

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS) DES ERWACHSENENALTERS

Diagnosekriterien entsprechend DSM-IV und ICD-10

Diagnosestellung anhand von Symptomen aus den beiden Kernsymptomclustern Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität / motorische Hyperaktivität. Zur Diagnosestellung wird gefordert:

- Mindestens 6 Symptome aus dem Bereich Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität / Impulsivität oder jeweils mindestens 6 Symptome aus beiden Bereichen (**S. Tab. 1**)
- Einige der Symptome vor dem 7. Lebensjahr.
- Aufgrund der Symptomatik Beeinträchtigungen in mindestens zwei Lebensbereichen.
- Symptome nicht besser durch eine andere psychische Störung oder eine medizinische Erkrankung erklärbar.

Tab. 1: Symptome der ADHS entsprechend DSM-IV

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler.
- Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.
- Hält häufig Anweisungen anderer nicht durch und kann Arbeiten nicht zu Ende bringen.
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren.
- Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengung erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für Aktivitäten benötigt.
- Lässt sich öfter durch äußere Reize ablenken.
- Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf.
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre sie/er getrieben.
- Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist.
- Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Im Erwachsenenalter problematisch: ICD-10 und DSM-IV-Kriterien wurden fürs Kindesalter konzipiert, Erkrankungsalter oft nur noch unscharf erinnerbar (Erweiterung bei retrospektiver Befragung auf das 12. LJ empfohlen). Wender-Utah-Kriterien explizit für Erwachsene entwickelt (**S. Tab. 2**).

Tab. 2: Wender-Utah-Kriterien der ADHS im Erwachsenenalter	
Aufmerksamkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> - Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen - Erhöhte Ablenkbarkeit - Vergesslichkeit
Motorische Hyperaktivität	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Unruhe - Unfähigkeit, sich zu entspannen - Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuführen - Dysphorie bei Inaktivität
Affektlabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Wechsel zwischen neutraler und niedergeschlagener Stimmung - Dauer von einigen Stunden bis maximal einigen Tagen
Desorganisiertes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten - Aufgaben werden nicht zu Ende gebracht
Affektkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> - Andauernde Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass - Verminderte Frustrationstoleranz und kurze Wutausbrüche
Impulsivität	<ul style="list-style-type: none"> - Unterbrechen anderer im Gespräch - Ungeduld - Impulsiv ablaufende Einkäufe - Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protrahieren
Emotionale Überreagibilität	<ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen, Reizüberflutung, Black-Outs

Subtypen der ADHS gemäß DSM-IV und ICD-10

Im Erwachsenenalter v. a. unaufmerksamer Subtyp und kombinierter Subtyp der ADHS. Hyperaktiv-impulsive Subtyp überwiegend im frühen Kindesalter, bei Erwachsenen von untergeordneter Bedeutung (**S. Tab 3**)

Tab.3. ADHS-Subtypen nach ICD-10 und DSM-IV		
ICD-10	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F90.0
	Andere näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen, Beginn in der Kindheit und Jugend: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität	F98.8.
DSM-IV	ADHS, kombinierter Typ	314.01
	ADHS, vorwiegend unaufmerksamer Typ	314.00
	ADHS, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ	314.01
	ADHS, nicht näher bezeichnet; „Residualtyp“	314.9

Psychiatrische Komorbidität

Hohe Lebenszeitprävalenz weiterer psychiatrischer Erkrankungen bei ca. 80% der Patienten, v. a. depressive Episoden, substanzabhängige Störungen, dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Im Erwachsenenalter Komorbidität mit Ticstörungen und Teilleistungsstörungen von untergeordneter Bedeutung.

Epidemiologie

Langzeituntersuchungen: Bei bis zu 60% der ursprünglich erkrankten Kinder setzt sich die Symptomatik bis ins Erwachsenenalter fort .

Querschnittsuntersuchungen in der Allgemeinbevölkerung: 3 - 4% unter Zugrundelegung von DSM-IV-Kriterien.

Im Gegensatz zum Kindesalter, in dem das Jungen – Mädchen-Verhältnis bei 3 : 1 liegt, besteht im Erwachsenenalter ein relativ ausgeglichenes Männer-Frauen-Verhältnis von 1.5 : 1.

Ätiologie

Genetische Faktoren, v. a. Polymorphismen des dopaminergen Systems (Dopamintransporter, DRD-4-Rezeptor) und Gen-Umweltinteraktionen. ADHS tritt familiär gehäuft auf. Erkrankungsrisiko 1.gradiger Verwandter von ADHS-Patienten 4-5mal höher als bei 1.gradigen Verwandten Gesunder.

Strukturelle und funktionelle Veränderungen im dorsolateralen und orbitofrontalen präfrontalen Cortex, im dorsalen anterioren Cingulum, Striatum und Kleinhirn

Neuropsychologische Untersuchungen: Störungen der Daueraufmerksamkeit, der Interferenzkontrolle (d.h. der Fähigkeit irrelevante Reiz Aspekte zurückzuweisen und auf wesentliche Aspekte zu fokussieren), der Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung, zum Set Shifting (d.h. der Fähigkeit, den Aufmerksamkeitschwerpunkt entsprechend situativer Anforderungen zielgerichtet zu verlagern), der Verhaltensinhibition und Impulskontrolle sowie im nonverbalen und auditiven Arbeitsgedächtnis.

Therapie

Multimodal unter Berücksichtigung von psychiatrischer Komorbidität.

Pharmakotherapie

Methylphenidat ist das Medikament der ersten Wahl. Eine Dosis-Wirkungsbeziehung im Bereich von 0.5-1mg/kg/KG ist relativ sicher nachgewiesen. Die Responderrate liegt bei ca. 70%. Bei Kontraindikationen oder fehlender Wirkung können Amphetamine oder der selektive Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor Atomoxetin eingesetzt werden.

Psychotherapie

Zwei psychotherapeutische Behandlungsansätze der ADHS wurden in ihrer Wirksamkeit evaluiert:

- (1) Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzelpsychotherapieprogramm nach Safren
- (2) Störungsspezifisches Gruppenpsychotherapieprogramm nach Hesslinger („Freiburger Konzept“).

Die kognitive Verhaltenstherapie nach Safren basiert auf einem lerntheoretischen Modell der Funktionsdefizite bei ADHS, im „Freiburger Programm“ werden ebenfalls kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze sowie Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie nach Marsha Linehan verwandt.