

Herzlich willkommen zum Infoabend

ADHS bei Erwachsenen

Dipl.-Psych. Ariane Jankowski
Dozentin für moderne Verhaltenstherapie

& in Kooperation mit Likamundi

MindAcademy



Überblick

Was erwartet dich heute?

- ❖ Kurze Vorstellung
- ❖ ADHS im Erwachsenenalter
- ❖ Modediagnose oder valide Störung?
- ❖ Blick ins Gehirn
- ❖ Q & A



Einladung zum Therapie- und Behandlungsplan der ADHS am 25.07.2026

Über mich

- ❖ Ariane Jankowski
- ❖ Dipl. Psychologin
- ❖ approbierte Verhaltenstherapeutin
- ❖ Dozentin für moderne VT
- ❖ Ausbildungsleiterin für ACT & Schematherapie
- ❖ Supervisorin
- ❖ Selbsterfahrung Begleiterin ♥



Herzensmission:

Expertise & Authentizität in der therapeutischen Praxis verbinden

ADHS – Modediagnose oder valide Störung?

Die Diskussion um ADHS ist oft emotional aufgeladen. In der Öffentlichkeit kursieren viele Meinungen – und nicht selten Vorurteile. Aussagen wie:

- *„Jeder ist mal unaufmerksam“*
- *„Die Kinder sind einfach unterfordert oder schlecht erzogen“*
- *„Früher gab’s das auch, da hieß es eben Zappelphilipp“*
- *„ADHS ist eine Modediagnose – eine Ausrede für Disziplinlosigkeit“*

... begegnen uns häufig, gerade im pädagogischen oder therapeutischen Alltag. Aber wie stichhaltig sind diese Einwände wirklich?

Und was sagt die wissenschaftliche Forschung?

Was die Wissenschaft belegt

ADHS ist heute eindeutig als neurobiologische Störung anerkannt – sowohl im internationalen Klassifikationssystem ICD-11 der WHO als auch im DSM-5 der APA.

Es handelt sich nicht um eine Erfindung unserer Zeit oder eine Erziehungsfrage, sondern um eine **komplexe Störung der Hirnentwicklung**, die sowohl genetisch als auch neurochemisch und funktionell nachweisbare Veränderungen mit sich bringt.

Forschungsergebnisse zeigen u. a.:

- **Strukturelle Veränderungen** im Gehirn (z. B. im präfrontalen Kortex, im Striatum, im Kleinhirn)
- **Funktionelle Auffälligkeiten** in der Kommunikation zwischen Hirnarealen, besonders im Bereich der exekutiven Funktionen
- **Dysbalancen** in den Neurotransmittersystemen, vor allem bei **Dopamin und Noradrenalin**
- Eine **genetische Komponente**, mit einer Heritabilität von etwa 70–80 %
- **Hohe Komorbiditätsraten** mit anderen psychischen Störungen wie Depression, Angst, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.

ADHS ist eine kulturübergreifende Störung

Die Forschung zeigt, dass die Häufigkeit und Ausprägung von ADHS weltweit relativ konstant ist – unabhängig von Kultur, Erziehungsstil, sozialem Status oder geografischer Herkunft.

Rohde et al. (2005) untersuchten ADHS in verschiedenen Kulturkreisen (z. B. Nord-/Südamerika, Europa, Afrika, Asien)

- Sie fanden keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz.
- Auch die typischen Symptome (Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität) treten in allen untersuchten Kulturen auf.
- Unterschiede in der Diagnoserate ergeben sich eher durch Zugang zum Gesundheitssystem, Stigmatisierung oder Bildung über ADHS, nicht durch die tatsächliche Verbreitung.

ADHS ist nicht das Produkt moderner Erziehung, Konsum oder Medien, sondern eine neurologisch verankerte Störung, die weltweit in ähnlicher Weise auftritt.

Wann spricht man von *ADHS im Erwachsenenalter*?

Die Diagnostik bei Erwachsenen mit Verdacht auf ADHS ist komplex, mehrstufig und erfordert eine differenzierte Betrachtung der Symptomatik, Lebensgeschichte und möglicher komorbider Störungen.

Gelegentliche Unaufmerksamkeit oder Impulsivität reichen für die Diagnose nicht aus.

- **Situationsübergreifendes Auftreten:** Die Symptome zeigen sich in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Beruf, Familie, Freizeit)
- **ADHS ist eine Ausschlussdiagnose:** Sie darf nur gestellt werden, wenn keine andere Störung die Symptome besser erklärt. (Differenzialdiagnostik ist zwingend erforderlich)
- **Bedarf einer Doppeldiagnose (Zwei-Zeitpunkt-Kriterium):** zwei zeitliche Ebenen müssen erfüllt sein
 - ◆ *Lebenslange Symptomatik* → Hinweise auf einen Beginn der Symptomatik vor dem 12. Lebensjahr
 - ◆ *Klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen* → Es bestehen deutliche Funktionseinbußen oder Belastungen im heutigen Alltag

Kardinalsymptome der *ADHS im Erwachsenenalter*

Drei Hauptbereiche stehen im Zentrum der Symptomatik:

1. Unaufmerksamkeit

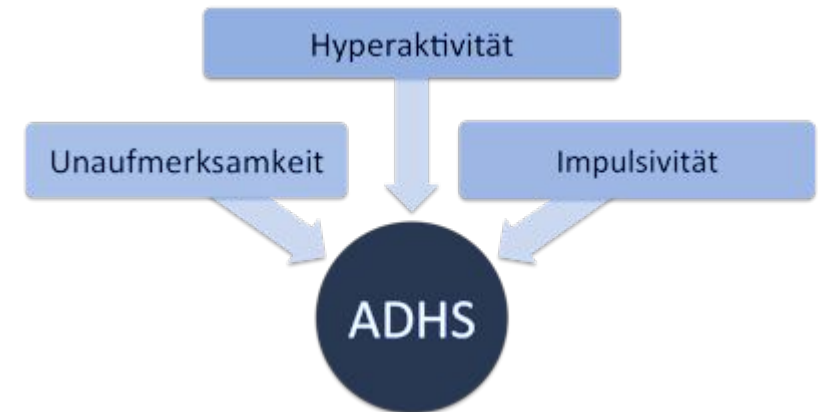
- Flüchtigkeitsfehler, Vergesslichkeit, Ablenkbarkeit
- Schwierigkeiten, Aufgaben zu Ende zu bringen
- Probleme mit Organisation, Struktur und Zeitmanagement

2. Impulsivität

- Unbedachte Äußerungen oder Handlungen
- Schwierigkeiten, abzuwarten oder innezuhalten
- Emotionale Impulsivität (z. B. Wutausbrüche, Stimmungsschwankungen)

3. (Innere) Hyperaktivität

- Ständiges Gedankenkreisen, innere Unruhe
- Gefühl, nie richtig abschalten zu können
- Körperliche Ruhelosigkeit (Aufstehen, Bewegungsdrang)



Fallbeispiel Herr L.

Herr L., 38 Jahre alt, wird gemeinsam mit seiner Partnerin in die Praxis überwiesen. Anlass sind wiederholte Konflikte im Alltag und eine zunehmende Entfremdung in der Beziehung. Die Partnerin beschreibt ihn als liebevoll, engagiert und humorvoll, betont jedoch, dass das gemeinsame Leben durch seine ständige Unruhe und Unzuverlässigkeit massiv belastet sei.

Herr L. ist im Haushalt für die Organisation von Zahlungen, Terminen und Reparaturen zuständig – doch Rechnungen werden oft zu spät beglichen, wichtige Unterlagen verlegt oder Termine vergessen. Er verliert regelmäßig Alltagsgegenstände wie Schlüssel, Portemonnaie oder wichtige Dokumente.

Gespräche unterbricht er häufig, fällt anderen ins Wort oder wechselt mitten im Thema – was von seinem Umfeld als unhöflich und vereinnahmend erlebt wird. Beim Einkaufen und Autofahren zeigt er sich schnell ungeduldig, gerät in Stress, wenn es zu Wartezeiten kommt, und reagiert dann häufig gereizt.

Selbst in ruhigen Momenten wirkt Herr L. angespannt: Beim Essen oder abends auf dem Sofa wippt er mit den Beinen, spielt mit Gegenständen oder greift ständig zum Smartphone.

Frühere Paartherapien blieben ohne nachhaltigen Erfolg, da die zugrundeliegende ADHS-Problematik nicht erkannt und gezielt behandelt wurde.

Fallbeispiel Frau M.

Frau M., 34 Jahre alt, stellt sich zur Abklärung vor. Der Anlass: Bei ihren beiden Söhnen (7 und 10 Jahre) wurde vor Kurzem eine ADHS diagnostiziert – in ihren Verhaltensweisen habe sie sich selbst auffallend wiedererkannt.

Im Gespräch berichtet sie, dass es ihr schwerfalle, sich über längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Schon nach wenigen Minuten verliere sie beim Lesen oder bei organisatorischen Tätigkeiten im Haushalt den Faden. Sie beginne viele Aufgaben gleichzeitig, bringe aber kaum eine davon zu Ende. Vor allem bei Pflichten mit klaren Fristen schiebe sie Dinge lange auf und erledige sie erst im letzten Moment.

Diese Muster führen zu wiederholten Konflikten mit ihrem Ehemann, der sehr strukturiert arbeitet. Auch mit den Kindern kommt es häufig zu Streit, da sie oft über kleine Dinge emotional reagiert und sich schnell aufregt.

Zudem fällt es ihr schwer, längere Zeit ruhig zu sitzen – insbesondere bei gemeinsamen Mahlzeiten steht sie häufig auf, um „noch etwas zu holen“. Diese Unruhe sowie die emotionale Reizbarkeit hat sie auch beim Kinderarzt angesprochen. Nach dessen Empfehlung sucht sie nun eine fundierte Abklärung.

Neurologie der ADHS

Was ist anders im Gehirn?

Funktionelle Besonderheiten im präfrontalen Kortex

Bei ADHS zeigen sich zwei auffällige Muster im präfrontalen Kortex:

- ❖ **Dorsolateraler PFC (DLPFC)** – „*Rationaler Kontrolleur*“ zuständig für exekutive Funktionen, also die Fähigkeit, Verhalten bewusst zu steuern, Impulse zu kontrollieren und Handlungen zu planen → **reduzierte Aktivität**
 - Schwache Aufmerksamkeitslenkung
 - Beeinträchtigtes Arbeitsgedächtnis
 - Geringe Verhaltenshemmung und eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit
 - Schwierigkeiten bei Planung und Problemlösen

- ❖ **Ventromedialer PFC (VMPFC)** – „*Emotionaler Entscheider*“ zuständig für emotionale Bewertung von Reizen, verknüpft mit dem **limbischen System** und dem **Belohnungssystem** → **Überaktivität**
 - Emotionale Überempfindlichkeit
 - Erhöhte Ablenkbarkeit durch emotionale Reize
 - Tendenz zu affektgetriebenem, impulsivem Verhalten

Diese Veränderungen tragen zu den Kernsymptomen von ADHS bei – v. a. Impulsivität, Ablenkbarkeit, emotionale Reizbarkeit und Organisationsprobleme.

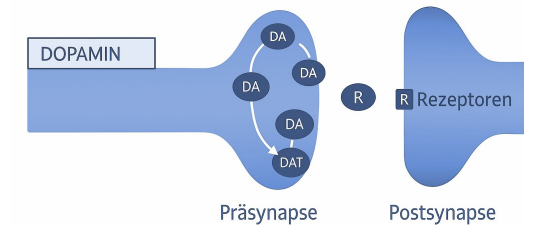
Tonisch-phasische Dopamindysregulation im fronto-striatalen System (dorsales Striatum)

Dort finden wir:

- **Zu wenig Dopaminwirkung** im Grundzustand/ Ruhezustand (*tonisch*) → ständig unterstimuliert sein/ Suche nach Reizen/Stimulation
- **Überschießende dopaminerge Aktivität im Reizzustand** (*phasisch*) → Impulsivität, „Alles oder nichts“-Aufmerksamkeit, Hyperfokus bei hochinteressanten Reizen

Ein weiteres zentrales Merkmal vieler ADHS-Betroffener ist die sogenannte **Delay Aversion** → die starke Präferenz für sofortige statt verzögerter Belohnung. Grundlage ist eine veränderte Funktion im **mesolimbischen Belohnungssystem** → insbesondere im **ventralen Striatum**. Folge:

- Reize werden als weniger belohnend erlebt werden → es fällt schwer Aufmerksamkeit zu halten
- Motivation sinkt schnell ab
- Langfristige und/oder unattraktive Aufgaben wirken mühsam und werden schneller abgebrochen
- Aufgaben, deren Nutzen erst später spürbar wird, sind für Betroffene schwer durchzuhalten
- Sofortige Belohnungen werden deutlich bevorzugt
- Geringe Belohnungssensitivität → Langfristiges Zielverhalten fühlt sich nicht lohnend an



Noradrenalin-Dysfunktion im DLPFC

Bei ADHS findet ebenfalls eine Noradrenalin-Dysregulation im **dorsolateralen präfrontalen Kortex (DLPFC)** statt.

Noradrenalin (zuständig für *Aufmerksamkeit*) wirkt dort wie ein „Feinregler“: Es hilft dem Gehirn, zwischen **relevanten und irrelevanten Reizen** zu unterscheiden, die **Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten** und **Handlungen gezielt zu steuern**.

→ Bei einer Dysfunktion wird diese Feinabstimmung gestört.

Das führt dazu, dass Betroffene:

- leichter abgelenkt werden
- Mühe haben, bei einer Aufgabe zu bleiben
- sich Details schlechter merken
- Schwierigkeiten haben, Reize zu sortieren oder auszublenden

Reduzierte neuronale Konnektivität bei ADHS

ADHS ist nicht nur eine Frage einzelner Hirnareale, sondern vor allem ihrer Zusammenarbeit.

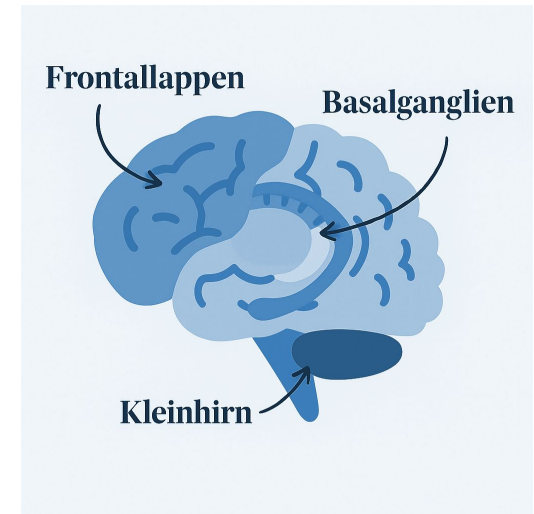
Studien zeigen bei Betroffenen eine **reduzierte Konnektivität** zwischen präfrontalem Kortex (PFC), Basalganglien und Kleinhirn. Diese gestörte Vernetzung betrifft zentrale Funktionen der Selbststeuerung und Alltagskompetenz.

Typische Folgen im Erleben und Verhalten:

- Probleme bei **Planung und Organisation**
- Schwierigkeiten mit **Impulskontrolle und Handlungsaufschub**
- Geringe **Selbstüberwachung** bei Fehlern oder unangemessenem Verhalten

Besonders auffällig: eine verminderte Aktivierung im **anterioren cingulären Cortex (ACC)**. Dieser ist wesentlich für **Fehlerverarbeitung** und **Verhaltensanpassung** zuständig.

→ Bei ADHS bleibt diese „innere Bremse“ häufig aus oder greift zu spät.



Reduziertes Volumen & Reifungsverzögerung

Ein weiteres neurobiologisches Merkmal der ADHS ist die verlangsamte kortikale Reifung & reduzierte Volumina

Längsschnittstudien mit struktureller Bildgebung zeigen:

Kinder mit ADHS erreichen die maximale kortikale Dicke (peak cortical thickness) im präfrontalen Cortex **2–3 Jahre später** als neurotypische Kinder und zeigen grundsätzlich ein **geringeres Volumen** in präfrontalen Arealen, den Basalganglien und im Kleinhirn.

→ Diese verzögerte Synapsenbildung und Myelinisierung führen zu einer funktionellen Unreife des Gehirns – verbunden mit:

- Emotionale Empfindlichkeit
- impulsivem Verhalten
- Defiziten in Planung und Selbststeuerung

Bei einem Teil der Betroffenen (persistierendes ADHS) bleiben Auffälligkeiten im fronto-striatalen Netzwerk auch im Erwachsenenalter bestehen → die Reifung wird hier nicht vollständig nachgeholt, anders als bei Kindern mit späterer Symptomremission.

Default Mode Network (DMN) bei ADHS

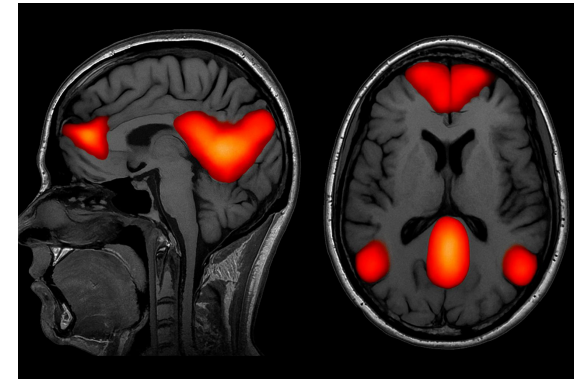
Das **Default Mode Network (DMN)** ist ein großflächiges neuronales Netzwerk, das in **Ruhezuständen** aktiv ist – z. B. beim **Tagträumen, Entspannung oder innerem Abschweifen**. Es umfasst u. a.:

- den **medialen präfrontalen Kortex**
- den **posterioren cingulären Cortex**
- Teile des **inferioren Parietallappens**

Bei Menschen mit ADHS zeigt sich:

- Das DMN wird während Aufgaben nicht zuverlässig deaktiviert
- Es „funkt dazwischen“, während eigentlich nur andere Netzwerke (z. B. Aufmerksamkeitsnetzwerke) aktiv sein sollten

Folge: gedankliches Abschweifen („mind wandering“), reduzierte Aufgabenfokussierung, erhöhte Ablenkbarkeit, ineffiziente kognitive Verarbeitung bei Konzentrationsanforderungen



Time Blindness – veränderte Zeitverarbeitung bei ADHS

Viele ADHS-Betroffene erleben Zeit nicht als linearen Ablauf, sondern als „Jetzt“ und „Nicht-Jetzt“. Dieses Phänomen wird als **Time Blindness** bezeichnet – eine **Störung der subjektiven Zeitverarbeitung**.

Typische Merkmale:

- **Unterschätzung von Zeiträumen** → Aufgaben dauern länger als geplant, Zeitaufwand wird falsch eingeschätzt
- **Schwierigkeiten mit Zeitmanagement** → Fristen, Termine und Übergänge gehen im Alltag leicht unter
- **Verlust des Zeitgefühls im Hyperfokus oder bei Unterforderung** → „Zeit existiert nicht“ – erst Stunden später wird die reale Dauer bewusst
- **Abstrakte Zukunft** → *Später* erscheint „nicht greifbar“ – langfristige Ziele haben keine emotionale Dringlichkeit



Warum kommt es dennoch zu Missverständnissen?

Warum kommt es dennoch zu Missverständnissen?

Zunahme der Diagnosen

- Die Zahl der ADHS-Diagnosen ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen, besonders bei Erwachsenen. Das wird häufig als „Trend“ oder „Überdiagnose“ fehlinterpretiert, obwohl es oft auf bessere Aufklärung und Diagnostik zurückgeht.

Uneinheitliches Erscheinungsbild

- ADHS hat viele Gesichter – von äußerlich auffälliger Hyperaktivität bis hin zu stiller Unaufmerksamkeit. Diese Vielfalt führt zu Unsicherheit: *„Wie kann das alles dieselbe Störung sein?“*

Alltagsnahe Symptome

- Viele ADHS-Symptome (z. B. Vergesslichkeit, Ablenkbarkeit) wirken auf Außenstehende wie normale „Macken“ – die Grenze zur Störung wird dadurch unterschätzt.

Medikamentendebatte

- Die Diskussion um Stimulanzien wie Ritalin sorgt für Misstrauen – v. a. wegen Fehlgebrauch, Leistungssteigerung und Angst vor Pharmaeinfluss.

Unwissen über neurobiologische Grundlagen

- Viele Menschen wissen nicht, dass ADHS neurobiologisch klar nachweisbare Veränderungen im Gehirn umfasst. Ohne dieses Wissen wirkt die Diagnose schnell „konstruiert“.

Therapeutische Methoden bei ADHS?

Medikation ist nicht die einzige hilfreiche Intervention bei ADHS

→ **Es gibt praxisnahe Werkzeuge, die gezielt auf die zentralen Herausforderungen von ADHS abgestimmt sind – besonders im Erwachsenenalter. Sie:**

- ❖ fördern Zielorientierung und Alltagsstruktur
- ❖ stärken exekutive Funktionen
- ❖ bauen Selbstbeobachtung und Impulspausen systematisch auf
- ❖ verbessern Zeitmanagement und Handlungsfähigkeit
- ❖ erhöhen emotionale Stabilität und Frustrationstoleranz



Diese Werkzeuge bilden die Grundlage für nachhaltige therapeutische Veränderung – auch unabhängig von Medikation.

Einladung zum Behandlungsplan der ADHS

Am 25. Juli 2026

Dauer: 5 Stunden

- **Verständnis für die Störung**

Du lernst, das Störungsmodell der ADHS kennen und psychoedukativ zu vermitteln

- **Strukturierter Therapie- und Behandlungsplan für Erwachsene mit ADHS**

Du erhältst einen praxiserprobten Ablaufplan für Diagnostik, Psychoedukation und Symptomtherapie – inkl. aller Materialien.

- **Methodenkoffer für deine therapeutische Arbeit**

Fundierte Werkzeuge, Übungen und Strategien, die du direkt in deiner Praxis einsetzen kannst.

- **Alle Unterlagen, Handout & Materialien direkt für deine Praxis**

Wenn du dir mehr **Sicherheit im Umgang mit der ADHS** wünschst, bist du herzlich eingeladen.



Zeit für eure Fragen

