

ADHS bei Erwachsenen:

Der adulte Zappelphilipp

ADHS wird traditionellerweise als psychiatrische Erkrankung des Kindesalters aufgefasst. In den letzten Jahren mehren sich Hinweise, dass sich ADHS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht einfach „auswächst“, sondern bei einem Großteil der Betroffenen auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt.

Die Häufigkeit der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS oder ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder) im Erwachsenenalter wird mit zirka zwei bis 4,5 Prozent der Gesamtbevölkerung angegeben. Legt man zugrunde, dass etwa drei bis sieben Prozent aller Kinder von ADHS betroffen sind, bedeutet das, dass ADHS-Symptome bei etwa zwei Drittel aller Betroffenen im Erwachsenenalter persistieren. Die Kernsymptome der ADHS – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – betreffen Erwachsene und Kinder gleichermaßen. Allerdings können die Symptome im Erwachsenenalter durch im Lauf des Lebens erworbene Kompensationsstrategien und komorbid auftretende psychische Erkrankungen bis zur Unkenntlichkeit maskiert sein. Diagnose und Management der adulten ADHS stellen somit auch für den Facharzt eine Herausforderung dar.

Historische Entwicklung

Obwohl die ADHS im Kindesalter 1902 erstmals als „abnormal psychical condition“ von G.F. Still in einer „Lancet“-Publikation beschrieben wurde und bereits 1937 die Erstbeschreibung einer Amphetaminbehandlung im Kindesalter durch C. Bradley erfolgte, dauerte es bis in die 1980er und 1990er Jahre des 20. Jahrhunderts, bis auch Erwachsene mit ADHS medizinisch wahrgenommen wurden. Das zugrunde liegende Syndrom wurde mit wechselnden diagnostischen Termini belegt („Minimale Cerebrale Dysfunktion – MCD“ bzw. „Psychoorganisches Syndrom – POS“), bis 1978 im ICD der Begriff des Hyperkinetischen Syndroms im Kindesalter eingeführt wurde. Das DSM-III ermöglichte ab 1980 auch die Diagnosestellung im Erwachsenenalter als „ADD – residual type“.

Diagnostik und Kernsymptome

Die Kernsymptome der ADHS – sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter – sind Unaufmerksamkeit, motorische Hyperaktivität und Impulsivität. Die Betroffenen haben große Probleme, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren bzw. über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Sie sind leicht ablenkbar und vergesslich. Ihr Ausbildungsgrad entspricht oft nicht dem Intelligenzniveau, sie sind chronische „Underachiever“.

Die motorische Hyperaktivität kann im Erwachsenenalter teilweise kompensiert werden, verschwindet aber häufig nicht.

Motorische Unruhe, Rastlosigkeit sowie eine ausgeprägte Abneigung gegenüber Situationen, die ruhiges Sitzen oder Inaktivität erfordern, sind auch bei Erwachsenen zu finden.

Der Bewegungsdrang wird häufig durch exzessive sportliche Aktivitäten kanalisiert.

In Situationen, die motorische Inaktivität erzwingen, reagieren viele Betroffene mit Dysphorie und/oder Angstsymptomen.

Um Impulsivität auszuleben, stehen im Erwachsenenalter weit mehr Möglichkeiten zur Verfügung als bei Kindern. Entscheidungen in allen Lebensbereichen werden impulsiv getroffen, mit entsprechenden Konsequenzen für Ausbildung, Partnerschaft und Berufsleben.

Die Biografie von ADHS-Patienten ist oft gekennzeichnet durch häufige Jobwechsel und Beziehungsabbrüche.

Wie aus dem Kasten entnommen werden kann, werden die diagnostischen Kriterien der Kernsymptomatik laut ICD 10 und DSM IV für Erwachsene nicht weiter spezifiziert und sind daher für die Diagnosestellung im Erwachsenenalter nur teilweise hilfreich. Vorgesehen ist lediglich die Diagnose „ADHD – residual type“ für Erwachsene, bei denen ADHS in der Kindheit diagnostiziert wurde und bei denen ein Teil der Symptome weiterbesteht.

ADHS im Erwachsenenalter kann nur auf klinischem Weg diagnostiziert werden. Psychologische Tests, EEG oder bildgebende Verfahren können lediglich eine Hilfestellung in der Differenzialdiagnostik bieten.

Der für die Diagnostik zentrale Aspekt ist eine detaillierte Anamnese, die mögliche ADHS-Symptome in der Kindheit mit einbezieht.

Das Vorliegen der ADHS-Kernsymptomatik bereits vor dem siebten Lebensjahr ist Voraussetzung für die Diagnose im Erwachsenenalter.

Obwohl die Kernsymptomatik auch im Erwachsenenalter weiter besteht, kann sich das klinische Bild durch die veränderte Lebenssituation der Betroffenen und durch Coping-Strategien deutlich verändern. Symptome, die in der Schulzeit möglicherweise deutlich und störend präsent waren, treten im Erwachsenenalter, z.B. durch die entsprechende Berufswahl, weit weniger in den Vordergrund und sind nur auf explizites Nachfragen zugänglich.

Klinische Ausprägung im Erwachsenenalter

Obwohl die Ausprägung der ADHS-Kernsymptomatik bei Erwachsenen in den Diagnosemanualen nicht näher spezifiziert ist, lassen sich typische Charakteristika beschreiben.

Erwachsene mit ADHS haben häufig große Schwierigkeiten, sich arbeitstechnisch und zeitlich zu organisieren.

Sie springen gedanklich von Aufgabe zu Aufgabe, betreiben mehrere Projekte parallel, verfolgen diese jedoch meist nicht bis zum Ende und schieben notwendige Erledigungen chronisch auf.

Termine einzuhalten gelingt häufig nicht.

Langeweile wird kaum toleriert bzw. als bedrohlich empfunden. Damit assoziiert sind Ungeduld und eine niedrige Frustrationstoleranz.

Manche Patienten tendieren zu einem ausgeprägten Hochrisikoverhalten, betreiben Risikosportarten (Extremklettern, Bungee-Jumping, Paragliding etc.), suchen den Geschwindigkeitsrausch oder die Faszination von Glücksspielen.

Die Impulsivität äußert sich häufig verbal durch unbedachte Äußerungen, die im Berufs- und Privatleben zu Problemen führen können.

Aufgrund ihrer Vorgeschichte und der damit verbundenen negativen Erfahrungen eigene Leistungen oder (Miss)erfolge betreffend ist das Selbstwertgefühl der Betroffenen meist niedrig, häufig wird eine chronische Unsicherheit berichtet.

Angstsymptome, „Mini“-Panikattacken und Stimmungsschwankungen, emotionale Instabilität und mangelnde Affektkontrolle komplizieren das klinische Bild zusätzlich.

Studien mit bildgebenden Verfahren weisen darauf hin, dass der ADHS-Kernsymptomatik eine mangelnde Aktivierung des dorsolateralen präfrontalen Cortex zugrunde liegen könnte. Die Aufmerksamkeitsstörung wird auf Basis dieser Untersuchungsergebnisse als mangelnde Inhibitionskontrolle des präfrontalen Cortex angesehen.

Spezifische Fragebögen

Ergänzend zum diagnostischen Gespräch im Sinne einer kompletten psychiatrischen Untersuchung können störungsspezifische Fragebögen eingesetzt werden. Diese erleichtern die strukturierte Erhebung von aktuellen und in der Kindheit vorhandenen Symptomen. In Frage kommen z.B. die Wender- Utah-Rating-Scale (WURS), die modifizierte Symptomcheckliste nach DSM IV sowie die Conners-Skala und die Brown-Skala. Testpsychologische Untersuchungen können zwar wertvolle Hinweise liefern, sind jedoch unspezifisch und erfassen ADHS-Symptome teilweise nicht. Obwohl es zum Teil gelingt, mangelndes Durchhaltevermögen und die verkürzte Aufmerksamkeitsspanne mit Hilfe von psychologischen Tests zu zeigen, können Hochbegabte mit ADHS auch hervorragende Ergebnisse erzielen. Dies schließt die Diagnose ADHS keinesfalls aus und ist darauf zurückzuführen, dass Betroffene in Situationen mit hohen Anforderungen oft deutlich besser fokussieren können („hyperfokussieren“) als in langweiligen alltäglichen Situationen.

Diagnostische Kriterien nach ICD 10 F90.0 bzw. DSM IV 314.00

Voraussetzung für die Diagnose ist das Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe, situationsübergreifend und einige Zeit andauernd, nicht durch andere Störungen (Autismus, affektive Störungen) verursacht. Mindestens sechs Monate lang bestanden mindestens sechs Symptome der Unaufmerksamkeit, mindestens drei Symptome der Überaktivität und mindestens ein Symptom der Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß:

1. Unaufmerksamkeit: gegenüber Details; häufige Flüchtigkeitsfehler; Aufmerksamkeit kann nicht über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden; Unaufmerksamkeit in Gesprächen; Schwierigkeiten, Erklärungen zu folgen oder Aufgaben bzw. Pflichten zu erfüllen; Probleme mit dem Organisieren von Aufgaben; Vermeiden von Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern; häufiges Verlieren von Gegenständen; Ablenkbarkeit durch externe Stimuli; Vergesslichkeit.
2. Überaktivität: Zappeln mit Händen und Füßen; ruhig Sitzen nicht möglich; herumlaufen oder exzessives Klettern in Situationen, in denen ein solches Verhalten nicht angebracht erscheint; Schwierigkeiten, sich ruhig mit Arbeit oder Freizeitbeschäftigungen zu befassen; anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten.
3. Impulsivität: Herausplatzen mit Antworten; Probleme, zu warten; häufiges Unterbrechen und Stören anderer; häufiges, exzessives Reden.
4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.
5. Symptomausprägung: Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein.
6. Die Symptome verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine Angststörung (F41).

Hürden auf dem Weg zur Diagnose

Die meisten erwachsenen Betroffenen erhalten nicht die Diagnose ADHS. Es gibt eine Vielzahl von Gründen, die die Diagnose im Erwachsenenalter erschweren oder in den Hintergrund drängen. Bei vielen Betroffenen wurde die Diagnose im Kindesalter nie gestellt.

Probleme mit Aufmerksamkeit und Hyperaktivität spielen im Erwachsenenalter scheinbar weniger Rolle, da die Betroffenen ihr Aufmerksamkeitsdefizit durch entsprechende Berufswahl und erworbene Coping-Strategien teilweise kompensieren und die motorische Hyperaktivität internalisiert sein kann.

Die häufig bestehenden comorbiden Störungen wie affektive Erkrankungen, Angststörungen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen können die zugrunde liegende ADHS-Symptomatik vollständig maskieren.

Auch der ADHS-Subtyp spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Betroffene, die in erster Linie an einem Aufmerksamkeitsdefizit leiden und keine oder weniger Symptome der Hyperaktivität und/oder Impulsivität zeigen, werden weit weniger häufig diagnostiziert. Erschwerend für die Diagnose ist weiters, dass Unaufmerksamkeit und motorische Hyperaktivität stark schwanken können.

Viele ADHS-Betroffene können unter bestimmten Umständen, z.B. bei hohem Interesse für bestimmte Themen oder hohem Neuigkeitswert einer bestimmten Situation mit entsprechender Faszination und Spannung, ihre Aufmerksamkeit stark fokussieren („hyperfokussieren“). Es handelt sich daher nicht um ein generelles Aufmerksamkeitsdefizit, sondern vielmehr um ein inadäquates Regulieren und Verschieben können von Aufmerksamkeit.

Patienten mit ADHS-Symptomen, die typischerweise im Erwachsenenalter ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, gehören meist zu einer der folgenden Gruppen:

- Patienten, bei denen im Kindesalter bereits ADHS diagnostiziert wurde und die während der Adoleszenz ihre (medikamentöse) Therapie abgebrochen haben. Bei Studienbeginn oder am Arbeitsplatz sowie im Beziehungsleben kommt es zu ADHS-typischen Problemen, eventuell auch zu Substanzmissbrauch.
- Patienten, die in der Kindheit nie diagnostiziert wurden und ihr Aufmerksamkeitsdefizit während ihrer Schulzeit z.B. mit Hilfe eines hohen IQ kompensieren. Die Kompensationsstrategien erweisen sich während eines Studiums oder am Arbeitsplatz als nicht mehr suffizient. Die Betroffenen haben Probleme, sich zu organisieren und Dinge zu Ende zu bringen und bleiben häufig hinter akademischen oder beruflichen Erwartungen zurück („Underachiever“).
- Eltern von ADHS-Kindern: Durch die Diagnose des eigenen Kindes/der eigenen Kinder werden diese Patienten auf ihre eigenen ADHS-Symptome aufmerksam bzw. erinnern ihre Symptome während der eigenen Kindheit.
- Patienten, die sich vordergründig mit einer anderen psychischen Erkrankung präsentieren (Depression, Angsterkrankung, Suchterkrankung) und schlecht auf die verordnete medikamentöse Therapie ansprechen. Bei Vorliegen einer entsprechenden Vorgeschichte sollte eine Reevaluation in Hinblick auf eine eventuell vorhandene ADHS im Erwachsenenalter erfolgen.

Komorbidität und Folgen

ADHS im Erwachsenenalter ist mit einer großen Anzahl an komorbid auftretenden Erkrankungen assoziiert. Die Häufigkeit von affektiven Erkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen ist bei ADHS-Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht. Weitere Risiken ergeben sich aus dem Vorliegen der ADHS-Kernsymptome per se. So ist z.B. das Risiko, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, für ADHS-Betroffene deutlich erhöht.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass zirka 20 bis 30 Prozent aller Strafgefangenen unter ADHS leiden.

Weiters ist bei ADHS-Betroffenen die Rate der ungeplanten Schwangerschaften vor dem 20. Lebensjahr und die Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und Scheidungen deutlich erhöht.

Unfälle oder Verletzungen sind bereits im Kindesalter häufige Komplikationen und treten auch bei Erwachsenen mit ADHS vermehrt auf.

Diese führen auch zu den häufigsten Kontakten mit medizinischen Einrichtungen und können daher oft als „Erstpräsentationen“ gelten.

Differenzialdiagnose

Zur adäquaten Diagnose der adulten ADHS bedarf es einer umfassenden biopsychosozialen Befunderhebung.

ADHS ist gekennzeichnet durch ein Persistieren von Symptomen seit der Kindheit. Vorübergehende Symptome der inneren Unruhe, Rastlosigkeit, Vergesslichkeit oder Konzentrationsprobleme sind für die Diagnose nicht ausreichend.

Eine positive Familienanamnese

sowie die Außenanamnese von Angehörigen oder Freunden liefern weitere diagnostische Hilfestellungen.

Diagnostisch von der ADHS des Erwachsenenalters abzugrenzen sind somatische Erkrankungen (Hyperthyreose, Epilepsien, Restless-Legs-Syndrom, Vigilanzstörungen z.B. im Rahmen von Narkolepsie oder Schlaf-Apnoe-Syndrom, organisches Psychosyndrom), der Einfluss von Medikamenten oder Drogen sowie psychische Erkrankungen (Angststörungen, affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Teilleistungsstörungen).

Eine Therapie der ADHS im Erwachsenenalter wird nach den deutschsprachigen Leitlinien nur dann empfohlen, wenn in mindestens einem Lebensbereich eine durch die ADHSSymptome hervorgerufene starke Beeinträchtigung besteht oder wenn

leichte Beeinträchtigungen in zumindest zwei Lebensbereichen (z.B. Berufsleben und Familien- bzw. Sozialleben) bestehen.

Information und Psychoedukation

Für Erwachsene mit ADHS bedeutet die adäquate Diagnose alleine bereits einen erheblichen therapeutischen Nutzen. Die zahlreichen Symptome benennen zu können und eine „Erklärung“ für viele Komplikationen und Misserfolge im Lauf des Lebens zur Verfügung zu haben bedeutet oft eine immense Erleichterung für die Betroffenen.

Wurde die Diagnose ADHS gestellt, ist es äußerst hilfreich, die Patienten mit psychoedukativen Maßnahmen, auch unter Einbeziehung des familiären Umfelds, zu unterstützen. Aufklärung über die Kernsymptome, das erhöhte Risiko für Begleiterkrankungen, die Neigung zu Sucht- und Risikoverhalten sollten am Beginn jeder Therapie stehen. Mit steigendem Informationsgrad über die Symptomatik und ihren Einfluss auf den (Berufs)Alltag gelingt es vielen Patienten, ihre meist ohnehin seit der Kindheit entwickelten Kompensationsstrategien zu verbessern und gezielter einzusetzen.

Psychiatrische Diagnose	Häufigkeit der Komorbidität in Prozent
Angsterkrankungen	25-50
Affektive Störungen	19-37
Antisoziales Verhalten	18-28
Persönlichkeitsstörungen	10-20
Alkoholmissbrauch	8-32
Andere Suchterkrankungen	32-53

Quelle: Wender et al.: Adults with ADHD: an overview; Ann NY Acad Sci 2001; 931-16.

Screening-Fragen bei der adulten ADHS

- Gibt es weitere ADHS-Betroffene in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder)?
- Wie wohl fühlten Sie sich während Ihrer Schulzeit in der Klasse? Welche

Rückmeldungen von Seiten der Lehrer oder Mitschüler gab es Ihr Verhalten in der Klasse betreffend?

- Mussten Sie sich regelmäßig mehr anstrengen als Ihre Mitschüler/Kollegen, um dieselben Erfolge zu erreichen?
- Bleiben Sie, gemessen an Ihrer Intelligenz, hinter den Erwartungen zurück?
- Schieben Sie ständig Dinge auf?
- Haben Sie Probleme, sich selbst zu organisieren?
- Haben Sie Probleme damit, Beziehungen aufrechtzuerhalten?
- Wie oft wechseln Sie Ihren Arbeitsplatz?
- Wie häufig erleiden Sie Unfälle oder Verletzungen?
- Sind Sie von Substanzen wie Koffein, Alkohol oder illegalen Drogen **abhängig, um im Alltag zu funktionieren?**
- Wurde bei Ihnen jemals eine andere psychiatrische Diagnose gestellt, **und haben Sie schlecht auf die medikamentöse Therapie angesprochen?**

Coaching

Viele Schwierigkeiten, die sich im Alltag ADHS-Betroffener ergeben, lassen sich mit Hilfe von Coaching-Maßnahmen deutlich reduzieren. Dazu gehören strukturierende Maßnahmen am Arbeitsplatz und im Haushalt, um der Desorganisiertheit der Patienten gegenzusteuern und die damit einhergehende Unsicherheit und Angst zu reduzieren.

Simple Hilfsmittel wie To-do-Listen, Kalender, Pinwände, Ablagesysteme, Alarmsysteme, die gegen Vergesslichkeit schützen, etc. können die Effizienz und Organisiertheit von Menschen mit ADHS signifikant erhöhen.

Sie dienen als externe Kontrollen quasi als Ersatz für „unverlässliche“ interne Kontrollsysteme. Coaching kann jedoch weit über Hilfestellungen im Alltag hinausgehen und auch im emotionalen Bereich Lösungsansätze aufzeigen.

Psychotherapie

Nach der Erleichterung über die Diagnose ADHS folgt häufig eine Phase der Ernüchterung und der Akzeptanzprobleme. Verschiedene psychotherapeutische Settings können für Erwachsene mit ADHS sinnvoll sein, besonders wenn nicht nur die ADHS-Symptomatik, sondern auch psychosoziale Probleme und komorbide Erkrankungen vorhanden sind. Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzeltherapie, Paar- oder Familientherapie bei Vorliegen entsprechender Konflikte sowie Gruppentherapie können allein oder in Kombination hilfreich sein. Mit dem

Gruppentherapieprogramm für Erwachsene mit ADHS nach Hesslinger und Philippen liegt ein gut untersuchtes Instrument vor, das sich bei Erwachsenen mit ADHS als wirksam erwiesen hat. Dieses Therapieprogramm ist kognitiv-behavioral orientiert und verbindet psychoedukative mit psychotherapeutischen Elementen.

Medikamentöse Therapie

Die **Kernsymptome** der ADHS im Erwachsenenalter sind – wie im Kindesalter – medikamentös gut beeinflussbar. Oft haben sich soziale Schwierigkeiten oder Problemverhalten aber so verselbstständigt, dass sie einer alleinigen medikamentösen Therapie nicht zugänglich sind. In den deutschsprachigen Leitlinien werden Stimulantien (Methylphenidat) als medikamentöse Therapie der ersten Wahl empfohlen. Diese sind jedoch in Österreich derzeit nur für die medikamentöse Therapie im Kindesalter zugelassen. In Studien konnte gezeigt werden, dass Stimulantien **sowohl das Aufmerksamkeitsdefizit als auch die Hyperaktivität und Impulsivität im** Vergleich zu Placebo signifikant verbessern. Im empfohlenen Dosisbereich gibt es keinen Hinweis darauf, dass Stimulantien mit einer erhöhten Suchtgefahr für ADHS-Patienten einhergehen. Wie im Kindesalter kann die Häufigkeit der Stimulantieneinnahme durch entsprechende **„drug holidays“, z.B. am Wochenende oder im Urlaub sowie durch regelmäßige Therapiepausen (etwa alle sechs Monate), reduziert werden**. Entsprechende Studien weisen darauf hin, dass das Risiko für Suchterkrankungen durch die Psychopharmakotherapie eher reduziert wird. Falls Stimulantien aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen für die medikamentöse Therapie nicht in Betracht gezogen werden können, werden als Therapie der zweiten Wahl **meist noradrenerg wirksame Antidepressiva eingesetzt (Atomoxetin, Reboxetin, SNRIs)**. Die Wirksamkeit dieser Substanzen konnte zwar in kleineren Studien gezeigt werden, es liegen jedoch keine Vergleichsuntersuchungen mit Stimulantien bzw. keine zulassungsrelevanten Studien vor. **Atomoxetin (Strattera) ist in den USA auch für Erwachsene mit ADHS zugelassen und unterliegt als noradrenerg wirksames Antidepressivum nicht dem Suchtgiftgesetz**.

Innerhalb der EU besteht die Zulassung jedoch nur für Kinder mit ADHS. Auch für weitere Substanzen wie Desipramin, Lithium, Bupropion, Moclobemid und Modafinil liegen Studien mit eher kleinen Fallzahlen über kurze Zeiträume vor. Der Therapie von etwaigen Begleiterkrankungen kommt ebenfalls große Bedeutung zu, da sich die

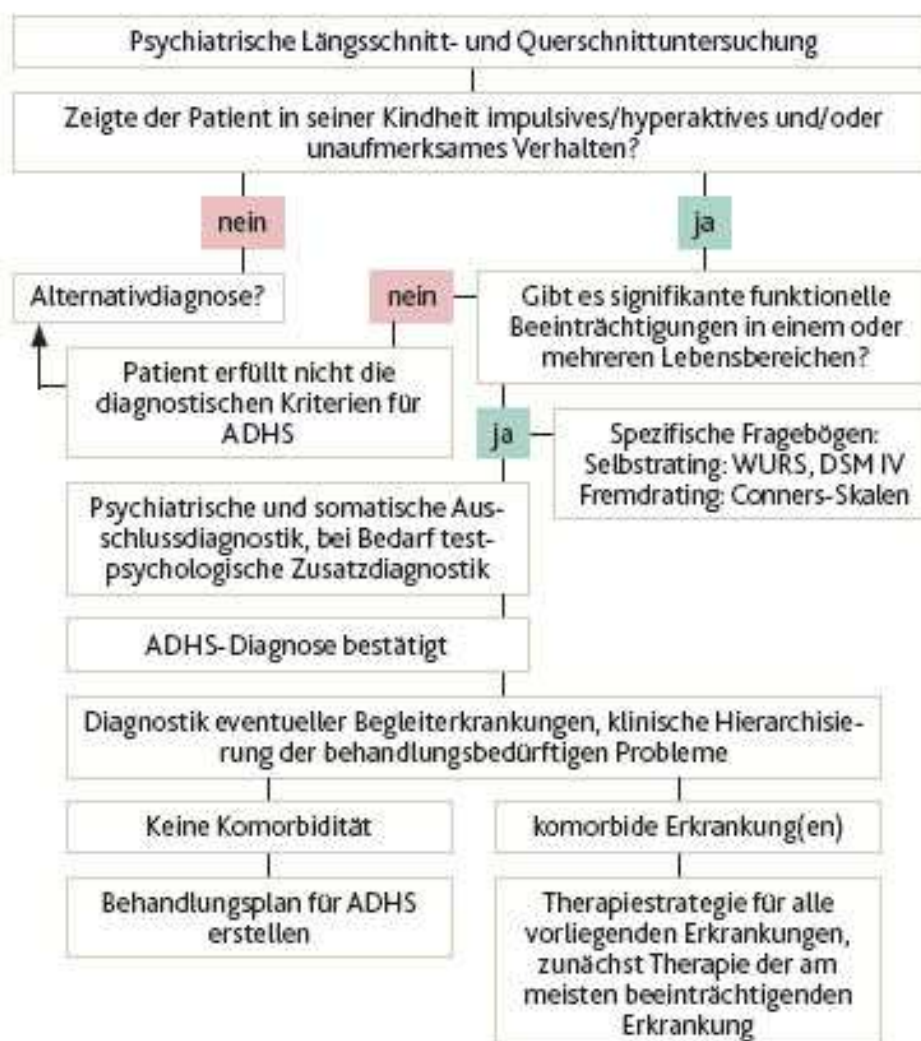
Symptome gegenseitig verstärken und perpetuieren können bzw. das Ansprechen auf die medikamentöse Therapie verschlechtert. Empfohlen wird, zunächst die Erkrankung, die zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung den größeren Leidensdruck verursacht, medikamentös zu therapieren. Im zweiten Schritt sollte die Residualsymptomatik erhoben und, falls erforderlich, auch das noch unbehandelte klinische Zustandsbild medikamentös behandelt werden.

Zusammenfassung

Die adulte ADHS ist eine Variante der Gehirnentwicklung, die aufgrund ihrer klinischen Kernsymptome zu einer signifikanten Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen führen kann. Derzeit werden die meisten Betroffenen nicht diagnostiziert und dementsprechend nicht behandelt. Aufgrund der sich daraus ergebenden hohen psychosozialen und ökonomischen Kosten erscheint mehr Aufmerksamkeit in der Diagnostik und Therapie der ADHS dringend geboten.

*Lecture Board: Univ.-Doz. Dr. Andreas Conca, Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert*

Differenzialdiagnose der adulten ADHS



Dr. Alexandra Kutzelnigg, Dr. Andreas Erfurth, O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien

Univ.-Doz. Dr. Margot Schmitz Institut für Psychosomatik, Wien

© MMA, CliniCum neuropsych 2/2007

Der Bewegungsdrang bei Erwachsenen mit ADHS wird häufig durch exzessive sportliche Aktivität kanalisiert, die nicht selten riskant ist.

Wender-Utah-Kriterien der ADHS bei Erwachsenen

Für eine sichere Diagnose im Erwachsenenalter werden Aufmerksamkeitschwäche und Hyperaktivität neben zwei der unter den Punkten 3–7 aufgeführten Charakteristika verlangt.

1. Aufmerksamkeitsstörung:

- Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen
- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Aufgaben zu konzentrieren
- Vergesslichkeit
- Häufiges Verlieren oder Verlegen von Gegenständen

2. Motorische Hyperaktivität:

- Gefühl **innerer** Unruhe
- Unfähigkeit, sich zu entspannen
- Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuhalten
- Ständiges Gefühl der Getriebenheit
- Dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität

3. Affektlabilität:

- **Beginn vor der Adoleszenz**
- **Wechsel** zwischen euthymer, depressiver Stimmung sowie leichtgradiger Erregung
- Depressive Stimmungslage wird meist als Gefühl der **Unzufriedenheit oder Langeweile** beschrieben
- Stimmungswechsel **dauern Stunden** oder maximal Tage
- **Kein ausgeprägter Interessenverlust** oder somatische Begleiterscheinungen
- Stimmungswechsel **meist reaktiver** Art

4. Desorganisiertes Verhalten:

- Aktivitäten werden unzureichend geplant oder organisiert (Arbeit, Ausbildung, Haushaltsführung etc.)
- Aufgaben werden häufig nicht zu Ende gebracht; Betroffene wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten
- Unsystematische Problemlösestrategien
- Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation und Unfähigkeit, Zeitpläne oder Termine einzuhalten

5. Affektkontrolle:

- **Andauernde Reizbarkeit**, auch aus geringem Anlass
- Verminderte Frustrationstoleranz
- Wutausbrüche (**eher kurz andauernd**)
- Mangelhafte Affektkontrolle wirkt sich nachteilig auf die Beziehungen zu Mitmenschen aus

6. Impulsivität:

- Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch
- Ungeduld
- **Impulsiv ablaufende Einkäufe**
- Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protraieren, ohne dabei Unwohlsein zu empfinden

7. Emotionale Überreagibilität:

- Unfähigkeit, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen mit überschießenden **oder ängstlichen** Reaktionen
- Patienten fühlen sich **schnell „belästigt“ oder gestresst**

<http://www.schlafmedizin-stuttgart.de/>

Ein **weiterer Schwerpunkt** der Praxis ist die Diagnostik und Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS/ADHS). Hier führen wir u.a. psychologische-pädagogische Untersuchungen, Beratungen, Psycho-Edukation und alle derzeit wissenschaftlich akzeptierten Maßnahmen durch.

Zunehmend von größerer Bedeutung ist die Diagnostik und Behandlung des Erwachsenen-ADS. Auch hier verfügen wir über eine jahrelange Erfahrung.

Falls erforderlich wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet, hauptsächlich mit Methylphenidat (z.B. Medikinet, Ritalin, Equasym), aber auch mit Antidepressiva wie SSRI's, Imipramin oder Venlafaxin. **Atomoxetin oder auch Reboxetin (noradrenerg wirksame Antidepressiva) haben sich hier nicht bewährt.**

Ein grundlegender Unterschied zwischen den Stimulanzien und den Antidepressiva besteht darin, dass die Betroffenen Stimulanzien bei Bedarf einnehmen können, da die Wirkung unmittelbar einsetzt. Antidepressiva (auch Strattera) dagegen müssen kontinuierlich über lange Zeiträume eingenommen werden, wodurch sich ein wesentlich höheres Nebenwirkungspotential ergibt. Auch das erklärt den großen Vorteil der Stimulanzien.

Falls erforderlich, wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet, hauptsächlich mit Methylphenidat (z.B. Equasym, Medikinet, Ritalin), **aber auch mit Antidepressiva (soweit bei dieser Störung wirksam) wie SSRIs, Venlafaxin oder (selten) Imipramin.**

Die neueren Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmstoffe wie Reboxetin oder Atomoxetin haben sich kaum bewährt, da sie erhebliche Nebenwirkungen aufweisen und ständig eingenommen werden müssen.

Bei sehr ausgeprägter Hyperimpulsivität kann auch ein Behandlungsversuch mit Valproinsäure unternommen werden.

Der grundlegende Unterschied zwischen den Stimulanzien und der Behandlung mit Antidepressiva liegt darin, dass die Stimulanzien sofort und akut wirksam sind. Sie können daher auch bei Bedarf, während der Lern- resp. Schulzeit eingesetzt werden und an Wochenenden abgesetzt werden. Antidepressiva dagegen müssen dauerhaft verabreicht werden, Therapiepausen sind hier nicht möglich. Hieraus resultiert ein erheblich höheres Risiko von Nebenwirkungen.

http://209.85.129.104/search?q=cache:DJ7hd6l-72gJ:www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2006/06_wessel_adhs.pdf+Atomoxetin+Schlafapnoe&hl=de&ct=clnk&cd=17&gl=de

Bei Erwachsenen steht in der Untersuchungssituation die **Hyperaktivität nicht im Vordergrund, sondern eher depressive Verstimmungen, Angst, Nervosität.**

Eine **Diskrepanz zwischen innerlicher Aufregung und äußerlicher Ruhe** lässt den Gedanken an ADHS ohne gezieltes Nachfragen etwa nach dem Schulverhalten oder der inneren Befindlichkeit nicht aufkommen.

Im Längsschnitt wie im Querschnitt finden sich aber regelmäßig **Aufmerksamkeitsstörungen, schlechte Impulskontrolle, Reizoffenheit und Desorganisation.**

Probleme im sozialen Umfeld und Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen sowie emotionale Störungen werden häufig beschrieben (Krause und Krause).

Ein für die Diagnose in gängigen Systemen ICD-10 und DSM-IV entscheidendes Merkmal ist ein **Beginn der Symptomatik um das sechste Lebensjahr**, was klinisch durch die **Anamnese**, jedoch psychometrisch auch z.B. durch die *Wender-Utah-Rating-Scale* (WURS) ermittelt werden kann. Biographisch hinweisend ist ein unterhalb des dem klinischen Eindruck nach festgestellten Intelligenzniveaus Bildungsgang, häufig abgebrochene Ausbildungen etc.

Erschwerend für die Diagnose ist das **Kontinuum zur Normvariante** – die Grenze zwischen Normvariante und behandlungsbedürftiger Störung ist kaum scharf zu ziehen, so dass sich die Frage der Behandlungsnotwendigkeit auch nach dem subjektiven Leidensdruck richtet.

<http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docid=101722>

Erhöhte Suizidalität bei Atomoxetin bei Kindern

Als verdächtiges Verhalten kann nach den Angaben im „Public Health Advisory“ der FDA neben suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen und einer Verschlechterung des ADHS gelten: Agitation, Irritabilität, ungewöhnliche Veränderungen des Verhaltens, vor allem, wenn dies in den ersten Monaten der Therapie auftritt oder nach einer Änderung der Dosierung, egal ob die Dosis erhöht oder gesenkt wurde. Zum Monitoring gehört neben der täglichen Beobachtung durch die Eltern auch ein häufiger Kontakt zum Arzt. Die FDA bereitet eine Anleitung „MedGuide“ für die Patienten vor. Diese Anleitung soll über die Apotheker beim Einlösen jedes Rezeptes erneut ausgegeben werden.

In einer ähnlichen Analyse von Erwachsenen, die wegen ADHS oder schwerer Depressionen (major depressive disorder, MDD) mit Strattera behandelt wurden, hat es nach Angaben der FDA kein erhöhtes Risiko gegeben.

Strattera wurde Anfang 2005 in Deutschland zur Behandlung von Kindern ab sechs Jahren und Jugendlichen mit ADHS zugelassen. Anders als die anderen in dieser Indikation verfügbaren Substanzen wie Methylphenidat ist **Atomoxetin kein Psychostimulanz**. Es ist deshalb das einzige Medikament zur Behandlung des ADHS, **das nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt**. Es gilt als gut verträglich. Seine Wirksamkeit, die in sechs randomisierten kontrollierten Studien an mehr als 4 000 Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen untersucht wurde, soll mit derjenigen von Methylphenidat vergleichbar sein. In

einer einjährigen Studie erlitten 18,7 Prozent unter Atomoxetin und 31,4 Prozent unter Placebo einen Rückfall.

Gegen diese Wirksamkeit werden die Ärzte das Risiko von suizidalen Gedanken abzuwägen haben, das nach der neuen Analyse bei 0,4 Prozent liegt. Entscheidend ist jedoch jeder einzelne Fall. Da die FDA es bei einer „boxed warning“ beließ und die Indikationsgrenzen nicht einschränkten, dürften die meisten Ärzte und Patienten mit der Entscheidung leben können. Die ersten Reaktionen von US-Ärzten waren positiv. Dort sollen bereits 3,4 Millionen Kinder mit Strattera behandelt worden sein, während es in der Deutschland nach Angaben des BfArM etwa 10 000 Kinder sind. /rme