

Multimodale ADHS-Therapie in der interdisziplinären Praxis

Dipl.-Psych. Dr. phil. R. Murphy

*Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut,
Leiter Ausbildung Psychologische Psychotherapie, IFT-Nord, Kiel*

PD Dr. med. D. Schöttle

*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Asklepios Klinikum Harburg*



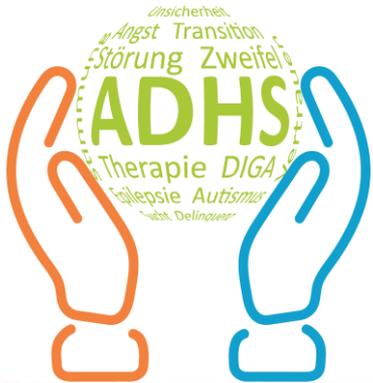
Disclosures / Erklärung über Interessenkonflikte (nach AWMF): R. Murphy

- Honorare (Wissenschaftliche Beratung, Vortrag, Advisory Board – in den letzten 5 Jahren): Takeda Pharma, Medice
- Keine finanziellen Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern
- Keine Eigentümerinteressen an Arzneimitteln / Medizinprodukten
- Kein Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds
- Keine persönlichen Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft

Disclosures / Erklärung über Interessenkonflikte (nach AWMF): D. Schöttle

- Honorare (Wissenschaftliche Beratung, Vortrag – in den letzten 5 Jahren): Otsuka, Lundbeck, Janssen Cilag, ROVI, Recordati, Medice, Boehringer Ingelheim, Takeda Pharma, Mindnet, Biomath GmbH
- Beteiligung an Studie: Lundbeck, ROVI, Takeda
- Autor: Elsevier, Thieme, Kohlhammer
- Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern: Innovationsfond (G-BA), Lundbeck/Otsuka, ROVI, Takeda, ProResearch
- Keine Eigentümerinteressen an Arzneimitteln / Medizinprodukten
- Kein Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds
- Keine persönlichen Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft

Wie ist die Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit ADHS?



Versorgungssituation (I)

- **Erwachsene ADHS-Betroffene haben weiterhin unzureichend Zugang zur Diagnostik und Behandlung, Wartezeiten sind sehr lange!** ¹
- **Dabei ist ein Anstieg des Bedarfs zu verzeichnen!**
(Entstigmatisierung, Soziale Medien etc.)¹
- **Unzureichende Sensibilisierung für die Erkrankung** führt zu einer Unterdiagnostizierung der adulten ADHS.²
- **Stigmatisierung, Vorurteile gegenüber adulter ADHS und Herausforderungen in der Diagnostik** sowie der **angemessenen Anwendung der Medikamente** sind weitere Gründe für die Unterdiagnostizierung und unzureichende Therapie der adulten ADHS.^{3,4}

Versorgungssituation (II)

- Die **angemessene Transition der medizinischen Versorgung** von der pädiatrischen hin zur adulten ADHS ist eine Herausforderung.¹
- **Die Transition birgt viele Probleme**, z. B. altersbedingte Veränderungen der **ADHS-Symptomatik**, der **Bedarf an einer erwachsenengerechten Versorgung** sowie die **Notwendigkeit von Kenntnissen** über die **Störung**, über **Komorbiditäten** und über die **geeignete medikamentöse Therapie**.¹

Aus der praktischen Erfahrung:*

- Wenig Austausch zwischen KJP und Erwachsenenpsychiatrie.
- Kaum multimodale koordinierte Therapien für Erwachsene mit ADHS

1. Swift KD et al. Child Care Health Dev. 2014; 40(6):775-786.

*PD Dr. med. D. Schöttle, Dipl.-Psych. Dr. phil. R. Murphy.

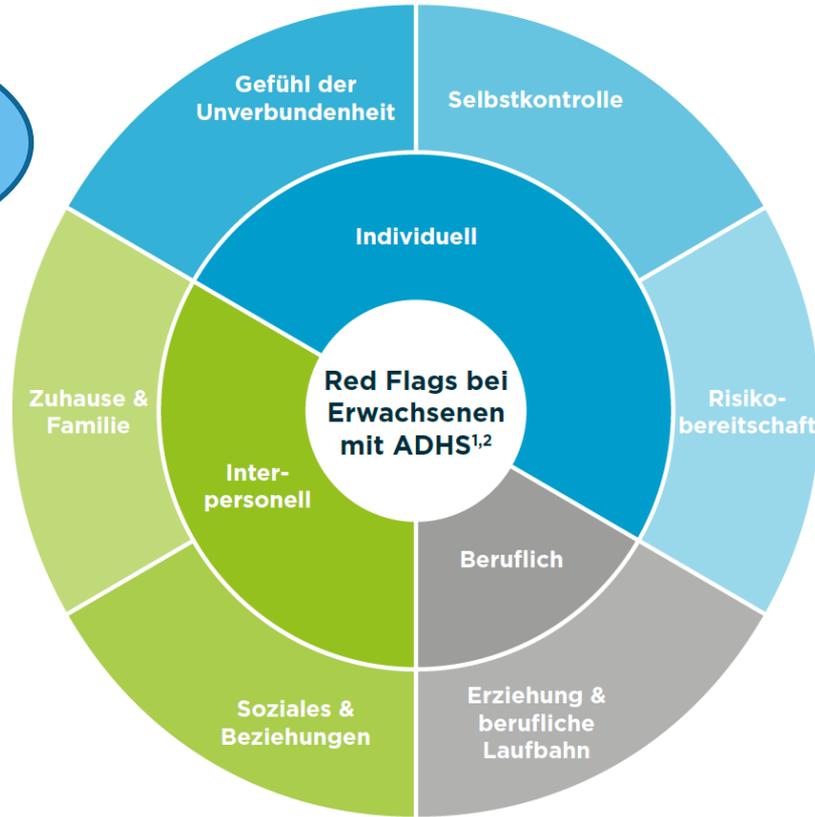
Wann sollte man denn hinsichtlich einer ADHS „hellhörig“ werden?



Typische Verhaltensweisen bei einer „maskierten“ ADHS!?

„Ich lasse mich oft ablenken, fange etwas an und bringe es nicht zu Ende.“

„Ich bin immer zu spät.“



„Ich habe diese Wutausbrüche und meine Frau will, dass ich eine Therapie mache.“

Die sogenannten „Red Flags“ sind differenzierende Verhaltensweisen, die typisch für eine ADHS sind.

1. Mod. Nach CADDRA – Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020. 2. Kooij JJS et al. Eur Psychiatry. 2019; 56:14–34.

Typische Verhaltensweisen bei einer „maskierten“ ADHS!?

- Aufgewühlt, ständig gereizt²
- Schwierigkeiten, sich zu entspannen²
- Geringes Selbstwertgefühl²
- Ungeduldig und Schwierigkeiten beim Abwarten²

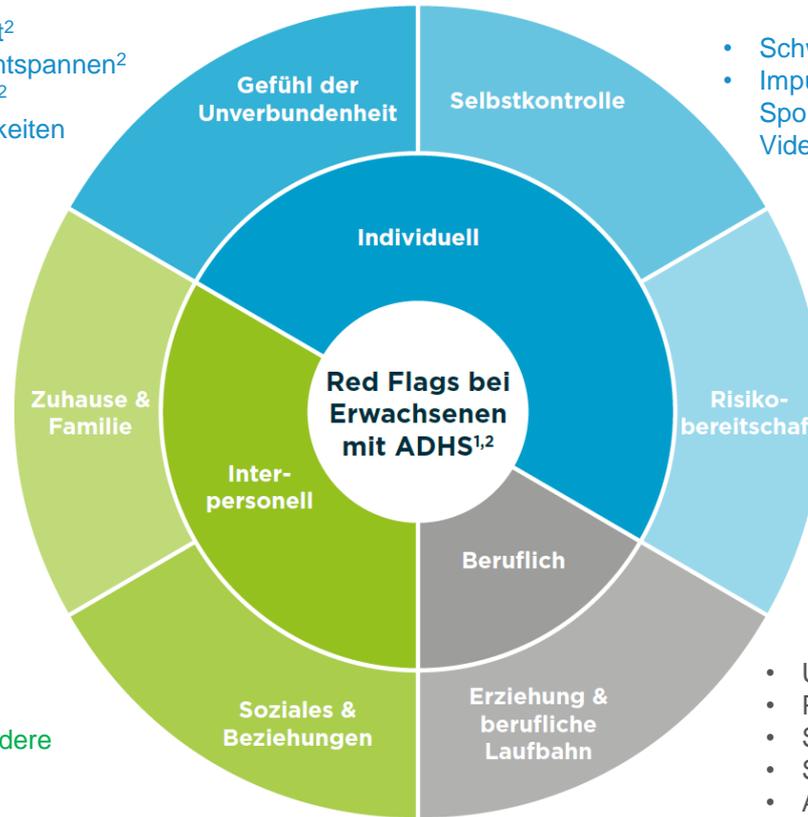
- Schwierigkeiten bei der Wutkontrolle¹
- Impulsgesteuerte Süchte, z. B. Kaufsucht, Sportsucht, Spielsucht, TV-Sucht, Videospielsucht usw.¹

- Schwierigkeiten Routineaufgaben z. B. im Haushalt zu erledigen¹
- Schwierigkeiten im Umgang mit Geld¹
- Eheprobleme¹
- Probleme in der Familie¹
- Elternteil, dessen Kind / Kinder ADHS haben¹

- Redet zu viel und zu laut²
- Handelt ohne zu denken²
- Plaudert Dinge aus, die andere in Bedrängnis bringen²
- Unterbricht andere²

- Substanzgebrauch / -missbrauch¹
- Hohe Risikobereitschaft z. B. durch Ausübung von Extremsportarten²
- Häufige Unfälle¹
- Probleme beim Autofahren¹

- Unregelmäßige Beschäftigungsverhältnisse¹
- Probleme beim Zeitmanagement¹
- Schnell abgelenkt²
- Schwierigkeiten beim Erledigen von Aufgaben¹
- Vergesslich²



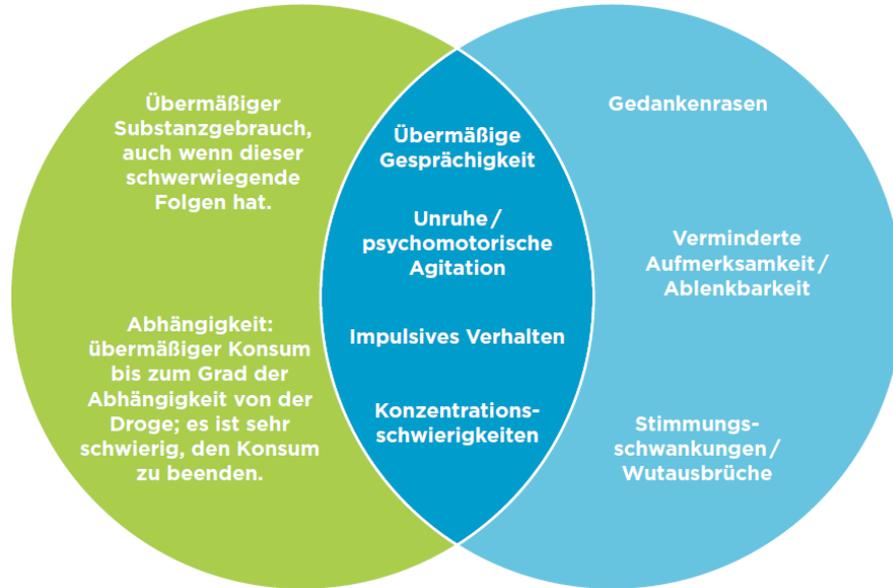
Die sogenannten „Red Flags“ sind differenzierende Verhaltensweisen, die typisch für eine ADHS sind.

1. Mod. Nach CADDRA – Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020. 2. Kooij JJS et al. Eur Psychiatry. 2019; 56:14–34.

Überlagerung der Symptome von ADHS beispielsweise Substanzkonsumstörung sowie Angststörungen¹

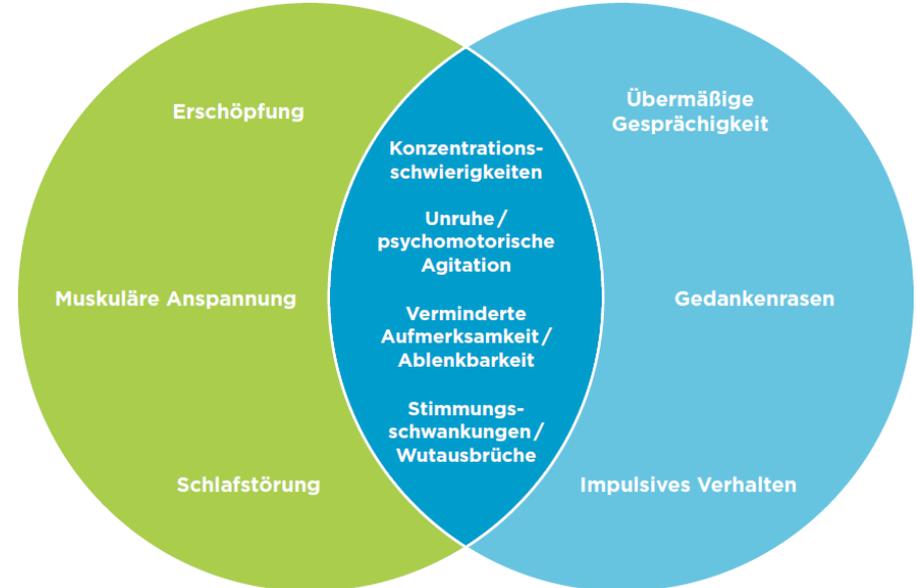
Substanzmissbrauch / -abhängigkeit

ADHS



Generalisierte Angststörung

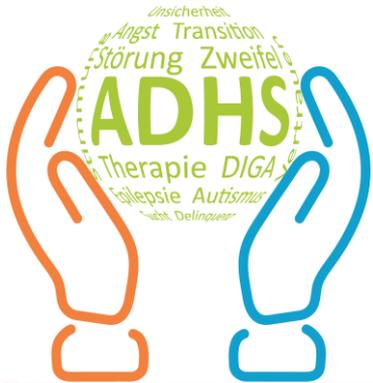
ADHS



Modifiziert nach Kooij et al. (2012).¹

1. Kooij JJ et al. J Atten Disord. 2012; 16(5 Suppl):3S-19S.

Tauschen sich Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen ausreichend aus?

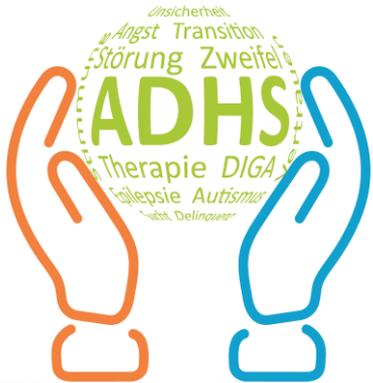


Austausch zwischen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

- Häufig wenig Austausch im klinischen Alltag
- Diagnose kann von beiden Berufsgruppen gestellt werden
- Teilweise bei Ämtern Anerkennung der Diagnose durch Facharzt notwendig
- Unterschiedliche Perspektiven können einander ergänzen
- Pharmakotherapie nicht immer notwendig, häufig sinnvoll
- Das gleiche gilt für die Psychotherapie und ergänzende Therapieangebote, abgestimmt auf begleitende Symptomatik oder Erkrankungen

Wie ist die Rolle der Psychotherapeut:innen?

Und wie die der Ärzt:innen?



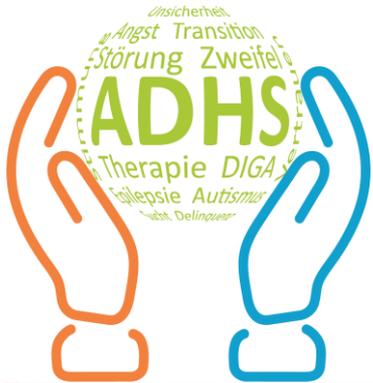
Die Rolle der Psychotherapeut:innen

- Viele ADHS-Patient:innen suchen den direkten Kontakt zu Psychotherapie-Praxen – meist geht es um die Diagnosestellung ADHS.
- Oft geht es darüber hinaus auch um die Behandlung komorbider Störungen.
- Psychotherapeut:innen sollten deshalb das notwendige „diagnostische Rüstzeug“ besitzen.
 - Darüber hinaus sollten sie auch in der Lage sein, wesentliche psychoedukative Elemente („Störungsbild-Teaching“) zu übernehmen.
- Psychotherapeut:innen kommt **eine entscheidende Rolle als „Lotse“** in der Behandlung zu!
 - Sie kennen die Bedeutung psychotherapeutischer Interventionen bei ADHS, wie Selbstwert, Alltagsorganisation, Struktur, Umgang mit Gefühlen, Anspannungsreduktion ...
- Oftmals lassen sich auch Themen wie mangelnde Medikamenten-Compliance psychotherapeutisch aufgreifen und bearbeiten.

Die Rolle der Ärzt:innen – im Zusammenspiel mit Psychotherapeut:innen

- Generell könnten Ärzt:innen sowohl medikamentöse wie psychoedukative oder –therapeutische Behandlung anbieten
- Häufig ist der Fokus auf die medikamentöse Behandlung, bei knappen Ressourcen können Aufgaben an andere Fachgruppen (Hausärzte etc.) delegiert werden
- Oft wenig Austausch vorhanden
- Gemeinsame Fortbildungen und Qualitätszirkel wünschenswert

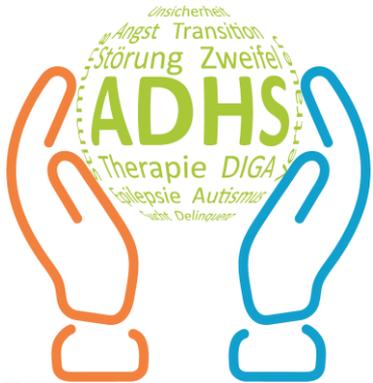
Wie könnte die Zusammenarbeit am besten erfolgen?



Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

- + Aufmerksamkeit auf ADHS schon in der Weiterbildung wichtig
- + Schulungen
- + Gemeinsame Fortbildungszirkel oder Qualitätszirkel
- + Hausärzte miteinbeziehen
- + Netzwerke online gründen, niedrigschwellig Kontakte austauschen

Auch Psychotherapeut:innen sollten über Medikation Bescheid wissen, oder?



S3-Leitlinie ADHS: Überblick Medikamentöse Therapien

Wirkstoff		Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung für Kinder ab 6 Jahre	Zulassung für Erwachsene
Stimulanzien	Methylphenidat (kurz wirksam) ^{1,2}	DA- und NA-Wiederaufnahme-Hemmung ^{1,2,4,5,6,7,8}	1-4 Std. ^{1,2}	Ja ^{1,2}	Nein
	Methylphenidat (lang wirksam) <ul style="list-style-type: none"> Methylphenidat Retard^{3,4} Methylphenidat LA⁵ Methylphenidat adult^{6,7} Methylphenidat OROS⁸ Methylphenidat⁹ 		<ul style="list-style-type: none"> 7-8 Std.¹⁵ Nicht belegt bis 12 Std.⁸ Bis 12 Std.⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Ja^{3,4,5} Nein Ja⁸ Ja⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Nein³ / Ja^{4,5} Ja^{6,7} Ja⁸ Ja⁹
	Dexamfetamin ¹⁰	DA- und NA-Wiederaufnahme-Hemmung & verstärkte Freisetzung ^{11, 14}	~ 4 Std. ^{16,17}	Ja ⁹	Nein
	<ul style="list-style-type: none"> Lisdexamfetamin¹¹ 		<ul style="list-style-type: none"> 13 Std. (Kinder/Jugendliche) 14Std. (Erwachsene)¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Ja¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Ja¹¹
Nicht-Stimulanzien	Atomoxetin ¹²	NA-Wiederaufnahme-Hemmung ¹²	bis 24 Std. ¹⁸	Ja ¹²	Ja ¹²
	Guanfacin ¹³	Alpha _{2A} -adrenerger Rezeptoragonist ¹³	bis 24 Std. ¹⁹	Ja ¹³	Nein

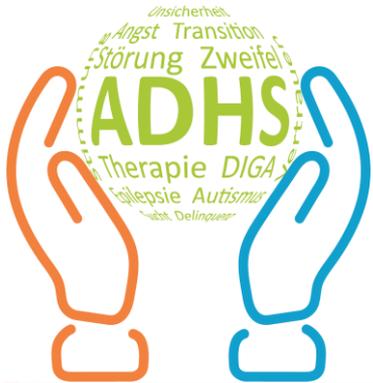
DS 1./2. Methylphenidat (kurz wirksam) Fachinformation, aktueller Stand. 3./4. Methylphenidat Retard Fachinformation, aktueller Stand. 5. Methylphenidat LA Fachinformation, aktueller Stand. 6./7. Methylphenidat adult Fachinformation, aktueller Stand. 8. Methylphenidat OROS Fachinformation, aktueller Stand. 9. Methylphenidat Fachinformation, aktueller Stand. 10. Dexamfetamin Fachinformation, aktueller Stand. 11.. Lisdexamfetamin Fachinformation, aktueller Stand. 12. Atomoxetin Fachinformation, aktueller Stand. 13. Guanfacin Fachinformation, aktueller Stand. 14. Han DD et al. BMC Pharmacol. 2006; 6:6. 15. Banaschewski T et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006; 15(8):476-495. 16. Brown GL et al. J Am Acad Child Psychiatry. 1980; 19(2):225-239. 17. Daughton JM et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009; 48(3):240-248. 18. Kelsey DK et al. Pediatrics. 2004; 114(1):e1-8. 19. Biederman J et al. Pediatrics. 2008; 121(1):e73-84.

Medikamentöse Therapie und Psychotherapie

- Häufig fragen Patienten ihre Psychotherapeut:innen nach der Notwendigkeit und dem Einsatz einer medikamentösen Therapie.
→ Es werden aber auch Ängste und Befürchtungen geäußert
- Fragen zu Nebenwirkungen sind häufig
- Psychotherapeut:innen sollten sich mit ADHS-Medikation auskennen, ggf. bei „Spezialfragen“ an die Fachärzt:innen weiterleiten

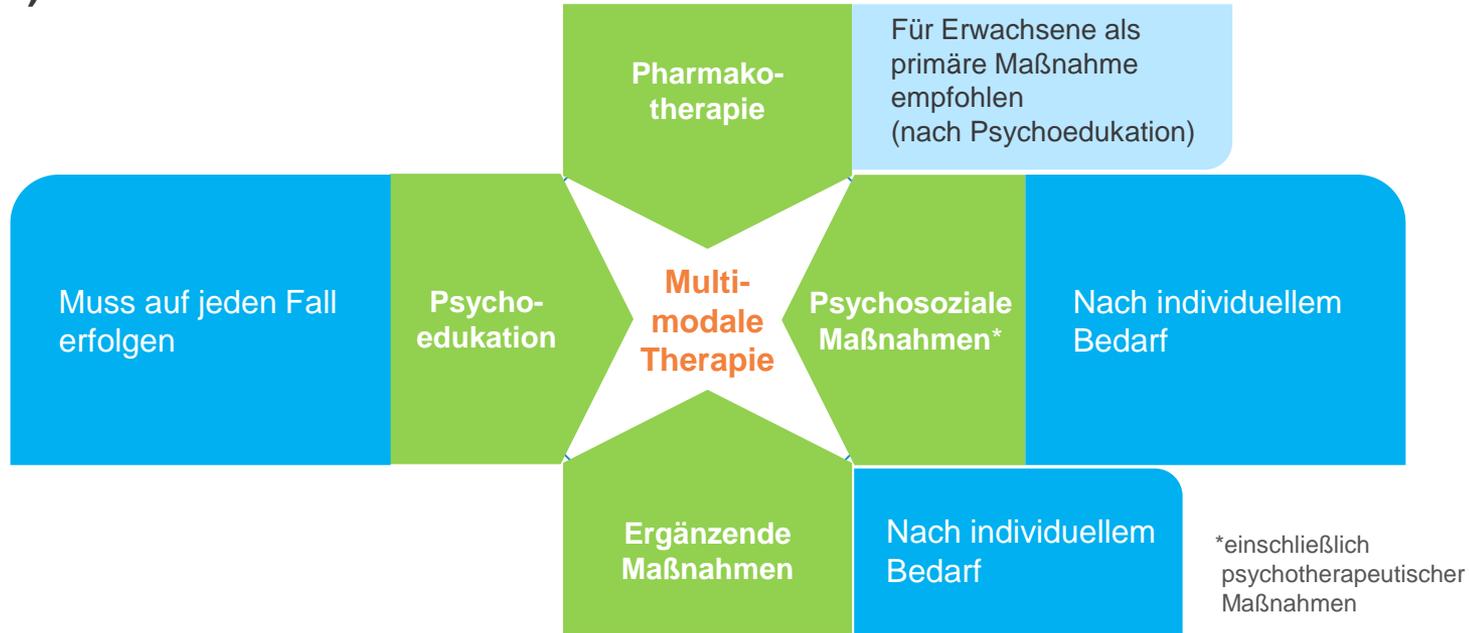
**Wann sollten wir
Psychotherapie empfehlen?**

**Wann sollten wir eine
medikamentöse Therapie empfehlen?**



Multimodaler Therapieansatz bei ADHS Gemäß S3-Leitlinie

Analog aktueller S3-Leitlinie, unter Berücksichtigung von persönlichen Faktoren, Umgebungsfaktoren, Teilhabe, Schweregrad der Störung bzw. der koexistierenden Störung(en):



Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden.

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS-Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen
→ Vermittlung von Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress.
- Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.



Gemäß NICE-Leitlinien wird Verhaltenstherapie in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS empfohlen (National Institute for Health and Care Excellence)²

AHDS und Psychotherapie

- Psychotherapie, v. a. Verhaltenstherapie kann sich positiv auf die ADHS-Symptomatik und begleitende Symptome auswirken
- Bei Komorbiditäten oft sinnvoll einzusetzen
- Kann sich positiv auf die weitere Entwicklung von Komorbiditäten auswirken

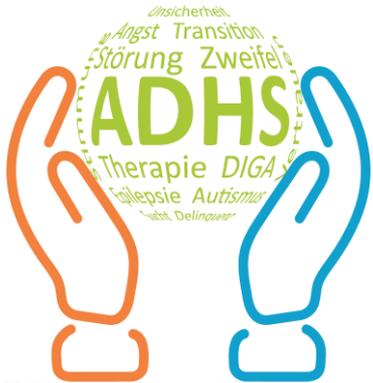
Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD (A Systematic Review and Meta-Analysis)

Abstract

Background: ADHD diagnosis rates are rising; however, currently, no effective treatment method that has been identified. This study compared the efficacy of CBT + M with M for adult ADHD. **Methods:** PubMed, Embase, WOS, and Cochrane Library databases were searched up to July 29, 2023. Literature screening and data analysis were conducted. **Results:** The six randomized controlled studies included. Meta-analysis showed that CBT + M was more effective than M in improving ADHD symptoms. Subgroup analysis showed developed countries significant in ADHD symptoms improvement. At the 3-month, CBT + M was superior to M, but at the 6 and 9 months, no statistically significant differences were observed.

Conclusion: CBT + M is more effective than M in improving adult ADHD symptoms and maintains an advantage for at least 3 months. It is recommended to intensifying CBT treatment after 3 months. Country and economy may influence results. Combined therapy for ADHD should be prioritized in developed countries. (*J. of Att. Dis.* 2024; 28(3) 279-292)

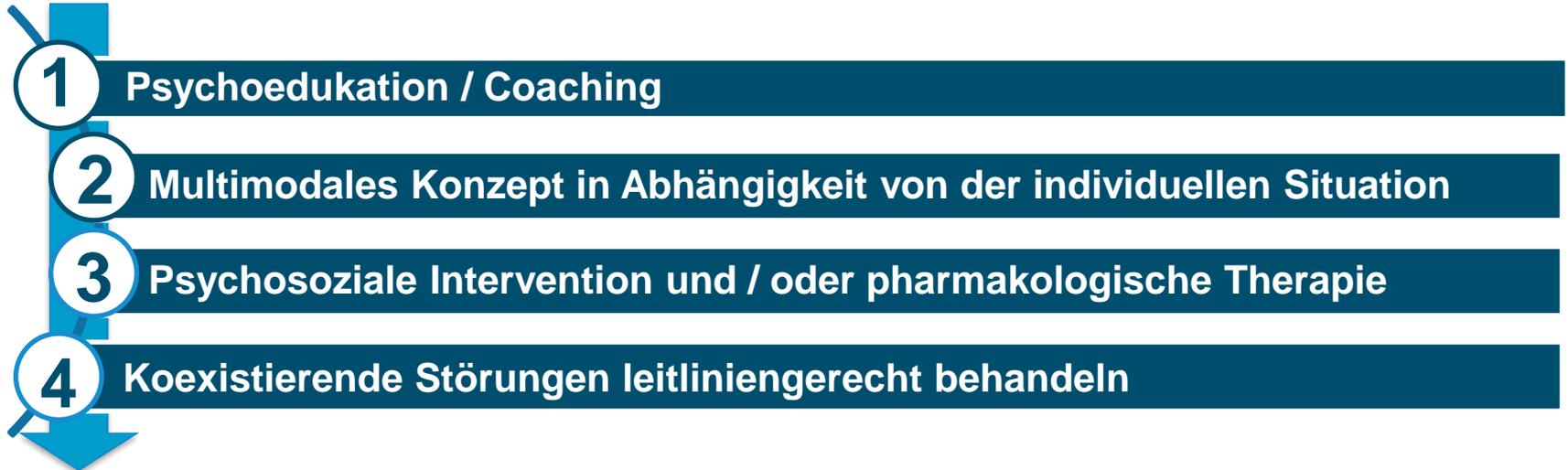
Welche nicht-medikamentösen Therapien können eingesetzt werden?



Multimodaler Therapieansatz bei ADHS Gemäß S3-Leitlinie



Bei Erwachsenen: Nach Psychoedukation soll primär Pharmakotherapie angeboten werden.



Psychoedukation:

Einzel?

In der Gruppe?

Was sind hilfreiche Materialien?

Gibt es Empfehlungen für Online-Psychoedukation?

Gibt es Erfahrungen mit dem Einsatz
von Peer-Mitarbeiter:innen?



Psychoedukation bei ADHS

Content of psychoeducation interventions for ADHD

Authors, year	Themes						
	ADHD diagnosis, symptoms, and functioning	Treatment options	Somatic health and ADHD	ADHD and Social life	Insider perspective	Practical and psychological skills	ADHD and work
Bachman et al., 2018 [25]; Hoxhaj et al., 2018 [28]	+	+		+		++	
De Oliveira et al., 2018 [34]	+	+					
Hartung, et al., 2022 [33]	+	+				++	
Hirvikoski et al. 2017; 2015 [26, 27]	+	+	+	+	+	+	+
In de Braek, 2017 [29]	++			+		++	+
Jang et al., 2021 [32]	+	+				++	
Salomone et al., 2012 [30]	+					++	
Vidal et al., 2013 [31]	++	+		+		++	

Note: A single plus indicates that the theme was covered in the intervention, and two pluses indicate a more comprehensive coverage relative to other topics; rows contain more than one study if the same manual was used

Conclusion:

The literature on psychoeducation for adult ADHD is not ready for any systematic effect estimation. Before such estimations are conducted, a shared understanding and definition of psychoeducation are needed. The involvement of end users in the development and delivery of interventions may aid reach this goal but results from this review indicate that such practices are rare.

Non-pharmacological treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD

Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) is a neurodevelopmental disorder which affects the day-to-day functioning of children and adults with this condition. Pharmacological treatment can reduce the symptoms associated with ADHD, but it has some limitations. The objective of this symposium is to determine the effects of non-pharmacological approaches on ADHD symptoms. Results indicate that the following intervention are promising approaches: cognitive behavioral therapy (CBT), mindfulness-based interventions (MBI), yoga, cognitive and metacognitive intervention, neurofeedback and parental training programs. Current research advocates multimodal approaches in conjunction with school or work accommodations integrating innovative technologies.

Nicht-medikamentösen Therapien bei ADHS: Welche anderen Psychotherapieformen sind hilfreich?

A review of recent treatments for adults living with attention-deficit / hyperactivity disorder

Outcomes of interventions with a psychosocial focus

Modality and/or treatment	Author and year	Outcomes
Mindfulness meditation (MAP)	Mitchell et al., 2017	Improved ADHD and executive functioning symptoms, as well as reduction in emotion dysregulation.
	Bueno et al., 2015	Improved inattention, mood and quality of life for patients/control groups.
MAP/psychoeducation	Bachmann et al., 2018	Both generated a significant decrease in ADHD core symptoms and an improvement in task performance.
	Hoxhaj et al., 2018	Improved self-concept, quality of life, overall mental health, depression decreased and improved mindfulness.
Mindfulness-based training/DBT	Edel et al., 2017	MBT and DBT had similar reduction in ADHD core symptoms
	Fleming et al., 2015	Improvement in mindfulness and self-efficacy, executive functioning and quality of life
DBT	Morgensterns et al., 2016	Enhanced well-being, ability to be mindful, better emotional regulation and quality of life.
CBT	Solanto et al., 2018	Improvement in inattentive symptoms, sleep and depressive symptoms
MBCT	Gu et al., 2018	Improved ADHD core symptoms and decrease in anxiety and depression, assisted with higher levels of mindfulness and neuropsychological performance
	Hepark et al., 2015	Significant reduction in ADHD symptoms, improvement in executive functioning, mindfulness
Meta-cognitive therapy	Solanto et al., 2010	Improved overall core symptoms of ADHD
CCT	Stern et al., 2014	Marked improvements in executive functioning and mindfulness competencies
Coping skills and/or CCT	Bettis et al., 2017	Improved executive functions, reduced ADHD symptomatology and improved occupational performance, decrease in social stress, executive function difficulties and anxiety symptoms.
		CCT programme reported improved ADHD symptoms in comparison with coping skills.

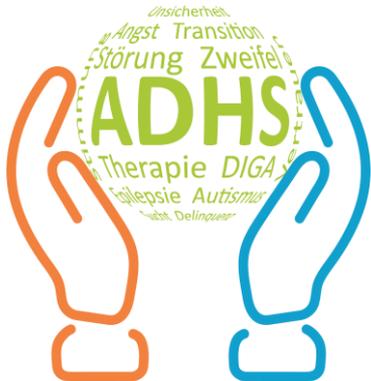
Source: Extracted from: Wakelin C. A systematic review of recent interventions for adults with ADHD. Masters dissertation [homepage on the Internet]. University of the Western Cape; 2022 [cited n.d.]. Available from: <http://hdl.handle.net/11394/9217>

Note: All of the references are included in the thesis of Ms Wakelin and can be sourced from the thesis.

ADHD, Attention-deficit/hyperactivity disorder; MBT, mindfulness-focused training; DBT, dialectical behaviour therapy; CBT, cognitive-behavioural therapy; CCT, client-centred therapy; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy.

Coaching:

Was versteht man unter Coaching?
Wie wird dies eingesetzt?



“Coaching assists clients with AD / HD to stay focused on their goals, face obstacles, address core ADD-related issues like time management, organization, and self-esteem, gain clarity and function more effectively”¹

Aus der praktischen Erfahrung:²

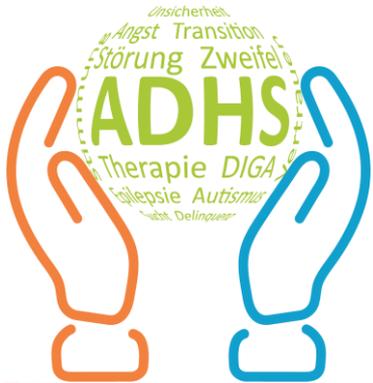
- Förderung *alltagsrelevanter* Problemlösetechniken
 - Zeitmanagement
 - Ordnung schaffen und halten
 - Prioritäten setzen
 - Alltagsstruktur aufbauen
 - ...

1. Roney et al. 2002, <http://www.add.org/articles/coachingguide.html>.

2. Aus der praktischen Erfahrung von PD Dr. med. D. Schöttle, Dipl.-Psych. Dr. phil. R. Murphy.

ADHS & Sport

Ist Sport hilfreich zur Reduktion der ADHS-Symptome?
Gibt es bevorzugte Sportarten?



ADHS und Bewegung / Sport

- Sport ist einfach einzusetzen, nebenwirkungsarm und hat einen positiven Effekt auf die ADHS-Symptomatik.
- Sport kann sich positiv auf begleitende Symptome und Komorbiditäten auswirken.
- Sport sollte allen Betroffenen mit ADHS empfohlen werden.

Wie sieht es nun konkret in der Praxis aus?

Kasuistik

Herr P., 27 Jahre



Anamnese:

- Ledig, keine Partnerschaft, Abitur
- Ausbildung zum Event-Manager (davor tätig als Erzieher, Trainer, Entwicklungshelfer in Afrika, Koch und als pädagogischer Schulbegleiter)
- **AU seit 08/2023**

Aufnahme ambulanter Psychotherapie:

- Seit seiner **COVID-Erkrankung Ende 2022** sei „alles zusammengebrochen“
- Freud- und lustlose Stimmung, Antriebsminderung, Anhedonie, sozialer Rückzug
- Kraftlos und erschöpft, Durchschlafstörungen und Morgentief
- Massives Grübeln, Minderwertigkeitserleben, innere Leere
- Depressive Phasen kenne er **seit frühester Jugend**

Weitere Exploration im Rahmen der Probatorik:

- Seit dem frühen Jugendalter leicht ablenkbar und unruhig
- Verliert sich schnell in Details, vergisst persönliche Gegenstände des Alltagsgebrauchs und macht oft 2 bis 3 Dinge parallel, dann könne er sich besser konzentrieren

Suchtanamnese:

- Vom 16.–25. LJ Konsum von MDMA, LSD, Mushrooms, Ketamin, Kokain und Amphetaminen
- Letzteres mit beruhigender und aufmerksamkeitsfokussierender Wirkung
- Kein regelmäßiger, aber häufiger Konsum am Wochenende (3–4 WE/Monat), aktuell 1x/Monat

Kasuistik: Herr P., 27 J.

- Durchgängig Probleme mit Alltagsstruktur und Prioritätensetzung
- Leichte Ablenkbarkeit, innere Unruhe, Stimmungsschwankungen
- Unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus und Aufrechterhaltung von Selbstfürsorge (zahlreiche Kompensationsstrategien und Drogenkonsum „hielten mich lange über Wasser“)

→ Erstmaliger Verdacht auf ADHS

Ergebnisse ADHS-Diagnostik:

- WURS-k: 36 (Hinweise auf Symptomatik in Kindheit; CAVE: Fragebogen erfasst 8.-10. LJ, Beginn der Symptomatik in diesem Fall ab 12. LJ)
- ADHS-SB: 25 Punkte
- CAARS: Gesamt ADHS-Index T-Wert 80 (sehr auffällig)
- IDA Interview: Hinweise auf kombinierter Typus

➔ Bestätigung der **Diagnose ADHS mit Persistenz ins Erwachsenenalter:**
ICD-10 F90.0

- Vor dem Hintergrund der **Schwere der ADHS-Symptomatik** & gemäß **Behandlungsleitlinie**:
 - Indikation für **medikamentöse Behandlung der ADHS**
 - **Kooperation mit FA für Psychiatrie**

Therapie – zunächst:

- **Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkungen einer Medikation**
- **Erwartungsmanagement**
- **Abschätzung von Compliance und Suchtmittelabstinenz**

Therapie:

- **Einstellung auf Stimulanz (1):**
 - Unter Stimulanz (1): Erhebliche Appetitminderung mit Gewichtsverlust
- Da Pat. ohnehin in sehr schlankem EZ:
→ **Wechsel auf Stimulanz (2)**
 - Hierunter deutliche Reduktion der inneren Unruhe und Stimmungsschwankungen, Reduktion der Ablenkbarkeit, Gewichtsverlust rückgängig
- **Fortführung ambulanter Psychotherapie, KZT1/2,**
→ **Dann Umwandlung in LZT**
 - Hierunter Stimmungsaufhellung, Reduktion der Schlafstörungen, Reduktion des Grübelns, Verbesserung des Selbstwelterlebens

- **Parallel wiederholter Austausch mit FA für Psychiatrie:**
→ Diskussion der Notwendigkeit einer **Dosisveränderung**

Verlauf:

- **Erhebliche Entlastung durch Erstellung eines Störungsmodells**
– unter Berücksichtigung der **ADHS-Konstitution** und **Würdigung** seiner Ressourcen sowie vieles **bislang Erreichten**
- **Persistierende Schwierigkeiten mit Alltagsstruktur und Zeitmanagement**
→ Indikation für **spezifisches ADHS-Coaching**
→ **Kontaktaufnahme zu hierauf spezialisierter Ergotherapeutin**
(aktuell laufend)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Behandlung besonders wichtig

„Für eine ADHS stehen mittlerweile **gute diagnostische Tools und Interviews** sowie **wirksame medikamentöse Behandlungsoptionen** zur Verfügung.

Da gleichzeitig ein **erhöhtes Risiko** für die Entwicklung **psychiatrischer Komorbiditäten** vorliegt, ergibt sich hieraus oft die **Indikation für eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung**.

Hier zeigt sich die **Notwendigkeit und Unverzichtbarkeit einer interdisziplinären ärztlich-psychotherapeutischen Zusammenarbeit.**“

Zusammenfassung

- ADHS tritt **häufig „versteckt“** in **Kombination mit Komorbiditäten** auf.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit** ist zwischen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen **in der Behandlung besonders wichtig**.
- Es gibt ein **breites Spektrum an pharmakologischen und nicht-pharmakologischen** Behandlungsmöglichkeiten bei adulter ADHS.
- **Nicht-pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten können ergänzend und effektiv** zur Behandlung der Kernsymptomatik und der ADHS-Folgen eingesetzt werden.
- **Psychoedukation** ist sinnvoll und hilfreich, v. a. in der Gruppe.
- **Kognitiv-behaviorale Therapien** sind besonders **effektive Therapieverfahren**.
- **Sport kann nebenwirkungsarm und effektiv** eingesetzt werden.
Generelle Präferenz wichtiger als Sportart.
- **Kombination verschiedener Therapien** kann **Synergien** bringen.
- **Aktualisierte ADHS-Leitlinie** ist **hilfreich bei der individuellen Zusammenstellung der Therapien**.

FOKUS **A**DHS

Vielen Dank

