

«Diese Probleme hatte ich immer schon; jetzt muss ich dringend etwas dagegen tun»

ADHS bei Erwachsenen – Eine kommentierte Fallgeschichte

Die Abklärung und Diagnosestellung von ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung) bei Erwachsenen ist aufwändig und durch einige Besonderheiten gekennzeichnet. Adulte Patienten mit dem Verdacht auf ADHS haben überraschenderweise selten eine Vorgeschichte mit Abklärungen bei Schulpsychologen, Kinder- und/oder Hausärzten. Entsprechend sind komplexe Behandlungen, inklusive psychopharmakologische Behandlungen mit Methylphenidat (Ritalin®), selten (Gamma, in Vorbereitung 2015). Viele erwachsene Betroffene erinnern sich nur an einzelne Sätze von Eltern oder Lehrern oder an die Tatsache, dass sie oft vor die Türe geschickt wurden.

Der unschätzbare Vorteil des/der Hausarztes/-ärztin ist, dass sie einen längerfristigen Einblick in die Lebensgeschichte ihrer Patienten haben, möglicherweise die Eltern und Geschwister kennen und auch schon behandelt haben.

Zur Anamnese bei ADHS-Verdacht im Erwachsenenalter

Wichtig ist eine umfassende Familienanamnese (somatische und psychiatrische Auffälligkeiten), da ADHS familiär gehäuft vorkommt. Die Störung ist überzufällig bei mindestens einer Elternseite vertreten, auch bei Geschwistern und andern Blutsverwandten (Da gibt es einen schusseligen Onkel ...). Verschiedene fundierte epidemiologische Studien zeigen eine Prävalenz von ca. 4% bei Erwachsenen mit einer klinisch bedeutsamen ADHS. Kürzlich ergab eine Erhebung bei Schweizer Rekruten eine gleich hohe Rate von 4% (Estévez, 2014). Die Konkordanz der Störung liegt bei 0.76, sogar höher als bei der Schizophrenie (Faraone, 2005). Obwohl im Kindesalter ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechtes besteht, vorwiegend durch die Hyperaktivität und Impulsivität charakterisiert, wird ADHS bei Erwachsenen bei beiden Geschlechtern etwa gleichhäufig diagnostiziert (1:1).

ADHS ist auch im Hinblick auf die körperliche Gesundheit ein nicht zu unterschätzender Risikofaktor. Menschen mit ADHS haben statistisch gesehen einen erhöhten BMI, Folge eines unkontrollierten Essverhaltens. Gravierend sind die Zahnprobleme, resultierend aus dem übermäßigen Konsum von Süßigkeiten und der mangelnden Zahnhygiene. Gleiches gilt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche deutlich erhöht sind. Sehr häufig sind Schlafprobleme auf Grund eines anderen Schlafrhythmus (Tag-Nacht-Umkehr). ADHS-Betroffene sind „Nachteulen“, welche fit sind bis in die Puppen, jedoch morgens trotz Einsatz mehrerer Wecker nicht aufkommen. In unserer leistungsorientierten, zeitgeregelten Gesellschaft sind die Konflikte so vorprogrammiert. Es drohen Abmahnungen und Arbeitsplatzverlust (Barkley, 2010).



Prof. Dr. med.
Dominique Eich-Höchli
Zürich



Dr. med.
Philipp Eich
Liestal

In Ergänzung zur detaillierten Anamnese sind das präzise Erfassen von Konsumgewohnheiten (legale und illegale Substanzen; substanzungebundene und andere Abhängigkeiten) sowie die Medikamentenanamnese wichtig. Koffeinhaltige Getränke (z.B. Coca-Cola, Red Bull), Tabak und THC werden von Betroffenen oftmals in hohen Mengen konsumiert und „wirken anders als bei den andern“. Diese „Substanzexperten“ erklären gerne ihre Erfahrungen, was anamnestisch wichtig ist. Hierzu gehört auch der Umgang mit Schmerz- und Schlafmitteln. Medikamentöse Behandlungen in der Vorerfahrung mit Antidepressiva (Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion u.a.m.), Stimulanzien (Methylphenidat, Lisdexamfetamin, u.a.m.) sowie dem neueren Atomoxetin sollen ebenfalls erfragt werden, ähnlich wie die Medikation zur Behandlung von somatischen Krankheiten (darauf wird in diesem Artikel nicht eingegangen). Wenn immer möglich sind fremdanamnestische Angaben für die Entwicklung (Eltern, Lehrer, u.a.m.) sowie für die aktuelle Situation (Lebenspartner, Familienangehörige, u.a.m.) mit zu berücksichtigen.

Fallbeispiel (aus der hausärztlichen Praxis)

Vorgeschichte:

Sie als Hausarzt/Hausärztin kennen Herrn X seit seinem 25. Lebensjahr (Autounfall mit Schnittverletzungen) gut. Sie kennen auch seine Familie: Alle Familienmitglieder sind deutlich adipös, der Vater trinkt und die Familie leidet unter seinem Jähzorn.

Herr X, 47j., bei Ihnen seit 22 Jahren in Behandlung, zuletzt wegen Stent bei Status nach Herzinfarkt vor 5 Jahren, damals Adipositas Grad III mit BMI von 43.6 (126 kg, 170 cm), erhöhtes Cholesterin, schwerer Raucher und Kaffee-Trinker. Alkohol sei „nicht sein Ding“ (1). Herr X hat in den letzten fünf Jahren seit dem Herzinfarkt gewollt stark abgenommen, ist jetzt schlank, raucht nicht mehr und treibt regelmässige Sport. Er nimmt die von Ihnen verordneten Medi-

kamente (Lipidsenker, Antihypertensivum und Aspirin) regelmässig ein. Zwischenzeitlich hat er wieder eine Lebenspartnerin.

Er wünscht eine Konsultation, da er „ein Problem“ besprechen möchte.

Als Hausarzt freuen Sie sich über die gesundheitlichen Erfolge von Herrn X und haben ihn an einer Randstunde einbestellt. Sie kennen sein schnelles, nicht enden-wollendes Reden und möchten nicht unter Zeitdruck kommen. Herr X lässt sich nämlich ganz schlecht unterbrechen (2).

Jetziges Leiden:

Er kommt jetzt in die Sprechstunde, weil Veränderungen am Arbeitsplatz anstehen. Sein Berufsleben sei von vielen Stellenwechseln im In- und Ausland gekennzeichnet. Es falle ihm jetzt auf, dass er zwar schnell und speditiv arbeite und auch exakt, wie er glaubte. Sein Arbeitsplatz sei wegen einer Restrukturierung gefährdet. Er sei völlig überrascht gewesen, als er kürzlich mehrfach wegen Flüchtigkeitsfehlern gerügt wurde. Er habe dann die Fehler gesehen. Er beteuert, dass er felsenfest überzeugt war, genau gearbeitet zu haben. Er müsse neuerdings stundenlange und seitenweise Arbeiten kontrollieren, was er noch nie gerne gemacht habe. Diese monotonen Arbeiten suche er, wenn immer möglich, zu vermeiden. Er sei eben „last minute“ (3).

Seine „Zündschnur“ sei in den letzten Wochen wieder kürzer geworden (4). Er habe lange an deren Verlängerung gearbeitet. Aber jetzt müsse er wie früher kämpfen, dass er nicht „explodiere“; das erschwere den Alltag erheblich.

Herr X spricht ohne Punkt und Komma. Sie erfahren, dass er schon immer eine „kurze Zündschnur“ hatte, immer in Bewegung sein musste, in der Schule deswegen viel vor der Tür war. Er sei früh als „Polterer“ aufgefallen und später wegen Dyslexie längere Zeit in Therapie gewesen. Er habe kurze Zeit in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung verbracht, wo die Mutter ihn schnell wieder herausholte und sich gegen die empfohlene medikamentöse Behandlung stellte. Er habe Sonderschulen besucht, oft das Schulhaus wechseln müssen. Er sei später in Heimen gewesen, da die Eltern keine Zeit für ihn hatten (5). Die Kochlehre, wo nicht alles so genau sein musste, absolvierte er mit Bestnoten und Auszeichnung, die RS und nachfolgenden WK's gefielen ihm sehr gut. Er nahm an vielen Patrouillenläufen teil und war stets bei den Besten (6).

Vor Antritt der aktuellen Stelle habe er eine Erfindung bis zum Prototyp mit Unterstützung eines Physikprofessors machen können. Er habe während 10 Jahren genug gespart, um sich diese für ihn notwendige, berufliche Unterstützung zu leisten (7).

Seine Partnerin habe ihn damit konfrontiert, dass er zwar launenhaft sei, allerdings zur Zeit nicht mehr auszuhalten (8). Deshalb habe er sich kurzfristig entschieden, in die Ferien zu fahren. In seinem Wohnmobil könne er tun und lassen, was er wolle. Dort habe er keinen Stress, müsse nicht pünktlich sein (9). Er sei ein Nachtmensch und stehe morgens nur mit Hilfe von mindestens drei Weckern auf. Abschliessend stellt Herr X fest: „Probleme hatte ich immer schon, aber jetzt muss ich dringend etwas dagegen tun.“

Für Sie als Hausarzt kommen die von Herrn X geschilderten Schwierigkeiten nicht überraschend. Sie haben schon lange eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vermutet. Sie lasen ihn das ASRS-V1.1 (10) ausfüllen, was ihren Verdacht stützt.

Die von Ihnen veranlasste Abklärung bei einem spezialisierten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bestätigt Ihre Verdachtsdiagnose.

ABB. 1 Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala für Erwachsene

Datum

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 8 Monaten gefühlt und sich benommen haben. Geben Sie bitte beim nächsten Arzttermin den ausgefüllten Fragebogen der medizinischen Fachkraft, um die Ergebnisse zu besprechen.

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

Zählen Sie die Anzahl der Häkchen zusammen, die im dunklen Bereich erreicht sind. Mindestens vier (4) Häkchen deuten darauf hin, dass Ihre Symptome der Erwachsenen-ADHS entsprechen. Es könnte für Sie von Nutzen sein, mit Ihrem Arzt über eine Beurteilung zu sprechen.

TAB. 1 Gesundheits- und Beziehungsprobleme

Herz / Risiko für KHK	2.4x	höher
BMI	11.4 %	höher
Cholesterin	16 % ↓ HDL	
Totale / HDL Cholesterin: Ratio	20 %	höher
Nicht. med. Substanz Gebrauch	2.2x	höher
Medizinische / Zahn-Probleme	32 %	häufiger
Schlafprobleme	2.5x	mehr
Nikotinkonsum	2-3x	häufiger
Alkohol-Abusus / -Abhängigkeit	3-8x	höher
Depression	3-6x	häufiger
Angststörungen	8-17x	häufiger
Antisoziale Pers.störung o. Verhalten	1-4x	häufiger
Scheidungen	2x	mehr
Klagen über qualitativ schlechte Beziehung	4x	häufiger
Aussereheliche Verhältnisse	4.6x	häufiger

Hinweise und Leitsymptome zu ADHS im Erwachsenenalter (Punkte 1–10 in der Fallgeschichte):

(1) Menschen mit ADHS sind eine Risikopopulation für Unfälle. Sie haben mehr grosse Unfälle, mehr Notfallaufnahmen und häufigere Hospitalisationen als die Durchschnittsbevölkerung. Wesentliche Faktoren sind hier die Unaufmerksamkeit, der Reiz des Risikos bzw. ihre Risikobereitschaft (sensation-seeking). ADHS ist, wie schon eingangs ausgeführt, ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf die körperliche Gesundheit (erhöhter BMI wegen unkontrollierten Essverhaltens; Zahnprobleme durch übermässigen Verzehr von Süssigkeiten und wegen mangelnder Zahnhygiene; erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen; Schlafprobleme aufgrund Tag-Nacht-Umkehr). In unserer leistungsorientierten, zeitgeregelten Gesellschaft sind die Konflikte so unausweichlich.

Von besonderer Wichtigkeit sind der Umgang mit Alkohol, Nikotin, Cannabis und den Partydrogen wie MDMA und Kokain. Kennzeichnend für ADHS-Betroffene sind der frühe Beginn, die rasche Steigerung des Konsums und die vielen Rückfälle. Für das Vorkommen eines solchen Musters sprechen die familiäre Adipositas sowie Jähzorn und Alkoholkonsum des Vaters. (Barkley, 2010, Eich, 2014).

(2/6) Die „Logorrhoe“ von Herrn X ist ein Restsymptom der Hyperaktivität im Kindes- und Jugendalter. Wir sprechen von „syndrome shift“. Im Erwachsenenalter kann Herr X mit unterschiedlichen sportlichen Aktivitäten den Bewegungsdrang stabilisieren. Positiver Ausdruck des ADHS-Erbeils ist die aussergewöhnliche Energie. Ein strukturiertes und körperlich forderndes Milieu (Militär!) waren im Fall von Herrn X Gold wert.

(3/7) Typisch ist die Fehleinschätzung seiner Arbeitsleistung. Die geringe Konzentrationsfähigkeit für monotone Arbeiten ist Ausdruck der Aufmerksamkeitsstörung. Das schlechte Zeitmanagement („Bin last minute“) und die Flüchtigkeitsfehler sprechen für Desorganisation im beruflichen Bereich. Dieses Verhalten wird Prokrastination genannt (von lateinischen cras = morgen abgeleitet). Gemeint ist ein Aufschiebeverhalten (Morgen, morgen, nur nicht heute, ...), Abneigung gegen langweilige Aufgaben, welche mit einer unklaren Prioritätensetzung zusammenhängen. Folge ist ein heilloses Durcheinander, welches von den Angehörigen manchmal wohlwollend als Chaotikum bezeichnet wird. Umgekehrt fördern diese Eigenschaften mit breitem Interesse und vielen Baustellen die Kreativität. So hat Herr X eine originelle Erfindung bis zur Patent-Reife gebracht, allerdings nicht angemeldet, was wiederum auch typisch ist (Eich, 2014).

(4/9) Die kürzer gewordene „Zündschnur“ steht für ein Kardinalsymptom der ADHS: Die Impulsivität. Die Reizbarkeit und schlechte Selbstkontrolle unter Belastung sind Ausdruck einer mangelhaften Affektkontrolle. Diese kann wie im Falle von Herrn X zu privaten (und auch beruflichen) Schwierigkeiten führen. – Vorteil dieses Persönlichkeitszuges ist die Fähigkeit, rasche Entschlüsse zu fassen und schnell zu handeln. Leider gehen die Betroffenen dabei oftmals hohe Risiken ein.

(5) Vorkommen von Schwierigkeiten in der Entwicklungsgeschichte mit umschriebener Störung des Sprechens (Poltern) und schulischer Fertigkeiten (Lese- und Rechtschreibstörung) kommen häufig in Komorbidität mit ADHS vor.

(8) Die von der Partnerin beschriebene Launenhaftigkeit entspricht der affektiven Labilität, welche häufig an die mangelnde Affektkontrolle gekoppelt ist. Emotionale Achterbahnfahrten und rascher Interessenverlust mit Langeweile gehören dazu. Die Rolle der emotionalen Dysregulation kann als wichtiger Teil der Symptomatik im Erwachsenenalter verstanden werden (Reimherr, 2005).

(10) Als Screening-Instrument von der WHO entwickelt kann der ASRS-V1.1 als Selbstbeurteilungsskala für betroffene Erwach-

sene vorbehaltlos empfohlen werden (WHO, 2003). Das Instrument wurde in verschiedenen epidemiologischen Studien zum Erfassen der Prävalenzrate verwendet, so auch in der Schweiz. Allerdings darf auch ein schwerwiegender Verdacht auf ADHS ohne tieferegehende Untersuchung nicht einer Diagnose gleichgesetzt werden. Die Überweisung zur Diagnostik an eine spezialisierte Fachperson ist notwendig.

Prof. Dr. med. Dominique Eich-Höchli

Leitende Ärztin, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Lenggstrasse 31, 8032 Zürich
dominique.eich@puk.zh.ch

Dr. med. Philipp Eich

Chefarzt, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Zentren für Krisenintervention und Abhängigkeitserkrankungen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bienentalstrasse 7, 4410 Liestal
philipp.eich@pbl.ch

+ **Interessenkonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ ADHS ist eine Entwicklungsstörung des Gehirns, welche die ganze Lebensspanne umfasst
- ◆ Erwachsene Betroffene können dank Anpassungsleistungen und Bewältigungsmechanismen die störenden Symptome abschwächen (syndrome shift). Die Symptome können auch im Erwachsenenalter die individuelle Funktionsfähigkeit hinsichtlich Gesundheit, Familie, sozialem Umfeld und Beruf prägen
- ◆ Nach Absicherung der Diagnose entscheidet der individuelle Leidensdruck über die nachfolgende Behandlung. Heute steht die sogenannte „Multimodale Behandlung“ im Vordergrund, welche sowohl psychoedukative als auch psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze umfasst

Literatur:

1. Barkley, RA. (2010). ADHD in Adults. Jones und Bartlett Publishers
2. Faraone, S.V. et al. (2005). Molecular genetics of ADHD. Biol Psychiatry 2005; 57:1313-1323
3. Eich, D., et al. (2015). Bedeutung der ADHS im Erwachsenenalter „Aufgeschoben ist (nicht) aufgehoben!“, Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik
4. Estévez, N., et al. (2014). Prevalence of Adult ADHD in Swiss Men. PLOS ONE, Feb 2014, Vol 9, Issue 2, e89298
5. Gamma, A., et al. (2015). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Swiss primary care: Results of the Sentinella survey 2012. in preparation
6. Reimherr, F.W., et al. (2005). Emotional Dysregulation in Adult ADHD and Response to Atomoxetine. BIOL PSYCHIATRY 58,125-131
7. WHO Composite International Diagnostic Interview, 2003