



P. E. Newark, Basel

ADHS

Diagnose und Therapie im Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist eine ernst zu nehmende, valide psychiatrische Erkrankung, die zu Beeinträchtigungen in diversen Lebensbereichen der betroffenen Personen führt. Glaubte man früher, dass sich ADHS „auswächst“, so weiss man heute, dass bei ca. der Hälfte der Betroffenen die Symptome im Erwachsenenalter persistieren.

Erwachsene Menschen, die an einer ADHS leiden, sind seit ihrer Kindheit von dieser neurobiologischen, hochgradig vererbaren Störung betroffen. Die dadurch verursachten multiplen Beeinträchtigungen führen bei Erwachsenen mit ADHS häufig zu einer Lerngeschichte von negativen Ergebnissen oder gar Versagen und dem Gefühl von „Hinter-seinen-Möglichkeiten-Zurückbleiben“. Häufig verfügen die betroffenen Individuen nicht oder nur begrenzt über Coping-Strategien, weswegen sie sich immer wieder als unfähig erleben, mit Problemen umzugehen. Ebenfalls kommt es (durch die Impulsivität bedingt) häufig zu interpersonellen Schwierigkeiten im Privaten sowie im Berufsleben.^{1, 2, 3}

Kernsymptome der ADHS sind Aufmerksamkeitsstörungen, (motorische) Hyperaktivität und Impulsivität. Zu den weiteren häufig vorkommenden Symptomen im Erwachsenenalter gehören: chronische innere Unruhe, Affektlabilität, mangelnde Selbstkontrolle, geringe Frustrationstoleranz, Desorganisation und geringes Selbstwertgefühl. Im Unterschied zur ADHS bei Kindern weicht im Erwachsenenalter die motorische Hyperaktivität meistens einer ständigen inneren Unruhe und Nervosität.

Klassifikationen

Spezielle Kriterien zur Klassifikation der ADHS im Erwachsenenalter liegen zum

jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.⁴ In den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV-TR wird ADHS unter den Störungen der Kindheit und Adoleszenz abgehandelt. Während die ICD-10 von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) spricht, unterscheidet das DSM-IV-TR drei Typen von ADHS: vorwiegend unaufmerksamem Typus, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus oder Mischtypus. Damit die Diagnose einer ADHS gestellt werden kann (nach ICD-10 oder DSM-IV-TR), müssen eine bestimmte Anzahl von Kriterien in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sowie folgende Punkte erfüllt werden:

- Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr (DSM-IV-TR) resp. vor dem 6. Lebensjahr (ICD-10)
- Beeinträchtigungen in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule oder am Arbeitsplatz und zu Hause)
- Klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Bereich
- Symptome können durch eine andere psychische Störung nicht besser erklärt werden (z.B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung)

Epidemiologie und Verlauf

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten bei adulter ADHS auf eine Prävalenzrate von

4,4% in den USA⁵ und 3,1% in Deutschland⁶ hin. Bezüglich des Verlaufs geht man heute davon aus, dass in ca. 50% der Fälle ADHS im Erwachsenenalter fortbesteht. Innerhalb des Symptommusters kommt es häufig mit zunehmendem Alter zu Veränderungen. Während Hyperaktivität vermehrt im Kindesalter anzutreffen ist, haben Erwachsene mit ADHS überwiegend Probleme mit Unaufmerksamkeit, mangelnder Selbstkontrolle, Organisation und Zeitmanagement.^{3, 7} Resultierend aus der ADHS und den damit assoziierten Symptomen erleben die Betroffenen Schwierigkeiten in zentralen Lebensbereichen wie Ausbildung, Beruf und zwischenmenschlichen Beziehungen. Bei Studierenden mit ADHS kommt es im Vergleich mit nicht betroffenen Studenten zu vermehrtem Wiederholen, weniger Abschlüssen und schlechteren Leistungen.^{2, 8}

Erwachsene mit ADHS scheinen vermehrt Probleme in Partnerschaften und Ehe zu haben und weisen eine doppelt so hohe Scheidungsrate auf verglichen mit Individuen ohne ADHS.^{9, 10} Im Berufsleben kommt es bei Erwachsenen mit ADHS häufiger zu Kündigungen, Verhaltens- oder Disziplinproblemen, Jobwechseln, krankheitsbedingten Ausfällen und zu einem niedrigeren Einkommen.¹¹ Ein grosser Teil dieser Population (70–75%) leidet an mindestens einer komorbiden psychischen Erkrankung. Am häufigsten treten Angststö-

rungen, Depressionen, Abhängigkeits-erkrankungen (v.a. Konsum von Alkohol und Cannabis), aber auch Persönlichkeitsstörungen auf.^{12, 13}

Ursachen

Zu den Hauptursachen der ADHS gehören insbesondere genetische Faktoren.^{2, 14} Zwillingsstudien zeigen eine starke Vererbbarkeit dieser neurobiologischen Erkrankung, die zwischen 78 und 94% schwankt.¹⁵ Weitere Faktoren, die die neurologische Entwicklung und das neurologische Funktionieren beeinträchtigen können, sind z.B. Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft, eine pränatale Alkoholexposition oder Exposition durch Toxine. Im Vergleich zu den genetischen Faktoren spielen jedoch Umweltbedingungen eine untergeordnete Rolle bei der Entstehung der ADHS.¹⁵ Die Defizite, die durch ADHS entstehen, scheinen durch Abnormalitäten im präfrontalen Kortex verursacht zu sein. Folglich sind die exekutiven Funktionen betroffen, für die der präfrontale Kortex verantwortlich ist, namentlich das verbale und nicht verbale Arbeitsgedächtnis, die Bereiche für Planen, Impulskontrolle und überdauernde Aufmerksamkeit.¹⁶ Aktuelle Befunde weisen weiters darauf hin, dass eine Dysbalance der Neurotransmitter, insbesondere Dopamin und Noradrenalin, an der Entwicklung von ADHS massgeblich beteiligt ist.¹⁵ Dopamin verbessert die Aufmerksamkeit und minimiert Hyperaktivität, während Noradrenalin die exekutiven Funktionen verbessert und womöglich Impulsivität zu kontrollieren vermag. Zu beachten ist, dass es zurzeit (noch) keine apparativen Verfahren (wie z.B. EEG) gibt, die eine Diagnosestellung der ADHS ermöglichen.

Diagnostik

Damit die Diagnose einer ADHS gestellt werden kann, müssen folgende Punkte unbedingt berücksichtigt werden:

- Die Symptome der ADHS waren bereits in der Kindheit vorhanden.
- Beeinträchtigungen sind in verschiedenen Funktionsbereichen vorhanden.
- Das Krankheitsbild lässt sich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklären.

Diagnostische Verfahren

<p>Selbstbeurteilungsverfahren: ADHS-Selbstbeurteilungsverfahren (ADHS-SB) – Fragen zur aktuellen Symptomatik Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) – Fragen zur Symptomatik im Alter von 8–10 Jahren</p>
<p>Fremdbeurteilungsverfahren (sollte durch eine Person durchgeführt werden, die den Patienten aus dem Alltag gut kennt und der vertraut wird, z.B. Ehepartner oder Elternteil des Patienten): Conners-Adult-Rating-Scale (CAARS)</p>
<p>Interviews: Wender-Reimherr-Interview (WRI) – Fragen zu Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität, Temperament, Affektstabilität, emotionaler Überreagibilität, Desorganisation, Impulsivität (aktuell das einzige strukturierte Interview, das die spezifischen, entwicklungsabhängigen Manifestationen der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter berücksichtigt)</p>

Tab. 1: Diagnostische Verfahren bei ADHS im Erwachsenenalter

- Eventuell vorliegende komorbide Störungen wurden identifiziert.

Eine häufige Schwierigkeit beim Stellen der Diagnose besteht darin, dass dies retrospektiv erfolgen muss und dabei mit Fehlerquellen behaftet ist (z.B. Gedächtnisfehler, Gedächtnislücken). Besonderer Sorgfalt bedarf es aus diesem Grund bei der Erhebung der anamnestischen Angaben der Patienten. Hierzu gehört das Erfassen folgender Punkte: Entwicklungsgeschichte, Familienanamnese (inkl. psychiatrische Familienanamnese), schulische Entwicklung, beruflicher Werdegang, medizinische/psychiatrische Anamnese, soziale Anamnese. Um möglichst akkurate Informationen zu erhalten, empfiehlt es sich, sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsverfahren einzusetzen sowie auch strukturierte Interviews (z.B. Wender-Reimherr-Interview). In der Tabelle 1 findet sich eine exemplarische Auswahl von diagnostischen Verfahren, die im deutschen Sprachraum vorliegen. Eine ausführliche Übersicht dazu ist bei Stieglitz & Rösler zu finden.¹⁷

Pharmakotherapie

Die Methode der Wahl in der Behandlung bei Erwachsenen ist eine Therapie mit Stimulanzien. Dabei ist Methylphenidat mittlerweile das weltweit am häufigsten verschriebene Präparat. Es verstärkt dopaminerge und noradrenerge Transmission in frontostriatalen Regelkreisen, was auch in vivo, im Sinne der diskutierten Dysbalance dieser Botenstoffe, gezeigt werden konnte. Die Wirksamkeit dieser Therapie wurde dabei in zahlreichen Studien in den letzten Jahren gut belegt und entsprechende Empfehlungen der höchsten Evidenzstufe

sind in die verfügbaren Leitlinien eingegangen.¹⁸ Bei Erwachsenen erfolgte noch keine weitreichende Zulassung dieser Präparate, sodass hauptsächlich ein Off-label-Gebrauch erfolgen muss und eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht immer gewährleistet ist. Die erhältlichen Präparate enthalten mehrheitlich zu gleichen Teilen die Isomere D-/L-Methylphenidat und sind in pharmakokinetisch verschiedenen Darreichungsformen (kurz-, mittel- und langwirksam) verfügbar, sodass eine individualisierte Therapie erfolgen kann. Neueste Weiterentwicklungen sind Präparate, die nur das rechtsdrehende Isomer (Dexmethylphenidat) enthalten, und ein transdermal wirksames Pflaster. Bei Tagesdosen von 0,5–1mg D-/L-Methylphenidat pro kg Körpergewicht tritt in der Regel eine gute Symptomreduktion auf, wobei trotz sorgfältiger Präparatauswahl und Dosistitrierung 20–30% der Patienten aufgrund von Nicht-Ansprechen oder Nebenwirkungen anders behandelt werden müssen. Hier kann in seltenen Fällen auch ein Wechsel auf ein Amphetamin-Präparat sinnvoll sein. Interessant ist hinsichtlich der Wahrnehmung üblicher Kontraindikationen einer Stimulanzientherapie aus neuropsychiatrischer Sicht die Diskussion einer Koexistenz von Epilepsie und ADHS bei Kindern und Erwachsenen. Hier zeigen erste Studien, dass Methylphenidat einen Benefit haben kann und nicht automatisch die Krampfschwelle senkt, sodass diese von den Herstellern aufgeführte Kontraindikation weiterer Untersuchung bedarf.¹⁹ Galt früher eine komorbide Substanzmittelabhängigkeit ebenfalls als Kontraindikation für die Therapie, zeigt die klinische Praxis,

Kognitiv-behaviorale Therapie

Basismodul 1	Psychoedukation zu ADHS (für Patient und Angehörige) Organisation und Planung
Basismodul 2	Umgang mit Ablenkbarkeit
Basismodul 3	Kognitive Restrukturierung
Optionale Module	Umgang mit Hinauszögern, Umgang mit Ärger und Frustration, Kommunikation

Tab. 2: Bausteine der kognitiv-behavioralen Therapie bei ADHS im Erwachsenenalter nach Safren et al²³

dass auch hier bei sorgfältiger Evaluation und Behandlung positive Resultate erzielt werden können. Eine 10-Jahres-Follow-up-Studie²⁰ zeigte, dass die Therapie mit Methylphenidat bei Kindern mit einer ADHS keine Abhängigkeitserkrankung induziert. Kommt man zum Entschluss, keine Methylphenidat-Therapie umzusetzen, bietet sich als Alternative an erster Stelle Atomoxetin an, ein noradrenerger Wiederaufnahmehemmer. Dieser zeigt insbesondere hinsichtlich des Missbrauchspotenzials günstige Eigenschaften. Direkte Vergleiche der Wirkstärke von Methylphenidat mit Nicht-Stimulanzien liegen kaum vor. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse zeigt indirekt höhere Effektstärken bei den Stimulanzien.²¹

Psychotherapie

Obwohl die Pharmakotherapie mit Methylphenidat wirksam bei der Behandlung der adulten ADHS¹⁴ ist, sind Unverträglichkeit und schwankende Response-Raten²² ernst zu nehmende Realität. Bei bis zu 50% der Erwachsenen mit ADHS wird keine vollständige Besserung in allen betroffenen Bereichen erzielt. Signifikante funktionale Probleme sowie häufig auftretende komorbide psychische Störungen verlangen nach einer zusätzlichen psychotherapeutischen Intervention. Psychotherapie kann dazu beitragen, bisher unbehandelte Probleme anzugehen, Coping-Strategien zu entwickeln, das Vermeidungsverhalten und Prokrastination aufzugeben sowie die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. In jüngster Zeit konnte eine wachsende Anzahl empirischer Studien zeigen, dass kognitiv-behaviorale Interventionen in Kombination mit Pharmakotherapie bei adulten ADHS eine effektive Behandlung oder sogar die Behandlung der Wahl zu sein scheinen.^{2, 18} Als ein gut evaluiertes kognitiv-behaviorales

Manual bei adulten ADHS ist das Konzept von Safren et al²³ für die Einzeltherapie und der Ansatz von Hesslinger et al²⁴ für die Gruppentherapie zu nennen (Tab. 2). Einen Überblick zu kognitiv-behavioralen Strategien bei adulten ADHS geben Elsässer et al.²⁵ Weitere Forschung ist notwendig, um die differenzierte Wirkungsweise von kognitiv-behavioralen Interventionen bei adulten ADHS zu untersuchen.

Referenzen:

¹ Ramsay JR, Rostain AL: *Adult ADHD. An integrative psychosocial and medical approach.* New York: Routledge, 2008

² Barkley RA: *Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Adults. The latest assessment and treatment strategies.* Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2010

³ Stieglitz R-D, Nyberg E, Hofecker Fallahpour M: *ADHS im Erwachsenenalter.* Göttingen: Hogrefe (in Druck)

⁴ American Psychiatric Association: *Externalizing Disorders Research Planning Conference.* Mexico City, 14.–16. Februar 2007. <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMVI/DSM Revision Activities/Conference Summaries/Externalizing Disorders of Childhood.aspx> (28. 1. 2009)

⁵ Kessler RC, Adler LA, Barkley RA et al: *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication.* *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 716-723

⁶ Fayyad J, De Graaf R, Kessler R et al: *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder.* *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 402-409

⁷ American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC, 2000

⁸ Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K: *Young adult follow-up of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities.* *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 192-202

⁹ Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al: *Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples.* *Archives of General Psychiatry* 1992; 49(9): 728-738

¹⁰ Biederman J, Faraone SV et al: *Functional impairments in adults with self reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community.* *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(4): 524-540

¹¹ Barkley RA, Murphy KR, Fischer M: *ADHD in Adults: What the Science Tells Us.* New York: Guilford Press, 2008

¹² Biederman J: *Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.* *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65: 3-7

¹³ Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ: *Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan.* *Annual Review of Medicine* 2002; 53: 113-131

¹⁴ Faraone SV, Spencer TJ, Alvardi M et al: *Meta-analysis of the efficacy of methylphenidates for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder.* *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004; 23: 24-29

¹⁵ Nigg JT: *What Causes ADHD: Understanding What Goes Wrong and Why.* New York: Guilford Press, 2006

¹⁶ Barkley RA: *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD.* *Psychological Bulletin* 1997; 121: 65-94

¹⁷ Stieglitz R-D, Rösler M: *Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter.* *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006; 54(2): 87-98

¹⁸ National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines, NICE: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults.* National Clinical Practice Guideline 2009, 72. *The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists*, www.nice.org.uk

¹⁹ Van der Feltz-Cornelis CM, Aldenkamp AP: *Effectiveness and safety of methylphenidate in adult attention deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy: An open treatment trial.* *Epilepsy & Behavior* 2006; 8: 659-662

²⁰ Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T et al: *Stimulant Therapy and Risk for Subsequent Substance Use Disorders in Male Adults With ADHD: A Naturalistic Controlled 10-Year Follow-Up Study.* *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 597-603

²¹ Faraone SV, Glatt SJ: *A Comparison of the Efficacy of Medications for Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Using Meta-Analysis of Effect Sizes.* *Journal of Clinical Psychiatry* 2010; 71(6): 754-763

²² Sobanski E, Alm B: *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen.* *Nervenarzt* 2004; 75: 697-716

²³ Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW: *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter.* (Deutsche Bearbeitung von E. Sobanski, M. Schumacher-Stien & B. Alm). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009

²⁴ Hesslinger B, Philipsen A, Richter H: *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter.* Göttingen: Hogrefe, 2004

²⁵ Elsässer M, Nyberg E, Stieglitz RD: *Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter.* *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58(1): 35-44

Autoren: lic. phil. Patricia Elizabeth Newark
 Fachpsychologin für Psychotherapie, FSP
 Psychiatrische Poliklinik Basel
 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 E-Mail: patricia.newark@upkbs.ch
 Dr. med. Sven Künne
 Ambulanz für Verhaltenssüchte,
 ADHS-Sprechstunde
 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 E-Mail: sven.kuenne@upkbs.ch
 LOneu100400