



ADHS bei Erwachsenen

Heidelberger Rehatage 2010
Heidelberg, 29.06.2010
Rolf Zimmer, Nervenarzt



Übersicht

- A. „Auf den Mond schießen?“ – eine initiale klinische Erfahrung (Fallvignette)
- B. „Ein IQ wie ein Knäckebrot?“ (Kasuistik Jason G.)
- C. Symptomatik, Häufigkeit und mögliche Ursachen
- D. Behandlungsmöglichkeiten
- E. Chancen durch ADS?
- F. Schwierigkeiten mit ADS für Behandler?
- G. ADS in der beruflichen Reha
- H. „Eine Art Genie?“ (Abschließende Kasuistik Igor P.)
- I. Lektürehinweise

A. „Auf den Mond schießen?“ – eine initiale klinische Erfahrung

Leicht minderbegabter Mann, ca. 30, umtriebig,
distanzgemindert, ständig auf Umgebungsreize anspringend,
kaum steuerbar, zuhause nicht mehr führbar, deshalb
psychiatrisch hospitalisiert.

Keine klare diagnostische Zuordnung (Stand 1995)

Umgang auch für das erfahrene Team einer geschlossenen
psychiatrischen Station grenzwertig

Sedierende und antipsychotische Medikamente bessern nicht,
verschlechtern eher

Versuchsweise Clomipramin (Anafranil®), ein leicht antriebs-
steigerndes Antidepressivum, mit der Arbeitshypothese Zwangs-
störung (zählt und ordnet gern)

A. Fallvignette (2)

Über alles Erwarten gutes Ansprechen, Verhaltensauffälligkeiten von einem Tag auf den anderen fast wie abgeschaltet - bei Zwangsstörungen so keinesfalls zu erwarten

Bald darauf Verlegung in ein Wohnheim möglich.

Was hatte der Patient? Möglicherweise ein ADS!

Das war damals aber in der Erwachsenenpsychiatrie noch keine etablierte Diagnose!

B. „Ein IQ wie ein Knäckebrötchen?“
Kasuistik Jason G. (Name geändert)

29 jähriger Proband, eher kleinwüchsig, sehr guter Trainingszustand (Hobby: Kampfsport – „martial arts“), etwas verwegene Erscheinung: Tattoos, Piercings.

Entwaffende Selbsteinschätzung – s. o.

Noch in Suchtnachsorge/betreuter WG

Berichtet offen über Probleme und Schattenseiten: mehrjährige kriminelle Karriere, Haftstrafen, Entzug des Führerscheins, Sucht, 25.000 € Schulden (hauptsächlich Geldstrafen), kein Schulabschluss, keine Berufsausbildung (Lehre zum Kfz-Mechaniker nach einem Jahr abgebrochen)

Kasuistik „Jason G.“ (2)

Aggressive Verhaltensauffälligkeiten seit dem Vorschulalter, seit 7. Lj. Unruhe und Getriebenheit auch selbst erinnlich.

Substanzmißbrauch/Suchtproblematik seit 16. Lj. – Alkohol, Kokain, „Speed“ (Amphetamine, Stimulanzen)

Seit der Pubertät starke Stimmungsschwankungen. Geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität; fühlt sich schnell angegriffen, schlägt ggf. auch „präventiv“ zu. In Krisenzeiten auch selbstverletzende Verhaltensweisen.

2006 nach gescheiterter Beziehung „absoluter Tiefpunkt“, vmtl. depressive Episode; erste Therapiebemühungen.

Kausistik „Jason G.“ (3)

2008 Langzeitentwöhnung; in der Suchtklinik Diagnose ADS / Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.

Mit Atomoxetin (Strattera®) Aufmerksamkeit und Konzentration besser, aber inakzeptable Nebenwirkungen => wieder abgesetzt.

Zielauftrag für das Assessment: Eignungsabklärung für Sport- und Fitness-Kaufmann – war zu bejahen, aber nur mit viel Support. Keine unterdurchschnittliche Begabung, aber Rechenschwäche und enorme schulische Defizite.

Im Kontakt freundlich, aber etwas distanzschwach, sprudelnd, etwas unstrukturiert, fällt sich quasi selbst ins Wort.

Kasuistik „Jason G.“ (4)

Ist in Ausbildung. Derzeitiges Thema: Einstellung auf Methylphenidat; vorab Klärung der Kostenübernahme. Unbehandelt Konzentration für die Ausbildung grenzwertig. Erhebliche Schlafstörungen, auch diese schon seit Kindheit.

Fazit: schwerer Fall einer Aufmerksamkeitsstörung mit dissozialer Entwicklung und erheblicher Komorbidität; späte und fast zufällige Diagnosestellung; dadurch nicht frei von tragischen Aspekten; spezifische Therapie steht noch aus (Vorbehalte des Teilnehmers, fehlende Kostenübernahme).

C. Symptomatik, Häufigkeit und mögliche Ursachen

Klinische Symptomatik:

Unaufmerksamkeit,

Impulsivität,

Hyperaktivität (1-3 in jedem Lebensalter)

Desorganisation (bei Erwachsenen)

Emotionale Dysregulation (bei Erwachsenen)

C. Symptomatik,... (2)

Die etablierten Diagnosesysteme ICD 10 (WHO) und DSM IV (APA) bieten etwas unterschiedliche Beschreibungen an;

die **DSM IV** auch die **Unterteilung in Subtypen**:

- Kombiniertes Typ (= einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD 10);
- überwiegende Störung der Aufmerksamkeit,
- überwiegend mit Impulsivität und Hyperaktivität;
- teilweise remittiert.

Die **ICD 10** bietet dafür als Besonderheit die

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.

C. Symptomatik... (3)

Gemeinsam jedoch (Forschungsversion): 18 (2 x 9) Kriterien für **Aufmerksamkeitsstörung**: Sorgfaltsfehler; Ausdauerprobleme; scheint nicht zuzuhören; schließt Aufgaben nicht ab; Organisationsprobleme; vermeidet Aufgaben mit langer

Aufmerksamkeitsbelastung;

verliert Sachen; leicht ablenkbar; vergesslich.

Überaktivität und Impulsivität: Zappeln mit Händen und Füßen; kann nicht lange sitzen bleiben; fühlt sich unruhig; kann nicht leise sein; immer in Bewegung, wie aufgezogen; kann nicht abwarten, bis andere ausgesprochen haben; ungeduldig – kann nicht warten; stört andere in ihrer Beschäftigung; exzessives Reden.

C. Symptomatik ... (4)

Die Diagnosestellung erfolgt klinisch; unterstützend können diverse

ADS – Skalen (s. u.) angewendet werden.

Wichtig dabei als allgemeine Diagnoseregeln:

- **Obligater Beginn in der Kindheit (7. Lj., nach DSM IV)**
– evtl. Ausnahmen bei Mädchen (auch noch mit 15?).
- **Chronischer Verlauf**
- **Phänomenologischer Wandel entsprechend den verschiedenen Lebensaltern** - z. B. Unruhe bei Erwachsenen eher innerlich, bei Kindern und Jugendlichen mehr unmittelbar motorisch.

C. Symptomatik ... (5)

Probleme bei altersspezifischen Aufgaben (Alltagsorganisation, Kinder-Erziehung), Selbstwertprobleme.

- **ADS selten „pur“, meist mit komorbiden Störungen:**
 - Persönlichkeitsstörungen (bis 40%; antisozial, emotional instabil, zwanghaft, selbstunsicher),
 - Alkohol- und Drogensucht (bis 30%!),
 - Depressive und bipolare Störungen (bis 40%)
 - Angststörungen (ca. 20%)
 - Restless Legs, Tics, Essstörungen (Frauen, ca. 4%).
- **Symptomatik nicht durch andere psychische Störungen besser erklärbar**

C. Symptomatik ... (6)

- **Spektrumserkrankung:** unterschiedliche Schweregrade sind möglich mit fließenden Übergängen auch zum Normalen.

ADS-Skalen in deutscher Übersetzung und mit deutscher Validierung:

ADHS - Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)

ADHS- Diagnostische Checkliste (ADHS-DC)

Wender – Reimherr – Interview (WRI)

Wender – Utah Rating Scale – deutsche Kurzform

C. Symptomatik ... (7)

Funktionelle Auswirkungen:

Hohes Unfallrisiko (z. B. Straßenverkehr, Arbeit)

Partnerschaftsprobleme

Berufliche Schwierigkeiten

Soziale Regelverletzung

Kriminalität

C ... Häufigkeit ... (8)

Prävalenz in Deutschland 3 – 4 % (etwas wechselnde Angaben, nach ICD 10 – Kriterien etwas weniger)

Zum Vergleich: Schizophrene Psychosen ca. 1%, bipolare affektive Störungen 2%.

Männer leicht (!) überrepräsentiert: M:F = 1,5 – 2:1

(bei Kindern M:F = 2 – 3:1)

C. ..., mögliche Ursachen (9)

Starke genetische Komponente: Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen 0,6 - 0,9; überzufällige Häufung weiterer Symptomträger in der Familie. Risiko an ADHS zu erkranken bei nahen Verwandten um Faktor 5 erhöht. Identifikation verschiedener Genorte.

Im Fluss: Untersuchungen zu Gen – Umwelt – Interaktionen – Aktivierung bestimmter genetischer Risikokonstellationen nur unter ungünstigen psychosozialen Bedingungen in der Kindheit oder in Interaktion mit anderen biologischen Risikokonstellationen.

Allgemeine Risikofaktoren: mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft, niedriges Geburtsgewicht, perinatale Komplikationen

C. ..., mögliche Ursachen (10)

Neurobiologie: Störung der Gehirnentwicklung, genetische und umweltbedingte Risikogrößen können beteiligt sein.

Auffälligkeiten in Struktur und Funktion im Kleinhirn und frontostriatal (Stirnlappen und Stammganglien). Dysfunktionen in verschiedenen Transmittersystemen.

D. Behandlungsmöglichkeiten

Allgemein von großer Wichtigkeit: die Diagnose rechtfertigt oder erfordert nicht in jedem Fall eine spezifische Therapie; ausschlaggebend ist der Schweregrad und die funktionelle Auswirkung

Medikamentös:

Stimulanzien: Methylphenidat in unretardierter (Ritalin®) oder retardierter (Medikinet®, Concerta®) Form

Atomoxetin (Strattera®), selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-hemmer

Antidepressiva

Alles off – label!

D. Behandlungsmöglichkeiten (2)

Paradoxe Effekt v. a. der Stimulanzien: Aufputschmittel wirken beruhigend und ordnend! Das geht nur unter besonderen neurobiologischen Voraussetzungen!

Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie

Psychoedukation

Coaching

Kombination vermutlich am besten!

E. Chancen durch ADS?

Zumindest bei leichter Ausprägung durchaus möglich:

Hypersensibilität/Empathie/ausgeprägter Gerechtigkeitssinn

Begeisterungsfähigkeit/Kreativität/Offenheit

Spontaneität als Ausdruck richtig dosierter Impulsivität

Hyperaktivität und Leistungssport?

Wahrnehmung von Details am Rande

Hyperfocussierung (?)

F. Schwierigkeiten mit ADS für Behandler?

Vergleichsweise neue Diagnose, noch nicht generell etablierte Diagnosegewohnheiten, differentialdiagnostische Abgrenzungsprobleme, v. a. zu den Persönlichkeitsstörungen; Akzeptanz der Diagnose noch nicht überall gegeben.

Keines der prinzipiell geeigneten Medikamente ist für Erwachsene zugelassen, damit auch keine Pflicht der Krankenkassen zur Kostenübernahme! Sehr unterschiedliche Einzelfallentscheidungen!

Methylphenidat unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz

Verordnung eines solchen Medikaments für Suchtkranke (missbräuchliche Verwendung für „kommerzielle“ Zwecke?)

Verfügbarkeit störungsspezifischer Psychotherapie?

G. ADS in der beruflichen Reha (einige Überlegungen in Stichworten)

Hohe Relevanz von Arbeitsstörungen und Arbeitsplatzkonflikten
für mittelschwer und schwer ADS-Betroffene

Vermutlich hohe Dunkelziffer noch unerkannter ADS –
Betroffener unter Menschen mit beruflichen
Integrationsproblemen

Vermutlich auch gewisse Dunkelziffer bei Menschen mit
komplexen psychischen Problemlagen (ADS – Komponente nicht
diagnostiziert?)

Forschungsbedarf zur Prävalenz von ADS in beruflichen
Rehabilitationseinrichtungen (bei einer Erhebung im BFW
Hamburg 12%! – persönliche Mitteilung Fr. Dr. Reich-Schulze,
Hamburg)

H. „Eine Art Genie“? Kasuistik Igor P. (Name geändert)

22jähriger Russlanddeutscher

Eher seltene Komorbidität Autismus vom Asperger – Typ mit
ADS

Autismus beherrscht das Bild: Sehr wenig Blickkontakt, kaum
Zugang zu eigenen Gefühlen, kommunikativ sehr stark einge-
schränkt. Außerdem ADS und Tic – Störung

Verhaltensauffälligkeiten von frühester Kindheit an.

Sehr hohe Begabung für numerisches und logisch – schluss-
folgerndes Denken.

Studiert an FH Informatik, Schwerpunkt Game – Development
und wird dort für „eine Art Genie“ gehalten

H. Kasuistik Igor. P. (2)

Große Selbststrukturierungs- und Kontaktprobleme

Wesentlich schlechter bei Weglassen von Medikinet: dysphor,
verschlossen, gereizt, kaum kontaktfähig

I. Lektürehinweise

Rösler, M.; A. Philipsen: ADHS im Erwachsenenalter (F90), in: Vorderholzer/Hohagen (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art 2009/2010, München (Urban & Fischer) 2009.

Krause, J. und K. H.: ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Stuttgart (Schattauer) 2009

Ganz passabel ist im Übrigen der Wikipedia – Artikel „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“, auch mit vielen web - Links