

# ADHS Erwachsenen Selbsthilfegruppe Dresden



## Thema:

Therapie & Medikation – Fortschritte in der Psychotherapie im Umgang mit ADHS

**(04. Oktober 2012)**

Einführungsvortrag

Manuskript und Vortrag von

Mario Heinig

### ***Hinweis:***

*Die Unterlagen zu den Themenabenden sind nur zum internen Gebrauch der Teilnehmer der ADHS Erwachsenen Selbsthilfegruppe Dresden bestimmt. Von einer Weiterverbreitung in jeglicher Form muss aus rechtlichen Gründen abgesehen werden*

Hinweis: Hier handelt es sich weitestgehend noch um die Ursprüngliche Entwurfsfassung, da ich keine Gelegenheit hatte das Manuskript zu überarbeiten. Es sind hier nicht alle Quellen als solche gekennzeichnet. Da es sich hier allerdings um keine wissenschaftliche Arbeit sondern eine Zusammenfassung handelt mögt ihr mir dies verzeihen. Daher sind die Unterlagen nur zur internen Verwendung. Außerdem hatte ich noch keine Zeit die Notizen aus der Diskussionsrunde zu ergänzen. Ggf. folgt ein Update. Perfektion soll hier aber auch nicht Ziel sein, sondern euch nur Anregungen liefern. Auch fehlt noch das Literaturverzeichnis. Fragt mich bei Bedarf nach einzelnen Quellen oder weiteren Infos. Viel Spaß, Mario

## Inhalt

1. Pharmakotherapie .....	2
1.1 Stimulanzien.....	3
1.2 Andere Stoffgruppen.....	3
2. Psychotherapie.....	5
13.1. Verhaltenstherapie (VT).....	6
13.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP).....	6
13.3. Analytische Psychotherapie (AP).....	6
3. Multimodale Therapie und weitere Ansätze.....	7
4. Durchführungsprobleme .....	9

## 1. Pharmakotherapie

Im Folgenden möchte ich euch die wichtigsten Stoffgruppen vorstellen und kurz ihre Wirkungsweise erklären. Um den Umfang nicht zu überspannen werde ich nicht detailliert auf Nebenwirkungen und deren Häufigkeit eingehen.

Für ein besseres Verständnis der Wirkungsweise der Medikamente beginnen wir unsere Reise in der Neurobiologie. Als eine Ursache der ADHS-Symptome werden unter anderem komplexe Störungen im Stoffwechsel der Hirnbotsstoffe vermutet, insbesondere im Katechol-Aminhaushalt (Dopamin, Noradrenalin), möglicherweise auch beim Serotonin. Diese Vermutung basiert auf unserem heutigen Verständnis der Wirkmechanismen von Stimulanzien. Es gibt hier noch großen Forschungsbedarf, wie vermutlich in der ganzen Neurobiologie. Vereinfachend gesagt sind diese Hormone für die Signalübertragung im synaptischen Spalt verantwortlich. Neben den Störungen im Hirnbotsstoffwechsel gibt es allerdings auch strukturelle Unterschiede in einzelnen Hirnregionen gegenüber Nicht-Betroffenen, auf die ich an dieser Stelle nicht eingehe.

Falls ihr einmal davon lesen solltet hier noch ein paar fachwörtergeschwängerte Einzelheiten. Noradrenalin ist im Gehirn weit verbreitet, am dichtesten in den primären visuellen, auditiven, somatosensorischen und motorischen Regionen. Dopamin ist in den primären sensomotorischen kortikalen Hirnregionen schwach vertreten, dafür dicht im präfrontalen Kortex, im Striatum, und in den Assoziationsbahnen zu den temporalen und parietalen Lappen. Dies ist wichtig für die Steuerung exekutiver Funktionen, also dem Gehirn als Dirigent. Beispielsweise ist ein Teil des Striatums, der nucleus accumbens, enorm wichtig für unser gesamtes Motivation und Belohnungssystem. Offensichtlich haben Unterschiede in diesen Bereichen großen Einfluss auf unseren Alltag und erklären warum wir meist etwas anders funktionieren. Allerdings ist vieles noch unbekannt. Beispielsweise sind soweit mir dies bekannt ist bislang nur zwei postsynaptische Dopamin-Andockstellen (Rezeptoren) untersucht, es gibt aber sechs. Im Prinzip heißt das Dopamin kann ganz unterschiedliche Wirkungen entfalten. (Vgl. dazu Krause und Krause, 2003). Übrigens hat ADHS eine eindeutig genetische Komponente.

Exkurs:

Für die Klärung der Hauptursache von ADHS gibt es mehrere Erklärungsmodelle (Alles nachzulesen bei Krause und Krause, 2003). Ein Hauptdefizit ist die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen

(Armstrong et al., 2001). Ein anderes ist die Störungen der exekutiven Funktionen, übergreifenden Kontrollfunktionen oder Selbstregulationsprozessen. Besonders typisch sind bei ADHS hierbei die mangelhaften inhibitorischen Kontrollmechanismen (Uns fehlt es z.B. schwerer bestimmte Handlungen zu unterbrechen) (Barkley 1997). Weiterhin ist ADHS aber auch eine Störung der Motivation erklärbar (8Sonuga-Barke, 2002). Nach diesem Erklärungsmodell ist unser Defekt nicht in der Störung inhibitorischer Mechanismen sondern in einer Vermeidungshaltung gegenüber aversiv erlebten Verzögerungen zu sehen. Eine Auswirkung davon ist es das ADHS-Patienten ewsils die sofortige Belohnung einer verzögerten vorziehen. Falls keine Wahlmöglichkeit existiert gestalten wir unsere Umgebung so, dass die als lästig empfundenen Verzögerungen durch andere Reize ausgefüllt werden.

Fazit: Eine neurobiologischer Ursache ist, das wir zu wenige Transmitter in den synaptischen Spalten haben und somit die Informationsweitergabe zwischen Nervenzellen unterschiedlich zu Menschen ohne ADHS ist. Die Wirkungsweise der Medikamente ist eng verknüpft mit den Anfangs kurz beschriebenen neurobiologischen Grundlagen.

## 1.1 Stimulanzien

Bereits 1937 wurde erstmals von Bradley die guten Wirksamkeit von Stimulanzien auf Symptome der ADHS beschrieben. Es handelt sich hierbei also keinesfalls um eine „neuzzeitliche Modedroge“ der Pharmaindustrie.

### Methylphenidat

Der Kern der Stimulanzien ist das Phenylethylamin, dass sich auch in den Neurotransmittern Dopamin und Noradrenalin findet. Methylphenidat greift vorallem in das Dopmainsystem ein, indem es die Dopamintransporter blockiert und die Wiederaufnahme des Transmitters am synaptischen Spalt verhindert. Es wird auch zusätzlich Dopamin freisetzt. Auch wirkt es als indirekter Gegenspieler zum Noradrenalin. Methylphenidat ist bekannt unter u.a. den Markennamen Ritalin, Concerta oder Medikinet. Der Wirkstoff ist identisch.

Weitere Stimulantien sind Amphetamine wie das DL-Amphetamin (bekannt unter der Marke Aderall XR, in Dtl. Nicht verfügbar). Allerdings ist die Wirkungsweise von Amphetaminen komplexer als der von Methylphenidat. Ein weiteres ist Pemolin, was sich langsamer abbaut (Vorteil), jedoch aufgrund seiner Lebertoxität kein Mittel der ersten Wahl ist. Eine positive Wirkung von Modafinil konnte sich in einer großen, unpublizierten Studie nicht bestätigen.

## 1.2 Andere Stoffgruppen

### Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer:

Atomoxetin (Strattera), Reboxetin (Edronax)

- Strattera: Gute Effekte bei Erwachsenen mit ADHS. Maximale Plasmakonzentration 1-2 h nach Einnahme. Erhöhung von Blutdruck und Herzfrequenz. Eventuell ist eine Kombinationstherapie mit Stimulanzien möglich.
- Edronax: Kann bei Männern zu Potenzproblemen führen

### Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer:

Sertralin, Fluoxetin:

Wirksamkeit nicht mit denen von Stimulanzien vergleichbar, führt unter Umständen zu Motivationsmangel die Besserung der Hyperaktivität nur scheinbar herbeiführt. Fluxetin wird bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS eingesetzt, welche nicht auf eine Stimulanzien Behandlung ansprechen.

Trizyklische Antidepressiva:

z.B. Imipramin

Vermutet wird Hemmung der Aufnahme von Noradrenalin und Serotonin (es bleiben mehr Botenstoffe im Synapsenspalt). Es ist keine Beeinflussung des Dopaminstoffwechsels erkennbar. In einigen Fällen gibt es nach 2-3 Monaten eine Toleranzentwicklung.

Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer:

Venlafaxin

Reversible Monoaminoxidase-Hemmer:

Positiver Effekt auf Einschränkung die kognitiven Fähigkeiten und Abnahme von Impulsivität, bei einigen Patienten persistierende Schlafstörung die zum Absetzen führten.

Zink: Kann zu verbesserter Wirkung von Methylphenidat führen. Vermutet wird dies da sich am Dopamintransporter hochaffine Zinkbindungsstellen befinden. Allein kann Zink zu leichten Verbesserungen von Impulsivität und Hyperaktivität führen, nicht aber zur Verbesserung der Aufmerksamkeit.

Cholinergika:

Ausnutzung der positiven Symptome von Nikotin auf ADHS, es werden aber Substanzen mit günstigeren Nebenwirkungsspektren verwendet. Keine Studien zur Wirksamkeit bei ADHS

Weiterhin: Betarezeptorenblocker, Clonidin, Venlafaxin, Nisipiron, Bupropion

## 2. Psychotherapie

Allgemein wichtig für die geistige Gesundheit sind für uns klare Strukturen und Ziele. Die Einbeziehung angenehmer Aktivitäten (insbesondere Sport) kann ein Therapiebaustein sein und auch im täglichen Leben integriert werden. In der Psychotherapie sollten unserer Denkmuster und Einstellungen analysiert und verändert werden (Negative Gedanken ...). Auch ist es für uns aufgrund nicht so leicht unsere Emotionen zu unterscheiden oder überhaupt bewusst wahrzunehmen. Daher sollte ein Therapiebaustein auch der gute Umgang mit Emotionen sein. Auch positives, förderliches Sozialverhalten kann trainiert werden und uns im Umgang mit anderen Menschen selbstsicherer machen. Enorm wichtig ist es das Gelernte in unseren Alltag zu integrieren und diese positiven Gewohnheiten beizubehalten. Um im Leben auch in schwierigen Lebensphasen und bei großen Belastungen zu Recht zu kommen, sollte im letzten Abschnitt auch eine Rückfallprophylaxe besprochen werden.

Im Folgenden stelle ich euch kurz die Grundschulen der Psychotherapie vor. Es gibt verschiedene Therapieansätze. Wenn ihr euch schon im Vorfeld bei der Auswahl des Psychologen mit dessen Ausrichtung beschäftigt, kann dies Missverständnisse vorbeugen und eure Chancen für einen Therapieerfolg verbessern. Für viele ADHS-Betroffene ist eine Psychotherapie ohne eine begleitende Pharmatherapeutische Begleitung nach empirischen Studien wenig erfolgsversprechend. Auch sind Hausaufgaben ein wichtiger Therapiebaustein für ADHS-Therapieansätze, um wie oben beschrieben auch tatsächlich Veränderungen im Alltag zu etablieren (experimentieren mit neuen Verhaltensweisen, Übung spezieller Verhaltenstherapeutischer Techniken etc.).

Für ADHS wurden bereits verschiedene Therapieprogramme für ADHS im Erwachsenenalter veröffentlicht, die vor allem auf Kognitiv-Behavioral als auch dialektisch behaviorale Therapierichtungen beruhen, es wäre sinnvoll, wenn der zu Behandelnde Therapeut eines der Therapiekonzepte verfolgt. Aufgrund der hier genannten Veröffentlichungsdaten, wird es vermutlich noch einige Jahre dauern, bis diese Therapieprogramme tatsächlich in der Praxis Anwendung finden.

Autoren sind u.a.

Heßlinger et al. (2004): 13 Sitzungen (Geschlossene Gruppe mit zwei Therapeuten)

Safren et al. (2004, 2005, 2009): ca. 25 Sitzungen (Einzel)

Young & Brahmans (2007): 8-12 Sitzungen (Einzel oder Gruppe)

Ramsay & Rostain (2008): 20 Sitzungen (Einzel)

Lauth & Minsel (2009): 6 Sitzungen (Gruppe)

Darin enthaltene Module beschäftigen sich u.a. mit Zeitmanagement, Organisation, Frustration- und Ärger, Impulskontrolle und Handlungs-planung, Problemlösung, Achtsamkeit, Chaos und Kontrolle, Gefühlsregulation, Veränderung dysfunktionaler Kognition.

Bisher am besten empirisch abgesichert ist das Programm von Safren et al., was auch auf Deutsch vorliegt. (Ich habe das Buch übrigens bei mir zu Hause und kann es bei Interesse gern mal mitbringen).

Als Beispiel wird nun kurz das Therapiekonzept von Heßlinger et al. (2003) skizziert, auch als Freiburger Konzept bezeichnet. Die 13 Sitzungen sind wie folgt aufgebaut:

1. Klärung (Organisatorisches, Vorstellung, Zieldefinition)
2. Neurobiologie / Achtsamkeit I
3. Achtsamkeit II

4. Chaos und Kontrolle
5. Verhaltensanalyse I
6. Verhaltensanalyse II
7. Gefühlsregulation
8. Depression/Medikamente bei ADHS
9. Impulskontrolle
10. Stressmanagement
11. Sucht
12. Beziehungen
13. Rückblick und Ausblick, nach Möglichkeit Überführung in Selbsthilfegruppe

Nun ein kurzer Überblick über die Psychotherapie-Schulen, wobei insbesondere Verhaltenstherapieschulen bei ADHS positive Wirkung zeigen.

### 13.1. Verhaltenstherapie (VT)

#### **Konfrontationsverfahren**

*Systematische Desensibilisierung, Angstbewältigungstraining, Reaktionsverhinderung*

#### **Operante Verfahren**

*u.a. Biofeedback-Verfahren, Training sozialer Kompetenzen, Rollenspiele, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)*

Die DBT verbindet kognitiv-behaviorale Interventionen mit Entspannungstechniken, z.B. Meditationspraktiken, ergänzt um anderen Therapieaspekte (humanistisch, psychodynamisch, paradoxe Strategien, Gestaltstrategien). Entwickelt zur Behandlung der Bipolaren Störung<sup>1</sup>, wird es mittlerweile auch für ADHS eingesetzt.

#### **Kognitive Ansätze**

*u.a. kognitive Therapie, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensanalyse, Problemlösungstraining*

### 13.2. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)

Beruhet auf den theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen.

„Mit gegenüber der klassischen psychoanalytischen Technik modifizierten Regeln (u. a. nur eine Therapiesitzung pro Woche oder weniger, Behandlung im Sitzen statt im Liegen, geringere Höchstanzahl von Therapiestunden) strebt sie in begrenzter Zeit begrenztere Zielsetzungen (Symptomminderung statt Änderung der Persönlichkeit, begrenzte Einsicht in innere Konflikte) an“ (Wikipedia)

### 13.3. Analytische Psychotherapie (AP)

Beruhet ebenfalls auf den theoretischen Grundlagen (Adler / Freud / Jung) und ihren Weiterentwicklungen. Die analytische Psychotherapie ist eine Langzeittherapie und der eigentliche Quell des Bildes von auf Sofas liegenden Patienten und deren Psychiatern.

AP und TP können je nach Bedarf ebenfalls sinnvoll sein. Was ihr braucht solltet ihr vorher eingehend überlegen und euch ggf. beraten lassen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Homepage der Charité in Berlin: <http://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder>

### 3. Multimodale Therapie und weitere Ansätze

Dies kombiniert Psychotherapie und Pharmakotherapie evtl. mit Psychoedukation. Dies sollte mit eigenem Wissenserwerb (Bücher, Selbsthilfegruppe) kombiniert werden, sowie mit für ADHS-Patienten wichtigen Grundsätzen zur allgemeinen Lebensführung. Dies gilt für alle Menschen, aber den meisten ADHSlern fallen diese Dinge aufgrund der Symptome besonders schwer, aber gerade wir können von deren Beachtung außerordentlich profitieren. Hilfreiche Verhaltensweisen im Kontext der ADHS sind nach STIEGLITZ ET AL. (2012)<sup>2</sup>

- Behandlung körperlicher Krankheiten
  - o Auf den eigenen Körper achten
  - o Zum Arzt gehen, wenn es notwendig ist
  - o Einnahme verordneter Medikamente
- Ausgewogene Ernährung
  - o Richtige Menge
  - o Vermeiden von Nahrungsmitteln die Stimmungsschwankungen bei einem selbst (z.B. Frustration oder Energieüberschuss bei zu hoher Aufnahme von Einfachzuckern und Fetten)
- Vermeidung stimmungsverändernder Substanzen
  - o Vermeidung von nichtverordneten Medikamenten und Drogen (einschließlich Alkohol und Nikotin)
- Ausreichend Schlaf
  - o So viel schlafen, wie zum eigenen Wohlbefinden erforderlich
  - o Eventuell Teilnahme an einem Schlafprogramm, falls man damit Schwierigkeiten hat.
- Ausreichend Bewegung
  - o Mindestens 20 Minuten körperliche Betätigung am Tag
- Selbstdisziplin:
  - o Jeden Tag etwas vornehmen und erledigen um Kontrolle über das eigene Leben zu bekommen und sich kompetent zu fühlen)

Im folgenden werden noch einige alternative Therapiekonzepte erläutert: Psychoedukation, Neurofeedback und Coaching.

#### Psychoedukation<sup>3</sup>

Standard bei allen für ADHS im Erwachsenenalter publizierten Therapieprogrammen. Gerade bei ADHS Betroffenen oder solchen die eine Abklärung wünschen ist es ausserordentlich wichtig sich zu informieren. Da viele schon Informationen aus den Medien haben sollte der aktuelle Kenntnisstand dabei berücksichtigt werden. Beispiele für Bausteine der Psychoedukation ist die Aufklärung über:

- Symptomatik
- Diagnostik
- Komorbidität
- Ursachen und Verlauf

---

<sup>2</sup> Vgl. Stieglitz, R.D. / Nyberg, E. / Hofecker-Fallahpour, M. (2012): ADHS im Erwachsenenalter – Fortschritte in der Psychotherapie Band47. Göttingen usw.: Hogrefe-Verlag.

<sup>3</sup> Vgl. ebd.

- Behandlungsmöglichkeiten
- Selbsthilfestrategien
- Vermittlung von Hoffnung, Optimismus
- Motivationsaufbau

Die Sitzungen sollten mit 5-10 Teilnehmern wöchentlich stattfinden. Neben einem ambulanten Setting kann dies auch teilstationär und stationär erfolgen. Stationär bezieht sich auf diesen Zusammenhang auf eine Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung, teilstationär wäre z.B. die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik. Ich habe die Quelle gerade nicht zur Hand, aber in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung erwies sich die Psychoedukation als einer der nachhaltig wirksamsten Therapieansätze für ADHS in Kombination mit Pharmakotherapie.

#### Neurofeedback:

Beim Neurofeedback lernen Patienten Gehirnströme (gemessen über Elektroden) bewusst zu beeinflussen. Auf Zeichen besteht die Aufgabe darin EEG-Symbole zu verändern, was über einen Monitor zurück gemeldet wird. Erste empirische Studien bei Kindern (z.B. von Fuchs et al., 2003) zeigen sich erfolgsversprechend. Beispielsweise kann dies in Form eines Computerspiels als Partnerübung spielend geübt werden. Ein Patient versucht mittels Gehirnströme einen Elfmeter im Tor zu versenken, der andere den Ball als Torwart zu halten.

Übrigens gibt es auch unabhängig vom Neurofeedback Versuche zur Entwicklung von Computerspielen für ADHS betroffene Kinder und Jugendliche. Beispielsweise habe ich von einer Art „Jump- und Run“ spiel gehört, bei dem es an bestimmten Stellen des Spiels erforderlich ist einige Zeit anzuhalten und zu warten. Damit kann vielleicht in Zukunft u.a. eine verbesserte Impulskontrolle spielend erlernt werden.

#### Coaching:

In Deutschland gibt es leider bislang weniger Coachs. Die Vorteile zeigen die Bücher von Christine Beerwerth (das Buch mit Coaching im Titel) und Nancy Ratey (The (Dis)organized Mind) auf. Ein einormer Vorteil ist es, dass sich ein Coach das unmittelbare Lebensumfeld anschaut und uns so alltagstauglicher bei kleinen Schwierigkeiten bis zu großen Krisen helfen kann. Ein Hauptnachteil ist es das der Patient die Kosten selber tragen muss, außerdem fehlt bislang an Kompetenten Coachs.



## 4. Durchführungprobleme

Bei Pharmako- und Psychotherapie stoßen Patient und Therapeut auf eine Anzahl schwerwiegender Probleme, daher ist ein gegenseitiges Verständnis aber auch die Einforderung einer klaren und verbindlichen Struktur zwingend notwendig. Meist besteht ein großer Leidensdruck und eine hohe Motivation auf Seiten der Patienten. Daher sind Probleme in einigen Bereichen weniger stark ausgeprägt oder in andere Bereiche verlagert als bei anderen psychischen Erkrankungen.

Der Therapeut (nach Nadeau, 1995) hat gegenüber dem Patienten die Rolle als „Unterstützer“ (Patient darin bestärken dass er kein Opfer und nicht machtlos ist), „Interpreter“ (Individualität der Konstellation seiner Probleme dem Patienten deutlich machen), Strukturierer (Therapeut ist aktiv und strukturiert) und Lehrer (Therapeut vermittelt kontinuierlich Wissen während des gesamten therapeutischen Prozesses).

### Beispiele für Probleme bei Pharmakotherapie:

- Abhängigkeitsrisiko bzw. die Angst davor
- Betäubungsmittelgesetz
- Vorbehalte aufgrund des Life-Style-Stigmas
- Compliance- Vergesslichkeit als Grundproblem der Erkrankung, Disziplin
- Ungenügende Wirksamkeit (oft individuell sehr unterschiedlich)
- Psychische Nebenwirkungen (Angetriebenheit, Schlaflosigkeit, Tics, psychische Symptome)
- Körperliche Nebenwirkungen
- Mehrfachmedikation bei komorbiden psychischen Störungen
- Medikation bei somatischen Begleiterkrankungen (Kardial, Epilepsie)

**Zur Abhängigkeit:** Erst in den 1990er Jahren konnte durch Studien gezeigt werden, dass das Risiko für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bei ADHS-Betroffenen ohne Medikation höher war als bei medikierten Patienten. Dennoch gibt es viele Menschen die z.B. den Namen Ritalin und Amphetamine mit Abhängigkeit und Sucht assoziieren, und viele Patienten berichten über negativen Reaktionen in ihrem Umfeld, sobald sie von Diagnose und Behandlung erzählten.

- Studienergebnisse (u.a. Kollins, 2008) zeigen, dass ADHS –Betroffene unter bestehender Behandlung mit Stimulanzien weniger häufig Abhängigkeitserkrankungen entwickeln als ohne Behandlung
- In ärztlichem Kontext verabreichte Substanzen (sorgfältige Diagnosestellung, Verordnung von retardierten oralen Präparaten, festgelegte Tagesdosis, regelmäßige Kontrollen mit Besprechung von Wirkungen und Nebenwirkungen) führen kaum zu Missbrauch oder Abhängigkeit)

Aus diesem Grund zeigte übrigens eine Langzeitstudie die bei mir irgendwo rumschwirrt auch ein geringeres Risiko zu plötzlichen Todesfällen aufgrund kardiovaskärer Erkrankungen. Dies könnte u.a. auf regelmäßige Kontrolle von Blutdruck und Puls zurückzuführen sein aufgrund der bekannten Nebenwirkungen der Medikamente

- Die kontrollierte Verordnung über das Betäubungsmittelgesetz in Form von nummerierten Rezepten mit Durchschlag, auf denen Datum, genaue Verordnung, sowie Name und Adresse des behandelnden Arztes und Patienten angeführt sind, ermöglicht Fehlverhalten von Patienten (z.B.

Mehrfachbezug bei verschiedenen Ärzten) als auch auf Arztseite (unüblich hohe Dosierungen) nachzuweisen und schützt vor Missbrauch

**Life-Style Stima:** In den letzten Jahren gab es zunehmend mehr Berichte in der Laienpresse über den Einsatz von Methylphenidat bei Gesunden zur Steigerung von Konzentration, Wachheit, Motivation und Leistung (Stichwort Neuro-Enhancement). Häufig erwähnt und verdächtig dabei sind Studenten die diese Medikamente angeblich für Prüfungen und zur Prüfungsvorbereitung verwenden (Quelle: Dupont et al., 2008). Tatsächlich zeigten verschiedene Befragungen, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von Studenten und Studentinnen zumindest sporadische Erfahrungen mit dieser Substanzgruppe gemacht hat. Eine andere Gruppe sind Eltern, die ihren Kindern diese Medikamente verabreichen, um ihnen dadurch den gewünschten Bildungsweg zu ermöglichen. Auch Lehrer und andere Bildungsverantwortliche werden dabei mit verurteilt, weil die Schule sich immer stärker auf den akademischen Erfolg ausrichte und andere Fähigkeiten nicht zur Geltung kommen lassen.

### **Compliance:**

Die medikamentöse Behandlung erfordert regelmäßige Einnahmezeiten, das fällt vielen ADHS Betroffenen schwer, da typische Krankheits Symptome Vergesslichkeit, mangelhafte Organisation, Ablenkbarkeit und Impulsivität sie daran hindern. Manchmal dauert es Monate bis die regelmäßige Einnahme erreicht ist. Verschiedene akustische und visuelle Erinnerungen und andere Hilfsmittel können diese Disziplin erleichtern. Lang wirkende Stimulanzien können hier einen Beitrag leisten.

### **Wirksamkeit:**

In 20-30 % aller Stimulanzientherapien tritt keine nennenswerte Wirkung ein, bzw. eine Aufdosierung wird durch eintretende Nebenwirkungen verhindert. In diesem Fall muss auf Medikamente zweiter Wahl zurück gegriffen werden. Insgesamt erlebt nur ein kleiner Teil der Patienten bei Stimulanzientherapie eine nahezu vollständige Remission. Verbleibende Symptome können mithilfe von Psychotherapie unter Kontrolle gebracht werden, bei manchen Patienten ist eine Kombinationstherapie mit einem noradrenergen Wirkstoff oder anderen Medikamenten erforderlich

### **Probleme der Psychotherapie:**

- Patient benennt wichtige Problembereiche nicht (Angst und Scham als bestimmender Faktor), Patient sollte ermutigt werden darüber zu sprechen, da sonst der Behandlungserfolg gefährdet wird
- Patient hat Angst Dinge anzusprechen, aus der Befürchtung den Anforderungen nicht gerecht zu werden: Therapeut muss mit Patienten besprechen, dass die Behandlung Anstrengung erfordert, Patienten können während Therapie Vermeidungsverhalten schwieriger Aufgaben durchbrechen und in Therapie ihr Durchhaltevermögen trainieren
- Patient stellt Notwendigkeit der Medikation in Frage: hier ist es unbedingt erforderlich auf die Fortsetzung der Medikation hinzuweisen, evtl. kann dabei das biologische Modell der Störung hilfreich sein.
- Patient weicht vom Thema der Stunde ab: Strategie besprechen wenn vom eigentlichen Thema zu stark abgewichen wird
- Patient beginnt Sitzung mit Hinweis auf aktuelle Probleme: Dem Patienten signalisieren das Therapeut dies registriert hat, es sollte jedoch nicht sofort darauf eingegangen werden, sondern erst die geplanten Punkte der Sitzung besprochen werden

- Aufmerksamkeit des Patienten nimmt in Sitzen ab -> Evtl. Pausen sinnvoll, oder die vereinbarte Agenda für die Sitzung wird angesehen und Zeiten für die zu behandelnden Themen festgelegt
- Festlegung der Therapieziele macht Mühe -> Patienten ermutigen eigene Vorschläge für Stufen zu machen, Therapeut sollte korregieren und bremsen da viele Patienten dazu Neigen zu hohe oder unrealistische Ziele festzulegen
- Patient wehrt sich gegen Hausaufgaben -> Wichtigkeit des Übens zwischen den Sitzungen als unabdingbaren Bestandteil der Behandlung erklären, evtl. auf mögliche Hindernisse bei der Erledigung der Hausaufgabe neingehen
- Patient versteht Hausaufgaben nicht (sofort) -> Hausaufgaben nochmals wiederholen und sich vom Patienten erklären lassen was er verstanden hat.