

# Pharmakotherapie und Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter

**Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen wird auf zirka 4,5% geschätzt. Viele dieser Patienten leiden unter komorbiden psychischen Störungen, sodass in psychiatrischen Populationen sogar bis zu jedem Dritten von ADHS betroffen ist. Bei Patienten mit ausgeprägten psychiatrischen Komorbiditäten wie Schizophrenie, bipolarer Störung, Substanzabhängigkeit oder schweren depressiven Episoden sollten diese grundsätzlich zuerst behandelt werden. Unser Beitrag beschäftigt sich daher mit der Pharmakotherapie und der Psychotherapie von Patienten, deren aktuelle Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigungen wesentlich durch die ADHS bestimmt sind.**

Foto: zVg



Michael Schneider

Foto: zVg



Agnieszka Folmert

von Michael Schneider<sup>1</sup> und Agnieszka Folmert<sup>2</sup>

**G**rundbaustein jeder Behandlung ist eine ausführliche Psychoedukation (1). Die Vermittlung von spezifischem Krankheitswissen wirkt entstigmatisierend, indem es eine objektive, bewertungsfreie Erklärung für die eigenen Schwierigkeiten liefert und diese den bisherigen, oft selbstwertschädigenden Selbst- und Fremdzuschreibungen wie Faulheit, Willensschwäche oder Dummheit etwas entgegensetzt (2). Zudem wird im Rahmen der Psychoedukation über Strategien informiert, die helfen können, mit individuellen Schwierigkeiten sowohl im Privatleben als auch im Beruf besser umzugehen. Hierzu kann ein spezifisches ADHS-Coaching sinnvoll sein. Darüber hinaus kann ein Zeugnis zum Nachteilsausgleich, insbesondere für Studenten, wichtige Entlastung bieten. Falls diese Interventionen nicht ausreichen, sollte im nächsten Schritt eine medikamentöse Behandlung angeboten werden (1, 3, 4).

## Pharmakotherapie

Internationale Leitlinien sehen in der Pharmakotherapie bei der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter die primäre Therapieoption (3, 4). Im Vergleich dazu positioniert sich die deutsche Leitlinie zurückhaltender und betont vor dem Hintergrund eines modernen Krankheitsverständnisses der ADHS als Spektrumsstörung die Notwendigkeit für ein an die Symptomschwere angepasstes Vorgehen (1). Mit Spannung darf erwartet werden, wie sich die Schweizerische Gesellschaft für

Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), die gegenwärtig eine erste Behandlungsempfehlung für ADHS bei Erwachsenen erarbeitet, positionieren wird.

Dass der Pharmakotherapie auch in der Schweiz ein hoher Stellenwert zukommt, lässt sich an den stetig steigenden Verschreibungszahlen für Stimulanzien ablesen. Ausgehend von einer täglichen Äquivalenzdosis von 30 mg Methylphenidat (MPH) und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 230 Tagen (5), haben im Jahr 2020 in der Altersgruppe der 25- bis 50-Jährigen fast 1 von 100 Personen eine Verordnung für Stimulanzien erhalten (6).

In der Schweiz sind lang wirksame MPH-Präparate die Therapie der ersten Wahl für ADHS bei Erwachsenen. Amphetamine (AMP) sind für Erwachsene nur in Form von Lisdexamfetamin (LDX, Elvanse®) erstattungsfähig, sofern ein insuffizientes Ansprechen oder eine mangelnde Verträglichkeit für MPH festgestellt wurde. In internationalen Leitlinien sind hingegen beide Stimulanzien gleichwertig (4), und in den USA haben AMP-Stimulanzien MPH-Stimulanzien bei den Verschreibungszahlen bereits vor Jahren überholt (7). Aufgrund der herausragenden Bedeutung der Stimulanzien für die Pharmakotherapie der ADHS stehen sie im Fokus dieses Beitrags.

## Therapieeffekte

Für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie bei ADHS liegt inzwischen breite Evidenz vor. So zeigte die Netzwerk-Metaanalyse von Cortese et al. (8), dass alle für die Behandlung von ADHS bei Erwachsenen zugelassenen Medikamente grundsätzlich effektiv sind. Dabei bewegen sich die Effektstärken zwischen 0,45 für Atomoxetin (ATX), 0,49 für MPH und 0,79 für AMP und liegen damit deutlich über den Effektstärken von Antidepressiva (SMD = 0,29) (9). Innerhalb der AMP schneidet LDX mit

<sup>1</sup> Akutambulanz & ADHS-Sprechstunde, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

<sup>2</sup> Psychodiagnostik & ADHS-Sprechstunde, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Tabelle:

**Medikamente zur ADHS-Behandlung bei Erwachsenen (Auswahl)**

Handelsname (Wirkstoff)	Wirkdauer	Besonderheiten	Zulassung
<b>Methylphenidat-Präparate</b>			
Ritalin®, Medikinet®	3–4 h	rasche Anflutung, Flexibilität, ausgeprägte Reboundssymptomatik, Missbrauchspotenzial	Nein
Medikinet® MR	6–8 h	schnellere Anflutung als Concerta®, muss mit dem Essen eingenommen werden	Ja
Concerta®	10–12 h	langsame Anflutung, kann durch kleine Dosis Ritalin® am Morgen kompensiert werden	Ja
Focalin® XR	8–10 h	zweigipfliges Wirkmaximum: für Patienten mit regelmäßigem Tagesablauf inkl. Mittagspause geeignet, Äquivalenzdosis halbieren, da 100% Dexmethylphenidat	Ja
<b>Alternativen</b>			
Elvanse® (Lisdexamphetamin)	12–14 h	Sollte bei mangelnder Wirkung/Verträglichkeit der MPH-Behandlung angeboten werden	Ja
Attentin® (Dexamphetamin)	4–6 h	Missbrauchspotenzial	Nein
Strattera® (Atomoxetin)	24 h	Kein Missbrauchspotenzial, schlechter verträglich als Stimulanzien	Ja
Intuniv® (Guanfacin)	24 h	Nicht sympathomimetisch wirksam, daher anderes Nebenwirkungsprofil als Stimulanzien und ATX, insb. Sedation	Nein
Wellbutrin® XR (Bupropion)	24 h	Gute Option bei komorbider Depression	Nein

einer Effektstärke von 0,86 besonders gut ab. Generell scheint die Behandlung bei Erwachsenen hinsichtlich der ADHS-Kernsymptomatik allerdings etwas weniger effektiv zu sein als bei Kindern. Einschränkend ist anzumerken, dass lediglich kurzfristige therapeutische Effekte erfasst wurden, da die zugrunde liegenden Studien regelhaft nach spätestens 12 Wochen enden. Leider gibt es bis anhin nur wenige Studien über langfristige Therapieeffekte, die allerdings nachhaltige, einer psychotherapeutischen Behandlung überlegene Effekte belegen (10–12).

Allerdings sollten für die Entscheidung über die pharmakologische Therapie der ADHS nicht nur die Effekte auf die ADHS-Kernsymptomatik Beachtung finden. Ebenso bedeutsam erscheinen die Auswirkungen auf funktionelle Endpunkte. Diesbezüglich haben Registerstudien in den letzten Jahren wichtige Erkenntnisse gebracht. Eine aktuelle Metaanalyse (13) konnte zeigen, dass Patienten unter Stimulanzienbehandlung in deutlich weniger Unfälle verwickelt sind, seltener mit der Justiz in Kontakt kommen und bessere akademische Leistungen erzielen. Mit Stimulanzien behandelte Patienten erkrankten auch seltener an affektiven Störungen und zeigten ein reduziertes Risiko für Substanzmissbrauch und Suizidalität.

**Vor Therapiebeginn**

Vor der Verschreibung von Stimulanzien müssen selbstverständlich relevante Kontraindikationen ausgeschlossen werden. Hinsichtlich körperlicher Erkrankungen sind hier vor allem vorbestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Hypothyreose und das Glaukom zu nennen. Auf psychi-

sche Kontraindikationen wird weiter unten eingegangen.

Internationale Leitlinien empfehlen bei jungen, sonst gesunden Patienten eine gründliche Erhebung der medizinischen Vorgeschichte mit besonderem Augenmerk auf kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie die regelmäßige Kontrolle von Blutdruck und Puls (1, 4). Labor und EKG sind nicht vorgeschrieben, bei älteren Patienten oder vorbestehender Psychopharmakotherapie aber dringend zu empfehlen.

Patienten sollten gut über die wichtigsten unerwünschten Nebenwirkungen wie Appetitminderung, Gewichtsverlust, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen sowie Puls- und Blutdrucksteigerungen aufgeklärt werden. Auch psychotische Symptome können auftreten, diese sind allerdings sehr selten (14). All diese Nebenwirkungen sind dosisabhängig und treten in der Eindosierungsphase verstärkt auf. Während die mittleren Effekte auf den Blutdruck klinisch gering ausfallen (+ 2,0 mmHg), wurde eine Zunahme der Ruheherzfrequenz um 5,7 bpm beobachtet (15). Eine grosse amerikanische Registerstudie fand jedoch keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, allerdings lag der mittlere Beobachtungszeitraum pro Person nur bei 1,3 Jahren (16).

Ist die Entscheidung für eine Stimulanzienbehandlung gefallen, sollten vor Beginn geeignete individuelle Therapieziele festgelegt werden. Eine einfach umzusetzende Alternative ist die Bestimmung der Baseline-Symptombelastung vor Therapiebeginn mithilfe der Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), des Selbstbeurteilungsfragebogens der WHO (17).

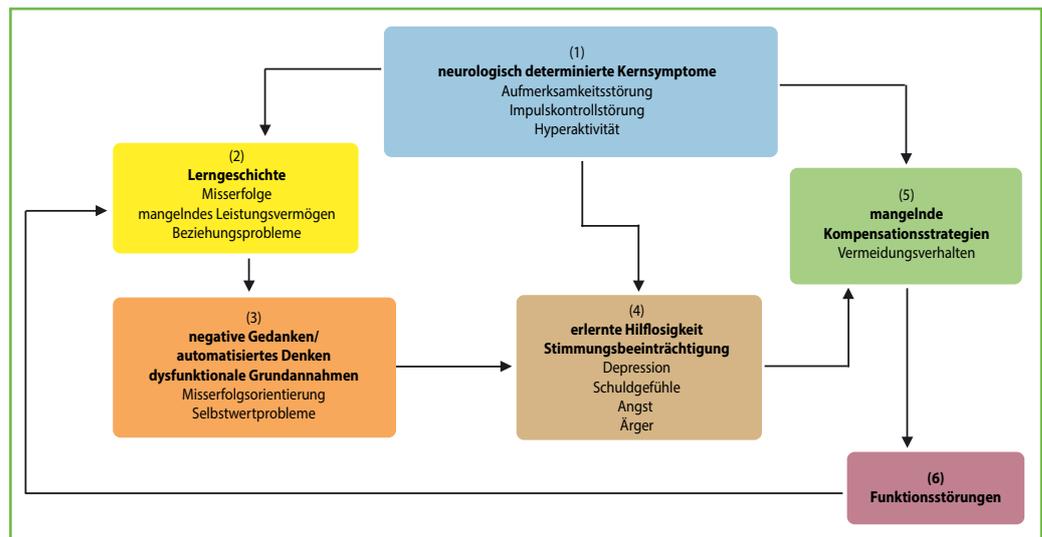


Abbildung: Kognitiv-verhaltensorientiertes Modell der Funktionsstörungen bei ADHS (mod. nach [40]).

### Behandlungsphase

Wenngleich für die Behandlung von Erwachsenen in der Schweiz nur lang wirksame Stimulanzien zugelassen sind, ist es weiterhin üblich, in der Eindosierungsphase kurz wirksames MPH einzusetzen. Hiervon verspricht man sich eine schnellere Dosisfindung und ein rasches Feedback bezüglich des therapeutischen Effekts, manchmal erfolgt die Verordnung auch im Sinne einer *Diagnosis ex juvantibus*.

Dieses Vorgehen hat jedoch keine Evidenzgrundlage und ist aus mehreren Gründen fragwürdig. Patienten fällt es häufig schwer, den stimulierenden Effekt der Stimulanzien, der in der Regel bei adäquater Dosierung im Zeitverlauf nachlässt, vom erwünschten klinischen Effekt einer verbesserten Steuerungsfähigkeit von Aufmerksamkeit und Verhalten zu trennen (4). Dies trägt zu falschen Therapieerwartungen bei und kann den Blick auf erwünschte therapeutische Effekte sogar verstellen. Dies gilt umso mehr, als der Einsatz von kurz wirksamem MPH eine regelmässige Einnahme alle 3 bis 4 Stunden voraussetzt. Im Alltag ist dies fast unmöglich durchzuhalten, sodass es zu starken Fluktuationen bei den Plasmakonzentrationen kommt, was mit häufigen Rebound-Symptomen einhergeht. Hierunter versteht man die mit einem Abfall der Blutplasmaspiegel zusammenfallende, vorübergehende Zunahme von ADHS-Symptomen wie Unruhe, Gereiztheit und Konzentrationsstörungen (18). Es ist daher wenig überraschend, dass kurz wirksames MPH gegenüber lang wirksamem MPH therapeutisch unterlegen ist (4). Kurz wirksames MPH hat zudem mehr Potenzial für Missbrauch (19).

Internationale Leitlinien (1, 4) empfehlen daher von Beginn an den Einsatz lang wirksamer Stimulanzien nach dem Prinzip «start low, go slow» (4). Dabei ist zu beachten, dass sich eine stabile Wirkung auf die Kernsymptomatik erst nach 2 bis 3 Wochen einstellt (20). Grundsätzlich sollten möglichst niedrige Dosierungen angestrebt werden. Eine optimale Dosis ist gefunden, wenn eine weitere Erhöhung keinen zusätzlichen klinisch relevanten Effekt auf die ADHS-Kernsymptomatik bewirkt oder zunehmende Nebenwirkungen eine weitere Dosiserhöhung begrenzen (1, 4). Diese Empfehlung stützt sich

auf Daten aus Studien mit flexiblen Dosierungen, die nahelegen, dass grosse individuelle Unterschiede hinsichtlich der optimalen Dosierung bestehen und eine individuelle Titration gegenüber einem festen Eskalationsschema ein deutlich besseres Verhältnis zwischen therapeutischem Effekt und Nebenwirkungen erzielt (21).

Entscheidend für Therapieerfolg und Adhärenz bei Erwachsenen ist aber die optimale Anpassung der Pharmakotherapie an die alltäglichen Anforderungen der Patienten. Hierfür ist es wichtig, die spezifischen Stressoren, denen der Patient ausgesetzt ist, sowie ihr Auftreten im Tagesverlauf genau zu kennen. Zugleich ist eine gute Kenntnis der teilweise sehr unterschiedlichen Pharmakokinetik der verschiedenen lang wirksamen Stimulanzien erforderlich (siehe *Tabelle*). Im Gegensatz zu Kindern, die den höchsten kognitiven und sozialen Anforderungen in der Regel während der vergleichsweise kurzen Zeitspanne des werktäglichen Schulbesuchs gegenüberstehen, sind die Arbeitstage von Erwachsenen häufig länger, zusätzlich warten nach Feierabend weitere Verpflichtungen. Manche Experten empfehlen daher, möglichst stabile Blutspiegel für den ganzen Tag anzustreben (18). Das ist allerdings mit den zugelassenen Dosierungen manchmal nicht zu erreichen und erfordert selbst beim Einsatz des am längsten wirksamen MPH-Präparats Concerta® eine mehrmals tägliche Einnahme. Die kanadischen Leitlinien tragen diesem Umstand bereits Rechnung und sehen für Erwachsene deutlich höhere Tageshöchstdosierungen bis 108 mg Concerta® vor (4). Andererseits können die funktionellen Einschränkungen durch ADHS in den verschiedenen Lebensbereichen sehr unterschiedlich ausfallen, sodass es für viele Erwachsene sinnvoll ist, die Medikation auf bestimmte Lebensbereiche (z. B. Arbeit oder Studium) zu konzentrieren. Hierfür bieten sich mittellang wirksame Stimulanzien an, womit eine tägliche Einmalgabe dann ausreichend ist. Für manche Patienten ist eine punktuelle medikamentöse Unterstützung mit kurz wirksamem MPH, trotz der oben beschriebenen Einschränkungen, die beste Wahl.

Viele Patienten können mit dem beschriebenen Vorgehen eine deutliche Reduktion ihrer ADHS-Symptomatik

erreichen, was anhand der ASRS nach mehrmonatiger stabiler Therapie objektiviert werden sollte (18). Bei längerfristiger Behandlung empfehlen Leitlinien, 1-mal jährlich einen Auslassversuch durchzuführen, um die Indikation für eine Fortführung der Behandlung zu überprüfen (1). In der Versorgungspraxis, wo «Auslassversuche» durch vergessene Einnahmen selbstverständlich sind, zeigt sich allerdings, dass viele Patienten für sich rasch eine klare Überzeugung entwickeln, inwieweit sie von der Medikation profitieren.

Während der grösste Teil der Patienten für längere Zeit stabil bei einer (beinahe) täglichen Einnahme mit fester Dosierung bleibt, empfinden andere eine flexiblere Medikation als optimal. Diese Patienten verzichten phasenweise ganz auf Medikamente oder variieren innerhalb sinnvoller Grenzen ihre täglichen Dosierungen bzw. die Einnahmezeitpunkte, je nach Anforderungssituation und Symptomlast. Sofern keine Anhaltspunkte für Missbrauch bestehen, empfiehlt es sich als Behandler, solche Freiräume für einen eigenverantwortlichen, flexiblen Stimulanzieneinsatz einzuräumen und zu fördern.

Bei insuffizientem Ansprechen (Symptomreduktion < 30%) (18) oder Verträglichkeitsproblemen unter MPH sollte eine Behandlung mit LDX angeboten werden, die dann auch von den Krankenkassen übernommen wird. Für LDX sollte ebenfalls eine Dositration nach den oben beschriebenen Prinzipien erfolgen. Cross-over-Studien legen nahe, dass MPH-Nonresponder mit hoher Wahrscheinlichkeit besser auf LDX ansprechen (22).

#### Alternativen zu Stimulanzien

Die dritte Option mit einer Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen ist ATX, ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (23). Das Nebenwirkungsprofil ist jenem von Stimulanzien sehr ähnlich, allerdings treten häufiger sexuelle Funktionsstörungen (24) auf, und Metaanalysen weisen insgesamt auf eine schlechtere Verträglichkeit im Vergleich zu Stimulanzien hin (8). Wesentlicher Vorteil ist daher das fehlende Missbrauchspotenzial, sodass es vor allem bei Patienten mit Substanzkonsumstörungen oder sonstigen Hinweisen auf eine missbräuchliche Verwendung (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung) Einsatz findet.

Für weitere Alternativen wie Bupropion, Guanfacin, Clonidin oder Modafinil, denen in der kanadischen Leitlinie der Rang einer Drittlinienbehandlung eingeräumt wird (4), liegt in der Schweiz keine Zulassung für die Behandlung von ADHS bei Erwachsenen vor, sodass diese hier nur kurz abgehandelt werden. Für die Alpha-2A-Rezeptor-Agonisten Guanfacin und Clonidin, deren Wirksamkeit bei Kindern inzwischen gut belegt ist, existieren bis anhin kaum Studien, die den Effekt bei Erwachsenen untersuchten (8). Bei einem Behandlungsversuch sollte Guanfacin, aufgrund seiner höheren Rezeptorselektivität und der wahrscheinlich damit einhergehenden besseren Verträglichkeit, der Vorzug gegeben werden (8, 23). Bupropion, wofür ebenfalls vielversprechende Studiendaten für Erwachsene vorliegen, kann eine gute Option für die gleichzeitige Behandlung von ADHS und Depression sein (4, 8). Modafinil erscheint hingegen einer Behandlung mit Placebo bisher nicht überlegen zu sein und schneidet auch hinsichtlich der Verträglichkeit schlecht ab (8).

#### Häufige Sonderfälle

##### Vorbestehende antidepressive Medikation

In der klinischen Praxis begegnen uns vor dem Hintergrund der ausgeprägten Komorbidität von ADHS mit Angst- und Depressionserkrankungen (25) häufig Patienten, die bereits ein Antidepressivum einnehmen, meist ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Allerdings warnen sowohl die Arzneimittelinformationen von Stimulanzien sowie etablierte Interaktionsdatenbanken (26) vor einer solchen Parallelverordnung, was häufige Nachfragen durch Apotheken provoziert und Patienten verunsichert.

Gemäss derzeitigem Forschungsstand weist MPH jedoch keine eigene serotonerge Aktivität auf (27). Eine hochrangige Arbeit aus dem Jahr 2015 hat sogar die Kombinationsbehandlung von Citalopram und MPH in einer geriatrischen Stichprobe untersucht (28). Die kanadische Leitlinie beurteilt daher die Kombination von Stimulanzien und SSRI als sicher (4). Dies gilt insbesondere für MPH, das im Gegensatz zu vielen Psychopharmaka nicht in einem relevanten Mass über das Zytochrom-P-(CYP-)System, sondern über CES1 metabolisiert wird (29). AMP und ATX werden dagegen über CYP-Enzyme metabolisiert, sodass hier insbesondere in Kombination mit bestimmten SSRI (Fluoxetin, Paroxetin) mehr Vorsicht geboten ist (4). MAO-Hemmer sind kontraindiziert und erfordern eine Auswaschphase.

##### Cannabiskonsum als Selbstmedikation

Wenngleich bisher keine objektiven Hinweise auf einen therapeutischen Effekt von Cannabis bei ADHS erbracht werden konnten (30), sehen viele Patienten darin eine Form der Selbstmedikation (31). Diese Wahrnehmung ist womöglich wesentlich durch positive Effekte auf die innere Unruhe und Schlafstörungen, zwei häufige ADHS-Symptome, bedingt (18). Allerdings wirkt sich Cannabis negativ auf Exekutivfunktionen aus und steht daher im direkten Gegensatz zur erwünschten therapeutischen Wirkung einer Stimulanzienbehandlung. Daher ist es wichtig, die Patienten vor Behandlungsbeginn zur Aufgabe oder mindestens zur deutlichen Reduktion des Konsums zu motivieren, auch weil der Parallelkonsum eine sinnvolle Wirksamkeitsbeurteilung praktisch ausschliesst. Ein unregelmässiger, auf die Abendstunden konzentrierter und niedrig dosierter Cannabiskonsum sollte dagegen kein Grund sein, Patienten eine Stimulanzienbehandlung vorzuenthalten (18).

##### Suizidalität

Patienten mit ADHS haben zwar ein signifikantes, aber im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen dennoch nur moderat erhöhtes Suizidrisiko (32). Allerdings führen die Arzneimittelinformationen von Stimulanzien Suizidalität, ebenso wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die häufig mit chronischer Suizidalität einhergeht (33), als Kontraindikation auf, was häufig zu Verunsicherung bei der Verordnung führt. Nach derzeitigem Forschungsstand erscheint es aber unwahrscheinlich, dass Stimulanzien für das erhöhte Suizidrisiko ursächlich sind. Zwar bestätigen 2 grosse Registerstudien (34, 35) eine erhöhte Suizidalität bei Erstverschreibung von MPH, allerdings war der Suizidaltätsanstieg zeitlich nicht mit der Erstverschreibung asso-

ziiert, sondern ging dieser voraus. Im weiteren Verlauf wurde unter laufender MPH-Behandlung ein deutlicher Abfall auf beinahe normales Niveau beobachtet. Erst mit Behandlungsende nahm das Suizidalitätsrisiko wieder zu, was einen protektiven Effekt der Stimulanzienbehandlung nahelegt (35).

**Schwangerschaft und Stillzeit**

Frauen mit AHDS scheinen unabhängig vom Medikationsstatus ein leicht erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen zu haben (36). Für die am häufigsten zur ADHS-Behandlung eingesetzten Substanzen MPH, AMP und ATX ergeben sich aus der verfügbaren Studienlage keine belastbaren Hinweise auf teratogene Effekte oder vermehrte Schwangerschaftskomplikationen. Allerdings wird die Studienlage für klare Empfehlungen noch als unzureichend eingeordnet (37). Am besten untersucht während der Schwangerschaft sind MPH und AMP, deren Einsatz nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Analyse während der Schwangerschaft als vertretbar angesehen werden kann (38, 39). Da MPH im Gegensatz zu AMP nicht in einem relevanten Mass in die Muttermilch übergeht, kann der Einsatz während der Stillzeit als sicher eingestuft werden (38).

**Psychotherapie**

Auch wenn die medikamentöse Therapie als wirksamste Option bei ADHS im Erwachsenenalter gilt, gibt es dennoch Patienten, bei welchen die Einnahme von Medikamenten keine oder nicht ausreichende Effekte zeigt oder aus verschiedenen Gründen kontraindiziert ist. Diese Patienten können besonders von einer Psychotherapie profitieren. Psychotherapie kann aber auch ergänzend zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Im Folgenden werden die Grundlagen einer psychotherapeutischen ADHS-Behandlung dargestellt.

**Ziele der Behandlung**

Hauptziel der Behandlung ist es, Strategien für den effektiven Umgang mit der ADHS-Symptomatik zu erlernen. Sowohl bei der Einzel- als auch bei der Gruppentherapie gilt es, realistische Therapieziele festzulegen. Vielen ADHS-Patienten fällt gerade dies schwer: Entweder neigen sie zu Unterforderung, weil sie sich aufgrund von vielen Misserfolgen negativ einschätzen, oder sie stellen zu hohe Anforderungen an sich, weil sie eine Tendenz haben, ihre zeitlichen und energetischen Ressourcen zu überschätzen. Dabei ist es wichtig, die Erwartungen an sich selbst zu verändern. Fortschritte kommen meistens nicht linear, und wie bei jeder Veränderung gibt es bessere und schlechtere Phasen. Da sich ADHS-Patienten besser für kurzfristige als langfristige Ziele motivieren lassen, ist auch die Setzung von gut operationalisierten Teilzielen sehr hilfreich. Es braucht Zeit und Wiederholung, um neue, konstruktive Strategien zu etablieren (40).

**Therapiebausteine**

Die Forschung zeigt (41), dass sich bei der ADHS-Behandlung eine multimodale Therapie, die sowohl medikamentöse Unterstützung als auch kognitive Verhaltenstherapie (KVT) umfasst, als wirksam erwies. Unter Wirksamkeit wird hier eine Reduktion der ADHS-Sym-

ptomatik und eine subjektive Steigerung der Lebensqualität verstanden.

Zu den KVT-Programmen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde, gehören das Therapiemanual von B. Hesslinger et al. (42), mit Elementen der dialektisch-behavioralen Therapie von M. Linehan, und das Manual von S. A. Safren et al. (40). Beide Programme basieren auf einem kognitiv-verhaltensorientierten Störungsmodell, das sowohl auf eine interne als auch interaktionelle Dynamik bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Funktionsbeeinträchtigungen im Erwachsenenalter hinweist (siehe *Abbildung*).

Das Gruppentherapieprogramm besteht aus Modulen, die sich an Kernsymptomen der ADHS orientieren: Psychoedukation, Organisation und Zeitmanagement, Konzentration und Umgang mit Ablenkbarkeit, Umstrukturieren negativer Denkmuster, Emotionsregulation und Impulskontrolle, Umgang mit Prokrastination und schwierigen Situationen. Das Therapieprogramm von B. Hesslinger wird ausserdem um die Themen Beziehungsgestaltung, Stressbewältigung und komorbide Störungen erweitert.

Zu jedem Modul gehören kognitive und verhaltensorientierte therapeutische Interventionen. Das Gruppensetting umfasst 12 bis 13 Therapiesitzungen von jeweils 2 Stunden. Darin enthalten ist eine psychoedukative Sitzung mit Angehörigen. Beide Programme kann man auch im Einzelsetting realisieren – je nach Symptomatik werden ausgewählte Therapiemodule durchgearbeitet. Bei der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter sind neben der KVT auch Elemente von anderen psychotherapeutischen Ansätzen als nützlich anzusehen. Unter anderem haben sich achtsamkeitsbasierte Methoden von MBCT (mindfulness based cognitive therapy) bei Konzentrationsschwierigkeiten und Emotionsregulation als hilfreich erwiesen (43, 44).

**Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Die Kernsymptome der ADHS können den therapeutischen Prozess erschweren: Einige Patienten vergessen Termine oder kommen verspätet, und wegen starker Ablenkbarkeit halten sie sich manchmal nicht an Vereinbarungen. Es ist hilfreich, diese Schwierigkeiten im Kontext der ADHS anzusprechen, dabei aber nicht in die Rolle des «überforderten Lehrers» zu verfallen, der von den «Misserfolgen» eines Patienten enttäuscht ist. Eine solche Einstellung vonseiten wichtiger Bezugspersonen kennen leider viele ADHS-Patienten bereits aus der Schulzeit. Deshalb ist es wichtig, eine neue, korrigierende Erfahrung zu machen. Dabei geht es darum, ein Gleichgewicht zwischen Veränderung (Fordern) und Akzeptanz (Validieren) zu finden (42).

**Aufrechterhaltung der Motivation**

Häufig können sich ADHS-Patienten aufgrund ihrer Offenheit und Neugierde für die Psychotherapie begeistern. Die grösste Herausforderung ist für sie, diese Motivation über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Deshalb ist es sehr wichtig, die Motivationsarbeit als Teil des Therapieprogramms zu erfassen. Dabei spielt auch die Gestaltung der therapeutischen Sitzungen eine wichtige Rolle, denn ADHS-Patienten können sich sehr gut konzentrieren, wenn sie etwas als besonders interessant empfinden (45). Hierfür hat sich eine multimodale, alle

**Merkmale:**

- **Grundbaustein der Behandlung ist die Psychoedukation. Bei hoher Symptomlast ist eine Pharmakotherapie indiziert.**
- **Die Pharmakotherapie der ADHS ist wirksam und sicher. Erste Wahl sind Stimulanzien.**
- **Bei der Stimulanzienbehandlung ist ein individualisiertes Vorgehen für den Therapieerfolg entscheidend.**
- **Es existieren effektive KVT-orientierte Manuale, die ergänzend oder alternativ zur Pharmakotherapie eingesetzt werden können.**

Sinne aktivierende Vermittlung als besonders hilfreich erwiesen (40).

**Zusammenfassung**

Jede ADHS-Therapie beginnt mit der Psychoedukation, in welcher die Patienten ausführlich über das Störungsbild und die möglichen Therapieoptionen aufgeklärt sowie mögliche Kompensationsstrategien erarbeitet werden. Sollte damit keine ausreichende Symptomkontrolle erreicht werden, empfiehlt sich eine medikamentöse Therapie. Dabei sind Stimulanzien, in der Schweiz insbesondere MPH, erste Wahl. Stimulanzien sind, auch im Vergleich zu anderen Psychopharmaka, hoch effektiv und können sicher eingesetzt werden. Eine psychotherapeutische Behandlung ist bei insuffizientem Ansprechen auf die Pharmakotherapie oder bei hoher Symptombelastung auch ergänzend sinnvoll. Hierfür existieren inzwischen evidenzbasierte KVT-orientierte Manuale. ●

*Korrespondenzadresse:*

**Dr. med. Michael Schneider**  
*Oberarzt und ärztlicher Abteilungsleiter*  
*Akutambulanz & ADHS-Sprechstunde*  
*Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel*  
*Kornhausgasse 7*  
*4051 Basel*  
*E-mail: michael.schneider@upk.ch*

Interessenlage: Die Autoren deklarieren keine Interessenkonflikte.

Referenzen:

1. AWMF (awmf.org). S3-Leitlinie: ADHS Im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2017.
2. Hirvikoski T et al.: Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2017;44:141-152. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.04.005.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>. Letzter Zugriff: 9.12.22.
4. CADDRA – Canadian ADHD Resource Alliance. Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition. CADDRA; 2020. [www.caddra.ca/wp-content/uploads/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-4.1-January-6-2021.pdf](http://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-4.1-January-6-2021.pdf). Letzter Abruf: 6.1.23
5. Gajria K et al.: Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1543-1569. doi:10.2147/NDT.S65721.
6. Schuler D et al.: Psychopharmaka in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2022. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/gesundheitsversorgung-psychisch-erkrankter-personen/obsan-bulletin-psychopharmaka-in-der-schweiz-2022-01.pdf>. Letzter Abruf: 6.1.23
7. Safer DJ: Recent trends in stimulant usage. *J Atten Disord.* 2016;20(6):471-477. doi:10.1177/1087054715605915.
8. Cortese S et al.: Comparative efficacy and tolerability of medications

- for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(9):727-738. doi:10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
9. Munkholm K et al.: Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9(6):e024886. doi:10.1136/bmjopen-2018-024886.
10. Matthijssen AFM et al.: Continued benefits of methylphenidate in ADHD after 2 years in clinical practice: a randomized placebo-controlled discontinuation study. *Am J Psychiatry.* 2019;176(9):754-762. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18111296.
11. Rösler M et al.: Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11(5):709-718. doi:10.3109/15622971003624197.
12. Lam AP et al.: Long-term effects of multimodal treatment on adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: follow-up analysis of the COMPAS trial. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e194980. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.4980.
13. Boland H et al.: A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *J Psychiatr Res.* 2020;123:21-30. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.01.006.
14. Moran LV et al.: Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. *N Engl J Med.* 2019;380(12):1128-1138. doi:10.1056/NEJMoa1813751.
15. Mick E et al.: Meta-analysis of increased heart rate and blood pressure associated with CNS stimulant treatment of ADHD in adults. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(6):534-541. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.06.011.
16. Habel LA, et al.: ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA.* 2011;306(24):2673-2683. doi:10.1001/jama.2011.1830.
17. Kessler RC et al.: The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.* 2005;35(2):245-256. doi:10.1017/S0033291704002892.
18. Kooij JJS: Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment. Springer International Publishing; 2022. doi:10.1007/978-3-030-82812-7.
19. Colaneri N et al.: Physician practices to prevent ADHD stimulant diversion and misuse. *J Subst Abuse Treat.* 2017;74:26-34. doi:10.1016/j.jsat.2016.12.003.
20. Greenhill LL et al.: Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(2 Suppl):265-495. doi:10.1097/00004583-200202001-00003.
21. Farhat LC et al.: The effects of stimulant dose and dosing strategy on treatment outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2022;27(3):1562-1572. doi:10.1038/s41380-021-01391-9.
22. Arnold LE: Methylphenidate vs. amphetamine: Comparative review. *J Atten Disord.* 2000;3(4):200-211. doi:10.1177/10870547000300403.
23. Stahl SM: Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 5th ed. Cambridge University Press; 2021. doi:10.1017/9781108975292.
24. Camporeale A et al.: Safety and tolerability of atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adult patients: An integrated analysis of 15 clinical trials. *J Psychopharmacol (Oxf).* 2015;29(1):3-14. doi:10.1177/0269881114560183.
25. Kessler RC et al.: The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):716-723. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716.
26. mediQ - Interaktions-Check. <https://www.mediq.ch/>. Letzter Zugriff: 3.12.22.
27. Foong AL et al.: Demystifying serotonin syndrome (or serotonin toxicity). *Can Fam Physician.* 2018;64(10):720-727.
28. Lavretsky H et al.: Citalopram, methylphenidate, or their combination in geriatric depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2015;172(6):561-569. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070889.
29. Stevens T et al.: PharmGKB summary: Methylphenidate Pathway, Pharmacokinetics/Pharmacodynamics. *Pharmacogenet Genomics.* 2019;29(6):136-154. doi:10.1097/FPC.0000000000000376.
30. Francisco AP et al.: Cannabis use in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A scoping review. *J Psychiatr Res.* Published online November 25, 2022. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.11.029.
31. Mitchell JT et al.: «I use weed for my ADHD»: A qualitative analysis of online forum discussions on cannabis use and ADHD. *PLOS ONE.* 2016;11(5):e0156614. doi:10.1371/journal.pone.0156614.
32. Yeh HH et al.: Diagnosed mental health conditions and risk of suicide mortality. *Psychiatr Serv.* 2019;70(9):750-757. doi:10.1176/appi.ps.201800346.
33. Paris J: Half in love with death: managing the chronically suicidal patient. 1st ed. Routledge; 2017. doi:10.4324/9781315093307.
34. Stricker B et al.: General practice database on mortality in adults on methylphenidate: cohort study. *BMJ Open.* 2022;12(8):e057303. doi:10.1136/bmjopen-2021-057303.
35. Man KKC et al.: Association of risk of suicide attempts with methylphenidate treatment. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(10):1048. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2183.
36. Poulton AS et al.: Perinatal outcomes of women diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: an australian population-based cohort study. *CNS Drugs.* 2018;32(4):377-386. doi:10.1007/s40263-018-0505-9.

37. Li L et al.: Associations of prescribed ADHD medication in pregnancy with pregnancy-related and offspring outcomes: a systematic review. *CNS Drugs*. 2020;34(7):731-747. doi:10.1007/s40263-020-00728-2.
38. Kittel-Schneider S et al.: Parental ADHD in pregnancy and the postpartum period – a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;124:63-77. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.01.002.
39. Freeman MP: ADHD and pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2014;171(7):723-728. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13050680.
40. Safren SA et al.: *Mastering your adult ADHD: a cognitive-behavioral treatment program, therapist guide*. Oxford University Press; 2017.
41. Philipsen A et al.: Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1199. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2146.
42. Hesslinger B et al.: *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG; 2004.
43. Zylowska L et al.: *Mindfulness for adult ADHD: a clinician's guide*. Guilford Publications; 2020.
44. Janssen L et al.: Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychol Med*. 2019;49(1):55-65. doi:10.1017/S0033291718000429.
45. American Psychiatric Association. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. 2nd ed. Hogrefe; 2018. doi:10.1026/02803-000.