

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Im Erwachsenenalter

PD Dr. med. Peter Neu

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Jüdisches Krankenhaus Berlin

Häufigkeiten

Prävalenz ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ca 5% (weltweit ca 8%) (Jungen>Mädchen)
(www.rki.de)

Prävalenz von persistierendem adulter ADHS (mit diagnostizierter ADHS in der Kindheit): 2,58%
(Song et al., Journal of Global Health 2021)

Prävalenz von adulter ADHS (ohne diagnostizierter ADHS in der Kindheit): 6,76%
(Song et al., Journal of Global Health 2021)

ICD-10 Kapitel F9

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der
Kindheit und Jugend

ICD-10 Hyperkinetische Störungen F90.0

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sind erfüllt)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) (F90 und Störung des Sozialverhaltens sind gleichzeitig erfüllt)
- Eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität kann unter F90 nicht verschlüsselt werden und muss unter Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität codiert werden (F98.8)

„Hyperkinetische Störungen treten immer früh in der Entwicklung auf (gewöhnlich in den ersten fünf Lebensjahren)“

Aufmerksamkeit

Unaufmerksamkeit und mangelnde Konzentration zeigen sich meist gegenüber Details (typisch sind sogenannte Sorgfaltsfehler), bei zu erledigenden Aufgaben oder Pflichten und beim Spielen. Betroffene werden häufig von externen Stimuli abgelenkt, scheinen nicht zuzuhören, sind vergesslich bei alltäglichen Aktivitäten, vermeiden ungeliebte Arbeiten und verlieren Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind

Hyperaktivität

Als Hyperaktivität wird eine übermäßig starke Aktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß definiert. Hinweisgebend ist eine psychomotorische Unruhe mit Bewegungsdrang und der gleichzeitigen Unfähigkeit zu sitzen und zu ruhen. Die Kinder fuchteln häufig mit Händen und Füßen, winden sich auf den Sitzen, verlassen ihren Platz oder laufen und klettern in unpassenden Situationen. Sie spielen häufig unnötig laut oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen.

Impulsivität

Impulsivität geht mit einem vorschnellen unüberlegten Handeln sowie der Unfähigkeit, zurückhaltend agieren zu können, einher. Die Kinder platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist, können nicht abwarten, unterbrechen und stören andere und/oder reden exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren. Mitunter reagieren die Kinder auch aggressiv und verhalten sich distanzlos.

DSM-V (2013 revidiert 2022)

im Kapitel neuronale Entwicklungsstörungen.

Für die Diagnose müssen Betroffene mindestens eines der beiden Verhaltensmuster aufweisen:

Unaufmerksamkeit (inattention)

Hyperaktivität-Impulsivität (hyperactivity-impulsivity)

Unaufmerksamkeit

1. schafft es oft nicht, genau auf Einzelheiten zu achten oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, der Arbeit oder anderen Tätigkeiten,
2. hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
3. scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen,
4. folgt Anweisungen oft nicht vollständig und schafft es oft nicht, Schularbeiten, lästige Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz zu vollenden (Verlust von Konzentration; Ablenkung),
5. hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z. B. unordentliches, planlos- desorganisiertes Arbeiten; hält Termine und Fristen nicht ein),
6. vermeidet Aufgaben, die längere geistige Anstrengung erfordern (z. B. Mitarbeit im Unterricht; Ausfüllen von Formularen),
7. verliert oft Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z. B. Schulmaterial, Stifte, Bücher, Werkzeug, Portemonnaie, Schlüssel, Schreibarbeiten, Brille, Mobiltelefon),
8. ist oft leicht von äußeren Reizen oder irrelevanten Gedanken abgelenkt (Reizoffenheit),
9. ist oft vergesslich bei täglichen Aktivitäten (z. B. bei Besorgungen, Bezahlen von Rechnungen, Einhalten von Verabredungen).

Hyperaktivität-Impulsivität

1. hampelt oft mit Händen oder Füßen, schlägt mit ihnen Takt oder windet sich auf dem Sitz,
2. verlässt oft den Sitzplatz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
3. läuft oft herum oder klettert in unpassenden Situationen (bei Jugendlichen oder Erwachsenen reicht hier ein subjektives Gefühl der Unruhe),
4. ist oft nicht in der Lage, ruhig zu spielen oder an Freizeitaktivitäten ruhig teilzunehmen,
5. ist oft „auf dem Sprung“ oder handelt „wie getrieben“ (z. B.: kann nicht länger ruhig an einem Platz bleiben bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z. B. in Restaurants),
6. redet oft übermäßig viel,
7. platzt oft mit einer Antwort heraus, bevor die Frage fertig gestellt ist oder beendet die Sätze anderer,
8. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (z. B. beim Warten in einer Warteschlange),
9. unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen; bei Erwachsenen: unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).

Notwendige spezielle Bedingungen

- Für Erwachsene 5 von 9 Symptomen.
- Symptome sind während der letzten 6 Monate in einem mit dem Entwicklungsstand nicht vereinbaren Ausmaß aufgetreten.
- Negative Auswirkung auf soziale und berufliche Aktivität.
- Nicht nur Ausdruck von Trotz, Feindseligkeit oder Verständnisschwierigkeiten.

Notwendige allgemeine Bedingungen

- Durchgehendes Muster, welches das Funktionsniveau beeinträchtigt.
- Mehrere Symptome traten bereits vor einem Alter von 12 auf.
- Mehrere Symptome bestehen in zwei oder mehr Lebensbereichen.
- Beeinträchtigen das soziale oder berufliche Leben.
- Symptome können nicht durch andere psychische Erkrankung besser erklärt werden.

Neueste Version des in Deutschland gültigen
Klassifikationssystems: ICD-11

6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung ICD-11

6A05.0 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, **überwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild**

Alle diagnostischen Voraussetzungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt und es überwiegen unaufmerksame Symptome.

6A05.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, **überwiegend hyperaktiv-impulsives Auftreten**

Alle diagnostischen Voraussetzungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt und die Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität überwiegen.

6A05.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, **kombinierte Darstellung**

Alle diagnostischen Voraussetzungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt und sowohl hyperaktiv-impulsive als auch unaufmerksame Symptome sind klinisch signifikante Aspekte des aktuellen klinischen Erscheinungsbildes, die beide nicht eindeutig überwiegen.

6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung ICD-11

Ein anhaltendes Muster (z. B. mindestens 6 Monate) von Unaufmerksamkeitssymptomen und/oder eine Kombination aus Hyperaktivitäts- und Impulsivitätssymptomen, die außerhalb der Grenzen der normalen Variation liegt, die für das Alter und den Grad der intellektuellen Entwicklung erwartet wird. Die Symptome variieren je nach chronologischem Alter und Schweregrad der Störung.

Einige Personen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung können sich **erstmalig im Erwachsenenalter** zur Behandlung vorstellen. Bei der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen ist eine Vorgeschichte von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität **vor dem 12. Lebensjahr ein wichtiges bestätigendes Merkmal, das am besten aus schulischen oder lokalen Aufzeichnungen oder von Informanten festgestellt** werden kann, die die Person in der Kindheit kannten. **In Ermangelung solcher bestätigenden** Informationen sollte die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen **mit Vorsicht** gestellt werden.

Unaufmerksamkeit (6A05 ICD-11)

- Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit, die anhaltend und so schwerwiegend sind, dass sie sich **direkt negativ auf das akademische, berufliche oder soziale Funktionieren auswirken**. Die Symptome stammen in der Regel aus den folgenden Clustern:
- Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit auf Aufgaben aufrechtzuerhalten, die kein hohes Maß an Stimulation oder Belohnung bieten oder eine anhaltende geistige Anstrengung erfordern; mangelnde Liebe zum Detail; Flüchtigkeitsfehler in der Schule oder bei Arbeitsaufgaben machen; Aufgaben werden nicht abgeschlossen.
- Lässt sich leicht von fremden Reizen oder Gedanken ablenken, die nichts mit der anstehenden Aufgabe zu tun haben; scheint oft nicht zuzuhören, wenn er direkt angesprochen wird; Scheint häufig Tagträume zu haben oder Gedanken woanders zu haben.
- Verliert Dinge; ist vergesslich bei täglichen Aktivitäten; Schwierigkeiten hat, sich daran zu erinnern, anstehende tägliche Aufgaben oder Aktivitäten zu erledigen; Schwierigkeiten bei der Planung, Verwaltung und Organisation von Schulaufgaben, Aufgaben und anderen Aktivitäten.

Hyperaktivität, Impulsivität (6A05 ICD-11)

- Mehrere Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität, die anhaltend und so schwerwiegend sind, dass sie sich direkt negativ auf das akademische, berufliche oder soziale Funktionieren auswirken. Diese zeigen sich am deutlichsten in strukturierten Situationen, die Verhaltensselbstkontrolle erfordern. Die Symptome stammen in der Regel aus den folgenden Clustern:
- Übermäßige motorische Aktivität; verlässt den Sitz, wenn erwartet wird, dass er still sitzt; läuft oft umher; hat Schwierigkeiten, still zu sitzen, ohne zu zappeln (jüngere Kinder); Gefühle körperlicher Unruhe, ein Gefühl des Unbehagens, wenn es darum geht, still zu sein oder still zu sitzen (Jugendliche und Erwachsene).
- Schwierigkeiten, sich ruhig an Aktivitäten zu beteiligen; redet zu viel.
- Platzt in der Schule mit Antworten heraus, kommentiert bei der Arbeit; Schwierigkeiten beim Warten auf Gespräche, Spiele oder Aktivitäten; Gespräche oder Spiele anderer unterbricht oder stört.
- Eine Tendenz, als Reaktion auf unmittelbare Reize zu handeln, ohne Risiken und Konsequenzen zu bedenken oder zu berücksichtigen (z. B. **Verhaltensweisen mit Potenzial für körperliche Verletzungen, impulsive Entscheidungen, rücksichtsloses Fahren**)

Hyperaktivität, Impulsivität (Fortsetzung)

- Hinweise auf signifikante Unaufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitäts-Impulsivitätssymptome **vor dem 12. Lebensjahr, obwohl einige Personen erst später in der Jugend oder als Erwachsene in klinische Aufmerksamkeit geraten können, oft, wenn die Anforderungen die Fähigkeit der Person übersteigen, Einschränkungen zu kompensieren.**
- Manifestationen von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität müssen in mehreren Situationen oder Umgebungen (z. B. zu Hause, in der Schule, bei der Arbeit, mit Freunden oder Verwandten) offensichtlich sein, variieren jedoch wahrscheinlich je nach Struktur und Anforderungen der Umgebung.
- Die Symptome werden nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt (z. B. eine Angststörung oder eine angstbedingte Störung, eine neurokognitive Störung wie ein Delirium).
- Die Symptome sind nicht auf die Auswirkungen einer Substanz (z. B. Kokain) oder eines Medikaments (z. B. Bronchodilatoren, Schilddrüsenersatzmedikamente) auf das Zentralnervensystem zurückzuführen, einschließlich und Entzugerscheinungen, und sind nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen.

Genetische Grundlage der ADHS

Adoptions- und Zwillingsstudien - zeigen durchschnittliche Heritabilität von 0.7 bis 0.8

Kopplungsanalysen – nicht hypothesengeleiteter genomweiter Untersuchungsansatz

Einzelmarkeruntersuchungen – hypothesengeleitet aufgrund mutmaßlicher Pathophysiologie, z.B. Serotonintransportergene, Dopamintransportergene, Dopaminrezeptorgene

Polygenetische Risikoscores – kumulativer Effekt anhand der Anzahl von Risikoallelen

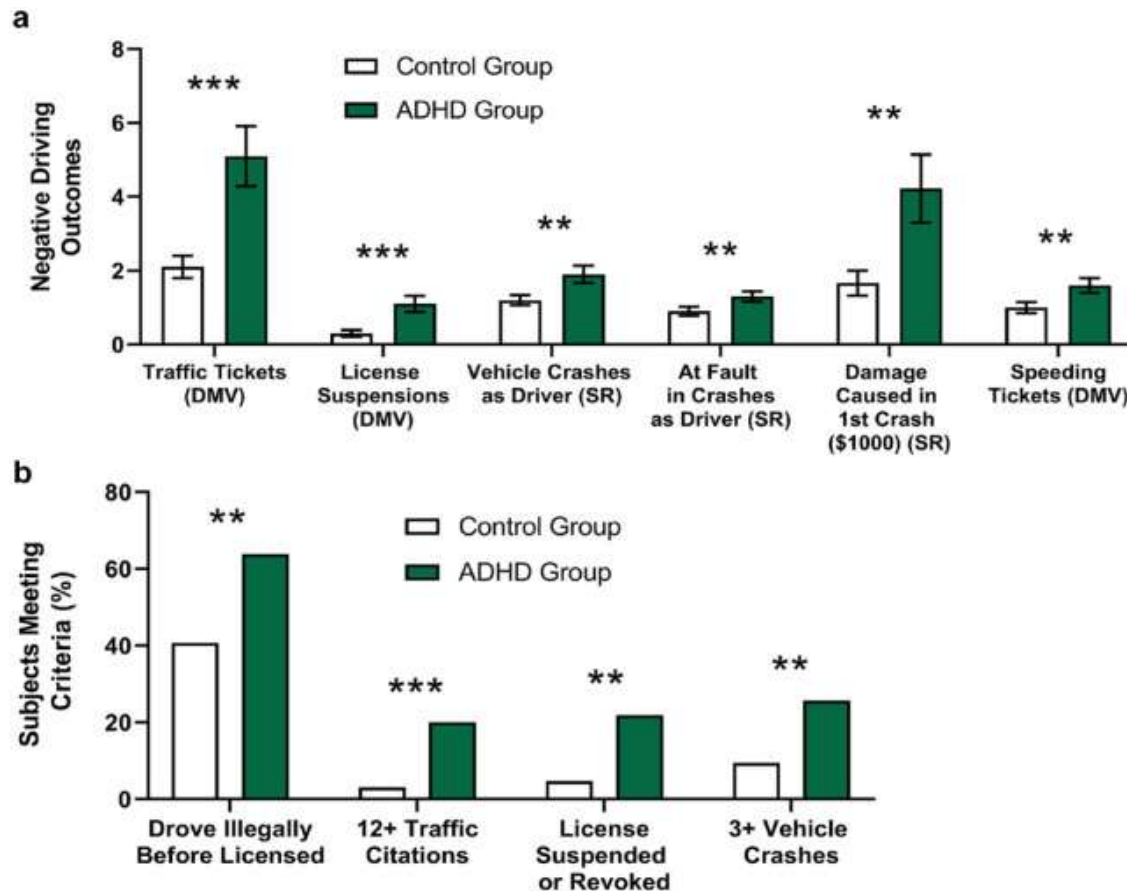
Epigenetik – Aktivierung von Risikogenen aufgrund von z.B. Methylierung ausgelöst durch Umweltfaktoren

Hohmann et al., Zeitschrift für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2022

Durch ADHS beeinträchtigte Funktionsbereiche

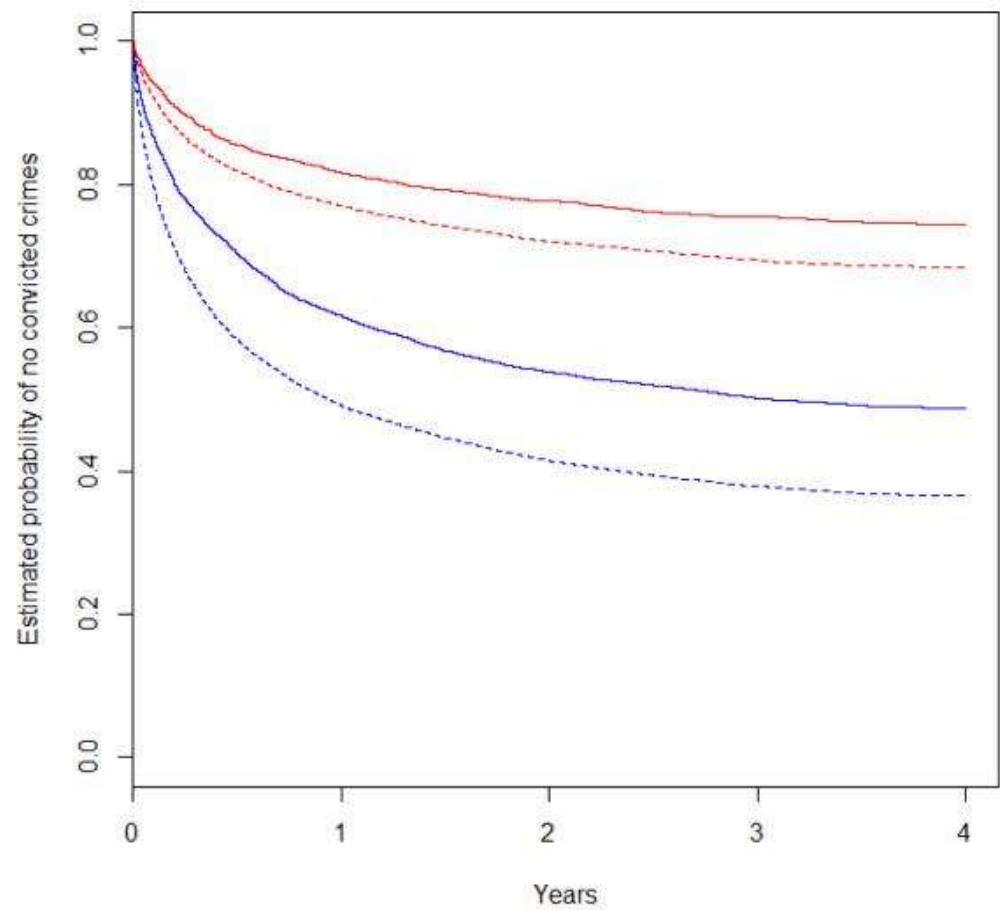


Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning



Daten: Barkley et al., J Int Neuropsychol Soc 2002
Abb.: Kosheleff et al., Journal of Attentional Disorders 2023

Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality

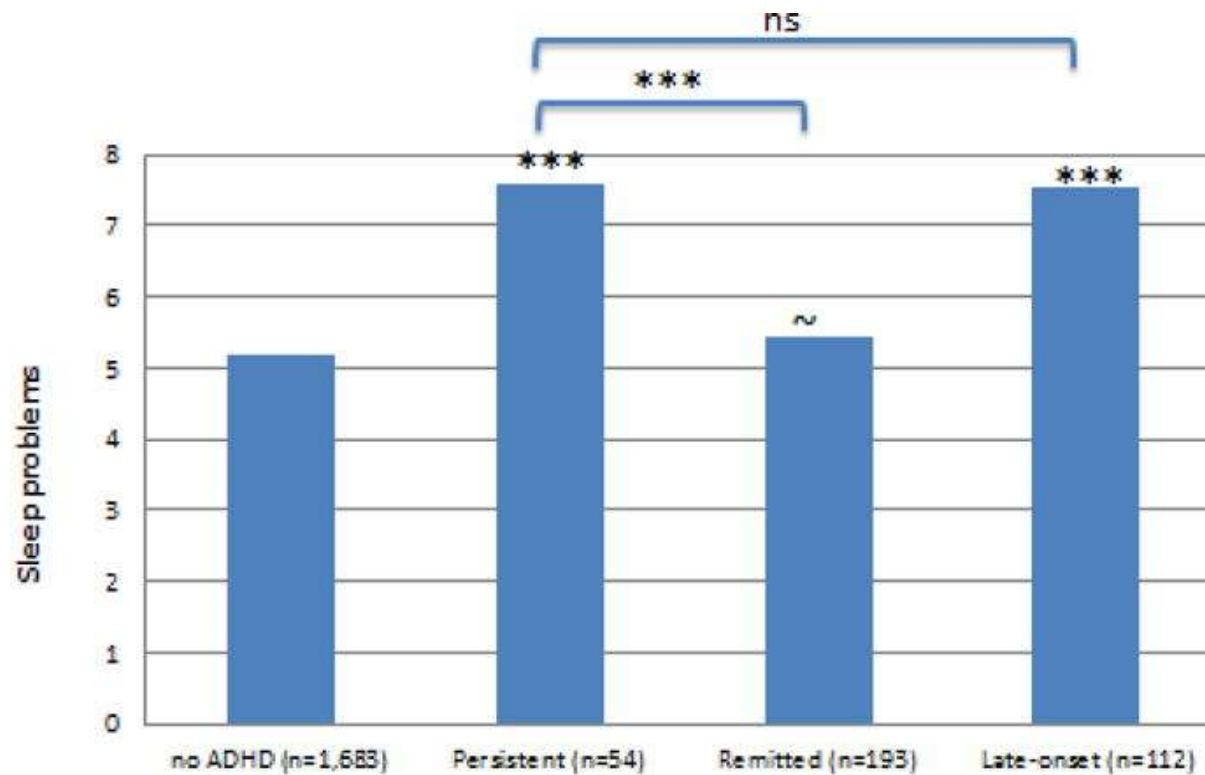


Lichtenstein et al., N Engl J Med 2012

Erklärung der internationalen Konsensusgruppe über die Diagnose und Behandlung von Erwachsenen mit ADHS und Abhängigkeitserkrankungen

Die Behandlung der AHDS resultiert nicht in einer Verbesserung der Sucht und umgekehrt. Beide Erkrankungen sollten eigenständig behandelt werden.	2
Vor Diagnose und Behandlung der ADHS sollte eine Abstinenz erzielt werden, es empfiehlt sich jedoch danach eine zügige Diagnose und Behandlung der AHDS.	2
Eine ADHS in der Kindheit ist ein Risikofaktor für eine Suchterkrankung im Erwachsenenalter	1
Die aktuelle Studienlage lässt den Schluss zu, dass eine Behandlung mit Stimulanzien in der Kindheit nicht das Risiko einer Suchterkrankung im Erwachsenenalter erhöht.	1
Die Diagnose der ADHS sollte erfolgen, nachdem die Suchterkrankung zufriedenstellend stabilisiert ist.	1
Wenn beide Erkrankungen vorliegen, sollten den Behandlungsempfehlungen jeweils beider Krankheitsgruppen gefolgt werden und die Überschneidungen berücksichtigt werden.	1
Vor dem Beginn einer AHDS-Therapie mit Stimulantien wie Ritalin oder Methylphenidat sollte eine stabile Abstinenz der Suchterkrankung erreicht sein.	0

Associations between ADHD and sleep quality: Longitudinal analyses from a nationally-representative cohort of twins



~ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Gregory et al., J Clin Child Adolesc Psychol 2017

Eine Diagnose sollte sich auf Befunde unterschiedlicher Quellen stützen, da sonst nicht alle Lebensbereiche abgedeckt werden können.

Untersuchung, ausführlich Anamnese, Fremdanamnese, Testung, Labor, ggf. EEG, Bildgebung

Diagnostik ADHS im Erwachsenenalter

Schulzeugnisse

Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen

DIVA 2.0

Diva 2.0

Teil 1: Aufmerksamkeitsstörungen

Teil 2: Hyperaktivität und Impulsivität

Teil 3: Funktionsstörungen als Folge der genannten Symptome

Teil 1: Aufmerksamkeitsstörung (DSM-IV Kriterium A1)

Instruktionen: Die Symptome im Erwachsenenalter müssen mindestens sechs Monate vorhanden sein. Die Symptome während der Kindheit beziehen sich auf das 5. - 12. Lebensjahr. Nur Symptome, die längere Zeit persistieren und nicht episodisch sind, sollen als ADHS-Symptom klassifiziert werden.

A1

Gelingt es Ihnen häufig nicht, sich ausreichend auf Details zu konzentrieren oder machen Sie Flüchtigkeitsfehler beim Arbeiten oder bei anderen Aktivitäten? *Trat dies auch im Kindesalter auf?*

Beispiele im Erwachsenenalter

- ☐ Macht Flüchtigkeitsfehler
- ☐ Muss langsam arbeiten, um Fehlern vorzubeugen
- ☐ Liest Instruktionen nicht genau
- ☐ Schwierigkeit, detaillierte Arbeit auszuführen
- ☐ Benötigt zu viel Zeit für detaillierte Aufgaben
- ☐ Verliert sich in Details
- ☐ Macht Fehler durch zu hastige Arbeit
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Beispiele im Kindesalter

- ☐ Flüchtigkeitsfehler bei den Hausaufgaben
- ☐ Macht Fehler, weil Fragen nicht sorgfältig gelesen werden
- ☐ Fragen werden nicht beantwortet, weil sie nicht sorgfältig gelesen wurden
- ☐ Vergisst die Rückseite von Tests auszufüllen
- ☐ Rückmeldung von anderen, dass nachlässig gearbeitet wird
- ☐ Überprüft Hausaufgaben nicht
- ☐ Braucht zuviel Zeit für komplexe Aufgaben
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Teil 2: Hyperaktivität und Impulsivität (DSM-IV Kriterium A2)

Instruktionen: Die Symptome im Erwachsenenalter müssen mindestens sechs Monate vorhanden sein. Die Symptome während der Kindheit beziehen sich auf das 5.-12. Lebensjahr. Nur Symptome, die längere Zeit persistieren und nicht episodisch aufgetreten sind, sollen als ADHS-Symptom klassifiziert werden.

H/I 1

Bewegen Sie häufig unruhig Hände und Beine oder kippen Sie oft in dem Stuhl?
Trat dies auch im Kindesalter auf?

Beispiele im Erwachsenenalter

- ☐ Schwierigkeiten, still zu sitzen
- ☐ Zappelt mit den Beinen
- ☐ Klopft mit dem Stift oder spielt mit etwas
- ☐ Kaut Nägel oder spielt mit den Haaren
- ☐ Kann die Unruhe beherrschen, aber gerät dadurch unter Spannung
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Beispiele im Kindesalter

- ☐ Wird häufig durch die Eltern aufgefordert „still zu sitzen“ oder ähnliches
- ☐ Zappelt mit den Beinen
- ☐ Klopft mit dem Stift oder spielt mit etwas
- ☐ Kaut Nägel oder spielt mit den Haaren
- ☐ Unfähig auf einem Stuhl entspannt zu sitzen
- ☐ Kann die Unruhe beherrschen, aber gerät dadurch unter Spannung
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

H/I 2

Stehen Sie häufig in Situationen auf, in denen eigentlich erwartet wird, dass Sie auf Ihrem Platz sitzen bleiben? *Trat dies auch im Kindesalter auf?*

Beispiele im Erwachsenenalter

- ☐ Vermeidet Vorlesungen, Kirche etc.
- ☐ Läuft lieber umher als still zu sitzen
- ☐ Sitzt niemals lange still, ist immer in Bewegung
- ☐ Ist angespannt aufgrund der Anstrengung still zu sitzen
- ☐ Benutzt einen Vorwand, um herumlaufen zu können
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Beispiele im Kindesalter

- ☐ Steht beim Essen und/oder in der Schule häufig auf
- ☐ Findet es sehr schwierig, in der Schule oder beim Essen still zu sitzen
- ☐ Muss aufgefordert werden, stillsitzen zu bleiben
- ☐ Benutzt einen Vorwand, um herumlaufen zu können
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Stören Sie häufiger andere bei ihren Tätigkeiten oder drängen sich auf?
Trat dies auch im Kindesalter auf?

Beispiele im Erwachsenenalter

- ☐ Mischt sich oft bei anderen Personen ein
- ☐ Unterbricht andere Menschen
- ☐ Stört andere ungefragt bei ihrer Beschäftigung
- ☐ Andere Personen weisen auf der Sucht in alles einzumischen hin
- ☐ Hat Schwierigkeiten, die Grenzen anderer zu respektieren
- ☐ Hat zu allem eine Meinung und äußert Sie unmittelbar
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Beispiele im Kindesalter

- ☐ Unterbricht das Spiel von anderen
- ☐ Unterbricht die Unterhaltungen anderer
- ☐ Reagiert auf alles
- ☐ Ist unfähig zu warten
- ☐ Andere:

Symptom vorhanden? ☐ Ja / ☐ Nein

Ergänzung Kriterium A

Erwachsenenalter:

Haben Sie die genannten Symptome von Unruhe und Impulsivität mehr oder häufiger als andere Personen?

☐ Ja / ☐ Nein

Kindheit:

Hatten Sie damals die genannten Symptome von Unruhe und Impulsivität mehr oder häufiger als andere Kinder Ihres Alters?

☐ Ja / ☐ Nein

Teil 3: Funktionsstörungen als Folge der genannten Symptomen (DSM-IV Kriterien B, C und D)

Kriterium B

Bestehen die genannten Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung und/oder von Hyperaktivität und Impulsivität schon immer?

- ☐ Ja (einige Symptome bestanden vor dem 7. Lebensjahr)
- ☐ Nein

Falls nein, Beginn ab dem Lebensjahr

Kriterium C

Auf welchen Gebieten haben oder hatten Ihnen genannte Symptome Probleme bereitet?

Erwachsenenalter

Arbeit/Ausbildung

- ☐ Berufsausbildungen nicht abgeschlossen
- ☐ Arbeitsstelle unter Bildungsniveau
- ☐ Schnell gelangweilt am Arbeitsplatz
- ☐ Muster von vielen kurzzeitigen Anstellungen
- ☐ Schwierigkeiten mit administrativen Tätigkeiten/Planung
- ☐ Keinen Titel erlangt
- ☐ Verlassen des Arbeitsplatzes oder Entlassung aufgrund von Konflikten
- ☐ Leistungsschwach am Arbeitsplatz
- ☐ Frührente/Krankschreibung als Folge der Symptomatik
- ☐ Begrenzte Funktionsstörungen wegen Kompensation durch eine hohe Intelligenz
- ☐ Begrenzte Funktionsstörungen wegen Kompensation durch gute externe Struktur
- ☐ Andere:

Beziehung und/oder Familie

- ☐ Schnell gelangweilt von Beziehungen
- ☐ Beginnt/beendet Beziehungen impulsiv
- ☐ Nicht gleichwertige Beziehung aufgrund der Symptomatik
- ☐ Beziehungsprobleme, viel Streit, fehlende Vertrautheit
- ☐ Scheidung aufgrund der Symptomatik
- ☐ Probleme mit Sexualität aufgrund der Symptomatik
- ☐ Erziehungsprobleme aufgrund der Symptomatik
- ☐ Schwierigkeiten mit Hausarbeit und/oder Verwaltung
- ☐ Finanzielle Problemen/Spielen
- ☐ Wagt sich nicht eine Beziehung einzugehen
- ☐ Andere:

Kindesalter

Ausbildung/Schule

- ☐ Im Vergleich zum IQ unterdurchschnittliches Ausbildungsniveau
- ☐ Klassenwiederholung wegen der Konzentrationsprobleme
- ☐ Kein Schulabschluss/Schulabschluss
- ☐ Längere Zeitdauer zum Erreichen eines Schulabschlusses notwendig
- ☐ Unter Berücksichtigung des IQs Schulabschluss nur mit großer Anstrengung erreicht
- ☐ Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben
- ☐ Förderunterricht aufgrund der Symptomatik
- ☐ Bemerkungen der Lehrer über Verhalten/Konzentration
- ☐ Begrenzte Funktionsstörungen wegen Kompensation durch eine hohe Intelligenz
- ☐ Begrenzte Funktionsstörungen wegen Kompensation durch gute externe Struktur
- ☐ Andere:

Familie

- ☐ Häufig Streit mit Geschwistern
- ☐ Häufig Strafe/Schläge
- ☐ Wenig Kontakt mit der Familie wegen Konflikten
- ☐ Braucht länger Struktur von Eltern als üblich
- ☐ Andere:

Auswertungsbogen

DSM-IV-Kriterium A	Kindheit Ist die Anzahl von A Symptomen ≥ 6 ? Ist die Anzahl von H/I Symptomen ≥ 6 ? Erwachsenenalter* Ist die Anzahl von A Symptomen ≥ 6 ? Ist die Anzahl von H/I Symptomen ≥ 6 ?	☐ Ja / ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Nein
DSM-IV-Kriterium B	Bestehen Symptomatik und Funktionsstörungen lebenslang?	☐ Ja / ☐ Nein
DSM-IV-Kriterium C und D	Die Symptome und Funktionsstörungen sind in mindestens 2 Lebensbereichen vorhanden Erwachsenenalter Kindheit	☐ Ja / ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Nein
DSM-IV-Kriterium E	Die Symptome können nicht besser durch eine andere psychiatrische Erkrankung erklärt werden	☐ Nein ☐ Ja, durch:
	Wird die Diagnose durch eine Fremdanamnese bestätigt? Eltern/Bruder/Schwester/andere, d.h. ** Partner/guter Freund(in)/andere, d.h. ** Schulzeugnisse 0= keine/wenig Hinweise 1= einige Hinweise 2= eindeutige Hinweise	☐ Nicht erhoben ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Nicht erhoben ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Nicht erhoben ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Erklärung:
	Diagnose ADHS ***	☐ Nein Ja, Subtyp ☐ 314.01 Kombiniertes Subtyp ☐ 314.00 Überwiegend unaufmerksamer Subtyp ☐ 314.01 Überwiegend hyperaktiv-impulsiver Subtyp

Differenzialdiagnosen

Autismusspektrumstörungen

Borderlinestörung (vom emotional instabilen oder impulsiven Typ)

andere Persönlichkeitsstörungen

Hyperarousal im Rahmen von PTBS

Bipolare affektive Störung

Dysthymie

Epilepsie

Hyperthyreose

Schlafapnoesyndrom

Differenzialdiagnose Bipolare Störung

ADHS

- Beginnt früher
- Chronisch
- Keine sexuellen Symptome
- Selbstvertrauen negativ
- Affektlabilität/Tag
- Pos. Familienanamnese ADHS

Bipolar

- Beginnt später
- Episodisch
- Sex. Enthemmung (Manie)
- Selbstvertrauen pos (Manie)
- Affektlabilität/Woche
- Pos. Familienanamnese Bipolar

Differenzialdiagnose Borderline

ADHS

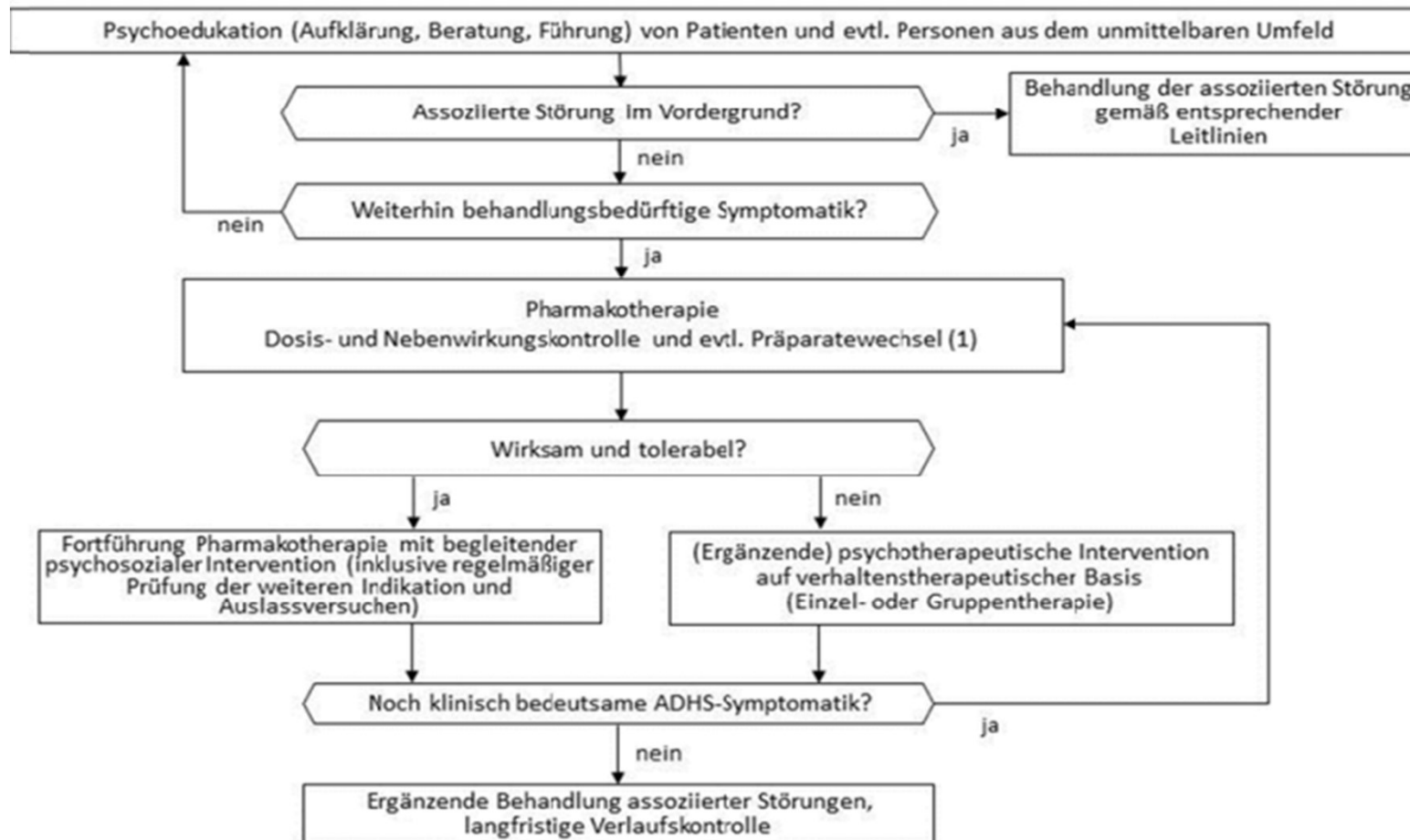
- Beginnt in der Kindheit
- Unbefangen
- Stabileres Beziehungsmuster
- Unberechenbar
- Ungerichtete Impulse

Borderline

- Beginnt in der Adoleszenz
- Negativistisch
- Wechselnde Beziehungen
- Manipulativ
- Selbstverletzende Impulse

Behandlung

S3-Leitlinien-Empfehlung zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter



Zugelassene Medikamentöse Behandlungsoptionen der ADHS

Methylphenidat (z.B. Concerta, Medikinet adult (BtMG!))

Lisdexamfetamin (Elvanse (BtMG!))

Atomoxetin (Strattera) selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung im synaptischen Spalt, NMDA Rezeptor-Blocker (kein Abhängigkeitspotenzial, kein BtMG!)

Guanfacin (α_2 -Adrenozeptor-Agonist) (nur bei Kindern und Jugendlichen)

Castells, et al. J Att Dis 2020: Metaanalyse von 87 random., placebo-kontr., doppelblinden Studien zeigten keinen Gewöhnungseffekt bei längerer Einnahme

Atomoxetin: Strattera®

vornehmlich noradrenerge Stimulierung

Kapseln à 10, 18, 25, 40, 60, 80 und 100 mg

nahrungsmittelunabhängige Pharmakokinetik

nicht betäubungsmittelpflichtig (Rezept)

Nebenwirkung: Leber & “vegetativ”

Wirkungseintritt: schnell & verzögert – Wirkdauer: 24 Stunden

Verträglichkeit – start low, go slow

Metabolismus: CYP2D6

Methylphenidat: Medikinet Adult, Concerta, Ritalin®

vornehmlich dopaminerge und noradrenerge Stimulierung durch Wiederaufnahmehemmung

Kapseln à 5, 10, 20, 30 und 40 mg

nahrungsmittelabhängige Pharmakokinetik !

betäubungsmittelpflichtig (Rezept)

Nebenwirkung: "Cor (Achtung Hypertonie) & care of use"

Wirkungseintritt: schnell – Wirkdauer: 1-4 Stunden

Dosierung – start low, Höchstdosis 80 mg/d

Lisdexamfetamin (Elvanse®)

BtM-pflichtig

Hartkapseln 20mg, 30mg, 40 mg, 50 mg, 60mg, 70 mg (Startdosis 30 mg)

Halbwertszeit ca 11 Stunden

Nebenwirkungen: Appetitverlust, Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, Kopfschmerzen

Kontraindikation: schwere Herzerkrankung, MAO-Hemmer

Guanfacin

Ursprünglich als Antihypertensivum konzipiert, dann Zulassung ADHS für Kinder und Jugendliche

bindet an präsynaptischen α_2A -Adrenozeptoren im präfrontalen Cortex. Durch die Aktivierung dieser Rezeptoren wird die Freisetzung von Noradrenalin reduziert, was eine Abnahme der sympathischen Aktivität und eine Zunahme der parasympathischen Aktivität zur Folge hat.

Langsame Steigerung der Dosis um 1mg auf maximal 7 mg/d

Wechselwirkung: CYP3A4-/5-Inhibitoren oder –Induktoren, Medikamente mit Qtc-Verlängerung

Elimination über Leber und Niere

Sorgfältige Kreislaufkontrolle

Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter mit gutem Wirknachweis

Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2004)

Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter.

Göttingen: Hogrefe

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual unter Einbezug von DBT-Therapieprinzipien
Setting: Gruppe (kann auf das Einzelsetting übertragen werden)
Monofokaler Ansatz
Zielgruppe: ADHS-Betroffene

Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW (2009)

Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual
5 thematische Module, insgesamt 17 Sitzungen
Setting: Einzel (kann auf das Gruppensetting übertragen werden)
Monofokaler Ansatz
Zielgruppe: ADHS-Betroffene

„Gründe für das Überdiagnostizieren von ADHS “

- Zu breite Diagnosekriterien in DSM-V, schwierige Unterscheidung zwischen normaler Variation und Erkrankung
- Nachlässige Diagnosestellung (kein Prüfen von Differenzialdiagnosen, Beschränken der Diagnose auf Ergebnisse von Screening und Testung)
- Zu geringe Überprüfung der Diagnose in der Kindheit, zu wenig Fremdanamnese (DSM-IV forderte ADHS vor dem 7. LJ, DSM-V vor dem 12. LJ)
- Überschätzen der Benefits durch Stimulanzien (wenig Langzeitstudien, auch Gesunde können vorübergehende Verbesserung kognitiver Leistungen durch Stimulantien zeigen)
- Anreize durch gewährte Vorteile (mehr Zeit für Studienarbeiten, staatlich geförderte Zuwendung für „Neurodiverse“)
- Anreize für Forschende und die Industrie
- Moderne Kultur und „Medikamentarisierung“, Wunsch nach, cognitive enhancement, hoher Leistungsdruck

Fazit:

gründliche und kritische Diagnostik

konsequente Behandlung

Überprüfung und Kontrolle des Behandlungsverlaufs

Danke für die Aufmerksamkeit!

Kontakt über die Psychiatrische
Institutsambulanz des Jüdischen Krankenhauses
Berlin

Tel. 4994-2462

Psychiatrie-Ambulanz@jkb-online.de