

ADHS-Experte: Russell A. Barkley, Ph.D.

Frage: Wie hängt ADHS mit der emotionalen Regulierung zusammen?

Antwort:

Während der ersten 170 Jahre ihrer Präsenz in der medizinischen Geschichte glaubte man, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und ihre Vorstufen mit Defiziten in der emotionalen Hemmung und Selbstregulierung sowie mit der Kernproblematik der Aufmerksamkeit und des hyperaktiv-impulsiven Verhaltens einhergehen. Doch ab den 1960er Jahren, insbesondere mit der zweiten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-II: APA, 1968) wurden die Symptome der emotionalen Impulsivität (EI) und der mangelnden emotionalen Selbstregulierung (DESR) von den Kerndefiziten von ADHS abgekoppelt und als rein assoziierte Probleme gesehen, die in einigen Fällen auftreten können, sofern diese Probleme überhaupt als solche anerkannt wurden. Dies sorgte dafür, dass sowohl Kliniker als auch die breite Öffentlichkeit das Thema emotionale Selbstregulierung in ihren Vorstellungen über die Natur von ADHS und ihren Theorien darüber vollständig außer Acht ließen.

Der Begriff "Emotionale Impulsivität" bezieht sich auf durch Ereignisse hervorgerufene emotionale Reaktionen, die bei ADHSlern schneller als bei anderen zu beobachten sind. Ungeduld, geringe Frustrationstoleranz, leichte Erregbarkeit oder emotionale Erregbarkeit, oder die bei Provokationen gezeigten stärkeren Ausbrüche primärer Emotionen, jäh auftretende Wutausbrüche und andere impulsive emotionale Reaktionen kennzeichnen dieses Defizit der Emotionsregulierung. DESR bezieht sich auf die Unfähigkeit oder Probleme damit, die Kontrolle über starke ereignisinduzierte Emotionen zu erlangen und so die Reaktion darauf im öffentlichen Umfeld einzudämmen, sie herunterzuschrauben oder in ihrer Intensität zu mindern, sich rasch selbst beruhigen zu können oder die Reaktion durch gemäßigtere emotionale Reaktionen zu ersetzen, die in der aktuellen Situation oder auch längerfristig dem eigenen Wohle eher zuträglich sind.

Allerdings deutet all dies nicht darauf hin, dass die bei ADHS Patienten beobachteten emotionalen Schwierigkeiten mit der Störungskomponente der emotionalen Dysregulation erklärt werden können. ADHS ist sicherlich mit einem erhöhten Risiko für verschiedene Stimmungs- und Angststörungen verbunden, die über impulsive Emotionen hinausgehen. Wie kann man dann unterscheiden, welche affektiven Störungen ADHS zuzuschreiben sind? Wann muss man dann nach einer komorbiden affektiven Störung suchen, um die Probleme zu erklären? Zunächst einmal ist festzustellen, dass die emotionalen Störungen bei ADHS sich eben auf Gefühle beziehen und nicht etwa auf Stimmungslagen. Gefühle sind kurzlebig, haben einen Auslöser und sind oft situationsspezifisch für den Auslöser und Ort. Sie sind auch weitgehend rational, d.h. für andere nachvollziehbar, da Menschen ohne ADHS die gleiche subjektive Reaktion auf den Auslöser gehabt hätten. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass Personen ohne ADHS die frei zugänglichen Aspekte der Emotionen, über die man eine gewisse willentliche Kontrolle hat, unterdrückt hätten, anstatt sie öffentlich auszuleben. Sie hätte dann die Selbstregulierungsschritte unternommen, um die Gefühle zu drosseln oder abzuändern, damit sie für die Situation, für andere Personen und auch für die eignen langfristigen Ziele und das eigene Wohlergehen kompatibler sind. Das Zurückerlangen des normalen emotionalen Zustandes nach einer solchermaßen ausgelösten Veränderung des emotionalen Zustands erfolgt im Vergleich zu Launen relativ schnell, wenn auch vielleicht nicht so leicht wie bei Menschen

ohne ADHS, da ADHSler mehr Schwierigkeiten damit haben, starke Emotionen durch Selbstkontrolle herunterzuregeln. Im Vergleich dazu ist eine Stimmungslage eine langanhaltende Veränderung des emotionalen Zustandes, der sich oft situationsübergreifend darstellt und der auch ohne Auslöser oder durch triviale Ereignisse entstehen kann und der bei anderen selten zu einer solchen Reaktionsweise geführt hätte. Sie kann sowohl als kapriziös als auch als extrem bezeichnet werden. Folglich ist sie nicht rational in dem Sinne, dass andere Menschen unter diesen Umständen über einen so langen Zeitraum und über verschiedene Szenarien hinweg den gleichen emotionalen Zustand aufweisen würden. Zugegeben, die Grenze zwischen einer Emotion und einer Stimmungslage ist nicht so klar, wie sie hier dargestellt wird. Aber die zuvor genannten Ansätze erscheinen zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll, um Kliniker bei der Entscheidung zu unterstützen, welche affektiven Symptome eines Patienten mit ADHS zu dieser Erkrankung und ihren EI-DESR-Problemen gehören und welche Symptome wahrscheinlich auf eine komorbide Störung zurückzuführen sind.

Im vergangenen Jahrzehnt haben sich zwingende Anhaltspunkte dafür ergeben, dass es bei vielen, wenn nicht sogar den meisten Fällen von ADHS auch Problemen mit EI und DESR gibt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass diese Probleme mit der Intensität der eher üblichen ADHS-Symptome in Zusammenhang stehen und dass ihnen dieselben genetischen Einflüsse zugrundeliegen, die in der ADHS-Forschung gut dokumentiert sind. Diese umfangreichen Beweise legen dar, dass EI-DESR wieder der Status eines wesentlichen assoziierten Merkmals - wenn nicht sogar eines Hauptmerkmals von ADHS - bei der Konzeptualisierung und für die diagnostischen Kriterien von ADHS zukommen muss. Das Argument stützt sich auf verschiedene Schlussfolgerungen und Beweise:

1. Im Zusammenhang mit ADHS wurde EI-DESR auch schon in der Zeit vor den 1960er Jahren für die klinische Begriffsbildung von ADHS als zentrales Merkmal gesehen.
2. Aktuelle neuropsychologische Theorien zu ADHS stufen EI-DESR ebenso als zentrale Komponente ein.
3. Die neuroanatomischen Befunde bei ADHS müssten Symptome von EI-DESR nach sich ziehen, da die bei ADHS beteiligten Hirnstrukturen und Netzwerke auch an der Emotionserzeugung, der Gefühlsäußerung und der Selbstregulierung beteiligt sind.
4. Inzwischen gibt es eine Fülle von Beweisen dafür, dass Kinder und Erwachsene mit ADHS mit hoher Wahrscheinlichkeit eine EI-DESR (geringe Frustrationstoleranz, Ungeduld, Wutanfall und generell eine leichte Erregbarkeit emotionaler Reaktionen) aufweisen.
5. Weist man der EI-DESR wieder eine zentrale Bedeutung bei ADHS zu, würde dies deutlicher den Grund aufzeigen für die hohe Komorbidität mit der oppositionellen Trotzstörung und wahrscheinlich mehreren verwandten Störungen, wie z.B. dem Risiko, künftig Ängste und Depressionen zu entwickeln.
6. Nimmt man also EI-DESR wieder als Kernkomponente von ADHS mit auf, würde dies auch die häufigen Probleme und Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion in verschiedenen anderen Bereichen der wichtigsten Lebensaktivitäten (Arbeit, Autofahren, Heirat/Zusammenleben, Verwaltung der Finanzen und Elternschaft) erklären, die bei ADHS auftreten.
7. Das Verständnis der Rolle von EI/DESR bei ADHS würde bei der Differentialdiagnose von ADHS aufgrund von Gemütsstörungen sehr hilfreich sein und Fehldiagnosen

emotionaler Probleme bei ADHS als vollständig auf Komorbidität zurückzuführen reduzieren.

8. ADHS-Medikamente scheinen die EI/DESR bei ADHS ebenso abzumildern wie den klassischen ADHS-Symptomkomplex, jedoch wird dies durch unterschiedliche neuronale Mechanismen und Netzwerke bewirkt.
9. Psychosoziale Interventionen bei ADHS sollten Programme umfassen, die speziell auf die Unterstützung von Patienten mit EI/DESR ausgerichtet sind und nicht nur auf den üblichen Komplex der ADHS-Symptome.
10. Dadurch dürften die verschiedenen Beeinträchtigungen, die speziell mit der emotionalen Komponente von ADHS verbunden sind und die bei den gegenwärtigen Therapien weitgehend unberücksichtigt bleiben, reduziert werden.

Unabhängig von den Vorgaben des nächsten DSM müssen sich Kliniker bei der Erstbeurteilung eines Patienten mit ADHS der mit dieser Störung einhergehenden EI-DESR-Symptome klar bewusst sein und diese ebenso bewerten wie die herkömmlichen ADHS-Symptome. Auf diese Weise kann nicht nur eine klarere und umfassendere Darstellung des aktuellen Status des Patienten, sondern auch ein besseres Verständnis der Ursache für viele der Beeinträchtigungen, die der Patient möglicherweise erlebt und die teilweise oder weitgehend eine Folge dieser emotionalen Komponente von ADHS sind, gewonnen werden. Ärzte müssen ADHS-Patienten und Ihre Familien über die Tatsache aufklären, dass ADHS eine solche Komponente umfasst, damit sie ADHS und auch die Gründe für die Gefühlsäußerungen des Patienten besser verstehen können. Neben den laufenden Bemühungen, sowohl psychosoziale als auch medizinische Interventionen zu entwickeln, die sich auf den herkömmlichen Symptomkomplex von ADHS und die damit verbundenen "rein" kognitiven Defizite der exekutiven Funktionen konzentrieren, müssen die Interventionen auch auf diese Komponente von ADHS ausgerichtet werden. Die Behandlung sollte sich auch darauf konzentrieren, wie Familienmitgliedern am besten geholfen werden kann, mit ADHS zurechtzukommen und den Patienten mit ADHS bei der wirksamen Bewältigung seiner emotionalen Fehlregulierung zu unterstützen.

Abschließend lässt sich sagen, dass es an der Zeit ist, EI-DESR wieder als zentrale Komponente von ADHS mit in den Symptomkomplex aufzunehmen und nach besseren Wegen zu suchen, um das Wohlbefinden von Menschen mit ADHS zu verbessern.

Quellenangaben:

- Barkley, R. A. (2015). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In R. A. Barkley (ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (pp. 81-115). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 503-513.
- Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2011). Deficient emotional self-regulation in adults with ADHD: The relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1(4), 5-28.
- Braaten, E. B., & Rosen, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 315-321.

- Ciuluvica, C., Mitrofan, N., & Grilli, A. (2013). Aspects of emotion regulation difficulties and cognitive deficit in executive functions related to ADHD symptomatology in children. *Social and Behavioral Sciences*, 78, 390-394.
- Dowson, J. H., & Blackwell, A. D. (2010). Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 103-110.
- Harty, S. C., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 85-97.
- Hinshaw, S. P. (2003). Impulsivity, emotion regulation, and developmental psychopathology: specific versus generality of linkages. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 149-159.
- Hulvershorn, L., Mennes, M., Castellanos, F. X., Martino, A.D., Milham, A. P., Hummer, T. A., Roy, A. K. (2013). Abnormal amygdala functional connectivity associated with emotional lability in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(3), 351-361.
- Jensen, S. A., & Rosén, L. A. (2004). Emotional reactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 8, 53-61.
- Maedgen, J. W., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42.
- Martel, M. M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1042-1051.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 73-86.
- Merwood, A., Chen, W., Rijdsdijk, F., Skirrow, C., Larsson, H., Thapar, A., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2013). Genetic association between the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and emotional lability in child and adolescent twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(2), 209-220.
- Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R., & Nigg, J. T. (2011). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 841-852.
- Ryckaert, C., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2018). Emotional dysregulation and ADHD. In Banaschewski, T., Coghill, D., & Zuddas, A. (Eds.). *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 103-117). London: Oxford University Press.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171 (3), 276-293.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Che, W., Franke, B., Holtman, M. et al. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 915-923.
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit

hyperactivity disorder: A controlled study. *ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 5, 273-281.

Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 772-782.

Über den Autor:

Dr. Barkley ist klinischer Professor für Psychiatrie an der Virginia Commonwealth University Medical Center in Richmond, Virginia, USA. Er hat mehr als 27 Bücher, Beurteilungsskalen und klinische Handbücher sowie mehr als 300 wissenschaftliche Arbeiten und Buchkapitel über ADHS veröffentlicht und mehr als 800 Vorträge als Gastredner in mehr als 30 Ländern gehalten. Seine neuesten Bücher sind "Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents" (4. Ausgabe, Juni 2020, Guilford Press) und "The 12 Principles for Raising and Child with ADHD" (Oktober 2020, Guilford Press). Seine Webseite finden Sie unter www.RussellBarkley.org.

