

# „Können Sie sich schlecht entspannen?“ Mind-Body-Techniken in der Therapie von Erwachsenen mit ADHS

P. Burger, A. Kupferberg, M. Scholz, J.-P. Schmid, A. Buadze

## Eine Nicht-Mode-Diagnose im historischen Wandel

Das Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom, kurz ADHS, gehört zu den psychiatrischen Diagnosen, mit welchen sich die populärmediale Landschaft, so hat es den Anschein, auf besondere Weise auseinandersetzt. Häufig wird ADHS als Modediagnose oder Zeichen der Zeit dargestellt, welches erst aufgrund der Entwicklungen einer Welt, die immer mehr Stress und Leistungsdruck aufgebaut hat, entstanden sei. Kinder würden mit Suchtmitteln ruhiggestellt, obwohl das Störungsbild genauso gut durch Sport oder ein freiheitliches Aufwachsen in der Natur ausgeglichen werden könnte. Diese bedauerlichen Statements und wissenschaftlich nicht haltbaren Glaubenssätze stehen im krassen Gegensatz zu den Nachweisen der genetischen Risikoloci für ADHS [1] und einem auch bereits zuvor bestehenden, enormen Angebot wissenschaftlich fundierter Literatur zum Thema ADHS.

Bereits Hippokrates beschrieb um 493 vor Christus ein mit ADHS zu vereinbarendes Störungsbild, er vermutete dabei, dass eine therapiebedürftige organische Ursache zugrunde läge [2]. Ab dem 18. Jahrhundert erschienen wissenschaftliche Veröffentlichungen mit phänomenologischen Schilderungen von ADHS bei Kindern und Jugendlichen.

Weikard beschrieb 1774 ein Beschwerdebild mit „Mangel an Aufmerksamkeit“ [3]. 1798 beschrieb Crichton ein Zustandsbild, das die

Aufmerksamkeitsstörung und die Ablenkbarkeit bei ADHS gezielt umschreibt und vermutete, dass sich die Symptome mit zunehmendem Lebensalter reduzieren [4]. Still beschrieb 1902 ADHS-typische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern [5], Homburger schilderte 1926 erhöhte Erregbarkeit, starke Ablenkbarkeit, ruheloses Abwechslungsbedürfnis und deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit bei derselben Altersgruppe [6].

## Außerhalb der Fachliteratur

Jedoch auch außerhalb der Fachliteratur wurde bereits vor mehreren hundert Jahren ADHS beschrieben. Die Zurschaustellung von krankheitsspezifischen Aspekten des ADHS wurden wohl am eindrücklichsten durch Heinrich Hoffmann in seinem ab 1847 veröffentlichten „Struwwelpeter“ vorgenommen [7]. Noch immer wird ADHS im Volksmund als „Zappelphilipp-Syndrom“ bezeichnet, orientiert an einem der Buchcharaktere. Weitere Aspekte, die als Symptombeschreibungen bei ADHS gewertet werden können, werden auch in den anderen Kapiteln des Buches dargestellt, zum Beispiel Impulsivität und aggressive Temperamentsdurchbrüche (Friederich), Ablenkbarkeit/Konzentrationsstörungen (Hans-guck-in-die-Luft), Fidgeting (Konrad, der Daumenlutscher), Risikoverhalten durch Unachtsamkeit bzw. erhöhte Sterblichkeit durch Unfälle (Paulinchen).

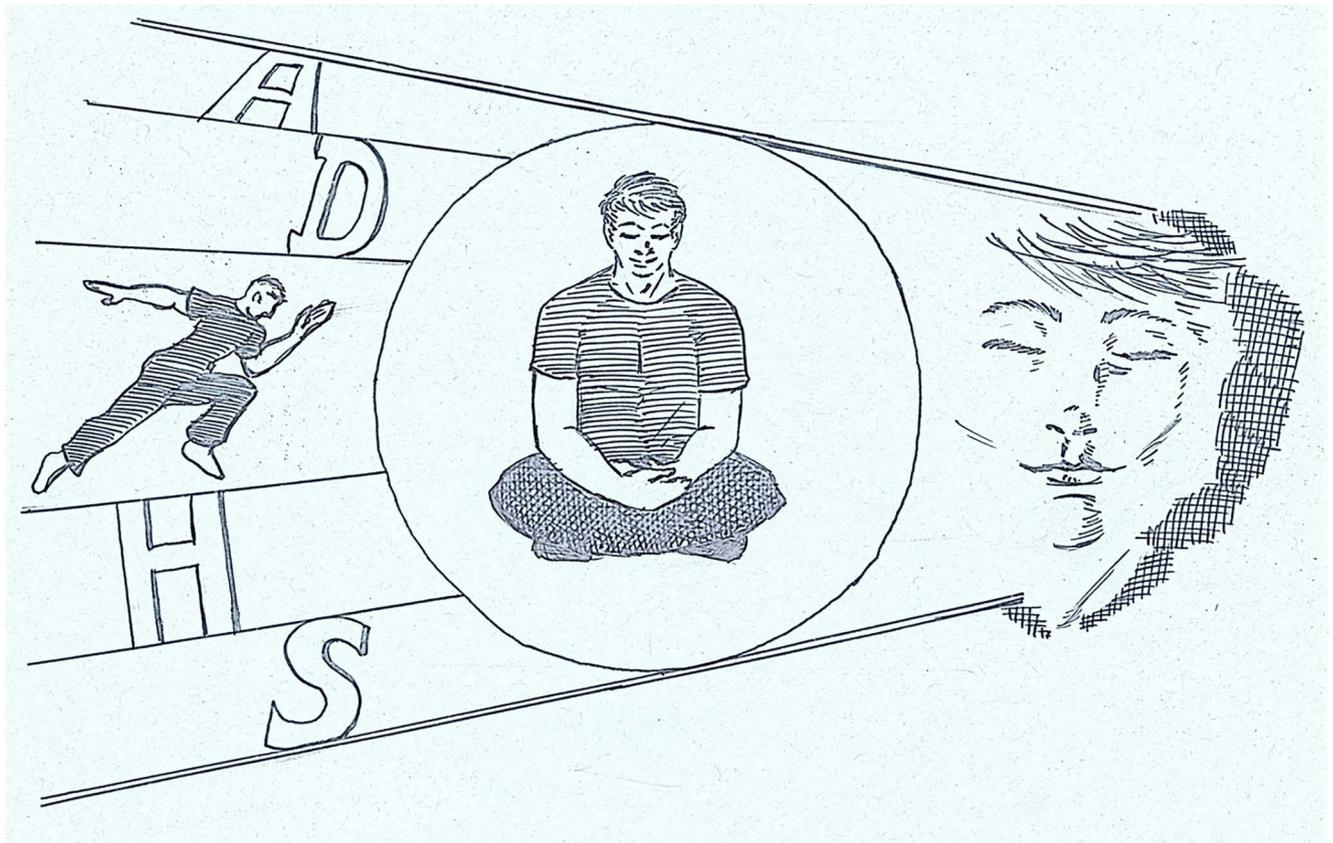
Ginge man nach den heutigen Maßstäben der political correctness, ist Hoffmanns Kinderbuchklassiker ein

Werk, das eine definierte Minderheit aus ADHS-Betroffenen in der Öffentlichkeit negativ karikiert, dadurch diskriminiert und viktimisiert. Eine Veröffentlichung des „Struwwelpeter“ heutzutage würde wohl bestenfalls kontrovers diskutiert, wenn nicht sogar angefeindet. Angesichts mancher pseudowissenschaftlicher Wikis, Blogs, Vlogs und anderer Formate über ADHS, sollte man diese frühe Charakterisierung des Störungsbildes in Kinderbuchform aber wohl am ehesten mit Gelassenheit betrachten und vielleicht den titelgebenden Struwwelpeter selbst sogar als Beispiel für einen erwachsenen ADHS-Patienten interpretieren, der im Rahmen seiner Prokrastination die Selbstfürsorge vernachlässigt hat.

Aktuelle Prävalenzschätzungen zu ADHS gehen von gut 5 % Betroffenen unter den Kindern und Jugendlichen weltweit aus [8, 9], wobei die Häufigkeit des Auftretens über die Zeit nicht gestiegen zu sein scheint [10]. Ethnisch und geographisch bestehen praktisch keine Unterschiede in der Prävalenz des ADHS [11]. Allerdings wird ADHS – entgegen der oft öffentlich kolportierten Wahrnehmung – wohl eher zu selten identifiziert, diagnostiziert und behandelt [8]. Dies könnte bzw. dürfte wahrscheinlich zu einem großen Anteil durch die Stigmata bedingt sein, die das Krankheitsbild begleiten [12].

## ADHS – ein lebenslanges Zustandsbild

Leider enden die öffentlich geäußerten Zweifel in Sachen ADHS übli-



© Pascal Burger

cherweise nicht bei der Klärung der Frage, ob es existiert oder nicht. Selbst wenn das Vorhandensein des Störungsbildes anerkannt wird, ist die Wahrnehmung von Verlauf und Behandlungsnotwendigkeit häufig Gegenstand der Diskussion. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Wahrnehmung von Lehrern und sogar Gesundheitspersonal häufig verzerrt oder vorurteilsbehaftet [13].

Mit den Anforderungen des Erwachsenenlebens können die ADHS-assoziierten Beschwerden teils auf andere Weise für die Patientinnen und Patienten relevant werden, als im Kindesalter. Schwierigkeiten, Termine einzuhalten oder Rechnungen zu bezahlen [14] oder Konzentrationsstörungen in Betriebsitzungen stellen neue Herausforderungen dar und können kontinuierlich Stress erzeugen. In Studien an Kindern konnte z. B. gezeigt werden, dass eine verringerte Fähigkeit, sich auf relevante akusti-

sche Zielsignale zu konzentrieren [15] und irrelevante Geräusche zu hemmen sowie eine Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen [16, 17] zu verminderten Gedächtnisleistungen und Anspannungszuständen führen.

Bei anderen Krankheitsbildern, wie kindlicher Epilepsie oder kindlichem Asthma, würde niemand die Symptomschilderung des Patienten anzuzweifeln, wenn dieser sich im Erwachsenenalter mit Verdacht auf Absenzen oder mit Atembeschwerden hausärztlich vorstellt. Im Gegensatz dazu scheint bei ADHS die Annahme zu gelten, dass es sich mit der Zeit auswächst und vielleicht die Kinder noch behandlungsrelevant betroffen sind, mit dem Erwachsenenalter die Symptomatik sich aber selbständig in Wohlfühlen auflösen soll.

Die Problematik der internalisierten Stigmata hinsichtlich ADHS im

Erwachsenenalter geht so weit, dass empfohlen wird, die zu erwartete Diskriminierung der Patientinnen und Patienten im Alltagsleben in die Therapieplanung miteinzubeziehen [12].

De facto bleibt das ADHS bei deutlich über der Hälfte der betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter klinisch relevant und besonders die in circa 60 % der Fälle bestehenden psychiatrischen Komorbiditäten stellen einen entscheidenden Faktor für Verlauf und Risiken der Betroffenen dar [18].

### Wechsel der Symptomausprägung

Dass ADHS bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen zunächst anders anmuten kann, ist nachvollziehbar. Gerade Aspekte von Hypermotorik und Impulsivität werden mit zunehmendem Alter weniger auffällig [19]. Die ADHS-Patientinnen und -Patienten selbst

entwickeln mit der Zeit Kompensationsstrategien, die äußerst kreativ-lösungsorientiert sein können. Leider finden sich bei den angewandten Coping-Strategien allerdings auch allzu häufig dysfunktionale Verhaltensweisen, wie z. B. Drogenmissbrauch [20].

Die ICD-10 würdigt den Wechsel der Symptomausprägung bei ADHS, indem sie anmerkt, dass die motorische Unruhe des Kindes einer inneren Unruhe beim Erwachsenen entsprechen kann [21]. Die klinische Diagnosestellung erfolgt entsprechend der aktuell gültigen Leitlinien am besten mittels einer standardisierten Testung, im deutschsprachigen Raum üblicherweise der HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene [22]. Diese umfassen neben einer fragebogengestützten Quantifizierung der Symptomatik im Kindes- (Wender-Utah-Rating-Scale, WURS-k) und Erwachsenenalter (ADHS-Selbstbewertungsskala, ADHS-SB) auch ein klinisches, strukturiertes Interview (Wender-Reimherr-Interview, WRI), eine Fremdbewertung sowie eine Betrachtung der Biographie u. a. mittels beigebrachten Schulzeugnissen etc.

Vor dem Hintergrund der vielfach erhöhten Prävalenz stressassoziierter, psychischer Störungen wie Burnout, Depressionen und Angststörungen bei erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten [23, 24], sollte man den Faktor „Entspannen“ aber auf besondere Weise würdigen.

### „Können Sie schlecht entspannen?“

Selbst wenn man die Behandlungsoptionen nur auf die in Studien untersuchten Methoden einschränkt, wird offensichtlich, dass bereits viele unterschiedliche Ansätze zur Behandlung des ADHS versucht wurden. Allerdings wird ebenso deutlich, dass mit dem Au-

genmerk auf der Verbesserung der Kernsymptomatik bzw. die DSM-V-Kriterien vor allem die medikamentöse Behandlung und hierbei die Therapie mit Stimulantien deutlich hervorsticht [25]. Keine andere Behandlungsoption zeigt sich nach den angelegten Kriterien so effektiv, erfolgreich und sicher. Und während noch beim Patienten im Kindes- und Jugendalter primär die psychotherapeutische Behandlung und dann erst (frühestens ab dem sechsten Lebensjahr) Medikamente empfohlen werden, sprechen sich die Leitlinien beim erwachsenen ADHS-Patienten primär für den Einsatz von Stimulantien aus [26].

Da es sich allerdings bei den bei Erwachsenen eingesetzten Präparaten, wie bei den Kindern und Jugendlichen, in erster Linie um Methylphenidat und Lis-Dexamphetamin handelt, bestehen auch hier oft Ressentiments gegen eine solche Behandlung [12]. Häufiges Credo ist, dass Patientinnen und Patienten „unter Drogen gesetzt“ würden. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu der bestehenden Studien- und Erkenntnislage mit Nachweisen des erfolgreichen Einsatzes ohne nachweisbare Langzeitschäden bei Kindern und Erwachsenen, auch bei kontinuierlicher Applikation über Jahre [27–30]. Doch beim Übergang ins Erwachsenenalter wurde bisher in Deutschland eine deutliche Abnahme der Medikationsquote berichtet, was darauf schließen lassen könnte, dass auch jenseits der 2010er-Jahre die Paradigmen des „Sich-Auswachsens“ bei ADHS weiterhin als valide angesehen werden [31] und daher die Medikation häufig nicht gewünscht bzw. verordnet wird.

Um es klar zu formulieren: die Therapie eines im Erwachsenenalter weiterhin bestehenden ADHS mit Stimulantien ist üblicherweise gut verträglich und bringt den Patien-

tinnen und Patienten häufig greifbare Verbesserungen hinsichtlich der Symptomatik und des eigenen Leidensdrucks. Der Patientin oder dem Patienten mit entsprechendem Leidensdruck und Wunsch nach medikamentöser Behandlung diese ohne Vorliegen von Kontraindikationen (wie z. B. vorbestehende kardiologische Konditionen) vorzuenthalten, käme einem ärztlichen Kunstfehler gleich.

Nichtdestotrotz sollte die Medikation nur einen Baustein in einem ganzheitlichen Therapiekonzept darstellen, so wie es auch unter anderem in den Leitlinien der DGPPN eingefordert wird [26]. Wie für praktisch alle psychischen Störungsbilder, gilt auch beim ADHS das Zugrundeliegen eines biopsychosozialen Störungsmodells. Davon abgeleitet wäre es wenig sinnvoll anzunehmen, dass die bloße Einnahme einer Tablette oder Kapsel bereits alle Probleme lösen kann.

Trotz Medikation berichten viele Patientinnen und Patienten weiterhin Schwierigkeiten im Alltagsleben, privat und beruflich. So gut Stimulantien unterstützen, um sich besser zu konzentrieren, weniger abgelenkt zu sein und leichter Aufgaben anfangen zu können, der Therapieerfolg ist nicht nur nach der Reduktion der gemachten Fehler bei der Arbeit quantifizierbar. Das Bild eines ADHS ist individuell und vielgestaltig. Die Maxime in der Ausrichtung der Therapie sollte der berichtete Leidensdruck im Kontext des Störungsbildes sein.

Die Mannigfaltigkeit der Symptomausprägungen lässt sich gut an der eingesetzten Diagnostik ablesen. Die als Goldstandard im deutschsprachigen Raum verwendeten HASE [22] beinhaltet als Herzstück das WRI, welches auf zwei Hauptskalen (Aufmerksamkeitsstörungen und

Überaktivität/Rastlosigkeit) und fünf Nebenskalen (Temperament, Affektlabilität, Emotionale Überregibilität auf Belastung, Desorganisation und Impulsivität) die Ausprägungen des ADHS auf ihre klinische Relevanz beim Patienten untersucht. Dies gibt einen Anhalt für das klinische Spektrum des ADHS, welches weit über die populäre Wahrnehmung von volatiler Aufmerksamkeit und Sitzunruhe hinausgeht. Die Items zu innerer Anspannung, schnellem Irritiertheitsein, impulsivem Handeln, Wutausbrüchen, schnell einschließender Angst, Prokrastination, häufigen Stimmungsschwankungen etc. zeigen deutlich die Variationsbreite auf, in der sich das ADHS auch und gerade im Erwachsenenalter klinisch präsentieren kann und wie es beim Patienten Leidensdruck erzeugt und Krankheitswert haben kann.

Für das hier präsentierte Thema ist natürlich das erste Item der zweiten Hauptskala zu „innerer und äusserer Unruhe und Umtriebigkeit“ von besonderer Relevanz. Dort wird der Patient gefragt: „Fühlen Sie sich innerlich ruhelos? Fühlen Sie sich angetrieben oder übererregt? Können Sie sich schlecht entspannen?“

### **Körper, Geist und Gesundheitsversorgung**

Der Einsatz diverser Mind-Body-Techniken wie z. B. von Achtsamkeit/Meditation, Autogenem Training, Progressiver Muskelrelaxation, Qi Gong, Tai Chi, Aspekten von Hypnose ist mittlerweile nicht mehr nur auf den Bereich der Psychiatrie beschränkt [32]. Das Feld hat sich aber auch über den Bereich der Medizin hinaus geöffnet und kann mittlerweile schon fast als Teil der Populärkultur gesehen werden.

Postulierte Schultz noch, dass sein 1929 erstmals publiziertes autogenes Training von einem Arzt angeleitet werden sollte [33], so sind heu-

te an den meisten Volkshochschul-Kurse zu den beschriebenen Methoden buchbar. Eine Exklusivität der Mind-Body-Techniken für den medizinischen Bereich ist nicht mehr gegeben und spätestens seit Jon Kabat Zinn's „Gesund durch Meditation“ [34] und der Renaissance der Achtsamkeit/Meditation sind diese Techniken nicht nur eine Aktivität im Sinne der professionellen Gesundheitsfürsorge, sondern stellen praktisch einen Faktor des Lifestyles dar. Die sich ubiquitär im Netz und Mobilkommunikationsbereich aufdrängenden Werbekurzfilme für Applikationen wie „Headspace“ & Co. zeigen, wie weit Mind-Body-, autohypnoide oder Entspannungstechniken mittlerweile in der Gesellschaft angekommen sind.

Betrachtet man die erwähnten Entspannungstechniken aus medizinischer Sicht, die sich an der Nachweisbarkeit der eingesetzten Methoden und weniger an einem Trend orientieren sollte, repräsentieren diese, vereinfacht dargestellt, auf physiologischer Ebene eine Aktivierung des Parasympathikus [35–37], also eine Umstellung vom sympathoton getriebenen Fight-and-Flight-Modus auf einen Zustand, in dem man verarbeitet, Energie aufbaut, sich regeneriert und Kraft schöpft. Während Benson bereits in den 1970ern die „Relaxation Response“ mit damaligen Mitteln quantifizierte [36], bietet das heutige Spektrum von medizinischer Diagnostik inklusive funktioneller Bildgebung [38], Herzratenvariabilitätsmonitoring [39] etc. eine noch differenziertere Darstellung der Effekte von Mind-Body-Techniken.

Diese wissenschaftliche Darstellung kann aber als Werbeargument für eine breitenwirksam eingesetzte Applikation auf dem Smartphone allenfalls sehr simplifiziert einge-

setzt werden. Dennoch ist der Trend zur Lifestyle-Modifikation mit Ausrichtung auf regelmäßige Entspannung generell durchaus zu begrüßen. Der Entspannungszustand trägt nicht nur zum persönlich-individuellen Wohlbefinden bei, sondern scheint auch Potenzial in sich zu tragen, das angespannte Gesundheitssystem entlasten zu können.

Als ein Beispiel hierfür lässt sich das „Relaxation Response Resiliency Program (3RP)“ von Stahl et al. anführen [40]. Die Autoren berichteten in ihrer Arbeit von 2015 über ihre Studie mit 4.400 Probanden und 13.000 Kontrollen in einem Nachbeobachtungszeitraum von 4,2 Jahren (Median). Die Ergebnisse der Nutzergruppe waren im Vergleich so deutlich besser, dass die Autoren davon ausgingen, dass sich durch eine breite Anwendung ihres Programms „substanzielle Einsparungen der Gesundheitskosten erzielen“ lassen würden.

### **Synthese: Entspannungsverfahren bei ADHS im Erwachsenenalter**

Insgesamt erscheint es logisch, wenn bei ADHS Mind-Body-Techniken erfolgreich eingesetzt werden und den Betroffenen Linderung verschaffen würden. Dieser Ansatz ist gerade im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS bereits vor Jahrzehnten verfolgt worden [41–44] und eine metaanalytische Untersuchung 2019 konnte große Effektstärken von Mind-Body-Interventionen hinsichtlich der Kernsymptomatik des ADHS zeigen [45]. Unter den eingesetzten Mind-Body-Techniken wurden, wie auch bei anderen psychiatrischen Störungsbildern, gerade in den letzten Jahren einmal mehr die Achtsamkeits-/Mindfulness-Techniken am breitflächigsten in Studien verwendet.

Allein bezogen auf Meditation ist die Studienlage aber aufgrund der zu geringen Anzahl der Probandinnen und Probanden und der Heterogenität der Studiendesigns für die Evidenzstandards der Cochrane-Library nicht ausreichend, um einen generellen Nachweis der signifikanten Wirksamkeit bei ADHS führen zu können [46]. Sofern man von einer Wirkung der Achtsamkeit auf ADHS-Symptome ausgeht, scheint diese sich eventuell von der Wirksamkeit der Mindfulness auf die generelle psychische Gesundheit ggf. zu unterscheiden, mittels Mechanismen wie Verbesserungen der Fähigkeit zur Inhibition und Steigerung des Selbstmitgefühls [47].

Hinsichtlich des Erwachsenenkollektivs unter den ADHS-Patientinnen und -Patienten kommt zusätzlich zu den kleinen bis sehr kleinen Studienkollektiven erneut das Paradigma des „Sich-Auswachsens“ mit dem Erwachsenenalter zu tragen. In der Konsequenz ist die Studienlage für den strukturierten Einsatz von Mind-Body-/Entspannungstechniken bei ADHS im Erwachsenenbereich noch deutlich geringer als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nichtsdestominder wurden gerade in den letzten Jahren mehrere Studien mit erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten durchgeführt bzw. angestoßen [48]. Unter anderem führte die Forschungsgruppe von Philipsen Studien mit dem Einsatz von Mindfulness an nichtmedizierten, erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten durch und verglich das Achtsamkeitstraining mit strukturierter Psychoedukation [38, 49]. Beide Vorgehensweisen, Mindfulness und Psychoedukation, führten zu einer Symptomreduktion bei den Betroffenen, es konnte aber keine Überlegenheit der einen Intervention gegenüber der anderen gezeigt

werden. Andere Studien zu Mindfulness-Techniken (MBCT) [50, 51] konnten kognitiv-behavioraler Therapie (CBT) überlegene Verbesserungen hinsichtlich der ADHS-Kernsymptomatik zeigen.

Sonstige Studien in Planung beschäftigen sich unter anderem mit Tai Chi [52] und Online-Mindfulness-Training [53]. Und, auch wenn Hypnosetherapie weit mehr als ein bloßes Entspannungstraining darstellt, soll an dieser Stelle noch eine sehr kleine, aber durchaus interessante Studie aus dem Jahr 2014 Erwähnung finden. Hypnose kann sehr gut für die Entspannung genutzt werden und die physiologischen Prozesse in der Trance können – abhängig vom gewählten Ansatz in der Hypnosebehandlung – den Zuständen bei den Mind-Body-Techniken ähneln bis gleich sein [35]. Die Ergebnisse der sechs Monate umspannenden Nachbetrachtung des therapeutischen Einsatzes von Hypnosetherapie versus kognitiv-behavioraler Therapie erbrachte deutlich bessere Ergebnisse der Hypnosetherapie verglichen mit CBT im Kontrollkollektiv.

In den letzten zwei Jahren sind die ersten, den Autorinnen und Autoren dieses Artikels bekannten, Meta-Analysen bezüglich der Effizienz von Mindfulness-Techniken bei erwachsenen ADHS-Betroffenen erschienen [54, 55]. Die Autorinnen und Autoren der Meta-Analysen ziehen den Schluss, dass man davon ausgehen kann, dass mindfulness-basierte Techniken für ADHS-Betroffene nützlich sind. Die Anwendungen sollten aber eine Ergänzung und keinen Ersatz für andere Behandlungen darstellen. Dies stärkt erneut die Vorgabe eines therapeutischen Gesamtkonzepts für die ADHS-Behandlung.

Da die Studiendesigns leider normalerweise keine Rückschlüsse hin-

sichtlich des Zusammenspiels der Effekte von ADHS-Medikation und Entspannungstechniken zulassen, sei an dieser Stelle noch – auch mit Bezug auf die oben erwähnte Hypnose-Studie – eine Arbeit von Lotan et al. angeführt [56], in welcher gezeigt werden konnte, dass medikamentennaive ADHS-Patientinnen und -Patienten nach Einstellung mit Methylphenidat eine bessere Hypnotisierbarkeit aufwiesen. Auch wenn der Rückschluss auf die Fähigkeit, zu entspannen aus dieser Arbeit heraus nicht möglich ist, wird dennoch auch hier deutlich, wie sehr ein therapeutisches Gesamtkonzept Synergien fördern kann und dass der Einsatz der einen Option die andere nicht ausschließen sollte.

Es sollte eine Orientierung an der Symptomatik des Patienten erfolgen und im Rahmen des Gesamtkonzepts eine gemeinsame Entscheidung gefällt werden. Überdies könnten auch andere Techniken, wie auditorische kognitive Trainings (z. B. Koj-Gehörtherapie [57]) Potenzial bergen, durch die Minderung neuropsychologischer Defizite innere Unruhe zu reduzieren und Entspannung zu fördern [58].

Insgesamt ist von einem nachvollziehbar-positivem Effekt der Mind-Body-/Entspannungstechniken auf die ADHS-Symptomatik auch bei Erwachsenen auszugehen, auch wenn die Datenlage leider nicht so einheitlich oder umfangreich ist, als dass man eine obligate Empfehlung für den generellen Einsatz bei der Behandlung des ADHS im Erwachsenenalter geben könnte. Sollte der Patient über Leidensdruck hinsichtlich seiner inneren Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeit etc. berichten und motiviert sein, macht es Sinn, eine der erwähnten Techniken anzubieten und einzuüben.

## Zusammenfassung

ADHS ist ein häufiges und unterdiagnostiziertes Störungsbild im Rahmen dessen sich vom Übergang vom Kindes- ins Erwachsenenalter die Symptomausprägung verändern kann. Während Impulsivität und Hypermotorik durchschnittlich mit steigendem Alter tendenziell abnehmen, bleiben andere, klinisch relevante Symptome häufig weiterhin bestehen. Häufig wird neben anderen Symptomen wie Desorganisation, Ablenkbarkeit, Irritierbarkeit etc. auch eine innere Unruhe und Anspannung beschrieben. Therapeutisch wird von den DGPPN-Leitlinien primär eine Behandlung mit Stimulantien bei ADHS im Erwachsenenalter empfohlen. Jedoch soll diese immer im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts stattfinden, welches andere Therapiebausteine miteinschließt. Der vorliegende Artikel fasst den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Einsatz von Entspannungstechniken bei erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten zusammen und ordnet deren Bedeutung bei der ADHS-Behandlung ein.

**Schlüsselwörter:** Mind-Body-Techniken – ADHS – Entspannung

## Summary

“Do you have problems to relax?” Mind-body techniques in the therapy of adults with ADHD

*P. Burger, A. Kupferberg, M. Scholz, J.-P. Schmid, A. Buadze*

ADHD is a common and underdiagnosed disorder whose symptom expression can change during the transition from childhood to adulthood. While impulsivity and hypermotor activity tend to decrease on average with increasing age, other clinically relevant symptoms often persist. In addition to other symptoms such as disorganization, distractibility, irritability, etc., inner restlessness and tension is often described. Therapeutically, the DGPPN guidelines recommend primarily a treatment with stimulants for ADHD in adults. However, this should always take place within the framework of an overall therapeutic concept that includes other therapeutic components. This article summarizes the current scientific status of the use of relaxation techniques in adult ADHD patients and classifies their importance in ADHD treatment.

**Keywords:** mind-body interventions – ADHD – relaxation

### Literatur:

1. Demontis D et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet* 2019; 51(1): 63–75
2. Hippokrates. Hippokrates: Sämtliche Werke. Übersetzt und ausführlich kommentiert von Robert Fuchs. Verlag H. Lüneburg; 1895–1900
3. MA W. Mangel an Aufmerksamkeit – *Attentio volubilis*. *Der Philosophische Arzt Drittes Hauptstück* 1774: 114
4. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord* 2008; 12(3): 200–204; discussion 205–206
5. Still GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions

in children. *Lancet Psychiatry* 1902: 1008–1012

6. Homburger A. Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer 1926
7. H. H. Lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3–6 Jahren. Literarische Anstalt Frankfurt a. M. 1844
8. Sayal K et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry* 2018; 5(2): 175–186

### Vollständige Literatur unter:

<https://neuroaktuell.de/fachmagazin/>

### Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Dr. rer. nat. Pascal Burger und  
Dr. med. Anna Buadze  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Zentrum für Soziale Psychiatrie  
Spezialambulatorium ADHD  
Lenggstraße 31  
8032 Zürich  
Tel. +41 (0) 44 384 23 65  
[pascal.burger@pukzh.ch](mailto:pascal.burger@pukzh.ch)

Prof. Dr. Michael Scholz  
Institut für Funktionelle und Klinische  
Anatomie  
Universitätsstraße 19  
91564 Erlangen

Dr. Alexandra Kupferberg  
Universität Freiburg  
Abteilung Medizin  
Chemin du Cardinal-Journet 3  
1752 Villars-sur-Glâne, Freiburg

Jan-Patric Schmid  
KOJ-Institut für Gehörtherapie AG  
Metallstraße 2  
6300 Zug

PD Dr. med. Dr. rer.  
nat. Pascal Burger

