

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bei Erwachsenen

Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten unterdiagnostiziert

Dominique Eich-Höchli und Philipp Eich

ADHD im Erwachsenenalter ist mit 4 Prozent Betroffenen eine häufige Störung. Biologische, insbesondere genetische Faktoren werden heute als Ursache für die Störung angenommen. Deshalb überrascht es nicht, dass in ADHD-Familien meist mehrere Angehörige betroffen sind. Eine sorgfältige Abklärung und Diagnostik sind wichtig, weil so die krankheitsbedingten, zum Teil beträchtlichen psychischen und sozialen Beeinträchtigungen vermieden oder vermindert werden können. ADHD ist ein Risikofaktor für eine grössere Zahl komorbider psychischer Störungen. ADHD lässt sich heute gut pharmakologisch behandeln.



«Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?»

S Seit Heinrich Hoffmann (1847) in «Der Struwwelpeter» die Geschichte vom Zappelphilipp veröffentlichte, sind mehr als 150 Jahre vergangen. Mittlerweile ist dieser Zappelphilipp erwachsen geworden, allerdings ohne dass alle seine Symptome ausgewachsen wären. Sein Leiden wurde 1981 als Störungsbild im Erwachsenenalter von Paul Wender beschrieben und hat 1987 im amerikanischen Diagnose-System (DSM III-R) Einlass gefunden. Bei uns ist es noch nicht so weit, da ICD-10 diese Diagnose im Erwachsenenalter nicht berücksichtigt.

Publizität der Erkrankung steigt

Die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (Attention deficit/hyperactivity disorder = ADHD) wird im deutschsprachigen Raum auch als ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung) bezeichnet. Sie wird heute als ein chronisches Zustandsbild verstanden, welches im Erwachsenenalter bestehen bleibt. Dank der Aufklärungsarbeit einiger Fachkollegen ist es in den letzten Jahren auch in der Schweiz zu einer Sensibilisierung bei den Erwachsenen-Psychiatern für diese Störung gekommen. Allerdings wird dieses Störungsbild im Erwachsenenalter weiterhin unterdiagnostiziert. Dies ist eine bedauerliche Tatsache, denn eine angemessene Behandlung kann Betroffenen oft für den Alltag helfen.

Es fällt auf, dass in letzter Zeit ADHD in den Medien vermehrt Publizität gewinnt, sei es in Form eines Artikels über das Störungsbild selbst oder als kleiner Zusatz eingebaut in Beiträge zum Gesundheitskult (NZZ und «Facts», 2004). Daneben wird auch Methylphenidat (Ritalin®), seit 1954 in der Schweiz zugelassen, in diversen Publikationen kontrovers diskutiert. Meist wird es als potenzielles Suchtmittel dargestellt, und nicht als Bestandteil einer «multimodalen Behandlung» einer komplexen Störung genannt.

Symptome im Alter anders als bei Kindern

ADHD betrifft zwischen 4 und 12 Prozent der Schulkinder und etwa 4 Prozent der Erwachsenen. Bei Kindern manifestieren sich die Kernsymptome des Störungsbildes (Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit) im Gegensatz zu Erwachsenen teils auf unterschiedliche Art und Weise.

Die *Hyperaktivität* wird mit zunehmendem Alter weniger sichtbar. Die erwachsenen ADHD-Patienten sind keine Zappelphilipps mehr, sondern empfinden eine innere Unruhe. Sie wirken oft ruhelos, können «Workaholics» werden oder sind unfähig, sich zu entspannen. Sie beklagen sich auch darüber, dass sie zu viel reden oder einfach mit Kommentaren in Diskussionen hereinplatzen. Im sozialen Umfeld und an der Arbeit können sie wegen diesem Verhalten störend sein.

Die *Impulsivität* bei erwachsenen Patienten kann sich ähnlich wie im Kindesalter äussern: mit Reden im Schwall (welcher nicht gebremst werden kann) und in grosser Ungeduld. In Studien konnte gezeigt werden, dass Personen mit ADHD, im Vergleich zu Personen ohne, häufiger die Arbeitsstelle wechseln und zu mehr Unfällen neigen. Sie haben ebenfalls eine höhere Scheidungsrate. Sie rauchen mehr, haben insgesamt eine höhere Tendenz zu Substanzabhängigkeit und auch zu Übergewicht. Dass diese Verhaltensstörungen zu ernstesten medizinischen Konsequenzen führen können, überrascht nicht. Die Störung im *Aufmerksamkeitsbereich* betrifft Kinder und Erwachsene im gleichen Masse. Es ist bekannt, dass intelligente ADHD-Kinder (früher POS-Kinder genannt) verglichen mit solchen ohne Aufmerksamkeitsstörungen, schlechtere schulische Leistungen zeigen, die Ausbildung öfter abbrechen und in der beruflichen Entwicklung deutlich beeinträchtigt sind. Im Erwachsenenalter bleiben die gleichen Schwierigkeiten bestehen. So gelingt es Betroffenen oftmals nicht, aus der abgeschlosse-

nen Ausbildung Nutzen zu ziehen, sich zu fokussieren, etwas zu planen, zu organisieren, eine Aufgabe ohne Druck von aussen zu beenden. Sie scheinen im Vergleich zu nicht Betroffenen langsamer zu arbeiten, sind unzuverlässiger im Alltag (säumiges Bezahlen von Rechnungen, Verlegen von Schlüsseln, Nicht-Einhalten von Abmachungen und Ähnliches). Für viele ADHD-Patienten ist es nicht möglich, gleichzeitig zwei und mehr Aufgaben zu erledigen oder an einer Aufgabe dran zu bleiben, wenn sie durch andere Einflüsse aus der Umgebung abgelenkt werden.

Die Diagnose wird oft nicht gestellt

Immer wieder kommt es vor, dass erwachsene Betroffene ihr Leiden erst verstehen und sich damit auseinandersetzen, wenn bei ihren Kindern die Diagnose ADHD gestellt wurde. Sie erkennen sich in den Symptomen ihrer Kinder wieder. Im Gegensatz zu den Kindern suchen die Erwachsenen selber eine Abklärung und Behandlung, denn sie realisieren, dass sie durch ähnliche Schwierigkeiten im Alltag eingeschränkt sind und so ihre Kinder nicht führen können. Ihre Schwierigkeiten werden im Alltag über Jahre hinweg beispielsweise als fehlende Motivation oder mangelnde Intelligenz ausgelegt, was umso bedauerlicher ist, weil die angemessene Behandlung zu einer dramatischen Verbesserung dieser Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen führen kann. Gelegentlich besteht die Schwierigkeit darin, dass sie in ihrem Alltag doch nichts verändern wollen und deswegen nicht bereit sind, die Therapieempfehlungen umzusetzen.

Diagnosekriterien

Zumindest seit dem illustrativen «Struwelpeter» von H. Hoffmann ist es ins gesellschaftliche Bewusstsein gedrungen, dass es Verhaltensstörungen bei Kindern,

Tabelle 1:

Historischer Abriss der ADHD-Nomenklatur

ICD

ICD-8 (1974)

Hyperkinetisches Syndrom der Kindheit (308.3)

ICD-9 (1979)

Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters (314) mit Entwicklungsrückstand/mit Störung des Sozialverhaltens

ICD-10 (1991)

HKS = Hyperkinetische Störung (F90)
ADHS (F90.0)
Unaufmerksamkeit (6/9); Überaktivität (3/5); Impulsivität (1/4)

DSM

DSM-III (1980)

ADD = Attention-Deficit-Disorder (314)

DSM-III-R (1987)

ADHD = Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder (314.01)
8/14 Kriterien
Schweregrad: leicht/mittel/schwer
Ausschlusskriterien: Autismus

DSM-IV (1994)

ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (314)
Kriterien: 6/9 + 6/9
Mischtypus/unaufmerksamer Typus/hyperaktiv-impulsiver Typus/teilremittiert

gehäuft bei Knaben, gibt: Zappelphilipp, Hans Guck-in-die-Luft und Friederich, der Wüterich. Bekannt war auch, dass ein Teil dieser Störungen sich im Verlauf der Adoleszenz abschwächt und «auswächst». Dies galt insbesondere für das frühkindliche POS (psycho-organisches Syndrom), eine Diagnose, welche in der Schweiz sehr verbreitet war. Klar ist, dass ADHD ein Kontinuum ist mit verschiedenem Ausprägungsgrad, und dass entsprechend klare diagnostische Kriterien notwendig sind. Diese wurden erstmals 1987 im amerikanischen Diagnosesystem DSM-III-R publiziert, wo auch der Begriff ADHD (Attention deficit/hyperactivity disorder) geprägt wurde. Von 14 Kriterien sollten mindestens 8 vorhanden sein. Die verlangte Mindestdauer der Symptomatik beträgt sechs Monate. Weiter ist die Einteilung des Schweregrads in leicht, mittel oder schwer möglich. Schon damals wurde erwähnt, dass die Störung bei etwa einem Drittel der Kinder beziehungsweise Jugendlichen sich auch im Erwachsenenalter manifestieren kann. Im multiaxialen DSM-III-R-System erscheint die Diagnose ADHD als der Achse II zugehörig.

Die Sicht von ICD-10 ist bis heute grundsätzlich anders. In ICD-8 war die Rede vom hyperkinetischen Syndrom der Kindheit, wobei die Hyperaktivität als Diagnosekriterium im Vordergrund stand. In ICD-9 (1979) wurde die Störung als «hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters» diagnostisch erfasst, wobei weiter berücksichtigt werden konnte, ob das Kind einen Entwicklungsrückstand beziehungsweise eine Störung des Sozialverhaltens aufwies. In ICD-10 (1991) wird ADHD als ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung/F90.0) bezeichnet. *Tabelle 1* stellt einen historischen Abriss der ADHD-Nomenklatur zwischen amerikanischer und WHO-Diagnostik dar. In der neuesten Auflage des amerikanischen Diagnosesystems (DSM-IV) von 1994 wurde ADHD in drei Typen aufgeteilt:

- Mischtypus mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsanteilen
- vorwiegend unaufmerksamer Typus
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus.

Die Mindestdauer der Symptomatik beträgt ebenfalls sechs Monate, die Liste der möglichen Symptome ist länger und umfasst insgesamt 18 Kriterien. Für Jugendliche oder Erwachsene, welche aktuell nicht mehr alle Kriterien erfüllen, kann die Störung als *teilremittiert* kodiert werden. Im Gegensatz zu DSM-III-R erscheint die Störung hier als Achse-I-Diagnose. Festzuhalten ist, dass diese Diagnosekriterien sich auf das Kindes- und Jugendalter beziehen. Aufgrund der unterschiedlichen Diagnosekriterien von ICD und DSM und auch innerhalb der verschiedenen Auflagen des amerikanischen Systems selbst wird verständlich, weshalb die Prävalenzzahlen in den epidemiologischen Studien erheblich streuen. Im Erwachsenenalter erfolgte die diagnostische Beschrei-

bung erst später. Daran wesentlich beteiligt war Paul Wender von der Utah University in Salt Lake City. Im Jahr 1995 publizierte er als Leitsymptome für adultes ADHD sieben Kriterien (*Tabelle 2*).

ADHD im Erwachsenenalter ist in erster Linie eine klinische Diagnose. Bei der Abklärung sind die Leitsymptome von P. Wender nach wie vor sehr hilfreich. Zusätzlich muss die Anamnese mit Vorkommen von ADHD-Symptomen schon in der Kindheit (vor dem 7. Lebensjahr) berücksichtigt werden, auch wenn damals die Diagnose nicht gestellt wurde. Wenn möglich sollte eine Fremdanamnese (Eltern, Geschwister, enge Freunde) erhoben werden.

Zur Zeit haben sich folgende ADHD-Screening-Tests für Erwachsene bewährt: ADHS-SB und WURS (WURS-k), beide auf Deutsch übersetzt und validiert. Weitere Fragebogen sind in Übersetzung begriffen. Testpsychologische Untersuchungen können die diagnostische Sicherheit erhöhen. Hierzu muss kritisch angemerkt werden, dass erwachsene Betroffene zwar aus den DSM-Kriterien herauswachsen können, aber nicht unbedingt aus der Störung.

Komorbiditäten

ADHD hat im Weiteren auch im Erwachsenenalter eine hohe Komorbiditätsrate ($\geq 50\%$). Auf die Komorbiditäten im Kindes- und Jugendalter wird in dieser Arbeit nicht eingegangen. Im Erwachsenenalter sind die häufigsten komorbiden psychischen Störungen die affektiven und Angst-Störungen sowie Abhängigkeits- und Persönlichkeits-Störungen (*Tabelle 3*).

Tabelle 2:

Adultes ADHD

(Leitsymptome nach P. Wender)

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Motorische Hyperaktivität
3. Affektlabilität
4. Desorganisation in Verhalten und Aktivitäten
5. Mangelhafte Affektkontrolle (Wutausbrüche)
6. Impulsivität (Dazwischenreden)
7. Emotionale Überreaktionen

Tabelle 3:

Komorbiditäten von Erwachsenen mit ADHD

keine andere psychiatrische Störung	50%
Alkoholabhängigkeit/-abusus	32–53%
Cannabisabusus	21%
Kokain und/oder andere Stimulanzien	11%
Angststörung (GAD)	24–43%
depressive Störungen	16–31% (12%)
antisoziale Persönlichkeitsstörung	18–28%
andere Persönlichkeitsstörung	5–19% (8%)
Verhaftungen (1 x oder mehr)*	36–52% (20%)
Suizid (Unfalltod in den letzten 3 Jahren)*	5%

*als Folge(n)

Tabelle 4:

Formen der Remission

(P. Keck et al, Am. J. Psychiatry, 1998)

Syndromale Remission: Verlust des vollen diagnostischen Status
 Subthreshold-Remission (~ Residuum): Verlust der meisten ADHD-Symptome
 Funktionelle Remission: Verlust des diagnostischen Subthreshold-Status mit funktioneller Genesung

Remissionsformen

Im Hinblick auf die Beurteilung des Therapieerfolges hat sich eine Aufstellung von P. Keck zu den Formen der Remission im klinischen Alltag sehr bewährt (*Tabelle 4*). Er unterscheidet syndromale Remission von «Subthreshold»-Remission und funktioneller Remission. Unter dem Begriff «subthreshold» wird ein «Unterschwellen»-Syndrom verstanden, bei dem residuelle Symptome bestehen bleiben.

Biologische Grundlagen

Mehrere Forschungsrichtungen mit bildgebenden Verfahren zeigen konsistent eine verminderte Aktivität in den frontalen Hirnregionen als biologisches Substrat für ADHD. Das Frontalhirn ist verantwortlich für die Aufmerksamkeit und das Arbeitsgedächtnis. Trotzdem sind diese Messungen bis heute zu wenig sensitiv und spezifisch, um in der Diagnostik von ADHD Anwendung zu finden.

Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien legen genetische Grundlagen für die Störung nahe. Zwillingsstudien zeigen eine Konkordanz von 70 Prozent für ADHD, was derjenigen bei Schizophrenie beziehungsweise bipolaren Störungen entspricht. Genetische Varianten im Zusammenhang mit der dopaminergen und adrenergen Neurotransmission können die Disposition für ADHD erhöhen, was in Studien ebenfalls gezeigt wurde.

Dass ADHD-Personen mehr rauchen als nicht Betroffene, unterstützt diese Annahme. Nikotin stimuliert die Dopaminausschüttung. Psychostimulanzien wie Methylphenidat haben ebenfalls eine aktivierende Wirkung auf den Dopamin-Stoffwechsel. Sie sind am effektivsten, werden am meisten verordnet und sind am besten untersucht in der Behandlung von ADHD.

Ob ADHD bei Erwachsenen
 behandelt werden soll, hängt vom
 Grad der Beeinträchtigung und
 vom subjektiven Leiden ab.

Therapeutische Möglichkeiten

Aus der Diagnose von ADHD bei Erwachsenen leitet sich noch keine direkte Behandlungsnotwendigkeit beziehungsweise eine spezifische Behandlungsart ab. Ob behandelt werden soll, hängt vom Grad der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen und vom subjektiven Leiden ab. Im Vordergrund steht heute der multimodale oder integrative Ansatz, welcher neben

einer medikamentösen Behandlung Psychoedukation, kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente, Coaching und Sozialberatung umfasst. Vor allem die ausführliche Information der Patienten und gegebenenfalls ihrer Angehörigen über das Störungsbild unter Berücksichtigung von mitgebrachten oder empfohlenen Broschüren, Ratgebern oder Büchern ist wichtig (von K. Conners als «Bibliotherapie» bezeichnet). *Tabelle 5* listet die bewährtesten Therapieansätze auf.

Tabelle 5:

Therapeutische Ansätze**■ Psychotherapeutische Ansätze**

- ausführliche Information über das Störungsbild im Sinne der Psychoedukation (bzw. Bibliotherapie nach K. Conners)
- kognitive Therapie
- Coaching (Selbstorganisation)
- Paartherapie

■ Sozialtherapeutische Ansätze

- Berufsberatung
- Schuldensanierung

■ Medikamentöse Ansätze

- Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin)
- Antidepressiva (SNRI/SSRI/Trizyklika)
- andere (Alpha-Blocker, Moodstabilizer, atypische Antipsychotika)

Bezüglich *Pharmakotherapie* sind die Substanzen der ersten Wahl in der Schweiz Stimulanzien wie Methylphenidat (Ritalin®, Ritalin SR®, Ritalin LA® und Concerta®) sowie Dextroamphetamin (Dexamine®). Hierzu gibt es verschiedene Studien zur Anwendung im Kindesalter. Im Erwachsenenalter werden die gleichen Substanzen (off-label use) unter den gleichen Anwendungsbedingungen verordnet. Die Voraussetzungen für eine pharmakologische Behandlung sind exemplarisch von Dr. J. Krause zusammengestellt worden (*Tabelle 6*).

Auch heute ist es noch häufig und paradoxerweise so, dass die betroffenen Patienten ihre Ärzte von der Verschreibung eines effektiven Medikamentes (beispielsweise Methylphenidat) überzeugen müssen. Die Response-Rate beträgt bei Erwachsenen (wie auch im Kindesalter)

Tabelle 6:

Adultes ADHD: Therapieindikationen

(nach J. Krause, Psycho 26, 2000)

- drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- Angst, wegen innerer Unruhe verrückt zu werden
- tiefe Depression, extreme Antriebslosigkeit
- ständig gespannte Ärgerlichkeit, die zu gesellschaftlicher Isolation führt
- dauerhafte motorische Unruhe
- übermässiger Alkohol- und Nikotin- und/oder Cannabiskonsum
- Verlust der Fähigkeit, das Alltagsleben zu organisieren
- Gefühl, allen Geräuschen ausgeliefert zu sein
- extreme Sensationslust, die zur Selbstgefährdung führt
- permanente Angst, keinen Durchblick mehr zu haben oder unter Abbruch der Konzentration zu leiden

hohe 70 bis 80 Prozent. Nach der Fachliteratur beträgt die durchschnittliche Dosierung 1,1 mg Methylphenidat pro kg Körpergewicht und Tag (auf eine bis mehrere Dosen verteilt). In der Einstellungsphase ist eine schrittweise Aufdosierung wünschenswert. Eine begonnene Therapie sollte bis zum Eintritt einer Symptomverbesserung durch- und anschliessend weitergeführt werden. Nach klinischer Erfahrung und unter Berücksichtigung der Anamnese eines Patienten (oft lange Leidenszeit und krankheitsbedingte berufliche/private Probleme) sollte die Dauer offen diskutiert werden. Vorsichtige Reduktionsversuche begleitet von einer regelmässigen Psychotherapie, sind zu empfehlen.

Die Entwicklung einer Abhängigkeit von Stimulanzien wird in der Gesellschaft und auch von Ärztekollegen häufig überschätzt. Ein korrekt mit Methylphenidat behandelter Patient ist ruhiger, besonnener und so vor Abhängigkeiten besser geschützt als unbehandelt.

Vorkommen von Komorbiditäten wie Depression, Angst- oder Abhängigkeitsstörungen ist die Überweisung an einen Psychiater sinnvoll. Gleiches gilt für komplexe phar-mazeutische Behandlungen. Ein Hausarzt ist durchaus in der Lage, einen Erwachsenen mit unproblematischem ADHD medikamentös weiterzubehandeln. Eine Zusammenarbeit mit einem psychiatrischen Fachkollegen ist sicher wünschenswert. Bei makrologischen Kombinationsbehandlungen. ■



PD Dr. med. Dominique Eich-Höchli
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Drop-In
 Asylstrasse 23
 8032 Zürich
 Tel. 01-253 80 00
 E-Mail: dominique.eich@puk.zh.ch

Interessenkonflikte: keine