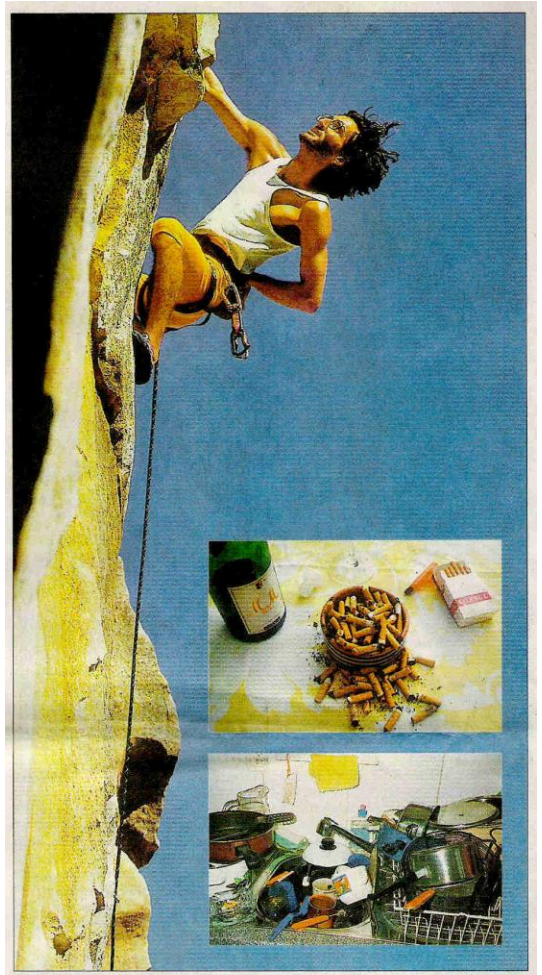
Symptomatik – Unterschiede über die Lebensspanne



aus Schmidt 2011, nach Bernfort 2011

ADHS über die Altersspanne

Züricher Sonntagszeitung



Schwierige Diagnose: Extremsportler, Drogenkonsumenten und Küchen-Chaotiker könnten an ADHS leiden FOTOS: PHILIPPE ROULET/KEYSTONE, RENÉ MAIER/EX-PRESS, USCHI KURMANN

28. SEPTEMBER 2003 **Medizin**

Der Zappelphilipp wird zum Extremsportler

Mit dem Erwachsenwerden ändern sich die Symptome

KINDER MIT ADHS ...	ERWACHSENE MIT ADHS ...
... haben Schwierigkeiten, sich längere Zeit auf eine Aufgabe oder ein Spiel zu konzentrieren	... lassen sich schnell von langweiligen Aufgaben wie Routinearbeiten ablenken; der Haushalt versinkt im Chaos
... beachten häufig Einzelheiten nicht oder machen Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten	... können sich nicht an Handlungen erinnern, vergessen etwa, wo sie ihre Schlüssel hingelegt haben; Arbeitsaufträge werden nicht zu Ende angehört oder gelesen
... können kaum ruhig spielen oder sich in Ruhe mit Freizeitaktivitäten beschäftigen	... mögen Sportarten, die mit Risiken verbunden sind, wie Bungee Jumping oder Motorradfahren. Die extremen Reizsituationen werden als angenehm erlebt
... laufen oder klettern in unpassenden Situationen oft exzessiv herum	... wählen oft Berufe, in denen sie sich bewegen können. Sie haben häufig Aussendienstposten und verzichten ungern auf ihr Handy als weitere Reizquelle
... reden übermässig viel	... sprechen oft schnell und undeutlich und werden als aggressiv erlebt; Gesprächspartner kommen kaum zu Wort

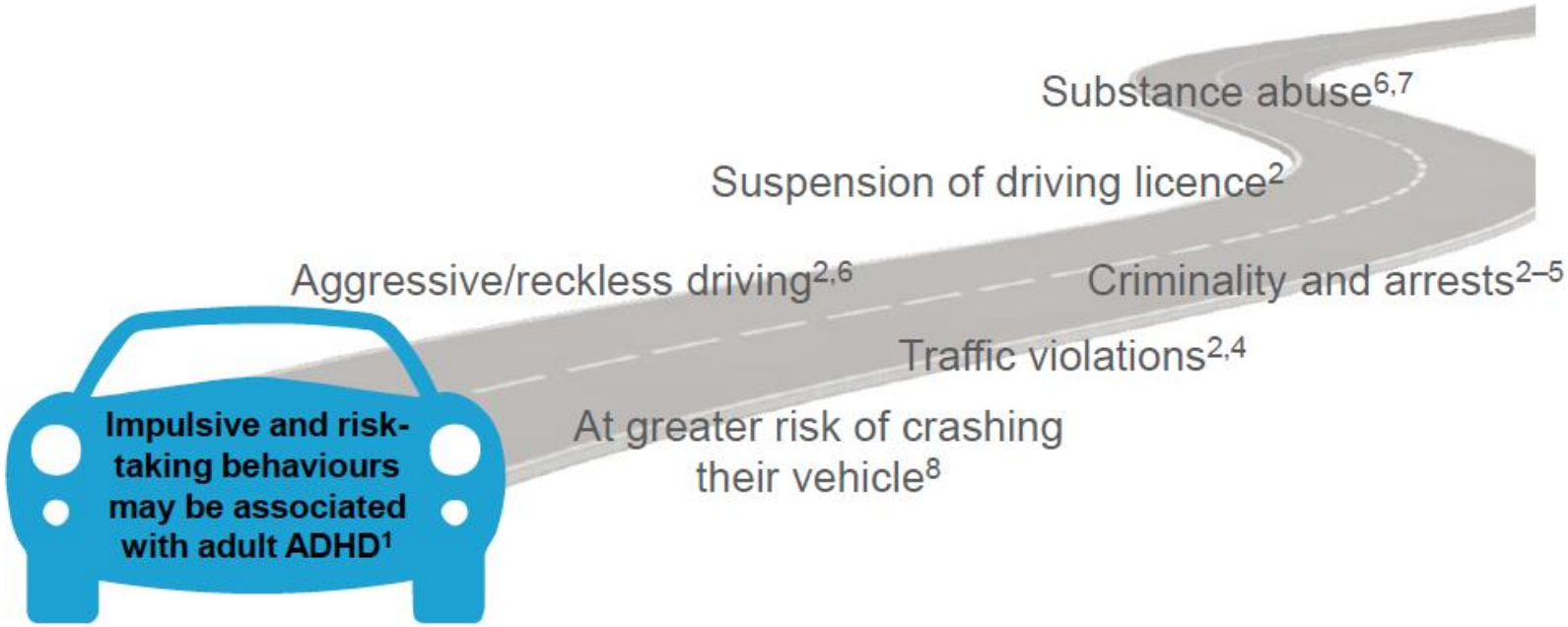
Symptomatik im Erwachsenenalter

Aufmerksamkeitsstörung	Impulsives Verhalten	Hyperaktivität
▪ Schlechte Leistungsfähigkeit ▪ Schlechte Auffassungsgabe ▪ Hohe Ablenkbarkeit ▪ Mangelhafte Organisationsfähigkeit ▪ Unfähigkeit, Aufgaben komplett zu bewältigen ▪ Unfähigkeit, sich an Aufgaben zu erinnern ▪ Häufig das Gefühl, an vorzeitigem „Alzheimer“ zu leiden	▪ Häufiger Arbeitsplatzwechsel oder Arbeitsplatzverlust ▪ Unfähigkeit zuzuhören, häufiges Unterbrechen ▪ Impulsives Geldausgeben ▪ Geringe Frustrationstoleranz, leicht reizbar ▪ Rücksichtsloses Fahren ▪ Schwierigkeiten zu Warten ▪ Häufiges Scheitern von Beziehungen	▪ Motorische Unruhe, oft Probleme mit Nägelkauen ▪ Vermeidung von Situationen, in denen man still sitzen muss ▪ Wahl von Berufen mit der Möglichkeit sich zu bewegen ▪ Häufig Risikosport, da die damit verbundene Konzentration gut tut ▪ Ungeduld gegenüber der Langsamkeit anderer

Symptomatik im Erwachsenenalter

Arbeit	Familie	Gesellschaft
▪ Schlechte Leistungsfähigkeit (durch schlechte Auffassungsgabe, hohe Ablenkbarkeit, mangelhafte Organisationsfähigkeit, Unfähigkeit, Aufgaben komplett zu bewältigen) ▪ Signifikant mehr Fehlzeiten bei der Arbeit (4-fach erhöht) ▪ Signifikant häufiger Arbeitsplatzwechsel (3-fach) ▪ 3-fach erhöhtes Kündigungsrisiko ▪ Adaptive Berufswahl reduziert die sonst noch häufigeren Folgen	▪ Signifikant häufiger Beziehungsprobleme mit 3-fach erhöhtem Scheidungsrisiko ▪ Gründe: ▪ **Impulsivität** mit geringer Frustrationstoleranz, Unfähigkeit zuzuhören, häufiges Unterbrechen, erhöhter Reizbarkeit, häufig Wutausbrüche ▪ **Aufmerksamkeitsstörung** mit reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrter Verantwortung für den Partner	▪ Ausgeprägte Probleme mit Freundschaften ▪ 3-fach erhöhtes Unfallrisiko (v.a. Auto) mit 3-fach erhöhten Unfallkosten bei Autounfällen ▪ Häufig Risikosport, da die damit verbundene Konzentration gut tut ▪ Antisoziales Verhalten mit 5-fach erhöhtem Risiko für kriminelles Verhalten (22% Prävalenz bei Inhaftierten)

ADHS und Risikoverhalten



1. American Psychiatric Association 2013; 2. Barkley RA et al 2002; 3. Lichtenstein P, Larsson H 2012; 4. Torgersen T et al 2006;5. Biederman J et al 2006; 6. Brod M et al 2012 (sponsored by Shire); 7. Pi–eiro-Dieguez B et al 2014; 8. Curry AE et al 2017

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Allgemeine Organisation des Haushalts und Zeiteinteilung	• Schwierigkeiten, den Haushalt zu organisieren und das Haus in Ordnung zu halten • Schlechtes Zeitgefühl • Zögert • Routinearbeiten werden nicht angegangen oder nicht zu Ende gebracht • Vergisst häufig Aufgaben, die erledigt werden müssen • Verliert oder verlegt häufig Sachen

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Versorgung der Kinder	• Verliert die Geduld mit den Kindern • Ungeduldig und leicht zu frustrieren • Vergisst wichtige Aufgaben in Hinblick auf die Kinder • Mangelnde Beteiligung an Regeln und deren Einhalten • Mangel an gesundem Urteilsvermögen • Ist impulsiv beim Treffen von Entscheidungen

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Kommunikation und eheliche Beziehung	• Verlässt sich auf den Partner beim Treffen wichtiger Entscheidungen • Ist nicht verfügbar oder unterstützend als Partner • Streitet häufig • Mangelndes Übereinstimmen und gegenseitiges Missverstehen • Hält keine Versprechen • Hat Probleme mit Intimität, Engagement, sexuellen Beziehungen und seine Gefühle auszudrücken

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Arbeit	• Ist schlecht organisiert • Erscheint faul, inkompetent und unflexibel • Hat zwischenmenschliche Schwierigkeiten mit Arbeitskollegen und Kunden • Hat mangelnde Fähigkeiten, Probleme zu lösen und mit ihnen zurechtzukommen

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Umgang mit Geld	• Trägt zu wenig zum Familieneinkommen bei oder kann schlecht mit Geld umgehen

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Umgang mit Gefühlen	• Schnell reizbar • Unberechenbar • Missmutig, unvernünftig • Ungeduldig und leicht zu frustrieren • Niemals ruhig und unfähig zu entspannen

Oberberg

Der Einfluss von ADHS

Patient im Kindesalter

Jugendliche und erwachsene Patienten

Familien der Patienten

Lebens-partner der Patienten

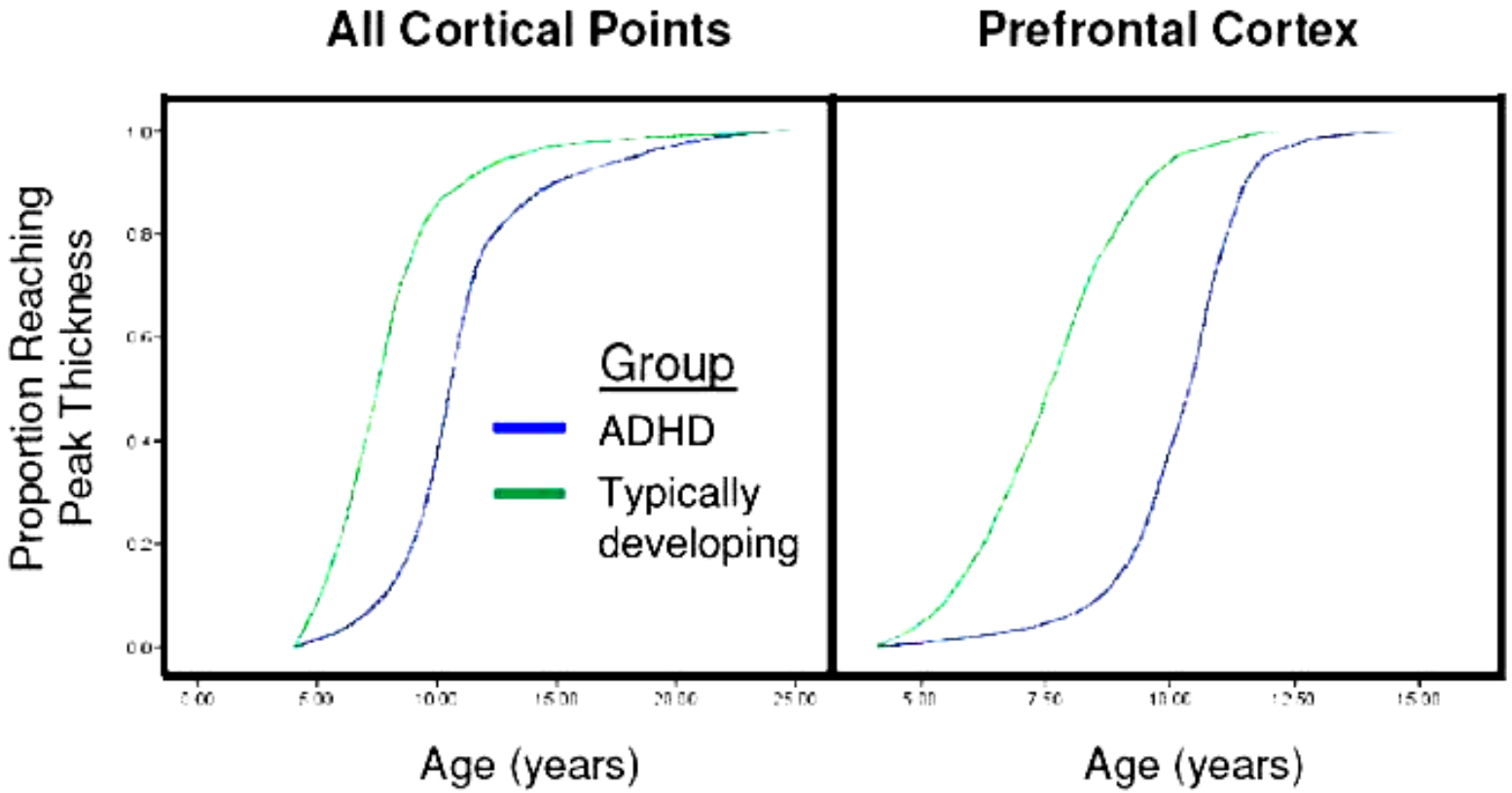
- In einer kleinen Umfrage berichteten 96% der Ehegatten / Lebenspartner von Patienten mit ADHS, dass das Verhalten ihrer Partner ihre eigene Lebensfähigkeit beeinträchtige.
- Beschwerden und Sorgen, die häufig von den Lebenspartnern von Patienten mit ADHS berichtet werden:

Lebensbereich	Art der Beschwerden
• Selbstwertgefühl und Leistungs-fähigkeit	• Mangelndes Selbstvertrauen • Fühlt sich unterlegen und unfähig • Selbstkritisch

Oberberg

ADHS über die Altersspanne

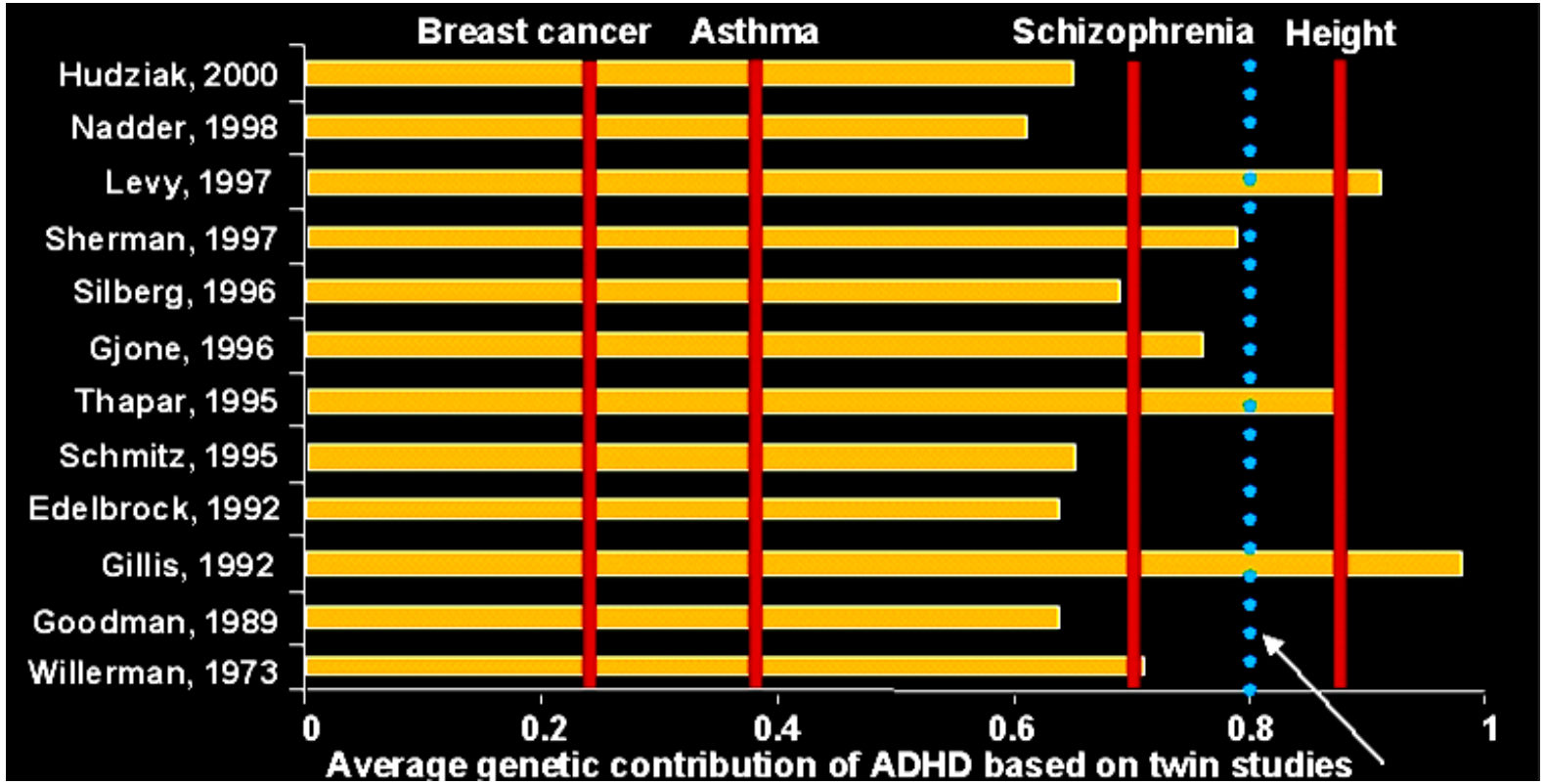
Ätiologie: Gehirnreifung von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter



From Shaw, P. et al. (2007). Proceedings of the National Academy of Sciences, 104, 19649–19654.

ADHS über die Altersspanne

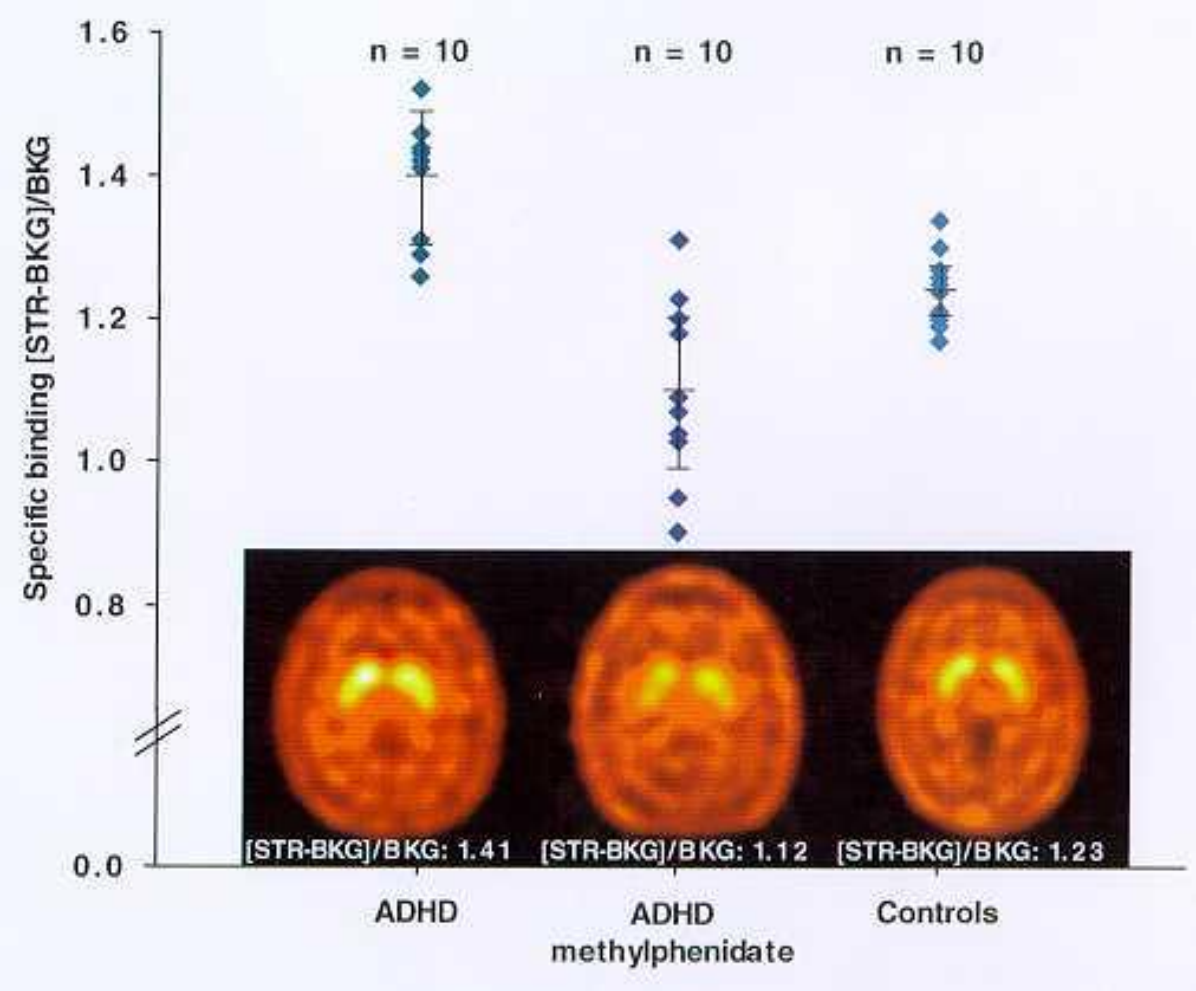
Ätiologie: Twin Studies Show ADHS is a Generic Disorder



Faraone. J Am Acad Child Adolesec Psychiatriy: 2000;39:1455-1457
Hemminki. Mutat Res. 2001;25:11-21
Palmer. Eur Resp J. 2001;17:696-702

ADHS über die Altersspanne

Dopamintransporter bei Erwachsenen mit ADHS



Krause et al. Neurosci Lett 2000; 285: 107-110

ADHS über die Altersspanne

Abfall der Dopamintransporter im Verlauf des Lebens

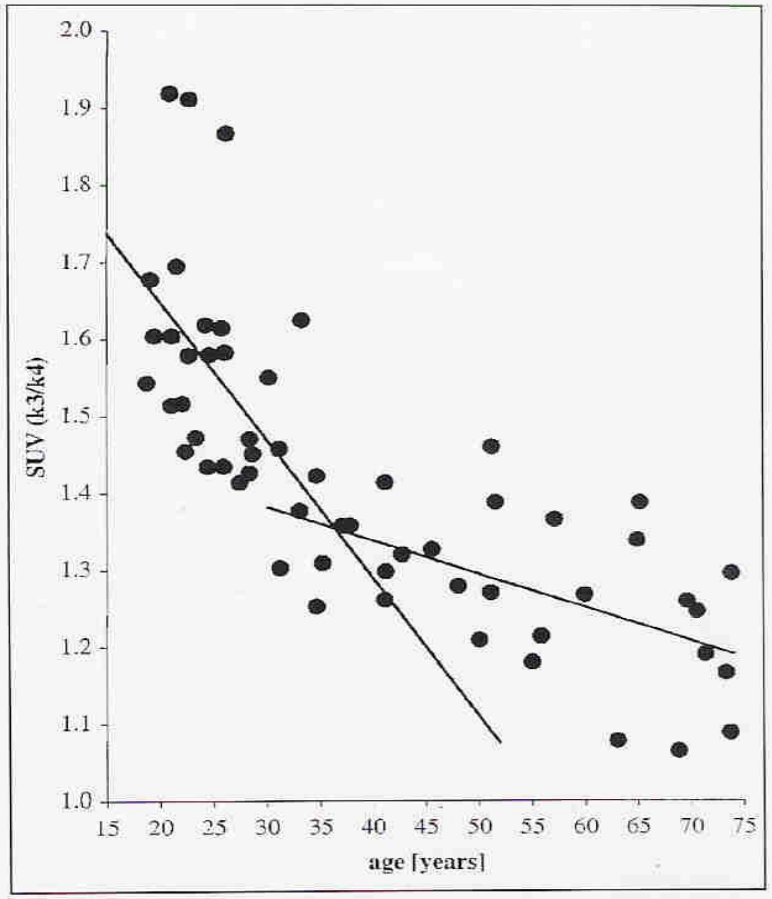


FIGURE 4. Diagram showing age effects. Two lines fit data better than one. SUV = standardized uptake value.

Mozley et al. 1999

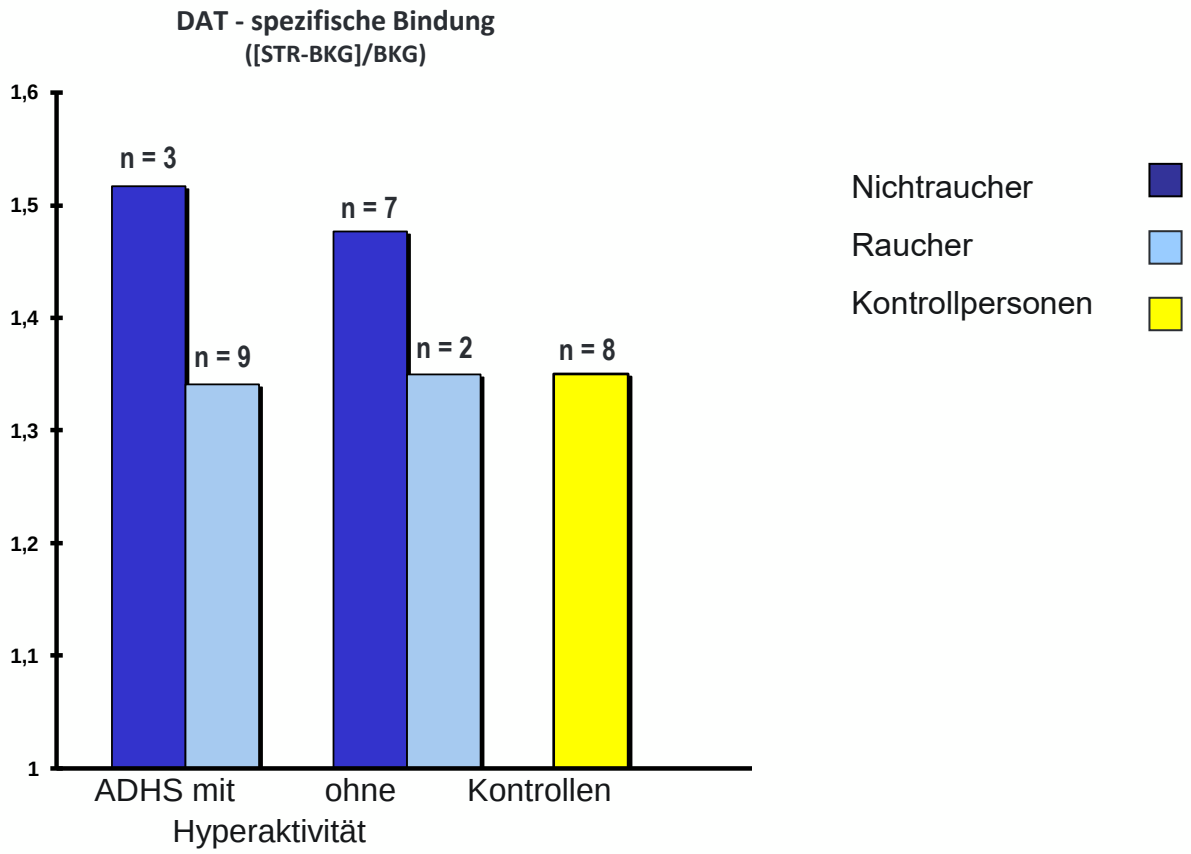
ADHS über die Altersspanne

Das dopaminerge System

- Es wird angenommen, dass bei der ADHS die Verfügbarkeit der Dopamintransporter erhöht ist.
- Allgemein sinkt diese Verfügbarkeit mit zunehmenden Lebensalter.
- Die Stimulanzien (ebenso Nikotin!) reduzieren diese Verfügbarkeit!
- Wegen sinkender Verfügbarkeit der Dopamintransporter muss eine Reduktion der Dosis mit zunehmendem Alter erfolgen!

ADHS über die Altersspanne

Nikotin als Copingmechanismus



Krause et al. Neurosci Biobehav Rev 2003;27: 605-613

ADHS über die Altersspanne

Definition Transition

Unter Transition im engeren Sinne versteht man den absichtsvollen geplanten Übergang von Adoleszenten oder jungen Erwachsenen mit einem chronischen medizinischen Problem von einer kindzentrierten zu einer erwachsenenzentrierten Gesundheitsbetreuung.

Dieser Transfer sollte: patientenzentriert, flexibel, verantwortlich, kontinuierlich, flächendeckend und koordiniert sein.

Thyen, 2010; Crowles et al., 2011

Transition - Steigende Anforderungen im Jugend- und Erwachsenenalter

Identitätsfindung / Persönlichkeitsentwicklung / Definition der eigenen Rolle

Wachsende Bedeutung von Sexualität und Liebe

Höhere Erwartungen an Selbstorganisation und Eigenverantwortung

Eigenständiges Bestehen in erweiterten sozialen Bezügen

Zukunftsplanung / Schulabschluss / Berufsausbildung

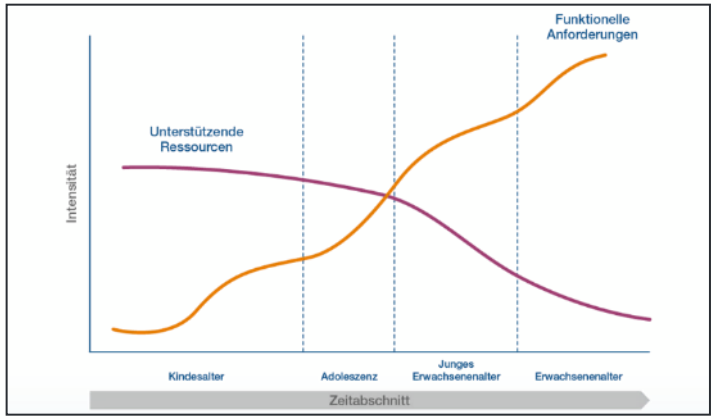
Loslösung vom Elternhaus

Berufsfindung

Wohnortwechsel

Partnerschaft / Familiengründung

...



Nach Turgay A et al. J Clin Psychiatry. 2012 Feb; 73 (2): 192–201

Transition - Abnehmende oder wegfallende Ressourcen

Unterstützung durch Eltern

Feedback und Unterstützung von Lehrern

Schulischer Nachteilsausgleich

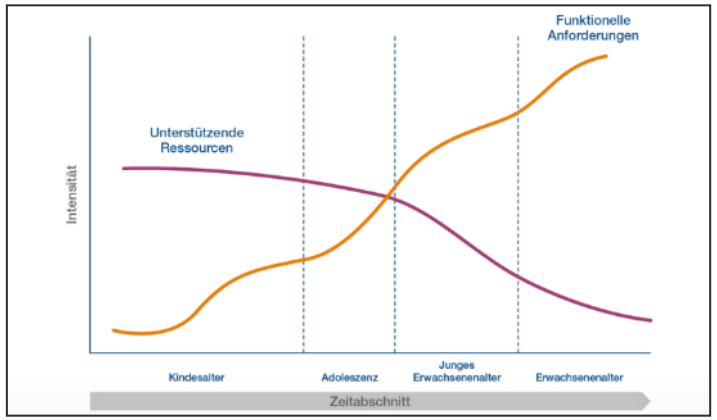
Jugendhilfemaßnahmen

Zeitliche Kapazitäten des behandelnden Arztes

Zusätzliches therapeutisches Personal in der Arztpraxis

...

... vor dem Hintergrund einer gleichzeitig bestehenden biologischen Reifungsverzögerung



Nach Turgay A et al. J Clin Psychiatry. 2012 Feb; 73 (2): 192–201

Oberberg

Transition - Schnittstellenprobleme

Erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Versorgungssegmenten des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters

Risiko höherer Therapieabbruchraten und Behandlungsdiskontinuitäten

Problem der unbehandelten Phase mit Gefahr einer stärkeren Chronifizierung und langfristigem Scheitern

ADHS über die Altersspanne

Wieso **diagnostizieren** und **behandeln**?

Häufige Störung

Relevante Folgen (psychisch, sozial, forensisch)

Auswirkungen auf Selbstbild

Komorbidität (Sucht!)

Suffizient therapierbar

frontiers in Psychiatry

REVIEW
published: 26 November 2015
doi: 10.3389/fpsyt.2015.00168

CrossMark

Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters

*Alaa M. Hamed[1], Aaron J. Kauer[1] and Hanna E. Stevens[1,2]**

[1] Child and Adolescent Psychiatry Division, Department of Psychiatry, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, IA, USA, [2] Neuroscience Program, Pappajohn Biomedical Institute, University of Iowa, Iowa City, IA, USA

Hamed 2015

Oberberg

ADHS über die Altersspanne

Wer sollte eine ADHS-Diagnostik durchführen?

Neue S3 Leitlinie:

- FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und PT
-KJ-PT
-Psychologischer PT mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche
-FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS

- FA für Psychiatrie und PT
- FA für Neurologie
- Facharzt für psychosomatische Medizin oder ärztliche oder Psychologische PT

Oberberg

Welche diagnostischen Maßnahmen sollen routinemäßig eingesetzt werden?

Neue S3 Leitlinie:

- Umfassende strukturierte Exploration
- Verhaltensbeobachtung
- Psychopathologische Beurteilung
- körperliche und neurologische Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes

- *Fragebogenverfahren zur vertieften Exploration der Symptomatik oder koexistierender Symptome*
- *Keine Diagnose (/-ausschluss) ausschließlich auf der Grundlage von psychologischen Tests*
- *Routinemäßige Überprüfung von Laborparametern im Rahmen der ADHS-Diagnostik nicht erforderlich*

Diagnostisches Vorgehen

Psychiatrische Untersuchung, Erfassung d. Komorbidität

Ausschluss organische Ursache

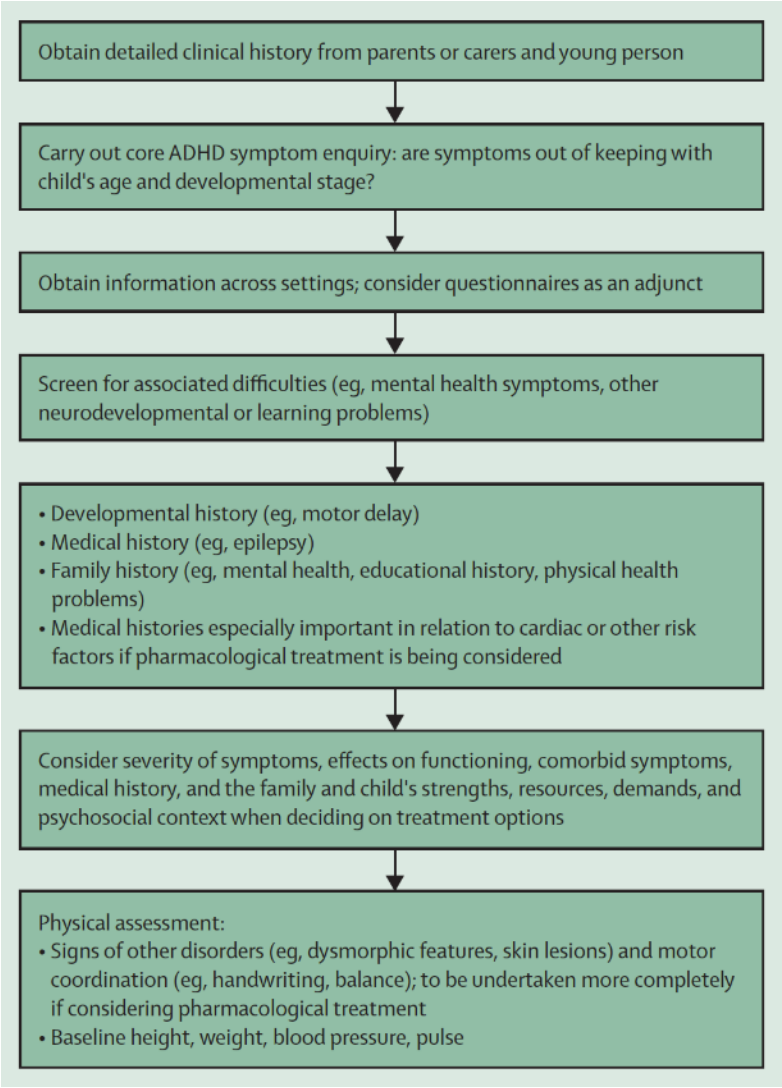
Internistische/neurologische Untersuchung

Fremdanamnese, Familienanamnese, Zeugnisse

ADHS-spezifische Inhalte: z. Bsp. mit Wender-Reimherr-Interview

Einsatz von Selbst- und Fremdratings

Testpsychologische Untersuchung



Thapar 2016

Diagnostisches Vorgehen – Zeugnisse

Bemerkungen zum Arbeits- und Sozialverhalten und zu den Leistungen:

Thomas
und Chem

Bemerkungen zum Arbeits- und Sozialverhalten und zu den Leistungen: Thomas, erfreulich

Bemerkungen zum Arbeits- und Sozialverhalten und zu den Leistungen: Thomas, im letzten Halbjahr ist es Dir leider oft nicht gelungen, Dich an die Regeln des Schullebens zu halten! Durch Deine Unruhe und Unkonzentriertheit störst Du zu oft den Unterricht! In der letzten Zeit hast Du manchmal gezeigt, daß Du aufpassen, abwarten und auch mit-
arbeiten
halten
und m
*
Deine

Bemerkungen zum Arbeits- und Sozialverhalten und zu den Leistungen:

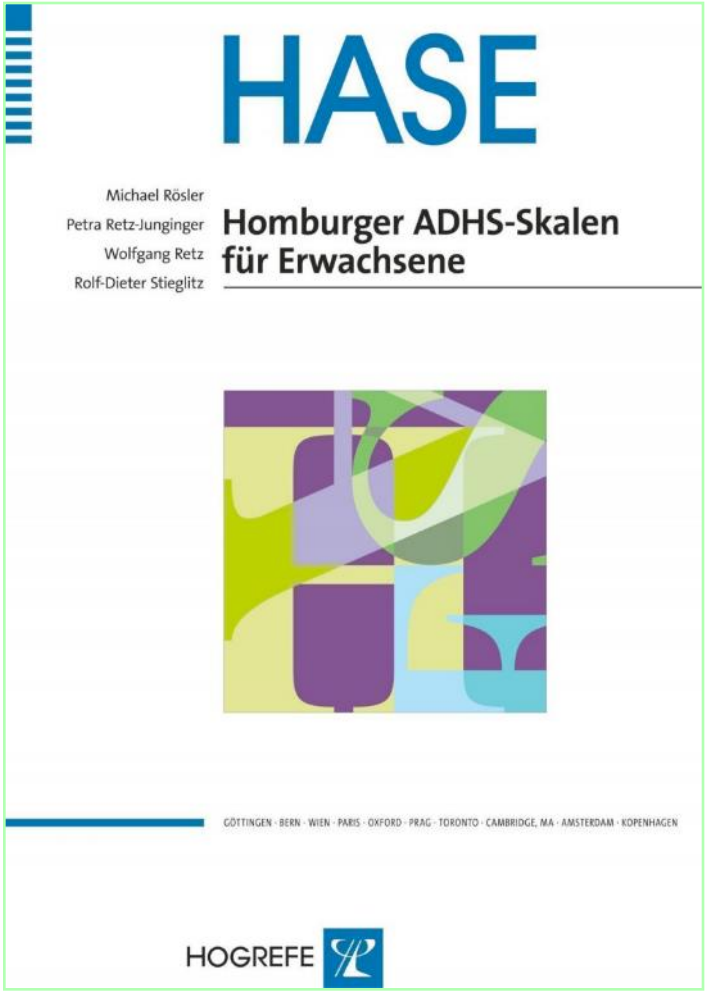
Thomas wurde im Dezember zugeschult.Er beginnt allmählich,Anschluß in der Klasse zu finden.Thomas äußert sich gern mündlich,doch paßt sein Beitrag oft nicht zum Unterrichtsgespräch.Arbeitsaufträge führt Thomas sehr langsam durch.Während der Stunden läßt er sich gern ablenken.Oft scheint Thomas überfordert.
Das Schriftbild ist noch verkrampft und nicht klar in den Formen.Die Buchstaben kennt Thomas,doch es fällt ihm schwer, Wörter zu erlesen,so daß die Leistungen nicht ausreichend sind.
In der Rechtschreibung sind Thomas' Leistungen ebenfalls nicht ausreichend.
In der Mathematik arbeitete Thomas sich erfreulich ein.

Diagnostik – Skalen zur Erfassung einer adulten ADHS

Alter	Klinisches Urteil	Eltern-/Erzieher-/Lehrerurteil	Selbsturteil
3-6	• DCL-ADHS (DISYPS-III) • ILF-EXTERNAL (DISYPS-III)	• FBB-ADHS-V (DISYPS-III) • Conners EC	(entfällt)
6-10		• FBB-ADHS (DISYPS-III)	
11-18			• SBB-ADHS (DISYPS-III)
>18	• ADHS-DC (HASE) • ADHS Interview (IDA) • CAARS-O • WIR (HASE)	(entfällt)	• ADHS-SB (HASE) • ADHS-E • CAARS-S • KATE • WR-SB • WURS-K (HASE)

Aus S3-Leitlinie, ADHS, 2018; Retz 2013

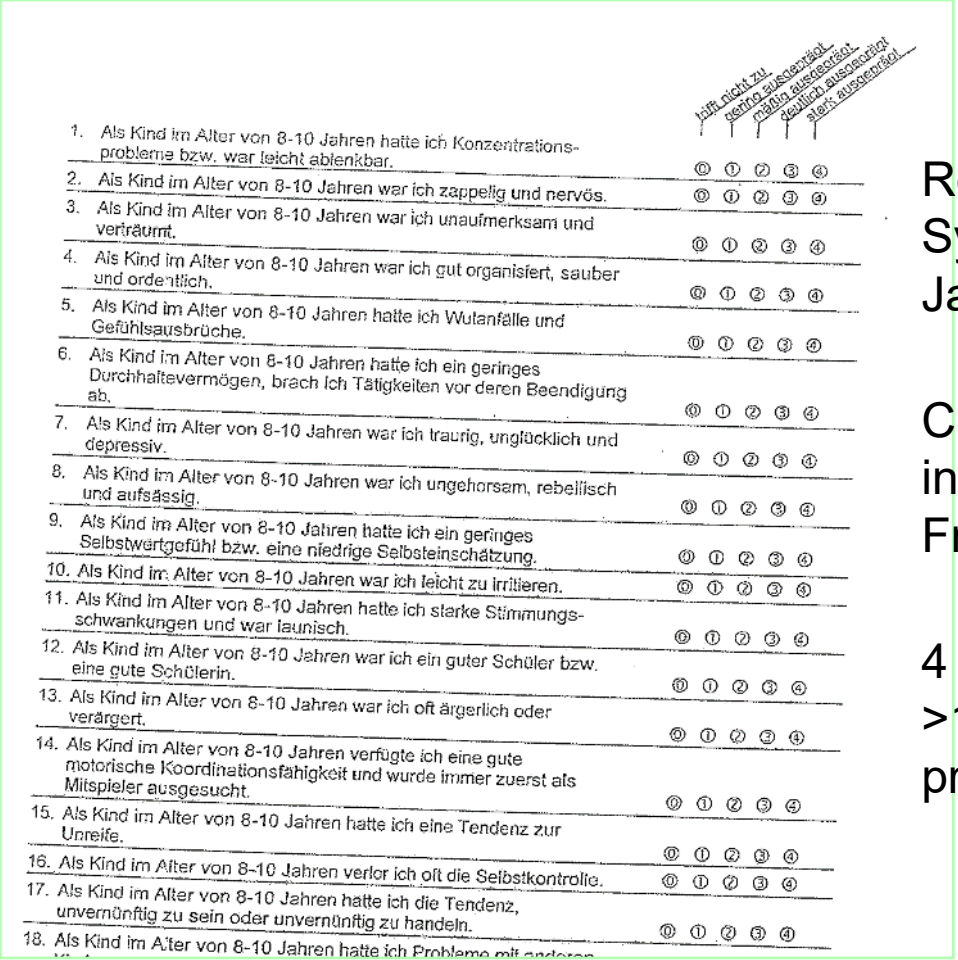
Diagnostik – HASE



WURS-K
(Selbstbeurteilungsskala)
ADHS-SB
(Selbstbeurteilungsskala)
ADHS-DC
(Fremdbeurteilungsskala)
Wender-Reimherr-Interview
(diagnostisches Interview)

Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Diagnostik – WURS-K



	trifft nicht zu	mehrfig ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
1. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	0	1	2	3	4
2. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich zappelig und nervös.	0	1	2	3	4
3. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	0	1	2	3	4
4. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	0	1	2	3	4
5. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	0	1	2	3	4
6. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	0	1	2	3	4
7. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	0	1	2	3	4
8. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	0	1	2	3	4
9. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	0	1	2	3	4
10. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	0	1	2	3	4
11. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	0	1	2	3	4
12. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	0	1	2	3	4
13. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich oft ärgerlich oder verärgert.	0	1	2	3	4
14. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verfügte ich eine gute motorische Koordinationsfähigkeit und wurde immer zuerst als Mitspieler ausgesucht.	0	1	2	3	4
15. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich eine Tendenz zur Unreife.	0	1	2	3	4
16. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verlor ich oft die Selbstkontrolle.	0	1	2	3	4
17. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich die Tendenz, unvernünftig zu sein oder unvernünftig zu handeln.	0	1	2	3	4
18. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Probleme mit anderen					

Retrospektive Erfassung der ADHS-Symptomatik in der Kindheit (8-10 Jahre)

Cut-Off-Wert: 30 (Sensitivität / Spezifität in %: 85/76 bei Männern bzw. 93/92 bei Frauen)

4 Kontrollitems (4-12-14-25); bei Wert >10 Zuverlässigkeit der Antworten prüfen

Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Diagnostik – ADHS-SB

A6 ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) (Rösler et al. 2004)

ADHS-SB

Name: ..... Vorname: .....

Geboren am: ..... Alter: .....

Schulabschluss: ..... Geschlecht: männlich/weiblich

Datum: .....

Nachfolgend finden Sie einige Fragen über Konzentrationsvermögen, Bewegungsbedürfnis und Nervosität. Gemeint ist damit Ihre Situation, wie sie sich gewöhnlich darstellt.

Wenn die Formulierungen auf Sie nicht zutreffen, kreuzen Sie bitte »nicht zutreffend« an. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Aussagen richtig sind, geben Sie bitte an, welche Ausprägung – leicht/mittel/schwer – Ihre Situation am besten beschreibt.

0 trifft nicht zu
1 leicht ausgeprägt (kommt gelegentlich vor)
2 mittel ausgeprägt (kommt oft vor)
3 schwer ausgeprägt (kommt nahezu immer vor)

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus.

Beispiel:

Ich bin unaufmerksam gegenüber Details oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

In diesem Fall ist die 3 (»schwer ausgeprägt«) angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie stark ausgeprägt und nahezu immer Aufmerksamkeitsprobleme haben.

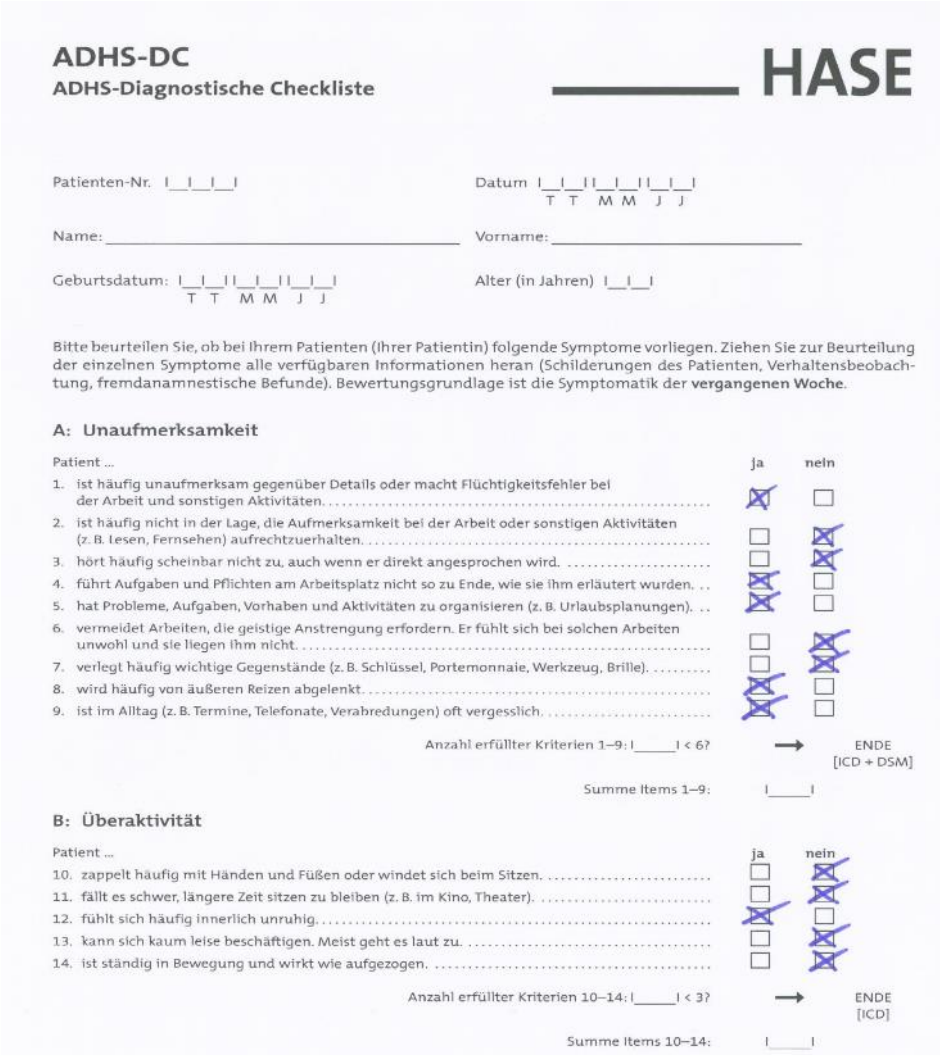
1. Ich bin unaufmerksam gegenüber Details oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z. B. Lesen, Fernsehen, Spiel) fällt es mir schwer, konzentriert durchzuhalten.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Ich höre nicht richtig zu, wenn jemand etwas zu mir sagt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Es fällt mir schwer, Aufgaben am Arbeitsplatz, wie sie mir erklärt wurden, zu erfüllen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Es fällt mir schwer, Projekte, Vorhaben oder Aktivitäten zu organisieren.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008, F. Schneider (Hrsg.) Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Zur Selbsteinschätzung einer ADHS-Symptomatik die 18 Kriterien den Lebensbezügen Erwachsener angepasst und die Formulierungen entsprechend modifiziert.
Im Unterschied zu den dichotomen Bewertungskriterien der ICD-10 oder des DSM-IV, bei denen Merkmale als vorhanden oder nicht vorhanden eingestuft werden, wurde bei der ADHS-SB eine Merkmalsabstufung mit einer Skalierung von 0 bis 3 gewählt (0 = "trifft nicht zu", 1 = "leicht ausgeprägt", 2 = "mittel ausgeprägt", 3 = "schwer ausgeprägt").
Neben einem Gesamtwert werden Summenwerte für die drei Syndrombereiche Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität ermittelt.
Cut-Off-Werte (Sensitivität / Spezifität in %) 10 (88/67) 15 (77/75) 18 (65/92)

Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Diagnostik – ADHS-DC



ADHS-DC
ADHS-Diagnostische Checkliste

HASE

Patienten-Nr. I__I__I__I

Datum I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Alter (in Jahren) I__I__I

Bitte beurteilen Sie, ob bei Ihrem Patienten (Ihrer Patientin) folgende Symptome vorliegen. Ziehen Sie zur Beurteilung der einzelnen Symptome alle verfügbaren Informationen heran (Schilderungen des Patienten, Verhaltensbeobachtung, fremdanamnestische Befunde). Bewertungsgrundlage ist die Symptomatik der **vergangenen Woche**.

A: Unaufmerksamkeit

Patient ...	ja	nein
1. ist häufig unaufmerksam gegenüber Details oder macht Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit und sonstigen Aktivitäten.	☒	☐
2. ist häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z. B. Lesen, Fernsehen) aufrechtzuerhalten.	☐	☒
3. hört häufig scheinbar nicht zu, auch wenn er direkt angesprochen wird.	☐	☒
4. führt Aufgaben und Pflichten am Arbeitsplatz nicht so zu Ende, wie sie ihm erläutert wurden.	☒	☐
5. hat Probleme, Aufgaben, Vorhaben und Aktivitäten zu organisieren (z. B. Urlaubsplanungen).	☒	☐
6. vermeidet Arbeiten, die geistige Anstrengung erfordern. Er fühlt sich bei solchen Arbeiten unwohl und sie liegen ihm nicht.	☐	☒
7. verlegt häufig wichtige Gegenstände (z. B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeug, Brille).	☐	☒
8. wird häufig von äußeren Reizen abgelenkt.	☒	☐
9. ist im Alltag (z. B. Termine, Telefonate, Verabredungen) oft vergesslich.	☒	☐

Anzahl erfüllter Kriterien 1–9: I_____I < 6? → ENDE [ICD + DSM]

Summe Items 1–9: I_____I

B: Überaktivität

Patient ...	ja	nein
10. zappelt häufig mit Händen und Füßen oder windet sich beim Sitzen.	☐	☒
11. fällt es schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z. B. im Kino, Theater).	☐	☒
12. fühlt sich häufig innerlich unruhig.	☒	☐
13. kann sich kaum leise beschäftigen. Meist geht es laut zu.	☐	☒
14. ist ständig in Bewegung und wirkt wie aufgezogen.	☐	☒

Anzahl erfüllter Kriterien 10–14: I_____I < 3? → ENDE [ICD]

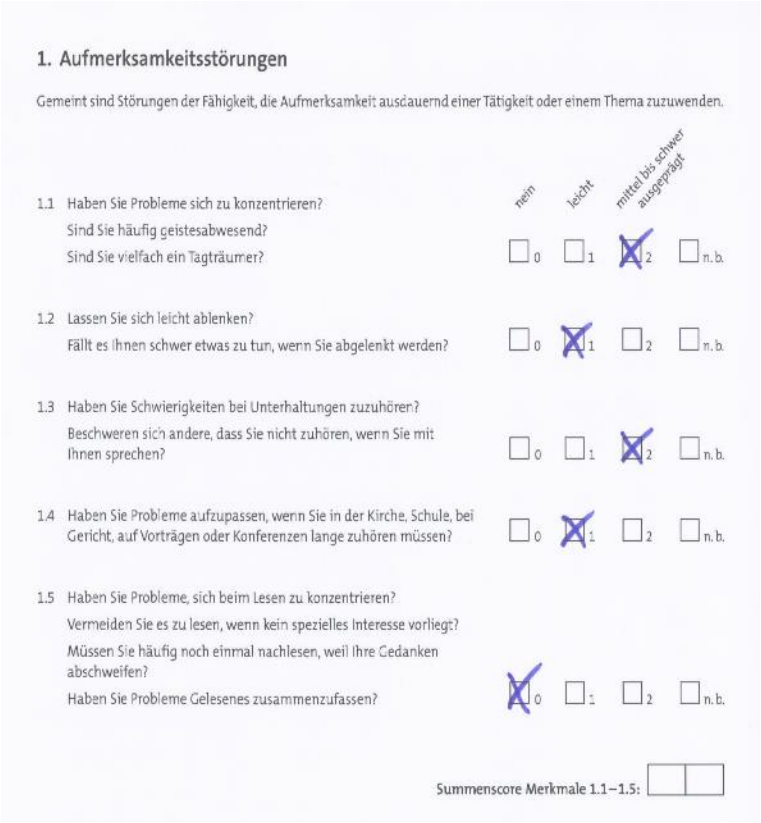
Summe Items 10–14: I_____I

Die ursprünglich für Kinder entwickelten 18 diagnostischen Kriterien wurden für den Einsatz im Erwachsenenalter modifiziert.

In Ergänzung zu den 18 psychopathologischen Merkmalen wurden 4 weitere Kriterien aufgenommen, die sich auf das Alter bei Störungsbeginn, das mit der Symptomatik verbundene Leiden, dessen Generalisierung in verschiedenen Lebensfeldern und auf berufliche Probleme und Kontaktprobleme beziehen.

Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.

Diagnostik – Wender-Reimherr-Interview



1. Aufmerksamkeitsstörungen

Gemeint sind Störungen der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden.

	nein	leicht	mittel bis schwer ausgeprägt	n. b.
1.1 Haben Sie Probleme sich zu konzentrieren? Sind Sie häufig geistesabwesend? Sind Sie vielfach ein Tagträumer?	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ n. b.
1.2 Lassen Sie sich leicht ablenken? Fällt es Ihnen schwer etwas zu tun, wenn Sie abgelenkt werden?	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ n. b.
1.3 Haben Sie Schwierigkeiten bei Unterhaltungen zuzuhören? Beschweren sich andere, dass Sie nicht zuhören, wenn Sie mit Ihnen sprechen?	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ n. b.
1.4 Haben Sie Probleme aufzupassen, wenn Sie in der Kirche, Schule, bei Gericht, auf Vorträgen oder Konferenzen lange zuhören müssen?	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ n. b.
1.5 Haben Sie Probleme, sich beim Lesen zu konzentrieren? Vermeiden Sie es zu lesen, wenn kein spezielles Interesse vorliegt? Müssen Sie häufig noch einmal nachlesen, weil Ihre Gedanken abschweifen? Haben Sie Probleme Gelesenes zusammenzufassen?	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ n. b.

Summenscore Merkmale 1.1–1.5: ☐☐

Das WRI erfasst 28 psychologische Merkmale aus den folgenden sieben Symptombereichen

1. Aufmerksamkeitsstörungen (5 Items)
2. Überaktivität / Rastlosigkeit (3 Items)
3. Temperament (3 Items)
4. Affektlabilität (4 Items)
5. Emotionale Überreagibilität auf Belastung (3 Items)
6. Desorgansiation (5 Items)
7. Impulsivität (5 Items)

Die psychologischen Merkmale sowie die Symptombereiche (klinischer Schweregrad) werden auf 4- bzw. 5-stufigen Likert-Skalen eingeschätzt. Anhand eines Gesamt-Summenwertes kann eine dimensionale Bewertung erfolgen

Gesamtscore von > 40 spricht für ADHS

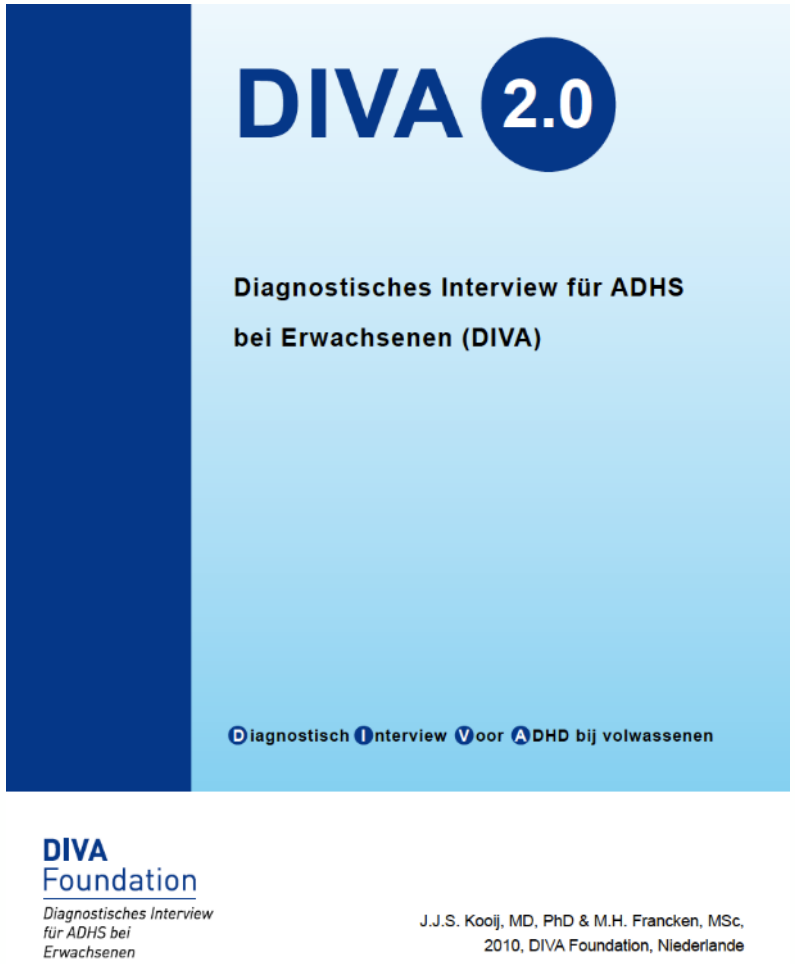
Diagnostik – ASRS-V1.1 (lange Version)

Symptomcheckliste mit Selbstbericht-Skala für Erwachsene mit ADHS (ASRS-v1.1)
Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1)

Patientenname: _____ Heutiges Datum: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Teil A					
1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Details eines Projekts abzuschließen, nachdem die schwierigen Teile abgeschlossen sind?					
2. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe haben, die Organisation erfordert?					
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?					
4. Wie oft vermeiden oder verschieben Sie es, eine Aufgabe zu beginnen, die viel Nachdenken erfordert?					
5. Wie oft sind Sie zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?					
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und unter dem Zwang, Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben wären?					
Teil B					
7. Wie oft machen Sie Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie an einem langweiligen oder schwierigen Projekt arbeiten müssen?					
8. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben, wenn Sie langweilige oder sich wiederholende Arbeiten verrichten?					
9. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was man Ihnen sagt, zu konzentrieren, selbst wenn man Sie direkt anspricht?					
10. Wie oft verlegen Sie Dinge zuhause oder bei der Arbeit bzw. haben Schwierigkeiten, sie zu finden?					
11. Wie oft lassen Sie sich durch Aktivitäten oder Geräusche in Ihrer Umgebung ablenken?					
12. Wie oft verlassen Sie Ihren Platz bei Besprechungen oder in anderen Situationen, wo von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?					
Teil B					
13. Wie oft sind Sie unruhig oder zappelig?					
14. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, abzuschalten und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?					
15. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie in geselligen Situationen zu viel reden?					
16. Wie oft kommt es in einer Unterhaltung vor, dass Sie die Sätze Ihrer Gesprächspartner beenden, bevor diese sie selbst beenden können?					
17. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind?					
18. Wie häufig unterbrechen Sie andere Leute, wenn diese arbeiten oder mit anderen Dingen beschäftigt sind?					

Diagnostik – DIVA



„Das Diagnostische Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA) basiert auf den DSM-IV Kriterien und ist das erste strukturierte Interview für ADHS im Erwachsenenalter in Niederländisch. Das DIVA wurde von J.J.S. Kooij und M.H. Francken entwickelt und ist eine Weiterentwicklung der früheren Version des „Teilstrukturierten Interviews für ADHS bei Erwachsenen“ 2,3. Um die Beurteilung der 18 DSM-IV-Kriterien im Kindes- und Jugendalter zu vereinfachen, beinhaltet das Interview konkrete und realistische Beispiele bezüglich des aktuellen Verhaltens und des Verhaltens des Patienten in der Kindheit. Diese Beispiele basieren auf typischen Symptomschilderungen von erwachsenen Patienten mit ADHS, die von der Arbeitsgruppe „ADHS bei Erwachsenen“ der psychiatrischen Tagesklinik „PsyQ“ in Den Haag zusammengetragen wurden. Zusätzlich werden Beispiele charakteristischer Funktionsbeeinträchtigungen aus folgenden fünf Alltagsbereichen gegeben, die mit den ADHS-Symptomen zusammenhängen: Arbeit und Ausbildung, Beziehungen und Familienleben, soziale Kontakte, Freizeit und Hobby, Selbstvertrauen und Selbstbild.“

www.divacenter.eu/content/downloads/german%20diva%202.0.pdf.pdf

Diagnostik – CAARS

Die CAARS liegen in drei Versionen (Langversion, Kurzversion, Screening-Version) vor: Screening für Aufmerksamkeitsprobleme, ausführliche Diagnostik bei Verdacht auf adulte ADHS, Verlaufsuntersuchungen

Für jede der drei Versionen stehen jeweils eine Selbst- und eine Fremdbeurteilungsform zur Verfügung

ca. 10-30 Minuten

CAARS-Beobachter: Langversion (CAARS-O:L)

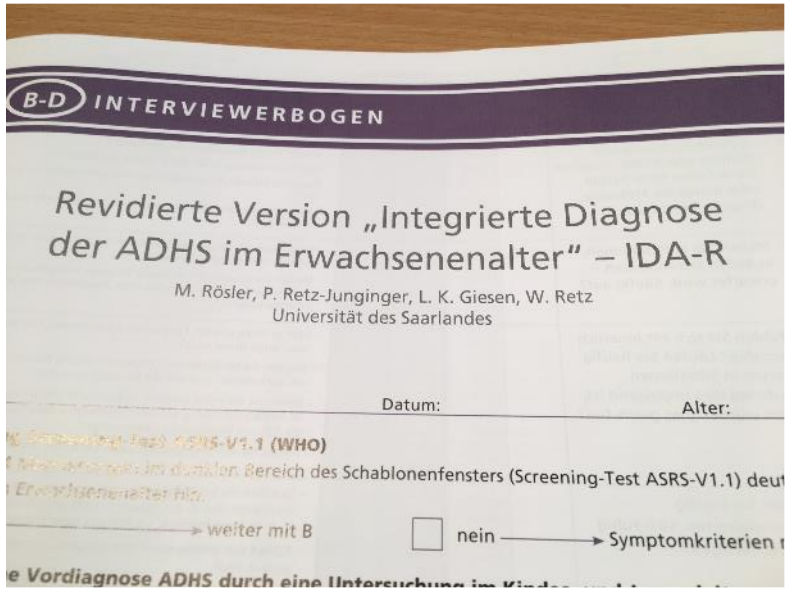
Von C. Keith Conners, Ph.d. Übersetzung: H. Christiansen, B. Schimmelmann, RD. Oades, J. Hebebrand

Zu beschreibende Person	Beurteiler
Name:	Name:
Geschlecht: M W Alter:_____ (bitte ankreuzen)	Geschlecht: M W Alter:_____ (bitte ankreuzen)
Datum: (Tag/Monat/Jahr)	Datum: (Tag/Monat/Jahr)
Ich bin: Ehepartner ☐ Vater / Mutter ☐	Bruder / Schwester ☐ andere ☐

Anweisung: In der folgenden Liste sind einige Verhaltensweisen oder Probleme aufgeführt, die von Erwachsenen manchmal gezeigt werden. Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr oder wie wenig die Verhaltensweise oder das Problem die zu beschreibende Person in letzter Zeit beschreibt. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage diejenige Zahl an, die Ihrer Einschätzung entspricht. Verwenden Sie dazu die folgende Skalierung: 0 = überhaupt nicht; 1 = ein wenig / manchmal; 2 = stark / häufig; 3 = sehr stark / sehr häufig.

Die betreffende Person…	überhaupt nicht / nie	ein wenig / manchmal	stark / häufig	sehr stark / sehr häufig
1. hat Spaß an aktiven Tätigkeiten	0	1	2	3
2. verliert Dinge, die für Aufgaben und Aktivitäten wichtig sind (z.B. Aufgabenzettel, Bleistifte, Bücher, Werkzeuge).	0	1	2	3
3. plant nicht im Voraus.	0	1	2	3
4. platzt mit Dingen heraus.	0	1	2	3
5. ist risikofreudig oder wagemutig.	0	1	2	3
6. ist übermäßig selbstkritisch.	0	1	2	3
7. beendet angefangene Tätigkeiten nicht.	0	1	2	3
8. ist leicht frustriert.	0	1	2	3
9. redet zuviel.	0	1	2	3
10. ist immer auf Achse, wie von einem Motor getrieben.	0	1	2	3
11. ist schlecht organisiert.	0	1	2	3

Diagnostik – IDA-R


B-D INTERVIEWERBOGEN

Revidierte Version „Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter" – IDA-R

M. Rösler, P. Retz-Junginger, L. K. Giesen, W. Retz
Universität des Saarlandes

Datum: Alter:

(WHO)

Bereich des Schablonenfensters (Screening-Test ASRS-V1.1) deu

weiter mit B

nein → Symptomkriterien

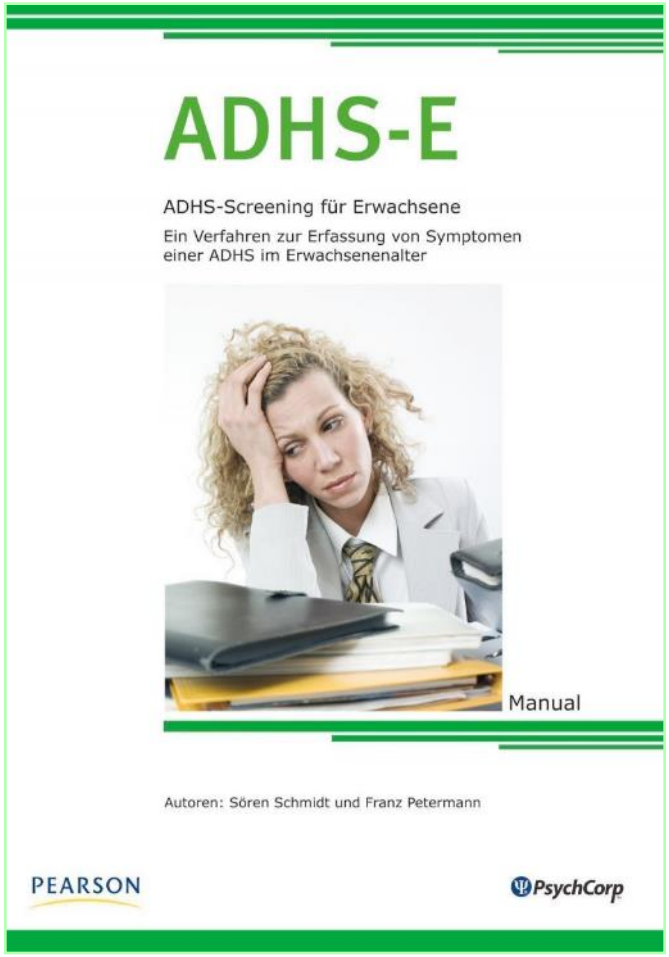
Vordiagnose ADHS durch eine Untersuchung im Kinde

„Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter

Einsatz des WHO-Screeners ASRS-V1.1 ➔ Überprüfung anhand von 5 WURS-K-Kriterien ob ADHS in der Kindheit vorgelegen hat
➔ halbstandardisierte Interview nach DSM-5-Kriterien
➔ Erfassung der Einschränkungen in der Alltagsbewältigung in verschiedenen Lebensfeldern

Retz W, Retz-Junginger P, Rösler M. Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter – IDA. Iserlohn: Medice; 2012

Diagnostik – ADHS-E



Screening als Selbstbeurteilungsverfahren

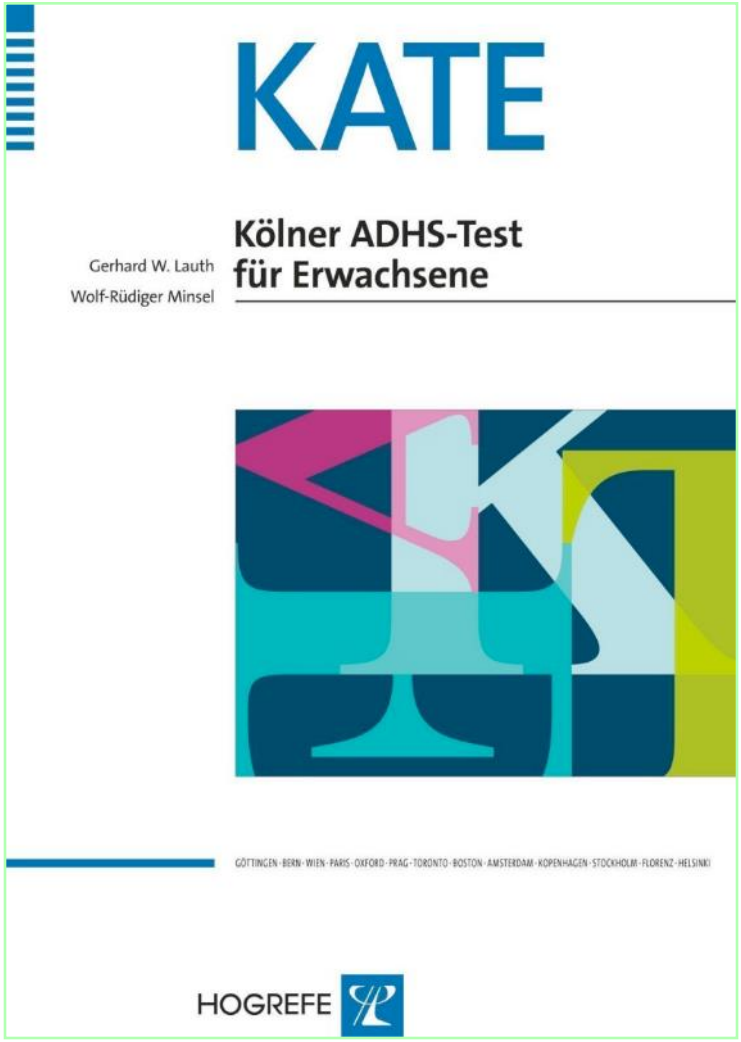
Einschätzung der Ausprägung und des Schweregrades einer ADHS-Symptomatik

Kernscreening (ADHS-E), erfasst diagnoserelevanten Problembereiche und ermöglicht somit einen differenzierten Überblick über die psychopathologische Ausprägung,

Eine Langform (ADHS-LE), in der alle diagnoserelevanten Problembereiche des Kernscreenings mit einer höheren Itemzahl enthalten sind und darüber hinaus noch zwei Skalen zur zusätzlichen Erhebung klinisch relevanter Merkmale sowie einem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenscreening.

Schmidt 2013, Hogrefe

Diagnostik - KATE



Kölner ADHS-Test für Erwachsene

Testbatterie:

1. Der ADHD-ASRS Screener v.1.1 der WHO als schnelles Kurzscreening.
2. Die ADHD-ASRS Erweiterte Symptom Checklist v.1.1 der WHO als ausführlicheres Screening.
3. Fragebogen zum Funktionsniveau.
4. Fragebogen „Verhaltensmerkmale der ADHS nach DSM-IV-TR“
5. „Fragebogen zu den Exekutiven Funktionen“ nach Barkley, Murphy und Fischer

Lauth 2014, Hogrefe

ADHS über die Altersspanne

Komorbiditäten

80% mindestens eine, 60% zwei oder mehrere komorbide Störungen

Affektive Störung: ca. 35-50%

Bipolare Störung: ca. 10-19 %

Substanzmissbrauch/Abhängigkeit: bei ca. 50%

Angststörungen: ca. 25-50% der ADHS-Patienten,
häufig Soziale Phobie (20-34%), GAS (10-45%)

Persönlichkeitsstörungen: 8-40%

ADHS als Komorbidität: 9,5%-21% bei Bipolare Störung,
10-16% bei MDD, 24% bei SUD, 33% bei Angststörung

ADHS über die Altersspanne

Komorbidität bei Erwachsenen mit ADHS

Oppositionelle Verhaltensstörung:	**24 – 35%**
Störung des Sozialverhaltens in der Adoleszenz geht über in	
Antisoziale Persönlichkeitsstörung:	7 – 18%
(ICD 10 Dissoziale Persönlichkeitsstörung)	
Substanzmissbrauch:	**32 – 53%**

Alkohol	36%
Cannabis	21%
Kokain oder andere Stimulanzien	11%
Polytoxikomanie	13%

Ähnlichkeiten der Symptomatik bei verschiedenen Erkrankungen

Many symptoms overlap between ADHD and comorbid psychiatric disorders, which can make diagnosis complex[6]

ADHD symptom	Hyperactivity		Impulsivity		Inattention		Related symptoms
Disorder	Excessive talkativeness	Restlessness	Racing thoughts	Impulsive behaviours	Difficulty concentrating	Decreased attention	Mood swings
Major depressive		✓			✓	✓	
Bipolar	✓[a]	✓[a,b]	✓[a]	✓[a]	✓[a,b]	✓[a,b]	✓[a]
Generalised anxiety		✓			✓	✓	✓
Anti-social/ borderline personality				✓			✓
Substance-use disorder	✓	✓		✓	✓		
Sleep		✓			✓	✓	

[a]hypomanic; [b]depressed
Table adapted from Kooij JJ et al 2012

1. Kooij JJ et al 2012

Oberberg

ADHS über die Altersspanne

Therapeutische Optionen

Medikamentöse Beeinflussung von

Unaufmerksamkeit
Impulsivität
Hyperaktivität

Psychotherapeutische Beeinflussung von

Organisationsverhalten
Vermeidungsverhalten
Sozialer Interaktionsstil
Coping-Strategien
Selbstwert

Behandlungsplanung

Wie soll die Behandlungsplanung erfolgen?

Neue S3 Leitlinie:

- Im Rahmen ***eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzepts***
- entsprechend individueller Symptomatik, Funktionsniveau, Teilhabe & Präferenzen des Patienten und seines Umfeldes
- Grundsätzlich umfassende Psychoedukation

→ ***Ziel partizipative Entscheidungsfindung***

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

ADHS Schweregradeinteilung (in Anlehnung an DSM-5)

→ Leichtgradig:

nur wenige Symptome zusätzlich zu den Symptomen, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, und nur geringfügige Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen

→ Mittelgradig:

Ausprägung der Symptomatik & funktionellen Beeinträchtigung ***zwischen „leichtgradig“ und „schwergradig“***

→ Schwergradig:

Anzahl der Symptome ***übersteigt deutlich*** die zur Diagnosestellung erforderliche Anzahl oder mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt und die Symptome beeinträchtigen die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit in erheblichem Ausmaß

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Bei Kindern / Jugendlichen mit leichter ADHS

Neue S3 Leitlinie:

- Primär **psychosoziale/psychotherapeutische** Interventionen
- In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Bei Kindern / Jugendlichen mit mittelgradiger ADHS

Neue S3 Leitlinie:

- Soll in Abhängigkeit von den konkreten Bedingungen nach einer umfassenden Psychoedukation entweder **psychosoziale/psychotherapeutische Intervention oder pharmakologische Behandlung oder eine Kombination** angeboten werden.

oder

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Bei Kindern / Jugendlichen mit schwergradiger ADHS

Neue S3 Leitlinie:

- Soll **nach Psychoedukation primär Pharmakotherapie** angeboten werden
  - In die Pharmakotherapie kann parallel intensive psychosoziale / PT Intervention integriert werden.
  - In Abhängigkeit von dem Verlauf der Pharmakotherapie sollen bei residualer behandlungsbedürftiger ADHS-Symptomatik psychosoziale PT Interventionen angeboten werden.

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

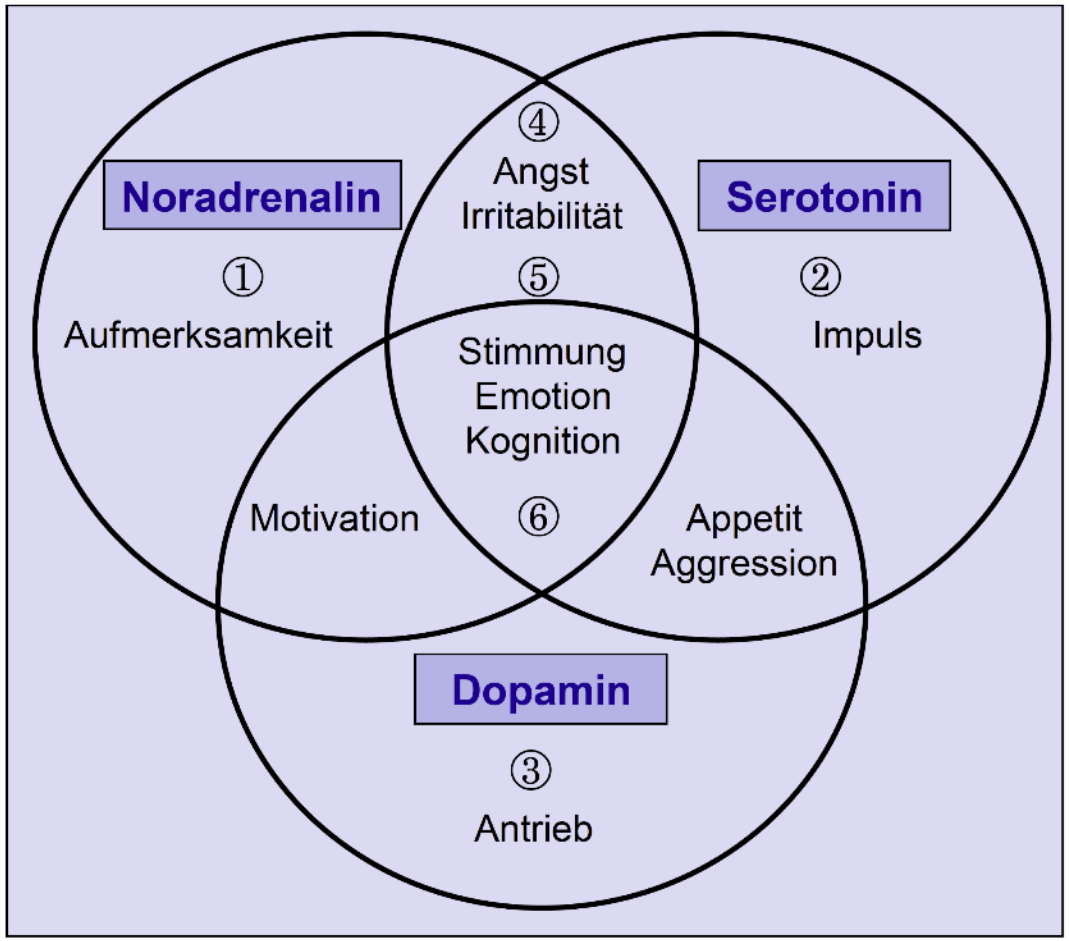
Bei Erwachsenen grundsätzlich (bei allen Schweregraden):

Neue S3 Leitlinie:

- Soll **nach Psychoedukation primär Pharmakotherapie** angeboten werden

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Medikamentöse Optionen – ADHS



Medikamentöse Optionen:

① Stimulanzien
(z.B. Methylphenidat)

② Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
(Atomoxetin)

③ Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
(z.B. Sertralin, Fluoxetin)

④ Trizyklische Antidepressiva
(z.B. Imipramin, Desipramin)

⑤ Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
(z.B. Venlafaxin)

⑥ Reversible Monoaminooxidase-Hemmer (RIMA)
(z.B. Moclobemid)

Markowitz 2003

Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?

Vor Beginn:

1. erneute körperliche und neurologische Untersuchung

2. Erfragen der Symptome, die auf eine Herz-Kreislauferkrankung hinweisen könnten und eventuelle familiäre Vorbelastungen im Hinblick auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

3. Puls und Blutdruck sowie das Körpergewicht, die Körpergröße und bei Kindern und Jugendlichen entsprechende Altersperzentilen

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?

Bei jeder Veränderung der Dosis:

1. Überprüfung der Wirksamkeit auf die ADHS Symptomatik

2. Eine engmaschige (z. B. wöchentliche) Überprüfung bezüglich des Auftretens unerwünschter Wirkungen

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?

Regelmäßig (alle 6 Monate):

1. Kontrolle der Wirksamkeit
2. Erfassen von unerwünschter Wirkungen
3. Erfassen der Körpergröße und des Gewichts (zunächst 3 & 6 Monate nach Beginn kontrollieren)
4. Bestimmen der entsprechenden Altersperzentilen

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?

Jährlich:

Überprüfen der die Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

S3-Leitlinien: Medikamentöse Therapien

Substanz	Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung für Kinder ab 6 J.	Zulassung für Erwachsene
Methylphenidat	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung[1]	~3-4h (kurzwirksam)[5] ~6-12h (langwirkam)[6,7,8]	Ja	Ja
• Ritalin LA/Adult • Medikinet retart/ Adult • Equasym Retard • Concerta		~ 8h[10] ~ 6 - 8h[6] ~ 8h[8] ~ 12h[9]	Ja	Ja[10] Ja[6] Nein[8] Weiterverordnung[9]
Dexamfetamin	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung, verstärkte Neurotransmitter-Freisetzung[1]	bis ~4h[8]	Ja	Nein
Lisdexamfetamin		bis ~13h	Ja	Ja*,[2]
Atomoxetin	NA-Wiederaufnahmehemmung[3]	bis ~24h	Ja	Ja
Guanfacin	$Alpha_{2A}$-adrenerger Rezeptoragonist[4]	bis ~24h	Ja	Nein

DA = Dopamin, NA = Noradrenalin

*Weiterverordnung nach dem 18. LJ bei Einhaltung der Vorgaben der Fachinformation möglich

Oberberg

Han DD et al. BMC Pharmacol 2006; 6: 6; 2. Fachinformation Elvanse® Stand 10/2018; 3. Fachinformation Strattera® Stand Juni 2015; 4. Fachinformation Intuniv® Stand Okt. 2017; 5. Fachinformation Ritalin® Stand Sep. 2002; 6. Fachinformation Medikinet® retard Stand 2017; 7. Fachinformation Ritalin® LA Stand Feb. 2017; 8 Equasym® Retard Dez. 2017, 9. Fachinformation Concerta® Retard Stand Jan. 2017; 10. Fachinformation Ritalin® Adult Stand Febr. 2017

Zugelassene Wirkstoffe in Deutschland – ADHS (Kinder / Jugendliche)

In Deutschland zugelassene Wirkstoffe zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

	Substanzklasse	typischer Dosisbereich	Effekt-stärke	Numbers Needed to Treat	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Besonderheiten
Methylphenidat (MPH)	Psychostimulanzien	0,3–1,0 mg/kg KG	0,8–1,0	ca. 2,5 (e81)	durchschnittlich geringfüge Zunahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, Appetitminderung, Gewichtsabnahme, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Ein-/Schlafstörungen, emotionale Irritabilität, Verstärkung vorbestehender Tic-Symptomatik	Medikation erster Wahl; Retardpräparate stehen zur Verfügung (e81, e82)
Dexamfetamin	Psychostimulanzien	0,1–0,5 mg/kg KG	0,8–1,0	ca. 2 (e82)		vergleichbare Wirksamkeit und Verträglichkeit wie MPH, Zulassung bei nicht ausreichender Wirkung von MPH (e81, e82)
Lisdexamfetamin	Psychostimulanzien	30–70 mg	> 1,0			Pro-Drug, dadurch verlängerte Wirkdauer; in Deutschland zugelassen bei unzureichendem Ansprechen auf MPH (e83)
Atomoxetin	selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)	1,2 mg/kg KG	0,5–0,7	ca. 4 (e84)	durchschnittlich geringfüge Zunahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, geringfügige QTc-Verkürzung, Mundtrockenheit, Appetitminderung, Gewichtsabnahme, gastrointestinale Symptome, Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit, Müdigkeit, Sedierung	ebenfalls Medikament erster Wahl bei komorbider Tic-, Angst-, Substanzstörung, sonst Mittel der zweiten Wahl (e84)
Guanfacin	zentraler α2-Agonist	1–5 mg	0,6	ca. 4 (e85)	Müdigkeit, Sedierung, Somnolenz, geringfüge Abnahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, geringfügige QTc-Verlängerung	Retardpräparat als Medikament zweiter Wahl verfügbar, wenn MPH unverträglich oder unwirksam; wird über CYP3A4 verstoffwechselt (e85, e86)

Banaschweski et al., 2017

Oberberg

Medikamentöse Therapien

Diagnose:	Empfohlene Substanz:
ADHS ohne Komorbidität	Initial Stimulanzien
ADHS & komorbide SSV	Initial Stimulanzien
ADHS+ Tics	Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin
ADHS+Angst	Stimulanzien oder Atomoxetin
ADHS+Substanzkonsum	Langwirksame Stimulanzien / alternativ Atomoxetin / Guanfacin

Fehlende Response: Wenn mit einer Stimulanzien-Therapie trotz Aufdosierung bis zur maximal verträglichen Dosis kein ausreichender Effekt erzielt wird, Präparatewechsel auf anderes Stimulanz oder auf Nicht-Stimulanz

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

S3-Leitlinie:
Empfohlene Psychoedukation / -therapien

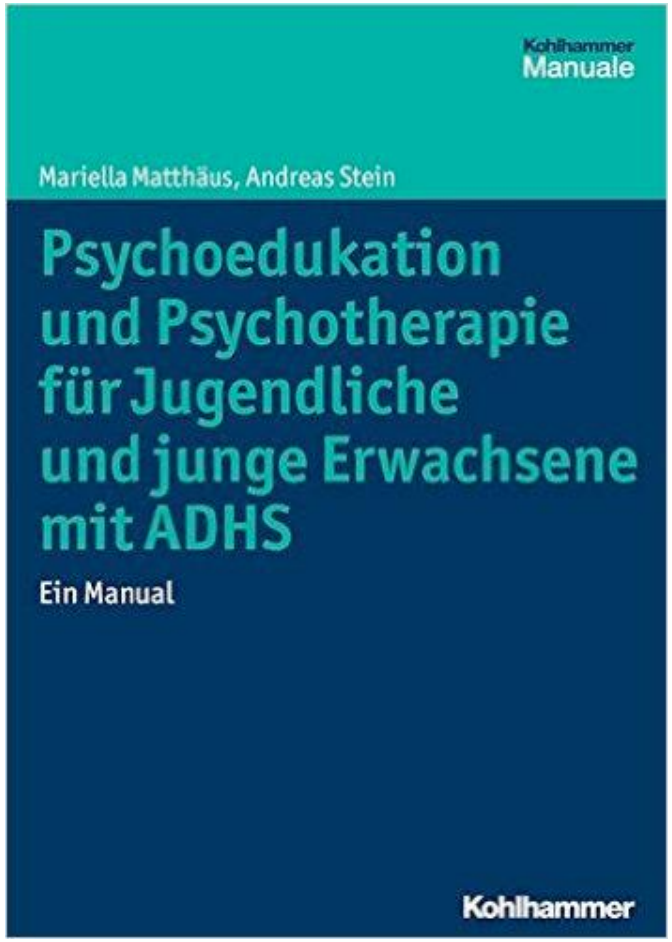
Manual	Anmerkung	Evidenz + Literatur[1]
Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Hesslinger, Philipsen & Richter (2004)	- Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual unter Einbezug von DBT-Therapieprinzipien - Setting: Gruppe (auf Einzelsetting übertragbar) - Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (13 thematische Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: sehr gut - Hesslinger et al. (2002) - Philipsen et al. (2007a &b) - Philipsen et al. (2010) - Philipsen et al. (2014) - Philipsen et al (2015)
Kognitive Vergaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Safren, Perlman, Sprich & Otto (2009)	- Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual - Setting: Einzeln (auf Gruppensetting übertragbar) - Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (5 thematische Module, insgesamt 17 Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: gut - Safren et al. (2005) - Safren et al. (2010)
Training bei ADHS im Erwachsenenalter TASDE. Baer & Kirsch (2001)	- Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual - Setting: Gruppe (auf Einzelsetting übertragbar) - Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (10 Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: gering - Haible-Baer (2013)
ADHS bei Erwachsenen: Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Lauth & Minsel (2009)	- Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual - Setting: Gruppe (auf Einzelsetting übertragbar) - 5 Trainingseinheiten	Wirksamkeitsnachweis: gering - Lauth, Breuer & Minsel (2010) - Lauth, Minsel & Koch (2015)
Psychoedukation und Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. D'Amelio, Retz, Philipsen & Rösler (2008)	- Psychoedukation auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage - Setting: Gruppe (auf Einzelsetting übertragbar) - Biofokaler Ansatz, jew. Anleitungen zur Durchführung von Interventionen für ADHS-Betroffene (10 thematische Sitzungen) und Angehörige (9 thematische Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: aktuell nicht gegeben - Submitted: Hoyhaj et al. (2018)

S3-Leitlinien ADHS, AWMF, http://www.awmf.org/leitlinien.html

ADHS über die Altersspanne

Psychoedukation

Diagnose heißt nicht Behandlung!
Aufklärung über Erkrankungsbild
Erfassung individueller Symptome, funktioneller Einschränkungen
Erkennen der positiven Aspekte der ADHS
Aufklärung über Behandlung



Matthäus 2016

Anja Timme
Leitung Pflege und Begleitung / Oberberg
Fachklinik Fasanenkiez
anja.timme@oberbergkliniken.de
Telefon +49 30 818107-0

Dr. med. Roland Burghardt
Chefarzt / Oberberg Fachklinik Fasanenkiez
rolandburghardt@oberbergkliniken.de
Telefon +49 30 818707-0

Ludwig Merker
Kaufmännischer Direktor / Oberberg
Fachklinik Fasanenkiez
ludwig.merker@oberbergkliniken.de
Telefon +49 30 818707-0

Oberberg
Fachklinik Fasanenkiez Berlin

Oberberg Fachklinik Fasanenkiez Berlin
Schaperstraße 36
10719 Berlin

Telefon +49 30 5885 0999-0

info.fasanenkiez@oberbergkliniken.de

oberbergkliniken.de/fachkliniken/
oberberg-fachklinik-fasanenkiez-berlin