

ADHS und komorbide Störungen bei Jugendlichen

«ADHS ist auch eine Störung des Jugendalters – wir dürfen diese Patienten nicht verlieren»

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) kann sich bei Jugendlichen in der Schul- und Berufsbildung besonders gravierend auswirken. Werden die Betroffenen nicht angemessen behandelt, können gerade in diesem Entwicklungsabschnitt die steigenden schulischen und entwicklungsbedingten Anforderungen häufig zu einer Überforderung führen, die gleichzeitig mit einem erhöhten Risiko für psychische Folgeerkrankungen verbunden ist. Eine professionelle Begleitung sei bei betroffenen Kindern mit ADHS deshalb insbesondere beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter wichtig, sagt Prof. Christina Stadler, Extraordinaria für Entwicklungspsychopathologie der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik an der Universität Basel.

Psychiatrie & Neurologie: Wird ADHS bei Jugendlichen in der Regel richtig oder ausreichend häufig diagnostiziert?

Prof. Christina Stadler: Jugendliche mit ADHS (Definition siehe *Kasten 1*) werden häufig nicht adäquat behandelt, zum einen, weil die Diagnose übersehen werden kann, da komorbide Symptome wie Substanzmissbrauch, Depressivität, aber auch oppositionelles und aggressives Verhalten die Kernsymptome einer ADHS verdecken können. Zum anderen war man lange Zeit der Ansicht, dass sich ADHS «wieder auswachse», im Jugend- oder Erwachsenenalter also nicht mehr zu beobachten sei. Tatsächlich zeigt jedoch eine Vielzahl von Studien, dass die Symptomatik bei 40 bis 60 Prozent bis ins Erwachsenenalter persistiert. Allerdings verändert sich die typische Symptomtrias von Aufmerksamkeitsproblemen, ausgeprägter Impulsivität und Hypermotorik, so zeigt sich beispielsweise die gesteigerte motorische Unruhe oft nur noch in einer inneren Anspannung und Unruhe (*Kasten 2*). Zentrale Merkmale sind aber nach wie vor gestörte Aufmerksamkeitsleistungen, eine mangelnde Planungsfähigkeit, ein defizitäres Arbeitsgedächtnis sowie eine mangelnde Impulskontrolle, die sich insbesondere bei zunehmenden Anforderungen beispielsweise in der Schul- und Berufsbildung nach wie vor gravierend auswirken kann. Die mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation wird im Jugend- und Erwachsenenalter jedoch nicht nur im kognitiven, sondern oft auch im emotionalen und motivationalen Bereich besonders deutlich und zeigt sich beispielsweise in einer hohen Affektlabilität und häufigen Stimmungsschwankungen.

Wie diagnostizieren Sie ADHS in Basel? Was ist bei Jugendlichen zu berücksichtigen?

Christina Stadler: Eine rechtzeitige psychiatrische Abklärung einer ADHS kann entscheidend dazu beitra-



Christina Stadler

gen, ungünstige Behandlungsverläufe bei Kindern mit ADHS zu verhindern. Komponenten einer optimalen Diagnostik sind bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ähnlich, und sie umfasst den Einsatz von möglichst vielen Informationsquellen. Dazu gehören – neben dem Patienten – die Schule und das persönliche Umfeld des Patienten sowie unterschiedliche Verfahrensgruppen wie Interviews oder Ratingskalen. Zufriedenstellende Methoden liegen mittlerweile auch für das Jugend- und Erwachsenenalter vor (siehe z.B. Stieglitz, 2012). In Basel führen wir zudem neuropsychologische Tests durch, um spezifische Aufmerksamkeitsfunktionen zu erfassen. Wir testen zudem immer das kognitive Funktionsniveau. Empfehlenswert ist darüber hinaus, sich auch die Schulzeugnisse aus der Primarschulzeit hinsichtlich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung anzusehen; dies ist umso mehr bei Jugendlichen anzuraten, da die Erfassung retrospektiver ADHS-Symptome meist eine besondere Schwierigkeit darstellt. Nach meiner Ansicht ist eine Diagnostik,

Kasten 1:**Definition Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit einer Prävalenz von 3 bis 5 Prozent ist durch die Kernmerkmale Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, welche situationsübergreifend und überdauernd (mindestens 6 Monate anhaltend) in verschiedenen Situationen (z.B. Schule, Familie, Umgang mit Gleichaltrigen) auftreten. Die Symptomatik (nach der derzeitigen Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV bereits vor dem 7. Lebensjahr beobachtbar) ist dem Alter, dem Entwicklungsstand und der Intelligenz des Kindes nicht angemessen und beeinträchtigt deutlich das psychosoziale und kognitive Funktionsniveau.

die sich streng an den empfohlenen Leitlinien orientiert, die zentrale Voraussetzung dafür, dass nur die Kinder die Diagnose erhalten, die wirklich betroffen sind und eine Behandlung benötigen.

Da mittlerweile mehrere epidemiologische Studien (z. B. Larsson et al., 2011) darauf hinweisen, dass bei etwa einem Drittel der ADHS-Patienten eine weitere Diagnose vorliegt, bei 16 Prozent zwei Diagnosen und immerhin bei etwa 18 Prozent sogar mehr als drei Diagnosen vorliegen, ist der Erfassung komorbider Störungen ein wesentlicher Stellenwert in der Diagnostik, aber auch in der Behandlung einzuräumen. Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen externalisierende Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens und/oder oppositionelles Trotzverhalten, aber auch internalisierende Störungen wie depressive Störungen, Angststörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen sowie Drogenmissbrauch und -abhängigkeit.

Was ist zu tun, damit Jugendliche mit ADHS in der Behandlung verbleiben?

Christina Stadler: Bereits bei Kindern sollte in der Behandlung darauf hingewiesen werden, dass sich ein ADHS nicht in allen Fällen im Jugendalter einfach «auswächst». Das betroffene Kind und die Eltern müssen nicht nur über die Grundsymptomatik aufgeklärt werden, sondern auch über den Verlauf der Störung, mögliche Begleitstörungen, deren Ursachen sowie verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Es ist dabei von zentraler Bedeutung, den Jugendlichen selbst bezüglich pharmako- und psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten zu beraten. Die verstärkte Einbeziehung des Jugendlichen spielt insbesondere deshalb eine grosse Rolle, da in diesem Entwicklungsstadium häufig die Behandlungsmotivation unzureichend ist oder fehlt. Es reicht also nicht, wenn die Jugendlichen wegen der Eltern oder des Therapeuten kommen. Sie müssen selbst davon überzeugt sein, dass die Therapie hilfreich ist, um aktuelle Schwierigkeiten zu reduzieren.

Welche Bedeutung hat das für das Erwachsenenleben, wenn die betroffenen Jugendlichen zu wenig Unterstützung erhalten?

Christina Stadler: Im Jugend- und Erwachsenenalter manifestieren sich die Auswirkungen einer ADHS nicht nur im kognitiven, sondern auch oft im emotionalen und motivationalen Bereich, was sich auf die Beziehungen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen, aber auch auf die

schulischen Leistungen auswirkt. Folge ist, dass die an Jugendliche gestellten Anforderungen in Schule und Beruf oft nicht zufriedenstellend bewältigbar sind und die berufliche und soziale Integration nicht gelingt. Lernen die Betroffenen in der Pubertät nicht, mit den aktuellen Belastungen und Herausforderungen umzugehen, werden sie im Vergleich zu Gleichaltrigen mehr Schwierigkeiten haben. Aufgrund des häufig zu beobachtenden schlechten Zeitmanagements, der Vermeidung von unangenehmen Aufgaben und der hohen Stressintoleranz im schulischen und beruflichen Bereich erreichen Jugendliche mit ADHS häufig nicht den Abschluss, den sie aufgrund ihres kognitiven Leistungsniveaus erreichen könnten.

Was sind die Folgen dieser Entwicklung, und was ist bei den Lebensübergängen zu beachten?

Christina Stadler: Unsere klinische Erfahrung, aber auch viele Studien zeigen, dass die Lebenszufriedenheit von ADHS-Patienten oft sehr gering ist, was sich auch in einer erhöhten Depressivität manifestieren kann. Da zudem weiter belegt werden konnte, dass bei ADHS-Patienten das Risiko für eine Suchterkrankung bedeutsam erhöht ist, ist es beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter dringend notwendig, neben der Behandlung der primären ADHS-Symptomatik diejenigen Patienten zu identifizieren, die ein erhöhtes Suchtrisiko aufweisen, sowie frühzeitig präventive Massnahmen zur Vermeidung einer Suchtproblematik umzusetzen.

Wie häufig entwickeln Jugendliche mit ADHS einen Substanzabusus?

Christina Stadler: Drogenabusus und ADHS sind eng miteinander vergesellschaftet. Kinder mit ADHS weisen im Durchschnitt ein 1,5-fach höheres Risiko für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs auf und ein 3-fach erhöhtes Risiko für eine Nikotinabhängigkeit. Die prospektive Studie von Biederman und Mitarbeitern aus dem Jahr 2012, in der ADHS-Patienten beiderlei Geschlechts bis ins junge Erwachsenenalter untersucht wurden, bestätigt die sogenannte «Gateway»-Hypothese, die besagt, dass früher Nikotinkonsum bei ADHS-Patienten ein erhöhtes Risiko für eine spätere Alkohol- und Drogenabhängigkeit darstellt: Jugendliche mit ADHS, die rauchen, weisen ein 5-fach erhöhtes Risiko für eine Alkoholabhängigkeit und ein 9-fach höheres Risiko für eine Drogenabhängigkeit auf im Vergleich zu Jugendlichen mit einer ADHS, die nicht rauchen.

Warum tritt die Suchterkrankung genau in diesem Alter auf?

Christina Stadler: Im Jugendalter nehmen die Anforderungen in Schule oder Ausbildung bedeutend zu, und gleichzeitig sind oft die in der Kindheit gegebenen festen Strukturen nicht mehr vorhanden. Für Patienten mit ADHS stellt deshalb das Jugendalter entwicklungspsychologisch eine besonders herausfordernde Entwicklungsstufe dar, da neben den altersbedingten Entwicklungsaufgaben die symptomgebundenen Schwierigkeiten wie eingeschränkte Daueraufmerksamkeit und erhöhte Ablenkbarkeit nach wie vor das Funktionsniveau beeinträchtigen können. Als weitere Erklärungs-

faktoren für den hohen Zusammenhang zwischen ADHS und Nikotinkonsum werden auch individuelle Faktoren, zum Beispiel spezifische Persönlichkeitsfaktoren wie eine erhöhte Tendenz zur Stimulationssuche, mangelnde kognitive Bewältigungsstrategien oder fehlendes Wissen über die schädlichen Folgen des Rauchens diskutiert, aber auch neurobiologische Mechanismen. Da Nikotin auf das zentrale Nervensystem insgesamt stimulierend wirkt, ist anzunehmen, dass bei einer durch die ADHS bedingten defizitären Funktionstüchtigkeit des dopaminergen Systems der Konsum von Nikotin bei ADHS-Patienten in besonderem Masse verstärkend wirken und (im Sinne einer Selbstmedikation) zu einer Verbesserung aufmerksamkeitsrelevanter und kognitiver Prozesse beitragen kann.

Welche Therapien sind Erfolg versprechend?

Christina Stadler: Von entscheidender Bedeutung ist ein multimodaler Therapieansatz, also die Kombination von Medikamenten – in der Regel Methylphenidat – und Psychotherapie, wobei dies meist die kognitive Verhaltenstherapie ist sowie Psychoedukation der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Ebenso wichtig ist die Erkenntnis, dass eine ADHS im Kindes- und Jugendalter und besonders in Kombination mit externalisierenden Verhaltensstörungen einen wichtigen Prädiktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitsstörung darstellen kann. Deshalb ist es von grosser Bedeutung,

dass bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS die Gefahren einer Suchtentwicklung frühzeitig im Behandlungsplan mit geeigneten Massnahmen berücksichtigt werden. Verschiedene Studien konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass die medikamentöse Behandlung der ADHS im Kindesalter einer späteren Suchtentwicklung entgegenwirkt.

Wie sieht die medikamentöse Behandlung bei komorbider Suchterkrankung aus?

Christina Stadler: Stimulanzien wie MPH sind in der Therapie von Suchtpatienten mit ADHS aufgrund ihres Missbrauchspotenzials umstritten. Die Wirksamkeit und Sicherheit von MPH bei alleiniger ADHS ist in zahlreichen Studien an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen breit abgesichert und stellt deshalb die Therapie der ersten Wahl dar. Bei komorbider Suchterkrankung kann MPH nur unter der Voraussetzung einer sicheren Behandlung verwendet werden. Dies bedeutet zum einen, dass die Suchterkrankung nur gering ausgeprägt sein darf oder ausreichend stabilisiert sein muss. Zum anderen muss gewährleistet sein, dass kein Missbrauch mit den verordneten Präparaten betrieben wird. Bezüglich Wahl eines kurz oder länger wirksamen MPH-Präparates wird heute auch bei komorbiden Suchterkrankungen den über einen ganzen Tag wirksamen Formulierungen der Vorzug gegeben. Sie müssen nur einmal täglich eingenommen werden und sind der Ma-

**Kasten 2:
ADHS: Symptomatik im Entwicklungsverlauf**

Kernsymptomatik	Kindesalter	Jugendalter	Erwachsenenalter
Unaufmerksamkeit	Nur kurze Konzentration auf ein Spiel oder eine Beschäftigung, leichte Ablenkbarkeit, geringe Spielintensität oder Aufmerksamkeitsspanne	Mangelnde Aufmerksamkeit- und Konzentrationsprobleme, deutliche Defizite in der Selbstorganisation	Schlechtes Zeitmanagement, Vermeidung von Aufgaben, Delegieren, Prokrastination, Desorganisation, hohe Stressintoleranz
Hyperaktivität	Unvermögen, ruhig zu spielen oder sich ruhig zu beschäftigen, Kind kann nicht still sitzen. Motorische Unruhe, Ablenkbarkeit (exzessives Rennen und Klettern)	Verminderung der motorischen Unruhe, Gefühl der «inneren Unruhe»	Häufiges Wippen mit den Füssen, Fingertrommeln, Herumspielen an Stiften. Teilweise adaptives Verhalten (viele Aktivitäten in Beruf und Freizeit)
Impulsivität	Mit Antworten herausplatzen, nicht abwarten können, bis man an der Reihe ist, andere stören und unterbrechen	Mangelnde Selbstregulationsfähigkeit, deutliche Schwierigkeiten in der Impulskontrolle	Affektlabilität und -kontrolle. Impulsives und riskantes Fehlverhalten und unangemessenes Verhalten
Begleitende Schwierigkeiten	Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen und oft problematische Eltern-Kind-Interaktionen	Ausbleiben von Schulerfolg und komplexe Lernprobleme: häufiger Schulverweise, Schulabbrüche, hohes Risikoverhalten und hohe Unfallhäufigkeit	Schwierige berufliche Integration und niedriger beruflicher Status, häufig partnerschaftliche Probleme

nipulation zum Beispiel für einen i.v.-Abusus kaum zugänglich.

Sollen die Jugendlichen oder die Eltern der Betroffenen mit ADHS den Arbeitgeber über die Erkrankung informieren?

Christina Stadler: Bei der Arbeitsplatzsuche oder in Bezug auf einen Lehrstellenplatz kann es für den Jugendlichen besser sein, offen mit der Diagnose umzugehen. Allerdings sollen Jugendliche nicht sagen: «Ich kann nichts dazu», sondern lernen, effiziente Strategien zur Selbststeuerung auch im schulischen und beruflichen Arbeitsumfeld anzuwenden. Methoden zur Strukturierung erlernen die Betroffenen vor allem in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Ansätzen.

Ist die Unterstützung in den Lebensübergängen insgesamt ausreichend?

Christina Stadler: Obwohl wir wissen, dass ADHS häufig bis ins Erwachsenenalter persistieren kann, können die Übergänge in der Behandlung vom Kindes- ins Jugend- und Erwachsenenalter noch besser gestaltet werden, um diese Patienten nicht zu verlieren und eine optimale Behandlungsversorgung zu gewährleisten. Auch im schulischen Bereich kann ein wesentlicher Beitrag geleistet werden, um die Sensibilität bei Lehrern für die symptom-spezifischen, aber auch häufigen komorbiden Probleme von ADHS-Patienten zu erhöhen. Ich begrüße es, wenn Lehrer bereits in ihrer Aus-

bildung ausreichende Kenntnisse über psychische Störungen erwerben, um Störungen bei Kindern und Jugendlichen besser zu erkennen und gegebenenfalls eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung anraten zu können. Auch die Vermittlung spezifischer pädagogischer Strategien ist hilfreich, da ADHS-Patienten oft eine besondere Herausforderung für Lehrerinnen und Lehrer darstellen.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. Dr. Dipl. Psych. Christina Stadler
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Schaffhauser Rheinweg 55
4058 Basel
E-Mail: Christina.Stadler@upkbs.ch*

Das Interview führte Annegret Czernotta.

Anmerkung:

Inhalte des Interviews und *Kasten 2* sind Auszüge aus dem Buch Stadler, C. Hofecker, & Stieglitz, R: ADHS und komorbide Suchterkrankungen (Kohlhammer, 2013) in: Psychische Störungen und Suchterkrankungen – Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen, Hrsg.: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, das dieses Jahr erscheinen wird.