Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Weimar, 4.5.2022

em. Prof.Dr. rer.nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Basel

unverändert Frage: Eine Modediagnose?

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Gliederung

- **Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?**
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Begriffsvielfalt

- früher Vielzahl unterschiedlicher, z.T. verwirrender Abkürzungen:

  ADD, ADHD, ADS, ADHS, HKS, POS, usw.

- Hintergrund
  - historisch bedingt
  - deutsche oder englische Abkürzungen
  - konzeptuelle Uneinigkeit bzw. unterschiedliche Schwerpunktsetzung
- heute (sowohl DSM-5 als ICD-11):

  ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

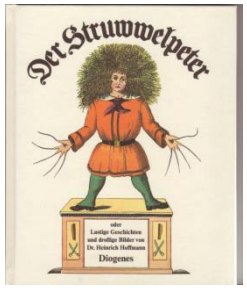
Ursprünge des Konzepts

- Heinrich Hoffmann (Allgemeinarzt und Psychiater)

  (1809-1894)

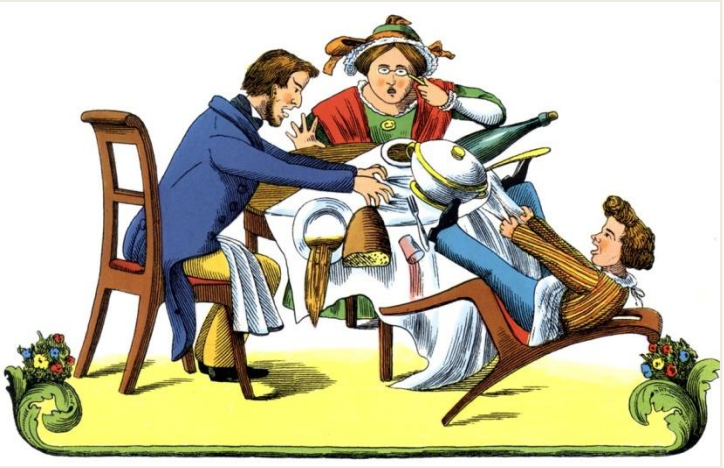
  – Kinderbuch „Struwwelpeter“ (1. Aufl. 1845)

  – <u>wichtig</u>: Zappelphilipp (2. Aufl. 1846) und Hans-Guck-in-die-Luft (5.Aufl. 1847)



Erscheinungsbild ADHS

Aufmerksamkeits-störung



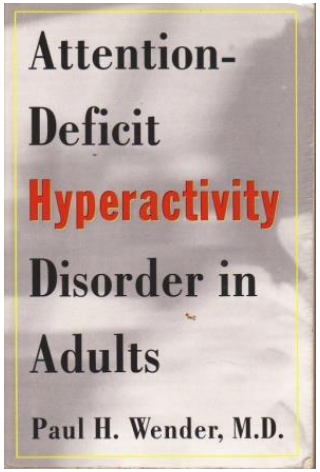
Hyperaktivität

Impulsivität

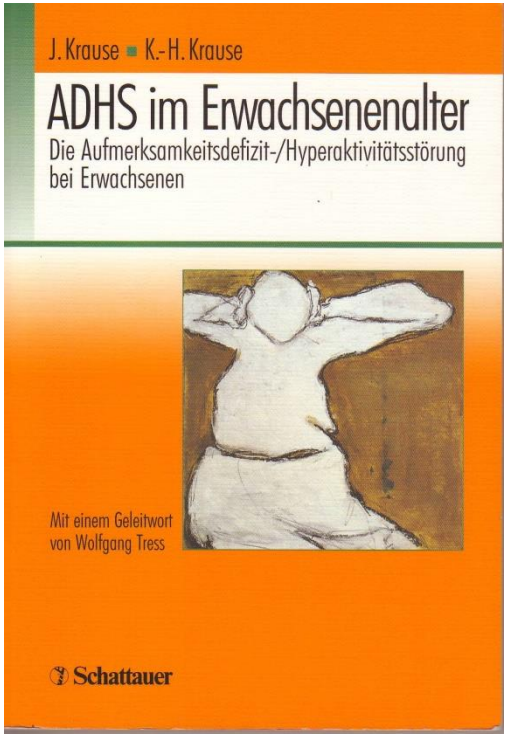
Heinrich Hoffmann (1846)

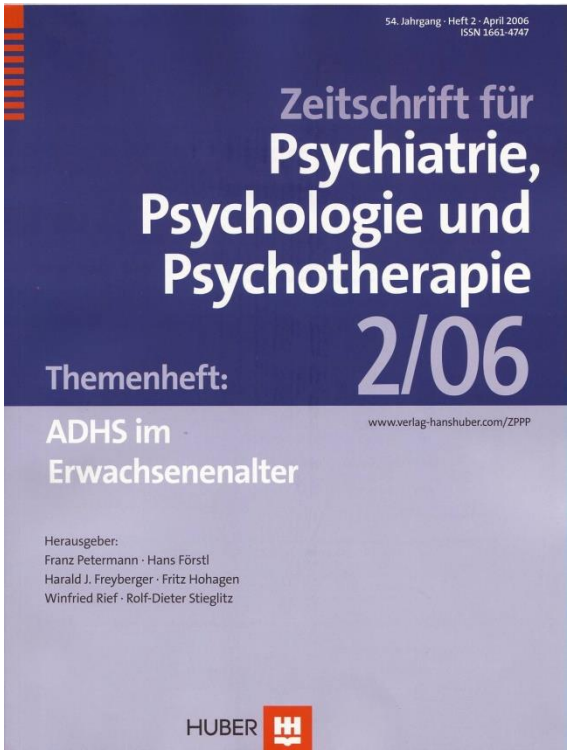
Beginn Interesse an ADHS

- im amerikanischen Raum seit Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre verstärkt beachtet



- 1994 Magazin „Times“ Titelgeschichte
- 1995 Paul Wender erste Monographie
- Deutschsprachiger Bereich
  - 1998 erste deutschsprachige Übersicht (Krause et al., 1998)
  - bis Ende der 90er Jahre in keinem psychiatrischen Lehrbuch erwähnt, dass auch bei Erwachsenen relevant





erstes deutschsprachiges <u>Buch</u> 2002

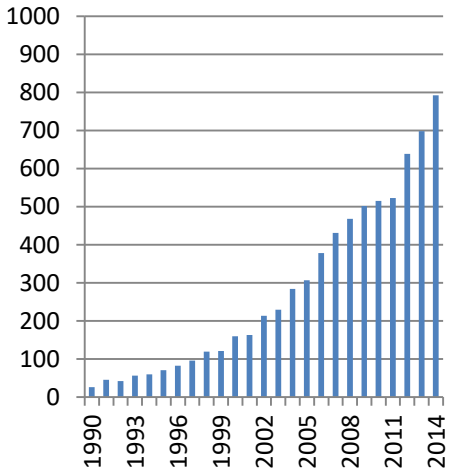
erster deutschsprachiger <u>Ratgeber</u> 2001

erstes deutschsprachiges <u>Themenheft</u> einer Fachzeitschrift 2006

☞ relativ junges Störungsbild bei Erwachsenen

PubMed Literaturrecherchen:
ein Aufwärtstrend (international)

- **Stichworte „ADHD and adults“**
  - Stand 28.3.2022 **13’435 Arbeiten**



– 1990 - 1994	232 Arbeiten
– 1995 - 1999	491 Arbeiten
– 2000 - 2004	1059 Arbeiten
– 2005 - 2009	2183 Arbeiten
– 2010 - 2014	3401 Arbeiten
– 2015 – 2019	4332 Arbeiten

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- **Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?**
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

PROMIS MIT ADHS

Dass man es mit ADHS sogar zu Starruhm bringen kann, zeigen Prominente, die sich zu ihrer Aufmerksamkeitsstörung bekennen: Microsoft-Chef Bill Gates **(1)**, Sängerin Pink **(2)** und die Hollywoodschauspieler Dustin Hoffman **(3)**, Whoopie Goldberg **(6)** und Charlize Theron **(8)**.

Zudem wird heute von vielen berühmten Persönlichkeiten angenommen, dass sie an dieser Störung gelitten haben: John F. Kennedy **(4)**, Albert Einstein **(5)** und Winston Churchill **(7)**.

Annabelle, Heft 11/05

Fallbeispiel 1

Aufgrund zunehmender Verwirrtheit, Desorganisiertheit und Depression hat Arnold A. (47 Jahre alt) einen Psychiater aufgesucht. Er schrieb das Auftreten dieser Symptome Veränderungen zu, welche an seinem Arbeitsplatz (Immobiliengeschäft) stattgefunden haben. Zusätzlich musste er sich um seinen Vater kümmern, welcher kürzlich einen Schlaganfall erlitten hatte und gezwungen wurde, in den Ruhestand zu gehen. Kurze Zeit später ging die Managerin des Immobiliengeschäftes in Rente, welche während 35 Jahren das Büro genau kontrolliert und mit einem Auge fürs Detail geführt hat. Dadurch verlief die Arbeit nicht mehr reibungslos und glatt. Dazu kam, dass der Patient nicht mehr länger in der Lage war, sein Leben zuhause zu organisieren und der Haushalt geriet immer mehr aus den Fugen. Seine Frau - er nannte sie einen Marine-Feldwebel - versuchte die Löcher zu stopfen, doch ihre Kräfte begannen sich zu erschöpfen. Dem Patienten wurden mehrere Antidepressiva verschrieben, erzielte jedoch keine merklichen Verbesserungen.

☞ Mustererkennung

Fallbeispiel 2

Barbara B. ist eine 32-jährige Mutter von zwei hyperaktiven Jungen. Die Söhne erhielten Medikamente, welche ihr Verhalten in der Schule erheblich verbessert haben. Zuhause aber blieben grosse Schwierigkeiten bestehen, mit den beiden umzugehen. Es war für die Mutter unmöglich, etwas zu organisieren, Zeitpläne vorzuschreiben oder zu gewährleisten, dass sonstige Abmachungen eingehalten wurden. Sie fing an, auf unbedeutende Provokationen über zu reagieren, verlor die Beherrschung und drohte Strafen an, welche sie niemals ausgeführt hätte. Sie ging zu einem Psychologen, welcher versucht hat, ihr die Prinzipien des Verhaltens-Managements beizubringen, leider ohne Erfolg. Die Patientin bekam drei Kinder von drei Männern; das erste Mal im Alter von 16 Jahren. Doch keine dieser Beziehungen verlief erfolgreich. Sie musste Schule verlassen, führte ein paar einfache, untergeordnete Jobs aus und bezog Sozialhilfe. Infolge der Unfähigkeit, ihr Leben zu organisieren, den Haushalt zu führen und Langzeit-Therapie mithilfe diverser Therapeuten unumgänglich.

☞ **Mustererkennung**

Fallbeispiel 3

David D., ein 35-jähriger Mann erschien mit seiner Frau aufgrund chronischer Beziehungsschwierigkeiten. Diese rührten von der Persönlichkeit des Patienten her. Seine Frau beschreibt ihn zwar als „liebend und fürsorglich“, bezeichnet es aber als unmöglich, mit ihm zusammenzuleben. Er war für die administrative Verwaltung des Haushaltes zuständig, erledigte diesen Job aber miserabel. Rechnungen wurden nicht rechtzeitig bezahlt und Reparaturen wurden versäumt. Steuerbelege wurden immer verlegt und der Zeitpunkt der Bezahlung der Steuern wurde nicht eingehalten. Auf diese Schwierigkeiten reagierte er mit kurzen Ausbrüchen von Ärger; er explodierte verbal, niemals physisch und beruhigte sich danach schnell wieder. Seine gute Laune kehrte jeweils innerhalb von Minuten zurück, während sich die Ehefrau für den Rest des Tages Sorgen machte. Aufgrund seiner Unruhe fand sie es schwer, ihn um sich zu haben. Er sass nicht still, weder beim Nachtessen noch vor dem Fernseher und tippte immer während mit seinen Füssen und Fingern. Seine Impulsivität war ebenfalls ein Problem; er sprach ohne zu überlegen, verletzte ihre Gefühle, brachte die Kinder durcheinander und verhielt sich feindlich gegenüber Freunden. Ebenso erlag er wiederkehrenden Kaufimpulsen, welche die Familienschulden erhöhten. Das Paar wurde beraten und erhielt eine Kommunikationstherapie, ohne wertvollen Nutzen.

☞ **Mustererkennung**

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- **Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?**
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Klassifikation in der ICD-10

Abschnitt „F9 Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“

- F90 hyperkinetische Störungen
- F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
  - Beginn und Verlauf: vor 7. Lebensjahr, mind. 6 Monate
  - Symptomkriterien

Überaktivität (mindestens 3 Symptome)	1 ist unruhig mit Händen und Füßen 2 kann nicht sitzen bleiben 3 läuft häufig herum 4 ist laut bei Aktivitäten 5 exzessive motorische Aktivitäten
Impulsivität (mindestens 1 Symptom)	1 platzt mit Antworten heraus 2 kann schlecht warten 3 unterbricht und stört andere 4 redet exzessiv

Unaufmerksamkeit (mindestens 6 Symptome)	1 ist unaufmerksam gegenüber Details 2 hat Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten 3 hört scheinbar nicht zu 4 kann Erklärungen nicht folgen, Pflichten nicht erfüllen 5 hat Probleme, zu organisieren 6 vermeidet Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen verlangen 7 verliert Dinge 8 ist häufig abgelenkt 9 ist vergesslich im Alltag

☞ **dort nicht als ADHS bezeichnet!!**

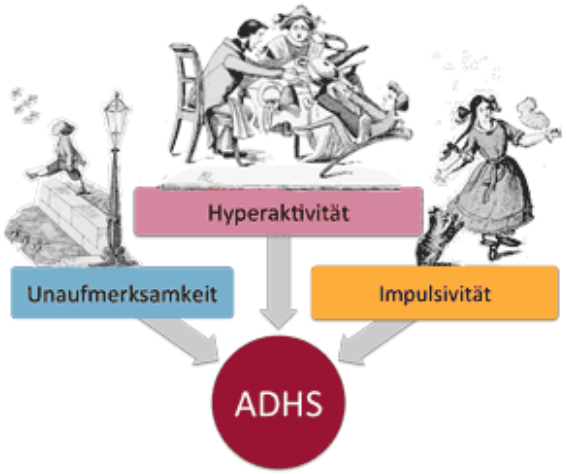
(ICD: International Classification of Diseases der WHO)

ADHS-Diagnosen nach ICD-10

Aufmerksamkeitsstörung + Hyperaktivität + Impulsivität

situationsübergreifend

→ **F90.0**
Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung



ADHS in der ICD-11

Elemente	Inhalt
Bezeichnung	6A06 Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Beginn und Dauer	persistierendes Muster (mind. 6 Monate) beginnend vor dem 12. Lebensjahr
Bereiche	• Unaufmerksamkeit • Hyperaktivität-Impulsivität
Diagnostischer Algorithmus	• nicht spezifiziert, da Klinische Leitlinien • keine Vorgabe bestimmter Anzahl von Symptomen («several») • kein Symptom verbindlich
Spezifizierungen	• sog. «specifiers» zur Bezeichnung des im Vordergrund stehenden Störungsbildes • 6A06.0 «predominantly inattentive presentation» • 6A06.1«predominantly hyperactive-impulsive presentation» • 6A06.2 «combined presentation»
Situationen	manifestiert sich über verschiedene Situationen und Settings hinweg
Ausschluss	• Symptome nicht besser durch eine andere psychische Störung zu erklären (z.B. affektive Störung) • Symptome nicht auf den Einfluss von Substanzen (z.B. Kokain) oder Medikamente (z.B. Schilddrüsenmedikation) zurückführbar

Beginn Abklärung

Patientenaussagen

- „...lang andauerndes Gefühl irgendetwas stimmt nicht, ohne genau sagen zu können, was es ist“
- „...das Leben geht irgendwie an mir vorbei“
- „...Ich bekomme irgendwie mein Leben nicht geregelt“
- „Ich habe schon viele Medikamente bekommen, nichts hat mir geholfen“

Zentrale Fragen bei der Abklärung

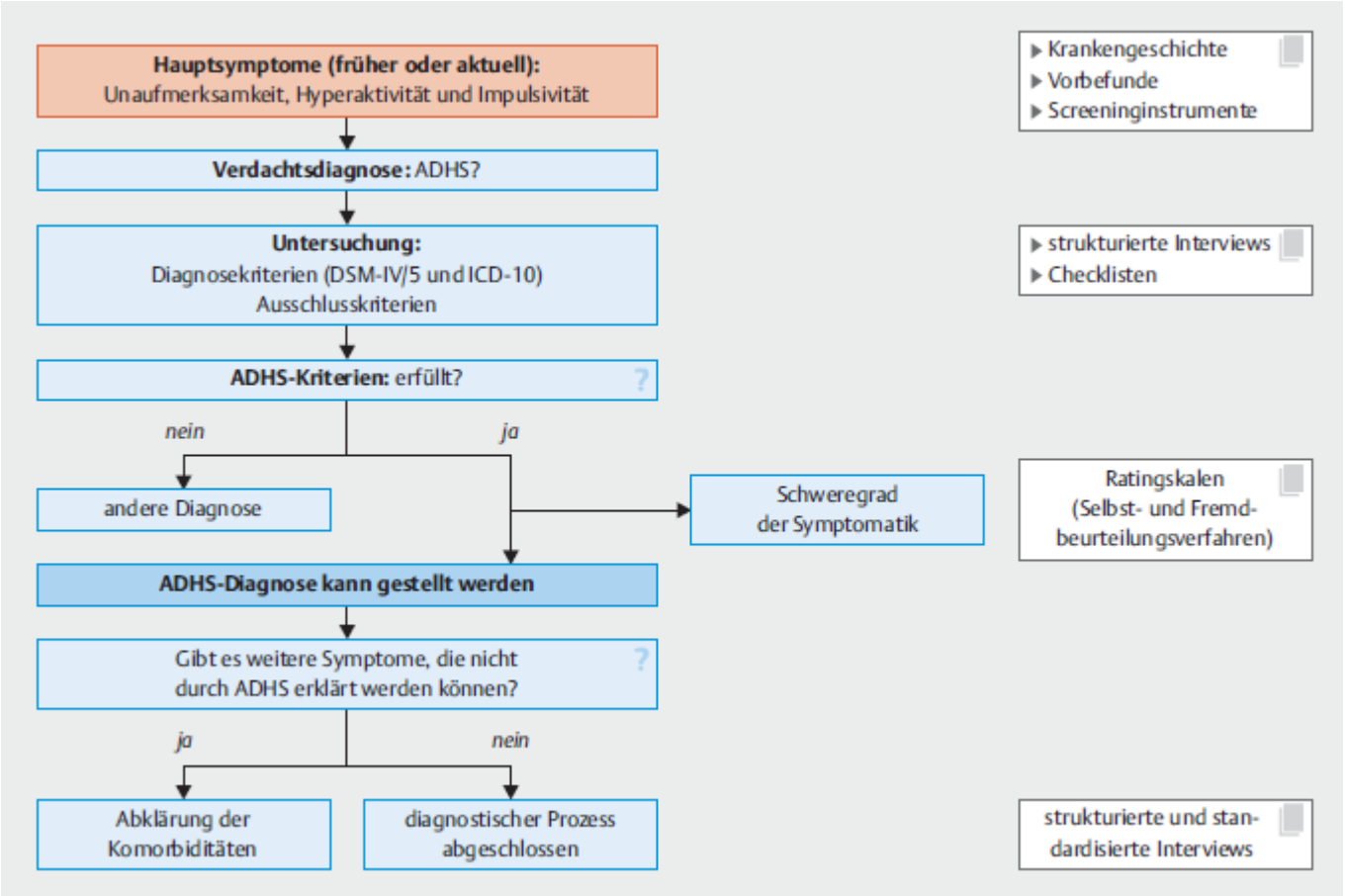
- Bei der Abklärung einer ADHS-Diagnose sollten **vier grundsätzliche Fragen** beantwortet werden:
  - Ist zweifelsfrei bewiesen, dass die ADHS-Symptome schon in der frühen Kindheit vorhanden waren, welche, zumindest ab Mitte der Schuljahre, zu substanziellen und chronischen Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen geführt haben?
  - Existieren überzeugende Beweise, dass die ADHS-Symptome dem Patienten gegenwärtig wesentliche und beständige Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen verursachen?
  - Gibt es andere Störungen, welche das aktuelle klinische Bild besser erklären als die ADHS?
  - Weisen Patienten, welche die Kriterien für eine ADHS erfüllen, andere psychische (komorbide) Störungen auf?

ADHS-Diagnostik: Datenebenen und -quellen

(✓ = mit relativer Sicherheit zu beurteilen)

Psychologische Datenebene	Datenquellen				
Konstrukte	Patient	Therapeut	Soziale Bezugs-personen	Unabhängiger Beobachter	Andere (Zeugnisse, Krankengeschichten etc.)
Gegenwärtiges Erleben	✓	✓			
Vergangenes Erleben	✓				
Gegenwärtige Leistung	✓		✓	✓	
Vergangene Leistung	✓		✓		✓
Gegenwärtiges Verhalten	✓	✓	✓	✓	
Vergangenes Verhalten	✓		✓		✓

ADHS: Diagnostischer Algorithmus



Stieglitz & Rösler (2018)

Untersuchung von Erwachsenen mit Verdacht auf ADHS

- Diagnostische Hilfsmittel: störungsspezifisch
  - Screening
    - Selbstbeurteilungsverfahren (Beispiele)
      - Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) der WHO ➔ DSM-IV-Kriterien (Normen CH: Mörstedt et al., 2018)
      - Wender-Utah-Rating-Scale Kurzform (WURS-k) ➔ Wender-Kriterien (dt. Rösler et al., 2008)
      - ADHS-Selbstbeurteilung (ADHS-SB) ➔ ICD-10 (dt. Rösler et al., 2008)

Screeninginstrument

Psychological Medicine, 2005, **35**, 245–256. © 2004 Cambridge University Press
DOI: 10.1017/S0033291704002892 Printed in the United Kingdom

The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population

RONALD C. KESSLER*, LENARD ADLER, MINNIE AMES, OLGA DEMLER, STEVE FARAONE, EVA HIRIPI, MARY J. HOWES, ROBERT JIN, KRISTINA SECNIK, THOMAS SPENCER, T. BEDIRHAN USTUN AND ELLEN E. WALTERS

Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala für Erwachsene V1.1 (ASRS-V1.1)

von WHO Composite International Diagnostic Interview
(Internationale Diagnostische Befragung der Weltgesundheitsorganisation)
© Weltgesundheitsorganisation

Datum

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und sich benommen haben. Geben Sie bitte beim nächsten Arzttermin den ausgefüllten Fragebogen der medizinischen Fachkraft, um die Ergebnisse zu besprechen.

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Feinheiten einer Arbeit zum Abschluss zu bringen, nachdem Sie die wesentlichen Punkte erledigt haben?					
2. Wie oft fällt es Ihnen schwer, Dinge in die Reihe zu bekommen, wenn Sie an einer Aufgabe arbeiten, bei der Organisation gefragt ist?					
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verabredungen zu erinnern?					
4. Wie oft vermeiden Sie oder verzögern Sie, die Aufgabe zu beginnen, wenn Sie vor einer Aufgabe stehen, bei der sehr viel Denkvermögen gefragt ist?					
5. Wie oft sind Ihre Hände bzw. Füße bei langem Sitzen in Bewegung?					
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und verspüren den Drang Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben würden?					

<u>Verdacht</u>: mindestens 4 Markierungen in den dunkeln hinterlegten Feldern

JAMA Psychiatry | Original Investigation

The World Health Organization Adult Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for *DSM-5*

Berk Ustun, MS; Lenard A. Adler, MD; Cynthia Rudin, PhD; Stephen V. Faraone, PhD; Thomas J. Spencer, MD; Patricia Berglund, MBA; Michael J. Gruber, MS; Ronald C. Kessler, PhD

JAMA Psychiatry. 2017;74(5):520-526. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0298
Published online April 5, 2017. Last corrected on October 2, 2019.

Adult ADHD Self-Report Screening Scale
for DSM-5 (ASRS-5)

© New York University and President and Fellows of Harvard College

from Composite International Diagnostic Interview for DSM-5 (CIDI-5.0)

© President and Fellows of Harvard College

Date

Check the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months. Please give the completed questionnaire to your healthcare professional during your next appointment to discuss the results.

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1. How often do you have difficulty concentrating on what people are saying to you even when they are speaking to you directly?					
2. How often do you leave your seat in meetings or other situations in which you are expected to remain seated?					
3. How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself?					
4. When you're in a conversation, how often do you find yourself finishing the sentences of the people you are talking to before they can finish them themselves?					
5. How often do you put things off until the last minute?					
6. How often do you depend on others to keep your life in order and attend to details?					

offiziell noch nicht auf Deutsch verfügbar

Bausteine der Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter

- Komplette psychiatrische Anamnese
- Erfassung von Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten
- Ausschluss organischer psychischer Störungen
- Standardisierte psychologische Untersuchungsinstrumente

☞ **zeitaufwändig, da das gesamte Leben Gegenstand der Beurteilung ist!!**

ADHS: Anamnese

Allg. Angaben	u.a. sozio.-dem. Angaben, frühere Abklärung
Familienanamnese	u.a. familiäre Situation, Geschwister, Eltern
Psychiatrische Anamnese	u.a. aktuelle und frühere Behandlungen, Depression und Suizidalität, aktueller und früherer Konsum von Substanzen
Psychiatrische Familienanamnese	u.a. Erkrankungen in der Familie wie ADHS
Entwicklungs-geschichte	u.a. Geburtskomplikationen, Entwicklungsverzögerungen, ernsthafte Kinderkrankheiten
Schulische Entwicklung	u.a. Schulprobleme, Zeugnisse, Abschluss, Probleme Hausaufgaben
Beruflicher Werdegang	u.a. Ausbildung, ausgeübte Tätigkeiten, Kündigungen, Probleme
Medizinische Anamnese	Aktuelle und frühere körperliche Erkrankungen, hier auch Unfälle
Soziale Anamnese	u.a. überwiegende Stimmungslage, soziale Beziehungen, Führerschein, Probleme durch ADHS

in der Literatur: Auszug Zeugnis

Die Oliver-Polak-Show hatte in der ersten Klasse der Grundschule Premiere. Die Kritiken waren auch durchweg positiv. Im ersten Zeugnis stand:

»Oliver ist mit Interesse bei allen Fächern dabei. Seine Einfälle sind oft unterrichtserheiternd und belebend.«

Das spornte mich natürlich an, und ich begann, mich zu spezialisieren, mich nur noch auf meine Kernbegabungen zu konzentrieren. Diese Bemühungen wurden erkannt und respektiert. Im zweiten Zeugnis hieß es schon:

»Oliver ist häufig nicht in der Lage, sich im Unterricht zu konzentrieren. Er lenkt seine Mitschüler oft ab und arbeitet dann auch nur sehr flüchtig.«

Etwas negativ formuliert, aber durchaus zutreffend, genau wie die Schlußfolgerung, die meine Lehrer aus der vielumjubelten 85er Grundschultournee zogen:

»Oliver hat die Bedeutung von Schule und schulischer Leistung noch immer nicht erfaßt.«

Nur meine Mutter machte sich Sorgen und spähte einen Kinderpsychologen in Oldenburg aus. Mir erzählte sie, daß wir zum Einkaufen fahren, aber als wir in Oldenburg ankamen, hielten wir nicht wie gewohnt bei der Fußgängerzone, sondern auf dem Parkplatz einer Arztpraxis.

Oliver Polak,
dt. Kabarettist

Verfahren	Abk.	Autoren	Aufbau
Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene	HASE	Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz (2008)	Selbstbeurteilungsverfahren • Wender Utah Rating Skala (WURS-K; 21 + 4 Items) • ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB; 22 Items) Fremdbeurteilungsverfahren • Wender-Reimherr-Interview (WRI; 33 Items) Checklisten • Diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-CL; 22 Items) • Checkliste komorbider Störungen (22 Items)
ADHS-Screening für Erwachsene	ADHS-E	Schmidt & Petermann (2013)	Selbstbeurteilungsverfahren • Kernscreening (ADHS-E; 25 Items) • Fragebogen Langform (ADHS-LE; 65 Items) • Substanzmittelscreening (15 Items)
Kölner ADHS-Test für Erwachsene	KATE	Lauth & Minsel (2014)	Selbstbeurteilungsverfahren • Selbstbeurteilung von Hinweisen auf ADHS (6 Items) • Fragebogen zu den „Exekutiven Funktionen" nach Barkley et al. (39 Items) Fragebogen zum Funktionsniveau 10 Items) • Verhaltensmerkmale der ADHS nach DSM-IV-TR (18 Items) Fremdbeurteilungsverfahren • Allgemeiner Erfassungsbogen (6 Items)
Conners Skalen zur Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene	CAARS	Christiansen, Hirsch, Abdel-Hamid & Kiss (2014)	Selbstbeurteilungsverfahren: • CAARS Langversion (CAARS-L SB; 66 Items) • CAARS Kurzversion (CAARS-K SB; 26 Items) • CAARS Screening-Version (CAARS-S SB; 30 Items) Fremdbeurteilungsverfahren: • CAARS Langversion (CAARS-L FB; 66 Items) • CAARS Kurzversion (CAARS-K FB; 26 Items) • CAARS Screening-Version (CAARS-S FB; 30 Items)

Deutschsprachige Testbatterien zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene

2. Aufl. 2020

- **Wender Utah Rating Scale (WURS-K) ☞ früher**
  - Selbstbeurteilungsverfahren
  - 20 ADHS-Items + 4 Kontroll-Items
  - Quantifizierung der Items 0 – 4
  - Cut-off 30 Punkte: Spezifität 76% - 92% / Sensitivität 85% - 93%
- **ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) ☞ heute**
  - Selbstbeurteilungsverfahren
  - 18 DSM-IV/-5 Items Psychopathologie + 4 Zusatz-Items
- **Wender-Reimherr-Interview (WRI) ☞ als Erwachsener**
  - halbstrukturiertes Interview
  - 2 Versionen für Diagnostik und Verlaufskontrolle
  - 28 Items, 7 Subskalen entsprechend Utah Kriterien für adulte ADHS
- **Wender-Reimherr-Selbstbeurteilung zur adulten ADHS (WR-SB) ☞ als Erwachsener**
  - Selbstbeurteilungsverfahren
  - 53 Items, 10 Subskalen
- **Diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-CL) ☞ als Erwachsener**
  - 22 Kriterien orientiert an DSM-5 sowie ICD-10/-11
  - Diagnosenalgorithmus

HASE: WURS-K

Name	Wender Utah Rating Scale - Kurzform
Kennzeichen	Selbstbeurteilungsverfahren;
Aufbau	25 Items; davon 21 relevant für ADHS; Rest Kontrollitems
Durchführung	ca. 10 Minuten
Auswertung	Summenwert der 21 ADHS-relevanten Items
Interpretation	Cut-Off-Wert; ≥ 30: Verdacht auf ADHS
Anmerkungen	Retrospektive Bewertung von Symptomen im Alter von 8 - 10 Jahren

WURS-K

Wender Utah Rating Scale Kurzform

_____ **HASE**

Patienten-Nr. I__I__I__I

Datum I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: I__I__I I__I__I I__I__I
T T M M J J

Alter (in Jahren) I__I__I

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Schwierigkeiten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und entscheiden Sie jeweils, ob und wie stark diese Verhaltensweise, diese Eigenschaft oder dieses Problem bei Ihnen als Kind im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren, als sie in die Grundschule gingen, ausgeprägt war. Dabei stehen Ihnen 5 verschiedene Antwortalternativen zur Verfügung.

trifft nicht zu	gering ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
⓪	①	②	③	④

	trifft nicht zu	gering ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
1. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	⓪	①	②	③	④
2. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich zappelig und nervös.	⓪	①	②	③	④
3. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	⓪	①	②	③	④
4. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	⓪	①	②	③	④
5. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	⓪	①	②	③	④
6. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	⓪	①	②	③	④
7. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	⓪	①	②	③	④
8. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	⓪	①	②	③	④
9. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	⓪	①	②	③	④
10. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	⓪	①	②	③	④
11. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	⓪	①	②	③	④
12. Als Kind im Alter von 8 bis 10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	⓪	①	②	③	④

HASE

Michael Rösler
Petra Retz-Junginger
Wolfgang Retz
Rolf-Dieter Stieglitz

Wender-Reimherr-Interview (WRI)

Amerikanische Version
von P. H. Wender und F. W. Reimherr

HASE: WRI

Name	Wender-Reimherr-Interview
Kennzeichen	Interview
Aufbau	7 Symptombereiche (Hauptkriterien: Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität/ Rastlosigkeit, Nebenkriterien: Temperament, affektive Labilität, emotionale Übererregbarkeit, Desorganisation, Impulsivität)
Durchführung	25 - 35 min
Auswertung	Dimensional oder kategorial: Symptombereiche; beide Hauptkriterien, mindestens 2 Nebenkriterien
Interpretation	Schweregrad oder Diagnosekriterien erfüllt
Anmerkungen	Konzept nach P. Wender, nicht DSM-IV oder ICD-10

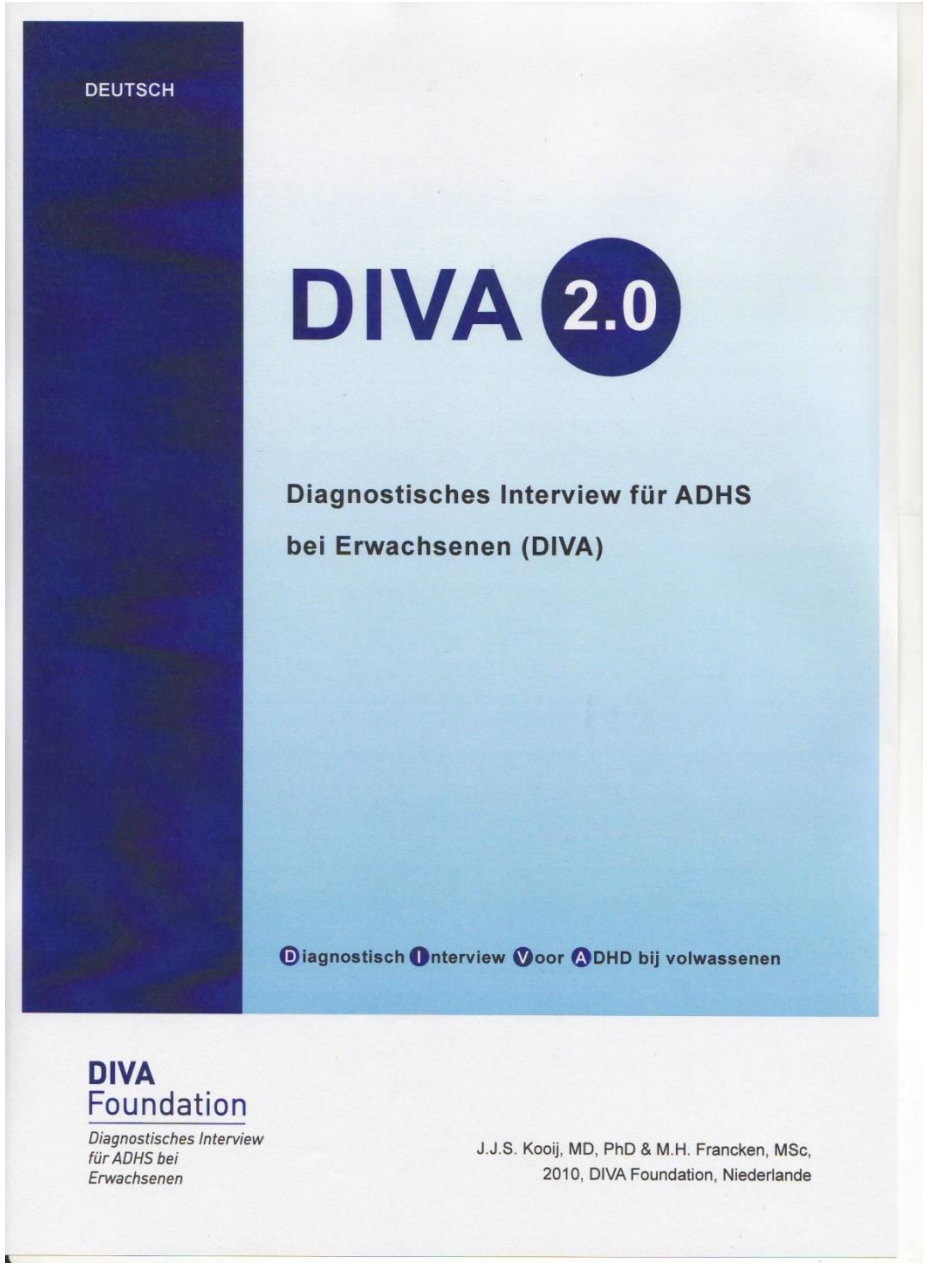
Wender-Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter:
7 Bereiche

- Aufmerksamkeitsstörung
- Hyperaktivität/***Rastlosigkeit***

- Affektlabilität
- desorganisiertes Verhalten
- Affektkontrolle (= Temperament)
- Impulsivität
- emotionale Überreagibilität

Interviews zur klassifikatorischen Diagnostik

Interview	Abkürzung	Autoren	Kommentar
Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV	CAADID	Epstein et al. (2001)	keine offizielle deutschsprachige Version
Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen	DIVA 2.0	Koij et al. (2010)	viele Sprache, u.a. Deutsch, kostenlos
Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter	IDA	Rösler et al. (o.J.)	kostenlos



auf Deutsch noch nicht für DSM-5 vorliegend, auch nicht ICD-10

Diagnostik im Zeitverlauf

Beginn:
7 Jahre

ca. 90% vorher
nie abgeklärt!

grosse Dunkelziffer

Zeitachse

Diagnose-zeitpunkt	Kindheit	Jugend	Adoleszenz	Erwachsenenalter
Probleme	Selbstbericht	Selbstbericht/ Selbstreflektion	v.a. Bagatellisierung	v.a. Retrospektion

☞ jede Phase jeweils mit mehr oder weniger grossen wie unterschiedlichen Problemen behaftet (z.T. kumulierend)!!!!!

Fazit: Diagnose ADHS im Erwachsenenalter

- letztendlich **KLINISCHE DIAGNOSE**

- nicht zu stellen mittels
  - apparativer Verfahren (z.B. EEG)
  - neuropsychologischer Verfahren alleine

- basierend auf
  - umfassender **Anamnese**
  - ergänzt um **psychometrische Verfahren**
    (Interviews, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren)
  - weitere verfügbare **Informationen** (z.B. Zeugnisse)

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- **Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?**
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Differentialdiagnosen: ADHS nach ICD-11

Symptoms are not better explained by

- another Mental and Behavioural Disorder (e.g., Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorder, a Mood Disorder, Anxiety and Fear-Related Disorder, Dissociative Disorder, Personality Disorder),
- a Neurocognitive Disorder (e.g., Delirium),
- a Disease of the Nervous System, or the
- direct central nervous system effects of a medication (e.g., bronchodilators, thyroid replacement medication) or substance (e.g., cocaine), including substance intoxication and withdrawal.

Symptoms are not due to the effect of a substance (e.g., cocaine) or medication (e.g., bronchodilators, thyroid replacement medication) on the central nervous system, including and withdrawal effects, and are not due to a Disease of the Nervous System.

☞ **ICD-11: Neukonzeptualisierung, Anlehnung an DSM-5**

Differentialdiagnosen: ADHS nach ICD-11

Boundary with Other Disorders and Normality

Boundary with normality: Inattention, hyperactivity and impulsivity symptoms are present in many children, adolescents and adults, especially during certain developmental periods (e.g., early childhood).

The diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder requires that these symptoms be

- persistent across time,
- pervasive across situations,
- significantly out of keeping with developmental level, and have a direct
- negative impact on academic, occupational, or social functioning.

☞ **sowie Abgrenzung zu 11 Störungen bzw. Störungsbereichen!!!**

Differentialdiagnosen: Beispiele

- DD: Abgrenzung zu anderen Störungen
- Ausgewählte Beispiele:
  - Borderline PS
  - Affektive Störungen
  - Asperger Syndrom
  - Schizophrene Störungen

F60.30 impulsiver Typus

Diagnostische Kriterien

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter Item 2.:

1. deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung.

F60.31 Borderline Typus

Diagnostische Kriterien

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens drei der oben unter F60.30 B. erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und «inneren Präferenzen» (einschließlich sexueller);
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
5. anhaltende Gefühle von Leere.

ICD-10:

F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Tab. 9.1: Vergleich der Symptomatik zwischen BPS und adulter ADHS

ADHS	Borderline P.S.
Aufmerksamkeitsdefizit	
Desorganisiertheit	
Hyperaktivität	
Impulsivität	Impulsivität
Affektive Labilität	Affektive Instabilität
Unzufriedenheit, Langeweile	Dysphorie, Langeweile, Leere
Erregbarkeit, Wutausbrüche	Erregbarkeit, Wutausbrüche
Stressintoleranz	Stressintoleranz
Konfliktträchtige Beziehungen	Instabilität in Beziehungen
hohe Komorbidität mit affektiven Störungen	hohe Komorbidität mit Sucht- und affektiven Störungen
	Selbstschädigendes Verhalten
	Suizidversuche und -drohungen
	Identitätsstörung

Lampe & Herpertz (2007)

Differentialdiagnosen

- DD: Abgrenzung zu anderen Störungen
- vor allem zu beachten:
  - Borderline PS
  - **Affektive Störungen**
  - Asperger Syndrom
  - Schizophrene Störungen

Affektive Störungen

Tab. 10.1: Überlappende Symptome bei ADHS und Depression bzw. Manie

Symptomcluster	ADHS	Depression	Manie
Unaufmerksamkeit:			
Häufige Flüchtigkeitsfehler	+	+	+
Beeinträchtigte Daueraufmerksamkeit	+	+	+
Schwierigkeiten zuzuhören	+		
Nichtbefolgen von Anweisungen	+		
Organisationsschwierigkeiten	+	+	+
Vermeiden geistiger Anstrengung	+	+	
Verlegen wichtiger Gegenstände	+	+	
Ablenkbarkeit	+		+
Vergesslichkeit	+	+	
Impulsivität:			
Ungeduld	+		+
Unterbrechen anderer bei Gesprächen	+		+
Herausplatzen	+		+
Exzessiver Rededrang	+		+
Hyperaktivität:			
Zappeligkeit	+		
Sitzunruhe	+	+	+
Innere Unruhe	+	+	
Schwierigkeiten zu entspannen	+	+	+
Angetriebenheit	+	+	+
Bewegungsdrang	+	+	+
Schwierigkeiten sich leise zu beschäftigen	+		+

+: Symptom kann vorhanden sein.

Scherk (2010)

Hauptkriterien

- gedrückte depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Nebenkriterien

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken / -handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

≥ 2	≥ 2	= 3
+	+	+
Σ= 4-5	Σ= 6-7	Σ= 8-10

und | und | und

Symptome ≥ 2 Wochen

Schweregrad

leichte | mittel-gradige | schwere

Depressive Episode

Verlaufsaspekte

mono-phasisch | rezidi-vierend | bipolar

ICD-10

F 32.xx | F 33.xx | F 31.xx

☞ „Depressive Episode" der ICD-10

ADHS und Bipolare Störungen

Table 1
Overlapping and non-overlapping symptoms in ADHD and bipolar disorder.

ADHD	Bipolar disorder
Overlapping symptoms	
1. Talks excessively	1. More talkative than usual
2. Easily distracted/jumps from one activity to the next	2. Distractibility or constant changes in activity or plans.
3. Difficulty sustaining attention	
4. Fails to give close attention to details/makes careless mistakes.	
5. Fidgets	3. Increased activity or physical restlessness
6. Difficulty remaining seated	
7. Runs or climbs about inappropriately	
8. Difficulty engaging in leisure activities quietly	
9. On the go as if driven by a motor	
10. Interrupts or butts in uninvited	4. Loss of normal social inhibitions
11. Blurts out answers before questions have been completed	
12. Difficulty awaiting turns	
Non-overlapping symptoms	
13. Forgetful in daily activities	5. Inflated self-esteem/grandiosity
14. Difficulty organizing tasks and activities	6. Increase in goal-directed activity
15. Loses things	7. Flight of ideas
16. Avoids sustained mental effort	8. Decreased need for sleep
17. Does not seem to listen when spoken to directly	9. Excessive involvement in pleasurable activities with disregard for potential adverse consequences.
18. Difficulty following through on instructions/fails to finish work	

Comparison of DSM-IV Diagnostic criteria for ADHD and BD. Adapted with permission from Kent and Craddock (2003) and from Wingo and Ghaemi (2007).

Manie

Klassen et al. (2010)

ADHS und Bipolare Störungen

ADHS	Bipolare Störung
Beginnt früh in der Kindheit	Beginnt gewöhnlich später
Chronisch, persistierend	Episodisch, von "normal" abweichend
Stimmungswechsel 4-5x/Tag	Stimmungswechsel oft 2-3x/Woche
Keine sexuellen Enthemmungen	Sexuelle Enthemmung
Geringes Selbstvertrauen	Größenideen
Familiäre Belastung mit ADHS	Familiäre Belastung mit bipolaren Störungen
Spezifische Medikationseffekte	Spezifische Medikationseffekte

Tab. 4.73: Abgrenzung ADHS und Bipolare Störung (nach Kooij, 2004)

Stieglitz & Volz (2007)

ADHS vs Bipolare Störung vs BPS

Symptome und Verlauf	ADHS	Bipolar	Borderline
Stimmungsschwankungen	+	+	+
Häufigkeit der Stimmungsschwankungen	4-5x/Tag	2-3 Tage	4-5x/Tag
Hyperaktiv	+	+	-
Impulsiv	+	+	+
Aufmerksamkeitsprobleme	+	+	-
zunehmend assoziativ	+	+	-
Gefühle von Grossartigkeit	-	+	-
--> Beginn in der Kindheit	+	+/-	-
--> Chronischer/Episodischer Verlauf	chronisch	episodisch	chronisch

Differentialdiagnosen

- DD: Abgrenzung zu anderen Störungen
- vor allem zu beachten:
  - Borderline PS
  - Affektive Störungen
  - **Asperger Syndrom**
  - Schizophrene Störungen

ADHS und Asperger

ADHS		Asperger Syndrom
Ablenkbarkeit durch äußere Reize	← Störung der Aufmerksamkeit →	verminderte Flexibilität beim Wechsel der Aufmerksamkeit
Ungeduld/Impulsivität/ mangelnde Aufmerksamkeit	← Störung in der sozialen Interaktion →	Empathiemangel/vermindertes soziales Verständnis
„Hyperfokussieren"/vielfältige wechselnde Interessen	← Spezialinteressen →	begrenzte „Spezialinteressen"
Geräuschempfindlichkeit	← sensorische Überempfindlichkeit →	taktile und Geräuschempfindlichkeit
motorische Hyperaktivität/ Koordinationsschwäche	← motorische Ungeschicklichkeit →	Koordinationsschwäche

Abb. 1: Parallelen und Unterschiede zwischen ADHS und dem Asperger-Syndrom.

Aus: Roy (2010)

Differentialdiagnosen

- DD: Abgrenzung zu anderen Störungen
- vor allem zu beachten:
  - Borderline PS
  - Affektive Störungen
  - Asperger Syndrom
  - **Schizophrene Störungen**

F20 Schizophrenie

Diagnostische Eingangskriterien:

G1. **Während eines Zeitraumes von mindestens einem Monat sollten vorliegen:**

1. Mindestens eines der folgenden Merkmale:

   a. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung,
   b. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung,
   c. kommentierende oder dialogische Stimmen,
   d. anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn.

2. Oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:

   a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder von langanhaltenden überwertigen Ideen,
   b. Neologismen, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit oder Danebenreden,
   c. katatone Symptome,
   d. "negative" Symptome.

G2. **Häufigste Ausschlußkriterien:**

1. Die Kriterien für eine manische (F30) oder depressive Episode (F32) waren bereits vor dem Auftreten der schizophrenen Symptome (G1) erfüllt.
2. Organische Gehirnerkrankungen, Alkohol- oder Substanzintoxikation, Abhängigkeits- oder Entzugssyndrom.

Gibt es überlappende Symptome?

Diagnostische Kriteriengruppen beider Störungen

Kriteriengruppen	ADHS	Schizophrenie
Unaufmerksamkeit	☑	
Hyperaktivität	☑	
Impulsivität	☑	
Ich-Störungen		☑
Wahn		☑
Sinnestäuschungen		☑
formale Denkstörungen		☑
Katatone Symptome		☑
Negative Symptome		☑

DD: ADHS

25.5 Differenzialdiagnostischer Prozess

Einige somatische und psychische Erkrankungen können komorbid vorkommen oder eine ADHS imitieren. Grundsätzlich sollten eine internistische und neurologische Untersuchung sowie eine gründliche Medikamenten- und Drogenanamnese (und ggf. Drogenscreening) zur Ausschlussdiagnostik durchgeführt werden.

Vorrangig sind von der ADHS des Erwachsenenalters die nachstehend aufgeführten Störungen abzugrenzen:

- **Organische Störungen:** In der Kindheit sind vor allem schwerere Hirnerkrankungen, Epilepsien (z. B. Absencen) und Ticstörungen, Chorea, fragiles X-Syndrom, beim Erwachsenen vor allem Schilddrüsenerkrankungen, RLS und alle primären Hirnerkrankungen zu nennen. Sie sollten vor der Diagnose einer primären ADHS ausgeschlossen werden.
- **Schizophrenien:** Desorganisiertheit, kognitive Störungen, „Knick in der Lebenslinie", multiple unspezifische Symptome und formale Denkstörungen mit gelegentlichen Phobien machen Verwechslungen mit „symptomarmen, blanden" oder „prodromalen" Schizophrenien möglich. Umgekehrt kommen tatsächlich Symptome der ADHS auch bei gesicherten Schizophrenien als Residual- bzw. Prodromalsymptome vor.

Ebert et al. (2019)

DD: Schizophrenie

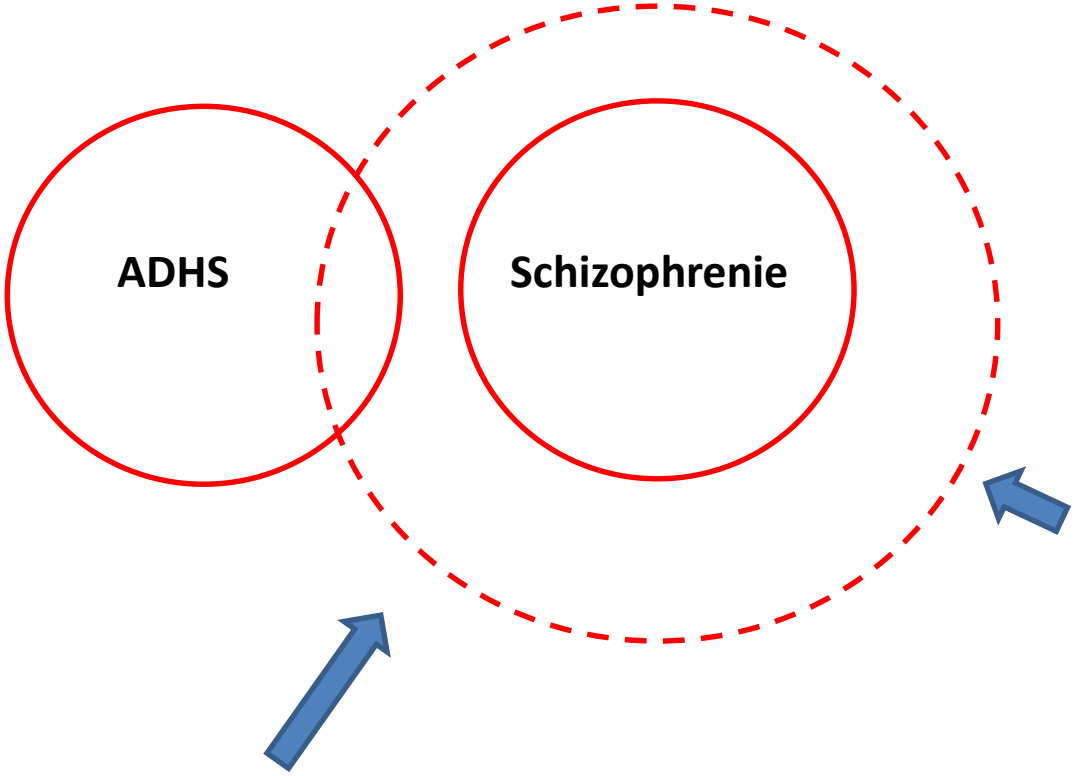
Tab. 10.9 Häufige Frühwarnzeichen: Untersuchung bei 49 Personen mit Schizophrenie

Frühwarnzeichen	Rang	Häufigkeit (%)
Ruhelosigkeit	1	72
Schlafstörungen	2	64
Nervosität, Gespanntheit	3	62
Schwierigkeiten bei der Arbeit	4	60
Die anderen verstehen mich nicht	5	56
Sich überfordert fühlen	6	54
Weniger Freude empfinden	7	52
Weniger Kontakt mit Freunden	7	52
Sehr aufgeregt sein	9	48
Die anderen reden über mich/lachen mich aus	10	40
Weniger aktiv sein als gewöhnlich	10	40
Angst vor der Zukunft	10	40
Konzentrationsschwierigkeiten	13	38
Gedächtnisschwierigkeiten	14	36
Mehr religiöse Gedanken haben	14	36
Beschäftigung nur mit einer Sache	16	34
Die Kontrolle über sich selbst verlieren	16	34
Halluzinationen	19	30
Beeinflussungsgedanken	23	28

☞ **Risiko «Verwechselung» mit ADHS**

Leucht et al. (2019)

ADHS – Schizophrenie: gemeinsame Symptome?



Epiphänomene

z.B.
- Unaufmerksamkeit
- Hyperaktivität
- Impulsivität

z.B. Prodromalphase

ADHS – Schizophrenie: Gemeinsamkeiten

- z.T. überschneidende Psychopathologie (nicht diagnostische Kriterien!)
- sehr früher Beginn (ADHS) bzw. z.T. (Schizophrenie)
- ADHS eher «chronischer», kontinuierlicher Verlauf, nicht episodisch - Schizophrenie z.T. auch, meist jedoch episodisch
- Vielzahl Beeinträchtigungen

Gliederung

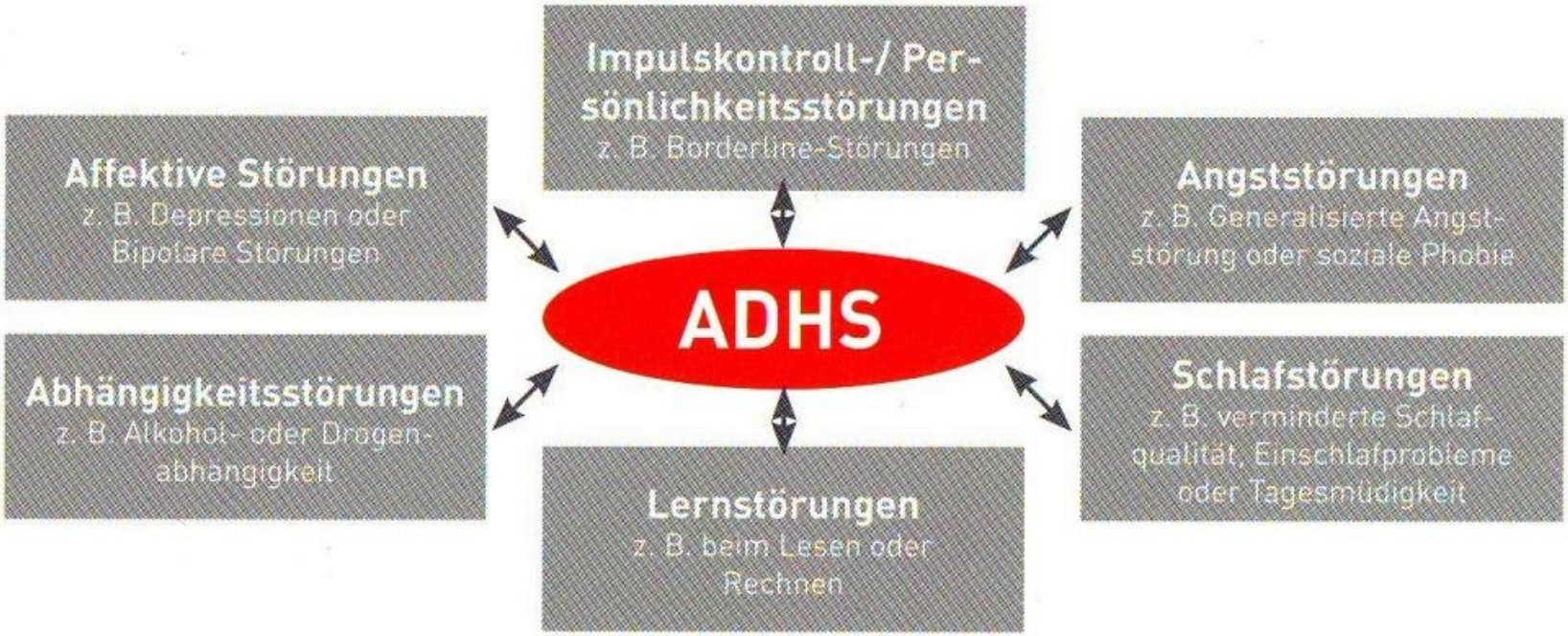
- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- **Wie oft kommen komorbide Störungen vor?**
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Komorbiditätsprinzip

- Definition gemeinsames Auftreten verschiedener Formen psychischer Störungen bei einer Person

- ICD-10 es sind so viele Diagnosen zu verschlüsseln, wie zur Beschreibung des klinischen Zustandsbildes notwendig

Komorbidität



Modifiziert nach Kooij et al. 2012

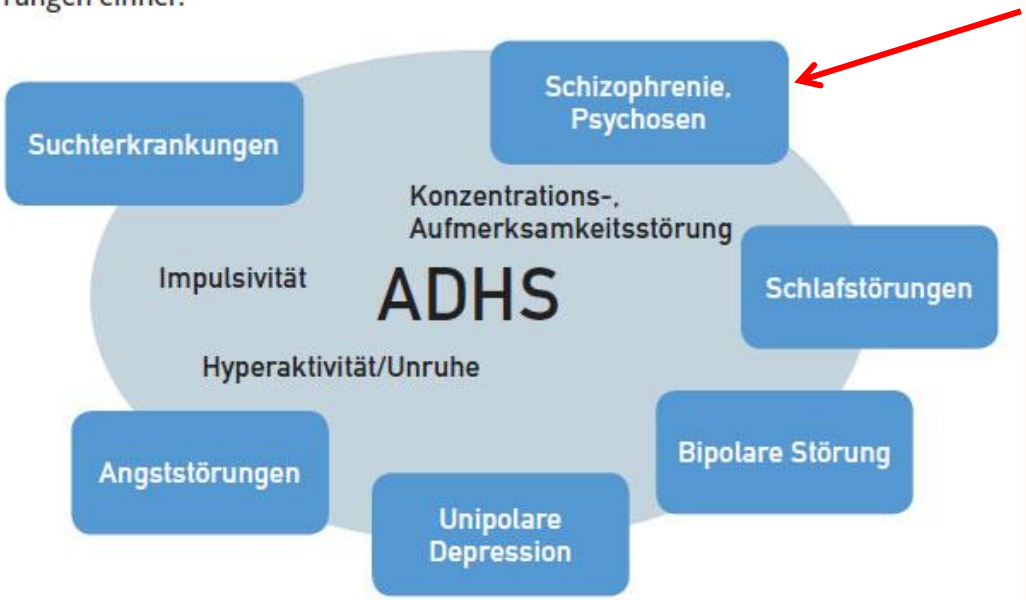
☞ Schätzungen bis 80% der erwachsenen ADHS-Patienten haben mindestens eine weitere psychische Störung

Komorbidität: weitere psychische Störungen

Komorbidität

Häufige Komorbiditäten bei ADHS

Die Kernsymptome der ADHS, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität und Impulsivität und damit assoziierte Symptomkomplexe, finden sich in unterschiedlicher Ausprägung bei allen Komorbiditäten der ADHS wieder, welche diese Symptomatik wiederum verstärken. Die meisten der abgebildeten Erkrankungen sind zudem untereinander verbunden, so führt beispielsweise das erhöhte Suchtpotenzial vermehrt zu drogeninduzierten Psychosen, bzw. Depression geht häufig mit Angststörungen und mit Schlafstörungen einher.

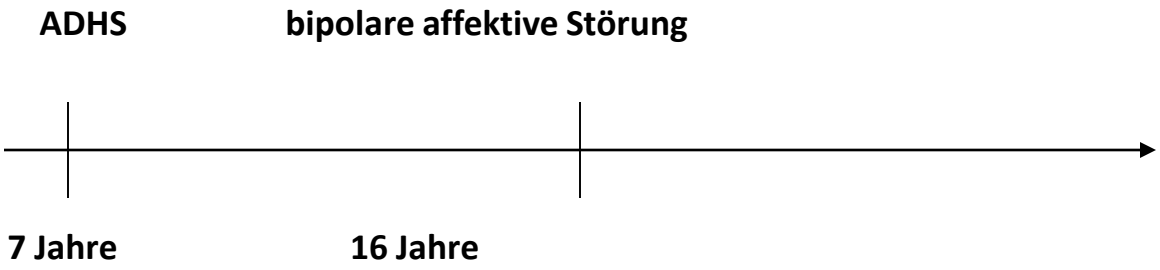


Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (2016)

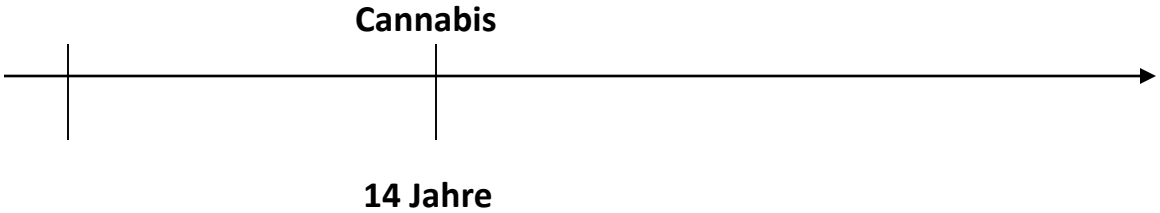
Komorbidität und Verlauf

Patientenbeispiele

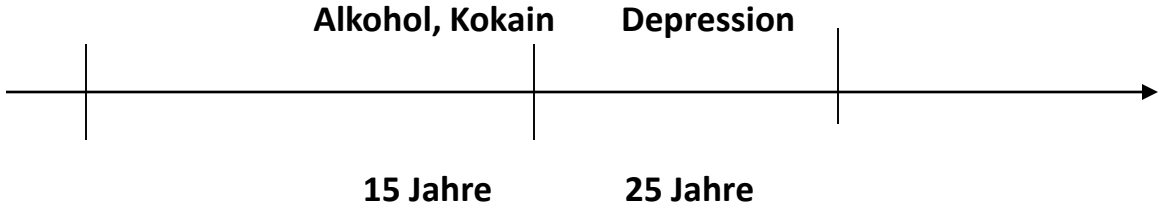
weiblich,
23 J.



männlich
30 J.



weiblich,
38 J.



Zeitpunkt Diagnosestellung

Komorbidität: Aspekte ADHS

- Schätzungen bis 80% der erwachsenen ADHS-Patienten haben mindestens eine weitere psychische Störung

- 2 unterschiedliche Situationen
  - Patient kommt mit einer anderen im Vordergrund stehenden Erkrankung (z.B. depressive Episode)
  - bei einem Patienten wird zunächst eine ADHS diagnostiziert: Hat er noch eine oder mehrere andere psychische Störungen?

Komorbidität: Diagnostischer Prozess

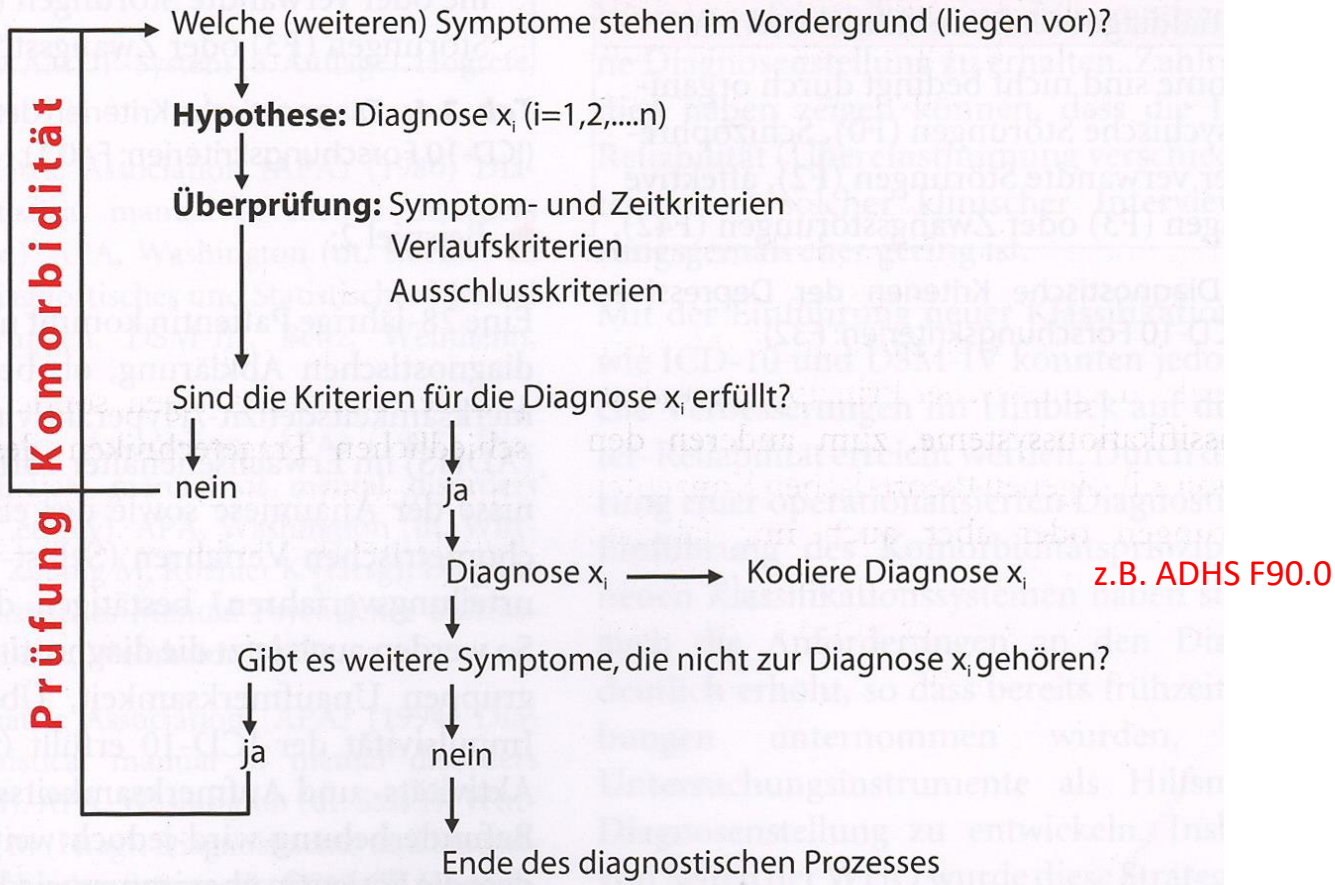


Abb. 3.1: Schritte im diagnostischen Prozess (mod. nach Stieglitz, Freyberger und Mombour, 2002).

Komorbidität
Relevanz für Praxis und Forschung

1. Klinisch-therapeutische Implikationen
   - Der Verlauf und der Therapieresponse eines Patienten mit mehr als einer Diagnose kann sich unterschieden von dem eines Patienten mit nur einer Diagnose
   - Patienten mit mehr als einer Diagnose sind vermutlich auch die schwerer kranken Patienten (vgl. z. B. Angst und Vollrath, 1989).
2. Wissenschaftliche Implikationen
   - Das gemeinsame Auftreten einer bestimmten Störung kann wichtige Hinweise auf die Ätiologie geben.
   - Hierarchien können die Schätzung der Prävalenzraten der „ausgeschlossenen“ psychiatrischen Störungen beeinflussen (Kendler, 1988).

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- **Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?**
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Bestehende Mythen bzgl. ADHS

- ADHS im Kindesalter wächst sich aus.
- ADHS im Erwachsenenalter gibt es nicht.

ADHS: Persistenz

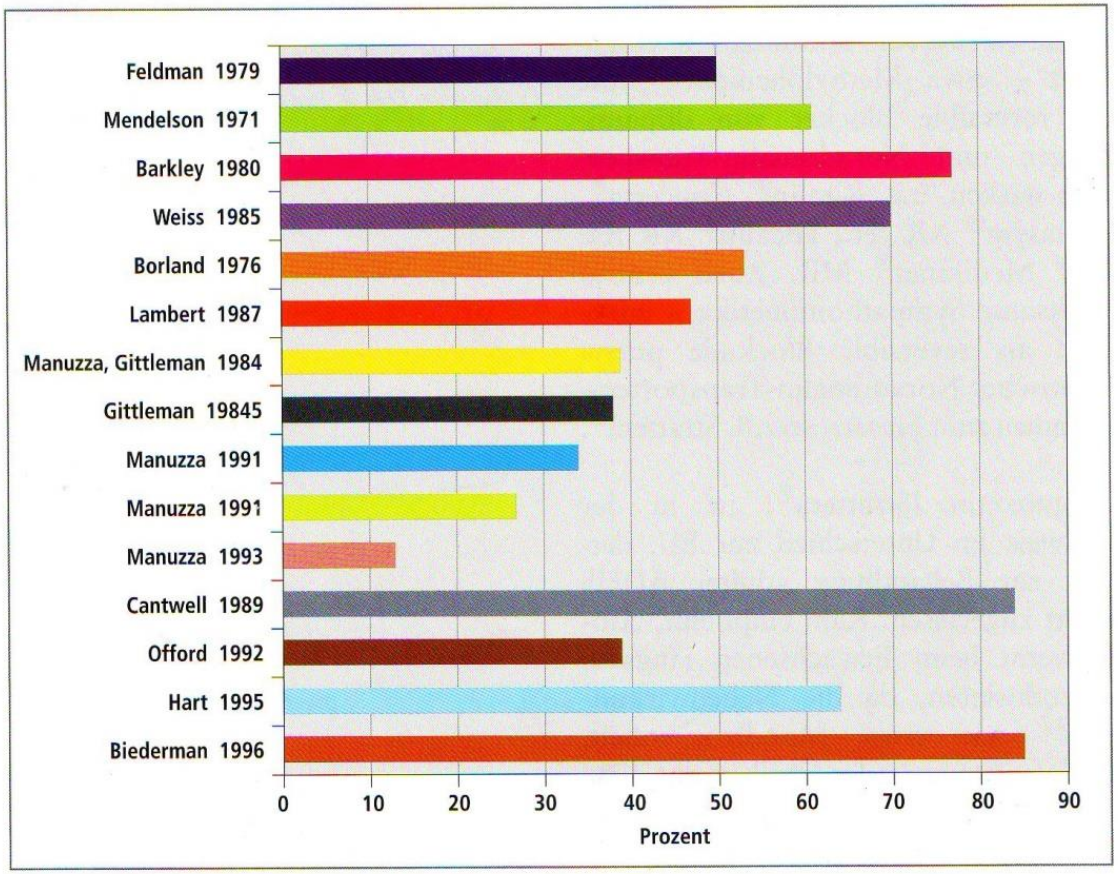


Abb. 1: Persistenz von ADHS ins Erwachsenenalter, Katamnesedauer 10–30 Jahre

Prävalenz im Kindes- und Jugendalter: 5 %

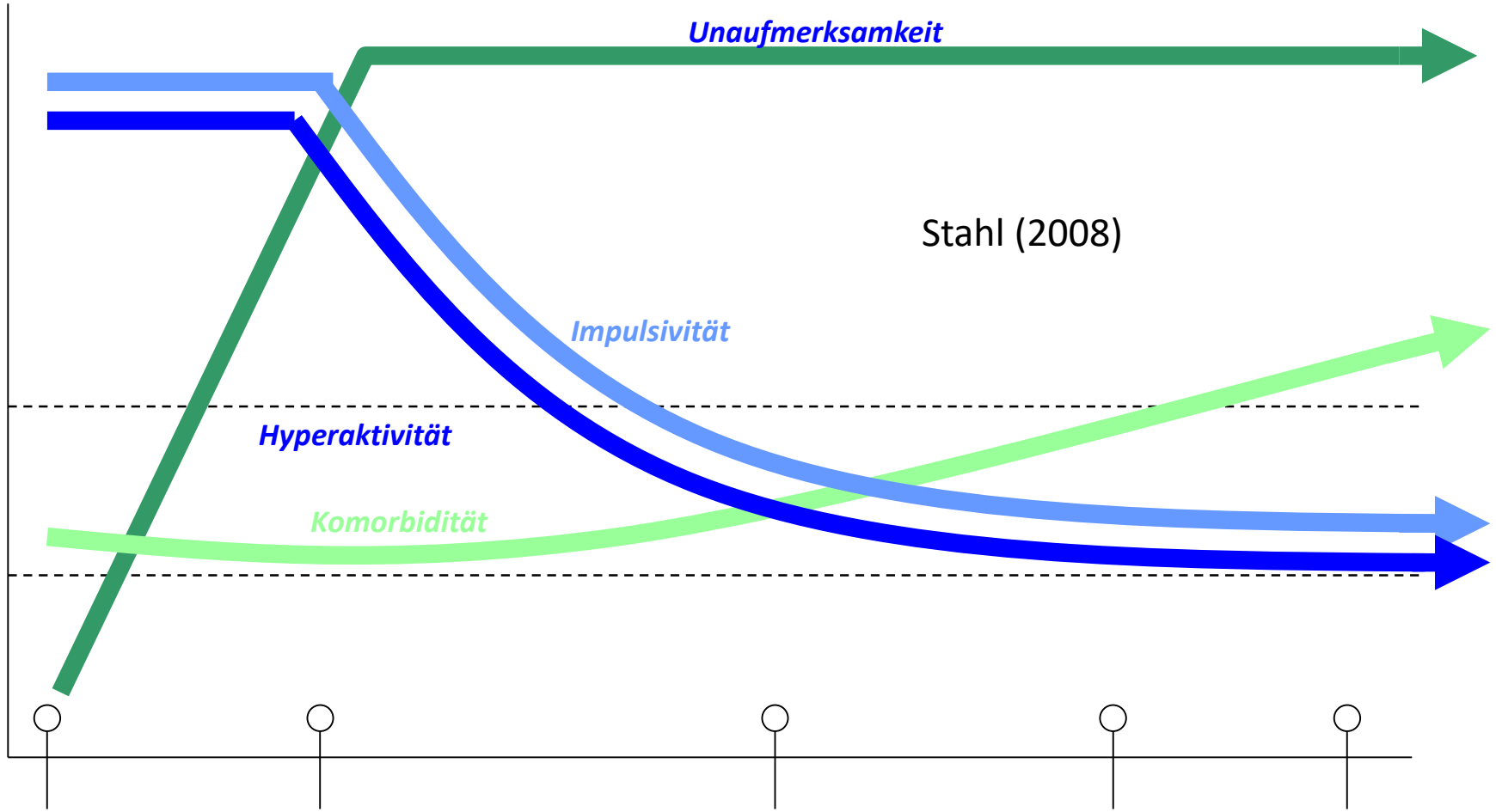
Schätzung insgesamt:
50% haben ADHS auch im Erwachsenenalter!!!

Neurologie & Psychiatrie 3/14 Kahl (2014)

Prävalenz

- einige epidemiologische Studien
  - Fayynard et al. (2007)
    - WHO-Studie in 10 Ländern (18 – 44 Jahre)
    - konservative Schätzung 3.4%
    - Bereich 1.2% - 7.3%
  - de Zwaan et al.(2012)
    - deutsche Stichprobe (18 – 64 Jahre)
    - 4.7%
  - Michelsen et al. (2012)
    - Niederlande (N= 1404)
    - im Alter: 60 – 90 Jahre ☞ 2.8%

ADHS über die Lebensspanne



Vorschulalter

- Verhaltensstörungen (Unruhe)

Schulalter

- Verhaltensstörungen (Unruhe)
- Schulische Probleme
- Schwierigkeiten mit sozialer Interaktion
- Selbstwertprobleme

Jugend

- Schulische Probleme
- Schwierigkeiten mit sozialer Interaktion
- Selbstwertprobleme
- Rechtsbelange, Rauchen und Verletzungen

Junges Erwachsenenalter

- Probleme Ausbildung/ Erfolglosigkeit
- Berufliche Schwierigkeiten
- Selbstwertprobleme
- Substanzmissbrauch
- Verletzungen/Unfälle

Erwachsenenalter

- berufliches Versagen/ Erfolglosigkeit
- Selbstwertprobleme
- Beziehungsprobleme
- Verletzungen/Unfälle
- Substanzmissbrauch

Manifestation der ADHS-Symptomatik bei vorhandener Vulnerabilität im Zeitverlauf in Abhängigkeit von Kompensationsmöglichkeiten (in Anlehnung an Kosaka et al., 2019

Kompensationsmöglichkeiten		
Kindheit	**Erwachsenenalter**	**Verlauf**
-	-	ADHS kontinuierlich
-	+	ADHS nur in Kindheit
+	-	ADHS-Symptomatik mit Beginn im Erwachsenenalter

Erläuterung:
+: Kompensationsmöglichkeiten vorhanden
–: Kompensationsmöglichkeiten nicht vorhanden

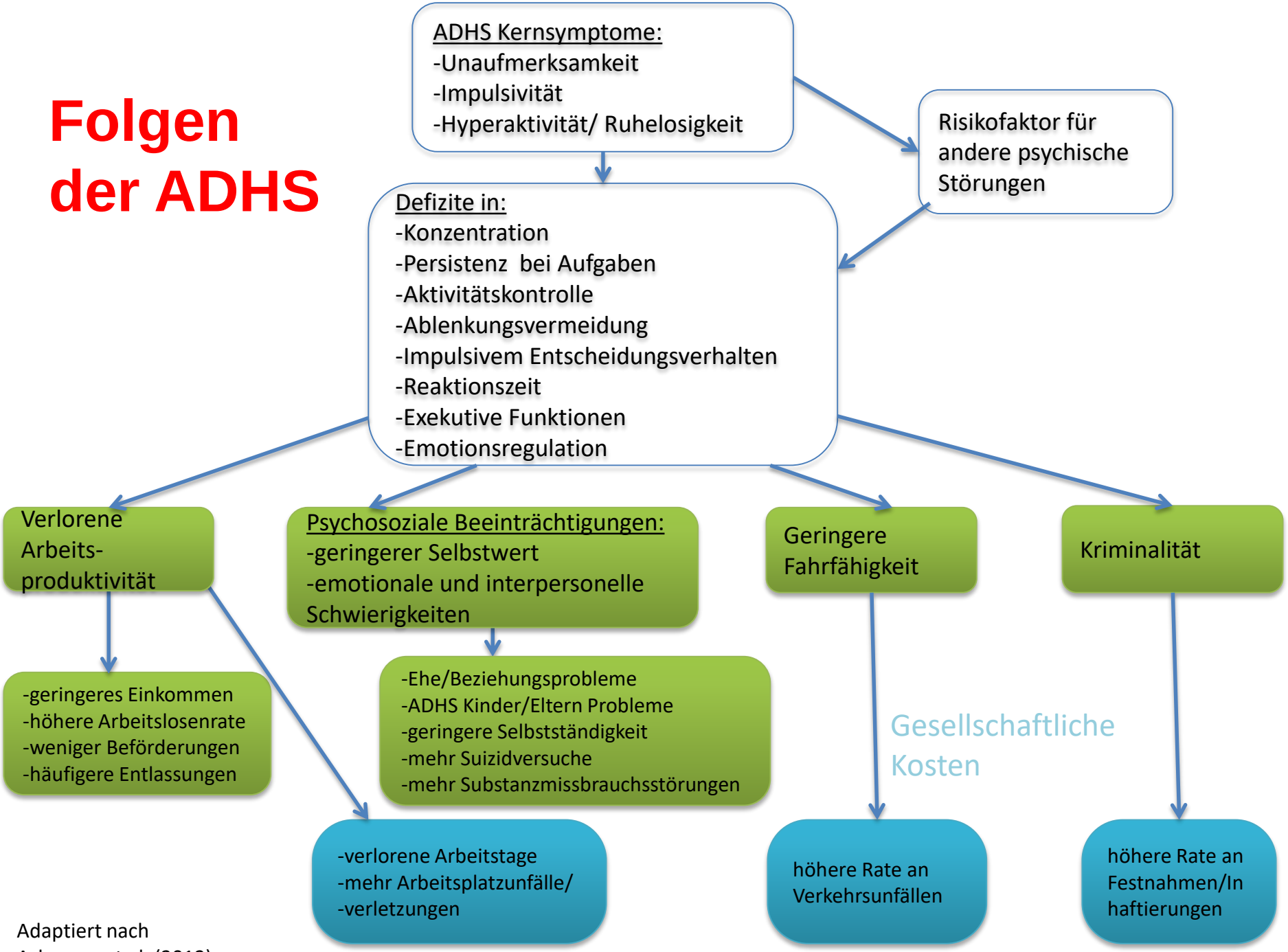
Verlauf

- Sibley et al. (2012): Lebenszeiterkrankung
  - wichtige Periode Übergang Kindheit – Erwachsenenalter
    - Fortbestehen von Problemen aus Kindheit, sowie
    - verstärkt neue
      - Soziale Beziehungen
      - Schule, Ausbildung (Lehre, Studium)
      - Familie
      - Gefahr Substanzprobleme
      - Strassenverkehr
      - Gefahr Delinquenz
      - usw.
  - generell: Abnahme Symptomschwere, jedoch bei 70% noch Störung in Adoleszenz, d.h. Annahme «wächst sich aus» ist falsch

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- **Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?**
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Folgen der ADHS



Adaptiert nach
Asherson et al. (2012)

Mögliche Folgen einer (unbehandelten) ADHS

Patient

Gesundheit

- 50% Motorradunfälle[1]
- 33% Inanspruchnahme von chir. Ambulanz[2]
- 2-4x mehr Autounfälle[3–5]

Familie

- 3–5x mehr Scheidungen/ Trennungen[11,12]
- 2–4x mehr Geschwister-rivalität[13]

Schule & Beruf

- 46% der Schule verwiesen[6]
- 35% vorzeitig abgegangen[6]
- niedrigerer beruflicher Status[7]

Gesellschaft

- Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
- Höheres Suchtrisiko[8]
- Früherer „Einstieg“[9]
- Wahrscheinlichkeit geringer, als Erwachsener aufzuhören[1]
- Früherer Delinquenzbeginn

Arbeitgeber

- Produktivitätsverlust[14]

1. DiScala et al. (1998)
2. Liebson et al. (2001)
3. NHTSA (1997)
4.+5. Barkley et al. (1993, 1996)
6. Barkley et al. (1990)
7. Mannuzza et al. (1997)
8. Lojewski et al. (2002)
9. Pomerleau et al. (1995)
10. Wilens et al. (1995)
11. Barkley, Fischer et al. (1991)
12. Brown & Pacini (1989)
13. Mash & Johnston (1983)
14. Noe et al. (1999)

Folgen der (unbehandelten) ADHS

- persönlich
  - Komorbidität
  - Allgemeine Gesundheit
  - Partnerschaft
  - Ausbildung und Beruf
  - Unfälle und Verkehr
  - Straffälligkeit
- gesellschaftlich
  - hohe Kosten Gesundheitswesen

Folgen der (unbehandelten) ADHS

Ausgewählte Bereiche

a. Allgemeine Gesundheit
b. Partnerschaft
c. Ausbildung und Beruf
d. Unfälle und Verkehr
e. Straffälligkeit

Allgemeine Gesundheit

- Barkley (2010): Review
  - ADHS-Patienten haben u.a. ein erhöhtes Risiko für
    - kardio-vaskuläre Erkrankungen
    - erhöhtes Body-Mass-Index
    - Gebrauch nicht-verordneter Substanzen
    - Schlafprobleme

Partnerschaft

- Barkley (2010): Review
  - verschiedene Untersuchungen belegen u.a. den Zusammenhang zwischen ADHS und
    - einer geringeren Zufriedenheit mit der Partnerschaft
    - höherer Scheidungs- bzw. Trennungsquote
    - mehr ausserehelichen Beziehungen

Ausbildung und Beruf

- Barkley (2010): Review
  - Probleme im Arbeitsbereich, signifikant
    - mehr Kündigungen bzw. Jobwechsel
    - mehr Disziplinprobleme (u.a. Streit)
    - mehr Abwesenheiten/Fehlzeiten
    - geringere Arbeitsleistungen (bester Prädiktor: Schwere der aktuelle ADHS-Symptomatik)

Ausbildung und Beruf:
Untersuchungen in Betrieben

- Kessler et al. (2005)
  - 4.2% ADHS in Stichprobe von N=2399
  - 16.4% wegen ADHS in Behandlung, 32.1% wegen anderer psychischer Störungen
- Kessler et al. (2008)
  - 1.9% (N= 163) in Stichprobe von N=8563
  - nur 4 in Behandlung (!)
- De Graaf et al. (2008): WHO-Studie
  - 3.5% in Stichprobe von N=7075
  - nur wenige in Behandlung, mehr jedoch wegen anderer psychischer Störungen

Ausbildung und Beruf: Fazit

- allgemein: durch Kernsymptomatik sowie zusätzlich spezielle Symptomatik im Erwachsenenalter resultieren vielfältige Beeinträchtigungen im Berufsleben

- speziell: bei stärkeren Symptomausprägungen besondere Probleme bei Tätigkeiten, die z.B.
  - Dauerkonzentration verlangen,
  - unter Zeitdruck erfolgen müssen,
  - eigene Zeiteinteilungen verlangen,
  - stark auf Routine basieren (monoton, eintönig)
  - kaum Bewegungsmöglichkeiten erlauben,

Unfälle und Verkehr

- Hofecker et al. (2005):
  - verschiedene Studien weisen auf Probleme im Strassenverkehr hin (bes. jugendliche Verkehrsteilnehmer)
  - Verbesserung der Leistungsfähigkeit unter Medikation mit MPH

- Barkley (2010) Review
  - höhere Wahrscheinlichkeit Unfall zu erleiden
  - mehr Verkehrsunfälle in der Vergangenheit
  - häufiger Geschwindigkeitsüberschreitungen
  - mehr Führerscheinentzüge

Straffälligkeit

- Retz & Rösler (2005): Übersicht
  - verschiedene katamnestische Untersuchungen ergaben erhöhtes Risiko für psychosoziale Fehlentwicklungen mit delinquentem Verhalten
  - Prävalenzraten in Gefängnispopulationen zwischen 14 - 72%
  - Unterschiede zwischen Delikttypen (am höchsten Sexual- und Raubdelikte)
  - Jugendstrafanstalt (Rösler & Retz): 71% Hinweis auf ADHS-Symptomatik in der Vergangenheit

Straffälligkeit

frontiers in Psychiatry

2022

OPINION
published: 18 March 2022
doi: 10.3389/fpsyt.2022.771525

Check for updates

Management of ADHD in Prisoners—Evidence Gaps and Reasons for Caution

*John Tully**

School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom

Keywords: ADHD, prison psychiatry, impulsivity, aggression, comorbidities

grosse Variabilität der in Prävalenzraten in der Literatur zwischen 4% und 72%

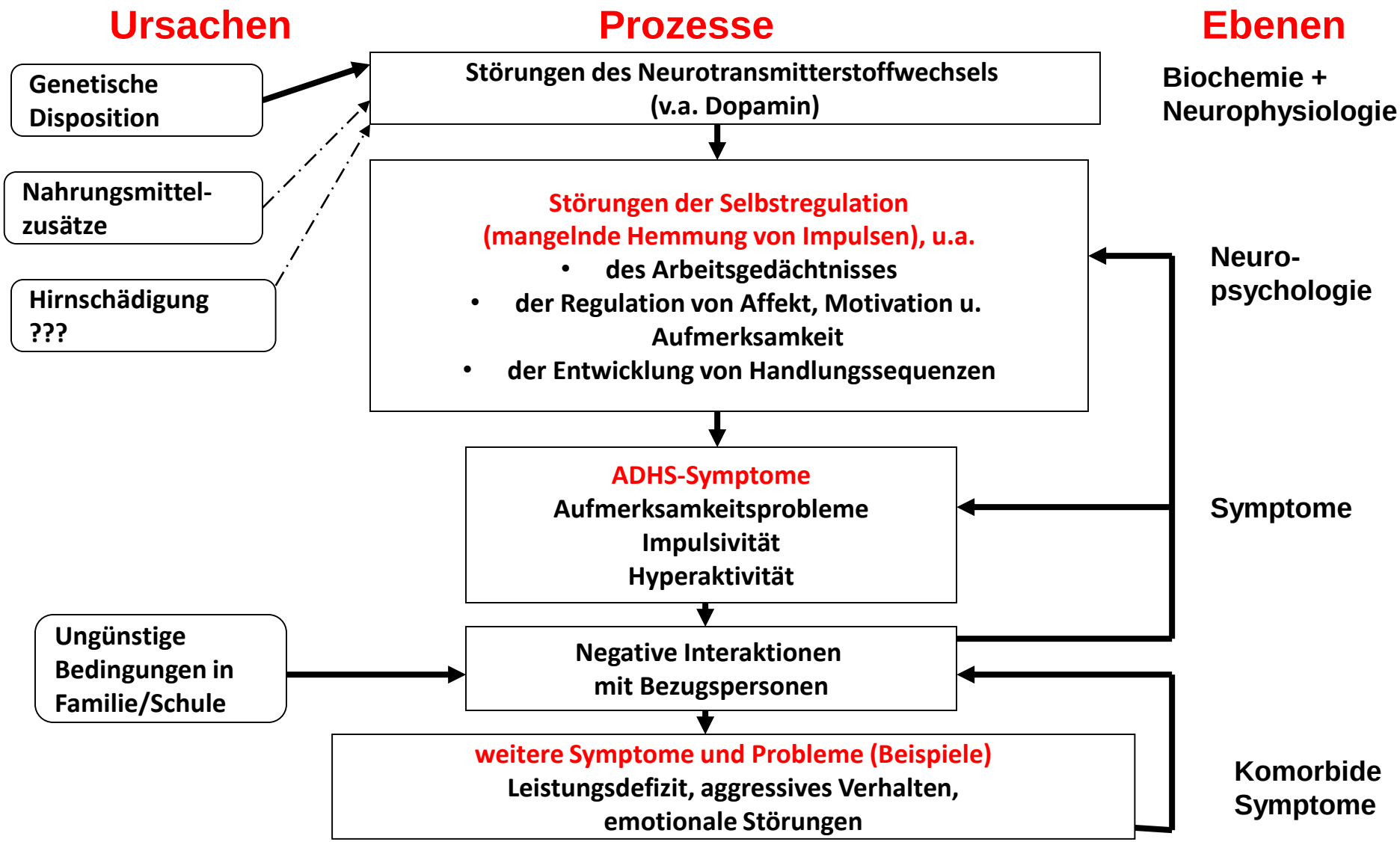
Straffälligkeit

- Verschiedene Metaanalysen der Arbeitsgruppe von Susan Young (London)
  - Young et al. (2015a): Prävalenzrate 25.5%
  - Young et al. (2015b): hohe Komorbiditäten vor allem mit
    - Störungen durch psychotrope Substanzen (74%)
    - Persönlichkeitsstörungen (60%)
  - Young et al. (2021): 96% komorbide Störungen

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- **Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?**
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Bio-Psycho-Soziales Modell zur ADHS



Risikofaktoren

Table 2 Environmental risks that have been most commonly been studied in relation to attention deficit hyperactivity disorder

Pre- and perinatal factors	Environmental toxins	Dietary factors	Psychosocial adversity
Maternal smoking, alcohol and substance misuse *Risk but not proven causal risk factor*	Organophosphate *pesticides* *Risk but not proven causal risk factor*	Nutritional deficiencies eg zinc, magnesium, polyunsaturated fatty acids *Correlate not yet proven risk factor*	Family adversity & low income *Correlate not yet proven risk factor*
Maternal stress *Risk but not proven causal risk factor*	Polychlorinated biphenyls *Risk but not proven causal risk factor*	Nutritional surpluses eg sugar, artificial food colourings *Correlate not yet proven risk factor*	Conflict/parent–child hostility *Correlate not yet proven risk factor*
Low birth weight and prematurity *Risk but not proven causal risk factor*	Lead *Risk but not proven causal risk factor*	Low/high IgG foods *Correlate not yet proven risk factor*	Severe early deprivation *Risk, likely causal risk factor*

alles nur

- Risikofaktoren
- korrelative Zusammenhänge

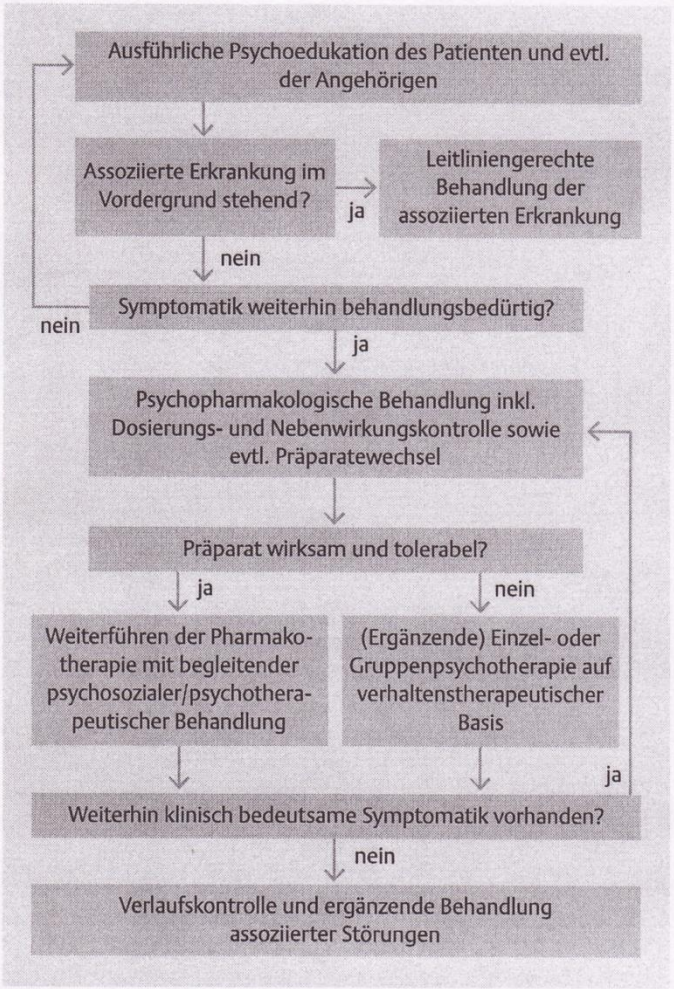
- keine Kausalfaktoren

Thapar et al. (2013)

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Behandlungsempfehlungen



▶ **Abb. 1** Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS (nach [1]).

publiziert bei: AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“

AWMF-Registernummer 028-045

2017

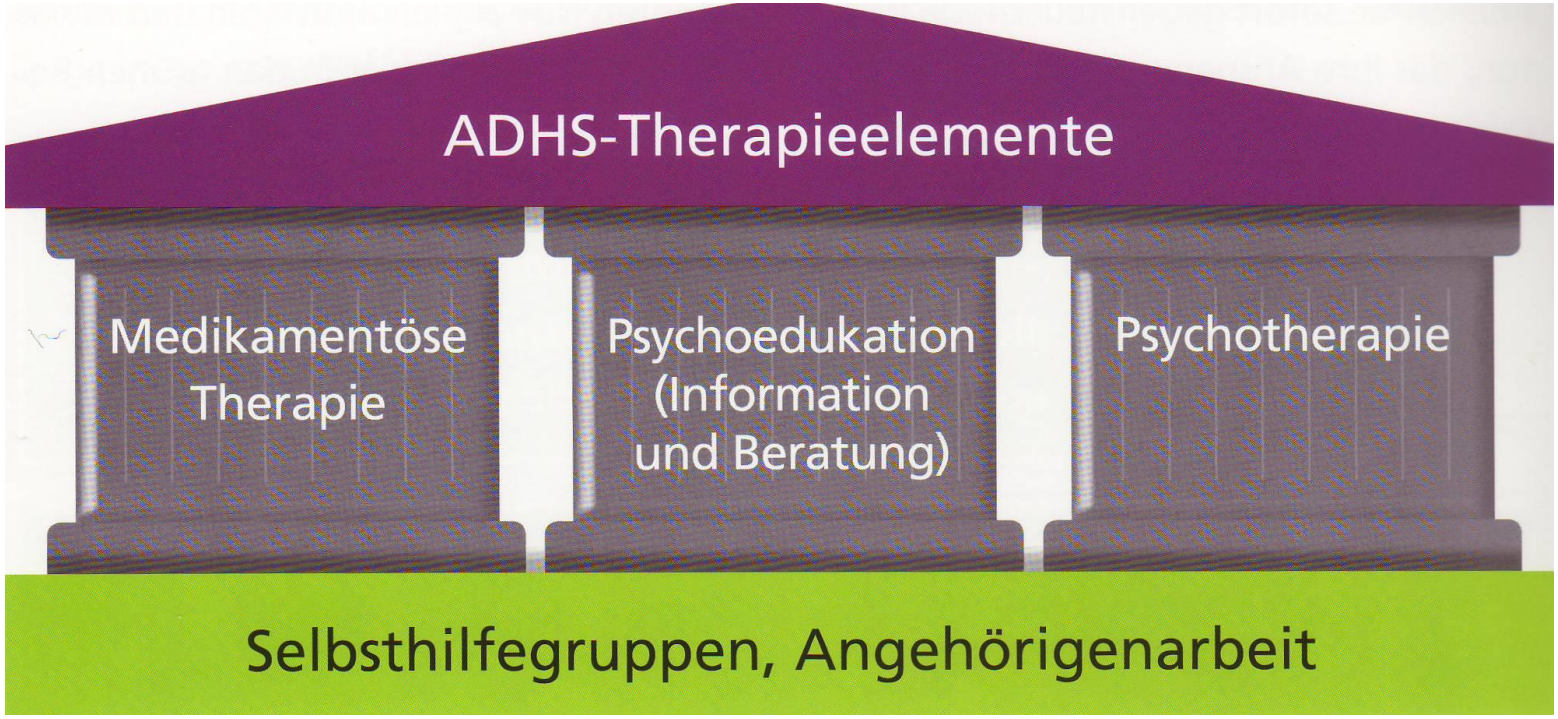
☞ kostenlos verfügbar

Behandlungsempfehlungen

- Allein aus der Diagnose leitet sich automatisch keine Behandlungsnotwendigkeit ab
- Behandlung erst dann, wenn eindeutig durch ADHS in mindestens einem Lebensbereich ausgeprägte Störungen oder Symptome erkennbar sind
- **Therapie: multimodal = Medikation + Psychotherapie**
- Komorbide Störungen sind die Regel und müssen berücksichtigt werden

Rösler & Philipsen (2017)

Ein Modell


ADHS-Therapieelemente
Medikamentöse Therapie
Psychoedukation (Information und Beratung)
Psychotherapie
Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit

Psychoedukation bei ADHS

- Neurobiologische Hintergründe erklären –
  Warum brauche ich Medikamente?

- Wirkungsweise der Medikation erklären –
  Was bewirken Medikamente?

- Wirkungsweise der Psychotherapie erklären –
  Was kann ich selbst zur Besserung beitragen?

- Psychohygiene –
  Wie kann ich im Alltag etwas dagegen tun?

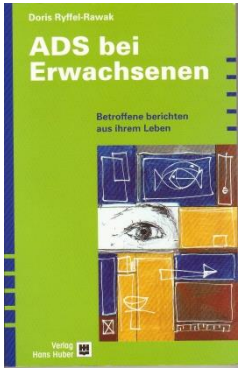
Psychohygiene

günstig

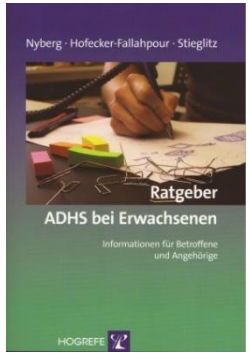
- Regelmässigkeit und Ausgewogenheit der **Ernährung**; Supplemente: Omega-3-Fettsäuren, Mg, Zn (?)
- **Sport**: Abbau von Spannung, Steigerung von Aufmerksamkeit und Ausdauer
- **Schlafzeiten**: einhalten
- **Arbeit**: Struktur, Pausen
- **Kontakte**: pflegen, Selbsthilfegruppe
- **Hilfsmittel** (z.B. Agenda, Wecker)

ungünstig

- **Exzessive oder einseitige Nahrungszufuhr**
- Konsum von **Suchtstoffen**
- **Riskante Sportarten**, exzessives Sensation Seeking
- **Tag-Nachtumkehr**
- **Arbeit**: Monotonie, Ablenkung
- Sozialer **Rückzug**



Patientenratgeber zur ADHS im Erwachsenenalter (Auswahl)



Bernau, S. (2005). *Alles über ADS bei Erwachsenen (3. Aufl.)*. Freiburg: Herder.

Claus, D., Aust-Claus, E. & Hammer, P.-M. (2005). *A.D.S. (ADS). Das Erwachsenen-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*. Ratingen: Oberstebrink.

Hallowell, E.M. & Ratey, J.J. (1999). *Zwanghaft zerstreut. ADD die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein*. Reinbeck: Rowohlt.

Heel, S., Nitz, C. & Colla, M. (2006). *ADHS im Erwachsenenalter: 100 Fragen – 100 Antworten*. Hamburg: Akademos.

Nyberg, E., Hofecker Fallahpour, M. & Stieglitz, R.-D. (2013). *Ratgeber ADHS bei Erwachsenen*. Göttingen: Hogrefe.

Pütz, D. (2006). *ADHS-Ratgeber für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.

Ryffel-Rawak, D. (2016). *Wir fühlen uns anders. Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

Ryffel-Rawak, D. (2011). *ADS bei Erwachsenen*. Bern: Huber.

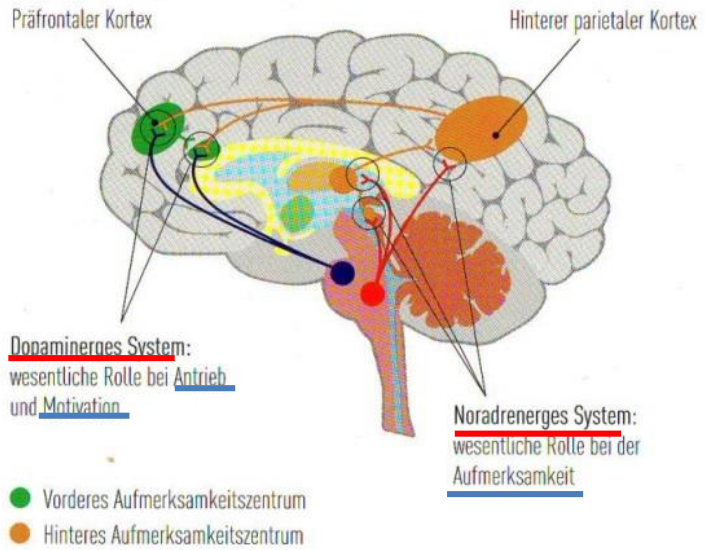
Ryffel-Rawak, D. (2017). *ADHS bei Frauen - den Gefühlen ausgeliefert (4. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

Ryffel-Rawak, D. (2007). *ADHS und Partnerschaft - eine Herausforderung*. Bern: Huber.

Schäfer, U. & Rüther, E. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

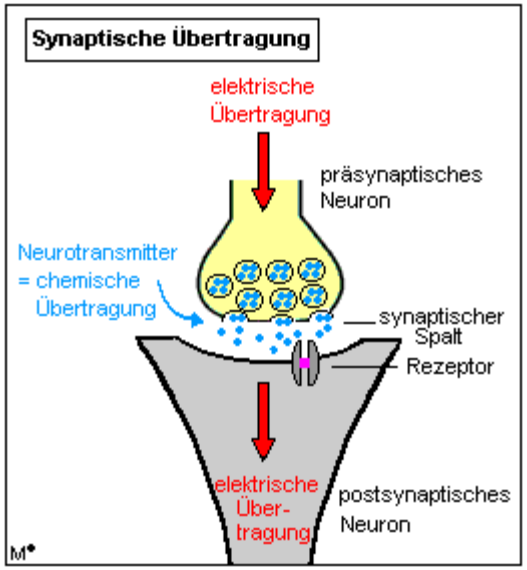
Medikamentöse Behandlung

Die Rolle von Dopamin und Noradrenalin



Modifiziert nach Himmelstein et al. 2001

11



☞ **Veränderungen beim Transport von Botenstoffen des Nervensystems**

Psychopharmakotherapie

1. Wahl Stimulantien

- Methlyphenidat (u.a.)
  - Ritalin®
  - Concerta®
  - Medikinet®
- Dexmethylphenidat
  - Focalin®

2. Wahl Nicht-Stimulantien (u.a.)

- Atomoxetin (Strattera®)
- Buprorion (Wellbutrin®)

Firma Ciba (heute Novartis) Basel

Methylphenidat
O
OCH3
H
N
1944 entwickelt,
1954 auf den Markt gebracht
Dr. Leando Pannizzon & Marguerite („Rita") Panizzon

«Ritalin»

Positive Stimulanzieneffekte

Kognitive Leistungen verbessert ☝

Impulsivität und Hyperaktivität vermindert 👎

<u>zum Beispiel</u>:

- Konzentration bzw. Aufmerksamkeit wird besser, v.a. bei relativ monotonen Arbeiten
- Arbeit wird genauer, d.h. weniger Flüchtigkeitsfehler
- im Strassenverkehr besonnener!
- zum ersten Mal: innerlich ruhig (für viele ein “Aha“-Erlebnis)

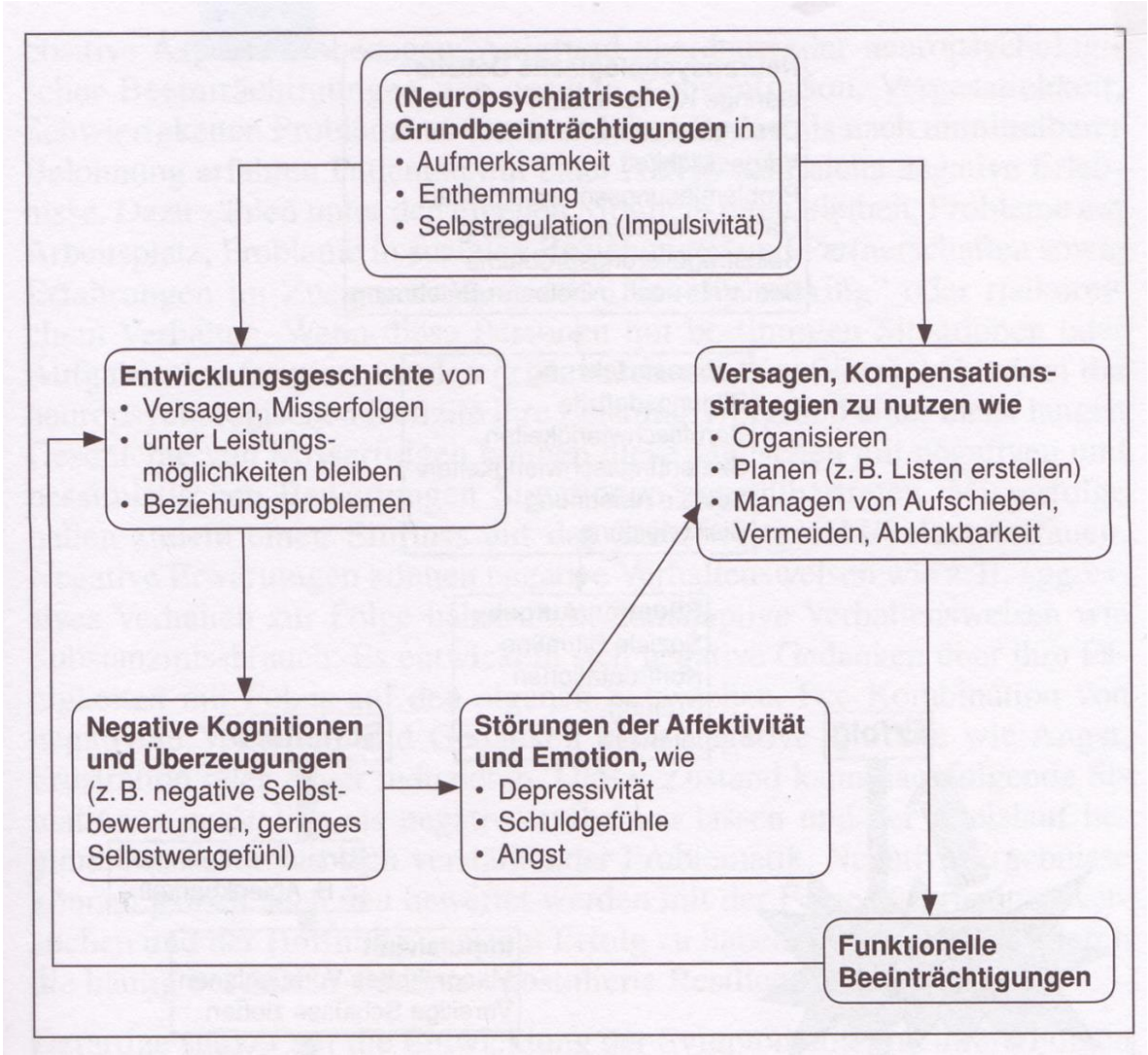
Psychologische Therapie: Warum?

- trotz generell guter Wirksamkeit vor allem Methylphenidat
  - Responseraten schwanken 25 - 80%
  - nicht immer Vollremission

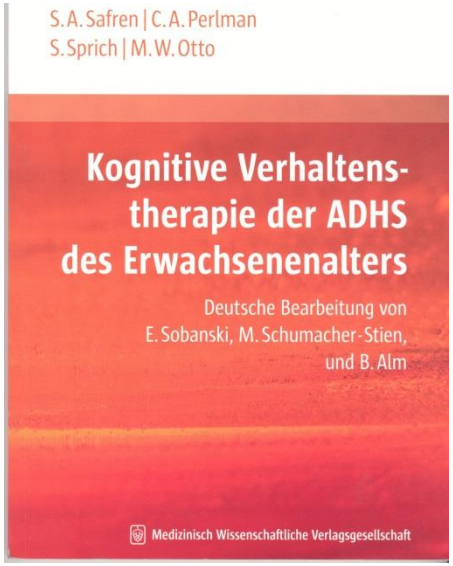
- weiterhin vielfältige Beeinträchtigungen möglich
  - Arbeit
  - Beziehungen
  - Selbstwert

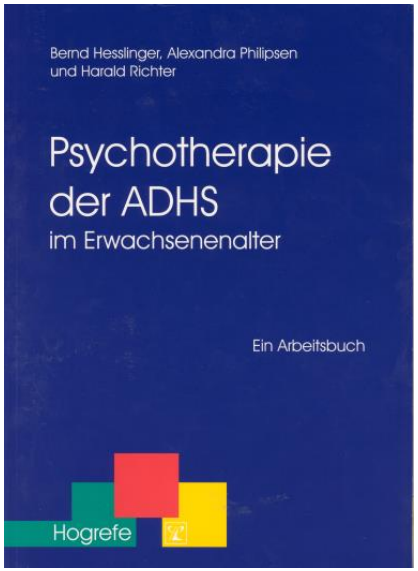
Kognitiv-behaviorales Modell der Entstehung der Beeinträchtigungen

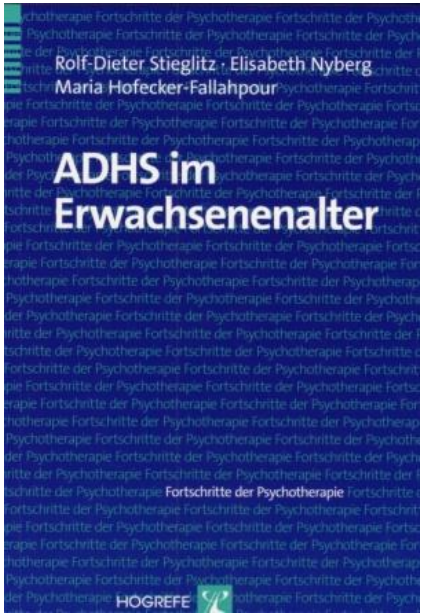
(nach Safren et al., 2006)



Manualisierte Therapieprogramme und Übersichten zum ADHS bei Erwachsenen (Beispiele)







Gliederung

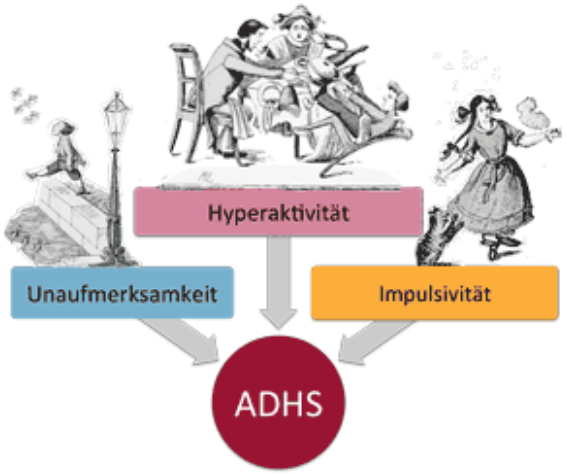
- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Welche Differentialdiagnosen sind zu beachten?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Welche aktuellen Erklärungsmodelle gibt es?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- **Fazit**

Fazit

- **Ist ADHS eine Modediagnose?**

„Da das Syndrom der ADHS bereits vor über 100 Jahren medizinisch beschrieben wurde, kann es nicht durch kulturelle Beschleunigung, Überstimulation (z.B. durch Film, Fernsehen, Computerspiel) erklärt werden.“

(Hesslinger et al., 2003)



Fazit

- Ist ADHS eine Modediagnose?

…. oder sogar eine Marketing-Idee der Pharmaindustrie?

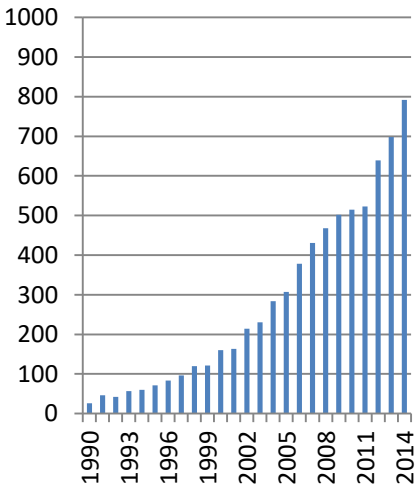
„Das sind Vorurteile, die nicht durch Fakten gedeckt sind. Die Krankheit gibt es wirklich, darüber besteht in der wissenschaftlichen Medizin keinen Zweifel. Sie führt zu erheblichen Leiden, kann aber auch gut behandelt werden.“ (Prof. Reif, Univ. Frankfurt)

Fazit

- Ist ADHS eine Modediagnose?

Man sieht nur, was mein weiss.

Eigentlich: man erblickt nur, was man schon weiss und versteht
(Johann Wolfgang von Goethe)



<u>Bedeutung</u>: Es können uns Dinge (hier: ADHS) nur auffallen, wenn wir (Hintergrund-)Wissen haben

Fazit

- Praktische Relevanz
  - häufige Störung auch bei Erwachsenen
  - Bei Nichtentdeckung grosses subjektives Leid und eine Geschichte von Misserfolgen
  - erhöhtes Risiko u.a.
    - (Verkehrs-)Unfälle
    - erhöhtes Risiko für Kriminalität
    - Risikofaktor für die Entwicklung weiterer, komorbider Störungen
  - grosse gesundheitsökonomische/volkswirtschaftliche Kosten

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!