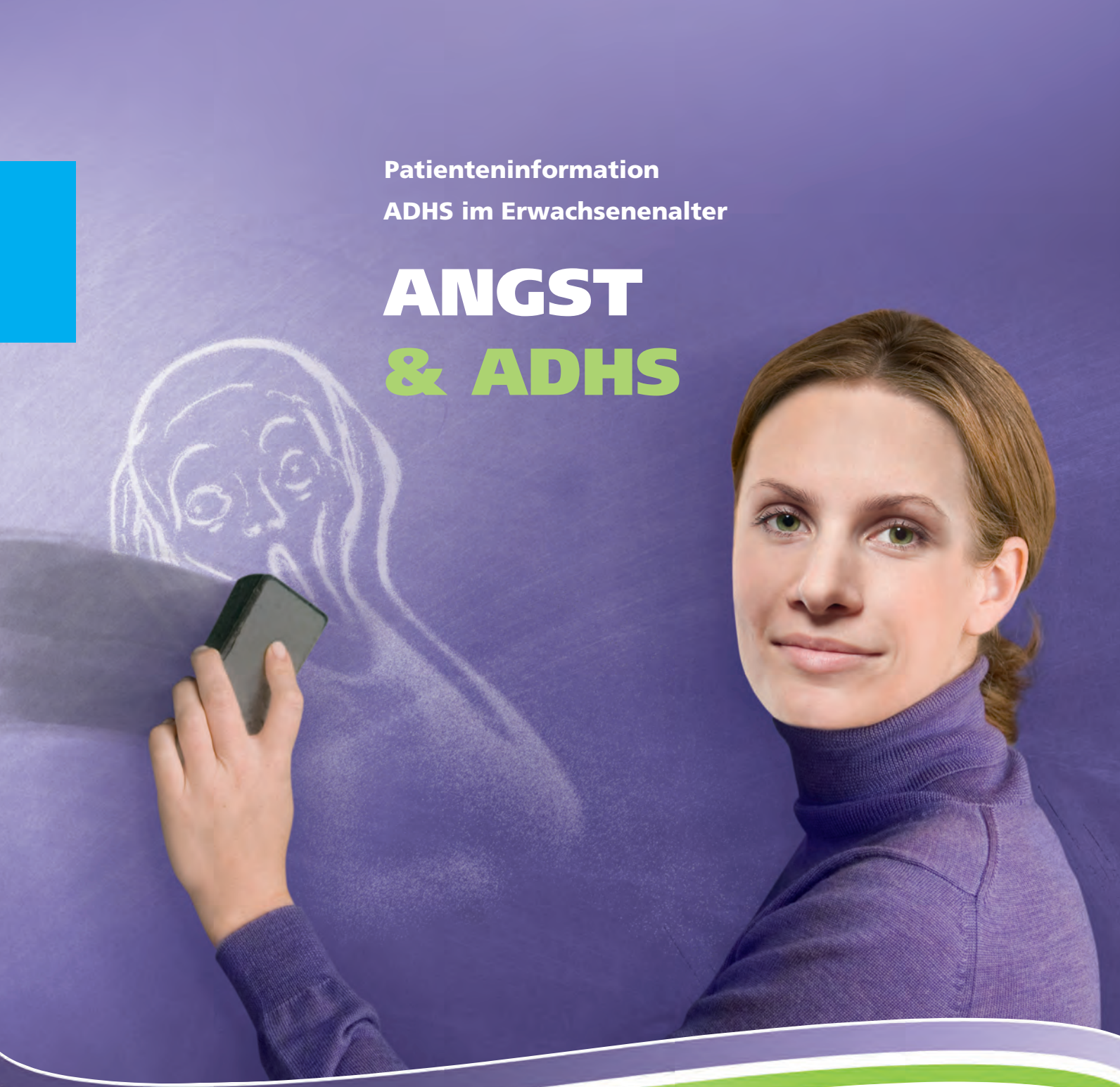
Patienteninformation

ADHS im Erwachsenenalter

ANGST & ADHS



Dr. Christian Mette
Dr. Bernhard Kis

GEMEINSAM ADHS BEGEGNEN

MEDICE – EINE GUTE WAHL

„Hallo, ich bin Uli, 40 Jahre alt. Neben einer ADHS wurde bei mir auch eine Angststörung diagnostiziert. Ich werde Sie durch diese Informationsbroschüre begleiten.“

Liebe Patientin, lieber Patient.

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann gleichzeitig mit einer Angststörung auftreten. Manchmal wird die eine, manchmal die andere Störung zuerst diagnostiziert. Oder Sie sind vielleicht gleichzeitig mit beiden Diagnosen konfrontiert?

Um Ihnen eventuelle Fragen zu beantworten, haben wir in der folgenden Broschüre für Sie Informationen zu den Themen Angst und Angststörungen und zum Zusammenhang bzw. Zusammenspiel von ADHS und Angststörungen zusammengefasst. Sie enthält außerdem noch für Patienten, die wie Sie an beiden Störungen leiden, praktische Empfehlungen und Tipps für den Alltag.

Inhaltsverzeichnis

Wie funktioniert Angst? 04
Welche Symptome und Gedanken können bei Angststörungen auftreten? 05
Wozu ist Angst „gut"? 06
Welche Formen von Angst gibt es? 08
Wie oft kommen Angststörungen in Kombination mit ADHS vor? 09
ADHS und/oder Angst? 10
Was mache ich, wenn ich akut Angst bekomme? 16
An wen kann ich mich mit meinem Problem wenden? 18
Anmerkungen, weiterführende Informationen, Literatur 19
Autorenteam 20

Wie funktioniert Angst?

Angst ist ein Mechanismus unseres Körpers, der hilft, mit gefahrvollen Situationen umzugehen. Sie wird durch einen oder mehrere Reize ausgelöst, die mit einer möglichen Gefahr in Verbindung gebracht werden.

Angst dient zuallererst der Vorbereitung zur Flucht oder der Verteidigung.

Dafür müssen innerhalb von Sekundenbruchteilen die notwendigen Ressourcen des Körpers zur Verfügung stehen, z. B. Energie, Muskelspannung oder sogar die Unterdrückung der Schmerzwahrnehmung. Dabei werden Botenstoffe dazu genutzt, den gesamten Körper für eine notwendige Flucht oder die Verteidigung zu aktivieren.

Im Gehirn ist für das Gefühl der Angst eine Region verantwortlich, die Amygdala (Mandelkern) genannt wird. Sobald die Möglichkeit einer Gefahr besteht, versetzt die Amygdala den Körper „vorsorglich“ in Alarmbereitschaft.

Allerdings agiert die Amygdala nicht allein, sondern wird von weiteren Kontrollinstanzen im Gehirn (u. a. Frontalhirn) überwacht. Diese analysieren die Situation und prüfen, ob sie wirklich gefahrvoll ist oder ob ein „falscher Alarm“ vorliegt. Dieser Analyseprozess verläuft jedoch deutlich langsamer als die vorsorgliche Aktivierung des Körpers durch die Amygdala.

Je nach Ergebnis der Analyse gibt es zwei mögliche Reaktionen:

Entweder

Die Gefahr ist nicht real – dann wird die körperliche Aktivierung immer heruntergefahren. In als „harmlos“ bewerteten Situationen gibt das Frontalhirn also „Entwarnung“. Alle durch die Amygdala aktivierten Bereiche werden dann wieder auf den Normalzustand (keine Angstsituation) heruntergefahren. Der Betroffene erkennt diesen Vorgang daran, dass die Angst und die mit ihr verbundenen körperlichen Symptome abnehmen.

Oder

Es handelt sich tatsächlich um eine gefahrvolle Situation – dann wird die Flucht- und Verteidigungsbereitschaft aufrechterhalten. Diese körperliche Aktivierung empfinden wir als Angst. Sie bleibt so lange bestehen, bis der Mensch wieder „in Sicherheit“, die gefahrvolle Situation also vorbei ist.

Welche Symptome und Gedanken können bei Angststörungen auftreten?

Körperliche Symptome

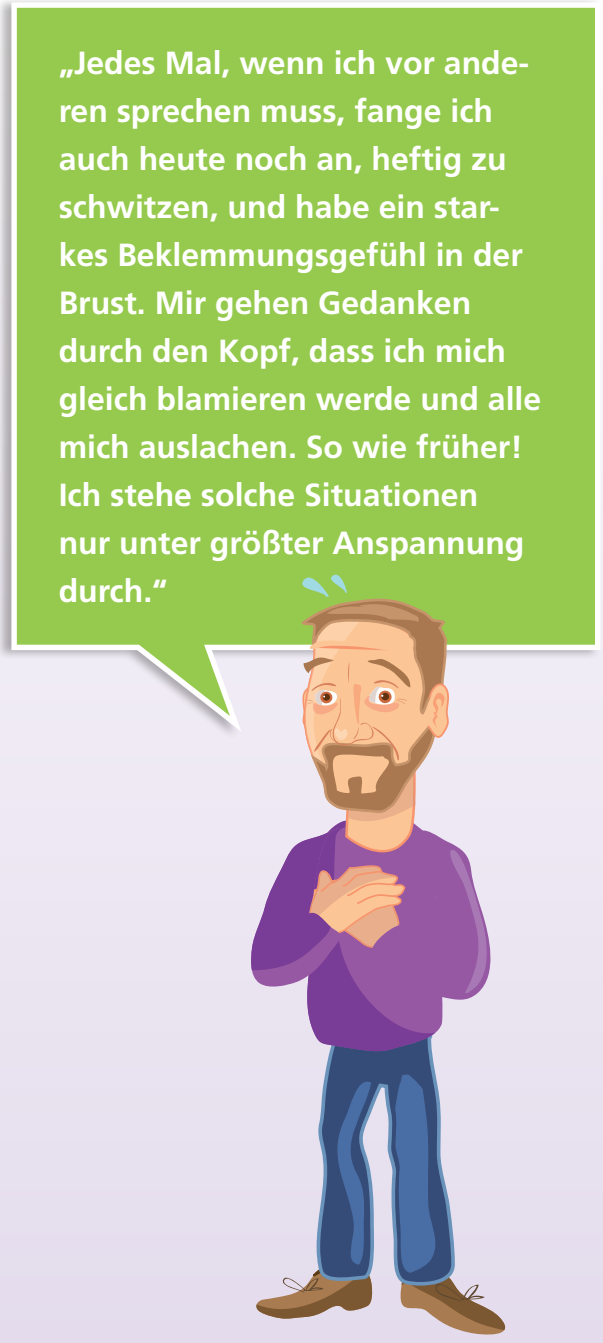
Herzklopfen, Herzrasen, Atemnot, Schwindel, Benommenheit, Übelkeit, Schwitzen, Brustschmerzen, Magenschmerzen, Durchfall, Druck oder Engegefühl in der Brust.

Gedanken

- „Ich werde verrückt!"
- „Ich verliere die Kontrolle."
- „Ich werde mich fürchterlich blamieren."
- „Dieses Flugzeug wird abstürzen."
- „Was ist, wenn die Angst wieder auftritt?"
- „Die Angst ist schlecht für meine Gesundheit!"

Häufig haben die Betroffenen die Überzeugung, dass sich die Angst bis in die „Unendlichkeit" steigert, „nicht mehr aufhören wird" oder womöglich zu gesundheitlichen Problemen führt. Das ist jedoch in aller Regel nicht der Fall.

Dabei ist es wichtig, zu wissen, dass diese körperlichen Symptome und Gedanken **in leichter Ausprägung** bei so gut wie jedem auftreten können, der sich einer schwierigen oder neuen Situation oder Herausforderung gegenübersieht. Dominieren die negativen Empfindungen oder Gedanken aber die Situation so stark, dass man nicht mehr angemessen handeln kann, wird es problematisch.



Wozu ist Angst „gut"?

In der Entwicklungsgeschichte des Menschen war Angst ein wesentlicher Mechanismus, der unser Überleben gesichert hat. Die körperliche Aktivierung machte eine schnelle Reaktion möglich (beispielsweise bei Angriffen oder anderen plötzlich auftretenden Änderungen einer Situation), noch vor jeder Bewertung der Situation. Dieselbe Funktion hat Angst heute eigentlich auch noch. Es ist wichtig, sich klarzumachen:

Angst an sich ist nicht gefährlich!

Was wir spüren und als Angst erleben, sind Anzeichen körperlicher Aktiviertheit in einer möglicherweise gefährlichen Situation.

„Das ist ein wichtiger Punkt. Über die Jahre wurde meine Angst vor ähnlichen ‚Tafel-Situationen' immer schlimmer. Im Rahmen einer Psychotherapie wurde mir genau erklärt, wie Angst funktioniert. Das entlastete mich sehr, da ich schon dachte, dass ich verrückt bin."

Teufelskreis der Angst

Bei einem Angstanfall kommt es zu einem typischen Aufschaukelungsprozess. Ein äußerer Reiz (z. B. ein Tier) wird wahrgenommen und als bedrohlich bewertet. Auf die wahrgenommene Bedrohung wird emotional mit Angst reagiert. Dies löst bestimmte physiologische und körperliche Veränderungen aus, die z. B. über die Ausschüttung von Stresshormonen Herzschlag und Atemfrequenz steigen lassen und zu Schweißausbrüchen und Schwindelgefühlen führen. Die Wahrnehmung dieser körperlichen Veränderungen wird wiederum als bedrohlich bewertet, die Angst steigt weiter an usw. Der beschriebene Teufelskreis läuft sehr schnell ab und wird meist mehrfach durchlaufen.

Teufelskreis-Modell

(nach Margraf und Schneider, 1990)

Welche Formen von Angst gibt es?

Angst begleitet den Menschen von jeher. Angst zu empfinden ist zunächst also ganz normal und war in der Entwicklungsgeschichte des Menschen oft hilfreich.

Wenn die Ängste jedoch dazu führen, dass die Betroffenen in ihrem Leben beeinträchtigt sind, spricht man von einer Angststörung.

Es gibt verschiedene mögliche Formen:

- Angst vor öffentlichen Plätzen – mit und ohne Panikstörung
- Angst, vor anderen zu sprechen und sich dabei zu blamieren
- Angst vor z. B. Hunden, Schlangen, Spinnen, Höhen
- Angst, das Haus zu verlassen
- Versagensängste
- Prüfungsangst
- Panikanfälle
- Angst vor der Angst

Wie oft kommen Angststörungen in Kombination mit ADHS vor?

Eine Angststörung zählt zu den Störungen, die gleichzeitig mit ADHS auftreten können. Da es in der Medizin häufiger vorkommt, dass verschiedene Krankheits- oder Störungsbilder gleichzeitig bestehen, gibt es dazu auch einen Fachbegriff, man spricht dann von „Komorbidität". So konnten Studien zum Beispiel zeigen, dass bei bis zu einem Viertel der erwachsenen Patienten mit einer ADHS im Verlauf Ihres Lebens Angststörungen auftreten können (Jacob et al. 2007).

„Mit Angst kenne ich mich aus. Es fing bei mir in der Schule an: Ich hatte Angst, an die Tafel zu gehen. Meine größte Sorge war es, Fehler zu machen und von meinen Mitschülern ausgelacht zu werden. Das begleitete mich durch meine gesamte Schulzeit."

ADHS und/oder Angst?

ADHS ist eine psychische Störung, die bekannterweise mit den Symptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität einhergeht. Ebenso können aber auch Probleme im Umgang mit Gefühlen wie z. B. der Angst auftreten.

Angst ist wie zuvor beschrieben ein Gefühl, das jeder Mensch kennt.

Eine Angststörung ist hingegen dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen auf bestimmte Reize mit sehr starken Angstsymptomen reagieren, denen nicht betroffene Menschen ohne oder nur mit leichter Angst begegnen. Zusätzlich muss eine Beeinträchtigung durch die Angstsymptome vorliegen.

Patienten mit ADHS, die zusätzlich unter einer Angststörung leiden, fragen häufig, wie man dies unterscheidet. Bisher gibt es zu diesem spezifischen gleichzeitigen Auftreten oder zu Zusammenhängen (nach dem Kenntnisstand der Autoren) wenig gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse.

Aus der klinischen Erfahrung der Autoren lassen sich jedoch gewisse Gemeinsamkeiten für dieses Gebiet ableiten.

Patienten, bei denen sowohl ADHS als auch eine Angststörung vorliegt, berichten im Rahmen ihrer Therapie vermehrt von den folgenden Problembereichen:

- Aufschiebeverhalten (Prokrastination)
- (über)große Angst vor erneuten Misserfolgen
- Unsicherheit im Umgang mit Gefühlen/Angst
- Innere Unruhe

Auf den folgenden Seiten beschreiben wir die angesprochenen Schwierigkeiten eingehender.

Prokrastination

„Aufschiebeverhalten“, in der Fachsprache auch Prokrastination genannt, zeigt sich darin, dass die betroffenen Personen Schwierigkeiten haben, Dinge anzufangen oder umzusetzen. So schildern Patienten mit ADHS zum Beispiel, dass sie häufig Aufgaben aufschieben, die sie als (zu) schwierig oder aufwendig ansehen. Sie ziehen dann solche Tätigkeiten vor, die ihnen angenehmer sind (z. B. Videospiele, mit Freunden treffen). Auch wenn derlei Verhalten bei vielen Menschen einmal vorkommt, entscheidet hier das Ausmaß der Ausprägung, d. h. Art und Umfang des Verhaltens, über behandlungsbedürftig oder nicht behandlungsbedürftig. „Aufschiebeverhalten“ kann seine Ursache aber auch im Vermeidungsverhalten bei einer Angststörung haben, z. B. wenn insbesondere solche Aufgaben oder Tätigkeiten aufgeschoben werden, die für die Betroffenen mit erlebten und/oder vorweggenommenen Misserfolgen oder sogar mit Angstgefühlen (z. B. Prüfungsangst) verbunden sind.

Die Vermeidung einer angstauslösenden Situation oder eines Reizes ist ein typisches Symptom einer Angststörung.

Das Aufschieben selbst, ohne Sorge vor der Angst, stellt kein Symptom einer Angststörung dar.

„Ich kann mich heute noch erinnern, wie mich mein Lehrer immer ‚korrigiert‘ hat, wenn ich meine Hausaufgaben vortragen musste. Und meine Klassenkameraden haben nur drauf gewartet, dass sie mich wieder hänseln konnten. Einfacher war es eigentlich, wenn ich meine Hausaufgaben gar nicht gemacht habe.“

In solchen Augenblicken kann es dem Patienten helfen, genau hinzusehen, woher die körperlichen Anzeichen rühren: bestand dieses Verhalten vielleicht bereits in der Kindheit und war/ist es nicht sogar auf ganz spezifische Situationen beschränkt? In diesem Fall könnte dem Verhalten eher eine ADHS zugrunde liegen. Werden eher angstbesetzte Situationen aufgeschoben, ist zu vermuten, dass vielmehr Vermeidungsverhalten im Rahmen einer Angststörung vorliegt.

Sorge vor Misserfolgen

Nach demselben Muster lässt sich der Umgang mit früheren Misserfolgen oder (übermäßigen) Befürchtungen hinsichtlich (erneuten) Misserfolgen deuten.

Patienten mit ADHS erfahren z. B. aufgrund ihrer Konzentrationsprobleme oder Impulsivität oft Misserfolge im persönlichen oder beruflichen Umfeld. Fehlschläge sind in der Regel schon mit negativen Gefühlen verknüpft; geschehen sie in besonders relevanten Situationen (z. B. bei Misserfolgen in Prüfungen oder im Beruf), werden sie zunehmend negativ bewertet; vor allem wenn die „Niederlagen" wiederholt und/oder regelmäßig auftreten. Dies kann dazu führen, dass bestimmte ADHS-Symptome im Verlauf verstärkt werden oder eine zusätzliche Angststörung auftritt.

So kann z. B. ein Patient mit ADHS am Arbeitsplatz häufig Flüchtigkeitsfehler begehen und bekommt daher Schwierigkeiten mit seinen Kollegen und sogar dem Vorgesetzten, sodass er schließlich Ängste vor bestimmten beruflichen Tätigkeiten entwickelt und diese aufschiebt.

Führt die (berechtigte oder unberechtigte) Angst vor einem Misserfolg dazu, dass sich Patienten neuen Dingen oder Wegen – die vielleicht sogar einen positiven Einfluss hätten –, ganz verschließen, schränkt dies ihre Möglichkeiten und Lebensqualität deutlich ein. Die Chancen, die ein möglicher Arbeitsplatzwechsel, der Beginn einer Ausbildung, das Nachholen des Abiturs oder die Aufnahme eines Studiums beispielsweise böten, blieben dadurch ungenutzt („Das schaffe ich ja eh wieder nicht").

Die Angst, erneute Enttäuschungen zu erleben, damit nicht umgehen zu können, kann die Betroffenen drastisch „ausbremsen".

„Neulich hat mich ein Kollege darauf aufmerksam gemacht, dass ganz in der Nähe meiner Wohnung eine Stelle frei wird, für die ich allerdings einen Zusatzkurs mit Prüfungszertifikat vorweisen muss, den ich nie gemacht habe. Es wäre schon schön, wenn mein Arbeitsweg kürzer wäre. Aber dafür extra eine Prüfung machen – das wird doch eh wieder nichts …"

Umgang mit Gefühlen

Patienten mit einer ADHS berichten oft, dass es ihnen schwerfällt, mit bestimmten Gefühlen umzugehen. In diesem Zusammenhang werden auch der Umgang mit Ängstlichkeit und Angst angesprochen.

Erwachsene Patienten mit einer ADHS haben in der Regel Schwierigkeiten mit der Steuerung von ihren Gefühlen oder Impulsen und im Umgang mit Belastungen; diese Probleme sind bei ihnen größer als bei nicht betroffenen Menschen. Dazu gehören auch Stimmungsschwankungen (affektive Labilität) und sie reagieren bei Stress sehr schnell „über" (Stressintoleranz), was zu erheblichen sozialen Schwierigkeiten führen kann.

Ihnen kann es schwerfallen, mit stressbehafteten Situationen umzugehen. Genau eine solche Situation ist eine Angstsituation jedoch auch.

Angst und die daraus resultierenden Symptome zu meistern, setzt die Fähigkeit zum Umgang mit negativen Empfindungen und Stresstoleranz voraus.

Diese ist jedoch bei Patienten mit ADHS eingeschränkt, die Angstkontrolle damit weniger gut.

Innere Unruhe

Häufig sind erwachsene Patienten mit ADHS von einer inneren Unruhe geplagt. Diese Unruhe kann dazu führen, dass die Wahrnehmung von Symptomen der Angst wie Herzrasen etc. und ihre Interpretation (z. B. „Ich werde vor Angst sterben") noch verstärkt werden. Aus der Unruhe heraus wächst zum Beispiel die Sorge, dass „wieder eine Angstattacke losgeht" oder „das Gefühl der Angst und Unruhe einfach nicht verschwinden wird".

Die körperlichen Empfindungen von Angst und Unruhe können sehr ähnlich sein.

Das kann dazu führen, dass Patienten mit ADHS ihre innere Unruhe als physiologische Reaktion der Angst (Zittern, Herzrasen etc.) fehlinterpretieren, was wiederum die Wahrnehmung von Ängstlichkeit oder Angst beeinflussen kann.

„Bei mündlichen Prüfungen habe ich schon mehrmals einen Blackout erlebt und daher wahnsinnige Angst davor. Andere Patienten aus meiner Selbsthilfegruppe zum Beispiel haben ihre Prüfungsangst im Rahmen ihrer Therapie schon wesentlich besser im Griff. Das belastet mich wirklich, bei mir scheint das anders zu sein. Warum fällt es mir so schwer, mit meiner Prüfungsangst umzugehen?"

In solchen Augenblicken kann es dem Patienten helfen, genau hinzusehen, woher die körperlichen Anzeichen rühren: Liegt tatsächlich ein Reiz oder eine Situation vor, die die Symptome ausgelöst haben könnte (Angststörung) oder handelt es sich eher um eine allgemeine, ADHS-typische Unruhe?

Man muss sich selbst zum Experten der eigenen Empfindungen machen, um die eigenen Wahrnehmungen unterscheiden zu lernen.

Dies gelingt nicht immer komplett, da es auch viele Überschneidungen gibt.

Wird ein Patient mit ADHS mit einer angstauslösenden Situation konfrontiert, wird er Unruhe erleben. Auch wenn der angstauslösende Stimulus nicht mehr vorhanden ist, kann der Patient die immer noch vorherrschende Unruhe als ein Symptom der Angst interpretieren. Angst und ADHS-Symptome können sich dadurch gegenseitig verstärken.

Was mache ich,

In dieser Situation haben sich Selbstinstruktionen als sehr hilfreich erwiesen. Dieses Training wird zum Einüben des sogenannten „Inneren Sprechens“ eingesetzt. Ziel des Trainings ist es, zu einer angemessenen Selbststrukturierung zu finden, um Aufgaben und Anforderungen besser zu bewältigen. Die folgenden Beispiele dienen als Anregung zur Entwicklung positiver Selbstinstruktionen für Angstsituationen bzw. zur Stärkung gegen Angstsituationen:

1 **Sagen Sie sich Dinge laut oder auch nur innerlich vor. Das kann Ihnen helfen, in der angstauslösenden Situation besser zurechtzukommen. Zum Beispiel den folgenden Satz: „Meine Angstgefühle und meine körperlichen Symptome sind normal und nicht gefährlich für mich und meine Gesundheit!“**

2 **Versuchen Sie, in der Realität zu bleiben und sich nicht von Ihren Empfindungen, Gefühlen und Gedanken fortreißen zu lassen. Das geht am besten, indem Sie die Gegenstände um sich herum innerlich oder laut beschreiben. Wenn das nicht funktioniert, können Sie die Dinge auch aufschreiben.**

3 **Es ist wichtig, dass Sie sich in solchen Situationen Zeit nehmen und sich nicht unter Druck setzen (auch wenn Sie den Eindruck haben, Ihr Umfeld macht sich Sorgen oder beobachtet Sie „komisch“).**

wenn ich akut Angst bekomme?

4 Es ist ganz entscheidend, sich der angstauslösenden Situation zu stellen und so lange in ihr zu bleiben, bis die Angst wieder abklingt. Beobachten Sie dabei ganz bewusst, wie die Angst allmählich wieder abnimmt. Ihr Gehirn „merkt" sich diesen Prozess und greift in zukünftigen Situationen auf diese positive Erfahrung zurück. Wenn Sie die angstauslösende Situation verlassen, bevor die Angst abgenommen hat, kann der Körper nicht lernen, dass die Situation nicht gefährlich ist. Der Teufelskreis wird nicht durchbrochen!

5 Seien Sie stolz auf Ihre Erfolge, auch wenn Sie diese als sehr klein ansehen. Belohnen Sie sich für Ihre kleinen Erfolge!

„Zusammen mit meiner Psychotherapeutin habe ich Strategien entwickelt, die ich vor Situationen durchführe, in denen ich Angst bekomme. Das hat mir sehr geholfen."

An wen kann ich mich mit meinem Problem wenden?

Die meisten Angststörungen sind durch psychotherapeutische oder psychopharmakologische Verfahren gut behandelbar. Die Behandlung erfolgt in der Regel ambulant und fachspezifisch, d. h. durch Ihren Facharzt oder approbierten Psychotherapeuten. In besonderen Fällen werden Behandlungen stationär (in einer Klinik) oder teilstationär (in einer Tagesklinik) oder in Rehabilitationskliniken durchgeführt. Auskünfte über Psychotherapeuten in der Nähe Ihres Wohnortes geben Ihnen Ihre Krankenkasse oder die jeweiligen Psychotherapeutenkammern der Länder:

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
www.lpk-bw.de

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten
www.psychotherapeutenkammer-bayern.de

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten im Land Berlin
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Psychotherapeutenkammer Bremen
www.pk-hb.de

Psychotherapeutenkammer Hamburg
www.ptk-hamburg.de

Psychotherapeutenkammer Hessen
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
www.pknds.de

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
www.opk-info.de

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
www.lpk-rlp.de

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
www.ptk-saar.de

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
www.pksh.de

Bundespsychotherapeutenkammer
www.bundespsychotherapeutenkammer.org

„Mir hat eine ambulante Psychotherapie sehr geholfen. Eine Angststörung ist nichts, wofür man sich schämen muss. Mir geht es nach der Therapie deutlich besser. Ich bin nun Experte für meine ADHS und die Angststörung."

Anmerkungen, weiterführende Informationen

Die Patientenselbsthilfe ist mit einer großen Anzahl von regionalen Selbsthilfegruppen vertreten und ergänzt die fachspezifische Versorgung. Eine Übersicht finden Sie z. B. auf der Homepage der „Angst-Hilfe e. V." (www.angstselbsthilfe.de) sowie bei den übergeordneten nationalen Kontakt- und Informationsstellen zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (www.nakos.de).

Detaillierte Informationen zum Krankheitsbild ADHS finden Sie unter:
www.adhs-infoportal.de
www.adhs-deutschland.de
www.zentrales-adhs-netz.de

Diese Broschüre erhebt keine Gewähr auf Vollständigkeit und ist nach bestem Wissen und Gewissen unter Benutzung aktueller und seriöser Quellen verfasst. Jede Haftung ist ausgeschlossen.

Bitte beachten Sie, dass diese Broschüre lediglich der Information dient, nicht der Behandlung – suchen Sie bitte Hilfe bei Ihrem behandelnden Facharzt.

Literatur

Bandelow, B., Wedekind, D. (2006). Angst – Neurobiologie. In: Förstl, Hautzinger, Roth (Hg.), Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg, 2006, Springer, S. 481–523,

LeDoux, J.E., Cicchetti, P., Xagoraris, A., Romanski, L.-M. (1990): The lateral amygdaloid nucleus: sensory interface of the amygdala in fear conditioning. In: J Neurosci 10, S. 1062–1069.

Margraf, J. (Hg.). (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter. Glossar. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Edition. Berlin, 2000, Springer (Erstedition Nr. 11).

Freitag, C. M., (und) Retz, W. (Hg). (2007). ADHS und komorbide Erkrankungen – Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen. Verlag W. Kohlhammer. 1. Auflage.

Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J., Lesch, K.-P. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Sept. 2007; 257 (6), S. 309–317.

Autorenteam

Dr. rer. medic. Christian Mette
M. Sc. Psychologie

Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Promotion zum Thema „Zeitwahrnehmung bei erwachsenen Patienten mit ADHS“. Klinische Tätigkeit als Psychologe in der ADHS-Ambulanz des LVR-Klinikums Essen. Leiter der Arbeitsgruppe „ADHS bei Erwachsenen“. Des Weiteren Fortbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT) am Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP Bochum) unter der Leitung von Prof. Dr. Sachse.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:
ADHS im Erwachsenenalter, insbesondere die Neuropsychologie der adulten ADHS und der Bereich Persönlichkeitsstörungen.

Dr. med. Bernhard Kis

Studium der Humanmedizin an der Universität Duisburg-Essen, 2001 Promotion im Fach Neurologie. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie. Bis Februar 2014 leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen. Dort Leiter der Arbeitsgruppe und Ambulanz für ADHS im Erwachsenenalter. Seit dem März 2014 leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Universitätsmedizin Göttingen, dort Leiter der Arbeitsgruppe ADHS im Erwachsenenalter und verantwortlich für den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen für Patienten mit einer ADHS.

Klinische Schwerpunkte:
ADHS im Erwachsenenalter, neues Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP), affektive Störungen mit Schwerpunkt Depression im Alter, Arbeit und psychische Störungen.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:
ADHS im Erwachsenenalter sowie die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und psychischen Störungen.

Art.-Nr.: 8.3503.1.04.033

Herausgeber:
MEDICE Pharma GmbH & Co. KG, Iserlohn
www.medice.de
www.adhs-infoportal.de

Gestaltung: WEFRA Classic GmbH

Ein Service von:
GEMEINSAM ADHS BEGEGNEN
MEDICE – EINE GUTE WAHL