

# **ADHS bei Erwachsenen - selten diagnostizierte und richtig behandelte Volkskrankheit**

Psychologische Praxis Jörg Dreher

Roonstr. 4  
56068 Koblenz  
praxis.dreher@googlemail.com

Schwerpunktpraxis:  
*ADHS im Erwachsenenalter*

Koblenz, den 11. März 2013

An die Mitglieder des Vorstandes der  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin

Offener Brief

## **ADHS im Erwachsenenalter – Eine selten diagnostizierte und richtig behandelte Volkskrankheit !**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

einige persönliche Worte vorweg. Meine Frau und ich haben einen 15-jährigen Sohn, der von ADHS betroffen ist. Mit Hilfe des Kinderarztes und durch das Medikament Methylphenidat („Ritalin“) ist er zu einem fröhlichen und schulisch erfolgreichen Jugendlichen herangewachsen; sonst wäre seine Entwicklung vermutlich viel negativer und dramatischer verlaufen. Ein Beispiel für eine schwer gestörte Persönlichkeitsentwicklung bei ADHS kann man bei Hermann Hesse finden, der versuchte, sich als Jugendlicher umzubringen, und psychiatrisch stationär behandelt wurde (16).

Demnächst werden die neuen S 3 - AWMF-Leitlinien „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ veröffentlicht. Dies möchte ich zum Anlass nehmen, kritisch auf die bisherige Haltung der Bundespsychotherapeutenkammer und vieler anderer Vertreter von Psychotherapeutenverbänden zu den Themen Diagnostik und Behandlung von ADHS bei Kindern und Erwachsenen einzugehen. Als Konsequenz aus meiner Kritik fordere ich eine Fortbildungsinitiative „ADHS im Erwachsenenalter“.

### **A.) Die Geschichte mit dem schlimmen Medikament**

Noch heute kann man eine Presseerklärung (vom 24.8.2008) auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer, mit dem Titel „ADHS: Medikamente werden viel zu oft verschrieben“ lesen (1). Dort werden viele, auch in der breiten Bevölkerung vertretene Ansichten geäußert. Schlussendlich warnt diese Presseerklärung vor einer medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat (MPH). Diese Pressemitteilung gipfelt dann in der Bemerkung: „Dabei sind die Auswirkungen dieser oft jahrelangen medikamentösen Behandlung noch gar nicht ausreichend erforscht“. Dem ist

nicht so; diese vermuteten negativen Auswirkungen sind in zahlreichen Studien (23) weltweit niemals gefunden worden; das war 2008 schon bekannt.

Dagegen ist der Nutzen einer medikamentösen Behandlung mit Psychostimulanzien in vielen Studien immer wieder eindrücklich belegt worden, so auch in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Behandlung bei ADHS von 2006 (2, 4). Jahrzehnte der Forschung haben Folgendes bestätigt: Nach dem heutigen Wissenstand und unter Berücksichtigung vieler Studien ist MPH ein sehr sicheres und nebenwirkungsarmes Medikament!

Die ADHS-patienten brauchen eine medikamentöse Behandlung, weil gegen die Kernsymptome bei ADHS keine Psychotherapie wirksam ist !

Erst einmal länger auf Psychotherapie zu setzen, heißt für Kinder wie auch Erwachsenen mit ADHS, dass entscheidende Jahre versäumt werden und sich die Erkrankung häufig weiter verschlimmert. Man nimmt quasi eine weitere Traumatisierung (u.a. durch viele Bloßstellungen, Strafen, Kränkungen und Blamagen) dieser Kinder in Kauf, weil man eine Ablehnung oder Ambivalenz gegenüber einer medikamentösen Behandlung hat.

Insofern kann Psychotherapie auch schaden, die eventuell den völlig überforderten Eltern dann noch die Schuld an den „Erziehungsfehlern“ zuschiebt. In Zeitschriften und im Fernsehen wird sehr häufig gegen eine Behandlung mit Methylphenidat polemisiert (vgl. Der Stern: „Koks für Kinder“). Das Zentrale ADHS-Netz (3) hat gegen diese polemischen Pressemitteilungen eine Stellungnahme abgegeben. Diese Berichte setzen sich bei vielen Eltern, Betroffenen und auch bei Behandlern fest und führen zu Ängsten der Behandlung gegenüber.

Wir sollten dagegen eine klare, eben nicht ambivalente Botschaft an die Eltern und Betroffenen richten: Eine ärztlich kontrollierte Behandlung, rechtzeitig durchgeführt, hilft Schaden abzuwenden. Methylphenidat ist ein sicheres Medikament; es verdient unser Vertrauen (23).

Die Opfer sind sonst die ADHS-Kinder, deren Mütter und Väter auf diese Presseberichte hereinfließen und sich dann lieber gegen eine Behandlung mit Psychostimulanzien entscheiden. Aber erst durch Psychostimulanzien würde die Grundlage für psychotherapeutisches Vorgehen geschaffen. Bei mittel- bis schwergradigem ADHS geht häufig nichts an einer medikamentösen Behandlung vorbei.

## **B.) Eine Volkskrankheit wird nicht diagnostiziert und nicht behandelt**

Die bisherige Diskussion, dass ADHS bei Kindern zu häufig diagnostiziert werde, greift häufig zu kurz. Bei Kindern und ganz sicher bei Erwachsenen wird immer auch noch unterdiagnostiziert (22). Dies sieht man unter anderem an den regional sehr unterschiedlichen Diagnosehäufigkeiten. Wird eine Diagnose nicht gestellt, bedeutet dies dann, dass ein nicht behandeltes ADHS-Kind der meines Erachtens rigiden Leistungsgesellschaft schutzlos ausgeliefert ist. Durch viele traumatisierende Erfahrungen hat es dann ein erhöhtes Risiko, zeitlebens psychisch krank oder belastet zu bleiben und einen schweren Lebensweg vor sich zu haben, wie gerade jetzt eine neue prospektive US-Studie aufgezeigt hat, die ADHS-Kinder nach 33 Jahren erneut untersucht hatte (12, 18). Nicht behandelte und unmedizierte Kinder werden häufig in weitere, zum Teil schwere komorbide Störungen und lebenslanges Leiden geführt (5, 8, 12, 20 ).

Nimmt man die wissenschaftlichen Studien zur Prävalenz dieser Störung ernst, muss man von einer Häufigkeit von bis zu 9 % bei Kindern ausgehen. Insofern werden wohl noch viele Kinder nicht diagnostiziert und auch nicht behandelt. Häufig treten im Laufe der Entwicklungsjahre bei ADHS-betroffenen viele komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Suchtprobleme, Persönlichkeitsstörungen etc. hinzu.

Bei vielen Psychotherapeuten, die ich kenne, wird die Notwendigkeit einer ausführlichen ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter immer noch nicht gesehen oder das Wissen und die Fähigkeit, eine Diagnostik durchzuführen, ist noch nicht vorhanden. So werden viele Patienten nicht entdeckt.

Erste unspezifische Hinweise, dass ADHS vorliegen könnte, sollten ernst genommen werden und eine tiefere Exploration auslösen. Diese Hinweise sind z.B. Teenagerschwangerschaft, unklare Leistungsschwäche, häufige Unfälle, Mobbingvorfälle, Alkohol-, Nikotin- oder Coffeinsucht, Small-Talk-Unfähigkeit, Hyperfokussierung, Entscheidungsunfähigkeit schon bei kleinen Anlässen, Prokrastination, dreiste Lügengeschichten, straffälliges Verhalten, versäumte Therapiestunden, häufige Beziehungswechsel, Feldzüge gegen (subjektive empfundene) Ungerechtigkeit, häufiger Arbeitsplatzwechsel, das Unterbrechen anderer im Gespräch, spontaner langer Redefluss, eine chaotische Selbstorganisation, wechselnder Blickkontakt entgegen der Gesprächs-intention oder die „Wenderzeichen“ (u.a., unruhige Hände, lebhafte Gestik, Wippen mit den Beinen, ständiges Berühren des Kopfes).

Das Grundschulzeugniss sollte bei jedem Patienten, ganz gleich, welche Symptome er selbst vorbringt, automatisch in der zweiten Stunde eingesehen werden. Die Grundschullehrer schreiben im Zeugnis von ADHS-Kindern, dass diese „faul sind“, dass sie Konzentrationsprobleme haben. Manchmal werden auch typischerweise Probleme in den Bereichen Rechtschreibung und Mathematik aufgezeigt oder es wird von schlechtem Betragen und aggressivem Verhalten berichtet. Selbständiges Erledigen der Hausaufgaben in der Grundschulzeit gilt als deutlicher Hinweis, dass wahrscheinlich kein ADHS vorliegt.

Häufig werden ADHS-Kindern früh „die Flügel gebrochen“, Mobbing kann schon im Kindergarten stattfinden. Überforderte und strenge Grundschul-lehrer und nicht informierte Eltern behandeln das Kind häufig falsch und auch manchmal sehr verachtend.

Eine neuere Studie zur Prävalenz bei Erwachsenen in Deutschland, geht von 4,7 % (de Zwaan 2011, aus: ADHS State of the Art Symposium (5)) aus. In den Häufigkeitsverteilungen von vergebenen ICD-Diagnosen bei Erwachsenen in der GKV erscheinen die ADHS-Diagnosen F 90.0, F 90.1 und F 98.8 überhaupt nicht ! Obwohl schon vor fast 10 Jahren eine Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung des ADHS im Erwachsenen-Alter aufgrund eines Experten-konsensus heraus kam (6).

ADHS im Erwachsenenalter ist nicht immer bei allen Patienten gut zu diagnostizieren; es ist ja auch eine „Kinderkrankheit“, deren Restsymptomatik man bei erwachsenen Menschen nachzuweisen versucht. Das „Kinder-ADHS“ muss bis zum 12. Lebensjahr aufgetreten sein (DSM V, (12)); bei Erwachsenen kann es ganz oder teilweise verschwunden sein. Es zeigen sich also häufig Restsymptomatiken, die für eine Diagnose nicht ausreichen. Die heutigen ICD-10- und DSM-4-Kriterien werden nicht immer erfüllt; dies macht es unerfahrenen Diagnostikern schwer, die Diagnose bzw. die Verdachtsdiagnose zu stellen (siehe dazu der Link (10), der ADHS als Spektrumsstörung erklärt). Der Symptomwandel durch die Pubertät kann auch verwirren, wenn aus einem lebhaften, hyperaktiven Kind dann ein eher ruhiger, grüblerischer und innerlich unruhiger junger Erwachsener wird. Die kaum zu bremsenden Gedankengänge am Abend lassen diese Menschen kaum einschlafen.

Frauen mit ADHS haben häufig eine starke emotionale Instabilität, sind „den Gefühlen ausgeliefert“ (Frau Ryffel-Rawak). Auch bei Männern kann die emotionale Impulsivität (Frau Cordula Neuhaus) groß sein (d.h. schnelles heftiges emotionales reagieren schon bei Kleinigkeiten). Emotionale Labilität und Emotionale Impulsivität können dann im Leben belastender sein, als die kognitiven Probleme. Aufgrund dieser emotionaler Symptome traue deshalb auch keiner Borderline-diagnose beim Erstgespräch.

Bei 20 % der ADHS-Betroffen ist auch eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung zu finden, die aus dem Versuch heraus entstanden sind, die zugrundeliegenden kognitiven Defizite zu kompensieren.

Es kann auch sein, dass die ADHS-Symptome im Erwachsenenalter völlig verschwunden, aber die daraus entstandene Persönlichkeitsstörung geblieben ist. Hilfreich in der Diagnostik kann der Interviewbogen IDA (von Prof. Michael Rössler, Universität des Saarlandes, Homburg) und der Screening-Test ASRS-V1.1 sein. Beide können direkt bei der Firma Medice unter der Telefonnummer 08004347532 kostenlos bestellt werden. Wer noch wenig über ADHS weiß, kann über folgende Links einen Zugang zu diesem Störungsbild entwickeln: 9, 11, 12, 13, 14, 15,19, 20, 21.

Aus psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken bekomme ich immer wieder Patienten, die überhaupt nicht auf AHDS untersucht worden sind. Ja zum Teil wird versucht, den Patienten ADHS auszureden, wenn diese selbst schon auf den Verdacht gekommen sind. Als Konsequenz aus diesem Nicht-Erkennen des ADHS werden die komorbiden Störungen alleine angegangen, was häufig bedeutet, dass der Patient falsch und dann oft auch nicht erfolgreich behandelt wird.

Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung bei der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS gehe ich davon aus, dass sich unter den Patienten einer psychologischen Praxis oder in einer psychosomatischen Klinik mindestens ein Drittel ADHSler befinden. Gerade junge Menschen mit ADHS, die in ihren Ausbildungen manchmal mehrfach scheitern, kommen häufig um eine erneute Medikation mit Psychostimulanzien nicht herum. Dabei kann eine hoffentlich gleichzeitig stattfindende Psychotherapie eine zentrale Rolle für den Therapieerfolg spielen. Der Psychotherapeut kann unter anderem die Notwendigkeit einer Therapie mit Psychostimulanzien betonen und auch bei der regelmäßigen Einnahme und bei Dosierungsproblemen (in enger Absprache mit dem Facharzt) maßgeblich behilflich sein.

C.) Die neue Rolle des Psychotherapeuten in der ADHS-behandlung oder „Haben Sie heute ihre Medikamente schon genommen?“

Die komorbiden Störungen müssen separat behandelt werden, manchmal zuerst. So kann eine antidepressive Behandlung noch vor jener mit Psychostimulanzien durchgeführt werden, auch, um eine alleinige depressive Störung, die ebenfalls zu massiven Konzentrationsstörungen führen kann, ausschließen zu können. Psychotherapeutische Verfahren können und müssen bei den häufig vielfältigen und schweren komorbiden Störungen eingesetzt werden. Auf der Grundlage einer guten medikamentösen Einstellung kann mit psychotherapeutischen Mitteln die häufig noch deutliche Restsymptomatik angegangen werden, eventuell auch in einem der vielen gruppentherapeutischen Verfahren. Das Freiburger Gruppenpsychotherapie-konzept (7,8), ist von einem deutschlandweiten Forschungsverbund untersucht worden. Konzepte der Psychoedukation und Psychotherapie gibt es viele, hier sei nur ein moderneres erwähnt: A.Greiner, S.Langer und A. Schütz haben ein „Stressbewältigungstraining für Erwachsene mit AHDS“ 2012 vorgestellt. Wichtig sind diese Konzepte auch deshalb, weil bei ca. 20 % der Betroffenen die Psychostimulanzien nicht wirken. Eine Alternative zu MPH wäre noch Dexamphetamin („Attentin“ von Medice), das allerdings im Moment in Deutschland nur bei Kindern zugelassen ist.

Wir Psychotherapeuten werden also sicher nicht arbeitslos. Die Kombinationsbehandlung gilt als der reinen medikamentösen Therapie überlegen (MTA-Studie). Nur sollten wir in unseren Stunden auch einen Augenmerk auf die Medikamenten-Compliance richten, die häufig bei den ADHS-Betroffenen sehr schlecht ist. Die Präparate werden häufig einfach vergessen oder falsch eingenommen; es liegt ja eben die ADHS- vergesslichkeit vor. Die Titrierung (Aufdosierung) wird von Ärzten häufig den Patienten überlassen, die damit überfordert sind. Der Wissensstand der Haus- und Fachärzte bei der Behandlung von ADHS ist noch nicht fundiert genug, Behandlungsfehler häufig. Auch werden ADHS-Patienten zum Teil direkt am Telefon von Facharztpraxen abgewiesen, wenn sie nach einer ADHS-Behandlung bzw. nach einer Therapie mit Psychostimulanzien fragen.

**Nur ein Drittel der Fachärzte für Psychiatrie, und nur diese dürfen MPH verschreiben, öffnen in der Region Koblenz überhaupt die Türen für ADHS-Patienten!**

**Methylphenidat wirkt individuell sehr unterschiedlich. So kann z.B. bei hypoaktivem (stillem) ADHS schon eine geringere Dosierung für eine Besserung der Konzentration ausreichen; durch schnelle Aufdosierung kann ein hypoaktiver Patient in eine Überdosierung kommen und danneventuell die Behandlung abbrechen. Auch bei einem Medikationswechsel sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen verschreibendem Arzt und dem Psychotherapeuten erfolgen. Natürlich muss in diesem Zusammenhang der deutliche Hinweis an den Patienten erfolgen, dass nur der Arzt die verbindlichen Anweisungen bezüglich der Medikamente gibt.**

**Es gibt verschiedene Präparate und Darreichungsformen (Nicht-Retard, Retard, Concerta), die man ausprobieren muss, wenn die erste Standard-medikation (heute meist retardiertes Medikinet Adult) nicht greift. Insofern sollten Ärzte, aber auch Psychologen ihr pharmakologisches Wissen immer mehr vertiefen und dem Patienten erklären, wie er mit MPH umgehen soll. Da wir Psychotherapeuten unsere Patienten viel häufiger sehen als der Facharzt können wir unseren Patienten bei der Eindosierung behilflich sein.**

**Mit der durchaus gutgemeinten Anweisung durch den Facharzt, dass der Patient mit der Dosishöhe und der Häufigkeit der Einnahme „experimentieren“ soll, ist der Patient häufig überfordert, weil der Arzt seine Patienten selten sieht. Diese Phase kann aber für den Therapieerfolg entscheidend sein.**

**Bei der ADHS-Behandlung steht und fällt immer alles mit der richtigen Medikationseinstellung.**

**Wichtig zu wissen ist übrigens in diesem Zusammenhang, dass MPH nicht die emotionale Seite beeinflusst, sondern nur die kognitive. Laut dem Lehrbuch von J.Krause und K.-H.Krause (S. 227, „ADHS im Erwachsenenalter“) bedürfen 30 bis 50 % der Patienten einer zusätzlichen antidepressiven Medikation. Problematisch ist allerdings, dass ADHSler immer wieder mit Antriebsreduktion und Müdigkeit auf SSRI reagieren.**

#### **D.) Familiendiagnose ADHS – Einer alleine hat nie ADHS !**

**Für unsere eigene Arbeit mit ADHS-Betroffenen ist es sehr wichtig, die Patienten langsam an die Diagnose heranzuführen, die Akzeptanz des Störungsbildes kann manchmal lange dauern. Karsten Dietrich hat in seinem Buch (14, S. 145 - 152) eindrücklich den manchmal langen Weg beschrieben, den Eltern hinter sich bringen, bis sie die Diagnose und Behandlung akzeptieren. Er beschreibt das Vorgehen des Behandlers in solchen Prozessen. Bei Erwachsenen mit ADHS kann man sich als Behandler an diesem Vorgehen orientieren. Es ist z.B. möglich, einem Patienten Zeit einzuräumen, die er für die Auseinandersetzung mit der Diagnose und der möglichen Therapie braucht. So kann etwa eine Wiedervorstellung in einem halben Jahr vorgeschlagen werden. Das Gleiche gilt für die Medikation mit Psychostimulanzien: Der Patient muss seine innere Bereitschaft im Laufe der Therapie finden. Wenn Arzt oder Therapeut zu sehr auf einer Medikation bestehen, kann es vorkommen, dass der Patient sie vollständig ablehnt.**

**Gerade die vielen Fehlinformationen in der Öffentlichkeit über die Medikamente haben viele Patienten verinnerlicht, dies kann man nicht einfach ignorieren. Hier ist auch die Arbeit von Selbsthilfegruppen wie Tokol oder Juvemus sehr hilfreich. In diesen Gruppen können Patienten mit anderen Betroffenen reden und aus deren Erfahrungen lernen. Wird die Diagnose angenommen, kommt es häufig zu einer Selbstwertstabilisierung, weil aus einem „Ich alleine bin schuld, ich bin unfähig!“ ein „Ich kann nicht, ich habe eine Erkrankung!“ wird.**

**Die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter ist eine klinische Diagnose; sie basiert auf drei Säulen: Zuerst muss ein „Kinder-ADHS“ festgestellt werden, dann ein „Erwachsenen-ADHS“**

und dann sollten andere auffällige Familienangehörige gefunden werden. ADHS ist insofern eine „Familiendiagnose“; einer alleine hat nie ADHS, die Störung ist stark erblich.

Psychiatrische Auffälligkeiten in der Familienanamnese sollten gefunden werden. Meist hat ein Elternteil auch ADHS, der dann häufig mit dem betroffenen Kind in einer konflikthaften Beziehung steht.

Die Integration von Angehörigen in die Psychotherapie ist von zentraler Bedeutung; diese kann sowohl in der diagnostischen Phase als auch in der Therapie sehr hilfreich sein.

Bei unter 24-jährigen Patienten sind in meiner Praxis die Eltern immer zu den Therapiegesprächen mit eingeladen, insbesondere weil häufig eine Reifungsverzögerung bei den ADHS-Betroffenen vorliegt und die Patienten in vielerlei Hinsicht noch nicht selbständig leben können.

ADHS ist auch häufig eine „Alterserkrankung“. Häufig haben sich viele ADHSler unbehindert wacker durchs Leben geschlagen, dann aber, in den ihren Fünfzigern, dekomensieren sie zum ersten Mal in ihrem Leben. Sie haben durch die altersbedingte Veränderung der Neurotransmitter eine deutlich veränderte Belastungsfähigkeit und das ADHS zeigt zum ersten Mal seine destruktive Seite. Sie erfahren dann eventuell einen Arbeitsplatzverlust und reagieren mit Depression, Suchtmittelmissbrauch oder anderen psychischen Erkrankungen. Auch hier hilft nicht selten neben der Psychotherapie die Kombination SSRI und MPH.

Unsere heutigen Psychotherapiepatienten waren früher häufig ADHS-kinder, die damals leider noch nicht diagnostiziert werden konnten.

E.) „ADHS bei Erwachsenen“ ins Bewusstsein rufen, gerade bei Psychotherapeuten und Ärzten !

Ich fordere die Bundespsychotherapeutenkammer und auch die Vertreter anderer Psychotherapeutenverbände auf, sich zu wissenschaftlich fundierten Meinungsäußerungen durchzuringen und dies deutlich in Pressemitteilungen kundzutun. Gerade bei Kampagnen der Presse gegen die Behandlung der ADHS-Betroffenen mit Psychostimulanzien sollten die Psychotherapeuten nicht mehr schweigend an der Seite stehen.

„Methylphenidat ist häufig ein Segen“, so könnte die nächste Presseerklärung beginnen. Wir dürfen diese Menschen jetzt nicht mehr länger im Stich lassen !

Mit kollegialen Grüßen  
Jörg Dreher  
Diplom-Psychologe

---

Dieser Offene Brief ist zwischenzeitlich im Internet, über unteren Link kann der Text evtl. einfacher gelesen werden: Die Literatur-Links sind auch viel einfacher durch einen Mausklick zu öffnen, wenn der Original-Text vorliegt:

<http://ccs-jade.com/Offener%20Brief%20an%20Bundespsychotherapeutenkammer%20M%E4rz%202013.pdf>

Ergänzende Quellen:

<http://ccs-jade.com/LinkszuADHS.pdf>

Ergänzende Literatur:

"State of the Art" Symposium - Prof. Michael Rössler

[http://www.adhs-kompetenznetz.de/ADHS\\_stateoftheart\\_MR2012](http://www.adhs-kompetenznetz.de/ADHS_stateoftheart_MR2012)

[http://www.medizin-medien.at/mm/mm027/low\\_Kons\\_ADHS\\_cc\\_2012\\_jh\\_jh.pdf](http://www.medizin-medien.at/mm/mm027/low_Kons_ADHS_cc_2012_jh_jh.pdf)

---

**Links/Literatur:**

(1) <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/adhs-medika.html>

(2) <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163>

(3) [http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Fehlinformationen\\_der\\_Presse\\_zur\\_ADHS\\_Mrz\\_01.pdf](http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Fehlinformationen_der_Presse_zur_ADHS_Mrz_01.pdf)

(4) <http://www.youtube.com/watch?v=B0o-jsBu3tw&feature=channel&list=UL>

(5) <http://www.adhs-kompetenznetz.de/index.html> (Artikel kommt auf rechter Seite: Grundlagen und Diagnostik)

(6) [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/leitlinien-adhserwachsenenalter.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/leitlinien-adhserwachsenenalter.pdf)

(7) <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1452.php>

(8) [http://www.uniklinikulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder\\_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Philipsen\\_Psychoedu\\_Hamb\\_Feb09.pdf](http://www.uniklinikulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Philipsen_Psychoedu_Hamb_Feb09.pdf)

(9) <http://adhsspektrum.wordpress.com/themen/>

(10) <http://adhsspektrum.wordpress.com/2012/03/25/was-heisst-eigentlich-adhs-spektrum-storung/>

(11) <http://www.adhs.ch/>

(12) <http://abcnews.go.com/Health/Wellness/boys-suffer-negative-effects-adhd-left-untreated/story?id=17483707#.UVrju0pIZpE>  
oder  
[http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1378851&utm\\_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=ArchivesofGeneralPsychiatry%3ANewIssue12%2F03%2F2012](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1378851&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofGeneralPsychiatry%3ANewIssue12%2F03%2F2012)

(13) J. Krause und K.-H.- Krause: ADHS im Erwachsenenalter (2009, Schattauer)

(14) Karsten Dietrich: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom: Die Einsamkeit in unserer Mitte (2012, Schattauer)

(15) Ari Tuckmann: More Attention, less Deficit. Success Strategies for Adults with ADHD (2009)

(16) <http://www.uniklinik-freiburg.de/kijupsych/live/lehre/vlpmed/scripthf02.pdf>

(17) [http://www.adhs.ch/docs/07\\_ADHS%20-%20Selbstwertgefuehl,%20Dissoziation%20und%20Identitaet.pdf](http://www.adhs.ch/docs/07_ADHS%20-%20Selbstwertgefuehl,%20Dissoziation%20und%20Identitaet.pdf)

(18) [http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1378851&utm\\_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=ArchivesofGeneralPsychiatry%3ANewIssue12%2F03%2F2012](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1378851&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofGeneralPsychiatry%3ANewIssue12%2F03%2F2012)

(19) <http://health.nytimes.com/health/guides/disease/attention-deficit-hyperactivity-disorderadhd/overview.html?8qa>

(20) [http://adhs.ch/wp-content/uploads/2012/05/03\\_ADHS-Krankheit-der-negativen-Gefuehle.pdf](http://adhs.ch/wp-content/uploads/2012/05/03_ADHS-Krankheit-der-negativen-Gefuehle.pdf)

(21) <http://adhs-muenchen.net/pages/adhs-erwachsene.php>

(22) <http://www.sc.edu/news/newsarticle.php?nid=4997#.URT-hjq2HM>

(23) [http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta267\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta267_bericht_de.pdf)