

Nicolai Semmler

ADHS im Erwachsenenalter

Na, sind Sie schon genervt von dem Thema ADHS im Erwachsenenalter oder fangen Sie gerade erst an, sich dafür zu interessieren? Vor ein paar Jahren war alles noch viel bequemer. Bis 1992 gab es die Diagnose im Erwachsenenalter nicht. Die psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen kennen sich oft unzureichend mit ADHS aus. Die einen, weil es möglich ist, eine komplette therapeutische Ausbildung ohne das Thema zu absolvieren, die anderen, weil sie in einer Zeit studiert haben, in der das Thema bislang nicht bekannt war und einige, die nach wie vor sicher sind, dass man sich darum nicht zu kümmern braucht. Ich möchte Sie auf eine kleine Rundreise durch das Thema einladen.

Die Prävalenz für ADHS im Erwachsenenalter liegt laut einer repräsentativen Erhebung in Deutschland bei 4,7 % (de Zwaan et al. 2012, 97). Metaanalysen einer Vielzahl amerikanischer und europäischer Studien kommen auf eine Prävalenz von 1-2,5 % in der Gesamtbevölkerung (Kooji et al., 2005). Die voneinander abweichenden Werte kommen zustande, da sehr unterschiedliche diagnostische Kriterien zugrunde gelegt werden. Fun Fact: Im ICD-10 gibt es keine Kriterien für adultes ADHS. Im ICD-11 wird auf das DSM-5 verwiesen mit der Anmerkung, dass davon auch abgewichen werden kann. All das gibt nicht unbedingt Orientierung. Was das wohl für die Prävalenz und Diagnostik bedeutet?

In meiner Praxis machen nach eigener Zählung diese 2,5-4,7 % der Bevölkerung etwa 10 % der ambulanten Patient*innen aus.¹ Miesch und Deister (2019) haben in einer Studie an Psychiatriepatient*innen eine Prävalenz von 57 % für adultes ADHS gefunden. Unbehandeltes ADHS erzeugt eine hohe Anzahl an Folgeerkrankungen, insbesondere in Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, aber auch ein 6-fach erhöhtes Risiko für PTBS (Philipsen, A., & Döpfner, M., 2020; Krause, J. & Krause, K.H., 2014). Darüber hinaus können ADHS-Störungen, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, zu einer verkürzten Lebensdauer um bis zu 12,7 Jahre führen (Barkley + Fischer 2019). Zudem gibt es eine Vielzahl an biologischen Überschneidungen mit Autismus (Krause, J. & Krause, K.H., 2014). Mit Erscheinen des DSM-5 dürfen erstmals beide Störungen nebeneinander diagnostiziert werden.

¹ Eigene Zählung. Patient*innen, die infolge anderer Probleme eine reguläre Psychotherapie bei mir aufgenommen haben oder über die Terminservicestelle vermittelt wurden.

Nach Tebartz van Elst (2018) sind 30-80 % der mit Autismus diagnostizierten Kinder auch von ADHS betroffen. Umgekehrt erfüllen zwischen 20-50 % der ADHS-Betroffenen die Kriterien einer (mitunter gut kaschierten) Autismus-Spektrum-Störung (Rommelse et al. 2010; Rutter, M. & Thapar, A., 2014; Hofvander et al. 2009). Oftmals erfüllt diese Patient*innengruppe phänotypisch die Kriterien der zwanghaften und unsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und entwickelt soziale Phobien. Wenn Sie Ihren Langzeit-Patient*innen einen ADHS-Test aushändigen, haben Sie eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, einen Volltreffer zu landen.

Was heißt das für die Psychotherapie?

1. Die bisher gängigen Konstrukte von affektiven Erkrankungen und Persönlichkeitspsychologie müssen um das Konzept der Neurodiversität erweitert werden. Es gibt neben affektiven Zustandsbildern, lebensgeschichtlich erworbenen, zeitstabilen Persönlichkeitsmustern auch etwa 5 % Menschen mit abweichender „Hardware“. Deren Reizverarbeitung führt zu inkonsistenter Motivation, Schwankungen in der Aufrechterhaltung von Leistung, Wahrnehmungslenkung sowie zu Affektlabilität und teilweise massiven Überlastungszuständen.
2. Es ist notwendig, sich im Klaren zu sein, welche Fragestellungen bei ADHS ein Thema für eine Psychotherapie und welche Fragestellungen ein Thema für eine Pharmakotherapie sind. Bitte niemals neurologische Fragestellungen ausschließlich psychotherapeutisch behandeln und psychotherapeutische Fragestellungen ausschließlich über Medikamente.



Kurz gefasst

Der Artikel gibt eine Übersicht über das Störungsbild ADHS im Erwachsenenalter, zeigt Möglichkeiten der Diagnostik und Abgrenzung zu anderen Erkrankungen und bietet Unterscheidungskriterien zwischen psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Fragestellungen. Am Ende des Artikels gibt es Links zu weiterführenden Informationen und kostenfreien Testmaterialien.

3. Es bedarf einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen. Eine Behandlung muss mindestens so komplex sein wie die Anforderungen des Störungsbilds, sonst taugt sie nicht als Behandlung.
4. Insbesondere die Psychotherapeut*innen sollten sich mit den biologischen Grundlagen der ADHS vertraut machen, um die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie bewerten zu können und eigene Grenzen des therapeutischen Handelns zu erkennen. Ärzt*innen sollten der Diagnostik von Psychotherapeut*innen vertrauen, da diese oft differenzierter ist, als es in psychiatrischen Praxen möglich ist. Psychologische Psychotherapeut*innen nutzen oftmals die differenzierteren Testverfahren!

ADHS erkennen

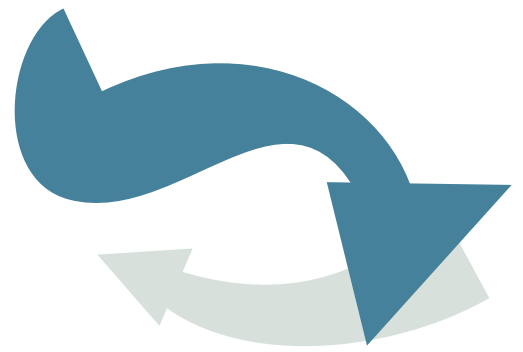
ADHS ist eine neurologische Konstitution, die eine Reihe psychischer Effekte nach sich zieht. ADHS ist kein Resultat dysfunktionaler Beziehungserfahrungen. Dysfunktionale Beziehungserfahrungen sind oft ein Resultat der unentdeckten ADHS der Eltern. Das Gleiche gilt für Suchterkrankungen der Eltern.

Die Abkürzung ADHS steht für Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. Das wichtigste Wort hierbei ist das Wort „Syndrom“. Ein Syndrom ist das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Symptomen. Die ADHS-Kernsymptome gibt es entsprechend auch bei vielen anderen Erkrankungen. Das erschwert die Diagnostik und führt dazu, dass in vielen Therapien einzelne Symptome behandelt werden, ohne das große Ganze zu sehen. Ferner wird ADHS oftmals auf eine verminderte Aufmerksamkeit und motorische Unruhe reduziert.

Das Syndrom ADHS

Das vollständige Bild der Erkrankung findet sich in den Utah-Kriterien, die auf Paul Wender zurückgehen. Dazu müssen bei ADHS mit Hyperaktivität die ersten beiden Dimensionen sowie zwei weitere erfüllt sein. Beim ADS – also ohne Hyperaktivität – entsprechend nur die Erste plus mindestens zwei Weitere.

Die bisher gängigen Konstrukte von affektiven Erkrankungen und Persönlichkeitspsychologie müssen um das Konzept der Neurodiversität erweitert werden.



Wender-Utah-Kriterien

- **Aufmerksamkeitsstörungen:** Aufmerksamkeit bedeutet nicht nur Konzentration, sondern auch die Fähigkeit, Reize auszublenden oder den Fokus willentlich und zeitstabil zu steuern, insbesondere dann, wenn das Thema uninteressant ist. Zu gestörter Aufmerksamkeit zählt Abschweifen der Gedanken, Vergesslichkeit, eine herabgesetzte Konzentration, aber auch der sogenannte Hyperfokus bei Spezialinteressen.
- **Hyperaktivität:** Innere, gedankliche und äußere motorische Unruhe. Tausend Ideen haben, Gedankenrasen (nicht mit Grübeln verwechseln!) und allgemeine Unfähigkeit zu entspannen.
- **Temperament:** Leichte Irritierbarkeit, schnell oder dauerhaft genervt reagieren. Kurze Wutanfälle, Ungeduld.
- **Stimmungsschwankungen:** Schneller Wechsel der Stimmung zwischen depressiven Einbrüchen und gehobener Stimmung mit hohem Redebedürfnis, viel Energie und gegebenenfalls vermindertem Schlafbedürfnis. Schnell gelangweilt reagieren. „Lagerflashes“ mit assoziativer Lockerung.
- **Stressintoleranz:** Überforderung, Ängstlichkeit und Unfähigkeit bei normalen Alltagsanforderungen. Probleme, in die Gänge zu kommen. Probleme mit administrativen Aufgaben.
- **Desorganisation:** Zu viel auf einmal anzetteln, schlechtes Zeitgefühl, Schwierigkeiten sich an Pläne zu halten, Probleme beim Führen von Kalendern, zu wenig Zeit für Partnerschaft oder Familie einplanen.
- **Impulsivität:** Unüberlegte Entscheidungen, Probleme im Umgang mit Geld, Kaufsucht, anderen ins Wort fallen oder deren Sätze beenden, erst handeln, dann denken, Dinge aussprechen, die einem hinterher leidtun.

Diagnostik

ADHS ist über Fragebögen genauso sicher und zuverlässig diagnostizierbar wie jede andere psychische Erkrankung auch (zur Differenzialdiagnostik siehe Link zu Downloads). Um ADHS im Erwachsenenalter zu diagnostizieren, müssen wir den Nachweis bringen, dass ADHS in der Kindheit schon vorgelegen hat und die Symptomatik bis ins Erwachsenenalter erhalten ist. Hierzu gibt es verschiedene Fragebögen, die das Vorliegen der Kernsymptome messen. Sind die Kriterien in Kindheit und Erwachsenenalter erfüllt und die biografische Anamnese schlüssig, kann die Diagnose gestellt werden. Das bedeutet nicht, dass nicht zusätzlich Borderline, bipolare Störungen, Depressionen, Autismus, PTBS oder kPTBS vorliegen können.

Da ADHS zu 81 % genetisch erklärbar ist, wundert es nicht, dass bei den meisten Betroffenen mindestens ein Elternteil auch deutliche Anzeichen von ADHS zeigt. Die dysfunktionalen Beziehungserfahrungen sind dann oft die Folge des unbehandelten ADHS der Eltern. Oft finden sich auch in den Biografien der Eltern eine große Menge unspezifischer Merkmale, die auf den ersten Blick nicht unbedingt mit ADHS in Verbindung gebracht werden, aber fast immer vorkommen.

Fragebögen

Folgende Testverfahren sind gut geeignet, um eine Diagnose zu sichern. Top-Empfehlung: Das DIVA-5-Interview (divacenter.eu) ist als lebenslängliche Lizenz für 10 Euro erhältlich und an den DSM-5-Kriterien normiert. Der Fragebogen erfasst Verhaltensweisen in Kindheit und Erwachsenenalter. Als einziges Verfahren misst das DIVA-5-Interview Kompensationsmechanismen und bildet das Vorliegen auf allen Ebenen des DSM-5 differenziert ab. Ein ausführliches Interview zu sozialen und beruflichen Problemen infolge der ADHS zeigt zudem die Belastung, die über das Syndrom erklärbar ist.

Die Homburger ADHS-Skalen (HASE) sind der Goldstandard. Diese Testbatterie bietet eine Vielzahl an unterschiedlichen Fragebögen, die unterschiedliche Dinge messen. Ein heißer Tipp ist es, das Manual zu lesen, bevor getestet wird. Oft werden die wildesten Sachen mit den Fragebögen angestellt und die Therapeut*innen geben frustriert auf, weil ein Fragebogen zwei Stunden statt 25 Minuten dauert. Einschränkung: Die Erkennung der Symptomatik in der Kindheit ist niedriger als bei anderen kostenlosen Testverfahren oder dem DIVA-5.



Hurra, psyx ist 1 Jahr!

Sichern Sie sich jetzt ein Stück vom Geburtstagskuchen: Wer die Praxissoftware für Psychotherapie bis zum 21. April 2024 bestellt, zahlt **sechs Monate lang keine Softwarepflege**.* Alles, was Sie dafür tun müssen: den Gutscheincode 1JAHR-PSYX bei der Bestellung eingeben.

Mehr erfahren: mein.medatixx.de/geburtstag

* Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Alle Angebotsbedingungen siehe: mein.medatixx.de/geburtstag.

Alle Informationen zur
Praxissoftware:
psyx.medatixx.de



Psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Fragestellungen

Da ADHS biologisch bedingt ist, aber psychische Symptome erzeugt, stellt sich die Frage, welche Themen des Syndroms über Psychotherapie und welche über Pharmakotherapie zu behandeln sind. Aus meiner Erfahrung bessert sich der Großteil der ADHS-Symptomatik (nach Wender-Utah-Kriterien) unter einer Medikation und einige Patient*innen benötigen (in Bezug auf die ADHS-Symptomatik) keine weitere Psychotherapie, die über Psychoedukation oder einzelne Strategien hinausgeht. Komorbiditäten sind leitliniengerecht zu behandeln. Selbsthilfegruppen oder Coachings können hilfreich sein.

Psychotherapeutische Verbesserungen lassen sich vor allem auf der Ebene der Desorganisation, Impulsivität und Stimmungsschwankungen erreichen. Für letztere gibt es aus der DBT bewährte Vorgehensweisen. Zu bedenken ist, dass auch die Impulsivität und Stimmungsschwankungen unter Medikation zumeist deutlich abnehmen oder komplett remittieren, da sie Ausdruck einer neurologischen Erkrankung sind. Desorganisation stellt eine klassisch verhaltenstherapeutische Domäne dar, da es um den Erwerb von Fähigkeiten geht. Zu bedenken ist, dass ADHS keine Störung des Verstehens, sondern eine Störung der Umsetzung ist. Nach meiner Erfahrung haben viele ADHS-Patient*innen schon etliche Ordnungsratgeber gelesen, können die Strategien ohne eine Begleitmedikation allerdings nicht zeitstabil umsetzen. Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Temperament, Stimmungsschwankungen, Stressintoleranz und zum Teil Impulsivität sind bei ADHS in stärkerer Ausprägung durch eine Psychotherapie nicht oder nicht zeitstabil zu verändern. In diesen Fällen sollte nach intensiver Psychoedukation pharmakologisch behandelt werden.

Nicht alle Patient*innen wünschen eine Pharmakotherapie. Meiner Erfahrung entspricht, dass der Grund hierfür in der Regel Vorbehalte und fehlende Information sind. Deswegen sollten sich auch Psychotherapeut*innen mit den Wirkmechanismen der Medikamente und den biologischen Grundlagen der ADHS beschäftigen (siehe Link zu biologischen Grundlagen).

Auch unter Medikation bleiben die Grundzüge der Symptomatik oft erhalten.

Psychotherapeutische Fragestellungen – jenseits von Arbeitsblättern

Nach meiner Einschätzung hat das Vermitteln von Fertigkeiten wenig Effekt, wenn diese aufgrund neurologischer Defizite nicht umgesetzt werden können. Arbeitsblätter landen in der Sofaritze und Therapeut*innen reinszenieren mit diesem Vorgehen Schulerfahrungen. Die positiven Rezensionen für Toolbücher kommen in der Regel von Therapeut*innen. Die negativen Rezensionen von Betroffenen.

Therapiephasen

Oft kommt es nach einer ersten Phase der Freude über die Wirkung eines Medikaments zu einer depressiven Dekompensation, wenn Patient*innen die Tragweite der unentdeckten Diagnose verstehen.

Trauerprozess

Der sich anschließende Trauerprozess gibt Raum für die weggeschobenen Emotionen über verpasste Chancen, erlittene Demütigungen, Invalidierungen durch Vorbehandler*innen, Mobbing-Erfahrungen, zerbrochene Partnerschaften und oftmals Verlust der Gesundheit. Als Therapeut*in sollten Sie sich im Klaren sein, dass Trauer nicht gleich Traurigkeit ist. Der innere Zweck der Trauer ist die Neuordnung sozialer Bezüge. Das heißt, dass nach jedem Verlust, der konstruktiv verarbeitet wird, eine Phase der inneren Neuorientierung erfolgt. Die Anforderung an die Betroffenen ist es, die zentralen Fragen zu klären, die aus der veränderten Situation entstehen. (Was hätte ich geschafft, wenn ich das vorher gewusst hätte, warum hat mir niemand geglaubt, ich bin gar nicht dumm, was mache ich mit der Erkenntnis, habe ich noch Kraft für einen Neustart oder resigniere ich, ist es realistisch noch einmal zu starten, tut mir das überhaupt gut?)

Nicht alle Patient*innen wünschen eine Pharmakotherapie.



Bearbeiten interaktioneller Probleme

Auch unter Medikation bleiben die Grundzüge der Symptomatik oft erhalten. Behandler*innen sollten deswegen folgende Ebenen auseinandehalten: Impulsivität ist ungleich Aggression. ADHS-Patient*innen sind immer impulsiv, Borderline-Patient*innen nur bei Ärger. Wenn die Impulsivität ein Problem darstellt, ist sie verhaltenstherapeutisch gut behandelbar. Unterschiedliche Zwanghaftigkeiten müssen unterschiedlich behandelt werden. Bei genauerer Betrachtung gibt es mehr Schattierungen als zunächst vermutet.

Drei Typen der Zwanghaftigkeit:

1. „Klassische“ psychodynamische Zwanghaftigkeit (interaktionell kontrollierend mit Ärgerhemmung und vordergründigem Harmoniestreben)
2. Autistische Zwanghaftigkeit (Handlungen sind positiv erlebter Selbstzweck und dienen nicht der Neutralisierung von Ängsten oder Anspannung. Entsprechend sollten sie nicht verändert werden, da es sich um das sogenannte „Just-Right-Feeling“ handelt.)
3. ADHS-Zwanghaftigkeit (Pedanterie als lebensgeschichtlich erworbene Kompensationsstrategie mit offener zum Teil lauter Aggression bei Übertretung in klar definierten Bereichen oder unter hohem Stress.)

Strukturen schaffen für langfristige Stabilität

Ein Trauerprozess und eine Neuorientierung können nur gelingen, wenn die Psychotherapie die Besonderheiten des Störungsbilds beachtet. Ordnungssysteme funktionieren zumeist nur unter Medikation; das Gefühl, unterstimuliert zu sein und sich zu langweilen bleibt auch unter Medikation oft erhalten. Infolge der biologischen Mechanismen (Zusammenhang von Noradrenalin und Dopamin) bilden sich bestimmte Handlungstendenzen als Muster über die Gruppe fast aller ADHS-Betroffenen heraus. Wenn diese konstruktiv genutzt werden, werden sie zu inneren Werten. Die äußeren Strukturen des Lebens (Arbeitsstelle, Beziehungen, Freizeitgestaltung) müssen mit diesen Werten vereinbar sein, da ansonsten eine dauerhafte Stabilisierung ausbleibt.



Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler

STUDIENPLATZ- KLAGE

Mi 6. März | Mi 20. März

Mi 10. April | Mi 24. April

Mi 8. Mai | Mi 22. Mai

Beginn: jeweils 18 Uhr

Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Wertearbeit

Werte sind als implizite, handlungsleitende Motive definiert. Sie erzeugen eine emotionale Resonanz auf bestimmte Wege der Lebensführung, die normalerweise nicht bewusst benannt werden kann, jedoch die eigenen Handlungen steuert. In der Handlung kann zwischen Annäherungs- und Vermeidungsmotiven unterschieden werden. Über die Mehrzahl der ADHS-Patient*innen ist ein Streben nach folgenden Werten in der Lebensführung zu beobachten.

Werte als implizite handlungsleitende Motive	
Annäherungsmotive	Vermeidungsmotive
Autonomie – Menschen mit ADHS möchten selbstbestimmt sein, gegebenenfalls über den Verlauf des Tages entscheiden und funktionieren zumeist schlecht in starren Hierarchien. Sie suchen die Möglichkeit, dann zu arbeiten, wenn es der eigene Zustand zulässt.	Abwehr von Beschämung (gegebenenfalls biographisch geprägt)
Erkenntnisgewinn/Neugierde – Menschen mit ADHS wechseln immer dann die Hobbys und beruflichen Tätigkeitsfelder, wenn die neue Tätigkeit komplett durchdrungen ist und Langeweile entsteht. Durchschnittliche Tätigkeitsdauer 2-3 Jahre.	Langeweile und Gleichförmigkeit
Perfektionismus – gerade bei späten Diagnosen wurde oft eine ausgeprägte Zwanghaftigkeit und ein hoher Perfektionismus entwickelt. Im Hyperfokus ist dieser Perfektionismus lustvoll besetzt. Im Dysfunktionalen stellt er ein inneres Gefängnis dar.	
<p>Übergeordneter Wert: Challenging</p> <p>Abgeleitet aus der Freude am Perfektionismus, dem Bedürfnis nach Autonomie, der Lust auf Erkenntnisgewinn und dem Streben nach Stimulation/Vermeidung von Langeweile, funktionieren ADHS-Betroffene am besten unter „hoher Nutzlast“. Berufe und Hobbys dürfen also nicht zu einfach sein. Zur Vermeidung von längeren depressiven Einbrüchen oder andauernder Phlegmatik benötigt es also eine Tätigkeit, die die folgenden Kriterien erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Thema erzeugt intrinsische Motivation. • Die Tätigkeit hat Projektcharakter. Das bedeutet, dass ein definiertes Endziel erreicht werden kann. Damit ist sichergestellt, dass das Leben nicht für immer so weiter geht und es wird Langeweile vermieden. • Das Ziel darf nicht zu einfach sein. Die Notwendigkeit sich anzustrengen und Fertigkeiten zum Erreichen des Ziels zu erlangen muss bestehen. Wenn das Ziel zu einfach ist, wird die Arbeit entweder gar nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, da das Projekt innerlich als langweilig entwertet wird. Dadurch geht die intrinsische Motivation verloren. • In der Praxis haben sich sowohl für den Arbeitskontext als auch für die Freizeitgestaltung Zeitrahmen von zwei Jahren ergeben (Beispiele: eine Abteilung aufbauen, eine Veranstaltung etablieren, einen Sportbootführerschein machen etc.). 	

* Dieses Konzept funktioniert nur eingeschränkt oder gar nicht, wenn erworbene Ängste die Umsetzung hemmen.

Take-Home-Messages

- Die Therapie mit ADHS-Betroffenen macht Spaß, da auch stagnierende Verläufe oft rasant an Fahrt aufnehmen, wenn eine richtige Behandlung erfolgt.
- Diagnostik ist kein Hexenwerk, sondern erlernbares Handwerk. Diagnostik nicht durchzuführen, kann die Lebensdauer der Patient*innen verkürzen.
- Psychotherapeut*innen sollten sich ebenso wie Psychiater*innen mit den bekanntesten Testverfahren auseinandersetzen.
- Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen sollten wissen, dass Psychotherapeut*innen befugt sind, die Diagnose zu stellen.
- Psychotherapeut*innen sollten sich ebenso wie Psychiater*innen mit den Wirkmechanismen und Eigenschaften der Medikamente auseinandersetzen, um den Verlauf überhaupt bewerten zu können.
- Eine psychotherapeutische Behandlung sollte auch die Biografie, den Menschen und dessen Leiden infolge der ADHS validieren und nicht ausschließlich aus Reduktion von Symptomen bestehen.
- Bei symptomorientierter verhaltenstherapeutischer Arbeit sollte eine überschaubare Zahl geeigneter Interventionen konstant durchgeführt werden, anstatt Patient*innen mit Arbeitsblättern zu bombardieren.



Nicolai Semmler

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Hamburg. Praxisschwerpunkt auf der Behandlung von ADHS und Autismus sowie Traumafolgestörungen.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Weiterführende Links zu Tests, Anamnese, biologischen Grundlagen und Medikamenten:
adhs-erwachsene.net/adhs-selbsttest
adhs-erwachsene.net/downloads
adhs-erwachsene.net/testverfahren-im-test
adhs-erwachsene.net/biologische-grundlagen
adhs-erwachsene.net/medikamente



Literaturverzeichnis

Nicolai Semmler

ADHS im Erwachsenenalter

Psychotherapie **Aktuell**

Ausgabe 1.2024

ISSN 1869-033

- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2019). Hyperactive Child Syndrome and Estimated Life Expectancy at Young Adult Follow-Up: The Role of ADHD Persistence and Other Potential Predictors. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 907-923. doi:10.1177/1087054718816164
- de Zwaan, M., Gruß, B., Müller, A. et al. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 262, 79–86 (2012).
<https://doi.org/10.1007/s00406-011-0211-9>
- Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, Leboyer M (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 10;9:35. doi: 10.1186/1471-244X-9-35.
- Kooij, J.J., Buitelaar, J.K. Van den Oord, E.J., Furer, J.W., Rijnders, C.A. & Hodiament, P.P., (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 35, 817-827.
- Krause, J. & Krause, K.H. (2014). ADHS im Erwachsenenalter. (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer
- Miesch, M., & Deister, A. (2019). Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Erwachsenenpsychiatrie: Erfassung der ADHS-12-Monatsprävalenz, der Risikofaktoren und Komorbidität bei ADHS. [Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatry: Data on 12-month prevalence, risk factors and comorbidity]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 87(01), 32-38. doi:10.1055/s-0043-119987
- Rommelse NN, Franke B, Geurts HM, Hartman CA, Buitelaar JK (2010). Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 281–295.
- Rutter M, Thapar, A., (2014). Genetics of autism. In: Volkmar FR, Rogers AJ, Pelphrey KA (Hrsg.) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 4th Edition. Wiley: Hoboken. S. 411-423.
- Tebartz van Elst, L. (2018). *Autismus und ADHS*. (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer
- Tebartz van Elst, L. (2021). *Autismus Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter*. (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.